



## Clínica cotidiana

# Dolor abdominal en una mujer joven

Francisco Javier Pérez Delgado<sup>a,\*</sup>, Trinidad Sánchez Damián<sup>b</sup>  
 y David José Deblas Sandoval<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital SAS La Línea de la Concepción, La Línea de la Concepción, Cádiz, España

<sup>b</sup> MIR, Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital SAS La Línea, La Línea de la Concepción, Cádiz, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 16 de agosto de 2015

Aceptado el 9 de diciembre de 2015

On-line el 15 de enero de 2016

#### Palabras clave:

Dolor abdominal

Mujer joven

Alta sospecha

#### Keywords:

Abdominal pain

Young woman

High suspicion

### R E S U M E N

La torsión ovárica es un cuadro grave, no muy frecuente, en el que el tiempo se convierte en un factor decisivo para la viabilidad funcional del ovario afectado.

Englobada dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal, el éxito en el abordaje de esta enfermedad se basa en la celeridad en su diagnóstico y su tratamiento posterior. Sin embargo, muchas veces, su confirmación y su tratamiento pueden demorarse.

No es lo que ocurre, afortunadamente, en el caso que presentamos, pues el clínico fue capaz de mantener un alto grado de sospecha, lo que permitió activar la intervención quirúrgica precoz y terminar con éxito la asistencia de la paciente.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Abdominal pain in a young woman

### A B S T R A C T

Ovarian torsion is an uncommon, but severe disease in which time becomes a decisive factor for the functional viability of ovary affected.

Included within the differential diagnosis of abdominal pain, success in the management of this condition is based on the speed of its diagnosis and subsequent treatment. However, confirmation and treatment can often be delayed.

Fortunately, this was not so in the present case, as the clinician was able to maintain a high degree of suspicion, leading to a successful early surgical intervention that ended in a good outcome for the patient.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javiperez72@hotmail.com](mailto:javiperez72@hotmail.com) (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.12.005>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mujer de 21 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, nuligesta, remitida desde atención primaria por dolor abdominal brusco de hora y media de evolución, en la fosa ilíaca derecha, de carácter cólico con intensidad (escala visual analógica) de 8/10. Es atendida en la policlínica de urgencias, desde donde ingresa en cama de observación por la intensidad del cuadro álgico y agitación importante secundaria al dolor.

Se procede a la administración de analgesia intravenosa para alcanzar el bienestar necesario que permita realizar una historia clínica y una exploración adecuadas.

Una vez alcanzada esta situación, aunque persiste la sensación álgica referida en la escala como 4-5/10, la paciente manifiesta dolor en la fosa ilíaca derecha desde hace 2 h aproximadamente, que se inició bruscamente en su domicilio, de carácter constante, aunque con accesos de mayor intensidad y con la emisión de 3 vómitos alimenticios. Niega antecedentes de interés y posibilidad de embarazo; manifiesta la fecha de la última regla 9 días antes de la fecha actual.

Se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, con tensiones arteriales de 102/53 y una frecuencia cardiaca de 93 lpm. La exploración abdominal, artefactada por la escasa colaboración de la paciente, muestra dolor reproducible de forma difusa, y muy especialmente en la fosa ilíaca derecha con signo de rebote.

Se ajusta analgesia intravenosa y se solicita analítica completa de orina, radiografía de tórax y abdomen, y electrocardiograma.

Se contacta inmediatamente con el ginecólogo de guardia, quien, tras explorar a la paciente, realiza ecografía transvaginal con los siguientes hallazgos: útero en anteversión, endometrio en primera fase de ciclo, ovario izquierdo normal; en el ovario derecho se observa una imagen de 14 x 9 cm, anecoica, de bordes bien definidos, con sospecha de torsión del ovario.

Se contacta con el anestesiólogo de guardia y el equipo de quirófano para exploración quirúrgica (laparoscopia) que posibilita posteriormente la detorsión del ovario. Desde la entrada de la paciente por la puerta del hospital hasta su recepción en quirófano han transcurrido tan solo 80 min.

La paciente presenta una evolución favorable. La masa constatada corresponde en la ecografía a un teratoma.

Actualmente se encuentra bajo seguimiento por el servicio de ginecología.

## Comentario<sup>1-5</sup>

La torsión ovárica consiste en una rotación total o parcial del anejo sobre el ligamento que lo sustenta, alrededor de su eje vascular. Provoca una dificultad en el aporte sanguíneo, y en el drenaje venoso y linfático del mismo, y desencadena gangrena y necrosis hemorrágica.

Es la quinta urgencia ginecológica, y afecta a mujeres de todas las edades, aunque en el 80% de los casos se trata de pacientes menores de 50 años. La edad media de presentación es en torno a los 25 años. Debe tenerse en cuenta su despistaje en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en la mujer.

Habitualmente, aproximadamente en el 94% según algunas series, se debe a masas ováricas, la mayoría de las cuales de curso benigno (la más frecuente es el teratoma quístico maduro). En general puede justificar una torsión ovárica cualquier enfermedad que curse con aumento del tamaño del anejo: la hiperestimulación ovárica, el embarazo ectópico, los quistes, las neoplasias,...

