

CASO CLÍNICO

1. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialista en Biología de la Reproducción Humana, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Médico Asistente del Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. Director Médico del Centro de Reproducción Asistida FERTILITA, Trujillo, Perú. ORCID 0000-0001-6336-1493
2. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico Adscrito del Centro de Reproducción Asistida FERTILITA, Trujillo, Perú. ORCID 0000-0002-6833-730X
3. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria, Docente de la Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Médico asistente del Hospital de Especialidades Básicas La Noria, Trujillo, Perú ORCID 0000-0003-4658-2897

Criterios Éticos

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores declaran que solicitaron consentimiento informado a la paciente, fue revisado y aceptado por el comité de ética de FERTILITA.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciamiento.

Contribución de los autores: Todos los autores participaron en la realización del presente estudio. Se encargaron de la evaluación del caso clínico, redactaron la primera versión del artículo, participaron en la discusión de los estudios encontrados, aprobaron la versión final del manuscrito y asumen la responsabilidad por el contenido del artículo.

Recibido: 9 mayo 2023

Aceptado: 13 octubre 2023

Publicación en línea: 6 diciembre 2023

Correspondencia:

Juan Carlos Rojas Ruiz

📍 Calle los Diamantes 283, Urbanización Santa Inés, Trujillo, Perú. Código postal 13001

☎ 949067591

✉ jcrojasru@gmail.com

Citar como: Rojas-Ruiz JC, Salazar-Cuba X, Ángeles-Reyes RP. Donación de óvulos posterior a detorsión de ovario isquémico por pedículo torcido debido a quiste paratubárico. Rev peru ginecol obstet. 2023;69(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2570>

Donación de óvulos posterior a detorsión de ovario isquémico por pedículo torcido debido a quiste paratubárico

Oocyte donation following ischemic ovarian detorsion for twisted pedicle due to paratubal cyst

Juan C. Rojas-Ruiz¹, Xanadu Salazar-Cuba², Robert P. Ángeles-Reyes³

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2570>

RESUMEN

La torsión anexial es secundaria a quistes ováricos generalmente benignos. La cirugía habitual es la salpingooferectomía. Sin embargo, para mantener la función ovárica se recomienda una cirugía mínimamente invasiva con detorsión y conservación del ovario independientemente de su apariencia. Presentamos el caso de una mujer de 19 años con diagnóstico de quiste a pedículo torcido, a quien se realizó detorsión laparoscópica del pedículo torcido y exéresis del quiste paratubárico con preservación de ovario, a pesar del aspecto isquémico. La paciente presentó evolución favorable y participó en un programa de ovodonación, obteniéndose ovocitos del ovario antes afectado en cantidad y calidad similar al ovario no afectado. La detorsión ovárica laparoscópica y conservación del ovario comprometido independientemente de su apariencia es un procedimiento seguro y eficaz para preservar la fertilidad.

Palabras clave: Torsión ovárica, Reserva ovárica, Donación de ovocito

ABSTRACT

Adnexal torsion is secondary to generally benign ovarian cysts. The usual surgery is salpingo-oophorectomy. However, to maintain ovarian function, minimally invasive surgery with detorsion and preservation of the ovary is recommended regardless of its appearance. We present the case of a 19-year-old woman diagnosed with twisted pedicle cyst, who underwent laparoscopic detorsion of the twisted pedicle and excision of the paratubal cyst with ovarian preservation, despite its ischemic aspect. The patient presented favorable evolution and participated in an ovodonation program, obtaining oocytes from the previously affected ovary in similar quantity and quality to the unaffected ovary. Laparoscopic ovarian detorsion and preservation of the involved ovary regardless of its appearance is a safe and effective procedure to preserve fertility.

Key words: Ovarian torsion, Ovarian reserve, Oocyte donation

INTRODUCCIÓN

La torsión anexial es la quinta emergencia ginecológica más común; el 30% ocurre en mujeres menores de 20 años⁽¹⁾. Esta patología está asociada a quistes ováricos funcionales, teratomas benignos y quistes paratubáricos⁽²⁾. El síntoma más común es el dolor abdominal de inicio súbito, intermitente, no irradiado y acompañado con náuseas y vómitos. Si se sospecha torsión ovárica, está indicada la laparoscopia para preservar la función tubo-ovárica y la fertilidad futura⁽³⁾.

