Revista Información Científica

ISSN 1028-9933
Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo

Noviembre 2026 Volumen 105 e5292
DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.24231819

INFORME DE CASO

Hemangioma esplénico cavernoso en paciente pediátrico. Informe de un caso

Cavernous splenic hemangioma in a pediatric patient. A case report

Hemangioma esplênico cavernoso em paciente pediátrico. Relato de caso

Dioannis Reyes Nicolades[I]* , Carlos Manuel Rodríguez Marcheco[I] , Mario Giraudy Zuñiga[I]

[I] Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez". Guantánamo, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** dioannis.reyes@gmail.com

Recibido: 06-09-2026 **Aprobado:** 19-11-2026 **Publicado:** 22-11-2026

RESUMEN

Se presentó el caso de un escolar de nueve años de edad en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, cuya madre refirió notar desde hacía dos años un aumento de volumen progresivo en la región superior izquierda del abdomen, molestias abdominales y decaimiento. Al examen físico se constató una esplenomegalia gigante, visible y palpable en el hemiabdomen izquierdo, de aproximadamente 25 cm de diámetro, con bordes lisos, redondeados y no dolorosos. Los estudios complementarios imagenológicos mostraron un bazo marcadamente aumentado de tamaño, de aspecto tumoral primario. Se realizó una esplenectomía total y los estudios anatomopatológicos confirmaron la existencia de un hemangioma esplénico cavernoso, con una evolución clínica y humoral satisfactoria del paciente. La revisión exhaustiva de la literatura nacional e internacional evidencia la extrema rareza de esta variedad histológica con presentación gigante en la edad pediátrica.

Palabras clave: hemangioma cavernoso; esplenomegalia; esplenectomía; pediatría; neoplasias vasculares

ABSTRACT

A nine-year-old schoolchild was presented to the Pediatric Surgery service of the Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez" in Guantánamo, whose mother reported having noticed progressive enlargement in the upper left region of the abdomen for two years, along with abdominal discomfort and weakness. Physical examination revealed a giant splenomegaly, visible and palpable in the left hemiabdomen, approximately 25 cm in diameter, with smooth, rounded, and non-tender borders. Complementary imaging studies showed a markedly enlarged spleen with a primary tumoral appearance. A total splenectomy was performed, and anatomopathological studies confirmed the existence of a cavernous splenic hemangioma, with a satisfactory clinical and humoral course for the patient. An exhaustive review of the national and international literature evidences the extreme rarity of this histological variety with giant presentation in pediatric age.

Keywords: hemangioma, cavernous; splenomegaly; splenectomy; pediatrics; vascular neoplasms

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

RESUMO

Apresentou-se o caso de um escolar de nove anos de idade no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, cuja mãe referiu notar, havia dois anos, um aumento de volume progressivo na região superior esquerda do abdome, além de desconforto abdominal e fraqueza. Ao exame físico, constatou-se uma esplenomegalia gigante, visível e palpável no hemiabdome esquerdo, de aproximadamente 25 cm de diâmetro, com bordas lisas, arredondadas e não dolorosas. Os estudos complementares de imagem mostraram um baço marcadamente aumentado de tamanho, com aspecto tumoral primário. Realizou-se uma esplenectomia total, e os estudos anatomopatológicos confirmaram a existência de um hemangioma esplênico cavernoso, com evolução clínica e humoral satisfatória do paciente. A revisão exaustiva da literatura nacional e internacional evidencia a extrema raridade dessa variedade histológica com apresentação gigante na idade pediátrica.