Existe, además, una serie de factores de riesgo:

- Intrínsecos:
  - Alteraciones congénitas de la trompa (excesiva longitud, recorrido tortuoso,...).
  - Alteraciones adquiridas (hidro/hematosalpinx, peristalsis anormal,...).
- Extrínsecos:
  - Alteraciones de órganos vecinos (neoplasias, adherencias,...).
  - Traumatismos de órganos pélvicos.
  - Embarazo.

El dolor abdominal está presente en prácticamente todos los casos. Es agudo, brusco, de pocas horas de evolución, una o 2 (muy raramente por encima de las 36-48 h), de carácter cólico y palpitante, generalmente localizado en el hemiabdomen inferior, y más intenso en el lado en que se produce la torsión, que suele ser el derecho. Hasta en un 15-20% suele acompañarse de náuseas y vómitos. Otros síntomas, menos frecuentes, son la febrícula y la fiebre (esta llega a presentarse hasta en un 2% de los pacientes).

Los signos exploratorios son muy variables y solo en el 15% de los pacientes se constatan signos de irritación peritoneal. En casos muy excepcionales la torsión (en el supuesto de la no existencia de dolor) puede manifestarse como una masa abdominal.

El *Self Assessment Questionnaire for Gynecologic Emergencies* (SAQ-GE) es un cuestionario propuesto por algunas guías, y puede tener utilidad en el cribado de la torsión ovárica en pacientes con dolor pélvico agudo. Basado en 5 criterios clínicos (dolor abdominal o lumbar unilateral, ausencia de leucorrea o metrorragia, dolor ovárico, dolor calificado como «insopportable» por la paciente y vómitos) se obtiene una puntuación de 0-10. Se califican de «bajo riesgo» las situaciones con valores por debajo de 7 puntos (S = 96,7%; VP = 99%).

En el diagnóstico diferencial de la torsión ovárica figuran enfermedades como la gestación ectópica, las masas pélvicas, la enfermedad inflamatoria pélvica, la apendicitis aguda, la diverticulitis...

Las pruebas complementarias que han de solicitarse (sin olvidar el control adecuado del dolor) son:

- Analítica de sangre y orina.
- Hemograma (puede mostrar leucocitosis inespecífica).
- Coagulación (como prueba preoperatoria).
- Sedimento urinario y prueba de embarazo.
- Ecografía: con Doppler comprobamos la ausencia de flujo arterial anexial. Podemos visualizar un aumento del tamaño del ovario y otras alteraciones, además de líquido libre en el saco de Douglas, en algunos casos. No se ha demostrado que la TAC tenga mejor eficacia diagnóstica, y su realización puede conllevar un retraso en el tratamiento.

En el abordaje de la torsión ovárica, además del control analgésico para el bienestar adecuado de la paciente, no podemos olvidar que se trata de una urgencia que requiere un tratamiento quirúrgico inmediato (preferiblemente por vía laparoscópica):

- Detorsión (10-15%): si la afectación es leve.
- Extirpación (85-90%): si el compromiso circulatorio es extenso.

La celeridad en el diagnóstico de este proceso, por tanto, se antoja vital, con el fin de conservar la normofunción del ovario, más aún si tenemos en cuenta que la mayoría de las pacientes se encuentran en edad fértil. Sin embargo, en ocasiones su confirmación y tratamiento puede demorarse debido a que no es una enfermedad frecuente, y el médico clínico no suele tenerla presente en el despistaje del dolor abdominal. Por ello, con la mínima sospecha, debemos activar al equipo (radiólogo y/o ginecólogo) con el fin de no perder tiempo y poder preservar el ovario. Tal y como hemos expuesto en nuestro caso, en esta ocasión el clínico actuó con celeridad, lo que permitió posteriormente detorsionar el ovario con éxito.

---

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Zapardiel Gutiérrez I, de la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología (acorde a los protocolos de la SEGO). Editores Habe 2008. Sección VIII: Urgencias Tracto Genital Superior. Cap 37: Torsión ovárica. Pág 139-140.
2. Armijo Suárez O, Castro Martín B, Blasco Gastón L, Lobo Martínez S, Cuadrado Mangas C, de Santiago García J. Torsión ovárica: revisión de los casos entre los años 1999-2009. Evaluación de los factores de riesgo y su tratamiento. Comunicación 31 Congreso Nacional de la SEGO. Sevilla, mayo 2011.
3. Pardo Pumar MI, Campos Arca S, Aguiar Couto MR, García Giménez ME, Moral Santamarina JE. Torsión anexial como causa de abdomen agudo en una paciente adolescente. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54:469-72.
4. Swenson DW, Lourenco AP, Beaudoin FL, Grand DJ, Killelea AG, McGregor AJ. Ovarian torsion: Case-control study comparing the sensitivity and specificity of ultrasonography and computed tomography for diagnosis in the emergency department. *Eur J Radiol.* 2014;83:733-8.
5. Huchon C, Panel P, Kayem G, Schmitz T, Nguyen T, Fauconnier A. Does this woman have adnexal torsion? *Hum Reprod.* 2012;27:2359-64.