

Bazo migratorio, reporte de caso y revisión de la literatura

Migratory spleen, case report and literature review

Francisco Alejandro Perales-Che-León^{1,a}, Ronald Jimmy Agüero-Acuña^{1,a}, César Satoshi Hirakata-Nakashima^{1,b}, Carlos Guzmán-Verona^{1,b}

RESUMEN

Se reporta el caso de paciente mujer, de 42 años, con un bazo migratorio localizado en pelvis y cuadrante inferior izquierdo, quien presentó dolor y masa abdominal y cuya historia clínica, evolución, estudios imagenológicos y hallazgos intra-operatorios determinaron la necesidad de esplenectomía y pancreatocistectomía distal. Se hace una revisión de la literatura sobre esta patología de rara presentación.

Palabras clave: enfermedades del bazo, Ectopía del Bazo, esplenectomía. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Case report of a wandering spleen with infarction in female, 42-year-old with a pelvic wandering spleen who presented with abdominal pain and mass. Diagnosis of pelvic wandering spleen was made on CT scan and exploratory laparotomy revealed an enlarged spleen with a long pedicle and infarction. Splenectomy was performed successfully. The authors include a review of the literature.

Keywords: Splenic Diseases, Wandering Spleen, splenectomy. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

En la literatura médica el bazo migratorio también es mencionado como bazo aberrante, bazo ptótico, bazo desplazado, bazo prolapsado o bazo distótico; es una condición caracterizada por movilidad excesiva y desplazamiento del bazo a una posición anormal, donde el pedículo esplénico se encuentra alargado. Es una entidad poco frecuente e implica un riesgo mayor de torsión esplénica que puede producir infarto esplénico y esplenomegalia, por lo cual requiere manejo quirúrgico. Hipócrates, Plinio, Herófilo y Galeno hicieron mención de ciertos casos de localización poco frecuente del bazo. En 1667 fue descrito el primer caso en una autopsia. En la literatura inglesa, la primera esplenectomía con recuperación completa por esta indicación data de 1887⁽¹⁻⁶⁾. El primer caso de

esplenopexia por bazo migratorio se remonta a 1882^(1,5,7).

Son pocos los casos de bazo migratorio reportados^(1,2,5,6). Probablemente no es posible determinar la incidencia exacta de esta entidad, aunque es considerada como una patología rara. Oxilia plantea una incidencia menor a 0,2% y que afecta a las mujeres entre el 84-95%^(1,2). En la serie de Eraklis y Pugh⁽⁷⁾ la incidencia de bazo migratorio en pacientes sometidos a esplenectomía fue 0,16%⁽⁸⁾.

Estos casos son más frecuentes en mujeres en edad reproductiva^(1,2). Los reportes muestran una proporción de 78% en mujeres, y su incidencia es mayor en los menores de edad. El bazo migratorio se ha encontrado en asociación con diferentes patologías hematológicas benignas como anemia de células falciformes, anemia hemolítica autoinmune, esferocitosis hereditaria y púrpura trombocitopénica idiopática⁽⁷⁾.

El bazo migratorio puede presentar diversos cuadros sintomáticos. Las formas más comunes de presentación son masa cambiante de posición en el abdomen sin otra sintomatología, Masa cambiante de posición asociada a dolor abdominal de intensidad variable e intermitente (la forma más común), y Cuadro de abdomen agudo (la forma menos frecuente)⁽⁹⁾.

El cuadro sintomático de dolor abdominal aparece en forma aguda en aproximadamente 50% de los casos^(3,5,6); la presentación subaguda es aquella hasta de un mes de evolución, lo cual ocurre en 21% de los casos, de 5 semanas a un año en 10%, y de 2 a 10 años de evolución en 14%. La sintomatología asociada incluye náusea,

1. Servicio Cirugía General Hospital Almonzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo-Perú.
a. Cirujano General.
b. Médico Residente de Cirugía General.

vómito y flatulencia⁽¹⁰⁾. Otros síntomas menos frecuentes son estreñimiento, diarrea, melenas, hematemesis, anorexia, retención urinaria y disuria⁽¹¹⁾.

