

CASOS CLÍNICOS

Quiste epitelial congénito de bazo. A propósito de un caso

Y Marín-Lapeira, E Rangel-Villalobos, A Blanco-Yun, JC Valdés-Cruces,
FJ Fernández-Usagre

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

RESUMEN

Se presenta un caso de quiste epidermoide de bazo en una niña de 14 años de edad con historia de dolor intermitente y masa de crecimiento progresivo en flanco izquierdo de dos años de evolución. Se describen los síntomas clínicos, datos de la exploración física y de laboratorio, así como las técnicas de diagnóstico por imagen. Se comenta su tratamiento y diagnóstico anatomopatológico.

Palabras clave. Bazo. Quiste epidermoide. Ecografía. TC abdominal.

INTRODUCCIÓN

Los quistes esplénicos no neoplásicos se clasifican, según su origen, en parasitarios (quistes hidatídicos) y no parasitarios. Los quistes parasitarios raramente afectan al bazo, presentándose en el 2% de los pacientes con hidatidosis, y normalmente se producen secundariamente a una diseminación sistémica o por ruptura de un quiste hepático.

Los quistes no parasitarios se subdividen en: a) quistes verdaderos (quistes epidermoides), que presentan un revestimiento epitelial y son de origen congénito, y b) quistes secundarios o pseudoquistes, que no tienen revestimiento celular y se desarrollan normalmente tras un traumatismo previo o infarto, representando aproximadamente el 80% de todos los quistes esplénicos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 14 años que presenta varios episodios al mes de dolor tipo cólico en hipocondrio izquierdo y masa de crecimiento lento en hemiabdomen izquierdo. La paciente no consulta a ningún médico hasta que a la edad de 16 años acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de intenso dolor en hipocondrio izquierdo y síncope. La paciente no refiere fiebre, síntomas urinarios ni digestivos.

En la exploración física destaca la palpación de una masa de consistencia dura en hemiabdomen izquierdo y dolor a la palpación superficial. Entre los



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en supino: opacidad con efecto masa en hemiabdomen izquierdo.

datos de laboratorio destacan un aumento de la velocidad de sedimentación y plaquetopenia.

En la radiografía simple de abdomen se aprecia una opacidad en hemiabdomen izquierdo que desplaza las estructuras adyacentes (figura 1). Se realiza estudio ecográfico donde se confirma la existencia de una masa de 23 cm x 15 cm x 20 cm en hemiabdomen izquierdo, bien delimitada y de aspecto quístico con ecos internos. Esta masa está rodeada dorsal y lateralmente por el bazo, quedando el riñón izquierdo rechazado caudalmente (figura 2). Se completa el estudio mediante TC de abdomen con contraste oral y sin contraste iv, en el que se objetiva la lesión quística, de densidad agua, que comprime y rechaza el estómago, asas intestinales, páncreas y riñón izquierdo. El bazo rodea la lesión y está desplazado en sentido caudal y posterior (figura 3). Días después se le realiza estudio gastroduodenal con contraste

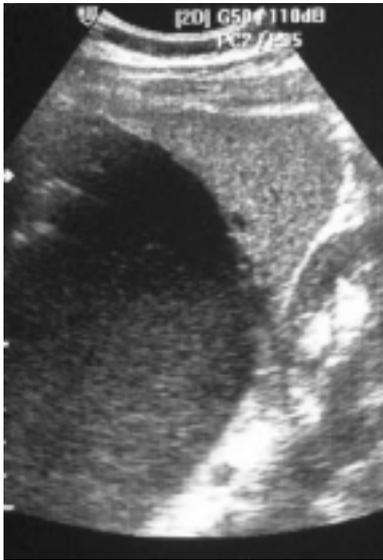


Figura 2. Ecografía. Corte sagital. Lesión quística con ecos internos que desplaza el bazo dorsolateralmente y el riñón caudalmente.

baritado, demostrando el desplazamiento del estómago, duodeno y primeras asas de yeyuno hacia la derecha (figura. 4).

