

ESPLENOSIS TORÁCICA: PRESENTACIÓN DE CASO

THORACIC SPLENOSIS: A CASE REPORT

Beatriz Molinares Arévalo¹

Victoria Eugenia Murillo Echeverri²

Jorge Alberto Ochoa Gaviria³

PALABRAS CLAVE (DeCS)

Esplenosis
Medicina nuclear
Rotura del bazo
Pleura

KEY WORDS (MeSH)

Splenosis
Nuclear Medicine
Splenic Rupture
Pleura

RESUMEN

La esplenosis torácica se define como la presencia de implantes de tejido esplénico en la pleura parietal o visceral, secundaria a una rotura del bazo o traumatismo esplénico o diafragmático. Es una entidad rara, con síntomas poco específicos, que presenta un curso benigno. Entre las modalidades de imágenes para el diagnóstico se encuentran métodos convencionales, como el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la medicina nuclear, que son técnicas útiles para determinar tejido esplénico residual. En el artículo se presenta el caso de un hombre joven con antecedente de trauma esplénico, al cual se le diagnostica esplenosis torácica como parte del estudio de síndrome febril prolongado y síntomas respiratorios.

SUMMARY

Thoracic Splenosis is defined as the presence of splenic tissue in the parietal and visceral pleura, secondary to a rupture of the spleen or splenic and diaphragmatic trauma. It is a rare entity, with symptoms which are vague, and with a benign course. Image diagnostic modalities include conventional methods such as ultrasound, computerized axial CT and Nuclear Medicine. These are useful techniques for determining residual splenic tissue. The article presents a case report of a young patient with a background of splenic trauma. The patient was diagnosed with Thoracic Splenosis as part of the study of prolonged febrile syndrome and respiratory symptoms.

Introducción

La esplenosis torácica es una entidad rara, en la cual implantes de tejido esplénico se localizan en la cavidad pleural, la pleura parietal o la visceral. Este tejido conserva las características morfológicas y fisiológicas del órgano original. El principal mecanismo de esta entidad es el trauma esplénico y diafragmático, factor que facilita la diseminación de dicho tejido. Los síntomas y la presentación clínica no son característicos y se pueden encontrar desde pacientes asintomáticos hasta pacientes con hemoptisis, dolor pleurítico o fiebre sin una causa conocida. La sospecha diagnóstica, junto con los diferentes métodos de imágenes, posibilita el diagnóstico correcto. Entre estas técnicas podemos encontrar el ultrasonido, la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética y métodos de medicina nuclear, como la gammagrafía con glóbulos rojos marcados con radiofármacos.

Caso clínico

El caso corresponde a un hombre joven que ingresó al servicio de urgencias del Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU) en abril del 2009 (1,2) por una herida de arma de fuego en el cuello, con traumatismo raquimedular abierto y lesión medular completa con cuadriplejía. Como antecedente de importancia hacía unos años había sufrido otra herida en el abdomen, producida por un arma de fuego. Se sometió a laparotomía exploradora y se encontró un grave trauma esplénico, que requirió esplenectomía.

En las imágenes del ingreso tenía una TAC con medio de contraste de cuello en la que se descartaba una herida vascular en el cuello, y una radiografía de tórax, que mostraba una mala definición del hemidiafragma izquierdo.

A los cinco días del ingreso hospitalario presentó fiebre, hipoxemia y síntomas respiratorios, por lo que

¹Médica radióloga. Profesora de Radiología, Universidad CES, Medellín, Colombia. Radióloga del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

²Médica patóloga. Patóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

³Médico residente de Radiología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

el paciente fue trasladado a Medicina Interna. Los síntomas se interpretaron como una neumonía asociada al cuidado de la salud frente a una atelectasia. El 15 de abril del 2009 se le realizó una TAC de tórax con medio de contraste. Se encontró un derrame pleural bilateral de predominio izquierdo y atelectasia pulmonar basal homolateral. Se inició, entonces, un manejo para neumonía nosocomial por la clínica del paciente, sin mejoría con los antibióticos usados.

