



DOI: 10.26820/reciamuc/4.(2).abril.2020.81-93

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/482>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 3205 Medicina Interna

PAGINAS: 81-93







Diagnóstico de torsión anexial

Diagnosis of adnexal torsion

Diagnóstico de torção anexial

Carlos Adrián Ramos Robalino¹; Karina Elizabeth Pacheco Romero²; Paola Susana Soto Viera³; Viviana Angie Quisilema Ron⁴

RECIBIDO: 18/01/2020 **ACEPTADO:** 20/03/2020 **PUBLICADO:** 30/04/2020

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; caramos19@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9518-0478>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Guayaquil, Ecuador; kary2102_e@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7115-3942>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Guayaquil, Ecuador; paitosoto27@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7030-1747>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; Guayaquil, Ecuador; angiee_30918@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1034-3950>

CORRESPONDENCIA

Carlos Adrián Ramos Robalino
caramos19@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La torsión del ovario sobre su pedículo es la causa de la torsión anexial provocando estasis linfática así como isquemia, e incluso de no ser diagnosticada y tratada oportunamente puede generar necrosis. El abordaje quirúrgico temprano depende de un diagnóstico oportuno, para implementar los mecanismos y tratamientos a los fines de preservar el ovario. Dada la potencial pérdida de funcionalidad ovárica motivado al tratamiento tardío, se hace indispensable es un rápido diagnóstico para el manejo del mismo. Aún cuando la Torsión Anexial es conocida como una patología de poca frecuencia, se produce más a menudo durante los años reproductivos, el diagnóstico es complejo, en tal sentido se refieren en este estudio los principales hallazgos radiológicos, tanto en ecografía como en TC y RM, los diagnósticos de los diferentes tipos de torsiones y sus principales diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: Ovarios, anexo, torsión ovárica, dolor abdominal, torsión anexial, diagnóstico, ecografía, doppler-color, TC, RM.

ABSTRACT

The torsion of the ovary on its pedicle is the cause of the adnexal torsion causing lymphatic stasis as well as ischemia, and even if it is not diagnosed and treated promptly, it can cause necrosis. The early surgical approach depends on a timely diagnosis, to implement the mechanisms and treatments in order to preserve the ovary. Given the potential loss of ovarian functionality motivated by late treatment, a rapid diagnosis is essential for its management. Even though Adnexal Torsion is known as a rare pathology, it occurs more often during the reproductive years, the diagnosis is complex, in this sense the main radiological findings are referred to in this study, both on ultrasound and on CT and MRI, the diagnoses of the different types of torsions and their main differential diagnoses.

Keywords: Ovaries, annex, ovarian torsion, abdominal pain, adnexal torsion, diagnosis, ultrasound, color doppler, CT, MRI.

RESUMO

A torção do ovário em seu pedículo é a causa da torção anexa, causando estase linfática e isquemia, e mesmo que não seja diagnosticada e tratada prontamente, pode causar necrose. A abordagem cirúrgica precoce depende de um diagnóstico oportuno, para implementar os mecanismos e tratamentos para preservar o ovário. Dada a potencial perda de funcionalidade ovariana motivada pelo tratamento tardio, um diagnóstico rápido é essencial para seu manejo. Embora a torção anexial seja conhecida como patologia rara, ocorre com maior frequência durante os anos reprodutivos, o diagnóstico é complexo, nesse sentido os principais achados radiológicos são mencionados neste estudo, tanto na ultrassonografia quanto na tomografia computadorizada e ressonância magnética, os diagnósticos dos diferentes tipos de torções e seus principais diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Ovarios, anexo, torção ovariana, dor abdominal, torção anexial, diagnóstico, ultrassom, doppler colorido, TC, RM.

