

Estudio de un paciente con esplenomegalia: a propósito de un caso

Laura Moreno Pérez^a, José David Blázquez Alcázar^a, Marta Bautista Oropesiano^a, Jesús Díaz Aguado^b y Ramón Orueta Sánchez^b

^a Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo (España).

^b Médico de Familia. Centro de Salud de Sillería. Toledo (España).

Correspondencia: Laura Moreno Pérez. Centro de Salud de Sillería. C/ Sillería, 2. C.P. 45001 – Toledo (España).
Correo electrónico: l.morenop87@gmail.com

Recibido el 6 de mayo de 2019.
Aceptado para su publicación el 27 de agosto de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

El crecimiento patológico del bazo se denomina esplenomegalia. Su detección supone un reto en las consultas de Atención Primaria por el amplio abanico de posibilidades diagnósticas que supone, siendo las principales causas a descartar: infecciosas, tumorales y hematológicas. En nuestro trabajo presentamos un paciente varón de mediana edad que acude a consulta por vez primera porque presenta una tumoración abdominal palpable y no dolorosa de larga evolución. Su diagnóstico se basa en la obtención de imagen a través de alguna prueba de imagen para confirmar la presencia de esplenomegalia, siendo la ecografía la técnica de elección en Atención Primaria. Mediante la sospecha clínica y la realización de la ecografía en consulta llegamos al diagnóstico clínico.

PALABRAS CLAVE: Bazo. Esplenomegalia. Ultrasonido.

ABSTRACT

Study of a splenomegaly: a case report.

The pathological growth of the spleen is called splenomegaly. Its detection is a challenge in Primary Care due to the wide range of diagnostic possibilities involved, including as the main causes to be ruled out: infections, tumors, and hematological causes. We present the case of a middle-aged male patient who seeks care for the first time because he presents a palpable, painless abdominal lump of long evolution. The diagnosis is based on imaging tests to confirm the presence of splenomegaly, with ultrasound as the technique of choice in Primary Care. Clinical suspicion and ultrasound testing in the office lead to clinical diagnosis.

KEY WORDS: Spleen. Splenomegaly. Ultrasound.

INTRODUCCIÓN

El bazo es un órgano localizado en el hipocondrio izquierdo. Su crecimiento patológico se denomina esplenomegalia. A pesar de ser síntoma de una variedad de enfermedades, en España no se dispone de estudios ni de causas ni de frecuencia de esplenomegalia ni en el ámbito de la Atención Primaria ni en pacientes hospitalizados. Sin embargo, las enfermedades hematológicas se asociaron de manera significativa con la presencia de esplenomegalia masiva siendo las enfermedades parasitarias la principal causa de esta dolencia en países en desarrollo^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Acude a consulta un paciente varón de 56 años de edad que refiere una tumoración palpable y no dolorosa de localización abdominal de varios años de evolución sin asociar otra sintomatología. Se trata de un paciente varón de 56 años de edad, natural de Rumanía que vive en España desde hace 2 años, sin antecedentes de interés salvo un episodio de tromboflebitis superficial hace 2 años tratado con heparina de bajo peso molecular, consume 10 g / día de alcohol y no toma ningún medicamento de forma habitual.

Acude a consulta refiriendo que desde hace varios años se nota una masa en el abdomen sin ningún síntoma ni signo asociado. Interrogado de forma específica niega fiebre, pérdida de peso, astenia, alteración del ritmo intestinal y síntomas urinarios.

La exploración física general es normal exceptuando una masa que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo de borde regular, consistencia blanda y no dolorosa a la palpación, y hepatomegalia de 2 traveses de dedo no dolorosa a la palpación.

Ante estos hallazgos se realiza una ecografía abdominal en el centro de salud confirmándose la hepatomegalia descrita y estableciéndose el diagnóstico de esplenomegalia (ecográficamente es definida como “esplenomegalia gigante con presencia de micronódulos, compatibles con microcalcificaciones intraesplénicas, adquiriendo patrón en cielo estrellado”) de la masa existente en el hemiabdomen izquierdo.

