

Pseudoquiste esplénico gigante

Giant splenic pseudocyst

Jorge Luis León Álvarez^I; Nelson Roselló Silva^{II}; Luis Alberto Ochoa Montes^{III}; Martha Llores Núñez^{IV}; Norlan Barbón Fellové^V; Julia Domínguez Cervantes^{VI}

^I Especialista de II Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba.

^V Residente de Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico " Hermanos Ameijeiras" La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se reportó una paciente asintomática a la que incidentalmente se le descubrió la presencia de esplenomegalia por tumoración de aspecto quístico del bazo; se le realizó esplenectomía e histológicamente se correspondió con un pseudoquiste esplénico. Se concluyó que en el diagnóstico diferencial de una esplenomegalia hay que plantearse las lesiones quísticas y pseudoquísticas del bazo. La esplenectomía parcial o total es una opción terapéutica eficaz y permite la diferenciación entre quiste y pseudoquiste esplénico.

Palabras clave: Pseudoquiste, quiste esplénico, esplenomegalia.

ABSTRACT

This is the case of a female asymptomatic patient, in whom incidentally authors discovered the presence of splenomegalia from splenic cystic tumor; a splenectomy was carried out that from the histological point of view corresponding to a splenic pseudocyst. We conclude that in differential diagnosis of a splenomegalia, we must to consider splenic cystic and pseudocystic lesions. Partial or total splenomegalia is a efficacious therapeutical option allowing differentiation between cyst and splenic pseudocyst.

Key words: Pseudocyst, splenic cyst, splenomegalia.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son infrecuentes y se diagnostican habitualmente como hallazgo incidental en pacientes asintomáticos, Según su origen se clasifican en parasitarios y no parasitarios, estos últimos se subclasifican según haya revestimiento epitelial o no, en verdaderos y pseudoquistes. Aproximadamente el 30 % de todas las lesiones quísticas y pseudoquísticas del bazo son debidas a traumas directos. Los pseudoquistes esplénicos son 5 veces más frecuentes que los verdaderos. Predominan en el sexo femenino, entre la segunda y tercera décadas de la vida. Son asintomáticos y cuando alcanzan gran tamaño causan síntomas por la compresión de órganos vecinos. El paludismo, mononucleosis infecciosa, tuberculosis y sífilis son factores predisponentes.

Su patogénesis y el tratamiento son controversiales. Las complicaciones potenciales son hemorragia, perforación e infección. El diagnóstico se sustenta en el hallazgo al examen físico de una masa en hipocondrio izquierdo, en las imágenes del ultrasonido y la tomografía axial computarizada que pueden definir la naturaleza quística de la lesión; pero el diagnóstico definitivo se realiza histológicamente. En cuanto a su tratamiento, la esplenectomía ha sido la opción más utilizada cuando el quiste es de gran tamaño o compromete el hilio esplénico; pero si éste se encuentra localizado en un polo, la esplenectomía parcial es la mejor alternativa para conservar las funciones inmunológicas del bazo, especialmente en la defensa contra las bacterias encapsuladas.^{1,2}

Resumen de historia clínica

Paciente del sexo femenino, de 42 años de edad, raza negra, residente en La Habana; técnica estadística de ocupación, con antecedentes de hipertensión arterial para lo cual lleva tratamiento con enalapril. Estaba cumpliendo misión internacionalista en Venezuela: Como parte de un chequeo médico periódico por la hipertensión arterial le realizan ultrasonido abdominal y le encuentran un tumor en proyección del bazo, de origen no precisado, por lo que se decide su remisión a este hospital e ingresa el 27 de noviembre de 2007 hasta el 31 de enero de 2008. En todo momento estuvo asintomática.

Examen físico

Mucosas: húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio y cardiovascular: Normales. FC: 84 × min. PA 120/80 mmHg.

Abdomen: Globuloso, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no hepatomegalia, se palpa esplenomegalia de aproximadamente 10 cm, no dolorosa, firme, no nodular.

Tacto rectal y ginecológico: Normales.

