

# Torsión ovárica como causa de dolor abdominal agudo en una niña prepuberal

P. Sevilla Ramos, M.J. Hernández Bejarano, E. Cid París, M. Alija Merillas, J.M. Jiménez Bustos  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares

## Resumen

La torsión ovárica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en niñas. Los síntomas de presentación son poco específicos, lo que dificulta el diagnóstico precoz y condiciona con frecuencia la viabilidad del ovario.

Presentamos el caso de una niña prepúber de 11 años de edad que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de vómitos y dolor abdominal de 4 horas de evolución. Tras su ingreso, presentó una mejoría inicial pero un empeoramiento a las 48 horas, con aparición de fiebre y un aumento del dolor abdominal. Se realizó una radiografía de abdomen, que indicaba la presencia de una masa abdominal, así como una ecografía y una resonancia magnética abdominales, en las que se apreciaba un posible tumor ovárico. Tras la intervención quirúrgica de la paciente se llegó al diagnóstico final de torsión ovárica.

Con este caso queremos resaltar la presentación clínica altamente inespecífica de esta entidad, que junto con las pruebas complementarias, habitualmente poco concluyentes o equívocas, hacen difícil el establecimiento de un diagnóstico precoz sin un alto grado de sospecha.

## Palabras clave

Torsión ovárica, niños, dolor abdominal, masa abdominal

## Abstract

*Title:* Ovarian torsion, as an etiology of acute abdominal pain in a premenarcheal girl

Ovarian torsion is an uncommon cause of acute abdominal pain in pediatric patients. Presenting symptoms are nonspecific, requiring a high index of suspicion for early diagnosis, essential to increase the viability of the ovary.

We report an 11-year-old, premenarcheal girl, who presented to the emergency department with 4 hours of vomiting and abdominal pain. Upon admission, she experienced initial partial improvement, after 48 hour abdominal pain worsened and fever appeared. Abdominal radiography was performed suggestive of an abdominal mass and abdominal ultrasound and MRI imaging suggestive of ovarian tumor. After surgery it was the final diagnosis of ovarian torsion.

In this case we want to emphasize highly nonspecific clinical presentation of this entity, which together with additional test often inconclusive or misleading, make early diagnosis difficult without a high degree of suspicion.

## Keywords

Ovarian torsion, children, abdominal pain, abdominal mass

## 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<sup>1</sup>.

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, tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [RM] abdominal) ayudan a establecer el diagnóstico, pero con frecuencia no son concluyentes. El diagnóstico final es quirúrgico.

Presentamos el caso de una niña prepuberal ingresada por un episodio de dolor abdominal agudo, con mejoría parcial inicial, que fue diagnosticada finalmente de torsión ovárica.

Se hace una revisión de la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 11 años de edad que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar un dolor abdominal continuo, localizado en la fosa iliaca derecha, de 4 horas de evolución y acompañado de vómitos. No refería fiebre, diarrea ni otros síntomas acompañantes.

Como antecedentes personales de la paciente destacaba una apendicectomía realizada a los 7 años.

En la exploración estaba afebril. Presentaba un abdomen blando y deprimible, con ruidos hidroaéreos presentes. No se palpaban masas. Destacaba un dolor localizado en la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración por aparatos fue normal, con un estadio puberal de Tanner 1.

En el servicio de urgencias se realizó una analítica de orina con sedimento normal y analítica sanguínea: hemograma 9.180 leucocitos/mm<sup>3</sup> (89% neutrófilos), hemoglobina (Hb) 13,1 g/dL, plaquetas 269.000/mm<sup>3</sup>; bioquímica con función renal y hepática normal; proteína C reactiva (PCR) 0,2 mg/L.

Se decidió el ingreso de la paciente para su observación con fluidoterapia intravenosa y tratamiento con ondansetrón y ranitidina. Se apreció una mejoría de los síntomas en las siguientes 36 horas, ya que presentaba una buena tolerancia oral, estaba afebril, sin vómitos, y únicamente persistía un dolor leve en la fosa iliaca derecha. A las 48 horas del ingreso apareció la fiebre, sin otros síntomas acompañantes, salvo la persistencia de dolor a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó un control analítico con hemograma: 11.070 leucocitos/mm<sup>3</sup> (76% neutrófilos), Hb 13,9 g/dL y PCR 21,6 mg/L.

En las siguientes horas presentó un aumento del dolor abdominal, por lo que se solicitó una radiografía abdominal, en la que se apreció un efecto masa en el hipogastrio (figura 1).

