

LESIONES ESPLÉNICAS: HABLEMOS EL MISMO IDIOMA

***Autores:** Garcia Fernandez, Micaela. Martínez, Dalma Emiliana.
Sachun Sosa, Christopher. Galarza, Matias.*

***Email:** garciafernandezmicaela@gmail.com*

***Afiliaciones:** SAR*

Los autores declaran no tener conflictos de interés.



italiano
HOSPITAL ITALIANO



OBJETIVO

- Revisar el comportamiento de las lesiones focales y difusas esplénicas más frecuentes.
- Pensar en diagnósticos diferenciales en relación al contexto clínico del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectiva de agosto de 2020 a marzo 2024. Se incluyeron 300 pacientes con lesiones focales y/o difusas esplénicas, diagnosticados por ecografía abdominal o TCMD abdominal con contraste endovenoso.



RESULTADOS

La patología focal fue la más frecuente observada, dentro de la cual un 35% de los pacientes presentaron bazos accesorios, seguido de hemangiomas y quistes en la misma proporción (10%).

Dentro de las patologías difusas la más común en nuestro centro fue la esplenomegalia, seguida de infartos y rotura esplénica, mostrando clara asociación a eventos traumáticos en estos dos últimos casos.

Contamos con un único caso de linfoma primario esplénico, absceso esplénico, anemia falciforme.

DISCUSIÓN

Las lesiones esplénicas conforman un desafío diagnóstico, aunque la mayoría de las mismas son benignas y corresponden a hallazgos incidentales, tienen un difícil diagnóstico histológico, debido al elevado riesgo de sangrado que supone la realización de procedimientos intervencionistas esplénicos.

El espectro de la patología esplénica es muy amplio, incluyendo patologías primarias y secundarias, lesiones focales y difusas malignas y benignas.



Mostraremos imágenes describiendo las características frecuentes de presentación de cada patología.

BAZO ACCESORIO

Es la anomalía esplénica más frecuente.



Paciente masculino de 30 años que concurre a la guardia por dolor abdominal. Corte axial de tomografía computada con contraste en fase venosa, se observa imagen nodular isodensa al bazo en la región hiliar. Adicionalmente se identificó líquido libre interasas.

- Consiste en tejido esplénico heterotópico, con vascularización dependiente de la arteria y vena esplénicas.
- Foco único o múltiple.
- La ubicación más frecuente es en el hilio esplénico y en segundo lugar en la cola pancreática.
- Se visualizan como masas sólidas con densidad y realce similar al bazo.

QUISTE ESPLÉNICO

Lesión focal pediátrica más frecuente



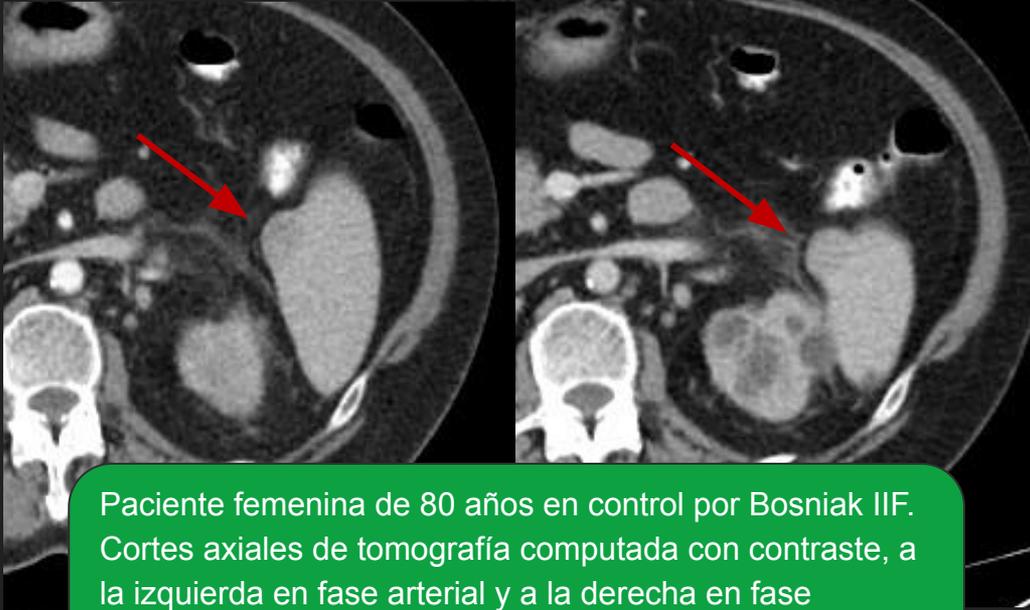
Paciente femenina de 68 años, en estudio por diarrea crónica.

