

Torsión aguda de bazo errante, causa poco frecuente de abdomen agudo

Beatriz de Andrés-Asenjo,* Nuria Fernández-González**

Resumen

Introducción: el bazo errante es un fenómeno poco frecuente que se caracteriza por una posición anómala del bazo en la cavidad abdominal. Se debe a una alteración de los ligamentos de fijación esplénicos que alarga el pedículo vascular y que favorece una posible volvulación parcial o completa del eje vascular. Su clínica es variable; desde un paciente asintomático hasta otro con dolor abdominal crónico o con abdomen agudo. Su complicación más frecuente es la torsión aguda del pedículo esplénico, que causa dolor abdominal intenso.

Caso clínico: paciente femenina de 30 años de edad, que acudió al servicio de Urgencias con clínica de abdomen agudo. Las pruebas diagnósticas (ecografía y tomografía computada abdominal) permitieron identificar el aumento del bazo, en una posición anómala y sin vascularización. Se le realizó esplenectomía urgente.

Conclusión: la torsión aguda del bazo errante es una causa poco frecuente de abdomen agudo, lo que dificulta su diagnóstico y puede retrasar el tratamiento. La identificación tardía obliga a la esplenectomía debido a la necrosis o infarto esplénico, lo que aumenta el riesgo de sepsis postesplenectomía.

Palabras clave: bazo errante, abdomen agudo, torsión esplénica, esplenopexia, esplenectomía

Abstract

Background: Wandering spleen is a rare clinical entity characterized by an anomalous position of the spleen in the abdomen due to impaired splenic ligamentous attachments that produce an elongation of the vascular pedicle. This makes a partial or complete volvulus of the vascular axis more likely. Wandering spleen's clinical presentation is variable—from an asymptomatic patient to one with chronic abdominal pain or an acute abdomen. The most common complication is the acute torsion of the splenic pedicle causing acute abdominal pain.

Clinical case: A 30-year-old woman who turned up at the Emergency Department with acute abdominal pain. Diagnostic imaging (ultrasonography and computerized axial tomography) revealed a huge spleen in an abnormal location and without vascularization. An urgent splenectomy was performed.

Conclusion: Acute torsion of wandering spleen is a rare cause of acute abdomen, which makes early diagnosis difficult and can result in delayed treatment. This would lead to having to perform a splenectomy. Due to splenic necrosis or infarction, which increases the risk of postsplenectomy sepsis.

Key words: Wandering spleen, Acute abdomen, Torsion of spleen, Splenopexy, Splenectomy

* Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
** Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Cáceres. España.

Correspondencia:

Dra. Beatriz de Andrés Asenjo
C/ Ribera del Carrión 1, 3ºB
Valladolid 47008, España
Tel.: 0034 627378590
Correo electrónico: beatrizdeandres007@yahoo.es

Recibido para publicación: 23-03-2011

Aceptado para publicación: 27-07-2011

Introducción

El bazo errante es un fenómeno poco frecuente causado por una anomalía de los ligamentos de fijación esplénicos, ausentes o muy laxos, y a un eje vascular alargado, que desplazan el bazo desde su posición normal en el hipocóndrio izquierdo.¹ Los ligamentos esplénicos laxos o ausentes son: esplenorrenal, gastroesplénico y frenocólico.²

Su causa no es clara. Hay factores congénitos, como una alteración en el desarrollo del mesogastrio dorsal,³ y factores adquiridos, como cambios hormonales durante el

embarazo,⁴ debilidad de la pared abdominal, esplenomegalia⁵ o enfermedades infecciosas.⁶ Su clínica es variable; se observan desde pacientes asintomáticos hasta otros con dolor abdominal crónico o abdomen agudo, generalmente por la torsión aguda del pedículo esplénico. El diagnóstico se realiza con ecografía, tomografía computada o resonancia magnética abdominal. En la actualidad, el tratamiento es quirúrgico y la esplenopexia es el de elección, excepto cuando hay necrosis o infarto esplénico; en este caso, se opta por la esplenectomía.

La torsión aguda de bazo errante es un padecimiento abdominal poco frecuente que debe tenerse en cuenta en caso de abdomen agudo. La dificultad del diagnóstico puede retrasar su tratamiento.

Caso clínico

Paciente femenina de 30 años de edad, con dolor epigástrico y vómitos durante siete días. En los tres últimos días sufrió distensión y molestias abdominales de tipo cólico, en particular en la zona inferior del abdomen.

