

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 1 (75-78), 2008

BAZO SUPERNUMERARIO SIMULANDO UN TUMOR RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jorge Planelles Gómez, Adolfo Brizuela Dolz, José Ramón Beltrán Armada, Manel Beamud Cortés, Teresa Pastor Navarro y Manuel Gil Salom.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar un caso de bazo ectópico simulando un tumor renal. Hacemos una revisión de la etiopatogenia, diagnóstico y del tratamiento.

MÉTODO: Presentamos a una paciente de 54 años esplenectomizada que se le detecta incidentalmente mediante una ecografía una masa en polo superior del riñón izquierdo simulando un tumor renal.

RESULTADOS: Tras la realización de un TAC, y bajo la sospecha de neoplasia renal, se le practicó tumorectomía de la lesión observándose en el diagnóstico histológico posterior pieza compatible con bazo supernumerario.

CONCLUSIONES: Resaltamos la importancia de incluir las pseudomasas de origen esplénico dentro del diagnóstico diferencial de los tumores renales, suprarrenales y retroperitoneales izquierdos. Destacamos la importancia del TAC como técnica de elección y de la gammagrafía como estudio complementario. Apuntamos la actitud conservadora como la más idónea en los casos de pseudomasa de origen esplénico asintomática

Palabras clave: Bazo accesorio. Pseudomasa renal. Ectopia esplénica.

Summary.- OBJECTIVE: Report one case of ectopic spleen simulating a renal tumor. We performed a review of etiopathogenesis, diagnosis and treatment.

METHODS: We present the case of a 54-year-old splenectomized female patient with the incidental diagnosis on ultrasound of a left kidney upper pole mass simulating a renal tumor.

RESULTS: After the performance of CT scan, and with the suspicion of renal neoplasia, the patient underwent tumorectomy with the pathologic diagnosis of the specimen compatible with supernumerary spleen.

CONCLUSIONS: We emphasize the importance of including pseudo masses of splenic origin in the differential diagnosis of left renal, adrenal and retroperitoneal tumors. We emphasize the importance of CT scan as the imaging test of choice, and gammagraphy as a complementary test. We point out conservative attitude as the most suitable in cases of asymptomatic pseudomass of splenic origin.

Keywords: Accessory spleen. Renal pseudomass. Splenic ectopia.

INTRODUCCIÓN

La presencia de tejido esplénico heterotópico es una entidad rara, y su diagnóstico se produce incidentalmente, sobre todo, tras la realización de estudios de imagen o en autopsias (1).

Rara vez son sintomáticos, pero cuando adquieren significación clínica pueden presentarse como un dolor abdominal inespecífico debido al efecto masa o a la torsión de su pedículo vascular, o incluso como alteraciones hematológicas (2).

Pueden presentarse también como diversos procesos urológicos, entre ellos la simulación de masas renales, suprarrenales o retroperitoneales (1-3). Por tanto hay

Correspondencia

Jorge Planelles Gómez
Gran Vía Ramón y Cajal 5, 21
46007 Valencia. (España).
jorge_planelles@yahoo.es

Trabajo recibido: 3 de mayo 2007

que tener en cuenta a esta entidad ante la presencia de masas renales izquierdas ya que pueden evitar la realización de nefrectomías innecesarias (1-5).

Presentamos el caso de una paciente que se le detectó incidentalmente una masa renal izquierda, que posteriormente se le diagnosticó de bazo supernumerario, simulando un tumor en polo superior del riñón izquierdo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años a la que durante el estudio, por parte del servicio de nefrología, a causa de una hipercalcemia, se le detecta incidentalmente mediante una ecografía, una tumoración de 52 x 52 mm en polo superior de riñón izquierdo de baja ecogenicidad, bien delimitada, homogénea, localizada en la cortical y con vascularización propia al Doppler (Figura 1).

Como antecedentes personales destaca que fue esplenectomizada hacía 23 años por Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

A la exploración física, la paciente presenta un abdomen blando y depresible sin masas ni megalias y con cicatriz de laparotomía media. Fosas renales libres y no dolorosas.

