

Esplenosis pelviana

Eduardo Reyna-Villasmil, Duly Torres-Cepeda, María Colmenares-Vega, Oneida Delgado-Delgado e Isabel Sabatini-Saéz
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Maternidad Dr. Nerio Belloso. Hospital Central Dr. Urquinaona. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.

La esplenosis pelviana es el autotrasplante heterotópico de tejido esplénico, generalmente después de una rotura traumática del bazo. Parece ser un intento fisiológico del cuerpo para restaurar la función esplénica ante un deterioro del estado hematológico¹. Se han comunicado hasta la fecha menos de 100 casos, y sólo unos pocos de éstos son ginecológicos². La verdadera incidencia de esplenosis es desconocida debido a que generalmente es un hallazgo accidental en la cirugía o la necropsia. El presente informe es de una paciente con esplenosis pelviana.

Paciente de 36 años que presentó dolor abdominal intermitente de leve a moderada intensidad. Los ciclos menstruales de la paciente eran normales, pero con dismenorrea desde hacía 5 años. La paciente tenía antecedente de una esplenectomía después de un accidente automovilístico hacía 10 años.

El examen físico evidenció dolor abdominal generalizado de leve intensidad sin signos de peritonitis. El examen rectal reveló una tumoración del lado izquierdo móvil y elástica. La ecografía abdominopelviana mostró una tumoración regular del lado izquierdo del útero de 6,1 × 3,5 cm con bordes bien definidos y ecos homogéneos. No se observó ascitis ni ninguna afección ginecológica. La determinación de la serie blanca, el examen de orina y la bioquímica sanguínea fueron normales. El valor de CA-125 fue de 18 UI/ml (valor de referencia, 0-35 UI/ml). Los hallazgos clínicos y de imágenes indicó el diagnóstico de endometrioma.

Durante la laparotomía se observó una tumoración de color marrón, fijada al ligamento ancho del lado izquierdo y con múltiples adherencias de aproximadamente 7 × 5 cm (fig. 1). El útero y las trompas de Falopio estaban aparentemente normales. Luego se procedió a liberar las adherencias y extirpar la lesión. También se encontraron alrededor de 30 masas en el epiplón y la cara posterior del útero, no mayores de 1 cm de diámetro y de coloración púrpura, las cuales no se extirparon.

El diagnóstico definitivo de anatomía patológica confirmó la presencia de tejido esplénico con congestión, inflamación granulomatosa y evidencias de hematopoyesis extramedular compatible con esplenosis. La evolución

postoperatoria de la paciente fue satisfactoria y egresó del hospital al cuarto día del postoperatorio.

La esplenosis, por lo general, se produce al implantarse células esplénicas viables o pulpa en la cavidad peritoneal². Faltin comunicó el primer hallazgo de esplenosis durante una laparotomía y consideró que las masas eran implantes esplénicos¹. Zitzer et al³ y Matonis et al⁴ describieron casos similares de esplenosis pelviana que imitaba una endometriosis. De acuerdo con Zitzer et al³, la falta de adhesión y la extensión en el peritoneo indicarían más esplenosis que endometriosis.

La patogenia del trastorno se explica porque las células reticulares periféricas del tejido implantado sirven como precursoras de elementos estructurales para retener su potencial de diferenciación. Se han descrito implantes esplénicos en la cavidad torácica, intraperitoneal, retroperitoneal e incluso en el cerebro¹. La esplenosis abdominal o pelviana ocurre en alrededor del 65% de los casos de rotura esplénica.

El número de implantes puede variar de pocos a 400 o más, cuyo tamaño varía de unos cuantos milímetros a varios centímetros, y su forma puede variar de sésil a pediculada. El tamaño está limitado principalmente al flujo sanguíneo, el cual restringe a los nódulos a un diámetro menor de 3 cm^{5,6}.

