

Radiología abdominal

Código ovario:

**Hallazgos radiológicos de
torsiones ováricas**

Introducción



Definición

Las torsiones ováricas, también llamadas anexiales o tubo-ováricas, son **consecuencia de una rotación del ovario** y trompa de Falopio, resultando en **compromiso vascular** e infarto ovárico.



Manejo clínico

Son **emergencias ginecológicas** que pueden tener graves consecuencias si no se diagnostican y tratan de manera oportuna, **requiriendo intervención quirúrgica urgente** para evitar necrosis del parénquima.



Factores de riesgo

El factor de riesgo individual más importante es la **coexistencia de una lesión ovárica benigna** (ocurre en 80% de los casos), especialmente en masas > 5 cm.

Las lesiones más frecuentes son los **quistes simples y los teratomas quísticos maduros**.

Otros factores de riesgo son el tratamiento de estimulación ovárica, embarazo o la cirugía pélvica previa.

Clínica



Incidencia

La torsión ovárica es causa de aproximadamente **2-3% de los episodios de dolor pélvico agudo** en mujeres.



Cuadro clínico

Aunque la clínica puede ser inespecífica, la mayoría de pacientes presentan un cuadro de **dolor abdominal o pélvico agudo** acompañado de náuseas y vómitos.

Los **vómitos ocurren en 70%** de estos pacientes, con mayor frecuencia que otras causas de dolor ginecológico, por lo que si están presentes se debe considerar esta posibilidad diagnóstica.



Analítica

A nivel analítico, es importante un test de embarazo negativo para excluir embarazo ectópico.

Los reactantes de fase aguda y leucocitosis pueden estar elevados.

