

DOI: 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.305-312

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1558>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 305-312



Manejo quirúrgico del quiste de ovario torsionado en adolescentes: intervención ginecológica de urgencia con enfoque conservador

Surgical management of torsioned ovarian cyst in adolescents: urgent gynecological
intervention with a conservative approach

Tratamento cirúrgico do quisto do ovário torcido em adolescentes: intervenção
ginecológica urgente com uma abordagem conservadora

Jenny Elizabeth Valente Morocho¹; Sebastián Villagómez Alomoto²

RECIBIDO: 05/01/2025 **ACEPTADO:** 15/03/2025 **PUBLICADO:** 24/05/2025

1. Médica General; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; jeyelizabeth30@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-6092-335X>
2. Medico Cirujano; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; sebas.villagomez@outlook.com;  <https://orcid.org/0009-0002-1467-3604>

CORRESPONDENCIA

Jenny Elizabeth Valente Morocho

jeyelizabeth30@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La torsión anexial es la torsión de los ovarios y a veces las trompas uterinas que interrumpe la irrigación arterial y provoca isquemia. La torsión anexial es una de las emergencias ginecológicas más frecuentes y ocurre con mayor frecuencia durante la edad reproductiva. La presente revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como PubMed, Scopus y LILACS, utilizando términos clave como "torsión ovárica", "quiste de ovario", "adolescentes", "manejo quirúrgico", "enfoque conservador". Se incluyeron estudios observacionales, series de casos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordaran el manejo quirúrgico del quiste de ovario torsionado en adolescentes. El manejo quirúrgico urgente del quiste de ovario torsionado en adolescentes debe priorizar la destorsión para preservar la función ovárica y la fertilidad futura, incluso en ovarios con apariencia isquémica. La laparoscopia es la técnica preferida, reservándose la laparotomía para sospecha de malignidad. La rapidez de la intervención aumenta la probabilidad de éxito en la conservación ovárica. Aunque existe riesgo de recurrencia, las estrategias preventivas requieren más investigación a largo plazo. La evaluación intraoperatoria cuidadosa y el enfoque conservador son clave para optimizar los resultados en adolescentes con esta condición.

Palabras clave: Torsión ovárica, Quiste de ovario, Adolescentes, Manejo quirúrgico, Enfoque conservador.

ABSTRACT

Adnexal torsion is the twisting of the ovaries and sometimes the fallopian tubes, which interrupts arterial blood flow and causes ischemia. Adnexal torsion is one of the most frequent gynecological emergencies and occurs most often during reproductive age. The present bibliographic review was carried out through an exhaustive search in academic databases such as PubMed, Scopus, and LILACS, using keywords such as "ovarian torsion," "ovarian cyst," "adolescents," "surgical management," and "conservative approach." Observational studies, case series, systematic reviews, and meta-analyses addressing the surgical management of torsioned ovarian cysts in adolescents were included. Urgent surgical management of torsioned ovarian cysts in adolescents should prioritize detorsion to preserve ovarian function and future fertility, even in ovaries with an ischemic appearance. Laparoscopy is the preferred technique, with laparotomy reserved for suspected malignancy. The rapidity of the intervention increases the probability of successful ovarian preservation. Although there is a risk of recurrence, preventive strategies require further long-term research. Careful intraoperative evaluation and a conservative approach are key to optimizing outcomes in adolescents with this condition.

Keywords: Ovarian torsion, Ovarian cyst, Adolescents, Surgical management, Conservative approach.

