

Niñas con Dolor abdominal. ¿Quién es Quién?

María Gabriela Toro
R1 Cirugía Pediátrica
HGUA



¿Quién es Quién?

¿Quién es Quién?



- Ana. 10 años.

Dolor HG y Flancos (72h) + Vómitos + Disuria



- Beatriz. 8 años.

Dolor FID e HG (24h) + Vómitos y Náuseas + Disuria



- Carolina. 13 años.

Dolor Periumbilical (48h)

¿Y qué más?



- Masa en HG + FLD. Análisis sin alteraciones.
Sin menarquia



- Distermia. Leucocitos 13000, Neutrofilos 78%.
Sin menarquia



- Masa en FOD. CK elevado (191 U/L). AFP: 50.8
Menarquia 11 años

Diagnóstico diferencial Abdomen Agudo en niñas

Gastroenteritis aguda.

Infección urinaria.

Apendicitis.

Estreñimiento.

Enfermedad inflamatoria
pélvica.

Neumonía. Asma.

Fibrosis quística.

Enfermedad inflamatoria
intestinal.

Úlcera péptica.

Embarazo.

Quistes ováricos.

Dolor intermenstrual.

Hernia incarcerada.

Adenitis mesentéricas.

Neoplasias.

Hepatitis.

Litiasis renales.

Torsión ovárica.

Otras...

Diagnóstico



- Ausencia de fiebre
- Dolor sin historia de migración
- Dolor bien localizado
- Uroanálisis sin alteraciones, PPR negativa
- Persistencia del dolor

Ecografía Abdomino-pélvica

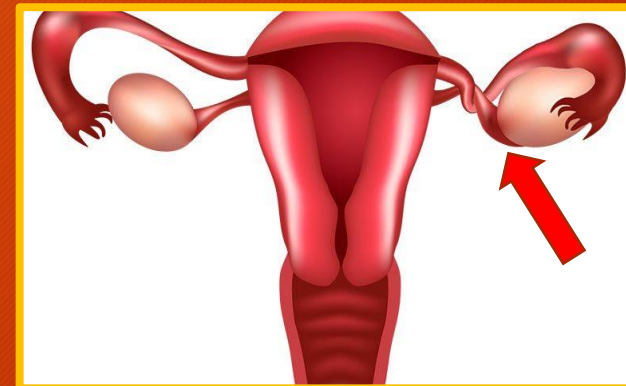
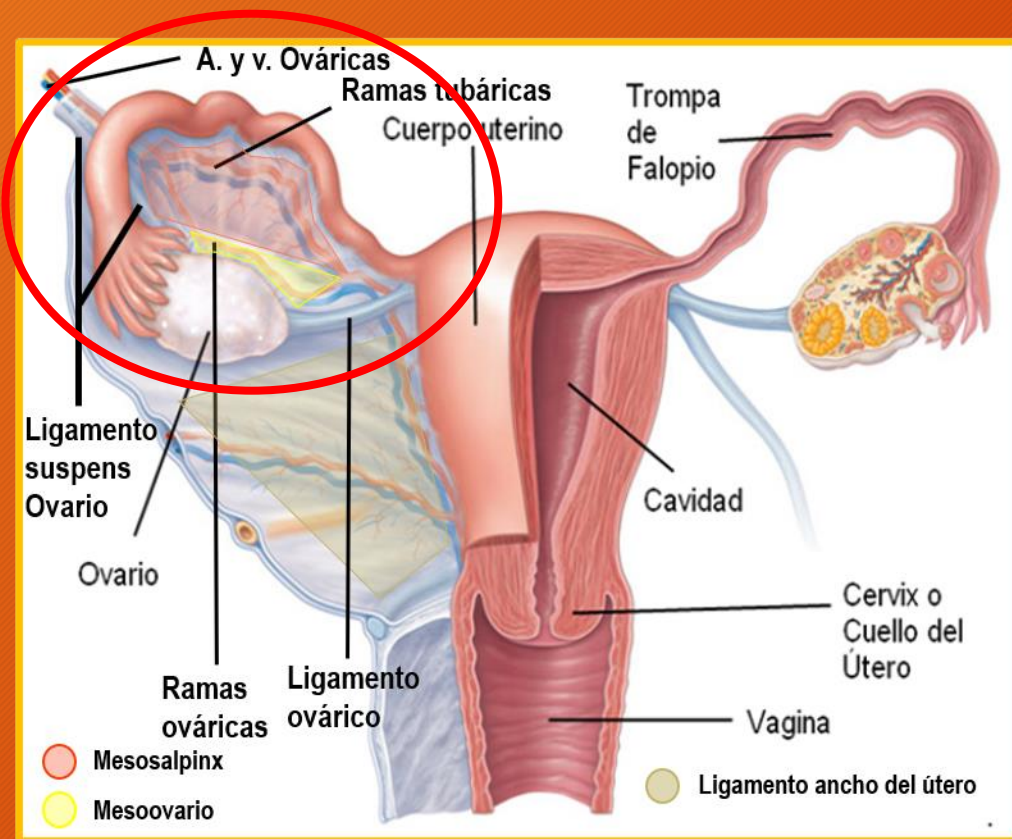
- Significativo aumento de volumen del ovario derecho. Fina banda de líquido libre.
- Lesión quística compleja anexial derecha, con alguna calcificación. Líquido libre escaso.
- Masa anexial derecha, ovalada, sólido-quística, con áreas quísticas tabicadas en la periferia.

