

3

TORSIÓN ESPONTÁNEA DE LA TROMPA DE FALOPIO

Informe de un caso

* Carlos A. Gómez R.

RESUMEN

Se presenta un caso de torsión anexial espontánea limitada a la trompa de Falopio derecha en una paciente de doce años, sin compromiso del ovario correspondiente. Se hace una revisión sobre el tema, encontrándose que en lo descrito en la literatura, las referencias se ocupan de casos en los cuales no se considera la torsión limitada exclusivamente a la trompa de Falopio, sin compromiso del ovario correspondiente.

Palabras clave: Torsión Anexial. Trompa de Falopio. Abdomen Agudo.

SUMMARY

It is reported a case of adnexial torsión limited to a Fallopian tube in a twelve years old patient, without compromise of the homolateral ovary. It is presented a review on the topic. It is emphasized the lack of references on the topic of adnexial torsion to that limited to the Fallopian tube.

Key Words: Adnexal Torsión. Fallopian tube. Acute Abdomen.

* *Médico Ginecólogo. Facultad de Medicina Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.*
Separatas: A.A. 56006 Medellín, Colombia.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino, de doce años de edad, estudiante. Ingresó el 5 de abril de 1994 al servicio de Urgencias del Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín, Colombia), enviada para evaluación por un cuadro clínico de dolor abdominal de iniciación súbita, localizado en la fosa ilíaca derecha.

Antecedentes Personales y Familiares: Negativos.

Antecedentes Patológicos y Quirúrgicos: Negativos.

Antecedentes Gineco - Obstétricos: Menarca a los 11 años. Ciclos menstruales previos regulares: 30/6, Eumenorreica. Gravídes: 0 Paridad: 0. Dismenorrea Primaria, no incapacitante. E.U.M: 20 de marzo de 1994.

Revisión por Sistemas: Negativa.

En el momento de su ingreso se encuentra una paciente con un severo dolor abdominal localizado en la fosa ilíaca derecha. Sus condiciones generales y su estado de hidratación están conservados. Se halló afebril, hidratada, con signos de Blumberg y del psoas positivos. Se elabora una impresión diagnóstica inicial de apendicitis aguda y se procede a solicitar un estudio ecográfico, exámenes de laboratorio y evaluación por cirugía.

Exámenes de laboratorio: Coprológico negativo para parásitos. Citoquímico de orina dentro de límites normales.

Radiografía simple de Abdomen negativa. El estudio ecográfico del abdomen inferior mostró lesión anexial derecha, con desplazamiento hacia la izquierda del útero. Se describe la lesión como compatible con hidrosálpinx derecho, sin descartar la presencia de quiste ovárico derecho asociado. Se practicaron dos hemoleucogramas:

Abril 4

Hemoglobina 14.5

Hematocrito 44%

Leucocitos 8.300

Sedimentación
1 H 2 mm

Neutrófilos 54%

Linfocitos 24%

Monocitos 4%

Abril 6

Hemoglobina 13.5 gs.

Hematocrito 42%

Leucocitos 8.300

Sedimentación
1 H 5 mm

Neutrófilos 72%

Linfocitos 24%

Monocitos 4%

En la valoración preoperatoria se encuentra una paciente en buen estado de hidratación, con mucosas húmedas, afebril, pulso: 80 p.m. En el examen clínico abdominal hay dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, con intensa resistencia muscular en la misma zona. Ruidos peristálticos normales. Se realiza tacto rectal bajo anestesia general, encontrándose una masa de características quísticas, tensa, que ocupa la región correspondiente al anexo derecho, con notable desplazamiento del útero hacia la izquierda. Con la impresión diagnóstica de quiste torcido de ovario o posible tumor ovárico derecho se practica laparotomía por incisión de Pfannenstiel.

Hallazgos Operatorios: Trompa derecha anormal, intensamente adematizada, tensa, con contenido hemorrágico. Aproximadamente 8 cms. de diámetro. Se aprecian dos vueltas sobre su propio eje a nivel de la inserción en el borde superior derecho del útero, el cual se encuentra desplazado hacia la izquierda. Macroscópicamente se evidencian en la trompa áreas de alteración de su perfusión y coloración roja oscura. Los restantes órganos pélvicos son normales. El ovario derecho es normal, sin signos de ovulación ni alteración visible en su vascularización. No se

encontró evidencia macroscópica de endometriosis, pus, ni indicios de reacción inflamatoria en el peritoneo pélvico. Los hallazgos anormales se limitaban de manera exclusiva a la trompa derecha. Se practicó salpingectomía derecha.

