



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-437 - Lesiones QUÍSTICAS esplénicas no parasitarias. Presentación de un caso y revisión de la BIBLIOGRAFÍA

García Nebreda, María; Paseiro Crespo, Gloria; Álvaro Cifuentes, Edurne; Marqués Medina, Elia; Donat Garrido, María; Ortega Domene, Patricia; Ortiz Johansson, Carlos; Seoane González, José Benito

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción: Las lesiones quísticas esplénicas se tratan de una patología heterogénea e infrecuente con un incremento importante de la incidencia debido al número de lesiones esplénicas traumáticas con manejo conservador, y al aumento de pruebas de imagen realizadas.

Caso clínico: Mujer de 21 años sin antecedentes personales de interés, remitida por tumoración abdominal palpable en HCI. La ecografía y la tomografía computarizada evidenciaron una imagen líquida, de 20 cm de tamaño, de dependencia esplénica. La serología para *Echinococcus* es negativa, destacando un antígeno CA19-9 de 5.894 U/ml. Con el diagnóstico de quiste esplénico gigante, se indica tratamiento quirúrgico, realizándose una esplenectomía laparoscópica. Con intención de realizar la extracción de la pieza de forma mínimamente invasiva, se realiza apertura controlada del quiste esplénico. El postoperatorio cursa sin incidencias y en analítica de control trimestral se evidencia normalización del CA-19.9. El estudio anatomopatológico fue diagnóstico de quiste epitelial esplénico, con ocupación del bazo por una formación quística unilocular (14 × 11 cm).

Discusión: La incidencia de las lesiones quísticas esplénicas es muy baja, existiendo únicamente alrededor de 1.000 casos en la literatura. La clasificación más aceptada es la que diferencia entre parasitarios y no parasitarios, y dentro de los no parasitarios los primarios o verdaderos y los secundarios o pseudoquistes. Quistes primarios o verdaderos: son definidos por la presencia de epitelio en su pared en ausencia de infección parasitaria. Se dividen en congénitos y adquiridos o neoplásicos. Los quistes epidermoides, representan más del 95% de los quistes no parasitarios. Presentan inclusiones epidérmicas embrionarias asociando dilataciones quísticas. Puede existir metaplasia pero no existen descritos casos de malignización. Este tipo de lesión esplénica eleva el biomarcador CA 19-9 tanto en el contenido del quiste como en sangre periférica, debido a su presencia en epitelios escamosos. Los quistes neoplásicos se resumen a angiosarcomas, una rareza descrita en la literatura. Quistes secundarios o pseudoquistes: representan el 75% de los quistes no parasitarios. Se llaman pseudoquistes porque su pared es acelular. Se diferencian en traumáticos y no traumáticos. Un 30% de los pseudoquistes son de naturaleza atraumática, pudiendo ser debido a patología infecciosa, a trombosis o émbolos esplénicos en el ámbito de otra patología subyacente. Para el diagnóstico de las lesiones esplénicas se considera la TC la prueba de elección por su disponibilidad y su elevada rentabilidad en cuanto al diagnóstico. Es necesario, que antes de plantear el tratamiento se haya descartado por imagen la dependencia de otros órganos. La RMN se debe realizar en caso de que existan dudas con la tomografía. La ecografía; sencilla e inocua tiene elevada utilidad para el seguimiento de las lesiones no susceptibles de tratamiento quirúrgico. Actualmente se desaconseja la punción por su baja

rentabilidad y por el riesgo de complicaciones como la hemorragia intraquística y la diseminación en caso de existir dudas diagnosticas de malignidad. El tratamiento va a depender de la clínica, si existe dolor abdominal, vómitos, HTA o crecimiento el tratamiento de elección será quirúrgico con esplenectomía por abordaje laparoscópico.