

TORSIÓN OVÁRICA EN GESTANTES (Caso clínico)

N. Sarasa Castelló; J.R. Bermúdez Flores; S.Cortés Biedma; G. Del Real Xambrot; C.Gómez Segú; F. Ojeda Pérez

Hospital General de Granollers, Barcelona – Universitat Internacional de Catalunya (UIC)

INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica se ha identificado como la 5º emergencia ginecológica en muchas series, considerando el embarazo un factor de riesgo.

A propósito de 2 casos de torsión ovárica en gestantes de 1º trimestre en nuestro centro, hemos revisado la bibliografía en especial respecto al diagnóstico y manejo.

CASO-1:

Gestante de 11,5 sg que consulta por dolor en flanco derecho de inicio súbito y en aumento acompañado de vómitos.

Antecedente de quistectomía bilateral (teratomas quísticos maduros de 3,8cm en OI y 4cm en OD). A la exploración se obtienen dudosos signos de irritación peritoneal.

Ecografía: gestación evolutiva. Quiste ovárico derecho de 4cm, escaso líquido libre en Douglas; imagen tubular de 9,6 cm con pared apendicular desdibujada, compatible con apendicitis aguda.

Ante dicha orientación se procede a laparotomía de urgencia que resuelve con apendicectomía incidental y ooforectomía derecha al objetivar ovario derecho necrosado.

Anatomía patológica: teratoma quístico necrosado Gestación en curso.

CASO-2:

Gestante de 9 semanas que consulta por dolor lumbar izquierdo irradiado FII, no vómitos ni metrorragia. Presenta PPL izquierda positiva, sin signos de irritación peritoneal.

Ecografía: imagen de 99x81mm en ovario izquierdo que se orienta como cuerpo lúteo hemorrágico. Gestación evolutiva.

Se ingresa para analgesia ev, ante la mejoría es dada de alta para seguimiento.

A las 13,4 sg, reingresa con la misma clínica:

RMN y nueva ecografía: divergencia diagnóstica, masa paraovárica izquierda sugestiva de linfagioma quístico (10x7cm) vs mioma necrosado (10'2x7cm).

Se decide laparoscopia exploradora que se sigue de anexectomía izquierda al objetivar tumoración ovárica izquierda torsionada con múltiples adherencias a epiplón e intestino delgado, compatible con teratoma. Evolución postoperatoria satisfactoria.

Diagnóstico anatomopatológico: teratoma quístico maduro con extensas áreas de necrosis.

Parto a las 38.1 SG. Espátulas de Thierry. Feto masculino, Apgar 9.10.10, peso 2510 g.

DISCUSIÓN

En el diagnóstico y manejo de las torsiones ováricas en gestantes nos vemos limitados por los posibles riesgos al feto de la cirugía. Los adelantos ecográficos, la seguridad de la anestesia y los adelantos en cirugía laparoscópica han cambiado este concepto.

La demora diagnóstica de las torsiones condiciona el pronóstico del cuadro y prolonga innecesariamente el malestar de la gestante.

La mayoría de los autores coinciden que el mejor momento es el segundo trimestre, siendo bajo el riesgo de pérdida fetal. En caso de actuación sobre el cuerpo lúteo en el 1º trimestre, debería indicarse tratamiento con gestágenos.

Ante síntomas y signos de patología anexial, que difieran del dolor característico gestacional, se debería ofrecer una laparoscopia exploratoria, puesto que parece ser la mejor herramienta diagnóstica y terapéutica.

No se demuestran complicaciones por el neumoperitoneo en gestantes < 20 semanas con un tiempo quirúrgico de 1h.

Ante el diagnóstico de quistes de tamaño < 5cm se suele optar por una conducta expectante y seguimiento ecográfico, prefiriéndose su extirpación en el peri/post parto.

No se ha demostrado una mayor tasa de prematuridad en gestantes con cirugía laparoscópica/tómica.

El control fetal intraoperatorio, sólo estaría indicado en caso de gestaciones viables ($\geq 24-26$ sg), realizándose anterior y posteriormente a la cirugía en el resto de casos

Estudio y características	Conclusiones; recomendación
<p>Lee GS et al, 2004 N=89. Tamaño medio quiste : 6-10cm. Mayor incidencia diagnóstico: 1º Tr Qx. urgente: 36 vs electiva:53. preTérmino: > en Qx urgente.</p>	<p>Manejo óptimo: conservador</p>
<p>Wang PH et al, 1999 Retrospectivo casos cirugía emergente N=174 pacientes (2 grupos) A)32 Qx. emergente B) 142 Qx electiva B) 50% en 1º Tr /> tasa abortos/>tamaño/nunca en tamaño<5cm/>dificultad quirúrgica y anestésica</p>	<p>Cirugía electiva (en>7sg) en masas>10cm o con componente teratoma para prevenir complicaciones. No evidencia mayor riesgo pérdida fetal si cirugía electiva en >7sg</p>
<p>Schmeler et al, 2005 Dx de masa ≥ 5cm durante gestación N=63 (partos período=127177) 17 cirugías preparto (13 por ECO sugestiva de malignidad; 4 por torsión ovárica). Resto pacientes: observación y cirugía intra/pos parto Resultados cirugías pre-parto: 5 tumores malignos, 12 benignos Total tumores malignos: 6,8% de las masas</p>	<p>En casos seleccionados el manejo observacional es preferible como alternativa a cirugía anteparto.</p>
<p>Katz L et al, 2009 Quistes dermoides y benignos en partos período (n=212 114) N=93 Diagnóstico en cesárea (12,9%); por ECO intragestación (10.8%), ante(10,8%) Incidencia y diámetro medio (cm): cistoadenoma (41,9%; 9,05\pm7,6); quiste dermoide (36,7%; 6.09\pm3);adenofibroma (11,8%; 4,55\pm4,1). 3 casos de torsión ovárica; 15 hospitalizaciones por dolor abdominal</p>	<p>El curso del embarazo y los resultados perinatales en gestantes con quistes benignos es favorable. Se aconseja un manejo conservador con seguimiento ecográfico, siempre que sea posible; las complicaciones son infrecuentes.</p>
<p>Caspi et al, 2000 Prospectivo. N= 68 gestaciones. con teratoma quístico <6cm 4 abortos; 1 interrupción electiva; 55 partos vaginales, 8 cesáreas. En 56 de los casos el tamaño NO varió durante la gestación. Ninguna complicación clásica asociada a quistes detectada</p>	<p>Los quistes dermoides de ovario<6cm no suelen crecer durante el embarazo ni causar complicaciones durante la gestación o el parto.</p>

Qx: cirugía; Dx: diagnóstico; Tr: trimestre

CONCLUSIONES

Cada paciente merece seguimiento y tratamiento individualizado, considerando la edad gestacional, la clínica, las medidas y las imágenes del quiste y la posibilidad de exploración laparoscópica.

No existe unanimidad de los autores en el manejo de esta patología.