

PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA ESPLÉNICA MEDIANTE TCMD



Autores: Marinho Paula, Larrañaga Nebil, Espil German, Perroni Paula, Kozima Shigeru.

Departamento de urgencias: Gabriela Matzke y Altieri Hugo.

CABA - Argentina.

mail: paulammarinhas@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Objetivos de aprendizaje

- Realizar una revisión de las principales patologías del bazo a través de los hallazgos por tomografía.
- Identificar las entidades que necesitan de una intervención temprana, para que el radiólogo defina un diagnóstico lo más certero posible.
- Ejemplificar la patología esplénica mediante casos presentados en el servicio.

Revisión del tema

El bazo constituye un reto diagnóstico ya que los hallazgos entre una entidad benigna y maligna pueden solaparse, con lo cual el contexto clínico en estos casos es fundamental.

Las enfermedades esplénicas pueden clasificarse en: congénitas, infecciosas, vasculares, tumorales, traumáticas y misceláneas.

Las lesiones esplénicas deben ser evaluadas con un abordaje sistemático y organizado lo que facilitará su diagnóstico, asociadas con los datos de la historia clínica, permitirán una aproximación diagnóstica más precisa.

Revisión del tema

Casos a presentar:

- Roturas espontáneas y traumáticas
- Infartos
- Bazo hiperdenso
- Quistes esplénicos y Linfangioma quístico

ROTURA ESPLÉNICA

El traumatismo esplénico puede ocurrir después de un traumatismo cerrado o penetrante o de causa iatrogénica; los pacientes pueden presentar dolor en el cuadrante superior izquierdo abdominal, dolor torácico izquierdo, dolor en la punta del hombro izquierdo (referido a irritación diafragmática) y signos de hipotensión o shock.

EVALUAR EL PARÉNQUIMA ESPLÉNICO EN FASE PORTAL.

- **LACERACIÓN:** hipodensidades lineales o ramificadas
- **HEMATOMA SUBCAPSULAR:** líquido de baja densidad adyacente al bazo que distorsiona la arquitectura esplénica
- **HEMORRAGIA ACTIVA:** aparece como un material de alta densidad (80-95 HU) debido a la extravasación de medios de contraste que aumenta de tamaño en las imágenes tardías

ROTURA ESPLÉNICA

Grado I:

- Hematoma subcapsular <10%
- Laceración parenquimatosa <1 cm

Grado II:

- Hematoma subcapsular 10-50%
- Hematoma intraparenquimatoso <5 cm
- Laceración parenquimatosa de 1-3 cm

Grado III:

- Hematoma subcapsular >50%
- Hematoma subcapsular roto o intraparenquimatoso ≥ 5 cm
- Laceración parenquimatosa > 3 cm

Grado IV:

- Cualquier lesión con afectación vascular esplénica o sangrado activo subcapsular
- Laceración que compromete vasos segmentarios o hiliares y >25% de desvascularización

Grado V:

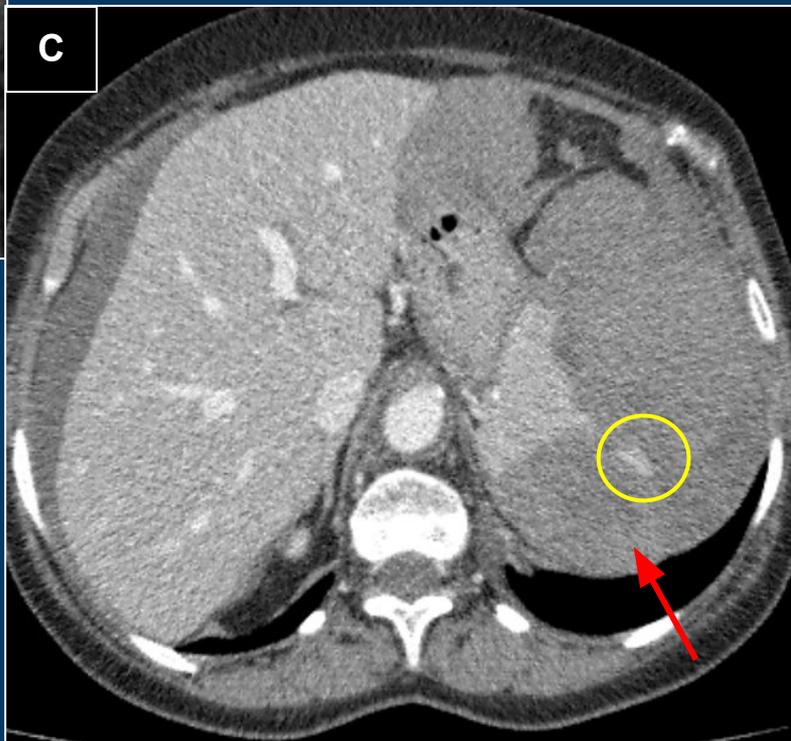
- Estallido esplénico
- Cualquier lesión con compromiso vascular y sangrado activo extraesplénico hacia el peritoneo

