

Dolor abdominal en el embarazo: cuando la torsión ovárica se oculta tras lo habitual

María Calvo Albarrán*, Paula Hernández Vecino*, Blanca Grande Rubio*, Ivonne Becerra Giffuni**

*MIR. Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**LES. Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: María Calvo Albarrán. mcualvoal@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La torsión ovárica constituye una urgencia ginecológica relativamente frecuente, que se produce cuando el ovario rota sobre su eje vascular, interrumpiendo parcial o completamente, el flujo vascular. Durante la gestación es poco habitual y su presentación clínica suele ser inespecífica y fácilmente confundible con otras causas de abdomen agudo. El objetivo es describir un caso clínico de torsión ovárica, analizar las dificultades diagnósticas y revisar la literatura sobre la identificación y manejo de esta condición de abdomen agudo.

Exposición del caso: Gestante de 37 semanas de gestación acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de predominio en fosa iliaca derecha irradiado a zona lumbar. Se realiza ecografía evidenciándose dilatación pielocalicial bilateral grado II/IV atribuida a la gestación. Tras mejoría clínica con analgesia oral se decide el alta. Posteriormente, con 40+1 por aumento de dolor. Se decide finalizar gestación en sesión clínica. Finalmente, se realiza una cesárea por fracaso de inducción y durante la apertura de la cavidad abdominal se evidencia una tumoración quística-necrótica de 4 cm en región paraanexial derecha, que se extirpa sin incidencias.

Diagnóstico y discusión: El diagnóstico de la torsión ovárica es un desafío durante la gestación, ya que la realización de estudios ecográficos es más difícil que en no gestantes, además de presentar una sintomatología inespecífica que puede confundirse fácilmente con otra patología como apendicitis u obstrucciones del tracto urinario. Con este trabajo se busca resaltar la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal durante el embarazo.

PALABRAS CLAVE

Gestación; Torsión de ovario; pseudotorsión; abdomen agudo

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica implica la torsión parcial o completa del ovario sobre su pedículo, comprometiendo el flujo vascular, pudiéndose producir necrosis si no se trata precozmente [1,2]. Es una patología infrecuente durante el embarazo y se estima una incidencia de 1-5/10000 embarazos [3]. La prevalencia de la torsión durante el embarazo es inversamente proporcional a la edad gestacional, apareciendo la mayoría durante el primer trimestre siendo excepcional en el tercero [4,5]. El embarazo se considera un factor de riesgo debido al difícil diagnóstico relacionado con los cambios anatómicos propios de la gestación y la coexistencia de una posible ruptura del cuerpo lúteo o una hiperestimulación ovárica en casos de reproducción asistida [6].

Es muy importante realizar un diagnóstico precoz debido a los riesgos asociados de necrosis, abortos precoces, parto pretérmino, etc. Sin embargo, las técnicas diagnósticas entre las que se incluyen la ecografía, la imagen Doppler o la resonancia magnética carecen de una fiabilidad diagnóstica suficiente [5]. La ecografía es el método más utilizado y junto el Doppler color mejora el diagnóstico. Sin embargo, en mujeres embarazadas hay un alto número de falsos negativos, lo que se debe a la

dificultad para visualizar los ovarios en el segundo y tercer trimestre porque el aumento del tamaño uterino ocasiona el desplazamiento de estos hacia los flancos [7]. La resonancia magnética se utiliza cada vez más en el diagnóstico diferencial del dolor agudo en el embarazo, especialmente cuando no pueden excluirse otras patologías o no se detectan masas por ecografía [7].

La torsión debe tratarse de forma conservadora o radical, tanto en mujeres embarazadas como no embarazadas. El tratamiento conservador consiste en la destorsión ovárica. Sin embargo, si no se observa mejoría de los síntomas isquémicos tras el procedimiento, puede ser necesario realizar un tratamiento radical que incluya la ooforectomía o la salpingooforectomía [8]. Actualmente, tanto en gestantes como en no gestantes se suele realizar vía laparoscopia [9]. Los estudios muestran que la laparoscopia puede realizarse de forma segura durante la gestación, en especial durante el primer y el segundo trimestre [9,10].

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico de torsión ovárica durante la gestación, discutir los desafíos diagnósticos y terapéuticos y subrayar la relevancia de incluir esta entidad en el diagnóstico del dolor abdominal agudo en gestantes.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 32 años, G1P0A1, gestante de 37 semanas, que acudió a urgencias por dolor abdominal de inicio agudo de predominio en fosa ilíaca derecha que irradiaba hacia lumbar, sin fiebre ni dinámica uterina. En la exploración destacaba puño percusión renal derecha positiva, sin signos de irritación peritoneal. La analítica sanguínea presentaba valores dentro de la normalidad.

La ecografía obstétrica mostró un feto único en presentación cefálica, placenta normoinsera y líquido amniótico normal. Se solicitó una ecografía al servicio de radiología ante la sospecha de cólico renal, que informaron como dilatación pielocalicial bilateral grado II/IV, en probable relación con el estado de gravidez, no visualizándose masas. Se indicó ingreso para manejo de dolor, que mejoró, recibiendo el alta con analgesia vía oral y seguimiento semanal en consulta.

A la semana 40+1, acudió por empeoramiento de dolor en la misma localización. Se presentó el caso en sesión clínica decidiéndose finalizar la gestación. Ante un BISHOP de 6 y dinámica uterina regular se inició inducción con oxitocina. Al continuar con dolor en fosa ilíaca derecha a pesar de la analgesia epidural y

ante un fracaso de inducción se indicó cesárea urgente.

