



Resección laparoscópica de quiste esplénico: Reporte de caso

García-Álvarez J,* Hernández Díaz J,* Vega M*

Resumen

Los quistes esplénicos se diagnostican frecuentemente como un hallazgo incidental en pacientes asintomáticos. La patogénesis y el tratamiento son controvertidos. Las complicaciones potenciales son: hemorragia, perforación e infección. Se debe sospechar al palpar una masa en el hipocondrio izquierdo. El diagnóstico completo se basa en las imágenes como la ecografía y la tomografía axial computadorizada y se asocia con elevación del CA 19-9, sin embargo no ha sido establecido como parámetro, ya que no en todos los casos se presenta la elevación del marcador. 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 el tratamiento de las enfermedades esplénicas el objetivo primordial deben ser las técnicas conservadoras del órgano, dado el papel inmunológico que tiene el bazo, especialmente en la defensa contra las bacterias encapsuladas (neumococo). En la actualidad, la cirugía laparoscópica para el manejo de la patología esplénica se considera un procedimiento estándar.

Palabras clave: Quiste esplénico, resección laparoscópica.

Abstract

The splenic cysts are diagnosed frequently as incidental find in asymptomatic patients. The pathogenesis and the treatment of the splenic cysts are controversial. The potential complications are hemorrhage, perforation and infection. It is necessary to suspect on having felt a mass in the left hypochondrium. The complete diagnosis is based on the images as the ultrasound scan and the axial computerized tomography, and associates with increase of the CA 19-9, nevertheless it has not been established as parameter, since not in all the cases presents the increase of the scoreboard. As for his treatment, the splenectomy has been the most used option when the cyst is of great size or compromises the splenic hilum; but if this one is located in a pole, the partial splenectomy is the best alternative. For the treatment of the splenic diseases the basic lens must be the conservative skills in view of the immunological role that has the spleen, especially in the defense against the encapsulated bacteria (pneumococcal). At present, the laparoscopic surgery for the management of the splenic pathology is considered to be a standard procedure.

Key words: Splenic cysts, laparoscopic resection.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la epidemiología de los quistes primarios de bazo, la incidencia reportada es del 0.5-2%^{1,2,7,14,17} con mayor frecuencia de presentación en el sexo femenino, en una proporción de 8:1. Pueden presentarse en todas las edades, aunque tienen un pico de incidencia entre los 20-40 años. Dos terceras partes de los casos se reportan en menores de 40 años y el 60 por ciento son mujeres.^{1,3,4} En la literatura relacionada, se han informado sólo 4 casos en

mujeres embarazadas.^{7,17} La etiología no está determinada, se postula que pueden originarse a partir de inclusiones embriogénicas de células epiteliales desplazadas desde órganos adyacentes o a partir de una invaginación del mesotelio de la cápsula esplénica que quedaría atrapado dentro del parénquima y sufriría una metaplasia escamosa.¹⁷ La clasificación patológica más aceptada es la propuesta por McClure y Martin que divide los quistes esplénicos según su origen en parasitarios y no parasitarios. A su vez, los quistes no parasitarios se clasifican en quistes primarios o verdaderos y quistes secundarios o pseudoquistes.⁴ La diferencia radica en que los quistes verdaderos presentan una pared interna cubierta por un epitelio escamoso, que no está presente en los pseudoquistes.

A nivel mundial la etiología más común de los quistes esplénicos parasitarios es la infección por *Echinococcus granulosus*,¹ pero en Europa Central y Norteamérica los quistes esplénicos más frecuentes son de origen traumático,

* Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México.

Correspondencia:

Dr. García-Álvarez J

Av. Instituto Politécnico Nacional, Magdalena de las Salinas,
Delegación Gustavo A. Madero, México, D.F. 57477560
E-mail: javigar86@gmail.com

linfangiomas y quistes de naturaleza epidermoide, con una baja incidencia de enfermedad hidatídica.^{2,17}

Los quistes esplénicos no parasitarios son poco frecuentes. Sin embargo, es posible clasificarlos en primarios y secundarios dependiendo de la presencia o ausencia de revestimiento epitelial.^{1,2,17} Los síntomas tienen relación con el tamaño del quiste. Los quistes primarios del bazo son una entidad rara, representando alrededor del 10% de todos los quistes no parasitarios. Entre éstos, los quistes epidermoides parecen ser los más frecuentes, especialmente en los pacientes jóvenes. Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico, incluyen todos los quistes sintomáticos y aquéllos mayores de 5 cm.^{17,20,21,23} En estos casos la resolución espontánea es menos probable y los riesgos de rotura, hemorragia intracapsular e infección son más frecuentes. En la serie de los autores, los 2 pacientes con diagnóstico de quistes verdaderos tenían dolor abdominal y un examen radiológico mostró un quiste esplénico de 55 a 60 mm.

