

Esplenectomía laparoscópica por torsión de un bazo ectópico (*wandering spleen*)

Camilo J. Castellón-Pavón^a, Santiago Valderrábano-González^a, Pablo Anchústegui-Melgarejo^a, Javier Álvarez-Álvarez^a, Sonia Morales-Artero^b, Cristina Pérez-Algar^a, Silvio Corrales-Castillo^a y Francisco Ramos García-Serrano^a

^aServicio de Cirugía General. Hospital de la Zarzuela. Aravaca. Madrid. España.

^bServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Resumen

El bazo ectópico o errante (*wandering spleen*) es una anomalía muy infrecuente caracterizada por una mala posición del bazo como consecuencia de una ausencia o laxitud de los ligamentos suspensorios del bazo. Las manifestaciones clínicas suelen producirse por una torsión completa o intermitente del pedículo esplénico, con el consiguiente riesgo de isquemia del bazo. Presentamos un caso de bazo ectópico con torsión del pedículo, tratado mediante esplenectomía laparoscópica sin complicaciones. Aunque hay pocos casos comunicados en la literatura científica, la laparoscopia ha demostrado ser una técnica válida y segura en el tratamiento del bazo ectópico.

Palabras clave: Bazo errante. Bazo ectópico. Torsión esplénica. Esplenectomía laparoscópica.

LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY DUE TO TORSION OF A WANDERING SPLEEN

Wandering spleen is an uncommon entity, characterized by the anomalous position of the spleen, caused by the absence or laxity of its suspensory ligaments. The most common symptoms are usually due to intermittent or complete torsion of the splenic pedicle with subsequent infarction. We report a case of torsion of a wandering spleen. Laparoscopic splenectomy was performed and recovery was uneventful. Although few cases of wandering spleen treated laparoscopically have been reported in the literature, laparoscopy has been demonstrated to be a safe technique for the treatment of this entity.

Key words: *Wandering spleen. Ectopic spleen. Splenic torsion. Laparoscopic splenectomy.*

Introducción

El bazo ectópico o errante (*wandering spleen*) es un trastorno infrecuente producido por una anomalía en los ligamentos de fijación del bazo, que están ausentes o son anormalmente laxos, lo que da lugar a un pedículo esplénico largo que predispone a la torsión y al compromiso vascular del bazo, con el consiguiente incremento de volumen e isquemia¹. El propio peso del bazo y el efecto de la gravedad desempeñan un papel determinante en la migración hacia el abdomen inferior o la pelvis. El bazo ectópico se considera como una anomalía congénita durante el desarrollo del mesogastrio dorsal, aunque

también pueden intervenir otros factores, como los traumatismos abdominales, conectivopatías y cambios hormonales durante el embarazo¹. Las manifestaciones clínicas son variables, y es frecuente el abdomen agudo por torsión del pedículo esplénico¹.

Presentamos un caso de torsión de un bazo ectópico tratado mediante esplenectomía laparoscópica y discutimos la validez de la laparoscopia en el tratamiento del bazo ectópico.

Caso clínico

Varón de 27 años con estreñimiento y dolor abdominal intermitente de 4 meses de evolución, más intenso y continuo en las últimas horas, que se centra principalmente en el mesogastrio y el hipocondrio izquierdo y con fiebre de 38 °C, sin náuseas ni vómitos asociados. No había precedente traumático reciente, aunque el paciente refería 2 episodios de características similares, pero sin fiebre, en el último año, en relación con ejercicio intenso y con resolución espontánea.

En la exploración física el paciente presentaba buen estado general, con una temperatura de 38,7 °C y presión arterial de 110/50 mmHg. El abdomen era blando, depresible y se palpaba una masa móvil en el

Correspondencia: Dr. C.J. Castellón Pavón.
Servicio de Cirugía General. Hospital de la Zarzuela.
Colombia 40, 1.º F. 28016 Madrid. España.
Correo electrónico: cjcstellonp@yahoo.es

Manuscrito recibido el 15-11-2005 y aceptado el 19-12-2005.

