

Esplenosis: una causa rara de obstrucción intestinal



Autores: Natalia A. Viña, Kreindel Tamara Glenda,
Niveyro Paola Ximena.

Lugar: Hospital Italiano de Buenos Aires.

Presentación Clínica

Paciente de 14 años de edad.

Antecedentes Clínicos : Anemia hemolítica.

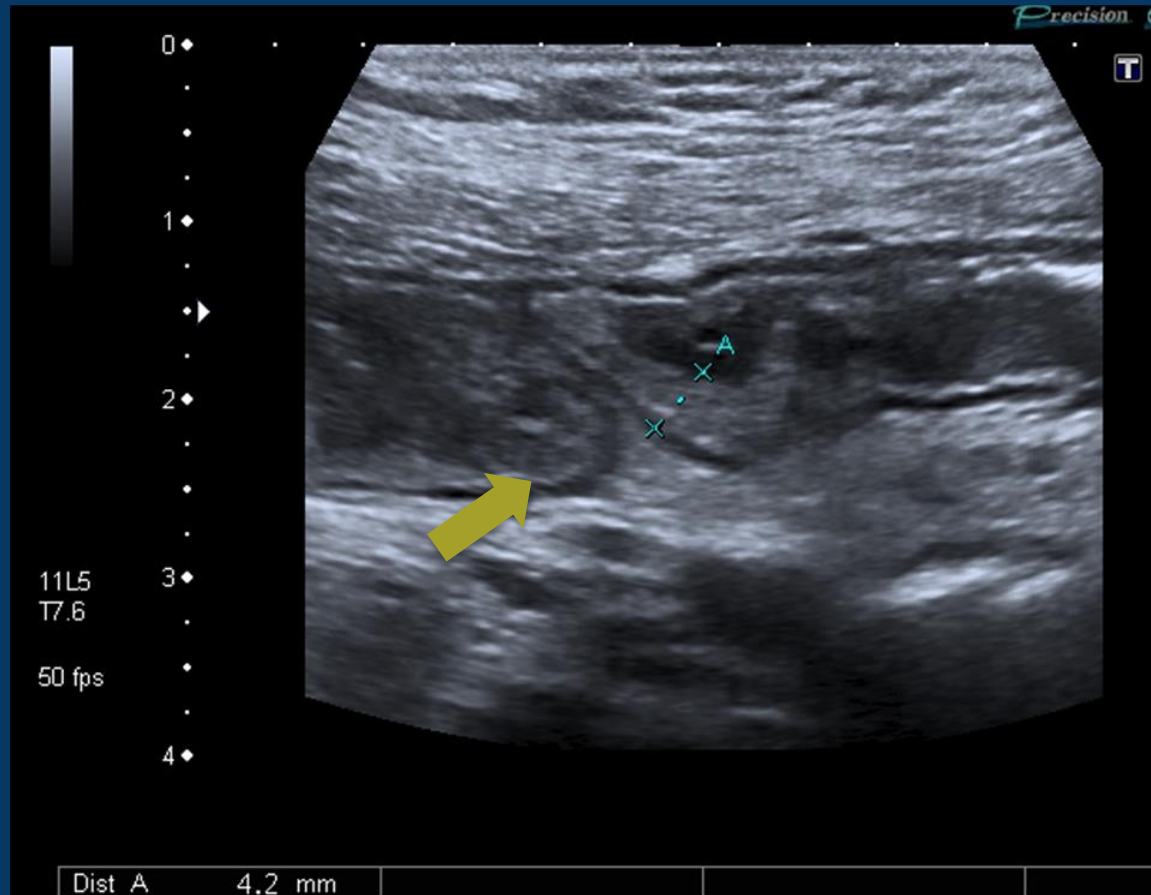
Antecedentes quirúrgicos:

esplenectomizado (5 años)

colecistectomizado (13 años)

Dolor abdominal tipo cólico de mes de evolución.

