

Esplenectomía por quiste esplénico epidermoide

Samuel Rodrigo Gómez Arenas,* Edgar Sánchez Romero,** María Isabel Martínez Gutiérrez,***
Carlos Roberto Sánchez Loya****

RESUMEN

Los quistes esplénicos son un padecimiento raro. Se manifiestan de forma poco común en la práctica quirúrgica. Se comunica el caso de una paciente con un quiste esplénico diagnosticado en el Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona núm. 4 del IMSS. La mujer, de 21 años de edad, refirió un cuadro clínico con dolor en el hipocondrio izquierdo, que era causado por un tumor de 7 cm de diámetro, aproximadamente. En la TC, se observó que dicho tumor era un quiste esplénico. Se intentó realizar esplenectomía laparoscópica; sin embargo, debido a las adherencias firmes a la pared abdominal y al colon, el procedimiento se llevó a cielo abierto y se hizo esplenectomía total. El estudio histopatológico corroboró el diagnóstico de quiste esplénico epidermoide.

Palabras clave: quiste esplénico epidermoide, esplenectomía, México.

ABSTRACT

Splenic cyst is not common. We present the case of a female patient with splenic cyst treated in General Surgery Department of General Hospital of Zone No. 4, IMSS. Patient had left hypochondria pain and a tumor of 7 cm. Splenic cyst was diagnosed by axial tomography. Laparoscopic splenectomy was programmed, but firm adhesions to the abdominal wall and colon converted open form into a complete total splenectomy. Histopathological study reported a splenic epidermoid cyst.

Key words: splenic epidermoid cyst, splenectomy, Mexico.

Los quistes esplénicos son infrecuentes; su incidencia es de 0.07%.¹ Se han informado aproximadamente 1,000 casos en la bibliografía mundial.² En 1913, Fowler clasificó los quistes, según su origen, en parasitarios y no parasitarios. De los primeros, el más común es el quiste hidatídico formado por *Echinococcus*. Con base en la

presencia o ausencia de epitelio en el revestimiento del quiste, Fowler subclasiificó a los quistes esplénicos no parasitarios en quistes verdaderos o “primarios”, y en falsos (pseudoquistes) o “secundarios”. El mecanismo exacto del origen, la patogénesis y la formación de los quistes congénitos se desconocen.³ Los quistes esplénicos congénitos o epiteliales (que incluyen: epitelial, epidermoide, mesotelial, seroso y transicional) representan aproximadamente 25% de los quistes verdaderos del bazo.^{3,4}

El 75% de los casos de quistes epidermoides esplénicos se observan en niños y adultos jóvenes, y dos terceras partes en mujeres. Suelen ser solitarios.⁵

La presentación clínica se relaciona con el tamaño del quiste, los menores de 5 cm, por lo general, son asintomáticos; cuando hay síntomas, casi siempre se relacionan con un tumor o dolor en el cuadrante superior izquierdo, sobre todo si son de grandes dimensiones.⁶

En los estudios de laboratorio, los pacientes pueden tener cifras elevadas de antígenos CA 19-9 y carcinoembriionario; sin embargo, el comportamiento de estos quistes es benigno y aparentemente no tienen

* Cirujano general.

** Residente de cuarto año de cirugía general.

*** Residente de tercer año de cirugía general.

**** Estudiante de medicina.

Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona núm. 4, IMSS, Guadalupe, NL, México.

Correspondencia: Dr. Samuel Gómez A. Hospital General de Zona núm. 4. Matamoros esq. Zuazua, colonia Ciudad Guadalupe Centro, CP 67100, Guadalupe, NL.

Recibido: junio, 2012. Aceptado: agosto, 2012.

