

Súbito dolor abdominal... ¿una sorpresa?

Necrosis de un bazo ectópico

S. Nobre¹, C. Salgado²

¹Hospital Pediátrico de Coimbra. Centro Hospitalar de Coimbra. Portugal. ²Hospital São Teotónio de Viseu. Portugal.

RESUMEN

Un bazo ectópico es raro en niños. Su movilidad excesiva puede provocar la torsión del pedículo vascular y en consecuencia necrosis.

Describimos el caso de una niña de seis años, con antecedentes de onfalocele, dextrocardia y bazo ectópico que fuera diagnosticado inesperadamente tres años antes, después de la palpación abdominal de una masa abdominal dura. La niña acude al servicio de urgencias por un dolor abdominal repentino e intenso. En la observación se detectan señales de irritación peritoneal. La ecografía reveló un bazo de grandes dimensiones localizado en el hipogastrio. La tomografía computarizada no visualizó el bazo pero mostró una masa en el hipogastrio, sin captación de contraste. Se realizó esplenectomía por necrosis esplénica.

Conocido el estado de bazo ectópico, aun siendo asintomático, se debe considerar esplenoplejía, con el fin de minimizar posibles complicaciones. Ante un abdomen rígido se debe considerar la torsión pedicular e actuar lo antes posible.

PALABRAS CLAVE: Bazo ectópico; Necrosis esplénica; Esplenectomía.

KEY WORDS: Ectopic spleen; Wandering spleen; Splenic infarction; Splenectomy; Children.

INTRODUCCIÓN

Un bazo ectópico/errante, localizado en un lugar diferente del normal, se caracteriza por tener una movilidad excesiva (*wandering spleen*), como resultado de la ausencia o mayor laxitud de los ligamentos esplénicos^(1,2).

Es más común en los adultos, especialmente en mujeres en edad fértil^(3,4). En los niños es un caso raro, con una incidencia de menos del 0,2%⁽¹⁾. Es más frecuente en sexo femenino, a excepción del primer año de vida⁽³⁾. La edad de presentación oscila entre los tres meses y los diez años, siendo más común en bebés⁽⁵⁾.

En la literatura hay artículos de pequeñas series o casos aislados. En la revisión de Brown C y colaboradores⁽³⁾, solamente se describen 143 casos de bazo ectópico en menores de 21 años. En la revisión de 1.413 esplenectomías realizadas en niños, solamente cuatro fueron consecuencia de la torsión del pedículo vascular del bazo ectópico⁽⁵⁾.

El diagnóstico puede realizarse recurriendo a los estudios de imagen, siendo la ecografía abdominal la prueba de elección, seguida de la tomografía computarizada (TC)⁽³⁾. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas, mostrando una leucocitosis leve⁽⁶⁾.

El diagnóstico requiere tratamiento quirúrgico. Algunos autores sugieren esplenopexia laparoscópica, aun siendo asintomático, con el fin de reducir al mínimo posibles complicaciones⁽³⁾. La esplenectomía puede ser necesaria en caso de necrosis esplénica.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Niña de seis años, acude al departamento de urgencias por un pico de fiebre de 38,5°C y un dolor abdominal repentino, localizado en flanco y fosa ilíaca izquierda, transcurridas sie-

SUDDEN ABDOMINAL PAIN... IS IT A SURPRISE? NECROSIS OF AN ECTOPIC SPLEEN

ABSTRACT

An ectopic/wandering spleen is rare in children. It results from the absence or laxity of the supporting ligaments which may cause torsion of the splenic pedicle with subsequent infarction.

We present a case of a six-year-old girl, with history of onfalocele, dextrocardia and ectopic spleen (incidentally discovered three years ago as an abdominal mass on physical examination), with acute abdominal pain and signs of peritoneal irritation. Sonography showed an enlarged ectopic spleen in the pelvis. Computed tomography scan did not enable visualization of the spleen and allowed the identification of a pelvic mass without uptake of intravenous contrast. Splenectomy was performed due to splenic infarction.

In the presence of a wandering spleen, even if asymptomatic, splenopexy may be performed to minimize complications, and together with acute abdominal pain, torsion of splenic pedicle may be considered.

