

# Cirugía conservadora de la torsión de ovario en pediatría

P. Abad<sup>1</sup>, S. Rigol<sup>1</sup>, H. Ezzedine<sup>1</sup>, C. Durán<sup>2</sup>, D. Ortega<sup>3</sup>, M. Martí<sup>1</sup>, J. Pinyot<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía pediátrica. <sup>2</sup>UDIAT. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

**RESUMEN:** Los autores describen el caso de dos niñas diagnosticadas de torsión de ovario secundaria a quiste que fueron intervenidas con un tratamiento conservador del ovario a pesar de las horas de evolución y del aspecto macroscópico de los ovarios.

Dos pacientes de 9 y 13 años, con dolor abdominal de características cólicas de 48 y 36 horas de evolución. Diagnosticadas por ecografía doppler de torsión de ovario con un quiste de 4 cms en el ovario derecho y de 5 cms en el ovario izquierdo en el segundo caso. Las dos fueron operadas. Tras la desrotación, se mantuvieron 10 minutos con suero caliente practicándose la resección del quiste y recuperándose parcialmente el color rosado del ovario heterogéneamente. Se adoptó un tratamiento conservador y se advirtió a la familia de la posibilidad de reintervención si el ovario no era viable. A los 10 y 12 días la ecografía doppler confirmó la existencia de flujo en el ovario y la simetría respecto al ovario contralateral. Las dos pacientes están asintomáticas hasta el momento, con estrictos controles ecográficos. La torsión de ovario es la complicación más frecuente dentro de los tumores de ovario en pediatría 3-16% y esta es una de las reales emergencias en ginecología. Tradicionalmente se ha recomendado la exéresis del ovario torsionado. A pesar del aspecto azulado isquémico de los ovarios afectados por la torsión, y las horas de evolución, ante la mínima posibilidad de viabilidad del ovario es necesario seguir un tratamiento conservador, dado que el aspecto macroscópico del ovario no se correlaciona con la evolución posterior en nuestra experiencia.

**PALABRAS CLAVE:** Torsión ovario; Quiste de ovario; Cirugía conservadora.

## CONSERVATIVE SURGERY IN OVARIAN TORSION IN PAEDIATRICS

**ABSTRACT:** The authors describe the case of two girls diagnosed of ovarian torsion secondary to a cyst. They were operated on by conservative ovarian therapy regardless the time of evolution and ovary macroscopical aspect. These 2 patients were 9 and 13 years old, with abdominal colic pain of 48 and 36 hours of evolution. The diagnosis by doppler sonography was ovarian torsion, with a 4 cms cyst in the right ovary in the first case and a 5 cms cyst in the left ovary in the second patient. Both patients were operated on. After untwisting the ovary, we instilled warm saline solution to this ovary and, after waiting for 10 minutes,

we resect the ovarian cyst and it recuperates partial and heterogeneous its pink colour. We advise to the family about the possibility of surgical reintervention if the ovary is not viable. After 10 and 12 days of surgical intervention, the Doppler sonography has confirmed the existence of ovary flow and the symmetry of affected ovary in comparison to the opposite one. At the present, both patients are asymptomatic, with exhaustive ultrasound controls. Ovarian torsion is the most frequent complication of ovarian tumours of pediatrics (3-16%) and this is a real emergency in gynecology. Traditionally, it has been recommended the exeresis of ovarian torsion. Regardless the blue aspect of ischemic ovary affected by torsion and the time of evolution, in our experience when there is a minimal possibility of ovarian viability, it is possible to follow a conservative therapy because the macroscopical aspect of the ovary is not necessarily related with the following evolution of the case.

**KEY WORDS:** Ovarian torsion; Ovarian cyst; Conservative surgery.

## INTRODUCCIÓN

La torsión de ovario es una de las verdaderas emergencias en ginecología, debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en pediatría<sup>(1)</sup> y constituye la complicación más frecuente de los tumores de ovario con una incidencia del 3 al 16%<sup>(2)</sup>. Los quistes de ovario funcionales se desarrollan en niñas como resultado de la estimulación hormonal perturbada. Esto suele ocurrir durante dos picos de edad: el primer años de vida y entorno a la menarquia. Aunque la torsión no se correlaciona con la medida del quiste, los más grandes suelen ser más proclives a la torsión.

Los autores describen el caso de dos niñas diagnosticadas de torsión de ovario secundaria a quiste intervenidas con un tratamiento conservador del ovario a pesar de las horas de evolución y del aspecto macroscópico de los ovarios.