Introducción

El término torsión de ovario hace referencia a la rotación completa o parcial del ovario sobre sus elementos de soporte, lo que conlleva una disminución o pérdida completa de su aporte sanguíneo. Según la última revisión del Uptodate 2014 (Ovarian and fallopian tube torsion), esta patología puede afectar a mujeres en todos los rangos de edad, siendo más frecuente en pacientes en edad fértil. (McWilliams & Hill, 2008) (Carrasco, Cañete, & Gisbert, El término torsión de ovario hace referencia a la rotación completa o parcial del ovario sobre sus elementos de soporte, lo que conlleva una disminución o pérdida completa de su aporte sanguíneo, 2015)

La incidencia de la torsión ovárica es desconocida. En una revisión sistemática publicada en el American journal of Obstetrics and Gynecology, esta patología representó 2,7% de las cirugías urgentes. (Hibbard, 1985)

Antes del surgimiento del ultrasonido (US) el diagnóstico de la torsión del quiste de ovario se basaba fundamentalmente en la correlación clínica de los síntomas y signos, los exámenes de laboratorio y en ocasiones la laparoscopia. El cuadro clínico que ofrece es inespecífico porque puede simular otras afecciones, esta enfermedad constituía un problema para los especialistas. (Álvarez Sánchez, 2011)

Método

La metodología utilizada en el presente estudio es la revisión sistemática de bibliografía análisis e interpretación de literatura científica académica disponible diccionarios científicos, revisión de estudios aplicados.

Se selecciono la información de acuerdo a los criterios de pertinencia y correlatividad temática, en publicaciones , revistas, artículos académicos y científicos, originales, revisiones sistemáticas, protocolos, libros,

boletines, folletos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, entre otros documentos e información de interés científico y académico.

En efecto, la revisión de estos contenidos bibliográficos, permite consolidar un análisis descriptivo sobre los diagnosticos existentes, con detenimiento y profundización en el torsión anexial para el tratamiento quirúrgico apto y que esta a la vanguardia tecnológica- científica de hoy.

Resultados

Los Ovarios y su Anatomía Radiológica

La anatomía radiológica de los ovarios varía de acuerdo a la fase del ciclo menstrual en la que se efectúe el diagnóstico así como de acuerdo a la edad de la paciente, si esta en etapa premenopáusica o posterior a ella.

Así entonces el comportamiento de los ovarios, a lo largo de la tres fases, descritas en el Gráfico I, condiciona el estudio y diagnóstico que se realice en los mismos, y para describir su anatomía durante una torsión ovárica, es necesario conocer su naturaleza y anatomía en las distintas fases del ciclo uterino de forma regular.

1. Fase Folicular, Durante etapa podemos observar las siguientes características propias de esta etapa, de acuerdo al estudio de imageneología, se describe a continuación:

Tabla 1. Imagenología de la torsión ovárica

Estudio Diagnostico	Características	Imagen
Ecografía	<p>Poseen radiológicamente elipsoides hipo ecoicas constituidas internamente por pequeñas formaciones quísticas, llegando a medir 2 cm de diámetro.</p> <p>Las formaciones quísticas son folículos en desarrollo , uno de estos crecerá mas que el resto para producir el ovulo</p>	
TC	<p>Estructuras ovaladas para uterinas, con captaciones de contrastes donde se observan los folículos como nódulos hipotensos periféricos</p>	
RM	<p>Estructuras elipsoides con nódulos hiperintensos que se correlacionan con los folículos</p>	

Fuente: (SERAM, 2012)

2. En la Fase de Ovulación, se genera el rompimiento del folículo que domina disminuyendo su tamaño considerablemente.

3. En la Fase Lútea , el folículo en cuestión se convierte en cuerpo lúteo hemorrágico, quiste irregular de paredes gruesas, en ocasiones con contenido eco génico en su interior

En la etapa post- menopáusica, los ovarios presentan las siguientes características:

- Es de menor tamaño
- No presenta cambios
- La irrigación ovárica es doble

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, se establecen las causas comúnmente adoptadas que definen torsión de los ovarios, y la torsión anexial, su diagnóstico y el tratamiento médico comúnmente utilizado para cada caso, de acuerdo a su causa origen.

