

Torsión esplénica en paciente con bazo ectópico

Splenic torsion in a patient with ectopic spleen

El bazo ectópico es una entidad que puede presentarse clínicamente como una masa que cambia de posición en el abdomen sin otra sintomatología, una masa que cambia de posición asociada a dolor abdominal de intensidad variable e intermitente, que es la presentación más común, y finalmente un cuadro de abdomen agudo; esta presentación es menos frecuente.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años sin antecedentes de interés que consulta en nuestro servicio por dolor abdominal de 12 h de evolución en el hipogastrio, con fiebre de 37,8 °C y malestar general. Estos cuadros venían ocurriendo desde hace aproximadamente un año, con al menos otros 3 episodios durante este tiempo, aunque con menor intensidad que actual.

Al ingreso, la paciente presentaba buen estado general, presión 110/70, hemoglobina 12,6 mg/dl con hematocrito 36,7%, 16.340 leucocitos con un 77,8% de neutrófilos. Bioquímica con glucosa función renal, bilirrubina y transaminasas sin alteraciones. Se solicitó un urocultivo y una prueba de gestación que fueron negativos.

Se realizó un estudio mediante ecografía abdominal donde se aprecia una masa en meso-hipogastrio de aproximadamente 12 cm de diámetro máximo, con áreas de distinta densidad en su interior, que corresponde con la presencia de un bazo ectópico con signos de isquemia múltiple.

Se decidió entonces practicar un angio-TC abdominal (fig. 1) donde se observan múltiples variables anatómicas en la vascularización abdominal, como la presencia de cuatro arterias renales izquierdas y dos derechas, un origen común de las arterias hepática y mesentérica superior, y una arteria iliaca interna izquierda con salida en posición distal. Se observó además la presencia de un tronco celiaco compuesto por una arteria gástrica izquierda y una arteria esplénica de gran longitud que irriga a un bazo localizado a nivel pélvico, con múltiples infartos isquémicos. A la altura de la cola del páncreas, se observa la imagen de torsión de la arteria esplénica que condiciona una disminución del flujo arterial.

Ante estos hallazgos, se procedió a realizar una esplenectomía mediante laparotomía, permaneciendo la paciente asintomática desde entonces.

El bazo ectópico es producido generalmente por una anomalía en el desarrollo embrionario de los ligamentos de fijación del bazo (fundamentalmente el gastroesplénico y esplenorenal), 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. El propio peso del bazo y el efecto de la gravedad desempeñan un papel determinante en la migración hacia abdomen inferior o la pelvis¹. Otras causas de bazo ectópico son traumatismos abdominales o conectivopatías, aunque la presencia de variables anatómicas vasculares en nuestro caso sugiere el origen embrionario.

Su incidencia es poco conocida. En una serie de 1.000 esplenectomías, el 0,2% de éstas se realizaron por torsión de un bazo ectópico. No obstante, en series de autopsias descritas su frecuencia aumenta hasta el 10-30%². La mayor incidencia se presenta entre la década de los 20 y los 40 años, siendo más frecuente en mujeres.

Con frecuencia los pacientes permanecen asintomáticos³. Los estudios hematológicos son inespecíficos. Puede existir leucocitosis y las manifestaciones de hiperesplenismo, tales como anemia, trombocitopenia o leucopenia, aisladas o concurrentes. Los episodios de dolor pueden ser intermitentes cuando la torsión de la arteria esplénica es reversible, provocando fenómenos isquémicos de intensidad y duración variable. En ocasiones, el cuadro puede confundirse con una apendicitis o una torsión ovárica⁴. El diagnóstico lo aportan las técnicas de imagen, fundamentalmente la ecografía abdominal y la TC⁵.

Las complicaciones de la torsión esplénica aguda incluyen la gangrena, la formación de abscesos, peritonitis local, obstrucción intestinal, compresión ureteral y necrosis del páncreas⁶.

El tratamiento del bazo ectópico es habitualmente quirúrgico. En la actualidad, dado que la mortalidad intraoperatoria es inferior al 1% y a que se han descrito complicaciones hasta en el 65% de los casos no tratados quirúrgicamente⁷, la tendencia es cada vez más a la esplenectomía, considerándose en la actualidad una técnica segura.



Figura 1 – TC abdominal con cuatro arterias renales izquierdas y dos derechas, un origen común de las arterias hepática y mesentérica superior y una arteria iliaca interna izquierda con salida en posición distal. Tronco celiaco compuesto por una arteria gástrica izquierda y una arteria esplénica de gran longitud que irriga a un bazo localizado a nivel pélvico, con múltiples infartos isquémicos. A la altura de la cola del páncreas, se observa la imagen de torsión de la arteria esplénica.

