

Tratamiento del quiste esplénico no parasitario con inyección percutánea de alcohol

A. López Cano^a, A. Muñoz Benvenuty, C. Méndez Pérez, M.D. Herrera, I. Ortiz Acero y R. Benvenuty Espejo

Unidades de Diagnóstico y Tratamiento Ecográfico y Endoscópico. Clínica de Nuestra Señora de la Salud. Cádiz, y ^aClínica San Rafael. J.M. Pascual Pascual Hospitales.

RESUMEN

Comunicamos el caso de una niña de 12 años con un quiste epitelial esplénico tratada con inyección percutánea de alcohol. La indicación se debió al crecimiento progresivo del quiste acompañado de dolor en el hipocondrio izquierdo. Se realizó un drenaje percutáneo con control ecográfico y técnica de punción directa, insertando un catéter con punta en cola de cerdo en el interior del quiste. Tras la total aspiración del contenido y después del estudio quistográfico se introdujo alcohol absoluto estéril que se mantuvo durante 20 min. Después de un seguimiento de más de 4 años el quiste se mantiene colapsado. No hubo complicaciones.

TREATMENT OF NON-PARASITIC SPLENIC CYST WITH PERCUTANEOUS INJECTION OF ALCOHOL

We report a case of a 12-years-old girl treated by percutaneous injection of a splenic epithelial cyst. Indication was due to the gradual cyst's growth and pain in left hypocondrium. A percutaneous drainage under ultrasonographic view was performed with direct puncture technique, inserting a pigtail catheter into the cyst. After the total aspiration of the contrast, we injected sterile absolute alcohol for 20 minutes. Subsequently, it was aspirated and the catheter was pulled-out. After a follow up period of more than 4 years, the cyst remains collapsed. There were no complications.

(*Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 199-201)

El quiste epitelial esplénico representa el 10% de todas las lesiones quísticas del bazo, siendo el más común el epidermoide¹. Aunque su patogenia es desconocida, la

metaplasia del epitelio celómico y la heterotopia del tejido ectodérmico son las teorías más aceptadas^{1,2}. Hasta un tercio de los casos no manifiestan síntomas clínicos y, cuando aparecen, suelen deberse a la compresión que el quiste ejerce sobre estructuras vecinas o a sus complicaciones, como infección, hemorragia o rotura¹.

Los tests analíticos no aportan información sobre el quiste epitelial, aunque recientemente se han utilizado las concentraciones intraquísticas y sanguíneas del antígeno CA 19.9^{3,4}. El diagnóstico definitivo se confirma con el hallazgo de escamas córneas y células epiteliales en el contenido intraquístico o cuando el epitelio se halla en la cara interna del quiste; sin embargo, la ausencia de éste no excluye el diagnóstico, ya que la cara interna puede faltar total o parcialmente.

En la ultrasonografía en tiempo real el quiste epidermoide se observa como una imagen hipocóica con refuerzo sónico posterior y generalmente con finos ecos flotando en su interior⁵. La pared es una línea hiperecogénica bien definida, con la cara interna de menor ecogenicidad y de la que parten líneas hiperecóicas correspondientes a las trabéculas fibrosas que allí se localizan¹.

El tratamiento se reserva para los casos sintomáticos, complicados o cuando no queda claro por otro método el diagnóstico¹. La cirugía es el procedimiento más común, realizándose esplenectomías parciales o totales. En los últimos años se han descrito intervenciones directas sobre el quiste, tanto con técnicas laparoscópicas como a cielo abierto.

Comunicamos un caso de quiste epitelial esplénico (epidermoide) tratado con drenaje y posterior esclerosis con alcohol absoluto.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

En febrero de 1996 una niña de 12 años, sin antecedentes de traumatismo abdominal u otros datos de interés, consultó por un leve dolor en el hipocondrio izquierdo. Tras una exploración física habitual y una analítica rutinaria se practicó una ecografía abdominal en la que se observó una imagen hipocogénica en el hilio esplénico, bien delimitada, de 40 mm de diámetro, en íntimo contacto con las estructuras vasculares, que desplazaba (fig. 1). En esta imagen se observaban finos septos en su interior, sin calcificaciones y con leve engrosamiento de la pared. Tras una serología frente a *Echinococcus granulosus* negativa fue considera-

Correspondencia: Dr. A. López Cano.
San Pedro, 16, 3.º 11004 Cádiz.

