



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Quiste mesotelial primario esplénico como causa infrecuente de dispepsia: a propósito de un caso

Primary mesothelial cyst of the spleen as an uncommon cause of dyspepsia: A case report

Los quistes esplénicos constituyen una entidad inusual en la práctica clínica y quirúrgica diaria, con menos de 1,000 casos presentados en la literatura. La mayoría de los pacientes

permanecen asintomáticos y el diagnóstico habitual se basa en técnicas de imagen. La indicación y el tratamiento quirúrgico se presentan como un desafío para los cirujanos. Presentamos el caso de una paciente con un quiste esplénico primario como causa infrecuente de dispepsia.

Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, con cuadro clínico de saciedad precoz, pesadez posprandial, dolor en epigastrio-hipocondrio izquierdo con la ingesta y pérdida de 3 kg de peso. En la exploración física presentaba dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo. La ecografía abdominal mostró una lesión esplénica de 7 cm,

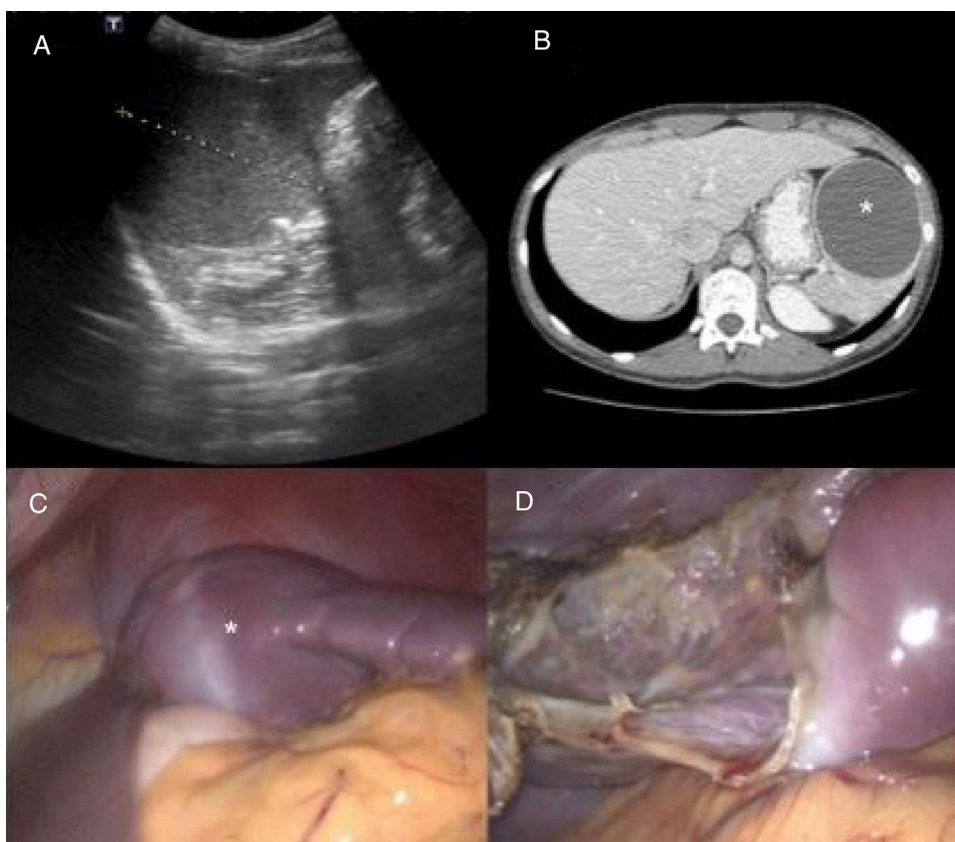


Figura 1 A) Ecografía abdominal prequirúrgica: lesión esplénica de 7 cm de diámetro con escaso refuerzo acústico y contornos bien definidos. B) Tomografía computarizada prequirúrgica: lesión ovalada bien definida, compatible con quiste esplénico (asterisco). Nótese el desplazamiento del estómago. C) Imagen intraoperatoria laparoscópica. Quiste esplénico (asterisco) que comprime el estómago antes de la fenestración. D) Imagen intraoperatoria laparoscópica. Parénquima esplénico remanente tras la fenestración.

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.05.008>

0375-0906/© 2018 Asociación Mexicana de Gastroenterología. 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/>).

Cómo citar este artículo: Elosua González A, et al. Quiste mesotelial primario esplénico como causa infrecuente de dispepsia: a propósito de un caso. Revista de Gastroenterología de México. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.05.008>