RESUMO

A torção dos anexos é a torção dos ovários e, por vezes, das trompas de Falópio, que interrompe o fluxo sanguíneo arterial e provoca isquemia. A torção anexial é uma das emergências ginecológicas mais frequentes e ocorre mais frequentemente durante a idade reprodutiva. A presente revisão bibliográfica foi realizada através de uma pesquisa exaustiva em bases de dados académicas como PubMed, Scopus e LILACS, utilizando palavras-chave como "ovarian torsion", "ovarian cyst", "adolescents", "surgical management" e "conservative approach". Foram incluídos estudos observacionais, séries de casos, revisões sistemáticas e meta-análises que abordavam o tratamento cirúrgico de cistos ovarianos torcidos em adolescentes. O tratamento cirúrgico urgente de quistos ovarianos torcidos em adolescentes deve dar prioridade à detorsão para preservar a função ovariana e a fertilidade futura, mesmo em ovários com aspeto isquémico. A laparoscopia é a técnica preferida, ficando a laparotomia reservada para a suspeita de malignidade. A rapidez da intervenção aumenta a probabilidade de sucesso na preservação dos ovários. Embora exista um risco de recorrência, as estratégias preventivas requerem mais investigação a longo prazo. Uma avaliação intra-operatória cuidadosa e uma abordagem conservadora são fundamentais para otimizar os resultados em adolescentes com esta patologia.

Palavras-chave: Torção ovariana, Cisto ovariano, Adolescentes, Manejo cirúrgico, Abordagem conservadora.

Introducción

La torsión anexial es la torsión de los ovarios y a veces las trompas uterinas que interrumpe la irrigación arterial y provoca isquemia. La torsión anexial es una de las emergencias ginecológicas más frecuentes y ocurre con mayor frecuencia durante la edad reproductiva. Por lo general, se produce cuando el ovario está agrandado debido a un tumor u otro problema. La isquemia prolongada puede causar pérdida de la función ovárica o daño de las trompas uterinas (de Falopio) (1).

La fisiopatología de la torsión ovárica implica que el ovario, suspendido por el ligamento infundibulopélvico, puede girar alrededor de dicho ligamento y del ligamento útero-ovárico. Este giro provoca la compresión de los vasos ováricos, interrumpiendo el flujo sanguíneo. Factores como el número de vueltas de los vasos y su tensión influyen en este flujo. Debido a que las arterias son menos compresibles que las venas, inicialmente el suministro arterial no se interrumpe tanto como el drenaje venoso. Cuando se bloquea el flujo de salida, la perfusión arterial persiste, lo que lleva a un agrandamiento ovárico por edema y mayor compresión vascular. Esta situación puede desencadenar isquemia, necrosis ovárica y hemorragia local (2). Puede ocurrir en los ovarios y las trompas normales (principalmente en adolescentes con laxitud de los ligamentos suspensorios o hipermovilidad tubárica), o ser secundario a quistes o masas (mayores de 5 cm), siendo el teratoma quístico maduro o quiste dermoide el tumor que más a menudo predispone a la torsión (3).

Suele aparecer la mayoría de las veces durante los años fértiles de la mujer y se presenta con mayor frecuencia durante la ovulación y en la fase premenstrual que es cuando se incrementa la congestión pélvica. Factores de riesgo son también: el embarazo, la hipertrofia ovárica mayor de cuatro centímetros, tumores benignos del ovario, estímulo de fármacos al tratar

la esterilidad, algunas anomalías ováricas, etc. La TO y TA es infrecuente cuando el anejo es normal y cuando esto ocurre por lo regular, suele ser en niñas (4). Aunque es un cuadro que se puede dar a cualquier edad, la mayor prevalencia se encuentra en niñas y mujeres en edad reproductiva, ocurriendo hasta el 20% de los casos en mujeres embarazadas. La torsión es más frecuente en el lado derecho (debido probablemente a la reducción de espacio en el lado izquierdo, que está ocupado por el sigma), pudiendo confundirse clínicamente con una apendicitis (5). La mayoría de los casos en mujeres jóvenes y adolescentes son secundarios a patología anexial, y habitualmente, las masas ováricas que producen torsión son benignas. Por otro lado, el desarrollo de hidrosalpinx en una paciente adolescente sin relaciones sexuales es muy poco frecuente (6).

Metodología

La presente revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como PubMed, Scopus y LILACS, utilizando términos clave como "torsión ovárica", "quiste de ovario", "adolescentes", "manejo quirúrgico", "enfoque conservador". Se incluyeron estudios observacionales, series de casos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordaran el manejo quirúrgico del quiste de ovario torsionado en adolescentes. Se analizaron datos retrospectivos y prospectivos para identificar tendencias en las prácticas quirúrgicas pasadas y presentes, así como la evidencia actual que respalda el enfoque conservador como primera línea para preservar la fertilidad futura en esta población.

