

Torción de un bazo accesorio en un adulto reporte de un caso

Nelson V. Mosquera Flor¹, Pablo Rodríguez², Alberto Gordillo³, Magdalena Castro³

¹Profesor, Facultad de Ciencias Médicas, ²Cirujano Tratante del Hospital de Yaruqui, ³Médico Residente del Hospital de Yaruqui.

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 16 años de edad quien acude por presentar dolor hipogástrico intenso, tipo cólico, de inicio súbito. Al examen físico se detecta la presencia de una masa a este nivel. Los exámenes complementarios no ayudan mayormente. Al realizar la laparotomía exploratoria descubrimos una masa con pedículo torcido la cual se implanta en el epliplon mayor. Posteriormente el resultado histopatológico reporta que dicha masa esta formada por tejido esplénico, llegando de esta forma a establecer nuestro diagnóstico de bazo accesorio. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 33-35**

Palabras clave: epliplon mayor, bazo accesorio.

Abstract

The clinical case of a 16 years old patient with intensive hypogastric pain, type colic and from sudden appearance is presented. At the clinical examination there is a mass at this level. Complementary tests were not useful. During exploratory laparotomy there was discover a mass with a twist pedicle that is implanted in the major omentum. Later on the histopathological analysis reported that this mass contained spleen tissue, having establish the definitive diagnosis of accessory spleen. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 33-35**

Key words: major omentum, accessory spleen.

Introducción

"El bazo es un órgano lleno de misterio", así consideraba Galeno a este órgano pues fue estudiado por muchos años, sin embargo no se llegaba a determinar con exactitud su función específica. Para entender mejor acerca del bazo accesorio primero debemos analizar de forma sintetizada ciertos aspectos del bazo normal.

En el embrión de 8 mm el bazo aparece como una condensación localizada de células mesodérmicas en el mesogastrio dorsal. Dicho engrosamiento se proyecta posteriormente sobre la superficie izquierda del mesogastrio dorsal en la cavidad peritoneal. De esta manera el bazo adquiere su forma característica en etapa temprana del período fetal. Al existir alteraciones durante su desarrollo se producirán las diversas anomalías congénitas que afectan a este órgano. En cuanto a su anatomía, tiene un peso en el adulto de 75 a 150 gramos, un tamaño de 12cm de largo, 7cm de ancho y 3cm de espesor. Se encuentra localizado en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. Está en relación hacia arriba con la superficie inferior de la hoja izquierda del diafragma, y protegido

adelante, afuera y atrás por la porción baja de la caja costal. Su posición es conservada por diversos ligamentos suspensorios siendo los principales el esplenofrénico, esplenorrenal, esplenocólico y gastroesplénico. Está irrigado por la arteria esplénica y una rama de la arteria celiaca, mientras que el drenaje venoso es provisto por la vena esplénica.

Histologicamente el bazo se encuentra constituido por una cápsula y trabéculas que encierran a la pulpa, la cual ha sido dividida en tres zonas: blanca, marginal y roja. En la pulpa blanca están presentes muchas arteriolas, la pulpa marginal contiene arterias terminales que provienen de la arteria central y esta constituida por linfocitos, macrófagos y eritrocitos. La pulpa roja está por fuera de la marginal y está formada por cordones y senos que contienen elementos celulares sanguíneos circulantes.

Sobre su fisiología debemos mencionar primero que en la vida fetal, entre el quinto y octavo mes de gestación, el bazo es un órgano hematopoyético, formador de eritrocitos y leucocitos. Luego del nacimiento el bazo presenta varias funciones, participa en procesos inmunológicos, como reservorio de glóbulos rojos y en la eliminación de células circulantes viejas y anormales, gracias a las células reticuloendoteliales que contiene en su estructura. Así, en un día se eliminan aproximadamente 20 ml de eritrocitos envejecidos.

Dirección para correspondencia: Dr. Nelson Mosquera, Facultad de Ciencias Médicas, Sodiro N14-121 e Iquique, Quito-Ecuador.

