

Quistes epidermoides de bazo y esplenectomía parcial

F. Seguel Ramírez, J.L. Alonso Calderón, J.M. Ollero Caprani, V. Rollán Villamarín

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital «Niño Jesús». Madrid.

RESUMEN: Se comunican dos casos de quiste epidermoide esplénico de gran tamaño en niños de cuatro y seis años de edad; un paciente aquejaba dolor en hipocondrio izquierdo, el otro fue un hallazgo casual. En ambos casos la ecografía abdominal fue la exploración más útil para su diagnóstico. El tratamiento quirúrgico mediante esplenectomía parcial y conservación de más de un tercio del órgano fue factible en ambos pacientes, que tuvieron una evolución favorable y sin complicaciones. El estudio histopatológico confirmó el hallazgo de quistes epidermoides de bazo. Posteriormente se efectuó un seguimiento clínico, analítico y de imagen, comprobándose una evolución satisfactoria.

PALABRAS CLAVE: Quistes esplénicos epidermoides; Esplenectomía parcial; Niños.

EPIDERMOID SPLENIC CYST AND PARTIAL SPLENECTOMY

ABSTRACT: We communicate two cases of epidermoid splenic cyst of great size in four and six years old children, with pain in right hypochondrium in one of them, having been casual the discovery of the other one in ultrasound study of the abdomen. In both cases the abdominal ultrasound study was the most useful exploration for its diagnosis. The surgical treatment by means of partial splenectomy and conservation of more than a third of the organ it has been feasible in both patients, with a favorable evolution and without complications. The histopathologic study confirmed the discovery of epidermoid spleen cysts. Later on a clinical, analytic pursuit has been made and of these patients image with a very satisfactory evolution.

KEY WORDS: Epidermoid splenic cysts; Partial splenectomy; Children.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son una causa rara de esplenomegalia y pueden ser únicos o múltiples, sintomáticos o asintomáticos. Un tercio son asintomáticos y de hallazgo casual por otro motivo⁽¹⁾. En niños sintomáticos suelen manifestarse por

dolor abdominal inespecífico o por síntomas derivados de complicaciones como hemorragia, perforación o infección⁽²⁾. Los síntomas suelen aparecer cuando el quiste es mayor de 8 cm, debido a compresión de estructuras vecinas⁽¹⁾.

Se clasifican como primarios, los que poseen revestimiento epitelial, a diferencia de los secundarios que no lo tienen y que representan la mayor parte del total de los quistes del bazo, siendo su principal etiología postraumática⁽³⁾. Los quistes de bazo primarios son poco frecuentes, dividiéndose en parasitarios y no parasitarios (congénitos benignos o neoplásicos). Los quistes no parasitarios congénitos benignos son muy poco frecuentes correspondiendo a menos del 10% del total^(4,5), e histológicamente se encuentra el tipo epidermoide en la mayoría de los casos⁽⁶⁾.

El tratamiento de las tumoraciones esplénicas ha variado a lo largo de los años, con el conocimiento de la relación existente entre esplenectomía, hipoesplenismo y sépsis en los niños esplenectomizados. Morris y Bullock fueron los primeros en proponer que la esplenectomía aumentaba el riesgo de sépsis, basados en estudios experimentales⁽⁷⁾. King y Shumacker, en 1952, fueron los primeros en documentar clínicamente la relación entre infección y esplenectomía⁽⁸⁾. Por este motivo se ha variado la terapéutica, prefiriéndose actualmente la esplenectomía parcial.

La cirugía conservadora del bazo es prioritaria sobre todo en los niños, debido a su importante función inmunológica en este período de la vida. Presentamos nuestra serie de dos casos clínicos de quistes epidermoides de bazo sometidos a esplenectomía parcial y su buena evolución clínica.

CASO CLÍNICO 1

Niña de 6 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta una masa quística esplénica asintomática, como hallazgo casual detectada en una ecografía abdominal por estudio de enuresis. En la exploración física abdominal, no se palpan masas ni visceromegalias. En

Correspondencia: J.L. Alonso Calderón, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital «Niño Jesús», Avda. Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid.

Recibido: Mayo 2001

Aceptado: Febrero 2002



Figura 1. Ecografía abdominal mostrando formación quística intraesplénica.



Figura 2. TAC abdominal que muestra tumoración quística esplénica y sus relaciones anatómicas.



Figura 3. Quiste esplénico en mitad superior del bazo.



Figura 4. Esplenectomía parcial conservando más de un 25% del bazo (polo inferior).

las pruebas complementarias presenta un hemograma normal, serología de hidatidosis negativa y una ecografía abdominal que evidencia un quiste esplénico de 5 x 8 cm de diámetro mayor (Fig. 1). El TAC abdominal muestra un quiste esplénico de igual tamaño que el apreciado en la ecografía, que ocupa la mitad superior del bazo (Fig. 2). Se interviene quirúrgicamente encontrando un gran quiste en mitad superior del bazo con pared transparente en su polo superior, apreciándose por transparencia líquido seroso oscuro en su interior (Fig. 3). Se realiza una esplenectomía parcial, conservando la mitad inferior del bazo, y se efectúa sutura continua de goretex del tejido esplénico seccionado (Fig. 4). Evoluciona bien en el postoperatorio, sin complicaciones, con alta hospitalaria temprana y posterior revisión en consulta. Controlado con ecografía postoperatoria sin detectar recidiva del quiste. La anatomía patológica confirma que se trata de un quiste epidermoide de bazo.

