

Esplenosis, un imitador de lesión focal hepática

Splenosis, a mimic of focal liver lesion

Jorge Pérez-Rosales*, Manuela Laguna-Kirof, Leidy D. Rodríguez-Díaz, Juan M. Galván, Nebil Larrañaga

Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires, Argentina

Estimados editores:

La esplenosis se define como el autotrasplante de tejido esplénico, poco frecuente, que se presenta como resultado de una rotura traumática del bazo o una esplenectomía. Estos implantes, que suelen ser múltiples, pueden ubicarse en la cavidad peritoneal, pélvica o torácica¹. Sin embargo, la esplenosis perihepática es aún menos frecuente y genera dificultad a la hora de su diagnóstico.

Presentamos el caso de un hombre de 43 años con antecedentes de nefrectomía izquierda y esplenectomía como consecuencia de un trauma cerrado de abdomen por accidente de tránsito, que consulta para caracterización de lesiones hepáticas. Presenta tomografías computadas (TC) previas no contrastadas de control y posteriores a la cirugía, en las que se observaban a nivel peritoneal múltiples imágenes nodulares en el flanco izquierdo y subdiafragmáticas bilaterales; las ubicadas a nivel subdiafragmático derecho se encontraban en íntima relación con la cápsula hepática, cercanas a los segmentos VII y VIII, y persistieron sin cambios en los sucesivos estudios (Fig. 1).

Se decide realizar una resonancia magnética (RM) para mejor caracterización de dichas lesiones, las cuales, junto con las observadas a nivel peritoneal ya descritas anteriormente como esplénulos por su estabilidad en el tiempo, son hipointensas en las secuencias ponderadas en T1, ligeramente hiperintensas en T2 y FATSAT, con tenue restricción de la difusión (DWI) y con similar realce tras la administración del contraste paramagnético (Figs. 2 a 4).

Teniendo en cuenta las características y la estabilidad de las imágenes, su historial de esplenectomía,

los resultados de laboratorio normales y la ausencia de síntomas clínicos, el diagnóstico se orienta a esplenosis perihepática que simula lesiones hepáticas.

Es importante poder diferenciar la esplenosis como tal de los esplénulos o bazos accesorios. Ambas son condiciones de tejido esplénico ectópico. La esplenosis es una condición benigna, adquirida, que se produce como resultado del autotrasplante de tejido esplénico después de un traumatismo del bazo o una esplenectomía¹. Estos implantes, que suelen ser múltiples, con arquitectura distorsionada y sin hilio, pueden volver a crecer adquiriendo un suministro vascular de arterias cercanas al sitio de implantación, que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. El bazo accesorio, en cambio, se refiere a la presencia de focos congénitos de tejido esplénico sano que están separados del cuerpo principal del bazo. Suele aparecer como una masa solitaria, redonda, bien delimitada, menor de 2 cm que realza homogéneamente en las secuencias con contraste, y se ubica con mayor frecuencia posteromedial al bazo (22%), anterolateral al polo superior del riñón izquierdo, pero también lateral, posterior y superior a la cola del páncreas².

Debido a que los focos de esplenosis perihepática suelen ser asintomáticos, o mostrar clínica inespecífica³, es habitual encontrarlos como un hallazgo incidental en las pruebas de imagen y confundirlos con otras afecciones focales hepáticas.

En los estudios de TC multidetector y RM, el tejido esplénico heterotópico tiene la misma apariencia e igual comportamiento que el bazo tras la administración del

*Correspondencia:

Jorge Pérez-Rosales
E-mail: jorgedavid07@gmail.com

Fecha de recepción: 07-02-2022

Fecha de aceptación: 22-11-2022

DOI: 10.24875/RAR.22000014

Disponible en internet: 02-03-2023
Rev Argent Radiol. 2023;87(1):28-31

www.revistar.com

1852-9992 / © 2022 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

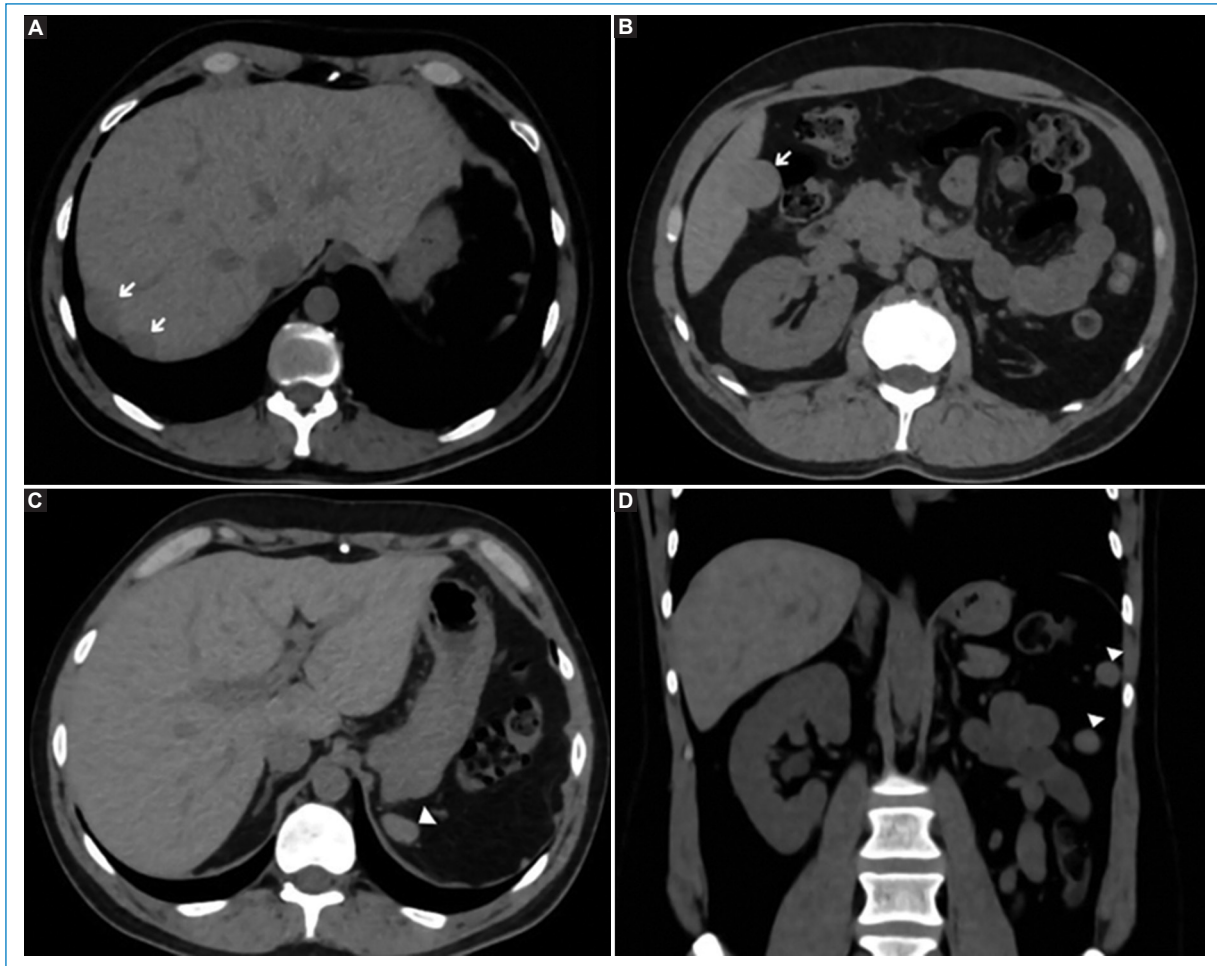


Figura 1. TC de abdomen, sin contraste endovenoso. **(A)** Plano axial: a nivel subdiafragmático derecho, en íntima relación con la cápsula hepática, se visualizan dos imágenes nodulares, hipodensas, de aspecto sólido (flechas). **(B)** Plano axial: se observa otra imagen de similares características, en contacto con el segmento hepático VI (flecha). **(C)** Plano axial: se visualiza una imagen nodular de aspecto sólido, a nivel subdiafragmático izquierdo (punta de flecha), en relación con esplenosis. **(D)** Plano coronal: imágenes de similares características a la imagen **C**, visualizadas en el flanco izquierdo (puntas de flecha), relacionadas igualmente a esplenosis.

contraste endovenoso. En la TC sin contraste, la lesión es isodensa con respecto al parénquima hepático y presenta realce en fase arterial, difícil de diferenciar de un adenoma o un hepatocarcinoma⁴. En la RM, previo a la administración de contraste paramagnético, la lesión es homogéneamente hipointensa en las secuencias ponderadas en T1 e hiperintensas en las ponderadas en T2; después de la administración del gadolinio es hiperintensa en comparación con el resto del parénquima hepático^{1,5}.