REPORTE DE CASO

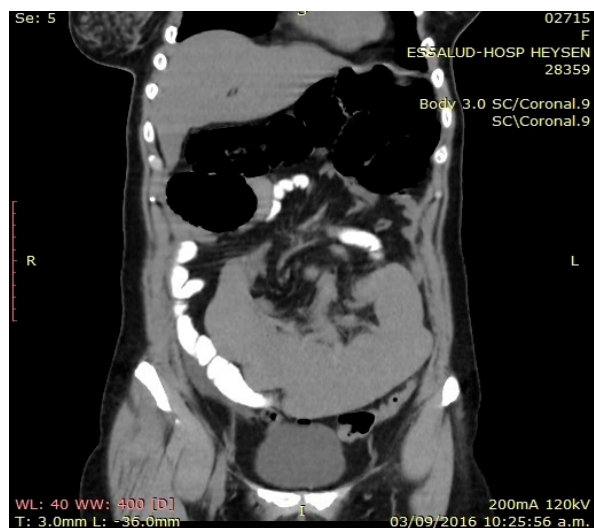
Paciente mujer, 42 años; con Antecedentes: 2004 Parto vaginal, 2005 apendicetomía, 2006 Colectomía, Nódulos tiroideos 2012, salpinguectomía izquierda por hemorragia 2014, G3 P2012, Menarquia 13 años, fecha de última menstruación 20 días antes.

Presenta historia de +/- 1 mes con dolor abdominal tipo cólico, leve 3/10 y distensión abdominal; desde hace +/- 15 días aumento del dolor 6/10, por lo que acude a Hospital, le indican analgésicos y cede el dolor; 8 días antes del ingreso presenta náuseas y vómitos, acude al hospital y es hospitalizada.

Por ecografía hallan formación quística localizada a nivel del Cuadrante inferior izquierdo del abdomen, impresión diagnóstica endometrioma o Absceso.

Por Tomografía hallan Formación de morfología reniforme de contornos definidos, de densidad de partes blandas (50-55UH), homogénea, mide 174x71x131mm, Vol: 809cc, que desplaza asas intestinales, localizada en mesogastrio, hipogastrio y lateralmente hasta las fosas ilíacas a predominio izquierda, el borde posterior contacta con los vasos retroperitoneales. Conclusión: Probable Lesión expansiva retroperitoneal, mesentérica, Esplenomegalia con signos de mal rotación. (Ver Figura N° 1).

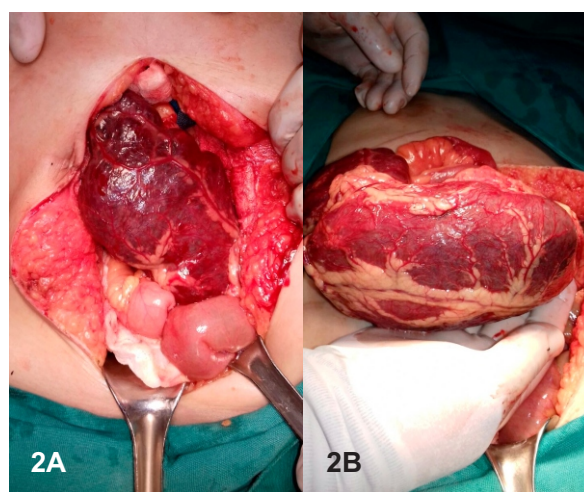
Figura N°1: Tomografía pre-operatoria.



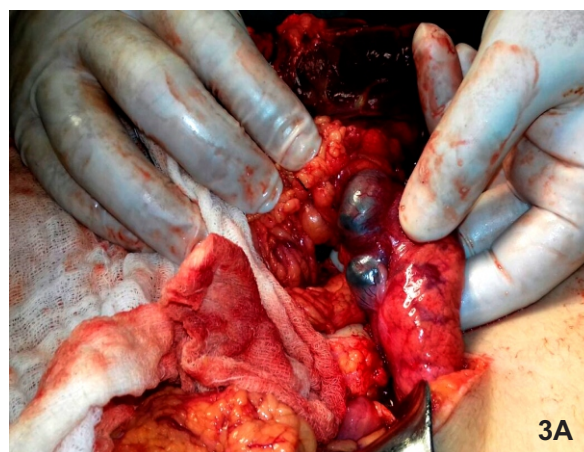
Es Referida al hospital con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico más Tumor abdominal abscedado-complicado.

