

Peliosis esplénica como causa de rotura espontánea del bazo

Splenic peliosis as a cause of spontaneous splenic rupture

El hemoperitoneo sin antecedente traumático secundario a rotura espontánea de bazo es una entidad muy poco frecuente que suele presentarse como complicación de diversas enfermedades sistémicas. Las enfermedades más frecuentemente relacionadas con la rotura esplénica sin traumatismo causal son la mononucleosis infecciosa, otras infecciones virales, infecciones bacterianas, paludismo, amiloidosis, leucemias, hemofilia, policitemia vera, tumores, coagulopatías, pancreatitis aguda y crónica y, en general, aquellas que cursen con esplenomegalia congestiva^{1,2}.

Presentamos el caso de una paciente de 61 años con antecedentes de valvulopatía embolígena de origen reumático con anticoagulación oral, con hipertensión arterial tratada con bisoprolol e hidroclorotiazida, bocio multinodular, úlcus péptico e infección del tracto urinario de repetición, que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso, más acusado en el hemiabdomen izquierdo, acompañado de náuseas, vómitos y febrícula de 48 h de evolución. En la exploración física se apreció dolor a la palpación en vacío y fosa ilíaca izquierdos sin signos de peritonismo y una PPR izquierda positiva. El hemograma reveló leucocitosis con el 89% de neutrófilos y hemoglobina de 10 g/dl. El INR era 5,46 y la bioquímica básica y el examen de orina resultaron normales. Las radiografías de tórax y abdomen fueron normales. La tomografía computarizada (TC) abdominal (fig. 1) puso de manifiesto una esplenomegalia con múltiples lesiones hipodensas de distinto tamaño, mala visualización del contorno esplénico con líquido libre perihepático, periesplénico y en pelvis. Teniendo en cuenta los antecedentes de valvulopatía aórtica y mitral, se realizó un ecocardiograma que evidenció vegetación en velo mitral en probable relación con endocarditis, a partir de este dato se dedujo que las lesiones esplénicas descritas en la TC podrían ser abscesos secundarios a ésta. Los hemocultivos fueron negativos.

Ante la evidencia de hemoperitoneo por rotura esplénica, una vez corregida la coagulopatía, se indicó laparotomía urgente. Se evidenció hemoperitoneo de 1.000 ml secundario a dos laceraciones en el polo superior esplénico. El bazo medía 15 cm de diámetro mayor y presentaba una superficie rugosa con lesiones nodulares parenquimatosas que abombaban la cápsula esplénica. Se practicó esplenectomía reglada. En el postoperatorio la paciente presentó varios episodios de insuficiencia cardíaca congestiva, deterioro de la función renal y fiebre en picos entre los días 10 y 15, sin objetivarse foco séptico. Se descartó tuberculosis y trastorno mieloproliferativo. Los marcadores tumorales fueron negativos. La estancia hospitalaria fue de 36 días.

El estudio anatomopatológico de la pieza reveló un bazo de 14 × 13 × 8 cm con superficie irregular, áreas nodulares abolonadas y dos laceraciones. Al corte se observaron áreas de

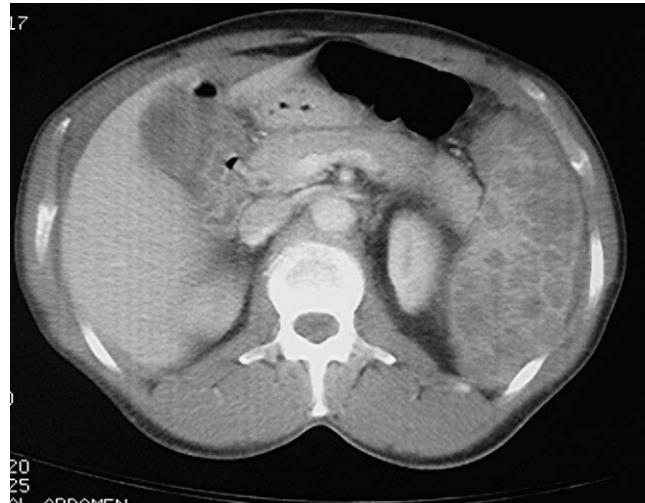


Figura 1 – Tomografía computarizada que muestra lesiones hipodensas esplénicas y hemoperitoneo.



Figura 2 – Pieza quirúrgica. Se aprecian los característicos nódulos que abomban la superficie del bazo y laceraciones en el polo superior.

hemorragia subcapsular y múltiples nódulos intraparenquimatosos de tamaño variable repletos de material hemático (fig. 2). El estudio microscópico puso de manifiesto una

afección esplénica difusa por quistes hemorrágicos múltiples de tamaño variable sin revestimiento aparente de la pared. En una de las secciones se observó una lesión granulomatosa necrosante, aunque con técnica de Ziehl-Neelsen no se encontraron bacilos resistentes a ácido y alcohol. Todos los hallazgos descritos llevaron al diagnóstico de peliosis esplénica.

