

## TORSION OVÁRICA: LA GRAN IMITADORA

Gómez Meseguer, Celia; Ferreira Gutiérrez, Elisa; Juan Pérez; Almudena, López Martínez, Pilar; Mokachir Mohsenin, Zoraya; Sánchez Bernal, Pablo; Sánchez Mateos Enrique, MR; Muñoz Contreras, María (Hospital General Universitario Reina Sofía).

### CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años que consulta en urgencias por dolor abdominal.

Intervenida 2 meses antes por un cistoadenoma mucinoso, realizándose una quistectomía derecha laparoscópica. Durante el postoperatorio se evidenció un hematoma en lecho quirúrgico que precisó seguimiento en consulta y aún estaba en resolución.

Exploración Física: abdomen globuloso, dolor abdominal a la palpación en fosa iliaca derecha y signos de Blumberg y Rosving positivos.

La analítica PCR 1,9; Hb 9,6g/dL; Hto 31%; leucocitos  $10.890 \cdot 10^3$  uL y plaquetas  $459 \cdot 10^3$  uL.

En la ecografía se observa útero en anteversión con endometrio secretor de 10 mm. Ovario izquierdo normal. En el ovario derecho una formación quística bilobulada de 149,97 x 78,54 mm con paredes finas y contenido hojaldrado compatible con el hematoma ya conocido secundario de la cirugía. Doppler score 1. Además, se encuentra una fina lámina de líquido libre en Douglas y preuterina.

La paciente ingresa para control del dolor y estudio con diagnóstico de torsión ovárica vs hemoperitoneo por sangrado del hematoma ovárico postquirúrgico. Durante su ingreso se realiza TAC donde se objetiva una masa anexial derecha compleja con contenido hiperdenso en su porción más caudal sin que pueda descartarse sobreinfección o sangrado. Se evidencia también líquido libre en espacio de Morrison, gotera paracólica derecha y en pelvis.

Tras la reaparición del dolor, empeoramiento analítico y ante la posibilidad de complicación postquirúrgica se decide realizar una laparoscopia diagnóstico-terapéutica.

En la cirugía se observa el anejo izquierdo normal, hemoperitoneo de 100 ml y en el ovario derecho, dos formaciones quísticas adyacentes que juntas miden 15 cm aproximadamente. Ambas de paredes lisas, bien delimitadas y con contenido hemático en su interior junto con parénquima ovárico sano. La trompa derecha está dilatada y de coloración negruzca torsionada tres veces sobre su eje cuya coloración va normalizando progresivamente tras detorsionarla. Se realiza drenaje del hematoma contenido y pexia del ligamento úteroovárico. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo dada de alta a las 48h. Control posterior en consulta sin incidencias.

### DISCUSIÓN

La torsión de ovario es una de las emergencias ginecológicas más frecuentes. El diagnóstico y tratamiento correcto e inmediato es crucial para preservar la función ovárica y prevenir morbilidad asociada. Sin embargo, el diagnóstico puede ser dificultoso debido a los síntomas inespecíficos con los que debuta. La clínica descrita es dolor pélvico agudo asociado a náuseas y vómitos, fiebre y leucocitosis. Así mismo, la mayoría de las pacientes presentan una tumoración ovárica, cuyo tamaño  $>5$ cm, esta descrito como factor de riesgo.

Los hallazgos ecográficos más comunes son ovario afecto de aspecto heterogéneo, redondeado comparado con el ovario contralateral debido al edema asociado y presencia de múltiples folículos periféricos desplazados por el edema. El flujo doppler puede estar presente, disminuido o ausente. El diagnóstico definitivo se obtiene con la visualización directa tras evaluación quirúrgica.

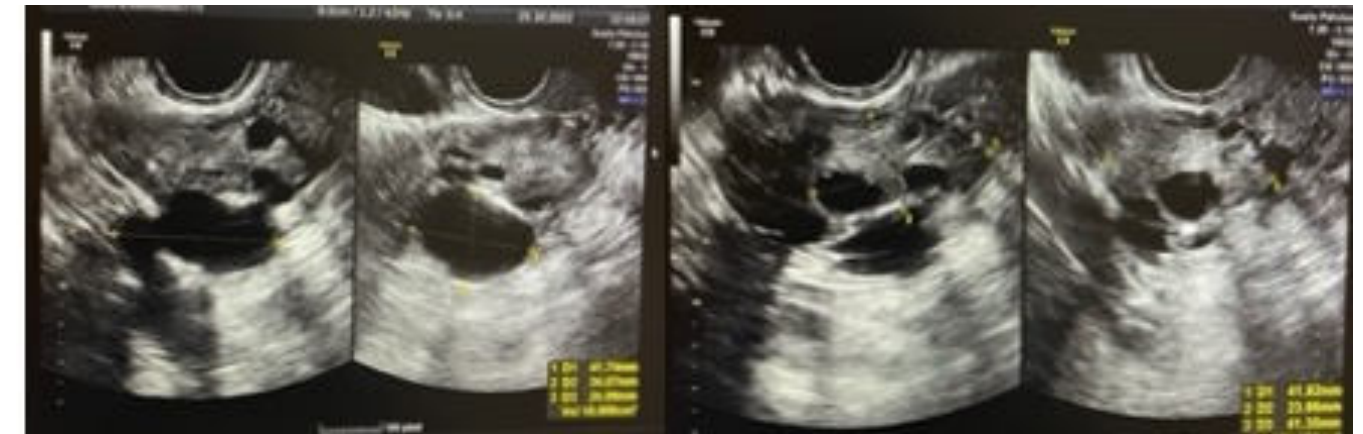


Figura 1. Ecografía TV: Ovario derecho con formación quístico bilobulada de 150x78mm compatible con hematoma

### CONCLUSIÓN

- La torsión ovárica es una de las emergencias ginecológicas más comunes.
- Debemos sospecharla ante una paciente con dolor abdominal.
- El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras patologías que asocian dolor pélvico intenso o masas anexiales tales como embarazo ectópico, cuerpo lúteo hemorrágico, absceso tubo ovárico o apendicitis.
- Ocurre en pacientes de todas las edades pero es más frecuente en mujeres en edad reproductiva.
- El principal factor de riesgo es la presencia de una tumoración ovárica  $>5$ cm.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Novoa M, Friedman J, Mayrink M. Ovarian torsion: can we save the ovary? Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2021;304(1):191–5. Available from: [hMps://doi.org/10.1007/s00404-021-06008-8](https://doi.org/10.1007/s00404-021-06008-8)
2. Moro F, Bolomini G, Sibal M, Vijayaraghavan SB, Venkatesh P, Nardelli F, et al. Imaging in gynecological disease (20): clinical and ultrasound characteristics of adnexal torsion. Ultrasound Obstet Gynecol.