



# Tratamiento del quiste esplénico mayor de 10 cm mediante esplenectomía total laparoscópica. Presentación de un caso

Miguel Estavillo Paredes,\* Javier Luna Martínez,\*\*  
 Víctor José Cuevas Osorio,\*\*\* Francisco Javier Luna Aguilar\*\*\*\*

## Resumen

**Introducción:** El quiste esplénico es raro, con aproximadamente 800 casos informados en la literatura mundial, han sido clasificados con base en la ausencia o presencia de un revestimiento epitelial, etiología, de patogénesis, quistes primarios o verdaderos, con un límite celular real o epitelio de revestimiento, quistes secundarios o falsos, sin un límite celular verdadero o sin revestimiento epitelial, recientemente, las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen esplenectomía parcial, esplenectomía total, drenajes percutáneos, esclerosis, empaquetamiento con epiplón; sin embargo, cuando el quiste es dependiente del hilo vascular, o > de 5 cm se debe realizar esplenectomía total con el objetivo de erradicar la potencial ruptura con el desarrollo secundario de infección y hemoperitoneo, abordando por mínima invasión laparoscópica haciendo posible una excelente recuperación. **Caso clínico:** Masculino de 10 años edad, con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de intensidad variable, irradiado hacia hombro izquierdo, no asociado con otra sintomatología y esplenomegalia, en el ultrasonido abdominal se encontró quiste esplénico en polo inferior de bazo, tomografía de abdomen reportando lesión quística dependiente de bazo abarcando hilio esplénico, por laparoscopia se realizó esplenectomía total, el paciente fue egresado a los seis días, seguimiento a nueve meses, con evolución favorable. **Conclusiones:** Creemos que la esplenectomía total es una opción en niños para el tratamiento de los quistes esplénicos con diámetro mayor de 10 cm y adheridos al hilo esplénico, ya que erradica la potencial ruptura con el desarrollo secundario infección y hemoperitoneo, abordado por mínima invasión laparoscópica haciendo posible una excelente recuperación.

**Palabras clave:** Quiste esplénico, laparoscopia.

## Abstract

**Introduction:** The splenic cyst is rare, with about 800 cases reported in the world literature, those have been classified based on the absence or presence of an epithelial lining, etiology, pathogenesis, real or primary cysts, with real cell boundary or epithelium coating, secondary or false cysts, without a real cell boundary or without epithelial lining, recently, surgical treatment options include partial splenectomy, total splenectomy, percutaneous drainage, sclerosis, packaging with omentum; however, when the cyst is dependent of the vascular thread, or > 5 cm we should make total splenectomy with the goal of eradicating the breakdown potential or secondary development of infection and hemoperitoneum, managed with small laparoscopic invasion and making possible an excellent recovery. **Case report:** Male 10 years old with abdominal pain in the left upper quadrant of varying intensity, radiating to left shoulder, not associated with other symptoms and splenomegaly in the abdominal ultrasound splenic cyst was found in the lower pole of spleen. Scan of the abdomen reporting cystic lesion covering spleen dependent of the splenic hilum, laparoscopic total splenectomy was performed, the patient was discharged after six days, nine months follow up, with favorable evolution. **Conclusions:** We believe that the total splenectomy is an option in children for the treatment of splenic cysts larger than 10 cm and adhered to the splenic thread as this eradicates potential rupture with secondary development of infection and hemoperitoneum, managed by low invasion laparoscopy, it makes an excellent recovery possible.

**Key words:** Splenic cyst, laparoscopy.

\* Residente de Cirugía General.

\*\* Jefatura de Cirugía General.

\*\*\* Médico adscrito de Cirugía General.

\*\*\*\* Médico adscrito de Cirugía Pediátrica.

Correspondencia:

Dr. Miguel Estavillo Paredes

Avenida Camino a Santa Teresa,

Calle Pretal Núm. 18, Col. Villa Charros Pedregal, 01090, México D.F.

