



REPORTE DE CASO



Quiste esplénico secundario. A propósito de un caso.

Autores: González, Audrid¹⁻³  ; Bruno Cao, Victor⁴ 

Universidad Autónoma de Guadalajara¹, Universidad de Panamá², Universidad del Istmo.³
Centro Hospitalario Especializado Dr. Rafael Hernández. Chiriquí ⁴

Recibido 30 de Marzo 2024; aceptado 24 de Julio 2024

Disponible en internet el 31 de Julio 2024

PALABRAS CLAVE:

Quistes, Parásitos, Dolor abdominal, Función esplénica, Mesotelio.

KEY WORDS:

Cysts, Parasites, Abdominal pain, Splenic function, Mesothelium.

RESUMEN

Los quistes esplénicos son una enfermedad rara cuya etiología es incierta, postulándose que pueden originarse a partir de inclusiones embriogénicas de células epiteliales o invaginaciones del mesotelio esplénico. La clasificación de Martin los divide en parasitarios y no parasitarios, que se subdividen en primarios y secundarios, siendo los secundarios más comunes por trauma.

A continuación, presentamos el caso de un paciente masculino de 18 años, sin antecedentes personales conocidos, que acudió referido de una clínica privada por historia de trauma abdominal cerrado 3 días previos mientras jugaba baloncesto. El paciente presentaba dolor en hipocondrio y flanco izquierdo, sin otros síntomas asociados. El diagnóstico se realizó mediante historia clínica, examen físico y estudios de imagen (USG, TC), confirmándose un quiste esplénico secundario.

El tratamiento quirúrgico fue indicado debido a la sintomatología y al tamaño del quiste, mayor de 5 cm. Se optó por una técnica conservadora para preservar el parénquima y la función esplénica. El seguimiento postoperatorio se realizará con ecografías periódicas y, ocasionalmente, tomografía computarizada, dado que aunque parte del quiste puede permanecer, el riesgo de malignización es muy bajo.

ABSTRACT

Splenic cysts are a rare disease with uncertain etiology, postulated to originate from embryogenic inclusions of epithelial cells or invaginations of splenic mesothelium. Martin's classification divides them into parasitic and non-parasitic, which are further subdivided into primary and secondary, with secondary being more common due to trauma.

*Autor para correspondencia: Audrid González

Correo electrónico: audrid.gonzalez@gmail.com

Autor niega conflictos de interes y financiamiento.

DOI: <https://doi.org/10.59722/rmcu.v1i2.729>



Here, we present the case of an 18-year-old male patient, with no known personal history, who was referred from a private clinic due to a history of blunt abdominal trauma 3 days prior while playing basketball. The patient presented with pain in the left hypochondrium and flank, without other associated symptoms. The diagnosis was made through clinical history, physical examination, and imaging studies (USG, CT), confirming a secondary splenic cyst.

Surgical treatment was indicated due to symptoms and the size of the cyst, which was larger than 5 cm. A conservative technique was chosen to preserve the parenchyma and splenic function. Postoperative follow-up will be conducted with periodic ultrasounds and, occasionally, computed tomography, given that although part of the cyst may remain, the risk of malignancy is very low.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son una enfermedad rara. Se han reportado menos de 1000 casos a nivel mundial^{1,2,3}, con predominio en el sexo femenino (60%) y un pico de incidencia entre los 20 y 40 años. La etiología no está determinada, se postula que pueden originarse a partir de inclusiones embriogénicas de células epiteliales o a partir de invaginación del mesotelio de la cápsula esplénica.¹

La clasificación más utilizada es la de Martin, que los divide en parasitarios y no parasitarios; estos últimos se clasifican en primarios o congénitos y secundarios que son más comúnmente debido al trauma.^{6,7} La diferencia radica que los quistes primarios son verdaderos, puesto que presentan una pared interna cubierta por un epitelio escamoso. A nivel mundial la etiología más común es la parasitaria (*Echinococcus granulosus*), seguida de la traumática.^{2,4}

La mayoría de ellos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. Cuando son sintomáticos, se presentan con manifestaciones secundarias al efecto de masa con dolor, náuseas, vómitos, síntomas respiratorios y urinarios. En ocasiones, llegan a generar complicaciones como ruptura, hemorragia o infección.

Con base en la historia del paciente, el examen físico, los hallazgos de ultrasonido (USG) y de tomografía computarizada (TC), se puede hacer el diagnóstico.

