

Esplenosis abdominal: Diagnóstico de una condición simuladora

Itxaso Galán González, Pablo Rodríguez Carnero, Ricardo Rivas Cuadrado, Alwalid Freih Fraih, Lourdes del Campo del Val; Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

OBJETIVOS DOCENTES

Conocer las claves diagnósticas para identificar la esplenosis abdominal, evitando pruebas e intervenciones innecesarias

REVISIÓN DEL TEMA

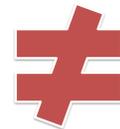
Definición: depósito de tejido esplénico funcional en una localización heterotópica por rotura del bazo, bien traumática o quirúrgica

Localización: Habitualmente en la cavidad peritoneal, pero también en órganos y vísceras (hígado, páncreas, riñones, tracto gastrointestinal, etc.), en el tórax, tejido celular subcutáneo o incluso cerebro [1, 2]

ESPLENOSIS



BAZO ACCESORIO



POLIESPLENIA

	ESPLENOSIS	BAZO ACCESORIO
Historia médica	Trauma esplénico o esplenectomía	Irrelevante
Localización	Cualquiera, intra o extraperitoneal	Normalmente en hipocondrio izdo
Número	Múltiples, hasta 400	Frecuentemente únicos 10% múltiples, pero normalmente no > de 3. Raramente hasta 8-10
Tamaño	Diámetro < 3 cm	Mayor tamaño
Morfología	Ovalados, redondeados, sésiles o pediculados, sin hilio	Como un bazo principal, con hilio
Aporte vascular	Pequeños vasos periféricos penetrando la cápsula por cualquier zona del nódulo	Ramas de la arteria esplénica entrando por el hilio
Histología	Desde idéntica al bazo normal, hasta bazos con arquitectura distorsionada	= bazo normal
Función	= bazo normal	= bazo normal
Significado clínico	Importante en el diagnóstico diferencial p.ej. con enfermedades malignas	Variante congénita normal

Tabla 1: Diferencias entre esplenosis y bazo accesorio [3]

Poliesplenía: Anomalía **congénita** infrecuente que consiste en múltiples bazos pequeños sin presencia de un bazo principal y **sin** antecedentes de esplenectomía. Se localizan frecuentemente en el hipocondrio derecho, a lo largo de la curvatura mayor gástrica, aunque pueden ser bilaterales. Se asocia a *situs inversus* y la mayoría de los pacientes presenta anomalías cardíacas [4]