TORSIÓN OVARICA



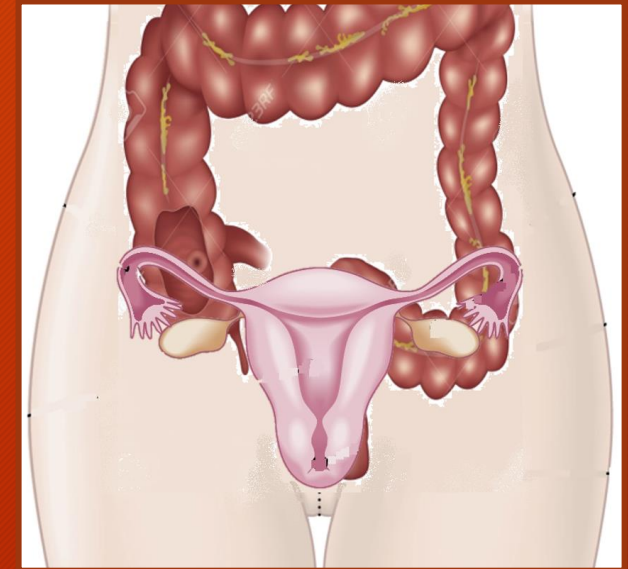
Intervención Quirúrgica

TORSIÓN OVÁRICA



TORSIÓN OVÁRICA. Epidemiología.

- 15% infancia o niñez + adolescencia.
- Fetal a 1er año - Perimenarquia.
- + Ovario derecho.
- 0.3% y 3.5% casos por año. Poco frecuente pero importante



TORSIÓN OVÁRICA. Fisiopatología

- Cerca 50% sin patología predisponente
- Resto
 - Longitud anormal de trompa.
 - Ovarios grandes en relación a útero.
 - Laxitud ligamento suspensorio.
 - Quistes foliculares o hemorrágicos
 - Teratomas Quísticos
- Malignidad < 1% →

Seminars in Pediatric Surgery (2005) 14, 86-92



SEMINARS IN
PEDIATRIC
SURGERY

Ovarian torsion

Darrell L. Cass, MD

From the Michael E. DeBakey Department of Surgery, and Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

TORSIÓN OVÁRICA. Forma de presentación

- Inespecífica



(alrededor del 100%)
Brusco → Cólico



(60-70%)

Historia de
dolores
similares.

Masa
abdominal
(10-40%)



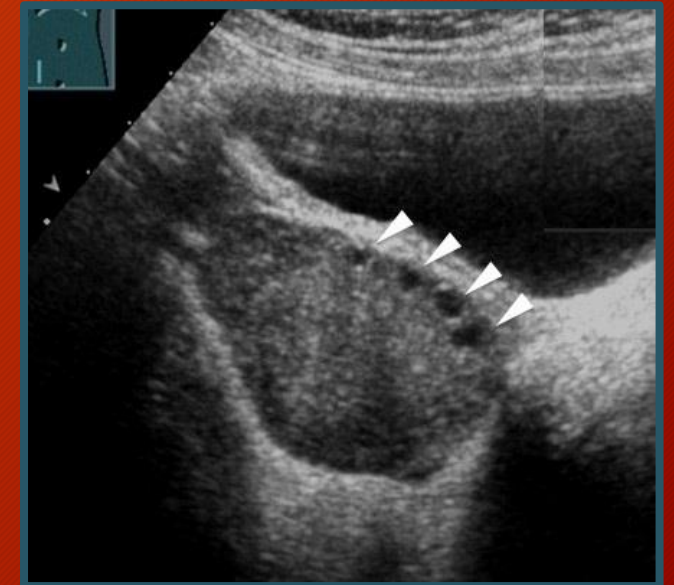
(< 28%)



(alrededor de un 30%).