Los quistes esplénicos se pueden presentar asintomáticos hasta en el 30% de los casos, siendo en muchos casos diagnosticados de manera fortuita,^{2,10,17} la mayoría causan síntomas abdominales vagos. Pueden acompañarse de una masa abdominal palpable o dolor en el hipocondrio izquierdo, epigastrio, omalgia izquierda, región periumbilical o en hemitórax izquierdo. En ocasiones los pacientes pueden presentar fiebre poco elevada, pérdida de peso o un cuadro dispéptico con náuseas, vómitos, saciedad precoz o plenitud postprandial.^{5,17} La severidad de los síntomas se relaciona con el tamaño del quiste en un 75% de los pacientes. Entre las complicaciones que se pueden presentar se encuentra la sobreinfección, la compresión de órganos adyacentes, la hemorragia intraquistica, hiperesplenismo, hipertensión portal, hipertensión arterial por compresión renal y la ruptura hacia la cavidad peritoneal, desarrollando en este último caso un cuadro de abdomen agudo.¹⁷ El examen físico casi siempre es normal, pero se puede palpar una masa en el cuadrante superior izquierdo.

El diagnóstico se establece con las imágenes de ultrasonografía y la tomografía axial computadorizada, y se asocia con elevación del CA 19-9,^{24,27,28} sin embargo no ha sido establecido como parámetro, ya que no en todos los casos se presenta la elevación del marcador.

Los objetivos del tratamiento incluyen la eliminación del quiste y la prevención de la recidiva. Las alternativas a la esplenectomía incluyen la esplenectomía parcial o la descapsulación quística parcial.^{2,14,19} Aunque la descapsulación es una técnica menos invasiva, no hay estudios a largo plazo que demuestren la ausencia de recidivas.

De la misma manera, el hemangioma del bazo representa la neoplasia benigna más común, pero sigue siendo un raro hallazgo.¹⁷ El tratamiento quirúrgico es admitido para los hemangiomas sintomáticos y/o grandes que presentan un riesgo alto de rotura espontánea o si el examen radiológico preoperatorio no pudo decidir entre una masa benigna o

maligna. La esplenectomía parcial dejó aproximadamente 50% del bazo, de manera que la función inmune no fue alterada, como fuera descrito por Smith en 2001.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenino de 21 años, que acude a consulta de cirugía general, con antecedente de 6 meses de evolución, que inició con cuadro de enfermedad por reflujo gastroesofágico y dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, por lo que se solicita serie esofago-gastrodudodenal que reveló hernia hiatal tipo I, con reflujo gastroesofágico, los estudios complementarios de pH metría y manometría normales, la endoscopia superior reportó tumoración a nivel de fondo gástrico, por lo que se realiza tomografía de abdomen, en donde se reporta estructura quística con trabéculas a nivel de polo superior de bazo, con medidas de 15 x 12 cm, por lo que se programa de manera electiva tratamiento laparoscópico, llevándose a cabo esplenectomía parcial, con descapsulación de quiste, siendo egresada a los 2 días de postoperatorio con evolución satisfactoria. El reporte de patología reportó que se trataba de un quiste benigno tapizado por epitelio plano y cúbico bajo (quiste primario), con fibrosis mural y calcificación distrófica focal, inflamación crónica inespecífica y hemorragia reciente focal. No se observaron parásitos.

DISCUSIÓN

En la literatura se reportan menos de 1,000 casos de quistes esplénicos no parasitarios.^{1,3,5} Los quistes se pueden clasificar en verdaderos y falsos.² Los verdaderos o primarios se pueden clasificar a su vez en parasitarios y no parasitarios, mientras que los falsos o secundarios son postraumáticos en su mayoría.⁸⁻¹⁴

La etiología por parásitos es la más frecuente a nivel mundial.² Morgenstern recomienda clasificarlos, según su causa, como congénitos, neoplásicos, traumáticos o degenerativos, y concluye que la mayoría de los quistes esplénicos no parasitarios son congénitos y no traumáticos a pesar del antecedente de trauma, pues este antecedente sólo se conoce en el 30% de los pacientes.^{3,17}

Se realizó la vacunación preoperatoria y sólo cuatro pacientes tuvieron profilaxis antibiótica por al menos un año después de la intervención, como recomiendan la mayoría de los autores.

