

Dolor abdominal agudo en niña de 10 años

J.A. Fernández Fernández

Departamento Pediátrico. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Maracaibo. Venezuela.

(An Esp Pediatr 2001; 55: 169-170)

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una niña de 10 años de edad que consultó el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Universitario de Maracaibo por presentar dolor abdominal, de aproximadamente 24 h de evolución, de aparición súbita y de gran intensidad, continuo, de localización difusa, que posteriormente se acompañó de vómitos y fiebre. No existían antecedentes patológicos ni familiares de importancia. En la valoración física, la paciente presentaba un regular estado general, y fiebre de 38,3 °C. Los hallazgos positivos en la exploración física de región abdominal fueron: abdomen plano, a la palpación se observaba una masa en hipogastrio, de forma ovoide, de aproximadamente 8 × 4 cm, dolorosa, de consistencia firme y con amplia movilidad. Los resultados de las pruebas de laboratorio muestran como único hallazgo significativo la presencia de leucocitosis con neutrofilia en el estudio hematológico. En la radiología simple de abdomen se observaba una opacidad en el centro del abdomen.

PREGUNTAS

1. Con los datos presentados ¿cree que puede realizarse un diagnóstico certero?
2. ¿Intervendría quirúrgicamente a la paciente?
3. ¿Realizaría alguna otra prueba de laboratorio u otro estudio diagnóstico previo a la intervención?



Figura 1. Se observa el bazo completamente libre de medios de fijación, sostenido por el pedículo esplénico torcido sobre su eje, con trombosis vascular y evidentes signos de necrosis.

Correspondencia: Dr. J.A. Fernández Fernández.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Maracaibo.
Avda. Goajira, 5.º piso.
Correo electrónico: jochf@hotmail.com

Recibido en abril de 2000.

Aceptado para su publicación en marzo de 2001.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico preoperatorio: torsión de tumor de ovario.

Hallazgos en laparotomía exploratoria de urgencia: se observa bazo libremente móvil en la cavidad, sin conexiones peritoneales; y el hilio con torcedura de más de 360° que provocó trombosis vascular arterial y venosa, con necrosis del tejido esplénico, por lo que se practicó esplenectomía (fig. 1).

Diagnóstico postoperatorio: torsión de bazo "flotante".

COMENTARIOS

El bazo "flotante" puede localizarse en cualquier punto del abdomen, a excepción del hipocondrio derecho. Clínicamente, el paciente refiere molestias crónicas en el abdomen inferior o en la espalda¹ y se manifiesta como una tumoración asintomática en el área abdominal o pélvica, de duración variable de semanas a meses o años². En estos casos, la primera manifestación en niños es la de un abdomen agudo secundario a infarto esplénico por la torsión de su pedículo^{2,3}. En esta forma de presentación es difícil establecer el diagnóstico, como varios autores⁴⁻⁶ quienes en series separadas reportan el diagnóstico preoperatorio de torsión de un tumor de ovario; al igual que ocurrió en el paciente que ahora se presenta. Se han descrito varios métodos para establecer el diagnóstico. La radiología simple resulta útil. Según Thompson et al³ los hallazgos radiológicos incluyen ausencia de silueta esplénica en el hipocondrio izquierdo, exceso de gas intestinal en ese lugar, presencia de una masa central o en el flanco izquierdo. El enema baritado señala una compresión extrínseca en el ángulo esplénico del colon, además de desplazamiento medial y ventral del ángulo esplénico del colon¹. Varios autores^{2,6,7} han señalado la ultrasonografía como el método diagnóstico más fiable y demostrará una masa sólida con características ecográficas indicativas de un bazo móvil y fuera de su localización usual en el abdomen, o localizado en la pelvis. Los radionucleótidos, al igual que la angiografía, pueden confirmar el diagnóstico, aunque puede haber ausencia de captación en caso de torsión esplénica. Los radionucleótidos demostrarán el desplazamiento esplénico y una movilidad inusual del bazo, y en caso de torsión, la pobre captación por el bazo. La tomografía y la resonancia magnética tam-

bién ofrecen ayuda, además de presentar la ventaja de ser capaz de determinar si la cola del páncreas está comprometida en el pedículo del bazo ectópico⁸⁻¹⁰. La realización de los recursos diagnósticos mencionados dependerá de la forma de presentación de la enfermedad. Cuando se presenta como una urgencia, raras veces se tiene en mente este diagnóstico y pocas veces se establece antes de la intervención quirúrgica. Parecen existir pocas dudas sobre el tratamiento de elección que es el quirúrgico, para fijar el bazo en el cuadrante superior izquierdo (esplenopexia). La intervención debe practicarse incluso en los pacientes asintomático con el fin reducir el riesgo de torsión e infarto, como ocurrió en el caso presentado^{4,5}.

Agradecimientos

Agradezco a la Dra. Enaida Molero y al Dr. Darío Montiel Reverol su colaboración en la intervención quirúrgica de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson A, Wandering spleen: case report and review. *Mt Sinai J Med* 1988; 55: 428-434.
2. Buehner M, Baker M. The wandering spleen, collective review. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 373-387.
3. Thompson J, Ross R, Pizzaro S. The wandering spleen in infancy and childhood. *Clin Pediatr* 1980; 19: 221-224.
4. Sarimurat N, Topuzlu G, Hüseyin S, Söylet Y, Faruk O. Wandering splenn in childhood: a report of three cases. *Surg Today Jpn J Surg* 1997; 27: 1086-1088.
5. Schettini ST, Giudici R, Possik RA, Arcuschin L. Wandering spleen in children: report of 4 cases. *AMB Rev Assoc Med Bras* 1989; 35: 99-102.
6. Agee JH, Crespo LF, Layton M. Wandering pelvic spleen presenting as an adnexal mass. *J Natl Med Assn* 1989; 81: 331-334.
7. Tait N, Young J. The wandering spleen an ultrasonic diagnosis. *J Clin Ultrasond* 1985; 13: 141-144.
8. Gordon D, Burell M, Levin D. Wandering spleen- the radiological and clinical spectrum. *Radiology* 1977; 98: 39-46.
9. Parker LA, Mitteaadt CA, Mauro MA. Torsión of a wandering spleen: CT appearance. *J Comput Assist Tomogr* 1984; 8: 1202-1204.
10. Savolaine E, Schlembach P, Robinson M. Wandering spleen presenting as a pediatric pelvic mass. *Clin Nucl Med* 1989; 14: 623-624.