

## Esplenomegalia y uropatía obstructiva

M. García Pérez, I. Salmerón Beliz, A. Crespo Rivero, L. Albéniz Aguriano y A. Saiz Ayala

Departamento de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario San Carlos. Madrid.

### Historia clínica

Se trata de una mujer de 57 años de edad que está siendo estudiada desde hace dos años por cuadro de esplenomegalia no filiada y pancitopenia moderada. Ingresa por cuadro de anemia severa (7,6 g/dl de Hb), astenia y pérdida de peso.

### Hallazgos radiológicos

En la figura 1, que corresponde a una radiografía simple de abdomen, se puede ver un aumento de la sombra esplénica (flechas) y desplazamiento de la cámara gástrica (G) hacia el lado derecho. La interfase grasa perivesical derecha está borrada (flechas huecas).

La figura 2 corresponde a un corte de tomografía axial computadorizada (TAC) en abdomen superior, que muestra un bazo (B) de densidad homogénea y gran tamaño, llegando a igualar el tamaño del hígado (H); este último presenta dos lesiones nodulares hipodensas con respecto al parénquima normal (cabezas de flecha) situadas en segmento medial de lóbulo hepático izquierdo.

Las figuras 3 A y B son cortes consecutivos de TAC a la altura renal, donde se observa (fig. 3 A) un riñón derecho con pelvis muy dilatada, adelgazamiento cortical y retraso en la eliminación de contraste, típico todo ello de uropatía obstructiva. Aún se puede ver tejido esplénico (B) en hipocondrio izquierdo. En un corte más inferior (fig. 3 B) se sigue viendo tejido esplénico (B) y un uréter derecho muy dilatado (cabezas de flecha).

Las figuras 4 A y B son cortes secuenciales de TAC situados en pelvis, que muestra (fig. 4A) ocupación del receso lateral derecho perivesical por material de contornos mal definidos y densidad de tejidos blandos (flechas), perdiéndose los planos grasos de clivaje con el útero (U) y vejiga (V). El útero (fig. 4 B) está aumentado de tamaño con una zona central redondeada (\*) de menor densidad que el parénquima, correspondiéndose con retención de secreciones. Hay mala delimitación del borde inferior derecho de la vejiga (V), útero (U) y recto.

### Comentario

La enferma fue sometida a laparotomía con histerectomía radical y biopsia esplénica que confirmó el diagnóstico de linfoma no Hodgkin (LNH) diseminado.



Fig. 1.

En este caso, la afección uterina y pélvica, con ausencia de lesión ganglionar visible podía hacer pensar, en un primer momento, en otras posibilidades diagnósticas diferentes al linfoma, como pueden ser la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) o el cáncer ginecológico. La asociación con esplenomegalia y lesiones hepáticas hacen el diagnóstico de linfoma muy posible.

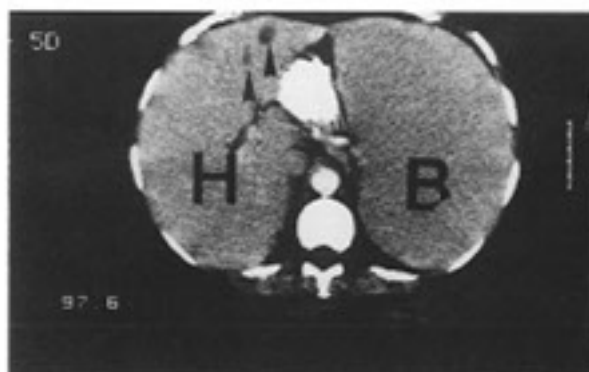


Fig. 2.

Correspondencia: M. García Pérez,  
Departamento de Radiodiagnóstico,  
Plaza de Cristo Rey, s/n. 28040 Madrid.  
Aceptado para su publicación el 18 de mayo de 1993.