

CASOS CLÍNICOS

Torsión uterina en paciente no gestante con miomatosis gigante: Reporte de caso

[Uterine torsion in a non-gravid patient with giant myomatosis: case report]

Angela María Gómez Avilés¹ , Fabio Anibal Gómez Rey² , Ana María Ochoa Wilches³ ,
Santiago Duarte Tamara⁴ , María Juliana Avella Morales⁵

1) Programa de Residencia en Ginecología y Obstetricia, Universidad Militar Nueva Granada, Nueva Granada, Colombia; 2) Programa de Residencia en Ginecología y Obstetricia, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia; 3) 0009-0004-9788-2501; 4) Programa de Internado Clínico, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia; 5) Programa de Residencia de Medicina Familiar, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Resumen

La torsión uterina es una condición rara y se considera una emergencia ginecológica. Consiste en la rotación del útero sobre su eje mayor de más de 45 grados a nivel del istmo. Puede presentarse en cualquier etapa de la vida de la mujer, pre menarquia hasta la postmenopausia, como consecuencia de alteración en mecanismos de soporte del útero asociado a factores predisponentes de útero o anexos. La torsión uterina en mujeres premenopáusicas no gestantes es extremadamente rara y la causa más frecuente son los leiomiomas de gran tamaño. Se presenta con dolor abdominal inespecífico lo que hace difícil el diagnóstico preoperatorio. Existen signos indirectos en los estudios radiológicos sin embargo no son precisos. El tratamiento es quirúrgico y dependerá de los hallazgos intraoperatorios, en la mayoría de los casos con histerectomía abdominal total y posibles complicaciones como tromboembolismo pulmonar, choque e incluso la muerte de no hacerse un diagnóstico oportuno. Se reporta el caso de torsión uterina por mioma pediculado en paciente nulípara de 38 años con dolor abdominal persistente en quien se realizó cirugía conservadora.

Autor corresponsal

Angela María Gómez Avilés
angegomezav@gmail.com

Palabras claves

Torsión uterina, rotación uterina, leiomioma, dolor abdominal no gestante.

Key words

Uterine torsion, rotation of the uterus, leiomyoma, non-gestational abdominal pain.

Fecha de Recibido

4 abril 2024

Fecha de Aceptación

10 septiembre 2024

Fecha de Publicado

31 diciembre 2024

Aspectos bioéticos

Los autores declaran que se obtuvo consentimiento informado de los participantes.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo financiamiento externo por este trabajo. Los autores declaran no haber potenciales conflictos de interés.

Reproducción

Para uso académico personal e individual. Prohibida reproducción para otros usos o derivados.

Abstract

Uterine torsion is a rare condition and is considered a gynecological emergency. It consists of the rotation of the uterus on its long axis of more than 45 degrees at the level of the isthmus. It can occur at any stage of a woman's life, premenarche to postmenopause, as a consequence of alteration in uterine support mechanisms associated with predisposing factors of the uterus or adnexa. Uterine torsion in non-pregnant premenopausal women is extremely rare and the most common cause is large leiomyomas. It presents with nonspecific abdominal pain, which makes preoperative diagnosis difficult. There are indirect signs in radiological studies, however they are not precise. The treatment is surgical and will depend on the intraoperative findings, in most cases total abdominal hysterectomy with possible complications such as pulmonary thromboembolism, shock and even death if a timely diagnosis is not made. We report the case of uterine torsion due to pedunculated myoma in a 38-year-old nulliparous patient with persistent abdominal pain in whom conservative surgery was performed.

INTRODUCCIÓN

La torsión uterina se caracteriza por la rotación del útero sobre su eje mayor de más de 45 grados a nivel del istmo; es una condición infrecuente y se considera una emergencia ginecológica potencialmente mortal [1,2]. Se han reseñado casos en animales, sin embargo, el primer caso en humanos fue descrito en 1863 por Rudolf Virchow en una autopsia, posteriormente en 1876 Labbe lo describe in vivo [3]. Desde entonces, se han reportado alrededor de 200 casos en los últimos 100 años con presentación tanto en úteros grávidos como no grávidos, la mayoría de estos asociados a la gestación por la laxitud y la relajación de la estructura pélvica, siendo la torsión uterina en no gestantes extremadamente raro [4]. En 80% de los casos la rotación se presenta hacia la derecha y el 20% hacia la izquierda [3].

