



Quiste postraumático del bazo: Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Walter Marcial Martínez Rodríguez^{*}, María de los Ángeles Miló Anillo^{*}, Aldo Sisto Díaz^{*}, Magalis Rodríguez^{**}, Raul Rua Martínez^{*}, Mayda Martínez Rodríguez^{***}, Raul Rua González^{***}, Ana Gloria Pérez Reyes^{****}

^{*} Hospital Docente "León Cuervo Rubio" CUBA

^{**} Concepción CUBA

^{***} Policlínico Docente "Pedro Borrás" CUBA

^{****} Hospital "León Cuervo Rubio" CUBA

Resumen

Los quistes esplénicos son lesiones raras. Ellos se dividen principalmente en primarios o genuinos y secundarios o falsos, de acuerdo con su etiología y fisiopatología. Los quistes primarios tienen un revestimiento epitelial que puede ser causado por o eventos primarios o infestaciones parasitarias (Equinococos). Los quistes secundarios no tienen revestimiento epitelial y pueden ser: hemorrágicos, serosos, inflamatorios, o degenerativos. Es importante para el cirujano poder evaluar bien cada caso individual para poder decidir sobre el tratamiento más aconsejable, teniendo en cuenta: las características del quiste, el debut, y la edad del paciente; para evitar posibles complicaciones. Reportamos un caso de quiste postraumático del bazo tratado con esplenectomía total; el cual evolucionó satisfactoriamente

Introducción

Los quistes esplénicos son lesiones raras. Ellos se dividen principalmente en primarios o genuinos y secundarios o falsos, de acuerdo con su etiología y fisiopatología. Los quistes primarios tienen un revestimiento epitelial que puede ser causado por o eventos primarios o infestaciones parasitarias (Equinococos). Los quistes secundarios no tienen revestimiento epitelial y pueden ser: hemorrágicos, serosos, inflamatorios, o degenerativos. Es importante para el cirujano poder evaluar bien cada caso individual para poder decidir sobre el tratamiento más aconsejable, teniendo en cuenta: las características del quiste, el debut, y la edad del paciente; para evitar posibles complicaciones. Reportamos un caso de quiste postraumático del bazo tratado con esplenectomía total; el cual evolucionó satisfactoriamente (1)

Material y Métodos

Caso Clínico, paciente de 53 años, del sexo masculino, de la raza blanca, que comenzó a sentir dolor en hipocondrio izquierdo, al examen físico del abdomen se encontró un bazo palpable y al realizarse un US de hemiabdomen superior se encontró una lesión nodular ecogénica en bazo. El cirujano lo valora y decide hacerle una esplenectomía parcial.

En el Departamento de Anatomía Patológica se recibe un segmentode bazo que pesa 160 gms, superficie lisa violácea, presenta un área focal renitente que protruye y confiere a la cápsula esplénica una coloración amarillenta focal en su cara diafragmática (figura1) al corte se encontró una lesión quística de 5 x 3.5 cm ovalada y totalmente calcificada (figura 2 y 3), unilocular, de contenido líquido, seroso transparente, con detritus celulares; en cantidad de 5cc; la pared midió 1mm. El contenido líquido fue centrifugado y examinado minuciosamente al microscopio no encontrándose restos parasitarios de ningún tipo; solo encontramos detritus celulares, histiocitos fagocíticos, muchos de ellos cargados de hemosiderina. La pared no presentó ningún revestimiento epitelial pudiendo observarse, después de la descalcificación, que estaba constituida por tejido de granulación con fibrosis densa periférica que se había colagenizado.