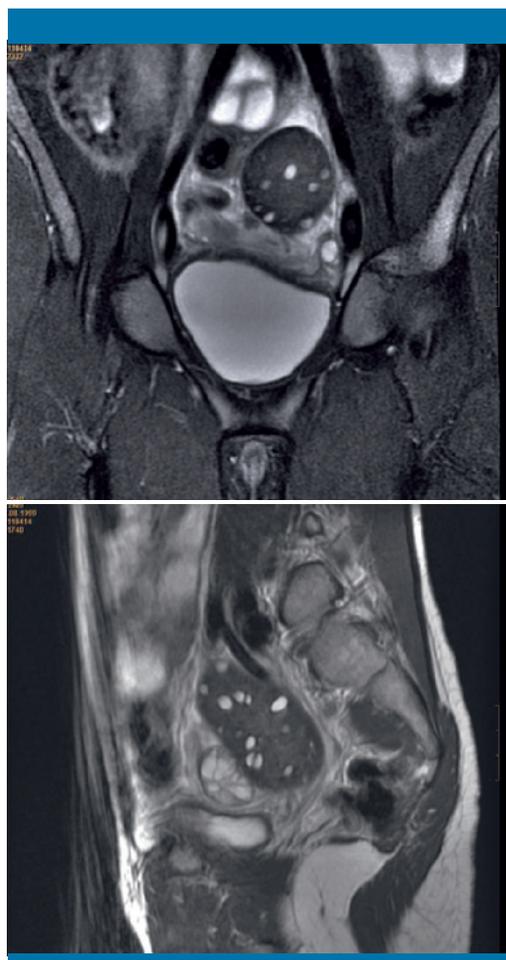
Se realizó una ecografía abdominal, identificándose en la pelvis una masa sólida levemente hiperecoica, con pequeñas zonas hipoeoicas, adyacente a los ovarios, sin una clara delimitación de su procedencia y etiología.

Se recomendó la realización de una RM abdominal (figuras 2 y 3), en la que se observó la presencia de una tumoración sólida bien definida, de localización centropélvica, con focos quísticos periféricos de 75 × 59 × 40 mm, que podía corresponderse, dadas las características de la señal, con un leiomioma con pedículo, que parecía derivarse del ovario derecho y no se identificaba claramente. El ovario izquierdo, el útero, la vejiga y el recto eran normales. No se detectó líquido libre intraperitoneal ni adenopatías locoregionales significativas.

Se solicitó una valoración por parte del servicio de ginecología, donde se realizó a la paciente una ecografía ginecológica, en la que se apreciaba una masa dependiente del ovario derecho con flujo conservado.



Figura 1. Radiografía abdominal, en la que se aprecia un efecto masa en el hipogastrio



Figuras 2 y 3. RM abdominal, en la que se aprecia una tumoración sólida bien definida, de localización centropélvica, con focos quísticos periféricos

Ante la sospecha radiológica de tumoración ovárica, se procedió a la realización de una laparotomía exploradora, en la que se detectó un anejo derecho torsionado y necrosado, que finalmente se extirpó.

Previamente a la cirugía, se estudiaron los marcadores tumorales en sangre (alfafetoproteína y betagonadotropina coriónica humana), que fueron negativos.

El estudio anatomopatológico del ovario y la trompa derechos puso de manifiesto una trompa rectilínea de 5 cm y un ovario de  $7 \times 4 \times 3$  cm. La totalidad del anejo presentaba la superficie deslustrada y una coloración violácea. En secciones seriadas era difusamente hemorrágico, sin identificarse un parénquima ovárico o tubárico preservado. El estudio histológico mostró, tanto en el ovario como en la trompa, un intenso edema y una extravasación hemorrágica, compatibles con un infarto hemorrágico anexial secundario a una torsión ovárica.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones.

## Discusión

La torsión ovárica es una urgencia quirúrgica inusual en la edad pediátrica, que tiene lugar 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.

Puede presentarse a cualquier edad, desde el periodo neonatal hasta la ancianidad. En los adultos se asocia con frecuencia a la existencia de una patología ovárica de base; sin embargo, en las niñas prepuberales se produce sobre los ovarios sanos en alrededor del 50% de los casos<sup>1-3</sup>, lo que podría explicarse por la presencia de ligamentos útero-ováricos desproporcionadamente elongados durante la infancia, que facilitan la movilidad ovárica. A su vez, también se ha apreciado en este grupo de edad una mayor frecuencia de torsión ovárica derecha (3:2), posiblemente relacionada con una mayor movilidad del ciego y del íleon distal en el lado derecho con respecto al lado izquierdo, que estaría ocupado por el colon sigmoide<sup>3</sup>.

La clínica de la torsión ovárica es muy inespecífica, y muy a menudo puede confundirse con otros procesos abdominales, quirúrgicos y no quirúrgicos<sup>2,4-7</sup>. Según diferentes estudios, los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal agudo, de localización, duración e intensidad variable (en torno al 100% de los casos), los vómitos o náuseas (77-40%), la irritación peritoneal (37-23%), la presencia de una masa abdominal (36-10%), leucocitosis (26-3%), fiebre (28%)<sup>2,4-6</sup>...

Es importante remarcar que, en ocasiones (hasta en un 10% de los casos), los pacientes pueden referir dolores abdominales intermitentes en los días o semanas previos al diagnóstico en el lado afectado<sup>3-5</sup>. En algunos casos se ha asociado a la realización de una actividad física vigorosa.

