

5. Perrino M, Vannucchi G, Vicentini L, Cantoni G, Dazzi D, Colombo C, et al. Outcome predictors and impact of central node dissection and radiometabolic treatments in papillary thyroid cancers <or =2 cm. *Endocr Relat Cancer*. 2009;16: 201-10.
6. Kuzdzal J, Zielinski M, Papla B, Szlubowski A, Hauer L, Nabialek T, et al. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy—the new operative technique and early results in lung cancer staging. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005;27:384-90.
7. Kuzdzal J, Zielinski M, Papla B, Urbanik A, Wojciechowski W, Narski M, et al. The transcervical extended mediastinal lymphadenectomy versus cervical mediastinoscopy in non-small cell lung cancer staging. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;31:88-94.
8. Zielinski M. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy: Results of staging in two hundred fifty-six patients with non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2007;2:370-2.
9. Zielinski M, Kuzdzal J, Nabialek T, Hauer L, Pankowski J, Dziadzio B. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy. Multimedia Manual of Cardio-thoracic Surgery. MMCTS. 200610.1510/mmcts.2005.001693.

David Pérez Alonso, Jose Ramón Cano García\*, Santiago Quevedo Losada y Luis López Rivero

Sección de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseravich@hotmail.com  
(J.R. Cano García).

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.032

## Quiste esplénico postraumático

### Post-traumatic splenic cyst

Los quistes esplénicos no parasitarios son lesiones infrecuentes. El tratamiento tradicional de estos es la esplenectomía abierta, pero debido a los avances en cirugía laparoscópica y la tendencia hacia una cirugía conservadora ha cambiado el enfoque quirúrgico de esta enfermedad.

Se remite a nuestras consultas a una mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés por presentar una masa abdominal palpable en el hipocondrio izquierdo. Refería un antecedente traumático 4 años antes: se había caído por unas escaleras, por lo que acudió a otro centro por dolor costal izquierdo, donde le realizaron exploraciones radiológicas a esa altura sin observarse enfermedad aguda.

Durante el estudio se realizaron analítica general y serologías que resultaron normales, a excepción de la elevación del marcador CA 19/9 (98419 U/ml). En la ecografía abdominal presentaba una lesión esplénica y se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) con contraste, donde se observaba una gran lesión esplénica de 12 × 14 × 16 cm quística, sin calcificaciones ni septos, que podía corresponder con quiste esplénico congénito o con seudoquiste postraumático (figs. 1 y 2).

Para confirmar el diagnóstico, y como posible tratamiento, se realizó un drenaje percutáneo. Se mandaron muestras para microbiología, citología y serología donde destacaron los marcadores CA19/9 (>70.000 U/ml), CA 125 (>12.000 U/ml) y CEA (1.193 ng/ml).

Durante los controles posteriores mediante TC se observó recidiva a los 3 meses; se realizó, entonces, esplenectomía por vía laparoscópica previa punción y evacuación del quiste. La anatomía patológica describió un quiste esplénico hemorrágico postraumático. El curso postoperatorio transcurrió

sin incidencias y durante el seguimiento se repitieron determinaciones del marcador CA 19/9 en sangre, que se normalizó (32 U/ml al año de la intervención quirúrgica).

Los quistes esplénicos son una enfermedad poco frecuente del bazo. Según la clasificación tradicional, los quistes esplénicos se clasifican en primarios o verdaderos, que pueden ser parasitarios (causados en su mayoría por *Echinococcus*) o no parasitarios que, a su vez, se dividen en congénitos o neoplásicos. Los secundarios o falsos suelen deberse a traumatismo previo y representan el 50-80% del total de las tumoraciones del bazo<sup>1</sup>. A menudo es imposible distinguir radiológicamente entre quiste primario y quiste



Figura 1 – Gran lesión esplénica de 12 × 14 × 16 cm, quística, sin calcificación ni septos.



Figura 2 – Misma lesión en un corte coronal.

secundario, pero la presentación clínica y la historia pueden ayudar al diagnóstico diferencial.

