Solución del caso: Una causa poco frecuente de lesión elevada gástrica.

Viene de la página 7

El resultado de la anatomía patológica fue bazo ectópico intragástrico (Figura 4).

Figura 4. *Anatomía patológica (H+E, 40X): tejido esplénico (flecha) en relación al músculo liso de la pared gástrica (estrella).*

El término "esplenosis" se utiliza para designar al autotransplante heterotópico de tejido esplénico viable luego de un traumatismo o de una cirugía Los bazos autotrasplantados son generalmente múltiples y se localizan en la cavidad peritoneal, menos frecuentemente pueden tener localizaciones extraperitoneales. El sitio más común es el omento mayor, ya que la vascularización del mismo provee condiciones ideales para el desarrollo de neovascularización. En orden de frecuencia siguen la superficie serosa del intestino delgado, el peritoneo parietal, el mesenterio, el diafragma y más raramente, en los casos de trauma severo, los intrahepáticos o intratorácicos. La vascularización de los implantes esplénicos es suministrada por las arterias del tejido circundante, no tienen una forma en particular ni tampoco tienen hilio ni cápsula. La esplenosis debe ser diferenciada de los bazos accesorios, ya que éstos normalmente se encuentran mediales al bazo ortotópico, tienen un hilio vascular y los pacientes no presentan antecedentes de traumatismo.[2]

La mayoría de las personas con esplenosis suelen estar asintomáticas durante años sin necesidad de cirugía, aunque a veces puede manifestarse clínicamente con dolor abdominal, obstrucción intestinal por adherencias o hemorragia digestiva alta o baja.[3] Estos síntomas pueden llevar a una confusión diagnóstica e imitar procesos como endometrosis, tumores primarios, angiomas, linfomas o metástasis, dependiendo de su localización.[4]

Existen muy pocos casos descriptos en los que la esplenosis gástrica haya sido identificada como una masa extrínseca o submucosa en el fundus gástrico, simulando un tumor. En estos casos la erosión de la superficie mucosa puede desencadenar una hemorragia digestiva alta, similar a lo que ocurre en las clásicas lesiones submucosas gástricas, como por ejemplo en el caso de los tumores gastrointestinales (GIST) u otro tipo de tumores. En esta situación el cuadro de hemorragia suele constituir el motivo de consulta, a diferencia de nuestro paciente, donde el hallazgo fue incidental.[5]

Si bien los métodos de diagnóstico por imágenes como la ecografía, la tomografía computada o la resonancia magnética con contraste endovenoso consiguen ser altamente sugestivos de este diagnóstico, puede resultar necesaria una gammagrafía con glóbulos rojos marcados con tecnecio 99 para su confirmación.

Como conclusión resumimos que la esplenosis es una condición clínica que puede pasar inadvertida en muchos pacientes. La localización intragástrica es infrecuente y la mayoría de las veces suele manifestarse con una hemorragia digestiva alta. Ante un hallazgo de una masa intragástrica en un paciente con antecedente de trauma esplénico o esplenectomía, debe sospecharse la posibilidad de esplenosis entre los diagnósticos diferenciales. Su comportamiento similar al tejido esplénico en los métodos por imágenes puede orientar a su diagnóstico.

Referencias

1. Buchbinder J, Lipkoff C. Splenosis: multiple peritoneal implants following abdominal injury. Surgery 1939;6:927-934.
2. Margari A, Amoruso M, D'Abbicco D, Notarnicola A, Epifania B. Massive gastrointestinal bleeding due to splenotic nodule of the gastric wall. A case report. Chir Ital 2008;60:863-865.
3. Martín Arévalo J, Flor Lorente B, Ramos Soler D, Flor Civera B, Calvete Chornet J, Martí Obiol R, Fernández Izquierdo A, Lledó Matoses S. Esplenosis gástrica: causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. Cir Esp 2000;68:271-273.
4. Arroja B, Almeida N, Macedo R, Moreira AP, Oliveira P, Tomé L, Gouveia H, Sofía C. Esplenosis gástrica: una causa rara de hemorragia digestiva. Rev Esp Enferm Dig 2011;103:377-378.
5. Obokhare I, Beckman E, Beck D, Whitlow C, Margolin D. Intramural colonic splenosis: a rare case of lower gastrointestinal bleeding. J Gastrointest Surg 2012;16:1632-1634.