Palavras-chave: hemangioma cavernoso; esplenomegalia; esplenectomia; pediatria; neoplasias vasculares

Cómo citar este artículo:
Reyes Nicolades D, Rodrìquez Marcheco CM, Giraudy Zuñiga M. Hemangioma esplénico cavernoso en paciente pediátrico. Reporte de caso. Rev Inf Cient [Internet]. 2026 [citado Fecha de acceso]; 105:e5292. Disponible en: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5292

INTRODUCCIÓN

Los tumores esplénicos benignos primarios son entidades clínicas de baja frecuencia en la práctica quirúrgica pediátrica. Dentro de este grupo heterogéneo predominan los linfangiomas y los hemangiomas vasculares.[1] Un hemangioma es un tumor benigno causado por el crecimiento anormal de vasos sanguíneos. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero se encuentran más frecuentemente en cabeza y cuello.[2]

Desde esa perspectiva, se pueden describir variantes clínicas e histológicas, las que se agrupan en dos tipos de hemangiomas. Los hemangiomas capilares, que se encuentran en las capas más externas de la piel y con frecuencia se les denomina "marca de nacimiento roja". Mientras que los hemangiomas cavernosos están formados por grandes conductos vasculares dilatados, infiltrantes; a menudo afectan estructuras profundas y no remiten de manera espontánea.[2]

De igual manera, aunque clásicamente los hemangiomas esplénicos suelen cursar de manera asintomática y se descubren de forma incidental, su presentación clínica puede manifestarse mediante esplenomegalia progresiva, trombocitopenia secundaria, deficiencia de factores de la coagulación, o en los escenarios más graves, rotura esplénica espontánea o traumática con riesgo vital inminente.[3]

Es importante destacar cómo ante un tumor abdominal gigante en un niño los diagnósticos diferenciales habituales apuntan hacia neoplasias malignas frecuentes en este grupo etario (como el linfoma, el tumor de Wilms de localización atípica o sarcomas retroperitoneales), o patologías infecciosas/hematológicas complejas. Documentar que un tumor benigno vascular puede simular una neoplasia maligna avanzada previene errores de subestimación o tratamiento oncológico agresivo.[1]

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

Por consiguiente, el objetivo de este artículo es describir la experiencia en el abordaje diagnóstico, la toma de decisiones multidisciplinaria y el tratamiento quirúrgico de un paciente con diagnóstico histopatológico de hemangioma esplénico cavernoso gigante, con la presentación del caso previo consentimiento informado de la madre con fines científicos a través de la recopilación de los datos en la historia clínica del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente escolar masculino de nueve años de edad, que acude a consulta al servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Docente "General Pedro Agustín Pérez", de Guantánamo, acompañado de su madre, quien refirió notar desde hacía dos años aumento de volumen en la zona superior izquierda del abdomen de su hijo, además de sentir molestias abdominales y decaimiento.

Al examen físico se constató durante la inspección del abdomen: aumento de volumen en cuadrante superior izquierdo y se palpó tumoración redondeada que abarcaba hipocondrio izquierdo, epigastrio, flanco izquierdo y mesogastrio, de consistencia lisa, bordes regulares bien definidos, poco movible, adherido a planos profundos, de 25 cm de diámetro aproximadamente, que impresionó corresponderse con esplenomegalia gigante.

Se ingresó en la sala de Cirugía y tras discusión colectiva se coordinó política investigativa y se orientó a familiares sobre la conducta propuesta. Se realizaron estudios complementarios, que incluyeron:

Hemoglobina: 90 g/L
Hematócrito: 0,29 %

Coagulograma: tiempo de sangrado de 1 min, tiempo de coagulación 7 min, conteo de plaquetas en 265 x 10^9/L y coágulo retráctil a la hora.

Lámina periférica: serie roja con hipocromía, serie blanca normales en tamaño, forma y granulaciones y plaquetas normales en tamaño, forma y agrupación.

Marcadores tumorales: alfafetoproteína, gonadotropina coriónica humana y CEA 1, todos con resultados dentro de los estándares establecidos.

La radiografía posteroanterior de abdomen simple (Fig. 1) mostró una imagen radiopaca en masa que ocupaba todo el hemiabdomen izquierdo, rebasando la línea media ligeramente a nivel de epigastrio y con desplazamiento de las asas intestinales delgadas hacia la derecha.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