Correspondencia: Susana Margarida Nobre. Hospital Pediátrico Carmona da Mota. Centro Hospitalar de Coimbra – EPE. 3000-602 Coimbra (Portugal). E-mail: susananobre14@gmail.com

Recibido: Febrero 2011

Aceptado: Marzo 2011

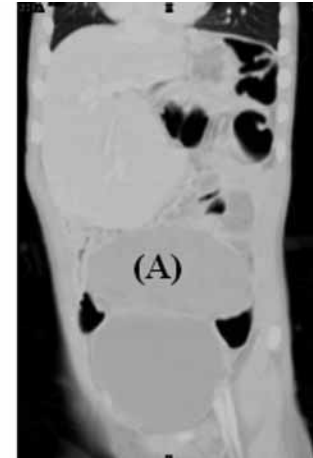
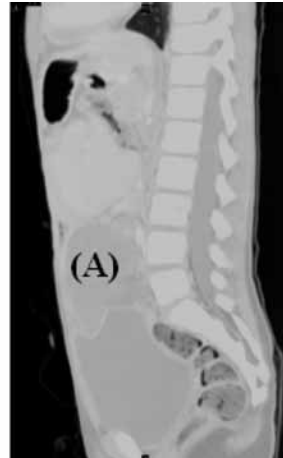
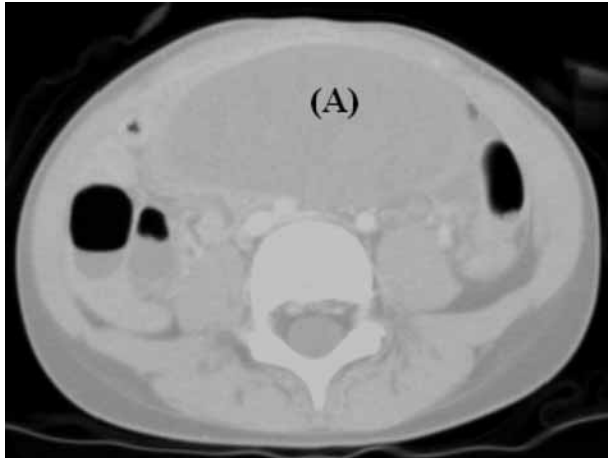


Figura 1. Tomografía computarizada abdominal que muestra, en la localización supra-vesical, una formación ovalada (A) con aproximadamente 10x56x50 mm de diámetro, con densidad de partes blandas, pero sin captación de contraste intravenoso; distensión de la vejiga; útero y anexos no visualizados; hígado globular; sin imágenes de líquido libre intraabdominal.

te horas aproximadamente desde su inicio. Sin otra sintomatología gastrointestinal, urinaria o respiratoria.

Destacar como antecedente de interés, diagnóstico prenatal de onfalocele y cariotipo normal (46XY).

Parto por cesárea a las 38 semanas de gestación, con buena adaptación a la vida extrauterina.

Fue sometida a corrección quirúrgica del onfalocele al nacer. Ya en periodo neonatal fue detectada dextrocardia, pero excluida cardiopatía. Posteriormente, se confirmó la correcta ubicación de los órganos abdominales, por ecografía abdominal, aunque todavía no se habían visualizado ovarios y útero. Con este cuadro, se realizó un seguimiento en las consultas de genética, formulándose la hipótesis de síndrome de Kennerknecht, que conduce a malformaciones de los órganos internos y agonadismo. A los tres años, a causa de un episodio de vómitos incontrolables acude a urgencias, detectándose, durante la palpación abdominal, una masa en el flanco izquierdo. Se realizó una ecografía abdominal que identificó un bazo voluminoso, ectópico en el hipogastrio, bien vascularizado.

En el momento del ingreso, presentaba dolor abdominal intenso, por lo que asumía una posición antidolor con el tronco flexionado sobre los miembros. El abdomen era difusamente doloroso a la palpación, revelando defensa generalizada y señales de irritación peritoneal. El examen físico restante resultó normal.

Del estudio inicial de laboratorio, destaca la normalidad de los resultados, a excepción de la elevación de la lactato deshidrogenasa (1.810 U/L) y proteína C reactiva (pCr) de 3,43 mg/dL.

