

Nombre:	Lautaro
Apellido:	Meneses
Otros Autores:	Rosa Dosda, Marcelo Rengel, Rocío Gil, Susanie Flores, Antoni Boscà
E-mail:	Lmeneses@live.cl
Hospital:	Hospital Clínico Universitario de Valencia
Ciudad:	Valencia
Título:	Dolor pélvico: la torsión ovárica y sus hallazgos.
Presentación:	<p>Mujer de 43 años sin antecedentes de interés que acude por dolor abdominal , lumbar izquierdo y vómitos, cuadro previamente tratado como cólico nefrítico. A la exploración dolor en hipogastrio y FII. Analítica de sangre y orina: leucocitosis,hemoglobina 9,9 gr/dl, nitritos (+), hematíes 20-50 por campo y ligera bacteriuria.</p> <p>Radiografía abdominal sugestiva de obstrucción de delgado y probable masa hipogástrica (a). En TC abdomino-pélvico con contraste IV: ascitis leve y tumoración quística en hipogastrio y FID de 17x10 cm con pared gruesa y septo compatible con tumoración anexial derecha (b, c, d). Se realiza anexectomía izquierda.</p> <p>Anatomopatológicamente se describe ovario de 14x13,5x8,5 cm con gran cavidad hemática, edematizado y hemorrágico, secundario a infarto hemorrágico ovárico por torsión.</p>
Discusión :	<p>En la torsión ovárica éste y su pedículo vascular giran sobre el ligamento suspensorio, produciendo edema y agrandamiento ovárico (unas 28 veces el volumen normal) por compromiso venoso y linfático, con posterior isquemia e infarto hemorrágico por compromiso arterial.</p> <p>Predispone en el 50-90% una masa ovárica benigna o maligna. Ocurre a cualquier edad, predominando en la reproductiva. Clínicamente hay vómitos, dolor en fosa ilíaca irradiado a flanco o ingle ipsilateral, sensibilidad y masa anexial al examen pélvico, y fiebre y leucocitosis leves. La ecografía transvaginal revela un ovario agrandado (>4 cm), folículos periféricos, masa ovárica, ascitis y alteraciones en Doppler, incluyendo el signo del remolino. En la TC y RM existe agrandamiento ovárico (con realce anómalo o ausente, hematoma subagudo en él y/o folículos periféricos), masa anexial, trompa engrosada, útero traccionado al lado afecto y ascitis. La detorsión y ooforopexia ha ido ganando popularidad sobre la ooforectomía.</p>
Conclusión:	La clínica de la torsión ovárica es inespecífica. El retraso diagnóstico puede conducir a la pérdida ovárica y subsecuente reducción en la fertilidad. El conocimiento de los hallazgos radiológicos ayudará al oportuno diagnóstico y facilitará el tratamiento conservador.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Damigos E, Johns J, Ross J. An update on the diagnosis and management of ovarian torsion. <i>The Obstetrician & Gynaecologist</i>. 2012;14:229–36. 2. Duigenan S, Oliva E, Lee S. Ovarian Torsion: Diagnostic Features on CT and MRI With Pathologic Correlation. <i>AJR</i>. 2012;198:W122–W131. 3. Chang H, Bhatt S, Dogra V. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. <i>RadioGraphics</i>. 2008;28:1355–1368.
Pie de foto:	(a) Radiografía de abdomen evidenciando dilatación de asas de delgado, ausencia de aire distal y masa hipogástrica. (b) Correlación con la TC abdomino-pélvica con contraste IV, demostrando gran tumoración quística hipogástrica. (c) Tumoración

	<p>quistica septada (probable nivel líquido-líquido) y ausencia de realce central por hematoma subagudo. (d) Se identifica tumoración como anexial y se identifica trompa de Falopio engrosada y ascitis en receso útero-vesical.</p>
--	---