

Abdomen agudo secundario a torsión de bazo ectópico como causa inusual de dolor abdominal en urgencias

Acute Abdomen After Ectopic Spleen Torsion as an Unusual Cause of Abdominal Pain in the Emergency Department

Joaquín Valle Alonso^{1*}

Carlos Alberto González Marante²

Sorelis Bandera²

¹Servicio de Urgencias, Royal Bournemouth Hospital. Bournemouth. Reino Unido.

²Policlínico-Hospital Pediátrico Docente “Raúl Gómez García”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: joa51274@hotmail.com

RESUMEN

El bazo ectópico es una enfermedad infrecuente, que se caracteriza por el aumento de la movilidad del bazo debido a la ausencia o laxitud de sus ligamentos suspensorios, lo que puede dar lugar a una torsión de su pedículo, y provocar un abdomen agudo. Se presenta el caso de una mujer de 29 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de 7 meses de evolución, localizado en fosa ilíaca izquierda, que ha empeorado en las últimas 48 horas. Se realizó ecografía en el servicio de urgencias (*point-of-care*) que mostró una imagen compatible con bazo ectópico junto a su hilio, localizado en tercio inferior del abdomen cerca de la vejiga y del útero, y líquido libre. La tomografía axial computarizada confirmó el diagnóstico de torsión del pedículo. Se realizó laparotomía de urgencia y se localizó el bazo dentro de la pelvis con torsión del pedículo; ante un bazo no viable se realizó esplenectomía. La histología demostró cambios trombóticos difusos con infartos isquémicos y hemorrágicos del bazo.

A pesar de su baja prevalencia, el bazo ectópico se debe tener en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial en aquellas mujeres en edad fértil que consultan por dolor abdominal o masa pélvica.

Palabras clave: bazo ectópico; dolor abdominal; diagnóstico.

ABSTRACT

Ectopic spleen is a rare disease, characterized by increased mobility of the spleen due to the absence or laxity of its suspensory ligaments, which can lead to torsion of its pedicle and cause acute abdomen. We present the case of a 29-year-old woman who attends the emergency department with abdominal pain of seven months of evolution and located in the left iliac fossa, which has worsened in the last 48 hours. An ultrasound was performed in the emergency department (point-of-care), which showed, next to its hilum, an image consistent with ectopic spleen, located in the lower third of the abdomen near the bladder and uterus, and free fluid. Computed axial tomography confirmed the diagnosis of pedicle torsion. Emergency laparotomy was performed and the spleen was located inside the pelvis with torsion of the pedicle. Splenectomy was performed before a non-viable spleen. Histology showed diffuse thrombotic changes with ischemic and hemorrhagic infarcts of the spleen. Despite its low prevalence, the ectopic spleen should be taken into account when making the differential diagnosis in those women at childbearing age who come to the clinic for abdominal pain or pelvic mass.

Keywords: ectopic spleen; abdominal pain; diagnosis.

Recibido: 7/2/2018

Aprobado: 6/3/2018

INTRODUCCIÓN

El bazo ectópico o errante es una entidad clínica poco frecuente, caracterizada por la hipermovilidad del bazo como consecuencia de la laxitud o mal desarrollo de sus

ligamentos suspensorios, debido a esa laxitud se puede localizar en diferentes partes del abdomen o pelvis.⁽¹⁾ Por lo general, se detecta entre los 20 y 40 años de edad, y es más común en las mujeres. La presentación clínica de un bazo ectópico es variable, se puede presentar como una masa abdominal o pélvica asintomática detectada incidentalmente, o como un abdomen agudo por torsión esplénica.^(2,3) El diagnóstico en el servicio de urgencias puede ser un reto ya que es una causa poco frecuente de abdomen agudo y no ocasiona ningún síntoma hasta que se produce la torsión esplénica. Se presenta un caso de bazo ectópico con torsión aguda que resulta en infarto del bazo, diagnosticado por ecografía y confirmado por una tomografía computarizada (TAC) que fue tratado de forma efectiva con esplenectomía.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de más de 7 meses de evolución, que ha empeorado en las últimas 48 horas, se localiza a nivel en fosa ilíaca izquierda y periumbilical, no irradia, es de carácter no cólico. No presentaba antecedentes personales de interés, ni factores predisponentes para trombosis (hábito tabáquico ni uso de contraceptivos). En la exploración física destacaba una temperatura axilar de 38 °C, frecuencia cardiaca 112 latidos por minuto, TA 123-76 mmHg. A la palpación abdominal se objetivó la presencia de irritación peritoneal difusa, así como de una masa de consistencia firme a nivel de fosa ilíaca izquierda y mesogastrio. Los exámenes de laboratorio demostraron leucocitosis (15 000/mm³) y una cifra de hemoglobina de 9,7 g/dL, el resto de la analítica se encontraba dentro de la normalidad.