El término peliosis se refiere, en cuanto al aspecto histopatológico, a la formación de cavidades quísticas llenas de sangre en el parénquima de un órgano, que concurren o no en la hiperplasia del tejido restante³. La localización hepática es la más frecuente, la mayor parte de las veces en enfermos inmunodeficientes, tratados de forma crónica con esteroides o en pacientes seropositivos con infecciones bacterianas. Están descritos casos de peliosis en bazo, ganglios linfáticos, médula espinal, estómago, ileón y pulmón^{4,5}. La peliosis esplénica es una entidad excepcional, con menos de 100 casos publicados, relacionada con tumores, enfermedades infecciosas, enfermedades sistémicas, trastornos autoinunitarios, fármacos, consumo de drogas, tras trasplante o cobaltoterapia y trombosis de la vena esplénica^{4,5}. El hemoperitoneo por rotura esplénica espontánea o secundaria a mínimo traumatismo es una complicación bien documentada.

La etiopatogenia podría estar relacionada con factores congénitos, tóxicos o depósitos de inmunocomplejos. Se ha documentado la elevación de las concentraciones de VEGF (factor de crecimiento endotelial) en pacientes con peliosis esplénica^{6,7}.

El diagnóstico es difícil, si bien se ha de tener en cuenta esta entidad en casos de hiperesplenismo en los que las pruebas de imagen muestren nodulaciones o quistes en el parénquima esplénico. En casos de sospecha de hemoperitoneo, la TC abdominal es la técnica de imagen de elección. La resonancia magnética abdominal es de gran utilidad en el diagnóstico de peliosis hepáticas, pero a nivel esplénico no supera a la TC⁸. Como la lista de enfermedades que concurren en la peliosis esplénica es muy amplia, en estos casos a los estudios analíticos básicos y a la TC abdominal se deben añadir marcadores tumorales, colonoscopia y mamografía en busca de tumores ocultos, serología viral, anticuerpos anti-ADN y ANA, Mantoux y estudios citogenéticos y hormonales que permitan acercarnos al diagnóstico de alguna de estas entidades⁹.

El tratamiento de elección es la esplenectomía, abierta o laparoscópica, según las condiciones del paciente y del equipo quirúrgico.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ramírez JM, Cubo T, Padilla D, Martín J, Pardo R, López A, et al. Rotura espontánea de bazo. Presentación de siete casos. Cir Esp. 1999;65:504–8.
2. Julia M, Martínez X, Garau J. Rotura esplénica de causa infecciosa. Enferm Infect Microbiol Clin. 2000;18:133–6.
3. Sing-Ranger G, Rajarajan N, Aftab S, Stoker D. Splenic peliosis—a potentially fatal condition which can mimic malignancy. Int Semin Surg Oncol. 2007;4:27.
4. Ortega Deballón P, Fernández Lobato R, Ortega Muñoz P, Artuñedo Pé P, Fernández Luengas D, Moreno Azcoitia M. Splenic peliosis: a cause of spontaneous splenic rupture. Surgery. 1999;126:585–6.
5. Lashbrook DJ, James RW, Phillips AJ, Holbrook AG, Agombar AC. Splenic peliosis with spontaneous splenic rupture: report of two cases. BMC Surg. 2006;26:6–9.
6. Gugger M, Gebbers JO. Peliosis of the Spleen: an immune-complex disease?. Histopathology. 1998;33:387–9.
7. Joseph F, Younis N, Haydon G, Adams DH, Wynne S, Gillett MB, et al. Peliosis of the spleen with massive recurrent haemorrhagic ascites, despite splenectomy, and associated with elevated levels of vascular endothelial growth factor. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2004;16:1401–6.
8. Maves CK, Caron KH, Bisset 3rd GS, Agarwal R. Splenic and hepatic peliosis: MR findings. AJR Am J Roentgenol. 1992;158: 75–6.
9. Pérez-Holanda S, Tojo S, Calleja M, Fernández JA, Fernández P, Martínez MD, et al. Peliosis esplénica, una entidad poco frecuente. Rev Esp Enferm Dig. 2006;99:359–67.

Alejo Fernández Muinelo*, David Iglesias Díz, José María Couce Santiago, María Isabel Martínez Lema y Francisco J. Gómez Lorenzo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense, Orense, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cpmuinelo@terra.es
(A. Fernández Muinelo).