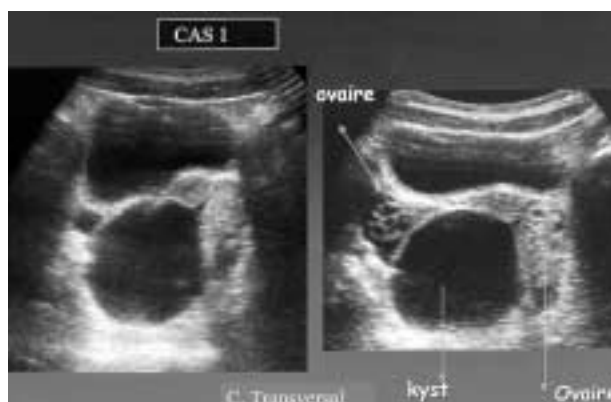
## CASOS CLÍNICOS

*Caso 1.* Paciente de 9 años de edad, con dolor abdominal de características cólicas de 48 horas de evolución y vómi-

**Correspondencia:** Pilar Abad, Servicio de Cirugía Pediátrica, Parc Taulí s/n. 08208 Sabadell Barcelona.

Recibido: Agosto 2002

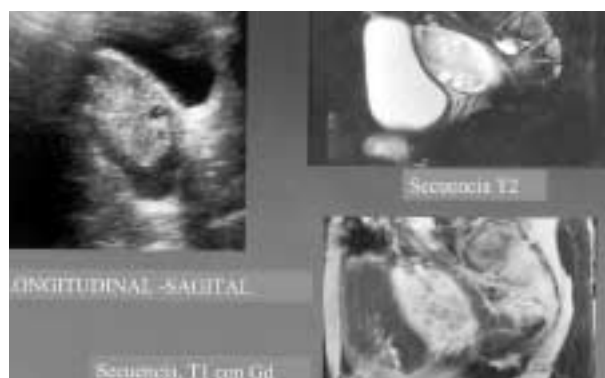
Aceptado: Enero 2003



**Figura 1.** Ecografía ovario derecho torisonado con quiste.



**Figura 3.** Ecografía doppler caso 1.



**Figura 2.** Resonancia magnética con contraste que corrobora las imágenes.



**Figura 4.** Ecografía doppler caso 2.

tos. Abdomen doloroso con defensa en lado derecho. Se practica ecografía que identifica una masa quística ovárica centroabdominal de 4 cms a expensas del ovario derecho torsionado, sin flujo en la ecografía doppler (Fig. 1). Se realiza una resonancia magnética que corrobora el diagnóstico de torsión de ovario, aunque aun es capaz de captar el contraste con gadolinio (Fig. 2). Se practica la intervención a través de Pfannenstiel hallando abundante líquido serohemático y el ovario derecho torsionado con un quiste de 4 cm.

*Caso 2.* El segundo caso es una paciente de 13 años, con dolor abdominal de características cólicas, de 36 horas de evolución y vómitos. Diagnosticada una semana antes de quiste de ovario izquierdo de 5 cm. Acudió a emergencias por dolor abdominal intenso que con ecografía se confirmó la ausencia de flujo en el ovario izquierdo torsionado. Se practicó también una resonancia esta vez sin contraste realizándose inmediatamente la intervención. El ovario izquierdo torsionado con el quiste estaba aumentado de tamaño, azulado-negruzco.

## RESULTADOS

Tras la desrotación, se mantuvieron 10 minutos con suro templado, practicándose la resección del quiste y recuperán-

dose parcialmente el color rosado heterogéneamente. Se ha adoptado un tratamiento conservador y se ha advertido a la familia de la posibilidad de reintervención si el ovario no es viable. El estudio anatomopatológico de las paredes del quiste indicaban la ausencia de epitelio viable. En ambos casos se ha seguido tratamiento antibiótico con clindamicina y gentamicina i.v. A los 10 y 12 días respectivamente, la ecografía doppler ha confirmado la existencia de flujo en el ovario y la simetría respecto al ovario contralateral (Figs. 3 y 4). Los dos pacientes están asintomáticas hasta el momento, con estrictos controles ecográficos.

## DISCUSIÓN

La torsión de ovario es la complicación más frecuente dentro de los tumores de ovario en pediatría 3-16% y esta es una de las reales emergencias en ginecología. Tradicionalmente se ha recomendado la exéresis del ovario torsionado. Cada vez se intenta realizar una cirugía más conservadora y menos agresiva en todos los aspectos, pero intentando conseguir mejores resultados<sup>(3)</sup>.

