

32 **C. González-Cejudo**  
**M.A. Martínez-Maestre**  
**C. Daza**  
**I. Peregrín**  
**E. García-Socías**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Maternal Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Correspondencia:**

Dra. C. González-Cejudo.  
Ramón Carande, 19, bajo B. 41013 Sevilla. España.  
Correo electrónico: cgcesudo@doctoractive.com

Fecha de recepción: 4/10/04

Aceptado para su publicación: 14/1/05

---

## **Esplenosis peritoneal: hallazgo casual e infrecuente en cirugía obstétrica**

*Peritoneal splenosis. An  
incidental and infrequent  
finding in obstetric surgery*

### **RESUMEN**

La esplenosis o autotrasplante de tejido esplénico, consecuencia de la rotura traumática del bazo, es una entidad benigna, normalmente asintomática y no necesita tratamiento.

Presentamos el caso de una embarazada con antecedentes de rotura traumática del bazo en la infancia y en la que se descubrieron accidentalmente múltiples focos de esplenosis diseminados por la cavidad abdominal. Habitualmente, el diagnóstico se realiza con la exploración de la cavidad abdominal durante una laparotomía. En cirugía ginecológica, y especialmente en la obstétrica, ésta es una práctica inusual. Dado que no implica riesgos y aportaría una valiosa información, es recomendable que sea incorporada a la rutina quirúrgica.

### **PALABRA CLAVE**

Esplenosis. Cavidad abdominal. Esplenectomía.

### **ABSTRACT**

Splenosis, or autotransplantation of splenic tissue, which usually follows traumatic splenectomy, is a benign entity. It is normally asymptomatic and does not require treatment.

We present the case of a pregnant woman with a history of traumatic splenectomy in childhood. Multiple foci of splenic tissue were disseminated throughout the abdominal cavity.

Diagnosis is usually made through examination of the abdominal cavity during laparotomy. This practice is unusual in gynecologic surgery, especially in obstetric surgery. Because abdominal cavity examination does not pose a risk to the patient and provides useful information, we recommend that it become routine surgical practice.

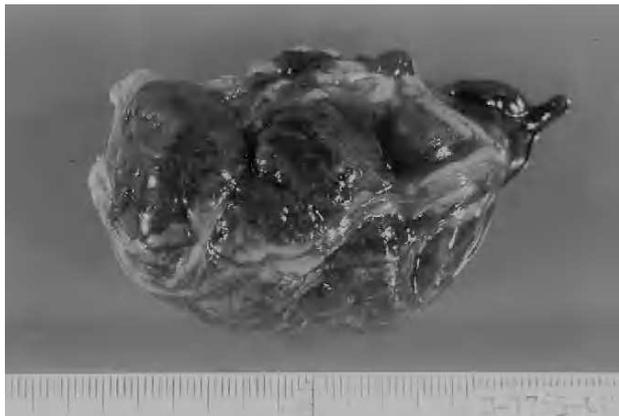
### **KEY WORDS**

Splenosis. Abdominal cavity. Traumatic splenectomy.

### **INTRODUCCIÓN**

La esplenosis, o crecimiento y desarrollo de múltiples focos peritoneales de tejido esplénico como consecuencia de la rotura traumática del bazo, es un proceso benigno, posiblemente más frecuente de lo que se cree y habitualmente asintomático.

El propósito de esta publicación es recordar al ginecólogo la importancia que puede tener explorar de forma adecuada la cavidad abdominal en el transcurso de una cesárea. Este sencillo gesto, practicado de forma rutinaria por otros especialistas y



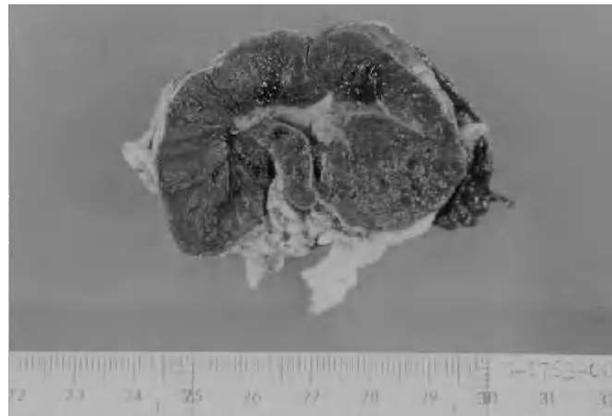
**Figura 1.** Imagen macroscópica del tumor: tumoración en epiplón.

que con escasa frecuencia se realiza durante la cirugía obstétrica, e incluso la ginecológica, puede aportar datos de extraordinaria relevancia en el historial clínico de nuestras pacientes sin añadir riesgo alguno.