Bazo parcialmente cortado donde se puede apreciar que el quiste traumático hacía prominencia en su cara diafragmática y le confería a la cápsula una coloración amarillenta focal



En la superficie de sección (de lejos) se puede apreciar como aparece empotrado, en la pulpa esplénica, un quiste, de pared delgada totalmente calcificada, que recuerda un cascarón de huevo



En un acercamiento vemos el "cascazón", mucho mejor

Discusión

En Cuba no tenemos equinocosis, los casos que hemos tenido han sido casos importados, por esta razón los quistes parasitarios son muy raros aunque siempre que nos encontremos con un quiste esplénico debemos descartar la posibilidad de una equinocosis, después de descartarla y quedarnos con un quiste no parasitario tenemos que ver si es primario (verdadero) o secundario (falso). (2)

Las lesiones quísticas verdaderas no parasitarias del bazo han sido reportadas de manera anecdótica a través de los años, con poco más de 1000 casos en existencia en la actualidad (3). Su presentación en mujeres embarazadas ha sido descrita con anterioridad en solo cuatro ocasiones (4-7). En todos los casos el diagnóstico fue un hallazgo prenatal y las pacientes fueron tratadas con esplenectomía total, anterior o posterior al parto sin complicaciones. En uno de ellos se reportó la existencia de carcinoma epidermoide dentro del quiste (7).

Los quistes verdaderos no parasitarios del bazo son clasificados de acuerdo a la apariencia histológica de la cubierta epitelial. La misma es altamente variable y va desde cuboidal plana, pasando por transicional hasta escamosa. Puede existir variación de un tipo de epitelio a otro en diferentes zonas de la lesión (3). Históricamente las lesiones con epitelio cuboidal plano fueron consideradas como quistes mesoteliales. En la actualidad con la ayuda de la inmunohistoquímica podemos separar en verdaderas lesiones epiteliales de apariencia mesotelial y lesiones endoteliales como los hemangiomas y linfangiomas. Las lesiones epiteliales de apariencia mesotelial son también llamadas epidermoides por muchos autores (8). En el caso de lesiones con un epitelio francamente escamoso existe poca confusión y son clasificadas en dermoides o epidermoides de acuerdo a la existencia o no de apéndices cutáneos como en cualquier otra parte del cuerpo (9). Es tal la importancia que algunos autores le conceden a la presencia de marcadores epiteliales (Citoqueratina, Queratina de bajo peso molecular y Antígeno de membrana) que algunos de ellos reclaman la necesidad de determinar por medios inmunohistoquímicos la presencia de estas sustancias en la pared interna del quiste para poder filiarlos como verdaderos quistes epiteliales independientemente de la apariencia histológica (10). Una vez demostradas las características epiteliales de la cubierta, existen solo dos grupos de los quistes esplénicos verdaderos: epidermoides (también llamados mesoteliales) y dermoides.

Una de las características clínicas más destacadas de estas lesiones es la escasez de síntomas que originan, siendo en muchos casos descubiertos de modo incidental en el curso del estudio de otras patologías (10). En

otras ocasiones pueden debutar por complicaciones agudas, como ruptura intraperitoneal, hemorragia o infección (12).

Suelen ser mas frecuentes entre la cuarta y la sexta década y su mayor incidencia es en el sexo femenino. El tamaño promedio va desde menos de 1 cm hasta mas de 16 cm (1). La producción de Ca 19.9 y CEA por las células epiteliales de la pared ha sido descrita recientemente. Los trabajos presentados reflejan normalización de los niveles séricos de Ca 19.9 entre los 30 y 60 días posteriores a la resección de la lesión (13,14).

El origen de estas lesiones es controversial. Su formación se atribuye a inclusiones embrionales de tejido epitelial provenientes de estructuras vecinas o del mesotelio con subsecuente desarrollo de metaplasia escamosa secundaria a hemorragia e irritación (8,15).

Es clínicamente difícil establecer el diagnóstico de forma preoperatoria. Aún con la ayuda de la sonografía y la tomografía axial computarizada, solo se puede determinar la naturaleza quística de la lesión y su relación con estructuras vecinas. Son los estudios histopatológicos los que permiten precisar su verdadera histogénesis (16).