Se le realiza laparotomía exploradora + Esplenectomía + Pancreatectomía distal + Drenaje de cavidad. Hallazgos: Esplenomegalia, localizado en hemiabdomen inferior a predominio de cuadrante inferior izquierdo y pelvis, Vena esplénica trombosada, Cola de páncreas rotada en dirección caudal, adherencias laxas entero-esplénicas, líquido serohemático libre a predominio hipogastrio. (Ver Figuras N° 2 a N° 11).

Figuras N°2 al 6: Hallazgos intraoperatorios - Tumoración Esplénica.



Figuras N°3A y 3B: Hallazgos intraoperatorios - Hilio esplénico trombosado y Páncreas distal



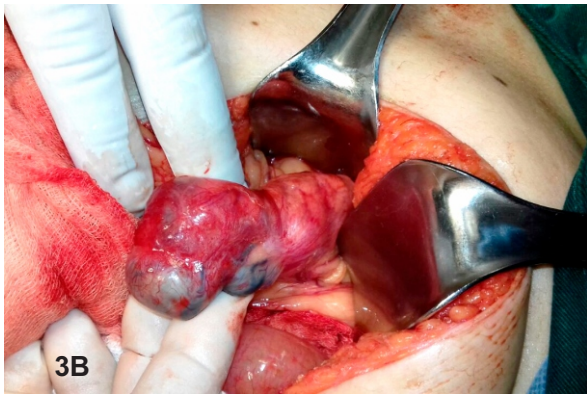
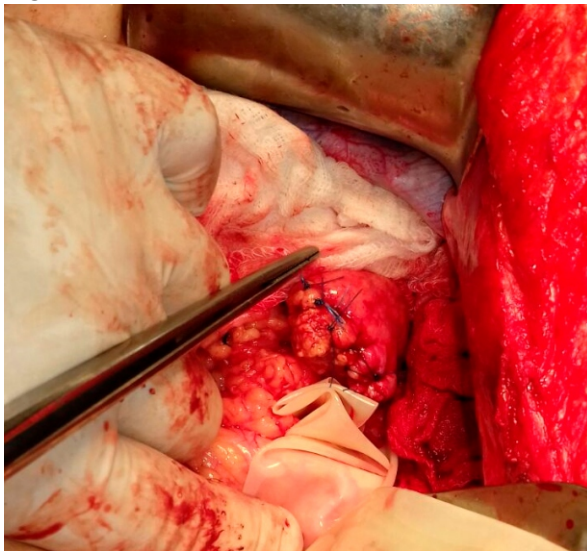
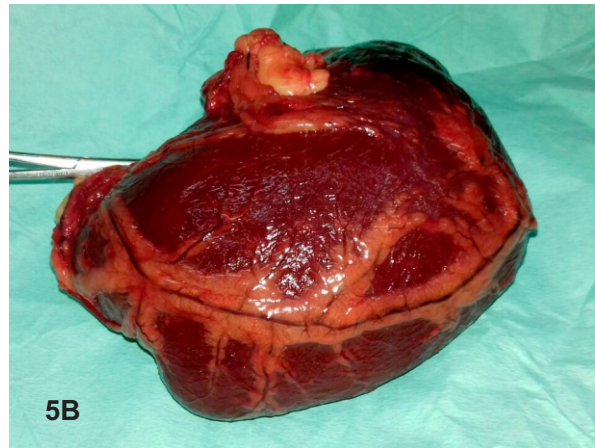
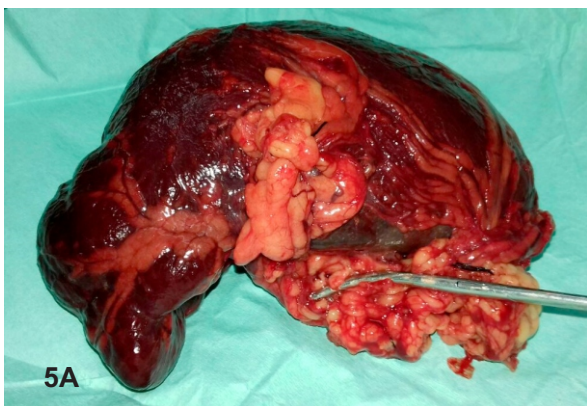


