

Esplenosis torácica: diagnóstico toracoscópico videoasistido y resección

Mayor M.C. José Julián Alcocer-Macías,* Dr. James D. Kang,** Dr. Robert J. Keenan***

Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania, E.U.A- Hospital Central Militar, Ciudad de México.

RESUMEN

La esplenosis torácica es una entidad poco común, caracterizada por presencia de tejido esplénico en el tórax después de una simultánea lesión diafragmática y esplénica. Presentamos un paciente con masa paravertebral izquierda a nivel de T5-T6, con diagnóstico de tumor neurógeno, quien fue sometido a procedimiento quirúrgico toracoscópico. La masa resecada fue diagnosticada como tejido esplénico. El periodo postoperatorio cursó sin incidentes y el paciente fue dado de alta al primer día postoperatorio.

Palabras clave: esplenosis torácica, toracoscopía, lesión diafragmática.

Introducción

De acuerdo con la literatura, la incidencia de esplenosis torácica en pacientes esplenectomizados por causa traumática abarca un rango de 22 a 68%.¹ Esta incidencia es tres veces más alta que después de una esplenectomía electiva por razones médicas.

El intervalo promedio entre el trauma y el diagnóstico de esplenosis intratorácica es de 18.8 años (9-32 años).² Avances en cirugía toracoscópica videoasistida, ha hecho posible el diagnóstico y resección de masas intratorácicas.³ Este artículo describe un caso clínico en el cual se hizo resección de esplenosis torácica por vía toracoscópica.

Reporte del caso

Hombre de raza negra, de 47 años de edad, ingresó al Hospital Presbiteriano de la Universidad de Pittsburgh,

Thoracic splenosis: videoassisted thoracoscopic diagnosis

SUMMARY

Thoracic splenosis is an uncommon entity characterized by presence of splenic tissue in the thorax after a simultaneous splenic and diaphragmatic injury. We present a patient with such a mass on the left T5-T6 paravertebral area with diagnosis of neurogenic tumor, who underwent surgical thoracoscopic approach. The resected mass was diagnosed as the splenic tissue. The postoperative period was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 1.

Key words: Thoracic splenosis, thoracoscopy, diaphragmatic injury.

EUA, refiriendo dolor torácico significativo en la región posterior del tórax, ligeramente paracentral y hacia el lado izquierdo, de un año de evolución.

Tuvo como antecedente de importancia histórica una herida por proyectil de arma de fuego en hemitórax izquierdo, 20 años atrás. En la examinación física su columna torácica se encontró moderadamente dolorosa a la palpación, con predominio en la región paraespinal izquierda, pero no se palparon masas. Se observó también en esta región un área con cicatriz antigua de herida por proyectil de arma de fuego, justo debajo del sitio de dolor. Presentó ligero grado de hiperreflexia en extremidades inferiores a tres cuartos, pero Babinski, Hoffman y Clonus negativos.

La telerradiografía de tórax mostró signos de fragmentos de una antigua ojiva en ambos hemitórax. La tomografía axial de tórax y resonancia magnética mostraron una masa paravertebral izquierda (*Figuras 1 y 2*), con forma redon-

* Departamento de Urgencias de Adultos del Hospital Central Militar. ** Departamento de Ortopedia de la Universidad de Pittsburgh. *** Vicejefe de la División de Cirugía Cardiorrespiratoria del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania, E.U.A.

Correspondencia:

Mayor M.C. José Julián Alcocer-Macías

Departamento de Urgencias del HCM. Av. López Mateos S/N. Col. Lomas de Sotelo. C.P. 11649. México D.F. Tel.: 5557-3100, Ext. 1655. Fax: 9113-3694.

Recibido: Marzo 20, 2004.

Aceptado: Mayo 3, 2005.

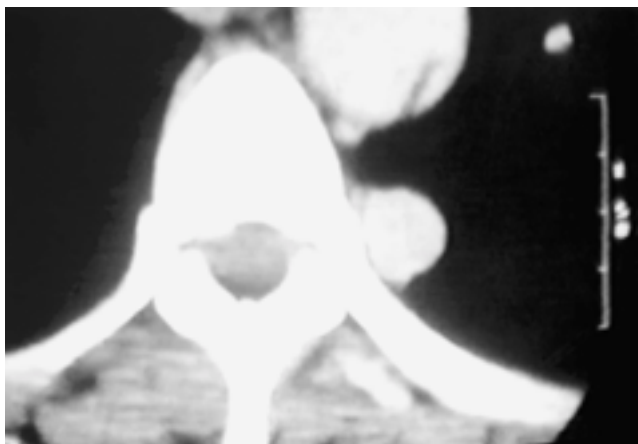


Figura 1. La TC revela una masa paraespinal izquierda a nivel de T5-T6.

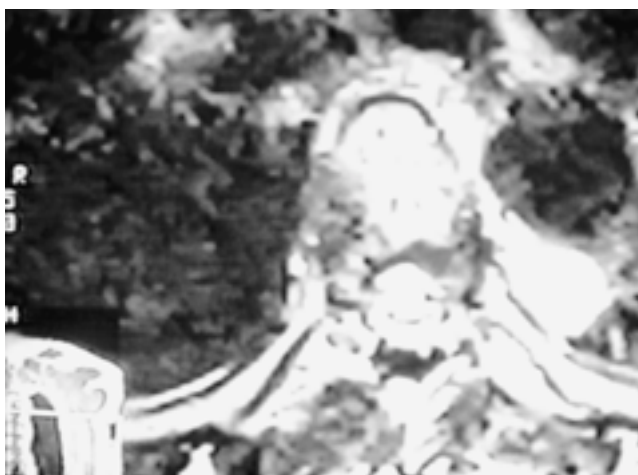


Figura 2. La RM revela una masa paravertebral izquierda de densidad redondeada y consistencia homogénea.

da, de densidad y consistencia homogénea, con características similares a las de un tumor neurógeno.

