

QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE NO PARASITARIO: INFORME DE UN CASO

GIANT NONPARASITIC SPLENIC CYST: A CASE REPORT

Enrique Escorcía Gutiérrez¹, Nelson Zúñiga Ruales²

RESUMEN

Los quistes esplénicos no parasitarios constituyen una entidad benigna poco frecuente. Su etiología es confusa, sus manifestaciones clínicas son escasas y muchas veces se descubren incidentalmente en un examen físico o imagenológico del abdomen. El presente caso clínico corresponde a una joven con quiste epidermoide gigante tratado con esplenectomía abierta. Además del reporte, se realiza una revisión bibliográfica de la literatura reciente.

Palabras clave: Quistes, Laparotomía, Diagnóstico por imagen.

ABSTRACT

Non-parasitic splenic cysts are rare benign entity. Its etiology is unclear, its clinical manifestations are rare and often are discovered incidentally on physical examination or imaging of the abdomen. This clinical case corresponds to a young girl with giant epidermoid cyst treated with open splenectomy. In addition to the report, we reviewed recent literature.

Keywords: Splenic cyst, Epidermoid cyst, Splenectomy.

Recibido: Marzo 2 de 2011

Aceptado: Julio 11 de 2011

1 Cirujano General. Docente, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Barranquilla. eescorcia@unilibrebaq.edu.co

2 Cirujano General.

INTRODUCCIÓN

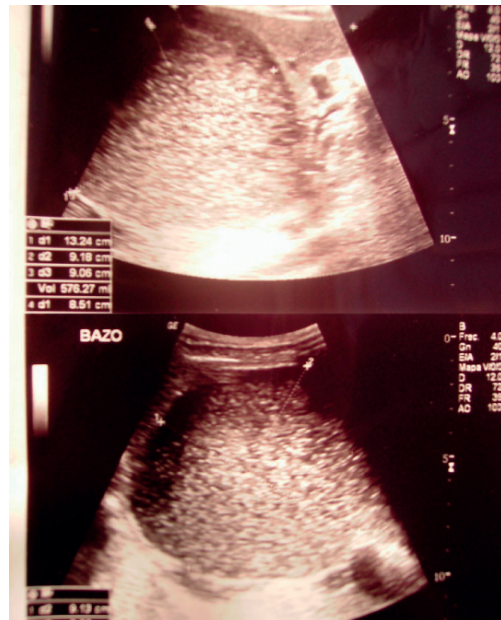
En la literatura se describen aproximadamente 300 casos de quistes no parasitarios del bazo (1). La ultrasonografía y tomografía han incrementado el diagnóstico en pacientes asintomáticos (2, 3) además del manejo conservador de los traumas de bazo. Para su tratamiento no se cuenta con un proceder estándar basado en evidencia; la esplenectomía abierta, cirugía por laparoscopia y manejo conservador de los quistes menores de 5 cms de diámetro son los tratamientos utilizados (4).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, 25 años de edad, remitida a cirugía general por masa quística en cuadrante superior izquierdo del abdomen, según ecografía. Manifestó fiebre con dolor leve en hombro izquierdo y taquicardia ocasional con sensación de opresión torácica, y plenitud después de ingesta de alimentos; una ecografía pélvica previa había descartado patología ginecológica. Sin antecedentes patológicos o traumáticos de interés, examen físico sin indicios significativos excepto por palpación del bazo 2 cms por debajo del borde costal izquierdo, a la inspiración forzada, y desplazamiento del área de Traube hacia la línea media, a la percusión.

El hemograma completo, recuento plaquetario, pruebas de coagulación, parcial de orina y creatinemia, normales. No se hizo prueba para *Echinococcus* por limitaciones en los laboratorios de la ciudad ni se ordenaron marcadores tumorales. Una radiografía de tórax mostró elevación del hemidiafragma izquierdo. Nueva ecografía abdominal (Figura 1) mostró masa quística ocupando dos tercios superiores del bazo, bordes bien definidos, paredes de 121x91x82 mm, con ecos homogéneos móviles en su interior (¿sangrado?) y escaso parénquima esplénico normal hacia el polo inferior.