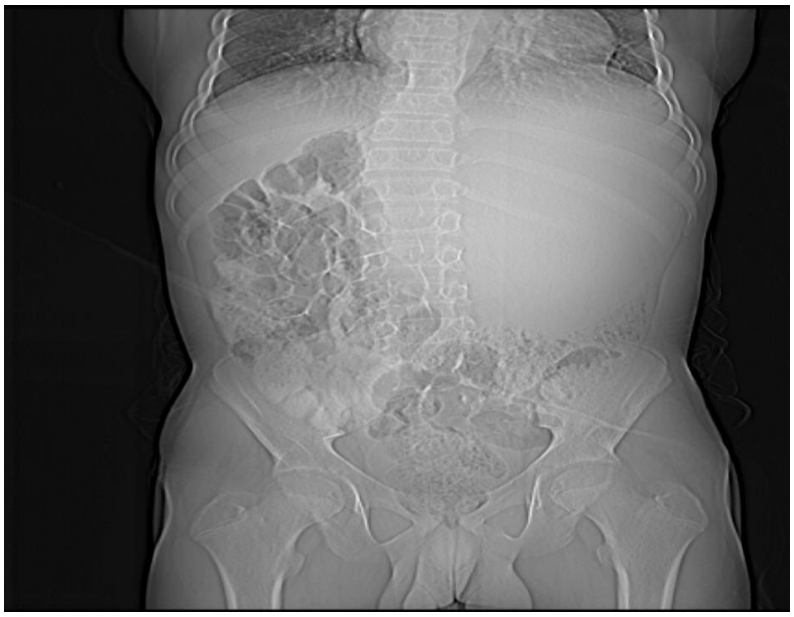


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de abdomen simple. Nótese en el cuadrante superior izquierdo (zona esplénica) opacidad homogénea que desplaza contenido intestinal hacia hemiabdomen derecho y región pélvica.

La ecografía abdominal informó el hígado de tamaño normal y ecogenicidad conservada, sin lesión focal, vesícula de paredes finas y sin litiasis. Bazo con imagen hiperecogénica homogénea bien definido de contornos lisos, que midió aproximadamente 216 x 168 mm, con vascularización central y periférica, que podía estar en relación con hemangioma cavernoso del bazo, que desplazaba las estructuras vecinas.

El páncreas y ambos riñones sin alteraciones ecográficas, estos últimos de forma, tamaño y posición normales, sin ectasia ni litiasis y con buena relación seno parénquima. También se observó la vejiga sin alteraciones y las asas sin dilatación.

En los cortes de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen simple (Fig. 2) y con reconstrucciones coronales y sagitales (Fig. 3A y 3B) se identificó el bazo aumentado de tamaño con una imagen hiperdensa que lo ocupaba en su totalidad, bien definido, de contornos regulares, que desplazaba las estructuras vecinas. Presentaba una densidad de 58 UH aproximadamente, de aspecto tumoral que medía aproximadamente 216 x 168 mm.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu



Fig. 2. Tomografía axial computarizada de abdomen simple (corte axial) donde destaca masa de gran tamaño que ocupa predominantemente hemiaabdomen izquierdo y se extiende cruzando la línea media hacia el lado derecho, correspondiente al bazo con medidas aproximadas de 16,7 cm y 21,6 cm.



Fig. 3. Tomografía axial computarizada de abdomen simple. Obsérvese reconstrucciones multiplanares. A: Vista coronal, muestra gran masa redondeada/ovalada hipodensa, ubicada en el hemiaabdomen superior e izquierdo, ocupando la celda esplénica, se observa hígado desplazado hacia la derecha/arriba y asas intestinales desplazadas hacia el hemiaabdomen derecho. B: Vista sagital permite apreciar la extensión anteroposterior y craneocaudal de la lesión esplénica, que eleva y comprime estructuras superiores hacia el diafragma y desplaza inferiormente las asas intestinales.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

Tras realizar la discusión colectiva multidisciplinaria y con el consentimiento familiar, se realizó la esplenectomía total. Se practicó incisión subcostal izquierda aproximadamente 20 cm de longitud, profundizando por planos hasta acceder a la cavidad abdominal. Se observó esplenomegalia gigante (Fig. 4) que ocupaba desde el cuadrante superior izquierdo hasta la región infraumbilical, de forma redondeada, superficie lisa, con zonas fluctuantes, no presentaba bazos accesorios, ni infiltración a otros planos.