Fisiopatológicamente, resulta del aumento en el volumen uterino con rotación sobre su eje haciendo del embarazo y las masas anexiales los factores predisponentes mayormente descritos. En mujeres premenopáusicas no gestantes, los leiomiomas agrandados son la causa más comúnmente asociada a torsión uterina debido al peso que ejercen generando una distribución asimétrica, como ocurre en el caso de la paciente que reportamos. Otros factores incluyen las adherencias pélvicas y las malformaciones müllerianas que podrían influir en el mecanismo de torsión del útero [5]. La presentación clínica es inespecífica, dificultando el diagnóstico preoperatorio [6]. El dolor abdominal es el síntoma principal y puede variar desde leve intensidad hasta presentación aguda con signos de choque [7].

Se mencionan en la literatura signos indirectos en la resonancia magnética de pelvis, sin embargo, no son precisos por lo que el diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la confirmación intraoperatoria, haciendo de esta patología un reto médico con posibles complicaciones fatales de no intervenir oportunamente, como tromboembolismo pulmonar, choque e incluso la muerte [8]. Este reporte describe el caso de una nuligesta en quien fue posible la cirugía conservadora con detorsión del útero y miomectomía sin complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 41 años, nulípara, G0P0, ingresa a urgencias por cuadro de un mes de evolución consistente en dolor abdominal tipo peso, asociado a sensación de masa en hipogastrio, náuseas sin emesis, además síntomas irritativos urinarios dados por polaquiuria y tenesmo vesical. Refería agudización del dolor desde hace 5 días de intensidad 8-10 de 10 en escala visual análoga del dolor. Se encontraba en el día 13 de su ciclo menstrual. No presentaba antecedentes patológicos personales ni familiares, Alergia a la penicilina. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales regulares y vida sexual activa. No estaba en búsqueda de embarazo. Sin embargo, con deseo de fertilidad futura.

Al ingreso se encontró con fascies de dolor, hidratada, afebril, con signos vitales en rangos de normalidad. Abdomen doloroso a la palpación profunda con masa palpable de alrededor de 10 cm suprapúbico, sin signos de irritación peritoneal. Al examen ginecológico, genitales externos normoconfigurados. En la especuloscopia con cérvix posterior cerrado de aspecto sano sin lesiones. Al tacto vaginal cuello no doloroso a la movilización, en fondo de saco anterior se palpa masa de aproximadamente 5 cm, sin evidencia de sangrado vaginal.

Se realizaron estudios complementarios con hemograma sin alteraciones en las tres líneas celulares, pcr negativa, beta gonadotropina coriónica humana negativa, función renal conservada, tiempos de coagulación normales, glucosa normal, uroanálisis no sugestivo de infección con gram de orina sin presencia de microorganismos, además se solicitaron marcadores tumorales: alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario, Ca 19-9, Ca- 125 los cuales fueron negativos. La paciente no contaba con imágenes previas, sin embargo enfatizó en el aumento de tamaño uterino en los últimos meses.

Se tomaron imágenes complementarias de abdomen y pelvis. En la ecografía pélvica transvaginal (EcoTV) con hallazgos de útero en anteversión, aumentado de tamaño con volumen de 278 cc, contornos lobulados y dos miomas: subseroso posterior de 99 x 78 mm, subseroso anterior FIGO 6 de 49 x 42 mm, con endometrio de

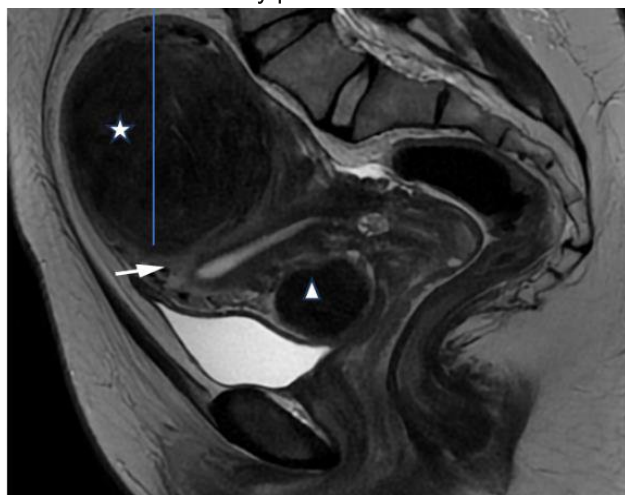
características normales, ovarios de aspecto usual y fondos de saco libres; La Tomografía Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste documentó múltiples masas sólidas intramurales y subserosas, intrínsecamente heterogéneas de hasta 77 mm de diámetro con efecto compresivo sobre la vejiga.

