

2. Ota T, Ono S. Intrapancreatic accessory spleen: Diagnosis using contrast enhanced ultrasound. *Br J Radiol.* 2004;77:148-9.
3. Miyayama S, Matsui O, Yamamoto T, et al. Intrapancreatic accessory spleen: Evaluation by CT arteriography. *Abdom Imaging.* 2003;28:862-5.
4. Kanazawa H, Kamiya J, Nagino M, et al. Epidermoid cyst in an intrapancreatic accessory spleen: A case report. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2004;11:61-3.
5. Sica GT, Reed MF. Case 27: Intrapancreatic accessory spleen. *Radiol.* 2000;217:134-7.
6. Schreiner AM, Mansoor A, Faigel DO, Morgan TK. Intrapancreatic accessory spleen: Mimic of pancreatic endocrine tumor

diagnosed by endoscopic ultrasound—guided fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol.* 2008;36:262-5.

Julia Samamé\*, Martín A. Maraschio, Lucio R. Obeide, Federico Moser y Juan C. Mondino

Servicio de Cirugía General, Hospital Privado—Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juliasamame@hotmail.com](mailto:juliasamame@hotmail.com) (J. Samamé)

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.011

## Torsión de bazo ectópico

### Torsion of a wandering spleen

El bazo ectópico (también conocido como esplenoptosis, bazo aberrante o bazo flotante) se ha descrito en pacientes de todas las edades, aunque su prevalencia es mayor en mujeres en edad fértil<sup>1</sup>. Debido a la gran movilidad y elongación del pedículo, puede torcerse y producir congestión venosa con aumento de volumen, afección arterial e infarto, y causa abdomen agudo que precisa de intervención quirúrgica inmediata<sup>2</sup>. La torsión esplénica es una causa infrecuente de abdomen agudo<sup>3,4</sup>.

Se presenta el caso de una mujer de 26 años de edad que consultó por dolor abdominal de tipo continuo, de 2 días de duración, localizado en el epigastrio. El examen físico de ingreso evidenció: presión arterial, 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca, 104 lat/min; abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda, con masa palpable de, aproximadamente, 10 cm, móvil con peloteo positivo.

Los resultados de laboratorio mostraron: recuento de la serie blanca, 22.300/μl; hemoglobina, 6,5 g/ml; hematocrito, 21,7%; trombocitos, 200.000/ml. La ecografía abdominal detectó una tumoración de apariencia sólida, homogénea, de aproximadamente 16 × 9 cm, correspondiente a bazo ectópico, que desplazaba la vejiga y el útero.

Se realizó laparotomía exploradora que reveló el bazo infartado flotante, con pedículo vascular largo y tres rotaciones antihorarias completas (fig. 1); se realizó esplenectomía con sección y ligadura del pedículo. El examen de anatomía patológica evidenció: bazo de 600 g, de 16 × 10 × 15 cm, con extensas zonas de necrosis y hemorragia, compatibles con torsión de bazo ectópico. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dio de alta al cuarto día postoperatorio.

La torsión del bazo ectópico es la principal complicación de un bazo móvil, aunque es infrecuente y la incidencia es del 0,5%<sup>4,5</sup>. El incremento de la motilidad del bazo resulta de la ausencia o la laxitud de los ligamentos de soporte (ligamento

gastroesplénico y esplenorrenal) que fijan el bazo a su posición normal. Otros factores que incrementan la movilidad del bazo son: laxitud de la pared abdominal, distensión gástrica, efectos hormonales del embarazo, multiparidad y esplenomegalia<sup>6</sup>.

La mayoría de los pacientes con bazo ectópico permanecen asintomáticos. Sólo se diagnostica al palpar la tumoración abdominal o en el curso de una ecografía habitual en la cual el bazo se observa fuera del hipocondrio. Se manifiesta cuando se complica por torsión aguda o recurrente, que produce esplenomegalia y, al evolucionar, infarto o rotura<sup>7</sup>. Se puede



Figura 1 – Pedículo esplénico vascular largo y en rotación.

manifestar con dolor abdominal, fiebre y vómitos, junto con una tumoración abdominal dolorosa<sup>1</sup>.

La tríada clásica del diagnóstico clínico es: a) palpación de una masa abdominal de forma ovoide con borde redondeado; b) movilidad especial de la tumoración (movimientos no dolorosos en dirección hacia el hipocondrio izquierdo, pero doloroso y limitado en cualquier otra dirección), y c) resonancia de percusión del cuadrante abdominal superior izquierdo<sup>4</sup>. La tumoración abdominal parece ser el hallazgo más consistente<sup>3</sup>.