La radiografía toracoabdominal confirmó dextrocardia y no mostró otros cambios. La ecografía abdominal mostró un bazo homogéneo que se extendía hacia la pelvis izquierda.

Después de ser examinada por el cirujano, fue internada para vigilancia y reevaluación posterior por cirugía pediátrica, comenzando con terapia de fluidos y analgesia intravenosa.

Al día siguiente, los análisis presentaban leucocitosis (24.900/ μ L) y PCR de 8,56 mg/dL.

Se realizó una TC abdominal que permitió identificar una masa en el hipogastrio, sin captación de contraste intravenoso, que fue identificada como una posible formación quística de contenido denso que no fue interpretada, inicialmente, como el bazo (Fig. 1).

Fue sometida a laparotomía exploradora, encontrándose torsión en el pedículo esplénico y necrosis del bazo, por lo que fue sometida a esplenectomía (Fig. 2). Durante la cirugía, se realiza una revisión de los órganos internos, confirmando la presencia de útero y ovarios.

Tuvo una evolución favorable y fue dada de alta al séptimo día.

Después de consultar con el servicio de genética, se constató la ausencia de una causa genética para las múltiples anomalías de los órganos internos con lo que quedaría excluido el síndrome de Kennerknecht.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de bazo ectópico requiere de alta sospecha clínica, ya que no es habitual en edad pediátrica.

Se han señalado causas congénitas (asociada a defectos en el desarrollo de los ligamentos esplénicos), y adquiridas, relacionadas con esplenomegalia, distensión gástrica, traumatismo, trastornos hematológicos, infecciones y factores hormonales.

En la población pediátrica, a menudo se asocia a otras malformaciones congénitas, en particular, el síndrome de Prune-Belly (agenesia renal, vólvulo gástrico, eventración y hernia diafragmática congénita)⁽³⁾. En el caso descrito, además del bazo ectópico, la niña presentaba otras anomalías congénitas (onfalocele y dextrocardia).



Figura 2. Fotografía intraoperatoria que muestra la torsión del pedículo del bazo y necrosis del bazo.

La manifestación más común es dolor abdominal que puede ser leve (congestión vascular), recurrente (torsión intermitente del pedículo vascular), o aguda e intensa (torsión pedicular y necrosis)^(2,5,6). Pueden estar presentes otros síntomas como náuseas, vómitos, fiebre, alteraciones del tránsito intestinal, melena, hematemesis, anorexia y/o signos de irritación peritoneal^(5,6). Sin embargo, puede ser asintomática y detectada ocasionalmente durante un examen físico (masa abdominal), o una prueba de imagen rutinaria, como ocurrió en el caso descrito.

Gindrey e Piquard⁽⁷⁾ describen una tríada de síntomas en el examen físico: 1) palpación de masa abdominal dura, ovoide con borde rugoso; 2) masa móvil, cuyo desplazamiento hacia el hipocondrio izquierdo es indoloro, sin embargo, hacia otra dirección es más doloroso y limitado; 3) hipertimpanismo en el cuadrante superior izquierdo del abdomen.

Existen algunas complicaciones asociadas al bazo ectópico: torsión aguda del pedículo vascular (infarto esplénico), torsión recurrente/crónica, isquemia esplénica, absceso esplénico, peritonitis local, obstrucción intestinal, necrosis de la cola del páncreas, pancreatitis recurrente, hipertensión portal y hemorragia abdominal^(5,6).

El diagnóstico se basa en los estudios de imagen. La radiografía abdominal simple o de bario es inespecífica, pudiendo revelar imagen de compresión extrínseca del ángulo esplénico del colon, o una masa de tejido blando⁽⁵⁾. La gammagrafía, a pesar de la débil resolución anatómica y de las pocas ventajas sobre la ecografía abdominal o TC, puede mostrar la ausencia de captación de radionúclidos en la torsión del pedículo vascular, o captación normal pero en una posición ectópica⁽⁵⁾. La

angiografía, aunque larga e invasiva, puede revelar obstrucción de contraste en el punto de torsión de la arteria esplénica.

