

Nombre del alumno:

Rudy Ángel Osvaldo Vázquez
Zamorano

Nombre del profesor:

Dr. Darío Cristiaderit Gutiérrez Gómez

Nombre del trabajo:

“Caso clínico”

Grado: 5-º. Semestre.

Grupo: “A”

ANATOMIA

El desarrollo embrionario del bazo se inicia alrededor de la quinta semana, por diferenciación mesenquimatosa del meso-gastrio dorsal entre el estómago y páncreas, migran y se fusionan estos remanentes mesenquimatosos dando lugar al bazo, sin embargo algunos de ellos en ocasiones no se llegan a fusionar con la masa principal dando lugar a la presencia de bazos accesorios hasta en un 30% de casos, en lugares cercanos a él y hasta tan distantes como en la pelvis.

El bazo es el segundo órgano más grande del sistema reticulo-endotelial, es de color rojo vinoso, con forma de un gran grano de café, con una cisura medial en su cara interna, su dimensión es de 11 cm de largo, 7 de ancho y 4 de espesor, pese de 100 a 150 grs.

Se encuentra situado en el cuadrante superior izquierdo y posterior del abdomen cubierto por la caja torácica (9a. a 11va. costillas) con una cara convexa en contacto con el hemidiafragma izquierda y una cara cóncava en relación con la curvatura mayor del estómago, conserva su posición por 5 ligamentos suspensorios:

- Ligamento esplenodiafragmático: une el bazo al diafragma;
- Ligamento esplenocólico: une al bazo con el ángulo esplénico del colon;
- Ligamento preesplénico: une el bazo (polo inferior e hilio) al ligamento gastrocólico, estos tres ligamentos son muy poco vascularizados;
- Ligamento esplenogástrico, doble pliegue peritoneal que une la curvatura mayor del estómago al hilio esplénico por donde transcurren los vasos cortos del estómago; y
- Ligamento esplenorenal, doble pliegue peritoneal que va de la cola del páncreas al hilio esplénico conteniendo la arteria y vena esplénica así como la cola del páncreas.

- **Arteria esplénica**

Rama mayor del tronco celíaco, tortuosa, transcurre por el borde posterosuperior del páncreas, da la arteria gastro-epiploica izquierda y luego se divide en 5 a 6 ramas, dos que alimentan la curvatura mayor gástrica, la polar superior que da los vasos cortos al estómago e irriga el polo superior del bazo, las restantes van directamente al bazo.

- **Vena esplénica**

Resulta de la confluencia de 5 a 6 vasos venosos esplénicos y transcurre por el borde posterosuperior del páncreas al que le forma un surco, es más lineal que la arteria y recibe la vena gastroepiploica izquierda, vasos gástricos, pancreáticos y duodenales, se une a la vena mesentérica inferior a nivel del cuerpo del páncreas y a nivel del cuello del mismo órgano a la mesentérica superior formando la vena porta.

- **Linfáticos**

Transcurren paralelos a los vasos esplénicos, a lo largo de ellos existen numerosos ganglios linfáticos.

- **Configuración interna**

El bazo está constituido por una cápsula de 1 a 2 mm de espesor que rodea la pulpa, de su superficie externa se prolonga dentro de ella en un entramado de tejido conjuntivo trabecular que subdivide al órgano en pequeños compartimentos y le da la armazón.

Fisiología.

El bazo se define como “lecho capilar especializado” y su importancia radica en ser parte importante del sistema reticulo- endotelial y su posición en la circulación venosa portal.

La función normal del bazo es menos importante que su hiper-función.

Se le reconocen funciones como:

- Eritropoyética: Durante el quinto al octavo mes de gestación cumple una función activa en la formación de eritrocitos y leucocitos.
- De reservorio.
- Por su microcirculación este órgano es un filtro complicado y vigilante de las células de la sangre. Los eritrocitos, cuya vida dura 120 días, transcurren 2 días dentro de la pulpa esplénica, el bazo normal contiene 25 cc de eritrocitos pero relativamente pocos se eliminan durante su paso por él.

