

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE ÁVILA****Quiste esplénico. Presentación de un caso****Splenic cyst. Case report**

Frank Yaniel Martínez Lorenzo<sup>I</sup>, Milena Hidalgo Ávila<sup>II</sup>, Jesús Esteban Cong Rodríguez<sup>III</sup>, José Antonio Galbán González<sup>IV</sup>, Félix Bandomo Alfonso<sup>V</sup>, Pedro Rivero Díaz<sup>VI</sup>.

**RESUMEN**

**Introducción:** los quistes esplénicos son raros a cualquier edad y son pocos los casos publicados en el mundo. Generalmente son asintomáticos, pero cuando alcanzan gran tamaño, la compresión de los órganos vecinos causa varios síntomas no específicos. Su tratamiento varía desde la esplenectomía parcial hasta la total cuando hay compromiso del hilio.

**Objetivo:** presentar el caso de un paciente con quiste esplénico, diagnosticado y tratado en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila.

**Presentación del caso:** paciente masculino de 39 años de edad, con antecedentes de salud, que estuvo ingresado por presentar apendicitis aguda; durante un examen ultrasonográfico se observó casualmente en el hilio esplénico una imagen compleja, predominantemente ecolúcida y de bordes bien definidos que se diagnosticó como quiste esplénico. Un año después al paciente se le realizó una laparotomía exploratoria y se encontró un tumor quístico que abarcaba el polo inferior y el hilio del bazo, por lo que se le realizó esplenectomía total. El análisis anatomopatológico confirmó que se trataba de un quiste simple esplénico, sin evidencias de malignidad.

**Discusión:** el abordaje laparoscópico de los quistes esplénicos tiene resultados comparables a la intervención abierta; en este caso se optó por realizar esplenectomía total por intervención quirúrgica convencional porque el quiste abarcaba el polo inferior del bazo y su hilio.

**Conclusiones:** los quistes esplénicos verdaderos son sumamente raros. Su etiología es materia de controversia. Sus manifestaciones más frecuentes son dolor abdominal en el hipocondrio izquierdo y esplenomegalia.

**Palabras clave:** ENFERMEDADES DEL BAZO/diagnóstico, ENFERMEDADES DEL BAZO/cirugía, QUISTES/cirugía, ESPLENECTOMÍA, INFORMES DE CASOS.

**ABSTRACT**

**Introduction:** splenic cysts are rare at any age and few cases are published worldwide. They are usually asymptomatic, but when they reach large size, the compression of neighboring organs causes several non-specific symptoms. Their treatment varies from partial splenectomy to total splenectomy when there is hilum involvement.

**Objective:** to present the case of a patient with splenic cyst, diagnosed and treated in the General Surgery Service of the Provincial General Teaching Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" of Ciego de Ávila.

**Case presentation:** a 39-year-old male patient with a health history who was admitted for acute appendicitis; during an ultrasonographic examination, a complex image was observed in the splenic hilum, predominantly echolucent and with well-defined borders that was diagnosed as a splenic cyst. One year later the patient underwent an exploratory laparotomy and a cystic tumor was found covering the lower pole and the hilum of the spleen, and a total splenectomy was carried out. Anatomopathological analysis confirmed that it was a simple splenic cyst, with no evidence of malignancy.

**Discussion:** the laparoscopic approach of splenic cysts has results comparable to open intervention; in this case total splenectomy was carried out by conventional surgical intervention because the cyst comprised the lower pole of the spleen and its hilum.

**Conclusions:** true splenic cysts are extremely rare. Its etiology is a matter of controversy. Its most frequent manifestations are abdominal pain in the left hypochondrium and splenomegaly.

**Keywords:** SPLENIC DISEASES/diagnosis, SPLENIC DISEASES/surgery, CYSTS/surgery, SPLENECTOMY, CASE REPORTS.

- I. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente. "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial General Docente. "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Doctor en Medicina. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

## INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos son raros a cualquier edad y son pocos los casos publicados en el mundo. Por lo general los pacientes no manifiestan síntomas, por lo que el diagnóstico suele ser incidental. Según su origen, los quistes esplénicos se clasifican en parasitarios y no parasitarios<sup>(1,2)</sup>.

Los parasitarios son los conocidos quistes hidatídicos, muy frecuentes en pacientes provenientes de áreas con infestación endémica por tenias del género *Echinococcus*. En estos casos la membrana adventicia del quiste está engrosada y, en ocasiones, calcificada; al existir una separación entre la adventicia y la membrana propia del quiste, es posible extirparlo totalmente sin sacrificar el parénquima esplénico, aunque siempre se debe tener precaución para evitar la rotura del quiste durante su extirpación<sup>(3)</sup>.