Resultados

Diagnostico

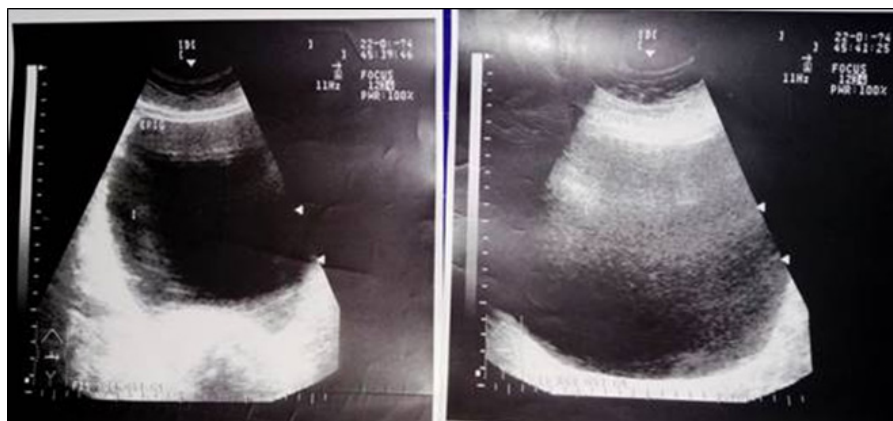


Figura 1. TQO de grandes dimensiones y diámetro entre 17 a 23 cm con celularidad aumentada

Fuente: González-Menocal et al (4)

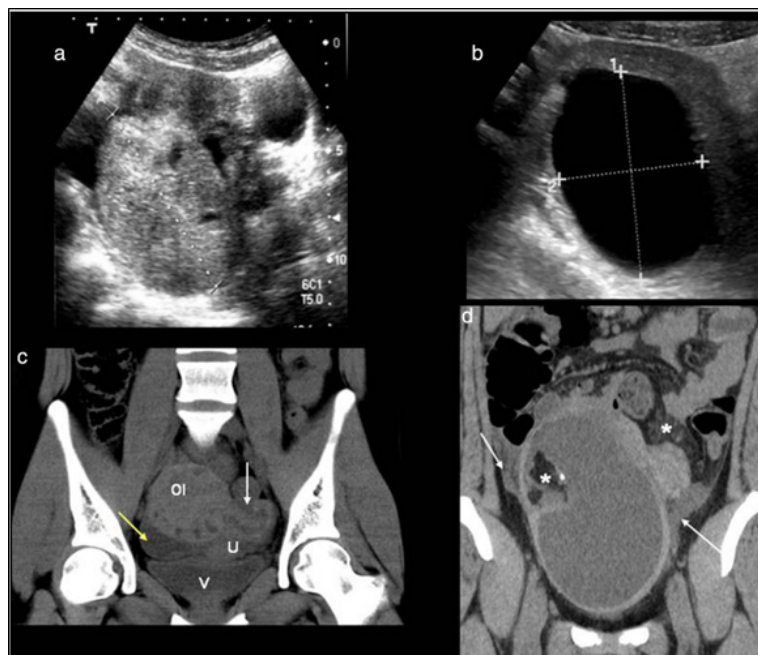


Figura 2. Torsión de ovario. a) Ecografía, corte longitudinal. Ovario aumentado de tamaño, hiperecogénico, con folículos periféricos, b) Ecografía, corte longitudinal. Imagen quística que corresponde a necrosis ovárica por torsión de largo tiempo de evolución. c) Tomografía computarizada (TC) sin contraste, corte coronal. Ovario izquierdo en posición anómala, aumentado de tamaño y con múltiples folículos periféricos. Útero (U) desplazado hacia el lado afecto, trompa uterina engrosada y edematosa (flecha blanca) y líquido libre (flecha amarilla). d) TC sin contraste, corte coronal. Tumor dermoide que contiene grasa y calcio (asterisco) con engrosamiento mural, líquido libre (flechas blancas) y aumento de densidad de la grasa adyacente (asterisco).

Fuente: Rivera Domínguez et al (3).