**A****B**

Fig. A - TC corte axial con contraste EV, se visualizan múltiples lesiones traumáticas esplénicas (laceración y rotura) asociado a hematoma subcapsular periesplénico (flecha roja).

B - TC con reconstrucción coronal del mismo paciente, evidenciándose la extensión de dicha laceración.

Fig. C - TC con contraste EV donde se muestra bazo aumentado de tamaño, heterogéneo, presentando área hipodensa (flecha roja) que ocupa más del 50% del parénquima esplénico, presenta pequeño foco hiperdenso en relación a sangrado activo (circulo amarillo).

**C**

INFARTO ESPLÉNICO

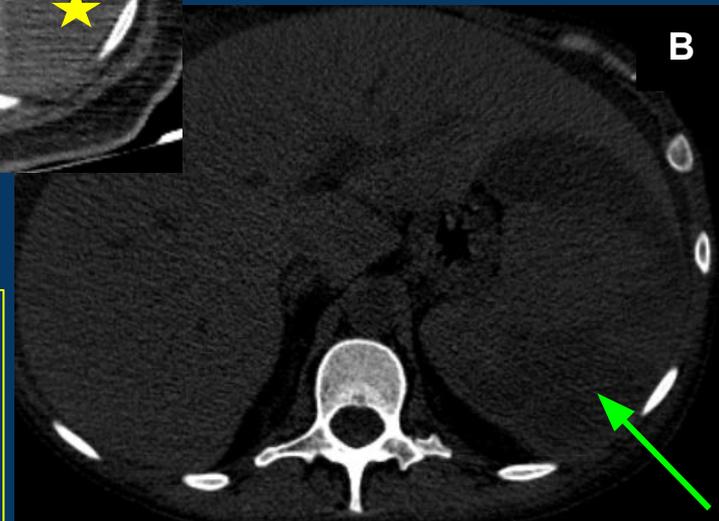
Los infartos esplénicos son ocasionados por una oclusión de la arteria esplénica o algunas de sus ramas, y producen una isquemia global o segmentaria.

Se evidencian como lesiones triangulares en forma de “cuña” y son periféricos sin realce con el contraste endovenoso en la TC.



Fig. A - TC con contraste EV. Se observan imágenes focales hipodensas de morfología triangular en el parénquima esplénico (estrella amarilla), compatibles con infartos esplénicos.

