

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo  
"Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in  
Children, Adolescents, and Adults. SOGC CLINICAL  
PRACTICE GUIDELINE. No. 341, February 2017"

Nombre revisor: Ana Monfort Quintana. Hospital General Villalba

1. - Artículo Original:

Diagnosis and Management of Adnexal Torsion in Children, Adolescents, and  
Adults. J Obstet Gynaecol Can 2017;39(2):82e90

2.- Resumen del Artículo:

Se trata de una revisión y actualización sobre la guía de actuación previa de Diciembre  
de 2014 basada en la evidencia y que ofrece recomendaciones sobre el diagnóstico y  
manejo de la torsión ovárica en niñas, adolescentes y mujeres.

Establece las siguientes premisas:

- La ecografía con o sin Doppler es la técnica de imagen de elección ante la sospecha de  
torsión ovárica.
- La laparoscopia es la técnica quirúrgica de elección para el manejo de la torsión  
ovárica.
- La funcionalidad ovárica tras la detorsión incluso en casos con ovario negro ha sido  
documentada posteriormente mediante Doppler.
- El riesgo de malignidad en el proceso de torsión es muy bajo en cualquier rango de  
edad.

### 3.- Guía Clínica:

La torsión ovárica ocurre en niñas, adolescentes y mujeres en edad reproductiva siendo la edad media de 26 años y la población con mayor riesgo de efectos secundarios a nivel de funcional y reproductivo.

Dada la importancia de la potencial pérdida de funcionalidad ovárica en función de la duración en el tiempo de la torsión ovárica es importante un rápido diagnóstico y manejo del mismo.

- **ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO:**

Se define la torsión parcial o completa como la rotación del anejo sobre su pedículo vascular pudiendo envolver al ovario, la trompa o ambos.

Inicialmente se afecta el flujo venoso comprometiéndose posteriormente el flujo arterial. Esto conduce a congestión, edema anexial, isquemia y finalmente necrosis. El tiempo de duración de la isquemia para que ocasione daño irreversible es desconocido.

Suele afectar en un 66% de los casos al anejo derecho y en la mayoría de los casos de mujeres adultas se objetiva una masa anexial. Menos del 18% de las torsiones no presentan patología. La mayoría son masas benignas. El 60% teratomas y el 30% cistoadenoma. La patología maligna es infrecuente, alrededor de un 3%, aunque en una serie de pacientes postmenopáusicas se encontró hasta un 22% de patología maligna.

En edad pediátrica entre el 15 y 50% de los casos se encuentran ovarios sin patología. En un 25% se encuentran quistes funcionales y un 30% teratomas. Los casos en los que no se encuentra patología suelen ser debidos a una inusual laxitud de los ligamentos pélvicos.

La gestación puede también predisponer a la torsión siendo mayor el riesgo en el primer trimestre y asociado a historia de inducción de la ovulación.

- **CLÍNICA:**

El diagnóstico es difícil y siempre hay que tener alta sospecha cuando se presenta un cuadro de dolor abdominal agudo en hipogastrio.

Supone hasta un 3% de las cirugías ginecológicas urgentes

El dolor suele ser en puñalada y puede ser intermitente por torsión parcial o detorsión espontánea.

Un 60% asocia náuseas y vómitos

10% fiebre como hallazgo tardío debido a la necrosis tisular.

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 un diagnóstico diferencial con EIP, EE, quiste no torsionado, apendicitis, diverticulitis y urolitiasis.

Dado que no hay una característica con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico siempre debe considerarse la torsión ovárica en cualquier mujer que presenta dolor abdominal agudo.

- **LABORATORIO:**

Ningún marcador sanguíneo es específico de la torsión ovárica.

Recuento mayor de 12.000 leucocitos se encuentra hasta en el 56% de los casos pero no es específico.

En casos de necrosis se produce elevación de la PCR pero igualmente no es específico.

La elevación de IL-6 puede ser un marcador futuro así como la elevación de CD64

El Dímero D elevado puede ser un marcador para el diagnóstico precoz de la torsión ovárica.

- **PRUEBAS DE IMAGEN**

-La ecografía modo B es el método más sensible y específico para el diagnóstico de torsión ovárica.

Las hallazgos más frecuentes son un ovario aumentado de tamaño y una ausencia de flujo mediante la aplicación de Doppler. Sin embargo puede objetivarse flujo normal en casos de detorsión transitoria o torsión parcial o cuando se realiza Doppler al principio de la torsión dado que el flujo arterial se preserva al inicio de la torsión.

Así mismo se puede objetivar una congestión del ovario y apariencia 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.

- 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 pero con una baja sensibilidad por lo que no se recomienda para el diagnóstico.

