

## Quiste Esplénico Parasitario: a propósito de un caso Parasitic splenic cyst: a case report.

Forero Gómez Julián E<sup>1</sup>., Almeida Guerrero Alejandro.<sup>2</sup>, Arciniegas Pantoja Maribet L.<sup>3</sup>

### Resumen:

Los quistes esplénicos tradicionalmente se clasificaban de acuerdo a la presencia o ausencia del revestimiento epitelial, en clasificaciones más recientes se dividen de acuerdo a patología como: congénitos, neoplásicos, traumáticos y degenerativos. Son patologías infrecuentes, con pocos casos descritos en el mundo y aún más en Colombia, donde no disponemos de datos acerca de la incidencia de esta enfermedad. Presentamos el caso de un paciente que consulta por dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipocondrio izquierdo con irradiación a hipocondrio derecho que a la valoración imagenológica con ecografía y tomografía abdominal se diagnostica un quiste esplénico, manejado con esplenectomía total con un reporte patológico final de quiste epitelial simple. Como manejo se usó la esplenectomía total dado que era un caso sintomático, con buenos resultados.

### Palabras clave:

Dolor abdominal; bazo; quiste epitelial simple, reporte de caso.

### Abstract:

Splenic cyst traditionally used to classify whether it had or not epithelial lining, recent publications classify them depending of pathology findings such as congenital, neoplastic and traumatic cyst. They are infrequent pathologies, with very few cases described in international and national literature. We report a patient who consults with abdominal pain with an initial imaging finding of a splenic cyst that finally undergoes total splenectomy with final pathologic report of simple epithelial cyst. The presented case is infrequent in international literature, with even more limited publications in Colombia, cyst was managed using total splenectomy with satisfactory results.

### Keywords:

Abdominal pain; spleen; simple epithelial cyst; case report

**Publicación anticipada en línea:** Este manuscrito fue aprobado por los editores y asesores de la Revista SCientifica. Publicamos anticipadamente el artículo en su versión electrónica, la versión final estará disponible en breve. Usted puede hacer uso de este artículo recordando que habrá cambios mínimos (como numeración) en la versión impresa.

<sup>1</sup>Medico internista Universidad de caldas, Docente medicina interna Universidad Tecnológica de Pereira.

<sup>2</sup>Medico general, Universidad tecnológica de Pereira.

<sup>3</sup>Medica interna, Universidad tecnológica de Pereira.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad quística esplénica es una entidad infrecuente en la práctica clínica. En Colombia a la fecha no hay cifras sobre la incidencia de esta enfermedad, encontrándose en la literatura nacional contados reportes de casos al respecto. Esta entidad consta de múltiples clasificaciones, basadas en: 1) el tipo de revestimiento epitelial, y 2) en el origen parasitario y no parasitario, siendo el primero de este grupo atribuido a *Echinococcus granulosus* en zonas endémicas. Más recientemente se han propuesto clasificaciones de acuerdo a su patogénesis que los divide en congénito, neoplásico, traumático y degenerativo<sup>1,2</sup>

En este artículo, se reporta el caso de un paciente con quiste esplénico sintomático sometido a esplenectomía total, cuyo reporte final de patología revela “Quistes esplénicos epiteliales simples”.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino, de raza mestiza, con 18 años y 5 meses de edad, que trabaja como soldado profesional, remitido de primer nivel de atención el día 13 de junio de 2018 por un cuadro clínico de dolor abdominal con irradiación a hipocondrio izquierdo de dos meses de evolución describe este dolor como constante pero inicialmente de intensidad leve, 5 días previo al ingreso presenta aumento

### Correspondencia a:

Almeida Guerrero Alejandro

### E-Mail:

alejo6836@gmail.com

### Recibido:

14 de agosto de 2019

### Aceptado:

9 de diciembre de 2019

[scientifica.umsa.bo](http://scientifica.umsa.bo)

**Fuente de Financiamiento**  
Autofinanciado

**Conflicto de Intereses**  
Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

familiares se encuentran: tío con diagnóstico de cáncer gástrico y madre con cáncer de piel. Menciona una hospitalización previa por un accidente de tránsito en calidad de peatón hace 3 meses que no requirió manejo quirúrgico.

