



CARTA CLÍNICA

Quiste primario de bazo



Primary splenic cyst

Se expone el caso clínico de un quiste esplénico primario sintomático, debido a su baja prevalencia y a las peculiaridades del caso. Se barajaron distintas hipótesis y, finalmente, el estudio de la pieza anatómica confirmó el verdadero origen del quiste.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años, sin alergias y con antecedentes patológicos de adenoidectomía, apendicectomía, 2 nódulos tiroideos estables ecográficamente y hemiparotidectomía izquierda por adenoma pleomorfo de parótida en 2009, que presentó de forma súbita dolor abdominal difuso e intenso, punzante, con irradiación escapular izquierda, y acompañado de vegetatismo.

Mediante la exploración física se obtuvieron los siguientes datos:

Constantes vitales: PA 101/69; FC 78; temperatura 35,7 °C; Sat O₂: 99%.

Malestar general. Palidez cutánea. Normohidratación cutáneo-mucosa. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos, sin soplos ni roces, alguna extrasístole aislada. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Auscultación respiratoria sin hallazgos. Abdomen poco depresible, doloroso a la palpación difusa, con signos de descompresión positiva. No se palparon masas ni visceromegalias, pero el dolor dificultaba la exploración.

Se inició tratamiento analgésico con paracetamol 1 g i.v., metamizol i.v., butilbromuro de hioscina i.m. y metoclopramida i.v.

Fue trasladada al centro hospitalario de referencia, ante la sospecha de perforación de víscera hueca o pancreatitis aguda. Los pulsos periféricos presentes y simétricos y el ECG sin alteraciones descartaban a priori la disección aórtica.

Las exploraciones complementarias realizadas en Urgencias (hemograma, perfil renal, perfil hepático, PCR, amilasa y CK; sedimento de orina y gasometría arterial; radiografía de tórax y abdomen) no mostraron hallazgos de interés. La paciente mejoró notablemente y se descartó patología quirúrgica aguda. Fue dada de alta hospitalaria.

Durante 48 h la paciente estuvo en reposo y con tratamiento antiinflamatorio, hasta encontrarse totalmente asintomática. Ante la sospecha de un folículo hemorrágico, se solicitó valoración por ginecología. La ecografía

transvaginal mostró abundante líquido libre en pelvis, sin apreciar lesiones a nivel uterino ni ovárico.

Se completó el estudio mediante ecografía abdominal, que mostró: «Esplenomegalia y una lesión de 10 cm, con contenido ecogénico y otras lesiones más pequeñas, hipoeicoicas, triangulares y periféricas, que podrían corresponder a infartos esplénicos. Líquido libre abdominal perihepático, periesplénico y en pelvis. Probable hemoperitoneo» (figs. 1 y 2).

Tras las imágenes sugestivas de infarto esplénico, se solicitó estudio con ecocardiograma, Holter, estudio completo de coagulación, y angio-TAC torácico para descartar un origen tromboembólico del dolor. Todo resultó negativo, a excepción de:

PCR 5,49 (0-5), IgM antiB₂ glucoproteína 23 (> 10 positivo), IgM anti-cardiolipina 36 (10-40 límite de positividad), anticoagulante lúpico negativo, anticuerpos IgM contra *Mycoplasma* + dímero D de fibrina 1.171 (0-500), serología contra *Echinococcus granulosus* negativa, antígeno CA 19.9: 240 (0-39), antígeno CA 125: 39,93 (0-35).

