

# QUISTE ESPLÉNICO CONGÉNITO. UNA INFRECUENTE CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL.

P. de la Torre-Rubio, M.J. Rodríguez-Sicilia, V. Martos-Ruiz, J. de Teresa-Galván

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

## Resumen

Los quistes esplénicos congénitos son lesiones infrecuentes, de comportamiento benigno, cuyo interés radica en lo excepcional de su aparición.

Crecen lentamente y se caracterizan por un largo período de latencia asintomático. Pueden presentarse como una masa abdominal en flanco izquierdo o provocar síntomas como dolor abdominal. El diagnóstico definitivo y etiológico es histopatológico. El tratamiento de estas lesiones está indicado siempre que sean sintomáticas, afecten a órganos vecinos o tengan un tamaño mayor de 5 cm. Siendo de elección la esplenectomía parcial laparoscópica.

**Palabras clave:** quiste esplénico, revestimiento epitelial, dolor abdominal.

## Abstract

Congenital splenic cysts are rare benign lesions, interesting due to the rarity of their occurrence.

They grow slowly and are characterized by a long asymptomatic latent period. They may present as an abdominal

mass in the left flank or cause symptoms such as abdominal pain. The final etiological diagnosis is made after histopathological examination. Treatment of these lesions is indicated if they are symptomatic, if they affect neighboring organs or have a size larger than 5 cm. The technique of choice for its treatment is the laparoscopic partial splenectomy.

**Keywords:** splenic cyst, epithelial lining, abdominal pain.

## Caso clínico

Paciente de 16 años de edad sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Acude al servicio de urgencias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre de hasta 39.5 ° C con escasa respuesta a antitérmicos. Se acompaña desde hace 48 horas de dolor localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo, fijo, sin relación con la ingesta, las deposiciones, ni los cambios posturales, así como astenia y decaimiento marcados.

A su llegada a urgencias presenta una tensión arterial de 106/ 67 mm Hg, frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto, temperatura 36.5°C, y saturación de oxígeno respirando aire ambiente del 98%.

A la exploración física destaca un regular estado general y un abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal, y con sensación de masa a dicho nivel. Ruidos intestinales ligeramente disminuidos, de tono normal.

## CORRESPONDENCIA

Paloma de la Torre Rubio  
paloma\_ptr@hotmail.com

A continuación se inicia analgesia y sueroterapia, y se solicitan las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica completa urgente: destaca leucocitos  $13190 \times 10^3/\text{UL}$  con PMN 81.1%, hemoglobina 11.6 g/dl, hematocrito 32.7%, PCR 29.9 mg/dl, procalcitonina 3.7 mg/dl. Resto de hemograma, bioquímica y perfil hepático normal.

- Coagulación: TP 57.70%, TP (segundos) 15.20, INR 1.40, TTPA (segundos) 42.

- Radiografía de tórax, abdomen y sedimento de orina: normal.

Con la sospecha de fiebre de probable origen abdominal se solicita ecografía abdominal urgente. Y finalmente se realizan ecografía, TAC torácico – abdominal - pélvico con contraste intravenoso y Angio TAC que informan de: Gran tumoración quística multilocular que surge de la porción craneal de bazo. Sus contornos están relativamente bien definidos y su tamaño aproximado es de 16 x 14.5 x 13 cm. Tras la administración de contraste intravenoso se observan varios tabiques en el interior de la lesión. La tumoración produce compresión y desplazamiento de las estructuras adyacentes (estómago, cuerpo, cola del páncreas y riñón izquierdo), sin infiltración evidente de las mismas. Presencia de líquido en cantidad moderada. Resto de la exploración sin alteraciones.

### Conclusión

Los hallazgos son compatibles en primer lugar con masa quística esplénica congénita o linfangioma esplénico, con posible infección secundaria (Figuras 1-3).

Ante los hallazgos y el riesgo de posible rotura de la lesión, se contacta con cirujano de guardia. Tras valorar a la paciente, se decide en colaboración con el servicio de anestesia, la realización de un drenaje percutáneo de la lesión guiado por ecografía. Objetivando una masa quística esplénica con abundante contenido ecogénico en suspensión. Se procede mediante abordaje subcostal izquierdo a drenaje percutáneo que se realiza con catéter pigtail obteniendo 1400 cc de material de coloración marronáceo, algo maloliente al final de la extracción. Y se envían muestras para estudio microbiológico.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

A continuación se inician antibióticos de amplio espectro y se procede al ingreso de la paciente.

Se recibieron los resultados del cultivo, aislándose campylobacter jejuni con un antibiograma sensible a tetraciclina, amoxicilina - clavulánico, ciprofloxacino y eritromicina. Así mismo, se realizan serologías (VHA, VHB, VHC, rickettsia, leishmaniasis, toxoplasma gondii, chlamydia, citomegalovirus, mycoplasma pneumoniae, virus del Epstein-Barr) que fueron negativas.

Durante su estancia en planta la paciente evoluciona de forma favorable, con rápida mejoría clínica y analítica, normalizándose la coagulación y manteniéndose en todo momento apirética y sin dolor abdominal. Por ello, tres días más tarde, se procede al alta de la paciente con control del drenaje cada 24 horas y tratamiento con amoxicilina-clavulánico (500 mg cada 8 horas durante 5 días). Así mismo queda incluida en lista de espera para cirugía programada.

