

Bazo errante torcido: Presentación de dos casos

Diego Maldonado M.¹, Richard López C.¹

Resumen

El bazo errante torcido es una causa poco frecuente de abdomen agudo en el niño. Se caracteriza por una ausencia o hiperlaxitud de los ligamentos esplénicos, con el riesgo de torsión de su pedículo y necrosis. El objetivo de la presente revisión es reportar dos casos de bazo errante torcido manejados en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Clínico San Borja Arriarán y discutir las opciones de tratamiento. Ambos casos debutaron como abdomen agudo, fueron operados con diagnóstico de apendicitis aguda, lo cual fue descartado. En los días siguientes persistió el dolor abdominal asociado a una masa en flanco izquierdo, la ecotomografía y el scanner abdominal permitieron plantear el diagnóstico de bazo errante torcido. Los pacientes fueron reintervenidos, practicándose una esplenectomía al confirmar necrosis esplénica, con una buena evolución postoperatoria. La sospecha diagnóstica de esta inhabitual patología permite el oportuno y correcto manejo de los pacientes afectados.

(**Palabras clave:** Bazo, bazo errante, abdomen agudo, ligamentos).

Rev Chil Pediatr 77 (4); 388-391, 2006

Twisted wandering spleen

The twisted wandering spleen is a rare cause of acute abdomen in the childhood. It is characterized for an absence or hiperlaxity of the splenic ligaments, with the risk to twisting and necrosis. The object of the present article is to report and to discuss the options of treatment of two cases of twisted wandering spleen treated in the Departament of Pediatric Surgery at San Borja Arriarán Hospital. Both patients were diagnosed as acute apendicitis and went into abdominal surgery, the diagnosis could not be confirmed. After surgery, they did not show a clinical improvement, and a left abdominal mass associated to abdominal pain was observed. Ultrasound and CT scan revealed the presence of a mass compatible with a twisted spleen in the mesohypogastric region, and a contorted vascular pedicle twisted on its axis. A second laparotomy was performed and the infarcted spleen was removed in both patients. Although wandering spleen is a rare clinical entity, the possibility of torsion should be kept in mind in the differential diagnosis of acute abdomen.

(**Key words:** spleen, twisted spleen, acute abdomen, ligaments).

Rev Chil Pediatr 77 (4); 388-391, 2006

1. Médico, Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital San Borja Arriarán. Santiago. Chile.

Trabajo recibido el 06 de julio de 2006, devuelto para su corrección el 18 de julio de 2006, segunda versión 24 de julio de 2006, tercera versión 06 de agosto de 2006, aprobado para su publicación 12 de agosto de 2006.

Correspondencia a: Dr. Diego Maldonado. E-mail: d.maldonado.m@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El bazo errante, vagabundo o *wandering spleen* es una entidad clínica poco frecuente en niños menores de 10 años y se caracteriza por una ausencia o hiperlaxitud de los elementos de fijación del bazo; esto produce una gran libertad de movimiento, generando ptosis, riesgo de torsión de su pedículo e infarto visceral. Su etiología puede ser congénita por ausencia de los ligamentos esplénicos por una alteración en el desarrollo embrionario del mesogastrio dorsal o adquirida por hiperlaxitud secundaria a factores hormonales o esplenomegalia¹⁻³.

Las formas de presentación más frecuentes 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 laparotomía por otra causa.

El diagnóstico se confirma con una ecografía con doppler color que muestra el bazo en una posición ectópica, frecuentemente en fosa ilíaca izquierda, esplenomegalia por alteración del retorno venoso y disminución o ausencia de flujo en los casos de torsión¹⁻⁸.

El objetivo de la presente revisión es reportar dos casos de bazo errante torcido manejados en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital San Borja Arriarán y discutir las opciones de tratamiento.

CASO CLÍNICO 1

Escolar de 8 años, sexo femenino, ingresó al servicio de urgencia infantil por cuadro de dolor abdominal de 48 h de evolución, asociado a fiebre, compromiso del estado general y anorexia. Al examen de ingreso destacaba un abdomen poco depresible, doloroso, en tabla, con resistencia muscular difusa y *blumberg*.

Se hospitalizó con diagnóstico de abdomen agudo por peritonitis apendicular y se realizó una laparotomía exploradora que mostró moderada cantidad de líquido libre, sin mal olor, apéndice sano, ileon terminal sin divertículo de Meckel, anexo derecho normal y múltiples adenopatías mesentéricas.

Evolucionó estable hasta el tercer día post operatorio que presenta fiebre, dolor abdominal y al examen físico se pesquió

una masa de 12 cm en el flanco izquierdo. Se realizó una ecografía abdominal que mostró una masa en el flanco izquierdo que correspondía al bazo y líquido libre intrabdominal. Se solicitó una tomografía computarizada de abdomen y pelvis que mostró el bazo a nivel del flanco izquierdo con una imagen en *twister* a nivel del hilio esplénico, sugere de un bazo errante torcido (figura 1).