La paciente persiste con dolor abdominal a pesar de manejo analgésico parenteral por lo que se decidió solicitar resonancia magnética nuclear contrastada de pelvis (RMN) para mejor caracterización de lesiones uterinas, que reportó útero con volumen de 634 cc, aumentado de

tamaño por la presencia de dos miomas que deforman los contornos uterinos, uno de ellos de 3.8 x 4.7 x 6.5cm con efecto compresivo sobre la pared lateral izquierda de la vejiga y otro de 9.1 x 7.7 x 11cm con efecto compresivo sobre un segmento de colon sigmoide tal como se muestra en la Figura 1. No se identificaron masas dependientes de los ovarios ni de los anexos.

Con los hallazgos imagenológicos y la sintomatología descrita, se consideró que cursaba con miomatosis gigante sintomática y ante la persistencia del dolor a pesar de manejo analgésico endovenoso se decide pasar a laparotomía exploratoria por sospecha de degeneración miomatosa versus torsión del mioma.

Figura 1. Corte sagital de Resonancia Magnética Nuclear de abdomen y pelvis



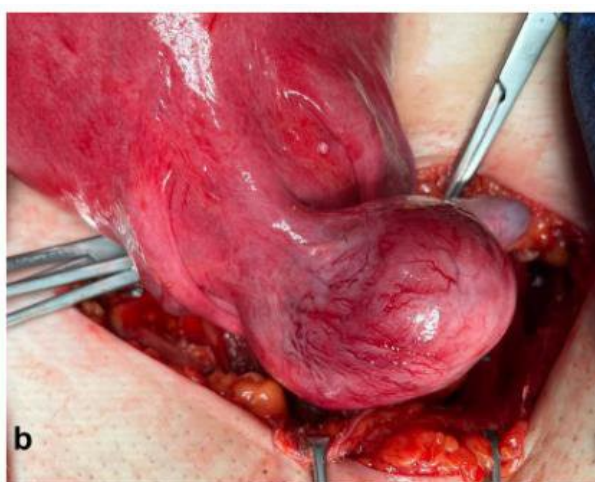
Nota: Se evidencia útero en AVF (flecha) con gran mioma subseroso en fondo uterino de 9.1 x 7.7 x 11mm FIGO 6 (estrella) y otro mioma subseroso de localización anterior de 3.8 x 4.7 x 6.5 mm FIGO 6 (cabeza de flecha).

Durante la laparotomía se encuentra útero aumentado de tamaño con torsión de 180 grados hacia la derecha (Figura 2) sobre su eje longitudinal sin signos de necrosis uterina ni de anexos y deformado por la presencia de mioma subseroso en fondo uterino de 12 cm de diámetro y otro mioma subseroso y pediculado de localización anterior de 7 cm de diámetro con signos de isquemia y necrosis. Se reposiciona el útero y se realiza miomectomía (Figura 3).