Por su parte, los quistes no parasitarios se subdividen en quistes primarios o verdaderos (quistes epidermoides o epiteliales) de origen congénito, y quistes falsos o pseudoquistes (secundarios); este tipo de quistes, carentes de revestimiento celular, se desarrollan generalmente tras un traumatismo previo o infarto del bazo<sup>(2,4)</sup>.

El quiste epidermoide es el tipo más frecuente y representa la mayoría de los casos notificados de quistes esplénicos no parasitarios<sup>(3,5)</sup>.

Generalmente son asintomáticos, pero cuando alcanzan gran tamaño, la compresión de los órganos vecinos causa varios síntomas no específicos. El diagnóstico se realiza mediante el examen físico del paciente, en el que es posible encontrar una masa en el hipocondrio izquierdo; los estudios imagenológicos (ultrasonido y tomografía axial computarizada) permiten definir la naturaleza quística de la lesión; no obstante, el diagnóstico definitivo se confirma sólo en el examen histológico<sup>(4,6)</sup>.

Su tratamiento varía desde la esplenectomía parcial hasta la total cuando hay compromiso del hilio. En los casos de quistes de gran tamaño o con compromiso del hilio esplénico se indica esplenectomía total; pero si se encuentra localizado en un polo, la esplenectomía parcial es la mejor alternativa para conservar las funciones inmunológicas del bazo, especialmente en la defensa contra las bacterias encapsuladas<sup>(4,7,8)</sup>.

Debido a lo poco frecuente de esta entidad en la provincia, este trabajo tiene como objetivo presentar el caso de un paciente con quiste esplénico, diagnosticado y tratado en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila.

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente masculino de 39 años de edad y piel negra, con antecedentes de salud, que estuvo ingresado por presentar apendicitis aguda; durante un examen ultrasonográfico se observó casualmente en el hilio esplénico una imagen compleja, predominantemente ecolúcida y de bordes bien definidos que se diagnosticó como quiste esplénico. Un año después el paciente se presentó en consulta con una historia de ocho meses de dolor leve en el cuadrante superior izquierdo del abdomen como único síntoma.

**Examen físico**

Se observó aumento de volumen abdominal en el hipocondrio izquierdo, que rebasaba aproximadamente 3 cm el reborde costal, doloroso a la palpación, de bordes poco precisos y de consistencia firme.

**Exámenes complementarios**

Hemoglobina: 147 g/L

Hematocrito: 0,45

Leucocitos:  $7,3 \times 10^9/L$

Granulocitos: 43%

Linfocitos: 57%

Conteo de plaquetas:  $180 \times 10^9/L$

Velocidad de sedimentación globular (VSG): 7 mm/h

Glucemia: 3,7 mmol/L

Creatinina: 94 mmol/L

Alaninoaminotransferasa (ALAT): 4  $\mu/L$

Aspartato aminotransferasa (ASAT): 1,61  $\mu/L$

En el ultrasonido abdominal se observó el bazo de tamaño normal y, hacia el hilio, una imagen compleja, predominantemente ecolúcida, de bordes bien definidos y pared fina, que midió 94 x 64 mm. El resto de las estructuras intrabdominales no presentaron alteraciones.

Al paciente se le realizó una laparotomía exploratoria y se encontró un tumor quístico que abarcaba el polo inferior y el hilio del bazo, por lo que se le realizó esplenectomía total. El análisis anatomopatológico confirmó que se trataba de un quiste simple esplénico (primario), sin evidencias de malignidad. El hilio midió 15 x 7 x 5 cm y la formación quística 10 x 7 x 5 cm (Figuras No.1-No.5).

Figura No.1. Acto quirúrgico. Obsérvese el quiste esplénico.



Figura No.2. Bazo y quiste esplénico expuestos en la operación.



Figura No.3. Pieza anatómica con el quiste esplénico.



Figura No.4. Vista lateral izquierda de la pieza anatómica.



Figura No.5. Vista lateral derecha de la pieza anatómica.



El paciente evolucionó satisfactoriamente y recibió el alta hospitalaria a los nueve días.

## DISCUSIÓN

Debido a que los quistes esplénicos son entidades raras, poco frecuentes en la práctica quirúrgica<sup>(1,4)</sup>, no existen registros completos de casos descritos. No obstante, en el mundo se han reportado entre 800 y 1 000 casos, de los que la mayoría son quistes parasitarios, muy raros en países desarrollados; la cifra de quistes no parasitarios informados es aproximadamente 300<sup>(5,9)</sup>.

