

**Bazo ectópico en una mujer joven**

**Ectopic spleen in a young woman**

**MsC. Ramiro Julio Bejerano García <sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

Se describe el caso clínico de una joven embarazada, en quien se diagnosticó un tumor abdominal que obligó a interrumpir de inmediato la gestación. Días después comenzó a experimentar los signos y síntomas característicos de un abdomen agudo peritoneal, considerado como una complicación del proceso patológico ya señalado. Los estudios de imagenología mostraron un bazo ectópico, por lo cual se impuso la ejecución de una esplenectomía total. En el acto quirúrgico se halló que esa víscera había provocado una lesión vascular irreversible, atribuible a su posición anatómica anormal, con un pedículo muy largo y torcido; pero la evolución fue satisfactoria.

**Palabras clave:** mujer, bazo ectópico, esplenectomía total.

**ABSTRACT**

The case report of a young pregnant woman, in whom an abdominal tumor was diagnosed which immediately forced to interrupt pregnancy is described. Some days later she began to experience the characteristic signs and symptoms of a peritoneal acute abdomen, considered as a complication of the above mentioned pathological process. The imaging studies showed an ectopic spleen, reason why a total splenectomy was decided. During surgery it was found that this viscera had caused an irreversible vascular injury, attributable to its abnormal anatomical position, with a very long and bent pedicle; but the clinical course was satisfactory.

**Key words:** woman, ectopic spleen, total splenectomy.

**INTRODUCCIÓN**

El bazo se desarrolla desde muy temprano en la vida embrionaria, se sitúa en la celda esplénica, es decir, en el cuadrante superior izquierdo. En la vida adulta alcanza de 100 a 225 g aproximadamente y en condiciones normales no es palpable al examen físico.

Desde el punto de vista funcional desempeña importantes funciones como la inmunológica, de filtro (depura la sangre de sustancias indeseables) y es también un reservorio hemático, por lo cual no suele ser afectado por infecciones, tumores, y metástasis; pero es muy vulnerable a los traumas por ser un órgano friable, con abundante riego vascular y contar con ligamentos que se fijan firmemente a su cápsula. <sup>1</sup>

De hecho, cuando se producen alteraciones en este mecanismo de sostén el bazo se desplaza de su posición normal, arrastra con él su pedículo y provoca una enfermedad conocida como bazo flotante. Con frecuencia, esta anomalía en su pedículo puede provocar la rotación del órgano y producir complicaciones, tales como: infarto del parénquima esplénico, ruptura del órgano al estar desprovisto de su protección habitual, compresión de órganos abdominales, lo cual puede ocasionar obstrucción intestinal por angulación de este, formación de adherencias con fijación en un lugar de la cavidad abdominal y raras veces obstrucción biliar y gangrena del fondo gástrico. <sup>2</sup>

Esta entidad clínica se caracteriza por una excesiva movilidad y desplazamiento del bazo de su posición normal en el hipocondrio izquierdo, sobre un pedículo elongado que contiene los vasos esplénicos, lo que lo diferencia de la esplenosis, el bazo accesorio o bazo ectópico; puede encontrarse en el flanco y la fosa ilíaca izquierda, en la pelvis y en la fosa ilíaca derecha.

Hipócrates, Plinio, Herófilo y Galeno reconocieron localizaciones inusuales de este órgano. En 1873 se describió la primera esplenectomía por esta causa, en 1882 la esplenopexia y en 1885, en Alemania, se hizo referencia a la torsión del bazo. <sup>2</sup>

Esta afección es más frecuente en personas entre los 20 y 40 años de edad, especialmente en mujeres en edad reproductiva (70-93 %).

Muchos de los casos publicados incluyen historia de infecciones como malaria, ascariasis o fiebre tifoidea, trauma o enfermedades hematológicas benignas como anemia de células falciformes, anemia hemolítica autoinmune, esferocitosis hereditaria o púrpura trombocitopénica idiopática y neoplasias (leucemias, linfomas o linfosarcomas). Las causas pueden ser congénitas o adquiridas, que predisponen a la laxitud de los ligamentos del bazo o debilidad de los músculos de la pared abdominal. <sup>3-4</sup>

## **CASO CLÍNICO**

Se describe el caso clínico de una paciente de 27 años de edad, mestiza, con rasgo sicliémico, que acudió a consulta porque desde hacía 6 meses aproximadamente le habían diagnosticado un tumor abdominal (redondeado y movable) en el mesogastrio, en ocasión de habersele captado en esa misma fecha un embarazo fisiológico que en tales circunstancias fue aconsejable interrumpir.