Se realizó primeramente ligadura y sección de elementos de fijación esplénicos, posteriormente, ligadura de vasos gástricos cortos, luego se continuó acceso a hilio esplénico en sentido posterior con visualización del pedículo esplénico y ligaduras y sección individuales de arteria y vena esplénica. Se completó exéresis total del bazo, control de la hemostasia con sangrado mínimo y cierre de planos fasciales.

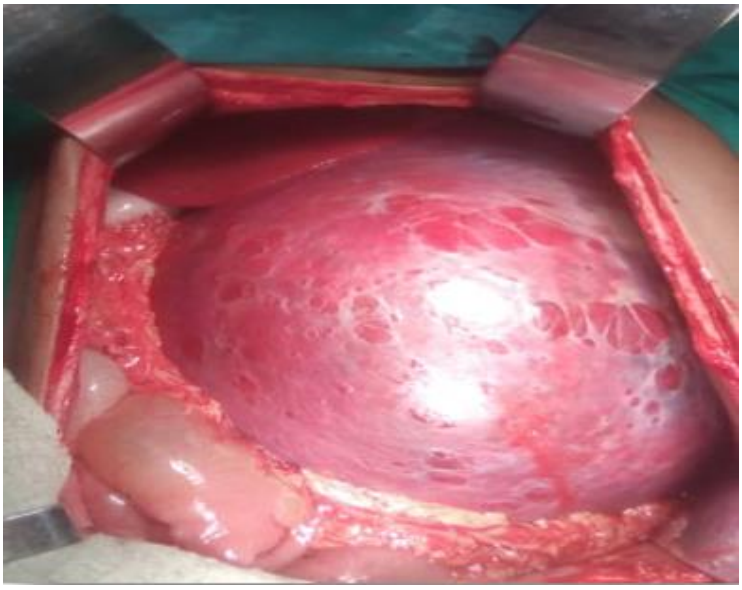


Fig. 4. Imagen transoperatoria donde destaca bazo de gran tamaño, globuloso y tenso, que ocupa ampliamente el campo quirúrgico. Nótese estructuras adyacentes desplazadas o en contacto, incluyendo porción del hígado hacia la parte superior y asas intestinales en la zona inferior/lateral.

Estudios anatomopatológicos: en el estudio macroscópico se describió la pieza quirúrgica correspondiente al bazo de 22 x 16 x 10 cm con superficie lisa y un peso de 3 010 g (Figura 5). Al corte, solo se constató una pequeña área subcapsular, redondeada de 1,5 cm de diámetro, de color pardo rojizo, de la que se pasaron IV fragmentos para estudio histológico. En el estudio microscópico se observaron múltiples canales vasculares, de aspecto cavernoso con sangre en su interior, revestidos por un endotelio de características histológicas normales. El aspecto histopatológico fue consistente en Hemangioma esplénico cavernoso.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

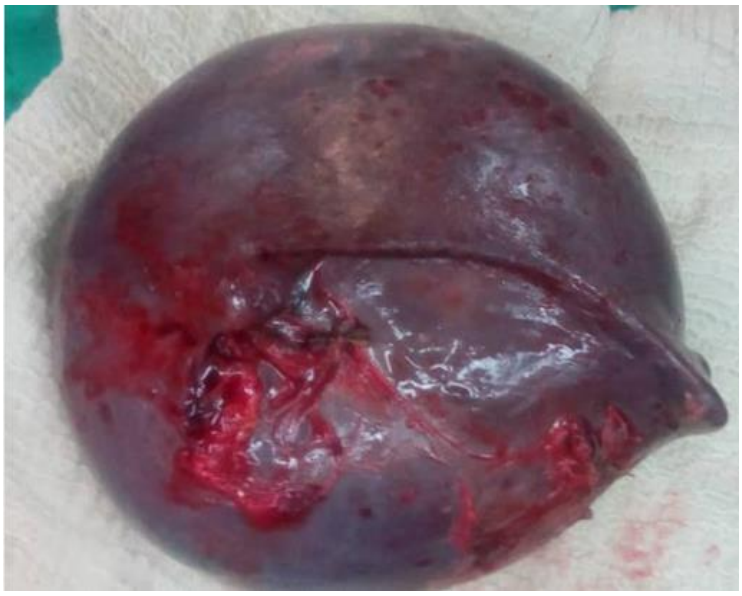


Fig. 5. Pieza quirúrgica resecada correspondiente al bazo. Presenta silueta voluminosa, redondeada, superficie externa globalmente lisa y abombada, tonalidad rojo-violácea a púrpura oscura propia del tejido esplénico. Se distingue surco o hendidura marcada en la porción media y un área con tejido más irregular y enrojecido que corresponde al hilio esplénico.

