



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-399 - BAZO ERRANTE TORSIONADO. CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

A. Prat Calero¹, J.I. Miota de Llama¹, A.S. Valero Liñán², M. Abad Martínez¹, B. Moreno Flores¹, G. Bueno Blesa¹, A.A. Osorio Manyari¹ y P. González Masegosa¹

¹Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Hospital General de Almansa, Almansa.

Resumen

Objetivos: El bazo errante es una entidad poco frecuente comunicada unas 650 veces en los últimos 60 años. Se caracteriza por una localización esplénica anómala, con estructuras ligamentosas laxas o ausentes y pedículo vascular elongado, única zona de apoyo del órgano con riesgo constante de volvulación. Si esto sucede la clínica depende del grado de compromiso vascular. La torsión del bazo errante es causa infrecuente de abdomen agudo. Nuestro objetivo es revisar el tema presentando un caso de abdomen agudo secundario a bazo errante torsionado.

Caso clínico: Mujer de 15 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución asociando dolor y masa en flanco izquierdo. A la exploración presenta dolor intenso y masa palpable en vacío izquierdo. Refiere episodios previos de menor intensidad que cedieron sin tratamiento. Se realiza ecografía y TC abdominal que informan de bazo en localización pélvica con torsión del eje vascular. Es intervenida de forma urgente hallando bazo en posición pélvica, ausencia de fijaciones ligamentarias y torsión del pedículo vascular con trombosis de la vena esplénica, realizando esplenectomía. Es dada de alta al 7º día postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Normalmente el bazo se encuentra fijado por los ligamentos espleno-renal, espleno-frénico y gastro-esplénico. El bazo errante es una entidad poco común originada por una alteración del soporte ligamentoso dando lugar a una movilidad excesiva, desplazamiento a posiciones anormales y pedículo vascular elongado. Su incidencia es de un 0,16% con predominio femenino (20:1). Se ha descrito la asociación a diversas hemopatías benignas, vólvulo gástrico y malrotación intestinal. Se considera una anomalía congénita que tiene su origen durante el desarrollo del mesogastrio dorsal, aunque también pueden intervenir otros factores como traumatismos, conectivopatías y cambios hormonales durante el embarazo. La sintomatología es inespecífica, desde pacientes asintomáticos hasta cuadros de abdomen agudo por torsión del pedículo. Entre estos dos extremos existen casos de dolor abdominal recurrente consecuencia de la esplenomegalia por la alteración del retorno venoso debida a torsiones ocasionales. La clínica clásica describe masa abdominal móvil y timpanismo en vacío izquierdo, asociado a pancitopenia por hiperesplenismo. Se han descrito casos de obstrucción intestinal, rotura espontánea del bazo, varices del fundus gástrico con hemorragia digestiva alta y necrosis de la cola pancreática. El diagnóstico se sospecha en raras ocasiones y suele establecerse mediante radiología o en una laparotomía exploradora por abdomen agudo. El diagnóstico diferencial se plantea con torsión de quiste ovárico, infección urinaria, hematoma, quiste mesentérico, absceso posdiverticular y apendicitis. El tratamiento debe ser quirúrgico para evitar las complicaciones, descritas en el 65% de los casos no tratados. La opción de elección será la destorsión y

esplenopexia siempre que no exista compromiso irreversible de la vascularización. La esplenectomía queda reservada para los casos asociados a otra patología del bazo, infarto esplénico, trombosis o hiperesplenismo. Aunque la torsión del bazo ectópico es rara, se debe reconocer como una causa de abdomen agudo ya que la sospecha, junto con el uso de técnicas de imagen, ayuda a realizar un diagnóstico temprano y reducir las complicaciones.