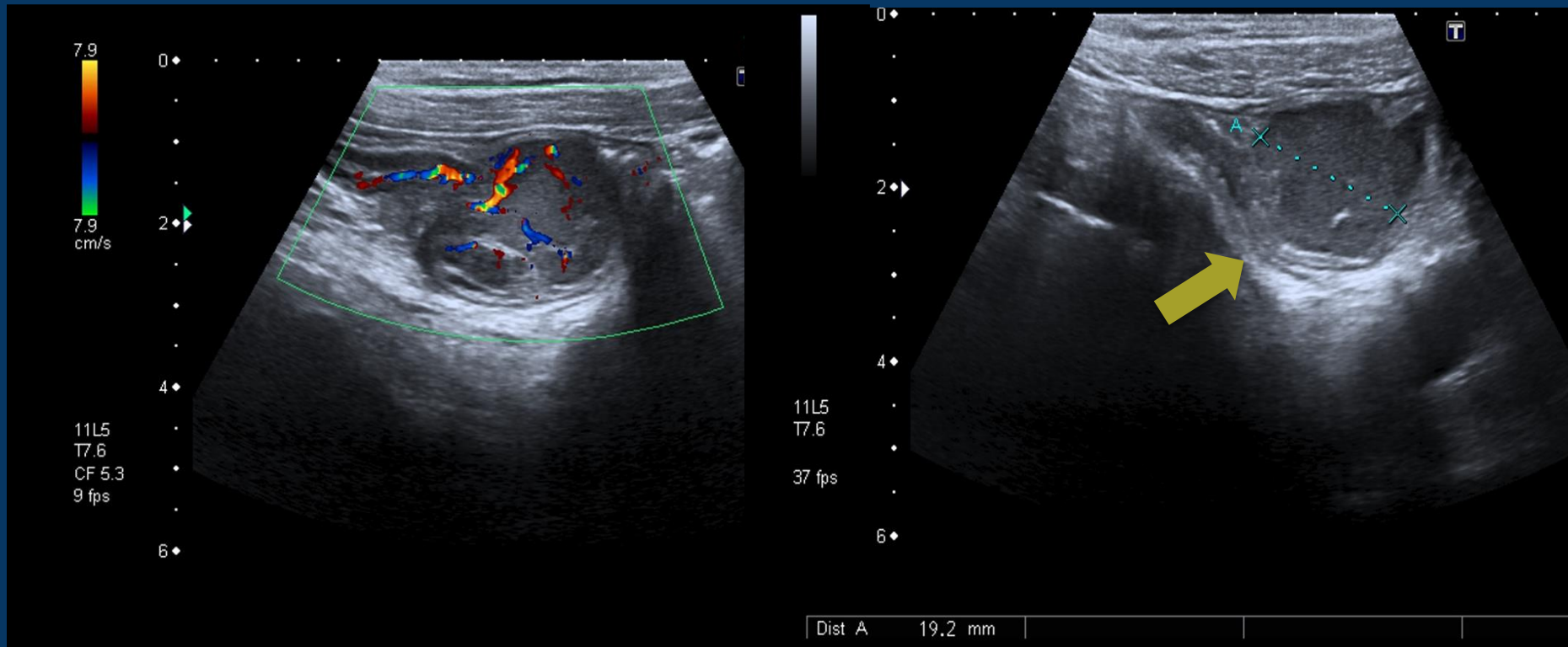
Hallazgos Imagenológicos: US



Engrosamiento parietal intestinal