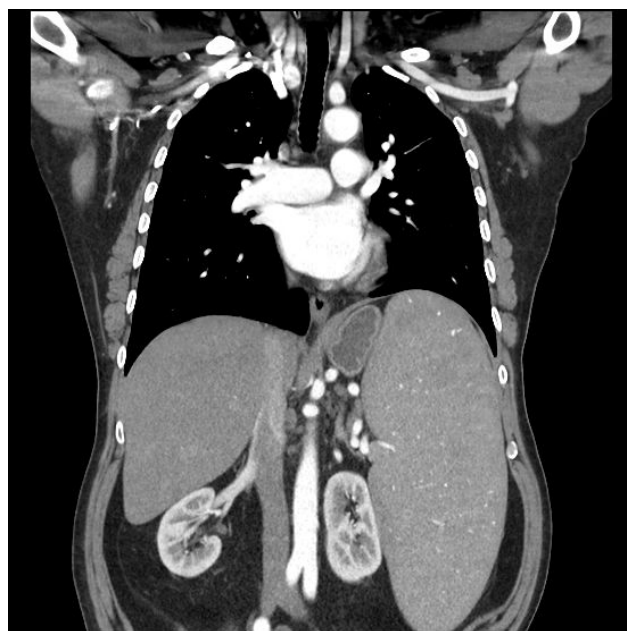
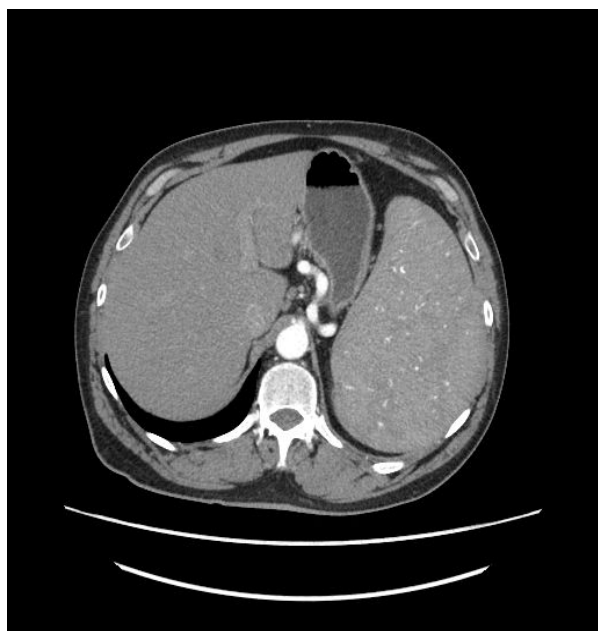
Establecida la presencia de esplenomegalia, deben plantearse las posibles causas de la misma. La Tabla 1 recoge las distintas etiologías potencialmente causantes de dicho proceso.

Con los datos disponibles hasta este momento no se pudo establecer una orientación diagnóstica, por lo que se procedió a la solicitud de una analítica de sangre (sistemático de sangre, bioquímica general y hepática, estudio de coagulación y la serología disponible en el petitorio del centro) y se derivó de forma preferente al servicio de Medicina Interna.

En la analítica de sangre destacó una linfocitosis de 60.000 con una leve plaquetopenia, siendo el resto de parámetros normales. Desde el servicio de Medicina Interna solicitaron tomografía computarizada (TC) para completar estudio siendo negativo el estudio de extensión (Figura 1) y biopsia de médula ósea, llegando a un diagnóstico final de síndrome linfoproliferativo tipo leucemia linfocítica crónica (LLC), motivo por el que fue derivado al servicio de Hematología, desde donde se propuso mantener una actitud conservadora sin pautar tratamiento alguno al encontrarse el paciente clínicamente estable y asintomático. No fue posible realizar el seguimiento evolutivo del paciente dado que una vez establecido el diagnóstico el paciente volvió a su país de origen.

Causas	Patologías
Infecciosa	Aguda: virus de Epstein-Barr, hepatitis, endocarditis, psitacosis
	Crónica: tuberculosis, paludismo, brucelosis, kala-azar, sífilis
Inflamatoria	Sarcoidosis, amiloidosis secundaria, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Felty
Congestiva	Cirrosis, trombosis, malformaciones vasculares
Hematológica infiltrativa	Leucemia (mieloide crónica, linfocítica crónica), linfoma, policitemia vera, trombocitopenia, mielofibrosis
Hematológica	Anomalías estructurales de los eritrocitos: esferocitosis
	Hemoglobinopatías: talasemia mayor, anemia hemolítica
	Enzimopatía eritrocítica
Enfermedad de depósito	Lipoidea: enfermedad de Gaucher, Niemann-Pick
	No lipoidea: enfermedad de Letterer-Siwe
Traumatismo	Hematomas
Estructural	Quiste esplénico