Recibido el 27-6-00; aceptado para su publicación el 10-10-00.

Fig. 1. Corte longitudinal ultrasónico de quiste esplénico que desplaza los vasos del hilio. En la pared del quiste se observan pequeñas irregularidades y engrosamientos en la cara interna y algunos finos ecos flotantes.

Fig. 3. Aspecto del quiste tras la aspiración del contenido original y la inyección de alcohol absoluto. Los puntos muy hiperecogénicos que cubren la pared del quiste corresponden al alcohol.

Fig. 2. Quiste esplénico con imagen lineal hiperecogica correspondiente al catéter de 8F desplazado sobre la aguja para alcanzar el centro de la lesión.

Fig. 4. Corte ultrasónico longitudinal del bazo. La cavidad quística colapsada con material ecogénico en su interior cerca del hilio.

do, por la historia clínica y el aspecto sonográfico, como probable quiste epitelial. Se inició un seguimiento ecográfico y 4 meses después (en junio de 1996) se comprobó su crecimiento, ya que su diámetro alcanzaba los 60 mm. En diciembre de 1996 el quiste medía 80 mm y el dolor persistía. Existían dos posibles tratamientos: resección quirúrgica (parcial o total) o drenaje percutáneo con inyección de un agente esclerosante. De acuerdo con la familia, elegimos la segunda opción.

En enero de 1997, tras informar al servicio de cirugía, se llevó a cabo una punción con una aguja de 20 gauge con control ecográfico, obteniendo 10 ml de líquido intraquístico que fue remitido al patólogo para su estudio citológico con una técnica rápida, en la que obtuvieron detritos celulares, histiocitos, macrófagos y escamas córneas con células pavimentosas que confirmaban el diagnóstico de quiste epidermoide. Con anterioridad al procedimiento se había informado a la paciente y canalizado una vena periférica. Se empleó mepivacaína al 2% como anestésico local y no fue necesario el uso de sedantes, ya que la paciente colaboró en todo momento. A continuación se insertó un catéter de 8F con punta en cola de cerdo por debajo de la décima costilla con técnica de punción directa (fig. 2). La intervención se practicó con control ecográfico continuo y Doppler, drenándose 60 ml de un líquido casi incoloro y turbio. Antes de la inyección del agente esclerosante se realizó una quistografía. La cavidad se llenó con el mismo volumen drenado y se confirmó la ausencia de fugas. Tras extraer todo el contraste se inyectaron 20 ml de alcohol absoluto estéril a través del catéter y se mantuvo en el interior del quiste durante 20 min. Finalmente, tras el completo vaciado de éste, se retiró el catéter con la ayuda de una guía metálica para enderezar su punta en cola de cerdo (fig. 3).

No hubo complicaciones y la paciente fue dada de alta 24 h después del procedimiento. En la última revisión (4 años después), la cavidad per-

manece prácticamente colapsada y la paciente continúa asintomática (fig. 4).

DISCUSIÓN

Las punciones ecográficas esplénicas guiadas con aguja fina han demostrado una alta eficacia diagnóstica con escasas complicaciones⁶. Sin embargo, hay pocas publicaciones sobre drenajes con control ecográfico de quistes esplénicos verdaderos por temor a posibles complicaciones.

En los escasos artículos sobre drenaje percutáneo de quistes epiteliales esplénicos, el agente esclerosante más usual es la solución de tetraciclina, que por su pH ácido es capaz de destruir las células endoteliales^{5,7} y producir fibrosis por irritación, manteniendo la cavidad quística colapsada⁷.