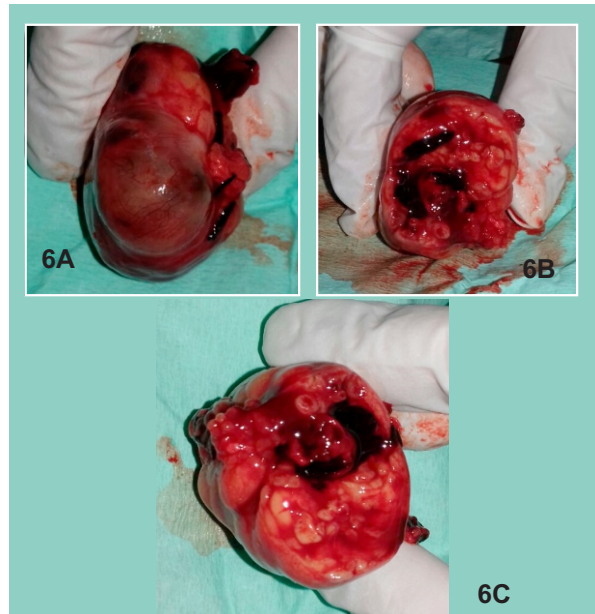
Figura N° 4: Muñón pancreático final



Figuras N° 5A y 5B: Pieza operatoria de Tumoración Esplénica.



Figuras N° 6A, 6B y 6C: Pieza operatoria de Hilio Esplénico y Páncreas distal.



Resultado de Anatomía Patológica muestra lo siguiente:
1. Bazo: De 17.5cm de longitud, 12cm de ancho y 6cm de espesor, Pesa 810 g. Anatomía patológica: esplenomegalia con necrosis coagulativa que compromete todo el parénquima. Vasos sanguíneos hiliares con gran dilatación y trombosis por estasis (Trombo Rojo). Infiltrado linfocitario moderado focal. No se encuentran abscesos. No se encuentran neoplasias. (Ver Figura N° 7).

2. Cola de páncreas: Tejido que mide 3.5cm x 3.5cm X 2.5cm. A los cortes seriados se aprecia vasos dilatados y trombosados que miden desde 0.4 a 1.7cm de diámetro. Anatomía patológica: vasos sanguíneos de parénquima

pancreático con gran dilatación, trombosis (Trombo Rojo) y focos de infiltrado polimorfonuclear y linfocitario. Acinos e islotes pancreáticos con fibrosis focal y el resto de parénquima sin alteraciones macroscópicas. No se encuentra necrosis ni abscesos. 01 ganglio linfático sin alteraciones macroscópicas.

Figura N°7: Anatomía Patológica - Macroscopía



DISCUSIÓN

La literatura médica describe la triada diagnóstica de masa abdominal dura, ovoide, móvil, menos dolorosa cuando se desplaza hacia el hipocondrio izquierdo, pero muy dolorosa y de movilidad limitada hacia otras direcciones y resonancia a la percusión en el cuadrante superior izquierdo. Otros hallazgos clínicos en casos de bazo migratorio incluyen obstrucción, torsión, infarto, várices, compresión del estómago o del intestino o de las estructuras urinarias, peritonitis, trombosis, torsión o infarto del bazo^(5,8,9).

Los estudios laboratoriales no son específicos. Puede presentar leucocitosis, anemia, trombocitopenia o leucopenia solas o asociadas. Menos frecuentemente se puede presentar trombocitosis, leucocitosis, anemia y cuerpos de Howell-Jolly sugestivos de asplenia funcional. En el caso reportado hubo leucocitosis, anemia leve, esplenomegalia evidenciada por ecografía y tomografía.

Las radiografías simples pueden mostrar una masa abdominal central o en contacto con el polo inferior del riñón izquierdo, asas intestinales delgadas dilatadas, distensión colónica, calcificaciones en la arteria esplénica. Las radiografías contrastadas pueden mostrar una masa extrínseca con desplazamiento del ángulo esplénico del colon, o una banda constrictiva sobre el colon; también puede evidenciar compresión extrínseca del estómago, asas delgadas dilatadas, etc.⁽⁵⁾.

