



Carta científica

Detección del virus de Epstein-Barr en un tumor miofibroblástico inflamatorio de bazo (seudotumor inflamatorio)

Detection of Epstein-Barr virus in an inflammatory myofibroblastic tumor of the spleen (inflammatory pseudotumor)

El seudotumor inflamatorio se considera una lesión tumoral reactiva, de comportamiento benigno, que muestra un espectro de cambios reparativos fibróticos o inflamatorios inespecíficos desde el punto de vista histológico. Bajo la denominación de seudotumor inflamatorio se incluye una amplia variedad de procesos patológicos, entre los que están las lesiones reparativas postoperatorias, tumores como el de células dendríticas y otras neoplasias más agresivas, como es el caso del tumor miofibroblástico inflamatorio^{1,2}. Si bien el origen es desconocido, entre sus posibles causas se han involucrado agentes infecciosos, como el virus de Epstein-Barr³⁻⁵.

Se presenta el caso de una mujer de 43 años, con antecedentes personales de miastenia gravis, migraña y cuadro de mononucleosis infecciosa un año antes, confirmada serológicamente. En el estudio realizado por el cuadro de miastenia en 2010 se identifica lesión esplénica, comenzando estudio.

La paciente no refirió sintomatología abdominal alguna y la exploración fue anodina.

Los datos analíticos solo mostraron elevación de la velocidad de sedimentación (1.ª hora: 52 mm). El proteinograma fue normal y en el estudio de inmunoglobulinas se detectó elevación de la IgG (1.930 mg/dl) y de IgA (414 mg/dl). En el estudio microbiológico se incluyó serología para hidatidosis, hepatitis (A, B y C), virus de la inmunodeficiencia humana 1 y 2, *Brucella*, *Mycoplasma*, herpes, citomegalovirus y toxoplasma, siendo negativas. La serología de virus de Epstein-Barr fue de IgG anti-VCA e IgG anti-EBNA positivas e IgM anti-VCA negativa. Los marcadores tumorales fueron normales.

La TC abdominal con contraste por vía intravenosa mostró una lesión única de 39 × 41 mm, localizada en la porción superior del bazo, con características inespecíficas, estable-

ciéndose un diagnóstico diferencial con hemangioma atípico, hamartoma, fibroma o linfoma (fig. 1).

La RM confirmó un bazo de tamaño normal, con una lesión de 4 cm de carácter sólido y que podía corresponder, por la imagen, con un hemangioma, un hamartoma y, menos probable, con un linfoma.

La gammagrafía con hematíes marcados muestra un área hipocaptante en bazo, descartando un angioma esplénico.

Ante la imposibilidad de obtener un diagnóstico de certeza, se decide intervenir quirúrgicamente, encontrándose una lesión blanquecina en el polo superior esplénico y realizándose una esplenectomía laparotómica por no existir experiencia en el abordaje laparoscópico de dicha afección en el hospital. La evolución fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 4 días.

El resultado anatomopatológico mostró tejido esplénico con arquitectura alterada por proliferación de células fusiformes, delgadas y homogéneas, formando haces cortos, que se acompañan de un infiltrado inflamatorio formado por linfocitos, más T que B, células plasmáticas politípicas, macrófagos y algunos eosinófilos. Las células fusiformes son positivas para pancitoqueratina y CK18, y actina y, muchas de ellas, tienen una fuerte positividad nuclear para Encoded related Epstein-Barr virus RNA (EBER). Ausencia de expresión de p53 y ALK. Índice proliferativo bajo en las células fusiformes. Todo ello compatible con tumor miofibroblástico inflamatorio (seudotumor inflamatorio) (fig. 2).

La paciente permanece asintomática hasta la actualidad.

Este tipo de tumor fue descrito por primera vez en el pulmón por Brunn en 1939, describiéndose posteriormente casos en diferentes localizaciones, como ganglios linfáticos, tracto gastrointestinal e hígado⁶. La localización esplénica es muy infrecuente, habiendo sido publicados pocos casos desde que lo hicieran por primera vez Cotelingam y Jaffe en 1984⁷. Se



Figura 1 – TC abdominal: lesión de 4 cm en el bazo (seudotumor inflamatorio).

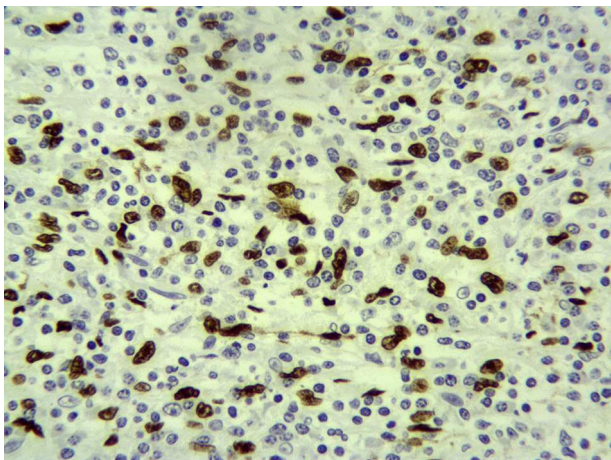


Figura 2 – Imagen inmunohistoquímica en la que se observa positividad para el virus de Epstein-Barr.

presenta, con mayor frecuencia, en la 2.ª y 3.ª décadas de la vida, no existiendo predilección por ningún sexo¹.

