



## Hemangioma esplénico

Gaspar Alberto Motta Ramírez,\* Emmanuel Itzcóatl Luján Cortes,† Jorge Silva Ortiz,§ Carlos Lever Rosas,§ Gildardo Agustín Garrido Sánchez<sup>||</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 64 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2 de regular control metabólico, con antecedente de amputación de segundo orjejo del pie derecho, secundario a pie diabético infectado. Como parte del estudio de la nefropatía crónica se le realizó ultrasonido renal en febrero de 2012 documentándose en el espacio esplenorenal una imagen sólida, de ecogenicidad heterogénea con calcificaciones múltiples y escasa vascularidad, de 9.7 por 8.1 cm (Figuras 1a y b).

El paciente se refería asintomático y a la exploración física intencionada se evidenció una masa palpable en

flanco izquierdo lo que motivó que se realizaran estudios tales como gammagrama renal, el cual reportó perfusión y filtración conservada con retraso en la eliminación por ectasia derecha y resonancia magnética renal simple en imágenes axial y RMP coronal, en secuencia T2 (Figuras 2 a y b), que evidenció al riñón izquierdo desplazado en forma caudal a expensas de lesión tumoral de morfología lobulada, con bordes definidos y envuelta por una cápsula de aproximadamente 0.3 cm de grosor con áreas de necrosis e imágenes hiperintensas intralesionales.

Para definir el manejo quirúrgico se le realiza TC abdominopélvica trifásica, en imágenes axiales en fase simple y

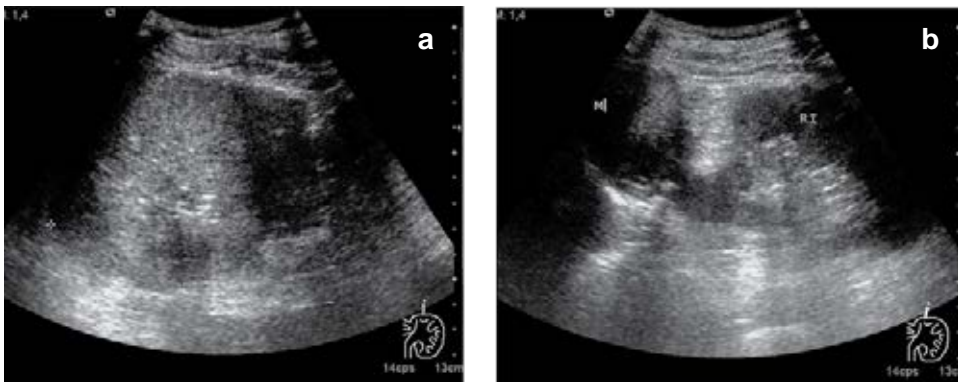


Figura 1.

\* Médico Radiólogo, Jefe de la Subsección de Tomografía Computada del Hospital Central Militar.

† Médico Residente de 1er. año del Curso de Especialización en Radiología e Imagen, Hospital Central Militar, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, UDEFA.

§ Cirujano Oncólogo del Hospital Central Militar.

<sup>||</sup> Médico Patólogo del Hospital Central Militar.

#### Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Departamento de Radiación Ionizante, Subsección de Tomografía Computada. Blvd. Ávila Camacho s/n, Esq. Av. Ind. Mil. Col. Lomas de Sotelo, Deleg. Miguel Hidalgo, 11640, Ciudad de México, Distrito Federal.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 11-09-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

fase venosa y RMP coronal, fase venosa (Figuras 3 a-c) que demostró lesión esplénica ocupativa, exofítica, de densidad heterogénea, con sitios de necrobiosis, calcificaciones periféricas e intralesionales exhibiendo un comportamiento postcontraste IV de 53 UH en fase simple y en la fase arterial alcanzó 89 UH, fase venosa de 121 UH y fase excretora de 96 UH; tal comportamiento caracteriza a la lesión como benigna, del tipo hemangioma. Nótese las calcificaciones intratumorales y periféricas de la lesión así como la relación

de la masa esplénica con la glándula suprarrenal ipsolateral y el riñón ipsolateral.

Al paciente se le realizó esplenectomía a través de incisión subcostal corroborando la lesión esplénica de aproximadamente 15 cm con adherencias laxas en su superficie hacia la cola pancreática, epiplón y suprarrenal ipsolateral (Figuras 4 a y b).

En el examen histopatológico la lesión fue reportada como hemangioma esplénico.

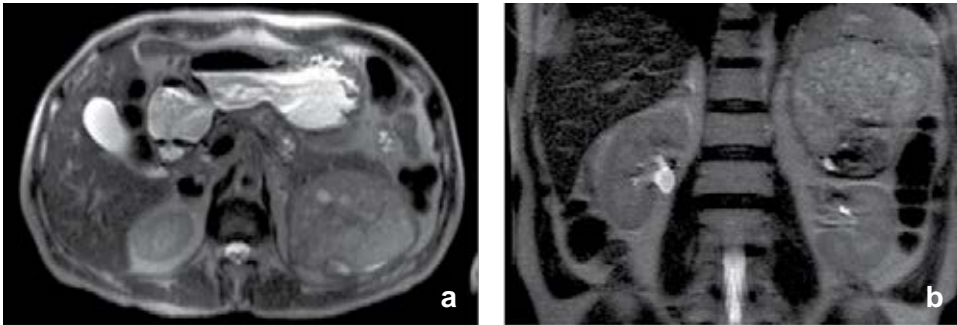


Figura 2.

