



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Escisión laparoscópica en quiste esplénico sintomático

Antonio-José Fernández-López*, Marifé Candel-Arenas,
Francisco-Miguel González-Valverde, Delia Luján-Martínez,
Esther Medina-Manuel y Antonio Albarracín Marín-Blázquez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

Recibido el 27 de octubre de 2015; aceptado el 25 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Bazo;
Quiste esplénico;
Quiste epidermoide;
Cirugía
laparoscópica;
Escisión de quiste
esplénico

KEYWORDS

Spleen;
Splenic cysts;
Epidermoid cyst;
Laparoscopic surgery;
Splenic cyst cleavage

Resumen

Antecedentes: Los quistes esplénicos son una dolencia rara, que son diagnosticados normalmente de manera casual durante la realización de estudios de imagen. Una vez diagnosticados, solo se plantea el tratamiento quirúrgico en casos seleccionados. Las indicaciones suelen estar en relación con la sintomatología, el tamaño, la localización, o la complicación de los quistes con rotura espontánea o absceso.

Caso clínico: Presentamos el manejo quirúrgico de 2 pacientes con quistes esplénicos epidermoides sintomáticos, tratados mediante escisión por vía laparoscópica.

Conclusión: La escisión laparoscópica es un procedimiento quirúrgico indicado para el tratamiento de los quistes esplénicos. Este procedimiento se asocia a escasas complicaciones posquirúrgicas y permite preservar la función del bazo.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Laparoscopic cleavage in splenic symptomatic cyst

Abstract

Background: Splenic cysts are rare diseases that are diagnosed incidentally during imaging studies. When cysts are recognized, surgical treatment is recommended adapted to the particular case, depending on the size and location of the cyst and the age of the patient in order to avoid dangerous complications such as spleen rupture or cyst infection with abscess.

Clinical case: We report 2 patients with symptomatic splenic epidermoid cyst treated by laparoscopic cleavage.

* Autor para correspondencia. Avenida Intendente Jorge Palacios N.º 1, C. P. 30003, Murcia, España. Teléfono: +639 441 240; fax: +968 359 655.

Correo electrónico: ajfl007@gmail.com (A.-J. Fernández-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.11.014>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusions: Laparoscopic cleavage is a surgical option for splenic cyst, with the goal of reducing postoperative complications while preserving splenic function.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Los quistes esplénicos verdaderos son muy raros en la edad adulta y precisan tratamiento cuando existe sintomatología^{1,2}. La incidencia está aumentando debido al gran número de estudios de imagen solicitados y al aumento de la resolución de estas técnicas³. En la mayoría de los casos su diagnóstico es casual, y se los denomina «incidentalomas»¹.

El tratamiento de los quistes esplénicos es muy variado. El manejo conservador, que consiste en seguimiento mediante pruebas de imagen, se puede plantear inicialmente en quistes menores de 4 cm de diámetro mayor y que no presentan sintomatología asociada. Cuando el diámetro del quiste supera los 5 cm de diámetro mayor o existe sintomatología asociada, debe aplicarse un tratamiento sobre el quiste³.

La aspiración del contenido e inyección percutánea de sustancias esclerosantes presenta complicaciones y recidiva frecuente^{4,5}. El tratamiento mediante esplenectomía tiene la ventaja de no presentar recidiva, pero conlleva el riesgo de complicaciones inmunológicas, al eliminar completamente el bazo⁶. Por eso, hoy en día se limita a los pacientes en los que no se puede realizar un manejo conservador, por presentar una complicación aguda del quiste (hemorragia, rotura, infección, malignización), o en los que el tamaño del quiste o su localización obligan a realizar una esplenectomía completa. Hoy en día, la cirugía debe intentar preservar el bazo en la medida de lo posible².

Objetivo

Presentar el manejo diagnóstico y terapéutico de 2 pacientes con quistes epidermoides de bazo sintomáticos, tratados mediante escisión por vía laparoscópica, y realizar una revisión bibliográfica del tema.

Caso clínicos

Dos varones sin enfermedad de base, uno de 38 y otro de 40 años a los que, por sintomatología de dolor abdominal de varios meses de evolución, localizado en flanco e hipocondrio izquierdo, sin irradiación del dolor ni otra sintomatología acompañante, se les solicita ecografía abdominal que informa de quiste esplénico de más de 5 cm de diámetro. Se decide completar el estudio con tomografía computada de abdomen que muestra un quiste esplénico de 5.4 cm en polo inferior del bazo (fig. 1A) en el primer paciente. Y quiste

esplénico de 8 cm de diámetro en el polo superior del bazo (fig. 1B) del otro paciente.

En ambos pacientes se realizó estudio serológico de hidatidosis, que resultó negativo. Se descartaron los antecedentes traumáticos y otras enfermedades que pudieran hacer pensar en un pseudoquiste.

