

Torção ovariana

Ovarian torsion

Antônio Flávio Rodrigues¹, Bruno Emanuel Carvalho Oliveira¹, Diogo Ramos Santos¹, Eualdo Fernandes da Silva Júnior¹, Felipe Ferreira Guimarães¹, Hebert Gomes Muniz², Leonardo Vinícius de Andrade¹, Selmo Geber²

RESUMO

Torção ovariana é definida como a rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano que promove estase circulatória, inicialmente venosa, e que se torna arterial com a progressão da torção e do edema resultante. Sua manifestação clínica é inespecífica e assemelha-se às do abdômen agudo, o que pode levar à demora em sua identificação. A realização tardia do diagnóstico pode ocasionar a perda da tuba uterina, do ovário, ou de ambos com conseqüente infertilidade. O tratamento é cirúrgico.

Palavras-chave: Doenças dos Anexos; Anormalidade Torcional; Ovário; Infertilidade; Ovariectomia.

ABSTRACT

Ovarian torsion is defined as a partial or complete rotation of the ovarian vascular pedicle promoting circulatory stasis that is initially venous and becomes arterial with the progression of twisting and resultant edema. The nonspecific symptoms similar to acute abdomen may lead to delay in its identification. Delayed diagnosis may lead to the loss of a fallopian tube, ovary, or both, with consequent infertility. The treatment is surgical.

Key words: Adnexal Diseases; Torsion Abnormality; Ovary; Infertility; Ovariectomy.

INTRODUÇÃO

A torção ovariana representa a rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, com a promoção de estase circulatória, inicialmente venosa, e que se torna arterial com a progressão da torção e do edema resultante, gangrena e necrose hemorrágica, com o risco de lesões ovarianas irreversíveis.¹

Constitui-se em importante causa de dor abdominal aguda em mulheres em idade reprodutiva, apesar de sua baixa incidência. Associa-se, com frequência, com erros diagnósticos e tratamentos inadequados, devido à inespecificidade de suas manifestações clínicas.²

Os diagnósticos diferenciais incluem: doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, abscesso tubo ovariano, endometriose, apendicite aguda, ruptura de cisto ovariano e litíase de vias urinárias.^{3,4}

¹ Acadêmico interno em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;

² Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Rua Stibina, n 40, apto 204, Bairro Santa Efigênia,
Belo Horizonte, MG, CEP 30260300
E-mail: leonardoandrade1@yahoo.com.br

IMPORTÂNCIA

A sintomatologia inespecífica da torção ovariana pode levar à demora em sua identificação. O diagnóstico tardio da torção ovariana pode provocar a perda da tuba uterina, do ovário, ou de ambos, com evolução para a infertilidade. Pode ser seguida, quando não tratada, de infecção local, peritonite, sepse e até óbito⁴. Seu reconhecimento precoce e a restauração do fluxo sanguíneo são importantes para evitar danos irreversíveis.^{1, 4, 5, 6}

INCIDÊNCIA

O aumento do emprego de técnicas de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro* (FIV) e o aumento subsequente do número de gestações elevaram a prevalência de doenças raras como a torção ovariana, a gravidez heterotópica e a síndrome de hiperestímulo ovariano (OHSS). A torção ovariana é responsável por 3% de todos os procedimentos cirúrgicos, a quinta emergência ginecológica mais comum, afetando mulheres em idade reprodutiva em 70% a 80% dos casos e acometendo uma em 5000 gestações.⁴

A incidência de torção ovariana após FIV varia entre 0,08% a 0,13%, sendo observada em 1% a 33% da OHSS.⁴

A correlação entre FIV, gravidez e torção ovariana possui maior incidência na gestação gemelar, especialmente durante o primeiro, raramente no segundo e, excepcionalmente no terceiro trimestres de gestação. A torção em crianças, adolescentes e mulheres na pós-menopausa é entidade rara.^{2, 4}

FISIOPATOLOGIA

A torção de ovário associa-se, ou representa consequência frequente, do uso de gonadotrofinas para a indução da superovulação, devido ao aumento do volume ovariano e do número de folículos em desenvolvimento, ou de corpos lúteos resultantes da punção folicular. O motivo real da torção não é conhecido, mas o peso aumentado do ovário pode facilitar sua movimentação e, em consequência, sua torção.

