

# Quistes no parasitarios de bazo

E. Blesa Sánchez, R. Ayuso Velasco, E.M. Enríquez Zarabozo

Hospital Universitario Materno Infantil. SES. UEX. Badajoz

## RESUMEN

Los quistes esplénicos no parasitarios constituyen una patología de muy escasa incidencia, aunque la disponibilidad de la ecografía y la mayor indicación del tratamiento conservador de los traumatismos esplénicos están haciéndola cada vez menos infrecuente. Aportamos nuestra experiencia con 6 pacientes, 4 niñas y 2 niños, de entre 9 y 14 años. El motivo por el que acudieron fue: 4 por dolor abdominal, uno tras un traumatismo y el otro fue un hallazgo casual. El diagnóstico fue ecográfico en todos los pacientes. La TAC y la RMN añadieron pocos datos de interés. Se intervino a los 6, 4 por laparotomía y 2 por laparoscopia que convertimos a laparotomía, en uno por sospecha de gran quiste hidatídico y el otro por aspecto externo de tumor sólido. El diagnóstico histológico fue de 4 quistes epidermoides, un quiste simple y un linfangioma. Tras nuestra experiencia consideramos suficiente la ecografía como método diagnóstico y como tratamiento quirúrgico, el acceso y la técnica varían según la localización del quiste, la cantidad de parénquima esplénico que lo rodea y sus características macroscópicas. Cuanto más superficial, menor grosor de pared y localización polar, mayor indicación de laparoscopia y destechado o puesta a plano.

**PALABRAS CLAVE:** Quiste esplénico; Quiste epidermoide.

## NONPARASITIC SPLENIC CYST

### ABSTRACT

Nonparasitic splenic cysts are a disease of very low incidence, although the availability of ecography and the indication of the preservative treatment of the splenic traumas are becoming it less infrequent. We report our experience with 6 patients, 4 girls and 2 boys, between 9 and 14 years old. The reason was attended: 4 had abdominal pain, one of them underwent a traumatism and the other one was an accidental finding. The ultrasound gave us the diagnosis in all patients. The CT (computer tomography) and MR (magnetic resonance) added a few interesting details. All of them were operated, 4 with laparotomy and 2 with laparoscopy that we turned to laparotomy, one of them by suspicion of large hidatidic cyst and the other one by external aspect of

solid tumour. The histological results were 4 epidermoid cysts, a simple cyst and a lymphangioma. After our experience we considered that ecography is a sufficient diagnosis method, like surgical treatment, the access and the technique vary according to the location of the cyst, the amount of splenic parenchyma around it and their macroscopic characteristics. The more superficial cysts, less wall thickness and location polar have the indication of laparoscopic partial decapsulation.

**KEY WORDS:** Splenic cyst; Epidermoid cyst.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos no parasitarios constituyen una patología de muy escasa incidencia, aunque actualmente son menos infrecuentes debido a la mayor disponibilidad de la ecografía y a la mayor indicación de tratamiento conservador de los traumatismos esplénicos. Tras el diagnóstico se siguen planteando problemas en cuanto a su etiología, a cuándo deben ser operados, por qué vía, laparotómica o laparoscópica, y qué tipo de intervención debe realizarse. Aportamos nuestra experiencia con 6 de estos pacientes.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Presentamos a 6 pacientes, 4 niñas y 2 niños, de entre 9 y 14 años (media 11,5 años). Todos ellos han sido diagnosticados y tratados durante los últimos 9 años. Consideramos las siguientes variables clínicas: sexo, edad, manifestaciones clínicas y antecedente o no de traumatismo abdominal. En cuanto al diagnóstico por imagen valoramos el tamaño, forma, contenido y localización del quiste mediante ecografía, TAC y RMN. En todos se determinó serología hidatídica y, además, en dos de ellos, los niveles de Ca 19.9. Anotamos el tipo de abordaje de la cirugía, laparotomía o laparoscopia, la localización y el contenido de los quistes, las características macroscópicas, la técnica quirúrgica practicada, el resultado anatomopatológico y la evolución de los pacientes.

**Correspondencia:** Rafael Ayuso Velasco. C/ Francisco Guerra 10 2º A. 06011 Badajoz. E-mail: emilio.bleesa@ses.juntaex.es

Presentado en el IV Congreso Ibérico de Cirugía Pediátrica (Zaragoza junio 2008).