Con la sospecha de tumor renal, se solicitó una analítica completa de sangre, cuyos resultados estaban dentro de los parámetros de la normalidad, y un TAC abdomino-pélvico que informaron de lesión de 58 x 54 mm localizada en polo superior de riñón izquierdo, con una captación homogénea de contraste, sin cápsula ni calcificaciones. No se observaba invasión de las paredes o de las estructuras vecinas. No adenopatías,

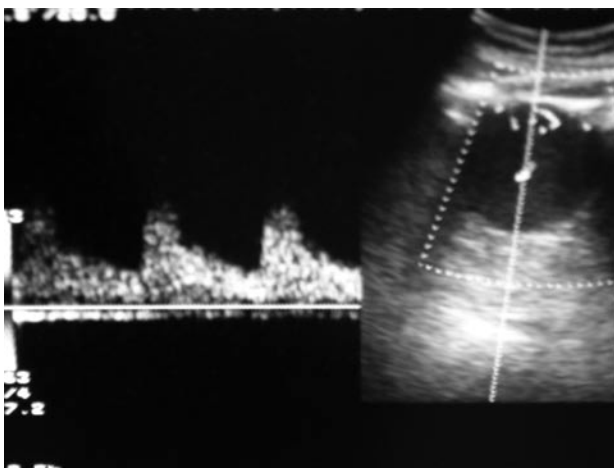


FIGURA 1. Tumor en riñón izquierdo con flujo Doppler.

invasión vascular ni metástasis hepáticas o suprarrenales (Figura 2).

Se programa para nefrectomía radical versus tumorectomía. Durante la intervención se constata la presencia de una masa retroperitoneal de unos 5 cm de diámetro con aspecto esférico en polo superior del riñón izquierdo pero independiente del mismo, con pedículo vascular propio e individualizado.

Se realizó tumorectomía con un resultado en la anatomía patológica de la pieza quirúrgica de bazo supernumerario o accesorio.

DISCUSIÓN

Dentro de las pseudomasas de origen esplénico hay que distinguir entre bazo ectópico, esplenosis y bazo supernumerario o accesorio.

El bazo ectópico es de carácter congénito y se debe al mal desarrollo o a la ausencia de desarrollo de los ligamentos frenoesplénico y gastroesplénico. Suele presentarse en mujeres de edades entre 20 y 40 años, y antes de la localización perirrenal, es más frecuente en el hilio esplénico (1,2). También puede aparecer en los testículos, sobre todo el izquierdo por la proximidad de los esbozos genital y esplénico durante la embriogénesis produciendo la fusión esplenogonadal (1,2,6).

El término esplenosis se describió por primera vez en 1939 (3), y se refiere a la implantación de células esplénicas en localización heterotópica tras rotura del bazo bien por causas traumáticas o quirúrgicas (1-5). Es una entidad rara, aunque se cree que está infradiagnosticada. Los lugares más frecuentes de implantación son



FIGURA 2. Masa en riñón izquierdo con captación homogénea de contraste.

el intestino, epiplon, peritoneo parietal o diafragma. La presencia de esplenosis renal es rara (2,3).

El bazo supernumerario o accesorio, es una entidad más frecuente que se encuentra entre el 10-44% de las autopsias. Su origen es congénito y se produce por la falta de fusión de los esbozos esplénicos (1,3). De ahí se explica la presencia un bazo en su localización habitual al mismo tiempo que un tejido esplénico en localización heterotópica(2).

La esplenosis, sobre todo, se diferencia de las otras dos entidades en que el autotrasplante de tejido esplénico puede hacer que existan, múltiples pequeños implantes de forma y cápsula irregulares, sesiles y en cualquier localización. Mientras que los bazos accesorios son de mayor tamaño y no suelen ser más de seis. Recuerdan a unos bazos en miniatura, pediculados. Se diferencian también en su vascularización, ya que en el supernumerario suele ser una rama accesorio de la arteria esplénica, mientras que en la esplenosis, los implantes se nutren de los tejidos circundantes (2,3).