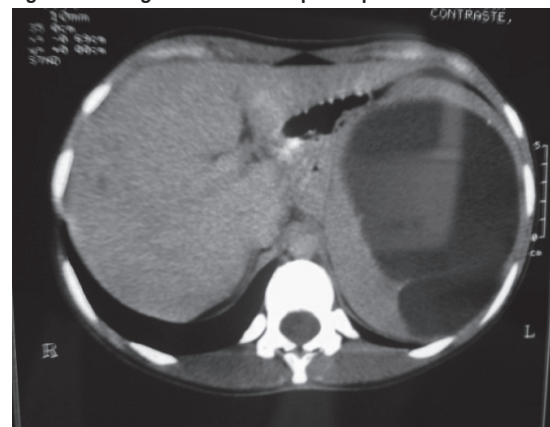
Figura 1. Ecografía abdominal. Lesión quística en 2/3 superiores del bazo



Fuente: Archivo clínico.

Una tomografía computarizada (TC) con contraste mostró masa de 10x15x9 cm, aspecto quístico, calcificaciones periféricas principalmente en su contorno superior, en la zona del bazo y cola del páncreas, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Tomografía. Masa de aspecto quístico en zona del bazo

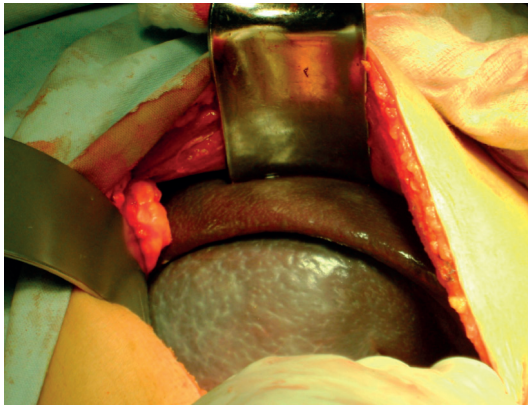


Fuente: Archivo clínico.

Se diagnosticó quiste esplénico gigante, con posible sangrado reciente; previa vacunación contra hepatitis y neumococo, se practicó laparotomía mediana supraumbilical encontrándose masa quística que comprometía los dos tercios superiores, con contenido líquido amarillento que fue extraído me-

diente punción y analizado citológicamente (Figura 3). Por compromiso del hilio esplénico se practicó esplenectomía total (Figura 4).

Figura 3. Vista intraoperatoria. Gran quiste cubierto por tejido esplénico en tercio inferior



Fuente: Archivo clínico.

El informe patológico describió un bazo de 410 gramos, superficie externa violácea y congestiva cuya sección mostró masa quística de 11 cms en su diámetro mayor con contenido líquido amarillento. Microscópicamente se reportó parénquima esplénico con formación quística benigna de revestimiento epitelial cúbico; el extendido citológico del líquido fue acelular y se llegó al diagnóstico de quiste simple epitelial del bazo. La paciente evolucionó satisfactoriamente, su sensación de plenitud postprandial, taquicardias y sensación de opresión torácica desaparecieron.

Los quistes esplénicos no parasitarios sintomáticos son poco frecuentes. Su clasificación es confusa; Morgenstern (5) hizo una revisión que define los quistes congénitos e incluye los tipos histológicos: epiteliales, epidermoides, mesoteliales serosos y transicionales en esta categoría, pero sin distinguir claramente entre quistes congénitos y neoplásicos. Una revisión más reciente (6), los clasifica en primarios y secundarios; los primarios incluyen: congénitos, caracterizados por tener en su pared una línea de epitelio escamoso estratificado, mesotelial o transicional, y neoplásicos, que comprenden los

Figura 4. Pieza quirúrgica



Fuente: Archivo clínico.

hemangiomas, linfangiomas y quistes dermoides; los quistes secundarios son: traumáticos y necróticos, estos últimos relacionados con esplenitis aguda inespecífica como sucede en fiebre tifoidea y en mononucleosis infecciosa (6).

Desde el punto de vista clínico, estos quistes no producen síntomas específicos y la presencia de estos depende del tamaño o de las complicaciones. Los pacientes pueden presentar sensación de plenitud o dolor atípico en hipocondrio izquierdo, debido a la distensión de la cápsula del bazo, dispepsia o masa palpable en abdomen (7). Posteriormente aparecen náuseas, vómitos, flatulencia y diarrea por compresión de órganos vecinos y síntomas cardiorrespiratorios como disnea, dolor pleurítico y tos persistente (8).

