



Quiste esplénico calcificado gigante. Informe de un caso

Giant calcified splenic cyst. Report of a case

Ortiz-González J¹, Espinoza-Morales E²

Recibido: 14/11/2009 - Aceptado: 11/05/2010

RESUMEN

ANTECEDENTES. Los quistes esplénicos son una condición infrecuente y en consecuencia un reto diagnóstico. La evidencia médica se desprende de series de casos y reportes aislados. **OBJETIVO.** Describir los principales hallazgos clínicos de un paciente con un quiste calcificado gigante del bazo. **DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Mujer de 60 años de edad, tratada en el Centro Estatal de Cancerología (CECan) Xalapa-Veracruz "Dr. Miguel Dorantes Mesa", sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, con historia de dolor difuso en el hipocondrio izquierdo. La tomografía axial computarizada muestra un tumor bien delimitado, de pared calcificada, localizado en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. Es sometido a laparotomía exploradora y esplenectomía sin complicaciones. El estudio anatomopatológico revela un gran quiste esplénico calcificado sin revestimiento epitelial. **CONCLUSIONES.** Una masa quística gigante de pared calcificada bien delimitada, localizada en el bazo, puede sugerir la presencia de un pseudoquiste esplénico. Es imprescindible realizar el diagnóstico diferencial con entidades neoplásicas y no neoplásicas.

Palabras clave: quiste esplénico, bazo, esplenectomía.

ABSTRACT

BACKGROUND. Splenic cysts are an uncommon condition and therefore a diagnostic challenge. Medical evidence is obtained only from case series and isolated reports. **OBJECTIVE.** To describe main clinical findings in a patient with giant calcified splenic cyst. **CASE DESCRIPTION.** 60-year-old woman, treated at the State Center for Cancer (CECan) Xalapa-Veracruz "MD. Miguel Dorantes Mesa", with history of diffuse pain located in the left hypochondrium and no history of trauma. Computed tomography shows a well-defined tumor, calcified wall located in the upper left quadrant of the abdomen. A celiotomy with splenectomy were performed without complications. The pathology study revealed a large calcified splenic cyst without epithelial lining. **CONCLUSIONS.** A giant cystic mass with well-demarcated calcified wall, located in the spleen, may suggest the presence of a splenic pseudocyst. We must perform the differential diagnosis with neoplastic and non-neoplastic entities.

Key words: cyst, spleen, splenectomy.

¹Departamento de Cirugía Oncológica del Centro Estatal de Cancerología (CECan) "Dr. Miguel Dorantes Mesa" Xalapa-Veracruz.

²Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa. Xal.- Ver. México.

Correspondencia:

Dr. Jorge Ortiz González
Centro Médico Xalapa. Av. Orizaba No. 144 Int. 302
Col. Obrero Campesina CP. 91020 Xalapa-Ver.
Tel. 8 15 98 70 Cel. 22 81 33 45 60
Correo: ortizgj@correounam.net

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos (QE) constituyen una entidad clínica rara^{1, 2} y representan aproximadamente 3.8% de todas las piezas de esplenectomía. Excluyendo las neoplasias quísticas y los quistes parasitarios, se clasifican en primarios o verdaderos (con epitelio de revestimiento), habitualmente congénitos y secundarios o pseudoquistes (sin epitelio), de origen postraumático³. Aunque es controversial, también se ha reportado la etiología inflamatoria o degenerativa⁴. En la literatura biomédica, no se definen claramente los planes terapéuticos, estrategias de seguimiento ni los resultados clínicos a largo plazo⁵.

Presentamos el caso inusual de un paciente con un quiste esplénico calcificado de gran dimensión, tratado con cirugía en el Centro Estatal de Cancerología (CECan) Xalapa, Veracruz, "Dr. Miguel Dorantes Mesa".