Al examen físico de ingreso el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de parámetros normales; frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto, 18 respiraciones por minuto tensión arterial de 113/64 milímetros de mercurio temperatura de 36.4 centígrados, 50 kg de peso y 170 cm de estatura con un índice de masa corporal de 16.3. consciente y orientado, sin hallazgos de importancia a la evaluación cardiaca o respiratoria, con dolor abdominal a la palpación sobre hipocondrio izquierdo con signo de Blumberg negativo. Sin otras alteraciones al examen físico.

Evaluación diagnóstica: Entre los paraclínicos de ingreso (tabla 1) cuenta con un hemograma que se reporta sin alteraciones, uroanálisis no patológico, tiempos de coagulación con tiempo de trombina dentro de parámetros normales y tiempo parcial de tromboplastina aumentado 42,8 S, (control del día del examen: 27.9S) con segunda muestra dentro de valores normales.

Como el paciente no presentaba abdomen agudo o signos de patología que requiera manejo quirúrgico urgente, se decidió ampliar con estudios de imágenes, se solicita una ecografía de abdomen total la cual describe múltiples imágenes quísticas en bazo con septos en su interior que miden 52 x 25 y 30 x 20mm, con pequeñas zonas solidas internas con diagnóstico ecográfico de imágenes quísticas complejas dependientes del bazo sin otras alteraciones.

Se complementa además con TAC abdominal de doble contraste que evidencia múltiples imágenes hipodensas en polo superior del bazo de longitud entre 5mm y 35mm sugerentes de focos quísticos, además de imágenes heterogénea dependiente de polo inferior de longitud 53x32mm, con densidades internas de 70 a 109 unidades de Hounsfield (UH) de características sólidas, con diagnóstico imagenológico de lesiones quísticas esplénicas. Ya con el diagnóstico de quistes esplénicos se solicita radiografía de tórax para descartar compromiso pulmonar, la cual resulta sin alteraciones, y pruebas de VIH 1 Y 2 las cuales resultan negativas.

Intervención Terapéutica: El paciente ingresa en buenas condiciones generales, sin signos de irritación peritoneal por lo que el manejo terapéutico de entrada consistió en control del dolor con AINES y tramadol en caso de ser necesario,



**Figura 1.** Descripción macroscópica: producto de esplenectomía de superficie color pardo oscuro, consistencia blanda con quistes múltiples en polo superior que oscilan entre 0.2 centímetros y 2 centímetros de diámetro.

en junta de decisiones se decide realizar esplenectomía total dado que se encuentra ante un paciente con quiste sintomático; en la que se halla bazo aumentado de tamaño con apariencia multinodular en polo superior (Figura 1 y 2), sin alteraciones en el hilio. Por riesgo de sepsis por microorganismos encapsulados post-esplenectomía, se indica vacunación 15 posterior a la cirugía con vacuna neumocócica VP23, vacuna contra meningococo y contra Haemophilus influenzae. Al egreso se da indicación de tomar sultamicilina 750mg por vía oral diario por un mes y albendazol 400mg cada 12 horas por 3 meses.

Seguimiento: Un mes posterior al egreso el paciente asiste a cita de seguimiento, menciona que no ha vuelto a presentar episodios de dolor abdominal, a la fecha no había presentado síntomas que sugieran infección post-esplenectomía, ni síntomas de infección del sitio quirúrgico, con paraclínicos de control (hemograma y pruebas de función renal) dentro de valores de referencia. Además, se reporta examen histopatológico del bazo con los siguientes hallazgos: producto de esplenectomía que mide 11x8x8cm de superficie color pardo oscuro, consistencia semiblanda y al corte aspecto de superficie interna trabecular con múltiples quistes que oscilan entre 0.2 x 2cm de diámetro con superficie interna lisa y escaso material liquido claro y que ocupa el 80% del espécimen. A la evaluación al microscopio revela tejido esplénico con múltiples quistes de revestimiento interno mesotelial sin presencia de atipias ni elementos inflamatorios con atrofia del parénquima circundante. Diagnóstico final: quistes epiteliales múltiples.