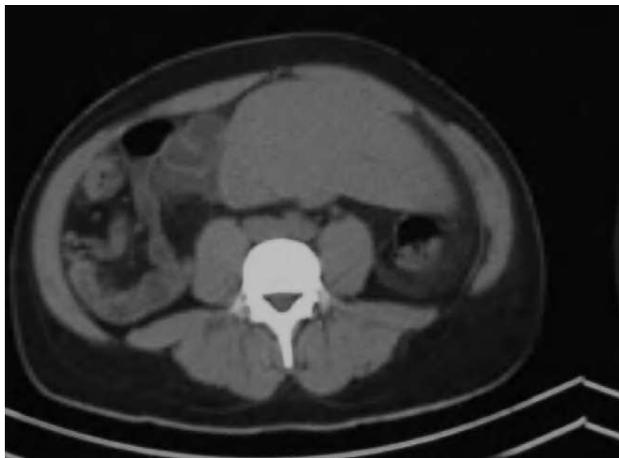


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso. Esplenomegalia de localización centroabdominal.

mesogastrio, de 15 cm aproximadamente, de consistencia dura y dolorosa, sin signos de peritonismo asociados. El resto de la exploración física era normal. Los parámetros bioquímicos fueron normales, excepto una lactatodeshidrogenasa de 540 U/l, mientras que en el estudio de coagulación la actividad de protrombina era del 64,3% (15,8 s) y en el hemograma había una ligera leucocitosis (10,630/ μ l) sin desviación izquierda (74,7% neutrófilos), con una hemoglobina de 11,5 g/dl, hematocrito 34,8% y 59.000 plaquetas/ μ l. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal en la que se observó un bazo aumentado de tamaño, de localización anómala (en región anterior izquierda de la cavidad abdominal), con disposición espiral del pedículo vascular y borrosidad de la grasa adyacente, compatible con torsión de un bazo ectópico (fig. 1). No había líquido libre, lesiones ocupantes de espacio en el bazo ni en el hígado, ni adenopatías retroperitoneales. Se realizaron hemocultivos que resultaron estériles. Tras la administración de antibióticos, vitamina K y la vacuna del neumococo y *Haemophilus influenzae*, el paciente presentó una mejoría clínica con remisión de la fiebre y recuperación de la trombopenia y de la coagulopatía.

Se intervino al paciente de forma semiprogramada y se le practicó un abordaje por vía laparoscópica en posición de decúbito supino y con 3 trócares: un trócar de Hasson infraumbilical y otros 2 trócares n.º 10 en hipocondrio y flanco derechos. Se identificó un bazo ectópico de gran tamaño, superficie regular, homogéneo, congestivo, con signos de hipoperfusión y con un bazo accesorio en el hilio esplénico. Se practicó inicialmente liberación del epiplón y adherencias, y posterior sección del pedículo esplénico con 2 endograpadoras vasculares. El bazo se extrajo a través de una ampliación de la incisión infraumbilical debido al gran tamaño de la pieza. No se dejó ningún dren intraabdominal. El tiempo operatorio fue de 60 min y no fue necesaria ninguna transfusión de hemoderivados.

El estudio anatomopatológico de la pieza mostró un bazo de 800 g y 15 cm de diámetro máximo, de superficie lisa, sin alteraciones en el parénquima y con un bazo accesorio de 5 cm. En el estudio microscópico se apreciaron extensas áreas de hemorragia y necrosis coagulativa, con intensa congestión vascular en el parénquima conservado. El hilio esplénico mostraba un tejido fibroadiposo edematoso con proliferación vascular reactiva y venas de pequeño calibre parcialmente trombadas.

El paciente presentó una evolución favorable, y fue dado de alta el tercer día postoperatorio con completa normalización del recuento plaquetario y del estudio de coagulación.