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 60 años de edad con exposición crónica a humo de leña, antecedentes quirúrgicos de lobectomía pulmonar por complicaciones de tuberculosis pulmonar y safenectomía derecha, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitas tipo II controladas; niega antecedentes traumáticos. Acude al Centro Estatal de Cancerología (CECan) con padecimiento caracterizado por dolor difuso localizado en el hipocondrio izquierdo. La tomografía axial computarizada demuestra un tumor con pared calcificada bien delimitada, localizado en el cuadrante superior izquierdo abdominal (Figura 1). Ocupa el espacio del bazo y el riñón izquierdo sin definir una relación clara entre estos órganos y el tumor. Exploración física sin hallazgos sustanciales. Es programada para laparotomía exploradora mediante abordaje subcostal izquierdo con diagnóstico preoperatorio de tumor probablemente dependiente del polo superior del riñón izquierdo. Hallazgo transoperatorio de un tumor esférico, de consistencia pétrea, adherido firmemente a la pared abdominal, epiplón y peritoneo. Se determina tumor dependiente del bazo (Figura 2). Se realizó esplenectomía total sin incidentes ni accidentes. Cursa el periodo postoperatorio sin complicaciones. Diagnóstico anatomopatológico definitivo: hematoma esplénico unilocular calcificado. Al microscopio se observa quiste sin revestimiento epitelial y sin evidencia de células neoplásicas (Figura 3).



Figura 1. Tomografía axial computarizada contrastada de abdomen superior. Tumor con pared calcificada bien delimitada (flechas).



Figura 2. Apariencia macroscópica del tumor (flecha) dependiente del bazo (cabezas de flecha).

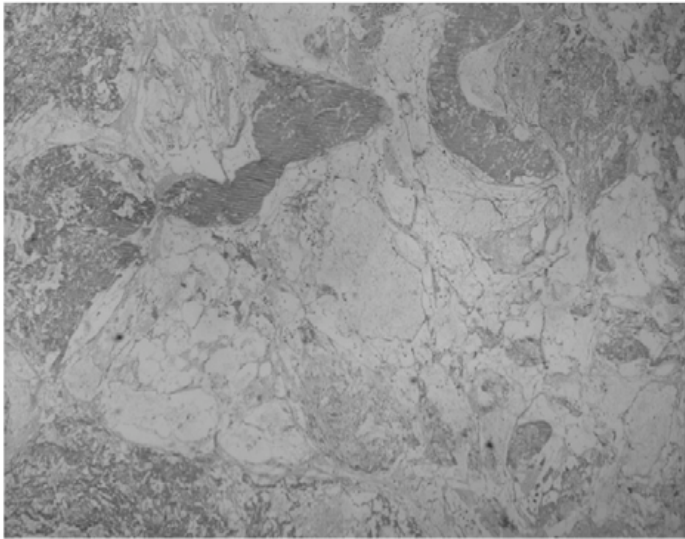


Figura 3. Imagen microscópica de una lesión constituida por tejido fibroso con depósito cálcico extenso (HyE 100x).

DISCUSIÓN

Los QE son poco comunes y, por lo tanto, ningún centro especializado en el mundo tiene la casuística suficiente para normar conductas terapéuticas. En general, la evidencia clínica se desprende de las series y reportes de casos aislados. Son habitualmente asintomáticos, y la mayoría ocurre en la segunda y tercera décadas de la vida.

La sintomatología es inespecífica, aunque los de mayor tamaño pueden producir síntomas compresivos por efecto de masa⁶. El dolor agudo o crecimiento rápido pueden presentarse por infección o ruptura del quiste^{7, 8}. Las calcificaciones curvilíneas relativamente delgadas de la pared de los quistes falsos pueden ser evidenciadas en una placa simple de abdomen y telerradiografía de tórax en 25% de los casos. El ultrasonido y la tomografía computarizada del abdomen demuestran, habitualmente, el origen esplénico de la lesión y apoyan el diagnóstico; en este caso clínico, reiteramos el valor de la tomografía axial computarizada en la demostración de la pared calcificada del QE. La histología de la pared del pseudoquiste o quiste falso (tejido fibroso sin evidencia de epitelio) fue la base para distinguirlo de un quiste verdadero. Es posible que se haya originado de un traumatismo no reconocido por el paciente.