El hepatocarcinoma también se propone como uno de los diagnósticos diferenciales⁴. Sin embargo, este suele estar asociado a hepatopatía crónica como antecedente principal y el patrón característico es de realce en fase arterial, con lavado en fases portal/tardía,

dando apariencia de cápsula periférica en estas últimas⁶. Los adenomas hepatocelulares, otro diagnóstico planteado, son tumores encapsulados grandes y bien delimitados, cuyo patrón radiológico muestra una lesión con realce homogéneo en la fase arterial tardía, que permanecerá isodensa al hígado en fases posteriores.

Al formar parte de una condición benigna, los pacientes asintomáticos no requieren ningún tipo de tratamiento conservador ni quirúrgico⁴.

Existen múltiples lesiones hepáticas diferenciables gracias a las distintas modalidades imagenológicas que contribuyen a su caracterización. Es de suma importancia poder diagnosticar la esplenosis por imágenes con el fin de evitar intervenciones diagnósticas invasivas en

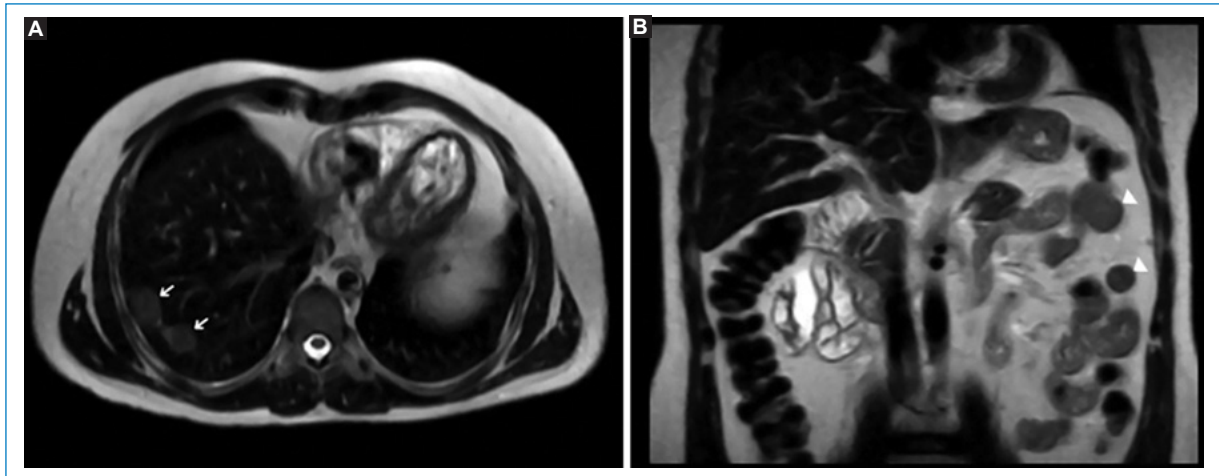


Figura 2. RM de abdomen. **(A)** Secuencia ponderada en T2, plano axial. En relación con la cápsula hepática se observan dos imágenes nodulares, ligeramente hiperintensas, con respecto al parénquima hepático (flechas). **(B)** Secuencia ponderada en T2, plano coronal. En el flanco izquierdo se visualizan dos imágenes nodulares (puntas de flecha) que presentan la misma intensidad que las descritas en la imagen **A**.