Recibido: Junio 2008

Aceptado: Noviembre 2008

**Tabla I** Características de los 6 pacientes.

Sexo	Edad	Clínica	Eco	Cirugía	Líquido	Diagnóstico
V	14	Dolor abdominal	40x30	Destechado	Claro	Q. simple
V	10	Dolor abdominal	60x42	Destechado	Claro	Epidermoide
M	11	DAR	100x84	Esplenectomía parcial	Hemático	Epidermoide
M	9	Traumatismo	137x125	Esplenectomía total	Hemático	Epidermoide
M	13	Asintomático	40x30	Destechado	Purulento	Epidermoide
M	9	DAR	50x50	Esplenectomía total	Hemático	Linfangioma

## RESULTADOS

A todos se les diagnosticó mediante ecografía, 4 por estudio de dolor abdominal, uno tras un traumatismo y otro fue un hallazgo casual al controlarlo por reflujo vésico-ureteral (Tabla I). Únicamente se palpaba masa a la exploración abdominal en el caso del quiste de mayor tamaño. Se realizó TAC a 4 de los pacientes, no aportando información útil en 3 de ellos, y en uno se recomendó la RMN, con escasa utilidad. El tamaño de los quistes oscilaba entre los 4 y los 14 cm (media 9 cm). 5 de los quistes estaban localizados en el polo superior del bazo, el otro, en el inferior aunque, debido a su gran tamaño, ocupaba prácticamente todo el parénquima esplénico. La serología hidatídica fue negativa en los 6 pacientes. Sólo en uno de los dos niños en los que se midieron los niveles de Ca 19.9, ambos con quiste epidermoide, el resultado fue positivo (>500.000 U/mg de proteína), normalizándose tras la esplenectomía parcial.

Se intervino quirúrgicamente a todos, 4 por laparotomía y en 2 se comenzó por laparoscopia que reconvertimos a vía abierta, uno por sospecha de gran quiste hidatídico dado su aspecto externo y otro por duda de masa sólida, un linfangioma. Ambos acabaron en esplenectomía total. De los que se iniciaron por laparotomía, en 3 se realizó el destechado del quiste y en uno esplenectomía parcial. Se extrajo el líquido del interior de los quistes obteniéndolo claro amarillento en el quiste simple y en un epidermoide, hemático en 2 quistes epidermoides y en el linfangioma y purulento en otro epidermoide, con cultivo positivo para *Streptococcus viridans*.

La evolución de todos los pacientes ha sido favorable.

## DISCUSIÓN

Las lesiones quísticas del bazo se han reconocido cada vez más frecuentemente desde la disponibilidad de la ecografía. Según la clasificación de Fowler modificada, los quistes esplénicos pueden ser primarios o secundarios. Los primarios son quistes auténticos, poseen un epitelio de revestimiento, representan hasta un 20% del total y se dividen en parasitarios y no parasitarios, estos últimos son bien congénitos, o bien neoplásicos<sup>(1-3)</sup>. Los secundarios o pseudoquistes no poseen revestimiento, constituyen en torno al 80% de todos los quistes y suelen ser estadios evolutivos de traumatismos o infecciones.

Los quistes esplénicos suelen ser asintomáticos. Cuando dan síntomas, como en 5 de nuestros pacientes, lo más habitual es que causen dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio izquierdo o bien se palpe una masa abdominal. Otras formas de presentación son náuseas, vómitos, dolor referido a zonas adyacentes o incluso como hipertensión arterial por compresión de la arteria renal<sup>(2)</sup>. Es muy infrecuente que los quistes esplénicos debuten con alguna de sus complicaciones: ruptura, la más frecuente, hemorragia, como sucedió en dos de nuestros pacientes, infección, presente en otro, pseudoaneurisma, derrame pleural por rotura transdiafragmática o incluso degeneración maligna de un quiste epidermoide<sup>(4,5)</sup>. Es importante hacer una buena anamnesis para descubrir un posible antecedente de traumatismo abdominal causante de un quiste secundario.

El quiste epidermoide es el tipo más frecuente (90%) de los quistes primarios no parasitarios<sup>(6)</sup>. Su etiología no está aclarada pero se postula que tiene un origen en la cápsula mesotelial embrionaria y que con el tiempo pudiera sufrir distintos grados de metaplasia, lo cual conlleva un riesgo de degeneración maligna, descrita en la literatura pero de escasísima incidencia<sup>(2)</sup>. Macroscópicamente se caracteriza por estar tapizado internamente por un tejido trabeculado gris-amarillento (Fig. 1). Este epitelio sintetiza Ca 19.9 que puede llegar a la circulación sanguínea, como en uno de nuestros pacientes. Por ello, es útil cuantificar sus niveles en suero como medida diagnóstica, sabiendo que no es específico del quiste epidermoide, ya que también es segregado por otros tumores (pancreáticos, de tubo digestivo, de útero u ovario) pudiendo ser necesario descartarlos. Además sirve para asegurar la curación de la enfermedad si se normalizan los niveles tras el tratamiento, como ocurrió en nuestro caso.

El diagnóstico de los quistes esplénicos exige una buena valoración por imagen. Consideramos que la ecografía es suficiente para la mayoría de los pacientes. La utilidad de la TAC está limitada en el caso de duda sobre el contenido y localización anatómica de la lesión, ya que como en nuestro paciente con el antecedente traumático, hubo que descartar un posible pseudoquiste pancreático. La RMN no nos aportó información útil adicional a la ecografía para el diagnóstico del paciente al que se la practicamos.