Durante la entrada en cavidad abdominal se objetivó la existencia de líquido peritoneal ligeramente hemático. Tras extracción fetal e histerorrafia, se encontró en región de paraovario derecha en la porción distal de la trompa (imagen 1), involucrando las fimbrias (imagen 2), una tumoración de aspecto quístico necrótico de aproximadamente 4 cm torsionada (imagen 3) que se extirpó sin incidencias. El anejo izquierdo era macroscópicamente normal.

Tanto la paciente como el recién nacido permanecieron estables, por lo que recibieron el alta hospitalaria a las 48 horas postparto.

El estudio de anatomía patológica mostró un quiste paranaxial torsionado, con abundante material necrohemorrágico y fibrinoleucocitario, revestido por epitelio cúbico y epitelio ciliado. Se evidenció inflamación aguda en la serosa. Siendo estos hallazgos compatibles con cistoadenoma seroso paranaxial.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La torsión anexial durante la gestación es una circunstancia poco frecuente pero potencialmente grave, con mayor incidencia en el primer trimestre. El embarazo es un factor predisponente para esta entidad, en especial en aquellos embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida [1,4,11]. Su sintomatología es poco específica, incluyendo dolor abdominal agudo, que puede ir acompañado o no de náuseas y vómitos [1,4]. Debido a esto, se debe realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como apendicitis aguda, cólico renal o desprendimiento de placenta [1,7].

El diagnóstico es complejo y se basa en la ecografía abdominal, apoyada en el estudio Doppler color que mostraría flujo disminuido o ausente. Sin embargo, la presencia de flujo normal no descarta la torsión [1,7,11]. En la literatura, la mayor parte de los casos se describen durante el primer trimestre de gestación, cuando la movilidad de los ovarios es mayor, pero también pueden aparecer durante el segundo o tercer trimestre, cuando el diagnóstico ecográfico se dificulta por el tamaño uterino [4,5].

Un diagnóstico y tratamiento precoces son cruciales para preservar la función ovárica y evitar la necrosis [8,12]. El tratamiento de elección es quirúrgico, preferiblemente por laparoscopia, permitiendo detorsión o quistectomía en caso necesario [12,13]. La laparotomía se suele reservar para gestaciones avanzadas o en casos complicados [7,12]. El manejo

conservador se puede considerar en casos seleccionados, siendo poco frecuente [12].

Entre las principales complicaciones se incluyen parto pretérmino y la cesárea de emergencia, aunque los resultados perinatales suelen ser favorables [4,12,13].

Como conclusión, insistir en que es necesario mantener un alto índice de sospecha ante un dolor abdominal persistente en una gestante. La ecografía se considera el método diagnóstico de imagen de elección, teniendo en cuenta que hasta en un 60% de pacientes pueden no existir signos ecográficos de torsión y que debe priorizarse la existencia de una clínica sugestiva [8].

BIBLIOGRAFÍA

1. Bridwell RE, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: ovarian torsion. *Am J Emerg Med.* 2022;56:145–150.
2. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. *Tzu Chi Med J.* 2017;29(3):143–147.
3. Shratch ON, Jobran AWM, Alwahsh MJ, Naasan M. Successful pregnancy-preserving laparoscopic adnexectomy for complicated ovarian torsion during late pregnancy: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2023; 106:108287
4. Didar H, Najafiarab H, Keyvanfar A, Hajikhani B, Ghotbi E, Kazemi SN. Adnexal torsion in pregnancy: a systematic review of case reports and case series. *Am J Emerg Med.* 2023 Mar; 65:43–52.
5. Lee JH, Roh HJ, Ahn JW, Kim JS, Choi JY, Lee SJ, Lee SH. The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging for maternal acute adnexal torsion during pregnancy: single-institution clinical performance review. *J Clin Med.* 2020;9(7):2209.
6. Yuk JS, Kim LY, Shin JY, Lee KH, Lee JH. Association between pregnancy and adnexal torsion: a matched case-control study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(23):e3954.
7. Wang YX, Deng S. Clinical characteristics, treatment and outcomes of adnexal torsion in pregnant women: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):483.
8. Yildirim H, Ozdinc S. A rare condition in the third trimester of pregnancy: Ovarian torsion. *Turk J Emerg Med.* 2020 Jan 28;20(1):42–45.
9. Dvash S, Pekar M, Melcer Y, Weiner Y, Vaknin Z, Smorgick N. Adnexal torsion in pregnancy managed by laparoscopy is associated with favorable obstetric outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(6):1295–1299.
10. Chang SD, Yen CF, Lo LM, Lee CL, Liang CC. Surgical intervention for maternal ovarian torsion in pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2011;50(4):458–462.
11. Smorgick N, Pansky M, Feingold M, Halperin R, Herman A. The clinical characteristics and sonographic findings of maternal ovarian torsion in pregnancy. *Fertil Steril.* 2009;92(6):1983–1987.
12. Bassi A, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Effect of pregnancy on the management and outcomes of ovarian torsion: a population-based matched cohort study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(7):1260–1266.
13. Yu M, Liu Y, Jia D, Tian T, Xi Q. Adnexal torsion in pregnancy after in vitro fertilization: case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(3):e24009.

TABLAS Y FIGURAS



Imagen 1. Vista macroscópica de tumoración paraovárica derecha de aspecto quístico necrótico.



Imagen 2. Vista macroscópica de la afectación de las fimbrias de la tumoración paraovárica derecha.



Imagen 3. Pieza quirúrgica extirpada, comparada con tijera como referencia de tamaño.