

Tratamiento del quiste esplénico mediante esplenectomía parcial laparoscópica. Presentación de un caso

*Carlos García-Hernández, Lourdes Carvajal-Figueroa, Juan Carlos Dueñas-Ramírez,
Sergio Landa-Juárez*

Resumen

Introducción: Los quistes esplénicos congénitos son raros. Son susceptibles a cursar con hemorragia, ruptura e infección, por lo que se deben resecar. El tratamiento mediante esplenectomía tiene la ventaja de no presentar recidiva pero conlleva el riesgo de complicaciones inmunológicas. El tratamiento mediante aspiración del quiste o decapsulación, aunque preserva el bazo tiene alta tasa de recidiva. La mejor opción es la esplenectomía parcial en la que se incluya una porción de tejido esplénico sano, lo que evita la recidiva y permite preservar el órgano.

Caso clínico: Niña de siete años de edad con dolor abdominal y masa en hemiabdomen superior izquierdo. Por ultrasonido y tomografía axial computarizada se identificó quiste esplénico. Por laparoscopia, con bisturí armónico se efectuó esplenectomía parcial a 0.5 cm del margen del quiste. La paciente fue egresada al día siguiente sin complicaciones. Seguimiento con ultrasonido a un año, con preservación esplénica.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico permite la resección de los quistes esplénicos y extirpar la lesión con un margen de tejido sano sin riesgo de hemorragia y recidiva, con pronta recuperación del paciente, evitando la morbilidad asociada a las grandes incisiones.

Palabras clave: Quiste esplénico, laparoscopia.

Summary

Background: Congenital splenic cysts are rare. They have a tendency to bleed, to become infected or to rupture and, for these reasons, must be treated. Treatment using splenectomy has the advantage of not presenting recurrence but carries the risk of immunological complications. Treatment through aspiration of the cyst or decapsulation preserves the spleen but with a high rate of recurrence. Optimal treatment is partial splenectomy. A portion of healthy splenic tissue is included that avoids recurrence and preserves the organ. We report the case of a child with a splenic cyst resolved by partial splenectomy done laparoscopically.

Clinical case: We report the case of a 7-year-old female with abdominal pain and hemi-abdominal mass in the upper left abdomen. With the use of ultrasound and tomography, a splenic cyst was detected. With laparoscopy, a partial splenectomy was performed with harmonic scalpel at 0.5 cm from the outer cyst. The patient was released the next day without complications and was followed-up for 1 year.

Conclusions: Laparoscopic approach allows resection of splenic cysts with a margin of healthy tissue without risk of bleeding or recurrence. Patient recovery is rapid, avoiding the morbidity associated with large incisions.

Key words: Splenic cyst, laparoscopy.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Privado, México, D. F.

Solicitud de sobretiros:

Carlos García-Hernández.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Privado, Nueva York 32-901, Col. Nápoles, 03810 México, D. F. Tel.: (55) 5687 4976. Fax: (55) 5536 2256.

E-mail: carloscirped@hotmail.com

Recibido para publicación: 01-06-2009

Aceptado para publicación: 22-09-2009

Introducción

Los quistes esplénicos son raros,¹ con aproximadamente 800 casos informados en la literatura mundial.² Los primeros casos fueron descritos en Europa durante el siglo XIX, sin embargo, fue hasta después de 1905 que esta enfermedad llamó la atención en Estados Unidos.³ En 1924, Fowler propuso una clasificación³ cuya complejidad no la hacía práctica; en 1954 fue modificada por Martin:

1. Quistes primarios o verdaderos, con un límite celular real. Este grupo se subdivide en dos tipos, parasitarios y no parasitarios; entre los últimos se encuentran los congénitos y neoplásicos.
2. Quistes secundarios o falsos, sin un límite celular verdadero.⁴

Los quistes epidermoides corresponden a los de origen congénito.^{5,6}

Aun cuando en casos documentados de manera antenatal se ha demostrado su regresión,^{7,8} su presencia conlleva el riesgo de ruptura, infección e incluso se pueden malignizar, por lo que siempre se deben resecar.⁹

Las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen esplenectomías totales, drenajes percutáneos, esclerosis, empaquetamiento con epiplón y esplenectomías parciales.^{1,9-12}

A continuación se reseña el caso de una paciente con quiste esplénico tratado con esplenectomía parcial mediante abordaje abdominal por mínima invasión.

Caso clínico

Niña de siete años de edad sin antecedentes de importancia, quien inició su padecimiento seis meses antes con dolor localizado en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, de intensidad variable, que desaparecía espontáneamente y que no se asoció a otra sintomatología. A la exploración física, a nivel abdominal se palpó una tumoración, en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, de superficie regular, móvil, de consistencia dura, dolorosa a la palpación, de aproximadamente 10×10 cm. Se practicó ultrasonido que demostró la naturaleza quística de la lesión, así como su dependencia esplénica, localizada en el polo inferior con dimensiones de $12 \times 11 \times 11$ cm.

