



Revista Peruana de Ginecología y
Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Rondón-Tapia, Marta; Reyna-Villasmil, Eduardo; Torres-Cepeda, Duly
Torsión de quiste paratubárico. Reporte de caso
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 62, núm. 4, 2016, pp. 463-466
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323449162018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASO CLÍNICO

TORSIÓN DE QUISTE PARATUBÁRICO. REPORTE DE CASO

Marta Rondón-Tapia^{1,a}, Eduardo Reyna-Villasmil^{1,b}, Duly Torres-Cepeda^{1,b}

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

^a Médica cirujana, Residente del Post-grado de Ginecología y Obstetricia

^b Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Artículo recibido el 15 de julio de 2016 y aceptado para publicación el 17 de setiembre de 2016.

Correspondencia a:
Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.
Hospital Central "Dr. Urquinaona".
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia,
Venezuela.
Teléfono: 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

RESUMEN

Los quistes paratubáricos son estructuras quísticas simples llenas de líquido seroso ubicadas a lo largo de la trompa de Falopio, que generalmente se originan del ligamento ancho o el mesosálpinx. Es importante siempre considerar la torsión de la trompa como un diagnóstico diferencial en las pacientes que presentan dolor abdominal agudo y reconocer que se necesita un diagnóstico y tratamiento quirúrgico rápido para preservar la fertilidad de la paciente, especialmente aquellas en edad reproductiva. Se presenta el caso de una paciente de 16 años quien refirió dolor hipogástrico intenso junto con vómitos. Durante la laparoscopia, se encontró un quiste paratubárico torcido y se realizó la salpingectomía, debido a que la trompa derecha estaba deformada. El análisis histológico demostró que la tumoración era un quiste paratubárico.

Palabras claves: Quiste Paratubárico; Trompa de Falopio; Abdomen Agudo; Torsión.

PARATUBAL CYST TORSION. CASE REPORT

ABSTRACT

Paratubal cysts are simple cystic structures filled with serous fluid that are located along the Fallopian tube, usually arising from the broad ligament or mesosalpinx. It is important to always consider tube torsion as a differential diagnosis for female patients presenting with an acute abdomen, and to be aware of the need for quick diagnosis and surgical treatment in order to preserve the patient's fertility, especially in younger patients of child-bearing age. We present the case of a 16 year-old female patient who complained of intense hypogastric pain together with vomits. During laparoscopy, a torqued paratubal cyst was found in the right adnexa. Laparotomy was performed to remove the cyst and salpingectomy was carried out, since the right Fallopian tube was unsalvageable. Histological analysis showed that the mass was a paratubal cyst.

Keywords: Paratubal Cyst; Fallopian Tube; Acute Abdomen; Torsion.

INTRODUCCIÓN

Los quistes paratubáricos están localizados en el ligamento ancho entre el ovario y la trompa de Falopio y constituyen alrededor del 10% de las tumoraciones anexiales⁽¹⁾. Se originan del mesotelio y se piensa que son remanentes de los conductos paramesonéfricos (müllerianos) y mesonéfricos (wolfianos). Los que se producen como remanentes del conducto paramesonéfrico ocurren más comúnmente dentro del ligamento ancho. El tamaño de los quistes paratubáricos dentro del ligamento ancho varían de 1 a 8 centímetros y, bajo la influencia de factores hormonales, pueden alcanzar tamaños superiores⁽²⁾.

Aunque son poco comunes, raras veces causan síntomas y generalmente son encontrados en forma accidental. Los síntomas ocurren cuando crecen en forma excesiva, producen hemorragia, se rompen o se tuercen. La torsión es rara debido a su localización; sin embargo, si esta ocurre, frecuentemente están involucrados el ligamento infundibulopélvico y el ovario ipsilateral⁽³⁾. Se presenta el caso de torsión de quiste paratubárico.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de paciente de 16 años con antecedentes de dos partos vaginales previos. La edad de la menarquía fue a los 14 años y las menstruaciones eran regulares, negando menorragia o dismenorrea. Consultó por presentar dolor en fosa iliaca derecha de tres días de evolución, constante, de moderada a fuerte intensidad, que se irradiaba hacia la pierna, acompañado de vómitos ocasionales. Su última menstruación fue 8 días antes de la aparición del dolor. La paciente estaba termodinámicamente estable sin signos de sepsis (temperatura corporal de 37,7° C). La frecuencia cardíaca era de 100 latidos por minuto y presión arterial de 140 / 82 mmHg. El abdomen estaba blando, depresible, con dolor en fosa ilíaca derecha a la compresión profunda. Los ruidos hidroáereos estaban presentes. Las pruebas de laboratorio no mostraron evidencia de anemia o leucocitosis. El tacto vaginal fue omitido debido a que la paciente aún no era sexualmente activa. Los hallazgos del tacto rectal estaban dentro de límites normales.