Se debe tener en cuenta que no existen criterios clínicos o de imágenes suficientes para confirmar el diagnóstico preoperatorio, y la flujometría Doppler guía la toma de decisiones.

El diagnóstico de la torsión anexial es quirúrgico. Se recomienda un abordaje mínimamente invasivo con detorsión y preservación de las estructuras anexiales, independientemente de la apariencia del ovario. Sin embargo, la cirugía habitualmente realizada es la salpingooferectomía. Un cirujano no debe extirpar un ovario con torsión a menos que la ooforectomía sea inevitable, como el caso de un ovario severamente necrótico⁽²⁾.



La ovodonación es el proceso por el que una mujer dona óvulos con el propósito de usarlos en alguna técnica de reproducción asistida o para investigación biomédica⁽⁴⁾. La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM, por sus siglas en inglés), recomienda una evaluación basal a la donante para medir su reserva ovárica por medio del recuento de folículos antrales (RFA) y/o medición de biomarcadores séricos⁽⁵⁾.

Estudios anteriores sugieren que la preservación ovárica después de la detorsión anexial es segura y que la reserva ovárica reflejada por el RFA no está comprometida⁽¹⁾. Balasubramaniam y col. señalan que de 46 intentos de detorsión conservaron 45 ovarios (97,8%). La mayoría de las patologías fueron benignas. Todos los ovarios conservados mostraban estructura ovárica, folículos y vascularización mantenida durante el seguimiento ecográfico, llegando a la conclusión que la detorsión laparoscópica del ovario, incluso en ovarios gravemente isquémicos, es la mejor modalidad de tratamiento independientemente del grado de isquemia⁽⁶⁾. Asimismo Asfour y col. estudiaron histológicamente los ovarios extraídos en pacientes con quiste a pedículo torcido y encontraron folículos de ovocitos conservados en 62,6% de los casos, lo que implicó una función ovárica conservada en la gran mayoría de las pacientes que se sometieron a ooforectomía por torsión ovárica⁽⁷⁾.

A pesar de la creciente evidencia que apoya la detorsión sin ooforectomía, siguen existiendo mitos infundados y declaraciones no basadas en la evidencia, incluidos el riesgo de trombosis de la vena ovárica, la no viabilidad del tejido ovárico y la pérdida funcional ovárica, lo que contribuye a la práctica de la ooforectomía⁽¹⁾. Se comunica el caso de una paciente en la que se preservó el ovario y posteriormente participó en un programa de ovodonación.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Una mujer de 19 años fue llevada a emergencia por dolor abdominal moderado tipo cólico desde hacía 1 semana que se intensificó en las últimas 4 horas asociado a náuseas. Al examen tenía signos vitales estables, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de fosa iliaca derecha. Había dolor pélvico a la movilización del cérvix. La ecografía mostró imagen anecogénica en anexo derecho, de 102 x

85 mm con presencia de líquido libre. El Doppler fue negativo. Los exámenes auxiliares estuvieron dentro de parámetros normales. La prueba de embarazo fue negativa.

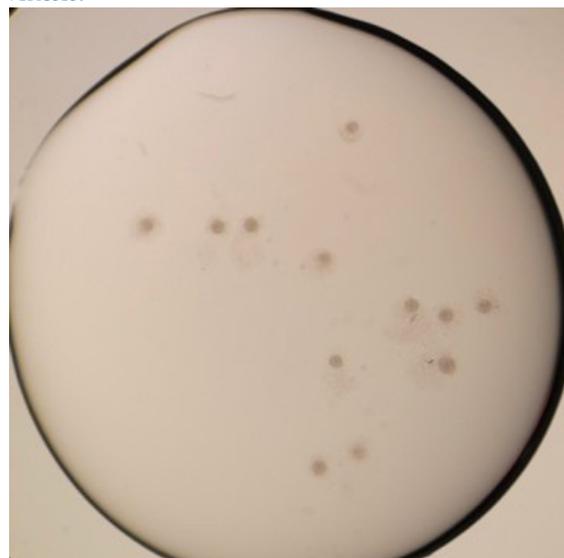
Con el diagnóstico de abdomen agudo ginecológico se realizó laparoscopia, encontrándose quiste paratubárico violáceo de 10 cm que comprometía la trompa y el ovario derecho, torcido 3 veces sobre su pedículo. Además, el ovario tenía coloración negro-azulada y presencia de líquido seroso de aproximadamente 100 mL (figura 1). Se practicó detorsión del pedículo y posterior exéresis del quiste, con preservación del ovario derecho a pesar del aspecto necrótico. Los hallazgos de patología fueron de quiste seroso paratubárico.

