



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-332 - GRANULOMATOSIS ESPLÉNICA POR ENFERMEDAD DE CROHN, UN RETO DIAGNÓSTICO

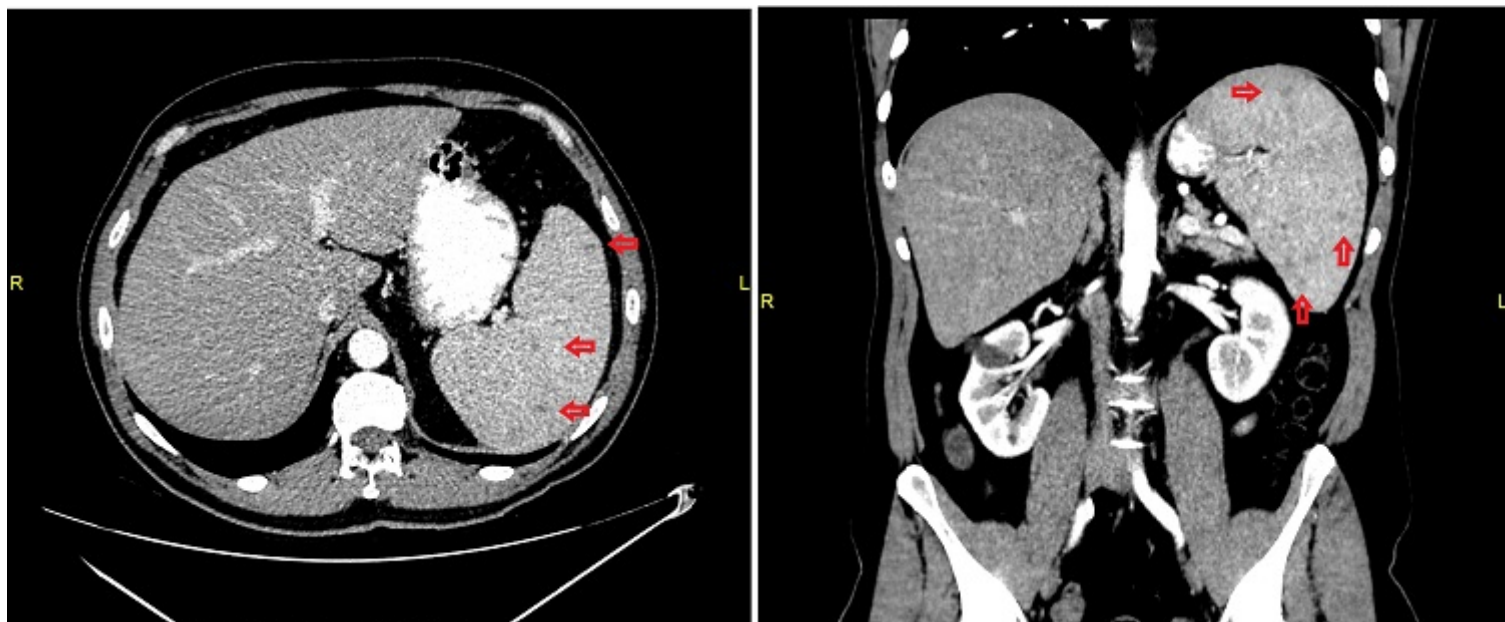
Martí Aguado, Carmen; Montesinos Meliá, Carmen; Cutillas Abellán, Jose; Tusa, Claudio; Aguiriano Casanova, María del Mar; Ballester Martínez, Belén; Martínez Ballester, María Luisa; Seguí Gregori, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Introducción: Los nódulos esplénicos (NE) son poco comunes (menos del 0,15% de la población general) y suelen deberse a procesos infecciosos (abscesos esplénicos) y menos frecuentemente a enfermedades neoplásicas o autoinmunes (abscesos esplénicos asépticos (AEA)). Los AEA o granulomas no caseificantes esplénicos son una manifestación extraintestinal de la enfermedad de Crohn (EC) extremadamente infrecuente, habiéndose descrito menos de 50 casos en la literatura actual. Presentamos un caso de granulomatosis esplénica diagnosticado tras esplenectomía por sospecha de síndrome proliferativo en paciente con EC.

Caso clínico: Varón de 53 años, fumador y con antecedente de EC de más de 10 años de evolución, actualmente con tratamiento inmunosupresor. Ingresa en Medicina Interna por fiebre de origen desconocido de 38 °C de 3 semanas de evolución. Asocia diaforesis, cefalea, anorexia sin pérdida de peso, molestias abdominales, náuseas y artromialgias. En las analíticas sanguíneas iniciales destaca hiperferritinemia grave (8.976,0 ng/mL), plaquetopenia, discreta anemia y leve aumento de proteína C reactiva, transaminasas e inmunoglobulinas G y M. Se realiza estudio serológico completo y cultivos, descartándose proceso infeccioso. La tomografía abdominal computada mostraba leve hepatomegalia, esplenomegalia (17 cm) y múltiples NE de origen indeterminado compatibles con síndrome linfoproliferativo con afectación esplénica. No se observaron adenopatías. Se solicitó tomografía por emisión de positrones que revelaba esplenomegalia hipermetabólica de aspecto tumoral y ligero aumento del metabolismo osteomedular. Dada la clínica y las pruebas complementarias se decide biopsia de médula ósea (MO) y esplenectomía laparoscópica por sospecha de síndrome linfoproliferativo, que se realiza sin incidencias. En el estudio anatomopatológico se observaron granulomas de tipo sarcoide tanto en la pieza de la esplenectomía como en la biopsia de MO compatibles con afectación esplénica y medular por enfermedad de Crohn. Dichos hallazgos junto con la mejoría clínico-analítica posesplenectomía, reorientaron el diagnóstico sugiriendo afectación esplénica como manifestación extraintestinal de EC.



Discusión: Los NE son una patología infrecuente y ambigua, dada su asociación a un elevado número de patologías, desde infecciosas a autoinmunes o neoplásicas. El diagnóstico diferencial es complicado debido a las múltiples etiologías y la clínica inespecífica (como en nuestro paciente), requiriendo hospitalizaciones prolongadas y numerosas pruebas de laboratorio y de imagen. Incluso en ocasiones, como en nuestro caso, no se puede determinar el diagnóstico correcto hasta el estudio anatomopatológico. Dentro de las etiologías autoinmunes, la afectación esplénica por enfermedad inflamatoria intestinal (EII), concretamente por enfermedad de Crohn, es muy poco común habiendo muy pocos casos descritos actualmente, el primero en 2013. Estas lesiones pueden presentarse al diagnóstico o en el curso de la enfermedad. La clínica es variable, siendo la fiebre y dolor abdominal los síntomas más comunes. El tratamiento inicial es médico (corticoides o inmunosupresores) siendo la esplenectomía necesaria cuando el tratamiento médico es inefectivo o ante duda diagnóstica. En conclusión, los abscesos esplénicos asépticos por enfermedad de Crohn son una entidad clínica en descripción. Ante el hallazgo de nódulos esplénicos múltiples de etiología desconocida, las enfermedades granulomatosas como la EII se deben considerar, especialmente la EC.