Os pedículos ovarianos, durante a torção ovariana, são parcialmente estrangulados, causando prejuízo ao fluxo de sangue. É inicialmente compro-

metido o fluxo venoso, seguido pelo arterial, o que provoca congestão, edema anexial, isquemia e necrose hemorrágica. As lesões ovarianas podem ser irreversíveis.^{1, 5}

Associa-se, usualmente, com as neoplasias císticas, como o teratoma cístico maduro, os cistos hemorrágicos, e os cistoadenomas. Os grandes cistos de ovários são vistos na OHSS, que se constitui em outro fator predisponente para a torção ovariana¹.

As causas não patológicas, em que a estrutura ovariana é normal, incluem: mobilidade aumentada ou espasmo das trompas de falópio, ligamentos pélvicos alongados, exercícios extenuantes e mudanças bruscas da pressão intra-abdominal.¹

A maior probabilidade de a torção ocorrer no lado direito pode ser explicada pelo fator protetor que o cólon sigmóide exerce sobre o ovário esquerdo, ao limitar sua movimentação.^{1, 4}

QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas da torção ovariana são inespecíficas, o que dificulta sua diferenciação de outras causas de dor abdominal aguda, sendo facilmente confundida com outras causas de abdômen agudo.

A anamnese é muito importante para o estabelecimento do diagnóstico. Devem ser questionados: o foco e as características da dor; quando e como começou; a intensidade e a modificação com a administração de medicamentos; a associação com a realização de FIV e o número de oócitos obtidos, o nível de estrogênio durante a estimulação, as drogas e dosagens utilizadas e o número de embriões transferidos.⁴ O diagnóstico é muito difícil de ser realizado quando ocorre em crianças e adolescentes.

Apresenta-se, em geral, como dor repentina, contínua e inespecífica, localizada, inicialmente, na região inguinal, podendo se estender para o flanco e hipomessogástrico e, em seguida, disseminar-se por todo o abdômen, com irritação peritoneal e presença de massa anexial. A dor pode ocorrer de forma subaguda ou intermitente. As náuseas e vômitos ocorrem em 70% das pacientes. A febre também pode estar presente. Os ovários estão aumentados de volume e são palpáveis. O exame abdominal é dificultado pela presença da dor. O útero corresponde à idade gestacional e não há dor ou sangramento cervical.⁴ As pacientes com experiência de dores recorrentes e intermitentes podem fazer o diagnóstico diferencial.^{2, 3, 4, 6}

É sempre necessária a utilização de exames complementares para o estabelecimento do diagnóstico. Não existem achados laboratoriais específicos na torção ovariana. Há tendência de surgimento de leucocitose e neutrofilia, sem correlação entre seu valor e a presença de necrose textural. A ultrassonografia (US), a tomografia computadorizada (TC), e a ressonância magnética (RM) não apresentam dados específicos de torção ovariana, revelando, em quase todos estes métodos, a presença de uma massa pélvica.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 8} A US revela a presença de ovário de aparência sólida, aumento de volume, com estruturas císticas na periferia (folículos ou corpos lúteos), e edema no estroma. É método importante para sugerir rapidamente o diagnóstico de torção de ovário. Esse exame representa o primeiro instrumento gráfico utilizado para a obtenção do diagnóstico de torção ovariana, com valor preditivo positivo e especificidade de 87,5% e 93,3%, respectivamente.^{4, 8} A TC permite a visualização das tubas com espessamento de parede, ascite, espessamento e falta de reforço no contraste da massa anexial cística torcida e desvio do útero para o lado da torção.¹ A RM pode demonstrar edema do pedículo e do ovário, falta de fluxo sanguíneo e sinais indicativos de hemorragia.⁴ Estudos de fluxo por *Doppler* colorido são utilizados, apesar de a ausência de fluxo sanguíneo não ser indicador confiável de torção. Esse método evidencia diminuição do fluxo venoso, seguida pelo diastólico e finalmente pelo sistólico. A torção de ovário pode mostrar fluxo venoso e arterial normal e completamente simétrico com o ovário contra lateral.^{1, 4, 5, 6}

A realização de diagnósticos corretos e cirurgias restauradoras do fluxo sanguíneo podem prevenir a infertilidade e salvar a vida.³

TRATAMENTO

A ooforectomia foi, durante anos, a conduta padrão no tratamento da torção ovariana, devido à consideração de que havia risco aumentado, após a distorção do ovário, de tromboembolismo¹.