Con el diagnóstico radiológico de probable quiste epidermoide de bazo, la paciente es intervenida quirúrgicamente. Primero se evacuan tres litros de líquido claro y se realiza esplenectomía y quistectomía. Se instaura tratamiento antibiótico y vacuna antineumocócica y se mandan muestras a anatomía patológica y microbiología, siendo el cultivo del líquido negativo. El diagnóstico definitivo fue quiste epidermoide.

En cuanto a la evolución de la paciente, ésta permanece asintomática durante unos meses, volviendo a consultar varias veces por molestias abdominales difusas, siendo las pruebas de imagen totalmente normales.

DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides constituyen entre el 10% y 20% de los quistes esplénicos no parasitarios y son más frecuentes en mujeres. Se detectan en la segunda o tercera décadas de la vida y el 50% tienen menos de 15 años^{1,2}. La mayoría de los pacientes cursan con una masa asintomática en hipocondrio izquierdo pero cuando aparecen síntomas, éstos suelen ser malestar o dolor en hemiabdomen izquierdo y plenitud postprandial.

Los quistes epidermoides presentan un revestimiento epitelial, cuyo origen se encuentra en las



Figura 3. TC de abdomen. Masa quística que comprime estómago y órganos vecinos.

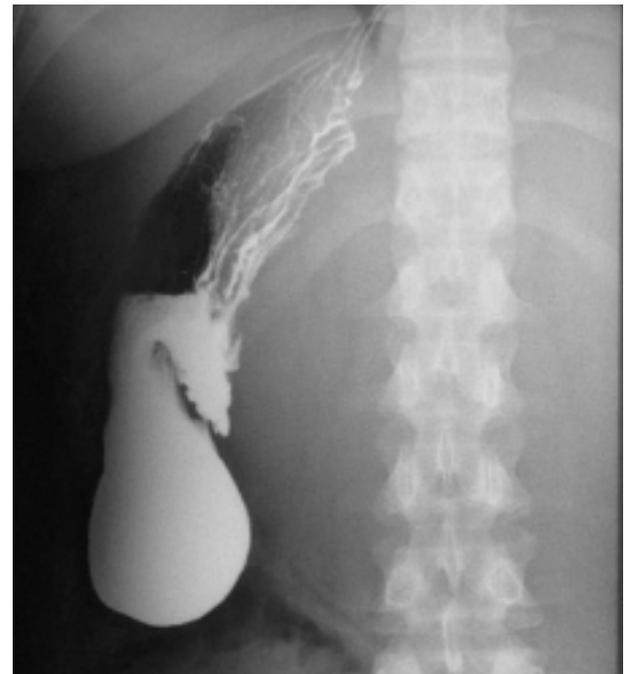


Figura 4. Estudio gastroduodenal con bario. Efecto masa en hipocondrio izquierdo que desplaza estómago y asas intestinales a la derecha.

células mesoteliales. El 80% son quistes solitarios y uniloculares, siendo raros los múltiples y multiloculados. Ocasionalmente se observa calcificación de su pared (9-25%) y suelen medir más de 10 cm³. Contienen líquido claro o turbio, constituido por proteínas, hierro, bilirrubina, grasa y cristales de colesterol.

Ecográficamente se comportan como lesiones hipo o anecogénicas, de paredes bien definidas y con abun-

dantes ecos internos debido al alto contenido en cristales de colesterol que hace que al aumentar la ganancia se incremente la ecogenicidad interna, a diferencia de los quistes postraumáticos que permanecen anecogénicos. Pueden presentar engrosamiento e irregularidad de la pared posterior, debido a trabeculaciones epiteliales. También pueden mostrar contenido hiperecogénico por coágulos sanguíneos.

Mediante el estudio con TC estas lesiones se comportan como imágenes redondeadas, bien circunscritas, de densidad cercana al agua, que no realzan con el contraste iv y que pueden presentar finos septos internos^{4,5}. Tanto en ecografía como en TC, característicamente existe parénquima esplénico normal comprimido rodeando a la lesión, lo que orienta al diagnóstico de quiste esplénico, aunque no su etiología exacta.

