

Obstrucción intestinal secundaria a vólvulo espléndico en un paciente pediátrico

Juan Pablo Murillo-Ortiz, Marco V. Vargas-Salas

Resumen

La torsión de un bazo errante es rara. La forma de presentación varía desde dolor abdominal intermitente hasta un cuadro de abdomen agudo. Se presenta un caso clínico de un paciente pediátrico con obstrucción intestinal secundaria a la torsión de un bazo errante.

Descriptores: vólvulo de intestino medio, vólvulo esplénico, bazo errante.

Key words: midgut volvulus, splenic volvulus, wandering spleen.

Recibido: 9 de febrero de 2005

Aceptado: 19 de abril de 2005

Caso Clínico

El diagnóstico de un bazo errante es poco frecuente en pacientes pediátricos. Hasta 1989 solo 35 pacientes menores de 10 años habían sido reportados con esta condición ¹.

La presentación puede ser aguda, cuando el vólvulo se asocia a infarto esplénico, o crónica, cuando ocurre sin isquemia. La obstrucción de intestino medio, asociada a vólvulo esplénico en pacientes pediátricos, no es la forma usual de presentación de esta entidad.

Caso Clínico

Paciente femenina de 2 años y siete meses de edad, referida de un hospital regional por cuadro de 3 días de evolución con dolor abdominal y vómito, inicialmente de contenido alimentario y posteriormente fecaloide, asociado a distensión abdominal progresiva.

Al ingreso al Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" (HNN), la paciente estaba deshidratada, quejumbrosa, francamente distendida, con una sonda nasogástrica que drenaba abundante líquido de contenido fecaloide. A la palpación abdominal se encontró dolor difuso e hipersensibilidad en el cuadrante superior izquierdo, y una masa palpable.

La radiografía simple de abdomen mostró distensión de asas intestinales, imagen de asa fija, edema interasas y una radio-opacidad en el cuadrante superior izquierdo (figura 1). La paciente es llevada a sala de operaciones con el diagnóstico de abdomen agudo-vólvulo intestinal-obstrucción intestinal.

Se le realizó una laparotomía media, encontrándose cantidad abundante de líquido de reacción peritoneal, necrosis del bazo, el cual se encontraba rotado en su pedículo atrapando una asa de intestino medio, obstruyéndola pero sin producir isquemia de la misma (figura 2). Se le realizó esplenectomía y liberación de la asa intestinal atrapada. Se exploró el resto de la cavidad abdominal sin encontrar lesiones asociadas. La paciente evolucionó en forma satisfactoria

Departamento de Cirugía.
Hospital Nacional de Niños
"Dr. Carlos Sáenz Herrera"
Caja Costarricense de
Seguro Social.

Correspondencia:

Dr. Juan Pablo Murillo Ortiz,
Apdo 1730-1100 Tibás.

ISSN 0001-6002/2005/47/4/202-204
Acta Médica Costarricense, ©2005
Colegio de Médicos y Cirujanos

y fue egresada 5 días después de la cirugía. Se aplicaron las vacunas para neumococo y meningococo y se prescribió profilaxis con penicilina oral. La evaluación un mes después de operada, mostró una niña asintomática.



Figura 1. La radiografía simple de abdomen muestra distensión de asas intestinales, imagen de asa fija, edema interasas y una radio opacidad en el cuadrante superior izquierdo .



Figura 2. Necrosis del bazo, el cual se encontraba rotado en su pedículo atrapando una asa de intestino medio, obstruyéndola pero sin producir isquemia de la misma.

Discusión

El bazo errante es una condición rara, especialmente en niños. Usualmente se asocia con hernia diafragmática o mujeres múltiparas. Los síntomas se presentan cuando existe torsión del bazo lo que produce dolor que puede ser agudo o crónico. El dolor agudo es grave y se debe a isquemia esplénica y necrosis, el tratamiento en este caso es la esplenectomía. En la torsión crónica sin isquemia esplénica, el dolor es intermitente y prolongado, en el caso de una masa móvil y firme localizada en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, la esplenopexia es el tratamiento de elección.

En algunas circunstancias el bazo errante se ha asociado a vólvulo gástrico y de colon, obstrucción duodenal, várices gástricas sangrantes y pancreatitis ²⁻⁴.

Se han descrito cuatro tipos de bazo errante: tipo I congénito, tipo II pos partum, tipo III esplenomegalia y tipo IV traumático o posquirúrgico ⁵.