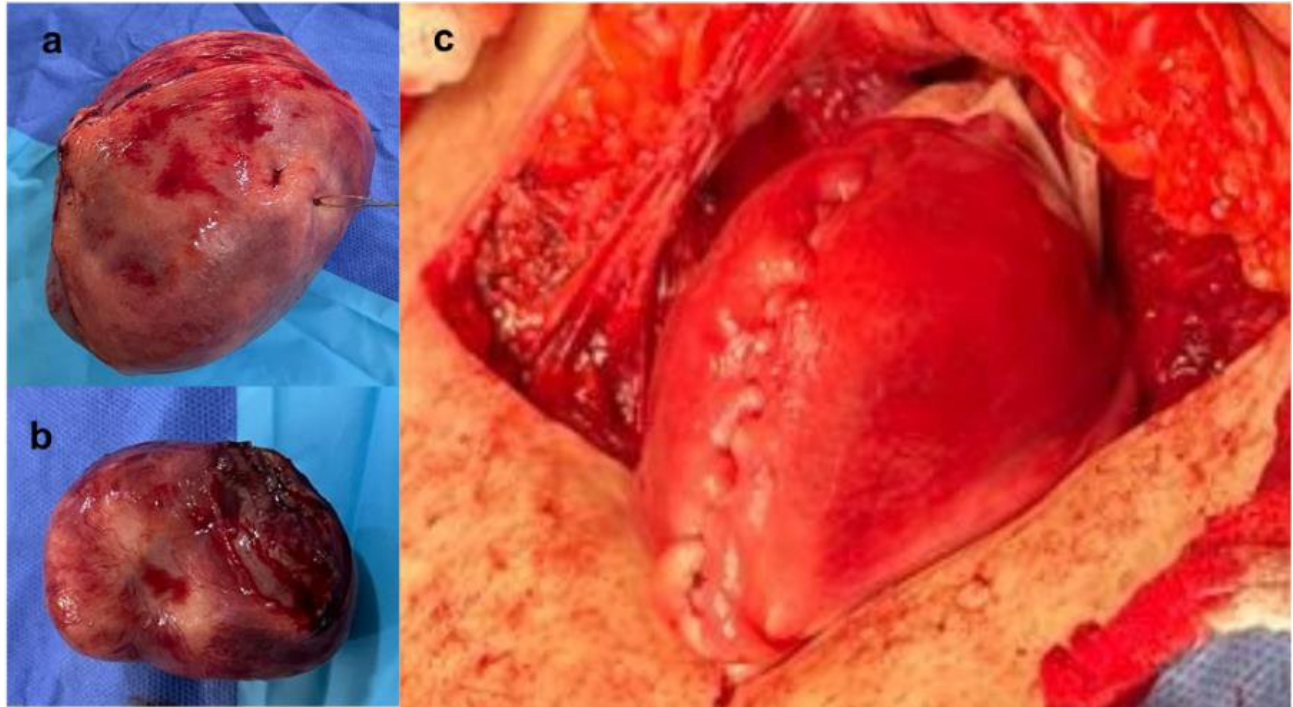
El reporte de patología arroja hallazgos de leiomiomatosis convencionales sin áreas de necrosis o cambio mixoide.

Finalmente, la paciente cumple 48 horas de vigilancia postoperatoria, con total resolución de sintomatología, por lo

Figura 2. Torsión uterina.



a) Torsión uterina de 180° hacia la derecha visualizada en laparotomía, se evidencia ligamento útero-ovárico y ovario izquierdo rotado hacia anterior. **b)** Corrección de torsión uterina hacia izquierda, visualizándose mioma anterior conocido por historia clínica entre ligamentos redondos.

Figura 3. Pieza quirúrgica de mioma de fondo uterino resecado

a) Pieza quirúrgica de mioma de fondo uterino resecado de 13.5 x 7.5 x 9.7 cm de diámetro y **b)** mioma anterior pediculado subseroso con áreas violáceas de 6.5 x 4.3 x 4 cm de diámetro sin identificar áreas de necrosis. **c)** Afrontamiento de serosa uterina posterior a miomectomía.

que se da egreso. Asiste a control postoperatorio, con resultado de patología que reporta leiomiomas convencionales y recuperación satisfactoria.

DISCUSIÓN

La torsión uterina se ha documentado desde la infancia hasta la posmenopausia. El sitio más común de torsión es el istmo y ocurre como consecuencia de alteración en los mecanismos de soporte que determinan la posición del útero como son el ligamento ancho y ligamentos uterosacro [9]. La mayoría de los casos se describen en la gestación especialmente por presentación anormal del feto [10]; de ahí que la torsión uterina en mujeres premenopáusicas no gestantes es extremadamente rara [3]. La causa de la torsión uterina es desconocida, pero se han planteado factores predisponentes.

Estos incluyen cualquier anomalía estructural que distorsione la anatomía pélvica como adherencias pélvicas, quistes ováricos, malformaciones müllerianas, masas anexiales o condiciones que generen hiperlaxitud de los tejidos ligamentarios de la pelvis tales como el embarazo y la distrofia muscular de Duchenne [11].

En mujeres no gestantes la causa más común son los leiomiomas de gran tamaño, pediculados o sésiles, ya que al rotar pueden ejercer tracción sobre el útero llevando a torsión del mismo [11]. Así mismo, se ha observado que la cicatrización deficiente del istmo uterino después de una cesárea puede resultar en alargamiento del cuello uterino, presentando alteración de la estructuralidad y mayor riesgo de torsión del útero [5]. En el caso reportado, la paciente presentaba dos factores predisponentes, el aumento del volumen uterino a expensas de un gran mioma fúndico que ejercía efecto de masa y un mioma pediculado que generó la rotación uterina.

