

Caso clínico

Torsión aislada de la trompa de Falopio en una niña premenárquica

I. LEDESMA BENÍTEZ, L. CASTAÑÓN LÓPEZ, R. ÁLVAREZ RAMOS, B. HERRERO MENDOZA,
V. ORILLE NÚÑEZ*

*Servicio de Pediatría. *Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León*

RESUMEN

La torsión aislada de la trompa de Falopio es una causa muy rara de dolor abdominal agudo en adolescentes premenárquicas. Suele existir un retraso importante en su diagnóstico tras la aparición de la sintomatología debido a la inespecificidad de la misma, la rareza del cuadro y la búsqueda de otras causas más frecuentes de dolor abdominal agudo.

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años con torsión aislada de la trompa izquierda, que requirió la extirpación de la misma por vía laparoscópica.

Enfatizamos en la importancia de que este cuadro sea tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en mujeres, ya que el diagnóstico y la intervención quirúrgica precoz son fundamentales para la conservación de la trompa.

Palabras clave: Dolor abdominal; Laparoscopia; Torsión; Trompa de Falopio.

ABSTRACT

The isolated Fallopian tube torsion is an infrequent cause of acute abdominal pain among premenarcheal adolescent girls. The diagnosis of this disease after the appearance of the symptoms, is usually delayed because of these symptoms are

inespecific, the disease is really infrequent and the search of other more frequent causes of acute abdominal pain.

This case is about a thirteen years old adolescent girl with isolated torsion of left fallopian tube, that needed the surgical laparoscopic removal.

We want to remark the importance of having in mind this disease in the differential diagnosis of acute abdominal pain in women, because the early diagnosis and surgery are the mainstay for keeping the fallopian tube.

Key words: Abdominal pain; Fallopian tube; Laparoscopy; Torsion.

INTRODUCCIÓN

La torsión de la trompa de Falopio es una causa ginecológica muy rara de dolor abdominal agudo. Y es aún más rara su aparición en niñas premenárquicas. Han sido escasos los casos publicados en la literatura médica, sobre todo en la edad pediátrica⁽¹⁻⁵⁾. La falta de signos clínicos específicos y su similitud con otros procesos que producen dolor abdominal agudo dificulta y retrasa el diagnóstico preoperatorio, lo cual conlleva importantes consecuencias sobre la capacidad reproductiva de nuestras pacientes. La introducción de la laparoscopia en la cirugía ginecológica ha cambiado la aproximación tanto al diagnóstico como al tratamiento de la torsión de la trompa de Falopio^(3,6).

Correspondencia: Dra. L. Castañón López. Servicio de Pediatría. Hospital de León. Altos de Nava s/n. 24071 León.

Correo electrónico: lecitina01@yahoo.es

Recibido: Noviembre 2004. *Aceptado:* Diciembre 2004



Figura 1. Ecografía abdominal: área quística anecoica, de morfología alargada (asterisco), adyacente al anejo derecho (cruz).

Presentamos el caso de una adolescente premenárquica con un cuadro de dolor abdominal agudo secundario a la torsión completa de la trompa izquierda, dando lugar a infarto hemorrágico de la misma, que requirió su extirpación quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Niña de raza blanca de 13 años de edad, premenárquica, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de tipo cólico en FII de 48 horas de evolución irradiado a ingle y rodilla, acompañado de vómitos incoercibles en las últimas 24 horas. No presenta alteraciones en el hábito intestinal.

Como antecedentes personales de interés, había sido ingresada previamente en dos ocasiones en nuestro Servicio por cuadro de dolor abdominal recurrente, siendo diagnosticada en ambas ocasiones de adenitis mesentérica.

En la exploración física destaca: temperatura 36,7° C, afectación leve del estado general, abdomen blando y deprimible, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca izquierda sin signos de irritación peritoneal. En la cadera izquierda, presenta dolor a la movilización, sin limitación ni signos inflamatorios locales. Se palpa adenopatía de menos de 2 cm de diámetro en la región inguinal izquierda.