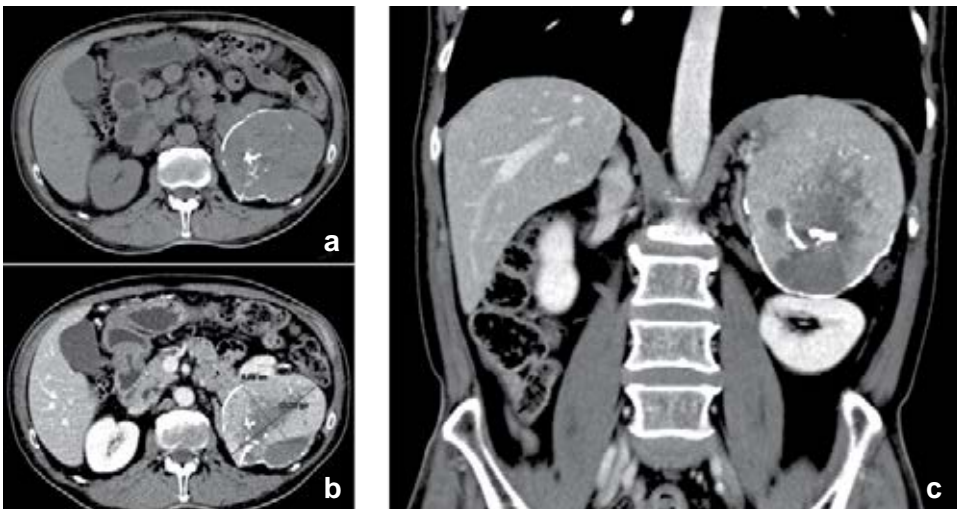


Figura 3.

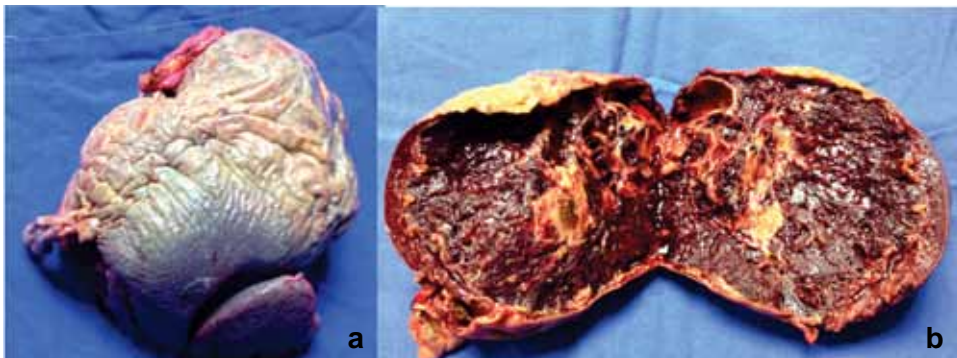


Figura 4.

## HEMANGIOMA ESPLÉNICO

El hemangioma esplénico constituye la neoplasia benigna más común del bazo en el adulto, con mayor frecuencia en edades de 35 a 55 años, sin predominio de sexo; su comportamiento clínico suele ser indolente, en raras ocasiones con masa palpable en flanco izquierdo que puede condicionar saciedad temprana o dolor abdominal inespecífico por desplazamiento de vísceras adyacentes (*Cuadro I*). En cuadros más severos origina sintomatología a partir del secuestro celular en su interior (síndrome de Kasabach-Merritt) o abdomen agudo tras su rotura espontánea.

Su apariencia ultrasonográfica es muy variable; es útil, durante su estudio con ultrasonido Doppler, la maniobra de compresión que interrumpe su flujo reapareciendo una vez suspendida la maniobra. Los hallazgos en la TC reflejan el carácter histológico de la lesión según se trate de formas capilares, cavernosas o mixtas. El tamaño también influye dado que entre más voluminosa sea la lesión más favorece la aparición de áreas de infarto, necrosis o pseudoquistes. De manera general, es una lesión hipodensa en fase simple con refuerzo periférico temprano y central tardío, se distingue de los hemangiomas hepáticos en que carecen

**Cuadro I.** Diagnóstico diferencial de masa esplénica.

Hemangioma	Hematoma
Hamartoma	Quiste
Linfoma	Infección
Metástasis	Sarcoidosis

del marcado realce central tardío y típicamente se trata de lesiones solitarias.

La RM muestra lesiones de baja intensidad de señal en T1 y de alta intensidad de señal en T2. Tanto la TC como la RM, tras la administración de contraste, muestran un realce prolongado debido al estancamiento en los sinusoides de sustancia roja.

## REFERENCIAS

1. Pérez-Chávez G, Escárcega R. Hemangioma esplénico. *Gac Med Mex.* 2007; 143: 6.
2. Kutok JL, Fletcher CD. Splenic vascular tumors. *Semin Diagn Pathol.* 2003; 20: 128-139.
3. Taveras J, Cardoso J y cols. *Colección radiología e imagen diagnóstica y terapéutica tomo II.* México: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.