B I B L I O G R A F Í A

- Corcione F, Caiazzo P, Cuccurullo D, Miranda L, Setiembre A, Pirozzi F, et al. Laparoscopic splenectomy for the treatment of wandering spleen. *Surg Endosc.* 2004;18:554-6.
- Morgan JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: case report and literature review. *Curr Surg.* 2003;60:310-2.
- Antonella C, Summa A, De Filippo M, Borgia D, Zompatori M. Acute abdomen in torsion of a accessory splenn. *Eur J Radiol.* 2007;64:15-7.
- Sodhi KS, Sagar K, Sood BP, Sandhu PP. Torsion of a wandering spleen: acute abdominal presentation. *J Emerg Med.* 2003;25:133-7.
- Ben Ely A, Zissin R, Copel L, Vasserman M, Hertz M, Gottlieb P, et al. The wandering spleen: CT findings and possible pitfalls in diagnosis. *Clin Radiol.* 2006;61:954-8.
- Lebron R, Self M, Mangram A, Dunn E. Wandering spleen presentingas recurrent pancreatitis. *JSLS.* 2008;12:310-3.
- Castellón Pavón CJ, Valderrábano González S, Anchústequi Melgarejo P, Álvarez Álvarez J, Morales-Artero S,

Pérez-Algar C, Corrales-Castillo S, et al. Laparsocopic splenectomy due to torsión of a wandering spleen. *Cir Esp.* 2006;80:406-8.

Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero*,
Miquel Ángel Pérez Ramos, Alberto Benavente Fernández y
Antonio Maraver García

Servicio de Patología Digestiva, Hospital Infanta Elena, Huelva,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramoscle@yahoo.es
(J.I. Ramos-Clemente Romero).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.10.015

Herniplastia diafragmática con malla COMPOSITE Diaphragmatic hernia repair with a COMPOSITE mesh

Se presenta una mujer de 39 años con antecedente de asma bronquial y de haber sufrido un accidente automovilístico 10 años antes con fractura del cóccix y lesión de vagina y el periné, con reconstrucción de ambos. Hace un año presentó trastornos dispépticos y dolor en el epigastrio, con cuadros respiratorios inflamatorios a repetición localizados en el hemitórax izquierdo. En la radiografía de tórax se observa una imagen hidroárea supradiafragmática izquierda, que hace sospechar una hernia diafragmática.

En estudios contrastados de esófago, estómago y duodeno, tránsito intestinal y colon por enema se demuestra la presencia del estómago y el colon en el tórax (fig. 1). La TC confirma el diagnóstico. Las pruebas funcionales respiratorias informaron insuficiencia respiratoria restrictiva de moderada a severa.

Se opera mediante una toracotomía axilar vertical izquierda y se encuentra presencia en la cavidad torácica del estómago en su totalidad, ángulo esplénico, colon transverso y el epiplón mayor, con gran defecto herniario de 20 por 20 cm. Se realiza quelotomía con liberación de los órganos e introducción de los mismos a su cavidad, con herniplastia utilizando una malla de polipropileno con politetrafluoro etíleno expandido (PTFE) (fig. 2). La evolución es satisfactoria egresado del hospital al quinto día.

Es nuestro objetivo mostrar la posibilidad que ofrecen los avances tecnológicos, al contar con materiales protésicos que

nos permiten una reparación segura, en grandes defectos herniarios diafragmáticos, que de ser afrontados con un cierre primario del diafragma con técnica tradicional de Mayo-Robson con sutura no-absorbible pudiera comprometer aun más la capacidad respiratoria en esta enferma asmática con un gran defecto diafragmático traumático.

El diafragma es el piso de la cavidad torácica y el techo de la abdominal, aumentando la frecuencia de hernia diafragmática traumática por el incremento de los accidentes de tránsito. Su incidencia varía entre el 1 y el 5%, con un promedio del 3-5% en las lesiones traumáticas torácicas y abdominales. La mortalidad general es del 13,7% y su diagnóstico es complejo, partiendo de la sospecha de su existencia. La lesión penetrante es la principal forma de daño diafragmático en áreas urbanas y su localización más común es el lado izquierdo, por la protección que brinda el hígado al lado derecho. Se dividen en tres tipos: agudas, diagnosticada al tiempo de la lesión (hasta el decimocuarto día del trauma); tardías, que se agudizan un tiempo desde la lesión original, y crónicas, que presentan síntomas leves recurrentes hasta que la encarcelación motiva atención médica¹⁻³.

Su mecanismo de producción es por trauma cerrado (indirecto) o penetrante (directo). Los traumatismos cerrados por accidentes y caídas son causas principales en la niñez y las lesiones penetrantes en adolescentes y adultos jóvenes. En