Torsión Ovárica - diagnósticos

La torsión del ovario describe una rotación del anejo sobre su pedículo vascular, el propio soporte del ovario, pudiendo envolver al mismo, a la trompa o incluso a ambos. Esta patología aún cuando puede manifestarse en cualquier edad, se ha evidenciado mayor la frecuencia en la edad reproductiva, y con gran proporción en gestantes.

La torsión del ovario en una primera fase afecta el flujo venoso comprometiéndose posteriormente el flujo arterial. El síntoma inicial es el dolor abdominal en fosa ilíaca e hipogastrio, localizado en el hemi abdomen inferior, se manifiesta con dolores inespecíficos, intensos de inicio súbito, generalmente lateralizado con signos de irritación peritoneal, con o sin masa palpable.

Entre los síntomas asociados a dicha patología se encuentran:

- Náuseas
- Vómitos
- Signos de irritación peritoneal.
- Alza térmica leve

Dado que los síntomas son inespecíficos y generalizados, el diagnóstico se complejiza, siendo su confirmación diagnóstica temprana y rápida, imprescindible en la preservación de la función ovárica y ante otros posibles efectos.

Los parámetros analíticos y las técnicas de imagen como el Doppler, la tomografía o la resonancia magnética son la vía para diagnosticar, sin embargo el diagnóstico de confirmación se puede establecer con la visualización del ovario o anexo torsionados de forma directa a través de la laparotomía y por laparoscopia.

La torsión del ovario varía de acuerdo a la evolución del cuadro clínico, es menester conocer la fisiopatología, ya que en una primera etapa la torsión del pedículo vascular condiciona la disminución del drenaje veno-

so y linfático del ovario. Seguidamente, se compromete el aporte arterial lo que implica la producción de un estado de hipoperfusión, que de no tratarse conlleva a infarto anexial.

Torsión Anexial

A raíz de la torsión del ovario sobre su propio pedículo (elementos de soporte), la rotación del ligamento infundíbulo-pélvico provoca la compresión de los vasos ováricos, impidiendo el flujo arterial, venoso y linfático disminuyendo su aporte sanguíneo, lo que conlleva a una urgencia ginecológica, cuadro que puede evolucionar a isquemia y, si no se trata, a necrosis.

La torsión anexial supone el 3% de todas las emergencias ginecológicas. El retraso en su diagnóstico conlleva una detorsión quirúrgica tardía, disminuyendo probabilidad de salvar los anejos, ya que puede comprometer a ambos.

1. Las trompas de Falopio, que normalmente se ubican en el espesor del ligamento ancho, con una longitud de 10 cm y un cm de diámetro.
2. Los ovarios ubicados en la cavidad peritoneal, con volumen entre 6-10 cm en mujeres menores de 30 años.

“El aporte arterial no se interrumpe inicialmente en el mismo grado que el drenaje venoso, debido a que las arterias musculares son menos compresibles que las paredes de los vasos venosos. La oclusión completa del aporte sanguíneo resulta en pérdida de la función ovárica y la necrosis de los tejidos torsionados, dando lugar clínicamente a hemorragia o peritonitis abdominal (Carrasco, Cañete, Gisbert, & Balanza, 2015).

Patogenia de la Torsión Anexial:

La torsión puede ser ocasionada luego de ejercicio intenso o un aumento repentino de presión abdominal, la misma es manifestada con mayor frecuencia en la derecha ya que el ligamento útero-ovárico derecho es

más largo que el izquierdo, y la presencia del sigma en el lado izquierdo ayudar a prevenir la torsión de ese otro lado.

La torsión anexial respectivamente se relaciona con el aumento de volumen del extremo distal del anexo, ya sea por afección ovárica o de la salpinge, que produce un giro progresivo sobre su propio eje de todo el pedículo ovárico (trompa, meso y estructuras vasculares).

