

## CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

### Solución del caso 38. Torsión esplénica<sup>☆</sup>

### Solution to case 38. Torsion of the spleen

M. Gallego Parrondo<sup>a,\*</sup>, A. Iglesias Castaño<sup>b</sup>, M. Arias González<sup>b</sup>  
y M. Martínez Vicente<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup> Unidad de Diagnóstico por Imagen, GALARIA, Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 11 de mayo de 2010; aceptado el 7 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 29 de noviembre de 2011

#### Historia clínica

Mujer de 29 años, embarazada de 8 semanas. Consultó por dolor abdominal epigástrico de inicio brusco y cuatro horas de evolución irradiado de forma difusa a todo el abdomen.

El estudio ecográfico no resultó definitivo por lo que se solicitó una resonancia magnética (figs. 1-4).

#### Hallazgos de imagen

En las imágenes de resonancia magnética se observaba el bazo aumentado de tamaño y en localización ectópica en la región anterior del hipocondrio izquierdo (fig. 1).

El pedículo vascular presentaba un aspecto edematoso, y estaba engrosado y rotado (fig. 2).

Se observaba un área focal hipointensa en la región posterolateral del bazo en relación con un infarto (figs. 3 y 4).

#### Discusión

Debemos considerar que ante un cuadro de dolor abdominal como el descrito en una paciente gestante, la prueba de imagen de elección inicial es la ecografía, pero en casos que

planteen una duda diagnóstica se recomienda realizar otra prueba complementaria (TC o RM). Aunque todavía se desconoce si existe riesgo asociado a la realización de una RM durante el primer trimestre de embarazo, dada la urgencia del cuadro clínico, tras la ecografía inicial se efectuó una resonancia con el fin de confirmar el diagnóstico ante la probable indicación quirúrgica.

La ecografía mostró un bazo aumentado de tamaño (16 cm) ubicado entre el hipocondrio-vacío izquierdo en una situación muy anterior. Las estructuras vasculares del hilum esplénico estaban engrosadas, presentaban flujo en su interior y realizaban un giro antes de llegar al hilum. La RM realizada posteriormente confirmó el diagnóstico de torsión esplénica (figs. 1-4).

La torsión esplénica o «wandering spleen» es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo o recurrente con una incidencia inferior a 0,2%.

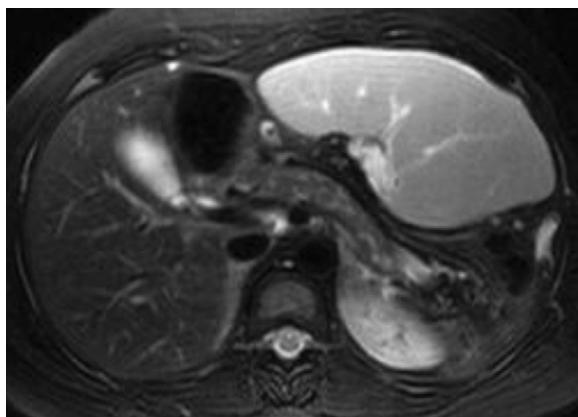
El sistema de anclaje del bazo está formado por los ligamentos gastroesplénico y espplenorenal. El primero une el bazo a la curvatura mayor del estómago y el segundo a la pared abdominal posterior. Ambos contactan con el hilum esplénico medialmente<sup>1</sup>, mientras que el ligamento frenocólico lo sostiene por la parte inferior.

El desarrollo incompleto o la laxitud de los ligamentos de anclaje conducen a una hipermovilidad esplénica que favorece la torsión del bazo y su emplazamiento ectópico<sup>2,3</sup>, migrando inferiormente y situándose en localización intraperitoneal en la mayoría de los casos<sup>2</sup>. Algunos autores sostienen que la fusión incompleta del mesogastrio dorsal (origen del bazo y cola del páncreas) con el peritoneo que cubre al riñón izquierdo también es un factor que contribuye

☆ Para ver el listado participantes que acertaron su diagnóstico y obtuvieron créditos dirigirse a la página web de la SERAM (<http://www.seram.es>) dentro del apartado de la revista Radiología.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martagalle@hotmail.com](mailto:martagalle@hotmail.com) (M.G. Parrondo).



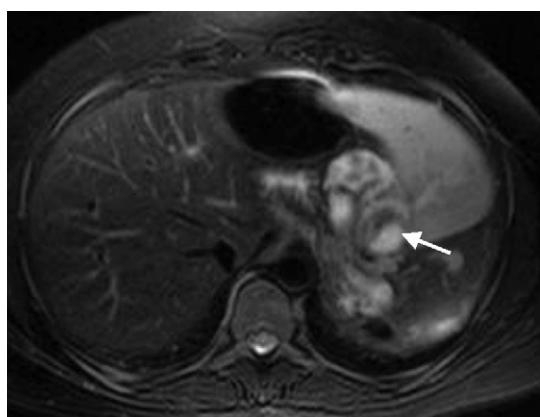
**Figura 1** Resonancia magnética de abdomen. Secuencia FSE T2 axial con saturación grasa. Fosa esplénica vacía. El bazo se localiza en el hipocondrio-área vacío izquierdo en situación anterior.

a la hipermovilidad esplénica. La inclusión intraperitoneal de la cola del páncreas descrita en varios casos de torsión de bazo apoya esta hipótesis<sup>2</sup>. Otras causas descritas de hipermovilidad esplénica incluyen: laxitud postparto, efecto estrogénico durante el embarazo, esplenomegalia, traumatismo abdominal y cirugía<sup>4-6</sup>.

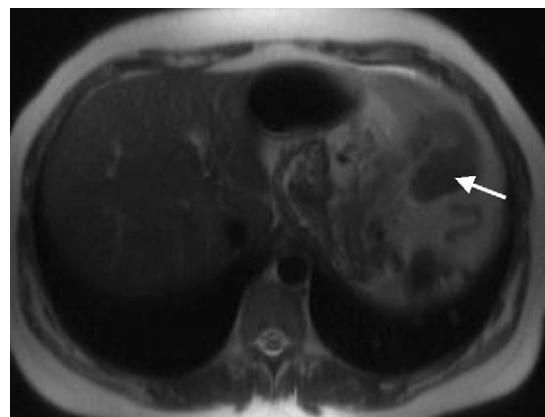
Los síntomas de la torsión esplénica se relacionan con el grado de torsión que puede variar entre 90° a 260°. La torsión leve se manifiesta como dolor abdominal crónico, la torsión moderada como dolor abdominal intenso e intermitente en relación con la rotación y desrotación del hilio esplénico, y la torsión grave como un abdomen agudo causado por una torsión brusca con infarto esplénico y efecto de masa en los órganos adyacentes<sup>3,5</sup>.

Las complicaciones de la torsión esplénica aguda incluyen: gangrena, formación de abscesos, peritonitis local, obstrucción intestinal y necrosis de la cola del páncreas<sup>1</sup>.

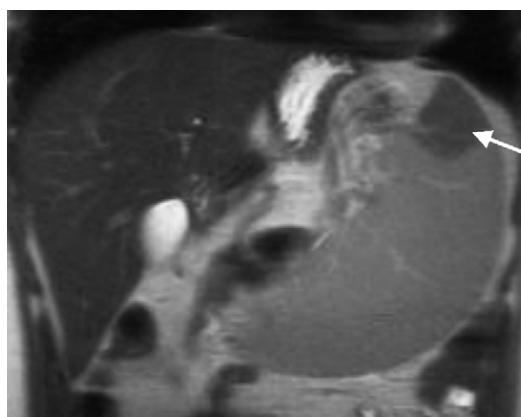
El tratamiento habitual es la esplenopexia o fijación quirúrgica del bazo, excepto en casos de torsión asociada a infarto donde se recomienda esplenectomía<sup>3,7</sup>. Tras informar y obtener el consentimiento de la paciente se llevó a



**Figura 2** Resonancia magnética de abdomen. Secuencia FSE T2 axial con saturación grasa. El pedículo vascular esplénico se encuentra en relación con el aspecto póstero-medial del bazo, presentando un aspecto edematoso, engrosado y rotado (flecha).



**Figura 3** Resonancia magnética de abdomen. Secuencia SSFSE T2 axial. En la parte póstero-superior del bazo se observa un área focal de menor intensidad de señal en relación con infarto esplénico (flecha).



**Figura 4** Resonancia magnética de abdomen. Secuencia SSFSE T2 coronal. En la parte póstero-superior del bazo se observa un área focal de menor intensidad de señal en relación con infarto esplénico (flecha).

cabo una laparotomía exploradora observándose un bazo con torsión del pedículo vascular e infarto del polo superior. Por todo ello se practicó una esplenectomía. El postoperatorio cursó con normalidad con alta hospitalaria a los 6 días.

Revisada la literatura, se trataría del primer caso en el que se muestran imágenes de RM de torsión esplénica en una paciente embarazada.

## Diagnóstico

Torsión esplénica. Torsión del bazo e infarto segmentario esplénico. *Wandering spleen*.

## Bibliografía

1. Herman TE, Siegel MJ. CT of acute splenic torsion in children with wandering spleen. AJR Am J Roentgenol. 1991;156:151-3.
2. Swischuk LE, Williams JB, John SD. Torsion of wandering spleen: the whorled appearance of the splenic pedicle on CT. Pediatr Radiol. 1993;23:476-7.

3. Balm R, Willekens FG. Torsion of a wandering spleen. *Eur J Surg*. 1993;159:249–51.
4. Peitgen K, Schweden K. Management of intermittent splenic torsion ("wandering spleen"): a review. *Eur J Surg*. 1995;161:49–52.
5. Robinson AP. Wandering spleen: case report and review. *Mt Sinai J Med*. 1988;55:428–34.
6. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. *Surg Today*. 2007;37:261–9.
7. Gordon DH, Burrell MI, Levin DC, Mueller CF, Becker JA. Wandering spleen: the radiological and clinical spectrum. *Radiology*. 1977;125:39–46.