



Clínica cotidiana

Tumor esplénico gigante

Emérito Peramato Martín^{a,*}, Manuel Jesús Luengo Martín^b, Elpidio García Ramón^c, Yolanda Granja Garrán^d, Ángel Alberto Peramato González^e, Nerea García Granja^f

^aPersonal emérito de la G.R.S adscrito a la G.A.P. de Zamora. ^bE.A.P. Guijuelo. Guijuelo, Salamanca. ^cG.A.P. Valladolid Oeste. Valladolid.

^dE.A.P. Plaza del Ejército. Valladolid. ^eFisioterapeuta. Benavente. ^fEnfermera de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Tumor esplénico

Bazo

Rotura esplénica

R E S U M E N

Se presenta un caso clínico-ecográfico en un varón de 62 años, asintomático, que acude a consulta por un motivo no relacionado con el descubrimiento incidental de un tumor esplénico de tamaño considerable. Con motivo del mismo exponemos una breve revisión de los tumores esplénicos y el manejo de las lesiones tumorales incidentales esplénicas, anticipando que su diagnóstico preciso es difícil debido, principalmente al solapamiento de sus características, que dificulta la diferenciación de lesiones claramente benignas, de otras intermedias o malignas.

Como resultado de lo expuesto, establecemos a priori una actitud ante estas lesiones ocupantes de espacio, basada fundamentalmente en el nivel de sospecha por la clínica y la imagen, su tamaño (a veces determinante), recordando que cualquier tumoración esplénica, si tiene el tamaño suficiente (> 5 cm), puede inducir una rotura esplénica inesperada, de alta mortalidad dado su gravedad y el retraso en el diagnóstico.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Giant splenic tumor

A B S T R A C T

We present a clinical-ultrasound case of a 62-year-old asymptomatic man who presented for a reason unrelated to the incidental discovery of a sizable splenic tumor. For this purpose, we briefly review splenic tumors and the management of incidental splenic tumor lesions, noting that their precise diagnosis is difficult, mainly due to the overlapping characteristics of the tumors, which makes it difficult to differentiate between clearly benign lesions and those that are intermediate or malignant.

As a result of the above, we establish an a priori approach to these space-occupying lesions, based primarily on the level of suspicion based on clinical and imaging findings, and their size (sometimes a determining factor), remembering that any splenic tumor, if

Keywords:

Splenic tumor

Spleen

Splenic rupture

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.015>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

large enough, can induce unexpected splenic rupture, which has a high mortality rate given its severity and the delay in diagnosis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

La paciente acude a consulta tras detectarse de forma incidental un bultoma en la región inferolateral derecha de la pared torácica. No presenta alergias conocidas. Refiere antecedentes de tabaquismo, habiendo sido fumadora de 20 cigarrillos diarios desde los 18 años y exfumadora desde hace 25 años, y consumo moderado de alcohol, aproximadamente 14 unidades de bebida estándar por semana. Entre sus antecedentes patológicos destaca un quiste esplénico diagnosticado en 2019, de 30 × 20 mm, según informe aportado por Digestivo, con serología de hidatidosis negativa, así como dislipemia no tratada. La anamnesis por aparatos es negativa, sin otros síntomas referidos.

A la exploración física, la paciente se encuentra en buen estado general, con sobrepeso grado I. Sus constantes son: peso 80 kg, talla 173 cm, índice de masa corporal 27, presión arterial 123/84 mmHg, frecuencia cardiaca 60 lpm y saturación de oxígeno 98 %. La auscultación cardiaca es rítmica a 82 lpm, sin soplos ni ruidos agregados, y la auscultación pulmonar muestra normoventilación en ambos campos. A la palpación se aprecia un bultoma de aproximadamente 3 cm en la región inferolateral derecha, de consistencia blanda-elástica, no adherido a planos profundos. El abdomen presenta morfología normal,

sin dolor a la palpación superficial o profunda, sin masas, hernias, adenopatías ni visceromegalias, con normoperistaltismo y puño percusión renal negativa. Los miembros presentan reflejos, tono, movilidad, sensibilidad y fuerza conservados, con pulsos positivos, sin edemas ni alteraciones tróficas.

Se realizan pruebas complementarias. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal a 60 lpm, eje QRS a 0°, con trazado normal. La ecografía de partes blandas evidencia un bultoma fusiforme, hiperecoico y bien delimitado, de 3,3 × 1,4 cm, en relación con probable lipoma. La ecografía abdominal revela un hígado de morfología y tamaño normal, sin lesiones, vesícula biliar no patológica, riñones y páncreas normales, y bazo ligeramente esplenomegálico (13,7 cm), con una masa hipoeoica que ocupa los dos tercios inferiores, de 84 × 68,9 mm, con bordes regulares y áreas internas hipoeoicas (figura 1). Porta, aorta y vía biliar son normales, sin líquido libre.