Diferenciar las lesiones verdaderas con cubierta epitelial de los pseudoquistes es de importancia terapéutica ya que los quistes verdaderos son resistentes a terapias no quirúrgicas (17). Debido a esto, es de vital importancia un muestreo amplio de la lesión a fin de demostrar la existencia de epitelio, el cual puede estar presente solo de manera focal (8).

El tratamiento de estas lesiones está indicado siempre que sean sintomáticas, afecten los órganos vecinos, tengan un tamaño mayor de 5 cm. o se presenten con cualquiera de sus complicaciones (18,19). Dentro de las terapias no quirúrgicas, la aspiración percutánea seguida de esclerosis de la pared usando tetraciclinas o alcohol ha sido mundialmente usada, sin embargo, este tipo de terapia debe ser evitada debido a que frecuentemente existe una reacumulación temprana del fluido (20-22). La existencia de complicaciones secundarias a esplenectomía total son ampliamente conocidas y esto ha motivado la creación de terapias conservadoras. La esplenectomía parcial es el tratamiento recomendado para la población pediátrica debido al alto número de infecciones mortales reportadas en este grupo de edades (23). La decapsulación parcial o completa por técnicas laparoscópicas han sido empleadas con un bajo índice de recurrencias pero con mayor número de problemas para lograr homeostasia (24,25). Finalmente, la esplenectomía total sigue siendo el tratamiento definitivo para los quistes epiteliales esplénicos en todos los pacientes donde el quiste es de tamaño tal que ocupa la mayor parte del bazo y también en los casos en que la lesión afecta el hilio (18).

En nuestro caso después de explicarle al paciente sobre su patología, llegamos a la conclusión junto con el propio paciente que 10 años antes de la fecha en que comenzó a sentir ligeras molestias en el hipocondrio izquierdo, él practicaba Kárate y después de un combate, muchos de ellos, se sentían muy adoloridos pero siempre pensaban que era sólo muscular; es muy posible que uno de estos golpes que recibió el paciente haya ocasionado una hemorragia traumática del bazo, que por razones de buena salud del deportista, se mantuvo localizada dentro del parénquima esplénico y que posteriormente evoluciono, en el curso de su reparación, hacia un pseudoquiste esplénico.

Bibliografía

- 1-Labruzzo C, Haritopoulos KN, El Tayar AR, Hakin NS. Posttraumatic cyst of the spleen; a case report and review of the literature. *Int Surg*. 2002 Jul-Sep;87(3):152-6.
- 2-González I, Díaz M, Ángel F y González O. Infección por *Ecchinococcus granulosus* (quiste hidatídico). Reporte de un caso. *Rev Cub Med Trop* 2001; 53(3): 217-21.
- 3- Morgenstern, L. Non Parasitic Splenic Cysts: Pathogenesis, Classification, and Treatment. *J Am Coll Surg* 2002;194(3):306-14
- 4- Bar-Zohar, D., Sherer, Y., Manor, H., Peer, A., Strauss, S., Havely, A. Epidermoid cyst of the spleen. *Harefuah* 1998 Feb 1; 134(3):182-5,247.
- 5- Triedman, L., Raphael, S.I. Nonparasitic cysts of the spleen: Case report and review of the literature. Rare disorder here associated with pregnancy, is cure by splenectomy. *R I Med J* 1967 Apr;50(4):265-7
- 6- Ceglowska, A. The curse of multipara's pregnancy, labour and puerperium complicated by spleen tumor. *Ginekol Pol* 2003 Aug;74(8):692-32
- 7- Elit, L., Aylward, B. Splenic Cyst Carcinoma Presenting in Pregnancy. *Am J Hematol* 1989 Sep;32(1):57-60
- 8- Burrig, K.F. Epithelial (true) splenic cysts. Pathogenesis of the mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. *Am J Surg Pathol* 1988; 12:275-81.
- 9- Reddi, V.R., Reddy, M.K., Srinivas, B., Sekhar, C.C., Ramesh, O. Mesothelial Splenic Cyst. A case Report. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27:880-82
- 10- Shirkoda, A., Freeman, J., Armin, A.R, Cacciarelli, A.A, Morden, R. Imaging features of splenic epidermoid cyst with pathologic correlation. *Abdom Imaging* 1995; 20:449-51
- 11- Holland, A.J.A., Ford, W.D.A., Bourne, A.J. Conservative surgery for benign non-parasitic splenic cysts. *Pediatr Surg Int* 1997; 12(5/6):353-55
- 12- Ishida, H., Konno, K., Ishida, J., Naganuma, H., Komatsuda, T., Sato, M., Watanabe, S.. Splenic lymphoma: differentiation from splenic cyst with ultrasonography. *Abdom Imaging* 2001; 26:529-32.

