

Ruptura espontánea de quiste esplénico gigante con elevación de CA 19.9. Reporte de caso

Diego Luis Carrillo Pérez, Elia Ixel Apodaca Chávez, Aldo Rodrigo Jiménez Vega, Juan Carlos Córdova Ramón, Juan Cosme Labarthe.

Autor para correspondencia

Diego Luis Carrillo-Pérez, Departamento de Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan C.P. 14000, México, D.F.
Contacto al correo electrónico: djiego51@gmail.com

Palabras clave: ruptura esplénica, quiste, abdomen agudo, antígeno CA 19.9, esplenectomía
Keywords: splenic rupture, cyst, acute abdomen, CA 19.9 antigen, splenectomy



Ruptura espontánea de quiste esplénico gigante con elevación de CA 19.9. Reporte de caso

Carrillo-Pérez DL^a, Apodaca-Chávez El^a, Jiménez-Vega AR^a, Córdova-Ramón JC^b, Cosme-Labarthe J^c

Resumen

Los quistes esplénicos son entidades raras, y la ocurrencia de complicaciones asociadas como ruptura lo son aún más. Son comúnmente asintomáticos, provocando sintomatología en consecuencia al crecimiento, infección o ruptura. El diagnóstico es establecido en base a resultados de ecografía, tomografía axial computarizada y examen histopatológico. La expresión de marcadores tumorales como CA 19.9 por el epitelio escamoso del quiste ha sido reportada recientemente. La esplenectomía laparoscópica total o parcial, son las terapias de elección en el tratamiento de esta entidad.

Palabras clave: *ruptura esplénica, quiste, abdomen agudo, antígeno CA 19.9, esplenectomía*

Spontaneously Ruptured Giant Splenic Cyst with Elevation of CA 19.9: Case Report

Abstract

Splenic cysts are rare entities, and the occurrence of associated complications such as rupture is less common. They are usually asymptomatic, causing symptoms as a result of growth, infection or rupture. The diagnosis is established based on results of ultrasound scan, axial computerized tomography, and histopathological examination. The expression of tumor markers such as CA 19.9 by the squamous epithelium of the cyst has been reported recently. The total or partial laparoscopic splenectomy, are the therapies of choice in the treatment of this condition.

Key words: *splenic rupture, cyst, acute abdomen, CA 19.9 antigen, splenectomy*

a. Departamento de Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

b. Departamento de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

c. Departamento de Radiología e Imagen, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

Autor para correspondencia

Diego Luis Carrillo-Pérez,
Departamento de Medicina Interna,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán, Vasco de
Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan
C. P. 14000, México, D.F.
Contacto al correo electrónico:
djiego51@gmail.com

Presentación del caso

Se trata de mujer de 24 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia ni historia de traumatismo previo quien acude a una unidad de urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, de inicio súbito e intensidad 8/10, ante cuadro de abdomen agudo fue sometida a laparoscopia diagnóstica, con hallazgo de líquido libre en cavidad pélvica de aproximadamente 600 ml de aspecto xantocrómico, y quiste esplénico roto de localización en polo superior. Se solicitó análisis de dicho líquido con relevancia de altas cifras de marcador tumoral CA 19.9 de 9,340 U/mL (<33 U/mL) y negatividad para quistes, células malignas y anticuerpos IgG, IgM e IgE para equinococo. Es referida a nuestra institución 8 semanas después, asintomática, ante hallazgo de imagen tomográfica de seguimiento de lesión hipodensa, redonda, localizada en bazo de 98 x 112 mm en sus ejes máximos, con desplazamiento en sentido medial de la cámara gástrica, así como del riñón izquierdo en sentido inferior, con resto de parénquima esplénico de características normales (Figura 1). Se realizó esplenectomía total por vía laparoscópica de puerto único, sin complicaciones (Figura 2. A, B).

Discusión

En 1829, Andral fue el responsable de la primera descripción de un quiste esplénico no parasítico. Robbins en 1978, de una revisión de 42, 327 autopsias en un periodo de 25 años, reportó 32 casos (incidencia de 0.07%) de quistes esplénicos.¹ Subsecuentemente casos aislados han sido reportados en la literatura en un total de aproximadamente 1000 casos hasta la actualidad.

Usualmente son asintomáticos hasta alcanzar un tamaño suficiente para provocar síntomas compresivos sobre estructuras adyacentes y excepcionalmente se presentan como infección o ruptura, siendo complicaciones todavía más raras. Los quistes esplénicos se clasifican en primarios (tipo I) por la presencia de revestimiento epitelial, pudiendo ser parasíticos o no parasíticos, y de estos últimos pudiendo ser de naturaleza congénita, vascular o neoplásica, y secundarios (tipo II o pseudoquistes) por la ausencia de epitelio de revestimiento.

