

Torsión de trompa de Falopio: causa de dolor pélvico agudo en niñas y adolescentes. Revisión de la patología.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Belén Del Río Carrero, Carmina Durán Feliubadaló, Caritat García Vera, César Martín Martínez, Inmaculada Romero Novo, Lola Esteba Bech De Careda

Objetivos Docentes

- Identificar el tipo de paciente y el contexto más habitual en los casos de torsión de trompa.
- Conocer la fisiopatología de la lesión y de sus posibles diagnósticos diferenciales.
- Describir los hallazgos más habituales en la torsión de trompa de Falopio y de sus posibles diagnósticos diferenciales en el dolor pélvico agudo.

Revisión del tema

La torsión de trompa de Falopio es una patología infrecuente, con una incidencia descrita de 1 entre 1,5 millones. Sin embargo es una entidad grave, que suele presentarse con clínica anodina y hallazgos radiológicos poco específicos, donde el retraso diagnóstico puede llevar a la pérdida del anejo.

Debemos tener en cuenta que **la trompa de Falopio es una estructura que cuando no está dilatada es prácticamente invisible con las diferentes técnicas radiológicas** y la única forma de explorarla es mediante la histerosalpingografía. Por esta razón la trompa no suele valorarse de forma sistemática en los diferentes estudios y es fácil pasarla por alto. Es por esto que **el primer paso en el diagnóstico de la torsión de trompa es conocer la entidad y pensar en ella.**

¿Cuándo sospechar torsión de trompa?

La clínica

Debemos sospechar torsión de trompa de Falopio en los mismos casos en los que pensaríamos en una torsión de ovario. La paciente suele presentar **dolor abdominal o pélvico agudo de tipo cólico que se puede extender hacia la ingle.** Como síntomas asociados pueden aparecer náuseas o vómitos. Los marcadores de inflamación (VSG, PCR...) no suelen estar alterados en las fases iniciales y no suele haber fiebre.

La paciente

La torsión de trompa, no es habitual antes de la menarquía, de hecho uno de los factores relacionados

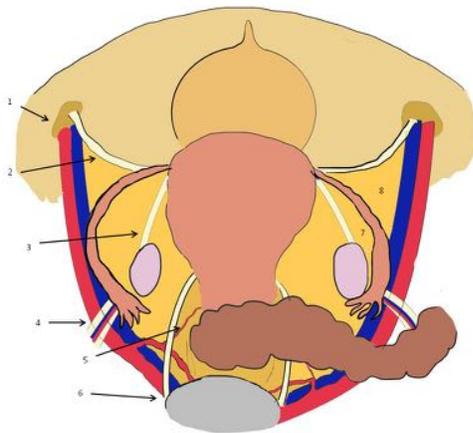
descritos es la ingurgitación de la zona en la fase premenstrual del ciclo. **El factor desencadenante más frecuente es una masa ovárica, paraovárica o paratubárica** que actúa como elemento detonante favoreciendo la movilidad de las estructuras pélvicas. En ausencia de una masa pélvica se ha relacionado con los **tratamientos de inducción de la ovulación** y con el **embarazo**, situaciones que provocan aumento de tamaño e ingurgitación del ovario.

En la edad pediátrica el pico de incidencia se sitúa entre los 10-12 años, coincidiendo con la menarquía. La mayor laxitud de los mesos en neonatos e infantes favorece la movilidad anexial.

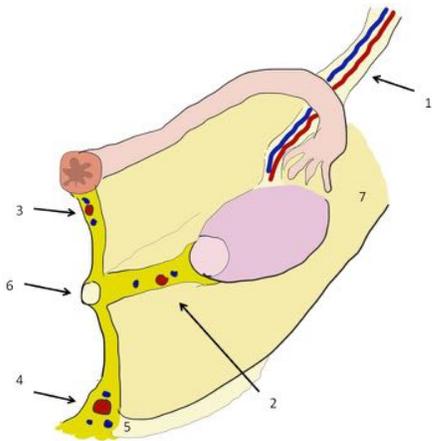
De este modo favorecen la torsión las situaciones en las que el anexo aumenta en volumen y peso, provocando la insuficiencia de los ligamentos y mesos que lo sujetan facilitando así la torsión. Tiene **predilección por el lado derecho**, esto puede ser debido a la ocupación por parte del colon del espacio pélvico izquierdo que le resta movilidad.

¿Cómo sucede la torsión anexial?

Anatomía



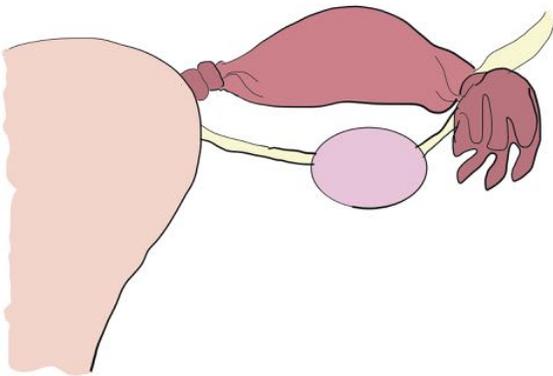
Los genitales internos femeninos están sujetos a la cavidad abdominal mediante una serie de ligamentos y reflexiones peritoneales que además dan soporte a sus paquetes vasculares. **Útero, trompas y ovarios están sujetos por un repliegue de peritoneo** en disposición coronal que toma el nombre de **ligamento ancho del útero**. La porción más superior que rodea las trompas de Falopio se llama mesosálpinx mientras que la que rodea el ligamento útero-ovárico se llama mesoovario. **El ovario también está sujeto a la pared abdominal por el ligamento suspensorio del ovario, uno de sus haces da soporte al infundíbulo tubárico por lo que también se conoce con el nombre de ligamento infundíbulo-pélvico.** Un ligamento más distal y con la misma disposición coronal sujeta el cuello uterino llamado ligamento cardinal.



La vascularización de útero y anejos discurre por estos ligamentos. **La arteria ovárica** nace de la aorta descendente, **trascurre por el ligamento suspensorio del ovario y continúa por el ligamento útero-ovárico dando ramas terminales tubáricas.** Al llegar al útero se anastomosa con la **arteria uterina** que nace de la iliaca interna y llega a la porción inferior del útero por el ligamento cardinal. El **retorno venoso en su mayor parte es paralelo a los vasos arteriales con la excepción de la vena ovárica izquierda que desemboca en la vena renal izquierda** en lugar de la cava. [Fig. 3](#)

La trompa de Falopio es una delgada estructura tubular de 10-12cm de longitud, con origen en el cuerno uterino y abierta a la cavidad abdominal. Se divide en cuatro porciones, la porción intrauterina es la más corta y está inmersa en el espesor de la pared muscular del útero. Se continúa con la porción ístmica, la más larga y estrecha que conecta la apertura ampular tubárica con el útero. La porción ampular es la zona dilatada de la trompa donde sucede la fecundación, en su extremo abdominal se une con la porción fimbriada o pabellón, región con forma cónica que recoge el ovocito y lo transporta hacia el resto de la trompa. En su extremo tiene unas finas digitaciones llamadas fimbrias que abrazan el ovario. **La porción más amplia de la trompa es la ampular que tiene 10mm de diámetro máximo.**

Fisiopatología



El punto de origen de una torsión de trompa coincide con la **oclusión** o dificultad del **drenaje venoso y linfático** el cual puede ser provocado por una compresión extrínseca o bien por una torsión incompleta. **La trompa ectásica se ingurgita** y aumenta de tamaño y peso, lo que facilita posteriores giros que

frecuentemente se producen con el ligamento infundíbulo-pélvico como eje. Cuando se produce una torsión anexial conjunta (ovario y trompa) es el ligamento úteroovárico el que gira con el istmo tubárico como eje. [Fig. 5](#)

Si la torsión persiste aumenta el edema y la presión capilar en un proceso que lleva a la trombosis arterial y el infarto hemorrágico. Sin tratamiento el anejo puede necrosarse, infectarse y provocar una peritonitis.

Manejo

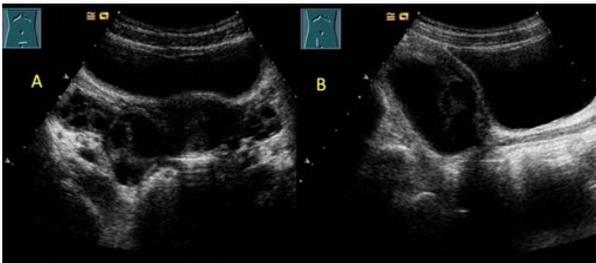
El **tratamiento** es invariablemente **quirúrgico**. En el pasado se realizaba siempre **anexectomía**, por miedo a que con la detorsión pudiera liberarse un trombo venoso. Sin embargo se ha demostrado que si el diagnóstico es precoz se puede realizar **detorsión** con buenos resultados en cuanto a viabilidad de la trompa e incluso fertilidad. **El punto de inflexión entre ambos tratamientos es el establecimiento de la trombosis arterial y el infarto hemorrágico**, y la decisión final suele estar en manos del cirujano. Sin embargo el **radiólogo puede ayudar en la decisión indicando** en el informe **si persiste flujo arterial en el ovario y en los casos en los que se realiza TC y RM especificando si se visualiza o no hematosálpinx**. Durante la cirugía, también debe revisarse la trompa contralateral en busca de posibles puntos desencadenantes como quistes o hidátides de Morgagni. No está demostrada la utilidad de fijar la trompa contralateral.

¿Cómo se ve la torsión de trompa?

Diagnóstico por imagen

La ecografía es la prueba "gold standard" en la evaluación del dolor pélvico agudo en estas pacientes. En caso de duda se puede recurrir a la TC o, si está disponible, la RM. Si existe una alta sospecha clínica a pesar de ausencia de signos radiológicos se puede realizar una laparoscopia exploradora.