Los estudios de ecografía Doppler permiten determinar el flujo de la arteria esplénica en casos de sospecha de torsión e infarto. Los estudios en tiempo real permiten detectar un bazo desplazado y aumentado de tamaño^(11,12). Los estudios tomográficos son de gran

utilidad en el diagnóstico de esta entidad, y exhibe una sensibilidad de 73%. Permite visualizar entidades asociadas como el compromiso de la cola del páncreas, compresión de la vejiga, adherencias, volvulaciones y localización anormal de las asas intestinales^(1,13,14). La gamagrafía también ha sido utilizada para el diagnóstico y el seguimiento postquirúrgico, y tiene una sensibilidad de 84%⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

La etiología de esta patología no ha sido completamente elucidada. Se han propuesto causas congénitas y adquiridas. La hipótesis más aceptada es el origen embriológico^(1,2,3,6,12,17). En el desarrollo embrionario normal, el bazo inicia su origen en el blastema mesodérmico hacia la quinta semana de gestación en el mesogastrio dorsal, ventral al páncreas y dorsal al estómago. Cuando el estómago rota, el mesogastrio, que contiene la cola del páncreas, se extiende hacia la izquierda y la porción dorsal al bazo se fusiona con el peritoneo posterior a nivel del borde superior del riñón izquierdo, formando el ligamento esplenorrenal que contiene los vasos esplénicos^(5,18). La porción del mesogastrio ventral al bazo forma el ligamento gastroesplénico que contiene las ramas gastroepiploicas y los vasos cortos de la arteria esplénica para irrigar la curvatura mayor del estómago. El ligamento frenocólico fija el polo inferior del bazo. Además de estas estructuras, los ligamentos frenoesplénico y esplenocólico estabilizan los polos del bazo.

Las anomalías congénitas de varios ligamentos han sido propuestas como posibles causas. Algunos autores citan flacidez del ligamento gastroesplénico, malformación o ausencia del ligamento gastroesplénico y ausencia de ligamento esplenorrenal como un defecto del mesogastrio dorsal para fusionarse completamente con la pared posterior^(1,5,7,16). En muchos casos la ausencia de este ligamento se asocia con la incorporación de la cola del páncreas en el pedículo esplénico, algo similar al caso que nos ocupa. Adicional a los trastornos en los ligamentos esplénicos, se han encontrado alteraciones en las estructuras de fijación del intestino a otros niveles. La excesiva movilidad del ciego se encontró asociada al bazo migratorio en 2% de necropsias en series de Europa y Norte América mientras que el índice fue de 62% en series africanas, lo cual pone de manifiesto un importante componente racial^(5,7).

También se ha descrito asociación frecuente con malrotación intestinal. La visceroptosis, un trastorno más generalizado de la fijación gastrointestinal, también se ha encontrado asociado con el bazo migratorio⁽¹⁹⁾. Se han descrito casos en pacientes con hernia diafragmática y eventración diafragmática izquierda^(5,7), así como asociado a vólvulo gástrico y pancreatitis hemorrágica⁽²⁰⁾.

Algunas series mencionan la multiparidad asociada a la

flacidez de la pared abdominal como causa de la entidad⁽²¹⁾. Muchos autores coinciden en que el riesgo de la multiparidad para desarrollar bazo migratorio, en grandes series poblacionales, dista mucho de ser un factor influyente como variable independiente.

Se han encontrado anomalías renales asociadas con esta patología, dentro de las cuales se incluye la agenesia, la ptosis renal y los riñones izquierdos. La nefrectomía previa también se ha asociado en algunos casos⁽²²⁾.

Se ha discutido si la esplenomegalia es un factor etiológico de esta condición debido a la tracción ejercida por el bazo aumentado de tamaño. Los informes indican que en la mayoría de los casos hay alteraciones en las estructuras ligamentosas de soporte⁽⁸⁾. Los estudios poblacionales muestran que la incidencia de bazo migratorio no aumenta en los pacientes con esplenomegalia.