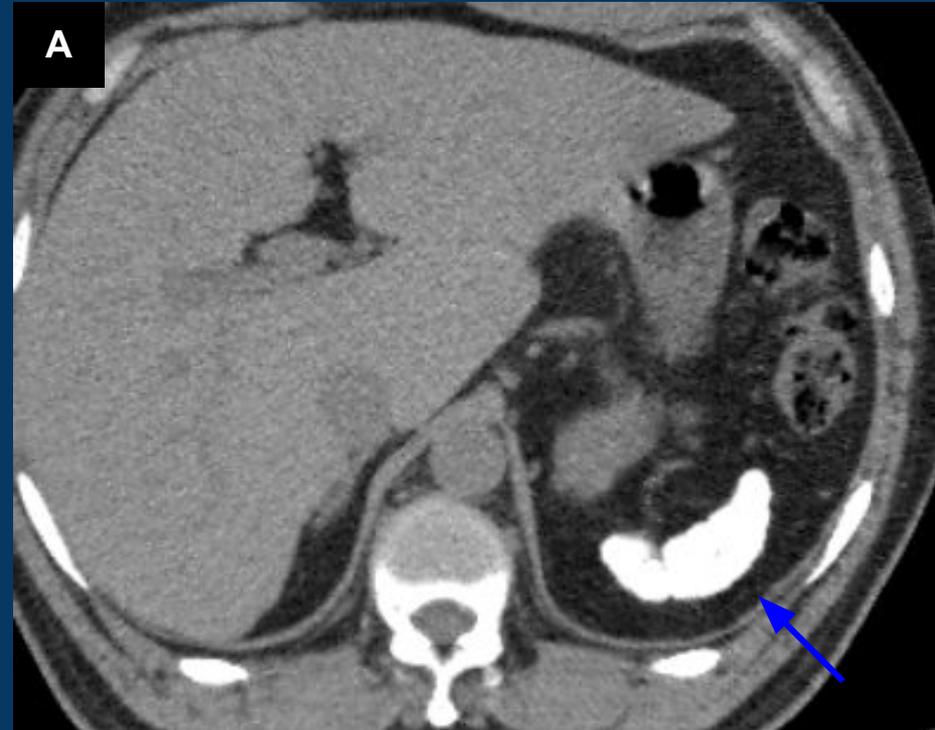
Fig. B - TC sin contraste. Se visualiza en parénquima esplénico extensa hipodensidad periférica (flecha verde) compatible con infarto esplénico.



BAZO HIPERDENSO

El bazo es el órgano mayormente afectado en pacientes con anemia de células falciformes, en estos casos los pacientes sufren reiterados episodios de infartos esplénicos que provocan finalmente la disminución del tamaño del órgano, con múltiples depósitos microscópicos de hierro y calcio.

Fig. A - TC sin contraste. Se observa bazo disminuido de tamaño y calcificado (flecha azul).

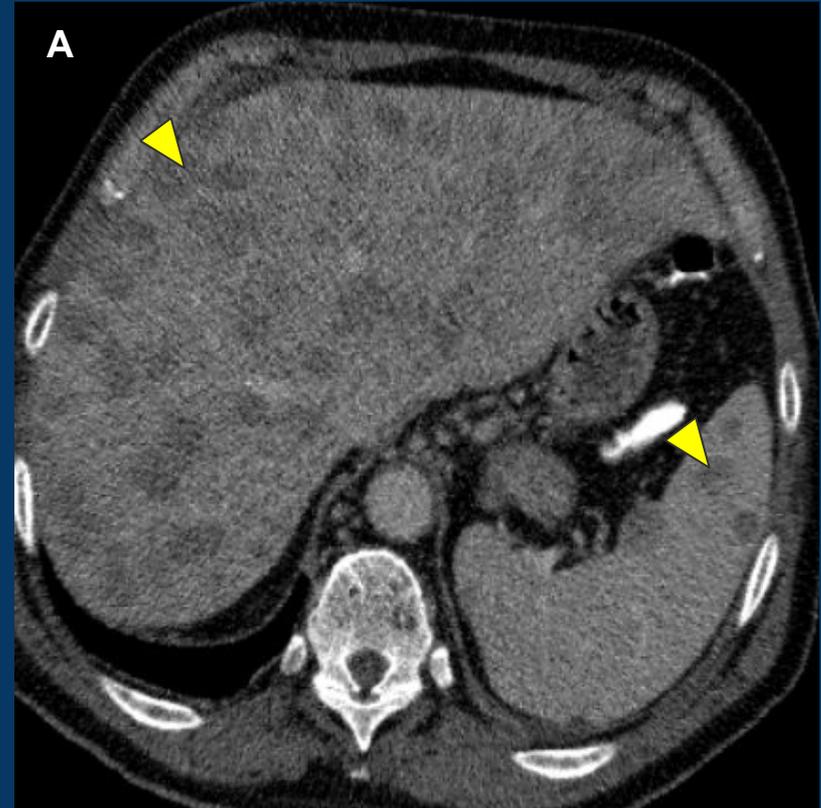


METÁSTASIS EN BAZO

Se producen por diseminación hematológica y entre las más frecuentes se encuentran la de mama, pulmón, ovario y melanoma.

