Nombre:	TANIA
Apellido:	DIAZ ANTONIO
Otros Autores:	RODRIGUEZ MOLINA ANA; GARCIA GALLARDO MARIA DEL MAR; FERNANDEZ GONZALEZ MARGARITA; DOMINGUEZ IGUAL ANDREA; RUIZ SALAS ANTONIO
E-mail:	tdiazant@gmail.com
Hospital:	Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Ciudad:	Málaga
Título:	TORSIÓN ANEXIAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO.
Presentación:	Mujer de 35 años con dolor abdominal agudo en flanco derecho de 48 horas de evolución y náuseas, sin fiebre ni signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía abdominopélvica en la que se observa una masa parauterina izquierda con pequeños quistes periféricos y ausencia de señal doppler-color. Ante la sospecha de torsión ovárica se realiza TC abdominopélvico c/c que demuestra una trompa de Falopio y ovario derechos de localización anómala en la hemipelvis izquierda, aumentados de tamaño y con ausencia de realce, así como dextroversión uterina. Ante el diagnóstico de torsión anexial derecha se decide laparotomía exploradora urgente que confirma el diagnóstico, con posterior anexectomía.
Discusión :	La torsión anexial es una urgencia ginecológica poco frecuente que resulta de la rotación del anejo sobre su pedículo vascular con el consecuente compromiso de su viabilidad. En la mayoría de los casos (50-81%) subyace una lesión anexial de etiología benigna, siendo la más frecuente el teratoma quístico maduro. Otros factores predisponentes son el síndrome de hiperestimulación ovárica y el embarazo, sin poder excluir esta entidad en anejos normales. Suele manifestarse como dolor agudo en hemiabdomen inferior acompañado de cortejo vegetativo, planteando diagnóstico diferencial con otras entidades como embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, apendicitis o complicaciones gastrointestinales. Es más frecuente en mujeres en edad reproductiva, siendo fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir un daño anexial irreparable.
Conclusión:	La torsión anexial es una entidad infrecuente y con alta morbilidad. Por su presentación clínica inespecífica, supone un reto diagnóstico. Puesto que la ecografía no suele mostrar hallazgos concluyentes, es frecuente recurrir a la TC abdominopélvica c/c ante su sospecha ya que ésta va a poner de manifiesto unos signos radiológicos que debemos reconocer para realizar un diagnóstico precoz con el fin de preservar el anejo.
Bibliografía:	- Pardo Pumar MI, Campos Arca S, Aguilar Couto MR et-al. Torsión anexial como causa de abdomen agudo en una paciente adolescente. Progresos de Obstetricia y Ginecología.2011; 54(9):469-472. - Rha SE, Byun JY, Jung SE et-al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. Radiographics. 22 (2): 283-94. - Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. Radiographics 2008; 28:1355-1368.
Pie de foto:	a) Ecografía: ovario derecho (M) aumentado de tamaño con pequeños quistes en su periferia (flechas blancas) y liquido libre circundante (asterisco). B y C) TC

	abdominopélvico c/c corte axial y reconstrucción MIP coronal: Útero desplazado hacia la derecha, trompa de Falopio derecha engrosada, hipodensa y edematosa (flecha negra) y ovario derecho (M) en localización anómala en hemipelvis izquierda, aumentado de tamaño y con ausencia de realce, signos compatibles con torsión anexial derecha. Se asocia líquido libre en moderada cuantía (asterisco). Ovario izquierdo normal. U= útero, V= vejiga, OI= ovario izquierdo, M: ovario derecho simulando masa pélvica.