Se realizó ecografía abdominal y laparoscopia, cuyos resultados revelaron la presencia de un bazo ectópico y se indicó tratamiento preoperatorio mediato para la resolución definitiva del tumor, con fines curativos.

Durante ese tiempo la paciente comenzó a presentar dolores abdominales que se intensificaban gradualmente y no se aliviaban con los analgésicos habituales, por lo cual acudió al cuerpo de guardia de este centro hospitalario.

- Examen físico

Aparato cardiovascular: Se hallaron ruidos cardíacos taquicárdicos de 120 latidos/minuto. Abdomen: asimétrico, con tumor visible y palpable en mesogastrio y flanco izquierdo (de 15 cm de diámetro aproximadamente), redondeado, de consistencia dura, superficie lisa, bordes definidos, con poco movimiento y muy doloroso, piel que lo recubría normal, así como también discreta reacción peritoneal y ruidos hidroaéreos normales.

Se interpretó clínicamente como una complicación del bazo ectópico.

Ecografía abdominal: imágenes ecolúcidas alrededor del bazo, sin líquido libre en la cavidad.

El paciente fue operado inmediatamente y se observó bazo flotante con un pedículo largo y torcido (**figura 1**).



Figura 1. *Pedículo esplénico elongado y torcido con compromiso vascular. Nótese la ausencia de los elementos de fijación.*

Se procedió a la ligadura del pedículo y a la extracción del órgano, el cual presentaba compromiso vascular irreversible (**figuras 2 y 3**).



Figura 2. *Compromiso vascular irreversible del bazo*



Figura 3. *Obsérvese gran tamaño y volumen del bazo.*

La paciente evolucionó satisfactoriamente y a los 5 días egresó sin complicaciones, pero con seguimiento por consulta externa hasta el alta definitiva.

## COMENTARIOS

Esta afección puede provocar torsión aguda o crónica, que ocasiona congestión venosa, esplenomegalia y dolor abdominal recurrente de larga evolución. Entre otros síntomas se incluyen: fiebre, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, melenas, hematemesis, anorexia y ocasionalmente se presenta como masa móvil en el cuadrante superior izquierdo del abdomen.

La torsión aguda puede ser precipitada por movimientos del cuerpo, cambios de presión intraabdominal o distensión de órganos adyacentes, lo cual causa congestión vascular, infarto y gangrena del bazo, que se manifiesta como un cuadro de abdomen agudo.

Entre las principales complicaciones figuran: infarto y absceso esplénicos, hemorragia por várices o compresión del estómago, vólvulo gástrico, pancreatitis y necrosis del páncreas.<sup>3-5</sup>

Si bien el bazo flotante no se acompaña frecuentemente de otras malformaciones congénitas, algunos autores han informado la presencia de estas, tales como: vólvulos gástricos, hernias diafragmáticas, eventración diafragmática izquierda y quiste epidermoide gigante, entre otros.<sup>3-5</sup>

Formas de presentación clínica<sup>5-6</sup>

- Dolor abdominal agudo cuando el órgano sufre una torsión del pedículo
- Dolor abdominal recurrente cuando el órgano sufre crisis de subtorsión
- Masa abdominal palpable muy movable
- Masa pélvica con síntomas urinarios por compresión
- Asintomático, hallado a través de un estudio o proceder diagnóstico

Los síntomas y hallazgos clínicos dependen de la posición anatómica y del estado fisiopatológico del bazo, por lo cual el diagnóstico de torsión crónica es difícil, pero existe una triada de criterios que ayudan a confirmarlo.

- Palpación de masa dura, ovalada, de borde crenado
- Movilización indolora de la masa hacia el hipogastrio izquierdo, con dolor y limitación de movilidad en otras direcciones.
- Cuadrante superior izquierdo hiperresonante

Cuando es agudo, generalmente el diagnóstico es intraoperatorio, en el curso de la laparotomía y los exámenes complementarios son inespecíficos: el hemograma muestra leucocitosis, trombocitopenia o trombocitosis.

