

---

## CASOS CLÍNICOS

---

394 Dolores Gómez Suárez

Teresa Castro Veiga

Paula González Gil

Carlos López Ramón y Cajal

Unidad de Diagnóstico Prenatal. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

**Correspondencia:**

Dra. D. Gómez Suárez.

Unidad de Diagnóstico Prenatal. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pizarro, 22. 36204. Vigo. Pontevedra. España.

Correo electrónico: dologosu@yahoo.es

Fecha de recepción: 6/2/05

Aceptado para su publicación: 17/3/06

### Diagnóstico prenatal de un quiste esplénico fetal mediante ultrasonografía 4D

*Prenatal diagnosis of a fetal splenic cyst through 4D ultrasonography*

#### RESUMEN

El quiste esplénico es una rara entidad que pocas veces se diagnostica antenatalmente en la ecografía, y se han descrito muy pocos casos en la bibliografía.

Se presenta un caso de un quiste esplénico fetal diagnosticado mediante ecografía en la semana 20 de gestación, su evolución prenatal y seguimiento posterior, que incluye la exploración mediante ultrasonografía 4D, así como una revisión de la etiología, el diagnóstico prenatal, las complicaciones y las estrategias de manejo.

#### PALABRAS CLAVE

Quiste esplénico fetal. Ultrasonografía 4D.  
Diagnóstico prenatal.

#### ABSTRACT

Congenital splenic cyst is an uncommon pathology which is diagnosed very infrequently in the

antenatal study of the fetus. There are very few cases antenatally diagnosed described in literature. We show a fetal cyst spleen diagnosed by ultrasonography at 20 weeks of gestation. We show its prenatal evolution with 4D ultrasonography and its postnatal study. The aetiology, prenatal diagnosis, complications and management strategies are discussed.

#### KEY WORDS

Fetal splenic cyst. 4D ultrasonography. Prenatal diagnosis.

#### INTRODUCCIÓN

El quiste esplénico es una rara entidad que pocas veces se diagnostica antenatalmente en la exploración ecográfica rutinaria, y hay muy pocos casos descritos en la bibliografía<sup>1-6</sup>. Hoy día, gracias a los nuevos equipos de alta resolución, se puede realizar un correcto diagnóstico prenatal incluso desde estadios muy precoces<sup>1,6,7</sup>. La mayoría de las veces se

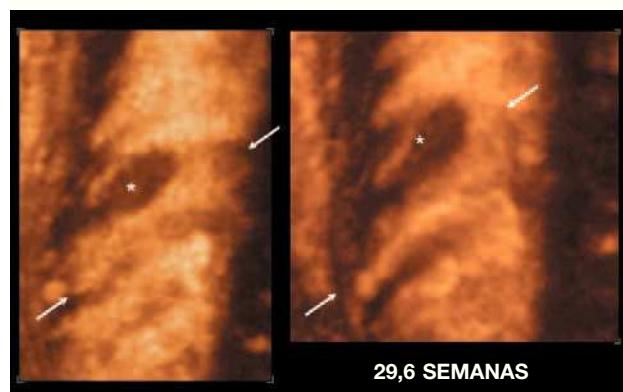
trata de procesos benignos con regresión espontánea<sup>1</sup>, y en muy raras ocasiones se producen complicaciones en ellos<sup>2</sup>. Presentamos un caso de un quiste esplénico fetal diagnosticado mediante el estudio ecográfico de la semana 20 de amenorrea y sus controles seriados posteriores. Se discute sobre la etiología, el diagnóstico prenatal, las complicaciones y las estrategias de manejo.

## CASO CLÍNICO

Gestante de 28 años, sin antecedentes personales de interés. En el estudio ecográfico de la semana 20 de gestación se detecta una imagen quística de 1 cm de diámetro en el cuadrante superior izquierdo del abdomen fetal, que se interpreta en un primer momento como sospecha de doble cámara gástrica. Con este diagnóstico se remite para un nuevo examen ecográfico de alta resolución en la unidad de diagnóstico prenatal. El estudio ecográfico realizado en esta unidad mediante un sistema de ultrasonidos HDI 5000 (Sistemas Médicos Philips) detecta un quiste esplénico de 17 □ 10 □ 11 mm de paredes lisas, sin ecos en su interior y que protruye ligeramente en la cámara gástrica (fig. 1). La suprarrenal izquierda es normal, pero con un ligero desplazamiento por el crecimiento esplénico. Se asocia a una ligera esplenomegalia con un desplazamiento del bazo fetal hacia la línea media, lo que produce una ligera compresión vascular de la vena cava inferior. La eco-Doppler de la arteria esplénica, umbilical, cerebral, cardíaco y venoso, es normal para la edad gestacional. El resto de la exploración fetal es normal, con una biometría acorde a la edad gestacional. En un estudio ecográfico previo, en la semana 14, no se observó ninguna masa quística abdominal y era acorde a la edad gestacional. Con el diagnóstico de quiste esplénico de probable etiología linfangiomatosa, se inicia el protocolo diagnóstico, realizándose cariotipo fetal (46XY) y serologías para toxoplasma, citomegalovirus y parvovirus B19, todas negativas. La imagen 4D muestra el quiste en la región superior esplénica (fig. 2). Para el examen 4D se utilizó un sistema de ultrasonidos Voluson 730 Expert (General Electric). Los controles ecográficos seriados del quiste demuestran una tendencia a la disminución, llegando a unos escasos 3 mm en la semana 35 (fig. 3). El crecimiento fetal fue acorde a



**Figura 1.** A: visión transversal del abdomen fetal. Se observa el estómago fetal (E), el quiste esplénico (Q) y los límites del bazo señalados con una X. B: detalle del quiste esplénico en una proyección longitudinal.