Hallazgos ecográficos



En los casos de torsión de trompa aislada se visualiza una **estructura tubular anecoica** que puede tener debris en su interior, **de morfología fusiforme y tortuosa localizada entre útero y ovario**. La valoración pélvica con cortes en los diferentes planos del espacio nos ayudará a obtener la imagen típica de la trompa dilatada. Como signos secundarios suele haber líquido libre en hemipelvis ipsilateral y afectación de la grasa pélvica circundante. Frecuentemente la torsión de trompa estará asociada a una masa o quiste anexial que puede dificultarnos la identificación de las estructuras.



En cuanto al **registro Doppler no siempre resulta de ayuda**, al tratarse de una obstrucción del retorno venoso **el registro Doppler arterial está patente durante las fases iniciales**, esto implica que la trompa es aún viable y no se ha producido trombosis arterial. En ocasiones sí se puede apreciar una disminución del registro Doppler venoso. En la literatura se describe el **"twirl sign"** que corresponde a la imagen en remolino que forman los vasos tubáricos cuando la estructura está torsionada, sin embargo en nuestra experiencia no conseguimos visualizarlo.

Hallazgos por TC



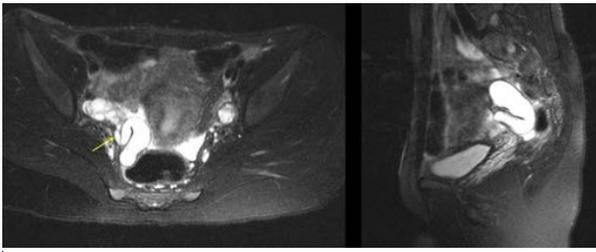
Se debe realizar una TC pélvica con contraste endovenoso en fase portal.

La imagen que se visualiza es la de una **estructura tubular de más de 15mm de grosor**, de densidad partes blandas con **paredes engrosadas e hipodensas y contenido líquido**. Si la atenuación intraluminal es **mayor de 50 UH** será sugestivo de **hematosálpinx**.

Como signos secundarios podemos encontrar el desplazamiento ipsilateral del útero, trabeculación de la grasa circundante, líquido libre en pelvis menor, engrosamiento del ligamento ancho o un íleo focal.

Las **reconstrucciones multiplanares** pueden resultar de gran ayuda para identificar la forma tubular y el signo del **"pico de pájaro"** de los extremos torsionados.

Hallazgos por RM



A pesar de que la resonancia magnética no se realiza habitualmente en el contexto agudo puede ser de ayuda en casos dudosos.

La mayor resolución espacial de la resonancia nos ayuda a diferenciar el ovario normal de la **trompa dilatada con paredes engrosadas**. En ocasiones puede visualizarse el **signo del “pico de pájaro”** que corresponde a los extremos afilados de la trompa torsionada. El engrosamiento de la pared tubárica se aprecia con facilidad en las **secuencias T2** mientras que para valorar hematosálpinx se deben realizar secuencias **T1 y T1 con supresión grasa**.

Laparoscopia exploradora [Fig. 10](#)

En ausencia de signos radiológicos, si existe una **alta sospecha clínica** de torsión de trompa será necesario realizar una **laparoscopia exploradora** para descartar la torsión y en caso de confirmarse proceder a la detorsión.

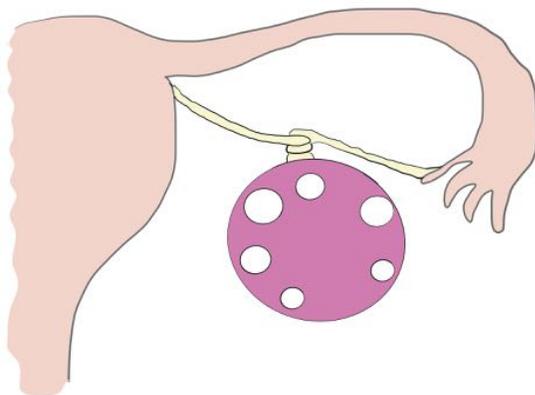
¿Qué otras cosas debemos sospechar? Diagnóstico diferencial.

Torsión de ovario

La torsión de ovario es una entidad mucho **más frecuente** y es el principal diagnóstico diferencial. En los casos en los que diagnosticuemos torsión de trompa será probablemente intentando descartar una torsión ovárica.

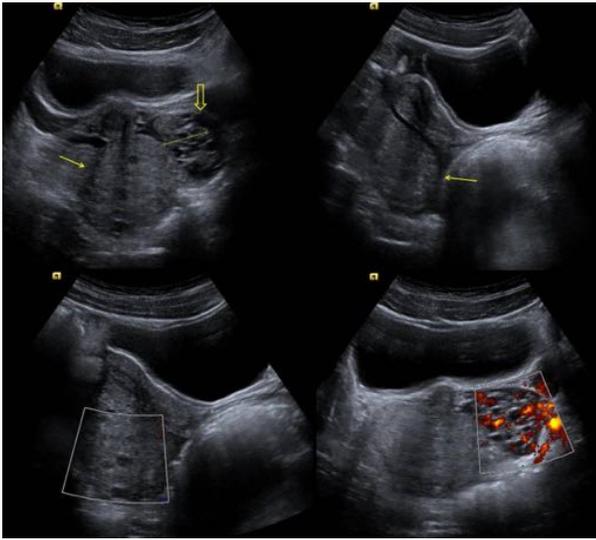
La torsión ovárica y tubárica comparten anatomía y fisiopatología y en muchas ocasiones se presentan juntas. Ambas estructuras tienen una **doble vascularización** a partir de la arteria ovárica y uterina que discurre por ligamentos comunes como el ligamento suspensorio del ovario, también llamado infundíbulo-pélvico, y el ligamento útero-ovárico.

También comparten epidemiología y factores desencadenantes, los más frecuentes son los **quistes y masas anexiales, fundamentalmente los mayores de 5cm**. En la edad pediátrica el pico de incidencia se produce a los **10-12 años** con la **menarquía** y la laxitud de los mesos como factores favorecedores. En la postmenarquía los tratamientos de estimulación de la ovulación, los **estados gestacionales** y premenstruales y en general todas las situaciones en las que aumente el volumen y peso anexial pueden ser desencadenantes de torsión.



Al torsionarse el pedículo ovárico se ocluye el drenaje venoso y linfático, el anejo se ingurgita, aumenta

de tamaño y se vuelve edematoso. Los folículos son desplazados hacia la periferia por el edema y la congestión venosa. El ovario edematoso es comprimido por su cápsula provocando aumento de la presión capilar. El proceso se continúa con trombosis arterial, isquemia e infarto.



La **ecografía** será la técnica de primera elección, el hallazgo principal es el **aumento de tamaño del ovario >4cc** en la paciente prepuberal y **>10cc** en la paciente postpuberal que habitualmente se encuentra medializado y en posición superior al fondo uterino. Asociado a este aumento de tamaño podemos encontrar el “**signo del collar de perlas**”, que se corresponde a los folículos ováricos desplazados periféricamente. En ocasiones se visualiza un quiste o masa coexistente con el ovario que puede corresponder a la lesión que ha favorecido la torsión. Se puede visualizar una estructura tubular correspondiente a la trompa torsionada de forma simultánea. En muchas ocasiones habrá líquido libre abdominal.

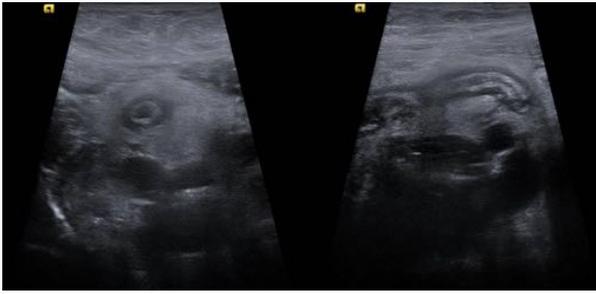
La ecografía **Doppler** no resulta de gran utilidad en el diagnóstico, al tratarse de una obstrucción al drenaje venoso y linfático el anejo mantiene el aporte arterial. Sin embargo tiene **utilidad pronóstica** porque el flujo arterial es un signo de viabilidad del ovario.

Aunque no es habitual en caso de duda se puede realizar una **TC o una RM**. Los hallazgos son poco específicos visualizando el **ovario aumentado de tamaño y medializado**, el **útero desviado** hacia el lado afectado y líquido libre pélvico. En ocasiones se acompañará de una estructura tubular quística de paredes engrosadas correspondiente a la trompa torsionada.



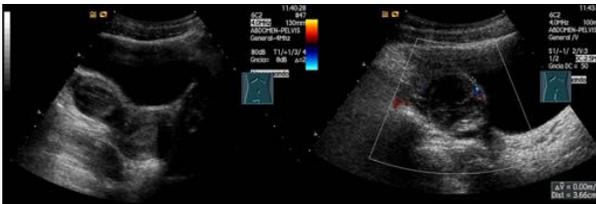
Apendicitis

En este caso a la clínica de dolor y náuseas se puede añadir diarrea y fiebre. Por US se visualiza una **estructura tubular no compresible** con extremo distal en fondo de saco y base en el ciego de **más de 6 mm**, con afectación de la grasa circundante. En ocasiones se observa líquido libre abdominal y colecciones periapendiculares.



Quiste hemorrágico

La patología más habitual en la población pediátrica son los quistes ováricos. Un foco anecoico en el ovario se considera un folículo si es menor de 3cm. Cuando un folículo dominante no involuciona correctamente puede aumentar de tamaño y convertirse en un quiste funcional. La rotura o hemorragia del quiste provoca dolor pélvico de naturaleza inespecífica. Por ecografía se visualiza como una **imagen hiperecogénica en el ovario doloroso**.



