

Bazo errante y torsionado. Presentación de un caso

Torsion of a wandering spleen. A case report

Dr. Rafael Cerdán Pascual, Dr. Joaquín Bernal Jaulín, Dra. Sonia Cantín Blázquez, Dra. Sandra Paterna López, Dr. José Ignacio Barranco Domínguez, Dr. Jesús María Esarte Muniain

Resumen

Objetivo: Informe de un caso de abdomen agudo secundario a la torsión de un bazo errante.

Sede: Hospital Universitario de 3er nivel de atención.

Observación clínica: El bazo errante es una entidad poco común que tiene su origen en una alteración congénita o adquirida de su soporte ligamentoso, dando lugar a una movilidad excesiva con desplazamiento del bazo a posiciones anormales en la cavidad abdominal. El pedículo vascular elongado se convierte en la única zona de apoyo del órgano, con riesgo constante de volvulación sobre dicho eje vascular. La torsión de un bazo errante es una rara eventualidad y su clínica es variable, desde dolor abdominal intermitente hasta un cuadro de abdomen agudo según el grado de compromiso vascular del pedículo esplénico. Presentamos el caso de un paciente de 15 años de edad diagnosticado de torsión aguda de un bazo errante y analizamos sus características clínicas, métodos diagnósticos y actitudes terapéuticas.

Conclusión: El diagnóstico de esta entidad clínica es difícil y requiere un alto grado de sospecha, lo que puede dar lugar a un retraso terapéutico que comprometa la viabilidad del órgano.

Palabras clave: Bazo errante, torsión esplénica, esplenectomía.

Cir Gen 2006;28:253-256

Abstract

Objective: To report a case of acute abdomen secondary to the torsion of a wandering spleen.

Setting: Third level health care hospital.

Case description: The wandering spleen is an uncommon entity. Congenital and acquired pathogenesis have been postulated, and they lead to the absence of the splenic ligamentous attachments, giving rise to an excessive mobility with displacement of the spleen to abnormal locations in the abdominal cavity. The elongated vascular pedicle becomes the only zone of support of the organ, with constant risk of volvulation on this vascular axis. Torsion of a wandering spleen is rare and clinical presentation ranges from intermittent abdominal pain to patients with acute abdomen, depending on the degree of vascular torsion of the splenic pedicle. We report a case of a 15-year-old boy with acute torsion of a wandering spleen and analyze its clinical features, diagnostic methods, and therapeutic approaches.

Conclusion: Diagnosis of this clinical entity is difficult and needs a high degree of suspicion, which can give place to a therapeutic delay that compromises the viability of the organ.

Key words: Wandering spleen, splenic torsion, splenectomy.

Cir Gen 2006;28:253-256

Introducción

El bazo errante (BE), también denominado migratorio, ptósico, desplazado o vagabundo, es una entidad poco frecuente. En la literatura internacional de los últimos

60 años se han comunicado aproximadamente unos 650 casos de BE, aunque lo más probable es que su incidencia real no pueda determinarse con exactitud. Hipócrates, Plinio, Herófilo y Galeno mencionaron algu-

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario "Miguel Servet" de Zaragoza (España).

Recibido para publicación: 26 junio 2006

Aceptado para publicación: 30 julio 2006

Correspondencia: Dr. Rafael Cerdán Pascual. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario "Miguel Servet". Pº Isabel la Católica 1-3. 50009-Zaragoza (España). Tel. 976765500 (ext. 1381)
E-mail: jorge_siro@yahoo.es

nos casos de localización poco frecuente del bazo, pero la primera descripción detallada de esta entidad clínica fue hecha por Van Horne en 1667 como hallazgo incidental en una autopsia. Se caracteriza por una localización anómala del bazo, con estructuras ligamentosas laxas o ausentes y pedículo vascular elongado. Su patogenia no está aclarada, pudiendo ser congénita o adquirida. La sintomatología generalmente es vaga e inespecífica, aunque en caso de torsión de su pedículo vascular puede llegar a producir un cuadro de abdomen agudo, lo cual se considera una eventualidad poco común. El diagnóstico se sospecha en muy raras ocasiones y suele establecerse mediante las pruebas de imagen o en el curso de una laparotomía exploradora por abdomen agudo. Su tratamiento varía desde la observación, hasta la esplenectomía, pasando por la destorsión y la esplenopexia.

Caso clínico

Varón de 15 años de edad con antecedentes de prematuridad y dudosa alergia a penicilina. En época neonatal presentó peritonitis secundaria a enteritis necrotizante con perforación de íleon terminal, por lo que se le practicó ileostomía en cañón de escopeta. Cuatro meses después se reintervino al paciente practicando resección de un segmento corto de colon transverso con una estenosis de etiología no filiada, y cierre de la ileostomía con resección de 8 cm de íleon terminal incluyendo un divertículo de Meckel ya detectado en la primera intervención. El paciente evolucionó sin complicaciones manteniéndose asintomático hasta la actualidad.

Audió a urgencias por un cuadro de dolor en flanco izquierdo de dos días de evolución, acompañado de un episodio de vómito. El dolor había comenzado de forma insidiosa y el paciente negaba ingesta de tóxicos y traumatismos previos. No refería síntomas urinarios ni respiratorios y tampoco existía alteración del ritmo de posicional. El dolor empeoraba con el decúbito lateral derecho.

A su ingreso presentaba temperatura de 38°C, pulso de 100 latidos por minuto y TA de 150/80 mmHg. A la exploración se apreciaba un abdomen escasamente depresible y doloroso a la palpación de forma difusa aunque más intensamente en flanco izquierdo. No se detectaron masas palpables aunque este dato no era significativo, dada la escasa depresibilidad del abdomen. A la auscultación se apreciaba disminución del peristaltismo con algunos ruidos hidroaéreos aislados. El tacto rectal mostró una ampolla con restos fecales sin hallazgos patológicos.

En la analítica sanguínea practicada se observó leucocitosis de $17.6 \times 10^3/\mu\text{l}$, junto con neutrofilia de 82.7% y fibrinógeno derivado de 6.9 g/l; el resto de los parámetros eran normales. La analítica de orina mostró cuerpos cetónicos (++) con normalidad del resto de parámetros.

Se practicó radiografía de tórax que era estrictamente normal y radiografía de abdomen en decúbito y bipedestación que mostraba neumatización difusa de intestino delgado y colon sin otros hallazgos. Se realizó

ecografía abdominal visualizando esplenomegalia homogénea de más de 15 cm de eje mayor e hipoplasia de riñón izquierdo. No existía líquido libre peritoneal y el resto de las vísceras no presentaban alteraciones.

Ante estos hallazgos y dado que persistía el dolor, se solicitó TC helicoidal con contraste en el que se apreciaba esplenomegalia con ausencia de captación del medio de contraste, hipoplasia de riñón izquierdo con función conservada y mínima cantidad de líquido libre peritoneal. Llamaba la atención una imagen cercana al hilio esplénico con disposición espiral (**Figura 1**) que unida a la ausencia de vascularización del bazo expresada en la nula captación de contraste, sugerían el diagnóstico de torsión esplénica. Con este diagnóstico, el paciente fue llevado a quirófano y se le practicó laparotomía media supra-infraumbilical. Como hallazgos destacaba la presencia de un bazo agrandado e infartado. No se halló ninguna evidencia de la existencia de ligamentos esplenocólico, esplenorenal o esplenofrénico. Se trataba de un bazo errante que flotaba libremente en la cavidad abdominal y se podía exteriorizar sin dificultad a través de la incisión. El pedículo esplénico medía unos 15 cm y estaba torsionado, con 2 rotaciones completas en sentido horario (**Figura 2**). Se procedió a la destorsión esplénica comprobando que la isquemia era irreversible con infarto esplénico, por lo que se practicó esplenectomía. El paciente evolucionó favorablemente pudiendo ser dado de alta sin complicaciones a los 7 días de la intervención. El informe anatopatológico de la pieza resecada reveló un bazo con zonas hemorrágicas extensas y áreas de infarto. Se procedió a la vacunación antineumocócica del paciente a las tres semanas de la intervención.

Discusión

En condiciones normales, el bazo tiene escasa movilidad ya que los ligamentos esplenorenal, esplenofré-



Fig. 1. Imagen de TC helicoidal con contraste en la que se aprecia ausencia de vascularización del bazo y una imagen en espiral adyacente al hilio esplénico (flecha negra) correspondiente al pedículo vascular torsionado.



Fig. 2. Imagen intraoperatoria donde se observa el bazo aumentado de tamaño y exteriorizado a través de la laparotomía. Se aprecia la ausencia de soporte ligamentoso así como el pedículo elongado y torsionado.

nico y gastro-esplénico lo fijan en su posición habitual. El BE es una entidad clínica muy poco común que tiene su origen en una alteración congénita o adquirida de su soporte ligamentoso. Esta alteración se asocia con un pedículo vascular alongado, lo cual da lugar a una movilidad excesiva y, por tanto, a posibles ubicaciones anómalas del órgano dentro de la cavidad abdominal. No se conoce con exactitud la incidencia real de la afección, pero su escasa frecuencia parece bien documentada ya que en un total de 1,413 esplenectomías la incidencia de BE fue de un 0.16%.¹ Suele presentarse en adultos de mediana edad² y es más frecuente en mujeres en una proporción de 20:1.^{3,4} Se ha documentado la asociación del BE con diferentes hemopatías benignas como anemia de células falciformes, anemia hemolítica autoinmune, esferocitosis hereditaria y púrpura trombocitopénica idiopática. También se ha descrito asociación con malrotación intestinal y vólvulo gástrico.⁵

Su etiopatogenia todavía es motivo de controversia, existiendo hipótesis que apuntan a causas congénitas, y otras a causas adquiridas. Las primeras postulan una alteración en la fusión del mesogastrio dorsal con la pared abdominal posterior durante el segundo mes de desarrollo embrionario, lo que da lugar a un trastorno en la fijación ligamentosa esplénica y a un pedículo esplénico inusualmente largo.⁶ Otros autores atribuyen la movilidad excesiva del bazo a la laxitud abdominal asociada a los intensos cambios hormonales ocurridos durante el embarazo, lo que explicaría su mayor incidencia en mujeres multíparas jóvenes.^{2,3,7}

La presentación clínica de esta entidad varía desde los casos asintomáticos hasta los cuadros de abdomen agudo por torsión del pedículo elongado con la consiguiente isquemia esplénica. Entre estos dos extremos pueden existir cuadros inespecíficos de dolor abdominal recurrente debido a esplenomegalia transitoria causada por alteración del retorno venoso en el

curso de torsiones ocasionales.⁴ Se han descrito otras posibles variantes clínicas como obstrucción intestinal por compresión de víscera hueca,⁸ aparición de várices del fondo gástrico secundarias a la compresión de la vena esplénica con eventual hemorragia digestiva alta⁹ y pancreatitis aguda.¹⁰ Así pues, la sintomatología será variable, y dependerá de la presencia o ausencia de las diferentes complicaciones descritas.

El diagnóstico preoperatorio es difícil por insospechado, siendo la ecografía abdominal y la tomografía computarizada (TC) las pruebas de imagen que nos permitirán una mejor aproximación al diagnóstico del BE y de sus posibles complicaciones.^{3,4} La ecografía permite visualizar el bazo y su ectopia, así como evaluar su irrigación mediante estudio con Doppler.

La TC tiene mayor sensibilidad y puede aportar otros datos complementarios como el compromiso de la cola del páncreas, compresión de la vejiga, adherencias, volvulaciones y localización anormal de las asas intestinales. En el caso que presentamos, la TC fue determinante para su diagnóstico ya que la imagen en espiral correspondiente al pedículo esplénico elongado y torsionado fue muy demostrativa. Dado que en la bibliografía consultada no hemos encontrado la descripción de la mencionada imagen, la hemos denominado como "signo del amonite" en referencia a su configuración espiral.