El efecto que genera la compresión vascular producida a causa de la torsión anexial, incide en la obstrucción del flujo sanguíneo hacia la parte distal del anexo; en efecto, cuando dicho giro llega a su punto final se detiene por consecuencia el flujo sanguíneo hacia el ovario, produciendo necrosis distal del anexo ipsilateral lo que conlleva, finalmente, a un estado de abdomen agudo de origen isquémico.

- De tal forma que la torsión anexial compromete la torsión del ovario, la trompa de Falopio o incluso la torsión de ambas estructuras. Es conocida con mayor frecuencia la torsión de ambos anejos (en más del 70% de los casos), de hecho muchos autores refieren la Torsión anexial cuando se hace mención a torsión de ambos anejos
- “La causa de la torsión ovárica es multifactorial y que algún tipo de anomalía en las trompas o en el mesosalpinx también está implicada en la aparición de esta urgencia. Se ha propuesto que el aumento en la tortuosidad y volumen de las venas del mesosalpinx, que una trompa excesivamente larga o el hipodesarrollo del mesosalpinx pueden ser factores predisponentes a la torsión anexial”. (Ssi-Yan-Kai, AL, C, MC, & S, 2018)
- La torsión anexial es relacionada con masas ováricas, y se precisa que un pequeño porcentaje puede ser maligno, de tal forma que de sospechar malignidad se procede a la biopsia transoperatoria o salpingooforectomía para evitar la pos-

terior diseminación del tejido residual.

Clínica

- El dolor se presenta súbitamente y como en puñalada.
- Se asocia náuseas y vómitos
- Dolor intermitente. No existe características de la dolencia de alta sensibilidad y por ser inespecífico para el diagnóstico siempre debe considerarse la torsión ovárica en cualquier mujer que presenta dolor abdominal agudo.
- Masa palpable entre el 60 y 90% de las pacientes adultas y entre el 20 y 36 % de las niñas.
- Raramente se encuentran signos peritoneales
- La presentación inicial puede ser similar a otras patologías por lo que es preciso realizar los diagnósticos diferenciales con EIP, EE, quiste no torsionado, apendicitis y urolitiasis.
- Se presentan fiebre como síntoma de necrosis tisular.

Factores de riesgos asociados a la Torsión Anexial

Alguno de los factores de riesgos para presentar una torsión anexial son:

- Las masas benignas y quistes anexiales,
- El síndrome del ovario poliquístico y la ligadura de trompas.
- Con mayor frecuencia se manifiesta en pacientes edad fértil y en embarazadas.
- El Síndrome de hiperestimulación ovárica (FIV) y reproducción asistida.
- Adolescencia, ya que es la etapa de mayor movilidad de los ligamentos pélvicos. cambios bruscos de la presión abdominal.
- La endometriosis, la enfermedad infla-

matoria pélvica y las neoplasias malignas constituyen factores de proyección para esta patología dadas las adherencias que se forman entre los anejos y los tejidos circundantes.

- El principal factor de riesgo para presentar una torsión anexial es haber padecido una previa.

Diagnóstico de la Torsión Ovárica

Existen varios métodos para identificar la torsión ovárica:

1. Resultados de laboratorio:

- El laboratorio es principalmente utilizado como diagnóstico diferencial.
- Recuento mayor de 12.000 leucocitos se encuentra hasta en el 56% de los casos pero no es específico de la torsión ovárica.
- En casos de necrosis se produce elevación de la PCR sin embargo, no es considerado específicamente por esta patología.
- La elevación de IL-6 puede ser un marcador futuro así como la elevación de CD64

2. Ultrasonido: con un valor predictivo positivo de 87.5% y especificidad de 93.3%, se pueden mencionar los siguientes hallazgos por ultrasonido referidos por (Mateo Sáñez, Taboada-Pérez, Hernández-Arroyo, Mateo-Madrigal, & Mateo-Madrigal, 2013).