En cuanto al quiste, se realizaron más pruebas de imagen, que se detallan a continuación:

- TC abdominal (con contraste): esplenomegalia (15 cm) a expensas de una lesión quística de 8,5 × 8 × 8,9 cm (diámetros anteroposterior, transverso y longitudinal, respectivamente) y a otra lesión multiloculada adyacente de 4 × 2 × 3,5 cm. Se observan algunas pequeñas calcificaciones en la pared de ambas lesiones. La mayor de las lesiones condiciona un efecto de masa sobre la curvatura mayor del estómago. Las lesiones son sugestivas de hidatidosis esplénica.
- RMN abdominal (con contraste): lesión multiquística/multiloculada esplénica de 9,3 × 9,4 × 8,1 cm, sobre todo a costa de un gran quiste-lóculo de 9,3 cm. Muestra paredes definidas, sin niveles intraquísticos ni signos de hemorragia, y con el contraste intravenoso muestra realce fino laminar mural marginal y en los septos. Existe una banda laminar de líquido periesplénico, perihepático y pleural bilateral. Aunque los infartos pueden presentar aspecto quístico, los hallazgos globalmente sugieren quiste hidatídico (fig. 3).

Se realizó una valoración multidisciplinar del caso en la cual se barajaron 2 orientaciones diagnósticas: hidatidosis esplénica y quiste simple de bazo.



Figuras 1 y 2 Esplenomegalia y una lesión de 10 cm, con contenido ecogénico y otras lesiones más pequeñas, hipoeoicas, triangulares y periféricas, que podrían corresponder a infartos esplénicos. Líquido libre abdominal perihepático, periesplénico y en pelvis.

Los datos a favor del quiste no parasitario fueron la serología de *Echinococcus granulosus* negativa y la elevación del antígeno CA 19.9, pero a pesar de ello, los estudios radiológicos sugerían que podía tratarse de un quiste hidatídico. Cabe comentar que los casos de hidatidosis de localización menos frecuente que la hepática (pulmón, bazo y riñón) se asocian a bajos niveles de anticuerpos¹. Además, los estudios inmunológicos presentan escasa especificidad (60-90%) y una sensibilidad del 80% en lesiones hepáticas y del 65% en lesiones pulmonares, por lo que deben interpretarse según el contexto clínico-radiológico².

Se decidió así orientar el caso como un posible quiste hidatídico y se programó a la paciente para la exéresis del mismo. Previa a dicha cirugía se realizó tratamiento con albendazol 400 mg/12 h (3 tandas de 30 días, con periodos de descanso de 15 días entre una y otra), con el objetivo de evitar la diseminación del parásito en caso de una posible rotura pre o intraoperatoria del quiste.

Al cabo de 6 meses desde el episodio de dolor agudo se realizó quistectomía y esplenectomía total mediante cirugía abierta (abordaje subcostal izquierdo),

previa vacunación antineumocócica, antimeningocócica, anti-*Haemophilus influenzae* y antigripal.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

El estudio anatomopatológico (fig. 4) demostró que el quiste estaba constituido por una pared fibrosa con calcificaciones y focalmente revestido por epitelio escamoso benigno. Estaba bien delimitado del parénquima esplénico adyacente, que era de coloración terrosa rojiza y marcadamente congestivo. Así, el diagnóstico acabó siendo el de un quiste epidermoide.

Las tumoraciones esplénicas benignas son poco frecuentes. Se clasifican en quistes primarios o verdaderos (parasitarios o no parasitarios) y secundarios o pseudoquistes (tras un traumatismo, hemorragia o infarto)³⁻⁵.

Son más frecuentes los secundarios a traumatismos y los quistes parasitarios en zonas endémicas.

Los quistes epidermoides constituyen un 10% del total. Su patogenia es controvertida, aunque la teoría más aceptada habla de quiste mesotelial con metaplasia escamosa³. La mayoría son asintomáticos, pero cuando producen clínica lo hacen en forma de dolor o masa palpable. Pueden complicarse por infección, hemorragia o rotura^{4,5}.