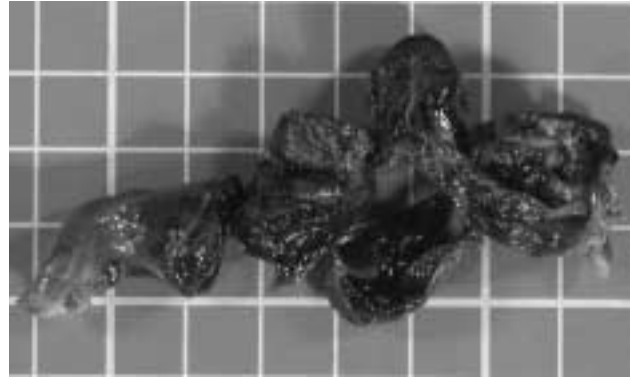


Figura 2. Torsión de la trompa izquierda: imagen macroscópica.

En las exploraciones complementarias presenta hemograma con 11.200 leucocitos/mm³ (91% N, 5% L, 3% M, 1% E), bioquímica con función hepática y sedimento de orina normales. PCR 1,6 mg/dL. Radiografías de abdomen y cadera izquierda normales.

Dada la inespecificidad de la sintomatología se decide ingreso y observación, presentando en las primeras horas varias crisis de dolor abdominal intenso de tipo cólico, con importante sintomatología vegetativa acompañante y sin signos de defensa abdominal, por lo que se realiza ecografía abdominal que demuestra la existencia de una colección de líquido anecoica, próxima al anejo derecho, con un tamaño de 45 x 25 mm, sin líquido libre intraperitoneal y que se acompaña de una imagen tubular no compresible en fosa iliaca derecha. Tanto el útero como el resto de anejos eran normales (Fig. 1).

Se practica laparoscopia exploradora que demuestra la presencia de una trompa izquierda edematosa y necrótica con 2 vueltas de torsión y de un tamaño superior a 7 cm, por lo que se practica salpinguectomía izquierda. El útero, la trompa derecha y ambos ovarios eran normales.

El examen anatomopatológico demuestra la existencia de una trompa con áreas hemorrágicas y necróticas al corte y de una longitud aproximada de 70 mm (Fig. 2). Al examen histológico se observa intenso edema y áreas hemorrágicas en toda la pared de la trompa (Fig. 3). Todo ello confirma el diagnóstico de torsión de trompa izquierda con infarto hemorrágico.

El período postoperatorio fue normal, siendo dada de alta a los cinco días.

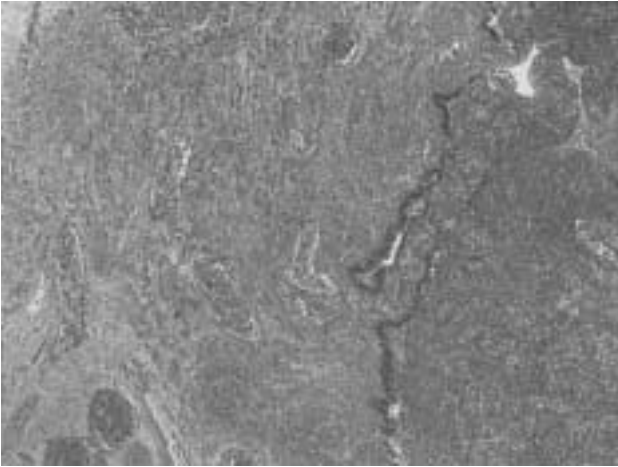


Figura 3. Imagen microscópica: pared de la trompa engrosada e infiltrada por hematíes. Presencia de vasos sanguíneos engrosados. Luz tubular con contenido hemático.