La paciente ingresó al servicio de Urgencias. En la exploración física se observó a la paciente en mal estado general, afebril, con presión arterial de 100/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto. El abdomen estaba distendido, con dolor difuso a la palpación, con defensa voluntaria en el mesogastrio y ruidos intestinales conservados. Los resultados del análisis de sangre fueron: leucocitosis de 22,000/ μ L (82.8% neutrófilos), hemoglobina 11.2 g/dL, hematócrito 31.1% y plaquetas 241,000/ μ L. Los parámetros bioquímicos estaban dentro de la normalidad, excepto la proteína C-reactiva, que estaba elevada (297.6 mg/L).

Se realizó una ecografía abdominal y se identificó una masa abdominal heterogénea correspondiente al bazo, con pérdida completa de la arquitectura esplénica, sin vascularización arterial ni venosa. La vena esplénica y la vena porta principal habían aumentado de calibre y en el polo superior renal izquierdo se observaron pequeños bazos accesorios. En la TAC abdominal con contraste se identificó la celda esplénica ocupada por el cuerpo gástrico y el colon, una marcada esplenomegalia de 18 \times 13 cm que ocupaba la parte izquierda y central del abdomen (Figura 1), acompañada de moderada cantidad de líquido libre en ambos flancos inferiores y en el espacio de Douglas.

Se realizó una laparotomía media infraumbilical urgente. El bazo se encontró con 18 cm de diámetro longitudinal, con un pedículo alargado, trombosado y torsionado con tres rotaciones en sentido horario (Figura 2), apoyado sobre la cúpula vesical, sin ligamentos esplénicos y con un pequeño bazo accesorio en el polo su-

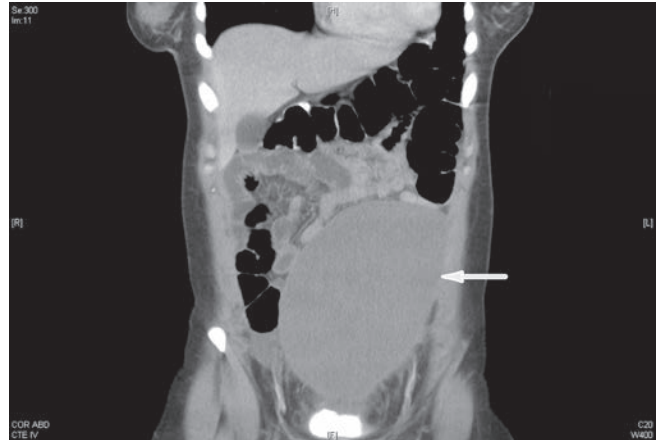


Figura 1. Imagen de tomografía computada abdominal coronal con contraste que muestra la esplenomegalia en el centro del abdomen y el hipocondrio izquierdo ocupado por el colon.



Figura 2. Los resultados intraoperatorios muestran que el bazo está agrandado con un pedículo vascular alargado y torsionado.

perior renal izquierdo. Se realizó esplenectomía tras una doble ligadura reabsorbible y el corte del pedículo esplénico. El postoperatorio transcurrió normal. La paciente fue dada de alta cuatro días después de la intervención quirúrgica.

A las tres semanas de la intervención quirúrgica se le administró la vacuna antineumocócica.

El estudio anatomopatológico mostró que el bazo medía 20 \times 10 \times 8 cm y pesaba 965 g, con una torsión completa del pedículo de cuatro centímetros de longitud, con la arteria y vena esplénicas ocluidas por un trombo de reciente formación y con infartos hemorrágicos visibles en el estudio microscópico.

Discusión

Se denomina bazo errante cuando éste se sitúa en posición anómala en la cavidad abdominal, por ausencia o laxitud de los ligamentos de fijación esplénicos, lo que causa un pedículo esplénico alargado.¹ Los ligamentos esplénicos afectados son el ligamento esplenorrenal, que une el hilio esplénico al riñón izquierdo, el ligamento gastroesplénico, que fija el hilio esplénico a la curvatura mayor del estómago, y el ligamento frenocólico, que sostiene al bazo entre el diafragma y el colon.²

Sayed et al., señalan que, en la antigüedad, Hipócrates, Plinio, Herófilo y Galeno mencionaron el bazo errante. Van Horne hizo la primera descripción detallada del bazo errante como un hallazgo en una autopsia en 1667.⁴

En la bibliografía se reporta que el bazo errante se halla en menos de 0.25% de las esplenectomías realizadas.^{5,6} Según Abell,⁷ en 1933 había una tasa de mortalidad de 18% en pacientes con bazo errante y de 42% en mujeres embarazadas y puérperas. En la actualidad, parece que la morbilidad y la mortalidad es mucho menor y se limita, en particular, a los pacientes que inicialmente tienen abdomen agudo.⁸ Esta anomalía es más frecuente en mujeres jóvenes en edad fértil⁹ y en niños.

