

El postoperatorio evoluciona favorablemente salvo por un mal control glucémico, siendo dada de alta al octavo día.

En las revisiones de los meses 1, 3 y 6 se comprueba la ausencia de EVGA en la endoscopia y de datos de anemización; además, se completa el estudio de hepatopatía crónica, siendo diagnosticada de cirrosis hepática estadio Child A de probable etiología esteatósica.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa de presencia de ulceración focal de la mucosa y congestión vascular con trombos de fibrina en lámina propia, en ausencia de inflamación, todo ello compatible con EVGA.

Es de destacar en nuestro caso lo importante que es realizar un buen diagnóstico diferencial con la gastropatía por hipertensión portal y la gastritis crónica antral por su diferente manejo, lo frecuente de la asociación de esta enfermedad con la cirrosis hepática y la necesidad de tratamiento quirúrgico en casos refractarios al tratamiento endoscópico y farmacológico, ya que, pese a no haber ningún caso descrito en la literatura, es el único tratamiento curativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kar P, Mitra S, Resnick JM, Torbey CF. Gastric antral vascular ectasia: Case report and review of the literature. *Clin Med Res.* 2013;11:80-5.
2. Alkhormi AM, Memon MY, Alqarawi A. Gastric antral vascular ectasia: A case report and literature review. *J Transl Int Med.* 2018;6:47-51.
3. Hsu WH, Wang YK, Hsieh MS, Kuo FC, Wu MC, Shih HY, et al. Insights into the management of gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach). *Therap Adv Gastroenterol.* 2018;11. 1756283X17747471.
4. Wells CD, Harrison ME, Gurudu SR, Crowell MD, Byrne TJ, Depetris G, et al. Treatment of gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach) with endoscopic band ligation. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:231-6.
5. Selinger CP, Ang YS. Gastric antral vascular ectasia (GAVE): An update on clinical presentation, pathophysiology and treatment. *Digestion.* 2008;77:131-7. <http://dx.doi.org/10.1159/000124339>.
6. Zulli C, del Prete A, Romano M, Esposito F, Amato MR, Esposito P. Refractory gastric antral vascular ectasia: A new endoscopic approach. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015;19:4119-22.
7. Fuccio L, Mussetto A, Laterza L, Eusebi LH, Bazzoli F. Diagnosis and management of gastric antral vascular ectasia. *World J Gastrointest Endosc.* 2013;5:6-13.

Berta Pérez Martín*, Elisa Rodríguez Martínez, Iván Baamonde de la Torre, Natalia Suárez Pazos y Manuel Díaz Tie

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: berta.perez.martin@sergas.es (B. Pérez Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.11.001>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Torsión de bazo ectópico Torsion of a wandering spleen



La primera descripción detallada de esta entidad clínica fue hecha por Van Horne en 1667 como hallazgo incidental en una autopsia¹.

El bazo ectópico es una rara afección clínica caracterizada por la posición inusual del bazo en la parte inferior del abdomen o la pelvis. La forma congénita puede deberse a la falta de los ligamentos de fijación, o a su posición incorrecta causada por un desarrollo anormal del mesogastrio dorsal que genera los ligamentos suspensorios del bazo. También se han observado casos debido a esplenomegalia progresiva causada por enfermedades como la fiebre tifoidea, el linfoma y, especialmente, la malaria².

La torsión aguda es la principal complicación de un bazo ectópico, que ocurre debido a la torsión del pedículo vascular. Cuando tiene lugar, se produce un infarto esplénico por el compromiso vascular³.

Presentamos el caso de un varón de 15 años diagnosticado 5 meses antes de bazo ectópico localizado en hipogastrio, que acude a urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución, el cual se intensificó progresivamente, de localización inicial en hipogastrio el mismo no alivió con analgésicos y aumentó con la realización de movimientos bruscos, en las últimas horas se generalizó a todo el abdomen. Se acompañó de fiebre de 38° C, náuseas, escasos vómitos, astenia y anorexia.

A la exploración física el paciente presentaba esplenomegalia en hipogastrio y mesogastrio, fija, de consistencia dura, bordes lisos y dolorosa a la palpación. En la analítica destaca una leucocitosis de $12,6 \times 10^9/l$, siendo el resto normal. Hemodinámicamente estaba estable, con una taquicardia de 110 lpm.

En las técnicas de imagen, la ecografía abdominal mostró bazo aumentado de tamaño que mide aproximadamente

155 mm, localizado en hipogastrio. Se observa líquido periesplénico y en hipogastrio.

La tomografía computarizada simple de abdomen confirmó bazo ectópico en hipogastrio que mide 168 × 59 mm, abundante líquido periesplénico, en los espacios de Morrison y parietocólicos, con imagen hiperdensa en su porción central en forma de cordones que impresiona una torsión esplénica.

Con el diagnóstico de abdomen agudo por torsión de bazo ectópico, se interviene de urgencias mediante laparotomía media, identificándose una torsión esplénica con áreas isquémicas infartadas, por lo que se realizó esplenectomía.