Sin duda, el diagnóstico precoz es el mejor aliado del cirujano a la hora de intentar el tratamiento conservador.

El diagnóstico se realiza perfectamente mediante ecografía<sup>(4)</sup> y las imágenes se correlacionan perfectamente con las de la resonancia<sup>(5)</sup>, como hemos tenido ocasión de comprobar de manera excepcional en nuestros casos. La utilización del contraste gadolinio capaz de llegar al ovario torsionado puede de alguna manera predecir la posibilidad de viabilidad de ese tejido ovárico<sup>(6)</sup>, que aunque no se detecta flujo por ecografía doppler, con el retorno venoso dificultado, conservaba parte del aflujo arterial. Tal vez pueda considerarse la utilidad de la resonancia magnética para establecer algún tipo de pronóstico y viabilidad y apoyar el tratamiento conservador, sin retrasar por ello la cirugía.

En ambas pacientes determinamos los valores preoperatorios de marcadores como la alfafetoproteína y la betagonadotrofina corionónica que fueron negativas en ambos casos.

En la bibliografía consultada la complicación más frecuente observada en el tratamiento conservador de la torsión de ovario es la fiebre<sup>(7)</sup>, por ello hemos utilizado tratamiento antibiótico desde el inicio de la intervención. Revisando la literatura no hemos encontrado casos de embolismo pulmonar procedente de los ovarios torsionados ni de los destorsionados<sup>(8)</sup>.

La pexia de los ovarios que han sufrido una torión se discute en los foros de la ginecología puesto que puede dificultar la fertilidad. Nosotros sólo la hemos realizado en uno de los casos.

La utilización de laparotomía o laparoscopia depende de la preferencia y experiencia del cirujano. En nuestro caso elegimos la laparotomía puesto que el tamaño del ovario y los quistes torsionados ocupaban en ambos casos toda la pelvis, lo que pensamos podía dificultar la inserción y manipulación de los instrumentos de laparoscopia en un momento crucial para asegurar los resultados.

Mientras elaborábamos el artículo tuvimos ocasión de intervenir otra paciente de 9 años, diagnosticada por ecografía doppler de torsión de ovario derecho de 12 horas de evolución. En la intervención aplicamos el tratamiento conservador y un mes después la ecografía demostraba buen flujo y una morfología y tamaño del ovario homogéneo (Hospital Josep Trueta, Agosto 2002, Girona).

## CONCLUSIONES

A pesar del aspecto azulado isquémico de los ovarios afectados por la torsión, y las horas de evolución, ante la mínima posibilidad de viabilidad del ovario es necesario seguir un tratamiento conservador<sup>(9)</sup>, dado que el aspecto macroscópico del ovario no se correlaciona con la evolución posterior en nuestra experiencia. Se discute la realización de pexia de los ovarios, que nosotros sólo hemos hecho en un caso. A pesar de que son pocos casos, es necesario considerar la posibilidad de tratamiento conservador.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cass DL, Hawkins E, Brandt ML, Chintagumpala M, Bloss RS, Minifee PK, Wesson DE, Nuchtern JG. Surgery for ovarian masses in infants, children, and adolescen 102 consecutive patients treated in a 15 year period. *J Pediatr Surg* 2001;**36**(5): 639-9.
2. Evan R Kokoska, Martin S Keller, Thomas R Weber. Acute ovarian torison in children. *Am J Surg* 2000;**180**:462-465.
3. Rody A, Jackisch C, Klockenbusch W, Heinig J, Coenen-Worch V, Schneider HP. The conservative management of adnexal torison-a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;**10**:101(1):83-6.
4. Albayram F, Hamper Um. Ovarian and adnexal torsion: spectrum of sonographic find with pathologic correlation. *J Ultrasound Med* 2001;**20**(10):1083-9.
5. Female genital tract imaging. *J Radiol* 2000;**81**(12):1787-1888.
6. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Jung JI, Choi BG, Kim BS, Kim H. CT and MR Imaging features of adnexal torison. *Radiographics* 2002;**22**(2):283-94.
7. Claire Templeman, S Paige Hertweck, and Mary E Fallat. The clinical course of unresected ovarian torsion. *J Pediatr Surg* 2000;**35**(9):1385-1387.
8. Wagaman R, Williams RS. Conservative therapy for adnexal torsion. A case report. *J Reprod Med* 1990;**35**(8):833-834.
9. Kristen Eckler, Marc R Laufer, Sally E Perlman. Conservative management of bilateral asynchronous adnexal torison with necrosis in a prepubescent girl. *J Pediatr Surg* 2000;**35**(8):1248-1251.