- 13- Soudack, M., Ben-Num, A. Toledano, C. Elevated carbohydrate antigen 19-9 in patients with true (epithelial) splenic cysts—Rare or undiscovered?. *Can J Gastroenterol* 2001; 15:125-6.
- 14- Van Lacum, M.W., Hesselts R.A., Kremer G.D., Jaspers C.A. A splenic cyst and high serum CA 19-9: a case report. *Eur J Intern Med* 2000; 11:104-07.
- 15- Rappaport, H. Tumors of the hematopoietic system. *Atlas of Tumor Pathology. 1st Series, Fascicle 8.* Washington DC: Armed Force Institute of Pathology, 1966:388-97.
- 16- Echenique-Elizondo, M. Quistes Epidermoides Esplénicos. *Kirurgia* 2003. Numero 2.
- 17- Roychoudhury, S., Upadhyay, V., Mayer, A.D., Mitra, S.K. Splenic cyst: aspiration, laparoscopic derolling, or surgical excision and omentopexy. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons* 1996 Apr-Jun; 1(2):76-7.
- 18- Dillemans, B., Mottrie, A., Decoster, M., Gruwez, J.A. Epidermoid cysts of the spleen. *Acta Chir Belg* 1993; 93(6):265-67.
- 19- Sakamoto, Y., Yunotani, S., Edakuni, G., Mori, M., Iyama, A., Miyazaki, K., Laparoscopic splenectomy for a giant splenic epidermoid cyst: report of a case. *Surg Today* 1999; 29:1268-72
- 20- Yoshikane, H., Suzuki, T., Yoshioka, N., Ogawa, Y., Hayashi, Y., Hamajima, E., Yokoi, T. Giant splenic cyst with high serum concentration of CA 19-9. Failure of treatment with percutaneous transcatheter drainage and injection of tetracycline. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31(5):524-26.
- 21- Volk, M., Rogler, G., Strotzer, M., Lock, G., Manke, C., Feuerbach, S. Post-traumatic pseudocyst of the spleen: sclerotherapy with ethanol. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1999; 22(3):246-8.
- 22- Akhan, O., Baykan, Z., Oguzkurt, L., Sayek, I., Ozmen, M.N. Percutaneous treatment of a congenital splenic cyst with alcohol: a new therapeutic approach. *Eur radiol* 1997; 7:1067-70.
- 23- John, A.K., Das, K.V., Vaidyanathan, S. Partial splenectomy for splenic cyst: a case report and literative review. *Trop Gastroenterol* 2002 Jul-Sep; 23(3):148-9
- 24- Touloukian, R.J., Maharaj, A., Ghossoub, R., Reyes, M.. Partial decapsulation of splenic epithelial cysts: studies on ethiology and outcome. *J Pediatr Surg* 1997; 32(2):272-74
- 25- Calisti, A., Perrotta, M.L., Molle, P., Marrocco, G., Miele, V.. Epithelial splenic cysts in children: surgical treatment by cyst-wall "peeling". *Pediatr Surg Int* 2003 Jun; 19(4):300-2.