La evolución clínica del paciente fue satisfactoria, al no presentarse complicaciones posquirúrgicas, con una estadía hospitalaria de cinco días, analítica sanguínea se egresó con hemoglobina de 12,5 g/dl, valores de plaqueta y leucograma en límites normales.

DISCUSIÓN

El hemangioma cavernoso esplénico representa la neoplasia benigna primaria de origen no linfoide más frecuente del bazo. Históricamente, la mayoría de estas lesiones se diagnosticaban como hallazgos incidentales durante intervenciones quirúrgicas, autopsias o estudios radiológicos indicados por sintomatología no relacionada; no obstante, el desarrollo y la masificación de las técnicas de imagen de alta resolución han incrementado notablemente la detección precoz de estas anomalías vasculares en etapas subclínicas.[4]

Aproximadamente del 70 % al 80 % de los pacientes con hemangioma cavernoso esplénico cursan de manera completamente asintomática. En estos casos, la anomalía se descubre incidentalmente mediante ecografía, TAC o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) solicitadas para el estudio de patologías digestivas, renoureterales o ginecológicas. Cuando la lesión manifiesta traducción clínica, la sintomatología se encuentra directamente relacionada con el volumen tumoral y el efecto de masa sobre las vísceras adyacentes.[2,5]

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

La manifestación sintomática más habitual es el dolor abdominal sordo en el hipocondrio izquierdo, ocasionado por la distensión progresiva de la cápsula esplénica visceral. Asimismo, el efecto de masa sobre la gran curvatura gástrica o el colon izquierdo puede condicionar saciedad precoz, dispepsia, náuseas y pérdida de peso involuntaria.[1,6]

Los síntomas compresivos de esplenomegalia pueden limitar la calidad de vida que mejora con la esplenectomía, esplenomegalia masiva (diámetro mayor a 17 cm Y peso mayor 600 g) y esplenomegalia gigante (diámetro mayor a 22 cm o peso mayor a 1 600 g).[1,6] En el caso descrito se presentaron algunas molestias abdominales y decaimiento, con una esplenomegalia gigante. En el examen físico la esplenomegalia palpable se detecta únicamente en una minoría de casos (aproximadamente el 12,5 %), presentándose como un tumor no doloroso que se desplaza con los movimientos respiratorios.[7] En el presente caso, durante el examen físico del abdomen, se constató el aumento de volumen en el cuadrante superior izquierdo y se palpó una tumoración redondeada que abarcaba cuadrante izquierdo superior e inferior, regular, bordes lisos y no doloroso.

Aun cuando el riesgo de ruptura espontánea históricamente se estimaba elevado (con cifras citadas de hasta el 25 % en la literatura años atrás), estudios institucionales contemporáneos demuestran que en lesiones pequeñas y medianas el riesgo real de ruptura espontánea es extremadamente bajo. Sin embargo, en tumores de gran tamaño o de localización subcapsular exofítica, traumatismos mínimos pueden desencadenar un cuadro de abdomen agudo secundario a infarto tumoral, necrosis capsular o hemoperitoneo masivo por rotura.[6,7]

A nivel sistémico los hemangiomas cavernosos de gran volumen o múltiples pueden complicarse excepcionalmente con el síndrome de Kasabach-Merritt. Este fenómeno hemodinámico se desencadena por el secuestro intratumoral masivo de plaquetas y factores de coagulación dentro de las cavernas vasculares lentas y tortuosas, induciendo una coagulopatía de consumo grave, trombocitopenia refractaria y diátesis hemorrágica sistémica; complicación que no se presentó en el caso estudiado.[6]