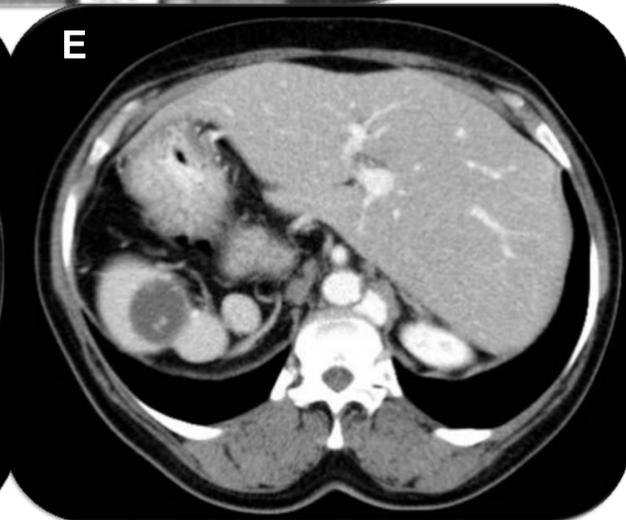
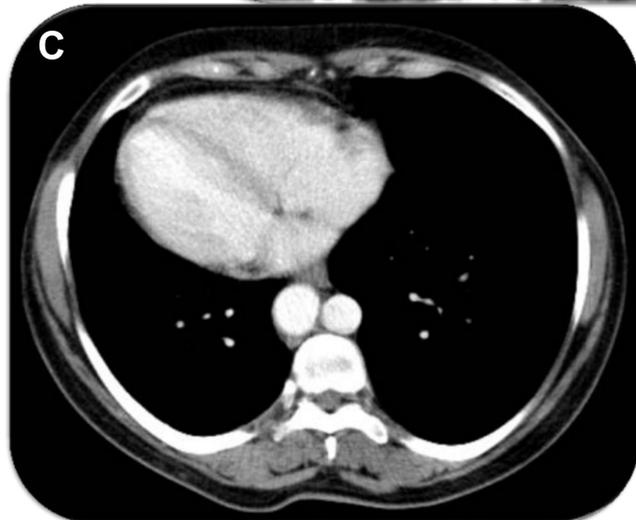
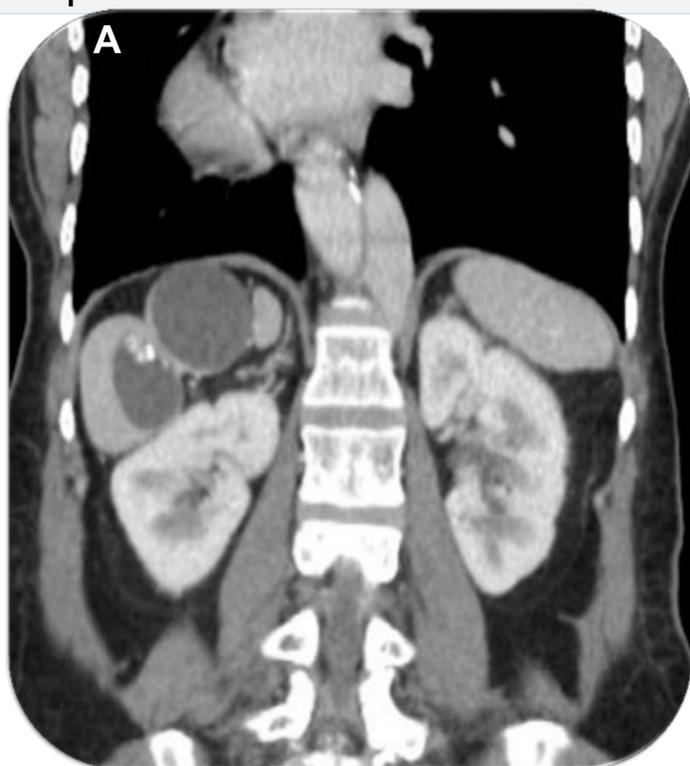


Figura 1: *Situs inversus* con dextrocardia, asociado a poliesplenía en el hipocondrio derecho. Nótese los quistes esplénicos. Cedido por el Hospital Sanitas La Moraleja

Patogenia: Se han descrito dos mecanismos de diseminación:

1. Diseminación por contigüidad: los remanentes esplénicos se implantan sobre las serosas, parasitan los vasos adyacentes y crecen [1, 2]

2. Diseminación hematogena: para explicar la esplenosis hepática, apareció una teoría que sugería que las células esplénicas entran en el hígado a través de la vena porta y crecen en respuesta a la hipoxia tisular [5]

Ocurre hasta el **67%** de los pacientes con rotura esplénica traumática [1] con un intervalo medio entre 5 meses y 32 años tras el traumatismo [2]

Clínica:

– Habitualmente es **asintomática**, sin manifestaciones analíticas y **hallada incidentalmente** en estudios de imagen

– Ocasionalmente puede provocar cuadros de **dolor abdominal agudo** por torsión, hemorragia o ruptura del esplénulo

Diagnóstico:



- El incremento en la incidencia de los traumatismos esplénicos
- La cirugía esplénica (en especial la cirugía laparoscópica, que ha sido relacionada con un mayor riesgo de esplenosis por la imposibilidad de un lavado y limpieza completos de la cavidad peritoneal)
- La mejora de las pruebas de imagen [6]

Ecografía: el tejido esplénico presenta una estructura homogénea con ecogenicidad similar al parénquima esplénico, y con vascularización en el estudio Doppler

Tomografía computerizada: captación intensa y parcheada del contraste iv en fase arterial, que va haciéndose más homogénea en fases posteriores, comportamiento similar al del tejido esplénico normal [2]