El diagnóstico de esta y otras enfermedades comienza por el método clínico con una correcta anamnesis, examen físico, complementarios y la pericia médica como señala de forma precisa y didáctica Aguilar Pacín N (2015) citado por González-Menocal et al (4). La base del tratamiento es la sospecha y confirmación diagnóstica temprana y rápida para preservar la función ovárica y prevenir otros efectos adversos. Los parámetros analíticos y las técnicas de imagen como el Doppler, la tomografía o la resonancia magnética nos ayudan en la sospecha diagnóstica. Pero, en la mayoría de casos, el diagnóstico de confirmación se establece con la directa visualización del ovario o anexo torsionados, bien por laparotomía bien por laparoscopia (7).

Ultrasonido: con un valor predictivo positivo de 87.5% y especificidad de 93.3%, se pueden mencionar los siguientes hallazgos por ultrasonido referidos por (Mateo Sáñez, Taboada-Pérez, Hernández-Arroyo, Ma-

teo-Madrigal, & Mateo-Madrigal, 2013) citados por xxx. Con base en los resultados de Marchant se dispuso de una clasificación de severidad en tres categorías:

- **Categoría 1:** sin signos de isquemia, por tanto, un enfoque conservador puede ser adecuado en ciertas circunstancias.
- **Categoría 2:** cerca de 50% de las pacientes sufre isquemia y focos de necrosis, por tanto, el tratamiento debe ser quirúrgico en todos los casos.
- **Categoría 3:** la isquemia y la necrosis es el punto central. Se describen dos signos que representan lo mismo: el signo de remolino que se describe inicialmente en la rotación del mesenterio en el vólvulo intestinal y luego se adapta a la torsión anexial y el signo de espiral que se aplica al pedículo ovárico (8).

Síntomas

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de dolor pélvico agudo

Causas ginecológicas	Causas gastrointestinales
▪ Embarazo ectópico. ▪ Endometritis. ▪ Enfermedad inflamatoria pélvica. ▪ Quistes ováricos. ▪ Torsión de anexos. ▪ Mittelschmerz (dolor a mitad del ciclo).	▪ Gastroenteritis. ▪ Apendicitis. ▪ Síndrome de Colon irritable. ▪ Obstrucción intestinal. ▪ Diverticulitis. ▪ Enfermedad intestinal inflamatoria.
Causas genitourinarias	Otras causas
▪ Litiasis ureteral. ▪ Cistitis. ▪ Pielonefritis. ▪ Infección de vías urinarias.	▪ Hernia. ▪ Hematoma de la pared abdominal. ▪ Aneurisma. ▪ Tromboflebitis pélvica.

Fuente: Falquez & Avilés (9).

La torsión de un quiste de ovario se manifiesta por dolor abdominal intenso y constante acompañado de vómitos (9). Algunas pacientes experimentan oleadas de náu-

seas con o sin vómitos. El dolor abdominal suele ser intermitente con un inicio repentino. La mayoría de las pacientes reportadas buscaron evaluación 1 o más días, hasta

210 días después del inicio del dolor. Las pacientes premenárquicas tendían a mencionar dolor difuso porque les resultaba difícil localizar el dolor. Se consideró que los síntomas y signos incómodos eran causados por la torsión anexial. Se ha encontrado fiebre de bajo grado en algunas pacientes con torsión ovárica sin enfermedad infecciosa (10).

Factores de riesgo

La torsión ovárica es más frecuente en mujeres en edad reproductiva. El haber padecido una torsión anexial es un factor de riesgo importante. Otros factores de riesgo asociados son todos aquellos que produzcan un aumento del tamaño ovárico, como las masas/quistes ováricos, los ovarios poliquísticos o la hiperestimulación ovárica tras un tratamiento de fertilidad (11).

Tratamiento



Figura 3. Hallazgo quirúrgico: torsión de quiste ovárico

Fuente: Falquez & Avilés (9).

Si se trata quirúrgicamente mediante extirpación antes de que aparezcan complicaciones, el pronóstico es excelente. Tanto en casos de torsión como de ruptura de quiste ovárico se precisa el estudio anatomopatológico de la tumoración, pues ambas situaciones clínicas pueden ocurrir con quistes de naturaleza benigna o maligna. Si existe sospecha clínica de malignidad o pacientes postmenopáusicas se completará la aneختomía con histerectomía y aneختomía contralateral. Sin embargo, en pacientes jóvenes sin sospecha clínica de malignidad se adoptará una actitud quirúrgica conservadora resecando la menor cantidad posible de tejido ovárico (9).

