



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Infarto tubárico por torsión aislada de trompa de Falopio: presentación de un caso



D. Escribano Pérez^{a,*}, L. Fatahi Bandpey^b, V. Spinoso Cruz^c, A.C. Utrillas Martínez^a, E.Y. Vilar Bonacasa^b, M. Oset García^a y L.I. Comín Novella^a

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^c Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

Recibido el 21 de marzo de 2013; aceptado el 31 de julio de 2013

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Torsión;
Trompa de Falopio;
Salpinguectomía;
Infarto tubárico

KEYWORDS

Torsion;
Fallopian tube;
Salpingectomy;
Tubal infarction

Resumen La torsión tubárica es una causa muy rara de abdomen agudo en mujeres, especialmente en edad fértil. La falta de síntomas o hallazgos clínicos patognomónicos así como su escasa incidencia la hacen difícil de diagnosticar, lo que retrasa el manejo precoz para poder preservar la trompa. Presentamos aquí un caso clínico representativo de esta dolencia.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tubal infarction due to isolated torsion of a Fallopian tube: A case report

Abstract Tubal torsion is a rare cause of acute abdomen in women, especially those of child-bearing age. Because of the lack of pathognomonic symptoms, clinical findings, and their low incidence, diagnosis is difficult, which delays early management and hampers tubal preservation. We report a representative case of tubal torsion.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La torsión tubárica es una causa muy rara de abdomen agudo de la que en la literatura médica solo se encuentran publicadas series de casos aislados. Este proceso puede tener lugar tanto en trompas uterinas sanas como en aquellas previamente afectadas por alguna dolencia.

Su escasa incidencia y la clínica inespecífica hacen que el diagnóstico sea difícil y, generalmente, tardío, lo que disminuye las posibilidades de un tratamiento conservador de la trompa. Presentamos un caso clínico representativo de esta dolencia.

Caso clínico

Mujer de 24 años, diagnosticada de distrofia miotónica de Steinert e intervenida hace 7 años de quiste anexial derecho, que acude a urgencias por dolor abdominal sin fiebre. Valorada por cirugía, a la exploración presenta dolor en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: describanop@salud.aragon.es
(D. Escribano Pérez).

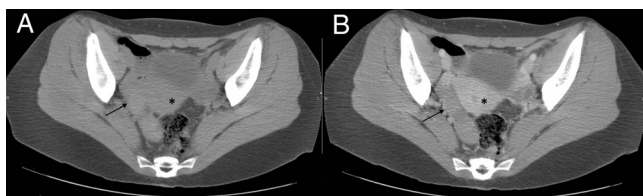


Figura 1 A) Tomografía computarizada abdominopélvica sin contraste intravenoso. B) Con contraste intravenoso. Estructura tubular de densidad en partes blandas, bien definida y delimitada, en región pararrectal y retrouterina derecha (*flecha*), que no realza tras la administración del contraste intravenoso (signo sugestivo de isquemia). Nótese, por comparación, el intenso realce uterino (*asterisco*).

fosa ilíaca derecha irradiado hacia punto ovárico y, en la analítica, ligera leucocitosis con desviación izquierda. La radiografía de abdomen es inespecífica.

Se solicita ecografía abdominal, que informa de mínima cantidad de líquido libre en fosa ilíaca derecha, sin visualizarse el apéndice. Se realiza tomografía computarizada abdomino-pélvica sin y con contraste oral e intravenoso, que revela a nivel pararrectal y retrouterino derecho una estructura tubular de 7,6 cm de longitud y 2 cm de diámetro, de densidad de partes blandas, inespecífica, que no realza tras la administración de contraste intravenoso (*fig. 1*) y que, revisando la ecografía transabdominal, ya se apreciaba (*fig. 2A*).

Dados los antecedentes de la paciente, la exploración física y los hallazgos en las pruebas de imagen, es valorada por ginecología. En la ecografía transvaginal se observan el útero y los ovarios de tamaño y morfología dentro de la normalidad, apreciándose una masa ovalada, bien delimitada, heterogénea, de 7,2 x 2,1 cm en zona útero-ovárica derecha (*fig. 2B*).

Se decide laparoscopia exploradora y, en la cirugía, se encuentra hemoperitoneo en cuantía moderada, por lo que se reconvierte a laparotomía y se halla trompa de Falopio de 9 cm de longitud y 1,5 cm de diámetro, toda ella de aspecto necrohemorrágico (*fig. 3*). Se lleva a cabo salpinguectomía derecha, cuyo informe anatomopatológico es de infarto hemorrágico tubárico.

Discusión

La torsión aislada de trompa de Falopio es una entidad poco frecuente (1/1.500.000 mujeres), generalmente aislada y



Figura 3 Imagen intraoperatoria de la extracción de la trompa torsionada, dilatada y necrosada (*flecha*), con útero de aspecto normal.

unilateral. Fue originalmente descrita por Bland-Sutton en 1890¹ y desde entonces solo se han publicado casos aislados o series de casos². Es una dolencia sobre todo de mujeres en edad fértil, siendo rara en el embarazo, la etapa premenárrica o posmenopáusica^{3,4}.

Se ha descrito que la torsión tubárica derecha es más frecuente que la izquierda a razón de 2:1, probablemente debido a la particularidad de que los anejos izquierdos están parcialmente fijados por el colon sigmoide.

El mecanismo causal de la torsión tubárica aislada no se conoce con exactitud. Se reconocen una serie de factores favorecedores, que pueden ser: a) intrínsecos: anomalías anatómicas o fisiológicas (mesosalpinx o mesovario largos, mesosalpinx distal reducido), anomalías hemodinámicas (congestión venosa anexial o venas del mesosalpinx más largas y flexibles que las arterias), hiperperistaltismo tubárico; b) extrínsecos: masas paraováricas o tubáricas, hematosalpinx por embarazo ectópico, hidrosalpinx, adherencias tubáricas, plastias, electrocoagulación, neoplasias, traumatismos o cambios bruscos de posición⁵. También puede aparecer, no obstante, en trompas sanas.

La fisiopatología de este proceso consiste en la rotación de la trompa alrededor de su pedículo vascular, provocando en un primer momento la obstrucción del retorno venoso y linfático, con el consiguiente edema, ingurgitación y trombosis. Si la torsión progresa y no se resuelve, se ve comprometida la vascularización arterial y se desencadena la necrosis del órgano y, finalmente, la instauración de peritonitis.

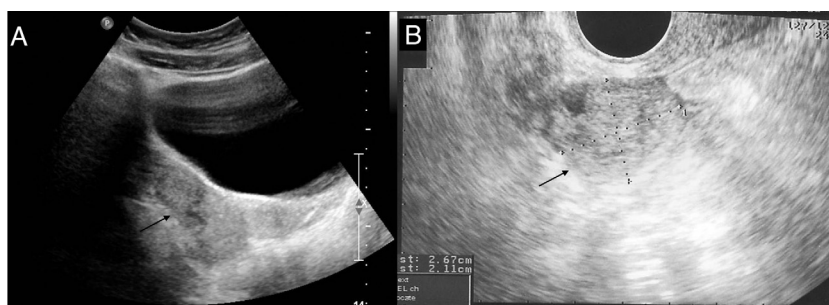


Figura 2 A) Ecografía transabdominal. B) Ecografía transvaginal. Estructura tubular heterogénea, predominantemente hiperecogénica, de localización posterior a la vejiga (*flechas*).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812714>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812714>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)