El paciente permaneció estable hemodinámicamente, pero febril durante varias semanas, por lo que se practicaron estudios para descartar causas infecciosas. El único dato positivo era una infección de las vías urinarias. De forma súbita, presentó nuevamente síntomas respiratorios, por lo cual se solicitó la toma de un angio-TAC de las arterias pulmonares para descartar un tromboembolismo pulmonar. Este examen fue positivo para tromboembolismo pulmonar agudo; además, se encontraron múltiples imágenes nodulares redondeadas, localizadas en el espacio pleural paravertebral izquierdo, que medían entre pocos milímetros y 16 mm, hiperdensas. Como hallazgo adicional, presentaba ausencia quirúrgica del bazo, lo que sugirió la esplenosis como primera posibilidad (figura 1). Con este resultado, se interconsultaron los servicios de neumología y de cirugía del tórax, para llevar al paciente a biopsia y estudio de dichas lesiones, a fin de descartar nuevas causas de su síndrome febril.

El paciente fue evaluado por los médicos de cirugía de tórax, y se programó una biopsia por toracoscopia para descartar el origen de la fiebre y estudiar los nódulos pleurales. El resultado de patología fue pleuritis fibrinosa focal y tejido esplénico en pleura (esplenosis) (figura 2). Luego de dos meses de síndrome febril sin obtener un diagnóstico infeccioso claro, el paciente mejoró y fue dado de alta.

Discusión

El término *esplenosis* fue descrito por primera vez por Buchbinder y Lipkoff, en 1939 (3). La esplenosis es una diseminación o implantación heterotópica del tejido esplénico posterior a disrupción de la cápsula del bazo, lo cual puede deberse a un traumatismo o a una cirugía (4). Los implantes de bazo ocurren en cerca del 67% de los casos, luego de una ruptura esplénica, y en el 18% se encuentran en la cavidad pleural (5). Pueden cumplir las funciones normales del bazo y responden a factores de estrés como los cuadros anémicos. Estos implantes pueden encontrarse en la cavidad peritoneal, en órganos viscerales, en el tórax o en cicatrices de procedimientos (6).

El primer caso de esplenosis torácica fue descrito por Shaw y Shafi en hallazgos de autopsia, en 1937 (3). Es una entidad rara y se da usualmente como secuela de un trauma esplénico en asociación con un trauma diafragmático, que permite el paso del tejido esplénico a la pleura izquierda y ello afecta la pleura visceral o parietal (5,7). Puede pasar un tiempo entre el trauma y el diagnóstico de esplenosis de 5 meses a 36 años. En la literatura, la media es de 18,8 años (3). La mayoría de pacientes con esplenosis torácica son asintomáticos, pero pueden presentarse con hemoptisis, pleuritis o fiebre (3,5,7).

A casi la totalidad de pacientes con esplenosis torácica se les hace el diagnóstico por medio de la cirugía (8). Si los implantes de bazo son el único tejido esplénico funcional del paciente, su resección quirúrgica puede exponer a este a infecciones por organismos encapsulados, por lo que ello se constituye en un problema frecuente en los pacientes con esplenectomía (7). Si la esplenosis torácica es una consideración diagnóstica, el estudio con medicina nuclear ayuda a confirmar el diagnóstico y a evitar el procedimiento quirúrgico (7).

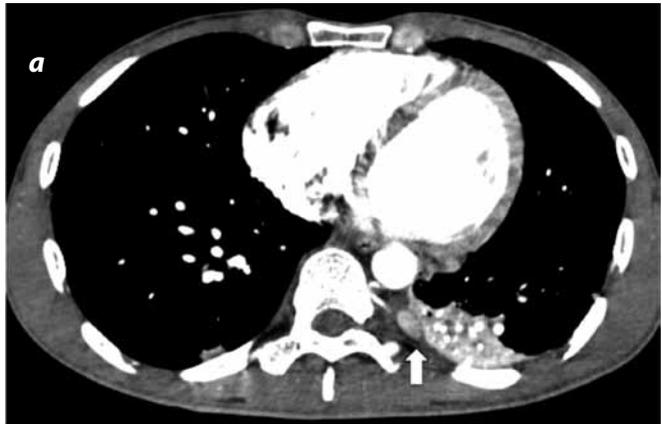


Figura 1. Tomografía multicorte de tórax con medio de contraste. Cortes axiales (a y b) y coronal (c). Se identifican lesiones nodulares, redondeadas, hipercaptantes con realce, localizadas en el espacio pleural paravertebral izquierdo (flechas blancas). Es evidente la ausencia del bazo y la presencia de esplenosis (asterisco en b).

La toracotomía o toracoscopia para corroborar el diagnóstico se practican frecuentemente, debido a que se consideran otras posibilidades diagnósticas, como carcinomas primarios, metástasis, tumores mediastinales, mesotelioma, linfoma, tumores neurogénicos e infección (3,9).

