



www.elsevier.es/cirugia

P-300 - PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DEL BAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alberca Paramo, Ana; García Santos, Esther Pilar; Ruescas García, Francisco Javier; Bertelli Puche, José Luis; Núñez Guerrero, Paloma; Gil Rendo, Aurora; Menchén Trujillo, Bruno; Martín Fernández, Jesús

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: El pseudotumor inflamatorio es una lesión rara, caracterizada por cambios inflamatorios inespecíficos. Se suelen localizar en órganos como pulmón, ganglios linfáticos, tracto gastrointestinal e hígado, siendo rara su localización esplénica. Presenta una clínica inespecífica y suele diagnosticarse de forma incidental.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 23 años de edad sin antecedentes clínicos de interés que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo no irradiado tras caída desde su propia altura, sobre dicho hemicuerpo. En urgencias permanece afebril, hemodinámicamente estable, con abdomen blando, depresible y doloroso en flanco izquierdo. Se realizó estudio mediante ecografía y Tomografía Computarizada abdominal, observando un bazo aumentado de tamaño a expensas de una masa situada en su polo superior discretamente heterogénea con halo hipoeocoico y vascularización en su interior, sospechosa de malignidad, por lo que se decide tratamiento quirúrgico realizándose esplenectomía laparoscópica con disección y extracción de toda la pieza con endobolsa. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dada de alta dos días después de la cirugía. La anatomía patológica describió una masa de 363 gramos con morfología irregular y de coloración parduzca, con proliferación de células fusiformes junto con linfocitos y células plasmáticas. La inmunohistoquímica mostró células vimentina, actina liso, CD 31 positivas, y desmina, CD 30, CD21 negativos, todo ello compatible con un pseudotumor inflamatorio. Posteriormente se realizó serología de VEB y CMV siendo ambas positivas. La paciente un año después de la cirugía se encuentra asintomática.

Discusión: La primera descripción de dicha patología se realizó en 1987 por Cotelingam y Jaffe. La etiología es desconocida, aunque se atribuye a infecciones como las producidas por el virus de Epstein Barr (VEB), vascular o autoinmune. La mayoría de los pacientes son de edad media (49 años) y con leve predominio en la población femenina (56,5%). Presenta clínica inespecífica y diagnóstico incidental en pruebas de imagen. Las pruebas de imagen no son patognomónicas, fundamentalmente la ecografía y la TC abdominal en las cuales se aprecia una masa localizada en zona esplénica hipodensa que tras administración de contraste endovenoso se evidencia como área estrellada central dentro de la masa del nódulo. No se recomienda la biopsia prequirúrgica por presentar baja especificidad y el gran riesgo de complicaciones. El diagnóstico diferencial debe realizarse con procesos linfoproliferativos, neoplasias hematológicas, procesos infecciosos... El diagnóstico es anatomo-patológico, en el cual se aprecia una zona de necrosis central rodeada por histiocitos y células inflamatorias. En la periferia encontramos células fusiformes como los fibroblastos. El tratamiento definitivo es la esplenectomía siendo al mismo tiempo diagnóstica y curativa, presentando un excelente

pronóstico. La invasión local, recurrencia o diseminación no han sido descritas en ningún caso, sin embargo se debe realizar seguimiento de éstos, ya que se describen muertes en pacientes con pseudotumores hepáticos. Se trata de una entidad rara, benigna y de la cual debemos realizar un diagnóstico diferencial con patologías linfoproliferativas. No debemos olvidar su vínculo con el VEB. Debe realizarse tratamiento quirúrgico mediante esplenectomía para confirmar el diagnóstico definitivo.