Generalmente, el bazo ectópico no tiene relación con ninguna anomalía de laboratorio, excepto por la pancitopenia ocasional causada por el hiperesplenismo<sup>3</sup>. La radiografía simple de abdomen generalmente revela una masa en el centro del abdomen o en el flanco izquierdo, que es inespecífica. La ecografía muestra que el bazo no se encuentra en su posición normal y revela una tumoración homogénea, en forma de coma y con apariencia similar a la del bazo, generalmente ubicada en la pelvis. Además, puede determinar si hay torsión<sup>2</sup>. También puede evidenciar afección de estructuras cercanas, como la cola del páncreas. Otras técnicas de imágenes útiles para el diagnóstico son: enema con bario, ecografía Doppler, tomografía y angiografía<sup>1,3</sup>.

El retraso en el diagnóstico puede producir, además de absceso esplénico, hemorragia por varices gastroesofágicas y necrosis de la cola del páncreas. Se ha descrito la relación con vólvulo de páncreas y gástrico, quiste dermoide, eventración diafragmática derecha y oclusión del eje celíaco, lo cual indica una etiología concomitante<sup>7</sup>. El diagnóstico diferencial se realiza con torsión de quiste ovárico, infección del tracto urinario, hematoma, quiste mesentérico, absceso posdiverticular y apendicitis<sup>4,7</sup>.

El tratamiento debe ser quirúrgico para prevenir o tratar las posibles complicaciones, descritas hasta en el 65% de los casos no tratados<sup>8,9</sup>. El tratamiento en los bazos ectópicos no complicados es la esplenopexia con sutura del bazo al diafragma, pared anterior del abdomen o ligamento cólico-frénico. La complicación más frecuente de esta técnica es el fallo de fijación y recurrencia de la torsión. Puede realizarse una esplenectomía segmentaria en niños cuando el bazo tiene grandes volumen y peso<sup>7</sup>.

Cuando hay asplenia funcional por torsión, infarto o sospecha de malignidad, se debe realizar esplenectomía<sup>6</sup>. Después de ésta, se debe vacunar a los pacientes contra neumococos, generalmente, una a dos semanas después de la cirugía<sup>1,10</sup>. Se ha descrito el éxito de la laparoscopia para tratar esta enfermedad<sup>9</sup>.

Aunque la torsión del bazo ectópico es rara, se debe reconocer como una causa de abdomen agudo. La sospecha de esta enfermedad, junto con el uso de técnicas de imagen, como la ecografía, ayuda a realizar un diagnóstico temprano y reducir la incidencia de infarto esplénico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Feroci F, Miranda E, Moraldi L, Moretti R. The torsion of a wandering pelvic spleen: A case report. *Cases J.* 2008;1:149.
2. Bollinger B, Lorentzen T. Torsion of a wandering spleen: ultrasonographic findings. *J Clin Ultrasound.* 1990;18:510-1.
3. Misawa T, Yoshida K, Shiba H, Kobayashi S, Yanaga K. Wandering spleen with chronic torsion. *Am J Surg.* 2008;195: 504-5.
4. Sayeed S, Koniaris L, Kovach S, Hirokawa T. Torsion of a wandering spleen. *Surgery.* 2002;132:535-6.
5. Gayer G. Torsion of a wandering spleen. *Isr Med Assoc J.* 2002;4:658-9.
6. Tan H, Ooi L, Tan D, Tan C. Recurrent abdominal pain in a woman with a wandering spleen. *Singapore Med J.* 2007;48: e122-4.
7. Hernández-Siverio N, Barranco-Moreno A, Pérez-Palma J, Herrera I, Díaz-Flores L, González-Espinosa C. Bazo ectópico torsionado. *Cir Pediatr.* 2005;18:101-3.
8. Lane T, South L. Management of a wandering spleen. *J R Soc Med.* 1999;92:84-5.
9. Castellón-Pavón C, Valderrábano-González S, Anchústegui-Melgarejo P, Álvarez-Álvarez J, Morales-Artero S, Pérez-Algar C, et al. Esplenectomía laparoscópica por torsión de un bazo ectópico (*wandering spleen*). *Cir Esp.* 2006;80:406-8.
10. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler M, Kraus T. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. *Surg Today.* 2007;37:261-9.

José Prieto-Montaña<sup>a</sup>, Wilfredo Salazar<sup>b</sup>,  
Eduardo Reyna-Villasmil<sup>a,\*</sup> y Joel Santos-Bolívar<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Venezuela

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Venezuela

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)  
(E. Reyna-Villasmil).