Tras completar el estudio, y dada la sintomatología y tamaño, se decidió tratamiento quirúrgico. Respecto a la técnica quirúrgica, el paciente fue colocado en decúbito lateral derecho. El abordaje fue laparoscópico con 3 trocares de 5 mm (uno umbilical para la óptica y 2 de trabajo, en epigastrio y flanco izquierdo). Primero se consiguió la exposición completa del quiste, después se puncionó y aspiró su contenido por vía transparietal con aguja larga. Posteriormente se realizó la escisión de toda la pared del quiste mediante energía bipolar (fig. 1C, quiste en polo inferior y fig. 1D, quiste en polo superior). La extracción se realizó mediante una bolsa, que facilitó la salida del quiste resecado de una manera segura. En ninguno de los casos se dejó un drenaje abdominal. La cirugía fue efectiva al solucionar el quiste esplénico y preservar, además, el parénquima esplénico en su totalidad.

La anatomía patológica definitiva de la pieza quirúrgica informó de quiste esplénico verdadero no parasitario. Dos años más tarde, ambos pacientes se encuentran asintomáticos, y los estudios de imagen realizados (ecografía y tomografía computada abdominal) no muestran signos de recidiva.

Discusión

Los quistes esplénicos son una entidad muy poco frecuente. Y dados los avances en el conocimiento del papel del bazo en el sistema inmune y el avance de las técnicas quirúrgicas, su tratamiento quirúrgico ha ido evolucionando.

Los quistes esplénicos se dividen en parasitarios y no parasitarios. Los primeros son más frecuentes en países en vías de desarrollo, donde la hidatidosis es una enfermedad endémica⁷. Los quistes no parasitarios son más frecuentes en países desarrollados.

El quiste esplénico epidermoide es un quiste verdadero, congénito y de revestimiento epitelial³. El interior del quiste contiene un líquido estéril, de coloración transparente, ambarina u oscura. Suponen aproximadamente el 10-25% de los quistes no parasitarios⁸. Topográficamente se suelen situar en el polo superior del bazo. Cuando existe sintomatología suele aparecer dolor leve de localización epigástrica o en hipocondrio izquierdo; es más rara la presencia

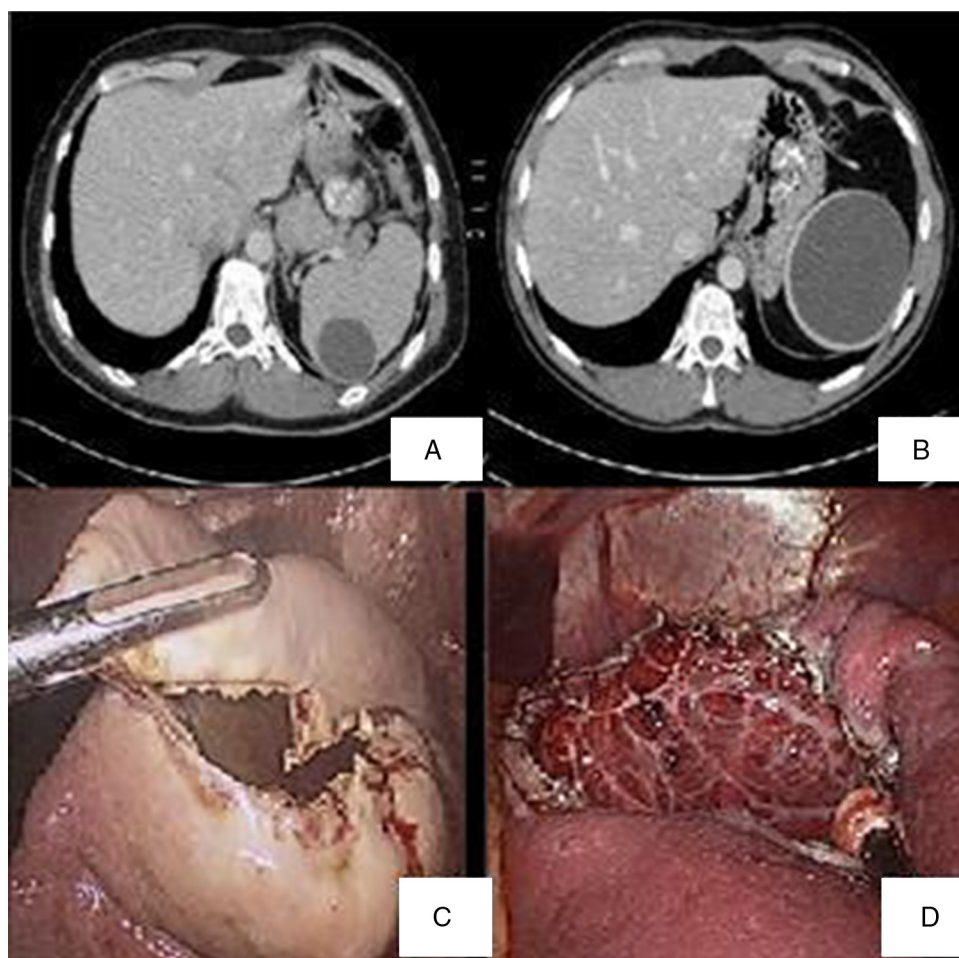


Figura 1 A y B) Imágenes de tomografía computada. Quiste en polo inferior y superior, respectivamente. C y D) Decapsulación de quiste esplénico por vía laparoscópica.

de síntomas por esplenomegalia (náuseas, vómitos, dolor pleural...)^{8,9}.