Desde la perspectiva morfológica, las lesiones abarcan un amplio espectro que varía desde nódulos sólidos milimétricos aislados hasta grandes masas complejas que sobrepasan los 10 cm de diámetro y reemplazan progresivamente la arquitectura del parénquima esplénico. A pesar de su carácter benigno, el hemangioma cavernoso esplénico reviste una alta trascendencia clínica debido a las dificultades que plantea en el diagnóstico diferencial con procesos malignos primarios o metastásicos y al riesgo potencial de complicaciones hemodinámicas y mecánicas graves.[2]

Macroscópicamente la lesión se puede presentar como una masa no encapsulada pero bien delimitada, de consistencia esponjosa y coloración rojo-vinosa o parda. Al corte, muestra cavidades vasculares dilatadas rellenas de sangre coagulada o fluida, separadas por finos tabiques fibrosos. En lesiones de mayor tamaño es común observar áreas heterogéneas con cicatrices fibrosas centrales, trombosis organizada, áreas de infarto hemorrágico y depósitos de calcificación.[1,2] En el presente caso, en el estudio macroscópico se describió la pieza quirúrgica correspondiente al bazo de 22 x 16 x 10 cm con superficie lisa y un peso de 3 010 g; y, al corte, solo se constató una pequeña área subcapsular, redondeada de 1,5 cm de diámetro, de color pardo rojizo.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

Microscópicamente, el sello distintivo del subtipo cavernoso es la presencia de grandes espacios vasculares dilatados e irregulares, revestidos por una capa monolaminar de células endoteliales maduras con citoplasma aplanado y núcleos monomórficos, sin atipias ni actividad mitótica significativa. Estos canales vasculares se encuentran sostenidos por un estroma fibroso de grosor variable, que proporciona soporte estructural a la red vascular.[2,8] En el caso presentado se observaron múltiples canales vasculares, de aspecto cavernoso con sangre en su interior, revestidos por un endotelio de características histológicas normales.

Los estudios inmunohistoquímicos y moleculares han aportado luz sobre la cinética poblacional y los mecanismos reguladores de estas lesiones. Las células endoteliales de los hemangiomas cavernosos esplénicos muestran una fuerte positividad para marcadores vasculares clásicos como CD31 y CD34, mientras que resultan negativas para el marcador sinusoidal específico CD8, lo que permite diferenciarlos de las estructuras sinusoidales normales y de otras entidades de estirpe endotelial.[2,8] Constituye una limitación para el análisis del caso presentado el no poder realizar los estudios inmunohistoquímicos y moleculares por dificultades con el acceso a la tecnología correspondiente.

La toma de decisiones terapéuticas frente a un hemangioma cavernoso esplénico depende de tres variables fundamentales: la presencia de síntomas atribuibles, el tamaño máximo de la lesión en estudios radiológicos y la certeza diagnóstica no invasiva. La cirugía se reserva para escenarios clínicos específicos que incluyen la presencia de dolor abdominal persistente o síntomas de compresión gástrica, lesiones de gran tamaño, incertidumbre diagnóstica radiológica, donde no se pueda descartar razonablemente un angiosarcoma o una metástasis solitaria y la aparición de complicaciones hematológicas asociadas, como el síndrome de Kasabach-Merritt.[5,9]

El Dr. Piriz Momblant[6] et al. en su artículo menciona que Hodge describió la primera extirpación quirúrgica en 1895. El principal tratamiento de elección es la esplenectomía para evitar el riesgo de rotura esplénica.[10] En cuanto a la terapéutica, en dependencia de la localización de la lesión, pueden plantearse distintas alternativas que van desde la esplenectomía parcial hasta la total. Esta última opción fue la elegida en el caso comentado por ser una esplenomegalia gigante y no tener certeza acerca de la benignidad de la tumoración.

CONSIDERACIONES FINALES

En el caso presentado se evidencia que el hemangioma cavernoso esplénico representa una entidad anatomoclínica singular, que aunque benigna, exige un diagnóstico diferencial riguroso frente a otras lesiones vasculares primarias y secundarias del bazo.

