

Seudoquiste esplénico no traumático. Informe de un caso

Danny Soria-Céspedes,* Javier Leuchter-Ibarra,** Vanessa Ventura-Molina*

Resumen

Introducción: Los quiste de bazo son poco frecuentes y se clasifican en quistes verdaderos (que presentan revestimiento epitelial) y quistes falsos o seudoquistes. Los seudoquistes esplénicos usualmente tienen un origen traumático y son secundarios a hematomas o infartos esplénicos. Sin embargo, en algunas ocasiones no hay antecedente de trauma y pueden ser secundarios a quistes primarios con degeneración o atrofia del epitelio de revestimiento.

Caso clínico: Mujer de 50 años de edad, sin antecedente de trauma abdominal. Clínicamente tuvo pesadez y dolor en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. Al examen físico se identificó masa palpable y dolorosa en este sitio. Se realizó ultrasonido y tomografía abdominal, que demostraron un quiste en el bazo, así como laparotomía y esplenectomía total. El quiste midió 9.5 × 9.0 cm; histológicamente la pared estaba compuesta por tejido fibroso denso, calcificaciones, sin epitelio de revestimiento.

Conclusiones: El seudoquiste esplénico no traumático es raro y puede ser secundario a un quiste primario con cambios degenerativos o atróficos del epitelio. Clínicamente es inespecífico y los síntomas están relacionados con el efecto de masa del quiste. El tratamiento recomendado, dependiendo del tamaño del quiste y su relación con los vasos sanguíneos, es la esplenectomía parcial o total.

Palabras clave: Seudoquiste esplénico, bazo.

Abstract

Background: Splenic cysts are uncommon and are classified as true cysts (with epithelial lining) and false cysts or pseudocysts. Splenic pseudocysts usually have a posttraumatic origin and are secondary to hematoma or to splenic infarction. At times there is no prior evidence of trauma, and the cyst may be secondary to a primary cyst with degeneration/atrophy of the epithelial lining.

Clinical case: We present the case of a 50-year-old female with negative history of abdominal trauma. Clinically, the patient reported discomfort and pain in the left upper abdomen. Physical examination revealed a palpable and painful mass. Preoperative ultrasonography and computerized tomography showed a large cyst in the spleen. Laparotomy and total splenectomy was performed. The cyst measured 9.5 × 9.0 cm. Histologically, the wall was composed of thick fibrous tissue, calcifications and no epithelial lining.

Conclusions: "Nontraumatic" splenic pseudocyst is rare and may be secondary to a primary cyst with degenerative/atrophic changes in the epithelium. Clinically it is nonspecific, and symptoms are related to the mass effect of the cyst. Recommended treatment, according to the size of the cyst and its anatomic relation with the vasculature, is surgical with partial or complete splenectomy.

Key words: Pseudocyst, spleen, nontraumatic.

* Servicio de Anatomía Patológica.
** Servicio de Cirugía General y Gastroenterología.
Hospital Ángeles, León, Guanajuato, México.

Correspondencia:
Danny Soria-Céspedes.
Av. Cerro Gordo 311, Col. Lomas del Campestre,
37150 León, Guanajuato.
Tel.: (477) 788 5600, extensión 2079.
E-mail: dannysoria@hotmail.com

Recibido para publicación: 19-01-2011
Aceptado para publicación: 22-02-2011

Introducción

Las lesiones quísticas del bazo son poco frecuentes, habitualmente asintomáticas, sin embargo, pueden producir síntomas por compresión de órganos adyacentes o secundarios a las complicaciones del mismo.¹⁻¹¹

Los quistes esplénicos se clasifican en verdaderos y falsos; dependiendo de la presencia o ausencia de epitelio de revestimiento y de la probable etiología.

Los quistes verdaderos pueden ser producidos por parásitos (quistes parasitarios) o congénitos (quistes con re-

vestimiento epitelial). Los quistes falsos o pseudoquistes son causados en su mayor parte por traumatismos, sin embargo, hay casos que no tienen este antecedente y son secundarios a cambios degenerativos o por atrofia del epitelio.¹⁻⁶

El tratamiento de elección, especialmente en quistes mayores de 4 cm y en quistes complicados, es la esplenectomía, sin embargo, hay otras opciones terapéuticas conservadoras cuyo principal objetivo es evitar infecciones posesplenectomía.⁴

Se presenta un caso clínico de una paciente sin antecedente traumático, que tuvo dolor abdominal intenso en cuadrantes abdominales superiores, causado por una lesión quística esplénica que histológicamente carecía de epitelio de revestimiento.

Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, quien inició su padecimiento actual un día previo a su hospitalización con dolor abdominal intenso, pungitivo, localizado en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, con irradiación en hemicinturón, acompañado de náusea y vómito.

A la exploración física presentó dolor a la palpación en marco colónico y sensación de masa en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo, dolorosa al movimiento. Los ruidos hidroaéreos estaban presentes, sin signo de rebote.

La paciente no refirió antecedentes traumáticos, quirúrgicos ni médicos de importancia. Con los datos clínicos se planteó la posibilidad de patología de colon (divertículos) o patología pancreatobiliar.

Los estudios de laboratorio indicaron elevación de los leucocitos ($19\,000/\text{mm}^3$), con predominio de segmentados (80%); la serie roja y las plaquetas se encontraron dentro de los límites normales. Además, hubo ligera elevación del antígeno carcinoembrionario (3.23 ng/ml), sin otra alteración informada.

Se realizó radiografía simple de abdomen, con imagen radioopaca en cuadrante superior izquierdo, que por ultrasonido correspondió a una lesión quística en el bazo, que en la tomografía abdominal con contraste no tuvo refuerzo de la pared (figura 1).

Debido a la sintomatología y a los hallazgos radiológicos descritos, se decidió realizar laparotomía exploradora con esplenectomía total, sin eventualidades durante la cirugía.

En el posoperatorio, la paciente recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro, los valores de los leucocitos descendieron y no existieron complicaciones.

En el servicio de anatomía patológica se recibió bazo, que midió $15 \times 9 \times 7$ cm y pesó 495 g, en cuya superficie se identificó una lesión quística de 9.5×9 cm, recubierta por cápsula esplénica íntegra (figura 2). Al corte hubo salida de

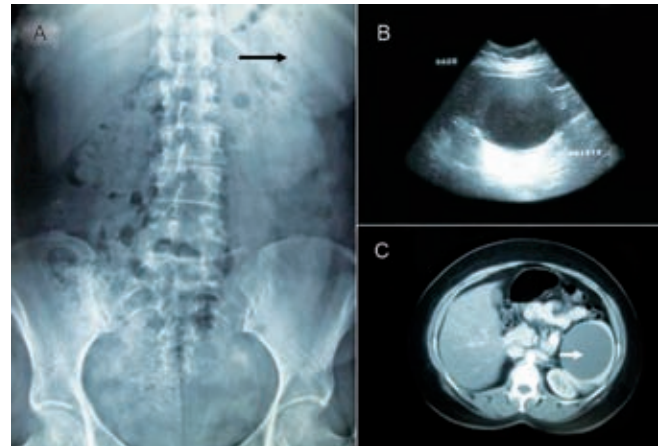


Figura 1. A) Radiografía simple de abdomen que muestra imagen radioopaca en cuadrante superior izquierdo (flecha). B) El ultrasonido demuestra la naturaleza quística de la lesión, que depende del bazo. C) Por tomografía abdominal con contraste se observa que la pared de esta lesión no tiene reforzamiento (flecha).

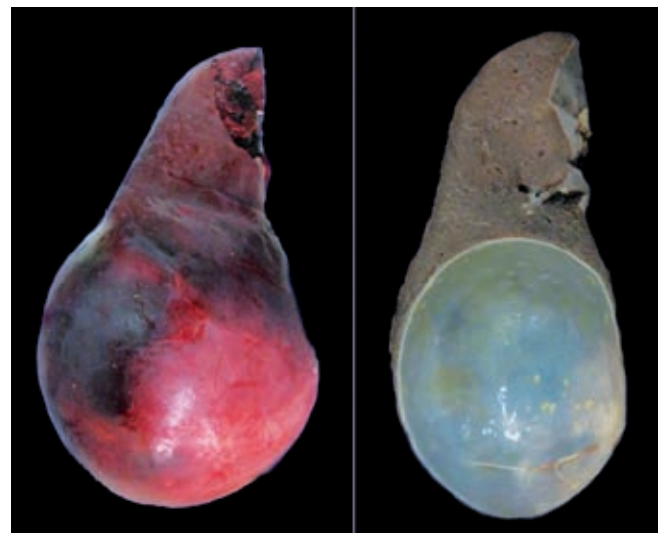


Figura 2. Las fotos macroscópicas del bazo muestran una lesión quística, de superficie interna lisa, con escasas trabéculas fibrosas.