La práctica de una ecografía *point-of care* en el servicio de urgencias, mostró una imagen compatible con una masa, de consistencia similar al bazo/hígado, que ocupa la pelvis por encima del útero y vejiga urinaria, se solicita ecografía reglada (Fig. 1) y TAC de abdomen con contraste (Fig. 2 a y b).

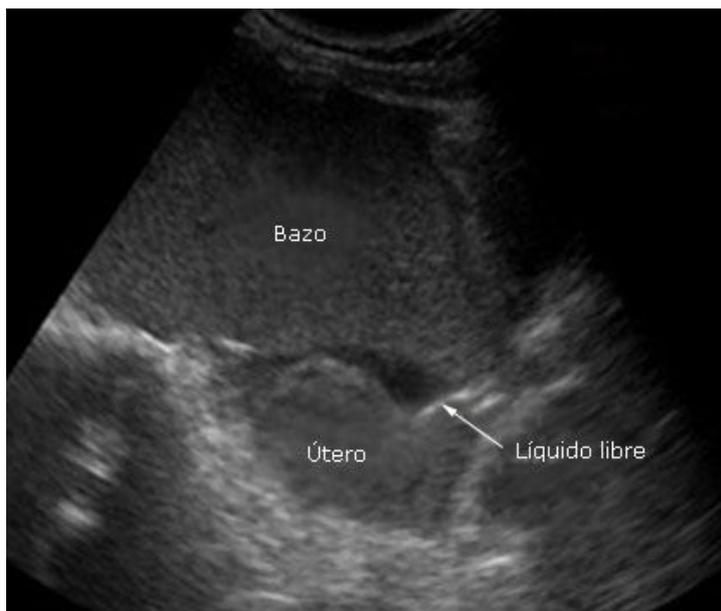


Fig. 1 - Ecografía *point of care*. Corte sagital de pelvis que demuestra presencia de masa hipoeoica a nivel de abdomen inferior y pelvis encima de la vejiga urinaria, y de escasa cantidad de líquido libre.

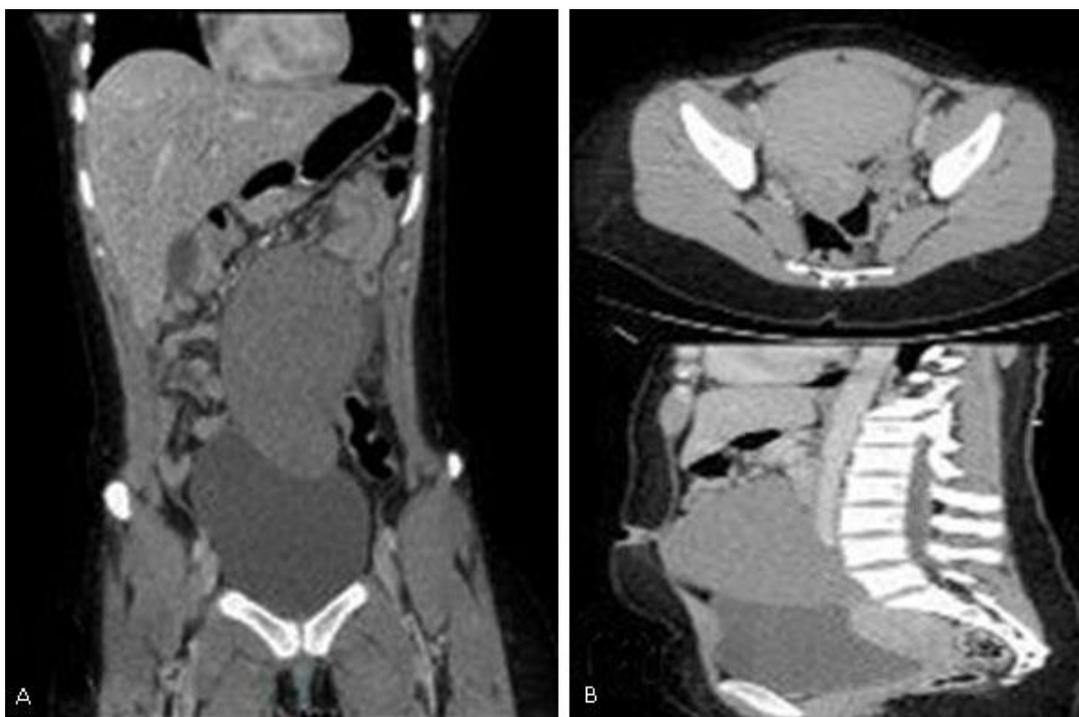


Fig. 2 (a y b) - Vistas de la tomografía axial computarizada de abdomen con contraste que reporta la presencia de masa que mide 10,5 x 15 x 6,5 cm a nivel de la pelvis, presencia de líquido libre a nivel de goteras paracólica derecha y mesenterio. Se corresponde a bazo ectópico infartado por torsión del pedículo vascular.