La paciente evolucionó favorablemente y fue evaluada en su siguiente menstruación, realizándose RFA. Se encontró 8 folículos en el ovario derecho y 10 folículos en el ovario izquierdo. Se hizo seguimiento folicular, evidenciándose ovulación y pre-

FIGURA 2. 12 ÓVULOS DEL OVARIO CON ANTECEDENTE DE TORSIÓN DEL PEDÍCULO.



FIGURA 2. 12 ÓVULOS DEL OVARIO CON ANTECEDENTE DE TORSIÓN DEL PEDÍCULO.





sencia de cuerpo lúteo en el ovario derecho. Debido a su adecuada reserva ovárica, se le propuso ingresar al programa de ovodonación. Se midió la hormona antimülleriana (HAM) con valor de 2,85 ng/mL, hormona estimulante de la tiroides (TSH) 1,8 mUI/L, prolactina 15 ng/mL.

Cinco meses después fue sometida a estimulación ovárica controlada con FSHr 150 UI/día e inhibidor de ovulación cetorelix 0,25 mg/día. Para gatillar la ovulación se usó triptorelina 0,2 mg y 36 horas después se realizó la captura ovular.

Se obtuvieron 22 óvulos: 12 óvulos del ovario derecho (figura 2) que tenía el antecedente de la torsión y 10 óvulos del ovario izquierdo. Se encontraron 14 óvulos maduros (ovario derecho 8, ovario izquierdo 6) y 8 óvulos inmaduros (tabla 1).

DISCUSIÓN

La torsión ovárica implica la rotación del tejido ovárico en su pedículo conduciendo a disminución del retorno venoso, edema del estroma y hemorragia interna que podría llevar a infarto. El riesgo de torsión aumenta cuando las masas pélvicas superan los 5 cm, tal como es el caso presentado, cuya masa pélvica de más de 10 cm sufrió torsión. En la laparoscopia se encontró una tumoración quística y ovario ipsilateral negro-azulado. Muchos estudios recientes respaldan la detorsión sin ooforectomía como el tratamiento de elección para la torsión anexial⁽⁸⁾. Balasubramaniam⁽⁶⁾ y Dasgupta⁽⁹⁾ encontraron recuperación de la función ovárica en los controles posquirúrgicos al valorar ecográficamente el RFA y medir los niveles de HAM. Por lo que en nuestro caso se decidió conservar el ovario y realizar solo cistectomía, evidenciando luego por ultrasonido la recuperación de la función ovárica.

El aspecto edematizado, isquémico-hemorrágico de los anexos no necesariamente indica

necrosis. Probablemente sea secundaria a estasis venoso-linfática, más que gangrena. Chu recomienda manejo conservador incluso si los anexos permanecen torcidos durante más de 7 horas⁽¹⁰⁾. En el caso presentado, el dolor se incrementó y se asoció a náuseas 4 horas antes su ingreso, respaldando la cirugía conservadora. Una vez realizada la detorsión, el color del tejido ovárico no se recuperó totalmente. Sin embargo, basados en diferentes estudios se optó por mantener el ovario. Chu afirma que la mejoría en el color indica restablecimiento de la irrigación y conservación del tejido ovárico. Incluso si no existe un cambio inmediato al color normal en los anexos torcidos, no se debe descartar el manejo conservador⁽¹⁰⁾.

