



P-800 - DIAGNÓSTICO INFRECUENTE DE ESPLENOMEGLIA

Nicolás, Tatiana; Gómez, Beatriz; Fernández, Juan Ángel; Frutos, María Dolores; Sánchez, Javier; Torres Salmerón, Gloria; Soria, Teresa; Parrilla, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes. Se clasifican en parasitarios (90% hidatídicos) 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). En nuestro medio, son más frecuentes los de origen hidatídico.

Caso clínico: Varón de 16 años sin antecedentes de interés es remitido a consultas de cirugía por de dolor continuo y masa palpable en flanco izquierdo de meses de evolución. Desde hace un año, el paciente ha acudido a Urgencias en reiteradas ocasiones por dolor costal tras caída accidental, siendo catalogado como dolor costal inespecífico. A la exploración se palpaba tumoración de seis travesées de dedo en hipocondrio y flanco izquierdo dolorosa a la palpación. Presentaba analítica anodina. Tras ecografía se halla quiste bien definido de contenido líquido ecógeno, de unos 20 cm de diámetro, con probable origen esplénico. Ante estas pruebas se realiza TAC abdominal informando de lesión quística esplénica calcificada con importante efecto masa pero sin afectación vascular relevante. Con este diagnóstico, se interviene de forma programada mediante laparotomía hallando tumoración esplénica de unos 20 cm de diámetro con desplazamiento de lóbulo hepático izquierdo, estómago y riñón izquierdo. Gran cantidad de varices; realizándose esplenectomía. El paciente fue dado de alta al tercer día tras postoperatorio favorable. El diagnóstico anatomo patológico informó de quiste epitelial del bazo de tipo epidermoide.



Discusión: Con una incidencia ínfima, los quistes epiteliales se observan en la segunda o tercera década de la vida, como en nuestro caso. La mayoría son asintomáticos aunque también pueden manifestarse como consecuencia del efecto masa, con dolor, náuseas, vómitos, síntomas respiratorios y urinarios. Una minoría se

presenta como abdomen agudo debido a hemorragia intraquística, ruptura o infección. El diagnóstico diferencial se debe hacer con los quistes adquiridos, como el hidatídico, pseudoquistes postraumático y hemangioma. Para ello se utilizan pruebas de imagen, como la ECO (se presentan como lesiones anecoicas, uniloculares bien delimitadas, de paredes delgadas) y el TC (como lesiones redondeadas, de baja atenuación bien definidas). La PAAF no proporciona mucha información sobre el diagnóstico. Se recomienda tratamiento quirúrgico para los pacientes sintomáticos, quistes mayores de 5 cm y aquellos con sospecha de malignidad, ya que están descritos en un 3% de los casos. Actualmente hay una tendencia hacia la esplenectomía parcial (abierta o laparoscópica) con el fin de conservar la función inmunológica esplénica y prevenir complicaciones infecciosas posesplenectomía. La esplenectomía total se reserva para quistes muy grandes (como era nuestro caso), casi completamente cubiertos por parénquima esplénico, situados en el hilio o por quistes múltiples. Otras técnicas son el destechamiento, marsupialización y fenestración. A pesar de que los quistes esplénicos son entidades poco frecuentes, siempre tienen que tenerse en cuenta como parte del diagnóstico diferencial del dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, sobre todo en pacientes jóvenes. El diagnóstico se realiza mediante TC. El tratamiento es quirúrgico cuando es grande o produce sintomatología. Y aunque su malignificación es rara, deberemos tenerla presente.