El resultado de la ecografía reglada fue: presencia de un bazo ectópico a nivel de hemiabdomen inferior en proximidad con la vejiga y útero con el hilio orientado de forma lateral, aumentado de tamaño, difusamente hipoeoico con la textura alterada sugiriendo congestión vascular, se apreciaba la presencia de mínima cantidad de líquido libre en pelvis (Fig. 1), los datos sugerían un bazo ectópico con torsión del pedículo por oclusión venosa. La TAC abdominal confirma el diagnóstico (Fig. 2 a y b).

Se realizó laparotomía exploradora de urgencias y se localizó el bazo dentro de la pelvis con torsión del pedículo. Ante un bazo no viable se realiza esplenectomía. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, la histología demostró cambios trombóticos difusos con infartos isquémicos y hemorrágicos del bazo.

DISCUSIÓN

El bazo ectópico puede tener un tamaño normal o puede estar aumentado. Por lo general se presenta como una masa abdominal palpable o como un dolor abdominal agudo cuando presenta una torsión aguda de su pedículo.⁽³⁾ Los pacientes con bazo ectópico complicado por la torsión de su pedículo pueden tener síntomas agudos, crónicos o intermitentes. Los síntomas de presentación dependen del grado de torsión, que puede variar desde 90° hasta 2 160° (1/4 a 12 giros).⁽⁴⁾ Los casos crónicos o intermitentes leves de torsión simplemente provocan congestión vascular y esplenomegalia.⁽⁵⁾ El infarto esplénico con la posible participación de las vísceras relacionadas puede ocurrir con múltiples giros. Cuando se produce la torsión aguda, aparece un cuadro de abdomen agudo, que puede ser confundido con una apendicitis, que es mucho más común, con una torsión ovárica, un embarazo ectópico o diverticulitis.

El diagnóstico correcto y precoz del bazo ectópico es importante debido a las complicaciones que pueden ocurrir como son la congestión, el infarto, la gangrena, y el absceso esplénico, lesiones de órganos adyacentes secundarias a la torsión (vólvulo gástrico, obstrucción gastrointestinal, pancreatitis aguda, necrosis pancreática)⁽⁶⁾ y rotura traumática debido a la pérdida de la protección de la caja torácica en el abdomen inferior y pelvis.^(7,8,9,10)

El diagnóstico clínico es difícil. Las investigaciones hematológicas y bioquímicas son, por lo general, inespecíficas. Los procedimientos de imagen no invasivos como la ecografía abdominal reglada, la TAC y la resonancia magnética (RM) son diagnósticos.^(11,12) Las radiografías simples de abdomen y estudios con bario son inespecíficos. Aunque la gammagrafía puede localizar el bazo ectópico, es caro y no está ampliamente disponible.^(8,13) La angiografía también puede localizar el bazo ectópico y diagnosticar la torsión esplénica, pero es invasiva y no es esencial para realizar el diagnóstico.

El diagnóstico preoperatorio puede ser establecido por la ecografía y la TAC con contraste⁽¹⁴⁾ que demuestran la ausencia de tejido esplénico en cuadrante superior izquierdo y localizan su posición ectópica. La ecografía Doppler del parénquima esplénico y los vasos se puede utilizar para evaluar el estado del flujo.⁽¹⁵⁾ El bazo infartado, sin embargo, puede parecer normal o tener una ecotextura alterada, o aparecer hiperecoico en la ecografía.⁽¹⁶⁾ La limitación de la ecografía incluye la presencia de los gases intestinales, dificultad para demostrar el pedículo torcido, las diversas imágenes de apariciones de infarto esplénico y la imposibilidad de evaluar con precisión el estado de las vísceras adyacentes; la TAC supera estas deficiencias. En nuestro caso, la paciente presentó dolor abdominal debido a la extensa torsión esplénica. En los últimos años, la ecografía realizada por cirujanos y facultativos de urgencias denominada *point of care* o en la cabecera del paciente ha extendido sus aplicaciones para el diagnóstico de abdomen agudo y para la toma de decisiones, ofreciendo resultados alentadores muy similares al estándar radiológico. En el caso actual la ecografía *point of care* aporta imagen no habitual que es confirmada por la ecografía reglada. La TAC con contraste aportó información preoperatoria detallada sobre el grado de torsión y el bazo no viable. Si bien la ecografía es útil en el diagnóstico, la TAC con contraste se requiere para la evaluación completa de un paciente que tiene el bazo ectópico complicado por torsión.