“Con base en los resultados de Marchant se dispuso de una clasificación de severidad en tres categorías:

- Categoría 1: sin signos de isquemia, por tanto, un enfoque conservador puede ser adecuado en ciertas circunstancias.
- Categoría 2: cerca de 50% de las pacientes sufre isquemia y focos de necrosis, por tanto, el tratamiento debe ser quirúrgico en todos los casos.

- Categoría 3: la isquemia y la necrosis es el punto central. Se describen dos signos que representan lo mismo: el signo de remolino que se describe inicialmente en la rotación del mesenterio en el vólvulo intestinal y luego se adapta a la torsión anexial y el signo de espiral que se aplica al pedículo ovárico. Ambos signos son la represen”

3. Pruebas de Imagen

La RMN y el TAC abdomino-pélvico pueden diagnosticar torsión ovárica. La presencia de un engrosamiento en la pared tubárica así como un septo grueso excéntrico en la trompa por imagen TAC pueden ser sugestivas de torsión, por su parte la RMN se pueden objetivar imágenes anormales en secuencias T1y T2 debido a infarto hemorrágico o torsión anexial pero con baja especificidad, A continuación en la Tabla II sirve de referencia de la imagen ante la torsión ovárica:

Tabla 2. Imagenología de la torsión ovárica

Diagnostico	Características	Imagen
Ecografía	<ul style="list-style-type: none"> - El ovario aumenta su tamaño considerablemente. - Muestra síntomas de edema - Se observa la torsión del pedículo. - Ausencia de vascularización arterial y venosa. 	
TC	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del tamaño del ovario con signos de masas - Aumenta el tamaño de la Trompa de Falopio - Desplazamiento uterino ipsilateral a la torsión. - Trabeculación de grasa mesentérica adyacente - Ascitis 	
RM	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de tamaño - Desplazamiento uterino - Estructuras vasculares varicosas en el lado de la torsión - Liquido libre en pelvis – hemoperitoneo 	

Fuente: (SERAM, 2012)

Para valorar el flujo sanguíneo del ovario y comprobar el flujo arterial anexial se debe aplicar la eco Doppler, en donde se puede visualizar, tal como lo plantea (García Romero, Delgado Marquez, & Rodríguez Gomez, 2016):

- Signo de remolino que se describe inicialmente en la rotación del mesenterio en el vólvulo intestinal y luego se adapta a la torsión anexial
- Signo de espiral que se aplica al pedículo ovárico.
- La efectividad del ultrasonido en el diagnóstico de torsión ovárica determinan un VPP de 87.5% y especificidad de 93.3%.

Hallazgos radiológicos:

- La primera prueba que se realiza es la TC, la cual permite descartar las causas no ginecológicas.
- La ecografía modo B es el método más sensible y específico para el diagnóstico de torsión ovárica.
- De acuerdo a la aplicación de Doppler, se evidencia como hallazgos más frecuentes un ovario aumentado de tamaño en ausencia de flujo. Es importante precisar que esta característica puede igual producirse en casos de detorsión transitoria o torsión parcial o el examen es realizado al principio de la torsión.
- Así mismo se puede objetivar una congestión del ovario y aparición de masa sólida con múltiples quistes periféricos de entre 8 y 12 mm de diámetro. Estos hallazgos son de moderada sensibilidad y altamente específicos para el diagnóstico.
- El tamaño del ovario puede ser predictivo de la presencia de torsión ovárica. Asimetrías importantes pueden ser específicas pero no sensibles de torsión ovárica.
- La presencia de líquido libre peritoneal

puede estar presente en pacientes con torsión ovárica debido a la fuga de líquido intersticial del ovario torsionado.