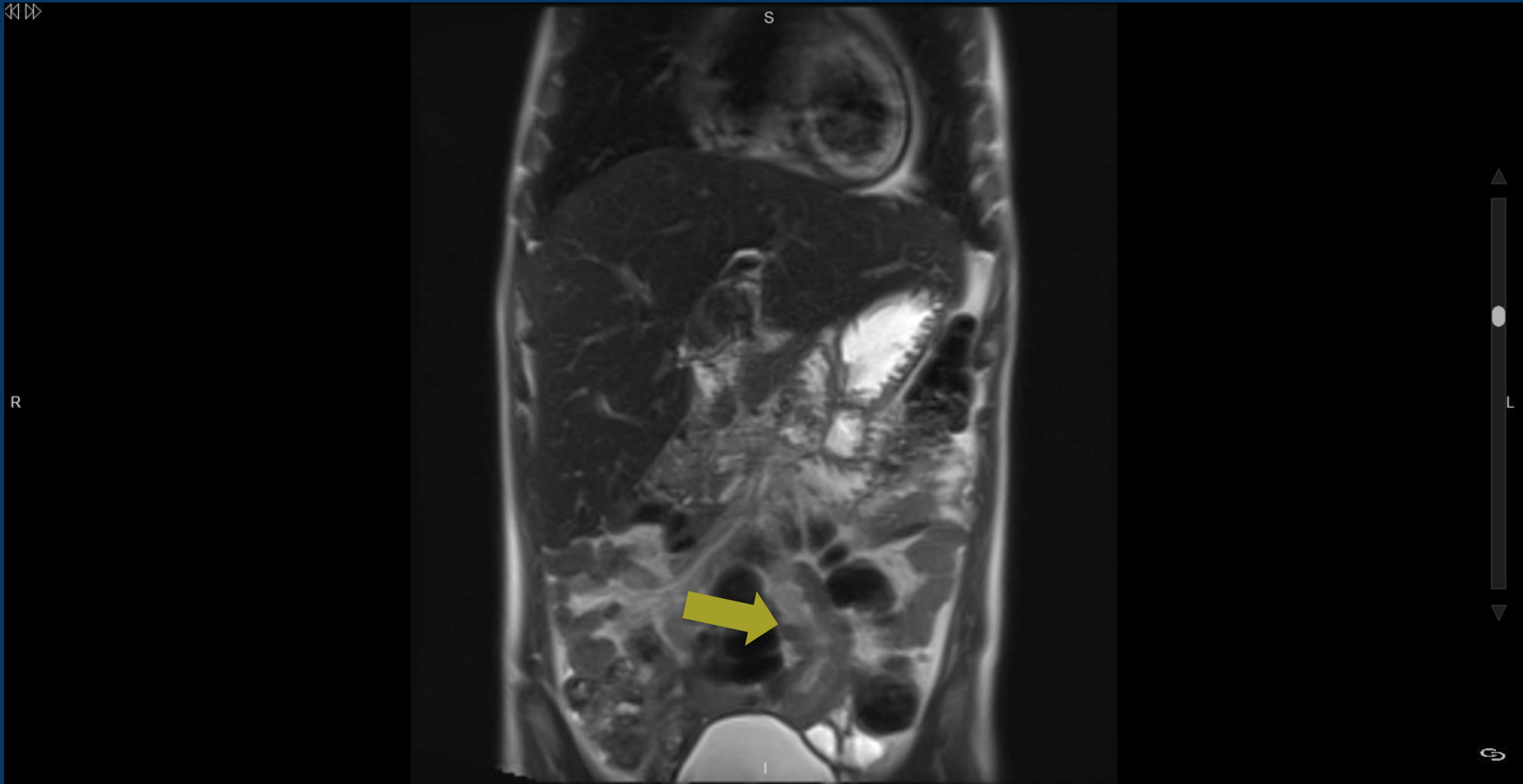
Aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica.