El bazo errante en niños se produce por ausencia de los ligamentos de fijación, siendo el más importante el lienorenal, formado por la fusión del mesogastrio dorsal, que fija el bazo al retroperitoneo.

El abordaje en los pacientes con bazo errante, dependerá de si hay o no infarto del órgano, variando de esplenectomía parcial o total a esplenopexia. La esplenopexia se puede realizar de acuerdo a varias técnicas descritas como son: la fijación simple con malla de Dexon®, la bolsa extraperitoneal o la interposición colónica. Las cuales se pueden realizar a través de laparotomía o por vía laparoscópica ^{1,3,6-8}. La complicación más importante es la sepsis asociada a la resección del bazo ¹⁰.

Esta condición se debe sospechar cuando se palpa una masa firme, y dolorosa. El dolor aumenta al movilizar la masa fuera del cuadrante superior izquierdo del abdomen hay matidez a la percusión del cuadrante superior izquierdo ¹.

La presentación de bazo errante es rara, particularmente en niños de corta edad, el diagnóstico preoperatorio es difícil. No encontramos reportes previos de vólvulos esplénico asociado a obstrucción del intestino medio en pacientes pediátricos.

Abstract

The occurrence of a wandering spleen is unusual, and even more a torsioned wandering spleen. The patients may present with various symptoms ranging from mild intermittent abdominal pain to an acute abdomen. We present a patient with intestinal obstruction secondary to torsion of a wandering spleen.

Referencias

1. Allen Keith B, Andrews Gibbs. Pediatric wandering spleen – The case for splenopexy: Review of 35 reported cases in the literature. *J Pediatr Surg* 24 :432-435, 1989.
2. Ng T, Lessin M, Luks F, Wallach M, Wesselhoeft C. Wandering spleen presenting as duodenal obstruction after repair of congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg* 32:1790-1792, 1997.
3. Zivkovic S. Sutureless “button and hole” splenopexy. *Pediatr Surg Int* 13:220-222, 1998.
4. Greig D, Sweet E.M., Drainer I. Splenic torsion in a wandering spleen, presenting as an acute abdominal mass. *J Pediatr Surg* 29: 571-572.1994
5. Peitgen K, Schweden K. Management of intermittent splenic torsion (“Wandering spleen”): A review. *Eur J Surg* 161:49-52. 1995.
6. Seashore J, Mcintosh S. Elective splenopexy for wandering spleen. *J Pediatr Surg* 25 : 270-272. 1990.
7. Stringel G, Soucy P, Mercer S. Torsion of the wandering spleen:Splenectomy or splenopexy. *J Pediatr Surg* 17 : 373-375. 1982.
8. Schmidt S, Andrews G, White J. The splenic snood: An improved approach for the management of the wandering spleen. *J Pediatr Surg* 27 :1043-1044. 1992.
9. Cimaz R, Mensi C, Angelo E, Fantola E, Milone V, Biasio L, et al. Safety and immunogenicity of a conjugate vaccine against *Haemophilus influenzae* type b in splenectomized and nonsplenectomized patients with Cooley anemia. *J Infect Disease* 183 : 1819-1821. 2001
10. Schiller M. The spleen en O’Neill J, Rowe M. *Pediatric surgery*. St Louis, Missouri, Mosby-Year book,1998,1545-1554

FE DE ERRATAS

Revista Acta Médica Julio-Setiembre 2005

Página 107: Asistente médico de Medicina Interna, léase Asistente Médico Especialista en Medicina Interna.

Página 109: Abreviaturas: HTA, T, léase HTA, hipertensión arterial.

Página 144: léase en los autores:

Benhard Hasbum ¹, Antonio Solano- Chinchilla ², María Paz León-Bratti ¹, Ricardo Boza Cordero ³

Pertenecen a:

¹. Clínica VIH, Hospital México.

². Clínica VIH, Hospital “Dr. Rafael Angel Calderón Guardia”.

³. Clínica VIH, Hospital San Juan de Dios.

Página 147: subtítulo Tratamiento farmacológico léase Tratamiento farmacológico (Figura 1).

Página 147:

Abstract

Línea 6: léase ...”are aimed to facilitate the diagnosis, classification and intervention of these patients”...

Página 148: autor Diana-Otero léase Diana Otero-Norza

Página 148: Key words: “faw” léase “jaw”; “Clinical care” léase “Clinical case”.