



## P-215 - IMPLICACIÓN DEL VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN LA ETIOLOGÍA DE UN PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE BAZO

Reyes Moreno, Montserrat<sup>1</sup>; Palomeque Jiménez, Antonio<sup>2</sup>; Calzado Baeza, Salvador<sup>1</sup>; Robayo Soto, Paul Sebastian<sup>1</sup>; Plata Pérez, Ignacio<sup>1</sup>; Herrera Fernández, Francisco<sup>1</sup>; Martín Díaz, Manuel<sup>1</sup>; Ferrer García, Guillermo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Ana, Motril. <sup>2</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El pseudotumor inflamatorio se considera una lesión tumoral reactiva, benigna. Bajo la denominación de pseudotumor inflamatorio se incluye una amplia variedad de procesos patológicos, como es el caso del tumor miofibroblástico inflamatorio. Si bien el origen es desconocido, entre sus posibles causas se han involucrado agentes infecciosos como el VEB.

**Caso clínico:** Mujer, 43 años, antecedentes personales: miastenia gravis, migraña y cuadro de mononucleosis infecciosa. En estudio realizado por el cuadro de miastenia se identifica lesión esplénica. No sintomatología abdominal alguna con exploración anodina. Datos analíticos mostraron: velocidad de sedimentación (1ª hora: 52 mm) y elevación de la proteína C reactiva (1,1 mg/dL). El proteinograma normal y, en el estudio de inmunoglobulinas, elevación de la Ig G (1.930 mg/dl) e Ig A (414 mg/dl). En el estudio microbiológico se incluyó serología para hidatidosis, hepatitis (A, B y C), VIH-1 y 2, brucella, mycoplasma, herpes, CMV y toxoplasma, siendo negativas. La serología de virus de Epstein-Barr fue de IgG anti VCA e IgG antiEBNA positivas e IgM anti VCA negativa. Los MT fueron normales. La TC abdominal con contraste intravenoso mostró lesión única de 39 × 41 mm. porción superior del bazo, con características inespecíficas, estableciéndose un diagnóstico diferencial con hemangioma atípico, hamartoma, fibroma o linfoma. La RNM confirmó un bazo de tamaño normal con una lesión de 4 cm de carácter sólido y con similares diagnósticos diferenciales. La gammagrafía con hematíes marcados descartó angioma esplénico. Ante la imposibilidad de obtener un diagnóstico de certeza, se decide intervenir quirúrgicamente realizándose esplenectomía. La evolución fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 4 días. El resultado anatomopatológico mostró tejido esplénico con arquitectura alterada por proliferación de células fusiformes, delgadas y homogéneas, formando haces cortos, que se acompañan de un infiltrado inflamatorio formado por linfocitos, más T que B, células plasmáticas politípicas, macrófagos y algunos eosinófilos. Positividad para el virus de Epstein-Barr de las células fusiformes. La paciente permanece asintomática hasta la actualidad.

**Discusión:** Este tipo de tumor fue descrito por primera vez en 1939, describiéndose posteriormente casos en diferentes localizaciones, siendo la esplénica, muy infrecuente, habiendo sido publicados pocos casos. Se presenta, con mayor frecuencia, en la 2ª y 3ª década de la vida, no existiendo predilección por ningún sexo. La etiología es desconocida, entre las que se encuentra, agentes infecciosos especialmente el VEB, origen vascular y, por último, origen autoinmune. Puede presentarse de forma asintomática o con clínica muy inespecífica. En relación a los estudios de

laboratorio, podría presentarse alteraciones en las diferentes series hematológicas, principalmente anemia y trombopenia. El diagnóstico de sospecha está basado en las pruebas radiológicas, siendo de utilidad la realización de ecografía, TC y RNM abdominal, sin existir hallazgos radiológicos concluyentes que nos den el diagnóstico definitivo. La indicación quirúrgica suele ser la norma, tras la cual no se han descrito casos de recurrencia ni desarrollo de otras neoplasias hematológicas. Se podría decir que el diagnóstico del pseudotumor inflamatorio es, principalmente, histológico.