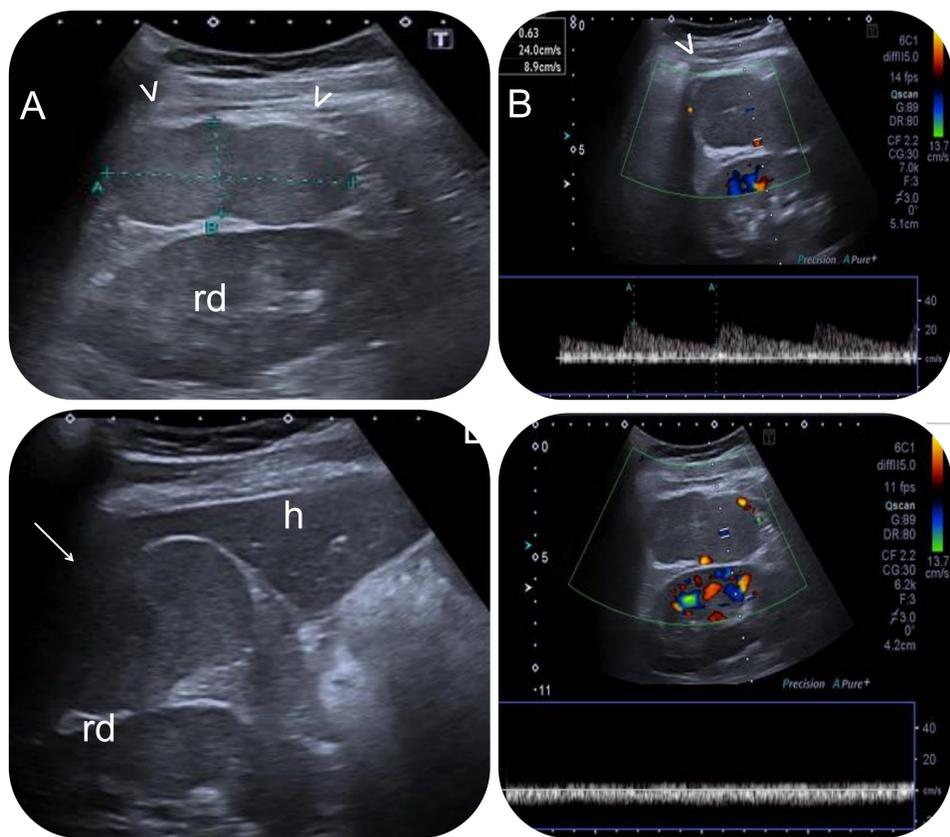


Figura 3.