DISCUSIÓN

La torsión aislada de la trompa de Falopio es una causa muy rara de abdomen agudo en las mujeres, siendo aún más infrecuente en niñas premenárquicas. En la literatura médica se describen pocos casos en este grupo de edad, siendo más frecuente en mujeres en edad fértil. Se estima que la incidencia de torsión aislada de la trompa de Falopio es de 1 caso por cada 1,5 millones de mujeres^(7,8).

También se han descrito casos en mujeres embarazadas, así como episodios recurrentes de torsión tubárica⁽⁶⁾.

La torsión tubárica puede tener lugar en trompas previamente afectadas por alguna patología y en trompas sanas. Se describen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos⁽⁶⁾. Entre los **factores intrínsecos** se incluyen: anomalías congénitas de la trompa (recorrido tortuoso o excesiva longitud de la trompa), patología adquirida (hidrosálpinx, hematosálpinx, tumores) y peristalsis anormal. Como **factores extrínsecos** se encuentran alteraciones de los órganos vecinos (adherencias, tumores), embarazo, movimientos o traumas de los órganos pélvicos y congestión pélvica.

La torsión tubárica suele manifestarse clínicamente por dolor en hemiabdomen inferior de aparición súbita, que puede irradiarse a la ingle y al muslo ipsilateral y que tiende a aumentar con el paso del tiempo. Puede acompañarse de sintomatología gastrointestinal y urinaria. En un 50%

de los casos publicados se han descrito cuadros previos de dolor abdominal inespecífico, que podrían corresponder a episodios de torsión tubárica que se resuelven espontáneamente, como podría ocurrir en nuestra paciente⁽²⁾.

La palpación abdominal suele ser dolorosa en la zona afectada y en muchos casos se observa defensa voluntaria a la misma. En la exploración vaginal, se puede hallar una masa adyacente a los anejos, dolorosa a la palpación^(6,9).

Se ha descrito que la torsión tubárica derecha es más frecuente que la izquierda con una ratio 2:1. Esto puede deberse al hecho de que aquellos episodios de dolor en fosa ilíaca derecha suelen ser explorados quirúrgicamente con mayor frecuencia que los del lado izquierdo, para excluir apendicitis. Además, los anejos izquierdos están parcialmente fijados por el colon sigmoide^(10,11).

Debido a la inespecificidad de la sintomatología clínica y a la rareza del cuadro, esta patología no se suele tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en niñas premenárquicas, y que incluye apendicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, ruptura de quiste ovárico, cólico renal e incluso torsión ovárica^(6,7,9,11).

Como ya hemos mencionado previamente, el diagnóstico preoperatorio de esta entidad se realiza en muy pocos casos. Los hallazgos analíticos pueden ser inespecíficos, aunque la mayoría suele presentar leucocitosis.

En el diagnóstico de esta entidad, se ha descrito la importancia de la ecografía abdomino-pélvica y del Doppler color. Los hallazgos ecográficos de la torsión tubárica incluyen la existencia de una masa quística elongada, con presencia de ecos dispersos en su interior, que en su unión con el cuerno uterino, presenta forma afilada. En el Doppler nos encontramos con ondas de alta impedancia que se acompañan de inversión de la onda diastólica en la trompa afectada. Todos estos hallazgos deberían incrementar la sospecha clínica de torsión aislada de la trompa de Falopio, especialmente si el ovario ipsilateral es visible en la ecografía y con una apariencia normal^(6,12,13).

Recientemente se ha descrito la utilidad de la tomografía axial computarizada (TAC) en el diagnóstico de la torsión tubárica, ya que proporciona información adicional que puede ser útil, tanto para el diagnóstico, como para la intervención quirúrgica. La presencia de una masa de baja densidad que desplaza el útero y el recto, circundada por el ligamento ancho ipsilateral, que se encuentra engrosado, junto

con cambios inflamatorios alrededor de dicha masa son imágenes características de la torsión de anejos en la TAC^(14,15).