La etiología es desconocida, existiendo diferentes teorías, entre las que están los agentes infecciosos y, de forma especial, el virus de Epstein-Barr³⁻⁵; el origen vascular, basado en la presencia en la lesión de estructuras vasculares dilatadas y trombos, y, por último, procesos de origen autoinmune. Esta última teoría etiológica se basa en la descripción de casos que han cursado en asociación a diferentes procesos autoinmunes, como puede ser la púrpura trombocitopénica idiopática⁸.

En el caso descrito en el presente trabajo, los estudios para virus de Epstein-Barr en la pieza de esplenectomía fueron positivos, presentando la paciente antecedentes de haber presentado un cuadro de mononucleosis infecciosa un año antes, confirmada serológicamente, por lo que es probable su implicación en la patogénesis de este caso.

Puede presentarse de forma asintomática, como ocurrió en nuestro caso, y en aquellos casos en los que existe sintomatología, las manifestaciones clínicas son totalmente inespecíficas.

En relación con los estudios de laboratorio, podría presentarse alteraciones en las diferentes series hematológicas, principalmente anemia y trombocitopenia, relacionado con secuestro esplénico, existiendo casos de asociación con púrpura trombocitopénica autoinmune⁸.

El diagnóstico de sospecha está basado en las pruebas radiológicas, siendo de utilidad la realización de ecografía, TC y RM abdominal, sin existir hallazgos radiológicos concluyentes que nos den el diagnóstico definitivo, estableciéndose el diagnóstico diferencial con diferentes entidades patológicas, principalmente con procesos linfoproliferativos y neoplasias hematológicas. Junto a estas entidades, se incluyen en el diagnóstico diferencial otras lesiones esplénicas, como son los hamartomas, los quistes parasitarios, de origen epitelial o traumático, y diferentes enfermedades granulomatosas, como es el caso de la sarcoidosis^{1,9}. Ante la imposibilidad de realizar un diagnóstico de certeza, la indicación quirúrgica suele ser la norma, tras la cual no se han descrito casos de recurrencia ni desarrollo de otras neoplasias hematológicas. Actualmente, existen casos en los que se optó por una biopsia radioguiada que otorgó el diagnóstico definitivo¹⁰. Con todo lo anterior, se podría decir que el diagnóstico del seudotumor inflamatorio es, principalmente, histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monforte-Muñoz H, Ro JY, Manning JT, Landon G, Del Junco G, Carison TS, et al. Inflammatory pseudotumor of the spleen. Report of two cases with a review of the literature. *Am J Clin Pathol.* 1991;96:491-5.
2. Kiryu S, Takeuchi K, Shibahara J, Uozaki H, Fukayama M, Tanaka H, et al. Epstein-Barr virus-positive inflammatory pseudotumour and inflammatory pseudotumour-like follicular dendritic cell tumour. *Br J Radiol.* 2009;82: 67-71.
3. Arber DA, Kamel OW, van de Rijn M, Davis RE, Medeiros LJ, Jaffe ES, et al. Frequent presence of the Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor. *Hum Pathol.* 1995;26:1093-8.
4. Arber DA, Weiss LM, Chang KL. Detection of Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor. *Semin Diagn Pathol.* 1998;15:155-60.
5. Rosenbaum L, Fekrazad MH, Rabinowitz I, Vasef MA. Epstein-Barr virus-associated inflammatory pseudotumor of the spleen: Report of two cases and review of the literature. *J Hematop.* 2009;2:127-31.
6. Sheahan K, Wolf BC, Neiman RS. Inflammatory pseudotumor of the spleen: A clinopathologic study of three cases. *Hum Pathol.* 1998;19:1024-9.
7. Cotelingam JD, Jaffe ES. Inflammatory pseudotumor of the spleen. *Am J Surg Pathol.* 1984;8:375-80.
8. Bertolín Bernades RJ, Ferrando-Marco J, Arilla Morell MJ, Pallas-Regueira A. Pseudotumor inflamatorio de bazo: presentación de un caso con clínica trombopénica y revisión de la literatura. *An Med Interna.* 2003;20:330-2.
9. Zhang MQ, Lennerz JK, Dehner LP, Brunt LM, Wang HL. Granulomatous inflammatory pseudotumor of the spleen: association with Epstein-Barr virus. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2009;17:259-63.
10. Kawaguchi T, Mochizuki K, Kizu T, Miyazaki M, Yakushijin T, Tsutsui S, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver and spleen diagnosed by percutaneous needle biopsy. *World J Gastroenterol.* 2012;18:90-5.

Antonio Palomeque Jiménez^{a*}, Montserrat Reyes Moreno^a,
Salvador Calzado Baeza^a, Sergio A. Ranea Jimena^b
y Paul Sebastian Robayo Soto^a

^aUnidad Gestión Clínica de Cirugía y Especialidades, Hospital Santa Ana, Motril, España

^bServicio Anatomía Patológica, Hospital Santa Ana, Motril, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apalomeque2002@hotmail.com
(A. Palomeque Jiménez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.03.007>