líquido denso, de color amarillo claro, que en el estudio citológico presentó detritus celular sin células neoplásicas. La superficie interna del bazo mostró escasas trabéculas fibrosas delgadas y la pared tuvo un espesor medio de 0.3 cm. Se realizó muestreo extenso de la pared para estudio microscópico, donde no se identificó epitelio de revestimiento. La pared estaba formada por tejido fibroso denso poco celular, con calcificaciones multifocales (figura 3). El parénquima esplénico adyacente presentó congestión vascular y microhemorragia, con macrófagos con hemosiderina fagocitada. Las características morfológicas correspondieron a pseudoquiste esplénico sin antecedente traumático.

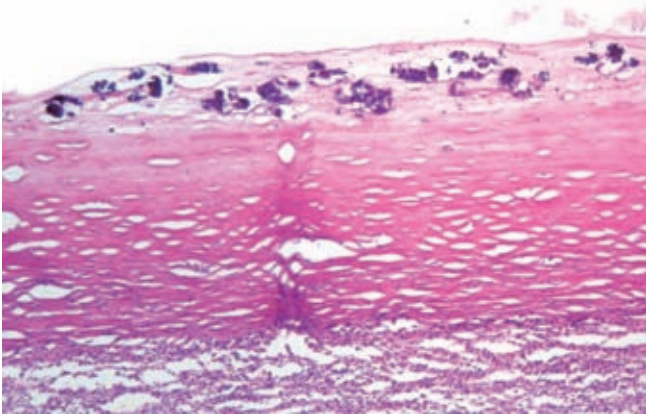


Figura 3. La pared del quiste está formada por tejido fibroso denso poco celular, con microcalcificaciones superficiales y sin epitelio de revestimiento. Por debajo de la pared del quiste se identifica parénquima esplénico con congestión de la pulpa blanca (hematoxilina-eosina 100×).

Actualmente la paciente no presenta sintomatología relacionada con el tratamiento quirúrgico realizado.

Discusión

Los quistes de bazo son infrecuentes, se clasifican en verdaderos y falsos de acuerdo con el epitelio de revestimiento. Los primeros a su vez se clasifican en parasitarios (causados por *Echinococcus granulosus*) y congénitos (quiste epidérmico, quiste mesotelial). Los quistes falsos o seudoquistes, en su mayor parte son secundarios a traumatismo previo, que produce la formación de un hematoma parenquimatoso o zonas de infarto, que posteriormente se reabsorben, comprimen el parénquima esplénico adyacente y generan la formación de una seudocápsula de tejido fibroso con calcificaciones.¹⁻¹¹

Sin embargo, hay seudoquistes en los cuales el antecedente de traumatismo está ausente, en estos casos se considera que se trata de un quiste verdadero con cambios degenerativos o atrofia del epitelio, con denudación del mismo.¹⁻⁵ En el caso presentado la paciente no tuvo antecedente de traumatismo previo, consumo de medicamentos o cirugía abdominal. El síntoma cardinal fue dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo, con sensación de masa al examen físico. Por la localización del dolor y los hallazgos clínicos se propuso patología intestinal, con probable enfermedad diverticular de colon complicada. Otro diagnóstico sospechado fue patología pancreatobiliar, por la localización e irradiación del dolor. Debido a la rareza de la patología esplénica no se sospechó lesión en este órgano.

