

HOSPITAL REGIONAL "MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL". SAGUA LA GRANDE

Torsión del pedículo esplénico. Presentación de un caso*

Por los Dres.:

JUAN GARCIA PORTILLA,** FERNANDO ARENCIBIA MENENDEZ,***
VICENTE CHARON MARRON****

García Portilla, J. y otros. *Torsión del pedículo esplénico. Presentación de un caso.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Se presenta el caso poco frecuente de una niña de 3 años de edad que presentó un síndrome oclusivo alto por compresión del duodeno debido a un bazo migrado hacia la derecha que presentaba además torsión de su pedículo. Se plantea que el diagnóstico preoperatorio no pudo realizarse. A la paciente se le realizó esplenectomía. Se hace una revisión de la literatura médica correspondiente, al alcance nuestro.

INTRODUCCION

La migración del bazo acompañada de torsión de su pedículo provoca un cuadro de abdomen agudo y es una entidad quirúrgica muy poco frecuente. De mil esplenectomías realizadas en la clínica "Hermanos Mayo" sólo se presentó en dos ocasiones.¹

Se observa generalmente en adultos, y su frecuencia es mayor en mujeres que en hombres.

Spivack² señala que el 67% de estas torsiones ocurren entre los 20 y 40 años de edad; el 18% después de los 40 años; y sólo el 15% se presenta antes de los 20 años.

La literatura médica revisada nos ofrece ejemplos en niños, muy escasos; éstos se deben a informes de Southon³ y Pearson⁴ que presentan un caso aislado cada uno.

La rareza de la torsión esplénica, la ausencia de publicaciones al respecto en nuestro medio y el hecho de haber intervenido a una paciente de 3 años portadora de esta afección en el hospital "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande, fueron los motivos fundamentales de la realización de este trabajo.

Etiología

Al producirse la torsión del bazo se mencionan varios factores.

* Trabajo presentado en la II Jornada Provincial de Pediatría. Las Villas, abril de 1976.

** Especialista de I grado en cirugía. Jefe de departamento del hospital regional "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande.

*** Médico general en el servicio de cirugía. Hospital regional "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande.

**** Especialista de I grado en pediatría. Hospital regional "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande.

Hay autores que señalan la multiparidad como causa predisponente, sin embargo Woodward¹ informa 72 casos de mujeres estudiadas, de las cuales 22 eran nulíparas.

La laxitud abdominal que produce visceroptosis también ha sido mencionada,⁵ pero indudablemente en estos casos el bazo es uno de los pocos órganos abdominales que retiene su posición y raramente puede palparse.¹

La esplenomegalia para algunos, puede ser la responsable de una elongación de los medios de fijación del órgano y contribuir a su movilidad y torsión;⁶ Pearson,⁴ por el contrario, no ha observado mayor incidencia de esta enfermedad en aquellas regiones del mundo donde las enfermedades que producen esplenomegalia son endémicas.

Así todos los autores están de acuerdo en que el factor más importante es la debilidad congénita o adquirida del pedículo esplénico y sus ligamentos.

Se señala, además, la agenesia del ligamento lienorrenal como factor de consideración en las torsiones esplénicas.⁷

Maingot y Bergman^{1,6} consideran que los traumatismos abdominales pueden actuar como factores que incrementan la movilidad esplénica y facilitan su torsión.

Fisiopatología

Al producirse la torsión del pedículo esplénico el bazo se congestiona como resultado de la interrupción total o parcial de su circulación, y existe frecuentemente trombosis de la vena esplénica. Sobreviene la congestión, infarto o la gangrena del órgano, de acuerdo con el grado de trastorno circulatorio que se establezca,^{6,8,9} del mismo modo se pueden presentar hemorragias subcapsulares y rupturas esplénicas consecutivas a la torsión.²

La cola del páncreas puede conjuntamente participar de la torsión y obligar

en ocasiones a practicar una pancreatoc-tomía caudal.⁹

Síntomas

Los síntomas del desplazamiento y torsión esplénica son variables: náuseas, dolor por tracción, vómitos y en ocasiones íleo. Cuando la torsión adquiere proporciones mayores aparecen síntomas de un abdomen agudo, como son: intensificación del dolor, vómitos más frecuentes y signos de irritación peritoneal, que hacen pensar en una peritonitis. A veces el bazo migrado y rotado se palpa como un tumor en cualquier sitio del abdomen y se atribuye a otro origen, ejemplo: quiste de ovario torcido, invaginación intestinal, etc.,² tal como ocurrió en nuestro caso.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico preoperatorio es muy difícil, a no ser que se tenga conocimiento, antes de ocurrir la torsión, de que el paciente sea portador de un bazo migratorio.

El tratamiento de esta enfermedad es siempre quirúrgico y consiste en esplenectomía.^{1,8,10}

Los métodos de esplenopexia que se preconizaban antiguamente,¹¹ hoy se consideran obsoletos.

Presentación de nuestro caso

HC: No. 79292; paciente A.P.R., de 3 años de edad, del sexo femenino, piel blanca.

MI: dolor y tumor abdominal.