<b>Tabla 1. Paraclínicos.</b>			
Examen	Fecha	Resultado	Valor de referencia
Hemograma	13/06/2018	Glóbulos blancos: 7.30 K/ uL Neutrófilos 4.28 K/ uL Linfocitos 2.28 K/ uL Monocitos 0.53 K/ uL Eosinófilos 0.19 K/ uL Basófilos 0.02 K/ uL Glóbulos Rojos: 5.62 M/uL Hemoglobina: 16.40 gr/dl  Hematocrito: 46.30% Plaquetas 232 K/uL	4.5 – 10 K/ uL    4 – 6 M/uL 13.5 – 17.5 gr/dl 42% - 52%
Uroanálisis	13/06/2018	Color: amarillo Aspecto: claro Densidad: 1,913 PH: 6,5 Leucocitos: negativo Nitritos: negativo Proteínas: negativo Cetonas: negativo Eritrocitos: negativo	
VSG	13/06/2018	10 mm	
Tiempo de Protrombina	13/06/2018	11.8 seg	9,4- 12,5 seg
INR	13/06/2018	1.03	
Tiempo parcial de tromboplastina	13/06/2018	42.8 seg	25- 36 seg
TGO TGP Fosfatasa alcalina LDH	13/06/2018	23 U/L 26 U/L 122 U/L  163 U/L	
Ecografía abdominal	13/06/2018	Descripción: El bazo muestra múltiples imágenes quísticas con septos en su interior que miden 52 x 25 y 30 x 20 mm, muestra zonas sólidas internas de pequeño. Conclusión: Hallazgos en relación con imágenes quísticas dependientes del bazo. Se sugiere estudio tomográfico de doble contraste.	
TAC abdominal contrastado	14/06/2018	Llamala atención la presencia de múltiples imágenes polares superiores del bazo de características hipodensas que miden entre 5mm y 35mm, que pudieran corresponder con focos quísticos. Imagen heterogénea dependiente del polo inferior del bazo que mide 54x34mm con densidades internas de hasta 70 a 109UH, de características sólidas. Resto de examen sin alteraciones. Conclusión: Hallazgos en relación con lesión quísticas polares superiores del bazo como se han descrito. Imagen hipodensa en el polo inferior del bazo como se ha descrito. No se observan adenopatías adyacentes, no se descarta patología infiltrativa.	
Tiempo de Protrombina INR Tiempo parcial de Tromboplastina VIH 1 y 2 Anticuerpos	16/06/2018	11.1seg  0.97 34.3 seg 0.19	9.4s – 12-5seg  25 – 36 seg 0 – 0.9
Sodio	21/06/2018	138 mmol/L	137-145 mmol/L
Potasio		4.40 mmol/L	3.6 – 5 mmol/L
Reporte de patología de bazo		<p>Patología</p> <p>DESCRIPCION MACROSCOPICA: En formol se recibe producto de esplenectomía que mide 11 x 8 x 8 cms, de superficie color pardo oscuro consistencia semiblanda y al corte aspecto de superficie interna trabecular con quistes múltiples que oscilan entre 0.2 x 2 cms de diámetro con superficie interna lisa y escaso material líquido claro y que ocupa el 80 % del espécimen el hilio se encuentra conservada es el aspecto congestivo sin presencia de masas. Se procesa material representativo rotulándose como A hilio esplénico y como B tejido esplénico.</p> <p>DESCRIPCION MICROSCOPICA: Los cortes histológicos muestran hilio esplénico con congestión y edema sin elementos inflamatorios o atípicos. En la lámina B se observa tejido esplénico con múltiples quistes de revestimiento interno mesotelial sin presencia de atipias ni elementos inflamatorios con atrofia del parénquima circundante.</p> <p>DX: ESPLENECTOMIA: QUISTES EPITELIALES MULTIPLES.</p> <p>HILIO RENAL: CONGESTION Y EDEMA, RESECCION BIOPSIA.</p>	