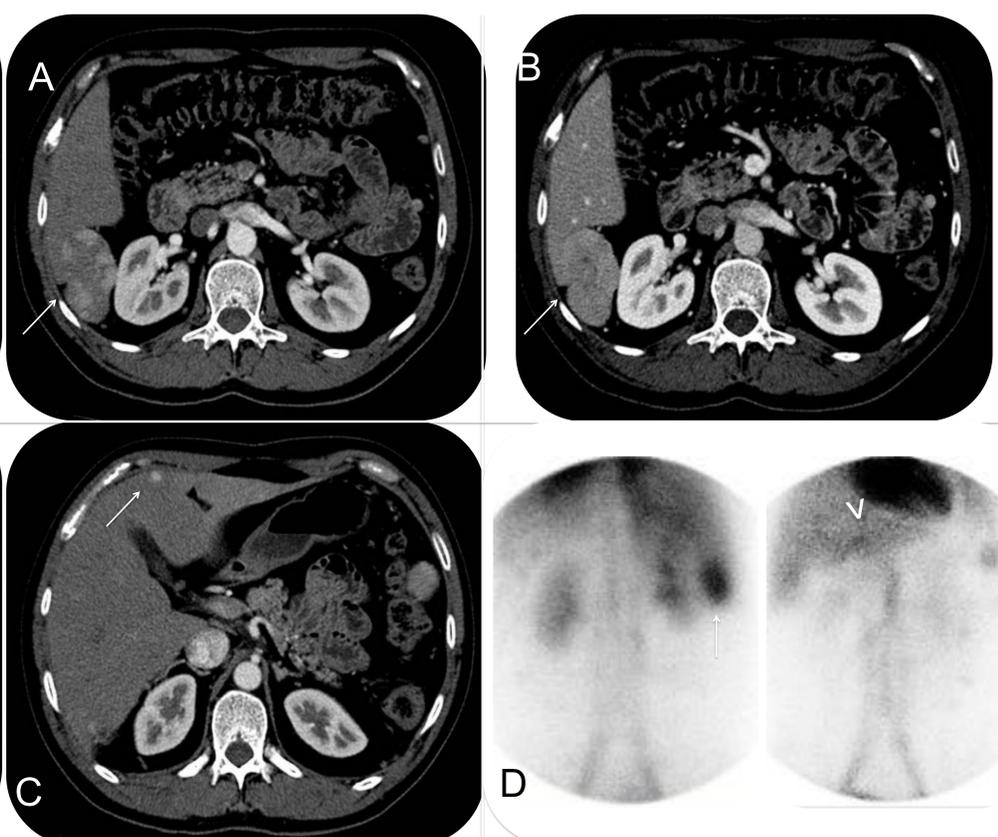


Figura 4.

Varón de 44 años asintomático con antecedente de un accidente de tráfico hace 38 años y esplenectomía. Figura 3: Ecografía. Masa sólida en la fosa hepatorenal de 6 cm, homogénea, bien delimitada, de contornos lobulados, con vascularización arterial y venosa. Figura 4: TC, cortes axiales con contraste intravenoso. **A)** La masa capta contraste iv con un patrón heterogéneo en fase arterial y se homogeniza en la fase portal (**B**). **C)** En el lóbulo hepático izquierdo existe otro nódulo hipervascular en fase arterial. **D)** Gammagrafía de hematíes labilizados marcados con ^{99m}Tc . La captación del trazador por parte de la masa de la fosa hepatorenal y del nódulo intrahepático confirma el diagnóstico de esplenosis

Resonancia magnética: intensidad de señal similar al bazo (hipointenso en T1, hiperintenso en T2), y también captación de contraste iv similar [7]

La **gammagrafía** es la técnica más sensible y específica para diagnosticar la esplenosis. La **gammagrafía de hematíes desnaturalizados marcados con ^{99m}Tc** es la prueba de referencia [1, 2, 6, 8, 9, 10]

¡OJO!

- En esplenúlos de pequeño tamaño y/o intraparenquimatosos, las características de imagen son menos evidentes [8, 9]
- Pueden ser confundidos con neoplasias, adenopatías, carcinomatosis peritoneal, endometriosis o linfoma [1, 6]