Se realizó una laparotomía exploradora que confirmó el diagnóstico de un bazo errante torcido con signos de necrosis y trombosis de su pedículo por lo que se efectuó una esplenectomía. Evolucionó sin complicaciones durante el post operatorio, se indicó profilaxis antibiótica con amoxicilina e inmunización contra *Streptococcus pneumoniae* y *Hemophilus influenzae*.

CASO CLÍNICO 2

Preescolar de 3 años, de sexo femenino, que consultó en el Servicio de Urgencia por cuadro de dolor abdominal de 24 h de evolución, asociado a vómitos y compromiso del estado general. Al examen físico de ingreso destacaba un abdomen con resistencia muscular difusa. Se hospitalizó con diagnóstico de abdomen agudo por peritonitis apendicular y se realizó una laparotomía exploradora que mostró abundante líquido purulento, apéndice sano, ileon terminal sin divertículo de Meckel, anexo derecho normal y múltiples adenopatías a nivel del mesenterio. Se indicó tratamiento antibiótico con penicilina por vía endovenosa por sospecha de una peritonitis primaria.

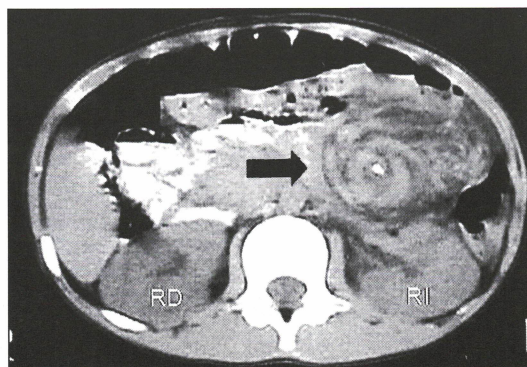


Figura 1. TAC de abdomen y pelvis: Imagen en "twister" en el flanco izquierdo sugere de un bazo errante torcido.

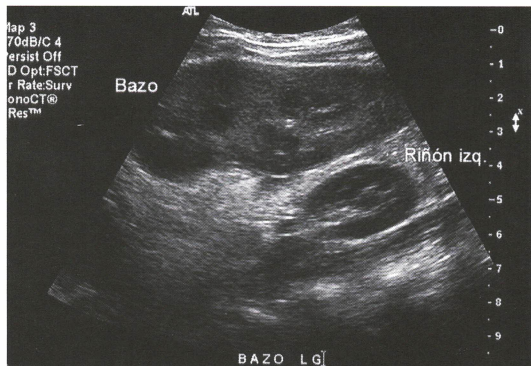


Figura 2. Ecografía abdominal con doppler: Bazo en posición ectópica, aumentado de tamaño, parénquima heterogéneo y sin flujo al doppler.

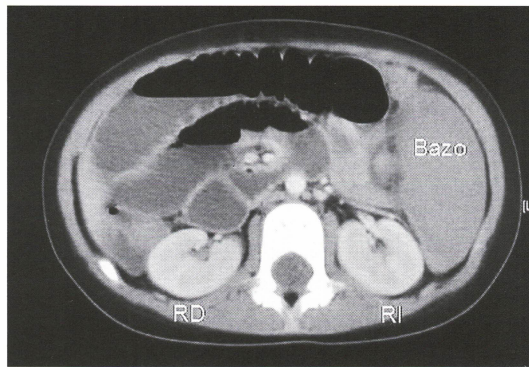


Figura 3. TAC de abdomen y pelvis: Bazo a nivel del flanco izquierdo, aumentado de tamaño y no capta el medio de contraste endovenoso.

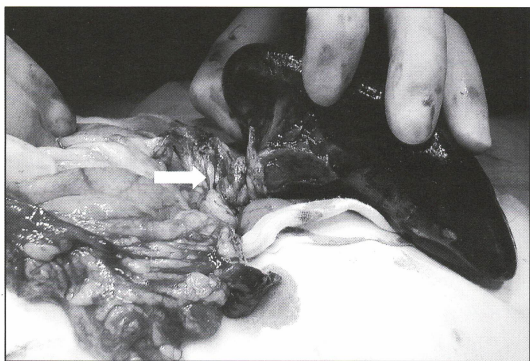


Figura 4. Hallazgos intraoperatorios: Bazo sin elementos de fijación, con su pedículo torcido en varios giros y trombosado.