Corte axial de tomografía computada con contraste en fase venosa, se visualiza imagen quística en el polo inferior esplénico.

- Pueden ser congénitos o adquiridos (más comúnmente por degeneración quística de un hematoma).
- Su diferencia radica en que los congénitos presentan un revestimiento epitelial.
- Son imágenes redondeadas con densidad líquida, luego de la administración de contraste la pared del quiste puede presentar fino realce.
- Pueden presentar calcificaciones en su pared.

HEMANGIOMA

Lesión primaria benigna más frecuente.



Paciente femenina de 80 años en control por Bosniak IIF. Cortes axiales de tomografía computada con contraste, a la izquierda en fase arterial y a la derecha en fase venosa. Se observa imagen nodular hipodensa en fase arterial, con captación de contraste en fases venosas.

- Proliferación focal de vasos sanguíneos.
- Lesiones de pequeño tamaño, en general únicas, aunque pueden ser múltiples.
- TC: imagen hipodensa con captación de contraste progresivo en fases tardías

ESPLENOMEGALIA

Aumento del diámetro longitudinal esplénico, superior a 14 cm



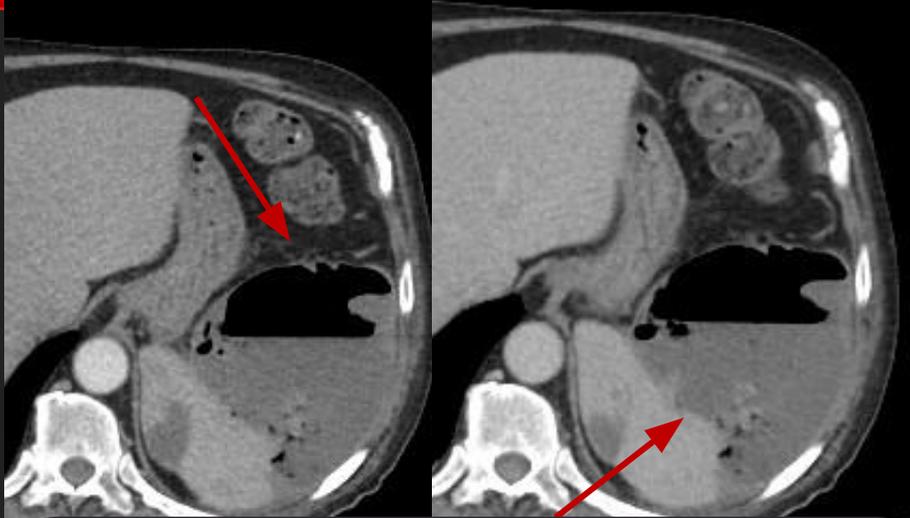
Paciente masculino de 16 años con antecedente de enfermedad linfoproliferativa.

Corte axial de tomografía computada con contraste en fase venosa, se visualiza incremento de tamaño esplénico, sin evidencia de lesiones focales y adenomegalias retroperitoneales.

- Puede ser la única o primera manifestación de un amplio espectro de patologías, entre las más frecuentes encontramos infecciones y síndromes linfoproliferativos.

ABSCESO

La infección focal aislada del bazo es infrecuente.

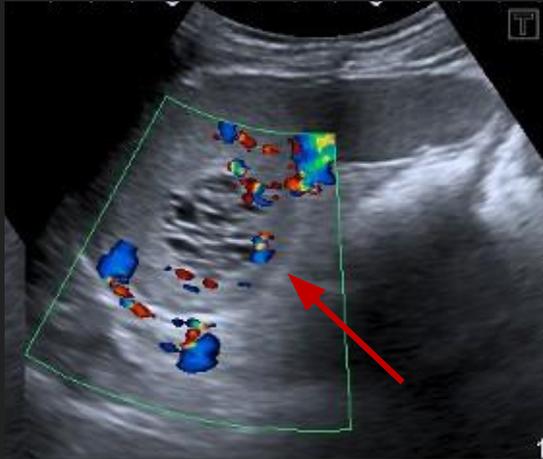


Paciente masculino de 68 años en tratamiento por endocarditis infecciosa, con fiebre y dolor abdominal. Cortes axiales de tomografía computada con contraste, a la izquierda en fase arterial y a la derecha en fase venosa. Se identifica imagen heterogénea con nivel hidroaéreo y una imagen en forma de cuña sin realce, interpretada como infarto.