Hallazgos radiológicos

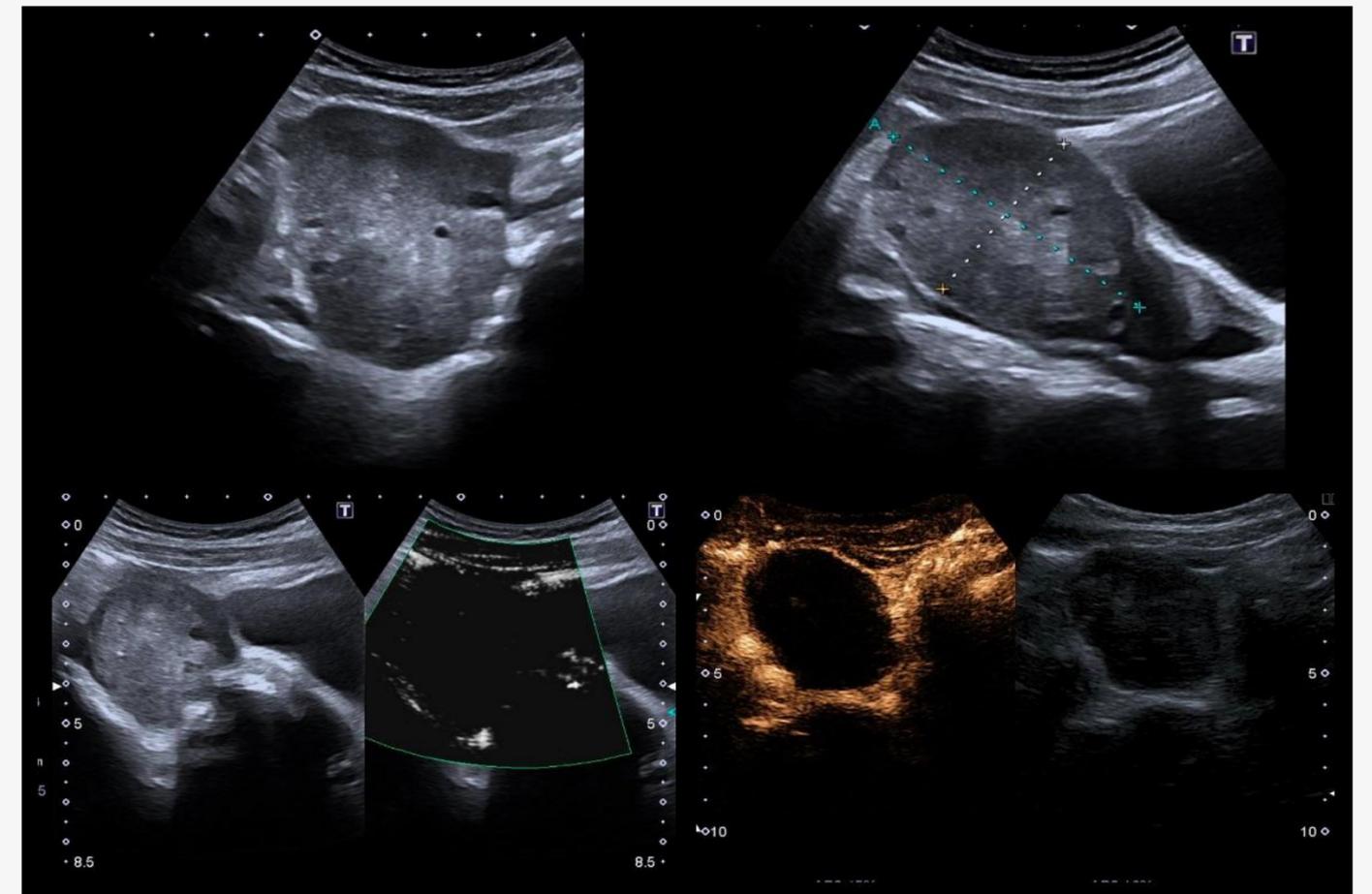
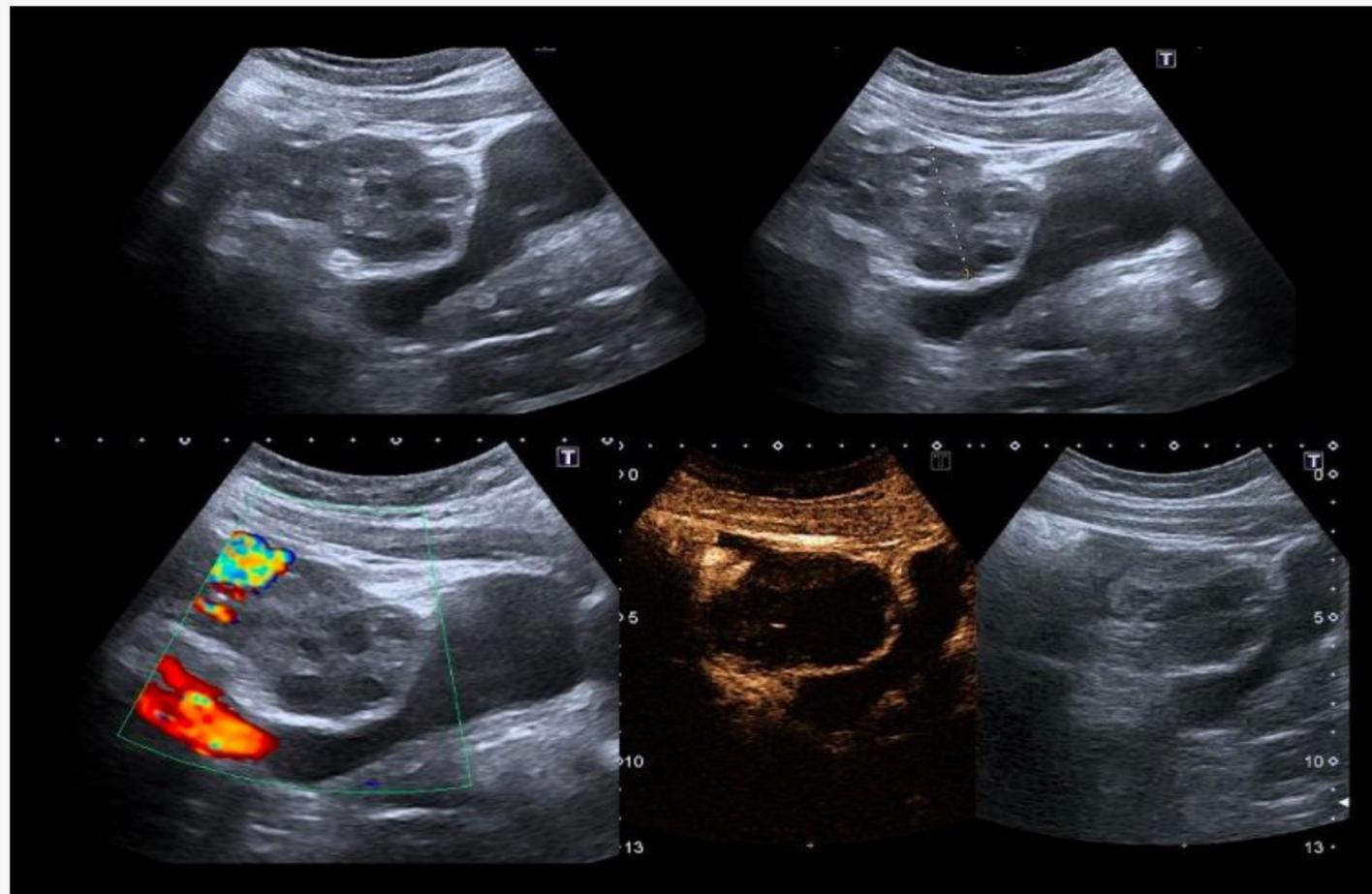
Las pruebas de imagen desempeñan un papel fundamental en la **detección precoz** de estos cuadros, resultando igualmente de extrema utilidad en los casos de diagnóstico retardado.