Este artículo debe citarse como: Gómez-Arenas SR, Sánchez-Romero E, Martínez-Gutiérrez MI, Sánchez-Loya CR. Esplenectomía por quiste esplénico epidermoide. Rev Esp Méd Quir 2012;17(3):232-234.

potencial maligno.⁷ El diagnóstico puede hacerse con imágenes de ultrasonido, TC y resonancia magnética.⁸ La esplenectomía convencional o laparoscópica se ha considerado el tratamiento de elección en los quistes esplénicos sintomáticos o mayores a 5 cm, debido a que pueden romperse o infectarse.⁹ Otros tratamientos incluyen: esplenectomía parcial, cistectomía total, marsupialización y destechamiento, ya sea abierto o laparoscópico, como opciones para la preservación esplénica.¹⁰

COMUNICACIÓN DEL CASO

Una mujer de 21 años de edad con dolor súbito en el hipocondrio izquierdo, sin antecedentes de traumatismo abdominal, acudió a consulta. La exploración física reveló esplenomegalia. Los estudios de laboratorio resultaron normales. Se le solicitó TC en la que se observó una lesión quística en el polo inferior del bazo, indicadora de quiste esplénico de 77 x 78 mm, atenuación mixta central de 92 UH y periférica de 56 UH, sin relación con otros órganos adyacentes (Figura 1).

Se programó para esplenectomía parcial por laparoscopia, la cual se realizó bajo anestesia general en posición de lumbotomía. Se colocó el trócar paraumbilical de 12 mm con técnica de Hasson; se introdujo la cámara con lente de 30°. Se introdujeron tres puertos más, bajo visión directa, a la cavidad abdominal con un



Figura 1. TC abdominal en corte axial que muestra quiste esplénico de 77 x 78 mm.

neumoperitoneo de 14 mmHg. Se liberó el polo superior y se encontró la proximidad del quiste a la región hiliar. Se hizo control vascular esplénico ligando la arteria esplénica y posteriormente su vena. Se intentó liberar el polo inferior del bazo sin éxito, debido a las abundantes y firmes adherencias del mismo hacia la pared abdominal y el colon (Figura 2).

Se decidió completar la cirugía de forma abierta, realizando esplenectomía total. El órgano midió 14 x 17 x 5.5 cm, con tumor quístico en el interior del polo inferior de 10 x 8 cm, de superficie interna grisácea, lisa, con pared de 0.1 cm, de contenido coloide amarillento y blando de 9.5 x 8 cm (Figura 3). El estudio histopatológico indicó: quiste esplénico epidermoide con pared revestida de epitelio escamoso queratinizante, sin atipias y sin anexos epidérmicos; parénquima esplénico sin alteraciones.

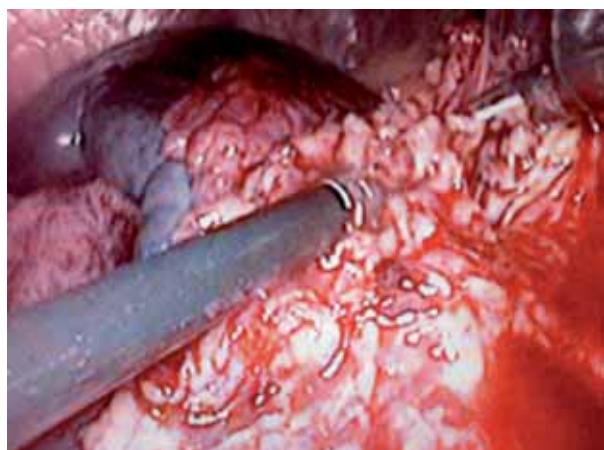


Figura 2. Firmes adherencias a la pared abdominal y al colon del polo inferior del bazo.

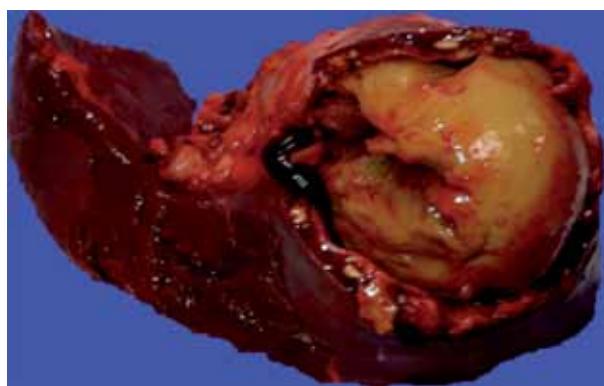


Figura 3. Pieza quirúrgica de esplenectomía que muestra el quiste epidermoide en su polo inferior.

La evolución de la paciente fue satisfactoria; sus síntomas remitieron por completo y fue egresada al quinto día posoperatorio.