HEA: 14 días antes del ingreso actual presentó vómitos con manchas de sangre, seguidos de dolor abdominal, en epigastrio e hipocondrio derecho; la madre le notó un tumor en ese nivel, motivo por el que fue ingresada en este centro con el diagnóstico presuntivo de invaginación intestinal. En dicho ingreso se detectó un tumor duro, movable y doloroso, que migraba por el abdomen. En un estudio radiológico de abdomen sim-

ple realizado en aquella ocasión se observó dilatación ligera del estómago y parte del colon. La paciente mejoró con aspiración gástrica e hidratación. En el curso de este ingreso se instituyó tratamiento con hexilresorcinol, pues aparecieron tricocéfalos en el estudio de heces fecales realizado. Se practicó, además, un colon por enema sin alteraciones en su resultado. Es dada de alta, e ingresa ahora nuevamente 5 días después, con dolor, náuseas, sin llegar al vómito y un tumor referido por la madre.

APP: de importancia: cianosis al nacer, llanto demorado, oxigenoterapia. Tuvo varios ingresos en este centro durante los primeros meses de su vida por bronconeumonía; se había planteado diagnóstico de cardiopatía congénita, por lo que incluso fue remitida a La Habana. El tratamiento impuesto durante estos ingresos fue siempre: penicili-

na, kanamicina y digoxina. Se plantea CIV.

APF: anemia de la madre durante el embarazo.

EF: cara: hipertelorismo, con implantación baja de las orejas, coloboma áureo derecho. Mucosas discretamente hipocoloreadas. *Pectum excavatum* ligero (figuras 1 y 2).

Abdomen: moderadamente distendido, timpánico, con ruidos hidroaéreos algo aumentados. Tumor en forma de morcilla, movable, en HD.

Aparato circulatorio: no soplos, FC 140/min.

Como dato positivo se encontró una hernia umbilical reductible, con un anillo de unos 3 cm.

Con estos síntomas y signos se planteó la existencia de una oclusión intestinal alta.

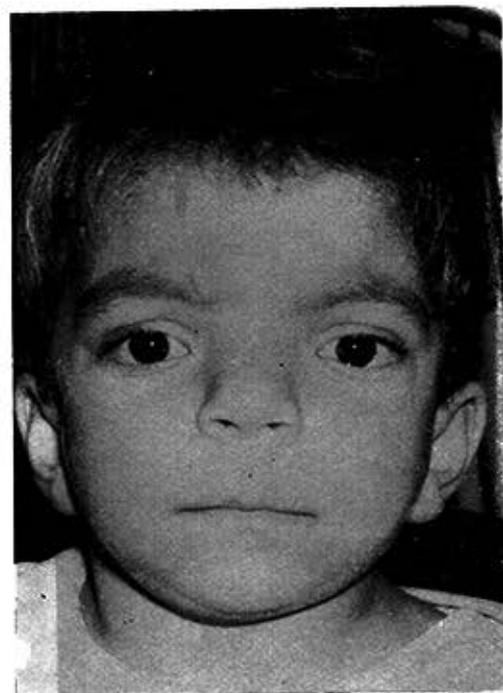


Figura 1. Fotografía de la paciente. Nótese la implantación baja de las orejas y el hipertelorismo.



Figura 2. Fistula preauricular en la propia paciente.



Figura 3. Radiografía durante el primer ingreso de la paciente.

En horas sucesivas empeoró el estado de la paciente y la distensión abdominal se hizo enorme. El tumor descrito aumentó de tamaño. Al revisar el Levine y permeabilizarlo, pues se encontraba obstruido, la distensión mejoró notablemente y se obtuvo abundante líquido de retención de bilis. La FID era muy dolorosa. Se repitió estudio radiológico de abdomen simple; se observó gran dilatación gástrica e imagen de neumoperitoneo, por lo que se decide intervenirla quirúrgicamente con el diagnóstico de oclusión intestinal alta: brida congénita o páncreas anular, con posible perforación gástrica asociada (figuras 3, 4 y 5).

Acto quirúrgico

Se hace incisión paramedia derecha; al abrir la cavidad se encuentra líquido de color cetrino que se cultiva; se obtiene crecimiento bacteriano.

Se encuentra además bazo aumentado de volumen, de color rojo vino, en situación derecha, que comprime la primera porción del duodeno sobre la cual descansa, con enorme dilatación del estó-



Figura 4. Distensión gástrica en placa de abdomen simple en el segundo ingreso de la paciente.

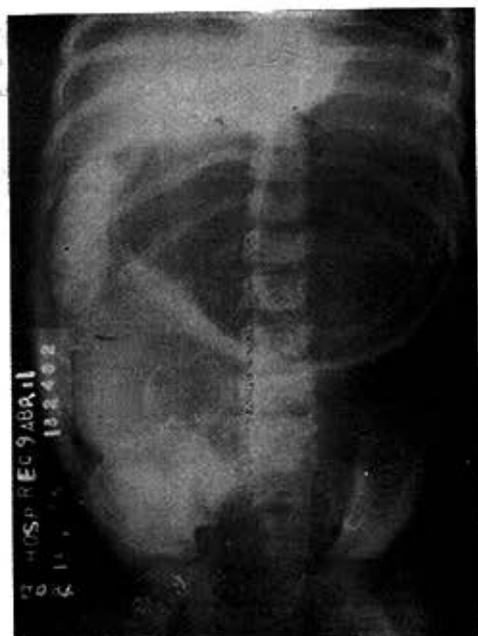


Figura 5. Placa evolutiva en su segundo ingreso. que muestra una enorme dilatación del estómago y una imagen radiopaca hacia el hipocondrio derecho con la forma aproximada del bazo.