Estas pseudomasas de origen esplénico, en la mayoría de los casos, son asintomáticas, y se presentan como hallazgos descubiertas por técnicas de imagen o en autopsias. No obstante, pueden generar clínica de dolor abdominal debido a la torsión del pedículo vascular, por efecto masa de la esplenomegalia, y, en casos extremos, un abdomen agudo por la hemorragia tras rotura traumática del tejido esplénico (1,2). Además, este tejido esplénico heterotópico, e incluso las esplenosis cuando alcanzan un volumen de 20-30 cm³, pueden conservar sus funciones hematológicas (2,3). Pero la presentación clínica que más interesa a la urología es la simulación de tumoraciones renales, suprarrenales o retroperitoneales izquierdas.

El diagnóstico se basa en las técnicas de imagen. La ultrasonografía nos puede hacer sospechar al identificar las masas sólidas bien delimitadas en el riñón, así como su pedículo vascular mediante la Eco-Doppler. Además es útil para el seguimiento y la detección de posibles complicaciones como hemorragias o torsiones del pedículo. El problema es que no nos permite distinguir entre otras patologías más habituales en esa localización (1,2).

La técnica por excelencia para el diagnóstico de tumoraciones retroperitoneales es el TAC ya que permite identificar y caracterizar la mayoría de las masas, sus relaciones anatómicas y su vascularización. No obstante tiene una baja especificidad en el diagnóstico del tejido esplénico ectópico pudiendo inducir a falsos diagnósticos de tumor (1,2,7).

La R.N.M. no se considera actualmente como modalidad diagnóstica de primera elección, aunque algunos autores defiendan su supremacía sobre el TAC debido a su superior resolución de contraste y una mayor identificación de la vascularización (1,3,7).

La técnica complementaria de elección es la gammagrafía hepatoesplénica con isótopos, sobre todo con Tecnecio-99. Tiene una alta sensibilidad y especificidad para el tejido esplénico. Actualmente se reserva su uso par cuando se mantienen las dudas tras la realización de un TAC y/o RNM (1-9).

Sin embargo, al presentarse una clínica de abdomen agudo o cuando existe una fuerte sospecha de tumor renal, pese a las pruebas de imagen, puede ser necesario acudir a la laparotomía exploratoria y hacer el diagnóstico histológico mediante biopsia "in situ" o de la pieza quirúrgica.

Pese a todo, lo que más nos va a ayudar en el diagnóstico de las pseudomasas de origen esplénico, es la consideración de estas entidades en el diagnóstico diferencial de cualquier tumoración renal izquierda, sobre todo tras esplenectomía, que nos permitirá mantener, tras confirmación diagnóstica de su origen esplénico, una actitud expectante y conservadora, evitando la nefrectomía en aquellas masas asintomáticas (1-5,8).

En conclusión, el tejido heterotópico en fosa renal es un entidad rara normalmente asintomática que suele hallarse incidentalmente, y que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores renales. El TAC es el estudio de imagen de elección y se recomienda como técnica complementaria la gammagrafía hepatoesplénica. No obstante, debido al contexto de la patología puede requerirse el diagnóstico histológico. La certeza diagnóstica mediante técnicas de imagen, nos permite mantener un actitud conservadora en aquellos casos asintomáticos, reservándose la cirugía para aquellos pacientes con clínica significativa o en los que permanezca la duda diagnóstica de neoplasia.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

- *1. PEREIRA ARIAS, J.G.; ULLATE JAIME, V.; CARRAL TELLITU, I. y cols.: "Pseudomasa renal izquierda infrecuente: Ectopia esplénica". *Actas Urol. Esp.*, 26: 574, 2002.
- **2. SERVADIO, Y.; LEIBOVITCH, I.; APTER, S. y cols.: "Symptomatic heterotopic splenic tissue in the left renal fossa". *Eur. Urol.*, 25: 174, 1994.
- **3. DWYER, N.T.; WHELAN, T.F.: "Renal splenosis presenting as a renal mass". *The Canadian Journal of Urology*, 12: 2710, 2005.
4. FORINO, M.; DAVIS, G.L.; ZINS, J.H.: "Renal splenic heterotopia, a rare mimic of renal neoplasia: A case report of imaging and fine-needle aspiration biopsy". *Diagn. Cytopathol.*, 9: 565, 1993.
5. PUMBERGER, W.; WIESBAUER, P.; LEITHA, T.: "Splenosis mimicking tumor recurrence in renal cell carcinoma: Detection on selective spleen scintigraphy". *J. Pediatr. Surg.*, 36: 1089, 2001.

