

Reporte de caso

# AUTOAMPUTACIÓN ANEXIAL POR TORSIÓN DE MASA OVÁRICA

Alberto Meisel MD<sup>1</sup>, Johanna Gómez MD<sup>2</sup>, Diana Hernández MD<sup>2</sup>

*1 Coordinador Unidad de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva, servicio de Ginecología y Obstetricia,  
Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia*

*2 Residente Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia*

## RESUMEN

Se presenta un caso extremadamente raro de autoamputación anexial evidenciado durante laparoscopia en una paciente con diagnóstico de masa ovárica. El análisis histológico de la masa extraída mostró cambios por torsión extensa que impidió visualizar parénquima ovárico, el quiste macroscópicamente favorece benignidad. Finalmente, se realiza revisión de la literatura.

**Palabras claves:** Ovario; Enfermedades del Ovario; Anomalía Torsional.

**DOI:** <https://doi.org/10.26852/01234250.40>

## AUTO-AMPUTATION OF THE ADNEXA DUE TO OVARIAN MASS TORSION

## ABSTRACT

An extremely rare case of adnexal auto-amputation evidenced during laparoscopy is reported in a patient with a diagnosis of an ovarian mass. Histological analysis of the mass removed indicated changes due to extensive torsion preventing the visualization of the ovarian parenchyma. Macroscopically, the cyst looks benign. Finally, a subsequent literature review was carried out.

**Keywords:** Ovary; Ovarian Diseases; Torsion Abnormality.

Recibido: 22 de noviembre de 2017

Aceptado: 22 de mayo de 2019

Correspondencia: [ameisel71@yahoo.com](mailto:ameisel71@yahoo.com)

## INTRODUCCION

La autoamputación ovárica es un hallazgo intraoperatorio extremadamente raro en el manejo quirúrgico de una masa ovárica. El evento patológico primario es la torsión del anexo secundario a la presencia de una masa ovárica, generalmente de un gran tamaño, seguido de infarto y necrosis del mismo. La autoamputación ovárica puede encontrarse como hallazgo incidental durante el estudio de una enfermedad, por ecografía o durante una cirugía pudiendo localizarse como una masa libre en la cavidad peritoneal (1). Su incidencia no se puede estimar con precisión debido a que varios casos de autoamputación son asintomáticos (2). Se describe un caso de autoamputación anexial diagnosticado incidentalmente durante una laparoscopia y se realiza una revisión de la literatura.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 24 años de edad G1P1A0C0 sin antecedentes de importancia, valorada por ginecología por dolor pélvico crónico quien presentó un episodio de agudización del dolor por lo que consultó al servicio de urgencias, a la exploración física se palpó una masa pélvica de +/-10 cm, móvil, de consistencia quística, no dolorosa.

La ecografía transvaginal mostró imagen quística de 107 mm, de localización cefálica subyacente a la vejiga y hacia el lado izquierdo. La tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica reporta una imagen hipodensa de tipo quístico de 109.5 x 75.6 mm dependiente de anexo derecho y anexo izquierdo normal (Imagen 1).

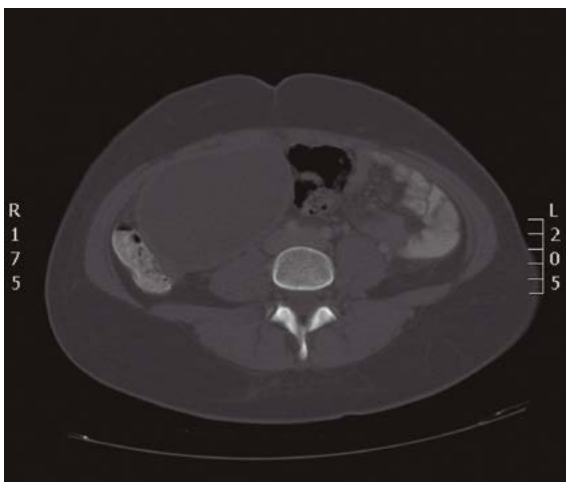
Es dada de alta por urgencias con manejo analgésico y continuar estudio por consulta externa donde se solicitan marcadores tumorales, los cuales son reportados como normales.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente por vía laparoscópica 22 meses más tarde. Previo al inicio del procedimiento debido al tiempo transcurrido desde la última valoración de la paciente se realiza una nueva ecografía transvaginal de urgencias donde se evidencia lesión quística compleja en región anexial izquierda de 78 mm, que se extiende entre el aspecto anterior del cuerpo uterino y la pared posterior de la vejiga (Imagen 2).

En los hallazgos intraoperatorios se encontró una masa libre en la pelvis de 7 cm de diámetro alojada en pared anterior del útero con paredes delgadas, consistencia blanda, contenido líquido de color café (Imagen 3 y 4).

En la exploración de la pelvis, no se identificó ovario ni trompa de Falopio derecha, evidenciando sección a la

IMAGEN 1. TAC abdomino-pélvico.



Se observa masa hipodensa quística dependiente de anexo derecho.

IMAGEN 2. Ecografía transvaginal.

