

## Diagnóstico no invasivo de la esplenosis torácica postraumática

M. Rubio Garay, J. Belda Sanchís, M. Iglesias Sentís, J.M. Gimferrer Garolera, M. Catalán Biel y M.A. Callejas Pérez

Servicio de Cirugía Torácica. Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràica. Hospital Clínic. Barcelona. España.

La esplenosis torácica es una entidad poco frecuente, que habitualmente se diagnostica mediante técnicas invasivas que proporcionan un diagnóstico anatomopatológico. Con el desarrollo de nuevas técnicas de imagen puede realizarse en la actualidad un diagnóstico seguro por métodos no invasivos. Presentamos el caso de un paciente varón de 34 años con antecedente de traumatismo toracoabdominal grave, con rotura esplénica y diafragmática izquierda, al que de forma casual, y encontrándose asintomático, se le hallaron nódulos inespecíficos en una tomografía computarizada torácica. Con la sospecha clínica de esplenosis torácica, se realizó una gammagrafía de coloide de sulfuro marcada con  $^{99m}\text{Tc}$  metaestable que confirmó el diagnóstico.

**Palabras clave:** Esplenosis. Traumatismo torácico. Rotura esplénica. Rotura diafragmática.

### Introducción

La esplenosis torácica es una entidad muy poco frecuente, por lo que su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha. La aparición de lesiones en el hemitórax izquierdo, en general múltiples, en pacientes con antecedente de roturas esplénica y diafragmática tras un traumatismo toracoabdominal debe llevar a pensar en ella. El estudio anatomopatológico ha sido la base del diagnóstico durante mucho tiempo. Sin embargo, en la actualidad las técnicas de imagen permiten realizar el diagnóstico de certeza sin recurrir a métodos invasivos.

### Observación clínica

Se presenta el caso de un paciente varón de 34 años, con antecedentes de traumatismo toracoabdominal 15 años antes, con hemotórax traumático y rotura esplénica, que requirió esplenectomía urgente. Recientemente se le había diagnosticado de linfoma cutáneo primario B. En el estudio de extensión (fig. 1) se detectó una masa retrocardíaca y paraesofágica de 4 cm de diámetro,

Correspondencia: Dra. M. Rubio Garay.  
Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital Clínic Universitari de Barcelona.  
Villaruel, 170. 08036 Barcelona. España.  
Correo electrónico: 33076mrg@comb.es

Recibido: 19-5-2003; aceptado para su publicación: 17-6-2003.

### Noninvasive Diagnosis of Posttraumatic Thoracic Splenosis

Thoracic splenosis is a rare occurrence that has usually been diagnosed by invasive procedures to allow a pathologic diagnosis to be reached. A firm diagnosis can now be made with the help of new, noninvasive imaging techniques. We report the case of a 34-year-old man with a history of severe thoracic-abdominal injury, including rupture of the spleen and left diaphragm. During computed tomography of the thorax related to a different diagnosis, nonspecific nodules were observed, although the patient was asymptomatic. A suspected diagnosis of thoracic splenosis was confirmed by technetium-99 sulfur colloid scintigraphy.

**Key words:** Splenosis. Thoracic trauma. Splenic rupture. Diaphragmatic rupture.

metro, así como múltiples nódulos pleurales izquierdos y en la grasa paravertebral izquierda de pequeño de tamaño, inferior a 1 cm. Dado el antecedente de traumatismo toracoabdominal se realizó el diagnóstico de sospecha de esplenosis torácica, por lo que se solicitó una gammagrafía de coloide sulfuro marcada con  $^{99m}\text{Tc}$  (fig. 2) que mostró una captación de las lesiones detectadas en la tomografía axial computarizada. Estas lesiones se mantuvieron sin cambios radiológicos durante 9 meses tras el tratamiento quimioterápico del linfoma. Actualmente, 3 años después del diagnóstico de esplenosis torácica, el paciente se encuentra asintomático y no ha recibido ningún tratamiento.

### Discusión

La esplenosis torácica se debe a la rotura simultánea del bazo y el diafragma, generalmente tras un traumatismo. Se ha descrito algún caso sin rotura diafragmática, lo que se atribuye al paso de tejido esplénico a través de poros del diafragma hasta la cavidad torácica<sup>1,2</sup>. La incidencia de esplenosis tras un traumatismo con rotura esplénica es aproximadamente del 76%<sup>3</sup>. Se estima que la frecuencia de esplenosis torácica, si hay rotura diafragmática, llega hasta el 18%<sup>4</sup>.

