

Esplenosis abdominopélvica: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Abdominopelvic Splenosis. Case Report and Literature Review



María Andrea Calderón Ardila¹
 Lucía Catalina Silva Cala²
 Jessica Fernández de la Hoz¹
 Adriana Ordóñez Serrano¹
 Jorge Alberto Carrillo Bayona³



Palabras clave (DeCS)

Esplenosis
 Esplenectomía
 Imagen por resonancia magnética



Key words (MeSH)

Splenosis
 Splenectomy
 Magnetic resonance imaging

Resumen

La esplenosis abdominal es el autotrasplante de tejido esplénico en la cavidad peritoneal en pacientes con antecedente de lesión traumática esplénica o esplenectomía. Es una condición asintomática y benigna que se diagnostica de forma incidental en estudios de imágenes o en cirugía. Las manifestaciones imaginológicas de la entidad generalmente se interpretan de manera equivocada como neoplasia secundaria. Presentamos un paciente con múltiples nódulos intraabdominales en tomografía computarizada (TC) de abdomen, secundarios a esplenosis abdominopélvica.

Summary

Abdominal splenosis is the autotransplant of splenic tissue in the peritoneal cavity in patients with history of traumatic splenic injury and/or splenectomy. It is an asymptomatic and benign condition that is incidentally diagnosed in imaging studies or surgery. Imaging manifestations of this entity are generally misinterpreted as secondary neoplasia. We present a patient with multiple nodules in computed tomography (CT) of the abdomen, secondary to abdominopelvic splenosis.

Presentación del caso

Paciente femenina de 57 años de edad con cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en dolor pélvico asociado a síntomas urinarios bajos, de aparición reciente, con urocultivo positivo para *Escherichia Coli* y ultrasonido pélvico extrainstitucional; previo al ingreso se interpretó como “masa anexial derecha de 54 × 56 × 57 mm, volumen de 89 cm³, de ecogenicidad homogénea, sin septos en su interior”. Con sospecha de neoplasia ovárica se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen que demostró lesiones nodulares múltiples en la cavidad abdominal, sólidas, con realce y sin bazo (figuras 1, 2, 3, 4). Con sospecha de esplenosis se reinterrogó a la paciente quien refirió antecedente de trauma abdominal cerrado a los 5 años, con estallido esplénico y esplenectomía. La gammagrafía hepatoesplénica con sulfuro coloidal confirmó el diagnóstico de esplenosis abdominopélvica (figura 5).

Discusión

La esplenosis es una condición adquirida, secundaria a lesión traumática esplénica y/o esplenectomía (independiente de su indicación). Consiste en el autotrasplante de tejido esplénico viable en diferentes compartimientos del cuerpo (principalmente la cavidad intraperitoneal) (1). Las superficies más afectadas en la esplenosis abdominal son: serosa del intestino delgado, peritoneo parietal, serosa del intestino grueso, mesenterio y diafragma (2).

El término esplenosis fue acuñado en 1939 por Buchbinder y Lipkoff (3). No hay información en la literatura sobre la prevalencia de esplenosis en la población general. La ocurrencia de esta entidad en pacientes con trauma esplénico es variable, con un rango de 16-67 % (3). La mayoría de casos son secundarios a esplenectomía por trauma (93 %), evento más frecuente en pacientes jóvenes (adolescentes) (2). El tiempo promedio que transcurre entre el trauma y el diagnóstico de esplenosis es de 10 años (4).

¹Médica General. Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

²Médica Residente de Medicina Interna, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

³Médico Radiólogo, Hospital Universitario Mayor Méderi, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.



Figura 1. TC de abdomen y pelvis. Corte axial. Lesiones nodulares de morfología redonda, con densidad de tejido blando y realce con el medio de contraste, adyacentes a la curvatura mayor gástrica y en el ligamento gastrohepático.



Figura 4. TC de abdomen y pelvis. Reconstrucción coronal. Lesión nodular en cavidad abdominal y masa pélvica (descritas en cortes axiales).