El diagnóstico diferencial se realiza, principalmente, con otras entidades benignas, tales como quistes parasitarios (*echinococcus*), abscesos y neoplasias esplénicas (hamartoma quístico, hemangiomas y linfangiomas).

La cirugía está indicada en quistes mayores de 4-5 cm, por sus potenciales complicaciones: infección, ruptura o hemorragia. Dachman⁹ señala un diámetro promedio de 13

cm en una serie de 52 casos de QE sin diferencia significativa entre quistes y pseudoquistes. López-Martínez¹⁰ describe el caso infrecuente de un quiste calcificado gigante de 13 x 20cm. En el CECan, tratamos un caso de un pseudoquiste esplénico gigante de 18 cm de diámetro mayor, mediante esplenectomía total por abordaje subcostal izquierdo, sin complicaciones. Cuando la configuración y el volumen tumoral lo permiten, son preferibles las técnicas quirúrgicas de mínima invasión¹¹, que pretenden preservar el órgano y su función inmune^{12, 13}, lo cual reduce el riesgo de infección. Sin embargo, los quistes grandes que involucran el hilio esplénico, intraparenquimatosos o múltiples pueden requerir esplenectomía total abierta.

CONCLUSIONES

Ante el hallazgo de una masa abdominal quística gigante, de pared calcificada bien delimitada y localizada en el bazo, el cirujano debe tener en mente el diagnóstico de un pseudoquiste esplénico. Recomendamos el tratamiento quirúrgico convencional (abierto) ya que es un procedimiento que asegura la exposición adecuada del campo operatorio, la disección minuciosa y la resección completa con mínima morbilidad. Resulta crucial realizar el diagnóstico diferencial con entidades clínicas de etiología parasitaria, infecciosa y neoplásica.

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Anatomía Patológica del CECan "Dr. Miguel Dorantes Mesa" por su intervención en el diagnóstico y obtención del material fotográfico de histología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim YE, Park MS, Kim H. A growing solitary mass in the spleen. *Gastroenterol* 2009;137 (6): 1986.
2. Rodríguez-Leal GA, Morán-Villota S, Milke-García M del P. Splenic hydatidosis: a rare differential diagnosis in a cystic lesion of the spleen. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72: 122-5.
3. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification and treatment. *J Am Coll Surg*. 2002; 194: 306-14.
4. McClure RD, Altmeier WA. Cysts of the Spleen. *Ann Surg* 1942; 116: 98-102.
5. Gupta P, Dhingra KK, Garg A, Khurana N. Simple epithelial cyst of spleen: rare entity. *ANZ J Surg* 2009; 79: 310-1.
6. Cordobés J, y cols. Quiste epidermoide esplénico gigante. *Cir Esp*. 2005; 78: 55-7.
7. Dibble JB, Weigert CE. Epidermoid cyst of the spleen presenting as an abdominal emergency. *JAMA* 1965; 194: 1144-6.
8. Denneen EV. Hemorrhagic cyst of the Spleen. *Ann Surg* 1942; 116: 103-8.
9. Dachman AH, y cols. Nonparasitic Splen Cysts: A report of 52 cases with radiologic-pathologic correlation. *AJR* 1986; 147: 37-542.
10. López-Martínez JJ, y cols. Quiste esplénico calcificado gigante. *Cir Esp*

- 2008; 84 (4): 227-36.
11. Karfis EA, Roustanis E, Tsimoyiannis EC. Surgical management of nonparasitic splenic cysts. J Soc Laparoendoscopic Surg 2009; 13: 207-12.
 12. Szczepanik AB, Meissner AJ. Partial splenectomy in the management of nonparasitic splenic cysts. World J Surg 2009; 33 (4): 852-6.
 13. Tudor S, y cols. Nonparasitic splenic cysts-therapeutic solutions. Chir 2009; 104: 425-9.