Diez días más tarde vuelve a ingresar, realizándose extirpación completa de la lesión (quistectomía) vía laparoscópica, transcurriendo el procedimiento sin complicaciones. El informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica informa de múltiples fragmentos de tejido de aspecto fibroso con áreas parduscas y recubiertos de epitelio sin atipias, correspondientes a la pared de la formación quística con inflamación crónica inespecífica en su interior.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática y continua con revisiones en consultas externas.

## Discusión

Los quistes esplénicos son entidades raras, con una incidencia del 1%, y generalmente su descubrimiento es incidental.

Los quistes se clasifican en:

- Primarios: Parasitarios y no parasitarios (congénitos y neoplásicos).

- Secundarios: Tras un traumatismo o infarto esplénico<sup>1</sup>.

Los más frecuentes son los parasitarios, y la mayor parte corresponden a quistes hidatídicos.

De los quistes esplénicos no parasitarios, los primarios representan el 10% y los secundarios el 70% - 80%. Estos quistes no parasitarios, se subdividen en verdaderos o falsos atendiendo a la presencia o ausencia de revestimiento epitelial; siendo los verdaderos (con epitelio) los menos frecuentes, como el que corresponde a nuestro paciente.

La patogenia de los quistes esplénicos verdaderos es desconocida, pero se considera que hay una alteración durante el desarrollo embrionario, y se postula la posible existencia de un factor genético, ya que existen casos descritos de afectación en madre e hijos.

Se suelen diagnosticar en la 2ª-3ª década de la vida. Son más frecuentes en mujeres (60%), en relación con posibles influencias hormonales. Y por topografía, tienden a situarse en el polo superior del bazo, con un tamaño medio que va de 1 cm a 16 cm<sup>2</sup>. Coincidiendo lo publicado en la literatura con los datos de nuestra paciente, salvo un debut algo más temprano por la presencia de complicaciones.

Los quistes esplénicos son asintomáticos y se presentan como un hallazgo incidental en un paciente con cuadro de dolor abdominal de etiología no filiada. En ocasiones pueden debutar en forma de esplenomegalia o por sus complicaciones hemorragia, absceso, ruptura o por compresión de órganos vecinos.

El dolor aparece con mayor frecuencia en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, y puede asociarse a síntomas como anorexia, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso. En nuestro

caso el síntoma cardinal fue el dolor abdominal acompañado de fiebre elevada.

El examen físico puede ser normal o se puede encontrar una masa en cuadrante superior izquierdo.

El diagnóstico se hace con base en la historia del paciente, el examen físico y los hallazgos en los estudios de imagen. Los estudios diagnósticos de elección son la ecografía y el TAC abdominal.

Sin embargo, el diagnóstico etiológico no siempre es fácil. La distinción preoperatoria entre los quistes esplénicos primarios y secundarios es difícil, el diagnóstico exacto sólo se obtiene por anatomía patológica<sup>3</sup>. Así ocurre en nuestra paciente, ya que hasta que no se obtiene la pieza quirúrgica no podemos confirmar histológicamente que presenta un quiste esplénico recubierto de epitelio.

Los quistes esplénicos no producen alteraciones en los estudios de laboratorio. Sin embargo, recientemente se ha descrito la producción de Ca 19.9 y CEA por la pared de las células epiteliales, y la normalización de los niveles séricos entre los 30 y 60 días posteriores a la resección de la lesión.

El tratamiento es quirúrgico y está indicado cuando son sintomáticos, presentan complicaciones, o son grandes (más de 4-5 cm de diámetro).

- Radical (esplenectomía completa): Indicada en el caso de quistes complicados, cuando el quiste ocupa la mayor parte del bazo y/o la lesión afecta el hilio con compresión del pedículo esplénico.

- Conservador:

- Punción aspiración bajo control radiológico: Esta opción no se considera un tratamiento definitivo, porque con frecuencia presentan una tasa alta de recurrencia<sup>4</sup>.

- Quistectomía o esplenectomía parcial vía laparoscópica: Es el tratamiento de elección siempre que se pueda, ya que evitan complicaciones infecciosas secundarias a la esplenectomía total y permiten conservar la función inmunológica esplénica. En este caso se optó por esta opción dada la localización de la lesión y la buena respuesta al tratamiento previo mediante punción aspiración y antibióticos<sup>5</sup>.

- Seguimiento mediante ecografía o TAC: Se recomienda en pacientes con quistes asintomáticos, menores de 5 cm y con imágenes típicas de quiste esplénico no parasitario. Se propone ecografía una vez al año durante cinco años para evaluar si el quiste ha progresado.

Como conclusión recordar que a pesar de que los quistes esplénicos son entidades poco frecuentes, siempre deben tenerse en cuenta como parte del diagnóstico diferencial del dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, sobre todo si se presenta en pacientes jóvenes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sendino C, Erraztide O. Quiste esplénico postraumático. Cirugía Española.2010; 03: 30-34.
2. Abu-Ella A. Splenic cysts, many questions are yet to be answered: a case report. Cases Journal.2009; 2:8474-8476.
3. Adas G, Karatepe O, Altioek M, et al. Diagnostic problems with parasitic and non-parasitic Splenic Cyst. BMC Surgery.2009;9:9-12.
4. García H, Carvajal F, Dueñas C, Landa J. Tratamiento del quiste esplénico mediante esplenectomía parcial laparoscópica. Presentación de un caso. Cir Ciruj.2010;78:83-88.
5. Geraghty M, Khan I, Conlon K. Large primary splenic cyst: A laparoscopic technique. J Minim Access Surg.2009;5:14-16.