Hallazgos Imagenológicos: US



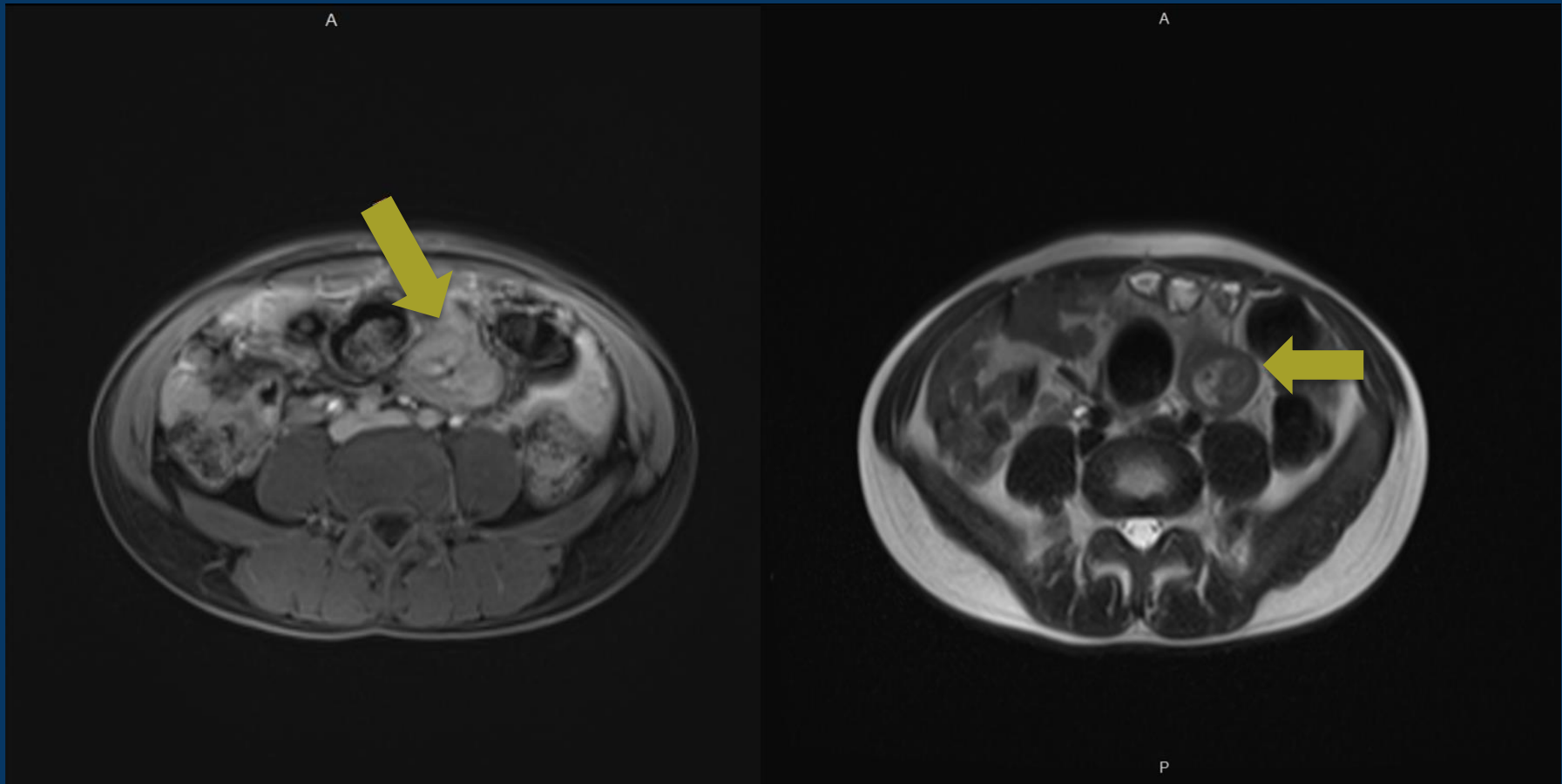
lesiones endoluminales en intestino delgado,
sólidas hipoecogénicas
homogéneas con hilio vascular, una asociada a
invaginación.

Hallazgos Imagenológicos: RM



Asa de invaginación intestino delgado.
No se observan alteraciones en la vía biliar.