Su etiopatogenia no es clara. Se cree que existen factores congénitos y adquiridos. Entre los primeros está la alteración en la unión del mesogastrio dorsal con la pared abdominal posterior durante el segundo mes del desarrollo embrionario, que produce una ausencia o malformación de los ligamentos suspensorios esplénicos y un pedículo esplénico muy alargado.³ Hay también ciertos factores adquiridos, como los cambios hormonales que se producen durante el embarazo (lo que lo haría más frecuente en mujeres múltiparas),⁴ la debilidad de la pared abdominal, la esplenomegalia,¹⁰ la mononucleosis infecciosa, la malaria, la enfermedad de Hodgkin y la enfermedad de Gaucher.¹¹

La presentación clínica del bazo errante es muy variable; desde casos asintomáticos hasta un cuadro abdominal agudo o crónico. El dolor es el síntoma más frecuente; más de 60% de los pacientes. Por lo común, se acompaña de vómitos, fiebre y leucocitosis cuando existe una torsión aguda del bazo errante.¹² El dolor abdominal agudo se debe, generalmente, a una torsión aguda del mesenterio, a infartos esplénicos sintomáticos o a una congestión esplénica que causa esplenomegalia. El dolor intermitente o crónico puede ser resultado de una torsión y posterior detorsión espontánea del pedículo esplénico.¹⁰

Cainzos et al.,¹² describen las características del padecimiento a la exploración física con base en la clásica triada de Gindrey y Piquard: la palpación de una masa abdominal dura con un borde dentado; la especial movilidad de la masa

que se desplaza fácilmente hacia el hipocondrio derecho, mientras que otros movimientos están limitados y son dolorosos; y la percusión timpánica en el hipocondrio izquierdo. No siempre aparecen estos tres signos.

El bazo errante puede producir diversas complicaciones. La más frecuente es la torsión aguda del pedículo esplénico, que puede provocar un infarto esplénico. Se pueden formar también várices en el fondo gástrico secundarias a la compresión de la vena esplénica, con posterior hemorragia digestiva alta y pancreatitis aguda por obstrucción de la cola pancreática. Entre las complicaciones más raras encontramos la obstrucción intestinal por compresión del intestino delgado o grueso, la trombosis venosa portal y el vólvulo gástrico.¹³ Los datos de laboratorio suelen no ser específicos, aunque ocasionalmente puede haber una pancitopenia producida por hiperesplenismo, por lo que es preciso emplear técnicas de imagen como la ecografía, la tomografía computada o la resonancia magnética abdominal para identificar el bazo errante, así como sus complicaciones. En ellas no se verá el bazo en el hipocondrio izquierdo pero sí una masa sólida, generalmente en el hipogastrio o en la pelvis, caracterizada por un largo pedículo vascular, frecuentemente torsionado, y por áreas focales que representan infartos esplénicos.¹⁴ En nuestro caso, se realizó ecografía y tomografía computada abdominal con cortes coronales en los que se apreciaba el bazo fuera de su posición normal y una masa pélvica que carecía de vascularización, pero no se observó con estas técnicas diagnósticas ningún pedículo esplénico torsionado. También se ha reportado el uso de la gammagrafía con tecnecio 99 para la localización esplénica y la evaluación de su viabilidad, según el grado de captación del tecnecio 99.¹⁵

Es importante el diagnóstico diferencial entre la torsión aguda del pedículo esplénico y otras patologías de clínica similar como la apendicitis aguda, la obstrucción intestinal, la torsión ovárica y el embarazo ectópico, con base en los síntomas y en las técnicas radiológicas disponibles.

El tratamiento del bazo errante ha ido evolucionando. Al principio se confiaba en la sola observación del paciente, pero esto se asociaba con una alta morbilidad y mortalidad y por eso se comenzó a realizar la esplenectomía en todos los pacientes con bazo errante. En 1878, Martin¹⁶ fue el primer cirujano que publicó los resultados de una esplenectomía en un paciente con bazo errante. A partir de esa época, los cirujanos utilizaron esta técnica en todos los casos, sin importar si había o no torsión del pedículo esplénico.

Posteriormente, con mayor conocimiento de la función del bazo en el sistema reticuloendotelial y en el inmunitario, se comenzó a realizar la esplenopexia, en particular en niños, que tienen mayor riesgo de sepsis posesplenectomía.