La presentación clínica es inespecífica y puede ser asintomática [6]. Los síntomas más comunes son dolor abdominal agudo o crónico, que puede estar asociado a náuseas, vómito y distensión abdominal. La intensidad del dolor varía y se presenta de forma progresiva debido al proceso de isquemia y compresión². Característicamente estas pacientes no logran mitigar el dolor a pesar de la administración de analgésicos parenterales [11]. Esto como consecuencia de la rotación de los vasos en el pedículo uterino que lleva a isquemia del tejido que puede conducir

a un rápido deterioro clínico [6,12]. Si la torsión permanece sin diagnosticar por un período prolongado, el flujo sanguíneo al útero puede verse comprometido y resultar en infarto [3,9]. A medida que el órgano se gangrena, el tejido isquémico puede eventualmente provocar sangrado o infección llevando a sepsis y shock [7].

De acuerdo a la localización de los miomas, la presentación clínica puede estar acompañada de sintomatología gastrointestinal, urinaria o sangrado genital [12]. La paciente del caso presentaba un mioma subseroso, sésil de localización anterior que se correlacionaba con síntomas obstructivos urinarios. El diagnóstico preoperatorio es difícil y el examen pélvico ginecológico estándar puede no identificar la torsión uterina a menos que se evidencie el cambio de posición del mioma [10].

En la actualidad no existe una herramienta diagnóstica precisa para esta patología. Las imágenes podrían sugerir signos indirectos de cambios por torsión tales como la presencia de gas en la cavidad uterina en radiografía o TAC abdomino pélvica y cambio de posición de los miomas en relación con ecografías previas [13,14]. En la RMN se describe cambio de la forma típica de H de la parte superior de la vagina a una forma de X, cérvix en forma de espiral, desplazamiento uretral, áreas de hiperdensidad y falta de captación de contraste compatible con infarto hemorrágico [14]. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se realizará por laparotomía donde se visualizarán los anexos localizados anteriormente al útero además de una rotación uterina $>45^\circ$.

Cabe mencionar que en nuestro caso las imágenes realizadas el día previo a la cirugía documentaba el mioma subseroso de aproximadamente 9 cm en fondo uterino y otro mioma anterior de 4 cm con efecto compresivo hacia vejiga, sin describir signos de torsión uterina.

Si bien el tiempo desde el inicio del proceso isquémico hasta que ocurre daño irreversible -necrosis- no ha sido establecido, la alta sospecha clínica debe agilizar el diagnóstico preoperatorio ameritando una intervención quirúrgica de urgencia. En el caso de nuestra paciente, la decisión de llevar a cirugía se tomó con base en la persistencia de dolor y evidencia de leiomiomatosis. No se evi-

denciaron signos imagenológicos de cambio de posición del mioma y transcurrieron aproximadamente 24 horas entre las imágenes realizadas y la intervención quirúrgica con los hallazgos de dextrorrotación del útero de 180 grados.

El tratamiento es quirúrgico y el éxito dependerá de la severidad de la lesión causada por hipoperfusión uterina hallada intraoperatoriamente. De ahí la importancia de la premura en la toma de la decisión de operar con el fin de evitar riesgo de complicaciones isquémicas, trombóticas y tromboembólicas [11]. Una vez el daño sea irreversible, puede representar amenaza para la vida de la paciente llevando a complicaciones como tromboembolia pulmonar, choque e incluso la muerte [8]. Se puede considerar la detorsión para salvar el útero en mujeres con deseo de fertilidad futura siempre y cuando los hallazgos lo permitan. Tal como Trowsdale Stannard et al. reportaron un caso de torsión uterina en paciente nuligestante, con sospecha inicial de degeneración mioma y hallazgos imagenológicos en RMN de torsión uterina recibiendo manejo con cirugía preservadora de la fertilidad exitosamente [1]. No obstante, debe considerarse la histerectomía en casos de torsión prolongada con necrosis y trombosis [5]. La paciente del caso era nuligestante, sin hallazgos de lesión vascular irreversible en útero ni anexos y deseo de fertilidad futura por lo que fue posible la realización de una cirugía conservadora con detorsión del útero y miomectomía con evolución postoperatoria satisfactoria.

