

# Quiste esplénico calcificado gigante

Juan José López-Martínez, Ramón Rodríguez-Martínez, Luis Martín-Díaz, Manuel Vicente-Cantero y Manuel del Pozo-Rodríguez

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo II. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

Los quistes esplénicos (QE) no parasitarios, aunque infrecuentes, se diagnostican cada vez más<sup>1</sup>. Se clasifican en primarios o verdaderos, con epitelio, habitualmente congénitos, y secundarios o seudoquistes, sin epitelio, de origen traumático o hemorrágico<sup>2</sup>.

Caso clínico: mujer de 54 años, colecistectomizada 30 años antes. Hallazgo casual en radiografía simple de masa quística calcificada en el hipocondrio izquierdo. Asintomática, exploración y analítica normales (serología hidatídica negativa). Ecografía y tomografía computarizada (TC): masa quística en hipocondrio izquierdo, pared calcificada, bien delimitada de 13 × 20 cm; enema opaco: sin relación con la luz intestinal. Intervención: QE de consistencia pétrea adherido a hígado, estómago y diafragma que imposibilitó la preservación del bazo; se realizó esplenectomía. Postoperatorio normal. Estudio anatomo-patológico: formación quística unilocular, pared lisa,

grosor de 2-3 cm y apariencia de calcificación; al microscopio se observa constituida por tejido fibroso con depósito cárneo en su totalidad, sin revestimiento epitelial.

Los QE son habitualmente asintomáticos, aunque los de mayor tamaño pueden producir síntomas compresivos por vecindad<sup>1,3,4</sup>. No producen alteraciones analíticas, salvo aumento ocasional del CA 19.9<sup>1,3</sup>. Se diagnostican mediante: radiografía simple, ecografía, resonancia magnética y TC que informan de la morfología, la composición, la localización y la relación con órganos vecinos<sup>4</sup>.

La distinción preoperatoria entre QE primarios y secundarios es difícil, el diagnóstico exacto sólo es anatomo-patológico<sup>5</sup>.

La cirugía está indicada en quistes mayores de 4-5 cm, por sus potenciales complicaciones: infección, rotura o hemorragia<sup>1-3</sup>. Son preferibles las técnicas laparoscópicas que conservan el bazo<sup>1,4,5</sup>. Los grandes, del hilio esplénico, intraparenquimatosos o múltiples precisan esplenectomía total abierta o laparoscópica<sup>1,3,4</sup>.

En nuestro caso es excepcional el tamaño y la total calcificación de la pared que obligó a la esplenectomía abierta.

Correspondencia: Dr. J.J. López-Martínez.  
 C/ Sagrado Corazón, 20, 3.º M.  
 30120 El Palmar. Murcia. España.  
 Correo electrónico: juanjicolopez@hotmail.com

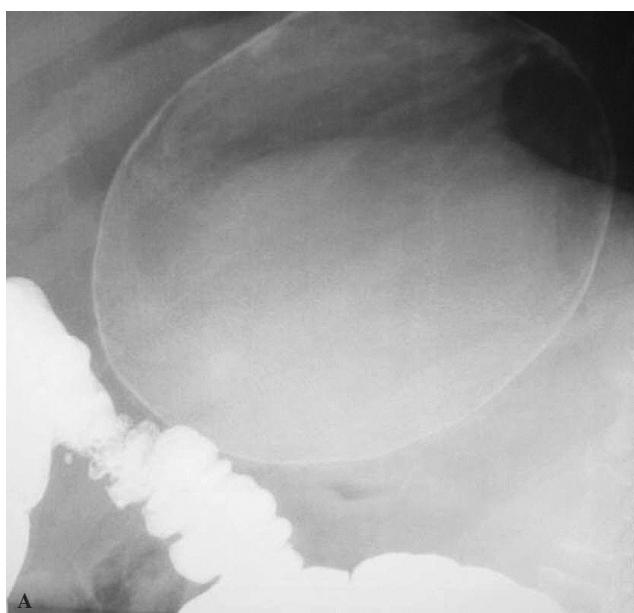


Fig. 1. A: imagen de enema opaco en la que se observa la masa quística calcificada sin relación con el colon. B: corte de tomografía computarizada: quiste esplénico de 13 × 20 cm calcificado en su totalidad.

**Bibliografía**

1. Navarro JM, Ferrer R, Juárez L, Oliver I, Fernández-Frías A, Sánchez A, et al. Tratamiento laparoscópico del quiste esplénico primario. *Cir Esp.* 2006;80:340-4.
2. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification and treatment. *J Am Coll Surg.* 2002;194:306-14.
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. Macheras A, Misiakos EP, Liakakos T, Mpistarakis D, Fotiadis C, Karatzas G. Non-parasitic splenic cysts: a report of three cases. *World J Gastroenterol.* 2005;11:6884-7.
5. Mertens J, Penninckx F, DeWeber I, Topal B. Long-term outcome after surgical treatment of nonparasitic splenic cysts. *Surg Endoscop.* 2007;21:206-8.