Discusión

El bazo ectópico o errante es un trastorno raro, aunque su incidencia exacta es desconocida. En una serie de 1.000 esplenectomías, el 0,2% de éstas se realizaron por torsión de un bazo ectópico². Puede suceder a cualquier

edad, aunque es más frecuente en mujeres adultas jóvenes, principalmente multiparas, y en varones menores de 10 años³. Con frecuencia los pacientes se encuentran asintomáticos, y las manifestaciones clínicas más comunes son la presencia de una masa abdominal generalmente móvil, y el dolor abdominal intermitente, crónico o un abdomen agudo^{1,2}. La complicación más frecuente (60%) es la torsión del pedículo que puede provocar un infarto esplénico, sepsis, pancreatitis aguda por obstrucción de la cola pancreática en el pedículo torsionado y hemorragia digestiva alta por varices esofágicas o gástricas secundarias a hipertensión portal o trombosis de la vena esplénica^{1,2}. Otras complicaciones menos comunes son obstrucción intestinal, vólvulo gástrico y rotura espontánea o traumática del bazo¹⁻³.

Los datos de laboratorio son inespecíficos, y en ocasiones destaca cierto grado de pancitopenia por hiperesplenismo. La ecografía y la TC confirman el diagnóstico al apreciarse la ausencia del bazo en el hipocondrio izquierdo y una masa sólida en abdomen inferior o pelvis, con un pedículo en espiral y borramiento de la grasa en caso de torsión^{1,2}. Una vez diagnosticado, el tratamiento del bazo ectópico debe ser quirúrgico para prevenir o tratar las posibles complicaciones. Se han descrito complicaciones hasta en el 65% de los casos no tratados quirúrgicamente⁴ y pérdida del 50% de los bazos por isquemia en niños menores de 10 años, tras un tratamiento conservador inicial⁵. El tratamiento perioperatorio dependerá de la presentación clínica y la situación del paciente. En niños se deben realizar todos los esfuerzos por preservar el bazo por el riesgo de sepsis postesplenectomía, en cuyo caso la esplenopexia es la técnica de elección, siempre que no haya isquemia por la torsión del pedículo. La esplenectomía se reserva para los casos en los que haya otra enfermedad esplénica asociada o un infarto esplénico, trombosis o hiperesplenismo por torsión completa o intermitente del bazo.

En la última década se ha extendido el empleo de la laparoscopia en el tratamiento de algunas enfermedades esplénicas, incluido el bazo ectópico. En una revisión de la bibliografía internacional (MEDLINE), se han descrito otros 14 casos de bazo ectópico tratados laparoscópicamente: 8 esplenopexias (una por vía extraperitoneal), una esplenectomía asistida por laparoscopia y únicamente 5 esplenectomías laparoscópicas^{2,6-10}. En todos los casos la morbimortalidad fue nula. Estos resultados demuestran que el tratamiento laparoscópico, además de confirmar el diagnóstico, resulta una opción segura en el tratamiento de pacientes con un bazo ectópico y proporciona todas las ventajas propias de la laparoscopia (reducción del dolor postoperatorio, de la estancia hospitalaria, de las complicaciones de la herida y mejores resultados estéticos). La sección del hilio esplénico resulta más sencilla que en una esplenectomía convencional por la movilidad del bazo. Sin embargo, consideramos que la intervención debe realizarse por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica por la dificultad del manejo de un bazo de gran tamaño, puesto que la esplenomegalia es frecuente. Igualmente, la posición anómala del bazo obliga a cambios en la posición del cirujano con el paciente en decúbito supino y a realizar modificaciones en la colocación de los trócares respecto a una es-

plenectomía laparoscópica convencional, dependiendo de la localización centroabdominal o pélvica del bazo. El resto de la técnica es la habitual, y puede realizarse una esplenopexia o esplenectomía urgente o programada, dependiendo del compromiso vascular existente.