Las complicaciones de los quistes epidermoides suelen ser por compresión de estructuras adyacentes, aunque también pueden complicarse con infecciones, hemorragia o ruptura ante un traumatismo banal o espontáneamente. Se ha descrito su asociación con la enfermedad poliquística renal, por lo que el resto del abdomen debe ser cuidadosamente explorado para descartar otros quistes.

En el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del bazo hay que incluir los neoplásicos (muy raros) y no neoplásicos. Estos últimos se clasifican en parasitarios y no parasitarios. Los quistes parasitarios son los más frecuentes en áreas endémicas y presentan un patrón más complejo con calcificaciones groseras, multilobulaciones y vesículas hijas. Entre los quistes no parasitarios están los congénitos y los pseudoquistes. Estos últimos pueden ser postraumáticos (los más frecuentes y correspondientes a hematoma, laceración) o por infarto (de etiología vascular y adoptan una morfología triangular con base periférica). Otros quistes pueden ser inflamatorios/infecciosos (abscesos, pseudoquistes pancreáticos intraesplénicos) mostrando una clínica más florida en el caso de los abscesos y antecedentes de pancreatitis en el pseudoquiste pancreático.

Los quistes neoplásicos pueden ser benignos o malignos. Entre los benignos se incluyen los hemangiomas (más frecuentes), linfangiomas y hamartomas quísticos (esplenomas). Los tumores malignos son más frecuentes y pueden comportarse como lesiones quísticas, como el linfoma, angiosarcoma y las metástasis necrosadas de melanoma, carcinoma de mama y pulmón. La mayoría de las neoplasias esplénicas

presentan un realce variable con el contraste iv, no obstante puede ser imposible su diferenciación de las lesiones no neoplásicas⁶.

Por lo general las lesiones de hipocondrio izquierdo pueden ser investigadas mediante ecografía. Si la localización es incierta, la valoración del paciente debe realizarse con TC. Si la sospecha es de lesión esplénica, la TC se considera como la técnica de imagen de elección⁷. Para un diagnóstico definitivo, y como posible alternativa a la laparotomía, debe considerarse la posibilidad de la punción-biopsia en la caracterización de lesiones focales esplénicas de etiología desconocida.

Podemos concluir que la semiología radiológica de las lesiones esplénicas va a ser muy poco específica, puesto que distintos procesos pueden dar la misma imagen radiológica. En muchos casos, sólo la biopsia o la cirugía nos darán el correcto diagnóstico.

El diagnóstico preoperatorio de quiste epidermoide resulta difícil si no se piensa en esta entidad y la clínica no es sugestiva. En nuestra paciente la historia clínica resultó primordial para orientar los hallazgos radiológicos y enfocar el diagnóstico, que condicionó la actitud terapéutica, obteniéndose confirmación histológica. Tras el tratamiento la evolución fue satisfactoria, de acuerdo con lo descrito por otros autores, dado el carácter benigno de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dähnert W. Radiology Review Manual. 4ª ed. Baltimore. Williams & Wilkins; 1999.
2. Fink AM, Kulkarni S, Crowley P, Cramer JA. Epidermoid cyst in a pancreatic accessory spleen mimicking an infected abdominal cyst in a child. *Am J Roentgenol* 2002;179:206-208.
3. Paterson A, Frush DP, Donnelly LF, Foss JN, O'Hara SM, Bisset GS. A pattern-oriented approach to splenic imaging in infants and children. *Radiographics* 1999;19:1465-1485.
4. Lee JK. Body TC correlación RM. 3ª ed. Madrid. Marban; 1999.
5. Rabushka LS, Kawashima A, Fishman EK. Imaging of the spleen: CT with supplemental MR examination. *Radiographics* 1994;14:307-32.
6. Pedrosa CS. Diagnóstico por imagen. 2ª ed. Madrid. Interamericana. 1999.
7. Gil A, Ibarburen C, Antón E, Temprano C, Salgado FM, Dávila J. TC de las anomalías congénitas y adquiridas del bazo. *Radiología* 2000;42:221-29.