La radiografía simple de abdomen puede revelar una masa abdominal y dilatación de la cámara gástrica o de las asas intestinales, pero no es diagnóstica; el colon por enema muestra desplazamiento medial y anterior de la flexura esplénica y mediante la ecografía se observa una masa sólida, móvil, así como también ausencia de bazo en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. A los efectos, resulta fundamental la evaluación conjunta con el radiólogo para realizar una "ecografía dinámica" y buscar el desplazamiento de la masa con los cambios de posición del paciente.<sup>6</sup>

Por su parte, el tríplex permite evaluar el flujo sanguíneo y muestra el compromiso de los vasos esplénicos, hallazgo que puede confirmarse por arteriografía o gammagrafía; la

escanografía contrastada muestra ausencia de bazo por desplazamiento de su localización normal, torsión o isquemia y es el examen que con mayor frecuencia sugiere el diagnóstico.<sup>6-7</sup>

La mortalidad por esta causa cada día es menor (0-2 %). El tratamiento de la torsión aguda es quirúrgico (de urgencia). Si existe gangrena se debe realizar esplenectomía, pero si hay viabilidad del parénquima, no existe compromiso de los vasos esplénicos o si se trata de una forma crónica de presentación, la cirugía es electiva y se practica la esplenopexia, a fin de conservar el órgano por la importancia de sus funciones vitales y evitar las complicaciones sépticas posesplenectomía, que en un porcentaje elevado son fatales. Para crear una bolsa retroperitoneal se fija el bazo al diafragma o la pared abdominal con epiplón, malla o los órganos vecinos. Las posibles complicaciones de este proceder son recurrencia de torsión y formación de pseudocápsula.<sup>6-7</sup>

Según algunos autores,<sup>8-11</sup> la esplenopexia se realiza con éxito por vía laparoscópica videoasistida y es una técnica menos agresiva; actualmente considerada por muchos el procedimiento de elección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Siverio N, Barranco Moreno A, Pérez Palma J, Herrera I, Díaz Flores L, González Espinosa C. Bazo ectópico torsionado. Rev Cir Ped 2005; 18(2):101-3.
2. Misawa T, Yoshida K, Shiba H, Kobayashi S, Yanaga K. Wandering spleen with chronic torsión. Am J Surg 2008; 195(4):504-5.
3. Feroci F, Miranda E, Moraldi L, Moretti R. The torsion of a wandering pelvic spleen: A case report. Cases J 2008; 1:149.
4. Prieto Montaña José, Salazar W, ReynaVillasmil E, Santos Bolívar J. Torsión de bazo ectópico. Cir Esp 2009; 86(5):324-5.
5. Than H, Ooi L, Than D, Than D. Recurrent abdominal pain in a woman with wandering spleen. Singapore Med J 2007; 48:122-4.
6. Diego Maldonado M, Richard López C. Bazo errante torcido: presentación de 2 casos. Rev Chil Pediatr 2006; 77(4):388-91.
7. Tommaso Bombardieri. Milza migrante e torsione del peduncolo. Presentazione di un caso clínico e revisione della letteratura. Chirurgia Italiana 2002; 54:417-21.
8. Castellón Pavón C, Valderrábano González S, Anchústegui Melgarejo P, Álvarez Álvarez J, Morales Artero S, Pérez Alzar C, et al. Esplenectomía laparoscópica por torsión de un bazo ectópico. Cir Esp 2006; 80:406-8.
9. Cerdán Pascual R, Bernal Jaulin J, Cantín Blázquez S, Paterna López S, Barranco Domínguez JI, Esarte Muniain JM. Bazo errante y torcionado. Presentación de un caso. Cir Gen 2006; 28:253-256.
10. Torelli P, Dcavaliere M, Casaccia F, Panaro. Laparoscopic splenectomy for hematological diseases. Surg Endosc 2002; 16:965-71.

11. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Bücheler M, Kraus T. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of literature. Surg Today 2007; 37:261-9.

Recibido: 27 de abril de 2011

Aprobado: 22 de mayo de 2011

**Dr. Ramiro Julio Bejerano García.** Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: ramiro@medired.scu.sld.cu