Los valores de laboratorio mostraron leucocitos 11 200 células x mL, porcentaje de neutrófilos de 74% y concentraciones de proteína C reactiva 4,0 ng/mL. La ecografía pélvica mostró la presencia de un quiste simple de ovario derecho de paredes finas, que medía 9 x 7 x 5 centímetros (figura 1). La ecografía Doppler demostró una disminución de la vascularización de la masa anexial.

La presentación como un abdomen agudo, junto con los antecedentes de la paciente y los hallazgos ecográficos, llevó a la conclusión de torsión de quiste ovárico. La paciente fue sometida a laparoscopia para diagnóstico y resección de la tumoración. Durante el procedimiento, se observó un quiste paratubárico de superficie lisa en el anexo derecho bajo la trompa, incluido dentro del mesosálpinx y no unido al ovario, que medía aproximadamente 10 centímetros (figura 2) La porción distal de la trompa estaba inflamada con dos vueltas en la porción media. Se procedió a la aspiración - resección del quiste y se realizó la salpingectomía derecha debido a que la trompa presentaba marcadas alteraciones macroscópicas. El apéndice, útero, ovario y trompa izquierda no mostraban alteraciones.

El análisis histológico demostró que la tumoración resecada era un quiste paratubárico benigno con paredes gruesas y epitelio mülleriano ciliado. La trompa extirpada presentaba signos de hemorragia e inflamación. No se observaron signos de malignidad en el quiste ni en la porción de la trompa incluida en la pared de este. La paciente se recuperó rápidamente y fue dada de alta sin complicaciones.

FIGURA 1. IMAGEN ECOGRÁFICA DEL QUISTE PARATUBÁRICO DERECHO.





FIGURA 2. HALLAZGOS MACROSCÓPICOS DURANTE LA LAPAROSCOPIA DEL QUISTE PARATUBÁRICO.



DISCUSIÓN

Aproximadamente 76% de los quistes paratubáricos y paraováricos son de origen paramesonefrico; sin embargo, también se han documentado de origen mesotelial y raras veces mesonefrico. Se ha propuesto que los quistes paratubáricos pueden ser divertículos de la trompa de Falopio normal, debido a la presencia de una fina capa muscular alrededor del quiste y de epitelio ciliado dentro de este. Estas estructuras probablemente se desarrollan debido a la actividad secretora del epitelio tubárico, el cual sufre la influencia hormonal⁽⁴⁾.

Los quistes paratubáricos son generalmente asintomáticos y generalmente se manifiestan con hemorragia, torsión o neoplasia. Cuando ocurre el aumento de tamaño, la paciente puede referir dolor pélvico o sensación de peso en el abdomen⁽²⁾. Otra presentación común es la torsión. La incidencia de torsión entre las pacientes con quistes paratubáricos varía de 2,1% a 16% comparado con 2,3% en los quistes anexiales. El anexo derecho sufre la torsión más frecuentemente que el izquierdo, en una relación 3:2, debido a que el apoyo del anexo izquierdo está en íntima relación con el colon sigmoidees en el cuadrante inferior izquierdo⁽⁵⁾. En las niñas, la torsión es más común debido a hipermotilidad del anexo debido al aumento de la laxitud y longitud del ligamento infundíbulo-pélvico, mesosálpinx o la trompa⁽¹⁾. La presentación clínica común es similar a otras patologías y los diagnósticos diferenciales incluyen apendicitis aguda, hidrosálpinx, hernia encarcelada, embarazo ectópico, infección urinaria, litiasis renal, gastroenteritis y enfermedad inflamatoria pélvica. Los hallazgos

físicos son dolor abdominal o anexial al examen físico y pueden encontrarse signos de irritación peritoneal con palpación o no de la tumoración⁽²⁾.

Los análisis de laboratorio son generalmente inespecíficos y, en ocasiones, solo se puede observar aumento de la cuenta blanca⁽³⁾. Además, la medición de las concentraciones de CA-125 no incrementa la precisión diagnóstica⁽⁶⁾.

La evaluación ecográfica inicial puede ser abdominal o transvaginal. El diagnóstico diferencial de los quistes paratubáricos y paraováricos requiere de gran precisión⁽⁷⁾. La separación entre el quiste y el ovario cuando se empuja el transductor, conocido como 'signo de separación', es un signo útil para discriminar las tumoraciones paraováricas⁽⁸⁾. La ecografía con escala de grises o Doppler para el diagnóstico tiene una especificidad de 99% pero una baja sensibilidad (14%)⁽⁹⁾. Se pueden utilizar otras técnicas de imágenes como la resonancia magnética, en la que se describe una tumoración quística homogénea cerca del ligamento redondo ipsilateral y el útero⁽¹⁾. Los hallazgos ecográficos de la torsión ovárica incluyen la visualización del pedículo vascular torcido y la trompa dilatada con engrosamiento ecográfico de las paredes y restos o hemorragia interna. La ecografía Doppler es útil y puede mostrar ondas de alta impedancia con flujo diastólico reverso en la trompa afectada⁽²⁾.