El primer caso de quiste esplénico dermoide –encontrado en una autopsia– fue reportado por Andral en 1829. Más tarde, en 1867, Pean realizó la primera esplenectomía exitosa a un paciente con quiste esplénico<sup>(8,10)</sup>. Se han hecho varios intentos para clasificar los quistes esplénicos, basados en su probable etiología o patogénesis, por lo que existen varias clasificaciones; la más destacada es la que Fowler hizo en el año 1913, que clasifica los quistes en parasitarios y no parasitarios a partir de su etiología<sup>(4)</sup>. De los quistes esplénicos no parasitarios, alrededor de 10% son primarios y 70-80% secundarios<sup>(4,5,9)</sup>.

En una revisión de más de 42 000 autopsias, se informó una incidencia de quistes esplénicos de 0,07% y en otra revisión, de 0,5-2 %<sup>(9)</sup>; son más frecuentes en la mujer (60% de los casos), con una relación mujer/hombre de 8:1, y se desconoce la explicación de esta diferencia. Aunque pueden aparecer en pacientes de diferentes edades –desde recién nacidos hasta adultos de 50 años– la segunda y tercera décadas de vida son las etapas en las que más frecuentemente se diagnostican estas entidades<sup>(4,6)</sup>.

La patogenia de los quistes esplénicos congénitos es motivo de controversia; se sugiere que, en el período embrionario, porciones de la cápsula esplénica mesotelial se invaginan hacia el interior del parénquima esplénico, y con el paso del tiempo sufren distinto grado de metaplasia escamosa. De esta manera, los quistes epidermoides son malformaciones congénitas, de tipo quístico, originadas a partir del mesotelio. En cambio, 75% de los casos de quistes esplénicos secundarios, se deben a traumatismos abdominales previos<sup>(11)</sup>. Otras posibles etiologías propuestas son infecciones, hemorragias e infartos<sup>(11,12)</sup>.

De ordinario los síntomas son varios, no específicos, y se deben principalmente a la presión que ejerce la masa quística localizada en el cuadrante superior izquierdo sobre los órganos vecinos; entre los más frecuentemente referidos están el dolor y las sensaciones de distensión epigástrica y pesadez en dicho cuadrante<sup>(4,12)</sup>. Entre los exámenes con valor diagnóstico se citan la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada (TAC), la gammagrafía y la arteriografía<sup>(1,13)</sup>.

Hasta hace pocos años el tratamiento de los quistes esplénicos era la esplenectomía total; en la actualidad, el criterio ha cambiado a favor de la esplenectomía parcial y la sola resección del quiste, basado en el hecho de que el resto del parénquima esplénico no es invadido por el quiste, lo que permite evitar las complicaciones infecciosas posteriores a la esplenectomía<sup>(9,13)</sup>.

Se han propuesto otras alternativas para el manejo de los quistes esplénicos, como la marsupialización y la fenestración. La marsupialización consiste en crear una apertura en la pared del quiste para drenaje hacia dentro de la cavidad peritoneal, o hacia el exterior, a través de una fístula cistocutánea creada con este propósito; este tratamiento conduce a recurrencia del quiste, por lo que no se recomienda. En la fenestración una porción de la pared del quiste se reseca para crear una apertura permanente al peritoneo; este es un método simple para manejar los quistes no parasitarios, no complicados y localizados superficialmente<sup>(11-13)</sup>.

Cuando está disponible, el abordaje laparoscópico ofrece resultados comparables a la cirugía abierta, y son menores el tiempo quirúrgico, las complicaciones y el tiempo de estancia intrahospitalaria posoperatoria, a la par que la recuperación es más rápida, el dolor posoperatorio es menor, la función esplénica se preserva, el resultado cosmético es más satisfactorio y son menores las complicaciones relacionadas con la herida<sup>(1,4,9,12)</sup>. Las contraindicaciones para el abordaje laparoscópico son pocas: coagulopatía, absceso, neoplasia quística sospechada o demostrada, periesplenitis y desórdenes con adherencias extensas y amplias<sup>(11)</sup>.

En este caso se optó por realizar esplenectomía total por intervención quirúrgica convencional porque el quiste abarcaba el polo inferior del bazo y su hilio.

## CONCLUSIONES

Los quistes esplénicos verdaderos son sumamente raros. Su etiología es materia de controversia. Sus manifestaciones más frecuentes son dolor abdominal en el hipocondrio izquierdo y esplenomegalia. En caso de sospechar la presencia de un quiste esplénico el primer estudio a realizar es la ecografía, ya que es sensible, de bajo costo, ampliamente disponible y no invasiva. La esplenectomía parcial (indicada cuando el quiste está localizado en un polo) o total (cuando el quiste es de gran tamaño o compromete el hilio esplénico) son las técnicas de elección y se asocian a bajas tasas de mortalidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machaín G, Zenteno JA, Alfonso J, González de Zenteno CI, Vera R, Lee A, Rodríguez A. Quiste esplénico. Reporte de caso. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2006 [citado 12 Feb 2016];39(1):42-5. Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/viewFile/473/383>
2. Zamorano M, Sauré A, Valenzuela D, Cermenati T, Olivares P, Carreño L. Quiste esplénico primario. Rev Chil Cir [Internet]. Feb 2016 [citado 12 Feb 2016];68(1):19-20. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v68n1/art03.pdf>
3. Luraschi Centurión V, Rodríguez Sosa R, Figueredo Marín B, Amarilla Ortiz E. Quiste hidatídico esplénico primario. Cir. Parag. [Internet]. Jun 2013 [citado 12 Feb 2016];37(1):38-9.

Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v37n1/v37n1a09.pdf>

4. Schlittler LA, Weiller Dallagasperina V. Cistos esplénicos não-parasitários. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. Dic 2010 [citado 12 Feb 2016];37(6):442-6. Disponible en: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Luis-Alberto-Schlittler.pdf>
5. De la Torre Rubio P, Rodríguez Sicilia MJ, Martos Ruiz V, De Teresa Galván J. Quiste esplénico congénito. Una infrecuente causa de dolor abdominal. RAPD [Internet]. Abr 2014 [citado 12 Feb 2016];37(2):98-101. Disponible en: [http://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol37\\_n2/04](http://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol37_n2/04)
6. Álvarez A, Mir V, Tort Brutau J, Sala Pedrós J, Culubret M. Quiste primario de bazo. Semergen [Internet]. Dic 2015 [citado 12 Feb 2016];41(8):e81-3. Disponible en: <http://apps.wl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA00004N&piiItem=S1138359314003803&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es>
7. Astudillo Molina RA, Uruguén Jerves JA, Serrano Hinojosa BE. Quiste no parasitario de bazo: resolución laparoscópica. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca [Internet]. Abr 2013 [citado 12 Feb 2016];31(1):46-9. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20623/1/Rub%C3%A9n%20Astudillo,%20Juan%20Urugu%C3%A9n%20y%20Bolívar%20Serrano.pdf>
8. Viamont Guerra MR, Alves Ribeiro M, Francetich Nam M, Valsecchi Casale AL, Pinho Brasileiro Martins C, Lima de Moraes CE, et al. Cisto esplénico não parasitário-tratamiento por laparoscopia. Diagn Tratamiento [Internet]. Abr 2012 [citado 12 Feb 2016];17(2):51-5. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n2/a3050.pdf>
9. León Álvarez JL, Roselló Silva N, Ochoa Montes LA, Llores Núñez M, Barbón Fellové N, Domínguez Cervantes J. Pseudoquiste esplénico gigante. Rev cubana med [Internet]. Jun 2009 [citado 19 May 2016];48(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v48n2/med08209.pdf>
10. Rojo Álvaro J, Annicchero Sánchez FJ, Alonso Martínez JL, Pérez Ricarte S, Oteiza Olaso J, Casas Fernández de Tejerina JM. Lesiones esplénicas en medicina interna. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. Abr 2014 [citado 19 May 2016];37(1):169-76. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n1/21\\_rojo.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n1/21_rojo.pdf)
11. Ramia Ángel JM, De la Plaza Llamas R, Veguillas Redondo P, Quiñones Sampedro JE, García-Parreño Jofré J. Esplenectomía laparoscópica como tratamiento del quiste esplénico postraumático. Cir Esp [Internet]. Oct 2009 [citado 13 Mar 2016];86(4):259-61. Disponible en: <http://apps.wl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf/watermark?idApp=UINPBA00004N&piiItem=S0009739X09001365&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es>
12. Sendino Cañizarez P, Errazti de Olartekoetxea G. Quiste esplénico postraumático. Cir Esp [Internet]. Dic 2010 [citado 12 Feb 2016];88(6):429-30. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13188344&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=36&ty=140&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v88n06a13188344pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13188344&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=36&ty=140&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v88n06a13188344pdf001.pdf)
13. López Martínez JJ, Rodríguez Martínez R, Martín Díaz L, Vicente Cantero M, Del Pozo Rodríguez M. Quiste esplénico calcificado gigante. Cir Esp [Internet]. Oct 2008 [citado 12 Feb 2016];84(4):234-5. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13126905&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=36&ty=90&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v84n04a13126905pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13126905&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=36&ty=90&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v84n04a13126905pdf001.pdf)

**Recibido:** 23 de mayo de 2016

**Aprobado:** 24 de mayo de 2016

MSc. Frank Yaniel Martínez Lorenzo  
Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"  
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200  
Correo electrónico: [fyml@ali.cav.sld.cu](mailto:fyml@ali.cav.sld.cu)