Únicamente hemos encontrado una referencia en la bibliografía sobre el uso de alcohol para el tratamiento de un quiste esplénico congénito⁸, aunque es una sustancia muy usada para prevenir las recidivas de quistes localiza-

dos en otras áreas. Yoshikane et al³ opinan, en relación con la recidiva de un quiste esplénico tratado con solución de tetraciclinas, que el alcohol puede ser una sustancia efectiva. Otros autores excluyeron el etanol por la posibilidad de provocar dolor o fugas a través de la pared del quiste⁵. Nosotros decidimos su uso debido a que el volumen requerido era pequeño, por nuestra buena experiencia⁹ y por la publicada^{10,11} sobre quistes verdaderos de otras localizaciones esclerosados previo drenaje con esta sustancia.

Nos parece importante hacer una quistografía antes de la inyección de alcohol para confirmar el volumen real de la cavidad quística y la ausencia de fugas hacia el parénquima esplénico, vasos o peritoneo⁵.

En el caso descrito, alcanzamos el quiste, siempre con control ecográfico y Doppler, por debajo de la décima costilla para no dañar la pleura y llegar a la cavidad a través de tejido esplénico sano, intentando así evitar fugas.

El volumen de alcohol y el tiempo que se mantuvo en el interior del quiste fue el mismo que el recomendado para esclerosar quistes de otras localizaciones, un tercio del volumen total durante 20 min, con la posterior aspiración total. El catéter fue retirado con una guía metálica de punta flexible con el fin de enderezar la punta en cola de cerdo del catéter y evitar posibles desgarros en el parénquima o en la cápsula esplénica. El procedimiento fue perfectamente tolerado y no hubo complicaciones.

En conclusión, el drenaje percutáneo de los quistes epiteliales esplénicos con control ecográfico y la posterior escleroterapia con alcohol absoluto nos parece un buen método terapéutico que puede evitar la práctica de esplenectomías

parciales o totales y, por tanto, una adecuada alternativa al tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Pérez JA, Baldonado Cernuda RF. Quistes del bazo. *Rev Esp Enferm Digest* 1994; 86: 743-749.
2. Bobby C, Brown MD. Pathology of the spleen. *Probl General Surg* 1990; 7: 48-67.
3. Yoshikane H, Suzuki T, Yoshioka N, Ogawa Y, Hayashi Y, Hamajima E et al. Giant splenic cyst with high serum concentration of CA 19-9. Failure of treatment with percutaneous transcatheter drainage and injection of tetracycline. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 524-526.
4. Tedashi T, Mitsue Y. Carbohydrate antigen 19-9 producing giant epithelial cyst of the spleen in a young woman. *J Clin Gastroenterol* 1994; 18: 57-61.
5. Jequier S, Guttman F, Lafortune M. Non-surgical treatment of a congenital splenic cyst. *Pediatr Radiol* 1987; 17: 248-249.
6. Goldfinger M, Cohen MM, Steinhardt MI, Rothberg R, Rother Y. Sonography and percutaneous aspiration of splenic epidermoid cyst. *J Clin Ultrasound* 1986; 14: 147-149.
7. Shimanuki K, Satake M. Non-surgical treatment of splenic cyst, using with installation of minocycline chloride. *Fukushima J Med Sci* 1996; 42: 23-30.
8. Akhan O, Baykan Z, Oguzkurt L, Sayek Y, Ozmen MN. Percutaneous treatment of a congenital splenic cyst with alcohol: a new therapeutic approach. *Eur Radiol* 1997; 7: 1067-1070.
9. López Cano A, Tinoco Racero I, Muñoz Pérez S, Coronel Álvarez ML, Dolores Herrera M, Muñoz Benvenuty A et al. Drenaje percutáneo y posterior escleroterapia con alcohol de un quiste hepático gigante no parasitario complicado. *Rev And Patol Digest* 1997; 20: 42-44.
10. Sigurdsson T, Johansson JE, Jahnson S, Helgesen F, Andersson SO. Polidocanol sclerotherapy for hydroceles and epididymal cysts. *J Urol* 1994; 151: 898-901.
11. Bean WJ. Renal cyst: treatment with alcohol. *Radiology* 1981; 138: 329-331.