I. Torsión ovárica y tubo-ovárica aguda:

- En la ecografía se identifica un ovario aumentado de tamaño, >4cm, con hiperecogenicidad de su estroma y múltiples folículos periféricos, uniformes, de unos 8-12mm.
- Se puede identificar el punto de torsión del pedículo ovárico como una estructura redondeada hiperecogénica, con múltiples anillos hipoeecogénicos concéntricos en su interior.
- El estudio Doppler-color puede mostrar el signo del remolino en el pedículo torsionado y disminución de la vascularización, si bien esta puede estar preservada en estadios iniciales o en torsiones de bajo grado. La presencia de flujo venoso interno es un factor pronóstico favorable relacionado con la viabilidad del ovario.
- En la TC se puede visualizar un desplazamiento del ovario hacia línea media, un aumento de tamaño del ovario, cambios inflamatorios pélvicos y líquido libre.
- La RM permite distinguir el edema ovárico, hiperintenso en secuencias potenciadas en T2, del engrosamiento tubárico. La presencia de realce tras la administración de gadolinio no excluye la torsión.

II. Edema masivo ovárico:

- Acumulación de líquido en estroma ovárico secundario al compromiso del drenaje venoso y linfático como resultado de una torsión parcial o recurrente del ovario, con presencia de múltiples folículos periféricos. Esta entidad suele darse en pacientes jóvenes y no debe confundirse con lesiones neoplásicas.

III. Torsión aislada tubárica:

- Rotación mayor de 180° de la trompa so-

bre su eje mesentérico (perpendicular a la trompa) en su porción medial. Puede estar condicionada por masas extrínsecas o causas intrínsecas: hidrosalpinx, hematosalpinx, longitud anormal del mesosalpinx o un curso espiral de la trompa. En el momento agudo la trompa edematosa se visualiza engrosada, con un diámetro >15mm. El signo más específico, aunque poco frecuente, es la directa visualización del bucle. Dado que el ovario no está involucrado, este será de características normales.

IV. Torsión anexial necrótica:

- Necrosis hemorrágica del ovario secundaria a una torsión anexial no diagnosticada o a cuadros repetidos de torsión. El diagnóstico mediante ecografía es complicado, siendo necesaria la realización de una TC o una RM, donde se visualice la ausencia de realce tras la administración de contraste. En el estudio de difusión se puede identificar restricción del agua libre tanto en el parénquima ovárico como en la pared de los quistes y en los coágulos intraquisticos. En secuencias potenciadas en T2 la visualización de un halo hipointenso perifolicular se relaciona con focos de sangrado, predictor útil de la viabilidad ovárica tras una detorsión quirúrgica.

Principales diagnósticos diferenciales:

Es importante mencionar la importancia que reviste los diagnósticos diferenciales ante un diagnóstico complejo de la torsión anexial por la imprecisión de la dolencia y lo inespecífico del mismo, ante lo cual plantea (García Romero, Delgado Marquez, & Rodríguez Gomez, 2016)

“El diagnóstico de torsión puede resultar fácil en cuadros clínicos floridos de inicio brusco, pero resulta todo un desafío cuando se presenta como dolor abdominal no característico. En estos casos se recurre al diagnóstico diferencial que incluye por un

lado el embarazo ectópico, rotura de quiste hemorrágico, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriomas y miomas degenerados, y por otro, la patología no ginecológica: apendicitis, cólico renal, obstrucción intestinal, ileítis regional, diverticulitis, bursitis de cadera”

- Quiste de cuerpo lúteo hemorrágico, esta patología al igual que la torsión ovárica presenta clínica de dolor abdominal subagudo en abdomen bajo en la fase lútea del ciclo ovárico. La ecografía evidencia quiste con múltiples bandas de fibrina. El coágulo se puede identificar como un material hiperecogénico con gruesos septos en el interior del quiste.
- Apendicitis, para diagnóstico diferencial de realiza la visualización directa del apéndice y los anejos mediante ecografía, dada la similitud que guarda con la clínica de la Torsión anexial.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica: las pacientes que están siendo tratadas con reproducción asistida presentan un aumento de la viscosidad sanguínea que conlleva coagulopatía, fallo renal, y derrame pleural. Ambos ovarios aumentan de volumen, con múltiples quistes de gran tamaño.
- Enfermedad inflamatoria pélvica: Las infecciones suelen estar ocasionadas por Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae. La presencia piosalpinx puede simular una torsión tubárica, visualizándose en la ecografía como una masa anexial compleja, con septos, engrosamiento mural y de ecogenicidad heterogénea. La RM es el estudio más sensible, identificando el realce difuso de la masa pélvica, la cual presenta restricción de la difusión del agua libre.

