

Cartas al Director

Esplenomegalia asintomática por hemangioma esplénico

Sr. Director:

Los tumores primitivos del bazo son relativamente raros. De ellos, los hemangiomas son los más frecuentes. Su incidencia en autopsias varía entre el 0,03 y el 14% (1). Su crecimiento es lento y pueden ser únicos o múltiples (hemangiomatosis). Los pequeños suelen ser asintomáticos y los mayores generalmente ocasionan clínica gastrointestinal (diarrea, estreñimiento, dolor en hipocondrio izquierdo) y, excepcionalmente, disnea por derrame pleural (2,3). La principal y más importante complicación que pueden originar es la rotura espontánea del bazo (25% de los casos reportados), habitualmente en los de gran tamaño. No tienen potencial maligno. Según su histología pueden ser divididos en dos formas: capilar y cavernoso. Los cavernosos que afectan a una amplia parte del bazo pueden ser causa de hipertensión portal, trombocitopenia o pancitopenia, hipofibrinogenemia y coagulación intravascular localizada (síndrome de Kasabach-Merritt) (4) alteraciones que ceden con la esplenectomía. Al examen microscópico se observa que están formados por canales vasculares lineales de una sola capa endotelial.

Paciente de 89 años sin antecedentes patológicos de interés que ingresa por disnea progresiva en los últimos meses siendo ahora de mínimos esfuerzos y con edemas vespertinos en ambas EEII. No refiere dolor torácico ni abdominal, ni otra sintomatología cardiológica, respiratoria o digestiva asociada. La exploración física revela un buen estado general con ingurgitación yugular a 45 grados, respiratorio normal, ruidos cardíacos apagados y rítmicos a 85 p.m. Reflujo hepato-yugular sin hepatomegalia. Se palpa una esplenomegalia indolora que llega a cresta ilíaca. Leves edemas en EEII. La analítica hemograma, bioquímica sistemática, pruebas hepáticas, CPK1 amilasas y estudio de coagulación) es normal. La radiología simple sólo constata cardiomegalia grado II y esplenomegalia. Ecografía abdominal: colelitiasis, esplenomegalia de unos 15 cm con lesión hiperecogénica redonda, homogénea y de límites precisos. TAC abdominal (Fig. 1): colelitiasis, quiste renal izdo., dilatación leve de la vena porta y esplenomegalia con dilatación de la vena esplénica (1,4 cm) y una masa de 5x3,8 cm de morfología ovalada, que se observa mejor tras la administra-

ción de contraste, bien definida, hipodensa respecto al parénquima circundante, que en cortes tardíos iguala su densidad a la del resto del parénquima esplénico, siendo prácticamente diagnóstico de hemangioma esplénico. Tras mejorar el paciente de su insuficiencia cardíaca es remitido a su domicilio sin tomar ninguna otra actitud respecto al hemangioma debido principalmente a la avanzada edad del paciente y a la ausencia de sintomatología.

Las causas de esplenomegalia son muy numerosas. Dentro de ellas ocupa una pequeña parte la correspondiente a los tumores, siendo las neoplasias vasculares primitivas las más frecuentes. El diagnóstico suele hacerse mediante ecografía o TC abdominal. El estudio histológico solamente es necesario en algunos casos aislados.

La ecografía suele mostrar una lesión de aspecto sólido, homogéneo, sin sombra posterior ni refuerzo periférico y, ocasionalmente con calcificaciones en su interior (5). Los principales problemas de diagnóstico diferencial se plantean con las metástasis, infartos esplénicos, linfomas y abscesos. Las metástasis esplénicas son raras, los tumores primarios más frecuentes se localizan en pulmón, mama, estómago y ovario; su patrón predominante es hipoecoico (6,7). Los infartos espléni-



Fig. 1. TAC abdominal (descripción en el texto).

cos ocurren a menudo en síndromes mieloproliferativos y endocarditis sépticas en la fase aguda suelen mostrarse como lesiones hipoeogénicas irregulares con alta tendencia a la cicatrización típica. Los linfomas malignos también son lesiones predominantemente hipoeogénicas y que causan destrucción del parénquima esplénico. Los abscesos incluyen un patrón anecoico líquido o mixto. En casos de duda puede ser de gran ayuda la ecografía doppler-color que muestra la vascularización interna del tumor y cambios típicos en el flujo vascular al comprimir y descomprimir sobre la zona 8) (las otras lesiones suelen ser avasculares). La TC revela patrones similares con una característica hiperdensidad progresiva al administrar el contraste 5). La RM también origina imágenes hiperdensas en T2 9). Generalmente se recomienda la realización de biopsia en las lesiones hipoeoicas o hipodensas sugerentes de malignidad.

El tratamiento de elección es la esplenectomía principalmente para evitar el riesgo de rotura esplénica.

**J. C. Borrego Galán, M^a V. Domínguez Rodríguez,
P. Rivas López***

*Sección de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Benavente.
Zamora. *Hospital Clínico Universitario de Salamanca*

1. Ros PR, Moser RP, Dachman AH, Murai PJ, Olmsted WW. Hemangioma of the spleen: radiologic-pathologic correlation in ten cases. *Radio-logy* 1987; 162: 73-77.
2. Herdegen JJ, Bone RC. Dyspnea of the 2-weeks' duration and left pleural effusion in a previously healthy 50-year-old woman. *Chest* 1993; 104(4): 1264-1266.
3. Disler D, Chew F. Splenic hemangiomas. *AJR* 1991; 157: 44.
4. Tassies D, Berga L, Feliu E, et al. Hemangioma cavernoso del bazo con síndrome de coagulación intravascular localizada síndrome de Kasabach-Merritt). Estudio ultraestructural. *Sangre (Barc)* 1992; 37(2): 145-149.
5. Bail JP, Menut P, Audivot T, Leal T, Volant A, Charles JF. Cavernous hemangioma of the spleen: values and limitations of ultrasonic and computed tomographic diagnosis. *Ann Chir* 1994; 48(4): 370-373.
6. Goerg Ch, Schwerek W, Goerg K. Sonography of focal lesions of the spleen. *AJR* 1991; 156: 949-953.
7. Adil A, Ousehal A, Abdelouafi A, Kadiri R. Apport de l'échographie dans les lésions circonscrites de la rate. A propos de trente-huit cas. *Ann Radiol Paris* 1994; 37(4): 259-266.
8. Goerg C, Schwerek W. Color doppler imaging of focal splenic masses. *Eur J Radiol* 1994; 18(3): 214-219.
9. Pui MH, Ellis JV. Magnetic resonance imaging of splenic hemangiomas. *Can Assoc Radiol* 1994; 45 (3): 225-227.