

SECCION DE IMAGENES

HEMANGIOMA Y PSEUDOQUISTE ESPLENICO

- * Dr. Heriberto Rodríguez Bonet
- * Dr. Darío de los Santos
- * Dra. Juana Pimentel
- * Dra. Santa Marta Díaz F.
- * Dra. Ivelisse Silfa

RESUMEN

Reportamos el caso de una paciente de 17 años de edad, portadora de un hemangioma y pseudoquiste esplénico cuyo hallazgo fue casual en una tomografía axial computarizada de abdomen, dirigida a evaluar una malformación congénita de vías urinarias, consistente en una duplicación del uréter derecho, la cual se había complicado con una obstrucción.

Hemangioma esplénico Pseudoquiste

ABSTRACT

We report the case of a patient 17 years old, who has a splenic hemangioma and pseudocyst, that was found by coincidence in an abdominal C.A.T. scan indicated in order to evaluate a congenital malformation of the urinary tract, which consisted of a duplication of the right ureter which was complicated with an obstruction.

Splenic hemangioma Pseudocyst

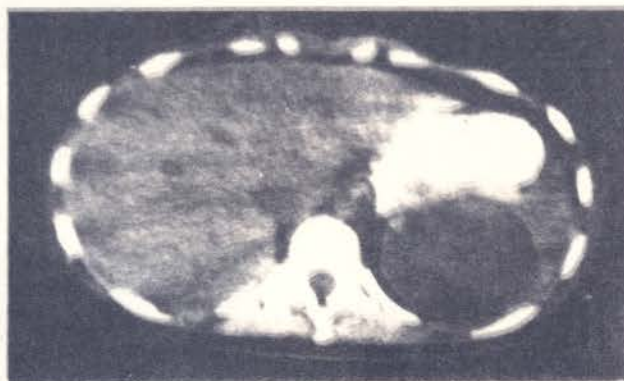


FIGURA No.1. Se observa masa redondeada de elevada atenuación en el bazo, la cual no toma el medio de contraste y presenta pequeñas áreas de calcificaciones en su pared, teniendo un tamaño de 10x7cm., la cual se diagnostica como quiste esplénico.

HEMANGIOMA Y PSEUDOQUISTE ESPLENICO EN UNA PACIENTE

El hemangioma es la neoplasia primaria más frecuente del bazo; se presenta en forma de nódulos pequeños, que generalmente se descubren en la autopsia, o como formaciones cavernosas grandes que pueden originar gran aumen-

to del órgano,¹ pudiendo ser homogéneamente sólida o presentar múltiples espacios quísticos de tamaños variables dentro de una masa tumoral sólida.² Es posible sugerir dicho diagnóstico cuando un paciente asintomático se nos presenta con una masa esplénica, particularmente si hay evidencia de calcificación y cambios quísticos de la lesión.³

En nuestro medio la ayuda de algunos estudios como son la urografía, angiografía, ultrasonido y tomografía axial computarizada pueden contribuir a definir la localiza-

(*) Del Centro de Otorrinolaringología y Especialidades. Santo Domingo, República Dominicana.

ción y varias características morfológicas de una masa en el cuadrante superior izquierdo; se puede comprobar si la masa es focal, unilocular, compuesta de líquido homogéneo, si hay hipo o hipervascularidad, si hay o no calcificaciones,⁴ y si son centrales o de periferia curvilínea.⁵⁻⁶

La ausencia de síntomas en el hemangioma esplénico se atribuye al crecimiento lento del tumor.⁷ Se ha reportado anemia hemolítica microangiopática y consumo de los factores de la coagulación secundarios a la patología esplénica,⁸ y en asociación con hemangiomas grandes, debido probablemente a secuestro de células rojas y plaquetas y al consumo de factores de la coagulación.⁹⁻¹⁰ Han sido además demostrados casos de esplenomegalia, lesiones óseas, petequias y otros desórdenes de origen vascular relacionados a hemangiomatosis, considerados éstos como de origen congénito.¹¹

Los quistes esplénicos congénitos no parasitarios son poco frecuentes y son fácilmente confundidos con otros casos de esplenomegalia o masas malignas de órganos adyacentes o del retroperitoneo. Los quistes verdaderos son generalmente epidermoides y se cree que son congénitos, los secundarios o falsos resultan de degeneración quística de infartos a hematomas, 80% son hemorrágicos o serosos¹²⁻¹³ y cerca del 9% de éstos contienen calcio. El diagnóstico de los quistes raramente se hace por la historia y por el examen físico.