Figura 6. Foto durante el acto quirúrgico. El bazo se encuentra ya movilizado de la zona donde se encontraba. El estómago está enormemente dilatado.



Figura 7. Muestra de la zona de necrosis en el nivel del antro pilórico.

mago y necrosis de una zona del antro pilórico; el pedículo esplénico es muy largo y torcido, con ausencia del ligamento lienorrenal. La cola y gran parte del cuerpo pancreático eran intraperitoneales y libres.

El camino seguido por el bazo en su migración fue el siguiente: rotación sobre su pedículo, por detrás de la cola y parte del cuerpo del páncreas, por detrás del estómago, a través de una brecha en el epiplón gástrico, por delante del estómago y que descansa en la zona descrita.

Se practicó esplenectomía y resección en cuña de la zona necrosada del estómago (figuras 6 y 7).

El resultado del estudio histopatológico fue el siguiente: bazo con parénquima infartado y congestivo, con destrucción parcial y total de folículos linfoides.

Periodo posoperatorio: la paciente se recupera, pero mantuvo un cuadro febril durante 26 días, a pesar de la anti-

bioticoterapia intensa utilizada; al fin fue dada de alta después de 6 días de desaparecida la fiebre.

Como vemos, a nuestra paciente no se logró hacerle el diagnóstico de su enfermedad durante el periodo preoperatorio, aunque si se observa cuidadosamente el estudio radiológico de abdomen simple se puede ver que en el flanco e hipocondrio derecho se dibuja nítidamente una imagen radiopaca que coincide en su morfología con el bazo y no se pensó en él; ello se debió a la poca frecuencia de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

1. La torsión del pedículo esplénico es una enfermedad muy poco frecuente, aunque no excepcional.
2. El diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil.
3. El tratamiento de elección es esplenectomía; no se realizan las esplenopexias por insuficientes.

SUMMARY

García Portilla, J. et al. *Torsion of the splenic pedicle. Report of a case.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

The unusual case of a three-year-old girl presenting a high occlusive syndrome due to the compression of the duodenum caused by a right migration of the spleen was presented. The girl also presented a torsion of the pedicle. The pre-operative diagnosis could not be established. The patient was subjected to a splenectomy. A review of the available medical literature is made.

RESUME

García Portilla, J. et al. *Torsion du pédicule splénique. Présentation d'un cas.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Les auteurs présentent le cas peu fréquent d'une fille âgée de 3 ans atteinte d'un syndrome occlusif haut par compression du duodénum à cause d'un déplacement de la rate vers le côté droit, et qui présentait en plus une torsion de son pédicule. On n'a pas pu établir le diagnostic préopératoire. La patiente a subi une splénectomie. La littérature médicale concernant cet aspect a été révisée.

РЕЗЮМЕ

Гарсия Портйла, Х. и др. *Скручивание ножки селезенки.* Rev Cub Ped. 49: 4, 1977.

Представляется редкий случай одной девочки 3 лет с синдромом высокой непроходимости из-за сдавления двенадцатиперстной кишки мигрирующей селезенкой, сдвинутой вправо, которая к тому же имела скручивание своей ножки. Указывается, что предоперационный диагноз не был возможен. Пациентке была произведена спленэктомия. Реализуется обзор соответствующей медицинской литературы, нам доступной.

BIBLIOGRAFIA

1. Maingot, R. Abdominal operation. 4. ed. Appleton Century Inc. 76. London, 1961.
2. Spivack, J. Cirugía de Urgencia. UTHEA, México, 1948.
3. Mondor, H. Abdomen Agudo, Toray-Masson, Barcelona. 1025, 1963.
4. Pearson, J. B. Torsión of the spleen associated with congenital absence of the Left Kidney. Br J Surg 51: 343, 1964.
5. Simpson, A.; Ashby, E. Torsión of the Wandering Spleen. Br J Surg 52: 344, 1965.
6. Bergman, E. V. Tratado de cirugía clínica y operatoria T.3 Expsa, Barcelona, 565.
7. Woodward, A. K. Torsion of the spleen. Ann J Surg 953: 114-6, 1967.
8. Bohrer, J. V. Torsión of the mandening spleen. Ann Surg 111: 416, 1940.
9. Diebold, O. et al. Patología y Clinicas Quirúrgicas. T. 3. Salvat. 651, 1964.
10. Patel, J. Tratado de Técnicas Quirúrgicas. T. 5. Toray-Masson, Barcelona, 1959.

Recibido: setiembre 24, 1976.

Aprobado: enero 31, 1977.