CONCLUSIÓN

La torsión uterina en útero no grávido es una condición infrecuente y constituye una emergencia ginecológica. Su presentación es inespecífica por lo que el conocimiento de esta patología es fundamental para la sospecha clínica y el abordaje oportuno ya que el retraso en la conducta puede tener consecuencias fatales. Debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de cuadro de abdomen agudo o insidioso en mujeres de cualquier edad con patología uterina o anexial. El tratamiento es quirúrgico y el tipo de procedimiento dependerá de los hallazgos intraoperatorios, siendo en la mayoría de los casos histerectomía abdominal total y en casos seleccionados la cirugía conservadora como en el caso reportado.

REFERENCIAS

- [1] Trowsdale Stannard M, Whittaker M, Abdul Aziz N, Cloke B, Diab Y, Gaughran J, et al. The twisted uterus: A rare presentation of uterine torsion. *Journal of Case Reports and Images in Obstetrics and Gynecology*. 2022;8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5348/100106z08ms2022cr>
- [2] Ramseyer AM, Whittington JR, Resendez VA, Whitcombe DD, Magann EF. Torsion in the Gravid and Nongravid Uterus: A Review of the Literature of an Uncommon Diagnosis. Vol. 75, *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000767>
- [3] Aguarón Benítez G, Arones Collantes M, Moreno Selva R, Nogueira García J, González de Merlo G. Incarceración y torsión uterina en gestante. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2013;56(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.05.006>
- [4] Luk SY, Leung JLY, Cheung ML, So S, Fung SH, Cheng SCS. Torsion of a nongravid myomatous uterus: radiological features and literature review. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi*. 2010 Aug;16(4):304–6. PMID: 20683075.
- [5] Yap FY, Radin R, Tchelepi H. Torsion, infarction, and rupture of a nongravid uterus: a complication of a large ovarian cyst. *Abdominal Radiology*. 2016 Dec 1;41(12):2359–63. doi: 10.1007/s00261-016-0789-5. PMID: 27251733.
- [6] Nagose VB, Sadanandan Rosemary R, Anandrajan RC, Hubert N, Raj R. Torsion of Non-gravid Uterus: A Life-Threatening Condition in a Postmenopausal Lady. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2020 Oct 15;70(5):393–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s13224-020-01332-6>
- [7] Salvig J, Petersen K, Møller B. Acute abdominal pain caused by torsion of an enlarged non-pregnant uterus. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2005 Jan 2;25(1):81–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01443610400025689>
- [8] Oda H, Yamada Y, Uehara Y, Ohno T, Hoya M, Sassa M, et al. Uterine Torsion in an Elderly Woman Associated with Leiomyoma and Continuously Elevating Muscle Enzymes: A Case Study and Review of Literature. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2020 Oct 20;2020:1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2020/8857300>
- [9] García JC, Martín M, Gutiérrez I, Velasco AP, Quintero NG, Monte BG, et al. Torsión anexial y uterina en mujer postmenopáusica con quiste ovárico gigante. 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3313/331355419005/html/>
- [10] Karavani G, Picard R, Elami-Suzin M, Mankuta D. Complete uterine torsion diagnosed during an elective caesarean section following failed external cephalic version: a case report. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017 Jul 4;37(5):673–4. Doi :10.1080/01443615.2017.1285874.
- [11] De la Cruz-Isidro IA, Barrera-Ceballos HR, Mandujano-Álvarez GJ, Martínez-Hernández CM, Albarrán-Melzer JA, Álvarez-Díaz E. Torsión uterina causada por miomatosis: reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2023, 91 (1): 57-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24245/gom.v91i1.7834>
- [12] Luján Mendoza Karla Ivonne, Gutiérrez Canell Francisco Yahel, López Belmont Karla, Robles Zavaleta Rodrigo, Meza López Luis Raúl. Torsión uterina asociada a leiomioma gigante: una causa poco común de abdomen agudo. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2018; 16(2):160-163. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200160&lng=es.
- [13] Lapresta M. M, Cruz G. E, Montañés B. P, Baquedano M. L, Rovira F. E, Pérez B. P. Torsión uterina causada por un leiomioma gigante. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2004;69(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262004000600011>
- [14] Irahia Y, Okada M, Irahia R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, et al. CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies. *RadioGraphics*. 2017 Sep;37(5):1569–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2017160170>