Se presentan como imágenes nodulares únicas o múltiples, hipodensas en TC.

Fig. A - TC con contraste EV. Lesiones hipodensas en el bazo y el hígado: metástasis de cáncer de primario desconocido (punta de flecha amarillas).



QUISTES ESPLÉNICOS

Los quistes se ven de similares características que en otros órganos, hipodensos y homogéneos por TC, sin realce al estudio con contraste.

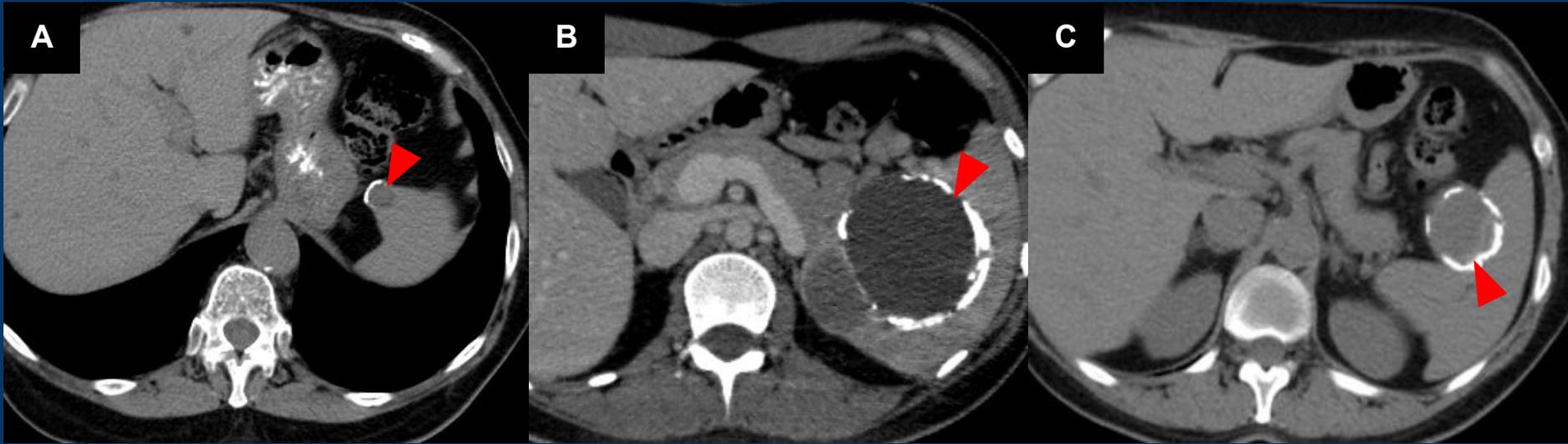
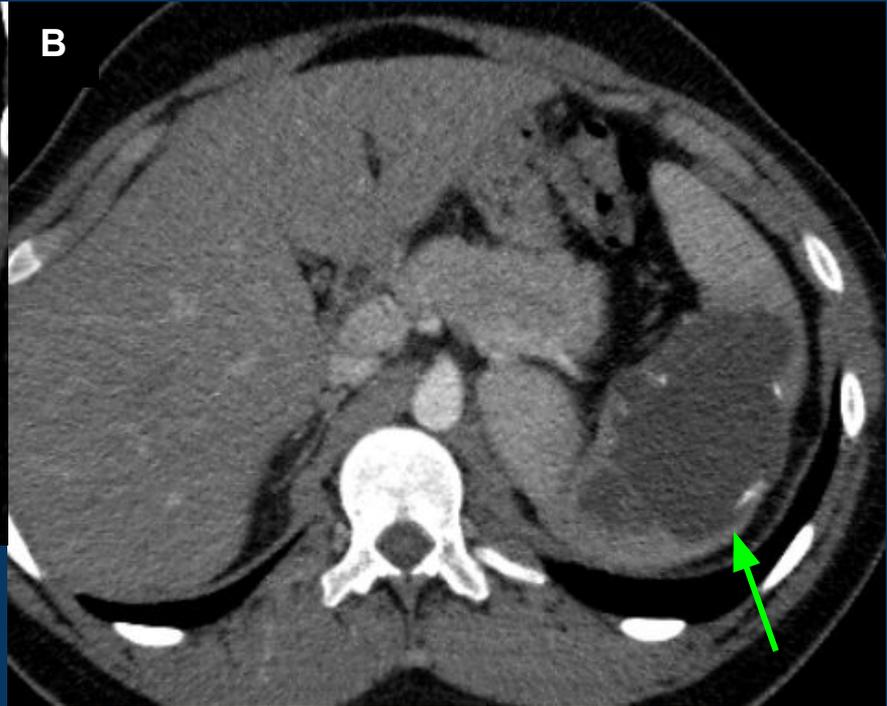