Por RMN se pueden objetivar imágenes anormales en secuencias T1y T2 debido a infarto hemorrágico o torsión anexial pero con baja especificidad.

Ni el TAC ni la RMN son útiles para valorar el flujo sanguíneo del ovario por lo que la técnica de imagen indicada para diagnosticar la torsión ovárica es la eco Doppler.

- **MANEJO**

El manejo de la torsión ovárica se ha modificado de forma significativa en la última década.

La mayoría de los autores recomiendan la detorsión con o sin quistectomía a pesar del aspecto necrótico del ovario.

La práctica habitual hasta el momento es la realización de ooforectomía hasta en un 86% de las pacientes debido a la creencia del riesgo de fenómenos tromboembólicos tras la detorsión del pedículo. Una revisión realizada en una serie 981 pacientes reportó una incidencia del 0,2% (2 casos) de TEP. A 309 pacientes se les practicó cirugía conservadora mientras que a 672 se les realizó anexectomía. Los dos casos de TEP ocurrieron en las pacientes que se les realizó anexectomía por lo tanto el riesgo teórico asociado a la detorsión es infundado.

Se recomienda un abordaje conservador vía laparoscópica. La detorsión por LPC ha demostrado menos casos de fiebre postoperatoria y menor tiempo de hospitalización.

Ante la sospecha de malignidad o masa ovárica mayor de 10 cm el manejo por LPC puede no ser recomendado. Afortunadamente es poco frecuente lesiones malignas en ovarios torsionados.

Anteriormente se suponía que la ausencia de Doppler en el ovario torsionado previo a la cirugía suponía un ovario no funcional sin embargo estudios posteriores han demostrado en pacientes con Doppler anormal previo a la cirugía un flujo normal tras la misma, por tanto la funcionalidad ovárica posterior a la detorsión incluso en casos de ovarios negros se puede conservar.

Evidentemente el tiempo que transcurre hasta la cirugía sí que influye en la recuperación de la función ovárica. Aquellas pacientes intervenidas en menos de 24 horas tras la torsión tienen más posibilidades de un manejo conservador en la cirugía que aquellas con mayor demora. Acortar el tiempo de la cirugía disminuye el trauma y

la isquemia tisular. La cirugía debe realizarse lo antes posible ante la sospecha de una torsión ovárica.

Siempre debe considerarse la preservación ovárica independientemente de la demora en la cirugía, la ausencia de vascularización por Doppler y de la presencia de un ovario negro.

La imagen de un ovario oscuro es debida a ausencia de flujo venoso mas que a isquemia arterial y la recuperación del mismo puede ocurrir a pesar del aspecto ovárico .

La detorsión ovárica con o sin quistectomía por vía LPC es el tratamiento de elección incluso ante la presencia de ovario negro.

Muchos autores recomiendan diferir la práctica de quistectomía ovárica para evitar daño adicional al ovario tras la detorsión del mismo dado que se trata de un ovario edematoso y friable. Recomiendan diferirla 6-8 semanas tras la detorsión.

Una serie retrospectiva de 102 casos con manejo conservador de mostró a las 8 semanas ovario funcionando en el 92% de los casos.

El riesgo de malignidad ha sido descrito en una serie de pacientes menopaúsicas suponiendo un 3 % de los casos por lo tanto en las pacientes postmenopaúsicas que presentan torsión ovárica la práctica de una ooforectomía debe ser considera.

El riesgo de recurrencia tras manejo conservador se da hasta en el 63% de los casos que presentan anejos normales frente al 8,7% de los casos con patología anexial. El drenaje del quiste o la realización de una quistectomía reduce dicho riesgo en una 50 y 75% respectivamente.

En pacientes jóvenes debe considerarse la fijación de ambos ovarios pero debe tenerse en cuenta los posibles efectos negativos en un futuro sobre la fertilidad por lo tanto sólo se recomienda en situaciones en las que se objetiva un ligamento ovárico largo, casos de recurrencia o cuando no se encuentra una causa de la torsión. Se fija por vía LPC a la pared pélvica, a la cara posterior uterina o al ligamento útero-sacro ipsilateral.

#### 4- Comentario:

- El diagnóstico de la torsión ovárica sigue siendo difícil.
- La clínica de presentación es frecuentemente inespecífica retrasando su diagnóstico y tratamiento.
- El diagnóstico debe sospecharse en una paciente que presenta dolor abdominal agudo asociado o no a náuseas, vómitos y fiebre.
- Doppler anormal puede ser indicativo de torsión ovárica.
- El manejo conservador por LPC es el tratamiento de elección salvo en mujeres postmenopáusicas.