



P-462 - ESPLENOSIS EN PARED GÁSTRICA SEMEJANDO UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

M. González Zunzarren, T. Pozancos de Simón, J. Herrador Benito, A. Ballesteros, A. Sanjuanbenito y E. Lobo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La esplenosis es una condición adquirida definida como el autotrasplante de tejido esplénico viable en diferentes compartimentos anatómicos del cuerpo. Suele producirse tras una rotura esplénica por traumatismo o en esplenectomía terapéutica. Los implantes esplénicos suelen ser múltiples y pueden ser intraperitoneales o extraperitoneales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 49 años, con antecedente de esplenectomía urgente tras traumatismo esplénico en accidente de tráfico hace 30 años, con hallazgo de engrosamiento posterior de la pared gástrica en curvatura mayor, posiblemente relacionado con GIST, en angioTAC realizado en el diagnóstico de aneurisma disecante de aorta que debuta como cuadro de emergencia hipertensiva. Tras la resolución del cuadro agudo, se comienza estudio del engrosamiento gástrico. Se realiza panendoscopia oral donde se observa un dudoso defecto de repleción en fundus gástrico, no claramente tumoral, y ecoendoscopia con hallazgo de lesión subepitelial en fundus gástrico compatible con GIST. Se realiza TAC donde describen cambios postquirúrgicos en relación con esplenectomía, apreciándose varias imágenes pseudonodulares en hipocondrio izquierdo, la mayor de aproximadamente 46 mm, que pueden corresponder a bazos accesorios. El paciente refiere plenitud postprandial de un año de evolución y síntomas ocasionales de reflujo gastroesofágico (pirosis y regurgitación), con exploración abdominal normal y una analítica sin alteraciones. Se realiza una gammagrafía esplénica con hematíes desnaturalizados marcados con ^{99m}Tc observándose 3 imágenes en hipocondrio izquierdo compatibles con presencia de tejido esplénico. Se comparan estas imágenes con la tumoración observada en el TAC sospechosa de GIST, viendo que coinciden.

Discusión: Hasta un 67% de los pacientes que presentan una rotura esplénica pueden desarrollar esplenosis. La incidencia real no se conoce muy bien ya que el hallazgo suele ser casual tras una laparotomía. Es una patología benigna que puede confundirse con neoplasias o endometriosis por lo que es muy importante conocer y sospechar esta entidad. El antecedente personal de esplenectomía o rotura esplénica es muy importante en el diagnóstico. La mayoría de los pacientes están asintomáticos. El diagnóstico es difícil ya que la baja densidad del tejido esplénico hace difícil su visualización en la radiología convencional y es fácil confundirlo con patología tumoral ya que suele presentarse en forma de masa abdominal. La prueba de mayor especificidad para el diagnóstico de tejido esplénico es la gammagrafía esplénica con hematíes desnaturalizados marcados con ^{99m}Tc . En nuestro caso el paciente iba a ser sometido a una intervención quirúrgica por un GIST gástrico y gracias a la realización de esta prueba no se realizó una cirugía innecesaria. El tratamiento de la esplenosis es conservador mientras no aparezca una complicación (dolor abdominal, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva alta). La esplenosis suele ser asintomática y un hallazgo incidental en pruebas de imagen o durante una intervención quirúrgica. Ante el hallazgo de una

masa abdominal en un paciente esplenectomizado o con antecedente de traumatismo esplénico hay que sospechar una esplenosis. La gammagrafía esplénica con hematíes desnaturalizados marcados con ^{99m}Tc es la prueba diagnóstica de elección.