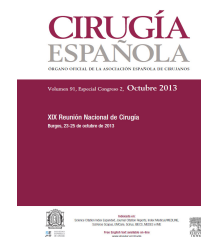




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-348 - BAZO ECTÓPICO TORSIONADO: UNA PATOLOGÍA A TENER EN CUENTA

X. Valero Cerrato, E. García Plata, J.L. Seco Gil, F. Reoyo Pascual, R. León Miranda y R. Zambrano Muñoz

Hospital General Yagüe, Burgos.

Resumen

Introducción: El bazo ectópico es una entidad clínica poco frecuente, comprendiendo el 0,1-0,2% de todas las esplenectomías. Consiste en el desplazamiento del bazo de suposición anatómica normal debido a una hipermobilidad del mismo. La etiología del bazo ectópico parece multifactorial, y está relacionado tanto con mecanismos congénitos como adquiridos; la teoría congénita es la más aceptada, la cual lo asocia a una anomalía en el desarrollo embrionario de los ligamentos de fijación del bazo, que están ausentes o son anormalmente laxos, o también a un crecimiento inferior de la yema mesodérmica de la que se origina este órgano. Asimismo se acompaña de un pedículo esplénico largo que predispone a la torsión y al compromiso vascular del bazo. Otras causas de bazo ectópico son traumatismos abdominales o conectivopatías. Con frecuencia los pacientes permanecen asintomáticos. Los episodios de dolor pueden ser intermitentes cuando la torsión de la arteria esplénica es reversible. El diagnóstico lo aportan las técnicas de imagen, fundamentalmente la ecografía abdominal y la TC. Las complicaciones de la torsión esplénica aguda incluyen la gangrena, la formación de abscesos, peritonitis local, obstrucción intestinal, compresión ureteral y necrosis del páncreas. El tratamiento idóneo del bazo ectópico es la esplenopexia vía laparoscópica, pero cuando existe infarto no podemos evitar la esplenectomía, considerándose en la actualidad una técnica quirúrgica segura.

Caso clínico: Mujer de 41 años. Diagnostica de bazo ectópico hacía 18 años durante el estudio de un dolor abdominal inespecífico. Acude por dolor abdominal intenso localizado a este nivel. Se realiza estudio de imagen mediante eco y TAC observándose el bazo en FID, aumentado de tamaño, con líquido libre peritoneal, encontrándose el pedículo vascular esplénico con varios giros y con aumento de calibre de la vena esplénica. Se procede entonces a laparotomía encontrándose un bazo de unos 15 cm de diámetro, en FID, de aspecto isquémico con exudado seroso peritoneal, y con el pedículo muy largo, desde hipocondrio izdo., torsionado, con varias vueltas de los vasos con zonas endurecidas cerca del bazo por trombosis esplénica parcial. No es posible destorsionarlo por estar fijos los tirabuzones del pedículo esplénico, el cual se origina por detrás del mesocolon transversal, en el lado izdo., y por delante del ángulo de Treitz, por lo que se realiza sección y doble ligadura del pedículo a nivel de la cola del páncreas, en zona inframesocólica. El postoperatorio transcurre con normalidad siendo dada de alta y encontrándose actualmente asintomática.

Discusión: A pesar de que el bazo ectópico sea una entidad muy poco frecuente y en consecuencia, su torsión tampoco se vea en la urgencia de manera habitual, es una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, ya que su diagnóstico rápido y la cirugía urgente si

ésta es precisa debe de llevarse a cabo lo más rápido posible en vista al mejor pronóstico del paciente.