CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):627

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-254 - QUISTE EPIDÉRMICO ESPLÉNICO GIGANTE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ESPLENECTOMÍA PARCIAL

Navarro Moratalla, Carla; Puche Pla, José Julián; Bruna Esteban, Marcos; de Andrés Gómez, Alejandra; Melero Abellán, Antonio; Báez, Celia; Oviedo Bravo, Miguel; Vázquez Prados, Antonio

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: Los quistes epidermoides esplénicos son muy poco frecuentes, representando el 10% del total de los quistes esplénicos no parasitarios. Habitualmente aparecen en población pediátrica o mujeres jóvenes. Suelen ser asintomáticos, ocasionar molestias inespecíficas o tumoración abdominal en HI. La infección, hemorragia y ruptura son complicaciones potenciales. Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente de 21 años con diagnóstico definitivo de quiste epidérmico esplénico gigante. Discutimos la presentación clínica, estudio radiológico, procedimiento quirúrgico y resultados del tratamiento con objeto de que esta rara entidad patológica pueda diagnosticarse y tratarse de forma adecuada.

Caso clínico: Mujer de 21 años sin antecedentes patológicos de interés que consulta por sensación de plenitud post-prandial asociado a abombamiento abdominal epigástrico progresivo de varios meses de evolución. En la exploración física destaca ocupación del HI por una masa de gran tamaño que rebasa la zona epigástrica, mesogastrio y vacío izquierdo. La primera prueba diagnóstica realizada fue una ecografía abdominal que demuestra la presencia de una masa quística ecogénica de 156 × 161 × 137 mm en topografía de hemiabdomen superior, desplazando estructuras adyacentes (bazo, riñón izquierdo, colon transverso y estómago) y contactando con el lóbulo hepático izquierdo y cuerpo-cola pancreáticas. La lesión descrita es interpretada radiológicamente como un quiste mesentérico vs quiste de duplicación gástrico o intestinal. Se completó el estudio mediante un TAC confirmándose dicha masa quística, sin evidenciar clara órgano-dependencia. El tránsito esófago-gastroduodenal objetivó una marcada impronta extrínseca sobre el fundus y cuerpo gástrico. Se propuso para intervención quirúrgica electiva, realizándose una laparotomía subcostal izquierda, evidenciando una tumoración quística de unos 15-20 cm dependiente de hilio esplénico que precisó ligadura y sección del hilio esplénico y la subsiguiente esplenectomía subtotal preservando el polo superior de unos 6 × 4 cm aprox. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias. El informe anatomopatológico definitivo fue de quiste epidérmico esplénico.

Discusión: Los quistes esplénicos no parasitarios constituyen una entidad rara que siempre debe tenerse en cuenta ante la presencia de una tumoración o molestias en HI sobre todo en pacientes jóvenes. El diagnóstico se basa en la clínica (inespecífica) y pruebas complementarias, siendo la TAC y RMN los que mayor índice de certeza proporcionan. El diagnóstico diferencial se plantea con otros tumores sólidos o quísticos fundamentalmente con quistes hepáticos, pancreáticos y con otros

quistes esplénicos (hidatídico, congénito, pseudoquiste postraumático, absceso, infarto o neoplasia quística). Requieren esplenectomía cuando son grandes, sintomáticos, para prevenir potenciales complicaciones o en caso de no poder descartar malignidad. Puede realizarse por laparoscopia, reservando la laparotomía para los de gran tamaño o en previsión de dificultades técnicas. Aunque de manera clásica se ha venido aconsejando la esplenectomía total, hay una tendencia creciente a realizar esplenectomía parcial siempre que sea posible, sobre todo en niños y adultos jóvenes.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados