

Esplenosis toraco-abdominal: a considerar post-traumatismo esplénico

M. Izquierdo Patrón

Unidad de Neumología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años con antecedente hace 21 años de traumatismo toracoabdominal grave, incluyendo rotura esplénica y de otras vísceras abdominales, rotura diafragmática izquierda, fracturas costales múltiples y posible hemotórax izquierdo. De forma casual y, encontrándose asintomático, se le detecta en Rx simple tórax en la proyección lateral un nódulo sobre cuerpos vertebrales, posiblemente de carácter extraparenquimatoso, hallando nódulos múltiples inespecíficos en una tomografía axial computerizada (TAC) torácica. Con la sospecha clínica de esplenosis torácica, se realizó una gammagrafía con hematíes desnaturalizados con calor que confirmó el diagnóstico de esplenosis torácica y esplenosis abdominal de localización atípica en vejiga.

Palabras clave: Esplenosis; Traumatismo torácico; Rotura esplénica; Gammagrafía

We present the case of a 54 year old male patient with 21 year background of serious thoracoabdominal trauma, including splenic rupture and rupture of other abdominal viscera, left diaphragmatic rupture, multiple rib fractures and possible left hemothorax. By chance, and while the patient was asymptomatic, a nodule on the vertebral bodies was detected in the simple chest X-ray in lateral projection, possibly having an extraparenchymatous character, finding multiple non-specific nodules in a computed tomography (CT) of the chest. With clinical suspicion of thoracic splenosis, a scintigraphy was done with red blood cells denaturalized with heat that confirmed the diagnosis of thoracic splenosis and abdominal splenosis having atypical location in the bladder.

Key words: Thoracic trauma; Splenic rupture; Scintigraphy.

INTRODUCCIÓN

La esplenosis se define como el autotrasplante de tejido esplénico en localizaciones anormales después de un daño quirúrgico o trauma en el bazo. La esplenosis abdominal a través de la cavidad peritoneal es la forma más frecuente con lugares típicos de asentamiento en: riñón, glándulas suprarrenales, hígado, tejido subcutáneo y pelvico-ginecológico. La localización extraperitoneal es muy rara y principalmente incluye la esplenosis torácica, entidad poco frecuente que se debe a la rotura simultánea del bazo y el diafragma, generalmente tras un traumatismo. Habitualmente se diagnostica mediante técnicas invasivas que proporcionan un diagnóstico anatomopatológico. Con el desarrollo de nuevas técnicas de imagen puede realizarse en la actualidad un diagnóstico seguro por métodos no invasivos. La esplenosis torácica y/o abdominal ocurre en gente asintomática e incidentalmente descubierta en radiografía torácica como nódulos pulmonares inespecíficos. No se indica resección del tejido esplénico ectópico al menos que el paciente esté sintomático.

Se presenta un caso de esplenosis combinada torácica y abdominal de inusual localización en vejiga, diagnosticada por mé-

todos no invasivos, y a nuestro conocimiento, el primero en literatura española, pues sólo se ha descrito recientemente 1 caso de esplenosis torácica y 7 casos de esplenosis abdominal.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se presenta el caso de un paciente varón de 54 años, no fumador y sin antecedentes epidemiológicos de interés. Entre los antecedentes personales destacan: traumatismo toracoabdominal 21 años antes, con rotura vísceras abdominales incluido bazo que requirió esplenectomía urgente, rotura diafragmática izquierda, fracturas costales múltiples y posible hemotórax izquierdo con *shock* hipovolémico secundario; en 1997 se extirpa melanoma extensión superficial nivel III clark con grosor Breslow 0,5 mm en espalda, sin aparentes recidivas ni progresión. En el estudio actual por roncopatía se realiza de rutina Rx tórax que objetiva lesión nodular de características extraparenquimatosas en región torácica posterior sólo visible en Rx lateral (Fig. 1), y callos fracturas costales izquierdas, resto del estudio con analítica completa incluidas hormonas tiroideas, marcadores tumorales, ECG, estudio funcional y gasométrico dentro de límites normales. Se ampliaron los estudios con TAC toracoabdominal que detecta múltiples imágenes pseudonodulares con densidad blanda en región posterobasal de hemitórax izquierdo, de localización extrapulmonar localizadas en pleura o incluso grasa subpleural, de ta-

Correspondencia: Mercedes Izquierdo Patrón. Unidad de Neumología. Fundación Hospital Alcorcón. Avda. Budapest s/n 28922 Alcorcón. Madrid
e-mail: mizquierdo@fhalcorcon.es



Figura 1. Rx tórax lateral; se objetiva lesión nodular sobre cuerpos vertebrales, no visible en Rx PA.

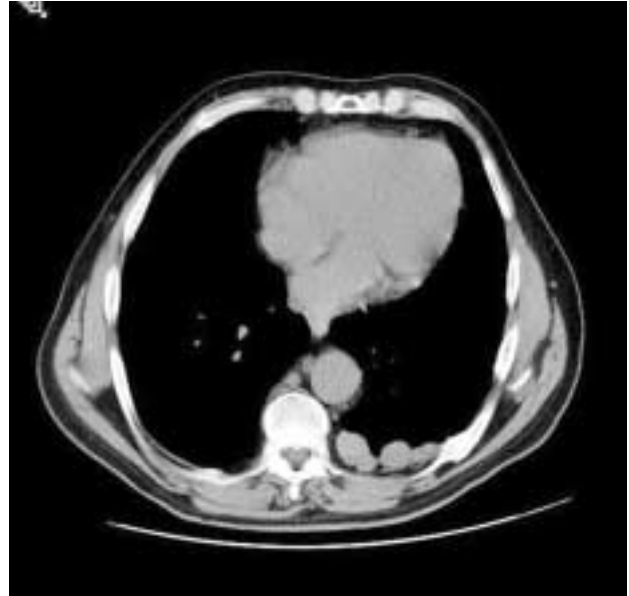


Figura 2. TAC torácica que muestra la presencia de varias masas en hemitórax izquierdo.

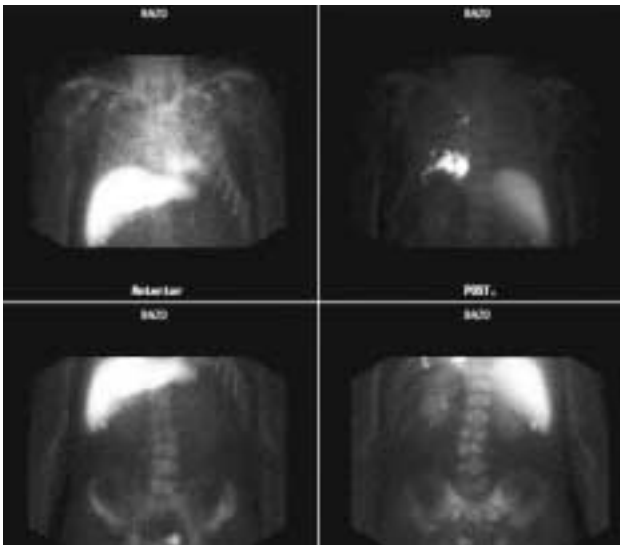


Figura 3. Gammagrafía de hematíes desnaturalizados con calor, donde se demuestra la captación por nódulos y masas intratorácicas, y abdominales en vejiga.

maños variables, la mayor de 25 mm (Fig. 2), y en abdomen ausencia de bazo. Dado el antecedente de traumatismo toracoabdominal se realizó el diagnóstico de sospecha de esplenosis torácica, por lo que se solicitó una gammagrafía de hematíes desnaturalizados con calor (Fig. 3) que mostró una captación de las lesiones detectadas en la TAC, asimismo, se observa captación del radiotrazador en área de riñón izquierdo y región perivesical izquierda, incluso postmiccional. El paciente se encuentra asintomático y no ha recibido ningún tratamiento.

