

García Teruel, MP.; Garre Alcázar, MC.; Guirao Molina, FH; Hernández Ros, MI; Jiménez Díaz, S; Madrid Gómez de Mercado, MD; Martínez-Espejo Cerezo, A.; Martínez Gómez, A;

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier

INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en las niñas y adolescentes. Se calcula una incidencia de 4,9 casos por cada 100.000 mujeres menores de 20 años, y un 13% corresponde a niñas prepuberales menores de 11 años.

Los síntomas de presentación son altamente inespecíficos, y pueden confundirse con un gran número de patologías abdominales, quirúrgicas y no quirúrgicas.

Las pruebas complementarias (ecografía, eco-doppler, TAC o RNM abdominopélvico, ayudan a establecer el diagnóstico, pero con frecuencia no son concluyentes. El diagnóstico final es quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Niña prepuber de 12 años, que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal de una semana acompañado de vómitos.

Exploración: El abdomen es doloroso a la palpación profunda, la paciente ofrece resistencia voluntaria que dificulta la exploración.

Ecografía abdominopélvica: Masa compleja gigante en hipogastrio-pelvis central de 142x100x115mm compatible con teratoma quístico dependiente del ovario izquierdo. La masa presenta paredes gruesas irregulares, áreas quísticas y áreas sólidas nodulares multiloculadas, con septos gruesos, con proyección papilar de 58x42 mm con imágenes sugestivas de calcificaciones en su interior y sin flujo vascular. Moderada cantidad de líquido ascítico libre en pelvis menor. Uropatía obstructiva (hidronefrosis grado I-II derecha y grado I izquierda). En el ovario derecho se aprecian múltiples folículos.

TAC abdominopélvico: Gran masa abdominal en hemiabdomen inferior y pelvis de 7'2 x 12'7 x 14'4 cm. Con márgenes bien delimitados, de aspecto multiloculado con septos engrosados. Con focos de calcificación lineal de hasta 3 cm, distribuidos por los septos y con depósitos grasos. Hallazgos sugieren como posibilidad diagnóstica un teratoma quístico maduro. El útero de la paciente es normal.

Tratamiento quirúrgico: Se realiza laparotomía urgente mediante incisión de Pfannestiel.

Hallazgos: Anejo izquierdo aumentado de tamaño a expensas de tumoración ovárica de aspecto teratoma de 12 cm, con torsión de 2-3 vueltas. El útero y el anejo derecho son normales. Se realiza anexectomía izquierda.

Anatomía patológica: TERATOMA QUÍSTICO MADURO TORSIONADO.

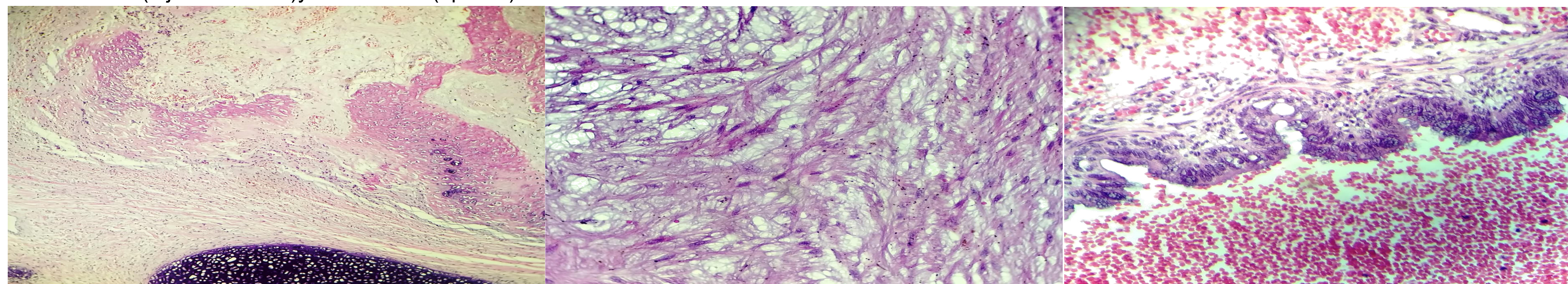
Figura 1: TC abdominopélvico con gran masa en hipocondrio y pelvis, márgenes bien definidos y multiloculada con septos.



Figura 2: Torsión ovárica más masa anexial.



Figura 3: Secciones microscópicas en la que se pueden observar tejidos de las tres hojas embrionarias mesodermo (cartílago y trabéculas óseas), ectodermo (tejido nervioso) y endodermo (epitelio).



DISCURSIÓN.

- La torsión ovárica es una urgencia quirúrgica inusual en la edad pediátrica, que ocurre cuando el ovario gira sobre sus ligamentos de soporte impidiendo el flujo sanguíneo.
- Si no se resuelve, puede conllevar la aparición de necrosis tisular y pérdida de función ovárica. El tratamiento consiste en la detorsión y fijación o la extirpación del ovario implicado lo antes posible.
- La clínica de la torsión ovárica y los hallazgos de la exploración física es muy inespecíficos.
- A pesar de los avances tecnológicos en las pruebas de imagen, el diagnóstico definitivo de torsión ovárica es quirúrgico

BIBLIOGRAFÍA

- Sevilla Ramos P, Hernández Bejarano MJ, Cid París E, Alija Merillas M, Jiménez Bustos JM. Torsión ovárica como causa de dolor abdominal agudo en una niña prepuberal. Acta Pediatr Esp. dic. 2012; 70(11):425-425. [e47-e50].
- Heinena F, Pérez G. Cistoadenoma mucinoso fronterizo (borderline) del ovario en una niña antes de la menarca. Arch Argent Pediatr. feb.2012; 110(1): 1-14. doi:10.5546/aap.2011.e4
- Kaatsch P, Häfner C, Calaminus G, Blettner M, Tulla M. Pediatric Germ Cell Tumors From 1987 to 2011: Incidence Rates, Time Trends, and Survival. Pediatrics. 2015 Jan; 135(1):e136-43. doi: 10.1542/peds.2014-1989