Se recomienda tratamiento quirúrgico para los pacientes sintomáticos o con quistes mayores de 5 cm. En la actualidad hay una tendencia hacia la cirugía conservadora, ya que permite conservar

el parénquima y la función esplénica, y evita las complicaciones infecciosas postesplenectomía.^{4,6}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 18 años, sin antecedentes personales conocido, acude referido de clínica privada por historia de trauma abdominal cerrado 3 días previos a su ingreso mientras jugaba baloncesto, con posterior dolor en hipocondrio y flanco izquierdos. Sin otros síntomas asociados.

Examen Físico: PA: 110/70 Fc: 72x Fr: 16x Alerta, consciente, orientado. Glasgow 15/15.

Abdomen: Plano. Sin lesiones ni equimosis. RHA +. Blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo, sin datos de rebote o defensa. No se palpan masas ni visceromegalias.

Estudios de gabinete:

Cuadro 1. Estudios de gabinete del paciente

		#1	#2	#3
HGB	g/dl	13.8	13.4	14.9
Hcto	%	41	40	45

Estudios de imagen:

USG abdominal: Bazo aumentado de tamaño (13.07 cm) con imagen quística subcapsular hacia el polo inferior que mide 5.25x3.46x5.42 cm hay grasa mesentérica y estructuras vasculares que se movilizan a este hallazgo.

CT abdominopélvico: Bazo aumentado de tamaño (15.2cm). Imagen ovoidea de 5x6cm de paredes gruesas que se localiza en su aspecto inferior y medial, con densidad de líquido (Imagen 1).

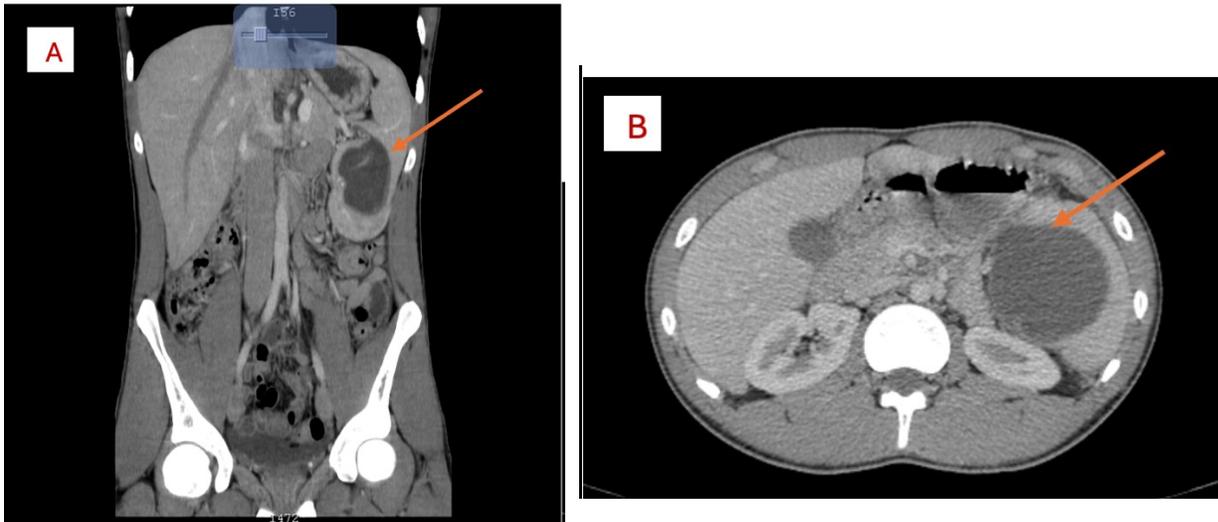


Imagen 1. Imágenes tomográficas en las cuales se observa imagen ovoidea en polo inferior del bazo (señalada con flecha). El cuadro A corresponde a un corte coronal y el cuadro B corresponde a un corte axial.



Imagen 2. Laparoscopia y marsupialización de quiste esplénico.

Cirugía:

Se lleva al salón de operaciones. Se le realiza Laparoscopia, en la cual se encuentra a nivel del bazo en su polo inferior un quiste superficial de 5 x 4 cm, aproximadamente.

Luego de la visualización de este se procede a realizar marsupialización del quiste esplénico (Imagen 2) sin complicaciones.

Histopatológico:

Tejido fibroso sin epitelio con hemorragia remota consistente con pseudoquiste esplénico. (imagen 3) Con buena evolución, sin dolor, afebril, tolerando la vía oral y sin datos de peritonismo es dado de alta a las 48 horas postoperatorias.