Algunos¹ sugieren el uso de profilaxis postoperatoria con penicilina por un año y en caso de función fagocítica normal documentada por el remanente esplénico en ese momento se considera discontinuar la profilaxis. Este estudio no reporta crecimiento del remanente esplénico en los niños ni la necesidad de una segunda cirugía para una esplenectomía total. El crecimiento del remanente del bazo es presentado como un efecto adverso de la esplenectomía

parcial,^{5,26} especialmente si ésta es efectuada en pacientes muy jóvenes infectados con poxvirus,^{7,14} y no tiene un mayor impacto sobre los resultados benéficos de la cirugía.^{1,2}

Aunque los reportes mencionan síntomas inespecíficos, no se encontró ningún caso de quiste primario esplénico manifestado por sintomatología asociada a hernia hiatal por deslizamiento y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Estudios referidos en la literatura, han reportado otras ventajas de la esplenectomía parcial: menos eventos de aterosclerosis secundaria, de hipertensión pulmonar y riesgo más bajo de eventos trombóticos.¹⁸ Estos beneficios probablemente no son modificados por el abordaje laparoscópico de la esplenectomía parcial que describe este trabajo.

CONCLUSIONES

El procedimiento laparoscópico es considerado en la actualidad el *gold standard* para la esplenectomía total.^{7,14,16} En efecto, la laparoscopia produce menos complicaciones tales como dehiscencia de la herida, infección, intususcepción y derrame pleural. La menor formación de adherencias postoperatorias facilita una segunda laparoscopia si se necesita completar la esplenectomía o realizar una colecistectomía.^{18,20,21} De acuerdo con Minkes, la esplenectomía laparoscópica en los niños puede ser efectuada con seguridad con una baja tasa de conversión (2.9%).^{7,14} Esto parece ser confirmado por la experiencia de los autores con la esplenectomía parcial laparoscópica.^{20,21,23,25}

Así, la esplenectomía parcial es la mejor forma de prevenir las infecciones postesplenectomía^{9,10} porque preserva el papel inmunológico del bazo.^{5,7,11,14} En este reporte no ocurrieron complicaciones infecciosas postoperatorias, que constituyen las principales complicaciones con riesgo de vida después de la esplenectomía total⁷ y que pueden

ocurrir sin relación con la edad ni con el intervalo de tiempo después del procedimiento quirúrgico.

La esplenopexia es un punto importante de esta técnica para evitar la torsión y necrosis del remanente, especialmente en las esplenectomías casi totales, en las que el remanente es muy pequeño.

La descapsulación parcial o completa por técnicas laparoscópicas ha sido empleada con mayor frecuencia,^{7,14,18,20,21} pero con los inconvenientes de sangrado o dificultad para lograr adecuada hemostasia, en la actualidad la disponibilidad de diversos agentes hemostáticos ha permitido estos procedimientos sin el riesgo de hemorragias ocultas. El uso del bisturí armónico permite una sección nítida y no hemorrágica del bazo, minimiza la pérdida de sangre, lo que hace a la laparoscopia más segura, como se describió para la descapsulación de los quistes esplénicos.^{7,9,14}

El drenaje percutáneo y los agentes esclerosantes no son recomendables como procedimiento terapéutico debido a que no permiten un adecuado control a largo plazo, por su alta tasa de recurrencia.^{5,8,10,15} Los quistes esplénicos centrales, los de gran tamaño y los ubicados en la superficie posterior se tratan mejor con resección abierta.^{1,6,7,9,28} En la literatura sólo se encuentran cinco casos de resecciones parciales esplénicas por laparoscopia,^{2,4} siendo los quistes de localización periférica los más apropiados para este tipo de tratamiento.³ Por ser la esplenectomía parcial un procedimiento que requiere mayor grado de habilidad, estas resecciones parciales se han realizado con frecuencia a través de laparotomía.^{3,4} Con el abordaje laparoscópico también se ha realizado el destechamiento del quiste.^{14,20,21,23,25} El riesgo de recidiva se disminuye cuando se reseca gran parte de la pared y la marsupialización para quistes superficiales. Hoy en día la laparoscopia debe ser la primera opción para el abordaje quirúrgico de los quistes esplénicos no parasitarios.^{7,23,25}



Figura 1. Imagen de tomografía computada que muestra quiste esplénico trabeculado.



Figura 2. Imagen de tomografía computada que muestra quiste esplénico tabicado.

