

Nombre:	Sonia
Apellido:	Benítez Rivero
Otros Autores:	Mónica Fernández del Castillo Ascanio; Dácil Suárez González; Daniel Eiroa Gutiérrez; Yasmin El Khatib Ghzal; José Fernando de Luis Escudero
E-mail:	soniabenitez@yahoo.com
Hospital:	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
Ciudad:	Santa Cruz de Tenerife
Título:	Ovarios hiperestimulados como factor predisponente para la torsión anexial
Presentación:	Datos clínicos: Mujer de 25 años con carcinoma de mama intervenido 5 meses antes (mastectomía + linfadenectomía), en tratamiento con paclitaxel hasta el mes previo al ingreso y sometida a terapia de estimulación ovárica previo al inicio del tratamiento de su patología. Presenta cuadro de dolor en fosa ilíaca izquierda con moderada leucocitosis. Descripción de los hallazgos: Se realizó ecografía abdominal y transvaginal, donde se objetivó un aumento de volumen de ambas estructuras anexiales. El ovario derecho presentaba múltiples folículos de 15-25 mm. El ovario izquierdo presentaba edema del estroma y folículos de menor tamaño que el contralateral, evidenciando en el estudio Doppler únicamente flujo arterial, sin presencia de flujo venoso. Asimismo existía líquido libre en pelvis en cantidad moderada. Con la sospecha de torsión ovárica se realizó laparotomía urgente confirmándose este diagnóstico y procediendo a detorsión del anejo.
Discusión :	Diagnóstico: Torsión anexial en paciente con hiperestimulación ovárica. Reflexión docente: La torsión ovárica es una patología con síntomas inespecíficos, siendo a menudo difícil de diferenciar de otras causas de dolor abdominal agudo. Inicialmente produce compromiso del flujo venoso y linfático, con edema y aumento de volumen ovárico, preservando el flujo arterial, por lo que los hallazgos del Doppler serán variables dependiendo de la cronología y el grado de torsión. Hasta en un 75% de casos la ecografía demuestra múltiples quistes de hasta 25 mm en la periferia del ovario. Entre las condiciones predisponentes para esta patología hay que considerar los síndromes de estimulación ovárica. Tal como en nuestro caso, una de las características que ayuda a distinguir un ovario hiperestimulado torsionado es la separación de los elementos quísticos por el marcado edema del estroma.
Conclusión:	El diagnóstico de una torsión ovárica requiere un alto grado de sospecha. El hallazgo más constante es un aumento de volumen del ovario, siendo los hallazgos del Doppler variables dependiendo del grado de torsión. Las grandes estructuras quísticas observadas en los síndromes de estimulación ovárica deben ser tenidos en cuenta como factor predisponente para esta patología.
Bibliografía:	Hannah C. Chang, Shweta Bhatt, Vikram S. Dogra. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. RadioGraphics 2008; 28:1355–1368. Debra Houry, Jean T. Abbott. Ovarian Torsion: A Fifteen-Year Review. Ann Emerg Med 2001;38:156–159. Keren Tuvia Baron, Kemi T. Babagbemi, Elizabeth K. Arleo, Ashwin V. Asrani, Robert N. Troiano. Emergent Complications of Assisted Reproduction: Expecting the Unexpected. RadioGraphics 2013; 33:229–244. M. Tsirigotis, Ian Craft. Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS): How Much Do We

	Really Know About It? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994; 55:151–155.
Pie de foto:	A, B. Ovario derecho de 64 x 54 mm, con múltiples folículos de 15-25 mm, visualizados en ecografía transvaginal (A) y abdominal (B). C. Ovario izquierdo ocupando el espacio de Douglas de 87 x 44 mm con folículos de menor tamaño que el contralateral y con edema del estroma, asociado a líquido libre en pelvis en cantidad moderada. D. Fotografía intraoperatoria de la misma paciente donde se visualiza el ovario izquierdo torsionado sobre sí mismo y de color oscuro secundario a la isquemia.