Hemoperitoneo secundario a rotura de quiste folicular

Los propios folículos dominantes al romperse coincidiendo con la ovulación pueden provocar un pequeño sangrado y hemoperitoneo que genere dolor pélvico. En estos casos las claves diagnósticas son la **coincidencia con la ovulación, el discreto aumento de ecogenicidad del ovario y una mínima cantidad de líquido libre abdominal**. En cualquier caso es un **diagnóstico de exclusión**.



Hidrosálpinx

Es una patología **prácticamente inexistente en edad pediátrica**. Las causas pueden ser múltiples, entre ellas la endometriosis o la enfermedad inflamatoria pélvica y puede ser de naturaleza aguda o crónica. Consiste en la **acumulación de secreciones en la trompa de Falopio** por oclusión de su extremo ampular o de ambos extremos. Los hallazgos radiológicos son la **dilatación y aumento de tamaño de la trompa con pared fina**. Los pliegues longitudinales presentes en la trompa normal aumentan de tamaño y se hacen más visibles con la trompa dilatada dando el **“signo de la rueda dentada”**.

Ante una trompa elongada y dilatada **para diferenciar entre hidrosálpinx y torsión tubárica debemos fijarnos en las paredes de la trompa**. En los hidrosálpinx agudos las paredes serán finas mientras que en la torsión de trompa se encuentran engrosadas.

Imágenes en esta sección:

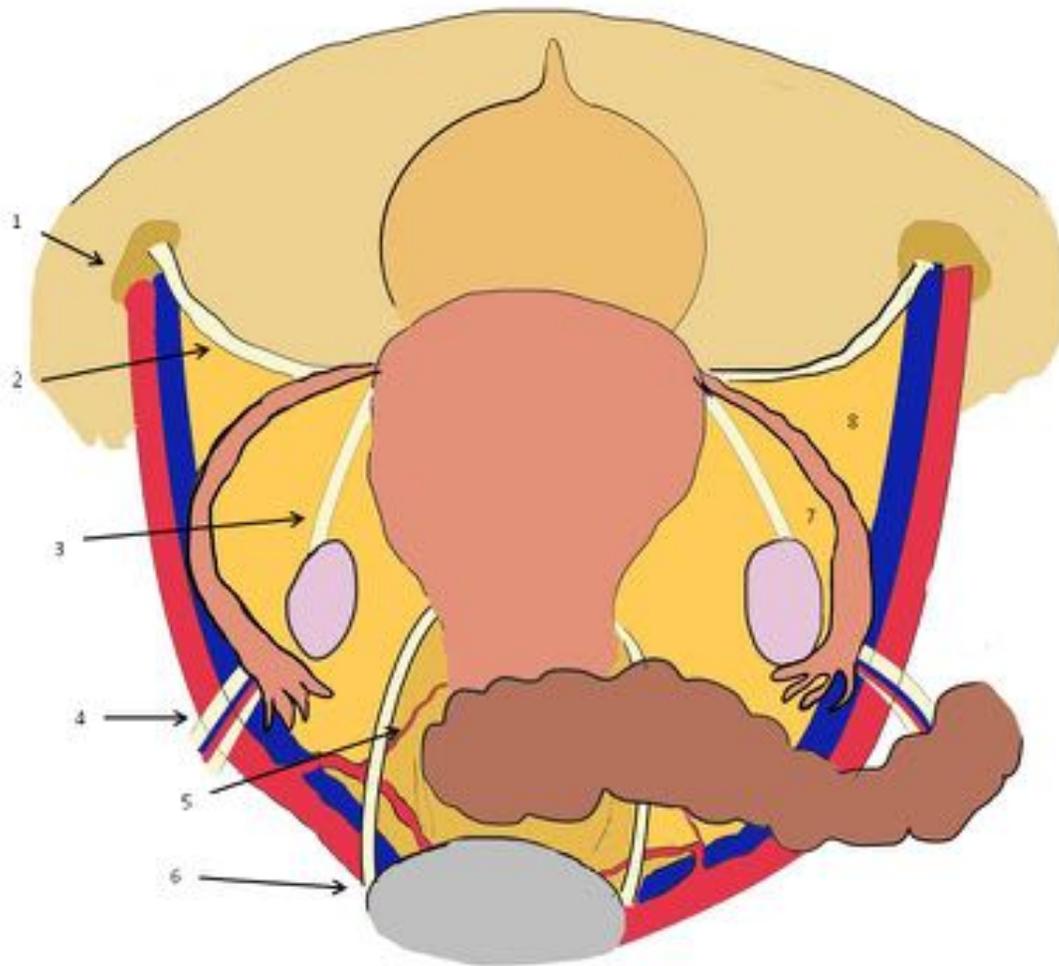


Fig. 1: Esquema de la disposición de los órganos pélvicos, ligamentos de soporte y aporte arterial. 1: Anillo inguinal profundo 2: Ligamento redondo del útero. 3: Ligamento útero-ovárico. 4: Ligamento suspensorio del ovario o infundíbulo-pélvico con los vasos ováricos. 5: Arteria uterina rama de la iliaca interna. 6: Ligamento útero-sacro. 7: Mesosálpinx. 8: Ligamento ancho.

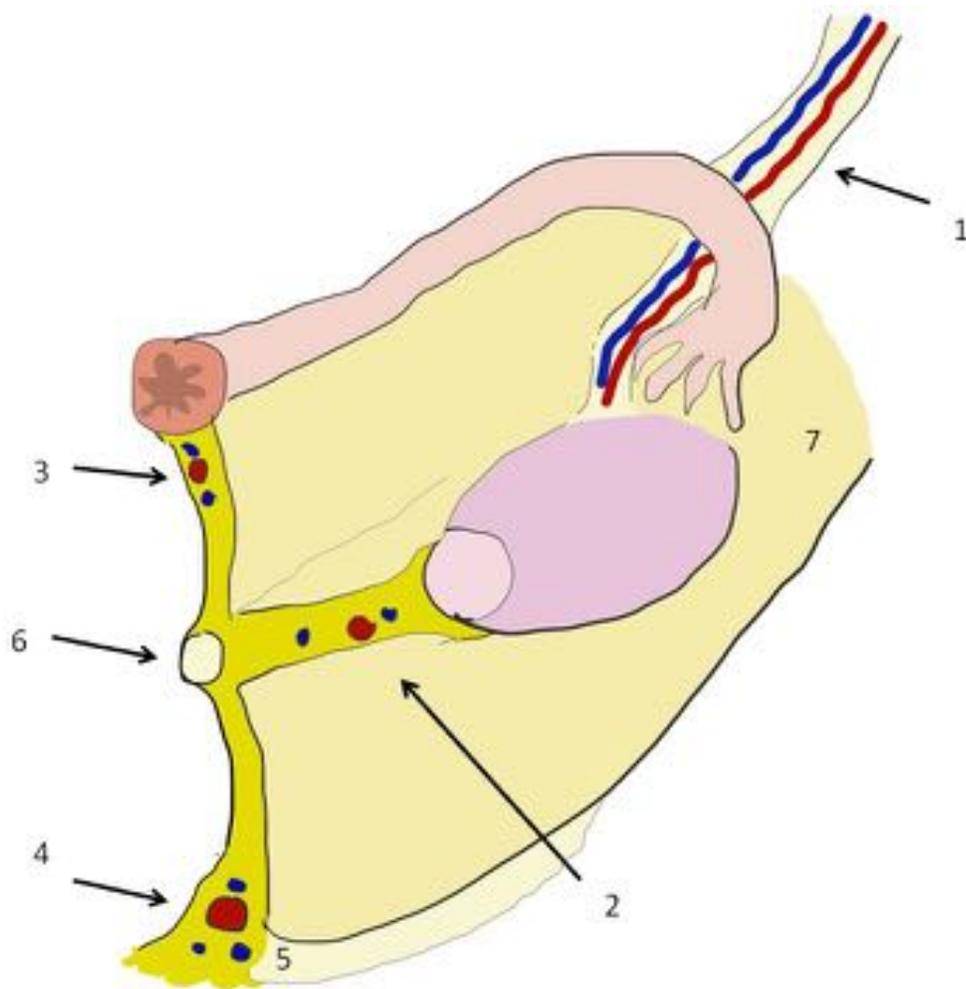


Fig. 2: Esquema del soporte y la vascularización de útero, ovario y trompa de Falopio. 1: Vasos ováricos discurriendo por el ligamento infundíbulo-pélvico o suspensorio del ovario. 2: Vasos ováricos en mesoovario y ligamento útero-ovárico. 3: Vascularización tubárica terminal. 4: Vasos uterinos discurriendo por el ligamento cardinal. 5: Ligamento cardinal del útero. 6: Ligamento redondo del útero. 7: Ligamento ancho del útero.