Exámenes complementarios

Hemoglobina: 125 g/L; hematocrito: 043; leucocitos: $14,6 \times 10^9/L$; granulocitos: 71 %, linfocitos: 20 %, monocitos: 2 %, eosinófilos: 7 %; plaquetas: $450 \times 10^9/L$; velocidad de sedimentación globular: 32 mm/h; glucemia: 4,7 mmol/L; creatinina: 72 $\mu\text{mol/L}$; ALAT: 7 μL ; ASAT: 11 μL ; GGT: 9 μL ; FAL: 179 μL ; LDH: 377 μL ; bilirrubina total: 16 $\mu\text{mol/L}$; proteínas totales: 77 g/L; albúmina: 37 g/L; colesterol: 3,7 mmol/L; triglicéridos: 0,8 mmol/L; coagulograma: normal; CA 125: 12,96 μmL ; amilasa: 163 μL ; serología VDRL: no reactiva; serología HIV: negativa, 3 hemocultivos: negativos, citoria: negativa, heces fecales: negativos.

Ultrasonido abdominal: Se comprueba una masa de ecogenicidad homogénea, que mide 9 × 9 cm situada entre el bazo y el hemidiafragma correspondiente, desplazando a este, primero hacia abajo y hacia fuera, al igual que las asas intestinales vecinas; que parece ser independiente del bazo y de la cola del páncreas. Al examen con Doppler no se recogió flujo en su interior. Los contornos de la estructura son muy bien definidos. El hígado y el resto de los órganos del abdomen no muestran alteraciones.

Ultrasonido ginecológico: Sin alteraciones.

Rayos X de tórax: Índice cardiotorácico aumentado. No otras alteraciones.

Electrocardiograma: Hipertrofia ventricular izquierda.

Ecocardiograma: patrón de relajación prolongado del ventrículo izquierdo; hay ligero crecimiento de la cavidad ventricular izquierda sin crecimiento de paredes, planos valvulares normales.

TAC de tórax: Se realiza examen simple de pulmón, no se observan alteraciones pulmonares, ni mediastinales.

TAC de abdomen: Se realiza examen simple y con contraste vía oral, se observa una lesión quística subdiafragmática izquierda que impresiona depender del bazo y que comprime y desplaza al estómago. Páncreas normal, no otras alteraciones en el abdomen ([figs. 1; 2 y 3](#)).



Fig. 1. TAC simple. Se observa gran lesión de aspecto quístico en proyección del bazo que parece comprimir el estómago.

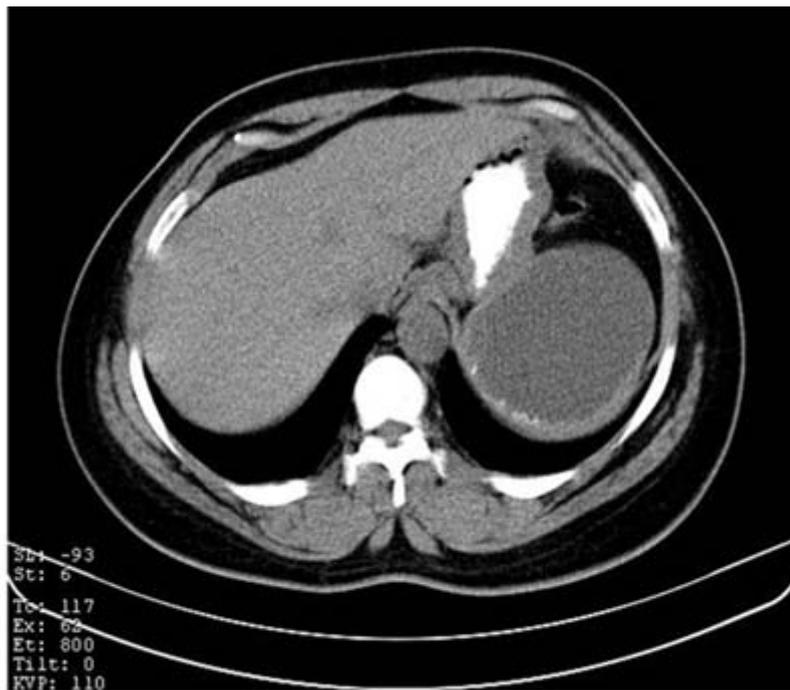


Fig. 2. TAC contrastada: lesión de aspecto quístico en íntima relación con estómago y con calcificaciones en su borde.



Fig. 3. TAC vista lateral: lesión de aspecto quístico con calcificaciones periféricas.