La mayoría de pacientes con esplenosis son asintomáticos y no tienen consecuencias graves. Cuando afecta la cavidad peritoneal, puede causar obstrucción intestinal (6). Los implantes de esplenosis, cuando son grandes, pueden sufrir torsión, infarto u ruptura. En aquellos pacientes sometidos a esplenectomía como parte de su tratamiento para controlar enfermedades hematológicas, los implantes pueden ser sitios de recurrencia de dichas enfermedades.

Macroscópicamente, las lesiones de la esplenosis son múltiples, pequeñas, nodulares, de color rojo-marrón, y sus dimensiones oscilan entre pocos milímetros y 7 cm. Se asemejan a lesiones de endometriosis, linfoma y metástasis tumorales. En el examen histológico se detecta tejido esplénico normal con pulpa blanca y roja y hematopoyesis extramedular (6).

En ultrasonido, la esplenosis se manifiesta como una o varias lesiones bien definidas, redondeadas, ovaladas o lobuladas, las cuales tienen una ecotextura homogénea hipoeoica, idéntica a la del bazo normal (6).

En la TAC, estas lesiones son isodensas respecto al bazo en todas las fases posteriores a la inyección del medio de contraste intravenoso. Las lesiones grandes pueden mostrar un realce heterogéneo en la fase arterial y posteriormente homogéneo, en la fase portal (6).

En resonancia magnética, la esplenosis posee la misma intensidad de señal que el bazo de alta baja intensidad en imágenes con información T1, de alta intensidad en imágenes con información T2, con una fase arterial heterogénea y una fase portal con señal homogénea. Cuando hay depósito de hierro, puede presentar baja intensidad en secuencias con información T2 (1,6).

Adicionalmente a las técnicas de radiología descritas, también es posible llegar al diagnóstico desde la medicina nuclear, por medio de la gammagrafía. Se realiza gammagrafía con glóbulos rojos marcados con Tc99 o con sulfuros coloides. Estos estudios permiten identificar y mostrar la actividad del radionúclido en el tejido esplénico ectópico (2,4,6,7). También se utilizan plaquetas marcadas con Indio111, las cuales son captadas por el tejido esplénico y hepático.

Conclusión

La esplenosis torácica es una entidad rara que en la mayoría de los casos tiene una etiología traumática, del bazo y del diafragma. Si bien los síntomas son inespecíficos, existen múltiples métodos de imágenes para su diagnóstico, los cuales se deben optimizar para evitar que el paciente tenga que ser intervenido quirúrgicamente con los riesgos inherentes a esta. Entre estos métodos, se hace hincapié en la gammagrafía, como elemento diagnóstico basado en el comportamiento fisiológico del tejido esplénico.

Referencias

1. Vázquez Tineo SI, García Alonso MP, Mendoza Paulini A, et al. Clinical note: Non invasive diagnosis of posttraumatic thoracic splenosis. *Rev Esp Med Nucl.* 2011;30:311-3.
2. Ho ML, Gutiérrez F. Chest radiography in thoracic polytrauma. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;192:599-612.
3. Huang A, Shaffer K. Case 93: thoracic splenosis. *Radiology.* 2006;239:293-6.
4. Levy A, Shaw J, Sobin L. From the archives of the AFIP. Secondary tumors and tumorlike lesions of the peritoneal cavity: imaging features with pathologic correlation. *Radiographics.* 2009;29:347-73.
5. White C, Meyer C. General case of the day. *Radiographics.* 1998;18:255-7.
6. Brancatelli G, Vilgrain V, Zappa M, et al. Case 80: splenosis. *Radiology.* 2005;234:728-32.
7. Normand JP, Rioux M, Dumont M, et al. Thoracic splenosis after blunt trauma: frequency and imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1993;161:739-41.
8. Lin WC, Lee RC, Chiang JH, et al. Pictorial essay MR features of abdominal splenosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180:493-6.
9. Franceschetto A, Casolo A, Cucca M, et al. Splenosis: 99mTc-labelled colloids provide the diagnosis in splenectomised patients. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2006;33:1102.

Correspondencia

Jorge Alberto Ochoa Gaviria
Hospital Pablo Tobón Uribe
Calle 78B No. 69-240
Medellín, Colombia
rxces2011@gmail.com

Recibido para evaluación: 7 de junio de 2012

Aprobado para publicación: 11 de julio de 2012