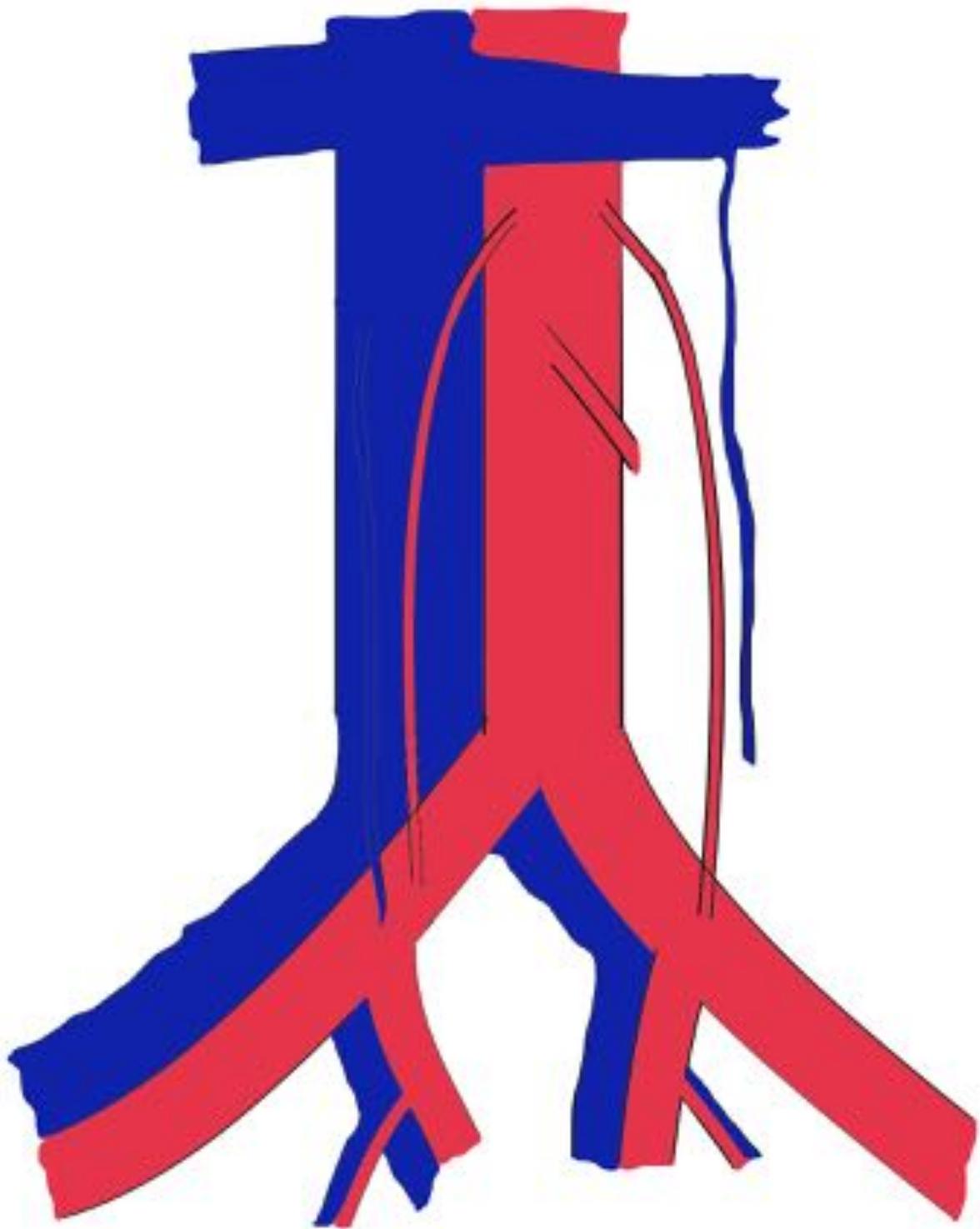


Fig. 3: Esquema del origen de las principales arterias y venas. Las arterias uterinas nacen de la aorta infrarrenal, siguen un trayecto paralelo y acceden al anejo mediante los ligamentos infundíbulo-pélvico y útero-ovárico. Las arterias uterinas son ramas de la iliaca interna. Las venas ováricas y uterinas siguen un trayecto paralelo a excepción de la vena ovárica izquierda que drena en la vena renal izquierda.

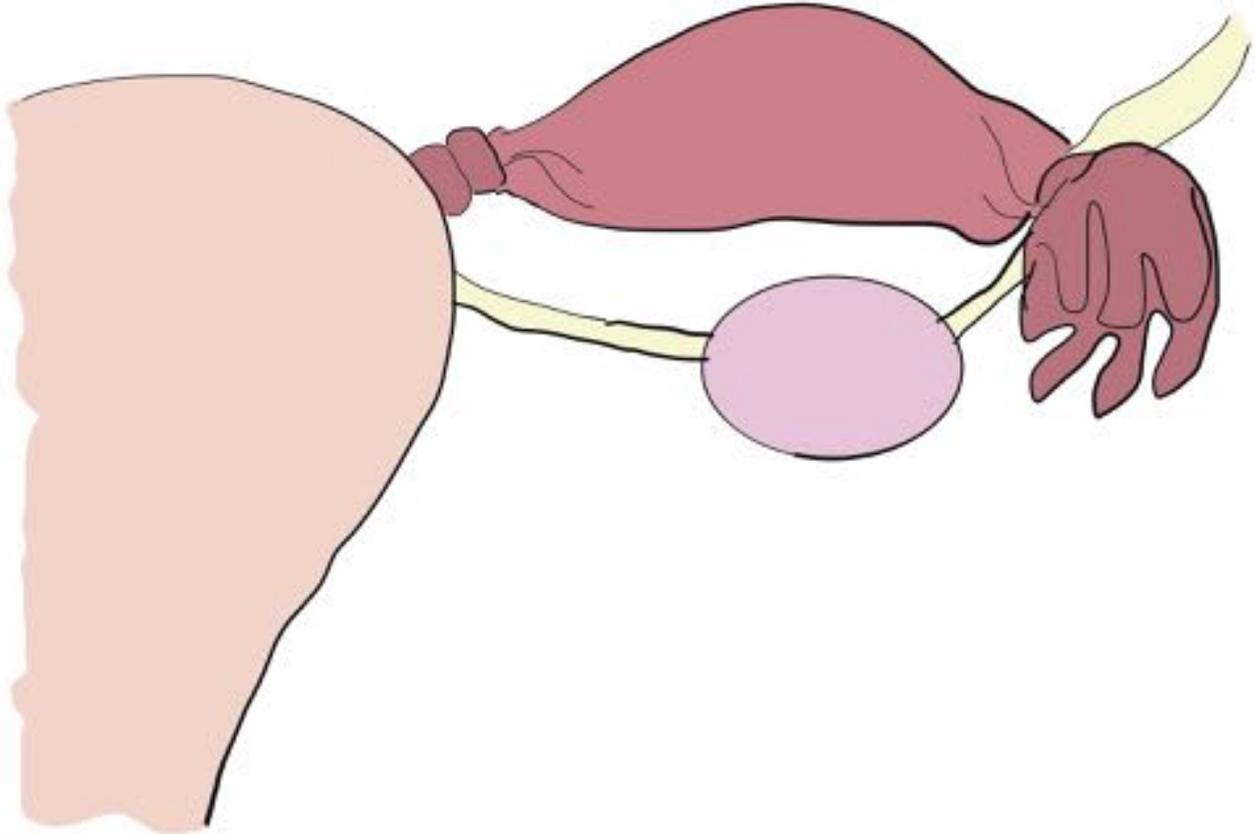


Fig. 4: Esquema de torsión de trompa de Falopio aislada. Fisiopatología: La trompa gira sobre el eje del ligamento infundíbulo-pélvico. Se produce una oclusión del drenaje venoso que provoca la ingurgitación de la estructura y el engrosamiento de sus paredes. Si persiste se produce trombosis arterial e infarto hemorrágico. Clínica: Dolor pélvico inespecífico. Paciente: Mujer o niña con masa anexial. Mujer embarazada o en tratamiento inductor de la ovulación. Niña de 10-12 años premenárquica.

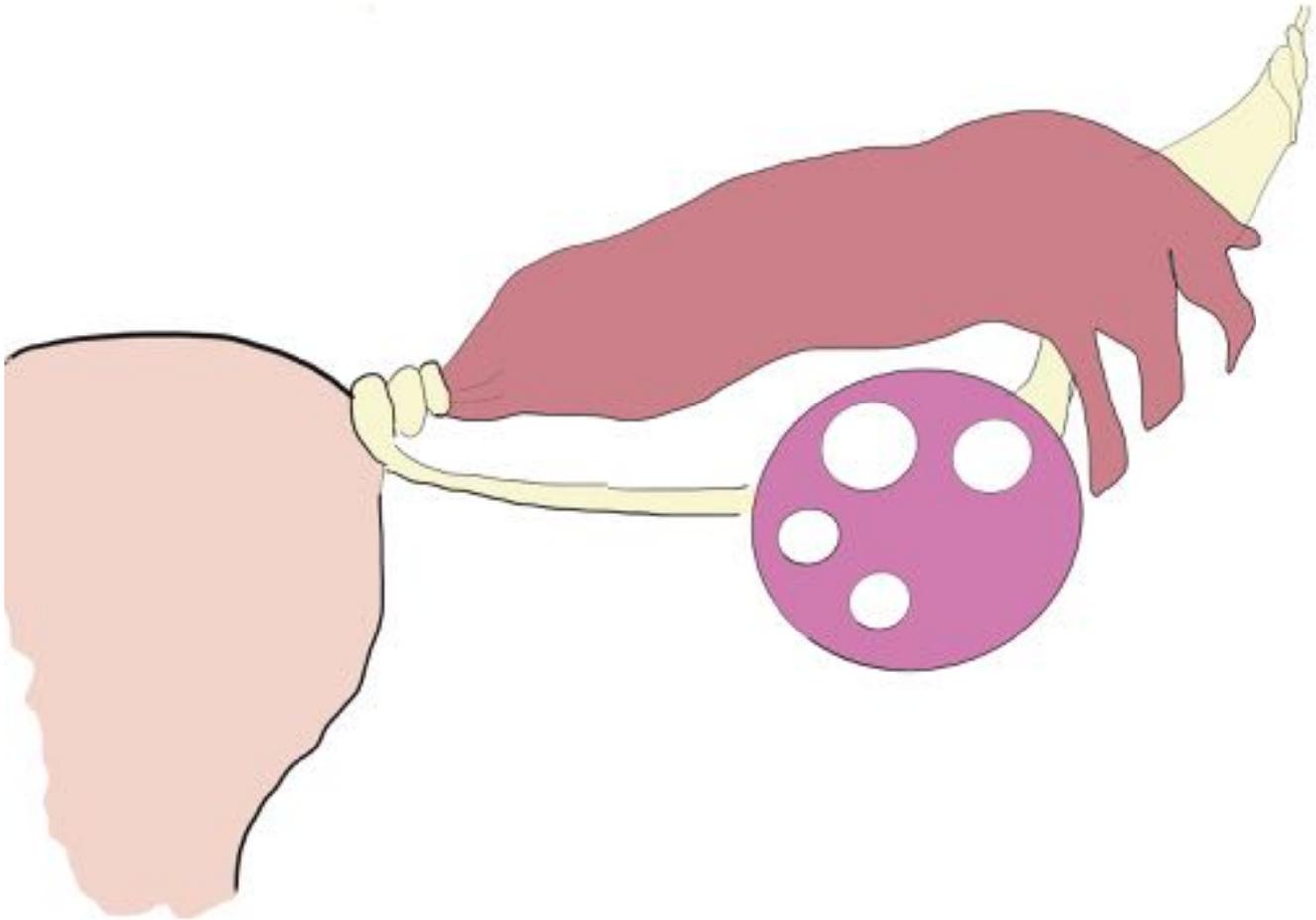


Fig. 5: Esquema de torsión combinada de trompa de Falopio y ovario. Ovario y trompa giran sobre el eje del istmo tubárico, se torsionan los ligamentos úteroovárico y suspensorio del ovario y se produce oclusión venosa ovárica y tubárica.