REFERENCIAS

1. Lee A et al, Reporte de un caso clínico de quiste esplénico. *CIMEL* 2006; Vol. II No.
2. Añón RMJ et al. Revista Española de patología 2004; 37: 539-52.
3. Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, Pazzinato MC, Fontes PR. Post-traumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. *Surg Today* 2001; 31: 265-5.
4. Brown MF, Ross AJ, Bishop HC, Schnauffer L, Ziegler MM, Holcomb GW. Partial splenectomy: The preferred alternative for the treatment of splenic cysts. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 694-696.
5. Cordobés J, Molina FX, Álvarez C. Quiste epidermoide esplénico gigante. *Cir Esp* 2005; 78: 55-57.
6. Galizia G, Lieto E, Ferraraccio F, Castellano P, De Vita F, Orditura M et al. A true splenic cyst producing carbohydrate antigen 19-9 and cancer antigens 50 and 125, but not interleukin 10. *Dig Surg* 2003; 20: 71-74.
7. Gianom D, Wildisen A, Hotza T, Gotia F. Open and laparoscopic treatment, for non parasitic spleen cysts. *Dig Surg* 2003; 20: 74-78.
8. Hashimoto T, Sugino T, Fukuda T, Hoshi N, Ogura G, Watanabe K et al. Multiple epithelial cysts of the spleen and on the splenic capsule, and high serum levels of CA19-9, CA125 and soluble IL-2 receptor. *Pathol Int* 2004; 54: 349 -354.
9. Hernández-Siverio N, Barranco A, Pérez-Palma J, Herrera I, Díaz-Flores L. Quiste esplénico epidermoide. Estado actual del problema. *Cir Pediatra* 2004; 17: 159-163.
10. Ikeda M, Sekimoto M, Takiguchi S et al. High incidence of thrombosis of the portal venous system after laparoscopic splenectomy. A prospective study with Contrast-Enhanced CT Scan. *Ann Surg* 2005; 241: 208-216.
11. Joanne L, Salas R et al. Quiste esplénico gigante con elevación del CA 19-9, reporte de un caso. *Rev Venezolana de Oncología* 2008; 20.
12. Cuervo JL et al. Quiste esplénico epidermoide. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(4): Buenos Aires.
13. Lieto E, Castellano P, Ferraraccio F, Orditura M, De Vita F, Romano C et al. Normal interleukin-10 serum level opposed to high serum levels of carbohydrate antigen 19-9 and cancer antigens 125 and 50 in a case of true splenic cyst. *Arch Med Res* 2003; 34:145-148.
14. MacKenzie R, Youngson G, Mahomed A. Laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts: A step forward in splenic preservation. *J Pediatric Surg* 2004; 39: 88-90.
15. Madia C, Lumachi F, Veroux M, Fiamingo P, Gringeri E, Brolese A et al. Giant spleen epithelial cyst with elevated serum markers CEA and CA 19-9 levels: An incidental association? *Anticancer Res* 2003; 23: 773-776.
16. Matsubayashi H, Kuraoka K, Kobayasi Y, Yolota T, Iiri Y, Shichijo K et al. Ruptures epidermoid cyst and haematoma of spleen: a diagnostic clue of high levels of serum carcinoembryonic antigen, carbohydrate antigen 19-9 and Sialyl Lewis X. *Diag Liver Dis* 2001; 33: 595-9.
17. Morgenstern L. Non parasitic spleen cysts: Pathogenesis, classification, and treatment. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 306-314.
18. Navarro AJM et al. Tratamiento laparoscópico del quiste esplénico primario. *Cirugía Española* 2006; 80.
19. Oswald BR, Klee FE, Wysocki S. The reliability of the highly elevated CA 19-9 levels. *Dis Markers* 1993; 11: 275-278.
20. Pinder RM, Thomas R, Lyndon P et al. Non elevation of serum CA 19-9 level in a true non parasitic splenic cyst. *Surg Laparoscopic Percutan Tech* 2006; 16: 190-194.
21. Rosin D, Brascesco O, Rosenthal RJ. Laparoscopic splenectomy: New techniques and indications. *Chirurg* 2001; 72: 368-377.
22. Seshadri PA, Poulin EC, Mamazza J, Schlachta CM. Needlescopic decapsulation of a splenic epithelial cyst. *Can J Surg* 2000; 43: 303-305.
23. Sobrado CW, Mackdisse F, da-Rocha JRM, Mester M, Nahas SC, Habr-Gama A. True splenic cyst treated with video laparoscopy: A case report and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1998; 53: 260-262.
24. Soudack M, Ben-Nun A, Toledano C. Elevated carbohydrate antigen 19-9 in patients with true (epithelial) splenic cysts- rare or undiscovered? *Can J Gastroenterology* 2001; 15: 125-126.
25. Tagaya N, Oda N, Furihata M, Remoto T, Suzuki N, Kubota K. Experience with laparoscopic management of solitary symptomatic splenic cysts. *Surg Laparoscopy Endosc Percutan Tech* 2002; 12: 279-82.
26. Terada T, Yasoshima M, Yoshimitsu Y, Nakanuma Y. Carbohydrate antigen 19-9 producing giant epithelial cyst of the spleen in a young woman. *J Clin Gastroenterology* 1994; 18:57-61.
27. Trompetas V, Panagopoulos E, Priovolou-Papaevangelou M, Ramantanis G. Giant benign true cyst of the spleen with high serum level of CA 19-9. *Eur J Gastroenterology Hepatol* 2002; 14: 85-88.
28. Wit J, Flegel A, Golla S, Mau H. Surgical therapy of monstrous splenic cysts in childhood. *Chir Gastroenterology* 2001; 17: 6-10.