QUISTE EPITELIAL ESPLÉNICO COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL. REPORTE DE CASO

SPLenic EPITHELIAL CYST AS AN UNUSUAL CAUSE OF ABDOMINAL PAIN. A CASE REPORT

Dr. Victor Luraschi¹, Dra. Rita Miranda², Dr. Pedro Chamorro³, Dra. Ana Riveros⁴

RESUMEN

Se reporta el caso de una joven con esplenomegalia, que consulta por dolor abdominal crónico en hipocondrio izquierdo. Los estudios mostraron un quiste tabicado de gran tamaño, con desplazamiento de órganos. Se realizó una esplenectomía total, confirmandose al estudio histopatológico, un quiste epitelial esplénico.

Palabras Clave: Esplenomegalia, Quiste Epitelial, Esplenectomía.

SUMMARY

We report the case of a girl with splenomegaly, who consults for chronic abdominal pain in the left hypochondrium. The studies showed a large cyst with organ displacement. A total splenectomy was performed, confirming to the histopathological study, a splenic epithelial cyst.

Key Words: Splenomegaly, Splenic epithelial cyst, Splenectomy.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son raros a cualquier edad y existen pocos casos publicados en la literatura mundial. Son lesiones infrecuentes, de comportamiento benigno, cuyo interés radica en lo excepcional de su aparición. Se clasifican fundamentalmente en parasitarios o no, siendo los parasitarios los más frecuentes y correspondiendo la mayor parte de ellos a quistes hidatídicos. A su vez, los no parasitarios, se subdividen en verdaderos o falsos atendiendo a la presencia o no de revestimiento epitelial, que en ocasiones puede ser difícil de identificar, siendo los verdaderos (con epitelio) los menos frecuentes. En general, se trata de lesiones pequeñas y asintomáticas, si bien, cuando alcanzan mayor tamaño, pueden presentarse

como una masa abdominal en flanco izquierdo o provocar síntomas como dolor abdominal, náuseas o vómitos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 17 años de edad, sin antecedentes personales a destacar, consulto por dolor abdominal de varios meses de evolución, no ritmado, discontinuo, difuso a predominio en hipocondrio y flanco izquierdo y epigastrio, con plenitud postprandial. Niega antecedente de traumatismo. Se palpaba una masa tumoral en epigastrio hasta flanco izquierdo. La ecografía encontró una esplenomegalia de bordes irregulares, parénquima heterogéneo a expensas de imagen quística tabicada de aproximadamente 186mm x 143mm. **Figura 1.** La TAC sin contraste evidenció una masa que impresionaba depender del bazo, a nivel de hipocondrio y flanco izquierdo y mesogastrio, de 22 x 16 x 17 cm, heterogénea, bien delimitada, predominantemente hipodensa, multiloculada, con áreas de calcificaciones lineales, periféricas e irregulares. Tabiques y septos en su interior. Desplazamiento de órganos hacia la derecha. **Figura 2.**

Tenía glóbulos blancos de 19.940, neutrofilia de 91%. Leve trombocitopenia en frotis de sangre periférica.

Resto de análisis normales.

Operada por laparotomía, se constató esplenomegalia con adherencias firmes de epiplón mayor, realizándose una esplenectomía total. **Figuras 3, 4 y 5.** La anatomía patológica encontró un Quiste Epitelial Esplénico. Alta sin complicaciones.

Hospital General de Luque

1. Jefe de Cirugía.
2. Médico de Planta.
3. Residente de 3er año.
4. Residente de 2do año.

Autor correspondiente: Dr. Víctor Luraschi - Correo electrónico: lurascho@gmail.com

Artículo recibido: 31.07.17 - Artículo aceptado: 10.08.17

FIG. 1.

FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.

FIG. 5.

DISCUSIÓN

Los quistes esplénicos no parasitarios, únicos, grandes, están delimitados, al menos en parte, por epitelio o mesotelio. Existen quistes no parasitarios secundarios, generalmente a traumatismos, delimitados por tejido fibroso denso con o sin calcificación y depósito de hemosiderina. Dentro de los quistes o tumores esplénicos, los linfangiomas son de los más raros en frecuencia, suelen ser subcapsulares y tener lesiones murales calcificadas. En el origen del quiste epitelial podría estar una invaginación de sectores pluripotenciales de la cápsula esplénica hacia el interior de la pulpa esplénica durante el período embrionario, que posteriormente experimentaría metaplasia escamosa. La esplenomegalia se hace evidente si el tamaño del quiste es superior a 5 cm, como se vio en la exploración y radiología simple de nuestra paciente. La ecografía abdominal es útil como examen diagnóstico inicial en los quistes esplénicos y permite un diagnóstico rápido; pero no sirven para delinear la topografía de la lesión. Con la TC se muestra la topografía, el tamaño, la probable naturaleza y particularidades anatómicas. La TC y la Resonancia Magnética son de elección en el diagnóstico y la planificación de la estrategia quirúrgica. En los grandes quistes, la TC con reconstrucción en 3-D puede mostrar la relación con los vasos del hilio y con el tamaño remanente del bazo; si bien estos datos sólo pueden ser determinados definitivamente en el momento de la cirugía.

