

---

ARTÍCULO ORIGINAL  
Original article

---

Recibido: 22 de octubre.  
Aceptado: 23 de noviembre

---

**CASO CLÍNICO/CLINICAL CASE**

---

# QUISTE NO PARASITARIO DE BAZO: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

DR. RUBÉN ASTUDILLO M.\*  
DR. JUAN URIGÜEN J.\*\*  
DR. BOLÍVAR SERRANO H\*\*\*

\* Jefe de Cirugía Latino Clínica. Profesor de Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

Miembro Honorario SEC- Azuay.

\*\* Profesor de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Cirujano General Latino Clínica.

\*\*\* Cirujano General Latino Clínica. Cirujano, Hospital Vicente Corral Moscoso – Cuenca.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no haber conflicto de intereses.

## RESUMEN

Los quistes esplénicos son una patología rara, según su clasificación pueden ser parasitarios y no parasitarios, y dentro de los últimos pueden ser verdaderos o primarios y falsos o pseudoquistes. La sintomatología es manifiesta si el quiste es grande en su tamaño o tiene alguna complicación. En nuestro país no se han publicado ningún caso con resolución laparoscópica referente a quiste esplénico. Presentamos el caso de una mujer de 21 años, soltera, con un peso corporal de 45 Kg que presenta desde hace un año aproximadamente l masa abdominal no dolorosa en cuadrante superior izquierdo de abdomen, sin manifestaciones clínicas, se realiza exámenes imagenológicos los cuales corroboran el diagnóstico de quiste esplénico de polo inferior, hematológicamente no existe anormalidad. Es intervenida laparoscópicamente confirmando el diagnóstico, se encuentran quistes esplénicos multiloculares, y el procedimiento quirúrgico es destechamiento, el reporte anatómico patológico reporta quiste simple. La evolución es favorable y no se presentaron complicaciones.

**DeCS:** Estudios de casos y controles, enfermedades del bazo/diagnóstico, enfermedades del bazo/clasificación quistes/patología, quistes/cirugía, laparoscopia/ utilización.

## ABSTRACT

Splenic cysts are a rare pathology. According to their classification, splenic cysts can be parasitical and non-parasitical. Non-parasitic cysts are divided into true or primary and false or pseudo cysts. The

symptomatology occurs if the cyst is big in size or has some kind of complication. There has not been any case with laparoscopic resolution published in Ecuador referred to splenic cysts. This is a case study of a 21 year-old single woman, with a body weight of 45Kg , she has had it since nearly a year ago, a painless abdominal mass in the upper left abdomen; without clinical manifestations. Imaging tests are taken and they corroborate the diagnosis of splenic cyst of lower pole. Multilocular splenic cysts are found and the surgical procedure is unroofing; the anatomopathological report is simple cyst. The evolution is favorable and complications are not present.

**KEY WORDS:** Case clinic studies, Splenic Diseases/diagnosis, Splenic Diseases/classification, Cysts/pathology, Cysts/surgery, Laparoscopy/utilization.

## INTRODUCCION

Los quistes esplénicos no parasitarios son sumamente raros; se han encontrado, según la literatura médica, 32 casos en 25 años de autopsias<sup>(5,6,7)</sup>. El origen, en la mayoría de casos, es congénito o traumático; se puede acompañar de quistes en otros órganos sólidos como el hígado y/o el pulmón<sup>(7,8)</sup>.

Pueden ser verdaderos o falsos, dependiendo del endotelio que los revisten. Podrán ser asintomáticos y/o tener diverso origen: epidermoide, dermoide, linfangiomas y hemangiomas quísticos.

El diagnóstico es clínico y por medios de diagnóstico, entre ellos, la imagenología tiene lugar preferente; las complicaciones que se presentan son infarto, infección o ruptura<sup>(8,9,10,12)</sup>.

El tratamiento puede ir desde la simple observación, descompresión parcial o total hasta la esplenectomía

total; en este caso se reportó un caso en el cual se realizó esplenectomía parcial como método alternativo preferido<sup>(12,13,14,15)</sup>.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 21 años de edad, de estado civil soltera, de profesión estudiante universitaria, raza mestiza, sin antecedentes patológicos personales y familiares.

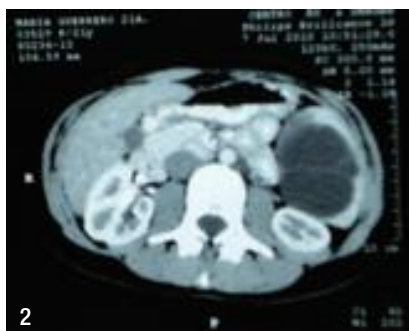
La paciente manifiesta que desde hace 12 meses sin causa aparente nota la presencia de masa tumoral en región de cuadrante superior izquierda; no se acompaña de sintomatología digestiva ni renal. No hay pérdida de peso, su peso actual es de 45 kg. En los últimos tres meses indica que la tumoración se ha incrementado en tamaño, llegando a tener, en el examen físico, un tamaño de 15 cms de largo por 8 cm de ancho, de consistencia dura, no dolorosa, muy poco móvil. Con este cuadro acude al facultativo quien solicita examen ecosonográfico, que revela una masa de contenido líquido tabicado en polo inferior del bazo. Posteriormente, la tomografía computarizada abdominal ratifica el informe ecosonográfico.

Los exámenes hemáticos preoperatorios revelan: hematíes 4 millones, cuenta leucocitaria dentro de los rangos normales, hemoglobina 14 gm.%, hematocrito 42%, reticulocitos 1% pruebas de función hepáticas y renales normales, glicemia 80mg%; plaquetas 250.000, fibrinógeno 300 mg%, fosfatasa alcalina dentro del rango normal; las pruebas de coagulación indican: tiempo de protrombina 12 segundos, TPT 35 segundos. Los marcadores tumorales ACE, CA 19-9 se encuentran dentro de rangos normales. El tipo de sangre es O positivo.

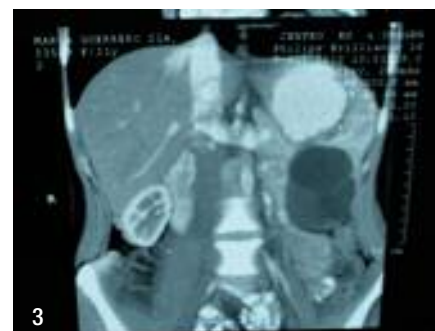
El resultado de la valoración cardiológica es normal.



Foto 1: Imagen ecográfica.



Fotos 2 y 3: TAC abdominal.



La paciente en posición francesa, en decúbito lateral derecho con fijación de la extremidad superior izquierda. La anestesia es general con monitorización transoperatoria.

## UBICACIÓN DE PUERTOS

En este tipo de cirugía se utilizan cuatro puertos (tres de 5 mm y uno de 10 mm) que se coloca de la siguiente manera: puerto uno a nivel de región umbilical de 10 mm; puerto 2, de 5 mm en la región subxifoidea, puerto 3, de 5 mm entre los puertos anteriores; puerto 4, de 5 mm en hipocondrio izquierdo, en la línea media clavicular.

Obtención de neumoperitoneo con una presión de 12 mm de Hg. A la inspección de cavidad abdominal se encuentra quiste en polo inferior de bazo.

## DISCUSIÓN

El bazo es el órgano retículo endotelial más grande del cuerpo; realiza dos funciones: la que tienen relación con los elementos celulares en la sangre circulante, e inmunológica<sup>(1,2)</sup>.

Los quistes esplénicos deben estar presentes en el diagnóstico diferencial ante toda masa en el cuadrante superior izquierdo del abdomen; son poco frecuentes<sup>(3,4)</sup>; según el estudio de Robbins, en 1978, encontró que de 42.327 autopsias realizadas en 25 años, 32 pacientes presentaron quiste esplénico<sup>(5,6,7)</sup>.

En la actualidad se conoce que existe poco más de 800 casos reportados en la literatura médica; éstos se clasifican, según su origen, en parasitarios y no parasitarios; éstos pueden ser primarios o verdaderos y falsos o pseudoquistes, dependiendo de la presencia o ausencia del revestimiento epitelial. Las probables causas pueden ser: traumáticas, que carecen de revestimiento celular; y están constituidos por pared fibrosa y en su contenido detritus celulares o hemático; algunos investigadores sostienen que son consecuencia de la degeneración quística de lesiones esplénicas preexistentes, o bien, son quistes simples epiteliales<sup>(8,9,10,12)</sup>.

En la enfermedad hidatídica aparecen con otros quistes simultáneos en hígado y/o pulmón, suelen ser uniloculares, situación que se presta para confusión con los quistes no parasitarios. Los quistes verdaderos tienen diverso origen que puede ser epidermoide, dermoide, linfangiomas y hemangiomas quísticos. Son asintomáticos en la mayoría de casos y su diagnóstico es casual o presentan sintomatología cuando se han complicado por infarto, infección o ruptura<sup>(8,9,10,12)</sup>.

Clínicamente los quistes esplénicos pueden ser sintomáticos cuando miden más de 10 cm o se ha complicado la evolución con infección, ruptura o hemorragia; actualmente, con el desarrollo de técnicas no invasivas imagenológicas, se ha incrementado la frecuencia del diagnóstico.

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos e imagenológicos de los cuales la ecografía, tomografía



**Foto 4:** Imagen panorámica del quiste esplénico no parasitario.

**Foto 5:** Aspiración del contenido quístico. Apertura de las paredes quísticas con bisturí armónico y resección de la misma, llegando a tejido esplénico normal.

**Foto 6:** Destechamiento quístico.

**Foto 7:** Resección completa de la pared quística.

Se remite a laboratorio de anatomía patológica la pared del quiste, que reporta quiste simple.