CASO CLÍNICO 2

Niña de 4 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por dolor abdominal referido al hipocondrio izquierdo. En la exploración abdominal se aprecia una tumoración que sobrepasa en 5 cm el reborde costal izquierdo. La ecografía y el TAC evidencian la existencia de una masa quística de 8 cm de diámetro mayor, ubicada en el polo inferior del bazo. Se efectúa esplenectomía con resección íntegra de la masa quística, y sutura hemostática de la superficie de sección con puntos en U de cinta de colágeno apoyados de malla de vicryl. Presenta buena evolución postoperatoria y la gammagrafía a las 6 semanas muestra tejido esplénico con captación regular y homogénea y función hemocaterética conservada. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un quiste epidermoide de bazo.

DISCUSIÓN

Las tumoraciones quísticas esplénicas más frecuentes en niños son las asociadas a enfermedad hidatídica⁽⁹⁻¹¹⁾. Los quistes no parasitarios representan menos de un tercio del total de quistes esplénicos, la mayoría de estos casos son pseudoquistes secundarios a traumatismo abdominal o falsos quistes sin recubrimiento epitelial⁽³⁾. Los quistes esplénicos benignos verdaderos no parasitarios son menos del 10% del total de casos de quistes esplénicos⁽³⁾. Poco más de 1.000 casos se han publicado en la literatura hasta ahora⁽¹⁾. Los quistes esplénicos epidermoides son extremadamente raros; en la serie de Doolan, de 651 quistes esplénicos se observaron sólo 17 casos de quistes epidermoides⁽¹²⁾.

La clasificación actual más utilizada es la de Fowler, ampliada posteriormente por Quereshi y Hafner, y modificada finalmente por Martin⁽¹⁾, que se muestra en la tabla I.

Las manifestaciones clínicas de los quistes esplénicos pueden variar ampliamente desde asintomáticos a sintomáticos, dependiendo de su tamaño y la presencia o no de complicaciones asociadas. Un tercio de los pacientes son asintomáticos y son diagnosticados casualmente⁽¹⁾. La manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal vago, poco intenso, inespecífico, en ocasiones asociado a masa palpable; y además otros síntomas posibles son las náuseas, vómitos y alteración del ritmo intestinal, elevación e hipomovilidad de hemidiafragma izquierdo, atelectasias y neumonías basales; y excepcionalmente síntomas renales secundarios a distorsión y compresión de la pelvis renal y uréter izquierdo, generalmente en relación con la compresión sobre estructuras vecinas, cuando el quiste crece por encima de 8 centímetros de diámetro^(1, 2). En algunos casos puede que el quiste esplénico se manifieste por primera vez por una complicación asociada, con cuadro abdominal agudo debido a rotura, hemorragia o infección del quiste; o bien por un derrame pleural por perforación transdiafragmática⁽²⁾. Se ha comprobado que el riesgo de aparición de complicaciones aumenta cuando el quiste sobrepasa los 5 centímetros⁽³⁾.

El diagnóstico actual de estos quistes se realiza por ecografía y TAC abdominal. La ecografía permite visualizar las áreas quísticas y determinar las relaciones con las estructuras vecinas. El TAC también ayuda al diagnóstico y puede, además, excluir compromiso extraesplénico⁽¹⁾. El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con los quistes parasitarios o bien quistes postraumáticos y secundariamente con neoplasias asociadas al bazo como angiosarcoma, linfoma esplénico, etc.

Se debe procurar prevenir la sépsis postesplenectomía porque ésta es una complicación grave y con elevada mortalidad. La tasa de sépsis es dos veces más frecuente en pacientes esplenectomizados. La morbilidad por sépsis aumenta de menos de 1% a más del 6%. La incidencia de mortalidad puede llegar a aumentar hasta el 11% con un promedio del

Tabla I Clasificación de quistes esplénicos de Fowler, ampliada posteriormente por Quereshi y Hafner y modificada finalmente por Martin⁽¹⁾

- | |
|--|
| A. Primarios, con epitelio de revestimiento |
| 1. Parasitarios (enfermedad hidatídica) |
| 2. No parasitarios: |
| • Quistes congénitos; serosos o con epitelio transicional. |
| • Quistes neoplásicos; epidermoide, dermoide, linfangioma, hemangioma cavernoso y capilar benigno. |
| B. Secundarios, sin epitelio de revestimiento |
| 1. Traumáticos (serosanguinolento) |
| 2. Degenerativos (licuefacción) |
| 3. Inflamatorios (necrosis, tuberculosis) |

3%. La esplenectomía provoca una variedad de defectos inmunológicos como una mala respuesta de anticuerpos contra la inmunización de partículas intravenosas, deficiencia del péptido promotor de la fagocitosis (tuftsin), disminución de la concentración de IgM y opsoninas. La esplenectomía parcial conservando al menos un 25% del órgano mantiene dicha función inmunitaria⁽¹³⁾.