DISCUSIÓN

Hay pocos estudios sobre los quistes epidermoides esplénicos, lo que dificulta determinar el mejor manejo. La esplenectomía convencional tradicionalmente se consideraba el tratamiento de elección, ya que era curativa y segura.¹¹ El drenaje percutáneo y la escleroterapia de estos quistes también han demostrado ser seguros, pero inducen un alto grado de recidiva. En relación con los quistes localizados cerca del hilio esplénico, están contraindicadas estas maniobras por el riesgo de sangrado; por ello se sugiere la esplenectomía.¹² Otro tratamiento que da buenos resultados es el destechamiento por laparoscopia; sin embargo, 64% de los casos recidivan durante el primer año.¹³ Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, la esplenectomía puede realizarse de forma segura; incluso pueden hacerse esplenectomías parciales, gracias a los avances en las técnicas de hemostasia, con un menor índice de complicaciones posoperatorias.^{14,15}

CONCLUSIÓN

Se comunicó el caso de una paciente con quiste esplénico epidermoide de grandes dimensiones, sin indicios de complicación. Se le programó para esplenectomía laparoscópica con intención de realizar resección parcial, ya que esta técnica induce un menor índice de complicaciones posquirúrgicas y posesplenectomía; sin embargo, dado el tamaño del quiste, su proximidad al hilio esplénico y las adherencias firmes del colon al polo inferior, se hizo cirugía abierta con esplenectomía total. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

Se han publicado pocos estudios de pacientes con quistes esplénicos no complicados, por lo que es difícil determinar el mejor tratamiento. En este caso, se des-

cartaron otras opciones terapéuticas, como el drenaje percutáneo, la escleroterapia y el destechamiento, debido a su alto grado de recidiva y riesgo de sangrado.

REFERENCIAS

1. Adas G, Karatepe O, Altioğlu M, Battal M, et al. Diagnostic problems with parasitic and non-parasitic splenic cysts. *BMC Surg* 2009;9:9.
2. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis JE. Splenic cysts: are there so many types? *J Am Coll Surg* 2007;204:459-465.
3. Fischer JE. Mastery of Surgery. 5th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;1651-1678.
4. Giovagnoni A, Giorgi C, Goteri G. Tumours of the spleen. *Cancer Imaging* 2005;5:73-77.
5. Zinner MJ, Washley S. The spleen. In: Zinner MJ, Ashley SW, editors. *Maingot's abdominal operations*. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2007.
6. Brunicardi FC. Schwartz: Principios de Cirugía. 9^a ed. México: McGraw-Hill, 2010;1255-1260.
7. Townsend Jr CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 18th ed. Philadelphia: Elsevier, 2007;1679-1705.
8. Greenfiel LJ, Mulholland MW. *Greenfield's Surgery: Scientific principles and practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006;1223-1248.
9. Matsutani T, Uchida E, Yokoyama T, Matsushita A, et al. Laparoscopic unroofing of a large pseudocyst of the spleen. *J Nippon Med Sch* 2009;76:319-322.
10. García-Hernández C, Carvajal-Figueroa L, Dueñas-Ramírez JC, Landa-Juárez S. Tratamiento del quiste esplénico mediante esplenectomía parcial laparoscópica. *Cir Ciruj* 2010;78:83-85.
11. Chinnusamy P, Muthukumaran R, Madhupalayam-Velusamy M, Suviraj JJ. Laparoscopic internal marsupialization for large nonparasitic splenic cysts: effective organ-preserving technique. *World J Surg* 2008;32:20-25.
12. Prashant J, Sandesh P, Hemanshi S, Sanghvi B. Laparoscopic partial splenectomy for splenic epidermoid cyst. *J Laparoendoscop Adv Surg Tech* 2008;18:899-902.
13. Schier F, Waag K-L, Ure B. Laparoscopic unroofing of splenic cysts results in a high rate of recurrence. *J Pediatr Surg* 2007;42:1860-1863.
14. Seshadri PA, Poulin EC, Mamazza J, Schlachta CM. Technique of laparoscopic partial splenectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000;10:106-109.
15. Czauderna P, Vajda P, Schaarschmidt K, Kalman A. Nonparasitic splenic cysts in children: A multicentric study. *Eur J Pediatr Surg* 2004;16:415-419.