TORSIÓN OVÁRICA. Diagnóstico.

- Quirúrgico.
- Ecografía + Doppler.
 - ↑ Tamaño - Masa heterogénea - Ausencia de flujo vascular - Pedículo torsionado.
 - Ovario aumentado de tamaño con múltiples quistes periféricos (+/- 66%).
- TAC / RM / Rx





Ovarian torsion: developing a machine-learned algorithm for diagnosis

Jeffrey P. Otjen¹  · A. Luana Stanescu¹ · Adam M. Alessio² · Marguerite T. Parisi¹

Received: 5 June 2019 / Revised: 21 November 2019 / Accepted: 19 December 2019
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2020

TORSIÓN OVÁRICA. Diagnóstico.

- Laboratorio.
 - Poco específicos.
 - Uroanálisis. Prueba de embarazo. Hemograma. Bioquímica.
- Marcadores Biológicos/Tumorales
 - AFP, BHCG, CA125, CEA, CA19.9 .



TORSIÓN OVÁRICA. Manejo.



TORSIÓN OVÁRICA. Manejo.

Journal of Pediatric Surgery (2013) 48, 1946–1953



Journal of
Pediatric
Surgery

www.elsevier.com/locate/jped surg

Ovarian torsion in children: Management and outcomes

Lina Geimanaite*, Kestutis Trainavicius

*Clinic of Gastroenterology, Nephrourology and Surgery, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania
Department of Pediatric Surgery, Children's Hospital, Affiliate of Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos, Vilnius, Lithuania*

Received 8 July 2012; revised 31 March 2013; accepted 13 April 2013

Original Study

Adnexal Torsion in Children and Adolescents: A Retrospective Review of 245 Cases at a Single Institution

Olujemisi Adeyemi-Fowode MD^{1,2,*}, Emily G. Lin MD¹, Fatima Syed BSc¹,
Haleh Sangi-Haghighi PhD¹, Huirong Zhu PhD³, Jennifer E. Dietrich MD, MSc^{1,2}

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

² Division of Pediatric and Adolescent Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

³ Outcomes and Impact Service, Texas Children's Hospital, Houston, Texas



ARTÍCULO ORIGINAL

Cir Pediatr 2014; 27: 26-30

Torsión ovárica. Evolución del ovario necrótico tras detorsión laparoscópica

C.E. Lasso Betancor, J.I. Garrido Pérez, F.J. Murcia Pascual, R. Granero Cendón, V. Vargas Cruz, R.M. Paredes Esteban

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Journal of Pediatric Surgery 53 (2018) 1387–1391



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Pediatric Surgery

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jped surg



Gonadal Torsion

Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review

Roshni Dasgupta^{a,*}, Elizabeth Renaud^b, Adam B. Goldin^c, Robert Baird^d, Danielle B. Cameron^e,
Meghan A. Arnold^f, Karen A. Diefenbach^g, Ankush Gosain^h, Julia Grabowskiⁱ, Yigit S. Guner^j,
Tim Jancelewicz^h, Akemi Kawaguchi^k, Dave R. Lal^l, Tolulope A. Oyetunji^m, Robert L. Riccaⁿ, Julia Shelton^o,
Stig Somme^p, Regan F Williams^h, Cynthia D. Downard^q



TORSIÓN OVÁRICA. Manejo.

- Detorsión
 - Quistectomía
 - Tumorectomía
- Ooforopexia
 - TO Bilateral Asincrónica
 - Ausencia de Ovario contralateral
 - Torsión Recurrente.



- *Laparoscopia*

Torsión de ovario derecho y trompa (4 vueltas). Ovario derecho aumentado de tamaño, negruzco.

- Detorsión Ovárica



Ana: Dolor HG y Fls. Vómitos. Disuria. Masa en HG
ECO: Significativo aumento del ovario derecho. Fina banda de líquido libre

Evolución y seguimiento.