El quiste traumático esplénico es uno de los diagnósticos de elección cuando se encuentra una masa en el hipocondrio izquierdo; no es raro que el paciente niegue la historia de trauma abdominal reciente, pero una historia clínica bien realizada puede recoger el antecedente de trauma lejano. El pseudoquiste pancreático, el absceso esplénico, la esplenomegalia causada por una neoplasia infiltrativa están entre los posibles diagnósticos diferenciales.¹⁴⁻¹⁵ Hay que pensar además en enfermedades multisistémicas sólidas tales como el linfoma, en las leucemias, enfermedades de Gaucher y otras que producen esplenomegalia difusa como los sarcomas vasculares en los quistes parasitarios como el equinococo,¹⁷ el cual es raro en nuestro medio y aunque se debe señalar el hematoma

esplénico, generalmente es más fácil de diferenciar por los antecedentes, la clínica y los estudios de imagen.¹⁸

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente R.M., femenina de 17 años de edad, de ocupación estudiante; estado civil soltera, la cual es ingresada el 12-11-1988 en el Centro de Otorrinolaringología y Especialidades de Santo Domingo por presentar dolor en flanco derecho, molestia que ya antes había presentado en tres ocasiones en el curso de dos años. No refiere síntomas acompañantes y niega antecedentes patológicos.

El examen físico sólo revela como dato de interés la presencia de puño percusión positiva en fosa lumbar dere-

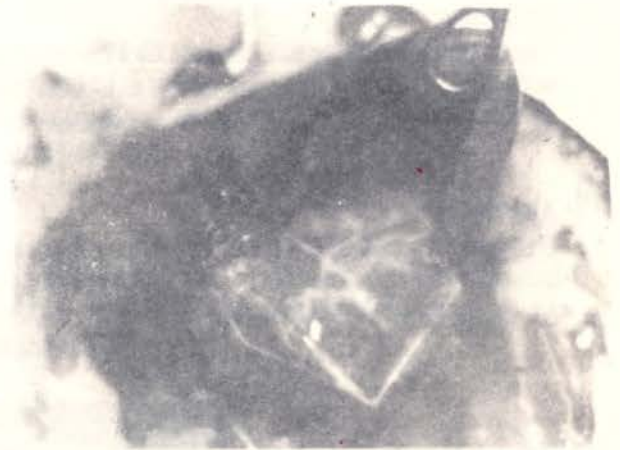


FIGURA No.3. Se observa el bazo con la formación quística que ha sido abierta (pseudoquiste esplénico).



FIGURA No.4. La sección microscópica revela bazo en el cual se observa la cápsula de revestimiento (tejido fibroso). Subyacente a dicha cápsula se aprecia una proliferación de vasos sanguíneos de diferentes formas y tamaños, caracterizados porque están revestidos de células endoteliales. El estroma es escaso. Diagnóstico: 1) Pseudoquiste esplénico. 2) Hemangioma esplénico.



FIGURA No.2. Se observa el bazo extirpado aumentado de tamaño a expensa de una formación redondeada en uno de sus polos (pseudoquiste esplénico).

cha; los análisis de laboratorios realizados son reportados como normales, salvo el examen de orina en que aparece hematuria microscópica.

Mediante urografa descendente y pielografía retrógrada se confirma la presencia de obstrucción ureteral derecha y duplicación pielo-ureteral del mismo lado.

Al realizarle estudios complementarios aparece como hallazgo incidental en una tomografía axial computarizada de abdomen, una masa redondeada de elevada atenuación en el bazo, la cual no toma el medio de contraste, de unos 10x7 cm y que presenta pequeñas áreas de calcificaciones en su pared (Fig. No.1), la cual fue diagnosticada como quiste esplénico.

Ante este encuentro, al interrogar y revalorar la paciente, ésta niega el antecedente lejano de trauma, viaje al exterior o molestias abdominales; el examen físico no aporta datos de interés en ese sentido. Se decide corregir en esa ocasión su afección de vías urinarias y posteriormente, en un segundo tiempo, la afección esplénica.

El día 17-11-1988 se le realizó en el referido centro asistencial una ureteroneocistostomía doble, pielón inferior derecho, evolucionando satisfactoriamente. Se le da de alta a los siete días y se acuerda, previas recomendaciones de lugar, realizar la segunda cirugía dos meses después. Por razones escolares la paciente luego de asistir a chequeos periódicos, acude con fines de tratamiento quirúrgico seis meses después y el día 11-7-1989 se realizó laparatomía con abordaje subcostal izquierdo, encontrándose en el bazo una masa de consistencia blanda, redondeada de unos 12x8 cm. (Fig. No.2), ubicada en el polo inferior del bazo con el resto del órgano de consistencia dura a la palpación, por lo que procedimos a realizar esplenectomía total.

La evolución fue satisfactoria y le dimos de alta al cuarto día de postoperatorio.

COMENTARIO

Aunque habíamos planificado una esplenectomía parcial, esta idea y la de realizar pequeños cortes para injerto del bazo fue abandonada en el transquirúrgico por la consistencia de la parte restante del órgano que nos hizo pensar en la posibilidad de un proceso neoplásico.