### CASO CLÍNICO

Primigesta de 19 años de edad, sin antecedentes familiares de interés. Como antecedente personal destaca una esplenectomía en la infancia por rotura traumática del bazo.

Doce años después, la paciente fue ingresada en el servicio de obstetricia con el diagnóstico de preeclampsia grave. Fue tratada sin éxito, por lo que a las 32 semanas de gestación y tras maduración fetal con corticoides, se interrumpe la gestación de forma urgente y por vía abdominal. En el transcurso de la cesárea se apreció una discreta ascitis en la cavidad peritoneal, lo que indujo a realizar una exploración minuciosa de la cavidad abdominal. Durante la misma se comprueba la existencia de múltiples tumoraciones de distintos tamaños, la mayor de las cuales medía 40 x 30 mm, de superficie externa lobulada, coloración rojo parduzca, bien encapsulada con grueso pedículo vascular y localizada en epiplón (fig. 1). En el acto operatorio se extirpa la lesión de mayor tamaño para estudio histopatológico, dejando las restantes en la cavidad. El diagnóstico intraoperatorio fue de "tejido linfoide benigno". El informe anatomopatológico definitivo reconoce un tejido que



**Figura 2.** Corte longitudinal de la tumoración.

microscópicamente recuerda al parénquima esplénico (fig. 2).

La paciente evolucionó favorablemente tras la intervención y se le dio el alta hospitalaria el cuarto día de la intervención.

### DISCUSIÓN

La esplenosis es una entidad clinicopatológica perfectamente establecida, cuya patogenia consiste en la reimplantación sobre la superficie peritoneal de restos de la pulpa esplénica tras la rotura traumática del bazo, con posterior desarrollo, dando lugar a múltiples focos peritoneales, que pueden asumir y restaurar ciertas funciones del bazo, compensando, al menos parcialmente, el estado aesplénico.

La incidencia real de la esplenosis resulta muy difícil de precisar, ya que se trata de un proceso habitualmente asintomático, y la mayor parte de los pacientes que padecen esplenectomía por traumatismo no vuelven a ser explorados quirúrgicamente en toda su vida, ni tampoco se les practica estudio *post mortem*<sup>1</sup>. En todo caso, probablemente sea mucho más frecuente de lo que reflejan los pocos casos que se publican en la bibliografía médica.

Revisada la bibliografía, no encontramos ningún caso que haga referencia al diagnóstico efectuado en el transcurso de una cesárea. Posiblemente sería más frecuente si explorásemos la cavidad abdominal de forma rutinaria.

**34** El lugar de asiento de la esplenosis, descrito a lo largo de la bibliografía, es muy variado y determina las diversas manifestaciones clínicas<sup>2,3</sup>. Se han descrito localizaciones torácicas, abdominales (hepática, renal, intestinal, gástrica...), en la región pélvica (vejiga), en el tejido subcutáneo y el cerebral, en el testículo y en el epiplón, entre otras, como es el caso que nos ocupa<sup>4</sup>.

Con respecto a la clínica, nuestra paciente no refería síntomas previos que pudieran relacionarse con esta entidad. En cuanto a los pocos casos publicados de esplenosis sintomática, se han descrito como dolores abdominales difusos o pélvicos<sup>5</sup> en relación con la torsión del pedículo de uno de los implantes, con la oclusión intestinal por síndrome adherencial relacionado o no con los implantes esplénicos o asociado a hemoperitoneo<sup>3,6</sup> o hematoma encapsulado por rotura y sangrado de uno de los implantes tras un nuevo traumatismo abdominal, o bien como simulación radiológica de un cuadro tumoral torácico, tratándose de implantes intratorácicos tras traumatismo esplénico y rotura diafragmática, una neoplasia renal<sup>7</sup>, un linfoma abdominal, un tumor hepático, una endometriosis, etc.

El tejido esplénico parece desempeñar un papel frente a las infecciones causadas por bacterias encapsuladas, ya que la incidencia de sepsis entre pacientes que han sido esplenectomizadas por rotura traumática del bazo es mayor que en sujetos normales. Se ha visto que los autotrasplantes esplénicos permiten una adecuada respuesta inmune humoral frente a microorganismos como el neumococo<sup>8,9</sup>.