El estándar de oro para tratar la torsión ovárica es la cirugía, y esta es también la única manera de confirmar la torsión. Existen dos métodos quirúrgicos: la laparoscopia y la laparotomía. La laparoscopia se ha convertido en un procedimiento popular. Sin embargo, si se sospecha cáncer de ovario o de trompa de Falopio, se debe realizar una laparotomía [58, 59]. Durante la cirugía, es necesario evaluar la viabilidad ovárica y preservar su función. La única manera de determinar la viabilidad de un ovario torsionado durante la cirugía es mediante la inspección visual macroscópica. Desde el punto de vista convencional, los ovarios oscuros y agrandados pueden tener congestión vascular y linfática, y pueden parecer

no viables. Sin embargo, múltiples estudios han sugerido que incluso aquellos ovarios de aspecto negro o azulado pueden conservar la función ovárica después de la destorsión. El seguimiento postoperatorio con ultrasonido mostró que más del 80% de las pacientes tuvieron un desarrollo folicular normal después de la destorsión. En los últimos años, el pilar del tratamiento para la torsión ovárica ha sido la evaluación quirúrgica y la preservación de la función ovárica. Existen muchas maneras de realizar la cirugía y la destorsión, y la conservación ovárica casi siempre se recomienda ahora en lugar de la salpingooforectomía. A menudo se realiza una quistectomía ovárica para una masa ovárica benigna. Si se sospecha altamente malignidad, es necesaria una salpingooforectomía. Según muchos estudios observacionales, la destorsión se asocia con la preservación de la función ovárica. Cuanto más temprano sea el abordaje de la

torsión, mayor será la probabilidad de preservar la función. Después de que se han desarrollado los síntomas, la conservación ovárica disminuye con el tiempo. No hay evidencia que sugiera que la destorsión aumente los eventos adversos postoperatorios. El manejo en mujeres embarazadas es similar al de las pacientes no embarazadas, y la cirugía laparoscópica es segura para la torsión en mujeres embarazadas (10).

Existe un riesgo de recurrencia después de la destorsión, pero se desconocen la incidencia y las causas. Según investigaciones recientes, se pueden utilizar varios métodos para disminuir el riesgo de recurrencia. Un método es la supresión de los quistes ováricos mediante anticonceptivos orales. Otro método es la ooforopexia. Sin embargo, ambos enfoques carecen de seguimiento a largo plazo y de un estudio sistemático (10).

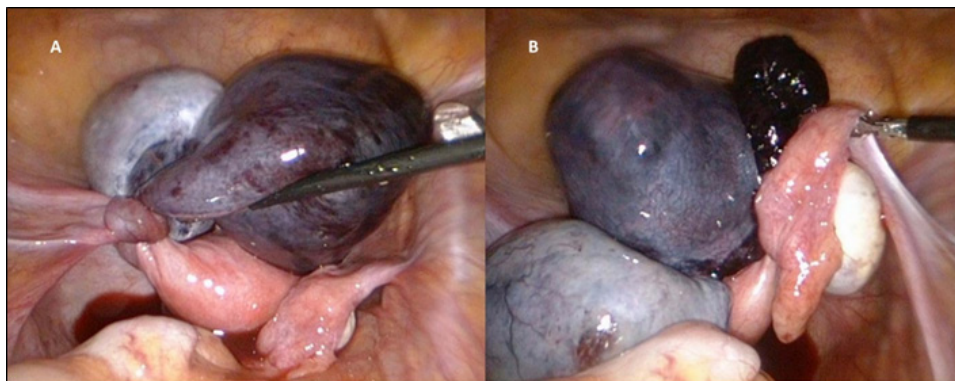


Figura 4. El anexo izquierdo estaba torsionado, con tres vueltas alrededor de su propio eje (A). Quiste hemorrágico de ovario y un gran hidrosalpinx, con rotura tubárica (B)

Fuente: Pardo Pumar et al (6).