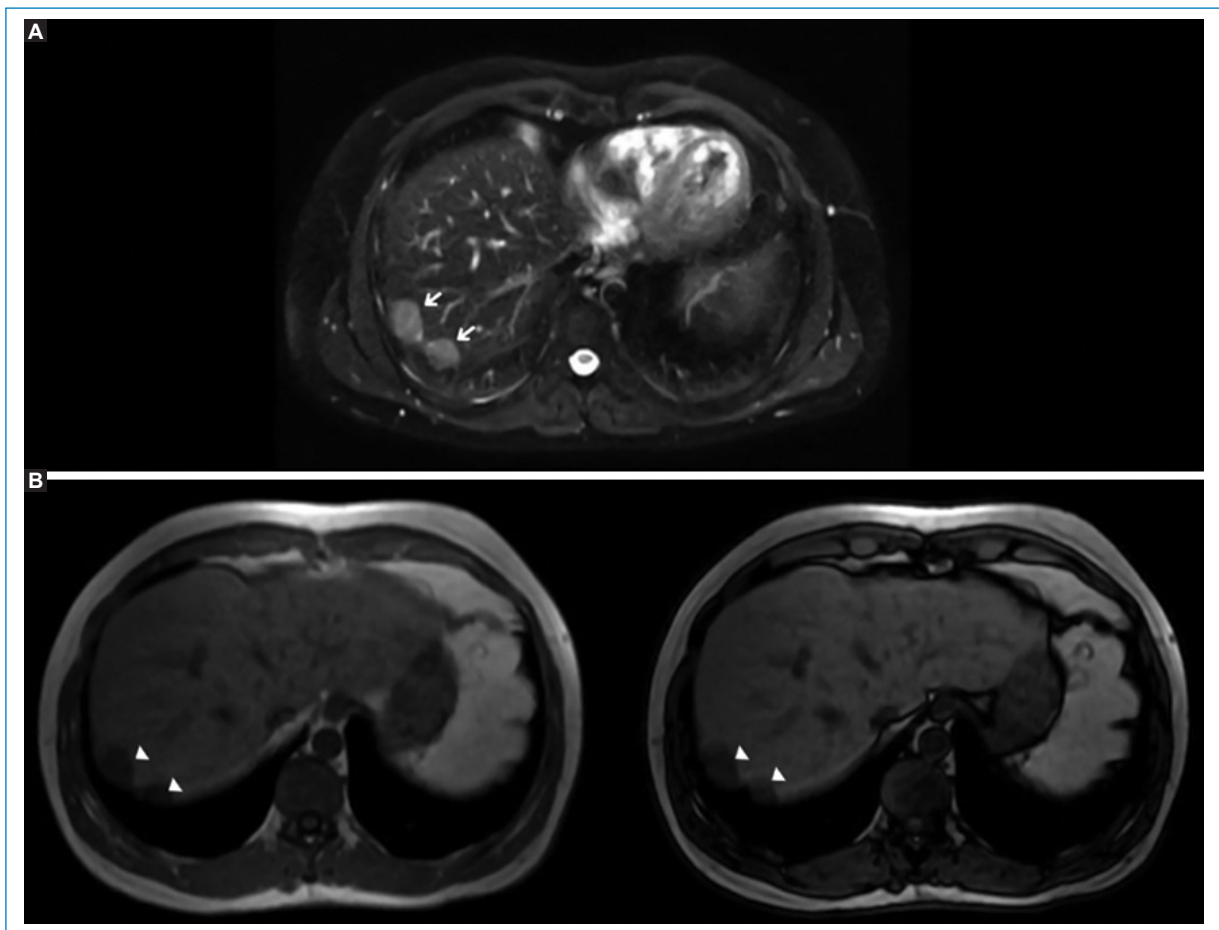


Figura 3. RM de abdomen. **(A)** Secuencia FATSAT, plano axial. Se observan las dos imágenes en el espacio subdiafragmático derecho (flechas) ya observadas en la secuencia ponderada en T2, que no cambian su comportamiento tras la supresión grasa. **(B)** Secuencias ponderadas en T1 en fase y fuera de fase. Se evidencia que las imágenes (puntas de flecha) mantienen igual intensidad (baja señal) tanto en la fase basal como en la opuesta.