La impresión clínica es de tumor esplénico gigante, con hemangioma atípico gigante como primera hipótesis diagnóstica, aunque no se descartan otras posibilidades. Debido a la incertidumbre diagnóstica, el tamaño de la lesión y el riesgo potencial de ruptura esplénica, se deriva a la paciente a consulta de Cirugía General y Digestivo para valoración de esplenectomía laparoscópica con fines preventivos y diagnósticos. Al día de la fecha, la paciente continúa asintomática y permanece en lista de espera quirúrgica.

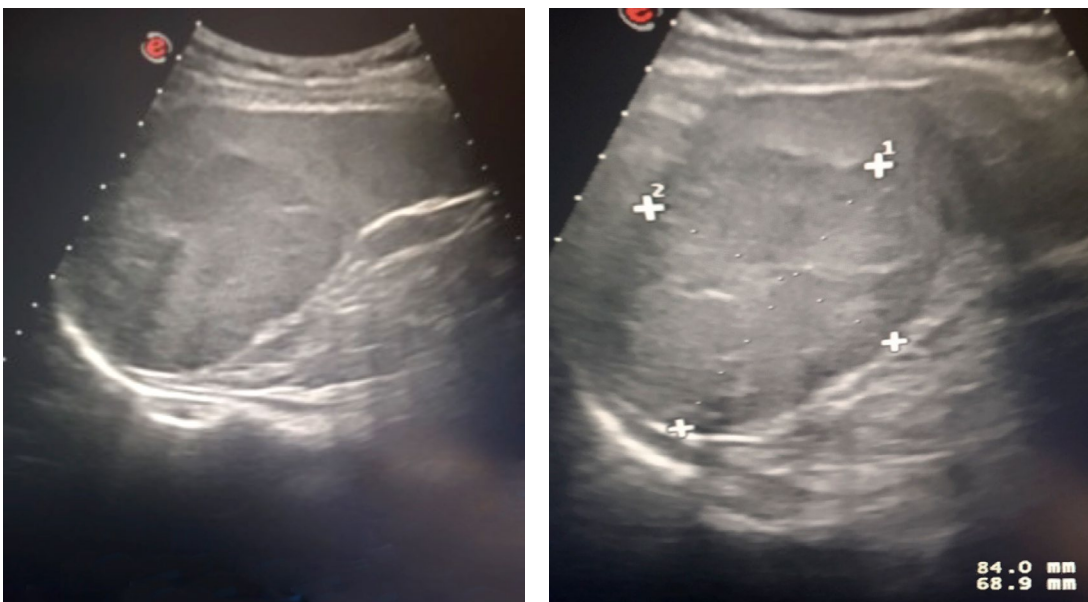


Figura 1 – Masa hipoeoica que ocupa los dos tercios inferiores del bazo, de 84 x 68,9 mm, con bordes regulares y áreas internas hipoeoicas

Comentario

El bazo representa el mayor órgano linfopoyético, contiene el 25 % de la masa linfoide total. Participa en la inmunidad celular y humoral e interviene en la renovación de los glóbulos rojos y en la eliminación de las bacterias. Además, secuestra un tercio de las plaquetas colaborando a mantener el equilibrio con las plaquetas circulantes. Las funciones esplénicas están reducidas cuando el bazo está ausente, lo que implica entre otras complicaciones, una mayor susceptibilidad para padecer una sepsis por organismos encapsulados¹.

Los incidentalomas en el bazo son bastante frecuentes y por eso es necesario estar familiarizado con las características radiológicas de las lesiones más frecuentes. Si bien es cierto que muchas veces no es posible llegar a un diagnóstico final, porque los hallazgos de las diferentes entidades se pueden solapar, la mayoría de las lesiones suelen ser benignas sobre todo en pacientes asintomáticos y sin antecedentes oncológicos².

El hemangioma de origen congénito representa la lesión benigna más común del bazo. El linfoma representa el tumor maligno más común, usualmente implicado, como afección secundaria, del bazo³.

Las lesiones esplénicas incidentales pueden ser neoplásicas o no, las primeras pueden ser benignas o malignas. Dentro del grupo de las no neoplásicas están las siguientes:

- **Quiste:** existen quistes verdaderos o congénitos y quistes falsos o secundarios (postraumáticos). Ambos ecográficamente se comportan como cualquier quiste en cualquier otra localización: imagen anecoica con refuerzo acústico posterior.
- **Absceso:** suelen aparecer en procesos infecciosos que se han diseminado por vía hematogena. El paciente por lo general presenta clínica de dolor abdominal y una respuesta inflamatoria sistémica.
- **Quiste parasitario o hidatídico:** aparece como una lesión quística bien definida con pequeños quistes periféricos en su interior (“quistes hijos”).
- **Sarcoidosis:** clínicamente estos pacientes pueden estar asintomáticos, o presentar dolor abdominal, fiebre, malestar general y menos frecuente la rotura esplénica. La afectación esplénica por sarcoidosis puede presentarse como una esplenomegalia difusa, o lesiones focales hipoeocicas e hipovascuales.