Al corte de la pieza quirúrgica (Fig.No.3), observamos la presencia de un líquido de amarillo a verdoso, contenido en la masa quística y el resto formado por un bazo de aspecto tumoral.

REPORTE ANATOMO-PATOLOGICO

La pieza de la esplenectomía tenía las medidas 16x86 cm. Era una cavidad unilocular, de superficie interna gris blanquecina, con bandas blanquecinas en la pared que medían 0.2 cm. (El quiste fue abierto antes de enviarlo al patólogo.)

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Las secciones muestran bazo, en el que se observa una pared pseudoquística formada por un tejido fibroso denso muy colagenizado, sin revestimiento epitelial.

Por debajo de la cápsula existe una proliferación de canales vasculares como capilares llenos de eritrocitos, el endotelio que lo reviste es igual al de los capilares normales; el resto del tejido es pulpa esplénica de aspecto normal.

DIAGNOSTICO:

- a) Hemangioma capilar del bazo.
- b) Pseudoquiste esplénico.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Anderson, WAD: Patología, Edit. Intermedia, Buenos Aires, Vol.II, 5ta. edición, pp. 1348-1350, 1968.
2. Manor A., Starynsky R. et al: Ultrasound features of a symptomatic splenic hemangioma. JCU, 12: 95-97, 1984.
3. R. Ros, Pablo Moser, Ricard et al: Hemangioma of the spleen: Radiologic-pathologic correlation in ten cases. Radiology, 162: 73-77, JAN, 1987.
4. Idem, p.73.
5. Idem, pp. 73-77.
6. Wright, F.W., y Williams, E.: A large post-traumatic cyst diagnosed by radiology isotope scintigraphy and ultrasound. Br. J. Radiology 47: 454-456, Aug. 1974.
7. Segal I., Fancourt NW, et al: Cavernous haemangiomas of the spleen: A case report. S. Afr. Med. J., 55: 637-638, 1977.
8. Young, Lionel W.: Skeletal and splenic hemangiomatosis with consumption coagulopathy. Response to splenectomy. Radiology, Vol. 122:284, 1977.
9. Shamberger J.N., Tanaka et al: Chronic consumption coagulopathy due to hemangiomatosis transformation of the spleen. Am. J. Cl. Pathologic, 1971, 56: 723-739.
10. Warrell RP, Kempin SJ, et al: Intratumoral consumption of Indium-111 labeled platelets in a patient with hemangioma and intravascular coagulation. Cancer, 52:2256-2260, 1983.
11. Idem, p.284, 1977
12. Tager, Stephen N.: The spleen. Radiology, Vol.101, 734, 1971.
13. Bron, K. and Hoffmen: Preoperative diagnosis of splenic cyst. Radiology, Vol.101, 734, 1971.
14. MAJ Michae, J.; Faer, LTC Richard et al: Traumatic splenic cyst. Radiology 134: 373, 1970.
15. Doust BD; Quiroz F., Stewart JM: Ultrasonic distinction of abscesses from other intra-abdominal fluids collections. Radiology 125: 213-218. Oct. 1977.
16. Idem., Vol.134, 2: 371, 1980.
17. Martínez Díez, Ubieta Mariñez y col.: Hidatidosis esplénica. Revisión y aportación de 6 nuevos casos. Rev. Esp. Enf. Ap. Digest., 68, 1:37, 1985.
18. Asher WM, Parvins, Virgilio RW et al: Echographic evaluation

Pounders, C.M., y Col.: Infantil cortical hiperostosis, so treatment with hormones. *J. Pediat.* 47, 157, 1955.

Stowwens, D.: *Pediatric Pathology*. The Williams & Wilkins. Edit. Baltimore, 1973.

Jackson, D.R. y Col.: "Infantil cortical hiperostosis". *J. Bone Joint Surg.*, 61: 770, 1979.

Yousedzdeh, D.K. y Col.: "Infantil cortical hiperostosis". Caffey. Disease, Involving Two Cousins. *Skeletal Radial.* 14: 141, 1979.

Pou J. y Col.: Hiperostosis cortical infantil, a propósito de

un caso con manifestaciones poco frecuentes. *An. Esp. de Ped.* 110: 769, 1977.

Alvarez Berciano, F. y Col.: Hiperostosis cortical infantil: *Bol. Soc. Cost. Ast. León. Pediat.* 21: 47- 1980.

Fraud, L. y Col.: Infantil cortical hiperostosis. *Arch. Dis. Child.* 51:580, 1976.

Langewisch, N.H.: Infantile cortical hiperostosis. Occurrence a mother and daughter. *Pediat.* 87:323, 1975.

Schaffer, A.J., y Avery, M.E.: *Enfermedades del recién nacido*. Editora Científico-Técnica, 4ta. edición. La Habana, 1981. pp. 864-866.