La primera prueba a realizar debe ser una ecografía abdominal ya que revela la ausencia del bazo en su localización normal, detectándose en otro sitio^(2,3). El Doppler evalúa la vascularización y detecta isquemia resultante de la torsión pedicular^(1,2). Puede mostrar los órganos vecinos como la ya nombrada cola del páncreas, que puede estar aumentada o necrosada⁽²⁾.

La TC abdominal/esplénica puede mostrar cambios significativos del bazo ectópico: 1) ausencia del bazo en la posición normal; 2) masa pélvica con parénquima homogénea; 3) apariencia plegada de los vasos pediculares y la grasa circundante; 4) configuración en coma, característica del bazo, en posición ectópica; 5) esplenomegalia (lo que apunta a una congestión esplénica); 6) hallazgos secundarios: ascitis y necrosis de la cola del páncreas^(5,8).

En caso de sospecha de torsión pedicular, el primer examen debe ser la TC, mostrando el enrollado de los vasos y la grasa circundante característica⁽⁸⁾. La administración de contraste intravenoso informa sobre la viabilidad parenquimatosa, que se manifiesta como un fracaso total o parcial en su absorción en caso de infarto esplénico^(1,8).

En el caso descrito, a pesar de la inespecificidad de las manifestaciones clínicas, de los exámenes de laboratorio y de la radiografía abdominal, ya se conocía la condición de bazo ectópico, por lo que las posibles complicaciones se evaluaron de inmediato. El bazo ectópico se confirmó mediante una ecografía abdominal, pero no fue evaluada una viabilidad parenquimatosa. La TC abdominal, realizada al día siguiente, no visualizó el bazo pero reveló la presencia de una masa en el hipogastrio, que no captaba el contraste intravenoso. Dicha masa no fue inicialmente relacionada con tejido esplénico, sin embargo, esto resultó ser el bazo en una localización ectópica, con torsión del pedículo vascular e interrupción de la circulación esplénica.

Tras el diagnóstico inicial, tres años antes, se podría haber realizado una esplenopexia laparoscópica. La fijación del bazo habría evitado la complicación descrita, que obligó a la realización de laparotomía y esplenectomía.

El informe de este caso realza la necesidad de un mayor conocimiento de este problema por parte de cirujanos, radiólogos y pediatras. Solamente así será posible un diagnóstico precoz y una intervención oportuna.

COMENTARIOS

Un bazo ectópico es poco común en edad pediátrica.

Se manifiesta generalmente por dolor abdominal. En la exploración, la palpación revela normalmente una masa abdominal dura.

Incluso, siendo asintomático, se debe valorar la fijación esplénica laparoscópica, para minimizar, de este modo, las posibles complicaciones.

Conociendo de antemano la existencia de un bazo ectópico, ante un dolor abdominal agudo y/o señales de irritación peritoneal, debemos sospechar una posible complicación relacionada con el pedículo vascular largo y establecer el tratamiento lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fujiwara T, Takehara Y, Isoda H et al. Torsion of the wandering spleen: CT and angiographic appearance. *J Comput Assist Tomogr.* 1995; 19: 84-86.
2. Nemcek AA, Miller FH, Fitzgerald SW. Acute torsion of a wandering spleen: diagnosis by CT and duplex Doppler and color flow sonography. *Am J Roentgenol.* 1991; 157: 307-309.
3. Brown CV, Virgilio GR, Vazquez WD. Wandering spleen and its complications in children: a case series and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2003; 38: 1676-1679.
4. Buehner B, Baker MS. Collective review: The wandering spleen. *Surg Gynecol Obstet.* 1992; 175: 373-387.
5. Herman TE, Siegel MJ. CT of acute splenic torsion in children with wandering spleen. *AJR.* 1991; 156: 151-153.
6. Sodhi KS, Saggar K, Sood BP, Sandhu P. Torsion of a wandering spleen: acute abdominal presentation. *J Emerg Med.* 2003; 25: 133-137.
7. Gindrey J, Piquard B. Volvulus de rate ectopique. *Bull Soc Med Afr Noire Lang Fr.* 1966; 11: 860-863.
8. Raissaki M, Prassopoulos P, Daskalogiannaki M, Magkanas E, Gourtsoyiannis N. Acute abdomen due to torsion of wandering spleen: CT diagnosis. *Eur Radiol.* 1998; 8: 1409-1412.