El manejo de esta entidad no es uniforme. La mayor parte de recomendaciones se basan en estudios retrospectivos y anecdóticos. En una serie de 83 pacientes en quienes se practicó esplenectomía, la tasa de mortalidad fue 18%. Uno de ellos falleció por trombosis mesentérica. Con el tiempo se ha incrementado la tendencia hacia el manejo conservador del bazo, reforzada por el riesgo de sepsis post esplenectomía. Quienes apoyan la esplenectomía, se basan en el riesgo inherente de torsión y la predisposición aumentada de lesión en casos de trauma⁽²³⁾, así como los pobres resultados descritos luego de la esplenopexia^(5,7).

La mortalidad operatoria por esplenectomía en casos de ptosis esplénica es menor de 1%, por lo cual la mayoría recomienda este manejo^(1,5,7). Sin embargo, otros autores recomiendan un manejo conservador en individuos asintomáticos y sugieren realizar esplenopexia para evitar el riesgo de torsión (que se calcula en un 64,5%), en especial en pacientes niños⁽¹⁶⁾. Diferentes series, en años sucesivos, recomiendan la esplenopexia excepto en casos de torsión y trombosis masiva^(5,7,12). En casos con torsión y trombosis a nivel del pedículo con la presencia de circulación colateral y gran dilatación de vasos varicosos a nivel del hilio esplénico, se opta por esplenectomía⁽¹²⁾.

En la mayoría de casos, quienes fueron operados (esplenectomía o esplenopexia) tiene alta tasa de sobrevivencia⁽²⁴⁾.

Es variable la incidencia de sepsis y la mortalidad post esplenectomía. Se estima un riesgo total de sepsis post esplenectomía de 3,8 a 4,2% y una mortalidad de 2,4 a 2,5%. En los adultos, el riesgo global de sepsis es de 1,9% y la mortalidad de 1,1%, mientras que en niños la

incidencia de sepsis post esplenectomía es 4 a 5% y la tasa de mortalidad 1,8%⁽²³⁾.

Quirúrgicamente, el tratamiento conservador (esplenopexia), está indicado en pacientes asintomáticos⁽²⁴⁾; los resultados son variables. Las técnicas incluyen fijación del bazo al diafragma o a la pared anterior del abdomen con epiplón, confección de una bolsa retroperitoneal con malla, fijación al ligamento gastrocólico con reposición del colon y el estómago, suturando la curvatura mayor a la pared anterior del abdomen y suturando el hilio esplénico al propio lecho^(24,25). También se han publicado casos manejados con esplenopexia laparoscópica⁽²⁵⁻²⁸⁾ utilizando mallas dobles, absorbibles, con mínimo compromiso funcional del bazo y su aplicación en casos de esplenomegalia. En cirugía abierta como laparoscópica no hay registros de seguimientos a largo plazo.

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⁽¹³⁾.

El bazo migratorio es una entidad rara que comienza con un defecto en la fusión del peritoneo dorsal. El diagnóstico temprano es difícil y se realiza mediante una buena historia clínica y el examen físico complementado con los estudios de imagenología. El tratamiento definitivo es quirúrgico (esplenopexia o esplenectomía). Se puede realizar esplenopexia en niños siempre y cuando el bazo no presente infarto luego de la destorsión. La esplenectomía se debe realizar si no hay viabilidad después de la destorsión o si existen complicaciones por efecto mecánico del bazo migratorio. Los resultados quirúrgicos son considerados satisfactorios, pero, carecen de seguimiento a largo plazo.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shahi K, Geeta B, Rajput P. Wandering Spleen with Huge Splenomegaly: a Diagnostic Challenge. The Internet Journal of Surgery [Revista en Internet]. 2008;19(2):3 pp. Disponible en: <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/3879>
2. Fundación Villavicencio-Rosario-Argentina [Internet] Sociedad Latinoamericana de Radiología Pediátrica, 2008. Disponible en: http://slarp.net/casos_2008_n3.php
3. Robinson A. Wandering spleen. Case report and