Anatomía Patológica: Trompa uterina de 11.5 cms. de longitud X 4.5 cms. de diámetro. Presenta luz dilatada con material hemático y hemorrágico de la pared.

Microscópico: Material hemorrágico sin tejidos viables. No hay signos de inflamación ni malignidad. Trompa Uterina: Necrosis Hemorrágica por Torsión.

La paciente es dada de alta en el segundo día postoperatorio. Se revisa ambulatoriamente a la semana siguiente, con evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

En la revisión de la literatura se encontraron interesantes referencias actuales relacionadas con el problema del abdomen agudo de la torsión anexial.

Bider y colaboradores (1) presentan los resultados clínicos, quirúrgicos y de anatomía patológica en 101 pacientes, de las cuales 20 se encontraban en embarazo. Los signos y síntomas de las pacientes que no estaban embarazadas en esta serie (81 pacientes), fueron: dolor abdominal agudo, imágenes sugestivas en el examen de ultrasonido, leucocitosis mayor de 13.000 y náuseas. Los diagnósticos incorrectos más frecuentes en el grupo de pacientes de Bider y col. fueron: apendicitis, masa ovárica, mioma, embarazo ectópico y absceso; los autores destacan que el diagnóstico e intervención precoces facilitaron el manejo conservador del problema, incluyendo la destorsión del anexo comprometido, con buenos resultados. En ninguno de los casos presentados por estos autores de

Tel Aviv se menciona la torsión limitada a la trompa.

Shaler y Pelep, también de Israel (2) presentan una serie de 41 pacientes con torsión anexial y manejo laparoscópico. De estas, 10 se encuentran en embarazo, 6 tienen quistes paraováricos y 18 tienen "Torsión Idiopática". Es muy llamativo que en este artículo se reporta un número alto de casos de torsión anexial relacionado con síndrome de hiperestimulación ovárica (7 pacientes). En ninguno de sus casos se describe la torsión exclusiva de la trompa. Los autores proponen como un manejo seguro el tratamiento laparoscópico con aspiración y destorsión del anexo comprometido, aunque en algunos se practicó anexectomía.

La revisión más extensa sobre el tema es de Hibbard (3) en el Women's Hospital de Los Angeles. Se presenta un total de 102 casos de torsión anexial en un período de 10 años (2.7% de las emergencias quirúrgicas ginecológicas). Con frecuencia la causa de la torsión fue un proceso quístico ovárico benigno, pero tampoco se encontró una causa aparente en un número importante de los casos. En casi el 70% de las pacientes la operación practicada fue Salpingo - ooforectomía.

Hibbard señala que existe acuerdo general de que en la mayoría de las pacientes se presentó un cuadro clínico en el que dominaban el dolor y la masa anexial palpable.

De esta referencia deben destacarse algunas de las conclusiones:

1. La torsión anexial es poco frecuente, pero debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las emergencias quirúrgicas.
2. Se debe considerar la posibilidad de la laparoscopia diagnóstica.

3. Un número importante de pacientes son llevados a laparotomía con diagnósticos diferentes.

Para Hibbard los casos más frecuentes de diagnóstico preoperatorio incorrecto con diagnóstico intraoperatorio de torsión anexial son los siguientes:

Masa anexial, Apendicitis, Masa pélvica, Mioma, Embarazo ectópico, Absceso, Ruptura de víscera.

Tampoco en esta extensa revisión se señala específicamente alguno de los casos como torsión que comprometa de manera exclusiva la Trompa de Falopio.

CONCLUSIÓN

El presente caso ejemplifica una causa relativamente poco frecuente de abdomen agudo. Tal como se verificó en la revisión bibliográfica sobre el tema, prácticamente siempre los autores se han referido de manera genérica al

término "torsión anexial" dando por entendido la torsión del ovario sobre su pedículo y casi siempre incluyendo el compromiso de la trompa correspondiente, concepto que contrasta con las características singulares del caso presentado.

Se destaca la necesidad de la consideración diagnóstica de la torsión, limitada a la trompa, ante el problema clínico planteado por la "Torsión Anexial".

REFERENCIAS

1. Bider et al. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 173: 363.
2. Shaler and Pelep. Laparoscopic treatment of adnexal torsion. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 448-450.
3. Hibbard. Adnexal torsión. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 456-461.