Cuando se descubren incidentalmente o en una palpación abdominal, la ultrasonografía, tomografía computarizada y resonancia magnética son suficientemente adecuadas para dar la información inherente a morfología, composición, localización en el bazo y la relación con órganos vecinos (7, 8, 9). Las complicaciones tienen relación directa con el tamaño y son: ruptura, infección y sangrado (10).

Se considera que los quistes mayores de 5 cms,

los sintomáticos y los que presentan alguna de las complicaciones deben tratarse quirúrgicamente (5, 11). Los menores de 5 cms, asintomáticos, se tratan conservadoramente, con controles ecográficos (4).

El tratamiento quirúrgico clásico es la esplenectomía total por laparotomía (7, 12). Al reconocerse las complicaciones sépticas post-esplenectomías, sobre todo en niños, la tendencia actual es de conservar por lo menos 25% del bazo, lo cual parece suficiente para proteger al paciente contra la neumonía neomocócica (7). Actualmente se pueden practicar los siguientes procedimientos: esplenectomía parcial, cistectomía total, marsupialización, decapsulación del quiste solo o con omentoplastia por laparotomía o por laparoscopia. La esplenectomía total se practicará en caso de: dificultad para otros procedimientos, quiste muy grande, quiste localizado sobre el hilio esplénico, o rodeado por tejido esplénico, y existencia de múltiples quistes en el bazo; se utilizará laparotomía o laparoscopia.

CONCLUSIÓN

Los quistes esplénicos no parasitarios son una entidad clínica rara, que cursan asintomáticos en la mayoría de los pacientes y su diagnóstico se hace de manera incidental en un examen físico del abdomen o en una ecografía abdominal. La ultrasonografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética hacen el diagnóstico de estos quistes con todas sus características. Su tratamiento será de manejo quirúrgico siempre que el diámetro exceda 5 cms, cuando sean sintomáticos o presenten alguna de sus complicaciones: ruptura, sangrado o infección. Siempre se tratará de conservar tejido esplénico, en cualquier procedimiento quirúrgico escogido. La tendencia actual es a hacerlo por laparoscopia, pero en casos de dificultad técnica se puede emplear la laparotomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macheras A, MisiaKos E, Liakakos T, Mpistarkis D, Fotiadis C, Karatzas G. Non-Parasitic Splenic Cysts: a report of three cases. *World J Gastroenterol.* 2002; 11: 6884-7.
2. Giovagnoni A, Chiara G, Goteri G. Tumors of the spleen. *Cancer Imag.* 2005; 5: 73-7.
3. Robertson F, Leander P, Ekberg O: Radiology of the Spleen. *Eur Radiol.* 2001; 11: 80-95.
4. Mirilas P, Demetriades DM, Siatisas YS. Epithelial (Epidermoid) Splenic Cysts In Childhood: Surgical Management of eight cases. *Am Surg* 2002. 68: 134-8.
5. Morgenstern L. Non parasitic Splenic Cysts: Pathogenesis, Classification, and treatment. *J Am Coll Surg.* 2002; 194: 306-14.
6. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis J. Splenic Cysts: Are there so many types? *J Am Coll Surg.* 2007, 204: 459-65.
7. Hansen MB, Moller AC. Splenic Cysts. *Surg Laparosc Endosc percutan Tech.* 2004; 14: 316-22.
8. Labruzzo C, Haritopoulos KN, El Tayar AR, Hakim NS. Post traumatic cysts of the Spleen: a case report and review of the literatura. *Int Surg.* 2002; 87: 152-6.
9. Robertson F, Leander P, Ekberg O. Radiology of the Spleen. *Eur Radiol.* 2001; 11: 80-95.
10. Kiriakopoulos A, Tsakayannis D, Papadopoulos SA, Linos D: Laparoscopic Management of a Ruptured Giant Epidermoid Splenic Cyst. *JSLs.* 2005; 9: 349-51.
11. Till H, Schaaschmidt K. Partial Laparoscopic decapsulation of congenital Splenic Cyst. *Surg Endosc.* 2004; 18: 626-8.
12. Avital S, Kashtan H. A large epithelial Splenic Cyst. *N Engl J Med.* 2003; 349: 2173-4.