- Presentó 2 nuevos episodios de torsión ovárica derecha realizándose detorsión en ambos.
- Tras 10 meses de la primera laparoscopia, se realiza una 4ta cirugía (esta vez programada) para detorsión y pexia del ovario derecho.
- Buena evolución.



Ana: Dolor HG y Fls. Vómitos. Disuria. Masa en HG
ECO: Significativo aumento del ovario derecho. Fina banda de líquido libre



- *Laparoscopia*

Ovario derecho y trompa torsionados (4 vueltas) con aumento de tamaño y coloración violácea. No se visualiza tumoración.

- Detorsión Ovárica → Plicatura de ligamento ancho
+ ovario.



Beatriz: Dolor FID e HG. Vómitos y Náuseas. Disuria. Leucos 13000.
ECO: Lesión quística compleja anexial, con alguna calcificación. Líquido libre escaso.

Evolución y seguimiento.

En sus controles ecográficos se evidencia signos de teratoma ovárico, por lo que ingresa nuevamente 4 meses después de la primera cirugía y se realiza Ooforectomía derecha.

AP: Teratoma Quístico Maduro (3.4cms). Sin evidencia de malignidad



Beatriz: Dolor FID e HG. Vómitos y Náuseas. Disuria. Leucos 13000.
ECO: Lesión quística compleja anexial, con alguna calcificación. Líquido libre escaso.



- *Laparoscopia*

Tumoración en ovario derecho, grande, congestiva, torsionada 180°.

- Detorsión Ovárica → Resección de tumor + Ooforectomía derecha.



Carolina: Dolor PU. Masa en FOD. CK 191. AFP: 50.8

ECO: Masa anexial derecha, ovalada, sólido-quística, con áreas quísticas tabicadas en la periferia.

Evolución y seguimiento.

AP: Teratoma Inmaduro (8.5 cms). Grado III/III. Cápsula Íntegra.
PT1A (Estadio FIGO IA).

Evolución clínica satisfactoria tras 2 años de seguimiento de su ooforectomía. MB negativos.



Carolina: Dolor PU. Masa en FOD. CK 191. AFP: 50.8

ECO: Masa anexial derecha, ovalada, sólido-quística, con áreas quísticas tabicadas en la periferia.

Conclusiones

- La torsión ovárica es una causa poco frecuente de dolor abdominal en niñas.
- Debe considerarse sobre todo en las pacientes perimenárquicas
- Así evitaremos el retraso diagnóstico y de tratamiento que podría acabar en la necrosis del ovario
- La ecografía abdomino-pélvica es la prueba de elección, aunque la presencia de flujo NO descarta el diagnóstico.
- El tratamiento indicado es la detorsión ovárica por vía laparoscópica con una enorme tasa de éxito conservando la fertilidad de las pacientes.

Bibliografía

- Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Abdomen agudo en el niño. [Juan García Aparicio](#). Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid
- Ovarian torsion. Seminars in Pediatric Surgery (2005) 14, 86-92. [Darrell L. Cass, MD](#).
- Ovarian torsion: developing a machine-learned algorithm for diagnosis. [Otjen JP](#), [Stanescu AL](#), [Alessio AM](#), [Parisi MT](#).
- Torsión ovárica como causa de dolor abdominal agudo en una niña prepuberal. Acta Pediátrica Esp. 2012; 70(11): e47-e50 [P. Sevilla Ramos](#), [M.J. Hernández Bejarano](#), [E. Cid París](#), *et al*. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares.
- Ovarian torsion in children: Management and outcomes. [Lina Geimanaite](#), [Kestutis Trainavicius](#).
- Torsión ovárica. Evolución del ovario necrótico tras detorsión laparoscópica. [C.E. Lasso Betancor](#), [J.I. Garrido Pérez](#), [F.J. Murcia Pascual](#), *et al*. Servicio de Cirugía Pediátrica. H. Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- Adnexal Torsion in Children and Adolescents: A Retrospective Review of 245 Cases at a Single Institution. [Adeyemi-Fowode O](#), [Lin EG](#), [Syed F](#), [Sangi-Haghpeykar H](#), [Zhu H](#), [Dietrich JE](#).
- Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review. [Roshni Dasgupta](#), [Elizabeth Renaud](#), [Adam B. Goldin](#), [Robert Baird](#), [Danielle B. Cameron](#), *et al*.

Gracias