En el grupo de las lesiones neoplásicas están las benignas y las malignas:

- **Lesiones neoplásicas benignas:**
 - **Hemangioma:** es el tumor benigno más frecuente, que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos. Usualmente los pacientes son asintomáticos, sin embargo, aquellos de gran tamaño pueden causar hemorragias, roturas, e inclusive fracaso cardíaco de alto gasto. El patrón ecográfico más frecuente no difiere del angioma hepático, siendo inferior a los 2 cm. En lesiones mayores se aprecia una masa heterogénea e hiperecogénica con múltiples áreas hipoeocógicas de pequeño tamaño.
 - **Hamartoma o hiperplasia nodular del bazo:** pueden ser únicos o múltiples, y los pacientes suelen estar asintomáticos. En ecografía podemos apreciar una tumoración

normalmente única, sólida, pero a veces con áreas quísticas, ocasionalmente calcificadas, y que con el *doppler* presenta una vascularización de disposición radial.

- **Linfangioma:** es una malformación linfática, que suele afectar con mayor frecuencia a la población pediátrica. Se caracteriza por ser una lesión única o múltiple de aspecto quístico multilocular con septos finos.
- **Angioma de células litorales:** es un tumor raro, formado por canales vasculares de diferentes tamaños y, por lo tanto, serán lesiones que pueden tener sangre en diferentes estadios. Pueden estar asociados a otras neoplasias. Se caracterizan por ser masas únicas o múltiples de tamaño variable, bien circunscritas y que pueden estar acompañadas o no de esplenomegalia.
- **Transformación angiomatosa nodular esclerosante del bazo:** es una neoplasia bastante rara, que se caracteriza por ser una masa de bordes bien definidos, con múltiples nódulos de pequeño tamaño y un estroma fibroso central que se extiende hacia la periferia adquiriendo una disposición en “rueda de coche”.
- **Lesiones neoplásicas malignas:**
 - **Linfoma:** lo más frecuente es la afectación secundaria del bazo en el linfoma, siendo la afectación primaria menos del 1 %. En su inicio más del 40 % de los linfomas ya tienen afectación esplénica, a pesar de que esta pueda pasar desapercibida hasta en el 30 % de las ocasiones. Existen diferentes formas de presentación dentro de las cuales están: esplenomegalia sin masa, masa focal, nódulos de pequeño tamaño, y micronódulos difusos. Lesiones < 1 cm son más típicas de linfomas de Hodgkin (LH) y de linfomas no-Hodgkin (LNH) de bajo grado (también lesiones medianas de < 3 cm), mientras que las lesiones mayores de 3cm son más típicas de LNH de alto grado. Típicamente, las lesiones focales de linfomas son hipoeocógicas, y son raras las hiperecogénicas, quísticas o con calcificaciones
 - **Angiosarcoma:** es una tumoración agresiva y extremadamente rara. Clínicamente los pacientes presentan dolor abdominal, pérdida de peso, anemia, masa en el cuadrante superior izquierdo, coagulopatía e incluso hemoperitoneo. Se caracteriza por ser una masa única o múltiple que expande el bazo, y suele ser heterogénea por la presencia de áreas hemorrágicas y necróticas. Al diagnóstico usualmente presenta metástasis al hígado, pulmón, y hueso. Tiene muy mal pronóstico.
 - **Metástasis:** las neoplasias primarias que con más frecuencia metastatizan al bazo son de origen pulmonar y mamario, también melanoma y gástrico. La afectación esplénica puede ser difusa, o focal como masa única o múltiples. El comportamiento de dichas lesiones dependerá del tumor primario²⁻⁴.

En adultos, una lesión sólida vascular de más de 5 cm., justifica esplenectomía permitiendo el diagnóstico definitivo y evitando complicaciones como el riesgo de ruptura espontánea o traumática, y el diagnóstico incierto^{5,6}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojo Álvaro J, Annicchero Sánchez FJ, Alonso Martínez JL, Pérez Ricarte S, Oteiza Oloaso J, Casas Fernández de Tejerina JM. Lesiones esplénicas en medicina interna. *An Sis San Navarra*. 2014;37(1):169-76. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100022>
2. Wei P, Lee K, Siewert B. Incidental splenic findings on cross-sectional imaging. *Radiol Clin N Am*. 2021;59(4):603-16. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2021.03.009>
3. Motta-Ramírez GA, Montes-Salcedo KE, Martínez Utrera MJ, López-Ramírez MA, Pereyra-Talamantes A, Ontiveros-Rodríguez A, et al. El bazo: cementerio de leucocitos y de conocimientos radiológicos. Segunda parte. *An Radiol Mex*. 2016;15(2):148-60.
4. Salcedo Joven I, Segura-Grau A, Díaz Rodríguez N, Segura-Cabral JM. Ecografía de bazo y retroperitoneo. *Semergen*. 2016; 42(6):395-401. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.02.007>
5. Zhou X, Cao JY, Zhu CZ, Zhou SS, Zang YJ, WU LQ. Spindle cell hemangioma of the spleen. A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(11):e14552. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014555>
6. Bravo M, Aldunate G, Las Heras J, Pumarino G. Laparoscopic splenectomy for hemangioma of the spleen. In *J Surg Case Reop*. 2014;5(2):75-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.12.006>