Casos Clínicos

TORSIÓN UTERINA CAUSADA POR UN LEIOMIOMA GIGANTE

María Lapresta M.¹, Esther Cruz G.¹, Paola Montañés B.¹, Laura Baquedano M.¹, Eva Rovira F.², Pedro Pérez B.²

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, ²Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza (España)

RESUMEN

Presentamos el caso de una torsión de útero y anexos debida a un leiomioma gigante subseroso. Se describe el curso clínico y el manejo diagnóstico-terapéutico.

PALABRAS CLAVES: *Torsión uterina, leiomioma*

SUMMARY

We present the case of an uterus and adnexal torsion due to the presence of a large subserous leiomyoma. We describe the clinical course, diagnosis methods and the treatment performed.

KEY WORDS: *Uterine torsion, leiomyoma*

INTRODUCCIÓN

La torsión uterina es un evento raro, más aún cuando acontece en ausencia de embarazo. Esta complicación se define como una rotación de más de 45 ° sobre el eje longitudinal uterino, y habitualmente tiene lugar a lo largo de la transición entre cuerpo y cérvix. En dos tercios de los casos se produce hacia el lado derecho (1). Habitualmente está causada por la presencia de una condición anormal ó patología que afecta al útero y/o a las estructuras adyacentes. Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas, crónicas, e incluso la torsión puede ser asintomática, constituyendo entonces un hallazgo intraoperatorio (2).

CASO CLÍNICO

Paciente de 79 años de edad, nuligesta, que ingresó en el Servicio de Urgencias de nuestro

hospital por dolor abdominal de instauración progresiva. Como antecedentes personales únicamente destacaba la existencia de hipertensión arterial esencial, bien controlada con tratamiento médico. La exploración clínica reveló un abdomen distendido, de consistencia aumentada; no existían signos de irritación peritoneal. El hemograma mostró fórmula leucocitaria normal, hematocrito de 31% y hemoglobina de 10,3 g/dl. La TAC abdomino-pélvica identificó un derrame pleural bilateral, hernia de hiato esofágica y ateromatosis difusa. A nivel de pelvis menor se encontró una voluminosa masa sólida y heterogénea, de aproximadamente 20 x 20 cm, que ascendía hasta nivel medio renal; resultó imposible discernir su origen uterino ó anexial. No se identificaron adenopatías ni líquido libre en cavidad abdominal.

Tras permanecer unas horas en observación, la enferma presentó un cuadro de intensa acidosis metabólica (pH: 7.08, PCO₂: 26,3 mmHg, HCO₃:

7,4 mEq/l, Exceso de base: 22,4 mEq/l y Creatinina: 2,20 mg/dl) con fracaso renal prerrenal y fallo respiratorio agudo. La paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos y se instituyeron respiración asistida y medidas de soporte cardio-circulatorio. Un nuevo hemograma reveló el descenso del hematocrito a 17,9% y de la hemoglobina a 6,0 g/dl. Con el diagnóstico de *shock* hipovolémico, anemia aguda y masa pélvica se solicitó la colaboración del Servicio de Ginecología. Tras valorar las pruebas complementarias y explorar a la paciente se decidió efectuar una laparotomía urgente.

Intraoperatoriamente se halló un útero polimiotomato con mioma fúndico subseroso de implantación sesil y aproximadamente 25 cm de diámetro. El útero y los anexos presentaban una torsión en bloque de entre 540 y 720°, en sentido horario. Todo el peritoneo visceral que recubría el aparato genital se encontraba distendido por sangre y coágulos, y existía un sangrado activo en sabana, multifocal. Se aspiraron unos 1500 cc de sangre intracavitaria. Se realizó una histerectomía total con doble anexectomía (Figura 1). Paralelamente fueron transfundidas 4 unidades de concentrados de hematies.

El estudio histopatológico de la pieza confirmó la existencia de un leiomioma gigante subseroso de 30 x 20 cm, con hialinización, calcificaciones, focos de necrosis, extensa hemorragia y embolia vascular. Tanto el útero como los anexos presentaban áreas de extensa hemorragia, congestión y necrosis.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias. La enferma se recuperó hemodinámicamente, retirándose el apoyo inotrópico y respiratorio. Fue dada de alta al 8º día de la intervención. Posteriormente, los controles (a los 30 y 90 días) en las consultas externas hospitalarias de Ginecología fueron normales.

DISCUSIÓN

La torsión de un útero no grávido es una patología infrecuente, más común en animales que en humanos. La primera rotación axial uterina fue descrita por Times en 1861; desde entonces han sido comunicados muchos casos, la mayoría secundarios a patología uterina, sobre todo leiomiomas. En ocasiones la torsión puede ser debida a alteraciones de las estructuras adyacentes (hidrosalpinx, quistes de ovario...). Sólo excepcionalmente podría producirse sin ninguna patología pélvica predisponente (3).

Figura 1. Aspecto macroscópico intraoperatorio del mioma gigante y del aparato genital interno torsionado.

Los síntomas asociados a la torsión uterina poseen severidad variable, dependiendo del grado de rotación y de la rapidez con que esta se produce. El dolor abdominal es la manifestación más frecuente y puede oscilar entre una molestia leve y un dolor agudo con estado de *shock*. Se han descrito también otros síntomas asociados a la torsión uterina como sangrado vaginal, clínica urinaria ó gastrointestinal (4).

En la mayoría de las torsiones uterinas, al igual que en el caso expuesto, no existe un diagnóstico preoperatorio correcto. Las pruebas de imagen TAC, RNM, ecografía, pueden ocasionalmente ofrecer signos indirectos que sugieran una torsión uterina, por ejemplo, ante el cambio de posición de miomas uterinos ya conocidos (5).

Tanto las pacientes sintomáticas como las asintomáticas requieren una laparotomía para efectuar una histerectomía ó una miomectomía. La detorsión manual del útero, en casos de torsión prolongada con necrosis y trombosis debería ser evitada, con la finalidad de prevenir el embolismo pulmonar (1). El tratamiento conservador debería reservarse únicamente para casos cuidadosamente seleccionados, no complicados por necrosis ni por infarto tisular. En estos casos se ha propuesto la plicatura bilateral de los ligamentos redondos con el fin de prevenir la recidiva de la torsión (2). En el caso previo, la evolución clínica y la torsión extrema permiten hacer suponer que existió una torsión uterina progresiva, que finalmente ocasionó un desgarro de los vasos sanguíneos utero-ováricos. Esto provocó una agudización de la sintomatología. La situación hemodinámicamente inestable, la edad de la paciente y la existencia de áreas necrohemorrágicas extensas nos llevó a decidir la práctica de una histerectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varras M, Polyzos D, Alexopoulos Ch, Pappa P, Akrivis Ch. Torsion of a non-gravid leiomyomatous uterus in a patient with myotonic dystrophy complaining of acute urinary retention: anaesthetic management for total abdominal hysterectomy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003; 30 (2-3): 147-50.
 2. Collinet P, Narducci F, Stien L. Torsion of a nongravid uterus: an unexpected complication of an ovarian cyst. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 98 (2): 256-57.
 3. Chan SC, Yuen PM. Torsion of a paraovarian myoma in a teenage woman. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004; 11(1): 96-8.
 4. Rich DA, Stokes IM. Uterine torsion due to a fibroid, emergency myomectomy and transverse upper segment caesarean section. *BJOG* 2002; 109(1): 105-06.
 5. Nicholson WK, Coulson CC, McCoy MC, Semelka RC. Pelvic magnetic resonance imaging in the evaluation of uterine torsion. *Obstet Gynecol* 1995; 85(5Pt2): 888-90.
-