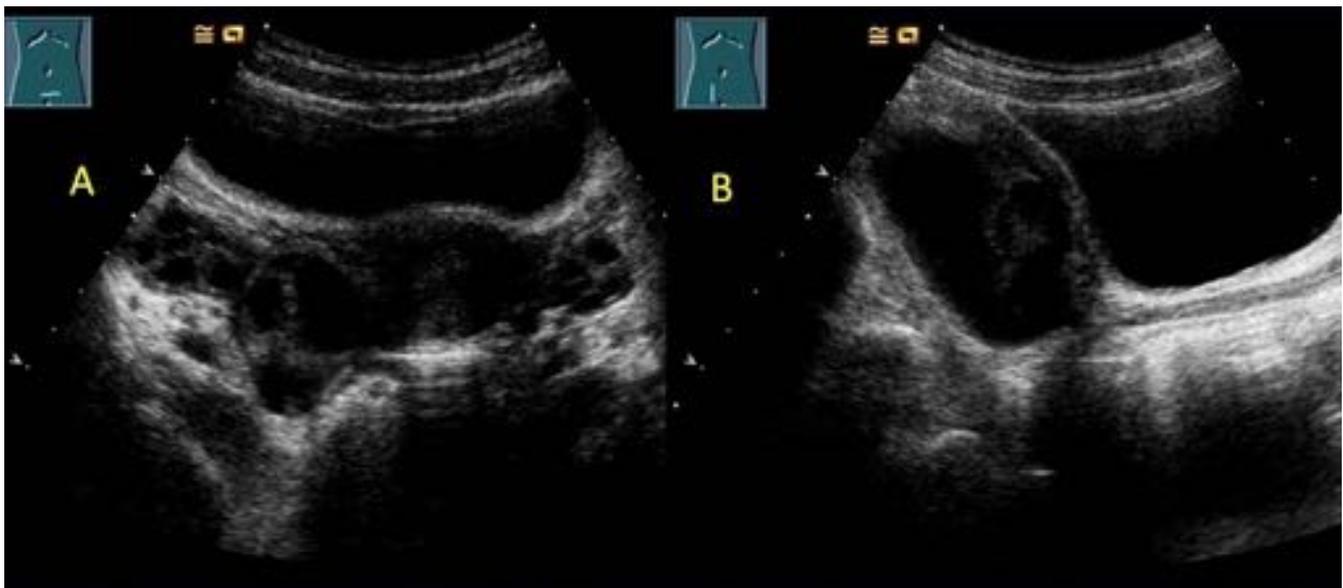


Fig. 6: Niña, 12 años. Dolor pélvico agudo focalizado en FID. A: Ecografía pélvica en proyección axial: imagen anecoica tubular con paredes engrosadas y morfología en ovillo localizada entre el útero y el ovario derecho. B: Ecografía en proyección sagital para estudio de la lesión visualizada en (A): imagen tubular anecoica de paredes engrosadas y extremo adelgazado de localización posterior al útero.

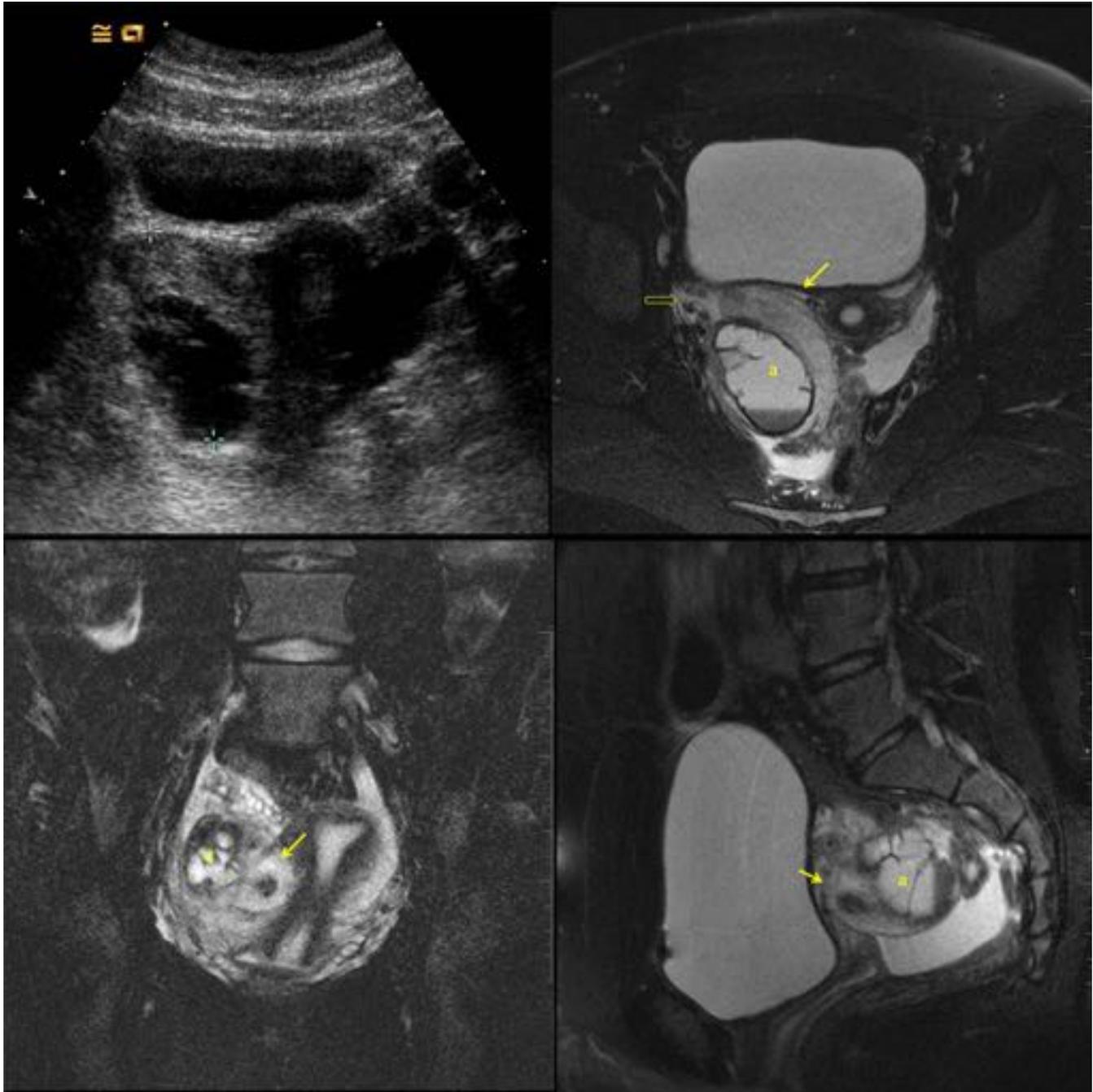


Fig. 7: Niña, 15 años. Dolor pélvico en FID de dos días de evolución. Ecografía pélvica en la que se visualiza una lesión quística septada con una estructura adyacente difícil de identificar. Se realiza RM con secuencias potenciadas en T2 observando la lesión quística (a), junto a la trompa aumentada de tamaño de paredes engrosadas (flechas finas), el ovario de aspecto normal (flecha gruesa) y líquido libre en pelvis. Diagnóstico de torsión de trompa de Falopio secundaria a quiste anexial.