## DISCUSIÓN

Las lesiones primarias de bazo típicamente tienen su patogénesis de los componentes endoteliales y linfoides desarrollándose lesiones quísticas o sólidas, entre las lesiones sólidas se encuentran mayormente neoplasias, malignidades y metástasis, mientras que dentro de las lesiones quísticas la infección parasitaria por *Echinococcus granulosus* es la primera etiología, siendo los quistes no parasitarios extremadamente raros. Son predominantemente diagnosticados en la segunda y tercera década de la vida y se han reportado de casos de quistes que llegan a los 21.5 centímetros<sup>3,4</sup>. Teniendo esto en cuenta, en todos los reportes de caso revisados se solicitó test serológico para *Echinococcus*, en cuanto se hizo el diagnóstico ecográfico del quiste, examen que en este caso se solicitó, pero no se realizó por no disponibilidad en el laboratorio. Los quistes esplénicos son usualmente de diagnóstico incidental al momento de la realización de imágenes diagnósticas generalmente por otras indicaciones, en los casos que son sintomáticos se presentan como masas indoloras, o con dolor inicial generalizado o localizado en hipocondrio derecho, como fue el caso de nuestro paciente. Entre otros síntomas se incluyen náuseas, dolor pleurítico, tos persistente<sup>5</sup>, alteraciones paraclínicas como trombocitopenia y elevación de CA 19-9 también han sido descritas<sup>6</sup>. El diagnóstico diferencial incluye lesiones esplénicas como infección por *Echinococcus*<sup>7,8</sup>, quistes congénitos, pseudoquistes de traumas previos, abscesos esplénicos, hemangiomas, linfomas e incluso Chang, C et al reportó un caso de amiloidosis que se presentó inicialmente como un quiste esplénico<sup>9</sup>.

A la fecha no existe en la literatura un tratamiento estandarizado para los quistes no parasitarios, tradicionalmente todos los pacientes se trataban con esplenectomía total, procedimiento que no está libre de complicaciones, dado la importancia del bazo en el sistema inmune los pacientes están en riesgo aumentado de infecciones microorganismos encapsulados, especialmente en el primer año postoperatorio<sup>10,11</sup>. En la literatura actual se considera que los quistes menores de 5 centímetros son candidatos a manejo con seguimiento ecográfico, mientras que los quistes sintomáticos y los mayores a 5 cm son de manejo quirúrgico, estos últimos requieren cirugía por el riesgo de ruptura complicaciones posteriores como hemoperitoneo, peritonitis, empiema o choque anafiláctico.<sup>12</sup> Existen reportes de casos con diferentes aproximaciones al manejo quirúrgico usando técnicas como decapsulación, escisión laparoscópica, inyección de agentes esclerosantes y marsupialización del quiste con buenos desenlaces finales<sup>13,14</sup> el consenso en general es la preservación de al menos el 25% del tejido esplénico para preservar su función inmunitaria<sup>15</sup>. En los reportes de caso revisados los quistes sintomáticos todos fueron tratados en su totalidad, decisión consensuada con el paciente, con buenos resultados en los seguimientos de control.

## CONCLUSIÓN

El caso clínico presentado presenta características clínicas descritas en la literatura, en Colombia dichos casos son infrecuentes, siendo la mayoría quistes parasitarios. Entre las limitaciones se encuentra la no disponibilidad de serología para *Echinococcus granulosus*, examen que debe ser realizado en el enfoque inicial, se usa como opción terapéutica la esplenectomía total por laparotomía con buenos resultados, con el diagnóstico final confirmado por histopatología.