El tratamiento de los quistes de bazo en niños ha ido evolucionando con el tiempo; el tratamiento tradicional de esplenectomía total para los quistes no parasitarios actualmente no está recomendado en niños. La aspiración con o sin esclerosis del quiste no parece ser efectivo en la mayoría de los casos, aunque podría ser útil en el drenaje de un quiste infectado para proceder posteriormente a una extirpación definitiva⁽³⁾. Otros han utilizado la decapsulación esplénica parcial, como primera alternativa de tratamiento, pero dejan un remanente epitelial próximo al pedículo esplénico del cual no conocemos su posterior comportamiento, pudiendo recidivar el quiste, o bien, que el epitelio escamoso pudiera sufrir con el tiempo una metaplasia⁽¹⁴⁾. El tratamiento actual de los quistes de bazo en cirugía pediátrica debe ser el más conservador posible y se realiza esplenectomía total sólo cuando el quiste es grande y ocupa todo el bazo, cuando el tumor es inflamatorio o se encuentra infectado, o bien cuando abarca el hilio esplénico⁽¹⁵⁾. Se debe intentar realizar siempre una esplenectomía parcial cuando el quiste ocupe un solo polo; o bien cuando esté bien localizado, dejando al menos un 25% del órgano libre^(1, 13).

En nuestros casos, el tratamiento quirúrgico empleado fue la esplenectomía parcial en ambos casos, no presentando complicaciones en ninguno de ellos y con resultado favorable.

La prevención de las complicaciones infecciosas se hace de rutina con la vacunación antimeningocócica, antineumocócica y anti-H. influenzae entre 2 y 4 semanas previas al procedimiento. Además algunos autores han recomendado volver a vacunar cada 4-5 años^(13, 16), aunque este proceder no es mayoritario actualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yavorski C, Greason K, Egan M. Splenic cysts: A new approach to partial splenectomy-case report and review of the literature. *Am Surg* 1998;**64**:795-798.
2. Bosch J, Fonollosa V, Bonnin-Bonnin J, Magriña N, García-Bragado F, Vilardel M. Quiste epidermoide del bazo. *Rev Quir Esp* 1981;**8**:108-110.
3. Autores??. Splenic cysts. *Pediatr Surg Int* 1997;**12**:353-355.
4. Moir C, Guttman F, Jequier S, Sonnino R, Youssef S. Splenic cysts: aspiration, sclerosis or resection. *J Pediatr Surg* 1989;**24**:646-648.
5. Talerman A, Hart S. Epithelial cysts. *Br J Surg* 1970;**57**:201-204.
6. Ahlgren LS, Beardmore HE. Solitary epidermoid splenic cyst: occurrence in sibs. *J Pediatr Surg* 1984;**19**:56-58.
7. Morris DH, Bullok FD. The importance of the spleen in resistance to infection. *Ann Surg* 1919;**70**:513.
8. King H, Shumaker HB Jr. Splenic studis. I. Susceptibility to infection after splenectomy performed in infancy. *Ann Surg* 1952;**136**:239.
9. Goldthorn JF, Schwartz AD, Swift AJ, Winkelstein JA. Protective effect of residual splenic tissue after subtotal splenectomy. *J Pediatr Surg* 1978;**13**:587-590.
10. Golinsky D, Freud E, Steinberg R, Zer M. Vertical partial splenectomy for epidermoid cyst. *J Pediatr Surg* 1995;**30**:1704-1705.
11. Guzzetta PC, Ruley EJ, Merick HFW, Verderese C, Barton N. Elective subtotal splenectomy. *Ann Surg* 1989;**211**:34-42.
12. Iwanaka T, Nakanishi H, Tsuchida Y, Oka T, Honna T, Shimizu K. Familial multiple mesothelial cysts of the spleen. *J Pediatr Surg* 1995;**30**:1743-1745.
13. Brown MF y cols. Partial splenectomy: the preferred alternative for the treatment of splenic cysts. *J Pediatr Surg* 1989;**24**:964.
14. Touloukian RJ, Maharaj A, Ghoussoub R, Reyes M. Partial decapsulation of splenic epithelial cysts: studies on etiology and outcome. *J Pediatr Surg* 1997;**32**:272-274.
15. Dawes LG, Malangoni MA. Cystic masses of the spleen. *Am Surg* 1986;**52**:233-236.
16. Konradsen HB, Pedersen FK, Henrichsen J. Pneumococcal revaccination of splenectomized children. *Pediatr Infect Dis J* 1990;**9**:258.