El bazo accesorio es una alteración en el desarrollo embriológico del bazo normal, el cual es fisiológica e histológicamente idéntico al órgano normal. Anatómicamente, los bazos accesorios, son generalmente masas redondeadas, de color azul oscuro, que se confunden con ganglios linfáticos hipertrofiados, lo que en ciertas ocasiones hace difícil su diagnóstico. Su tamaño varía desde 0.2 a 10 cm. de diámetro y al igual que el órgano normal reciben su irrigación de la arteria esplénica.

Gran parte de estos órganos pasan desapercibidos y solamente pueden ser identificados como hallazgos quirúrgicos o al realizar autopsias. Los síntomas no son específicos, pudiendo presentar dispepsias intermitentes, dolor abdominal agudo al producirse una torsión o trombosis del pedículo, e incluso se puede palpar una masa a nivel pélvico cuando su localización es esta. Se debe diferenciar los bazos accesorios de la poliesplenía y de la esplenosis. En la poliesplenía el bazo original se encuentra muy lobulado o dividido en dos partes; y, en la esplenosis hay cientos de pequeños nódulos de tejido esplénico en toda la cavidad peritoneal y mesenterio ya que sigue a una ruptura del órgano original.

Esta patología se presenta en 10 a 30% de individuos, aumentando su frecuencia de aparición en pacientes con trastornos hematológicos como la púrpura trombocitopénica idiopática y la anemia hemolítica. En la mayor parte de pacientes (63%) se presenta únicamente un solo bazo accesorio, en el 20% de pacientes se presentan dos, y en el 17% se presentan tres o más.

Usualmente su localización en orden decreciente es:

- hilio del bazo (en un 33% de los casos)
- a lo largo de los vasos esplénicos, cola del páncreas (en un 20%)
- ligamentos gastroesplénico, esplenocólico, gastrocólico y esplenorrenal
- epiplon mayor
- mesenterio
- región presacra
- región de los anexos
- región peritesticular

Como tratamiento está indicada la esplenectomía, solo si se produce torsión o trombosis del pedículo. La esplenopexia puede ser realizada en muy raros casos. En ciertos trastornos hematológicos como la púrpura trombocitopénica idiopática, la esferocitosis hereditaria, anemia hemolítica y el hiperesplenismo. En estos casos se debe buscar cuidadosamente tejido esplénico accesorio pues dichas masas deben ser removidas para prevenir la recurrencia de los síntomas, ya que pocos meses después de que se ha efectuada una esplenectomía, el tejido esplénico accesorio puede hipertrofiarse y asumir las funciones del bazo normal.

Caso clínico

Paciente de 16 años de edad, sexo femenino, soltera. Acude a la consulta por presentar intenso dolor en hipogastrio, intenso, tipo cólico, que se acompaña de náusea que llega al vómito por cuatro ocasiones, además deposiciones diarreicas en dos ocasiones. Al examen físico se presenta hemodinámicamente estable, afebril, hidratada. En la exploración del abdomen, este se presenta suave, depresible, muy doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y mesogastrio. Además se palpa una masa, redondeada, de aproximadamente 8cm. de diámetro y consistencia suave. Los ruidos hidroaéreos están aumentados.

Exámenes complementarios

Los exámenes hematológicos presentan leucocitosis con desviación a la izquierda. La química sanguínea se encuentra entre los parámetros normales. El ECO hepático es normal. En el ECO pélvico se reporta la presencia de una masa a nivel de hipogastrio, de 8 x 12 cm de diámetro, útero y anexos normales.

Tratamiento realizado

Con estos datos se decidió realizar la laparotomía exploratoria, en la cual como hallazgo quirúrgico se observa una masa ovoidea, de color vino oscuro, consistencia blanda (Foto 1), con pedículo vascular torcido que se implanta en el epiplon mayor (Foto 2) El bazo normal es de forma, tamaño y ubicación normal. Se realizó la extirpación de masa de 8 x 14 cm de diámetro (Foto 3) con su pedículo y se la envió a un análisis histopatológico donde se reportó que correspondía a tejido esplénico.

