



BAZO ECTÓPICO O ERRANTE ASOCIADO A LEUCOPENIA Y PLAQUETOPENIA

Sr. Director: El bazo ectópico, o bazo errante, es una enfermedad infrecuente secundaria a una excesiva laxitud de los ligamentos suspensorios esplénicos o bien por ausencia de éstos.

Mujer de 33 años de edad, que durante el estudio preoperatorio para cirugía tiroidea por bocio multinodular, se constató una trombopenia en rango no hemorrágico y una leucopenia. No presentaba enfermedades médicas ni quirúrgicas previas. La analítica presentaba unas cifras de 13,4 g/dl de hemoglobina (hematocrito del 37,5%), leucocitos $3,89 \times 10^3/\mu\text{l}$ (neutrófilos 61,8%), plaquetas $117.000/\mu\text{l}$ (volumen plaquetario medio de 8,80 fl) y actividad de protrombina del 87%. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal (fig. 1) en la que se puso de manifiesto un bazo localizado en la línea media, con presencia de circulación colateral sugestiva de afectación de la vena esplénica, aunque permeable hasta el hilio esplénico. El estudio ulterior mostró positividad para anticuerpos antiplaquetarios. Anatomopatológicamente, fue informado como un bazo de 570 g, de 15 cm de diámetro máximo, con una arquitectura conservada, donde se observó únicamente una dilatación de los senos con colapso de los cordones, y sin otras lesiones histológicas relevantes. El periodo postoperatorio discurrió sin complicaciones. El último control analítico presentaba unas cifras de 13,6 g/dl de hemoglobina, $7,78 \times 10^3/\mu\text{l}$ de leucocitos (neutrófilos 43,6%) y plaquetas $480.000/\mu\text{l}$ (volumen plaquetario medio de 8,90 fl); el resto de la analítica estaba dentro de los límites de la normalidad.

El bazo ectópico (bazo errante) es una enfermedad infrecuente secundaria a una excesiva laxitud de los ligamentos esplénicos, bien de forma congénita (durante el desarrollo fetal), o bien de forma adquirida (traumatismos, conectivopatías, cambios hormonales)¹. Esta situación provoca la migración del órgano hacia el abdomen inferior o hacia la pelvis^{1,2}. Se ha cifrado una incidencia del 0,2% en una serie de 1.000 esplenectomías. Aunque no hay una incidencia exacta, es más frecuente en el sexo femenino, y en un rango de edad comprendido entre los 30 y los 50 años^{2,3}. Debe diferenciarse del bazo accesorio y del bazo supernumerario, donde además de una localización normal del bazo, se encuentra tejido esplénico en otras localizaciones^{3,4}.

El bazo ectópico puede presentarse como masa abdominal o pélvica, con o sin dolor, manifestándose como abdomen agudo de forma secundaria a la torsión del pedículo esplénico, lo que puede conllevar el infarto y la necrosis del tejido esplénico³. En nuestro caso, se presentó como torsión asintomática del hilio esplénico. Puede acompañarse de procesos linfoproliferativos malignos y, aunque de forma más infrecuente, de trombocitopenia⁴, aunque no se han descrito casos conjuntos de trombocitopenia y leucopenia.



Fig. 1. Tomografía computarizada de abdomen que muestra la localización anómala del bazo a la altura de la pelvis.

En el proceso diagnóstico puede recurrirse a la ecografía abdominal, la TC y la resonancia magnética, que informará sobre la situación del bazo y la existencia o no de isquemia y/o necrosis esplénica, lo que determinará la actitud terapéutica apropiada⁵.

El tratamiento de elección es la esplenopexia, excepto en las situaciones en las que haya un infarto por torsión del pedículo esplénico, donde está indicada la esplenectomía; está aceptado para ambas situaciones la cirugía mínimamente invasiva²⁻⁴. Se debe tener en cuenta tras la cirugía exéretica el riesgo de sepsis postesplenectomía; está indicada la vacunación previa a la cirugía en situaciones programadas, pero deben realizarse las correctas medidas preventivas tras la cirugía de urgencia¹.

PABLO MENÉNDEZ^a, DANIEL GAMBÍ^a, PEDRO VILLAREJO^a,
TEÓFILO CUBO^a, DAVID PADILLA^a, JOSÉ MARÍA MENÉNDEZ^b
Y JESÚS MARTÍN^a

^aServicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo «A». Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Castellón CJ, Valderrábano S, Anchústegui P, Álvarez J, Morales S, Pérez C, et al. Laparoscopic splenectomy due to torsion of a wandering spleen. *Cir Esp*. 2006;80:406-8.
3. Amer HZ, Chin C, Clarke K, Heller D. Infarcted ectopic spleen presenting as retroperitoneal mass. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14:660-2.
4. Tan HH, Ooi LL, Tan D, Tan CK. Recurrent abdominal pain in a woman with a wandering spleen. *Singapore Med J*. 2007;48:122E-4E.
5. 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.



COLITIS ULCEROSA, TACROLIMUS Y CURACIÓN MUCOSA

Sr. Director: El tacrolimus es un macrólido aislado del *Streptomyces tsukubaensis*. Su mecanismo de acción es similar a la ciclosporina con una potencia inmunosupresora de 10-100 veces superior, una absorción intestinal rápida no dependiente de la integridad de la mucosa intestinal y con gran variabilidad individual que obliga a un estrecho seguimiento de los valores plasmáticos del fármaco¹.

En la actualidad se dispone de una amplia experiencia sobre el uso de tacrolimus como fármaco inmunosupresor en el trasplante de órganos, fundamentalmente del riñón y el hígado. La evidencia científica disponible para su uso en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es escasa debido al tamaño y la heterogeneidad de los estudios publicados². Recientemente, se ha publicado el primer estudio con tacrolimus oral, controlado con placebo, en el tratamiento de la colitis ulcerosa refractaria en población japonesa³.

Presentamos un caso de colitis ulcerosa (CU) tratado con tacrolimus, en el que se pone de manifiesto el posible papel de este fármaco en la curación mucosa y el mantenimiento de la remisión clínica.

Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos en la actualidad (ex fumador). El cribado de tuberculosis fue negativo. En la serología del virus de la hepatitis B VHB se obtuvo AgHBs(-), anti-HBc(+) y anti-HBs(+). Fue diagnosticado de pancolitis ulcerosa en el año 2006, con brote moderado, y presentó una buena evolución clínica con corticoides orales. Ingresó en el hospital, 3 meses más tarde, por un brote agudo que precisó tratamiento con ciclosporina, ini-