- review. Mt Sinai J Med (NY) 1988;55:428-434.
- 4.- Martin AA. Successful case of splenectomy. Br Med J. 1878;1:191-192.
 - 5.- Sánchez FAR, Schimmer EL, de Molano BM, Ramírez RG. El Bazo Migratorio - Informe de Caso y Revisión de Temas. Rev Colomb Cir. 2002;17(2):25-30.
 - 6.- Zúñiga S, Soto G, Ronco R, Abarca K, García C. Bazo errante complicado: el caso de un lactante de 13 meses. Rev Chil Cir. 2002;54(4):396-400.
 - 7.- Buehner M. The wandering spleen. Collective Review. Sugery. 1992;10:373-387.
 - 8.- Eraklis A, Filler R. Splenectomy in childhood: a review of 1413 cases. J Pediatric Surg. 1972;7:382-388.
 - 9.- Carswell J. Wandering spleen: 11 cases of Uganda. Br J Surg. 1974;61:495 - 497.
 - 10.- Aquino N, Morten R, Singh H. Wandering spleen presenting as an adnexal mass. J Natl Med Ass. 1989;81:331-334.
 - 11.- Hunter T, Haber K. Sonographic diagnosis in wandering spleen. AJR. 1977;129:925-926.
 - 12.- Prieto-Montaño J, Salazar W, Reyna-Villasmla E, Santos-Bolívar J. Torsión de bazo ectópico. Cir Esp. 2009;86(5):324-325.
 - 13.- Maldonado D, López R. Bazo errante torcido: Presentación de dos casos. Rev Chil Pediatr. 2006;77(4):388-391.
 - 14.- Patterson A, Frush D, Donnelly L, et al. Pattern-oriented approach to splenic imaging in infants and children. Radiographics. 1999;19:1465-1472.
 - 15.- de Toledo LSO, Cabrejas RC, Asensio SG, Martínez-Berganza T. Pseudotumor inflamatorio en bazo errante. Radiología, 2006;48(3):173-176.
 - 16.- Rosenthal L. A nucleographic and radioangiographic study of a patient with torsion of the spleen. Radiology. 1974;110:427-428.
 - 17.- Etcheverry R, Allamand JP, Guzmán G, Robinson MI. Bazo ectópico o migratorio y bazos supernumerarios: detección e identificación con radioisótopos: Tc99, Cr 51, In 113. Rev Med Chile. 1989;117:1403-1408.
 - 18.- Agustín Alberto Jiménez-Carrazana, Alberto Labrada-Despaigne, Alejandro García-Gutiérrez, Armando Ramón Iturralde-Codina. Cirugía [Internet]. 2007. (Capítulo VIII: Enfermedades quirúrgicas del Abdomen; vol. Tomo III). Disponible en http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_cirugia/cirugia_tomoiiii/completo.pdf
 - 19.- Schwartz SI. The spleen. En Schwartz SI y Ellis H, editores: Maingot's Abdominal Operations. 9th edition. New Jersey, Prentice-Hall Intl. Englewoods Cliffs. 1990. p:1671 - 1698.
 - 20.- Nuñez R, Turu I, Whittle C, Schiapacasse V. Bazo errante. Rev Chil Cir 1998;50:664-666.
 - 21.- Alyse UC. Gastric vulvus and wandering spleen. Am J Gastroenterology. 1998; 93:1146-1147.
 - 22.- Bedoya A. Guerrero R. Diaz R. Vólulus gástrico idiopático asociado a torsión esplénica y pancreatitis hemorrágica. Presentación de un caso. Rev Col Gastroenterol 1985;1:17-18.
 - 23.- Agee J, Crepps L, Layton L. Wandering pelvic spleen. J Clin Urol. 1985;13:145-146.
 - 24.- Simpsom A, Ashivy E. Torsion of wandering spleen. Br J Surg. 1965;52: 344-346.
 - 25.- Walcher F, Schneider G. Torsion of the wandering spleen after blunt abdominal trauma. J Trauma. 1997;43:983-984.
 - 26.- Seashore J. Elective splenopexy for wandering spleen. J Ped Surg. 1990;25: 270-272.
 - 27.- Nomura H. Laparoscopic splenopexy for adult wandering spleen: sandwich method with two sheets of absorbable knitted mesh. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2000;10(5):332-4.
 - 28.- Haj M. Bickel A, Eitan A. Laparoscopic splenopexy of a wandering spleen. J Laparoendosc Adv Surg Tech. 1999; 9: 357-60.

Correspondencia

Francisco Alejandro Perales Che León

Dirección: Plaza de la Seguridad Social s/n - Chiclayo - Perú.

Correo: drfperales@gmail.com

Revisión de pares

Recibido: 30/10/2016

Aceptado: 01/12/2016