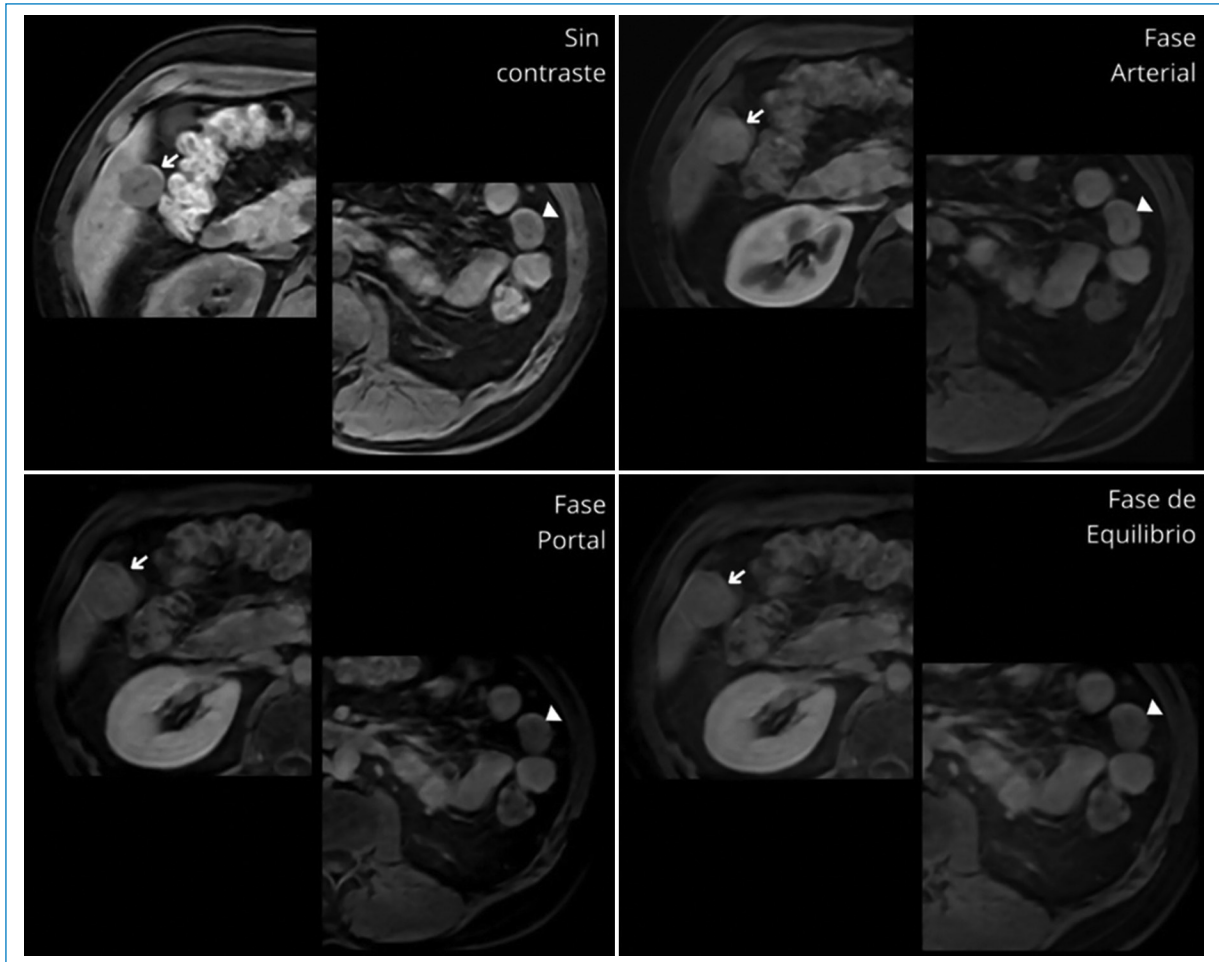


Figura 4. RM de abdomen, secuencias T1 y T1 (FATSAT) con gadolinio. Se aprecia cómo la imagen nodular subhepática adyacente al segmento VI (flechas) y la observada en el flanco izquierdo, antes descritas como esplenúlos (puntas de flecha), presentan el mismo realce en todas las fases tras la administración del contraste paramagnético.

pacientes con antecedentes de traumatismo esplénico o esplenectomía.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ningún financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Tsiouridis I, Michaelides M, Sotiriadis C, Arvaniti M. CT and MRI of intraperitoneal splenosis. *Diagn Interv Radiol.* 2010;16:145-9.
2. Vernuccio F, Dimarco M, Porrello G, Cannella R, Cusmà S, Midiri M, et al. Abdominal splenosis and its differential diagnoses: what the radiologist needs to know. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2021;50:229-35.
3. Andaluz García I, Poza Cerdón J, Fernández Martos R. Esplenosis abdominal: un diagnóstico infrecuente. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2020;50:69-71.
4. Menth M, Herrmann K, Haug A, Raziourouh B, Zachoval R, Jung CM, et al. Intra-hepatic splenosis as an unexpected cause of a focal liver lesion in a patient with hepatitis C and liver cirrhosis: a case report. *Cases J.* 2009;2:8335.
5. Calderón Ardila M, Silva Cala L, Fernández De La Hoz J, Ordóñez Serrano A, Carrillo Bayona J. Esplenosis abdominopélvica: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Radiol.* 2017;28:4825-7.
6. Choi J-Y, Lee J-M, Sirlin CB. (2014). CT and MR imaging diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma: part I. Development, growth, and spread: key pathologic and imaging aspects. *Radiology.* 2014;272:635-54.