- Ovario aumentado de tamaño, **edematoso**, con **folículos ováricos desplazados** periféricamente conformando un **aspecto en collar de perlas**.
- Alteración de la **relación espacial** de las estructuras pélvicas, con desplazamiento del ovario afectado en dirección craneo-medial y uterina hacia el lado patológico. Este hallazgo es fundamental en el diagnóstico diferencial con otras patologías ováricas, en las cuales el útero se tracciona hacia contralateral debido al efecto masa.
- **Signo del remolino**, visualizándose un pedículo vascular engrosado y girado. En un estadio inicial se interrumpe la circulación venosa. En este periodo el ovario todavía es viable. Sólo más tardíamente existe compromiso arterial, por lo que **una vascularización ovárica normal no descarta una posible torsión**. Cuando hay compromiso del aporte arterial, se desencadena el infarto hemorrágico y necrosis parenquimatosa.
 - Puede coexistir una **masa ovárica benigna en hasta 80%**.
 - Puede asociar cambios inflamatorios de la grasa adyacente y líquido libre.

Hallazgos ecográficos

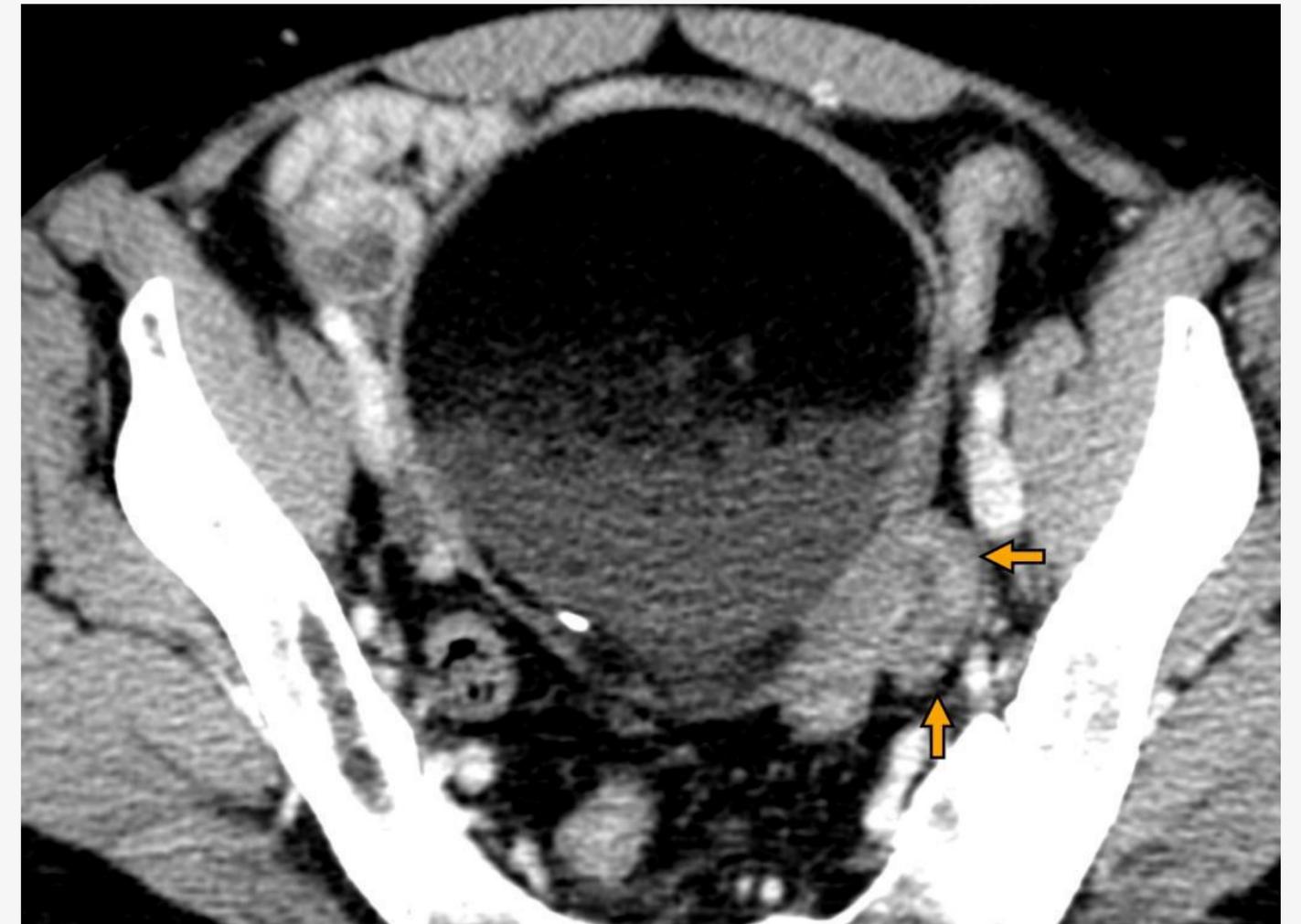
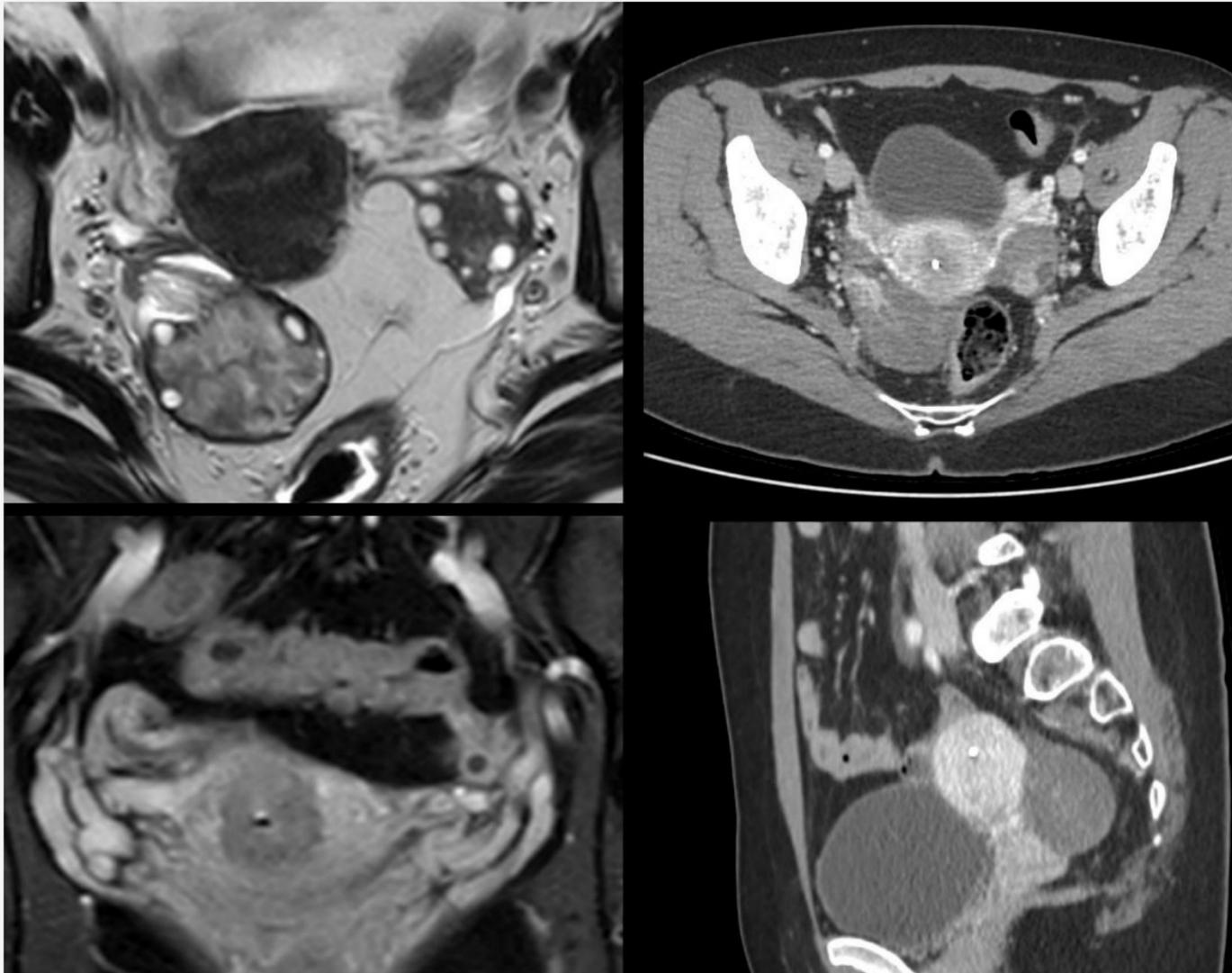
La ecografía es la **técnica de primera línea** ante sospecha clínica.

