



P-165 - EXCEPCIONAL CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

M. Alvite Canosa, L. Alonso Fernández, A. Álvarez Gutiérrez, I. Monjero Ares y J. Conde Vales

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Objetivos: La esplenosis es una condición adquirida definida como autotrasplante de tejido esplénico viable en diferentes compartimentos anatómicos. Suele producirse tras una rotura esplénica traumática o en esplenectomía terapéutica. Los implantes esplénicos suelen ser múltiples y pueden ser intraperitoneales o extraperitoneales. Aunque sea excepcional, la esplenosis gástrica debe ser considerada como etiología de hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes con antecedentes de esplenectomía.

Caso clínico: Varón de 49 años con antecedente de esplenectomía urgente por accidente de tráfico hacía 28 años. Ingresó en servicio de digestivo por melenas sin repercusión analítica ni hemodinámica, realizándose gastroscopia que únicamente evidenciaba erosiones antro-duodenales y se le dio el alta. 10 días después acude a urgencias por melenas sin repercusión hemodinámica pero sí anemia (hemoglobina = 8 g/l). Se realizó ecografía que no mostraba alteraciones y hacía referencia a la visualización de un bazo de tamaño y ecoestructura normal. La ecoendoscopia alta muestra lesión submucosa en fundus-cuerpo gástrico con erosión y fibrina en su vértice, rodeada de estructuras tubulares anecoicas y tortuosas con intensa señal de flujo Doppler. En TC abdominal se evidencia prominentes venas varicosas en el fundus gástrico, visualizándose la pared gástrica y el resto del estómago normal, sin lesiones tumorales; por fuera del estómago, improntado el fundus, se localiza una estructura sólida vascularizada de 7 × 3 cm, compatible con un bazo accesorio neoformado e hipertrofiado. Ante los hallazgos descritos se programa cirugía. En la intervención se evidencia una estructura de unos 7 cm hipervascularizada y apariencia esplénica que impronta y está en íntimo contacto con curvatura mayor en el fundus gástrico casi llegando a la región subcardial. Se realiza liberación de dicha estructura hasta llegar al borde gástrico donde para realizar la exéresis de la lesión se procede a la sección de una pequeña cuña de fundus gástrico. La evolución es favorable, y se le da el alta a la semana de la cirugía. La histología confirma un fragmento de pared de fundus gástrico con ligera gastritis crónica superficial y parénquima esplénico con congestión de la pulpa roja y alteraciones compatibles con bazo accesorio. Tras 18 meses de la intervención el paciente está asintomático.

Discusión: La mayoría de las personas con esplenosis suelen estar asintomáticas durante años sin necesidad de cirugía. A veces se manifiestan como dolor abdominal, obstrucción intestinal por adherencias, hemorragia digestiva alta o baja, etc. Estos síntomas pueden confundir e imitar procesos como endometriosis, tumores urológicos, colónicos, angiomas, linfomas o metástasis hepáticas. Hay muy pocos casos descritos en los que la esplenosis gástrica haya sido identificada

como una masa extrínseca o submucosa en fundus gástrico, simulando tumor. La erosión superficial sería el mecanismo desencadenante de HDA, parecido al observado en lesiones submucosas gástricas. La actitud recomendada ante la confirmación diagnóstica de esplenosis, en ausencia de manifestaciones clínicas, es la abstención terapéutica. En caso de complicaciones, como este caso, o ante el diagnóstico de tumor abdominal de etiología incierta se indicaría la exploración quirúrgica con extirpación del tejido esplénico ectópico.