**Figura 2.** Dos imágenes mediante ultrasonografía 4D del quiste esplénico fetal en proyección frontal. El bazo está delimitado por las flechas, y el quiste (\*) se observa en el polo superior esplénico.

la edad gestacional y los estudios Doppler en la arteria umbilical y en la arteria cerebral media fueron normales durante toda la gestación.

El embarazo cursa sin incidencias, con serologías completas y analíticas dentro de los límites normales. Se diagnostica una intolerancia a los hidratos de carbono que es tratada con dieta. En la semana 40,2 de gestación se produce el parto espontáneo, naciendo un varón de 3.490 g de peso y Apgar 9-10.

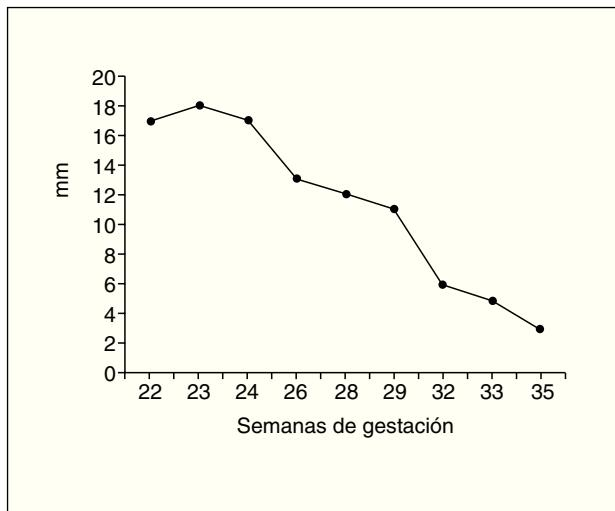


Figura 3. Evolución del diámetro mayor del quiste esplénico.

La exploración física neonatal fue normal, sin datos de esplenomegalia. Se realiza un estudio ecográfico, localizándose 2 imágenes en lóbulo esplénico izquierdo, hipoecoicas, bien delimitadas de 0,8 cm de diámetro máximo. La resonancia magnética (RM) de control, realizada 5 meses después del parto, fue normal, por lo que la madre y su hijo fueron dados de alta en el servicio de pediatría.

## DISCUSIÓN

El bazo es una estructura que se desarrolla a partir de la quinta semana de gestación y deriva de una masa de células mesenquimatosas que aparecen en el mesogastrio dorsal del embrión<sup>9</sup>. Actúa como centro hematopoyético hasta una fase tardía de la vida fetal, pero conserva su potencialidad para formar eritrocitos en la vida adulta<sup>10</sup>. El bazo fetal se puede detectar precozmente mediante ecografía, lo que permite diagnosticar anomalías estructurales, como los quistes esplénicos<sup>6,7</sup>.

El primer caso de quiste esplénico diagnosticado antenatalmente por ecografía fue publicado en 1988<sup>5</sup>. De todos los casos referidos en la bibliografía<sup>11,12</sup>, la mayoría (12 casos) se diagnosticaron entre las semanas 28 y 35 de gestación, y el más precoz a las 17 semanas<sup>1,6</sup>.

Los quistes esplénicos pueden ser de causa parasitaria o no parasitaria. Los no parasitarios tienen

una etiología diversa, y se pueden clasificar en verdaderos o primarios y falsos o secundarios. Los quistes primarios pueden ser congénitos (comprenden el 25% de los quistes primarios esplénicos, de los cuales no se conoce el mecanismo exacto de etiopatogenia ni desarrollo), vasculares, serosos, mesoteliales, infecciosos y neoplásicos (epidermoide, dermoide, hemangioma y linfangioma)<sup>8</sup>. Los secundarios se suelen desarrollar a partir de un traumatismo, hemorragia, degeneración postinfarto o inflamación.

La imagen ecográfica típica de los quistes esplénicos congénitos es una imagen quística sin ecos internos y de paredes lisas. Los quistes epidérmicos son más irregulares, con paredes finas, trabeculaciones e imágenes internas de ecos por coágulos<sup>13</sup>. Los seudoquistes tienen frecuentemente calcificaciones en su interior. Los quistes por infartos se observan generalmente como imágenes de hematoma fresco de forma triangular, visualizándose como una imagen hipoeocoica con una colección líquida subcapsular<sup>2</sup>.

Cuando se detecta un quiste esplénico, se debe revisar la existencia de quistes en otros órganos de la anatomía (riñones, hígado, pulmones o páncreas).