Los quistes esplénicos simples mediante ecografía se presentan como masas anecogénicas, homogéneas, de pared delgada. En tomografía estas lesiones son bien definidas, con

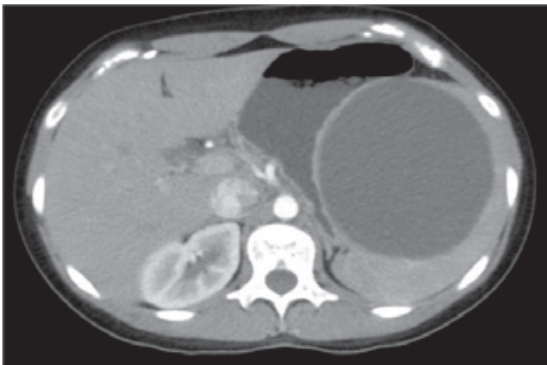


Figura 1. Corte axial de tomografía computada contrastada en fase de redistribución la cual muestra gran lesión esplénica esférica unilocular circunscrita de matriz hipodensa homogénea con pared delgada no calcificada.

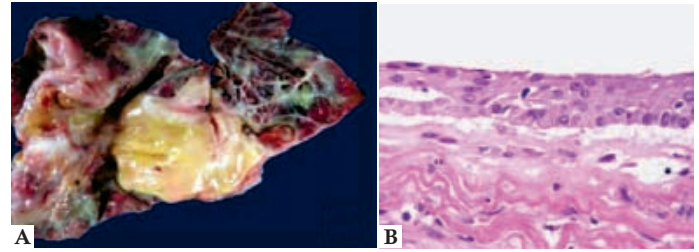


Figura 1. A. Foto macroscópica de quiste esplénico abierto. Se observan múltiples trabéculas fibrosas, la superficie interna es lisa con líquido claro en su interior y en la periferia con tejido residual normal; B. Microfotografía con Hematoxilina y Eosina. Se observa pared de quiste esplénico, en la porción superior se aprecia el epitelio escamoso de revestimiento, por debajo pared fibrosa (100x).

atenuación equivalente a la del agua, con cápsula delgada o imperceptible. En resonancia magnética son hipointensas en secuencia T1, hiperintensas en secuencias T2 e isointensas a la señal del agua, sin reforzamiento tras administración de medio de contraste.²

Recientemente se han descrito alrededor de 30 casos de quistes primarios con revestimiento escamoso que se asocian con expresión del marcador tumoral CA 19.9, proponiéndose como un marcador de recurrencia debido a su normalización en el periodo postquirúrgico. Este marcador es característico de adenocarcinoma pancreático, sin embargo niveles elevados pueden observarse en enfermedades como colangitis aguda, obstrucción de la vía biliar, cirrosis hepática y condiciones pancreáticas benignas.³

La ruptura espontánea de quiste esplénico es una complicación extremadamente rara. Inokuma y colaboradores, analizaron 14 casos reportados en la literatura, con una media de edad de presentación de 20 años (rango 9-36 años) y un diámetro promedio de 8.6 cm (rango de 4-14 cm), en la mayoría de los casos la forma de presentación fue dolor abdominal, tratados mediante esplenectomía total en 13 de los 14 casos reportados.⁴ En nuestro conocimiento presentamos el caso número 15, además de ser en esta ocasión una situación recidivante en un periodo de 8 semanas.

El tratamiento con esplenectomía total es habitualmente el método de elección, con opciones terapéuticas alternativas a expensas de un aumento en el riesgo de recurrencia, la esplenectomía parcial (con preservación de al menos el 25% del parénquima esplénico), punción percutánea, cistectomía total, marsupialización o descapsulación quística, ya sea por vía laparotomía o laparoscópica. La decisión de tratamiento quirúrgico es tomada en base al tamaño mayor a 5 cm, rotura o presencia de sintomatología compresiva. El abordaje laparoscópico parece ser un abordaje seguro, con las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva.⁵

En este caso, la intervención quirúrgica de esplenectomía total fue llevada a cabo por vía laparoscópica por puerto único, con la remoción total del quiste, sin complicaciones ni recurrencia al seguimiento de 6 meses.

Referencias bibliográficas

1. Robbins FG *et al.* Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg* 1978; 187:231-23
2. Schlitter LA *et al.* Non parasitic splenic cysts. *Rev Col Bras Cir* 2010; 37(6):442-446
3. Salas Rodríguez JL *et al.* Quiste esplénico gigante con elevación de CA 19.9. Reporte de un caso. *Rev Venez Oncol* 2008; 20(2):98-103
4. Inokuma T *et al.* Spontaneously Ruptured Giant Splenic Cyst with Elevated Serum Levels of CA 19-9, CA 125 and Carcinoembryonic Antigen. *Case Rep Gastroenterol* 2010; 4:191-197
5. Hansen MB *et al.* Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14:316-322