Figura 2. TC de abdomen y pelvis. Corte axial. Lesiones nodulares de morfología redonda, con densidades de tejido blando y realce con el medio de contraste, localizadas en flanco izquierdo.



Figura 3. TC de abdomen y pelvis. Corte axial. Masa en fondo de saco posterior, de contornos lobulados bien definidos, que realza con el medio de contraste (comportamiento similar a las lesiones descritas en la cavidad peritoneal).

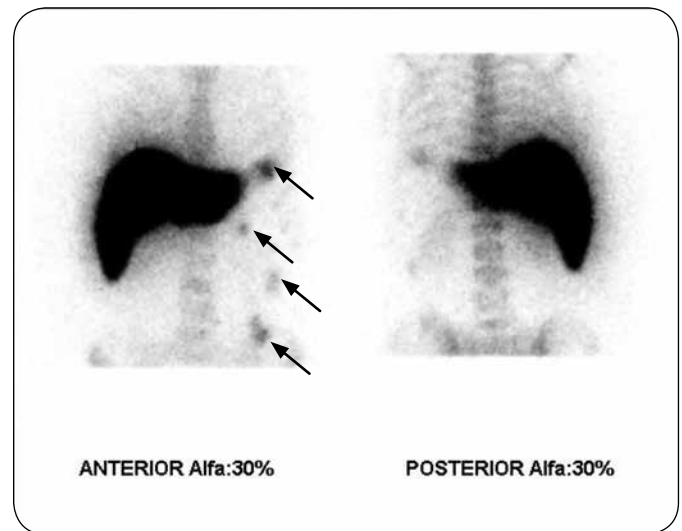


Figura 5. Gammagrafía hepatoesplénica. Focos de captación del radiotrazador que corresponden a las lesiones nodulares visibles en la TC.

El trauma esplénico y la esplenectomía favorecen la dispersión por contigüidad e implantación de la pulpa esplénica en superficies serosas de la cavidad peritoneal (5). Los implantes esplénicos son tejido viable que se nutre de vasos adyacentes (2). Pueden ser únicos o múltiples (6). El grado de maduración de los implantes es variable y en algunos casos pueden suplir totalmente la actividad del bazo. Con menor frecuencia puede ocurrir diseminación hematogena de pulpa esplénica o progenitores eritropoyéticos esplénicos. Este mecanismo explica el hallazgo de focos de esplenosis hepática e intracraneal (5).

La mayoría de pacientes con esplenosis son asintomáticos. En

los casos sintomáticos el dolor abdominal es la manifestación más frecuente, secundario a infarto y/o sangrado de los implantes, adherencias peritoneales y obstrucción intestinal (5). Las localizaciones específicas de los implantes pueden generar síntomas menos frecuentes. Por ejemplo, se ha informado hemorragia de vías digestivas por focos en tubo digestivo e hidronefrosis por compresión extrínseca de los uréteres (2). En pacientes esplenectomizados por enfermedades hematológicas o hiperesplenismo se ha descrito recurrencia de la enfermedad de base por actividad de los focos esplénicos ectópicos (7).

Los implantes esplénicos tienen en general diámetros menores de 3 cm y su morfología es variada (ovalada, redonda, pediculada). A diferencia de los bazoos accesorios, que reciben su irrigación de ramas de la arteria esplénica, los focos de esplenosis no tienen arteria central y reciben irrigación de vasos sanguíneos circundantes que penetran la cápsula en su porción no muscular (2). En la mayoría de los casos se evidencia una arquitectura dismórfica dada por ausencia de hilio, presencia de una cápsula fibrótica y pobre formación de centros germinales y sistema trabecular (1,8). Sin embargo, en la literatura se han reportado implantes esplénicos con arquitectura de apariencia normal (9).