FOTO 1



FOTO 2



FOTO 3



Bibliografía

1. SCHWART S., SHIRES T., SPENCER F., Principios de Cirugía, Ed. Interamericana McGraw-Hill, VI edición, (2): 1477-1478, 1995.
2. Davis PW, Willians DA, Shamberger RC, Immune thrombocytopenia: Surgical therapy and predictors of response. *J Pediatr Surg* 1991; 26(4):407-12.
3. GUYTON A: Tratado de Fisiología Médica, Ed. Interamericana McGraw-Hill, VIII edición, 171-172, 1992.
4. SABISTON D, LYERLY K: Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, Ed. Saunders Company, XV edición, W.B. (2): 193, 1997.
5. DAVIS J, Clinical Surgery, Mosby, (2): 2502-2503, 1987.
6. PUESTOW C: Surgery of the biliary tract, pancreas and

splenic, IV edición, Year book medical publishers, 365, 376, 1970.

7. SKANDALAKIS J, SKANDALAKIS L, SKANDALAKIS L: *Surgical Anatomy and Technique*, Springer-Verlag Ed., 557-558, 1995.
8. LIECHTY R, SOPER R: *Sinopsis of Surgery*, III edición, Mosby, 281-283, 1976.
9. GREENFIELD L, MULHOLLAND M, OLDHAM K: *Essentials of Surgery: Scientific Principles and Practice*, ED. Lippincott-Raven, 407-408, 1997.
10. ROSAI J: *Surgical Pathology*, XVIII edición, Mosby, (2): 1775-1776, 1995.
11. SODEMAN W, SODEMAN T: *Fisiopatología Clínica*, Ed. Interamericana, VI edición, 842, 1983.
12. SKANDALAKIS J, GRAY S, ROWE J: *Complicaciones Anatómicas en Cirugía General*, McGraw-Hill, 176, 1984.
13. SCHWART S, ELLIS H, *Operaciones Abdominales*, Ed. Panamericana, VIII Edición, (2): 2167-2170, 1985.
14. SCWARTZ S: *Physiology of the spleen and the role of the splenectomy in hematologic disorders: Surgical Care II*, 118-125, 1985.
15. RUDOWSKI W: *Accessory Spleens: Clinical significance with particular reference to the recurrence of idiopathic thrombocytopenic purpura*. *World J Surg* 9: 422, 1985.
16. VERHEYDEN C, BEART R: *Accessory Splenectomy In Management Of Recurrent Idiopathic Thrombocytopenic Purpura*. *Mayo Clinic* 53: 442, 1978.
17. LANGMAN J: *Embriología Médica*, Ed. Panamericana, VII edición, 233-234, 1996.
18. HAM A: *Tratado de Histología*, Ed. Interamericana, VIII edición, 1987.
19. BOYD W: *Compendio de Anatomía Patológica*, Ed. El Ateneo, 1985.
20. LEONHARDT H: *Histología, Citología y Microanatomía Humana*, Ed. Salvat, 1985.
21. Moore P. *Embriología Clínica*, Ed. Interamericana McGraw-Hill, VI edición, 300, 1999.
22. Velanovich V, Shurafa M: *Laparoscopic excision of accessory spleen*. *Am J Surg* 2000; 180(1):62-4.
23. Sels JP, Wouters RM, Lamers R, Wolffenbuttel BH: *Pitfall of the accessory spleen*. *Neth J Med* 2000; 56(4):153-8.
24. Dahlin LB, Anagnostaki L, Delshammar M, Fork FT, Genell S: *Torsion of an accessory spleen in an adult, Case report*. *Eur J Surg* 1995; 161(8):607-9.
25. Chateil JF, Arboucalot F, Perel Y, Roy D, Vergnes P, Diard F: *Acute torsion of an accessory spleen*. *J Radiol* 1996; 77(3):209-11.