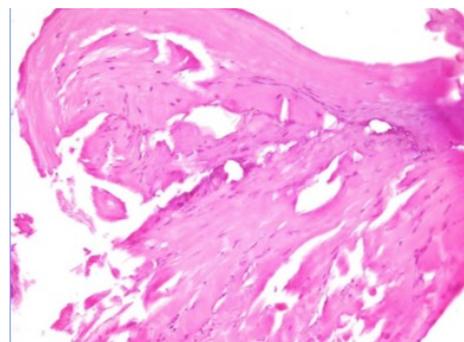


Imagen 3. Corte histológico de tejido fibroso sin epitelio con hemorragia remota.

DISCUSIÓN

Los quistes esplénicos son una enfermedad poco frecuente del bazo. Según la literatura existente,

QUISTES VERDADEROS	PSEUDOQUISTES (FALSOS)
Quistes congénitos	Quiste postraumático
Quistes epidermoides	Quiste degenerativo
Quistes dermoides	Quiste inflamatorio

Cuadro 2. Clasificación de los quistes esplénicos no parasitarios. (16)

desde que el primer caso fue reportado en 1929 por Andral, la clasificación de estas lesiones ha evolucionado hasta el sistema actual.¹

Los quistes esplénicos se han clasificado en función de la presencia o ausencia de un revestimiento epitelial, etiología o agente causal. Martin clasificó los quistes esplénicos como quistes de tipo 1, verdaderos con revestimiento de epitelio, y quistes tipo 2 denominados falsos sin revestimiento de epitelio. Los quistes falsos o pseudoquiste suelen ser postraumáticos, debido a organización de un hematoma ubicados debajo de la cápsula o en el parénquima esplénico.^{1,2,3}

Dependiendo del agente causal los podemos dividir en dos tipos: parasitarios y no parasitarios. Los primeros se observan en áreas endémicas y son causados por la infestación de *Echinococcus granulosus*. Los pseudoquiste o quiste secundarios como resultado de un trauma abdominal contuso es aún más raro.^{4,5}

La presentación clínica suele ser asintomática hasta que el quiste alcance un tamaño significativo, y puede ocasionar dolor abdominal en hipocondrio izquierdo causada por la tensión de la cápsula esplénica o el efecto de compresión de masa.^{5,9}

El diagnóstico de pseudoquiste debe sospecharse en casos con antecedentes de trauma, sin embargo, es necesario excluir otras causas de esplenomegalia, es decir, mononucleosis infecciosa, fiebre de origen desconocido, anemia hemolítica, leucemias crónicas y enfermedades hepáticas.

Dentro de los estudios de gabinetes se solicitan ultrasonido y tomografía computarizada.¹⁴ El ultrasonido es una buena herramienta no invasiva para detectar y confirmar la naturaleza quística de

una lesión. Característicamente el quiste aparece como masa anecoica con paredes delgadas y septos o paredes irregulares. La tomografía computada de abdomen proporciona información respecto a la morfología del quiste, naturaleza de fluido, ubicación y relación con las estructuras adyacentes.

La baja frecuencia de los quistes esplénicos ha limitado la obtención de consensos con criterios definitivos para su manejo¹³. Una revisión publicada en el año 2004 fue la primera en plantear y organizar las opciones para el tratamiento de esta entidad¹³. Aunque no se ha definido un límite respaldado por la evidencia, existe cierto acuerdo en que lesiones de menos de 5cm de diámetro y asintomáticas deberían ser abordadas de forma conservadora mediante seguimiento¹². Para aquellas que alcanzan un mayor tamaño o tienen manifestaciones clínicas, el tratamiento debería ser quirúrgico por el riesgo de complicaciones, como rotura, hemorragia o infección.^{12,13}

El tratamiento quirúrgico debe conseguir eliminar el quiste esplénico y preservar la mayor cantidad posible de parénquima esplénico^{6,11}. Motivo por el cual hoy en día no se plantea realizar inicialmente una esplenectomía total para el tratamiento de una enfermedad benigna, como es el quiste esplénico verdadero no parasitario. Actualmente, cualquiera de las técnicas quirúrgicas puede realizarse de manera segura por abordaje laparoscópico, siempre que el profesional encargado de su realización cuente con la experiencia necesaria en cirugía laparoscópica. El abordaje laparoscópico permite la pronta recuperación del paciente, sin la morbilidad asociada a las grandes incisiones¹⁴.

La escisión del quiste por vía laparoscópica es una técnica que consigue preservar parte del parénquima esplénico, aunque se asocia a

mayor riesgo de hemorragia y de complicación intraoperatoria que otras técnicas más conservadoras¹⁴⁻¹⁵, con lo que aumenta la posibilidad de tener que realizar una esplenectomía completa.

