

Quiste esplénico mesotelial. Reporte de caso

Ana María Burgos Li¹, Enrique Lanzarini Sobrevia¹, Tamara Alarcón Morales¹

Mesothelial Splenic Cyst. Case report

Introduction: Cysts are round lesions with liquid and mixed content. In the spleen they can be non-parasitic, being classified as: true or epithelial with an internal cellular lining, such as mesothelial cysts; and false cysts without cellular lining. **Objective:** Report the clinical case of a patient with a diagnosis of mesothelial splenic cyst and review of the literature. **Material and Method:** Clinical, imaging, surgical, and histopathological variables were collected and analyzed descriptively. **Results:** A 62-year-old woman, during urological evaluation, Computed Tomography Urography was performed, revealing a splenic cyst. Due to digestive symptoms, an upper digestive endoscopy was performed, that showed great extrinsic gastric compression. Study was completed with computed tomography (CT) of abdomen and pelvis, that confirmed a splenic cyst. Partial removal of the cyst was performed by laparoscopy, and the histopathological study revealed a mesothelial splenic cyst. Postoperative evolution was satisfactory.

Discussion: Mesothelial splenic cysts are rare, usually asymptomatic, and laparoscopic unroofing is a good treatment option. Correct diagnosis and timely treatment of splenic cyst is important.

Keywords: spleen; mesothelial cyst; unroofing; laparoscopy.

Resumen

Introducción: Los quistes son lesiones redondas con contenido líquido y mixto. En el bazo pueden ser no parasitarios, clasificándose en: verdaderos o epiteliales con revestimiento interno celular, como son los quistes mesoteliales; y los falsos sin revestimiento celular. **Objetivo:** Reportar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de quiste esplénico mesotelial y revisión de la literatura. **Material y Método:** Variables clínicas, imagenológicas, quirúrgicas, e histopatológicas fueron recopiladas y analizadas en forma descriptiva. **Resultados:** Mujer de 62 años, que durante evaluación urológica se realiza Urografía por Tomografía Computarizada evidenciándose un quiste esplénico. Por sintomatología digestiva se realiza endoscopia digestiva alta que muestra gran compresión gástrica extrínseca. Se completa estudio con tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que confirma quiste esplénico. Se realiza extirpación parcial del quiste por laparoscopia, informando el estudio histopatológico quiste esplénico mesotelial. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Discusión:** Los quistes esplénicos mesoteliales son poco frecuentes, usualmente asintomáticos y el destechamiento laparoscópico es buena opción de tratamiento. Es importante el diagnóstico correcto y tratamiento oportuno del quiste esplénico.

Palabras clave: bazo; quiste mesotelial; destechamiento; laparoscopia.

Introducción

Los quistes son lesiones redondas, de pared delgada con contenido líquido o mixto. Los quistes esplénicos pueden ser parasitarios o no parasitarios en su origen. Los quistes no parasitarios son clasificados básicamente en verdaderos (epitelial, primario) o falsos (pseudo, secundario), basado en la presencia o ausencia de un revestimiento epitelial en la superficie interna del quiste. Dependiendo del patrón del

revestimiento epitelial de la superficie interna, los quistes esplénicos primarios se dividen en los subtipos mesoteliales y epidermoides. El revestimiento epitelial, puede ser, de tipo aplanado, cuboideo bajo, columnar bajo o escamoso y con una o varias capas con características nucleares benignas. Los quistes epidermoides tienen epitelio escamoso estratificado con una pared quística de fibrocolágeno. Los pseudoquistes suelen ser postraumáticos, debido a una falla de organización de los hematomas ubicados

¹Universidad de Chile-Hospital Clínico. Santiago, Chile.

Recibido el 2024-07-15 y aceptado para publicación el 2024-08-19

Correspondencia a:
Dra. Ana María Burgos Li
anaburgos@yahoo.com.mx

E-ISSN 2452-4549



debajo de la cápsula o en el parénquima esplénico, y rara vez pueden ocurrir en un absceso esplénico o en un infarto esplénico¹⁻³.