Tratamiento

El tratamiento de uso frecuente era la ane-xectomía, sin embargo en los últimos 15

años, se han llevado a cabo cirugías más conservadoras, como la detorsión y la plicatura, procedimientos mínimamente invasivos para “detorsionar” y preservar el tación ecográfica del pedículo vascular rotado, un vaso arterial central rodeado por un vaso venoso.

La Anexectomía reside en extirpar todas las estructuras anexas al ovario (incluyendo el mismo ovario), dado que se tenía la idea que el mismo podía generar un émbolo desde la vena ovárica o dejar un vestigio necrótico, en consecuencia, generaba la infertilidad, aunado a que el tratamiento pendía de la impresión visual del cirujano al momento de operar.

En tal sentido es preciso mencionar entre otros estudios, el realizado por Oelsner y colaboradores, quienes revisaron los resultados de “detorsiones” efectuadas entre enero de 1988 y diciembre de 2011, analizaron las complicaciones posoperatorias y evaluaron la función ovárica subsecuente, incluido el desarrollo folicular con monitoreo ultrasonográfico, la apariencia del anexo en cirugías posteriores y resultados de la fertilización in vitro. De 102 “detorsiones” realizadas, 67 por laparoscopia y 35 por laparotomía, en ninguna hubo tromboembolia. El ultrasonido mostró desarrollo folicular normal en 93 y 91% de las pacientes después de la “detorsión” por laparoscopia y laparotomía, respectivamente. En cirugías subsecuentes, los anexos tuvieron apariencia normal en nueve de nueve pacientes después de la laparoscopia y en cuatro de cinco pacientes después de la laparotomía. Cuatro pacientes del grupo de laparotomía y dos del grupo de laparoscopia se sometieron a fertilización in vitro. En las seis pacientes los ovocitos se recuperaron de la previa isquemia ovárica y se fertilizaron. Los autores concluyeron que la “detorsión” anexial es el tratamiento de elección en pacientes con torsión anexial isquémica, preferiblemente realizada vía laparoscópica.

Conclusiones

- La celeridad en el diagnóstico de este proceso es vital para conservar la función del ovario; sin embargo, debido a su clínica de presentación inespecífica retrasa su diagnóstico y por lo tanto el tratamiento.
- El diagnóstico debe sospecharse en una paciente que presenta dolor abdominal agudo asociado o no a náuseas, vómitos y fiebre.
- La ecografía con o sin Doppler es la técnica de imagen de elección ante la sospecha de torsión ovárica.
- Doppler anormal puede ser indicativo de torsión ovárica.
- El riesgo de malignidad en el proceso de torsión es muy bajo en cualquier rango de edad.
- El proceso diagnóstico de frecuentemente finaliza al descartar otras patologías, principalmente apendicitis o diverticulitis, lo cual orienta enseguida al origen ginecológico del cuadro clínico, delimitando al servicio de ginecología a la obtención del diagnóstico definitivo.
- Es importante para la radiología tener en consideración la torsión anexial como posible causa de dolor abdominal en niñas y mujeres, aún cuando es una patología de poca frecuencia.
- No existe marcador sanguíneo específico de la torsión ovárica.
- En un esfuerzo por unificar las observaciones revisadas se recomienda protocolo de tratamiento conservador priorizando la fertilidad y funcionalidad ovárica.
- Es imprescindible establecer un protocolo de tratamiento de la torsión anexial. Gran parte de los autores revisados plantean el tratamiento conservador de la torsión ovárica vs tratamientos quirúrgicos.

gicos que atentan contra la fertilidad de la mujer, que se abandonen los tratamientos radicales y se realicen cirugías conservadoras, como la detorsión y la plicatura, a fin de conservar en mayor medida la fertilidad de las pacientes con torsión anexial.