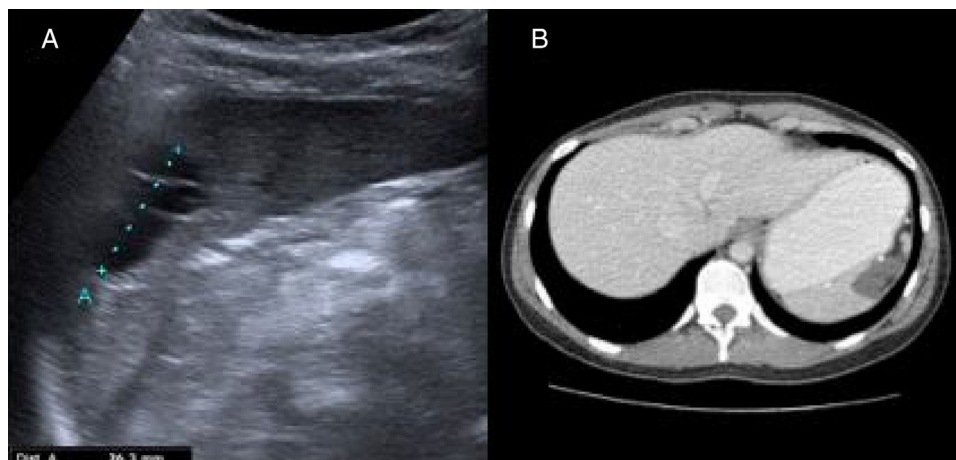


Figura 2 A) Ecografía abdominal posquirúrgica: en región interpolar del bazo, lesión de 32 mm de diámetro bien definida, anecoica, polilobulada y con tabiques internos ecogénicos, compatible con remanente quístico. B) Tomografía computarizada: alteración del contorno esplénico con lesión hipodensa uniforme de 22 × 23 mm, compatible con remanente quístico posquirúrgico.

isoecogénica con escaso refuerzo acústico y contornos bien definidos. El hemograma y la bioquímica no mostraban alteraciones, la hemaglutinación-hidatidosis fue negativa y los marcadores Ca 19.9 y antígeno carcinoembrionario (CEA), normales. Se completó el estudio mediante TC, que mostró lesión ovalada de contornos bien definidos en el bazo, con diámetros de 80 × 72 × 68 mm, sin realces internos ni polos sólidos, que desplazaba el estómago, sin signos sugestivos de malignidad. Con sospecha de quiste esplénico primario, se realizó fenestración laparoscópica sin complicaciones. La citología intraoperatoria mostró una diátesis serosa acelular y la histología un revestimiento epitelial aplanado simple, positivo para panqueratina (AE1-AE3) y calretinina, negativo para CEA y Ca 19.9 (fig. 1. A-D).

La paciente presentó mejoría sintomática y un aumento de 6 kg de peso, que ha mantenido a lo largo de la evolución. La ecografía a los 6 meses de la intervención y la TC al año mostraban pequeño remanente quístico y cambios posquirúrgicos que no afectaban a estructuras vecinas. No hubo incremento de tamaño del remanente en el periodo comprendido entre las 2 pruebas de imagen (fig. 2 A y B).

Los quistes esplénicos son una entidad rara. En zonas endémicas, como los países mediterráneos¹, predominan los parasitarios por *Echinococcus granulosus*. Los no infecciosos incluyen, por un lado, los primarios, caracterizados por presentar recubrimiento epitelial y, por otro lado, los secundarios (pseudocistes), más frecuentes y generalmente de origen postraumático.

La incidencia de los quistes primarios es solo del 0.07%². Predominan en mujeres jóvenes y habitualmente son un hallazgo incidental, si bien pueden provocar clínica por compresión de órganos adyacentes, como en nuestro caso, por compresión gástrica.

De etiopatogenia desconocida, su recubrimiento epitelial puede ser de varios tipos: destaca la positividad para CEA y Ca 19.9 en el caso de los quistes epiteliales y la panqueratina (AE1-AE3) y calretinina en los mesoteliales³.

El dilema es cuándo y cómo tratar. Se acepta tratar los quistes sintomáticos y aquellos >5 cm por riesgo de complicaciones como rotura, hemorragia e infección.

El tratamiento percutáneo (aspiración y etanolización) presenta alta tasa de recurrencia y complicaciones⁴ y se reserva para pacientes inoperables. Las técnicas quirúrgicas comprenden la esplenectomía total o parcial, la decapsulación (extirpación completa de la membrana) y la fenestración (resección que pone en contacto la cavidad del quiste y el peritoneo)⁵, todas realizables por laparoscopia. La tendencia actual es hacia técnicas preservadoras del bazo para evitar la inmunosupresión y la trombocitosis.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo/estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Armiñanzas C, Gutiérrez-Cuadra M, Fariñas MC. Hydatidosis: Epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Rev Esp Quimioter.* 2015;28:116–24.
2. Ingle SB, Hinge Ingle CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: A mini review. *World J Gastroenterol.* 2014;20:13899–903.
3. Palmieri I, Natale E, Crafa F, et al. Epithelial splenic cysts. *Anti-cancer Res.* 2005;25:515–21.
4. Amr AE. Splenic cysts, many questions are yet to be answered: a case report. *Cases J.* 2009;2:8474.
5. Chin EH, Shapiro R, Hazzan D, et al. A ten-year experience with laparoscopic treatment of splenic cysts. *JLS.* 2007;11:20–3.

A. Elosua González^{a,*}, O. Nantes Castillejo^a,
A. Tarifa Castilla^b y M.C. Llanos Chávarri^c

^a *Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

^b *Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

^c *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España*

* Autor para correspondencia. Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, C/ Irunlarrea, Núm. 3, 31008 Pamplona, Navarra, España. Teléfono: +34848422114. Correo electrónico: alfonso.elosua@gmail.com (A. Elosua González).