Se practicó abordaje laparoscópico de cuatro puertos, con la paciente en decúbito dorsal y elevación izquierda de 30° , con óptica de 5 mm y 30° e insuflación de 12 mm Hg. Se encontró tumoración quística dependiente del polo inferior de 10×15 cm, la cual se puncionó con aguja de Verres aspirando 300 ml de un material achocolatado, pudiendo apreciar que el quiste correspondía a una tercera parte del bazo (figura 1). Se ligaron los vasos polares, lo que produjo cambio de coloración en el bazo, lo que al mismo tiempo sirvió de límite para la resección esplénica, resecando el quiste 1 cm por arriba de la lesión, dentro de tejido esplénico normal, con bisturí armónico (figura 2), lo cual permitió hemostasia adecuada hasta completar la resección (figura 3).

El tiempo operatorio fue de 40 minutos y el sangrado de 50 ml. Se inició la vía oral a las seis horas de posoperatorio. La paciente fue egresada sin complicaciones al día siguiente



Figura 1. Imagen del quiste dependiente del polo inferior esplénico.



Figura 2. Zona de vascularización esplénica.



Figura 3. Resección terminada con bisturí armónico en tejido esplénico sano.

de la operación. El informe histopatológico fue de quiste esplénico simple. El seguimiento a un año, con evolución favorable y preservación esplénica documentada con ultrasonido.

Discusión

Los quistes esplénicos deben resecarse debido a la posibilidad de complicaciones como infección, ruptura o malignización.¹⁰ Una opción para algunos autores es la esplenectomía, ya sea abierta o laparoscópica, lo que evita la recidiva de la lesión;¹⁰ sin embargo, las alteraciones potenciales en la función inmunológica⁹ han llevado a la búsqueda de alternativas más conservadoras para preservar tejido,^{3-4,10} como drenajes percutáneos, esclerosis, empaquetamiento con epiplón y esplenectomías parciales.^{1,9,11,12}

Lo ideal es una técnica que combine la preservación de la mayor cantidad de tejido esplénico evitando la recidiva de la lesión, con un abordaje que permita una pronta recuperación del paciente, como la mínima invasión.

Ésta fue la conducta que seguimos en el caso descrito, donde mediante un abordaje mínimamente invasivo y con el uso de bisturí armónico fue posible llevar a cabo una esplenectomía parcial. Otros factores que permitieron la resección de este quiste fue haber vaciado el quiste, lo que facilita su manipulación sin ruptura del mismo y la localización en el polo inferior, que hizo posible la ligadura de los vasos polares y delimitó la zona a resecar.

El temor que existe en las esplenectomías parciales es la hemorragia, lo que ha llevado al uso de radiofrecuencia, con buenos resultados.⁹ Consideramos que una adecuada disección y ligadura de los vasos que corresponda al segmento a resecar, junto con el uso del bisturí armónico, permiten efectuar la resección segura de este tipo de tumoraciones.

Por otra parte, el abordaje laparoscópico hace posible la rápida recuperación, como ocurrió con la paciente aquí

reseñada, quien fue egresada al día siguiente de la operación.

Conclusiones

Creemos que la esplenectomía parcial realizada por laparoscopia es una opción para el tratamiento de los quistes esplénicos en niños, ya que erradica la enfermedad, preserva el tejido esplénico y hace posible una excelente recuperación.

Referencias

1. Cuervo JL, Buela E. Splenic epidermoid cyst: laparoscopic partial decapsulation. *Cir Pediatr* 2007;20:63-67.
2. Geraghty M, Khan IZ, Conlon KC. Large primary splenic cyst: a laparoscopic technique. *J Min Access Surg* 2009;5:14-16.
3. Fowler RH. Surgery of cysts of spleen. *Ann Surg* 1921;74:20-36.
4. Martin JW. Congenital splenic cyst. *Am J Surg* 1958;96:302-308.
5. Warshauer DM, Hall HL. Solitary splenic lesions. *Semin Ultrasound CT MR*. 2006;27:370-388.
6. Catarina-Prior A, Recamán-Miguez M, Teixeira F, Ribeiro-Castro J. Prenatal diagnosis and follow-up of congenital splenic cyst. *Anal Pediatr* 2006;64:492-495.
7. Pang WB, Zhang TC, Chen YJ, Zhang JZ. Space-occupying benign lesions in spleen: experiences in a single institute. *Pediatr Surg Int* 2009;25:31-35.
8. Chen IL, Tsai CC, Yaung SN, Liu CA, Hsu TY, Huang HC. Spontaneous regression of congenital splenic cyst in a neonate. *Clin Pediatr* 2007;46:73-75.
9. Gumbs AA, Bouhana P, Bar-Zakai B, Briennon X, Gayet B. Laparoscopic partial splenectomy using radiofrequency ablation. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008;18:611-613.
10. Meunier A, Closset J, Cassart M, Houben JJ, Lingier P. Management of congenital and post-traumatic splenic cysts in children. *Hepatogastroenterology* 2008;55:286-288.
11. 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.
12. Jain P, Parekh S, Shah H, Sanghvi B. Laparoscopic partial splenec-