Desde el punto de vista histológico, los quistes paratubáricos son quistes simples con paredes finas y llenos de líquido. Se han reportado hallazgos neoplásicos en estos quistes, en especial cuando existen proyecciones papilares, pero los quistes malignos son raros⁽⁸⁾. Son histológicamente diferentes a los abscesos tuboováricos crónicos estériles que tienen paredes gruesas, evidencia de infiltrado inflamatorio y son multiloculados.

El tratamiento apropiado para la tumoración es importante. Aún cuando no existen criterios bien descritos para el tratamiento de los quistes paratubáricos, generalmente son tratados como tumoraciones ováricas. Por lo tanto, los quistes pequeños, uniloculares y simples pueden ser manejados de forma expectante, mientras que los quistes de paredes gruesas con proyecciones papilares deben ser manejados en forma



quirúrgica⁽⁷⁾. Existen opiniones encontradas con relación a la aspiración o resección del quiste. Aunque la aspiración y dejar el quiste *in situ* con un menor tamaño parece ser la práctica más común, la mayoría de las investigaciones sugiere la resección de quistes paratubáricos grandes (mayores de 3 centímetros). La ooforopexia ha sido descrita en los casos de niñas con ligamentos infundíbulo-pélvicos redundantes acompañados de torsión recurrente⁽⁵⁾. La laparoscopia es el tratamiento de elección para el diagnóstico y tratamiento de la torsión. La corrección de la torsión es el tratamiento de elección. Además, la resección de la tumoración es necesaria para evitar la recurrencia. La única limitación para el uso de la laparoscopia es el tamaño del quiste⁽¹⁾.

La cirugía conservadora de la fertilidad es una opción posible para pacientes jóvenes con quistes paratubáricos limítrofes, pero es necesario el seguimiento estricto, ya que al igual que los tumores serosos de ovario limítrofes estadios IA, la indicación de cirugía de re-estadificación es controversial⁽¹⁰⁾. La baja frecuencia de tumores paratubáricos limítrofes hace de su manejo un reto particular.

La causa de la torsión anexial puede ser multifactorial. Los quistes paratubáricos son fisiológicos, pero su actividad secretora puede aumentar su tamaño. Esto puede llevar a la torsión de la porción libre de la trompa de Falopio. Aunque la torsión y el infarto de la trompa son raros, se debe considerar como diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres en edad reproductiva. La intervención quirúrgica temprana puede permitir la preservación de la trompa de Falopio en mujeres jóvenes para proteger su futura fertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asare EA, Greenberg S, Szabo S, Sato TT. Giant paratubal cyst in adolescence: case report, modified minimal access surgical technique, and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(5):e143-5. doi: 10.1016/j.jpag.2014.11.002.
2. Kiseli M, Caglar GS, Cengiz SD, Karadag D, Yilmaz MB. Clinical diagnosis and complications of paratubal cysts: review of the literature and report of uncommon presentations. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(6):1563-9. doi: 10.1007/s00404-012-2304-8.
3. Goktolga U, Ceyhan T, Ozturk H, Gungor S, Zeybek N, Keskin U, et al. Isolated torsion of fallopian tube in a premenarcheal 12-year-old girl. *J Obstet Gynaecol Res*. 2007;33(2):215-7
4. Terek MC, Sahin C, Yeniel AO, Ergenoglu M, Zekioglu O. Paratubal borderline tumor diagnosed in the adolescent period: a case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(5):e115-6. doi: 10.1016/j.jpag.2011.05.007.
5. Lourenco AP, Swenson D, Tubbs RJ, Lazarus E. Ovarian and tubal torsion: imaging findings on US, CT, and MRI. *Emerg Radiol*. 2014;21(2):179-87. doi: 10.1007/s10140-013-1163-3.
6. Guerriero S, Ajossa S, Piras S, Angiolucci M, Marisa O, Melis GB. Diagnosis of paraovarian cysts using transvaginal sonography combined with CA 125 determination. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006;28(6):856-8.
7. Benkirane S, Alaoui FF, Chaara H, Bougern H, Melhouf MA. Twisted paratubal cyst: report of a rare case of difficult diagnosis. *Pan Afr Med J*. 2014;19:25. doi: 10.11604/pamj.2014.19.25.3417
8. Zhao F, Zhang H, Ren Y, Kong F. Transvaginal sonographic characteristics of paraovarian borderline tumor. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(2):2684-8.
9. Sokalska A, Timmerman D, Testa AC, Van Holsbeke C, Lissoni AA, Leone FP, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound examination for assigning a specific diagnosis to adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(4):462-70. doi: 10.1002/uog.6444.
10. Lee CI, Chiang KJ, Yu MH, Su HY, Chao TK, Wang YC. Rare case of a paratubal cystadenoma with bilateral hydrosalpinges in an infertile woman. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014;53(2):239-40. doi: 10.1016/j.tjog.2014.04.020.