6. PRADA ARIAS, M.; VÁZQUEZ CASTELO, J.L.; MONTERO SÁNCHEZ, M. y cols.: "Bazo ectópico supernumerario intraescrotal: Fusión esplenogonadal discontinua". *An. Pediatr.*, 64: 277, 2006.
- *7. JANUS, C.L.; MENDELSON, D.S.: "Comparison of MRI and CT for study of renal and perirrenal masses". *Crit. Rev. Diag. Imag.*, 32: 69, 1991.
- *8. LASK, D.; ABARBANEL, J.; RECHNIC, Y. y cols.: "Ectopic splenic tissue simulating a renal mass". *J. Urol.*, 153: 1610, 1995.
9. RAO, K.G.; FITZER, P.M.: "Left suprarenal mass following splenectomy: Case reports". *J. Urol.*, 132: 323, 1984.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 1 (78-80), 2008

URETROLITOTRICIA Y CISTOLITOTRICIA DE LITOS URETRALES GIGANTES CON ABORDAJE TRANSPERINEAL

Jeff R. Cortés González, Jorge A. Arratia Maqueo y Rodolfo Jaime Dávila.

Servicio de Urología Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. U.A.N.L. Monterrey. Nuevo León. México.

Resumen.- **OBJETIVO:** Evidenciar que un procedimiento transperineal en una etapa puede ser efectivo en el tratamiento de litiasis uretral secundario a estenosis uretral. **MÉTODOS:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 36 años parapléjico, vejiga neurogénica, historia de cateterismo intermitente y antecedente de estenosis uretral

tratado con uretrotomías internas en múltiples ocasiones. Estudios de imagen demuestran litiasis uretral y estenosis uretral concomitante. Se decide realizar abordaje transperineal en una sola etapa.

RESULTADOS: La evolución postoperatoria fue satisfactoria y el paciente fue egresado el día posterior a la intervención. Doce meses después de la cirugía el paciente se encuentra en buenas condiciones generales, sin datos de estenosis y se realiza cateterismos intermitentes sin dificultad.

CONCLUSIÓN: Se realizó un procedimiento en una sola etapa a partir de los tratamientos endoscópicos previos que no fueron exitosos. No existe en nuestro conocimiento ningún caso publicado con litos uretrales del tamaño presentado en este trabajo ni su eventual tratamiento con litotricia y litolapaxia con abordaje transperineal y uretroplastia en un solo tiempo quirúrgico

Palabras clave: Litiasis uretral. Estenosis uretral. Uretroplastia.

Summary.- **OBJECTIVE:** To show that a one-stage transperineal procedure may be effective in the treatment of urethral stones secondary to urethral strictures.

METHODS: We present the case of a 36 y/o paraplegic male with neurogenic bladder, history of intermittent catheterization, and urethral strictures treated with internal urethrotomies several times. Imaging tests showed the presence of giant urethral and bladder stones with a concomitant bulbar urethra stricture. A one-stage transperineal approach was indicated.

RESULTS: Postoperative follow up was satisfactory. The patient was discharged from the hospital one day after the surgery. At 12 months there were no signs of urethral obstruction and he continued with intermittent catheterizations uneventfully.

CONCLUSION: One stage procedure was indicated because previous endourological treatments were unsuccessful. To our knowledge there is no published case of urethral stones the size we report to or its treatment with lithotripsy and litholapaxy in a one-stage transperineal approach.

Keywords: Urethral stones. Urethral stricture. Urethroplasty.

INTRODUCCIÓN

Los cálculos uretrales no son comunes. Se asocian a anomalías anatómicas o cambios postquirúrgicos como estenosis uretrales, divertículos, cuerpos extraños e infección crónica. El tratamiento está en base a su tamaño, localización y número de litos. Presentamos el caso de un paciente con vejiga neurogénica, estenosis uretral y cálculos uretrales.

Correspondencia

Jeff R. Cortés González
Servicio de Urología
Hospital Universitario Dr. José E. González
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)
(México)
jrcor77@yahoo.com

Trabajo recibido: 3 de mayo 2007.