Por lo general, los quistes esplénicos son asintomáticos, detectados de manera incidental en estudios de imagen. Cuando los quistes aumentan de tamaño causan compresión de órganos adyacentes y producen síntomas compresivos. De otra manera, son sintomáticos cuando tienen complicaciones, como infección, rotura, hemorragia, torsión o peritonitis. En la mayor parte de los casos de seudoquistes esplénicos, el síntoma principal es el dolor en hipocondrio izquierdo, sin embargo, la mayoría tiene antecedente de traumatismo abdominal.¹⁻⁸ Otros síntomas descritos son sensación de pesadez en hipocondrio izquierdo y masa palpable.²

En el examen anatomopatológico, macroscópicamente los seudoquistes son uniloculares, a diferencia de los quistes parasitarios que suelen ser multiloculares. Debido a que la mayoría de los seudoquistes son secundarios a lesión traumática del parénquima, contienen restos celulares y eritrocitos. Histológicamente el criterio diagnóstico es la ausencia de epitelio de revestimiento y la pared está compuesta por tejido fibroso denso poco celular, con calcificaciones. Es importante estudiar el parénquima esplénico adyacente con el objetivo de identificar datos morfológicos sugerentes de trauma, como infartos o hematomas.¹⁻⁵

En el caso presentado, macroscópicamente el quiste fue unilocular, contenía material denso de color amarillo, que por citología presentó restos celulares. Histológicamente no se identificó epitelio de revestimiento y la pared estaba formada por tejido fibroso denso poco celular y calcificaciones. Estos hallazgos son característicos de los seudoquistes, sin embargo, no se encontraron datos de traumatismo previo en el parénquima esplénico residual, lo que descarta origen traumático y permite plantear la posibilidad de cambios degenerativos del epitelio con atrofia y denudación del mismo. De acuerdo con la literatura, los seudoquistes son más frecuentes en mujeres, debido al efecto hormonal que causa microinfartos esplénicos y microtraumas que puede generar la formación de quistes.¹⁻⁶

El tratamiento puede ser quirúrgico con esplenectomía total o conservador con sistema de drenado percutáneo, enucleación, marsupialización o esplenectomía parcial.⁵ El manejo depende del tamaño de la lesión, algunos consideran que por encima de los 4 cm el tratamiento es netamente quirúrgico, por el riesgo de complicaciones, ya que se ha descrito que 25% de los quistes mayores de 5 cm sufre ruptura, con posterior hemoperitoneo y peritonitis.^{2,5} Pegoraro y sus colaboradores⁵ consideran que el mejor tratamiento para este tipo de lesiones es la esplenectomía parcial, con preservación de por lo menos 25% del bazo, para evitar infecciones poseplenectomía, sin embargo, esto depende de la localización y del tamaño del quiste. Al realizar esplenectomía total se sugiere la administración previa de antibióticos o vacunas contra neumococos, meningococos y

Haemophilus influenzae o la administración de penicilina profiláctica durante seis meses.^{2,5}

En conclusión, ante sintomatología en cuadrantes superiores abdominales, dentro de los diagnósticos posibles debe considerarse la patología esplénica, que a pesar de ser infrecuente puede causar complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

Referencias

1. Berner-Hansen M, Claudi Moller A. Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan* 2004;14:316-322.
2. 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;11:6884-6887.
3. Grube-Pagola P, Cadena-Castillo AS, Ortiz-Navarrete SG, Ruiz-Juárez I, Remes-Troche JM. Seudoquistes esplénicos: una entidad poco frecuente. *Rev Gastroenterol Mex* 2010;75:84-88.
4. Szczepanik AB, Meissner AJ. Partial splenectomy in the management of nonparasitic splenic cysts. *World J Surg* 2009;33:852-856.
5. Pegoraro Balzan SM, Riedner CE, Maffazzioli Santos L, Pazzinato MC, Ott Fontes PR. Posttraumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. *Surg Today* 2001;31:262-265.
6. Abu-Ella A. Splenic cysts, many questions are yet to be answered: a case report. *Cases J* 2009;2:8474-8476.
7. Teneriello FL, Teneriello GF, Del Grande E, Della Casa U, Clazzer W, Borghese M, et al. Non-parasitic splenic cyst. *G Chir* 1997;18:222-228.
8. Alkofer B, Lepenne V, Chice L. Splenic cysts and tumors: diagnosis and management. *J Chir* 2005;142:6-13.
9. Costantini R, Napolitano L, Legnini M, Uchino S, Napolitano AM. Unusual pathology of the spleen. *G Chir* 1997;18:143-149.
10. Rodríguez CA, Carreón RM. Pseudoquistes de bazo postraumático. Informe de un caso. *Cir Gen* 2004;26:208-209.
11. Cisé M, Konaté I, Ka O, Dieng M, Dia A, Touré CT. Giant splenic pseudocyst, a rare etiology of abdominal tumor: a case report. *Cases J* 2010;3:16-17.