### Reconocimientos:

Este reporte de caso fue realizado siguiendo la metodología propuesta por la última publicación de las guías CARE (Case Report guidelines) para el desarrollo de reportes de casos clínicos<sup>16</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gil-Rojas N, Juárez-Cáceres D, Pérez-Torres E. Quiste esplénico verdadero. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Revista Médica del Hospital General de México* [Internet]. 2019 [cited 1 November 2019]; 73(4):245-251. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-quiste-esplenico-verdadero-informe-un-X0185106310903062>
- Yuksel U, Turanlı S, Berberoglu A, Gulben K. Management of Incidentally Diagnosed Splenic Masses. *Indian Journal Of Surgery* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020] ;80:318-321. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12262-016-1582-y>
- Coulier B, Pierard F, Gielen I. Giant splenic epithelial congenital cyst. *Diagnostic And Interventional Imaging* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020] ;101:57-58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211568419301135?via%3Dihub>
- Ingle S. Epithelial cysts of the spleen: A minireview. *World Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020] 20(38):13899. Available from: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i38/13899.htm>.
- Buda N, Wszolek A, Śledziński M, Żawrocki A, Sworzak K. Epidermoid splenic cyst with elevated serum level of CA19-9. *The Korean Journal of Internal Medicine*. [Internet] 2020; [cited 1 March 2020] 33(5):1032-1033. Available from: <http://www.kjim.org/journal/view.php?number=1699165>.
- Matsumoto S, Mori T, Miyoshi J, Imoto Y, Shinomiya H, Wada S et al. Huge splenic epidermoid cyst with elevation of serum CA19-9 level. *The Journal of Medical Investigation*. [Internet] 2015; [Cited March 1 2020] 62(1.2):89-92. Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jimi/62/1.2/62\\_89/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jimi/62/1.2/62_89/_article)
- Gill M, Jain D, Brar K, Gupta S, Gupta V, Sen R. Large splenic epithelial cyst – A rare entity presenting as hydatid cyst. *Human Pathology: Case Reports* [Internet]. 2020; [Cited 1 March 2020] 10:96-97. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214330017300305>
- Ahmed J, Bin Arif T, Tahir F, Malik F, Parkash O. Hydatid Cyst of Spleen Presenting with Vague Symptoms: A Diagnostic Conundrum. *Cureus* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020];11(10):e5815. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6823059/>
- Chang C, Liao Y, Chen Y, Ye R. Unexpected amyloidosis, mimicking a splenic cyst. *The Korean Journal of Internal Medicine* [Internet]. 2020. [cited 1 March 2020] ;33(1):231-232. Available from: <http://kjim.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjim.2016.142>.
- Singer J, Testori C, Schellongowski P, Handisurya A, Müller C, Reitter E et al. A case report of septic shock syndrome caused by *S. pneumoniae* in an immunocompromised patient despite of vaccination. *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020];17:442. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-017-2481-y>
- Morandi E, Castoldi M, Merlini D, Vignati G, Milanese M. Is there a role of percutaneous drainage in non-parasitic splenic cysts? Case report. *Il giornale di chirurgia* [Internet]. 2012 [Cited March 1 2020] ;33(10):343-345. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23095565/>
- Res L, Knook M, Hazelbag H, Guicherit O. Spontaneous rupture of a non-parasitic splenic cyst. *BMJ Case Reports CP* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020]; 12:e231473. Available from: <https://casereports.bmj.com/content/12/10/e231473.full>
- Farhangi B, Farhangi A, Firozjahi A, Jahed B. Huge epithelial nonparasitic splenic cyst: A case report and a review of treatment methods. *Caspian J Intern Med* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020] ;7(2):146–149. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913720/>
- Milosavljevic V, Veselinovic M, Tadic B, et al. Laparoscopic Management of Initially Unrecognized Splenic Hydatid Cysts: A Case Report and Review of the Literature. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020] ;55(12):771. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956320/>
- Gezer HÖ, Oğuzkurt P, Temiz A, et al. Spleen Salvaging Treatment Approaches in Non-parasitic Splenic Cysts in Childhood. *Indian J Surg* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020] ;78(4):293–298. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27574347-spleen-salvaging-treatment-approaches-in-non-parasitic-splenic-cysts-in-childhood/>
- Gagnier J, Kienle G, Altman D, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global Advances in Health and Medicine* [Internet]. 2020 [cited 1 March 2020]; 2(5):38-43. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/19390211.2013.830679>