Se han publicado unos 30 casos en la bibliografía inglesa<sup>2,5-9</sup>, el primero de ellos en 1937, descrito por Shaw y Shafi<sup>10</sup>. En general suele ser un hallazgo radiológico casual en pacientes asintomáticos, aunque en algunos casos puede provocar síntomas como dolor pleurítico<sup>11</sup> o

**Fig. 1.** TC torácica que muestra la presencia de varias masas en hemitórax izquierdo.

hemoptisis<sup>12</sup>. Los implantes suelen aparecer como varios nódulos pleurales o subpleurales de pequeño tamaño, de hasta 3 cm de diámetro, aunque en algunos casos pueden ser mayores y formar masas<sup>7,9,13</sup> e incluso pueden ser intraparenquimatosos<sup>5</sup>. Los nódulos son tejido esplénico normal pero, a diferencia de los bazo accesorios, no tienen ni hilio ni cápsula propia<sup>2,5</sup>. Puede recuperarse la función esplénica, si no totalmente, de forma parcial, según la cantidad de tejido esplénico ectópico<sup>6,7,14</sup>.

Cuando hay un diagnóstico clínico de sospecha, éste suele confirmarse con el estudio anatomopatológico de muestras de tejido obtenidas por técnicas invasivas como la toracotomía, la videotoracoscopia o la biopsia con Tru-cut<sup>15</sup>. Se desaconseja la punción-aspiración con aguja fina por el riesgo de hemorragia. Sin embargo, en la actualidad está bien demostrado que el diagnóstico puede realizarse mediante técnicas de imagen<sup>3-9</sup>. Hasta el momento se han descrito sólo 9 casos diagnosticados de esta manera, sin asociar técnicas invasivas, para confirmar el diagnóstico mediante estudio anatomopatológico. Las técnicas más utilizadas son la gammagrafía con un coloide de sulfuro de <sup>99m</sup>Tc, la gammagrafía con plaquetas marcadas con <sup>111</sup>In y la gammagrafía con eritrocitos marcados con <sup>99m</sup>Tc (*heat damaged erythrocytes*). En nuestro hospital, ante la sospecha de esplenosis o bazo accesorios, se realiza la primera de estas exploraciones.

Así pues, una buena anamnesis que haga pensar en el diagnóstico de esplenosis torácica puede ahorrar a estos pacientes exploraciones invasivas. Finalmente, si el paciente se encuentra asintomático, la mayor parte de los autores son partidarios de no realizar ningún tratamiento y limitarse a seguir la evolución clínica y radiológica<sup>2,6,7,9</sup>.

**Fig. 2.** Gammagrafía de coloide sulfuro marcada con <sup>99m</sup>Tc, donde se demuestra la captación por nódulos y masas intratorácicos, lo que confirma el diagnóstico de sospecha de esplenosis torácica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Dalton ML Jr, Strange WH, Downs EA. Intrathoracic splenosis. Case report and review of the literature. *Am Rev Respir Dis* 1971; 103:827-30.
2. Buchino Joseph J, Buchino John J. Thoracic splenosis. *South Med J* 1998;91:1054-6.
3. Losanoff JE, Jones JW. Splenosis after laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc* 2001;15:1497.
4. Normand JP, Rioux M, Dumont M, Bouchard G, Letourneau L. Thoracic splenosis after blunt trauma: frequency and imaging findings. *Am J Roentgenol* 1993;161:739-41.
5. Sarda R, Sproat I, Kurtycz DF, Hafez R. Pulmonary parenchymal splenosis. *Diagn Cytopathol* 2001;24:352-5.
6. Miller JS, Núñez A, Espada R. Thoracic splenosis 25 years after gunshot wound to the abdomen. *J Trauma* 2001;50:149-50.
7. O'Connor JV, Brown CC, Thomas JK, Williams J, Wallsh E. Thoracic splenosis. *Ann Thorac Surg* 1998;66:552-3.
8. Naylor MF, Karstaedt N, Finch SJ, Burnett OL. Noninvasive methods of diagnosing thoracic splenosis. *Ann Thorac Surg* 1999; 68:243-4.
9. Velitchkov NG, Kjossev KT, Losanoff JE, Kavardjikova VA. Subcutaneous splenosis: a clue to diagnosis of thoracic splenosis. *J R Coll Surg Edinb* 2000;45:1-66.
10. Shaw AFB, Shafi A. Traumatic autoplasmic transplantation of splenic tissue in man with observations on the late results of splenectomy in six cases. *J Pathol* 1937;45:215-35.
11. Singh P, Munn NJ, Patel NK. Thoracic splenosis. *N Engl J Med* 1995;333:882.
12. Cordier JF, Gamondes JP, Marx P, Heinen I, Loire R. Thoracic splenosis presenting with hemoptysis. *Chest* 1992;102:626-7.
13. Hardin VM, Morgan ME. Thoracic splenosis. *Clin Nucl Med* 1994;19:438-40.
14. Pearson HA, Johnston D, Smith KA, Touloukian RJ. The born-again spleen: return of splenic function after splenectomy for trauma. *N Engl J Med* 1978;298:1389-92.
15. Gaines JJ, Crosby JH, Vinayak KM. Diagnosis of thoracic splenosis by Tru-cut needle biopsy. *Ann Rev Respir Dis* 1986;133:1199-201.
16. Scales FE, Lee ME. Nonoperative diagnosis of intrathoracic splenosis. *AJR Am J Roentgenol* 1983;141:1273-4.