Citología de bazo: Se extrajo 500 mL de líquido amarillento, que en el Departamento de Anatomía Patológica informaron como: positivo de células neoplásicas. Adenocarcinoma papilar y mucoproducción. Investigar aparato digestivo, páncreas y ovario.

Laparoscopia: Hígado de tamaño normal, color rojo pardo con ligero tinte naranja, superficie lisa, bordes finos, el izquierdo está fijo por una fina adherencia al peritoneo parietal dejando observar al estómago, el cual está sin alteraciones, vesícula sub hepática, el bazo no se visualizó por estar cubierto por epiplón, genitales internos: solo se visualizó la cara anterior del útero y ambas trompas, estas están normales. Conclusiones: esteatosis hepática ligera.

Gastroduodenoscopia: Duodeno: la mucosa de la segunda porción se muestra afelpada y la bulbar con microáreas eritematosas. Estómago y píloro normal. Esófago y unión gastroesofágica: a los 35 cm de la arcada dentaria y pared posterior hay una lesión submucosa de consistencia firme y móvil, con 3 cm de diámetro. Conclusiones: Tumoración submucosa esofágica. Duodenitis crónica.

Biopsia de esófago: Fragmento de mucosa esofágica superficial que no muestra alteraciones de significación patológica específica. No tumor en fragmento enviado.

Rayos X de esófago, estómago y duodeno: Se administran 250 cc de contraste baritado y se comprueba que en la pared posterior del esófago muy cerca del cardias, hay defecto de lleno de contornos regulares de 3 cm de diámetro que radiológicamente tiene el aspecto de una lesión benigna. Estómago y duodeno sin alteraciones.

Colonoscopia: Al nivel del ciego y todo el colon ascendente se observan múltiples estructuras vermiformes, blanquecinas con amplia movilidad y de pequeño tamaño que corresponden con oxiuros. En colon transverso hasta el recto la mucosa se observa ligeramente congestiva con aumento de la trama vascular y presencia de algunas áreas eritematosas. El resto del estudio incluido maniobra de retroversión anal es normal. Diagnóstico: Oxiuriasis. Colitis crónica inespecífica.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: normal.

Se discutió el caso con Oncología, Gastroenterología y Cirugía; pues aunque los estudios imagenológicos sugerían la hipótesis de un quiste esplénico, la citología aspirativa informaba la presencia de células neoplásicas por metástasis de un adenocarcinoma papilar y mucoproducción, lo cual sugirió investigar tubo digestivo, páncreas y ovario. El estudio realizado no había encontrado elementos que sustentaran esta posibilidad; por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Se encontró un gran tumor a expensas del polo superior del bazo, y se realizó esplenectomía total. Se realizó anixectomía izquierda. Se recibe el resultado de anatomía patológica, que informa: Pseudoquiste esplénico. No evidencia de malignidad. Quistes foliculares múltiples del ovario. La paciente evoluciona satisfactoriamente y se egresa a los 9 d.

COMENTARIOS

En 1829, *Andral* hizo la primera descripción de un quiste parasitario del bazo. *Robbins*, en 1978, reportó una serie de 42 327 autopsias, en un período de 25 años en la que solo 32 pacientes tenían quiste esplénico.³ Casos de reportes aislados aparecen en la literatura tanto de quistes como de pseudoquistes. Los pseudoquistes esplénicos son 5 veces más frecuentes que los quistes verdaderos.³

Según su etiología, los quistes del bazo pueden clasificarse en parasitarios y no parasitarios. De acuerdo con la presencia de epitelio en su superficie; los quistes no parasitarios pueden ser verdaderos o falsos (pseudoquistes). La patogénesis de los quistes verdaderos no está claramente identificada y hay varias teorías de diferentes autores.³ Los pseudoquistes aparecen como consecuencia de la licuefacción del parénquima esplénico tras necrosis focal, como ocurre en traumatismos esplénicos y afecciones con tendencia a causar microinfartos esplénicos como en los estados de hiperesplenismo; ubicándose subcapsular o intraparenquimatosos. Aunque las causas más frecuentes son por trauma, infecciones o degenerativas deben tenerse presente otras como el hematoma subcapsular espontáneo en la mononucleosis infecciosa o infección por citomegalovirus;⁴ el pseudoquiste pancreático intraesplénico;⁵ hematoma subcapsular o intraparenquimatoso del bazo que aparece en el curso de una pancreatitis aguda o crónica;⁶ hematomas relacionados al uso de cocaína⁷ y hematomas del bazo como complicación después de una colonoscopia.⁸