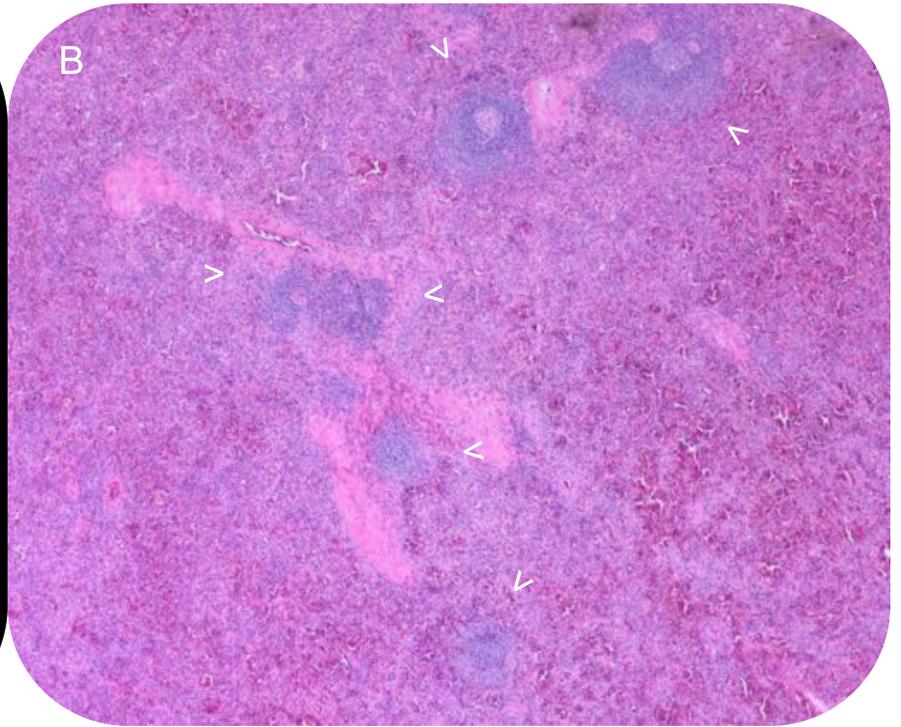


Figura 4. Mujer de 63 años esplenectomizada con antecedentes de hepatopatía crónica de etiología desconocida. A) TC, corte axial con contraste intravenoso. Lesión en cara anterior del lóbulo hepático izquierdo, con captación homogénea de contraste en fase arterial. Nótese la hepatomegalia difusa, esteatosis hepática y aerobilia. B) Sección histológica original de la lesión hepática con tinción hematoxilina-eosina que demuestra focos linfoides rodeados por pulpa roja esplénica

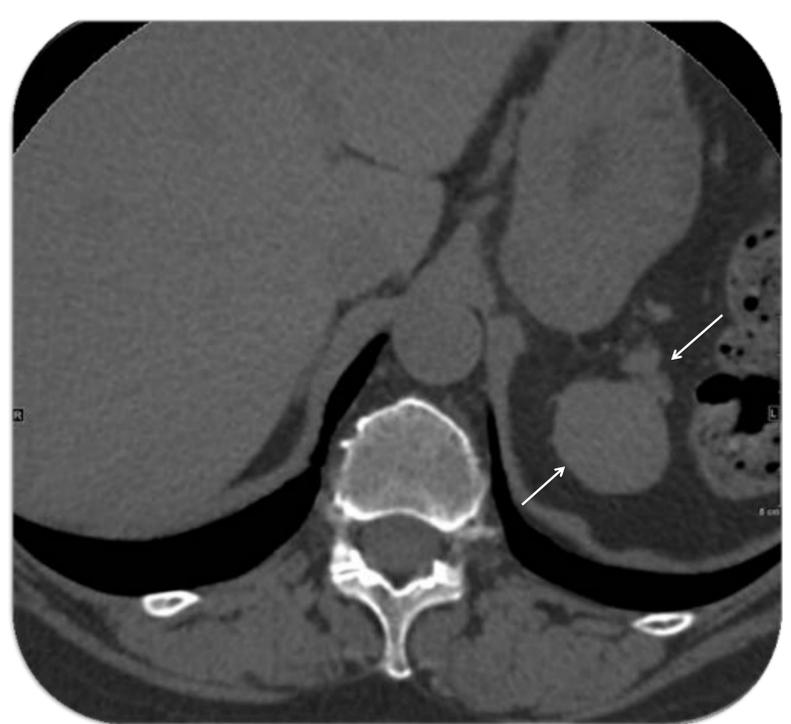
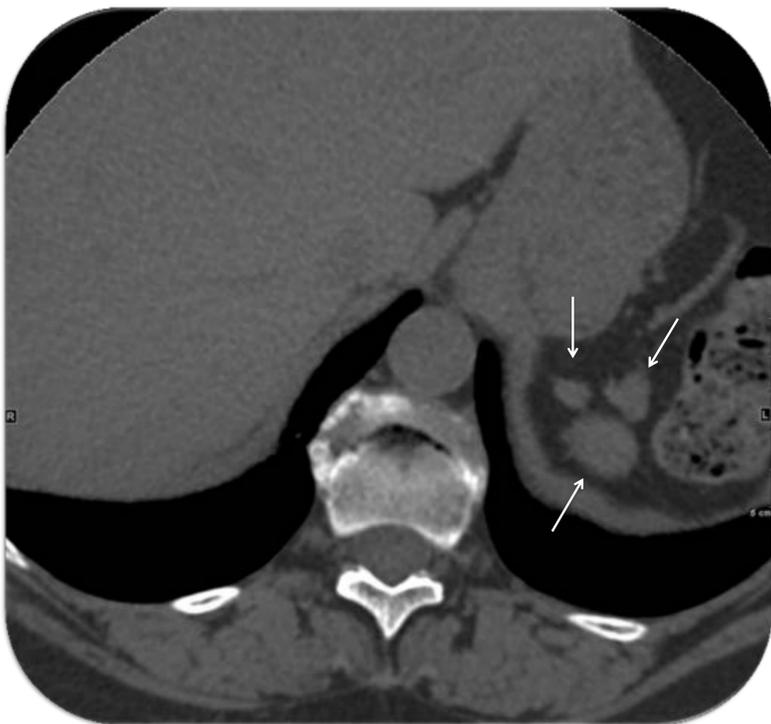