Antes de plantear el tratamiento quirúrgico del quiste esplénico, es fundamental realizar una adecuada historia clínica, una serología de hidatidosis, así como estudios de imagen que ayuden a la localización del quiste en el parénquima esplénico y que permitan plantear el tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico debe conseguir eliminar el quiste esplénico y preservar la mayor cantidad posible de parénquima esplénico^{4,9}. Motivo por el cual hoy en día no se plantea realizar inicialmente una esplenectomía total para el tratamiento de una enfermedad benigna, como es el quiste esplénico verdadero no parasitario. Actualmente, cualquiera de las técnicas quirúrgicas puede realizarse de manera segura por abordaje laparoscópico, siempre que el profesional encargado de su realización cuente con la experiencia necesaria en cirugía laparoscópica. El abordaje laparoscópico permite la pronta recuperación del paciente, sin la morbilidad asociada a las grandes incisiones^{5,6}.

La escisión del quiste por vía laparoscópica es una técnica que consigue preservar parte del parénquima esplénico, aunque se asocia a mayor riesgo de hemorragia y de complicación intraoperatoria que otras técnicas más

conservadoras^{6,9}, con lo que aumenta la posibilidad de tener que realizar una esplenectomía completa.

La escisión laparoscópica del quiste es una técnica fácil, segura, eficaz y la más conservadora, siempre que se pueda llevar a cabo (lesiones que no afecten al hilio esplénico ni lesiones gigantes que dejen poco tejido esplénico viable, en las cuales la esplenectomía total es quizá la mejor opción)^{2,5}. La estancia hospitalaria tras la cirugía suele ser de 24-48 h. La pared del quiste se debe enviar para realizar un estudio definitivo de anatomía patológica⁹.

El seguimiento postoperatorio se puede realizar con ecografías periódicas. Es aconsejable alguna tomografía computada de control con el paso de los años. En ocasiones puede quedar parte del quiste, aunque el riesgo de malignización es muy infrecuente⁸.

Conclusiones

La escisión laparoscópica es una técnica que ha demostrado su eficacia para el tratamiento definitivo de los quistes esplénicos. Permite la resección y extirpación con un margen de tejido sano, con mínimo riesgo de hemorragia y recidiva,

con pronta recuperación del paciente, y evita la morbilidad asociada a las grandes incisiones.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Spanyer J, Jaafar I, Mackowski M, Kehdy F. Laparoscopic treatment of nonparasitic splenic cysts. *Am Surg*. 2015;81:75–7.
2. Kapp J, Lewis T, Glasgow S, Khalil A, Anjum A. Spleen preserving management of non-parasitic splenic cyst in pregnancy. *Ann R Coll Engl*. 2016;98:114–7.
3. Agarwal A, Sharma P. A case review of benign splenic cyst. *Indian J Applied res*. 2015;5:32–4.
4. Farhangi B, Farhangi A, Firouzjahi A, Jahed B. Huge epithelial nonparasitic splenic cyst: A case report and review of treatment methods. *Caspian J Intern Med*. 2016;7:146–9.
5. García-Hernández C, Carvajal-Figueroa L, Dueñas-Ramírez JC, Landa-Juárez S. Tratamiento del quiste esplénico mediante esplenectomía parcial laparoscópica. Presentación de un caso. *Cir Cir*. 2010;78:83–5.
6. Lee SH, Lee JS, Yoon YC, Hong TH. Role of laparoscopic partial splenectomy for tumorous lesions of the spleen. *J Gastrointest Surg*. 2015;19:1052–8.
7. Golmohammadzadeh H, Maddah G, Hojjati YS, Abdollahi A, Shahbahang H. Splenic cyst: Analysis of 16 cases. *Caspian J Intern Med*. 2016;7:217–21.
8. Cuervo JL, Buela E. Quiste esplénico epidermoide: decapsulación parcial por vía laparoscópica. *Cir Pediatr*. 2007;20:63–7.
9. Cai H, An Y, Wu D, Chen X, Zhang Y, Zhu F, et al. Laparoscopic partial splenectomy: A preferred method for select patients. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2016;2:8 (Epub ahead of print).