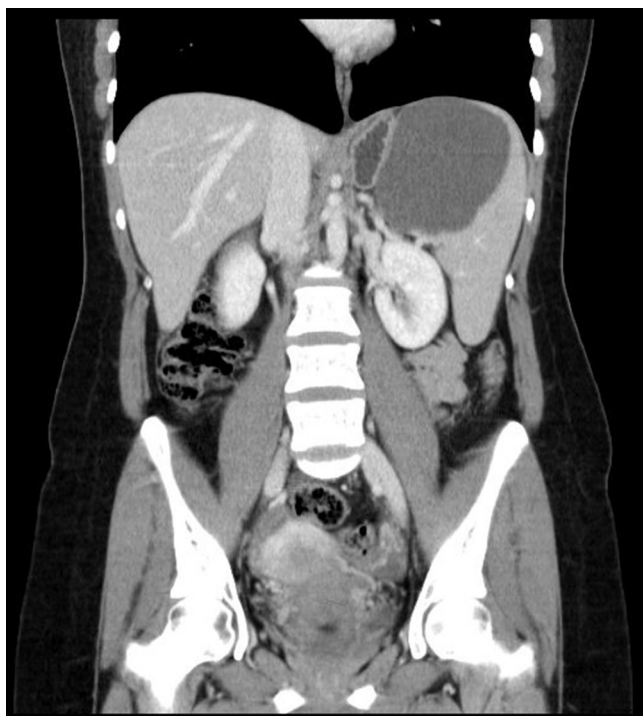


Figura 3 La imagen muestra paredes definidas, sin niveles intraquísticos ni signos de hemorragia, y con el contraste intravenoso muestra realce fino laminar mural marginal y en los septos. Existe una banda laminar de líquido periesplénico, perihepático y pleural bilateral. Aunque los infartos pueden presentar aspecto quístico, los hallazgos globalmente sugieren quiste hidatídico.

Las pruebas complementarias de elección son la ecografía y la TC abdominal, y se puede elevar el antígeno CA 19.9, secretado por el epitelio del quiste^{6,7}.

Se recomienda seguimiento en los quistes asintomáticos y menores de 5 cm. Para el resto de casos existen distintas



Figura 4 Quiste constituido por una pared fibrosa con calcificaciones y focalmente revestido por epitelio escamoso benigno. Estaba bien delimitado del parénquima esplénico adyacente, que era de coloración terrosa rojiza y marcadamente congestivo.

opciones quirúrgicas (aspiración percutánea, defenestración, quistectomía por laparoscopia o por laparotomía con esplenectomía parcial o total)^{3,4}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Guzmán Martínez-Valls PL, Honrubia Vilchez B, Rodríguez Tardido A, Izquierdo Morejon E, Pietricica BN, Montoya Chinchilla R, et al. Manejo diagnóstico y terapéutico de la hidatidosis renal. *Arch Esp Urol*. 2009;62:73–9.
2. Prieto M, Marquina T, Mifsut P, Moreno T. Hidatidosis esplénica: 5 casos de esta rara localización. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:631–8.
3. Cordobés J, Molina FX, Álvarez-Segurado C, Pagán A, Salinas R, García-Sanz M, et al. Quiste epidermoide esplénico gigante. *Cir Esp*. 2005;78:55–7.
4. Blesa E, Ayuso R, Enríquez EM. Quiste no parasitario de bazo. *Cir Pediatr*. 2009;22:39–41.
5. Gil-Rojas N, Juárez Cáceres DP, Pérez Torres E. Quiste esplénico verdadero Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2010;73:245–51.
6. Hoshimo A, Nakamura Y, Suzuki H, Mizutani S, Chihara N, Matsunobu T, et al. Giant epidermoid cyst of the spleen with elevated CA 19-9 production managed laparoscopically: Report of a case. *J Nippon Med Sch*. 2013;80:470–4.
7. Papadopoulos NI, Davatzikos A, Kasabalis G, Manti C, Konstantoudakis G. Primary epithelial splenic cyst with micro-rupture and raised carbohydrate antigen CA 19-9: A paradigm of management. *BMJ Case Rep*. 2010, pii: bcr0120102636. doi: 10.1136/bcr.01.2010.2636.

A. Álvarez^{a,*}, V. Mir^b, J. Tort^c, J. Sala^d y M. Culubret^e

^a Atención Primaria, EAP Can Rull, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^b Ginecología, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^c Medicina Interna, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^d Cirugía General, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^e Anatomía Patológica, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aalvarezacedo@gmail.com (A. Álvarez).