Figura 5: Hallazgo incidental en una TC de columna de focos de esplenosis en hipocondrio izquierdo (paciente esplenectomizada)

Manejo y tratamiento:

- En ausencia de manifestaciones clínicas: manejo conservador. La extirpación de los esplenúlos incrementa el riesgo de complicaciones y además se trata de tejido esplénico parcial o totalmente funcional
- Resección quirúrgica: casos de duda, complicación o enfermedades hematológicas en las que la esplenectomía sea beneficiosa [1, 8]

CONCLUSIÓN

- La presencia de **nódulos** sólidos intraabdominales, junto con antecedentes de **traumatismo o cirugía esplénica**, deben hacernos incluir la esplenosis en nuestro diagnóstico diferencial para evitar pruebas e intervenciones innecesarias
- La **gammagrafía con eritrocitos desnaturalizados marcados con Tc-99m** es la prueba electiva que confirma el diagnóstico en casos dudosos

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ksiadzyna D, Peña AS. Abdominal splenosis. Rev Esp Enferm Dig 2011; 103:421-6

[2] Tsitouridis I, Michaelides M, Sotiriadis C, Arvaniti M. CT and MRI of intra- peritoneal splenosis. Diagn Interv Radiol 2010; 16:145-9

[3] Wu C, Zhang B, Chen L, Zhang B, Chen X. Solitary perihepatic splenosis mimicking liver lesion: a case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2015; 94:e586

[4] Vancauwenberghe T, Snoeckx A, Vanbeckevoort D, Dymarkowski S, Vanhoenacker FM. Imaging of the spleen: what the clinician needs to know. Singapore Med J. 2015; 56:133-44

[5] Kwok CM, Chen YT, Lin HT, Su CH, Liu YS, Chiu YC. Portal vein entrance of splenic erythrocytic progenitor cells and local hypoxia of liver, two events cause intrahepatic splenosis. Med Hypotheses 2006; 67:1330-2

[6] Echenique Elizondo M, Arrosagarav J, Sanz Jaka JP. Esplenosis: una entidad infradiagnosticada. Arch Esp Urol. 2001; 54:1133-5

[7] Lin WC, Lee RC, Chiang JH, Wei CJ, Chu LS, Liu RS, Chang CY. MR features of abdominal splenosis. AJR Am J Roentgenol. 2003; 180:493-6

[8] Liu C, Liu J, Wang F. Intrahepatic splenosis mimicking liver cancer: report of a case and review of literature. Int J Clin Exp Pathol. 2015; 8:1031-5

[9] Menth M, Herrmann K, Haug A, Raziorrouh B, Zachoval R, Jung CM, Otto C. Intrahepatic splenosis as an unexpected cause of a focal liver lesion in a patient with hepatitis C and liver cirrhosis: a case report. Cases J. 2009; 19;2:8335

[10] Sánchez-Paniagua I, Baleato-González S, García-Figueiras R. Esplenosis: diagnóstico no invasivo de un gran imitador. Rev Esp Enferm Dig 2016; 108:40-41