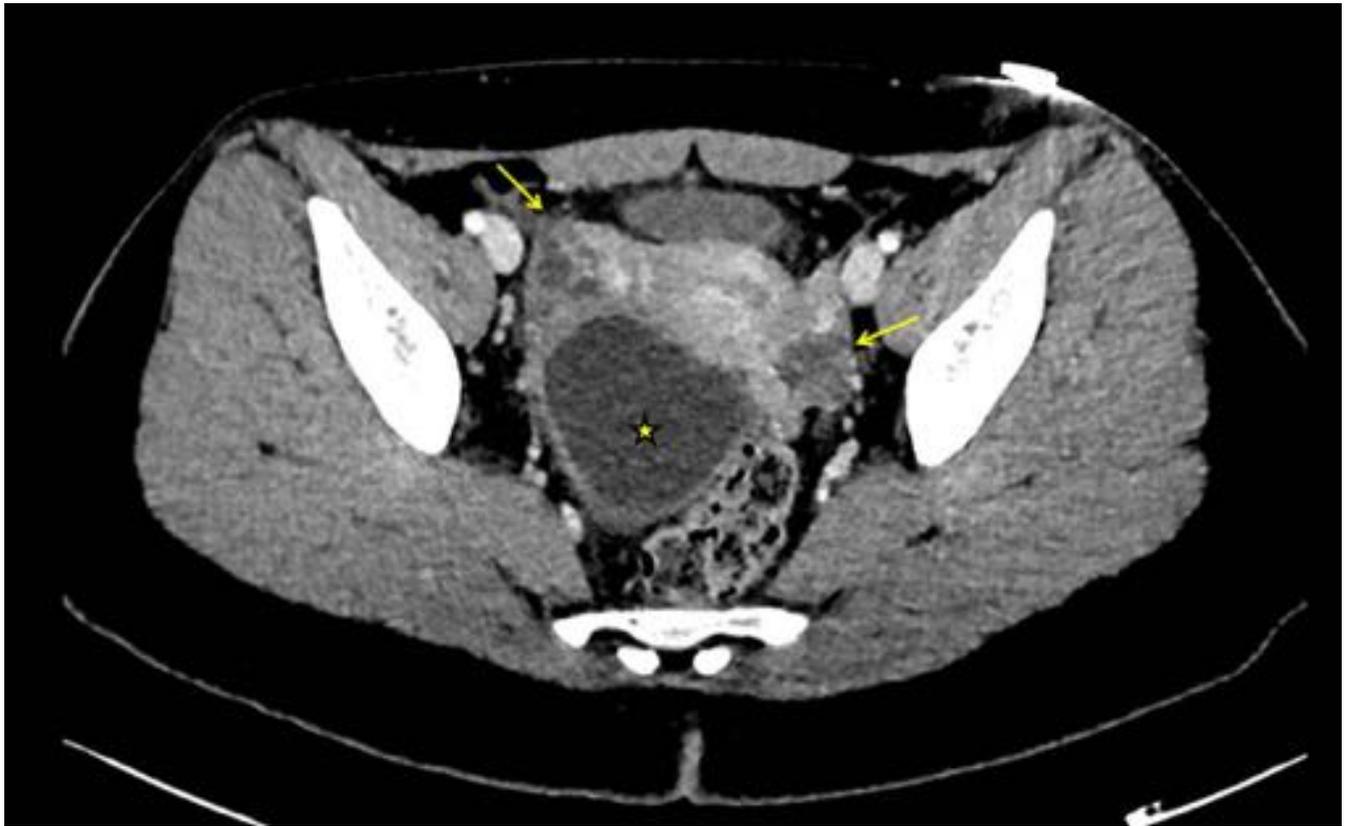


Fig. 8: Tc de pelvis con contraste yodado endovenoso en fase portal. Proyección axial: Lesión quística de contenido líquido (16UH) y paredes engrosadas (estrella), localizada entre el útero y el ovario derecho. Ovarios de morfología normal (flechas). Discreta cantidad de líquido en pelvis.

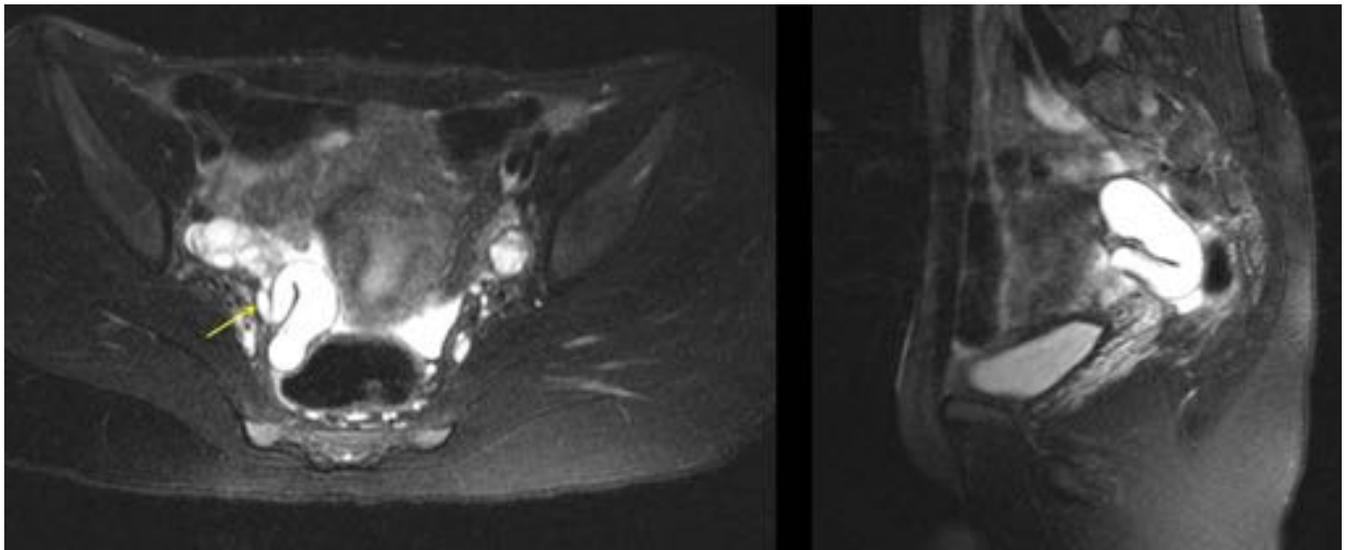


Fig. 9: Niña, 15 años con dolor pélvico agudo focalizado en FID. RM con secuencias axial y sagital potenciadas en T2 con saturación grasa. Se visualiza la trompa dilatada y y tortuosa con líquido en su interior (flecha) junto al ovario no significativamente aumentado de tamaño y líquido libre abdominal. Diagnóstico de torsión de trompa aislada.

Fig. 10: Video de laparoscopia terapéutica en paciente con torsión aislada de trompa de Falopio izquierda. Se intenta la detorsión de la estructura. Finalmente se realizó salpingectomía.

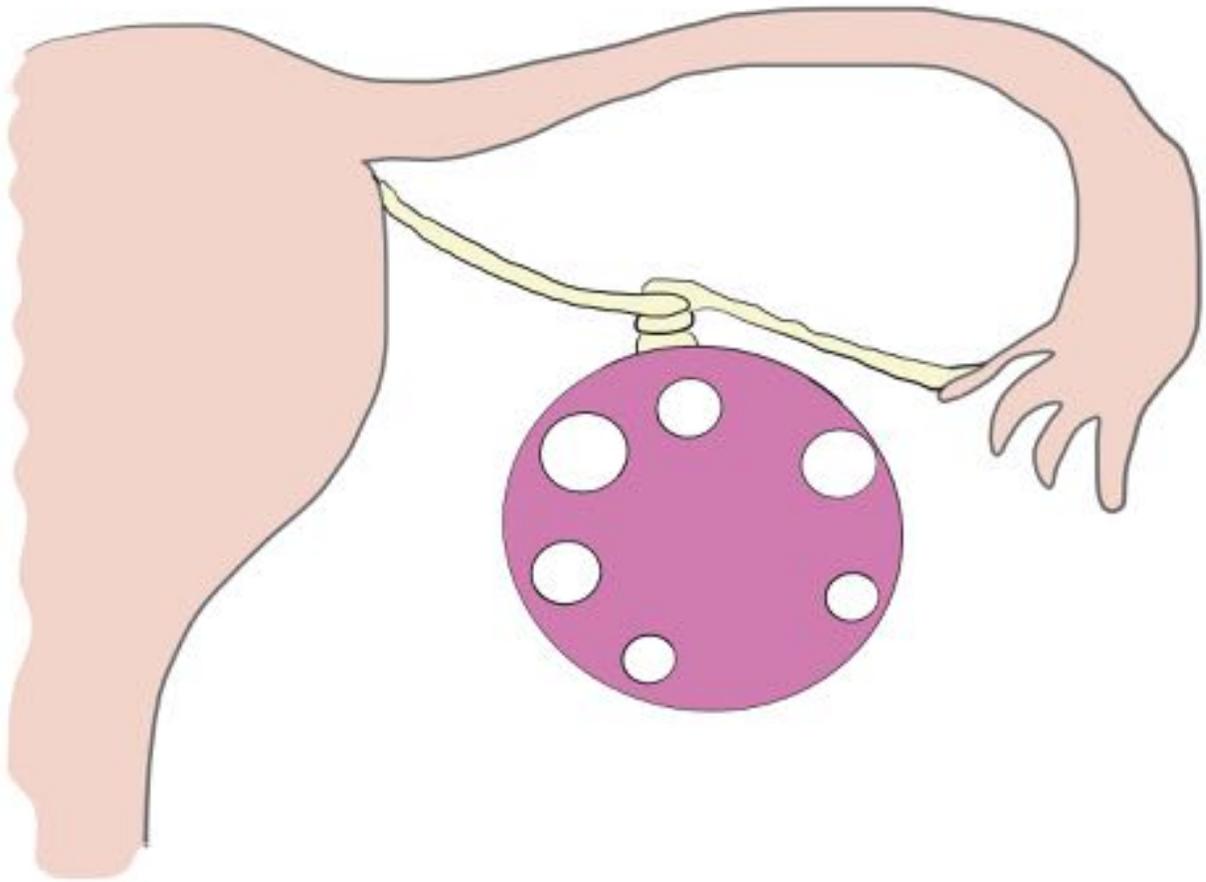


Fig. 11: Esquema de torsión de ovario. Fisiopatología: La oclusión del retorno venoso provoca ingurgitación, aumento de tamaño (>4cc premenarquía, >10cc postmenarquía) y edema del parénquima desplazando los folículos hacia la periferia "signo del collar de perlas". Si persiste provoca trombosis arterial e infarto hemorrágico. Clínica: Dolor pélvico inespecífico. Paciente: Mujer o niña con masa anexial. Mujer embarazada o en tratamiento inductor de la ovulación. Niña de 10-12 años premenárquica.

