

UROLOGIA

# FUSIÓN ESPLENOGONADAL CONTÍNUA (Reporte de un caso)

Marco Pérez Venegas\*  
Komrad Jiménez Vega\*  
Glenda Arguedas Monge\*  
Fabricio Arguedas Monge\*\*

## SUMMARY

**Splenogonadal fusion is a rare congenital malformation that results from abnormal connection of splenic tissue with gonad or mesonephric structures during embryonic development. It is usually detected in males and is classified: Continuous and discontinuos. We present the case of a 4 -year-old boy with male pseudohermaphroditism and bilateral cryptorchidism. In the surgery we observed splenogonadal fusion intra-abdominal. Splenogonadal fusion is a benign anomaly that has sometimes led to unnecessary orchidectomy. Consequently it is necessary to include this malformation in the differential**

**diagnosis of escroto-testicular masses in boys.**

## INTRODUCCIÓN

La fusión esplenogonadal (FEG) es una anomalía benigna muy rara y poco descrita en la literatura médica. Es el resultado de la unión de tejido esplénico con la gónada o derivados del mesonefros, durante el desarrollo embrionario. (5-6) Generalmente se diagnostica en menores de 20 años, la mayoría en varones con una proporción de 15:1 ya que es mucho más fácil realizar el diagnóstico por la accesibilidad de la gónada.(2) Más frecuente del lado izquierdo como la mayoría de malformaciones urológicas.

## CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, con diagnóstico de pseudohermafroditismo masculino más criptorquidia bilateral. Ultrasonido inguinal no identifica testículos en canal inguinal, ultrasonido abdominal no describe gónadas. Se realiza exploración abdominal donde se encontró estructura tubular color vino de 1 cm. de diámetro y 15 cm. de largo que proviene del bazo y hace fusión con el testículo izquierdo, en este momento se diagnostica fusión esplenogonadal. Se realiza resección de bazo accesorio y orquidopexia bilateral con técnica de SPEPHENS-foweler. (figura 1-2)

\*Servicio de Urología Hospital Nacional de Niños

\*\*Médico General, San José, Costa Rica

## DISCUSIÓN

La FEG es una alteración rara de origen benigno, por lo cual su diagnóstico se realiza durante la intervención quirúrgica o durante el estudio histológico del tejido extraído. Se clasifica en dos tipos: Continua y discontinua. La primera actúa como una cinta que se desplaza sobre el intestino y se une al testículo produciendo una cadena de tejido esplénico y conjuntivo entre bazo, testículo, epidídimo u ovario y en la segunda no existe esta banda. (2). Recientemente se ha postulado la teoría sobre el origen de la FEG asociada a criptorquidia, en la que un desarrollo anormal del ligamento suspensorio del testículo tiene una involución incompleta, produciendo criptorquidia y

colonización del ligamento por células esplénicas. (4). Esta asociación de tejidos puede producir o participar en cualquier proceso patológico que afecte al bazo, es importante incluir la FEG en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal inferior izquierdo o pélvico. (1) Como en este caso el diagnóstico se realiza durante la intervención quirúrgica de hernias, criptorquidia, epididimitis, tumores o torción testicular, conocer la existencia de esta patología permite conservar la gónada (2). El testículo puede ser disecado sin dificultad porque por lo general la albugínea está intacta. Se reportado un porcentaje de 37-50% de orquidectomías en este tipo de pacientes, ante la sospecha de que esta lesión se tratara de una neoplasia. Por

esta razón en caso de dudas debe realizarse estudio por congelación antes de proceder a la extirpación (7) Hasta un 33% de las formas continuas están relacionadas con malformaciones como defectos en miembros, micrognatia, defectos en el septo ventricular, atresia anal, espina bífida entre otros. (9). Para confirmar la sospecha de FEG, Pauli y Greenlaw (8) sugieren la realización de un ecograma más centellografía en los pacientes con malformaciones de miembros, anomalías mandibulares, oral y paladar. El ultrasonido puede demostrar la localización extratesticular una de masa de naturaleza homogénea y ecogenicidad similar a la del testículo. (3)



**Figura 2.** Imagen operatoria: tejido esplénico ectópico unido al polo superior del testículo



**Figura 1.** Se observan bandas de tejido esplénico separadas por tejido fibroso fusionadas al polo superior del testículo izquierdo

## RESUMEN

Como está descrito en la literatura, la fusión esplenogonadal es una rara malformación congénita que resulta de la unión de tejido esplénico con la gónada u otros derivados mesonéfricos, durante el desarrollo embriológico. Es más frecuente en los varones y se ha clasificado en: Continua y discontinua. Presentamos el caso de un niño de 4 años, a quien se le diagnosticó pseudohermafroditismo masculino mas criptorquidia bilateral, en el momento de la exploración

quirúrgica intraabdominal se encontró una fusión esplenogonadal continúa, a la cual se le dio tratamiento. Esta patología es benigna, sin embargo en ocasiones ha motivado la orquidectomía innecesaria, por lo que es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de masas escroto-testiculares pediátricas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andrews RW, Copeland DD, Freid FF. Splenogonadal Fusion. *J Urol* 1985;133:1052-1053.
2. Baladji KC, Caldamone AA, Rabinowitz R et al. Splenogonadal fusion. *J Urol* 1996; 156; 854-856.
3. Cirilo RI Jr, Coley B, Binkowitz L, Jayanthi R. Sonographic findings in splenogonadal fusion. *Pediatr Radiol* 1999; 29: 73-75.
4. Cortes D, Thorup JM, Visfeldt J. The pathogenesis of criptorquidism and splenogonadal fusion: A new hypothesis. *Br J Urol* 1996; 77: 285-90.
5. Karaman MI, Gonzalez ET. Splenogonadal fusion; Report of 2 cases and review of the literature. *J Urol*. 1996; 155: 309-11.
6. Knorr PA, Borden T. Splenogonadal fusion. *Urology*. 1994;44: 136-8.
7. Miersh WD, Vogel J, Molitor D, Winter P, Splenogonadal fusion. *Urol Nephrol* 1990; 83: 33-37.
8. Pauli RM, Greenlaw A. Limb deficiency and splenogonadal fusion. *Am J Med Genet* 1982; 13:81-92.
9. Steinmentz A, Rappaport A, Nikolov G, Priel I, Chamovitz D, Dolev E. Splenogonadal fusion diagnosed by spleen scintigraphy. *J Nucl Med* 1997: 1153-1155.