- La funcionalidad ovárica tras la detorsión incluso en casos con ovario negro ha sido documentada posteriormente mediante Doppler.
- En cuanto al tratamiento para pacientes premenopáusicas se recomienda la detorsión y conservación, si es posible, del anexo.
- La quistectomía se realiza a menudo en los casos en que está presente una masa anexial.
- En las pacientes con sospecha de malignidad está el manejo conservador por LPC es el tratamiento de elección salvo en mujeres postmenopáusicas, a quienes se les indica la realización de ane-xectomía.
- En caso de sospecha de malignidad es necesario contar con el análisis patológico transoperatorio y, con base en los resultados, tomar la decisión de conservar el anexo o extirparlo para tratamiento curativo.

Bibliografía

Álvarez Sánchez, A. (2011). Torsión de ovario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30(1), 117-124. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100013

Carrasco, A., Cañete, P., & Gisbert, A. (2015). El término torsión de ovario hace referencia a la rotación completa o parcial del ovario sobre sus elementos de soporte, lo que conlleva una disminución o pérdida completa de su aporte sanguíneo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(4), 379-384. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400005

Carrasco, A., Cañete, P., Gisbert, A., & Balanza, R.

(2015). Torsión Anexial presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(4).

García Romero, V., Delgado Marquez, M., & Rodríguez Gomez, M. A. (11 de 2016). Manejo de la Torsión Anexial. Obtenido de Congreso Virtual: www.congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/20.pdf

Hibbard, L. (1985). Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol*, 152(4), 456-61. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4014339>

Idrovo Falquez, B., & Ponce Avilés, V. (2008). Abdomen agudo por torsión de quiste ovárico. *A propósito. "Medicina"*, 14(2).

Marchant, G., Pedraza, S., & Astudillo, D. (2011). Utilidad de la ultrasonografía en el diagnóstico de la torsión anexial. *Rev Chil Ultrasonog*, 14, 14-17.

Mateo Sáñez, H. A., Taboada-Pérez, G. C., Hernández-Arroyo, J. L., Mateo-Madriral, M., & Mateo-Madriral, V. (2013). Torsión anexial: tres casos. *Ginecol Obstet Mex*, 81:272-278.

McWilliams, G., & Hill, M. (2008). Gynecologic emergency. *Surg Clin North Am*, 88(2), 265-83. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18381113>

Medical Design. (2006). Adnexal Torsion. *Endoscopia Ginecologica*, 26(14). Obtenido de Adnexal Torsion.

Monfort Quintana, A. (2017). "Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in Childrens, Adolescents and Adults" Revisión de Artículo. *Cuidados de la Mujer Dpto de Ginecología y Obstetricia*.

SERAM. (24 de Mayo de 2012). TORSIÓN OVÁRICA: ¿Qué hay debajo? Obtenido de Sociedad Española de Radiología Médica SERAM: 10.1594/seram2012/S-1309

Ssi-Yan-Kai G, R. A. (febrero de 2018). Lo que todo Radiologo debería saber sobre la torsión anexial. Obtenido de CLUB BIBLIOGRAFICO SERAM RADIOLOGIA AL DIA: <https://cbseram.com/2018/02/13/lo-que-todo-radiologo-deberia-saber-sobre-la-torsion-anexial/>

Zamboni, M., Palominos, G., Núñez, F., & Durruty, G. y. (2011). Manejo conservador de la torsión anexial: ¿una alternativa o una obligación frente a un posible error de apreciación por parte del cirujano? *Rev Chil Obstet Ginecol*(76), 248-256.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL
CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y
CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE
Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES
ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.

CITAR ESTE ARTICULO:

Ramos Robalino, C., Pacheco Romero, K., Soto Viera, P., & Quisilema Ron, V. (2020). Diagnóstico de torsión anexial. RECIAMUC, 4(2), 80-93. doi:10.26820/reciamuc/4.(2).abril.2020.80-93