El ovario se visualiza aumentado de tamaño, con hiperecogenicidad central y pequeños folículos periféricos con signo del anillo folicular (anillo hipoeecogénico de 1-2 mm alrededor de folículos desplazados periféricamente). Se puede visualizar el signo del remolino. El Doppler está disminuido o ausente (en primer ainstancia se altera el flujo venoso y en un según momento el aporte arterial, con aumento del índice de resistencia y eventualmente ausencia del mismo).



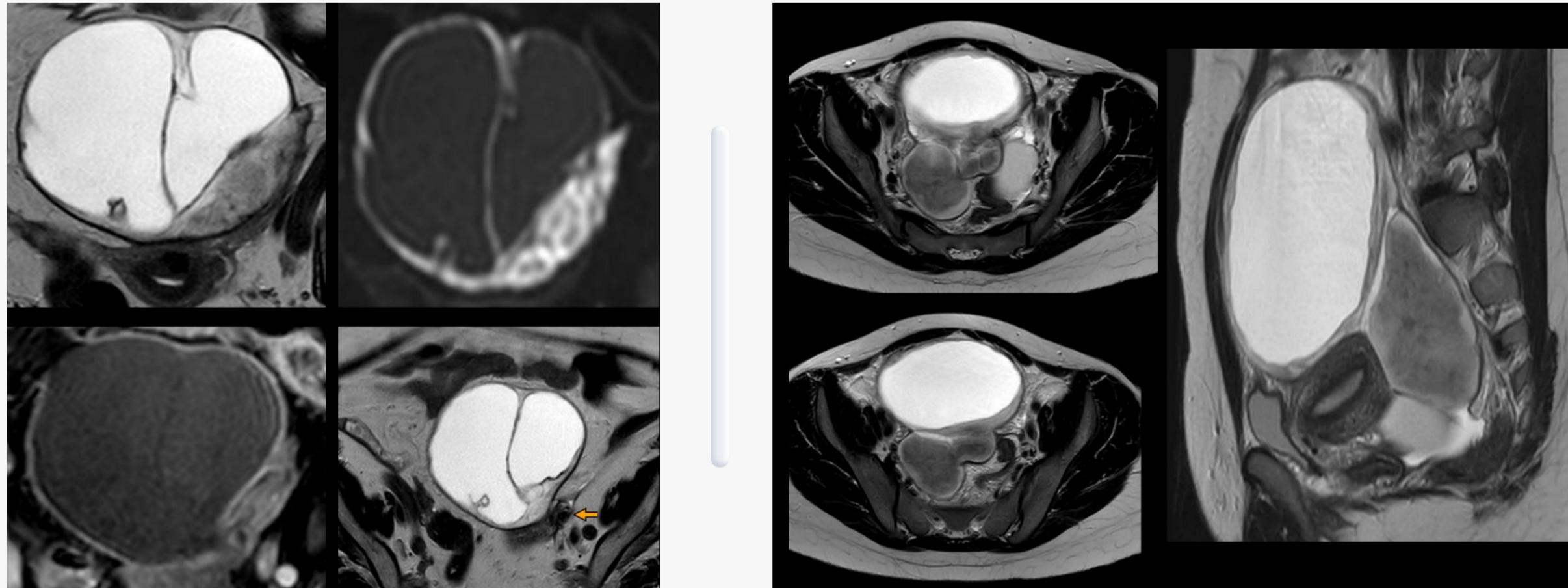
Hallazgos en Tomografía computadorizada

Además de los hallazgos ya descritos, se pueden visualizar **zonas de hiperdensidad en relación con focos hemorrágicos** así como ausencia de realce tras la administración de contraste. Además, el pedículo vascular engrosado se visualiza como un tejido de partes blandas de morfología elongada anterolateral al margen uterino. La presencia de hemoperitoneo sugiere infarto ovárico.