Evolucionó en malas condiciones generales, con dolor abdominal y vómitos biliosos. Al tercer día post operatorio presentó distensión abdominal y se pesquió una masa dolorosa de 10 cm en flanco izquierdo. Se realizó una ecografía abdominal con doppler que mostró el bazo en una ubicación ectópica, a nivel del flanco y fosa iliaca izquierda, aumentado de tamaño, con parénquima heterogéneo y sin flujo al doppler (figura 2). La TAC de abdomen y pelvis confirmó los hallazgos ecográficos sugerentes de un bazo errante torcido (figura 3).

Se realizó una laparotomía exploradora que mostró algunas asas intestinales dilatadas adheridas a la superficie del bazo que se encontraba aumentado de tamaño, sin elementos de fijación, su pedículo torcido en varios giros, trombosado, con signos evi-

dentos de necrosis y se efectuó una esplenectomía (figura 4).

Evolucionó sin problemas durante el post operatorio, se indicó profilaxis antibiótica con amoxicilina e inmunización contra *Streptococcus pneumoniae*.

DISCUSIÓN

El tratamiento del bazo errante torcido es quirúrgico y consiste en destorsión más esplenectomía si existen signos de necrosis, trombosis de su pedículo o hiperesplenismo. Cuando el bazo conserva su vitalidad esta recomendado realizar una esplenopexia^{6,9}.

Existen diferentes técnicas para realizar la esplenopexia como sutura del bazo al diafragma, a la pared abdominal, al ligamento colofrénico o fabricación de un bolsillo retroperitoneal⁹⁻¹³.

Si se efectúa una esplenectomía es importante realizar profilaxis antibiótica con amoxicilina e inmunización contra *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* para disminuir el riesgo de infección por gérmenes capsulados.

Los 2 casos presentados en esta revisión se manifestaron como abdomen agudo y fueron operados con diagnóstico de peritonitis apendicular, la que no fue confirmada en la laparotomía. Ambos en el post operatorio evolucionaron en malas condiciones generales y se pesquió una masa abdominal dolorosa en el flanco izquierdo. La ecografía con doppler más la tomografía axial computarizada fueron fundamentales para establecer el diagnóstico de un bazo errante

torcido, realizándose una segunda cirugía en la cual fue necesario efectuar una esplenectomía por la necrosis del bazo secundaria a la torsión y trombosis de su pedículo. Ambos pacientes recibieron profilaxis antibiótica e inmunización contra *S. pneumoniae* y *H. influenzae* para disminuir el riesgo de sepsis por gérmenes capsulados.

No se han presentado complicaciones hasta la fecha de esta publicación.

REFERENCIAS

- 1.- Steinberg R, Karmazyn B, Dlugy E, et al: Clinical presentation of wandering spleen, J Pediatr Surg 2002; 37: E30-1.
- 2.- Brown C, Virgilio G, Vásquez W: Wandering spleen and its complications in children: A case series and review of the literature, J Pediatr Surg 2003; 38: 1676-9.
- 3.- Zúñiga S, Soto G, Ronco R, et al: Bazo errante complicado: el caso de un lactante de 13 meses. Rev Chil Cir 2002; 54: 396-400.
- 4.- Spector J, Chappell J: Gastric volvulus associated with wandering spleen in a child. J Pediatr Surg 2000; 35: 641-2.
- 5.- Núñez R, Turu I, Whittle C, et al: Bazo errante. Rev Chil Cir 1998; 50: 664-6.
- 6.- Hernández-Siverio N, Barranco A, Pérez J, et al: Bazo ectópico torsionado. Cir Pediatr 2005; 18: 101-3.
- 7.- Greig J, Sweet E, Drainer I: Splenic torsion in a wandering spleen, presenting as an acute abdominal mass. J Pediatr Surg 1994; 29: 571-2.
- 8.- Muckmel E, Zer M, Dintsman: Wandering spleen with torsion of pedicle in a child presenting as an intermittently-appearing abdominal mass. J Pediatr Surg 1978; 13: 127-8.
- 9.- Stingel G, Soucy P, Mecor S: Torsion of the wandering spleen: Splenectomy or Splenopexy. J Pediatr Surg 1982; 17: 373-5.
- 10.- Schaarschmidt K, Lempe M, Kolberg-Schwerdt A, et al: The technique of laparoscopic retroperitoneal splenopexy for symptomatic wandering spleen in childhood. J Pediatr Surg 2005; 40: 575-7.
- 11.- Martínez-Ferro M, Elmo G, Laje P: Laparoscopic pocket splenopexy for wandering spleen: A case report. J Pediatr Surg 2005; 40: 882-4.
- 12.- Hirose R, Kitano S, Bando T, et al: Laparoscopic splenopexy for pediatric wandering spleen. J Pediatr Surg 1998; 33: 1571-3.
- 13.- Allen K, Andrews G: Pediatric wandering spleen-the case for splenopexy: Review of 35 reported cases in the literature. J Pediatr Surg 1989; 24: 432-5.