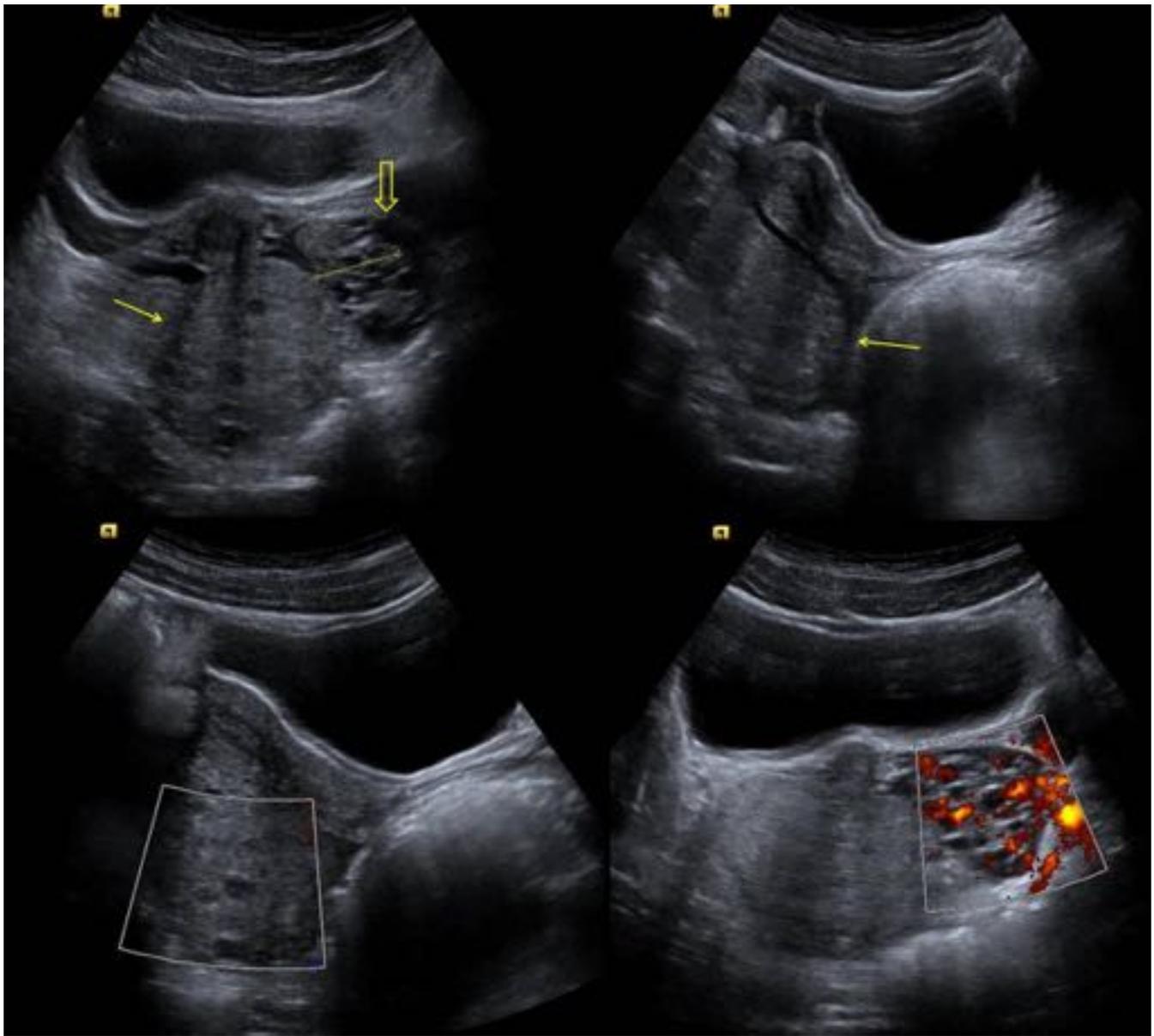


Fig. 12: Niña, 12 años dolor pélvico de un día de evolución. Ecografía pélvica en la que se visualiza el ovario derecho (flecha fina) significativamente aumentado de tamaño y de ecogenicidad aumentada respecto al contralateral (flecha gruesa) con múltiples pequeños quistes periféricos "signo del collar de perlas". A la ecografía Doppler el ovario derecho no presenta registro Doppler. Diagnóstico de torsión de ovario.

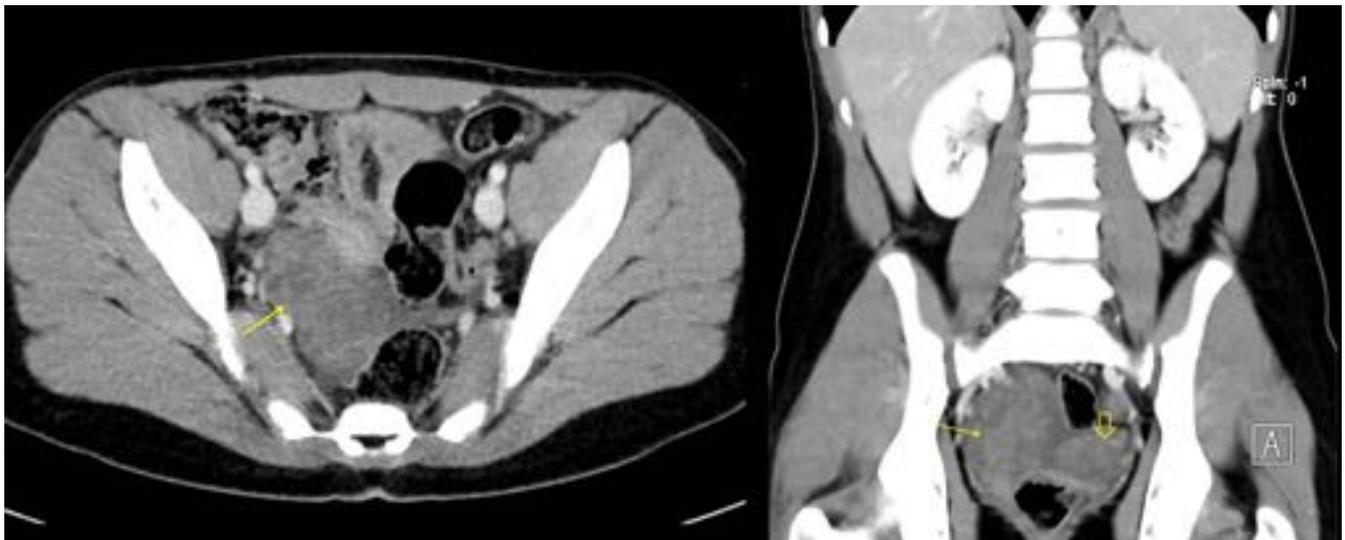


Fig. 13: Niña, 12 años, dolor pélvico de un día de evolución. TC abdominal con contraste endovenoso en fase portal en el que se observa el ovario derecho (flecha fina) muy aumentado de tamaño con abundante líquido libre pélvico sin otros hallazgos significativos. Ovario izquierdo (flecha gruesa) de aspecto normal.

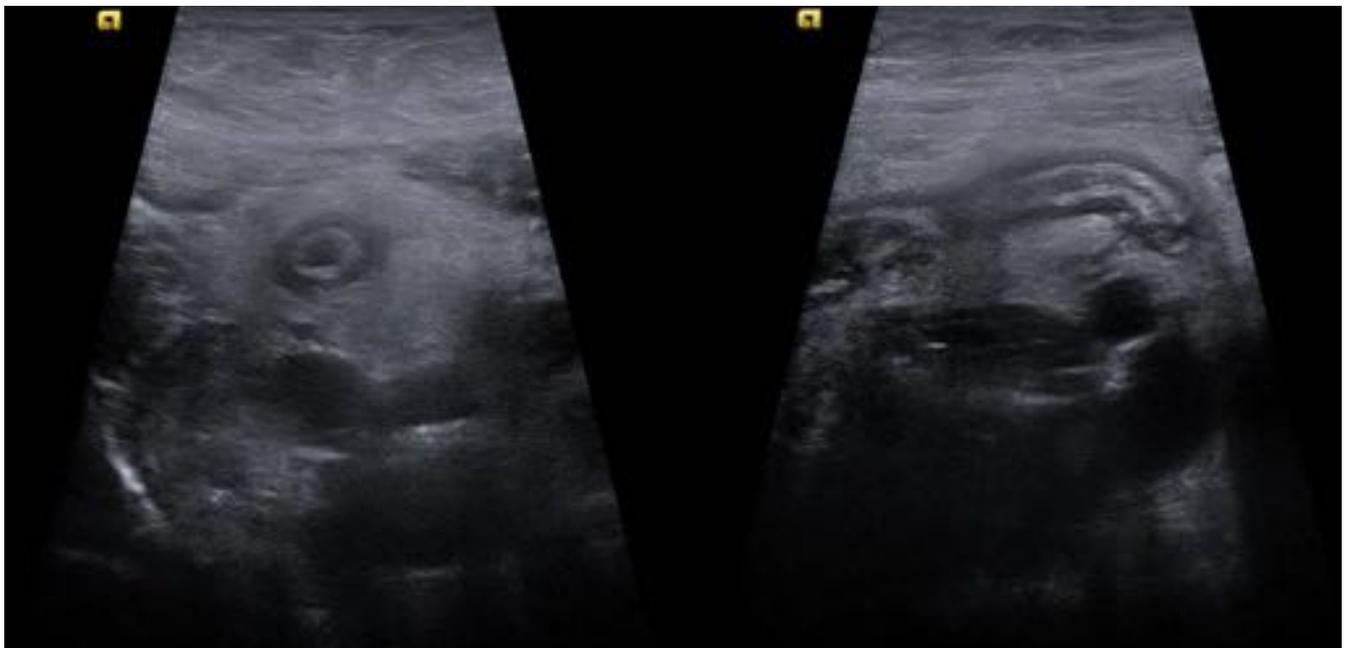


Fig. 14: Niña, 13 años. Dolor pélvico de 24 horas de evolución focalizado en FID con fiebre y leucocitosis. Ecografía pélvica focalizada en FID donde se observa una estructura tubular en fondo de saco con base en el ciego compatible con el apéndice vermiforme que se encuentra engrosado (>6mm). Marcada afectación de la grasa circundante. Diagnóstico de apendicitis aguda.