Hallazgos Imagenológicos: TC



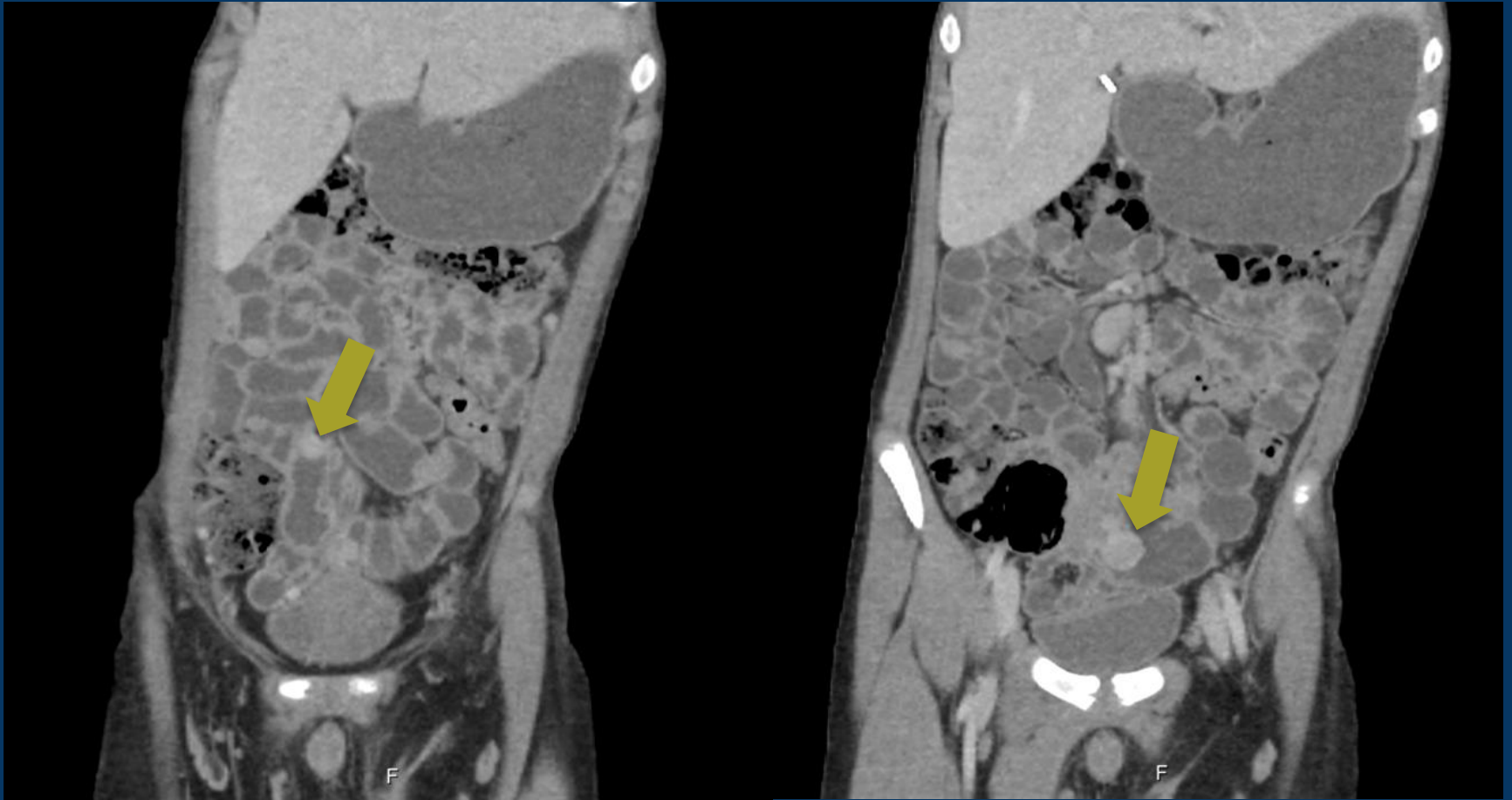
Asa invaginada de intestino delgado con imagen hipointensa en su luz, que presenta realce homogéneo.

Hallazgos Imagenológicos: TC



Imagen sólida con realce homogéneo en la luz intestinal.

Hallazgos Imagenológicos: TC



Confirmación histológica de implantes esplénicos y resolución quirúrgica de la invaginación.

Discusión

Tejidos esplénicos ectópicos pueden ser: congénitos y adquiridos.

Los adquiridos son de causa hematológico o post-traumáticos.

Se autotrasplantan en ambientes intra o extraperitoneales ricos en vasos sanguíneos.

Se propagan por siembra directa en superficies adyacentes o por extensión hematógica a órganos distales.

Nuestro caso correspondía a implantes murales con extensión intra-luminal, no encontrando otro caso en la literatura.

La mayoría son asintomáticos y se encuentran incidentalmente en estudios de imágenes realizados por otras causas.

Discusión

Pueden ser beneficiosos o perjudiciales dependiendo de la etiología.

Son lo suficientemente funcionales como para causar la recurrencia de enfermedades hematológicas.