Pardo Pumar et al (6) presentaron un caso clínico de una adolescente de 15 años con dolor abdominal agudo en el cuadrante inferior izquierdo, náuseas y vómitos, en quien la ecografía transrectal reveló una masa quística en el anexo izquierdo. Tras 42 horas de evolución y ante el empeoramiento clínico con signos de irritación peritoneal, se realizó una laparoscopia urgente que confirmó una

torsión del anexo izquierdo con un quiste hemorrágico y un hidrosalpinx roto (figura 4). Debido a los hallazgos isquémicos irreversibles y la rotura tubárica, se procedió a una salpingooforectomía izquierda, con un diagnóstico anatomopatológico posterior de cistoadenoma seroso de ovario e hidrosalpinx, presentando la paciente una evolución postoperatoria favorable con alta al segundo día.

Conclusión

El manejo quirúrgico del quiste de ovario torsionado en adolescentes requiere una intervención ginecológica de urgencia donde el enfoque conservador, priorizando la destorsión y la preservación de la función ovárica, emerge como una estrategia fundamental. La evidencia actual, aunque con limitaciones en el seguimiento a largo plazo, sugiere que incluso ovarios con apariencia isquémica pueden recuperar su función tras la destorsión, lo que subraya la importancia de evitar la ooforectomía siempre que sea posible para preservar la fertilidad futura. La laparoscopia se ha consolidado como una técnica quirúrgica popular y segura en estos casos, aunque la laparotomía sigue siendo necesaria ante la sospecha de malignidad. La rapidez en el abordaje quirúrgico tras el inicio de los síntomas se asocia con una mayor probabilidad de éxito en la conservación ovárica. Si bien existe un riesgo de recurrencia posterior a la destorsión, las estrategias para mitigar este riesgo, como la supresión con anticonceptivos orales o la ooforopexia, aún requieren estudios sistemáticos y seguimiento a largo plazo para establecer su eficacia definitiva en esta población específica.

Bibliografía

Kilpatrick C. Torsión anexial [Internet]. 2023. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecologia-y-obstetricia/otros-trastornos-ginecologicos/torsion-anexial>

aulaginecologia.com. TORSIÓN OVÁRICA [Internet]. 2023. Available from: <https://aulaginecologia.com/wp-content/uploads/2023/09/TORSION-OVARICA.pdf>

Rivera Domínguez A, Mora Jurado A, García de la Oliva A, de Araujo Martins-Romeo D, Cueto Álvarez L. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. Radiología [Internet]. 2017 Mar;59(2):115–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033833816301783>

González-Menocal OR, Armas-Pérez BA, Rodríguez-Sánchez E. Quiste de ovario torcido: a propósito de dos nuevos casos. Rev Arch Med Camagüey. 2019;23(5).

Loizaga EI, García Garai N, Del Cura Allende G, Tellería Bajo A, Cancho Salcedo A, García-Echave EL. Patología ovárica urgente: TORSIÓN ANEXIAL [Internet]. 2018. Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/681/410>

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. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2011 Sep;54(9):469–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501311001804>

Carrasco A, Cañete P, Gisbert A, Reyes B. Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2015;379–84.

Ramos Robalino CA, Pacheco Romero KE, Soto Viera PS, Quisilema Ron VA. Diagnóstico de torsión anexial. RECIAMUC. 2020;4(2):81–93.

Falquez BI, Avilés VP. Abdomen agudo por torsión de quiste ovárico. A propósito de un caso. Medicina (B Aires). 2008;14(2):143–6.

Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. Tzu Chi Med J. 2017;29(3):143–7.

isuog. Torsión Ovárica [Internet]. 2022. Available from: <https://www.isuog.org/clinical-resources/patient-information-series/serie-de-informacion-para-el-paciente/torsion-ov-rica.html>

CITAR ESTE ARTICULO:

Valente Morocho , J. E., & Villagómez Alomoto , . S. (2025). Manejo quirúrgico del quiste de ovario torsionado en adolescentes: intervención ginecológica de urgencia con enfoque conservador. RECIAMUC, 9(2), 305-312. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.305-312](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.305-312)