Los hallazgos de la exploración física son también inespecíficos, y en ocasiones se pueden encontrar masas abdominales o signos de irritación peritoneal.

A pesar de los avances tecnológicos en las pruebas de imagen, el diagnóstico definitivo de torsión ovárica es quirúrgico.

La ecografía abdominal, aunque inespecífica, es la prueba de elección inicial, con una sensibilidad de en torno al 50%<sup>5</sup>. El hallazgo más frecuente es la presencia de una masa pélvica u ovárica de apariencia heterogénea, con o sin líquido libre en el fondo del saco de Douglas. Ante este hallazgo se recomienda la realización de una laparoscopia para determinar la causa del dolor, ya que una intervención precoz puede salvar el ovario.

La eco-Doppler abdominal puede confirmar el diagnóstico si identifica un ovario aumentado con una disminución o ausencia de flujo. No obstante, hay que resaltar que la existencia de flujo arterial normal no excluye de manera definitiva el diagnóstico.

La TC y la RM abdominal también se han utilizado, ya que permiten detectar y definir masas ováricas, edema e infartos. Sin embargo, sólo sugieren el diagnóstico y muestran con frecuencia hallazgos inespecíficos o equívocos<sup>8,9</sup>.

Los test de laboratorio son poco útiles. La presencia de leucocitosis o la elevación de la PCR suelen ser signos tardíos de necrosis tisular.

El manejo tradicional de la torsión ovárica consistía en la realización de una ooforectomía, basándose en el riesgo de existencia de una patología maligna de base, sumado a la posibilidad de una liberación de los trombos de los vasos en caso de detorsión. Desde 1996 están descritos múltiples casos de detorsión ovárica con éxito, con un riesgo muy bajo de complicaciones<sup>1,3,6,10-12</sup>. En un estudio realizado en Estados Unidos sobre más de 3.300 casos, se encontró una tasa de detorsión de en torno a un 40%<sup>1</sup>.

Es importante resaltar que en diversos estudios no se ha encontrado una relación directa entre el tiempo transcurrido desde el inicio de los primeros síntomas hasta la realización de la cirugía y la tasa de ooforectomías, con un tiempo de demora similar de unos 3-4 días<sup>1,6</sup>.

Los datos anteriores sugieren que el ovario puede salvarse en más ocasiones de las que se suponía inicialmente. La tendencia actual es mantener una actitud más conservadora, incluso en isquemias moderadas-severas.

Aunque es poco frecuente, el caso comentado sirve para resaltar la importancia de considerar la torsión ovárica en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo de niñas prepuberales. Teniendo en cuenta lo inespecífico de la clínica y de las pruebas complementarias en estos casos, la sospecha diagnóstica es fundamental para aumentar la probabilidad de supervivencia del ovario. ■

## Bibliografía

1. Guthrie BD, Adler MD, Powell EC. Incidence and trends of pediatric ovarian torsion hospitalizations in the United States, 2000-2006. *Pediatrics*. 2010; 125(3): 532-538.
2. Anders JF, Powell EC. Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159(6): 532-535.
3. Ochsner TJ, Roos JA, Johnson AS, Henderson JL. Ovarian torsion in a three-year-old girl. *J Emerg Med*. 2010; 38(4): e27-e30.
4. Chang YJ, Yan DC, Kong MS, Wu CT, Chao HC, Luo CC, et al. Adnexal torsion in children. *Pediatr Emerg Care*. 2008; 24(8): 534-537.
5. Oltmann SC, Fischer A, Barber R, Huang R, Hicks B, García N. Cannot exclude torsion-a 15-year review. *J Pediatr Surg*. 2009; 44(6): 1.212-1.216.
6. Galinier P, Carfagna L, Delsol M, Ballouhey O, Lemasson F, Le Mandat A, et al. Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: a report of 45 cases. *J Pediatr Surg*. 2009; 44(9): 1.759-1.765.
7. Becker JH, De Graaff J, Vos CM. Torsion of the ovary: a known but frequently missed diagnosis. *Eur J Emerg Med*. 2009; 16(3): 124-126.
8. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Jung JI, Choi BG, Kim BS, et al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics*. 2002; 22(2): 283-294.
9. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics*. 2008; 28(5): 1.355-1.368.
10. Rousseau V, Massicot R, Darwish AA, Sauvat F, Emond S, Thibaud E, et al. Emergency management and conservative surgery of ovarian torsion in children: a report of 40 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008; 21(4): 201-206.
11. Oltmann SC, Fischer A, Barber R, Huang R, Hicks B, García N. Pediatric ovarian malignancy presenting as an ovarian torsion: incidence and relevance. *J Pediatr Surg*. 2010; 45(1): 135-139.
12. Breech LL, Hillard PJ. Adnexal torsion in pediatric and adolescent girls. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005; 17(5): 483-489.