La escisión laparoscópica del quiste es una técnica fácil, segura, eficaz y la más conservadora, siempre que se pueda llevar a cabo (lesiones que no afecten al hilio esplénico ni lesiones gigantes que dejen poco tejido esplénico viable, en las cuales la esplenectomía total es quizá la mejor opción). La estancia hospitalaria tras la cirugía suele ser de 24-48 h. La pared del quiste se debe enviar para realizar un estudio definitivo de anatomía patológica¹⁵.

El seguimiento postoperatorio se puede realizar con ecografías periódicas. Es aconsejable alguna tomografía computada de control con el paso de los años. En ocasiones puede quedar parte del quiste, aunque el riesgo de malignización es muy infrecuente¹³. En nuestro caso se decidió por una marsupialización laparoscópica la cual es segura y efectiva con una menor morbilidad descrita en la literatura.

IDENTIFICACIÓN ORCID

Audrid González: 0009-0007-3199-4182

Victor Bruno: 0000-0003-0166-6974

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schalk E, Fischer T, Wolleschak D. Splenic Cyst Following Abdominal Trauma?. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(20):362. doi:10.3238/arztebl.2019.0362b
- Termos S, Othman F, Aljewaied A, et al. Symptomatic Giant Primary Nonparasitic Splenic Cyst Treated with Laparoscopic Decapsulation: A Case Report and Literature Review. *Am J Case Rep.* 2020;21:e927893. Published 2020 Nov 19. doi:10.12659/AJCR.927893
- Kala PS, Azad S, Sharma T, Acharya S. Primary epithelial splenic cyst: A rare encounter. *Indian J Pathol Microbiol.* 2019;62(4):605-607. doi:10.4103/IJPM.IJPM_335_19
- Gil Rojas N; Juárez D; Pérez E. Quiste esplénico verdadero. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010;73(4):245-251.
- Boybeyi O, Karnak I, Tanyel FC, Ciftçi AO, Senocak ME. The management of primary nonparasitic splenic cysts. *Turk J Pediatr.* 2010;52(5):500-504
- C. Palanivelu, M. Rangarajan, M. Velusamy et al. Laparoscopic internal marsupialization for large nonparasitic splenic cysts: Effective organ-preserving technique *World J Surg*, 32 (2008), pp. 20-25
- Zhuoli Z, Yu Z, Liya X, Mingzhong L, Shengwei L. Case Report: Laparoscopic Excision of a Primary Giant Splenic Hydatid Cyst: Literature Review. *Am J Trop Med Hyg.* 2019;101(4):821-827. doi:10.4269/ajtmh.19-0400
- Tabone RA, Gundara JS. Laparoscopic-assisted fenestration of a giant splenic cyst. *ANZ J Surg.* 2021;91(1-2):E45-E46. doi:10.1111/ans.16100
- Cuevo J; Beraldi L; Bignon H. Quiste esplénico epidermoide. Caso clínico. *Arch. argent. pediatr.* v.104 n.4 Buenos Aires jul./ago. 2006
- R. Sierra, W.C. Brunner, J.T. Murphy, J. et al. Laparoscopic marsupialization of a giant posttraumatic splenic cyst. *JLS*, 8 (2004), pp. 384-3
- McColl, Ryan J. MD; Hochman, David J. MD; Sample, Clifford MD. Laparoscopic Management of Splenic Cysts: Marsupialization, Cavity Lining With Surgicel and Omentopexy to Prevent Recurrence. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques* 17(5):p 455-458, October 2007. | DOI: 10.1097/SLE.0b013e31811ea2d2
- E. Karfis, E. Roustanis, E. Tsimoyiannis. Surgical management of nonparasitic splenic cysts. *J Soc Laparoendosc Surg*, 13 (2009), pp. 207-212
- G. Galyfos, Z. Touloumis, K. Palogos, K. Stergios, M. Chalasti, N. Kavouras, et al. S.H. Lee, J.S. Lee, Y.C. Yoon, T.H. Hong- Role of laparoscopic partial splenectomy

- for tumorous lesions of the spleen
14. J Gastrointest Surg., 19(2015), pp. 1052-1058H. Cai, Y. An, D. Wu, X. Chen, Y. Zhang, F. Zhu, et al.
 15. Laparoscopic partial splenectomy: A preferred method for select patients- J Laparoendosc Adv Surg Tech A., 2 (2016), p. 8
 16. Salas Rodríguez Joanne L, Sánchez M Reneta, Sánchez Ismayel Alexis, Siverio Aquiles, Chacón V Humberto J, Benítez Gustavo. Quiste esplénico gigante con elavación del CA 19-9: Reporte de un caso. Rev. venez. oncol. [Internet]. 2008 Jun [citado 2024 Jul 24] ; 20(2): 98-103. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822008000200007&lng=es