

468 **Octavio Arencibia Sánchez**
María M. Goya Canino
Juan F. López Rodríguez
Ludmila Ocón Padrón
Francisco Cabrera Morales

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Correspondencia:

Dra. M.M. Goya Canino.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.
Avda. Marítima del Sur, s/n. 35016 Las Palmas de Gran Canaria. España.
Correo electrónico: mmgoya@hotmail.com

Fecha de recepción: 12/7/05.
Aceptado para su publicación: 11/4/06.

La esplenosis como diagnóstico diferencial de la endometriosis

Splenosis in the differential diagnosis of endometriosis

RESUMEN

La esplenosis, o autotrasplante de tejido esplénico, es una entidad clínica de la que se han documentado aproximadamente 100 casos. Esta entidad se define como el autotrasplante de tejido esplénico después de un traumatismo o cirugía. Presentamos un caso clínico de una mujer con dolor abdominal con alta sospecha de endometriosis en la que, tras la intervención, se detecta una esplenosis.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Esplenosis ovárica. Masa pélvica.

ABSTRACT

Splenosis is the heterotopic autotransplantation of splenic tissue usually following traumatic rupture of spleen. Approximately 100 cases have been reported.

We report the case of a woman who presented with a pelvic mass, which was preoperatively mistaken for endometriosis. Splenosis was diagnosed after surgery.

KEY WORDS

Pelvic splenosis. Endometriosis. Adnexal mass.

INTRODUCCIÓN

La esplenosis es el autotrasplante heterotópico de tejido esplénico que suele originarse tras una rotura traumática del bazo. Aunque es un proceso asintomático, en ocasiones se puede presentar como causa de dolor abdominal crónico o masa abdominal, similar a una endometriosis e incluso un carcinoma. Debido a que este tejido esplénico es funcional inmunológicamente, se recomienda evitar la extirpación de estos implantes^{1,2}.

Presentamos un caso de masa abdominal cuyo diagnóstico inicial preoperatorio fue la endometriosis.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 37 años de edad, con antecedente de esplenectomía tras un accidente de tráfico. Consulta por metrorragia de 1 mes de evolución. Se realiza una exploración ecográfica en la que destaca una formación bien delimitada en el ovario derecho de contenido líquido de 45 mm; a ambos lados se observan formaciones de contenido denso de 25 mm y 50 × 25 mm de aspecto endometriósico.

La biopsia pone de manifiesto un endometrio proliferativo hiperplásico y los marcadores tumorales se encuentran en el rango de la normalidad. Con el diagnóstico de endometriosis se realiza una laparoscopia, detectándose 3 formaciones nodulares de color marrón pardusco situadas en el fondo del saco de Douglas (fig. 1A y B), la mayor de 6 cm de tamaño. El apéndice se encuentra ligeramente torsionado, a expensas de una formación de idénticas características (fig. 2). Se observan implantes difusos en el epiplón. El resto de la cavidad abdominal es normal. Se extirpa uno de los nódulos situados en el fondo del saco de Douglas y, tras el diagnóstico anatomopatológico de tejido esplénico, se deja intacto el resto de los implantes, excepto el nódulo localizado en el apéndice por el riesgo de torsión.

DISCUSIÓN

El término esplenosis fue utilizado por primera vez en 1939 por Buchbinder et al³, quienes describieron múltiples implantes peritoneales que en el acto quirúrgico se clasificaron como endometriosis difusa; posteriormente, el estudio histológico reveló la presencia de tejido esplénico, por lo que se introdujo el término de esplenosis.

Desde entonces, se han publicado casi 100 casos de esplenosis en todo el mundo, y de éstos sólo una minoría pertenece a la bibliografía ginecológica^{4,5}.

La incidencia real de esplenosis es desconocida, ya que el diagnóstico se suele hacer tras un hallazgo accidental en la cirugía o en la autopsia. Aunque suele ser un cuadro asintomático, se han descrito complicaciones relacionadas directamente con la esplenosis. Éstas incluyen la hemorragia aguda intra-abdominal por invasión de los nódulos en la pared