Caso clínico

Mujer de 62 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial en tratamiento y antecedentes quirúrgicos de histerectomía vaginal y cirugía de túnel carpiano de mano izquierda. Al examen físico, sobrepeso, con Índice de Masa Corporal 26,2 kg/m², sin dolor abdominal, ni otras alteraciones. La paciente 2 años antes, había consultado por presentar cistitis a repetición por lo que le solicitaron una Urografía por Tomografía Computarizada, en donde se descubre el quiste esplénico. Posteriormente la paciente presenta dolor epigástrico urente, con acidez esporádica, realizándose una endoscopia digestiva alta, que informa: acantosis esofágica, cicatriz de úlcera en antro de aspecto benigno y a la retro-visión cardias cerrado sobre el endoscopio. Observándose también una gran compresión extrínseca, cubierta con mucosa sana, en el cuerpo proximal (Figura 1).

Se completa el estudio realizándose TC de Abdomen y Pelvis que informa: Quiste de aspecto radiológico simple de 73 x 56 x 77 mm en el bazo, que impronta el fondo de la curvatura mayor gástrica adyacente (Figura 2).

Se realiza estudio serológico (ELISA) para descartar hidatidosis siendo el resultado negativo, el resto de los exámenes sanguíneos y de orina fueron normales. En el preoperatorio se inicia vacunación para neumococo, con vacuna neumocócica conjugada 13V, ante la probabilidad de tener que realizarse una esplenectomía.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente por vía laparoscópica, observándose la presencia de un quiste de aproximadamente 8 cm de diámetro localizado en el polo superior del bazo, se realiza drenaje

del quiste con salida de líquido seroso amarillento, y se procede con bisturí armónico a realizar resección parcial del quiste con preservación del bazo (Figuras 3 y 4). Se envía la pared del quiste a estudio anatomopatológico (Figura 5).

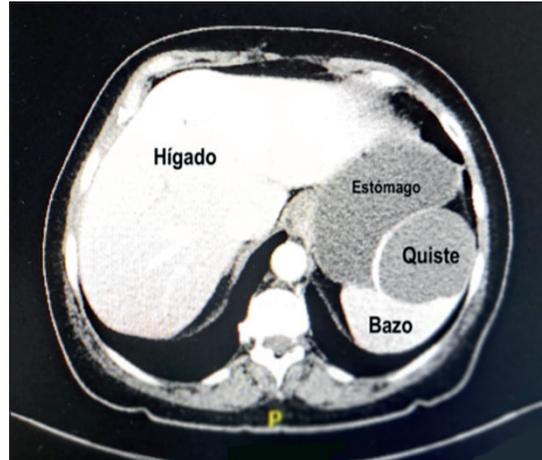


Figura 2. TC de Abdomen y Pelvis. Fase Portal. Corte transversal, observándose quiste de bazo adyacente a estómago.

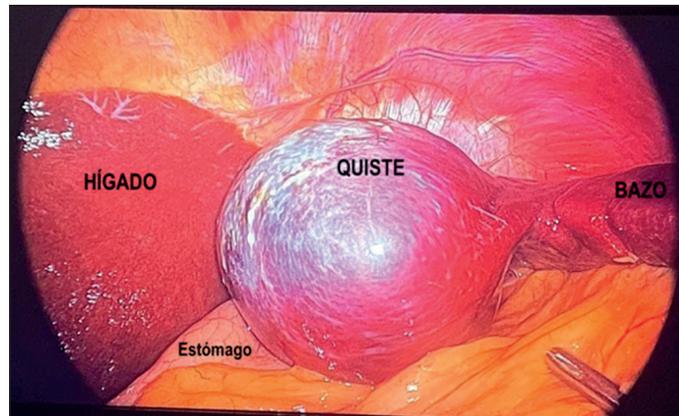


Figura 3. Quiste en polo superior del bazo. Relación con lóbulo hepático izquierdo, estómago y diafragma.



Figura 1. Endoscopia digestiva alta, retro-visión del cardias y evidencia de compresión extrínseca.

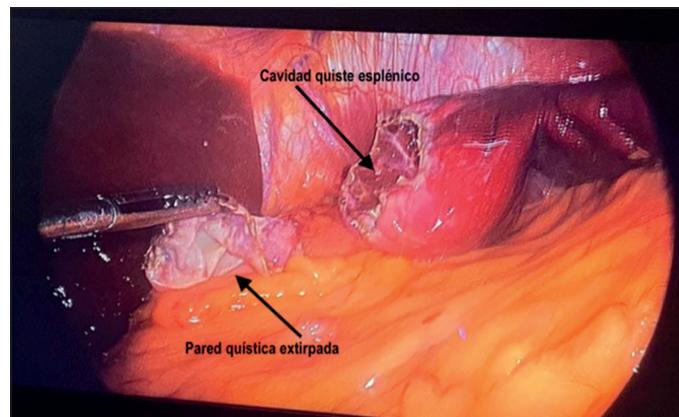


Figura 4. Resección parcial del quiste esplénico por vía laparoscópica.



Figura 5. Pared del quiste reseca y enviada a estudio anatomopatológico.

del quiste (Figura 6). Correspondiendo el diagnóstico a un quiste esplénico compatible con quiste mesotelial.

En el postoperatorio la paciente, evoluciona satisfactoriamente, siendo dada de alta al día siguiente.

Discusión

El quiste epitelial esplénico primario es una afección poco común con una tasa de incidencia del 0,07%, según lo informado en una revisión de 42.327 autopsias^{4,5}.

Los quistes epiteliales esplénicos primarios constituyen el 10% de todos los quistes no parasitarios del bazo^{2,6}. En el mundo, los quistes parasitarios (mayoría equinocócicos) son más comunes y corresponden al 70% de los quistes esplénicos⁷.

La patogénesis de los quistes esplénicos primarios no está clara, por lo que se han propuesto varias hipótesis.

La descripción histológica muestra pared de quiste revestido por una monocapa de células planas y cúbicas con escaso citoplasma eosinófilo y núcleos redondeados pequeños de cromatina fina. No se observan signos de proliferación mesotelial. En el espesor de la pared fibrosa se observa escaso infiltrado inflamatorio crónico y signos de hemorragia. Con técnica inmunohistoquímica para calretinina se evidencia naturaleza mesotelial del revestimiento

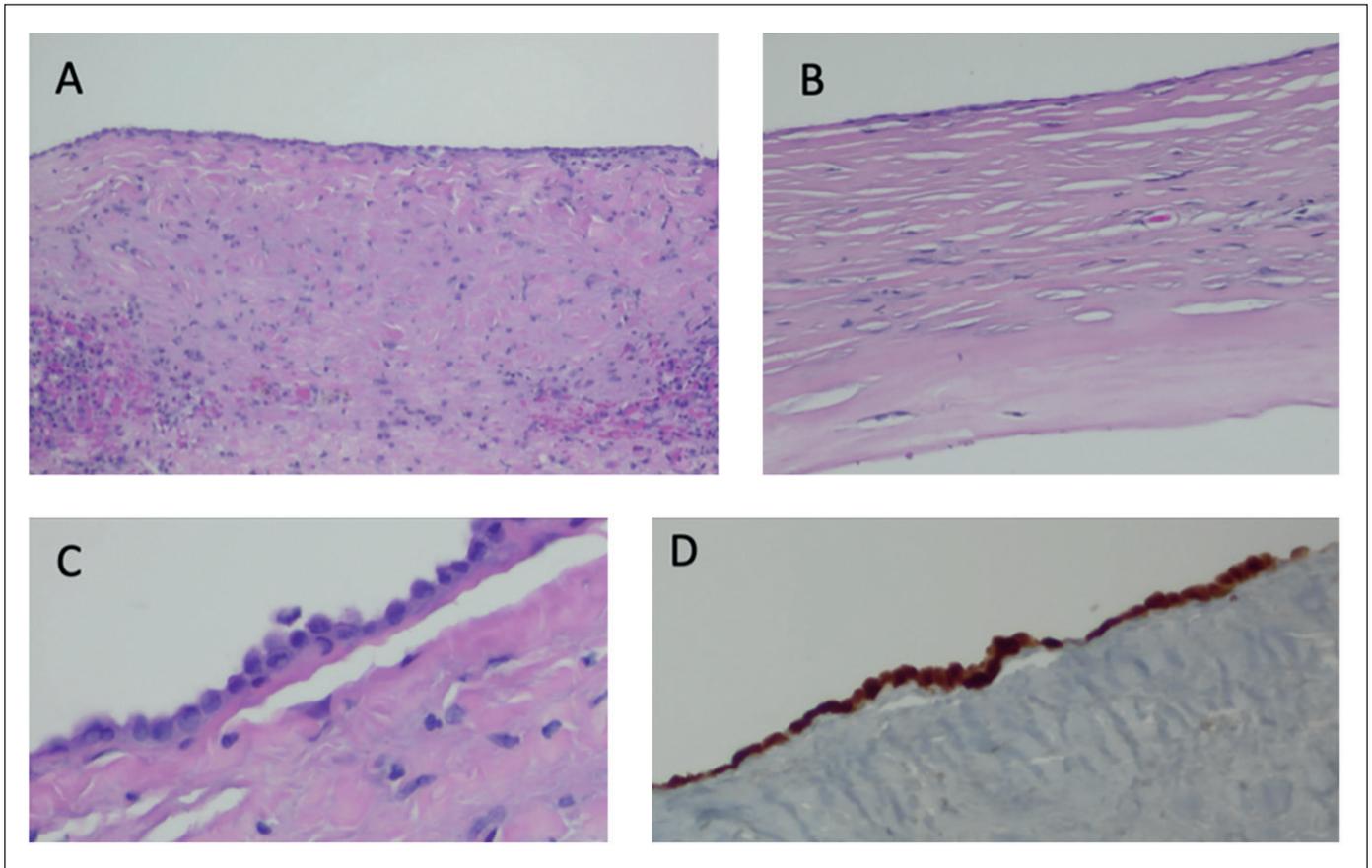


Figura 6. A-B: Pared quística fibrosa con inflamación y hemorragia, revestida por monocapa de células mesoteliales (HE 10x). **C:** Células mesoteliales cúbicas (HE 40x). **D:** Calretinina positiva en revestimiento mesotelial.

La teoría de la invaginación mesotelial, postula que en el caso de los quistes congénitos durante el desarrollo hay invasión del revestimiento mesotelial junto con la cápsula. Como el revestimiento tiene naturaleza pluripotente, tendría propensión a sufrir metaplasia y secreción de líquidos, lo que llevaría a la formación de quistes¹. El revestimiento del quiste congénito se postula que procede de la invasión del peritoneo junto con su revestimiento mesotelial después de la rotura de la cápsula esplénica o debido al atrapamiento de células mesoteliales en los surcos esplénicos. Se ha definido el quiste mesotelial como un quiste de inclusión peritoneal revestido por células mesoteliales benignas de patogénesis incierta⁸.

La teoría del espacio linfático menciona que los quistes pueden surgir de los espacios linfáticos normales del bazo¹.

La teoría de la inclusión endodérmica, propone que los quistes epiteliales esplénicos se desarrollan por verdadera metaplasia de una inclusión endodérmica heterotópica dentro del bazo⁹. Debido a la naturaleza pluripotente del mesotelio, pareciera haber metaplasia en el revestimiento, que conduciría a la formación de quistes con varios tipos de revestimiento epitelial, por ejemplo, escamoso, columnar¹⁰.

Es importante tener en cuenta que la presencia de una lesión quística esplénica en un paciente que procede de un área endémica y con *test* serológicos positivos podría indicar enfermedad hidatídica.

El quiste esplénico mesotelial es común en niños y adultos jóvenes, pero se presenta también en personas mayores¹¹, y es más frecuente en mujeres. En nuestro caso la paciente era una mujer de 62 años.

El quiste mesotelial se presenta como incidental o sintomático, siendo el sitio de presentación más común la pelvis, afectando también el peritoneo abdominal, retroperitoneo y en muy raras ocasiones la cápsula esplénica⁸. Por lo general, los quistes esplénicos son asintomáticos. Los síntomas están relacionados con el tamaño de los quistes. Cuando son grandes, pueden presentarse con distensión en abdomen izquierdo, dolor local o referido, síntomas debidos a la compresión de estructuras adyacentes (como náuseas, vómitos) o raramente trombocitopenia y ocasionalmente complicaciones como infección, rotura y/o hemorragia. El dolor en el cuadrante superior izquierdo es un hallazgo poco frecuente. Si el quiste es grande, el examen físico puede revelar esplenomegalia o una masa palpable, con o sin sensibilidad¹.

El diagnóstico de los quistes de bazo puede ser incidental, durante estudios imagenológicos. Las imágenes de elección para el estudio de estas le-

siones son las que proporcionan TC y resonancia magnética, ya que permiten verificar las características y relaciones del quiste con órganos adyacentes. Imagenológicamente, en la TC los quistes esplénicos son lesiones hipodensas, homogéneas, bien definidas, redondas y sin realce¹².

Las opciones para el tratamiento del quiste incluyen manejo médico con observación continua y/o la intervención quirúrgica. En pacientes asintomáticos sin crecimiento del quiste se puede recomendar una conducta expectante con controles imagenológicos. Si crece y adquiere tamaño grande y/o se hace sintomático, para evitar riesgo de complicaciones, puede requerir un tratamiento quirúrgico¹³. Anteriormente, la esplenectomía era el tratamiento de elección para los quistes esplénicos. Ahora, el enfoque ha cambiado, variando en función de su localización, los quistes pueden ser tratados mediante esplenectomía total, parcial o también el destechamiento o fenestración laparoscópica, resecaando la mayor parte de la cubierta en el quiste superficial¹⁴. Esta última opción se considera actualmente de elección¹⁵.

Posterior al tratamiento quirúrgico, el diagnóstico definitivo de quiste esplénico mesotelial es posible cuando el revestimiento epitelial se confirma mediante el estudio histopatológico junto con inmunohistoquímica.

Es muy importante el diagnóstico correcto del quiste, evaluando los hallazgos clínicos, síntomas, historia médica y apariencia del quiste. Recalcándose la toma de decisiones oportunas en el tratamiento que se han de considerar.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Rol

Ana María Burgos Li: Conceptualización, investigación, administración.

Enrique Lanzarini Sobrevia: Investigación.

Tamara Alarcón Morales: Investigación y recursos.

Bibliografía

1. Ingle SB, Hinge CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: A minireview. *World J Gastroenterol* 2014; 20(38):13899-903.
2. Garg M, Kataria SP, Sethi D, Mathur SK. Epidermoid cyst of spleen mimicking splenic lymphangioma. *Adv Biomed Res.* 2013;2:49.
3. Martin JW. Congenital splenic cysts. *Am J Surg.* 1958;96:302-8.
4. Macheras A, Misiakos E, Liakakos T, Mpistarakis D, Fotiadis C, Karatzas G. Non-parasitic splenic cysts: a report of three cases. *World J Gastroenterol.* 2005;11:6884-7.
5. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Craig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP. Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg.* 1978;187:231-5.
6. Belekar D, Desai A, Dewoolkar A, Dewoolkar V, Bhutala U. Splenic epithelial cyst: A rare entity. *Int J Surg.* 2010;22:1-18.
7. Golmohammadzadeh H, Maddah G, Shams Hojjati Y. Splenic cysts: Analysis of 16 cases. *Caspian J Intern Med.* 2016;7(3):217-21.
8. Ho-Fung V, Jaimes C, Pollock A. Peritoneal inclusion cyst. *Pediatr Emerg Care* 2011; 27(5):430-1.
9. Kundal VK, Gajdhar M, Kundal R, Sharma C, Agrawal D, Meena A. Giant Epithelial Non-Parasitic Splenic Cyst. *J Case Rep.* 2013;3:106-9.
10. Manoj MG, Misra P, Kakkar S. Multilocular epithelial cyst of spleen: a rare occurrence. *Indian J Pathol Microbiol.* 2012;55:602-4.
11. Park M, Lee J, Kim Y, Choi C, Park K. Mesothelial cyst of the spleen mimicking a metastasis: a case report. *Journal of International Medical Research* 2021;49(7):1-9.
12. Rotaeche P, Simón M, Fernández J. Quiste de bazo como incidentaloma. *Imagen* 2019;26:583-4.
13. Sáez J, Villarroel A, Mejía R, Sharp A. Quiste esplénico no parasitario: revisión de la experiencia en un hospital clínico universitario. *Rev Chil Cir.* 2017;69:315-9.
14. Kapp J, Lewis T, Glasgow S, Khalil A, Anjum A. Spleen preserving management of a non-parasitic splenic cyst in pregnancy. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 2016; 98(7):e114-7.
15. Targarona E, Balagué C, Martínez C, Pallarés L, Trías M. Fenestración laparoscópica de un quiste esplénico mediante una técnica de acceso único. *Cirugía Española* 2010;87(5):328-30.