Es posible que el número subsecuente de nódulos esté relacionado con la severidad de la lesión esplénica al igual que con la cantidad de pulpa y tejido liberado en las cavidades abdominal y pelviana¹. Un segundo mecanis-

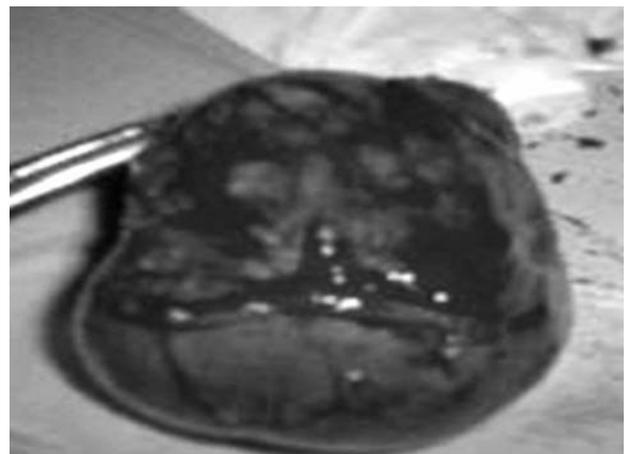


Fig. 1. Tumoración compatible con esplenosis pelviana.

Correspondencia: Dr. E. Reyna-Villasmil.
Hospital Central Dr. Urquinaona.
Final Avda. El Milagro. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela.
Correo electrónico: sippenbauch@prontomail.com

Manuscrito recibido el 24-10-2007 y aceptado el 16-11-2007.

mo es la diseminación hemática de la pulpa esplénica, como lo indican comunicaciones de casos de esplenosis intrahepática e intracraneal⁷. Una teoría reciente propone que las células progenitoras eritrocíticas esplénicas entran en el hígado por la vena porta, y posteriormente crecen en respuesta a la hipoxia tisular⁸.

El intervalo promedio comunicado entre el traumatismo y la esplenosis pelviana es 10 años con un intervalo de 5 meses a 32 años². La mayoría de los pacientes con esplenosis están asintomáticos, la anomalía se encuentra de forma accidental mediante un examen habitual o un procedimiento diagnóstico para investigar un problema asociado. Cuando la esplenosis abdominal o pelviana produce síntomas, generalmente es dolor secundario a infartos, obstrucción intestinal debido a adherencia de los implantes, hemorragia gastrointestinal, hidronefrosis secundaria a la masa en crecimiento que ejerce presión sobre el uréter^{1,2,5,9}.

Los implantes esplénicos no deben ser removidos si no producen síntomas, ya que el tejido ectópico puede conferir inmunidad al prevenir la septicemia neumocócica después de la esplenectomía. Sin embargo, debido a lo raro de la condición y a las dudas sobre su malignidad con el crecimiento de éstos, con el tiempo hacen que su diagnóstico sea intraoperatorio¹. La baja densidad del tejido esplénico hace difícil su visualización con los rayos X estándares y la tomografía refleja el número, la forma y el tamaño de los implantes, pero no su posible origen. La

modalidad diagnóstica de elección para la esplenosis es la gammagrafía con eritrocitos autólogos marcados con tecnecio^{2,8,10}.

Bibliografía

1. Molina-Vargas P, Cruz-Minoli V, Morales-Gomez R, Carreto-Chavez G, Cenicerros-Franco L, Rocha G. Esplenosis y dolor pélvico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex.* 2004;72:120-4.
2. Fremont R, Rice T. Splenosis: a review. *S Med J.* 2007;100:589-93.
3. Zitzer P, Pansky M, Maymon R, Langer R, Buyovsky I, Golan A. Pelvic splenosis mimicking endometriosis, causing low abdominal mass and pain. *Hum Reprod.* 1998;13:1683-5.
4. Matonis L, Luciano A. A case of splenosis masquerading as endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:971-3.
5. Normand J, Roioux M, Smith K. Thoracic splenosis after blunt trauma: frequency and imaging findings. *AJR Am J Roentgenol.* 1993;161:739-41.
6. Huang A, Shaffer K. Case 93: thoracic splenosis. *Radiology.* 2006;239:293-6.
7. Yeh C, Chuang W, Kuo T. Case report: unusual subcutaneous splenosis occurring in a gunshot wound scar: pathology and immunohistochemical identification. *Pathol Int.* 2006;56:336-9.
8. Kwok C, Chen Y, Lin H. Portal vein entrance of splenic erythrocyte progenitor cells and local hypoxia of liver, two events cause intrahepatic splenosis. *Med Hypotheses.* 2006;67:1330-2.
9. Feferman I, Cramer J. Splenosis: an usual cause of intra-abdominal hemorrhage. *J Emerg Med.* 1991;9:239-40.
10. Schiff R, Leonidas J, Shende A. The noninvasive diagnosis of intrathoracic splenosis using technetium-99m heat damaged red blood cells. *Clin Nucl Med.* 1987;12:785-7.