La indicación del tratamiento quirúrgico de los quistes está clara, se operan cuando el quiste causa sintomatología



Figura 1. Destechado de quiste epidermoide.



Figura 2. Quiste epidermoide que ocupa casi todo el bazo.

o si alcanza un tamaño a partir de 5 cm. En caso contrario, se controla periódicamente con ecografía. Existen dudas sobre qué hacer con estos quistes pequeños y asintomáticos<sup>(2,4,6)</sup>.

Una vez que se decide la intervención quirúrgica hay que valorar la vía de abordaje y la técnica para extirpar la lesión. Aunque no coincida con lo que ha sido nuestra actuación, creemos que los quistes localizados en un polo del bazo y con escaso parénquima alrededor son susceptibles de decapsulación esplénica parcial (destechado) por vía laparoscópica, que es la tendencia actual<sup>(2,6-12)</sup>. Aunque la incidencia de malignización de un quiste epidermoide es muy baja, dudamos si es mejor preservar una parte del bazo con restos mesoteliales malignizables, que practicar la esplenectomía total.

Si el parénquima alrededor del quiste no es escaso, se recomienda esplenectomía parcial, bien por laparoscopia o por laparotomía, conservando la mayor cantidad de tejido esplénico sano posible, al menos el 25%, para conservar su función inmunológica y proteger al sujeto frente a la sepsis postesplenectomía<sup>(2,3,11,13,14)</sup>.

Si, por el contrario, el quiste tiene un gran tamaño (Fig. 2), o está localizado centralmente, junto al hilio o bien tiene aspecto de haberse complicado, estaría indicada la esplenectomía total<sup>(1-3,8,15)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hernández-Siverio N, Barranco A, Pérez Palma J, Herrera I, Díaz-Flores L. Quiste esplénico epidermoide. Estado actual del problema. *Cir Pediatr* 2004; 17: 159-163.
- Cuervo JL, Buena E. Quiste esplénico epidermoide: decapsulación parcial por vía laparoscópica. *Cir Pediatr* 2007; 20: 63-67.
- Beauchamp RD, Holzman MD, Fabian TC. El Bazo. Townsend, C. Beauchamp, R. D. Evers, B. M. Mattox, K. Sabiston Tratado de Cirugía. 17ª Ed. Madrid: Editorial Elsevier 2005; p. 1679-1708.
- Seguel Ramírez F, Alonso Calderón JL, Ollero Caprani J.M, Rollán Villamarín V. Quiste epidermoide de bazo y esplenectomía parcial. *Cir Pediatr* 2003; 16: 95-98.
- Dobremez E, Lefevre V, Harper L, Rebouissoux L, Lavrand F, Bondonny JM, Vergnes P. Complications occurring during conservative management of splenic trauma in children. *Eur J Pediatr Surg* 2006; 16: 166-170.
- Hansen MB, Moller AC. Splenic Cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14, 316-22.
- Rescorla FJ, West KW, Engum SA, Grosfeld JL. Laparoscopic splenic procedures in children. Experience in 231 children. *Annals of Surgery* 2007; 246: 683-7.
- Macheras A, Misiakos EP, Liakakos T, Mpistarakis D, Fotiadis C, Karatzas G. Non-parasitic splenic cysts: a report of three cases. *World J Gastroenterol.* 2005 21; 11: 6884-7.
- Mackenzie RK, Youngson GG, Mahomed AA. Laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts: a step forward in splenic preservation. *J Pediatr Surg* 2004; 39: 88-90.
- Touloukian RJ, Seashore JH. Partial splenic decapsulation: a simplified operation for splenic pseudocyst. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 135-7.
- Ucchedu A, Pisanu A, Cois A, Montisci A. Laparoscopic management of non-parasitic splenic cysts. *Chir Ital* 2003; 55: 55-60.
- Touloukian RJ, Seashore JH. Partial splenic decapsulation: a simplified operation for splenic pseudocyst. *J Pediatr Surg.* 198; 22: 135-7.
- Czauderna P, Vajda P, Schaarschmidt K, Kalman A, Jainsch M, Engelis A, Lewicki K, Verebely T, Koltai J, Petersons A, Pintér AB. Nonparasitic splenic cysts in children: a multicentric study. *Eur J Pediatr Surg.* 2006; 16: 415-9.
- Kaiwa Y, Kurokawa Y, Namiki K, Matsumoto H, Satomi S. Laparoscopic partial splenectomies for true splenic cysts. A report of two cases. *Surg Endosc.* 2000; 14: 865.
- Walz MK, Metz KA, Eigler FW. Splenic cysts. Their morphology, diagnosis and therapy. *Dtsch Med Wochenschr.* 1991; 116: 1377-83.