Foi observada, na última década, a preservação da função ovariana, sem ocorrência de tromboembolismo, ao ser promovida a distorção do ovário, mesmo com a aparência necrótica durante a cirurgia¹. A coloração preto-azulada do ovário durante a operação não representa evidência de necrose e pode

ocorrer sua recuperação⁷. Deve ser evitado qualquer procedimento adicional, como a ooforectomia, porque a função ovariana é preservada em 88% a 100% dos casos apenas com a distorção do ovário⁵. Bider *et al.* (1946) e Shalev *et al.* (1989) defendem a preservação do anexo, independentemente da aparência macroscópica, ou da evidência de reperfusão, sem aumento da morbidade infecciosa pós-operatória⁷.

O método laparoscópico é de escolha no tratamento. A distorção de anexo e a anexectomia podem ser realizadas pela cirurgia endoscópica ginecológica⁷.

A experiência do cirurgião e o menor intervalo de tempo decorrido entre o início da dor e o tratamento definitivo podem influenciar positivamente no sucesso do tratamento conservador. O intervalo de 36 horas com completa isquemia ovariana, mostrado em modelos animais, sugeriu ser um fator limitante de viabilidade ovariana. Em contraste, a duração da dor abdominal não foi relatada como fator preditivo⁷.

Zweizig *et al.* (1993) não mostraram diferença significativa em mulheres tratadas conservadoramente ou com anexectomia quando a duração dos sintomas for em média três dias.⁷

Oelsner *et al.* (1993) e Cohen *et al.* (1996) mostraram à US o crescimento folicular, em aproximadamente 95% das pacientes, e pela fertilização de ovócitos realizada com sucesso em quase todos os casos submetidos à FIV,⁷ que o anexo pode recuperar sua integralidade funcional.

DISCUSSÃO

O diagnóstico da torção ovariana é tarefa difícil, muitas vezes feito tardiamente ou dirigido para remoção do anexo. Desse modo, é sempre necessário suspeitar desse acometimento em pacientes que apresentam dor abdominal aguda associada a náuseas, vômitos e presença de massa anexial, em especial no lado direito. Devem ser valorizados os fatores de risco como história pregressa de teratoma cístico maduro, cistos hemorrágicos, cistoadenomas, presença de gravidez (em especial a gemelar), e a fertilização *in vitro*, situações nas quais a incidência da torção ovariana está aumentada.

A US representa o método de escolha para a realização do diagnóstico de imagem. Podem ser utilizados outros métodos de forma subsequente como: Doppler colorido, TC e RM, mas sem acréscimo na acurácia diagnóstica.

O tratamento conservador da torção anexial é procedimento seguro para preservar a função ovariana durante os anos reprodutivos. A aparência macroscópica do anexo não é bom indicador de sua viabilidade. A ooforectomia deve ser evitada, porque a função ovariana é preservada apenas com a distorção do ovário em 88% a 100% dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics*. 2008 Sep-Oct; 28(5):1355-68.
2. Galinier P, Carfagna L, Delsol M, Ballouhey Q, Lemasson F, Le Mandat A, et al. Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: report of 45 cases. *J Pediatr Surg*. 2009 Sep; 44(9):1759-65.
3. Nizar K, Deutsch M, Filmer S, Weizman B, Beloosesky R, Weiner Z. Doppler studies of the ovarian Venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion. *J Clin Ultrasound*. 2009 Oct; 37(8):436-9.
4. Arena S, Canonico S, Luzi G, Epicoco G, Brusco GF, Affronti G. Ovarian torsion in *in vitro* fertilization – induced twin pregnancy: combination of Doppler ultrasound and laparoscopy in diagnosis and treatment can quickly solve the case. *Fertil Steril*. 2009 Oct; 92(4):1496.e9-13.
5. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol*. 2006 Sep; 49(3):459-63. Review.
6. Fujii S, Kaneda S, Kakite S, Kanasaki Y, Matsusue E, Harada T, et al. Diffusion-weighted imaging findings of adnexal torsion: initial results. *Eur J Radiol*. 2009 Aug 27.
7. Rody A, Jackisch C, Klockenbusch W, Heinig J, Coenen-Worch V, Schneider HP. The conservative management of adnexal torsion – a case-report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Feb 10; 101(1):83-6. Review.
8. Cornfeld D, Scoutt L. Torsion of hyperstimulated ovary during pregnancy: a potentially difficult diagnosis. *Emerg Radiol*. 2007 Oct; 14(5):331-5.