El tratamiento convencional en los quistes esplénicos mayores de 5 cm era esplenectomía, abierta, con incisión mediana o subcostal. Desde 2001 la laparoscopia

se plantea como abordaje de elección, si es posible. La resección quirúrgica se realiza ante el riesgo de infección (ej por Salmonella) o bien hemorragia o rotura espontáneas o por traumatismos, que pueden ser de riesgo vital. Excepcionalmente se describe transformación maligna. La técnica más utilizada en los quistes gigantes, con escaso parénquima esplénico, especialmente en mayores de 6 años, es la esplenectomía total. Desde los años 80 se plantea como primera opción la esplenectomía parcial con resección del quiste; aunque no está definido cuánto tejido esplénico se precisa conservar para mantener la función (quizá 25% del bazo).

Las consecuencias de la esplenectomía total son el riesgo microbiológico de infecciones graves por bacterias encapsuladas (neumococo preferentemente, también Neisseria meningitidis, incluso de malaria grave).

Está en estudio el riesgo de complicaciones vasculares tipo aterotrombosis y posible hipertensión pulmonar, a muy largo plazo, en pacientes con esplenectomía sobre todo por trastornos hematológicos (en ciertas hemoglobinopatías, anemias hemolíticas y otras).

En cualquier caso, parece recomendable advertir a los pacientes esplenectomizados y recomendarles evitar factores de riesgo cardiovasculares (como son tabaquismo, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidad).

En el caso presentado, se optó por el abordaje abierto, con realización de esplenectomía total por el gran tamaño de dicho quiste y el escaso tejido esplénico real que se constató durante el procedimiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tagaya N, Oda N, Furihata M, Remoto T, Suzuki N, Kubota K. Experience with laparoscopic management of solitary symptomatic splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2002; 12: 279-82.
2. Añón Requena M., Pérez Requena J., Palomo González M., Guerrero Cauqui R. Quiste Epidermoide Esplénico. Presentación de un caso. *Revista Española de Patología*. Vol. 37, n.º 4, 2004: 449-452.
3. Hernández-Siverio N., Barranco A, Pérez Palma J, Herrera I, Díaz Flores L. Quiste esplénico epidermoide. Estado actual del problema. *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Canarias. Cir Pediatr* 2004;17:159-163.
4. Jiménez M., Ais G., Vázquez P., González A., Ortega M., Manzanares J. J.. Quistes esplénicos: aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2005 Ene [citado 2017 Ago 25]; 97(1): 65-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000100013&lng=es.
5. Velasco Fernández M, Pérez Martín M, Barreda Rebollo A, Quesada Segura G. Quiste Epitelial Esplénico. Caso Clínico y Revisión de Literatura. Congreso Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2005.
6. Navarro JM, Ferrer R, Juárez L, Oliver I, Fernández-Frías A, Sánchez A, et al. Tratamiento laparoscópico del quiste esplénico primario. *Cir Esp* 2006;80:340-4.
7. Machain G, Zenteno J, Alfonso J, González I, Vera R, Lee A y cols. Quiste Esplénico. Reporte de un caso. *Revista Científica UNA*, 2006; Vol XXIX – N° 1; 42-45.
8. Domínguez J, Díaz J, Madrigal G, Collera S, Torres R, Gómez R, y cols. Centro de Investigaciones Medicoquirúrgicas (CIMEQ). Esplenomegalia gigante por quiste esplénico. Presentación de un caso. *Rev. Cubana Cir* 2006; 45 (2).
9. Ingle S, Hinge C, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: A minireview. *World J Gastroenterol*, 20 (2014), pp. 13899-13903
10. Zamorano M, Sauré A, Valenzuela D, Cermenati T, Olivares P, Carreño L. Quiste esplénico primario. *Rev Chil Cir*. 2016;68(1):19-20
11. Martínez B, Medina M, Zafra M, García A, Najjar J, Dovao T. Quiste esplénico gigante en una adolescente. Reporte de Caso clínico. *Rev Chi Pediatr*. 2017;88(3):388-392.