Aunque en los últimos años han aparecido comunicaciones sobre el diagnóstico radiológico de la esplenosis mediante ecografía y también tomografía computarizada (TC)<sup>2,6,10</sup>, la mayor parte de los casos descritos se ha descubierto de forma accidental en una laparotomía posterior por otra causa, como el caso que nos ocupa, o en la autopsia. Todo esto nos

lleva a pensar en la importancia que esto puede tener para el ginecólogo, pues el diagnóstico diferencial de una tumoración de estas características incluye la endometriosis pélvica<sup>1,11</sup> y, lo que es más importante, la confusión entre estas 2 patologías puede conducir a actitudes terapéuticas inadecuadas, como la salpingo-ooforectomía bilateral, descritas en la bibliografía médica<sup>1,5,12,13</sup>. En nuestro caso, si hubiéramos conocido previamente esta posibilidad diagnóstica –y sobre todo si hubiéramos pensado en ella–, estos hallazgos, unidos al antecedente traumático del paciente, hubieran sugerido fuertemente el diagnóstico de esplenosis.

En cuanto a la actitud terapéutica, su presencia nos ha de llevar en la mayoría de los casos a una actitud abstencionista, siempre que se disponga de la certeza clínica o bien del diagnóstico mediante exploraciones complementarias convincentes, ya que se ha visto que los autotrasplantes esplénicos permiten una adecuada respuesta inmune humoral frente a infecciones neumocócicas<sup>6,8-10</sup>. Pero a veces puede ser necesario un tratamiento quirúrgico, sobre todo en esplenosis intrapélvica y pacientes fértiles, por la posibilidad de torsiones o estallidos. En nuestro caso, el desconocimiento de esta posibilidad diagnóstica nos hizo actuar de forma incorrecta, extirpando la lesión, que además suponíamos de origen tumoral.

Por lo tanto, ante estos hechos podemos concluir:

1. La esplenosis es una entidad frecuente tras la rotura traumática del bazo; como raramente provoca síntomas, no suele diagnosticarse, a no ser que se realice una nueva laparotomía por otro motivo.

2. El diagnóstico de esplenosis debe estar siempre presente ante un antecedente de rotura traumática de bazo. La necesidad de realizar una laparotomía, por cualquier causa, es el momento ideal para confirmar su existencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pizarro AR, Gallaspy JW, Nawas S, Herrera G, Gomila R. Splenosis and the gynecologic patient: a case report and revision literature. *J La State Med Soc.* 2000;152:345-8.
2. Horger M, Eschmann SM, Lengerke C, Claussen CD, Pfannenber Bares R. Improved detection of splenosis in patients with haematologic disorders: the role of combined transmission-emission tomography. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2003; 30:316-9.
3. Carreira M, Conde R, Miranda C, Cerdeiras R, Gurriarán MJ. Hemoperitoneo postraumático: una rara complicación de la esplenosis peritoneal. *Rev Clin Esp.* 1991;189:175-7.
4. Luminari S, De Santis M, Casolo A, Federico M. Splenosis peritonei. *Br J Haematol.* 2003;123:378.
5. Arzoumanian A, Rosenthal L. Splenosis. *Clin Nucl Med.* 1995;20:730-3.
6. Higgins RV, Crain JL. Laparoscopic removal of pelvic splenosis. A case report. *J Reprod Med.* 1995;40:140-2.
7. Ávila J, Papiol A, Martí M, Querol V. Bazo supernumerario pararenal derecho. *Actas Urol Esp.* 1997;21:1003-6.
8. Rob Leemans MD, Manso W, Snijder JA, Smit JW, Klasen HJ, The TH, et al. Immune response capacity after human splenic autotransplantation: restoration of response to individual pneumococcal vaccine subtypes. *Ann Surg.* 1999;229: 279-85.
9. Pérez C, Esteban J, Salgado C, Castro M, Armanda E, Otero A. Incidentaloma due to abdominal splenosis. *Nephron.* 1998;80:359-60.
10. Greschus S, Hackstein N, Puille MF, Discher T, Rau WS. Extensive abdominal splenosis: imaging features. *Abdom Imaging.* 2003;28:866-7.
11. Bartos P, Struppl D, Marek J. Laparoscopic therapy of symptomatic splenic implants in the minor pelvic. *Ceska Gynekol.* 2001;66:195-8.
12. 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.
13. Watson WJ, Sundwall DA, Benson WL. Splenosis mimicking endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1982;59 Suppl 6:S51-3.