Postoperatorio inmediato: sin complicaciones, alta del servicio a las 24 horas, evolución postoperatoria sin novedad.

y resonancia magnética son los indicados; por otro lado, es importante la medición de los marcadores séricos tumorales CA 19-9 y CEA que se elevan en patología tumoral de páncreas, ovarios, tracto digestivo, etc. El CA 19-9 se eleva en presencia de quistes esplénicos no parasitarios primarios y regresa a los valores normales a los 60 días posteriores a la resección; si están elevados se piensa en patología tumoral digestiva o la recurrencia del quiste esplénico<sup>(10)</sup>. La utilización de PAAF para el diagnóstico está indicado, pero, por el riesgo de complicaciones, es poco usado<sup>(13)</sup>.

El diagnóstico diferencial se realiza con patologías que cursan con esplenomegalia: como mononucleosis infecciosa, tuberculosis, lúes congénita, histoplasmosis, sepsis, linfoma o leucemia.

## CONCLUSIONES

El tratamiento médico de los quistes esplénicos es discutido, algunos realizan la simple observación y control imagenológico; por otro lado, algunos

criterios sugieren que se debe tratar cuando existan complicaciones como ruptura, hemorragia e infección y, en caso de duda, por su naturaleza benigna o maligna<sup>(2,6,11)</sup>.

El tratamiento puede incluir desde el drenaje percutáneo e instalación repetitiva de sustancias esclerosantes como tetraciclina, formol, nitrato de plata o alcohol; este tratamiento no da buenos resultados por las recidivas y el procedimiento es peligroso<sup>(14)</sup>.

El tratamiento quirúrgico recomendado es la esplenectomía parcial siempre y, cuando sea posible, se toma en cuenta la ubicación del quiste y, si es factible, la utilización de sutura mecánica; se prefiere el abordaje laparoscópico. Otra alternativa es la marsupialización del quiste. El destechamiento laparoscópico o descapsulación parcial es ideal para preservar la función esplénica con bajo índice de recidiva; una de las indicaciones es que la porción quística no esté en contacto con el parénquima esplénico. La esplenectomía total no debe descartarse<sup>(9,10,15)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz S. Principios de Cirugía. Vol. 2. 8va ed. México. Editorial McGraw- Hill; 2006.
2. Suárez A, Cuberes R, Dakmau M. Patología Quirúrgica del Bazo. Balibrea Cantero J. Cirugía de Bolsillo. España Marban Libros: 2007. p 2462- 2465.
3. Snell R. Anatomía Clínica para Estudiantes de Medicina. 6ta ed. México. Editorial Mc Graw.Hill; 2002.
4. Beauchamp D, Holzman M, Timothy F, Weinberg J. Bazo. Sabinston. Tratado de Cirugía. 18 ed. España. Elsevier. 2009. p 1625-1652.
5. Gutiérrez J. et al. Quistes esplénicos no parasitarios. Rev. Colom de Cir. 2007. Vol 22, (fecha de acceso 15 septiembre 2010); disponible en [http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia22\\_3\\_2007/Quistes\\_esplenicos\\_2htm](http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia22_3_2007/Quistes_esplenicos_2htm).
6. Balzan SM, Riedner CE, Santos LM, Pazzinato MC, Fontes PR. Posttraumatic splenic cysts and partial splenectomy: Report of a case. Surg Today 2001;31:265-5
7. M. Jiménez, G. Ais, P. Vázquez, A. González, M. Ortega y J. J. Manzanares. Quistes Esplénicos: aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos Rev. Esp. Enferm. Dig. vol.97no.1. Madrid Jan. 2005.
8. Garcia-Hernandez C, Carvajal -Figueroa L, Dueñas-Ramirez JC, Landa-Juárez S. Treatment of splenic cyst by laparoscopic partial splenectomy: case report. Cir Cir. 2010 jan\_Feb; (fecha de acceso 16 de septiembre 2010) 78 (1): 83-5. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/20226133>
9. Ganti AL, Sardi A, Gordon J. Laparoscopic treatment of large true cysts of the liver and spleen is ineffective. Am Surg 2002 Nov; 68(11):1012-7.
10. Soudack M, Ben-Nun A, Toledano C. Elevated carbohydrate antigen 19-9 in patients with true splenic cysts –Rare or undiscovered? Can J Gastroenterol. 2001; 15: 125-6
11. Sakamoto Y, Yunotani S, Edakuni G, Mori M, Iyama A, Miyazaki K. Laparoscopic splenectomy for a gigant splenic epidermoid cysts: report of a case. Surg Today 1999; 29(12):1268-72.-
12. Calvo JM. Quiste epidermoide de diagnóstico casual. Revista de la ACAD 2000; 1: 35-6.
13. Añon R, Guijarro J, Amoros C Gil, Bosca MM, Palermo J, Benegas A. Congenital splenic cyst treated with percutaneous sclerosis using alcohol. Rev. Cubana. Cir Vol 45 n.2 Ciudad de la Habana. Abr.- jun 2006.
14. Blesa E. et al. Quistes no parasitarios de bazo. Circ Pediatric (on line).2009 (fecha de acceso 16 de septiembre 2010) vol 22. Disponible en [http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2009\\_22\\_41.pdf](http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2009_22_41.pdf).
15. Tagaya N, Oda N, Furihata M, Remoto T, Suzuki N, Kubota K. Experience with laparoscopic management of solitary symptomatic splenic cysts. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12: 279-82.