

Lesión focal esplénica

S. Rubio Barbón*, I. Claros González**, I. Sáenz de Santamaría**, R. Gómez de la Torre*
y L. Santamaría Girón***

Servicios de *Medicina Interna, **Anatomía Patológica y ***Cirugía. Hospital Comarcal de Cangas del Narcea. Asturias.

Caso clínico

Mujer de 74 años de edad, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de hipertensión arterial y poliartrosis que consulta por astenia, anorexia, adelgazamiento no cuantificado, polidipsia y poliuria. En la exploración física se encontró tensión arterial de 180/90 mmHg, estado afebril, lesión en labio superior izquierdo sugestivo de carcinoma basocelular y discreta esplenomegalia. No se palpaban adenopatías, la exploración de las mamas y la auscultación cardiopulmonar fueron normales. La analítica mostró una glucemia, 341 mg/%; potasio, 3,3 mmol/l; ácido úrico, 7,4 mg/%; GGT, 78 UI/l; LDH, 578 UI/l, la hemoglobina fue de 11,4 g/dl con índices normocítico normocrómica, la serie blanca y plaquetar no mostraron alteraciones. El proteinograma, la coagulación, la gasometría arterial, el electrocardiograma, la radiografía de tórax, los marcadores de virus de B y C de hepatitis, la serología de lúes, los marcadores tumorales Ca 19,9, antígeno carcinoembrionario (CEA), alfafetoproteína, Ca 19,5 y Ca 125 fueron normales o negativos. Una ecografía abdominal puso de manifiesto esplenomegalia con lesión focal de 3 cm. Una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen confirmó la citada lesión focal sólica esplénica (figs. 1 y 2). Se realizó una punción-aspiración con aguja fina del bazo cuyo resultado no fue diagnóstico y se propuso a la paciente una esplenectomía que declinó. Seis meses después ingresa por anemia hemolítica con Coombs directo positivo, siendo tratada con corticoides, y posteriormente sometida a la parotomía diagnóstica.

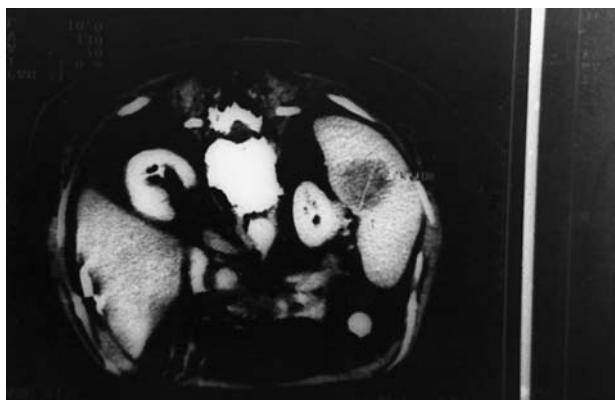


Fig. 1. Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen mostrando lesión sólida en bazo, siendo el resto del estudio normal.

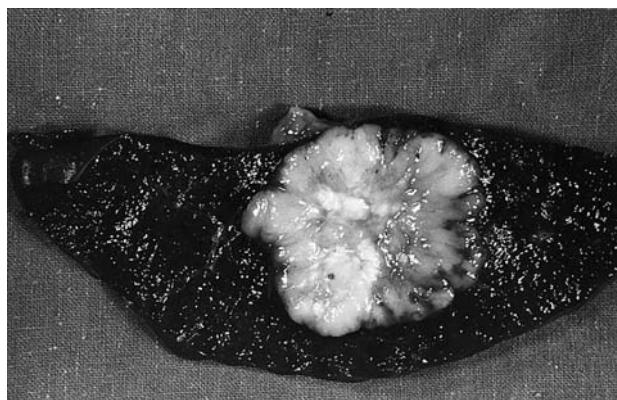


Fig. 2. Pieza de esplenectomía mostrando la lesión blanquecina focal esplénica.



Fig. 3. Microscopia de la lesión correspondiente a un linfoma maligno.

Diagnóstico

Linfoma primario esplénico tipo difuso de célula grande fenotípico B.