La anexectomía se sigue usando en la actualidad como manejo de la torsión anexial debido al temor a que el desenrollamiento del pedículo ovárico genere un evento tromboembólico. Desde que se describió por primera vez el manejo conservador de la torsión anexial por laparoscopia en 1990⁽¹⁰⁾, varios otros informes han descrito el manejo exitoso con la misma técnica⁽⁶⁾. Una revisión de la literatura mostró que ninguna de las 309 pacientes sometidas a cirugía conservadora mostró un evento tromboembólico, mientras que dos casos de tromboembolismo siguieron a 672 anexectomías. Posteriormente, dos grandes series retrospectivas no mostraron eventos tromboembólicos en caso de detorsión, respaldando aún más el enfoque conservador⁽¹⁰⁾.

En pacientes con deseos genésicos post detorsión se recomienda evaluar la función ovárica mediante RFA y HAM. Yasa encontró que a los 3 meses de la cirugía no existió diferencia del promedio de RFA entre el lado operado y el contralateral⁽⁸⁾. En nuestro caso, la paciente tuvo RFA y HAM adecuados, incluyéndosela en el programa de ovodonación, objetivando esa adecuada reserva con la extracción de 22 óvulos, siendo 12 del ovario previamente afectado y de ellos, 8 óvulos maduros. Es decir, había una reserva ovárica adecuada en cantidad y calidad para su edad.

Por lo tanto, sin infecciones, sin adherencias y sin problemas malignos, la cirugía conservadora para el manejo de la torsión anexial debe considerarse siempre que se desee fertilidad a pesar de la apariencia del ovario. En la mayoría de los casos, el ovario recuperará la perfusión y permanecerá viable.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE OVOCITOS OBTENIDOS SEGÚN OVARIO.

Fase ovocitaria	Ovario		Total
	Derecho (antecedente de torsión del pedículo)	Izquierdo	
Metafase 2	8	6	14
Metafase 1	0	1	1
Vesícula germinal	4	3	7
Total	12	10	22



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leon MG, Carrubba AR, Robertson M, Dinh TA. 79: Avoiding oophorectomy in acute ovarian torsion. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Mar;222(3):S859. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.228>
2. ACOG Committee Opinion No 783. Adnexal Torsion in Adolescents. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Aug;134(2):e56–63. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003373
3. Mounika P, Ratnakumari, Sreelatha. Left adnexal torsion in adolescent: a case report. *Int J Adv Res*. 2022 May 30;10(05):21–4. DOI: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14671>
4. Aviles Alepuz B, Ramón Fernández F. La donación de óvulos en la reproducción asistida: riesgos y responsabilidad. *IUS Sci*. 2019;5(2):11–54. DOI: <http://doi.org/10.12795/IESTSCIEN-TIA.2019.i02.03>
5. Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee for the Society for Assisted Reproductive Technology. Guidance regarding gamete and embryo donation. *Fertil Steril*. 2021 Jun;115(6):1395–410. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.01.045>
6. Balasubramaniam D, Duraisamy K, Ezhilmani M. Laparoscopic detorsion and fertility preservation in twisted ischemic adnexa – A single-center prospective study. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2020;9(1):24. DOI: 10.4103/GMIT.GMIT_20_19
7. Asfour V, Polson A, Varma R, Menon P. Evaluating ovarian preservation after ovarian torsion using the ovarian preservation score and tissue necrosis score. *Clin Obstet Gynecol Reprod Med*. 2015;1(2):34–9. DOI:10.15761/COGRM.1000110
8. Yasa C, Dural O, Bastu E, Zorlu M, Demir O, Ugurlucan FG. Impact of laparoscopic ovarian detorsion on ovarian reserve. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017 Feb;43(2):298–302. <https://doi.org/10.1111/jog.13195>
9. Dasgupta R, Renaud E, Goldin AB, Baird R, Cameron DB, Arnold MA, et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review. *J Pediatr Surg*. 2018 Jul;53(7):1387–91. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.10.053>
10. Chu K, Zhang Q, Sun N, Ding H, Li W. Conservative laparoscopic management of adnexal torsion based on a 17-year follow-up experience. *J Int Med Res*. 2018 Apr 27;46(4):1685–9. <https://doi.org/10.1177/0300060517754025>