Por último, también se ha descrito la utilización de la gammagrafía con Tc-99, que permite tanto la localización esplénica como la hepática, así como la evaluación de su viabilidad según el grado de captación del material radiactivo.¹¹

La estrategia terapéutica del BE ha ido cambiando con el tiempo. Inicialmente se propugnó la observación expectante, pero ésta se asociaba con una elevada morbilidad, por lo que pasó a plantearse la esplenectomía como único tratamiento en todos los casos.¹² A medida que se ha comprendido la importancia del bazo en la inmunidad se ha incrementado la tendencia hacia un manejo conservador del bazo, sobre todo por el conocido riesgo de sepsis postesplenectomía. En la actualidad, el tratamiento de elección consiste en la destorsión y en la esplenopexia siempre que no exista compromiso irreversible de la irrigación esplénica, en cuyo caso debe realizarse esplenectomía independientemente de la edad del paciente.^{4,12} La esplenopexia se puede realizar mediante diferentes técnicas: fijando la cápsula esplénica al cuadrante superior izquierdo o a la pared abdominal anterior; usando o no malla de ácido poliglicólico; o también creando un bolsillo extraperitoneal a nivel de la 12^a costilla.¹² Recientemente se ha descrito la destorsión y la esplenopexia con malla mediante laparoscopia con resultados aparentemente similares a los obtenidos con la técnica abierta.¹³

Referencias

- Eraklis AJ, Filler RM. Splenectomy in childhood: a review of 1413 cases. *J Pediatr Surg* 1972; 7: 382-388.

2. Sayeed S, Koniaris LG, Kovach SJ, Hirokawa T. Torsion of a wandering spleen. *Surgery* 2002; 132: 535-536.
3. Zúñiga S, Soto G, Ronco R, Abarca K, García C. Bazo errante complicado: el caso de un lactante de 13 meses. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 396-400.
4. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnaufer L. Wandering spleen: a challenging diagnosis. *South Med J* 1997; 90: 439-443.
5. Uc A, Kao SC, Sanders KD, Lawrence J. Gastric volvulus and wandering spleen. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1146-1148.
6. Allen KB, Gay BB Jr, Skandalakis JE. Wandering spleen: anatomic and radiologic considerations. *South Med J* 1992; 85: 976-984.
7. Rodkey ML, Macknin ML. Pediatric wandering spleen: case report and review of literature. *Clin Pediatr (Phila)* 1992; 31: 289-294.
8. Murillo-Ortiz JP, Vargas-Salas MV. Obstrucción intestinal secundaria a vólvulo esplénico en un paciente pediátrico. *Acta Med Costarric* 2005; 47: 202-204.
9. Koda M, Hosyo K, Murawaki Y, Horie Y, Suou T, Kawasaki H, et al. The wandering spleen with collateral vessels containing gastric varices: color Doppler ultrasound imaging. *J Clin Ultrasound* 1996; 24: 528-532.
10. Bedoya A, Guerrero R, Díaz R. Vólvulo gástrico idiopático asociado a torsión esplénica y pancreatitis hemorrágica. Presentación de un caso. *Rev Col Gastroenterol* 1985; 1: 17-18.
11. Etcheverry R, Allamand JP, Guzmán G, Robinson MI. Bazo ectópico o migratorio y bazos supernumerarios: detección e identificación con radioisótopos: Tc99, Cr51, In113. *Rev Med Chil* 1989; 117: 1403-1408.
12. Maxwell-Armstrong CA, Clarke ED, Tsang TM, Stewart RJ. The wandering spleen. *Arch Dis Child* 1996; 74: 247-248.
13. Cohen MS, Soper NJ, Underwood RA, Quasebarth M, Brunt LM. Laparoscopic splenopexy for wandering (pelvic) spleen. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 286-290.