Rydygier¹⁷ describió las primeras esplenopexias realizadas con éxito. Hoy en día, la técnica de elección en el tratamiento del bazo errante es la esplenopexia. Hay diversas técnicas para realizar la esplenopexia, como la sutura del hilio esplénico a la celda esplénica, la colocación del bazo en un bolsillo retroperitoneal debajo del reborde costal izquierdo, la sutura directa de la cápsula esplénica a la pared abdominal o al diafragma, la fijación del bazo con una malla absorbible al diafragma o a la pared abdominal, y el desmontaje del ligamento gastrocólico, la recolocación del bazo a su posición inicial y la recolocación del colon y del estómago al suturar la curvatura mayor gástrica a la pared abdominal anterior.^{10,11,18}

Actualmente, la esplenectomía se reserva para los pacientes con torsión aguda del pedículo esplénico con necrosis o infarto esplénico, hiperesplenismo, sangrado severo por várices esofágicas, oclusión intestinal, necrosis gástrica o intestinal y pancreatitis aguda.¹¹

En caso de torsión aguda del bazo errante debe realizarse una detorsión del pedículo esplénico y esplenopexia, siempre que no exista necrosis, infarto o trombosis del bazo, o hiperesplenismo. De lo contrario, debe llevarse a cabo una esplenectomía urgente.

En los últimos años se ha comenzado a practicar la esplenopexia y la esplenectomía con técnicas laparoscópicas. Éstas ofrecen la ventaja de rápida recuperación del paciente y menor costo, además de que pueden utilizarse como técnica diagnóstica.

El bazo errante es una causa muy poco frecuente de dolor abdominal. Es importante diagnosticarlo antes de una etapa avanzada, en particular en los casos de abdomen agudo secundario a la torsión aguda del pedículo esplénico, para evitar la necrosis o el infarto esplénico, que obligarían a practicar una esplenectomía, con el riesgo de sepsis post-esplenectomía, en particular en pacientes pediátricos.

Referencias

1. Ityel H, Granot Y, Vaknine H, Judich A, Shimonov M. Splenic torsion of a wandering spleen. *Isr Med Assoc J* 2011;13:119-120.
2. Hussain M, Deshpande R, Bailey ST. Splenic torsion: a case report. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92:W51-52.
3. Allen KB, Gay BB Jr, Skandalakis JE. Wandering spleen: anatomic and radiologic considerations. *South Med J* 1992;85:976-984.
4. Sayeed S, Koniaris LG, Kovach SJ, Hirokawa T. Torsion of wandering spleen. *Surgery* 2002;132:535-536.
5. Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: case report and literature review. *Curr Surg* 2003;60:310-312.
6. Eraklis AJ, Filler RM. Splenectomy in childhood: a review of 1413 cases. *J Pediatr Surg* 1972;7:382-388.
7. Abell I. Wandering spleen with torsion of pedicle. *Ann Surg* 1933;98:722-735.
8. Buehner M, Baker MS. The wandering spleen. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:373-387.
9. Cohen MS, Soper NJ, Underwood RA, Quaserbarth M, Brunt LM. Laparoscopic splenopexy for wandering (pelvic) spleen. *Surg Laparosc Endosc* 1998;8:286-290.
10. Tan HH, Ooi LL, Tan D, Tan CK. Recurrent abdominal pain in a woman with a wandering spleen. *Singapore Med J* 2007;48:22-24.
11. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of literature. *Surg Today* 2007;37:261-269.
12. Cainzos M, Amigo F, Porto A, Paulos A, Potel J. Acute abdomen caused by torsion of the pedicle in a wandering spleen. *Hepato-Gastroenterology* 1993;40:78-80.
13. Corcione F, Caiazzo P, Cuccurullo D, Miranda L, Settembre A, Pirozzi F, et al. Laparoscopic splenectomy for the treatment of wandering spleen. *Surg Endosc* 2004;18:554-556.
14. Iqbal M, Tareen MA, Sohail U. Torsion of a wandering spleen presenting as a case of acute abdomen. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009;19:123-124.
15. Cerdán Pascual R, Bernal Jaulin J, Cantín Blázquez S, Paterna López S, Barranco Domínguez JI, Esarte Muniain JM. Bazo errante y torcionado. Presentación de un caso. *Cir Gen* 2006;28:253-256.
16. Martín A. A successful case of splenectomy. *Br Med J* 1878;1:191-192.
17. Rydygier D. Die Behandlung der Wandermilz durchsplenopexis. *Arch Klin Chir* 1895;50:880-886.
18. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: a challenging diagnosis. *South Med J* 1997;90:439-443.