Por estos motivos se decidió realizar una evaluación toracoscópica, bajo anestesia general balanceada, intubación con tubo endotraqueal de doble lumen selectivo a bronquio izquierdo.

El paciente fue colocado en decúbito lateral derecho; tres puertos para toracoscopia fueron insertados, para posteriormente pasar la cámara de Toracoscopia, con lo cual se observaron múltiples adherencias en la cavidad torácica izquierda.

Después de realizar adherenciólisis, se inició la movilización del pulmón izquierdo hasta llegar a la parte posterior de la caja torácica, a nivel de la aorta. Identificamos una masa redondeada adherida al tejido periaórtico y paravertebral, con consistencia similar al bazo.

Utilizando una engrapadora, fue seccionado y exidido este tejido; incidentalmente se encontró otro pequeño nódulo, el cual también fue exidido.

La impresión diagnóstica en el estudio transoperatorio fue de tejido esplénico. Colocamos un tubo torácico a través de uno de los puertos utilizados para la toracoscopia. El paciente fue egresado sin complicaciones postquirúrgicas en su primer día postoperatorio. El reporte final de patología fue de esplenosis torácica.

Comentario

La esplenosis torácica es definida como un autotrasplante de tejido esplénico en la cavidad pleural, seguida de una ruptura esplénica con herida diafragmática simultánea.⁴

La incidencia de esplenosis torácica es de 18%.² Shaw y Shafi, en 1937, describieron el primer caso de implantes esplénicos intratorácicos de origen postraumático, descubiertos en una necropsia.^{5,6} En 1939, Buchbinder y Lipkoff sugieren el término de esplenosis.⁷

Este padecimiento es usualmente asintomático y puede ser descubierto en radiografías de tórax de rutina o examinación de una tomografía axial de tórax;^{3,5} sin embargo, se han reportado síntomas y signos como dolor en la región posterior e izquierda del tórax, masa paraespinal izquierda y hemoptisis.^{4,8}

La esplenosis intratorácica es más común en hombres jóvenes, dado la alta incidencia de lesiones esplénicas por heridas de proyectiles de arma de fuego o accidentes.⁸

La información que se obtenga en la historia clínica es esencial para llegar al diagnóstico preoperatorio, y algunos procedimientos diagnósticos pueden evitar una innecesaria cirugía para esta benigna condición.

La ausencia de cuerpos de Howell-Jolly y siderocitos en sangre periférica de pacientes que han sido sometidos a esplenectomía, puede sugerir la presencia de tejido esplénico residual seguido a esplenectomía.¹ Niveles de radionucleótidos, como tecnecio-99 e indio-111, escaneados y detectados en plaquetas pueden identificar tejido esplénico residual.^{9,10}

Avances en cirugía toracoscópica videoasistida ha hecho posible realizar el diagnóstico y resear el tejido esplénico intratorácico.³ En este caso, la presencia de un disco rojo-azul y una masa con superficie suave hizo posible se realizara el diagnóstico; sin embargo, el estudio histológico en patología fue obligatorio para descartar hemangiomas, endometriosis, carcinoma metastásico y angiosarcoma.⁸

En conclusión, un paciente con masa intratorácica e historia de lesión esplénica y diafragmática, es obligado sospechar esplenosis torácica. No incluir la esplenosis intratorácica como diagnóstico diferencial de masas intratorácicas resulta en toracotomías innecesarias.

Actualmente, avances en toracoscopia permiten el diagnóstico y resección, evitando cirugías mayores, con disminución en morbilidad y mortalidad y una recuperación segura.

Referencias

1. Hathaway JM, Harley RA, Self S, et al. Immunological function in posttraumatic splenosis. *Clin Immunol Immunopathol* 1995; 74: 143-50.
2. Normand JP, Rioux M, Dumont M, et al. Thoracic splenosis after blunt trauma: frequency and imaging findings. *Am J Radiol* 1993; 161: 739-41.
3. Tsunetzuka Y, Hideo S. Thoracic splenosis; from a thoracoscopic viewpoint. *Eur J Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 13: 104-6.
4. Cordier JF, Gamondes JP, Marx P, et al. Thoracic splenosis presenting with hemoptysis. *Chest* 1992; 102: 626-7.
5. Roucos S, Tabet G, Jebara VA, et al. Thoracic splenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99: 361-3.
6. Madjar S, Weissberg D. Thoracic splenosis. *Thorax* 1994; 49: 1020-2.
7. Pearson HA, Johnston D, Smith KA, et al. The born-again spleen: return of splenic function after splenectomy for trauma. *New Engl J Med* 1978; 298: 1389-92.
8. Yousem SA. Thoracic splenosis. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 411-12.
9. Scales FE, Lee ME. Non-operative diagnosis of intrathoracic splenosis. *AJR* 1983; 141: 1273-74.
10. Moncada R, Williams V, Fareed J, et al. Thoracic splenosis. *AJR* 1985; 144: 705-6.