DISCUSIÓN

La incidencia de esplenosis tras un traumatismo con rotura esplénica es aproximadamente del 76%¹. Es imposible predecir qué pacientes desarrollarán esplenosis tras un traumatismo esplénico. En 1910 se identificó el primer caso de esplenosis abdominal en cavidad peritoneal después de una rotura traumática, y Shaw y Shafi describen el primer caso de autotrasplante esplénico en cavidad pleural izquierda en autopsia en 1937². Se estima que la frecuencia de esplenosis abdominal o pélvica es del 65%, y la esplenosis torácica, si hay rotura diafragmática, llega hasta el 18%³. Se ha descrito algún caso sin rotura diafragmática, lo que se atribuye al paso de tejido esplénico a través de poros del diafragma hasta la cavidad torácica^{4,5}.

La esplenosis abdominal y pélvica es la más frecuente, con amplia bibliografía al respecto, siendo las localizaciones más frecuentes: riñón, hígado, subcutáneo, pero no se hace referencia a vejigas/vías urinarias. Y, sin embargo, revisada la literatura desde 1937 a actualidad se han publicado 40 casos de esplenosis torácica^{5,6-10}. Todos los casos ocurren en el hemitórax izquierdo, todos son traumatismos toracoabdominales con esplenectomía y, en la mitad de ellos el diafragma lacerado ha sido reparado. El intervalo entre el traumatismo inicial y el descubrimiento diagnóstico varía entre 3-45 años, con un intervalo de 21. Dado el largo tiempo de intervalo desde el trauma inicial y el descubrimiento, la esplenosis torácica es raramente considerada en el diagnóstico diferencial de masa o nódulos subpleurales del hemitórax izquierdo. Los implantes suelen aparecer como varios nódulos pleurales o subpleurales de pequeño tamaño, de hasta 3 cm de diámetro, aunque en algunos casos pueden ser mayores y formar masa^{6,8,11} e incluso pueden ser intraparenquimatosos⁶, planteando el diagnóstico diferencial de tumores neoplásicos. El diagnóstico diferencial incluye carcinoma primario, lesiones metastásicas, tumor mediastino, mesotelioma, linfoma, tumor neurogénico, y lesiones infecciosas. En nuestro caso, ante el antecedente de melanoma nos planteamos la posibilidad de metástasis torácica.

En general, la esplenosis suele ser un hallazgo radiológico casual en pacientes asintomáticos, aunque en algunos casos "la torácica" puede provocar síntomas como dolor pleurítico¹² o hemoptisis¹³.

Por tanto, dado que la esplenosis torácica es una entidad muy poco frecuente, su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha. La aparición de lesiones en el hemitórax izquierdo, en general múltiples, en paciente con antecedente de rotura esplénica y diafragmática tras un traumatismo toracoabdominal debe llevar a pensar en ella. El estudio anatomopatológico ha sido la base del diagnóstico durante mucho tiempo. Sin embargo, en la actualidad las técnicas de imagen¹⁴ permiten realizar el diagnóstico de certeza sin recurrir a métodos invasivos, sin embargo estas técnicas no diferencian esplenosis de bazos accesorios. Las técnicas más utilizadas son la gammagrafía con un coloide de sulfuro de ^{99m}Tc, la gammagrafía con plaquetas marcadas con In y la gammagrafía con hematíes marcados con ^{99m}Tc (*heat damaged erythrocytes*), siendo la última una de las técnicas más sensibles y específicas.

Si la esplenosis no es considerada, las localizaciones periféricas de implantes pleurales frecuentemente tienden a confirmarse con el estudio anatomopatológico de muestras de tejido obtenidas por técnicas invasivas como la toracotomía, la videotoracoscopia o la biopsia con tru-cut percutánea¹⁵. En los 40 casos de esplenosis torácica referidos en la literatura, el diagnóstico se alcanzó por muestras histológicas en 19/40 casos (47,5%). Se desaconseja la punción-aspiración con aguja fina por el riesgo de hemorragia.

Cuando la posibilidad de esplenosis torácica es considerada, el diagnóstico puede ser confirmado por estudios de imagen no invasivos¹⁶. En los 40 casos el diagnóstico fue realizado por métodos no invasivos en 14/40 (35%).