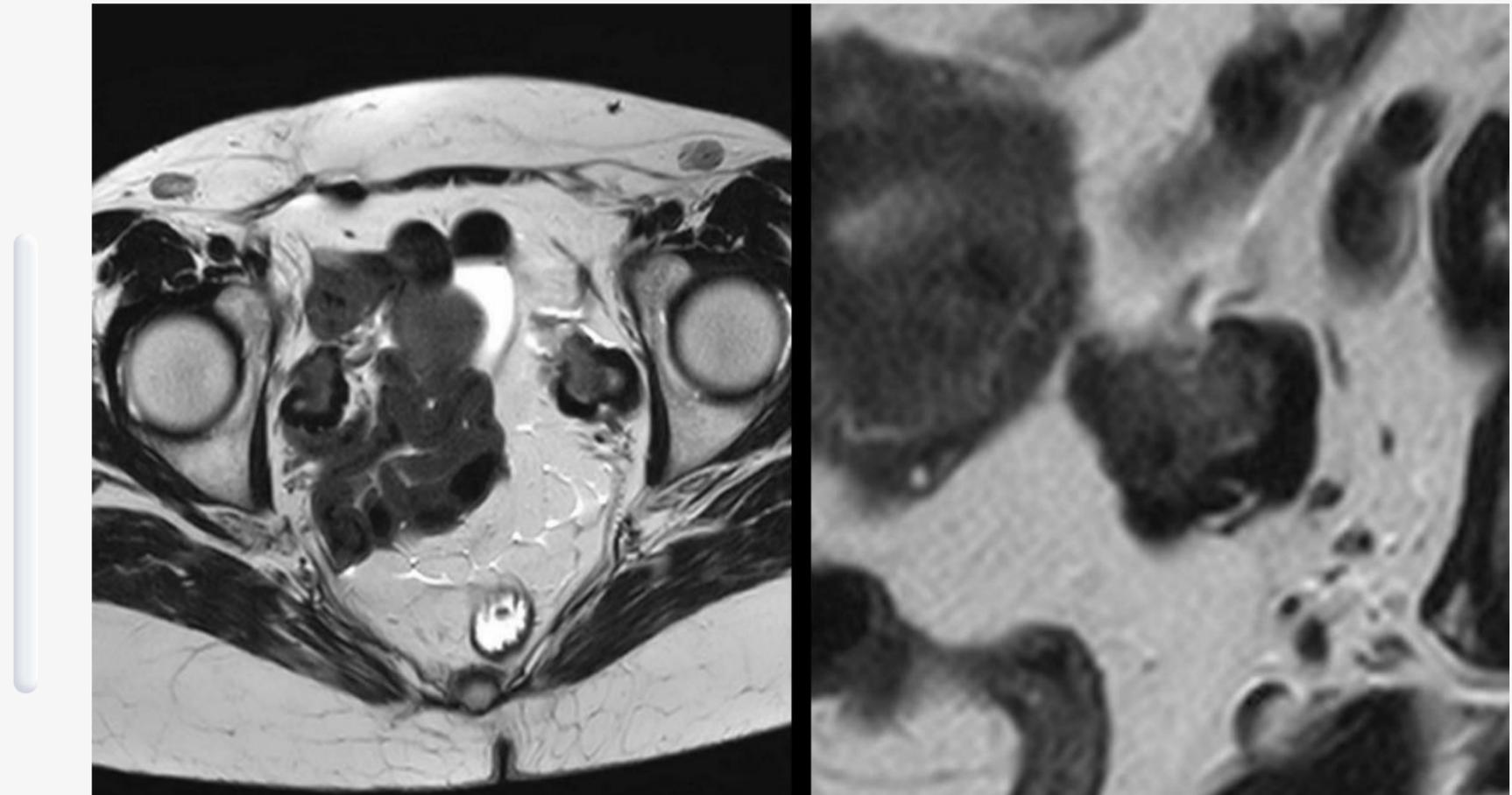
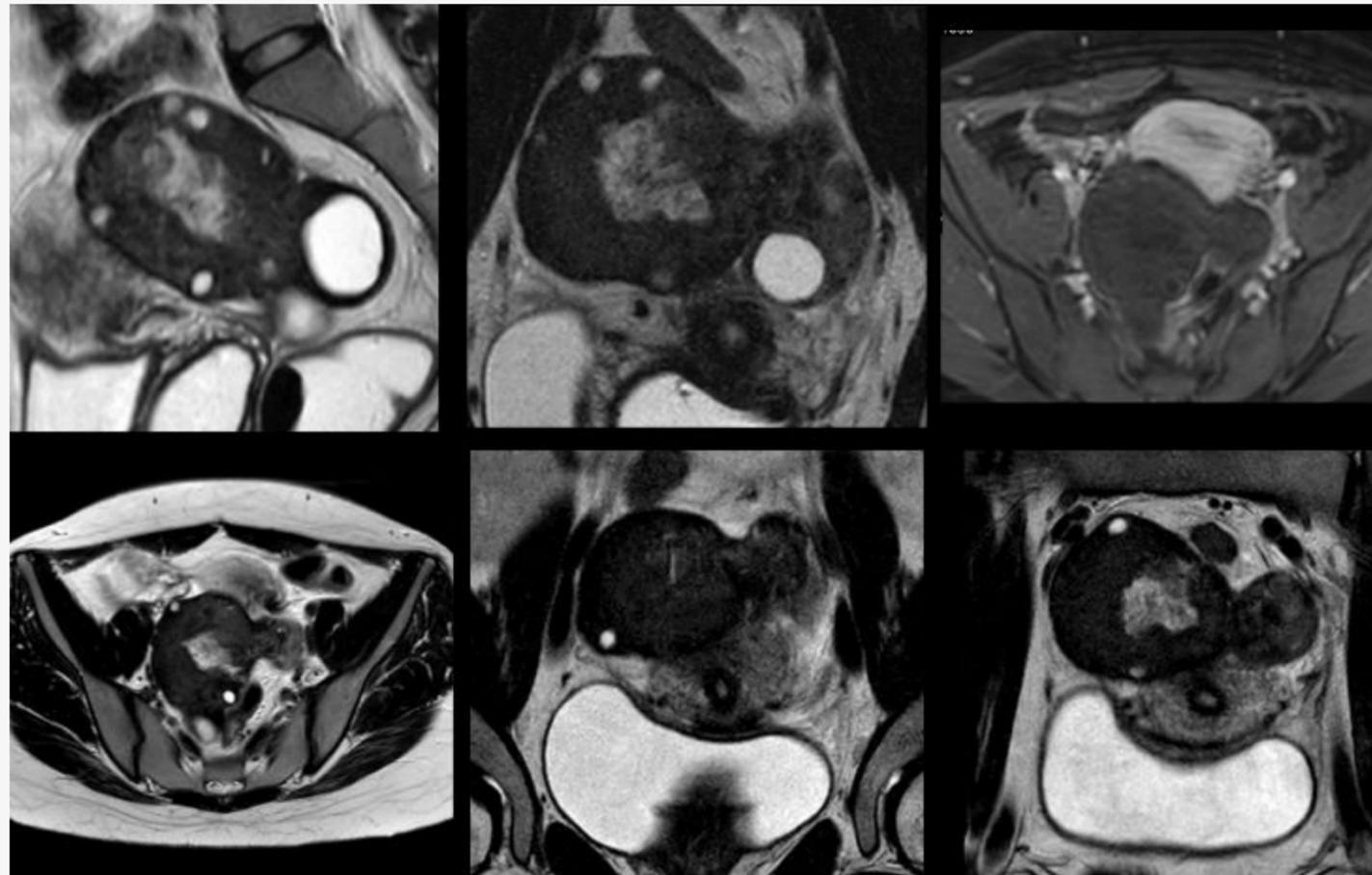
Hallazgos en Resonancia magnética