Las plaquetas y leucocitos recubiertos con anticuerpos también son eliminados por el bazo. Las plaquetas en circunstancias normales viven unos 10 días en la circulación, en estado normal se secuestra en el bazo un tercio del fondo común de plaquetas.

La acción del bazo que origina la reducción patológica de elementos celulares circulantes sanguíneos es por tres mecanismos:

- a. Destrucción esplénica excesiva de elementos celulares.
- b. Producción en el bazo de un anticuerpo que origina la destrucción de células sanguíneas,
- c. Inhibición esplénica de la médula ósea que causa insuficiente maduración y liberación celulares, esta última en la mayor parte de los casos es la menos importante.

- **Elaboración de anticuerpos**

El bazo participa en respuestas inmunitarias específicas e inespecíficas. La properdina y la tuftsin sintetizadas en el bazo son opsoninas. La properdina puede

iniciar la vía alternativa de activación del complemento para estimular la destrucción bacteriana y de células extrañas o anormales.

La tufsina se une a los granulocitos para promover la fagocitosis. En los centros germinales del bazo se produce inmunoglobulina M IgM.

Legislación sobre accidentes del trabajo

- Lesión en el lado izquierdo del cuerpo. Por lo general, una ruptura del bazo se produce a raíz de un golpe en la parte superior izquierda del abdomen o en la parte inferior izquierda del pecho, como puede suceder durante accidentes deportivos, peleas a puñetazos y accidentes automovilísticos. El bazo lesionado puede romperse poco después del traumatismo abdominal o, en algunos casos, días o semanas después de la lesión.
- Agrandamiento del bazo. El bazo puede agrandarse cuando los glóbulos sanguíneos se acumulan en el bazo. El agrandamiento del bazo puede producirse por diversos problemas subyacentes, como mononucleosis y otras infecciones, enfermedad hepática y cánceres de la sangre.

- **Traumatismo penetrante**

Por arma de fuego o por heridas punzopetrantes, en cuadrante superior del abdomen, flanco izquierdo o trans-torácicas, en el 30% de estos casos se encuentran lesiones concomitantes de estómago, páncreas, riñón, pulmón izquierdo y vasos del hilio.

En esplenoportografías se presenta sangrado persistente en pacientes con menos de 70000 plaquetas o tiempo de protrombina 20% superior al normal.

- **Traumatismo no penetrante**

Por trauma directo o por accidente de tránsito, son las más frecuentes, pero se acompañan de menos lesiones de órganos vecinos.

- **Patología**

Pueden encontrarse lesiones esplénicas como laceraciones lineales y estelares, desgarros,

Heridas por punción (armas o costillas),

Hematomas intraesplénicos o subcapsulares,

Arrancamiento de su pedículo o laceración de vasos gástricos cortos.

Casi todas las lesiones son transversales motivadas por la arquitectura interna del órgano dispuesta en plano transverso.

- **Esplenosis**

Es el autotransplante de tejido esplénico o fragmentos de bazo traumatizado en la superficie peritoneal que genera adherencias y puede causar obstrucción intestinal.

- **Manifestaciones clínicas**

Dependiendo de la gravedad de la lesión y la rapidez de la hemorragia o lesión concomitante de otros órganos será la manifestación clínica.

Con pérdidas de sangre de un 25% del volumen total aparecerán signos y síntomas de hipovolemia, anemia o shock

Bibliografia.

1. Wan YL, Cheung YC, Lui KW, Tseng JH, Lee TY. Ultrasonographic findings and differentiation of benign and malignant focal splenic lesions. *Postgrad Med J* 2000;76:488-493.
2. Rabushka LS, Kawahima A y Fishman EK. Imaging of the spleen: CT with supplemental MR examination. *Radiographics* 1994;14:307-332.