En nuestro hospital, ante la sospecha de esplenosis o bazos accesorios, se realiza la gammagrafía con hematíes desnaturalizados con calor marcados con ^{99m}Tc. Así pues, una buena anamnesis que haga pensar en el diagnóstico de esplenosis torácica puede ahorrar a estos pacientes exploraciones invasivas. Finalmente, si el paciente se encuentra asintomático, la mayor parte de los autores son partidarios de no realizar ningún tratamiento y limitarse a seguir la evolución clínica y radiológica^{5,7-9}.

En nuestro caso, ante la sospecha de esplenosis se alcanzó el diagnóstico de esplenosis torácica y abdominal mediante técnicas de imagen no invasivas. En literatura hispana sólo hay descrito recientemente 1 caso de esplenosis torácica, con diagnóstico también gammagráfico¹⁷, y los otros 7 casos son esplenosis abdominal de origen pélvico ginecológico¹⁸. Éste es el primer caso de es-

plenosis combinada toracoabdominal, y con localización atípica en vejiga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losanoff JE, Jones JW. Splenosis after laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc* 2001; 15: 1497.
2. Shaw AFB, Sahfi A. Traumatic autoplasmic transplantation of splenic tissue in a man with observation on the late results of splenectomy in six cases. *Journal of Pathology and Bacteriology* 1937; 45: 215.
3. Normand JP, Rioux M, Dumont M, Bouchard G, Letourneau L. Thoracic splenosis after blunt trauma: frequency and imaging findings. *Am J Roentgenol* 1993; 161: 739-41.
4. Dalton ML Jr, Strange WH, Downs EA. Intrathoracic splenosis. Case report and review of the literature. *Am Rev Respir Dis* 1971; 103: 827-30.
5. Buchino Joseph J, Buchino John J. Thoracic splenosis. *South Med J* 1998; 91: 1054-6.
6. Sarda R, Sproat I, Kurtycz DF, Hafez R. Pulmonary parenchymal splenosis. *Diagn Cytopathol* 2001; 24: 352-5.
7. Miller JS, Núñez A, Espada R. Thoracic splenosis 25 years after gunshot wound to the abdomen. *J Trauma* 2001; 50: 149-50.
8. O'Connor JV, Brown CC, Thomas JK, Williams J, Wallsh E. Thoracic splenosis. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 552-3.
9. Naylor MF, Karstaedt N, Finch SJ, Burnett OL. Noninvasive methods of diagnosing thoracic splenosis. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 243-4.
10. Velitchkov NG, Kjossev KT, Losanoff JE, Kavardjikova VA. Subcutaneous splenosis: a clue to diagnosis of thoracic splenosis. *JR Coll Surg Edinb* 2000.
11. Hardin VM, Morgan ME. Thoracic splenosis. *Clin Nucl Med* 1994; 19: 438-40. 45: 1-66.
12. Singh P, Munn NJ, Patel NK. Thoracic splenosis. *N Engl J Med* 1995; 333: 882.
13. Cordier JF, Gamondes JP, Marx P, Heinen I, Loire R. Thoracic splenosis presenting with hemoptysis. *Chest* 1992; 102: 626-7.
14. Yammine JN, Yatim A, Barbari A. Radionuclide imaging in thoracic splenosis and a review of the literature. *Clinical Nuclear Medicine* 2003; 28(2): 121-3.
15. Gaines JJ, Crosby JH, Vinayak KM. Diagnosis of thoracic splenosis by Tru-cut needle biopsy. *Ann Rev Respir Dis* 1986; 133: 1199-201.
16. Scales FE, Lee ME. Nonoperative diagnosis of intrathoracic splenosis. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 141: 1273-4.
17. Rubio Garaya M, Belda Sanchisa J, Iglesias Sentisa M, Gimferrer Garolera JM, Catalán Biela M, Callejas Perez MA. Diagnóstico no invasivo de la esplenosis torácica postraumática. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 139-40.
18. Molina Vargas P, Cruz Minoli V, Morales Gómez R, Carretero Chávez, Cenicerros Franco LG, Rocha del Valle G. Splenosis and pelvic pain. A report of a case and literature review. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 120-4.