Esta técnica se reserva para los **casos atípicos**, así como para caracterización de masa si existe sospecha de malignidad. Los hallazgos son similares a los previamente descritos, visualizándose hiperintensidad central en secuencias T2, así como hiperintensidades en secuencias T1 en relación con hemorragia del estroma ovárico. El pedículo vascular torsionado se visualiza como una estructura serpiginosa heterogénea hiperintensa en T2 que se extiende desde el útero al ovario. Asimismo, puede objetivarse ausencia o disminución de realce parenquimatoso tras la administración de gadolinio.



Hallazgos en torsiones crónicas-repetidas

En caso de torsiones crónicas repetidas se produce una **atrofia parenquimatosa del parénquima ovárico** asociando tejido fibrótico periférico que se mostrará hipointenso en secuencias T1 y T2, conformando el **signo de la guirnalda negra**. Este hallazgo, junto a la escasa captación de contraste del parénquima ovárico y su preservación morfológica permiten un correcto diagnóstico y evitar cirugías innecesarias.



Diagnóstico diferencial

Debe incluir:

Rotura de quiste hemorrágico

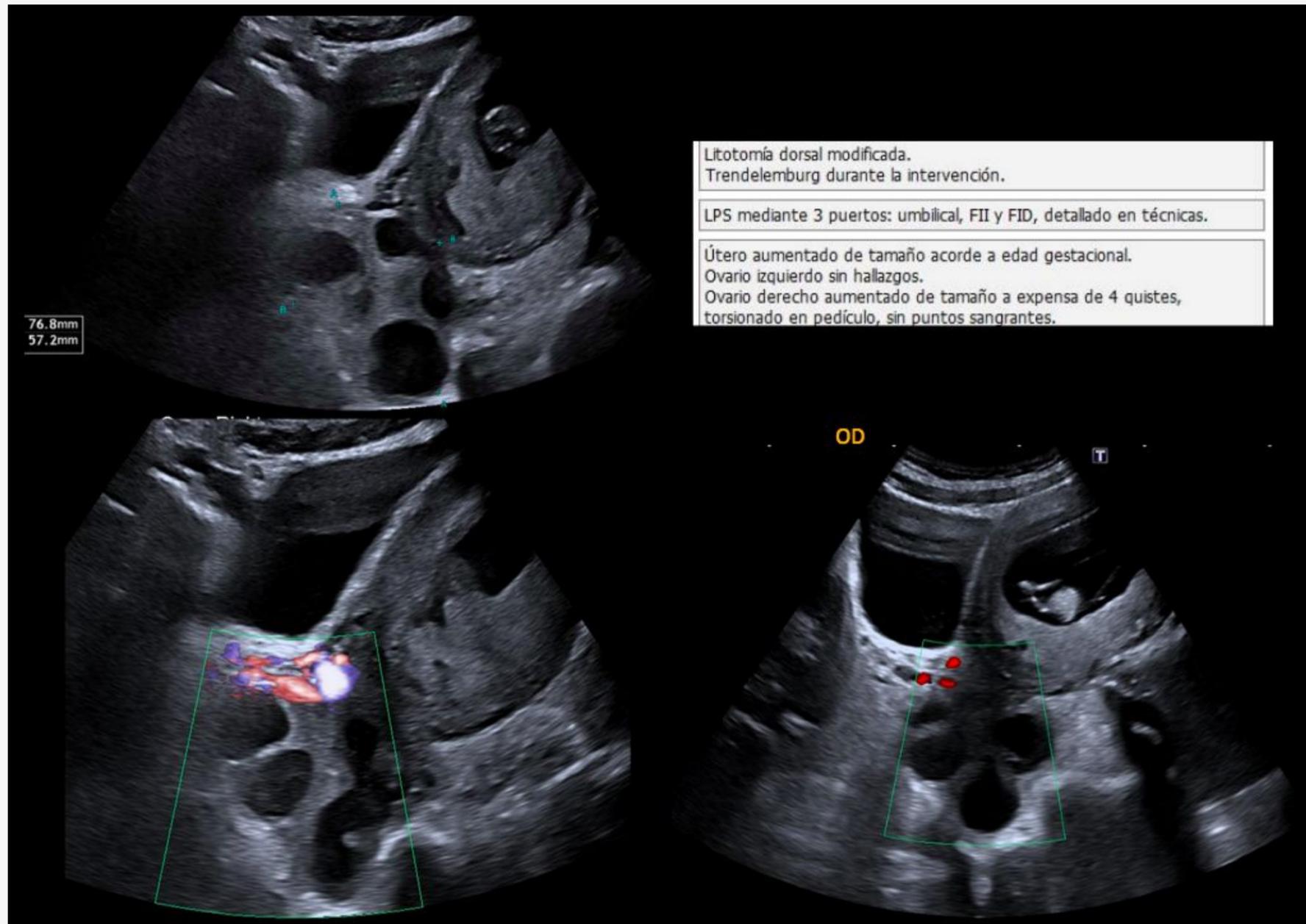
Diagnóstico alternativo más probable. Se visualiza en ecografía o TC como una masa anexial con alteraciones inflamatorias adyacentes. El componente hemorrágico se puede visualizar en ecografía como ecos internos que se organiza progresivamente en un aspecto reticular. En RM puede conformar niveles líquido-líquido, mostrando alta intensidad de señal en secuencias T1. En caso de rotura folicular, asociará hemoperitoneo en cantidad variable.

Hiperestimulación ovárica

Efecto secundario de la terapia de estimulación ovárica para tratamientos de fertilidad, resultando en producción excesiva de folículos y aumento de tamaño del ovario. Los hallazgos por imagen son frecuentemente bilaterales y consisten en folículos agrandados en morfología de rueda de carro con tejido ovárico central normal. No obstante, estos ovarios tienen un riesgo aumento de torsión por lo que si los hallazgos son asimétricos, la torsión debe ser considerada.

Leiomioma degenerado

Un mioma pediculado puede torsionarse y el diagnóstico diferencial es difícil mediante TC. Cuando corre degeneración quística, estos miomas pueden tener una apariencia característica de bandas finas hipointensas en el seno de una lesión de aspecto necrótico.



Hiperestimulación ovárica