

Quiste esplénico. Reporte de dos casos

Splenic cyst. Two cases report

Dra. Antia Teresa Duany Amaro; Dr. José Raúl Sánchez Aguilar; Dr. Luis Bastián Manso; Dra. Elizabeth Hernández Moore

Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de dos casos del sexo masculino de siete y ocho años de edad portadores de quistes esplénicos verdaderos, enfermedad poco frecuente en la infancia, su descubrimiento fue casual. La mayoría son asintomáticos y así pueden permanecer hasta su diagnóstico. El estudio preoperatorio puede realizarse mediante ecografía y tomografía. El tratamiento siempre debe ser quirúrgico, preferentemente la esplenectomía parcial.

DeCS: NEOPLASIAS DEL BAZO; ESPLENECTOMÍA; NIÑO; ESTUDIO DE CASOS.

ABSTRACT

Two male patients of seven and eight years-old are presented carriers of true splenic cysts, unfrequent disease in childhood, which was accidentally discovered. Most of them are symptomless so, it could be remain until its diagnosis in a routine exam. The preoperative study could carry out through echography and tomography. The treatment always must be surgical, mainly partial splenectomy.

DeCS: SPLENIC NEOPLASMS; SPLENECTOMY; CHILD; CASE STUDIES.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos no neoplásicos se clasifican según su origen en parasitarios (quistes hidatídicos) y no parasitarios (quistes verdaderos o falsos). Los quistes parasitarios raramente afectan el bazo, se presentaron en el 2 % de los pacientes con hidatidosis y normalmente se producen secundarios a una diseminación sistémica o por ruptura de un quiste hepático.

Los quistes no parasitarios se subdividen en quistes verdaderos (quistes epidermoides o epiteliales), los cuales son de origen congénito, y quistes falsos o pseudoquistes, que no tienen revestimiento celular y se desarrollan generalmente tras un traumatismo previo o infarto del bazo, representan aproximadamente el 80 % de todos los quistes esplénicos; ¹ en cambio, los quistes verdaderos (epidermoides o epiteliales) representan entre el 10 y 15 % de la enfermedad quística no parasitaria. ²

Motivados por la rareza de esta enfermedad se decidió presentar estos dos casos, egresados del servicio de cirugía con resultados satisfactorios.

REPORTE DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente de siete años de edad, masculino, raza blanca, acudió a consulta de pediatría con antecedente de enuresis, se le realizó ecografía abdominal, la cual presentó como hallazgo un quiste esplénico. El interrogatorio no aportó otros datos de interés, ya que el paciente se mostró asintomático y se remitió a consulta de cirugía.

Examen físico

Datos positivos: abdomen; tumoración de más de 5cm, poco móvil, no dolorosa, localizada en el hipocondrio izquierdo.

Evolución

Ingresó en el servicio de cirugía del hospital pediátrico Eduardo Agramonte Piña. La nueva ecografía abdominal informó quiste esplénico de 51cm de diámetro; otras

investigaciones fueron la Hb 138g/l, la lámina de periferia con plaquetas y leucocitos normales, la severa eosinofilia, las granulaciones tóxicas, los hematíes normocíticos y normocrómicos.

Gammagrafía hepática y esplénica: hígado normal, esplenomegalia con área fría hacia polo inferior del bazo.

Se operó y como procedimiento quirúrgico se le realizó esplenectomía total. Egresó a los nueve días con evolución satisfactoria.

Biopsia: quiste simple epitelial esplénico.

Caso 2

Paciente de ocho años de edad, masculino, raza blanca, acudió al cuerpo de guardia del hospital pediátrico "Eduardo Agramonte Piña" por presentar trauma cerrado de abdomen, dolor y aumento de volumen del hipocondrio izquierdo. Ingresó en la sala de cirugía con el posible diagnóstico de pseudoquiste esplénico.

Examen físico

Tumoración abdominal dolorosa, localizada en el hipocondrio izquierdo, de gran tamaño, resto del examen sin alteraciones aparentes.

Evolución

Ingresó en el servicio de Cirugía, se le realizó ecografía de la región abdominal, la cual informó la existencia de quiste esplénico de gran tamaño, además de hemograma y coagulograma con resultados normales. En el salón se le realizó esplenectomía total y egresó a los diez días con evolución satisfactoria.

Biopsia: quiste epitelial simple esplénico con hemorragia intraquística. Zona de necrosis del parénquima adyacente y foco de ruptura (Figuras 1y 2).



Fig. 1. Quiste epitelial simple esplénico con hemorragia intraquística.



Fig. 2. Zona de necrosis del parénquima adyacente y foco de ruptura.

DISCUSIÓN

Los quistes esplénicos epidermoides son poco comunes y constituyen el 10 % de los quistes esplénicos no parasitarios, son más frecuentes en edades pediátricas y están definidos histológicamente por un revestimiento epitelial.³ La edad de los casos presentados coincide con la literatura revisada, los pacientes tienen siete y ocho años respectivamente. Por lo general la sintomatología de los quistes esplénicos aporta pocos datos, inicialmente la mayoría de los pacientes cursa con una masa asintomática, y cuando aparecen síntomas, estos suelen ser: malestar, dolor en hemiabdomen izquierdo y plenitud postprandial, como sucedió en uno de estos pacientes, donde el diagnóstico constituyó un hallazgo durante la realización de otros estudios.

El descubrimiento del otro caso fue posterior a un trauma cerrado de abdomen, cuando se le realizó la ecografía se diagnosticó un hematoma subcapsular esplénico, en ultrasonografías posteriores se mantuvo la imagen ecolúcida a nivel esplénico. Los pseudoquistes esplénicos son cinco veces más frecuentes que los verdaderos⁴ y se producen la mayoría de las veces por traumatismos contusos de abdomen, hasta en un 30 % de los casos y también por laceración de los vasos esplénicos, lo cual provoca un hematoma subcapsular que posteriormente sufre licuefacción, rodeado de una pared fibrosa y degradación de los eritrocitos. La pared es gruesa y lisa, presenta calcificaciones en el 50 % de los pacientes;⁴ el segundo paciente presentó un hematoma subcapsular esplénico o un pseudoquiste por el antecedente del trauma,

aunque no se observó calcificación en los estudios de imagen y sólo el examen histopatológico pudo hacer el diagnóstico definitivo.

Entre las características anatomopatológicas de los quistes epidermoides se encuentra el revestimiento epitelial, cuyo origen está en las células mesoteliales, el 80 % son quistes solitarios y uniloculares, lo que coincide con los resultados de anatomía patológica en ambos pacientes.⁵

Las complicaciones de los quistes epidermoides suelen ser por compresión de estructuras adyacentes, aunque también pueden complicarse con infecciones o ruptura ante un traumatismo banal, como sucedió en ambos pacientes.

Por lo general, las lesiones del hipocondrio izquierdo pueden ser investigadas mediante ecografía, que resulta de gran valor; si existen dudas se debe valorar la realización de tomografía axial computarizada, que se considera como la técnica de imagen de elección.⁶ En los dos pacientes se concluyó el diagnóstico con el estudio ultrasonográfico y no fue necesario realizar la tomografía.

El tratamiento de los quistes esplénicos incluye aspiración, enucleación y marsupialización. Sin embargo, la esplenectomía parcial o total es la técnica de elección y se asocia a baja tasa de mortalidad,⁷ pero desde 1992 la cirugía de mínimo acceso incluye esta enfermedad con las ventajas de que es menos invasiva para el paciente y posee excelentes resultados.^{8,9} Este tipo de cirugía mínimamente invasiva debe ser considerado como el método de elección para la mayoría de los pacientes diagnosticados con quiste esplénico.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pegorero Balzan SM, Edison Riedner Ch, Mattazioli Santos L, Pazzinato MC, Roberto P. Posttraumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. *Surg today*. 2001 31:262-65.
2. Mario Lapeira E. Villalobos. *Vox R. Pediatric* [en línea]. 2004 [Fecha de acceso 25 de mayo 2005]. Disponible en: <http://www.spaoyex/org>.

3. Fink AM, Kulkarni L, Crawly P, Cramery JA. Epidermoid cysts in a pancreatic accessory spleen mimicking and infected abdominal cyst in a child. *Am J Roentgenol*. 2002;179:206-8.
4. Bun Lam H, Liu T, Shyen K, Huye J. Splenic epidermoid cyst. A case report. *Clinic Med J (Taipei)*. 1997;60:113-16.
5. Ciemade O. Quiste epidermoide esplénico. Estudio inmunohistoquímico. *Ann Esp Pediatr*. 1990;33:185-88.
6. Gil A, Ibarburen F, Antón D. Tomografía computarizada de las anomalías congénitas y adquiridas del bazo. *Radiología*. 2000;42:221-9.
7. Apablaza S, Barrera A. Quiste Epidermoide del Bazo. *Rev Chil Cir*. 1998;50(4):446-8.
8. Sakamoto Y, Yunotani S, Edakuni G, Mori M, Iyama A, Miyazaki K, et al. Laparoscopic splenectomy for a giant splenic epidermoid cyst. *Surg Today*. 1999;29:1268-72.
9. Jean FG. Laparoscopic splenectomy in adults and children: experience with 31 patients. *Surgery*. 1996;119:384-9.
10. Ishida H, Konno T. Splenic lymphoma differentiation from splenic cyst with ultrasonography. *Abdom Imaging*. 2001;26:529-32.

Recibido: 15 de julio de 2005.

Aprobado: 15 de junio de 2006.

Dra. Antia Teresa Duany Amaro. Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba. colab@shine.cmw.sld.cu