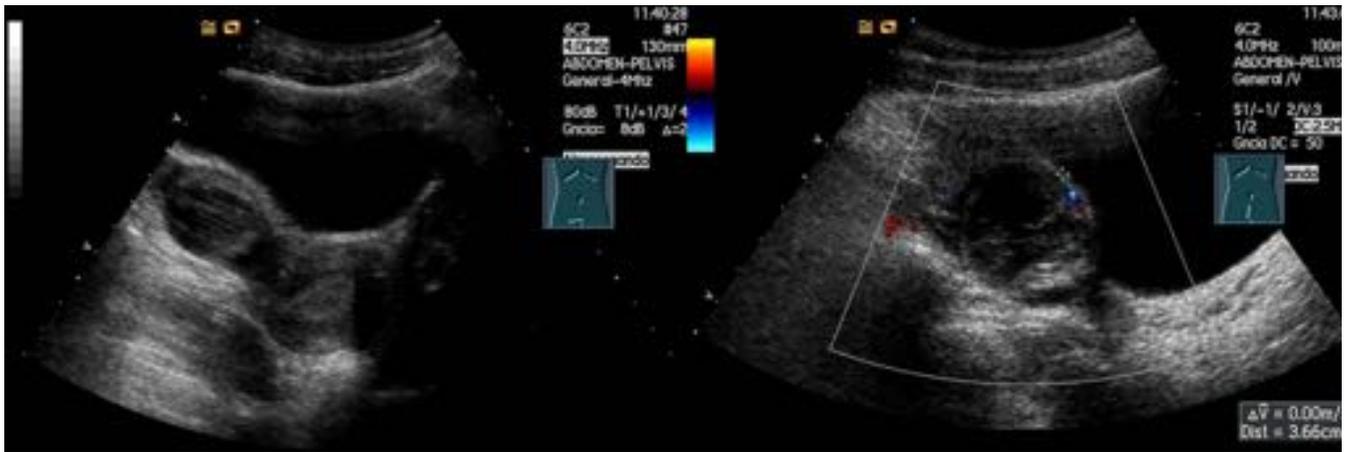


Fig. 15: Niña, 12 años. Dolor pélvico focalizado en FID de 6 horas de evolución sin otros síntomas. Ecografía pélvica en la que se visualiza una imagen ovalada de hiperecogénica a de bordes bien delimitados con áreas anecóicas irregulares en su interior sin visualizar folículos. La lesión se localiza en el ovario derecho. El ovario contralateral es de aspecto normal. Diagnóstico de quiste hemorrágico en el ovario derecho.

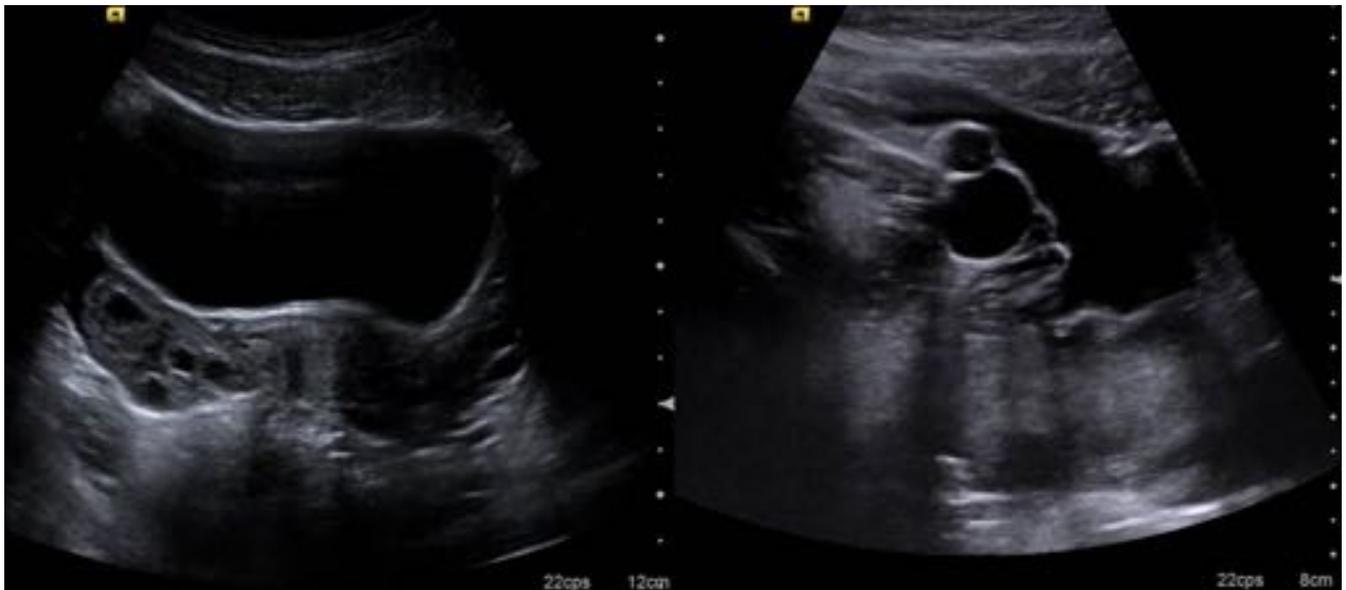


Fig. 16: Niña, 15 años. Dolor en FID. Ecografía pélvica: Ovario derecho de tamaño normal y ecogenicidad discretamente aumentada con múltiples folículos. Moderada cantidad de líquido libre en pelvis. Diagnóstico de rotura de quiste folicular como primera posibilidad por la fase del ciclo menstrual y los hallazgos inespecíficos del ovario. Ante la duda clínica debido al dolor de la paciente se realiza laparoscopia en la que se comprueba normalidad de los ovarios con moderado hemoperitoneo.

Conclusiones

La torsión de trompa de Falopio es una causa poco común de dolor pélvico agudo, con hallazgos

radiológicos poco específicos, sin embargo, es una entidad que el radiólogo debe conocer e incluir en el diagnóstico diferencial ante un cuadro de dolor pélvico agudo en niñas y adolescentes ya que se trata de una emergencia quirúrgica.

Paciente	<ul style="list-style-type: none"> •Mujeres o niñas con masa o quiste anexial. •Niñas premenárrquicas (10-12años). •Mujeres fértiles premenstruales. •Mujeres embarazadas. •Mujeres en terapias de inducción a la ovulación.
Clinica	Dolor abdominal inespecífico . Predominio derecho.
Diagnóstico	<p>ECOGRAFÍA (es la técnica <i>gold standard</i>): Estructura tubular quística fusiforme con extremos adelgazados. En ocasiones se observa el ovillo vascular torsionado. En dos tercios de los casos se asocia a torsión de ovario.</p> <p>TC y RM: Imagen anexial tubular de apariencia quística con paredes engrosadas independiente del ovario con lateralización ipsilateral del útero. Importante identificar el hematosálpinx como clave para valorar viabilidad de la trompa TC: interior >50UH. RM: Hiperintesidad en secuencia T1 con saturación grasa.</p> <p>En caso de duda diagnóstica se debe hacer laparoscopia exploradora.</p>
Tratamiento	El tratamiento depende de la orientación adecuada y diagnóstico precoz. Si la trompa se considera viable se detorsiona, en caso contrario se realiza una salpinguectomía.

Imágenes en esta sección:

Paciente	<ul style="list-style-type: none"> •Mujeres o niñas con masa o quiste anexial. •Niñas premenárrquicas (10-12años). •Mujeres fértiles premenstruales. •Mujeres embarazadas. •Mujeres en terapias de inducción a la ovulación.
Clinica	Dolor abdominal inespecífico . Predominio derecho.
Diagnóstico	<p>ECOGRAFÍA (es la técnica <i>gold standard</i>): Estructura tubular quística fusiforme con extremos adelgazados. En ocasiones se observa el ovillo vascular torsionado. En dos tercios de los casos se asocia a torsión de ovario.</p> <p>TC y RM: Imagen anexial tubular de apariencia quística con paredes engrosadas independiente del ovario con lateralización ipsilateral del útero. Importante identificar el hematosálpinx como clave para valorar viabilidad de la trompa TC: interior >50UH. RM: Hiperintesidad en secuencia T1 con saturación grasa.</p> <p>En caso de duda diagnóstica se debe hacer laparoscopia exploradora.</p>
Tratamiento	El tratamiento depende de la orientación adecuada y diagnóstico precoz. Si la trompa se considera viable se detorsiona, en caso contrario se realiza una salpinguectomía.

Fig. 17: Tabla-resumen de los puntos clave sobre la torsión de trompa de Falopio.

Bibliografía / Referencias

- Aruna R Patil et al. *Multimodality imaging in adnexal torsion*. Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology 59 (2015) 7-19
- Sung E. Rha et al. *CT and MR Imaging Features of Adnexal Torsion*. Radiographics 2002;22:283-294
- Evelyn T. Anthony et al. *Adnexal Masses in Female Pediatric Patients*. AJR 2012, 198:W426-W431
- Hannah C. Chang et al. *Pearls and Pitfalls in diagnosis of Ovarian Torsion*. Radiographics 2008;28:1355-1368.
- Srikala Narayanan et al. *Fallopian Tube Torsion in the Pediatric Age Group*. J Ultrasound Med 2014; 33:1697-1704
- Maryam Rexvani et al. *Fallopian Tube Disease in the NonPregnant Patient*. Radiographics 2011; 31:527-548