El diagnóstico moderno se apoya en el comportamiento dinámico multimodal por ultrasonido, TAC y RMN, evitando el uso de procedimientos invasivos de biopsia que entrañan un elevado riesgo de hemorragia intraperitoneal, no obstante, se connota la importancia del método clínico, el uso de técnicas de imagen y la relación estrecha con la histología de la lesión en el seguimiento.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

La esplenectomía total es la opción terapéutica de elección en casos como el presentado, donde los estudios macroscópicos, microscópicos e histológicos apoyan el diagnóstico de hemangioma cavernoso esplénico, con una evolución clínica y humoral satisfactoria del paciente.

La revisión exhaustiva de la literatura nacional e internacional evidencia la extrema rareza de esta variedad histológica con presentación gigante en la edad pediátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rescorla FJ, Vandewalle RJ. Splenic conditions. En: Holcomb GW III, Murphy JP, St Peter SD, Editores Holcomb y Ashcraft. Cirugía pediátrica. 7a ed. Barcelona: Elsevier Saunders; 2020. p. 750-759.
2. Mitchell R. Vasos sanguíneos. En: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, editores. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 9a ed. Barcelona: Elsevier Saunders; 2015. p. 483-521.
3. Lukman K, Sulthana BAAS, Budiman D, Nugraha P. Giant splenic cyst: a case series of rare and challenging cases from the last 22 years. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2023 [citado 28 Sep 2025]; 106:108263. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108263
4. García Barquín P, Lángara García-Echave E, Pérez Arroyuelos I, Ingunza Loizaga E, Berastegi Santamaría C, Irigoyen G. Papel de la ecografía con contraste en la evaluación de lesiones focales esplénicas. Radiologia [Internet]. 2025 [citado 28 Sep 2025]; 67(1):61-73. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rx.2023.07.002
5. Yang R, Lu Q, Xu J, Huang J, Gao B, Zhang H, et al. Value of contrast-enhanced Ultrasound in the Differential Diagnosis of Focal Splenic Lesions. Cancer Manag Res [Internet]. 2021 [citado 28 Sep 2025]; 13:2947-2958. DOI: https://doi.org/10.2147/CMAR.S300601
6. Piriz-Momblant A, Portuondo-Bandera L, Luna-Pérez L. Síndrome de Kasabach-Merritt esplénico en adulto. Presentación de un caso y revisión del tema. Rev Inf Cient [Internet]. 2021 [citado 28 Sep 2025]; 100(1): e3190. Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3190
7. Martins P, Basso MR, Ribeiro Zarelli VB, Marson AC. Hemangioma de células litorales del bazo: un tumor vascular benigno raro en un paciente pediátrico. Rev Argent Cir [Internet]. 2025 [citado 28 Feb 2026]; 117(4):1-3. Disponible en: https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/744
8. Guney E, Wen KW, Ruiz-Cordero R, Ferrell L, Gill RM, O'Malley D, et al. Una variante sólida de quiste mesotelial esplénico, reporte de un caso con análisis molecular. Human Pathol Case Rep [Internet]. 2021 [citado 28 Sep 2025]; 24:200509. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ehpc.2021.200509
9. Brito-Sosa G, Andrade-Rojas LE, Iraizoz-Barrios AM. Esplenectomía total laparoscópica por quiste esplénico congénito sintomático. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2024 [citado 28 Sep 2025]; 57(3):e216280. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.216280
10. Sütcüoğlu BM, Karabacak O. Congenital splenic cyst: video case presentation and literature review. J Fetal Med [Internet]. 2022 [citado 28 Sep 2025]; 9(3-4):79-82. DOI: https://doi.org/10.1007/s40556-022-00341-x

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu

Declaración de conflictos de intereses:
Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:
Dioannis Reyes Nicolades: conceptualización, curación de contenidos, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.
Carlos M. Rodríguez Marcheco: conceptualización, análisis formal, metodología, redacción - revisión y edición.
Mario Giraudy Zuñiga: análisis formal, investigación, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

Financiación:
No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

Los artículos de Revista Información Científica perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons: **Atribución 4.0 Internacional**
Email: ric.gtm@infomed.sld.cu