

Cartas al Director

Quistes esplénicos: aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos

Palabras clave: Quiste epidermoide. Hidatidosis. Esplenectomía.

Key words: Epidermoid cyst. Hydatymosis. Splenectomy.

Sr. Director:

Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes. Se clasifican según su origen en parasitarios (casi exclusivamente por hidatidosis) y no parasitarios. A su vez, estos últimos pueden ser primarios o verdaderos (cuya pared está epitelizada y probablemente de origen congénito), y falsos o pseudoquistes (tras licuefacción de hematomas o infartos) (1). En nuestro medio, son realmente excepcionales los quistes no hidatídicos, habiéndose descrito pocos más de 800 según la literatura disponible (2), siendo menos infrecuentes los de origen parasitario (hidatídicos).

En nuestra experiencia, hemos encontrado *dos casos de quistes esplénicos no hidatídicos*. El primero de ellos, se detectó en una mujer de 34 años, que debutó con un cuadro clínico de erupción cutánea pruriginosa, disfonía, congestión nasal y edemas en labios y manos. Se apreció por ecografía una imagen anecoica homogénea en bazo, confirmada con TAC. Con el diagnóstico de presunción de anafilaxia por hidatidosis esplénica se practicó esplenectomía de urgencia. El estudio anatomopatológico reveló la existencia de un quiste esplénico epidermoide (verdadero). La paciente fue dada de alta persistiendo, atenuada, la reacción cutánea inicial. El segundo caso se trata de un varón de 42 años, asintomático, en el que se indicó la realización de ecografía tras detectarse una alteración de enzimas hepáticas en analítica rutinaria. En dicha ecografía, se apreció una lesión esplénica quística, confirmada mediante TAC. Se practicó esplenectomía, y el resultado anatomopatológico fue de quiste secundario, falso o no epitelial.

Ante la presencia de un quiste esplénico, se plantean una serie de diagnósticos diferenciales. Para llegar a un diagnóstico final debemos apoyarnos en datos clínicos, analíticos y de imagen.

Los *quistes esplénicos hidatídicos*, suelen aparecer en pacientes con quistes simultáneos o previos, de otra localización (hígado y pulmón) (3). La serología de hidatidosis, cuando es positiva, contribuye a dilucidar su naturaleza parasitaria. En general suelen ser univesiculares (3), lo que induce a confundirlos con quistes no parasitarios. Cuando son multivesiculares, el diagnóstico de quiste hidatídico es más probable.

Los *quistes falsos* pueden ser la consecuencia de procesos patológicos previos, por ello es importante conocer los síntomas y signos que preceden a la lesión esplénica, como un traumatismo previo, o antecedentes de dolor en hipocondrio izquierdo y derrame pleural izquierdo, que harían pensar en un infarto esplénico como origen de la lesión.

Los *quistes verdaderos* pueden ser de diversos tipos: quistes epidermoides, dermoides, linfangiomas y hemangiomas quísticos. En general, son asintomáticos y detectados de forma casual. Ocasionalmente y cuando son muy grandes o bien se han roto, pueden producir dolor en hipocondrio izquierdo (4).

Como ya hemos adelantado, los métodos diagnósticos de elección son radiológicos (ecografía y TAC), aunque difícilmente nos permitirán un diagnóstico etiológico. La determinación de serología de hidatidosis y la presencia de valores plasmáticos elevados de determinados marcadores tumorales, como CEA o Ca 19-9, orientan al diagnóstico de quiste hidatídico y epidermoide respectivamente. Se ha preconizado el uso de la PAAF para el diagnóstico de estas lesiones (5). El bajo rendimiento y el riesgo de la punción esplénica hacen de este un procedimiento poco usado.

La actitud frente a un quiste esplénico oscila entre la simple observación periódica (5) y el tratamiento quirúrgico del mismo (1). Este último se plantea ante la posibilidad de complicaciones (ruptura, hematoma o infección) y en caso de dudas sobre la naturaleza benigna o maligna de la lesión. Si se plantea un tratamiento quirúrgico, es preferible la esplenectomía parcial, cuando la dis-

posición anatómica del quiste lo permita (2), siendo posible realizarlo mediante abordaje laparoscópico (6). Ocasionalmente se han descrito técnicas alternativas, como la marsupialización (con alto índice de complicaciones infecciosas) y el denominado “des-techamiento” del quiste cuando la existencia de una porción de la pared del quiste sin contacto con el parénquima lo permite, también por abordaje laparoscópico (6).

M. Jiménez, G. Ais, P. Vázquez, A. González, M. Ortega y
J. J. Manzanares

Servicio de Cirugía General. Hospital de Segovia. Segovia

Bibliografía

1. Sabiston DC, Textbook of surgery. The spleen 1208. 5th ed. 1997.
2. Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, Pazzinato MC, Fontes PR. Post-traumatic splenic cysts and partial splenectomy: report of a case. Surg Today 2001; 31: 265-5.
3. Celdrán A, Navarro A, Marijuan A, Ais G, Novo C, Moreno C. Splenic hidatidosis. Am J Trop Med Hyg 1991; 44: 420-3.
4. Matsubayashi H, Kuraoka K, Kobayasi Y, Yolota T, Iiri Y, Shichijo K, et al. Ruptures epidermoid cyst and haematoma of spleen: a diagnostic clue of high levels of serum carciniembryonic antigen, carbohydrate antigen 19-9 and Sialyl Lewis x. Diag Liver Dis 2001; 33: 595-9.
5. Calvo JM. Quiste epidermoide de diagnóstico casual. Revista de la ACAD 2000; 1: 35-6.
6. Tagaya N, Oda N, Furihata M, Remoto T, Suzuki N, Kubota K. Experience with laparoscopic management of solitary symptomatic splenic cysts. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12: 279-82.