Pueden causar: sangrados intra o extra lumbales, compresión local de órganos adyacentes, y diagnósticos erróneos de tumores, que conducen a exploraciones quirúrgicas innecesarias.

El diagnóstico es confirmado después de estudios de imágenes y exploraciones quirúrgicas por otras causas.

Discusión

Los estudios de imágenes han evolucionado para diagnosticar con precisión los depósitos esplénicos.

Son capaces de identificar y describir las ubicaciones anatómicas de estos con alta sensibilidad .

La resonancia magnética con ferumoxide se ha utilizado para mejorar la detección de partículas de óxido de hierro, absorbidas por el sistema reticuloendotelial.

La utilización de technetium con radionúclidos, se considera el gold standard para el diagnóstico de esplenosis.

Conclusion

La esplenosis:

Comprende el trasplante de tejidos esplénicos en superficies u órganos distantes en la cavidad abdominal.

La mayoría de los casos son asintomáticos y benignos.

Causan morbilidades múltiples como dolor, sangrado y obstrucción, o cabeza de invaginación como nuestro caso.

Se debe poseer alta sospecha clínica en pacientes esplenectomizados para evitar procedimientos invasivos.

Los depósitos de esplenosis asintomáticos no presentan ningún riesgo y pueden ser dejado sin reseca.

Bibliografía

- 1- D. Ksiadzyna and A. S. Peña, "Abdominal splenosis," *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, vol. 103, no. 8, pp. 421–426, 2011.
- 2- S. Akay, A. T. Ilica, B. Battal, B. Karaman, and I. Guvenc, "Pararectal mass: An atypical location of splenosis," *Journal of Clinical Ultrasound*, vol. 40, no. 7, pp. 443–447, 2012
- 3- Francesco Giuseppe Garaci, Michele Grande, Massimo Villa, Stefano Mancino, Daniel Konda, Grazia Maria Attinà, Gabriele Galatà, Giovanni Simonetti "What is a reliable CT scan for diagnosing splenosis under emergency conditions?" *World J Gastroenterol* 2009 August 7; 15(29): 3684-3686
- 4- C. Moon, Y.-J. Choi, E. Y. Kim et al., "Combined intrathoracic and intraperitoneal splenosis after splenic injury: case report and review of the literature," *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, vol. 74, no. 3, pp. 134–139, 2013.
- 5- H. A. Pearson, D. Johnston, K. A. Smith, and R. J. Touloukian, "The born-again spleen. Return of splenic function after splenectomy for trauma," *The New England Journal of Medicine*, vol. 298, no. 25, pp. 1389–1392, 1978.
- 6-D. C. Brewster, "Splenosis. Report of two cases and review of the literature," *The American Journal of Surgery*, vol. 126, no. 1, pp. 14–19, 1973.
- 7- M. R. Khosravi, D. R. Margulies, R. Alsabeh, N. Nissen, E. H. Phillips, and L. Morgenstern, "Consider the diagnosis of splenosis for soft tissue masses long after any splenic injury," *American Surgeon*, vol. 70, no. 11, pp. 967–970, 2004.
- 8- A. B. Conway, S. M. Cook, A. Samad, R. Attam, and S. E. Pambuccian, "Large platelet aggregates in endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration of the pancreas and peripancreatic region: a clue for the diagnosis of intrapancreatic or accessory spleen," *Diagnostic Cytopathology*, vol. 41, no. 8, pp. 661–672, 2013.
- 9- H. Yu, T. Li, L. Xia et al., "Intrahepatic splenosis mimicking hepatoma," *BMJ Case Reports*, 2009.
- 10- A. J. Berman, M. P. Zahalsky, S. A. Okon, and J. R. Wagner, "Distinguishing splenosis from renal masses using ferumoxide-enhanced magnetic resonance imaging," *Urology*, vol. 62, no. 4, p. 748, 2003.
- 11- H. Prosch, E. Oschatz, E. Pertusini, and G. Mostbeck, "Diagnosis of thoracic splenosis by ferumoxides-enhanced magnetic resonance imaging," *Journal of Thoracic Imaging*, vol. 21, no. 3, pp. 235–237, 2006.