El diagnóstico de la entidad en general es incidental y se relaciona con evidencia de implantes esplénicos en estudios de imágenes o durante procedimientos quirúrgicos (1). En ecografía se evidencian nódulos o masas abdominales redondas, de contornos bien definidos y aspecto sólido, hipoeoicas en el centro, con reborde hiperecoico y refuerzo acústico posterior (2,8). En los casos donde la localización de la esplenosis permite uso del Doppler se observa ausencia de arteria central y presencia de vasos que penetran la cápsula, hallazgo que favorece la diferenciación con bazoos accesorios (8). La TC permite definir de manera precisa el número, tamaño y morfología de los implantes, que evidencian densidad y realce similar al bazo (2). En esplenosis hepática las masas son de baja señal previa administración del medio de contraste, de alta señal en fase arterial, de media señal en fase portal y de baja señal en fase de equilibrio (5). Los focos en resonancia magnética (RM) se ven de alta señal con información en T1 y de alta señal con información en T2, en ocasiones con realce heterogéneo posterior a la administración del medio de contraste y una pseudocápsula con señal de grasa (3). El óxido de hierro superparamagnético es un medio de contraste específico para el sistema retículoendotelial y se observa disminución de la intensidad de señal en todas las secuencias de pulso tras su administración. Su uso aumenta la especificidad de la RM (5). Tradicionalmente, el método de elección para la confirmación diagnóstica es la gammagrafía, ya sea con ^{99m}Tc — sulfuro coloidal, ^{99m}Tc — eritrocitos alterados con calor o plaquetas marcadas con ^{111}In , en las que se demuestra captación del radiotrazador por los focos ectópicos de tejido esplénico. En los estudios de imágenes (ultrasonido, TC y RM con medio de contraste convencional), los implantes se pueden confundir con metástasis, endometriosis y linfoma, entre otras entidades (5,8).

La esplenosis es benigna y no requiere tratamiento. La cirugía está indicada en pacientes sintomáticos o con complicaciones, en enfermedades hematológicas recurrentes postesplenectomía, o cuando el diagnóstico es incierto (2).

Es interesante el abordaje clínico inicial de nuestra paciente, con masa anexial en ultrasonido y sospecha de neoplasia de ovario que se estudió con TC de abdomen. La ausencia de bazo y las

características de las masas abdominales motivaron la búsqueda del antecedente traumático previamente no documentado en la historia clínica. Con el antecedente se estableció la impresión diagnóstica de esplenosis que posteriormente se confirmó con gammagrafía.

Referencias

1. Vercher JL, Bello P, Pelegrí L, Hervás I, Loaiza JL, Falgas M, et al. Abdominal splenosis: An often underdiagnosed entity. *Rev Esp Med Nucl*. 2011;30(2):97-100.
2. Ksiadzyna D, Salvador A. Abdominal splenosis. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103(8):421-6.
3. Lin WCh, Lee RCh, Chiang JH, Wei ChJ, Chu LSh, Liu RSh, et al. MR Features of abdominal splenosis. *AJR*. 2003;180(2):493-6.
4. Lake ST, Johnson PT, Kawamoto S, Hruban RH, Fishman EK. CT of splenosis: Patterns and pitfalls. *AJR*. 2012;199(6):686-93.
5. Tsitouridis I, Michaelides M, Sotiriadis C, Arvaniti M. CT and MRI of intraperitoneal splenosis. *Diagn Interv Radiol*. 2010;16(2):145-9.
6. Imbricco M, Camera L, Manciuira A, Salvatore M. A case of multiple intra-abdominal splenosis with computed tomography and magnetic resonance imaging correlative findings. *World J Gastroenterol*. 2008;14(9):1453-5.
7. Yildiz AE, Ariyurek MO, Karcaaltincaba M. Splenic anomalies of shape, size, and location: Pictorial essay. *Scient World J*. 2013;1-9.
8. Lui EHY, Lau KKP. Intra-abdominal splenosis: How clinical history and imaging features averted an invasive procedure for tissue diagnosis. *Australasian Radiology*. 2005;49(4):342-4.
9. Carr N, Turk E. The histological features of splenosis. *Histopathology*. 1992;21(6):549-53.

Correspondencia

Jorge Alberto Carrillo Bayona
Hospital Universitario Mayor Méderi
Calle 24 # 29-45
Bogotá, Colombia
jorcarb@hotm.com

Recibido para evaluación: 13 de diciembre de 2016

Aceptado para publicación: 1 de abril de 2017