



P-743 - INFARTO ESPLÉNICO MASIVO EN PACIENTE CON BAZO ERRANTE

Pérez Reyes, María; Blanco Elena, Juan Antonio; Cabañó Muñoz, Daniel; Turiño Luque, Jesús Damián; Martínez Ferri, José Abelardo; Aranda Narváez, José Manuel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El bazo errante es la alteración o debilidad, congénita o adquirida, de uno o más de los ligamentos suspensorios del bazo. Esta condición puede ser asintomática, diagnosticándose como hallazgo casual, o bien debutar como abdomen agudo secundario a la torsión del pedículo vascular esplénico.

Caso clínico: Mujer de 18 años con antecedentes personales de retraso madurativo e infarto esplénico polar superior tratado de forma conservadora. Acude a Urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo de 4 días de evolución asociado a fiebre en las últimas 24 horas. En la exploración física presenta dolor abdominal en flanco izquierdo con signos de irritación peritoneal focalizados y esplenomegalia. Analíticamente destaca leucocitosis y PCR elevada. En TC se observa bazo en posición heterotópica con imagen de remolino a nivel hiliar e hipoatenuación generalizada del parénquima, sugestiva de infarto esplénico masivo. Con los hallazgos descritos se decide intervención quirúrgica urgente observando bazo errante isquémico en fosa ilíaca izquierda con torsión completa del hilio esplénico de 360°. Se realiza esplenectomía reglada. La estancia postoperatoria transcurre sin incidencias, siendo alta al sexto día.

Discusión: El bazo errante es un hallazgo poco frecuente que predomina en niños y mujeres de 20 a 40 años. En ocasiones se asocia a colagenopatías como el síndrome de Marfan, debido a una hipermovilidad esplénica provocada por laxitud congénita de los ligamentos. La torsión del pedículo esplénico es la principal complicación, aunque es infrecuente, con una incidencia del 0,5%. Clínicamente se presenta como tumoración abdominal dolorosa. El TC de abdomen con contraste i.v. confirma el diagnóstico. En este caso, el tratamiento de elección es la esplenectomía de urgencia. La esplenopexia sería la primera línea de tratamiento si el órgano fuese viable.