- Los abscesos suelen ser resultado de la diseminación hematológica de un foco primario, siendo más frecuente la endocarditis.
- Se observan como colección infectada con necrosis central.
- Puede tener aire en su interior.
- Su pared realza tras la administración de contraste.

LINFANGIOMA

Rara neoplasia benigna, caracterizado por la dilatación quística de los vasos linfáticos.

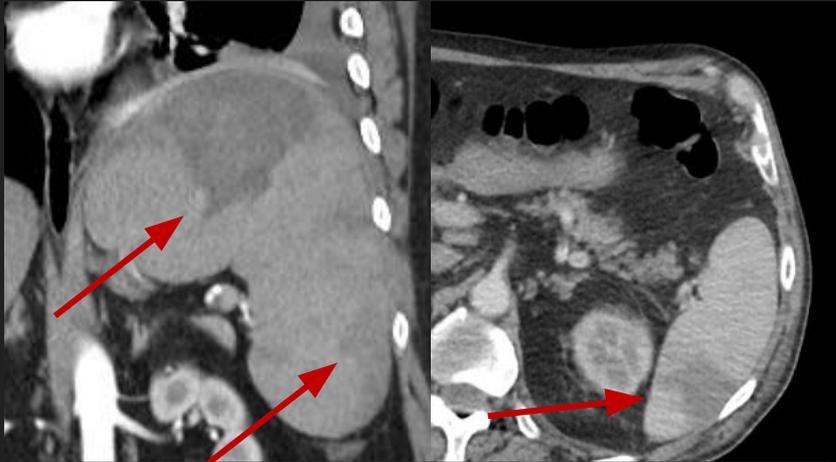


Paciente femenina de 46 años, en control por esteatosis hepática.
Corte axial de ecografía. En el polo inferior esplénico se evidencia imagen quística multilocular, avascular luego de su valoración con Doppler-color.

- Malformación y crecimiento anómalo de los canales linfáticos, más común en niños.
- Según aumenta el tamaño de los vasos linfáticos que lo componen se clasifica en: capilar, cavernoso y quístico.
- Ecográficamente se las visualiza como masas hipoecoicas bien definidas, a veces con septos internos, avasculares, a veces pueden presentar calcificaciones.

INFARTO ESPLÉNICO

Lesión isquémica focal por oclusión de una rama arterial esplénica.

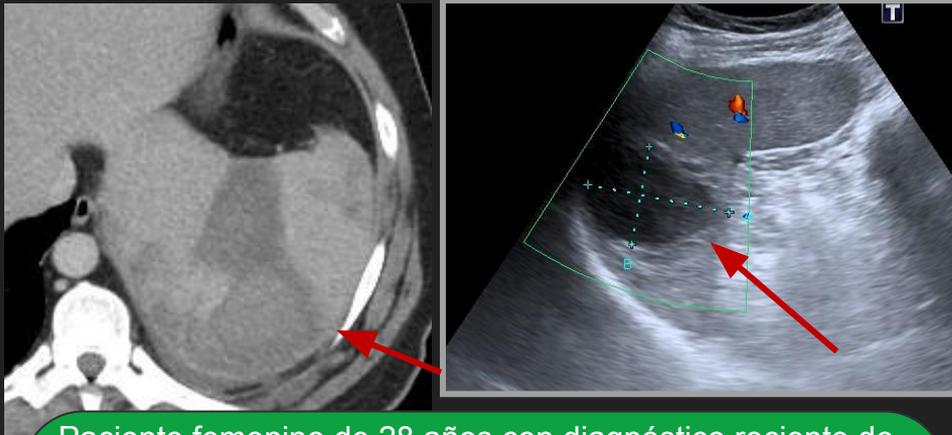


Paciente masculino de 45 años internado en UTI, con antecedente de TEP y dolor abdominal. A la izquierda corte coronal de tomografía computada con contraste en fase arterial, a la derecha corte axial en fase portal. Se observan múltiples lesiones hipodensas en forma de cuña, que no muestran realce luego del CIV.