La estrategia terapéutica del bazo ectópico ha ido cambiando con el tiempo; inicialmente se propugnó una actitud expectante, pero esta se asociaba con morbilidad y mortalidad elevadas, por lo que pasó a plantearse la esplenectomía como único tratamiento en todos los casos, pero en la actualidad, debido al papel del bazo en la inmunidad se está replanteando nuevamente una actitud conservadora.^(17,18,19)

En resumen, los pacientes con torsión de bazo ectópico pueden presentar síntomas que van desde manifestaciones agudas a subagudas o crónicas. Este fue un caso de bazo ectópico con una torsión importante e infartado que se presentó como un abdomen agudo. La ecografía establece el diagnóstico presuntivo, sin embargo, es obligatorio realizar una TAC para la evaluación preoperatoria de esta rara afección. A pesar de su prevalencia poco común, el bazo ectópico se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en mujeres en edad reproductiva que presentan masa pélvica o dolor abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raissaki M, Prassopoulos P, Daskalogiannaki M, Magkanas E, Gourtsoyiannis N. Acute abdomen due to torsion of wandering spleen: CT diagnosis. *European radiology*. 1998 Sep 1;8(8):1409-12.
2. Satyadas T. Wandering spleen: case report and literature review. *JR Coll Surg Edinb*. 2002;47:512-4.
3. Buehner M, Baker MS. The wandering spleen. *Surgery, gynecology & obstetrics*. 1992 Oct;175(4):373-87.
4. 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. *Surgery Today*. 2007 Mar 1;37(3):261-9.
5. Herman TE, Siegel MJ. CT of acute splenic torsion in children with wandering spleen. *AJR. American journal of roentgenology*. 1991 Jan;156(1):151-3.
6. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: a challenging diagnosis. *Southern medical journal*. 1997 Apr; 90(4):439-43.
7. Zarrintan S, Jamali F, Tubbs RS, Khaki AA, Salavati A, Tanoomand A. A wandering spleen presenting as a pelvic mass: case report and review of the literature. *Folia morphologica*. 2007;66(2):152-4.
8. Lin CH, Wu SF, Lin WC, Chen AC. Wandering spleen with torsion and gastric volvulus. *Journal of the Formosan Medical Association*. Taiwan yi zhi. 2005 Oct;104(10):755-8.

9. Rosin D, Bank I, Gayer G, Rimon U, Gur D, Kuriansky Y, et al. Laparoscopic splenectomy for torsion of wandering spleen associated with celiac axis occlusion. *Surgical endoscopy*. 2002 Jul 21;16(7):1110.
10. Sanchez R, Lobert P, Herman R, O'Malley R, Mychaliska G. Wandering spleen causing gastric outlet obstruction and pancreatitis. *Pediatric radiology*. 2010 Dec 1;40(1):89-91.
11. Gayer G, Zissin R, Apter S, Atar E, Portnoy O, Itzhak Y. CT findings in congenital anomalies of the spleen. *The British journal of radiology*. 2001 Aug;74(884):767-72.
12. Deux JF, Salomon L, Barrier A, Callard P, Bazot M. Acute torsion of wandering spleen: MRI findings. *American Journal of Roentgenology*. 2004 Jun;182(6):1607-8.
13. Baykara M, Karahan OI, Coskun A. Case report: acute abdomen and pelvic mass due to torsion of wandering spleen [in Turkish]. *Tani Girisim Radyol*. 2003;9(1):105-7.
14. Bakir B, Poyanli A, Yekeler E. Acute torsion of wandering spleen: imaging findings. *Abdom Imaging*. 2004;29(6):707-9.
15. Arda K, Kizilkanat K, Celik M, Turkalp E. Intermittent torsion of a wandering spleen in a child: the role of MRI in diagnosis. *JBR-BTR*. 2004;87(2):70-2.
16. Danaci M, Belet U, Yalin T, Polat V, Nurol S, Selçuk MB. Power Doppler Sonographic Diagnosis of Torsion in a Wandering Spleen. *Journal of clinical ultrasound*. 2000;28(5):246-8.
17. Dawson JH, Roberts NG. Management of the wandering spleen. *Aust N Z J Surg*. 1994;64(6):441-4.
18. Fukuzawa H, Urushihara N, Ogura K, Miyazaki E, Matsuoka T, Fukumoto K. Laparoscopic splenopexy for wandering spleen: extraperitoneal pocket splenopexy. *Pediatr Surg Int*. 2006;22:931-4.
19. Fonseca AZ, Ribeiro M Jr., Contrucci O. Torsion of a wandering spleen treated with partial splenectomy and splenopexy. *J Emerg Med*. 2013;44(1):33-6.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflicto de intereses.