Teléfono: 922 266 0174

E-mail: dr.miguelestavillo@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El quiste esplénico es raro, con aproximadamente 800 casos informados en la literatura mundial,<sup>1</sup> describiendo el primer caso reportado en 1929 por Andral. Los quistes esplénicos han sido clasificados con base en la ausencia o presencia de un revestimiento epitelial, etiología, de patogénesis, etc.<sup>2</sup> Martin en 1954 modificó la clasificación de los quistes esplénicos:<sup>1</sup>

1. Quistes primarios o verdaderos, con un límite celular real o epitelio de revestimiento. El cual a su vez se subdivide en dos tipos:<sup>1,2</sup>
  - A. Parasitarios, constituyendo el 10% de todos los quistes del bazo, los cuales se ven normalmente en áreas endémicas, son causados principalmente por *Echinococcus granulosus*, se observan principalmente en los grupos de edad pediátricos y adolescentes, por lo general son asintomáticos y son encontrados casualmente en el examen de ultrasonido del abdomen, tienen significancia clínica, la cual se atribuye principalmente debido a su potencial para romperse, infectarse o sangrar, y también a la posibilidad de un diagnóstico diferencial grave de una lesión neoplásica en el hipocondrio izquierdo,<sup>2</sup> por lo que siempre se deben resecar.<sup>1</sup>
  - B. No parasitarios; entre los que se encuentran los congénitos y neoplásicos.<sup>2</sup>
2. Quistes secundarios o falsos, sin un límite celular verdadero o sin revestimiento epitelial.<sup>1,2</sup>

Los quistes epidermoides corresponden a los de origen congénito.<sup>1</sup>

Los pseudoquistes son generalmente postraumáticos, debido a la falta de organización de los hematomas que se encuentren debajo de la cápsula o el parénquima esplénico, y rara vez pueden ocurrir en absceso esplénico o infarto esplénico.<sup>2</sup>

Recientemente, las opciones de tratamiento quirúrgico incluyen esplenectomía parcial, esplenectomía total, drenajes percutáneos, esclerosis, empaquetamiento con epiplón.<sup>1</sup>

El tratamiento de elección referido en la literatura es la esplenectomía parcial abierta, ya que conserva las funciones del bazo y no hay recurrencia de la lesión debido a la eliminación completa, con la consiguiente evaluación histopatológica e inmunohistoquímica para confirmar el subtipo de quiste esplénico y descartar la posibilidad rara de transformación maligna en el epitelio que recubre.<sup>2</sup>

A continuación se presenta el caso de un paciente con quiste esplénico tratado con esplenectomía total mediante abordaje abdominal por mínima invasión.

## CASO CLÍNICO

Masculino de 10 años edad, quien refiere amigdalectomía a los 8 años por hipertrofia amigdalina sin más antecedentes de importancia, el cual inicia su padecimiento el día 01-05-2014 con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de intensidad variable, irradiado hacia hombro izquierdo, no asociado con otra sintomatología, a la exploración física, a nivel abdominal se encontró esplenomegalia a 5 cm por debajo del reborde costal por lo que se solicitó ultrasonido abdominal 30 días después, encontrando quiste esplénico en polo inferior del bazo con dimensiones de 90 x 89 x 89 mm, tomografía de abdomen reportando lesión quística dependiente de bazo con dimensiones de 9.96 x 9.7 x 8.6 cm, abarcando hilio esplénico (Figura 1), seis meses posteriores se realiza nuevamente ultrasonido abdominal encontrando aumento de dimensiones en la lesión quística de bazo que midió 116.2 x 94.3 mm, dependiente de polo superior (Figura 2), tres meses después se practicó abordaje laparoscópico



**Figura 1.** Presencia de lesión quística en glándula esplénica con diámetros de 9.96 x 9.7 x 8.6 cm.



**Figura 2.** Lesión hipoeoica en polo superior del bazo, que muestra grumos en el interior.

de cuatro puertos, con el paciente en decúbito lateral a 45° (Figura 3), con óptica de 5 mm y 30° e insuflación de 12 mmHg. Se encontró bazo de dimensiones 15\*12\*10 cm, tumor quístico dependiente de hilio esplénico con dimensiones de 10\*10\*8 cm (Figura 4). El cual se puncionó con aguja de Veress aspirando 500 mL de un material achocolatado (Figura 5), pudiendo apreciar que el quiste correspondía a 2/3 partes del bazo (Figura 1). Se identifican y disecan arteria y vena esplénicas, las cuales se cortan y ligan por separado con cartuchos vasculares