- Las causas más frecuentes son: tromboembolismo, émbolos sépticos, anemia falciforme, pancreatitis o tumores infiltrantes del hilio esplénico.
- En TC pueden identificarse como lesiones hipodensas de conformación triangular, presentando su base en la periferia del órgano, que no muestran captación de contraste.

LINFOMA

Afectación neoplásica más frecuente del bazo.



Paciente femenino de 28 años con diagnóstico reciente de enfermedad linfoproliferativa.

A la izquierda corte axial de tomografía computada en fase venosa, se observa imagen de aspecto nodular con escaso realce e hipodensidad periférica.

A la derecha imagen de ecografía donde se visualiza imagen hipoecoica de márgenes definidos, avascular luego de su valoración con Doppler-color.

- Más frecuente LNH de tipo células B grandes.
- Puede presentarse como esplenomegalia sin lesión focal, masa solitaria, lesiones focales múltiples o afectación multinodular, como en el caso presentado, observándose en TC como lesiones hipodensas con escasa captación del contraste EV.

LACERACIÓN / RUPTURA

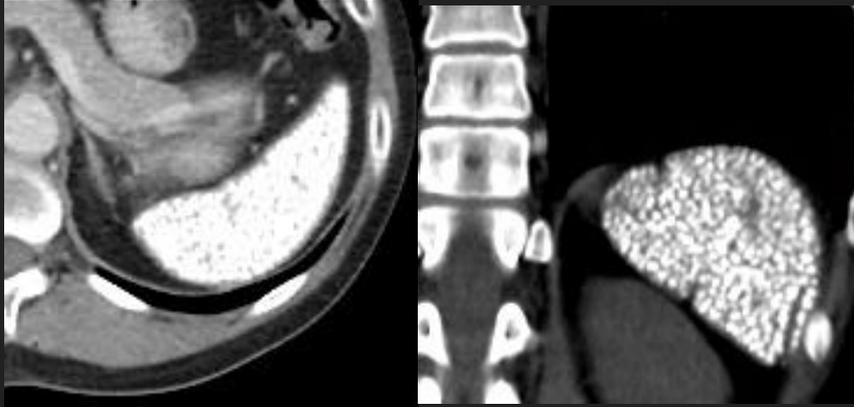
Órgano más
frecuentemente lesionado
en traumatismo abdominal
cerrado.



Pacientes con antecedente de traumatismo abdominal.
A la izquierda corte coronal de tomografía computada en fase venosa, se visualiza imagen hipodensa que contacta con cápsula esplénica.
A la derecha imagen corte coronal de tomografía computada en fase venosa donde se observan imágenes hipodensas esplénicas y líquido libre periesplénico y perihepático.

- La laceración se manifiesta como áreas lineales o irregulares hipodensas, que no captan contraste.
- Se define como ruptura cuando la lesión comunica superficies viscerales opuestas.
- Suele asociarse a la presencia de líquido libre abdominal.

CALCIFICACIONES ESPLÉNICAS



Paciente masculino de 50 años con antecedente de anemia de células falciformes.

A la izquierda corte axial de tomografía computada en fase venosa, se visualizan múltiples imágenes densas, subcentimétricas.

A la derecha corte coronal de tomografía con ventana ósea donde se observan imágenes con densidad similar al hueso.

- Las calcificaciones esplénicas se presentan casi exclusivamente asociadas a procesos benignos, ya sean granulomas en relación con infecciones previas, o calcificaciones groseras como secuela de lesiones traumáticas.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de lesiones esplénicas es frecuente, siendo la mayoría de ellas benignas. El diagnóstico de certeza imagenológica es difícil porque muchas presentan características similares, por lo que los datos clínicos del paciente y las características distintivas en estudios de imagen juegan un rol fundamental en el acercamiento diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

Patología esplénica: todo lo que el radiólogo debe saber, I. C. Duran Palacios, 10.1594/seram2014/S-0603

Revisión de patología esplénica, Manuel C. Fortuny Pinto, Vol. 1 Núm. 1 (2022): 36 Congreso Nacional SERAM