Bibliografía

1. Corcione F, Caiazzo P, Cucurullo D, Miranda L, Settembre A, Pirozzi F, et al. Laparoscopic splenectomy for the treatment of wandering spleen. *Surg Endosc*. 2004;18:554-6.
2. Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: case report and literature review. *Curr Surg*. 2003;60:310-2.
3. Horwitz JR, Black CT. Traumatic rupture of a wandering spleen in a child: case report and literature review. *J Trauma*. 1996;41:348-50.
4. Thompson J, Ross R, Pizarro S. The wandering spleen in infancy and childhood. *Clin Pediatr*. 1980;19:221-4.
5. Dawson JH, Roberts NG. Management of the wandering spleen. *Aust N Z J Surg*. 1994;64:441-4.
6. Cavazos S, Ratzler ER, Fenoglio ME. Laparoscopic management of the wandering spleen. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2004;14:227-9.
7. Martínez-Ferro M, Elmo G, Laje P. Laparoscopic pocket esplenopexy for wandering spleen: a case report. *J Pediatr Surg*. 2005;40:882-4.
8. Schaarschmidt K, Lempe M, Kolberg-Schwerdt A, Schlesinger F, Hayek I, Jaeschke U. The technique of laparoscopic retroperitoneal splenopexy for symptomatic wandering spleen in childhood. *J Pediatr Surg*. 2005;40:575-7.
9. Kum CK, Ngoi SS, Goh P, Lee YS, Gopalan R. A rare wandering splenic cyst removed with laparoscopic assistance. *Singapore Med J*. 1993;34:179-80.
10. Gigot JF, Legrand M, Cadiere GB, Delvaux G, De Ville de Goyet J, De Neve de Roden A, et al. Is laparoscopic splenectomy a justified approach in hematologic disorders? Preliminary results of a prospective multicenter study. *Belgian Group for Endoscopic Surgery. Int Surg*. 1995;80:299-303.

Relación de revisores que han participado, durante el segundo semestre de 2006, en la valoración crítica de los artículos presentados a CIRUGÍA ESPAÑOLA para publicación:

Benigno Acea
José Luis Aguayo
Juan Albanell
Rafael Alós
Pedro Armendáriz
Iván Jesús Arteaga
Carmen Balagué
Aniceto Baltasar
Miguel Caínzos
Emiliano Calvo
Ángel Carrillo
Enrique Casal
Antonio Codina
Miguel Ángel Cuesta
Mario de Miguel
Fernando Delgado
Fernando Docobo
Hipólito Durán
Miguel M. Echenique
Ignasi Elizalde
José María Enríquez
Javier Escrig
Eloy Espin
Isaac Felemovicius
Xavier Feliu
Pedro Luis Fernández
Juan Ángel Fernández
Laureano Fernández-Cruz
José Antonio Ferrón
Francisca Fullana
José Fuster
Francisco Javier García del Muro
Eduardo García Granero

Juan Carlos García-Valdecasas
Manuel Gómez
Xavier González
Luis Grande
Xavier Guirao
José María Jover
Álvaro Larrad
José Miguel Lera
Manuel López
Juan Antonio Luján
Salvador Lledó
Josep Lloreta
Carlos Manterola
Luisa Martínez de Haro
Joan Maurel
Carlos A. Mestres
Mónica Millán
Antonio Moral
Salvador Morales
Alfredo Moreno
Ángel Moya
Arantxa Muñoz
Matilde Navarro
Salvador Navarro
Samuel Navarro
Héctor Ortiz
Jerónimo Pachón
Fernando Pardo
Jesús P. Paredes
David Parés
Miguel Pera
José Antonio Pereira
Felip Pi

Viviana Pineda
Antonio Piñero
José Antonio Pons
José Ramírez Ruz
José Manuel Ramírez
Emilio Ramos
Pere Rebasa
Antonio Ríos
Ricardo Robles
José Manuel Rodríguez
Francisco Rodríguez
José Vicente Roig
Rafael Rosado
Juan C. Ruiz de Adana
Pedro Ruiz
Luis Sabater
Francisco Sánchez Bueno
Andrés Sánchez Pernaute
Víctor Sánchez Turrión
Joan Josep Sancho
Javier Serra
Enrique Sierra
Antonio Sitges
Amparo Solana
Arturo Soriano
Antonio José Torres
Juan Torres
Fernando Turégano
Jaime Vázquez
Enrique Veloso
Sergi Vidal
José Mensa

La Dirección y el Comité de Redacción de CIRUGÍA ESPAÑOLA agradecen su valiosa y desinteresada colaboración por haber contribuido en el proceso editorial de la Revista.