El tratamiento de la torsión de la trompa de Falopio va a depender del estado en que se encuentre la trompa en el acto quirúrgico. La presencia de una trompa viable indicará la realización de la detorsión de la trompa afectada por vía laparoscópica y la posterior fijación de la misma en su zona habitual, para prevenir recurrencias posteriores. En cambio, si la trompa aparece gangrenada y necrótica, como ocurrió en nuestra paciente, se procederá a la salpinguectomía^(3,6).

La trompa contralateral debe ser examinada cuidadosamente, confirmando su viabilidad, especialmente en aquellas mujeres que mantienen deseos reproductivos. Hay controversias en la literatura acerca del anclaje profiláctico de la trompa contralateral, sobre todo, si existen algunos de los factores de riesgo para la torsión indicados anteriormente⁽⁹⁾. Hay autores que desestiman esta opción, ya que la torsión bilateral es rara y suele tener lugar de forma simultánea y no secuencialmente⁽²⁾. La extirpación del ovario ipsilateral no está indicada en aquellos casos de torsión tubárica aislada.

Spigland y colaboradores demostraron que, desde la aparición de los primeros síntomas hasta el ingreso hospitalario existía un retraso de 5,2 días como media. Y desde la primera consulta al médico hasta la intervención quirúrgica se estimó una media de 30,2 horas⁽¹⁶⁾.

Por ello, es fundamental tener en cuenta a esta patología en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en mujeres, ya que el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico precoz aumentará las posibilidades de conservación de la trompa afectada, lo cual debe ser muy tenido en cuenta en aquellas pacientes que quieran mantener deseos reproductivos y, especialmente en niñas prepúberes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurzbart E, Mares AJ, Cohen Z, Mordehai J, Finaly R. Isolated torsion of the fallopian tube in premenarcheal girls. *J Pediatr Surg* 1994; **10**: 1384-5.
2. Weir CD, Brown S. Torsion of the normal fallopian tube in a premenarcheal girl: a case report. *J Pediatr Surg* 1990; **25**: 685-6.
3. Huang FJ, Chang SY, Lu YJ. Laparoscopic treatment of isolated tubal torsion in a premenarcheal girl. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; **6**: 209-11.
4. Adekanmi OA, Barrington JW, Edwards G, Farrell D. Isolated torsion and haemorrhagic infarction of a normal fallopian tube in an eleven year old girl. *BJOG* 2000; **107**: 1047-8.
5. Thonell SH, Kam A, Resnick G. Torsion of accessory fallopian tube: ultrasound findings in two premenarcheal girls. *Australasian Radiology* 1993; **37**: 393-5.
6. Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I, Langer R, Herman A, Kaplan B. Fallopian tube torsion: Laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract* 2001; **14**: 274-7.
7. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of the fallopian tube. *Am J Emerg Med* 1995; **13**: 312-4.
8. Raziel A, Mordechai E, Friedler S, Schachter M, Pansky M, Ron-El R. Isolated recurrent torsion of the fallopian tube. *Hum Reprod* 1999; **14**: 3000-1.
9. Lineberry TD, Rodríguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; **13**: 135-8.
10. Rizk DEE, Lakshminarasinha B, Joshi S. Torsion of the fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; **15**: 159-61.
11. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998; **43**: 836-8.
12. Elchalal U, Caspi B, Schachter M, Borenstein R. Isolated tubal torsion: clinical and ultrasonographic correlation. *J Ultrasound Med* 1993; **2**: 115-7.
13. Propeck PA, Scanlan KA. Isolated fallopian tube torsion. *AJR* 1998; **170**: 1112-3.
14. Bondioni MP, McHugh K, Grazioli L. Isolated fallopian tube torsion in an adolescent: CT features. *Pediatr Radiol* 2002; **32**: 612-3.
15. Skinner S, Voyvodic F, Scroop R, Sanders T. Isolated tubal torsion: CT features. *Clin Radiol* 2001; **56**: 155-6.
16. Spingland N, Ducharme JC, Yazbeck S. Adnexal torsión in children. *J Pediatr Surg* 1989; **24**: 974.