Discusión

La afectación del bazo es frecuente en los linfomas no Hodgkin diseminados; sin embargo, es muy raro que el bazo sea el único lugar afectado por la enfermedad^{1,2}. El criterio estricto de linfoma primitivo de bazo requiere la afectación exclusiva del bazo, o como mucho de las adenopatías del hilus esplénico, ocurriendo en menos del 1% de los casos^{3,4}. Para algunos autores agruparía al linfoma de célula T gamma/delta, al linfoma de la zona marginal del bazo y al linfoma con linfocitos villosos en sangre periférica⁵. Las manifestaciones clínicas habitualmente están ausentes o consisten en fiebre, malestar y pérdida de peso, presentando en la exploración esplenomegalia sin adenopatía palpable, y en algunas circunstancias pueden comenzar por rotura espontánea del bazo^{6,7}. Los subtipos histológicos más frecuentes son los linfomas de bajo e intermedio grado de malignidad (linfocíticos de célula pequeña, seguido del linfoma de célula grande^{8,9}). Se han descrito cuatro tipos de afectación esplénica en los linfomas no Hodgkin: esplenomegalia homogénea, nódulos miliares, masas múltiples y masa solitaria¹⁰. La manifestación en forma de masa solitaria es excepcional. La presencia de una lesión focal es-

plénica solitaria plantea diagnóstico diferencial con un gran número de procesos: absceso, infarto, hematoma, quiste, metástasis, angiosarcoma, hemangiomas, hamartoma, pseudotumor inflamatorio y granulomas. Las técnicas de imagen puede aportar datos a favor de su malignidad pero el diagnóstico de certeza sólo es posible mediante una histología; que en algunos casos es factible obtener mediante punción aspiración esplénica con aguja fina, pero en la mayoría de las ocasiones requiere la esplenectomía¹¹. En nuestro caso la punción-aspiración efectuada se consideró compatible con metástasis de neoplasia sólida, siendo todo el rastreo efectuado negativo y sólo la esplenectomía permitió efectuar su diagnóstico. Los linfomas primarios esplénicos han sido asociados a hepatitis crónica por virus de la hepatitis C, a infecciones por el virus de Epstein-Barr y presentan frecuentes alteraciones cromosómicas (trisomías en los cromosomas 3, 7 y 12)^{8,9,12}.

El tratamiento del linfoma primario esplénico se completa con esplenectomía que en algunos casos puede ser por sí misma curativa y en otros se complementa con quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brox A, Bisbinsky H, Berry G. Primary non Hodgkin lymphoma of the spleen. Am J Hematol 1991; 38:95-100.
2. Brox A, Shustik C. Non Hodgkin's lymphoma of the spleen. Leuk Lymphoma 1993; 11:165-171.
3. Gobbi PG, Grignani GE, Pozzetti U, Bertoloni D, Pieresca C, Montagna G, Ascari E. Primary splenic lymphoma, does it exist? Haematologic 1994; 79:286-293.
4. Calvo Romero JM. Linfoma primario esplénico no Hodgkiniano diagnosticado mediante biopsia percutánea. An Med Interna 2000; 17:508-509.
5. Labouyrie E, Chartois Leaute AG, Dubus P, et al. Splenic lymphoma with villous lymphocytes morphologic, immuologic and molecular study. Report of three cases. Ann Pathol 1996; 16:285-291.
6. Isaacson PG. Primary splenic lymphoma. Cancer Surv 1997; 130:193-212.
7. Molina M, Ortega G, Rivera MD, Bermudo J. Splenic spontaneous rupture in primary spleen lymphoma. An Med Interna 1998; 15:48.
8. Abruzzo LV, Griffith LM, Nandedkar M, et al. Histologically discordant lymphomas with B cell and T cell components. Am J Clin Pathol 1997; 108:316-323.
9. Satoh T, Yamada T, Nakano S, et al. The relationship between primary splenic malignant lymphoma and chronic liver disease associated with hepatitis C virus infection. Cancer 1997; 80:1.981-1.988.
10. Dachman AH, Buck JL, Krishman J, Aguilera NS, Buetow PC. Primary non Hodgkin's splenic lymphoma. Clin Radiol 1998; 53:137-142.
11. Cavanna L, Artioli F, Vallina D, et al. Primary lymphoma of the spleen. Report of a case with diagnosis by fine needle guided biopsy. Haematologica 1995; 80:241-243.
12. Brynes RK, Almaguer PD, Leathery KE, McCourty A, Arber DA, Moddeiros LJ, Nathwani BN. Numerical cytogenetic abnormalities of chromosomes 3, 7 and 12 in margina zone B cell lymphomas. Mod Pathol 1996; 9:995-1.000.