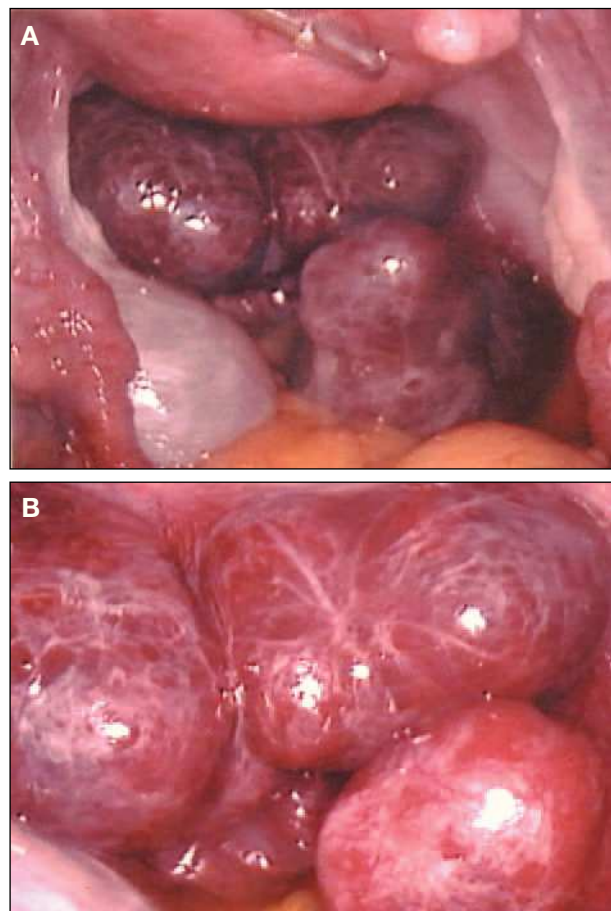


Figura 1 A y B. Las imágenes muestran 3 formaciones nodulares de color marrón pardusco, situadas en el fondo del saco de Douglas.



Figura 2. La imagen muestra el apéndice ligeramente torsionado, a expensas de una formación idéntica.

470 abdominal y la torsión del implante esplénico u obstrucción intestinal^{6,7}.

Es más frecuente en varones jóvenes. El 70% de los casos descritos corresponde a pacientes menores de 20 años de edad en el momento del traumatismo esplénico, y la esplenosis se suele diagnosticar 5-10 años después del traumatismo (rango, entre 5 meses y 32 años).

Las localizaciones extraperitoneales son raras y, principalmente, incluyen implantes en hígado, riñón, saco pericárdico, tórax —después de un traumatismo toracoabdominal con rotura esplénica y laceración diafragmática— e incluso tejido subcutáneo.

La esplenosis puede confundirse por el aspecto macroscópico con la endometriosis. La principal diferencia entre estas dos entidades reside en que los nódulos están normalmente incluidos en la serosa de la pared intestinal y no suelen ser sésiles o pedi-

culados, como en el caso de la esplenosis. La esplenosis también difiere en el color y la consistencia de los tumores malignos y hemangiomas⁸.

El tratamiento de la esplenosis depende de los síntomas de la paciente. En general, se acepta que los nódulos asintomáticos no deben ser extirpados. Este tejido esplénico puede ser funcional inmunológicamente y, por tanto, útil para la paciente. De hecho, las escisiones innecesarias pueden generar un sangrado y un daño significativo en los órganos cercanos a los nódulos^{9,10}. En las pacientes sintomáticas, la resección de los implantes por vía laparotómica o laparoscópica mejorará e incluso hará desaparecer los síntomas^{11,12}.

Como conclusión, cabe mencionar que la esplenosis debe tenerse presente en las pacientes con historia de esplenectomía postraumática y dolor abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

- Matonis LM, Luciano A. A case of splenosis masquerading as endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173:971-3.
- Farreras F, Rozman C. *Medicina interna*. 15.^a ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 2004.
- Buchbinder JH, Lipkoff CJ. Splenosis: multiple peritoneo splenic implants following abdominal injury. *Surgery*. 1939;6:927-30.
- Stovall TG, Ling FW. Splenosis: report of a case and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 1988;43:69-72.
- Zitzer P, Pansky M, maymon R, Langer R, Bukovsky I, Golan A. Pelvic splenosis mimicking endometriosis, causing low abdominal mass and pain. *Hum Reprod*. 1998;13:1683-5.
- Muller U, Runthlin M. Splenic neoformation following trauma-induced splenectomy-diagnosis and function. *Swiss Surg*. 1995;5:230-5.
- Carreira M, Conde R, Miranda C, Cerdeiros R, Gurriaran MJ. Hemoperitoneo postraumático: una rara complicación. *Rev Clin Esp*. 1991;89:175-7.
- Matorras R, Marque's M, González F, Rodríguez-Escudero F. Pelvis soleen: a very rare entity not to be misdiagnosed by the laparoscopic surgeon. 2001;80:1146-7.
- Celiloglu M, Dogan E, Kocoglu S, Zarina E. Splenosis presenting with adnexal mass: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2004;270:129-30.
- Kho Khosravi MR, Margulies DR, Alsabeh R, Nissen N, Phillips EH, Morgenstern L. Consider the diagnosis of splenosis for soft tissue masses long after any splenic injury. *Am Surg*. 2004;70:967-70.
- Molina Vargas P, Cruz Minoli V, Morales Gómez R, Carreto Chávez G, Cenicerros Franco LG, Rocha del Valle G. Esplenosis y dolor pélvico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex*. 2004;72:120-4.
- Greschus S, Hackstein N, Puille MF, Discher T, Rau WS. Extensive abdominal splenosis: imaging features. *Abdom Imaging*. 2003;28:866-7.