La histología confirmó la torsión del pedículo vascular esplénico con marcada congestión vascular y áreas de infarto.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dio de alta al sexto día del postoperatorio.

La incidencia de la torsión de un bazo ectópico en una serie de 1.000 esplenectomías realizadas por Moran et al.⁴ fue del 0,2%. Puede suceder a cualquier edad, aunque es más frecuente en mujeres adultas jóvenes, principalmente multiparas, y en varones menores de 10 años⁵.

Las formas de presentación más frecuentes de bazo ectópico descritas en la literatura son abdomen agudo, dolor abdominal recurrente, obstrucción intestinal, masa abdominal, pancreatitis recurrente, sepsis y hemorragia digestiva alta. Además, puede ser un hallazgo en estudios radiológicos o en una exploración quirúrgica por otra causa⁶.

El cuadro sintomático de dolor abdominal aparece en forma aguda en aproximadamente el 50% de los casos. La sintomatología asociada incluye náuseas, vómitos y flatulencias. Otros síntomas menos frecuentes son estreñimiento, diarreas, melenas, hematemesis, anorexia, retención urinaria y disuria⁷.

En el examen físico se puede palpar una masa abdominal móvil, firme y dolorosa con «bordes con muescas» característicos, pero este no siempre es el caso porque la congestión esplénica puede eliminar la muesca esplénica y, por lo tanto, el diagnóstico clínico suele ser difícil⁸.

El diagnóstico se realiza por una alta sospecha clínica y estudios por imágenes. Los estudios de laboratorio son variables y poco específicos. Las alteraciones más frecuentes son la anemia, leucocitosis y trombocitopenia⁹.

La ecografía y la tomografía computarizada con contraste proporcionan información valiosa en el diagnóstico. Durante la ecografía, se detectan esplenomegalia, posición ectópica y heterogeneidad en el parénquima. Al realizar la ecografía Doppler color el flujo vascular se reduce debido a la torsión pedicular. Se observa un bazo aumentado de tamaño, y en una posición ectópica en la tomografía computarizada con contraste además del «signo del remolino», siendo un hallazgo importante en caso de torsión del pedículo vascular¹⁰.

En pacientes sintomáticos donde ha ocurrido un infarto esplénico, el tratamiento es generalmente esplenectomía. Si hay ectopia o torsión esplénica sin infarto esplénico, el paciente puede ser tratado con destorsión y esplenopexia (a menudo realizada por laparoscopia) o gastropexia¹¹.

El diagnóstico precoz permite una cirugía más precoz con el paciente menos deteriorado y una evolución postoperatoria más favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdán R, Bernal J, Cantín S, Paterna S, Barranco JI, Esarte JM. Bazo errante y torcido. Presentación de un caso. *Cir Gen.* 2006;28:253-6.
2. Barra S, Lepore R, Cappabianca A, Barra F. Bilobate wandering spleen with doble torsion of the vascular pedicle. A case report. *Ann Ital Chir.* 2017;6:1-4.
3. Soler R, Mederos ON. Afecciones quirúrgicas frecuentes. En: Mederos ON, Soler R, Albertini G, editores. *Síndrome de torsión La Habana: Ecimed;* 2018. p. 383.
4. Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous rupture of a wandering spleen: case report and literature review. *Curr Surg.* 2003;60:310-2.
5. Camilo CJ, Valderrábano S, Anchústegui P, Álvarez J, Morales S, Pérez C, et al. Esplenectomía laparoscópica por torsión de un bazo ectópico (*wandering spleen*). *Cir Esp.* 2006;80:406-8.
6. Maldonado D, López R. Bazo errante torcido: presentación de dos casos. *Rev Chil Pediatr.* 2006;77:388-91.
7. Perales FA, Agüero FJ, Hirakata CS, Guzmán C. Bazo migratorio, reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2016;9:251-6.
8. Khan DB, Khandwala K, Abbasi S, Khan SD, Raza R. Torsion of Wandering Spleen with Infarction. *Cureus.* 2018;10:e3177. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.3177>.
9. Mattioni L, Peña ME, Ringa M, Schlottmann F, Bugari G. Bazo errante: una causa infrecuente de abdomen agudo. *Medicina (Buenos Aires).* 2017;77:43-5.
10. Yokuş A, Akbudak I. Acute abdominal pain due to wandering spleen torsion: A case report. *East J Med.* 2018;23:325-7. <http://dx.doi.org/10.5505/ejm.2018.63634>.
11. Reisner DC, Burgan CM. Wandering spleen: An overview. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2018;47:68-70.

Yaima Susana Rey Vallés, Fernando Karel Fonseca Sosa*, Moraima Vallés Gamboa y Elismay Quesada Martínez

Servicio de Cirugía General, Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico
Docente Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ffonsecasosa@gmail.com
(F.K. Fonseca Sosa).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.09.009>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.