El diagnóstico diferencial del quiste esplénico debe establecerse con las masas quísticas que se pueden desarrollar en el cuadrante superior derecho del abdomen fetal, los cuales pueden proceder del tracto urinario, como quistes renales, hidronefrosis o duplicación ureteral obstruida, displasia quística renal, ya sea con el tracto genital en relación con quistes de ovario, neoplasias o hidrosálpinx gigante, o en relación con la patología del tracto digestivo o de la glándula adrenal (doble cámara gástrica, quiste colédoco, seudoquiste pancreático, quiste mesentérico, hepático, de uraco o de epiplón)<sup>15,16</sup>.

En el estudio mediante ecografía 2D pudimos detallar el diagnóstico y delimitar las relaciones de la masa con estructuras vecinas (fig. 1). El estudio mediante 4D permitió obtener unas imágenes muy demostrativas de la relación y la situación del quiste con el propio bazo, reconstruyendo una imagen esplénica en la que fácilmente se observaba la exacta localización del quiste (fig. 2).

En general, los quistes esplénicos tienen buen pronóstico y se resuelven espontáneamente<sup>2,6,14</sup>. Nuestro grupo, aparte de este caso descrito, ha encontrado 2 casos más de evolución similar y con igual resolución espontánea. La primera descripción

de regresión completa de un quiste esplénico se realizó en 1995 por Garel et al<sup>2</sup>. En raras ocasiones se asocian con algún tipo de sintomatología por rotura postraumática, hemorragia o infección. Cuando los quistes se vuelven sintomáticos, la terapia de elección es quirúrgica mediante la punción del quiste y

aspiración ecoguiada o mediante laparoscopia, quisrectomía o resección parcial o total del bazo<sup>6,8,17,18</sup>. La mayoría de los quistes remite totalmente de manera espontánea, por lo que, en ausencia de sintomatología que requiera nuestra actuación, la actitud más recomendable es la expectante<sup>4,6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bagnulo MB, Veglio PC, Panico E, Filippini PG, Caprio F. True splenic cyst: two cases reports, one prenatally diagnosed with ultrasonography. *Radio Med.* 1996;91:831-4.
2. Garel C, Hassan M. Foetal and neo natal esplenic cyst-like lesions: US follow-up of seven cases. *Pediatr Radiol.* 1995;25: 360-2.
3. Okada M, Hata T, Ariyuki Y, Manble A, Hata K, Kitao M. Foetal splenic cyst: change in size and shape with advancing menstrual age. *J Clin Ultrasound.* 1995;23:204-6.
4. Stiller RJ, DeRegt RH, Choy OG. Antenatal diagnosis of foetal splenic cyst: a case report. *J Reprod Med.* 1991;36:320-2.
5. Lichman JP, Miller EI. Prenatal ultrasonic diagnosis of splenic cyst. *J Ultrasound Med.* 1988;7:637-8.
6. Yilmazer YC, Erden A. Complete regresión of a congenital splenic cyst. *J Clin Ultrasound.* 1998;26:223-4.
7. Aoki S, Hata T, Kitao M. Ultrasonographic assessment of foetal and neonatal spleen. *Am J Perinatol.* 1992;9:361-7.
8. Burring KF. Epithelial (true) splenic cyst: pathogenesis of the mesothelial and so-called epidermoid cyst of the spleen. *Am J Surg Pathol.* 1988;12:275-81.
9. Moore KL, Persaud TVN. Embriología clínica. 6.<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 298-300.
10. Wolber EM, Dame C, Fahnstich H, Hofmann D, Bartmann P, Jelkmann W, et al. Expression of the thrombopoietin gene in human fetal and neonatal tissues. *Blood.* 1999;94:97-105.
11. Kabra NS, Bowen JR. Congenital splenic cyst: a case report and review of the literature. *J Paediatr Child Health.* 2001;37:400-2.
12. Lopes MAB, Ruano R, Bunduki S, Miyadahira S, Zugaib M. Prenatal diagnosis and follow up of congenital splenic cyst: a case report. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;17:439-41.
13. Solbiati L, Bossi MC, Bellotti E, Ravetto C, Montali G. Focal lesions in the spleen: sonographic patterns and guided biopsy. *Am J Roentgenol.* 1983;140:59-65.
14. Taso L, Jeanty P. Spleen cyst. *Fetus.* 1993;3:7-10.
15. Ouimette MV, Bree RL. Sonography of pelvoabdominal cystic masses in children and adolescents. *J Ultrasound Med.* 1984;3: 149-53.
16. Wicks JD, Silver TM, Bree RL. Giant cystic abdominal masses in children and adolescents: ultrasonic differential diagnosis. *Am J Roentgenol.* 1978;130:853-7.
17. Morgenstern L, Shapiro SJ. Partial splenectomy for nonparasitic spleen cysts. *Am J Surg.* 1980;139:278-81.
18. Salky B, Zimmerman M, Bauer J, Gelernt I, Kreel I. Splenic cyst: definitive treatment by laparoscopy. *Gastrointestinal Endosc.* 1985;31:213-5.