Fig. A, B y C - Lesiones hipodensas de aspecto quístico en el bazo con paredes cálcicas discontinuas (punta de flecha roja), en relación a quistes de origen hidatídico.

LINFANGIOMA QUÍSTICO



TC con contraste EV. Reconstrucción coronal (fig. A) y TC axial (fig. B) - Imagen quística polilobulada con calcificaciones parietales periféricas (flecha verde), sin evidenciar realce tras la administración de contraste EV.

BAZOS ACCESORIOS

El bazo accesorio es una masa generalmente ovalada y considerada un tejido ectópico del bazo, que se forma en la quinta semana de la vida fetal al ocurrir una imperfección en la unión de las masas que formarán el bazo en el feto.

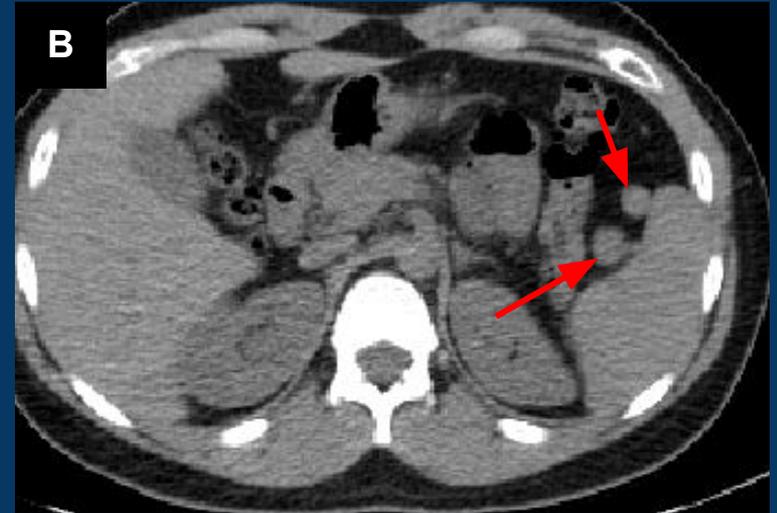


Fig. A y B - TC sin contraste. Se observan múltiples imágenes redondeadas (flechas rojas) de similar densidad al bazo.

Conclusión

El diagnóstico diferencial de las lesiones esplénicas es amplio, dada la gran variedad de formas de afectación del bazo, los estudios imagenológicos son una herramienta confiable a la hora del diagnóstico, siendo la TC el estudio recomendado para su mejor caracterización.

Bibliografía

- Larranaga ~ N, et al. No nos olvidemos del bazo: el órgano huérfano. Rev Argent Radiol. 2014.
- ORTEGA, M.; ALARCÓN-MUÑOZ, E.; ULLOA, S.; CORDOVA, J.; VIDAL, N. & OLAVE, E. Presencia y biometría de bazo accesorio en individuos chilenos: estudio por tomografía computarizada. Int. J. morphol., 38(3):787-792, 2020.
- Begliardo L. Fernando, Corpacci Milagros, Gil Ramiro H., Martínez-Lascano Femando. Esplenectomía laparoscópica por quiste hidatídico primario de bazo. Rev Chil Cir [Internet]. 2018 [citado 2022 Mayo 20]; 70(5): 449-452.
- A. Ramírez, C. Celis, J. Acosta, C.A. Sánchez, C. Espinosa, I. Baene, et al. Linfangioma esplénico. Rev Colomb Cir, 17 (2002), pp. 174-178.
- Elsayes KM, Narra VR, Mukundan G, Lewis Jr JS, Menias CO, Heiken JP. MR imaging of the spleen: spectrum of abnormalities. Radiographics. 2005;25:967---82.