

**HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO**

**SEUDOQUISTE ESPLENICO.
INFORME DE UN CASO.**

Dra. Mireya Martínez Velásquez¹, Dr. Juan Martínez Caballero², Dra. Elia Zambrano Díaz³, Dr. Alfonso Calzada Parrá⁴, Dr. Miguel Angel Hernández Borges⁴, Dr. Roilder Romero Frómeta.⁵

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente transicional de 21 meses de nacido de sexo masculino que tiene antecedentes de sikleミア, conocido, el cual fue remitido de su área de salud por presentar tumoración en el lado izquierdo del abdomen, notada por su madre 5 días antes de su remisión, acompañada de molestias dolorosas ocasionales a ese nivel. Se ofrecen datos de interés recogidos en el interrogatorio y en el examen físico realizados al momento de su ingreso. Se realiza la observación clínica del buen estado general que presentaba el paciente al momento de su ingreso y se detalla la presencia de una tumoración en el cuadrante superior izquierdo a la palpación superficial y profunda, dolorosa ligeramente, de aproximadamente 6 cm de diámetro, que se define como una masa lisa, firme, que rebasa el reborde costal, dependiente de planos profundos, de bordes romo. Se señala el valor de los estudios imaginológicos en el diagnóstico de esta entidad, así como los hallazgos durante el transoperatorio. Se expone una de las clasificaciones de utilidad práctica y se muestran fotos del paciente durante la operación y del bazo extraído.

Palabras clave: NEOPLASIAS DEL BAZO/ ultrasonografía; NEOPLASIAS DEL BAZO/ diagnóstico; NIÑO.

INTRODUCCION

El bazo es un órgano que presenta alteraciones quísticas con menos frecuencia que otras vísceras abdominales.^{1,2}

¹ *Especialista de I Grado en Embriología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.*

⁴ *Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor.*

⁵ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

Desde 1829, Angral hizo la descripción de un quiste esplénico en un examen postmortem de un paciente suyo. Peán, cirujano francés, treinta y seis años después realizó la primera esplenectomía de un paciente con un quiste solitario del bazo.³

En 1940, Pemberton, en la clínica Mayo, presentó una serie de 200 esplenectomías y sólo encontró 4 casos de quiste esplénico. A partir de 1953 aumentan los informes de estos pacientes, así lo hicieron Fowler, Quereshi-Hafner y Douglas, en 1953, 1964 y 1978, respectivamente.³

Los quistes del bazo suelen ser únicos o múltiples, de contenido seroso o hemorrágico. Han sido clasificados en congénitos y secundarios. Para algunos, los congénitos son quistes verdaderos, y los secundarios, falsos (seudoquistes).^{2,4}

Los quistes verdaderos se relacionan con la invaginación de la cápsula, ectasia de los senos venosos o linfáticos e inclusiones embrionarias.^{2,3,5} Los pseudoquistes son los más frecuentes y se relacionan con trauma y hemorragia intracapsular.¹

En general los quistes del bazo presentan baja incidencia, sobre todo en los pacientes pediátricos, por lo que son considerados como una curiosidad médica.⁶ Esto nos resultó de gran interés y nos motivó a realizar esta presentación.

PRESENTACION DEL CASO

Se informa el caso de un paciente de 21 meses de edad del sexo masculino, mestizo, procedente del área rural, con antecedentes de sicklemia, conocido, el cual es remitido de su área de salud por presentar tumoración en el lado izquierdo del abdomen, notada por su madre 5 días antes de su remisión, acompañada de molestias dolorosas ocasionales a ese nivel. Se niega fiebre, vómitos u otros síntomas. Fue ingresado en la sala de cirugía, donde se le realizan estudios.

Al realizar el interrogatorio manifiesta la madre que el niño es sicklémico y por ese motivo ha ingresado en dos oportunidades en nuestro hospital. El padre del niño también es sicklémico.

Al examen físico se comprobó un buen estado general del niño, se mantenía su mucosa hipocoloreada y húmeda, afebril, con buen estado de hidratación.

Su abdomen no estaba distendido y seguía los movimientos respiratorios. Se observó un aumento de volumen en el cuadrante superior izquierdo. La palpación era blanda y depresible, no presentó reacción abdominal. La palpación superficial y profunda fue dolorosa ligeramente en hipocondrio izquierdo, donde se encontró una tumoración de unos 6 cm de diámetro, que se define, como una masa lisa, firme, que rebasa el reborde costal, dependiente de planos profundos, de bordes romo.

La radiografía simple y contrastada de estómago, duodeno, colon y urograma descendente reflejaron desplazamiento del riñón izquierdo hacia abajo.

La ecografía reveló una imagen ecolúcida en la proyección del bazo que desplazaba al riñón izquierdo hacia abajo.

Al practicar la esplenectomía, se tuvo acceso al abdomen a través de una incisión transversa (Figura 1) en hipocondrio izquierdo, de unos 8 cm de longitud, encontrándose un proceso inflamatorio a ese nivel que incluía el bazo, el epiplón, el colon y el estómago. Estos mediante disección muy cuidadosa fueron liberados, observándose hacia la cara externa, en el polo inferior del bazo, una tumoración quística de unos 7 cm de diámetro en fase inflamatoria.

Otra tumoración quística de aproximadamente unos 3 cm de diámetro fue observada en el polo superior, hacia la cara interna del bazo. El resto del órgano se encontraba deformado y con áreas de infartos múltiples.

El informe anatomopatológico muestra un bazo que mide 9.5 x 7 x 4 cm y pesa 170 g. La superficie de la cara externa en el polo inferior muestra una formación de aspecto quístico que mide 7 x 5 x 2.5 cm, de color pardo grisáceo, con engrosamiento de algunas de sus áreas (Figura 2).

Hacia su polo superior en la cara interna se aprecia otra formación de aspecto quístico que mide 2.5 x 1.3 x 1 cm, de superficie lisa y coloración amarillenta (Figura 2). Al corte del órgano se observa que la pulpa roja correspondiente al área quística, antes mencionada, está sustituida por sangre coagulada y formación en la periferia de un coágulo central con tejido de consistencia muy friable, delimitado todo ello por una pared de tejido fibroso. El resto de la pulpa roja permite apreciar los detalles corpusculares y la consistencia firme.

El examen histológico muestra la presencia de pseudoquistes hemorrágicos, uno de ellos con la presencia de absceso, con infartos múltiples de la pulpa esplénica y revela la presencia de páncreas aberrante (heterotópico) en cara interna del bazo (Figura 2).

DISCUSION DEL CASO

Los quistes del bazo pueden ser únicos o múltiples.⁶ Para su estudio se han clasificado en:

1. Verdaderos o primarios.

Aquellos que presentan una cubierta celular. Un ejemplo lo tenemos en los quistes parasitarios (quistes hidáticos) y no parasitarios (congénitos y neoplásicos).⁷

2. Falsos o secundarios.

Los que no tienen cubierta celular e incluyen los de causas postraumáticas (serohemática), degenerativas (postinfarto) e inflamatorias (periesplenitis).

Los quistes falsos son 4 veces más frecuentes que los verdaderos.⁷

En relación con la localización, son más frecuentes en los polos, como lo observado en nuestro paciente (en ambos polos).^{7,8}

La esplenectomía total, como técnica de elección realizada en este paciente, puede presentar complicaciones luego de realizada la esplenectomía (sepsis siderante del bazo) y sólo fue decidida por las precarias condiciones que se encontraba el bazo infartado y deformado, asociado a los quistes en ambos polos.

Es válido recordar que este paciente fue operado a la edad de 21 meses y tenía antecedentes de ser siklémico conocido, y estos pacientes por su patología de base con frecuencia hacen periesplenitis e infarto esplénico que lo hacen favorable a presentar pseudo quiste esplénico.^{9,10}

Siempre que las condiciones del bazo lo permitan nos inclinamos a realizar la esplenectomía parcial, aprovechando la segmentación vascular que ofrece la anatomía del bazo y la importancia de conservar este órgano debido a su diversas funciones, de notoria mención la función inmunológica en la producción

de anticuerpos y otros factores, como opsonina, complementos tetrapéptido y síntesis de tuftsin, necesarias para la estimulación de la actividad fagocitaria de los neutrófilos.¹¹⁻¹³

La preparación preoperatoria de nuestro paciente se realizó en coordinación con el servicio de hematología y fue necesario transfundirlo durante esta fase con el objetivo de mejorar su hemoglobina.

El ultrasonido abdominal resultó ser de mucha eficacia en el diagnóstico preoperatorio.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. A los 7 días fue dado de alta hospitalaria con seguimiento en la consulta de cirugía y hematología. Hasta la fecha no ha presentado signos de sepsis que lo relacionen con el proceder quirúrgico realizado.

CONSIDERACIONES FINALES

El paciente estudiado presentaba un pseudoquistes esplénico. Esta afección se presenta con mayor frecuencia en pacientes siklémicos, por ser los más propensos a la esplenitis e infartos esplénicos.

El tratamiento de elección en estos casos es la esplenectomía parcial porque con este proceder se elimina el riesgo de complicaciones posteriores, pero en este paciente debido a las precarias condiciones del bazo fue necesario realizar esplenectomía total.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schmidt Brian J. Isolated splenic metastasis from primary lung adenocarcinoma. Southern Medical Journal 2004.
2. Avesani Ettore. American Journal of Clinical Oncology 2001; 24(3).
3. Arber Daniel. American Journal of Surgical Pathology 1997; 21(3).
4. Opocher Enrico. American Journal of Clinical Oncology 2000; 23(6).
5. Sanyal S. Splenic metastasis from esophageal cancer: Report of a case. Surgery Today 2005; 35(11).

6. Bailez MM. Laparoscopic partial splenectomy for a hemangioma of the spleen. *Pediatric Endosurgery & Innovative Techniques* 2004; 8(2).
7. Raval MV. Laparoscopic splenectomy for metastatic squamous cell cancer of the neck. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2005; 15(4).
8. Cooney DR. Splenectomy in childhood. *Pediatric Surgery*. 5th ed Chapman & Hall Plusbichers 1992:570-7.
9. Ein SH. Splenic Lesions. In: Ashcraft KW, Holder TM. *Pediatric Surgery* 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders 1993; 535-45.
10. Schwartz SI. In: Schwartz SI. *Principles of surgery*, 6th ed. New York: McGraw-Hill 1994:1433-47.
11. Tchernia G, Bader-Mounier B, Berterottiers P, *et al*. Effectiveness of partial splenectomy in hereditary spherocytosis. *Curr Opin Hematol* 1997; 4:136.
12. Velkova K, Nedeva A. Our experience in the diagnostics of liver and spleen hemangiomas, *Folia Med (Plovdiv)* 1997; 39:85.
13. Ferlicot S, Emile JF, le Bris JL, *et al*. Congenital asplenia. A childhood immune deficit often detected too late. *Ann Pathol* 1997; 17:44.

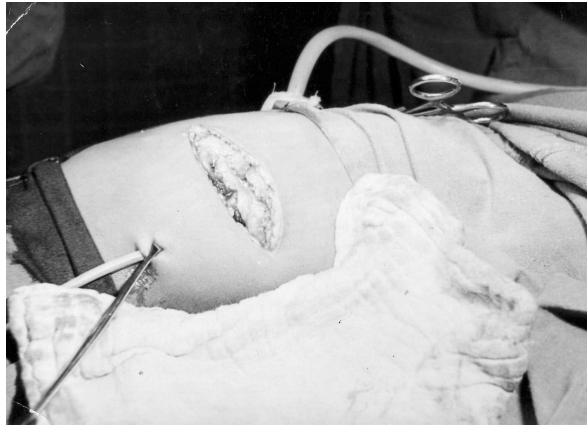


Figura 1. Puede observarse la herida quirúrgica abdominal amplia practicada en el acto operatorio en correspondencia con el bazo quístico extirpado



Figura 2. Obsérvese la gran tumoración quística del polo inferior del bazo.