

Así por ejemplo, Cohén (2) informa sobre implantes esplénicos subcutáneos, ocurridos en la cicatriz de una esplenectomía previa, Dalton (3) sobre esplenosis intratorácica y Otteman (6) sobre esplenosis como una lesión del estómago.

Es concebible entonces, que en la *patogenia* de esta condición interviene la siembra directa de células esplénicas en los tejidos alcanzados por el objeto contaminante, tales como el bisturí, los guantes del cirujano o el proyectil que después de atravesar el bazo, va sembrando células esplénicas en el curso de su trayecto. La siembra esplénica es también factible en el pericardio, según se desprende de los estudios experimentales en revascularización del corazón efectuados por Garamella et al (4). Según Widman (10) la esplenosis no debe considerarse como una enfermedad sino como un efecto compensador del organismo para suplir la falta de bazo. Si los mecanismos inmunes son afectados por la esplenectomía, especialmente en niños, la preservación de tejido esplénico es de la mayor importancia y logrado por la deliberada producción de esplenosis después del trauma esplénico.

Refiriéndose más específicamente a la esplenosis intraabdominal, de la excelente revisión bibliográfica efectuada por **Brewster** (11) se deduce que el diagnóstico de esta condición es de tipo quirúrgico en el 83% de los casos y diagnóstico en autopsias en el 17% de los casos restantes. Aún no se ha informado sobre diagnóstico clínico de esplenosis **preoperatorio**. El tiempo más corto transcurrido en efectuar dicho diagnóstico ha sido de 5 meses después de la esplenectomía post-traumática y el más largo hasta 32 años después de haber ocurrido el traumatismo esplénico. La cantidad de nodulos de esplenosis ha sido hasta de 400 o más y el nódulo más grande ha llegado a medir 7 cms. En el diagnóstico clínico diferencial, estos nodulos pueden simular:

- a) Tumores subcutáneos.
- b) Tumores de pared torácica o de costillas.
- c) Lesión "en moneda" de los pulmones.
- d) Carcinoma broncogénico.
- e) Masas mediastínicas.
- f) Tumor gástrico.
- g) Etc.

La impresión diagnóstica operatoria puede ser de endometriosis, carcinomatosis, hemangiomatosis, etc. Un diagnóstico precipitado de carcinomatosis puede inducir a tratamientos radicales innecesarios, de ahí la importancia de tener muy en cuenta el antecedente de esplenectomía post-traumática en casos de supuesta carcinomatosis metastásica del peritoneo en el curso de una laparatomía.

Es curioso que en algunos informes de esplenosis se hayan encontrado *condiciones patológicas* dentro de estos autoinjertos. Tal es el caso informado por Shaw (7) quien diagnosticó en un nódulo de esplenosis, *tuberculosis miliar* y *amiloidosis*. Gilí (5) informa sobre el agrandamiento súbito de un tumor de pared torácica en relación con un estado de remisión de una infestación malárica. Al estudio histológico de dicha masa se hizo diagnóstico de esplenosis con *infestación malárica*. El paciente había sufrido previamente herida por arma de

fuego en el cuadrante superior izquierdo del abdomen con trayecto hacia el tórax. En un paciente con esplenectomía previa por *anemia hemolítica congénita*, informado por Stafie (8) esta condición se reprodujo después en nodulos de esplenosis abdominal. Durante la esplenectomía previa había ocurrido: desgarro de la cápsula esplénica con hemorragias.

En el estudio *histológico* del caso nuestro, que informamos en esta oportunidad, encontramos lesiones de siderocalcinosis (Figs. 2 y 3) cuya explicación estribaría quizá como un intento de fagocitosis de hemosiderina residual en peritoneo relacionada con el traumatismo abdominal sufrido 15 años antes.

RESUMEN

Este es el primer informe sobre esplenosis en Honduras, Centro América. La afección se desarrolló en forma asintomática después de una esplenectomía post-traumática. Quince años después se practicó histerectomía por metrorragia disfuncional y fue entonces cuando se encontró la siembra peritoneal con nodulos de esplenosis, lo cual fue interpretado por el cirujano como una carcinomatosis. El nódulo presentaba lesiones de siderocalcinosis.

SUMMARY

This is the first report in honduran literature about splenosis. The condition developed asymptotically after a post-traumatic splenectomy occurred 15 years previously. It was discovered during the course of a laparotomy performed for hysterectomy. A nodule of splenosis was removed and sent for histological studies with the presumptive diagnosis of peritoneal carcinomatosis. The nodule of splenosis showed siderocalcinosis.