Tabla 1. Etiología de la esplenomegalia (modificada de referencia 1)



Figuras 1. Tomografía computarizada tóraco-abdominal donde se aprecia la esplenomegalia del paciente

DISCUSIÓN

El bazo es un órgano localizado en el hipocondrio izquierdo, con un peso aproximado en el adulto de 150 gramos y un volumen de 300 ml; forma parte del sistema inmunitario y sus funciones principales son actuar como “filtro fagocítico” y participar en la formación de anticuerpos. Las alteraciones en el bazo tienen una etiopatogenia diversa: origen infeccioso o inmunológico que produce destrucción de hematíes, hipertensión portal, lesiones expansivas benignas y malignas o procesos infiltrativos².

La esplenomegalia es un crecimiento patológico del bazo³. Su presencia representa un reto diagnóstico al poder ser consecuencia de múltiples etiologías (Tabla 1), destacando, por su frecuencia las enfermedades inflamatorias, las infecciosas, las hematológicas y/o tumorales y las congestivas, muchas de ellas potencialmente graves^{1,2,4}. Las esplenomegalias “gigantes” tienden a indicar la presencia de patologías mieloproliferativas o infecciosas como la leishmaniosis⁴.

El estudio de una esplenomegalia debe iniciarse con la realización de una anamnesis completa que incluya síntomas producidos por el crecimiento del órgano (principalmente dolor en el hipocondrio izquierdo), los derivados del hiperesplenismo (síntomas asociados a la alteración de las tres series hematológicas) y otros síntomas que puedan ayu-

dar en la orientación diagnóstica (fiebre, pérdida de peso, artralgias, prurito...). Seguidamente se debe proceder a la realización de una exploración física exhaustiva siendo prioritario la exploración abdominal, la búsqueda de adenopatías en las distintas cadenas y la búsqueda de signos de patología crónica congestiva hepática y cardíaca (ascitis, edemas...)².

Entre las pruebas complementarias, estaría indicado inicialmente realizar alguna prueba de imagen para confirmar la presencia de esplenomegalia, siendo la ecografía la técnica de elección en atención primaria que puede ser completada con otras técnicas (TC/RM) en caso necesario^{2,5,6}. Posteriormente o de forma paralela se deberá realizar el estudio etiológico: sistemático de sangre, estudio de coagulación, bioquímica general (incluyendo perfil hepático), perfil férrico, PCR, ANAs, pruebas serológicas y antigénicas (hepatitis, mononucleosis infecciosa) radiografía de tórax y otras pruebas según la orientación diagnóstica con los datos obtenidos en la anamnesis y exploración física.

El tratamiento y seguimiento dependerá del diagnóstico etiológico. En el caso presentado se trataba de una LLC que, en el momento actual, al encontrarse clínicamente estable y asintomático, el servicio de Hematología propuso mantener una actitud conservadora sin recibir tratamiento alguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaushansky K, Lichtman MA, Prchal JT, Levi MM, Press OW, Burns LJ et al. *Williams Hematology*. 9th edition. McGraw-Hill Education. 2016.
2. Noguero M, Ramírez C. Esplenomegalia. *AMF*. 2015; 11 (11): 623-31.
3. Brown NF, Marks DJB, Smith PJ, Bloom SL. Splenomegaly. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2011; 72: M166-9.
4. Schrier SL, Mentzer WC, Tirnauer JS. Approach to the adult patient with splenomegaly and other splenic disorders. In: *UpToDate 2019* [acceso 27 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
5. Salcedo Joven I, Segura-Grau A, Díaz Rodríguez N, Segura-Cabral JM. Ecografía de bazo y retroperitoneo. *Semer-gen*. 2016; 42 (6): 395-401.
6. Sánchez IM, Vegas T, Alonso R, Domínguez D, Guerrero FJ, Rico MC et al. Utilidad de la ecografía clínica abdominal en medicina de familia (1): hígado, vías biliares y páncreas. *Aten Primaria*. 2018; 50 (5): 306-15.