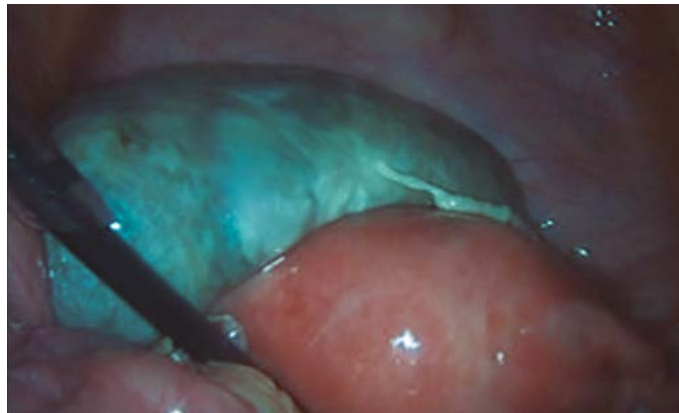


Imagen quística compleja anexial izquierda, entre pared anterior de cuerpo uterino y pared posterior de vejiga

**IMAGEN 3.** Apariencia macroscópica de masa libre en pelvis



**IMAGEN 4.** Masa libre alojada en fondo de saco anterior.



altura del tercio proximal de la trompa (Imagen 5). En el estudio histopatológico, se evidenció cambios extensos por torsión que impiden visualizar parénquima ovárico, calcificaciones en placa y presencia de hemosiderófagos, no fue posible definir histológicamente pero el quiste macroscópicamente favorece benignidad. La paciente fue dada de alta sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

Una masa intraperitoneal libre flotando en la pelvis es extremadamente rara y casi todas son originadas del ovario, solo existen dos casos reportados de masas originados de otros órganos, el primero de la vesícula biliar y el otro de la apéndice (1). En la literatura existen alrededor de 36 casos de autoamputación ovárica

en neonatos y niñas menores de 12 años de edad (1) y 17 casos en mujeres entre 21 y 70 años con quistes dermoides o teratomas (2). Kusaka (3) diagnosticó una autoamputación de ovario en fondo de saco durante una laparoscopia realizada por hallazgo de una masa pélvica.

El ovario y la trompa de Falopio son estructuras muy móviles, capaces de tolerar hasta 90° de rotación, si es mayor de este se aumenta el riesgo de daño vascular. El tamaño y el peso de grandes quistes de ovario pueden causar elongación del ligamento ancho, actuando como un punto de apoyo sobre el que el ovario se puede torcer (4). La necrosis del tejido rara vez puede inducir un fenómeno que es poco común llamado autoamputación. La complicación más frecuente informada es la torsión del pedículo que ocurre en el 16,1% de los casos (2). La torsión anexial puede ocurrir a cualquier

IMAGEN 5. Ausencia de trompa y ovario derecho



edad e incluso en útero. El aumento del riesgo de torsión ovárica está dado por el incremento en el tamaño y el peso de la masa. Hay un predominio inexplicable de frecuencia en el lado derecho (5). La torsión anexial implica tanto la trompa como el ovario, es muy rara la torsión aislada de la trompa de Falopio pero se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial de una paciente con dolor (6).

La autoamputación ovárica puede entonces terminar en reabsorción, calcificación o una masa libre (7), algunas veces son diagnosticados incidentalmente en

pacientes asintomáticas con hallazgos al examen físico de una masa o por estudios imagenológicos. En otras pacientes se puede presentar como un cuadro de dolor abdominal agudo que requerirá intervención quirúrgica de urgencia.

Es importante identificar las pacientes con mayor riesgo de torsión ovárica, la cual se podría sospechar ecográficamente en aquellas masas de crecimiento rápido, cambio en las características de quiste simple a complejo y quistes que miden más de 5 cm (7) para realizar un manejo quirúrgico oportuno.

## REFERENCIAS

1. Uygun I, Aydogdu B, Okur MH, Otcu S. The First Report of an Intraperitoneal Free-Floating Mass (an Autoamputated Ovary) Causing an Acute Abdomen in a Child. *Case Rep Surg*. 2012;2012:1-7. <https://doi.org/10.1155/2012/615734>
2. Peitsidou A, Peitsidis P, Goumalatsos N, et al. Diagnosis of an autoamputated ovary with dermoid cyst during a Cesarean section. *Case Rep Fertility and Sterility*. 2009; 91(4): 1294.e9–1294.e12. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.029>
3. Kusaka M, Mikuni M. Ectopic ovary: a case of autoamputated ovary with mature cystic teratoma into the cul-de-sac. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33:368–70. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2007.00538.x>
4. Amodio J, Hanano A, Rudman E, Banfro F, Garrow E. Complex left fetal ovarian cyst with subsequent autoamputation and migration into the right lower quadrant in a neonate. *J Ultrasound Med*. 2010;29:497-500. <https://doi.org/10.7863/jum.2010.29.3.497>
5. Bertolotto M, Serafini G, Toma P. Adnexal Torsion. *Ultrasound Clin*. 2008;3(1):109–119. <https://doi.org/10.1016/j.cult.2007.12.002>
6. Sharma B, Preston J, Greenwood P, et al. Isolated torsion of the fallopian tube: two case reports. *J Obstet Gynaecol* 2003;23:329–30. <https://doi.org/10.1080/01443610310000106082>
7. Hinojosa S, Gallo Y.N, Figueroa L.M, et al. J. Autoamputación de quiste ovárico. Reporte de caso. *Cir Pediatr* 2014;27:143-145.