La mayoría de los quistes son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental mediante ecografía abdominal. Su diagnóstico está aumentando debido al uso cada vez más frecuente de técnicas de imagen. El quiste esplénico no produce síntomas específicos hasta alcanzar un tamaño significativo, y puede causar dolor en el hipocondrio izquierdo debido a la distensión de la cápsula, o se pueden presentar como masa palpable. Pueden aparecer síntomas secundarios a la presión sobre órganos adyacentes, tales como náuseas, vómitos y diarrea. Además, la presión en el sistema cardiorespiratorio puede causar dolor pleurítico o disnea<sup>2</sup>. Entre las complicaciones que pueden aparecer se encuentran la infección del quiste y la hemorragia o rotura de este.

Las pruebas diagnósticas de elección son la ecografía y la TC que nos dan información sobre la morfología del quiste, composición, localización en el bazo, posición y relación con órganos vecinos. Se han descrito casos de quistes esplénicos que presentan elevaciones del CEA y, sobre todo, del CA 19/9, tanto en sangre como en contenido quístico, y se ha observado una regresión a la normalidad cuando desaparece el quiste, a los 30-60 días poscirugía<sup>3</sup>.

La indicación quirúrgica viene determinada por el tamaño del quiste ( $> 5$  cm) o por la presencia de síntomas; en otros casos se recomienda un control ecográfico 2 veces al año. El tratamiento tradicional del quiste esplénico ha sido la laparotomía con esplenectomía. En la actualidad hay una tendencia hacia la cirugía conservadora, ya que permite conservar parcialmente el parénquima y la función esplénica, y evita las complicaciones infecciosas postesplenectomía como la sepsis por *Streptococcus pneumoniae* y otros gérmenes encapsulados, como el *Haemophilus influenzae*<sup>4</sup>. Se han descrito las opciones conservadoras,

como aspiración percutánea o esclerosis, pero tienen como resultado una alta tasa de recidiva. El tratamiento de elección es la esplenectomía parcial, con la que se conserva más del 25% del parénquima esplénico, lo mínimo necesario para conservar la protección inmunológica esplénica sin aumentar el riesgo de recidiva. Además, siempre que sea posible se debe realizar por laparoscopia porque ofrece los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva: mínimo dolor postoperatorio, recuperación más rápida, estancia hospitalaria más corta y menor morbilidad. Hay autores que abogan por otras técnicas como la marsupialización o la decapsulación del quiste<sup>5</sup>. La marsupialización es una opción conservadora recomendada en quistes esplénicos superficiales pero se ha relacionado con un aumento de complicaciones infecciosas. La decapsulación del quiste es una opción más conservadora pero no hay estudios a largo plazo que demuestren ausencia de recidiva.

La esplenectomía total se lleva a cabo en los casos en que el tratamiento conservador esté contraindicado, como quistes gigantes, situados en el hilio esplénico, cubiertos completamente por parénquima esplénico o si presenta múltiples quistes<sup>6</sup>. En este caso, se decidió esta técnica debido al tamaño del quiste y su proximidad al hilio esplénico.

La esplenectomía parcial laparoscópica es tratamiento de elección porque tiene la ventaja de que elimina completamente el quiste, lo que evita el riesgo de recidiva, con preservación del bazo.

#### B I B L I O G R A FÍ A

1. Cordobés J, Molina F, Álvarez-Segurado C, Pagán A, Salinas R, García-Sanz M, et al. Quiste epidermoide esplénico gigante. Cir Esp. 2005;78:55-7.
2. Macheras A, Misakos 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.
3. Paksoy M, Karabacak I, Kusaslan R, Demiryas S, Ayan F, Ertem M. Laparoscopic splenic total cystectomy in a patient with elevated CA 19.9. JSLS. 2006;10:507-10.
4. Añón Requena MJ, Pérez Requena J, Palomo González MJ, Guerrero Cauqui R. Quiste epidermoide esplénico. Presentación de un caso. Rev Esp Patol. 2004;37:449-52.
5. Sierra R, Brunner WC, Murphy JT, Dunne JB, Scott DJ. Laparoscopic marsupialization of a giant posttraumatic splenic cyst. JSLS. 2004;8:384-8.
6. Palanivelu C, Rangarajan M, Velusamy Madankumar M, James John S. Laparoscopic internal marsupialization for large nonparasitic splenic cysts: Effective organ-preserving technique. World J Surg. 2008;32:20-5.

Patricia Sendino Cañizares\* y Gaizka Errazti de Olartekoetxea  
Servicio de Cirugía, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciasendino@yahoo.es  
(P. Sendino Cañizares).