Los pacientes con lesiones quísticas congénitas son habitualmente más jóvenes que los que tienen lesiones pseudoquísticas, y hay marcado predominio del sexo femenino. Habitualmente son asintomáticos o presentan escasos síntomas inespecíficos. Al realizar el examen físico el dato más importante es la presencia de esplenomegalia de ligera a moderada; aunque en algunos casos puede llegar a ser gigante como nuestro caso. El diagnóstico de las lesiones quísticas del bazo se basa generalmente en los estudios imagenológicos como el ultrasonido, la tomografía

axial computarizada y la resonancia magnética nuclear. La biopsia por aspiración con aguja fina permitirá la confirmación del carácter quístico de la lesión, pero no podrá definir si se trata de un quiste verdadero o un pseudoquiste. Solo el estudio histológico de la pieza anatómica permite confirmar la presencia de revestimiento epitelial o no.

Dada la alta recidiva en los casos de punción y drenaje percutáneos en las lesiones quísticas esplénicas, la cirugía es la opción terapéutica más factible. La técnica y el abordaje quirúrgico preferentemente serán lo más conservadores que sea posible con la finalidad de prevenir las consecuencias inmunitarias de la pérdida total del parénquima esplénico, prefiriendo la esplenectomía parcial, marsupialización y fenestración; se da preferencia al abordaje laparoscópico. La esplenectomía total quedará reservada únicamente para las lesiones de gran tamaño o próximas al hilio esplénico. Las lesiones quísticas simples sintomáticas y las mayores de 5 cm requieren tratamiento quirúrgico, por el riesgo de rotura, como fue el caso aquí presentado.⁹ Se concluyó que en los pacientes con esplenomegalia, aunque no tengan síntomas, hay que plantearse como diagnóstico diferencial las lesiones quísticas y pseudoquísticas del bazo; el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la citología aspirativa permiten confirmar el componente quístico; pero solo la histología permite diferenciar el quiste verdadero del pseudoquiste. El tratamiento quirúrgico conservador se prefiere actualmente para preservar las funciones inmunológicas del bazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beauregard Ponce GE. Pseudoquiste del bazo. Reporte de un caso. Salud en Tabasco. 2006;12(3);546-50.
2. Domínguez Cordovés J, Díaz Mesa J, Madrigal Batista G, Collera Rodríguez S, Torres Core R, Queral Gómez Quintero R, et al. Esplenomegalia gigante por quiste esplénico: Presentación de un caso. Rev Cubana Cir. 2006;45(2).
3. Kalinova K. Giant pseudocyst of the spleen: A case report and review of the literature. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2005;10:176-8.
4. Losada L, Ramos A, Portero F, De Ory F, Damaso D. Subcapñular splenic hematoma associated with cytomegalovirus in an immunocompetent patient. Enf Infect Microbiol Clin. 1997;15:121-2.
5. Ueda N, Takahashi N, Yamasaki H, Hirano K, Ueda K, Yoshida S, et al. Intrasplenic pancreatic pseudocyst: a case report. Gastroenterol Jpn. 1992;27:675-82.
6. Agnifili A, Gianfelice F, Gola P, Ibi I, Onorato A, De Bernardino G. A rare case of splenic hematoma following chronic pancreatitis-the diagnostic and therapeutic procedures. Jpn J Surg. 1991;21:576-9.
7. Homler HJ. Non-traumatic splenic hematoma related to cocaine abuse. Wes J Med. 1995;163:160-2.
8. Reissman P, Durst AL. Splenic hematoma. A rare complication of colonoscopy. Surg Endosc. 1998;12:154-5.

9. Sarath Chandra S, NandaKishore Maraju V, Bhuvaneswari Kadambari D. Splenic Pseudocyst with Hypersplenism Therapeutic Implications of a rare association. Int J Surg. 2007;9:2.

Recibido: 9 de febrero de 2009.

Aprobado: 12 de mayo de 2009.

Dr. *Jorge Luis Leon Álvarez*. San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: jorge.leon@infomed.sld.cu