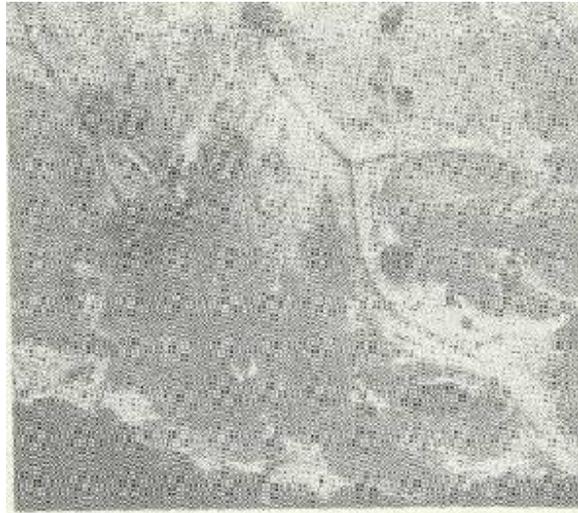


Fig. 1
Mesenterio con siembra de esplenosis

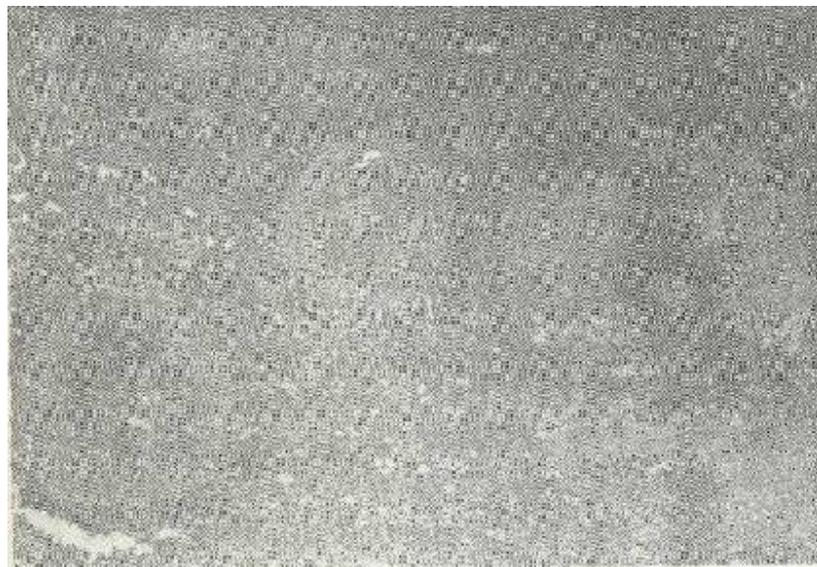


Fig. 2
Aspecto histológico de un nódulo de esplenosis mostrando
arquitectura similar a la de un bazo normal.

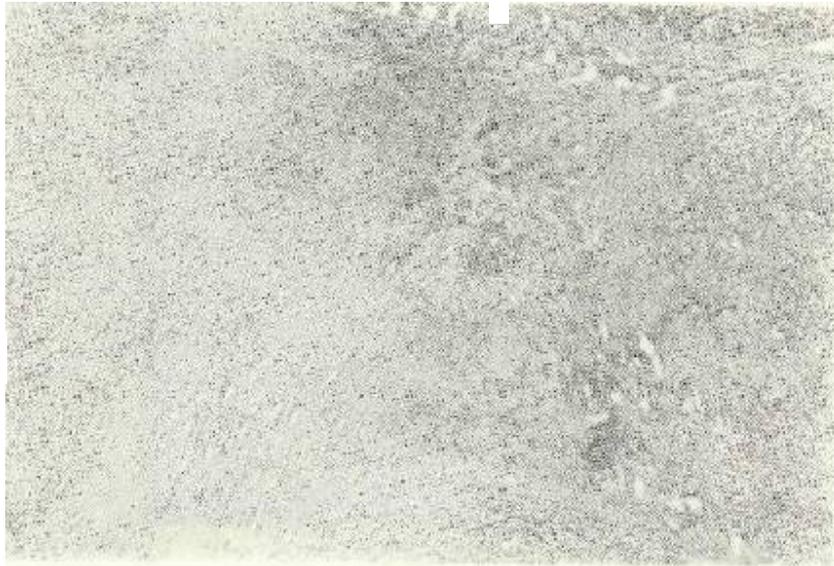


Fig. 3
Nódulo de esplenosis mostrando área de siderocalcinosis



Fig. 4
Siderocalcinosis en nódulo de esplenosis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BREWSTER, D. C: Splenosis: report of 2 cases and review of the literature. *Am. J. Surgery.* 126: 14, 1973.
- 2.—COHÉN, E. A.: Splenosis; review and report of subcutaneous splenic implan! *Arch. Surg.* 69: 777, 1954.
- 3.—DALTON, M. L., Jr.; STRANGE, W. H. and DOWS, E. A.: Intrathoracic splenosis, case report and review of the literature. *Am. Rev. Respir. Dis.* 103: 827, 1971.
- 4.—GARAMELLA, J. J.; HAY, L. J.: Autotransplantation of Spleen: Splenosis. *Ann. Surg.* 140: 107, 1954.
- 5.—GILL, A. J.: Traumatic autograft of splenic tissue in the body wall. *J. Lab. Clin. Med.* 29: 247, 1944.
- 6.—OTTEMAN, M. G.; WISE, J. K.; HENSON, S. W. Jr.: Splenosis as a lesión of the stomach. *Rocky Mt. Med. J.* 69: 53, 1972.
- 7.—SHAW, A. F. B.; SHAFI, A.: Traumatic autoplatic transplantation of splenic tissue in man with observations of the late results of splenectomy in six cases. *J. Exper. Path. Bact.* 45: 215, 1937.
- 8.—STOBIE, G. H.: Splenosis. *Canad. Med. Assoc. J.* 56: 374, 1947.
- 9.—VON STUBENRAUCH, E.: Experimentelle der sogenannten Nebenmilzen, insbesondere nach Milzoerktzungen. *Brunz. Beitr. Klin. Chir.* 119: 710, 1920.
- 10.—WIDMANN, W. D.; LAUBSCHER, F. A.: Splenosis: a disease or beneficial condition? *Arch. Surg.* 102: 152, 1971.