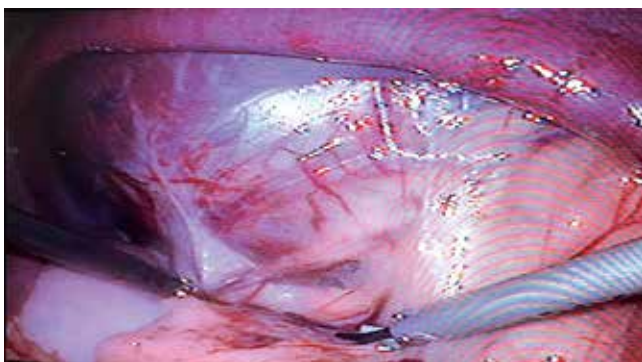
de 45 mm (Figuras 6 y 7), se disecan adherencias firmes con bisturí ultrasónico del bazo al diafragma, se produce lesión advertida del diafragma con exposición de pleura, se libera pieza de todos sus elementos de fijación, se coloca en bolsa extractora y se extrae mediante morcelado por puerto de 12 mm (Figura 8), el tiempo operatorio fue de 180 minutos y el sangrado de 50 mL. Se inició la vía oral al día siguiente con adecuada tolerancia, 48 horas posteriores se observa adecuada reexpansión pulmonar en Rx de tórax, retirando la sonda pleural, seis días pos-



**Figura 3.** Abordaje laparoscópico para esplenectomía.



**Figura 6.** Grapa a la arteria esplénica.



**Figura 4.** Imagen del quiste dependiente del hilio esplénico.



**Figura 7.** Grapa a la vena esplénica.



**Figura 5.** Imagen del drenaje de quiste.



**Figura 8.** Producto de morcelamiento.

teriores se corrobora ausencia de fístula pancreática y se decide su egreso, el informe histopatológico reportó quiste esplénico epitelial hiliar, con dimensiones de 10 x 10 x 8 cm, el seguimiento a nueve meses, con evolución favorable.

## DISCUSIÓN

Los quistes esplénicos deben recibir tratamiento debido a la posibilidad de complicaciones como infección, ruptura o malignización.<sup>1,2</sup>

Una opción para algunos autores es la esplenectomía total, ya sea abierta o laparoscópica, lo que evita la recidiva de la lesión,<sup>1</sup> sin embargo, con riesgo elevado de desarrollar complicaciones postoperatorias como sepsis con elevada mortalidad,<sup>2</sup> y alteraciones en la función inmunológica, actualmente la tendencia es ofrecer alternativas de tratamiento más conservadoras para preservar tejido,<sup>3</sup> en quistes de tamaño menor a 4 cm<sup>4</sup> como drenaje percutáneo, esplenectomía parcial, cistectomía y marsupialización con el objetivo de preservar el 25% de parénquima esplénico, siendo ésta una cantidad óptima de tejido para preservar la función inmunológica y no incrementar el riesgo de desarrollar complicaciones.<sup>2</sup>

En este caso particular el quiste medía 10 cm, se encontraba adherido al hilio esplénico y a estructuras vecinas, siendo lo ideal en estas circunstancias realizar una esplenectomía total<sup>2</sup> en paciente con IMC menor al 30%, un bazo de dimensiones que no rebasan la línea media abdominal que cumplía criterios para llevarlo a cabo por abordaje laparoscópico.<sup>5</sup>

Otros factores que permitieron la resección de este quiste fue haberlo vaciado mediante punción percutánea, lo que facilitó su manipulación sin ruptura del mismo, haciendo posible la ligadura de la arteria y vena esplénicas para poder completar la disección y posteriormente marsupializando consiguiendo la extracción del órgano a través del puerto de trabajo de 12 mm.

## CONCLUSIONES

Creemos que la esplenectomía total es una opción en niños para el tratamiento de los quistes esplénicos con diámetro mayor de 5 cm<sup>6</sup> y adheridos al hilo esplénico, ya que erradica la potencial ruptura con el desarrollo secundario de infección y hemoperitoneo, abordando por mínima invasión laparoscópica haciendo posible una excelente recuperación.<sup>7</sup>

## REFERENCIAS

1. García-Hernández C, Carvajal-Figueroa L, Dueñas-Ramírez JC, Landa-Juárez S. Tratamiento del quiste esplénico mediante esplenectomía parcial laparoscópica. Presentación de un caso. *Cir Ciruj*. 2010; 78: 83-85.
2. Ingle SB, Hinge Ingle CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World J Gastroenterol*. 2014; 20: 13899-13903.
3. Gumbs AA, Bouhanna P, Bar-Zakai B, Briennon X, Gayet B. Laparoscopic partial splenectomy using radiofrequency ablation. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2008; 18: 611-613.
4. Hansen MB, Moller AC. Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2004; 14: 316-322.
5. García-Ruiz A. Esplenectomía laparoscópica. *Cir Gen*. 2010; 32: S82-S86.
6. Rana AP, Kaur M, Singh P, Malhotra S, Kuka AS. Splenic epidermoid cyst-a rare entity. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8: 175-176.
7. (CENETEC), Secretaría de Salud. Esplenectomía. Guía de práctica clínica [actualización 2015]. SS-301-10.