

Quiste epidermoide de bazo *Splenic epidermoid cyst*

Patricio Vanerio ¹, Gonzalo San Martín ², Alejandro Ettlin ³, Martín Abelleira ⁴, Martín Harguindeguy ⁵, Alejandro Leites ⁶

Departamento de Cirugía General
Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Montevideo, Uruguay

Los autores declaran no tener conflictos de interés.
Conflicts of interest
None declared.

Correspondencia
Correspondence:
Patricio Vanerio
E-mail:
pvanerio@gmail.com

Recibido | *Received*
26-11-18
Aceptado | *Accepted*
25-02-19

RESUMEN

Los quistes de bazo, entre ellos los quistes epidermoides, son una patología infrecuente, la cual ha aumentado su incidencia en los últimos años por el desarrollo de la imagenología. Las indicaciones y la táctica quirúrgica para seguir son motivo de controversia. La indicación de cirugía habitualmente se da por el tamaño, debido al potencial riesgo de infección, la rotura por traumatismos, el sangrado intraquístico, o en caso de presentarse el posible diagnóstico de quiste hidático esplénico. Presentamos el caso clínico de una paciente tratada en nuestro Servicio, quien fue sometida a una esplenectomía laparoscópica por un quiste esplénico, que se sospechaba fuera hidático. Sin embargo, del análisis patológico surgió que era un quiste epidermoide.

■ **Palabras clave:** quistes esplénicos, quistes epidermoides, laparoscopia.

ABSTRACT

Splenic cysts, including epidermoid cysts, are rare disease; its incidence has increased in recent years as a result of the development of diagnostic imaging. The indications and surgical approach are controversial. Surgery is usually indicated on the basis of the size, due to the potential risk of infection, rupture due to trauma, intracystic bleeding, or possible diagnosis of splenic hydatid cyst.

We report the clinical case of a female patient treated in our Service, who underwent laparoscopic splenectomy to remove a splenic cyst suspected to be hydatid. However, the pathological analysis revealed an epidermoid cyst.

■ **Keywords:** splenic cysts, epidermoid cysts, laparoscopy.

ID ORCID: Patricio Vanerio, 0000-0002-5925-4975; Gonzalo San Martín, 0000-0002-2698-7603, Alejandro Ettlin, 0000-0003-3544-3082; Martín Abelleira, 0000-0002-2755-6688; Martín Harguindeguy, 0000-0003-0177-5222; Alejandro Leites, 0000-0002-9273-2094

La paciente, de 39 años y sexo femenino, llegó derivada a nuestro Servicio por un incidentaloma esplénico tras realizarse una tomografía computarizada (TC) de abdomen. Esta evidenció una imagen quística a nivel del polo superior del bazo de aproximadamente 7 cm de diámetro mayor y paredes finas con una pequeña área que impresiona calcificada.

Se realizó resonancia nuclear magnética de abdomen (RNM) para definir mejor la imagen (Fig. 1). A nivel del polo superior del bazo y en relación con el hilo esplénico, surge imagen de aspecto quístico que mide 65 mm, de contenido inhomogéneo con señal levemente hiperintensa en T2 e hipointensa en T1. No se observan septos, nódulos parietales ni nivel líquido.

Se realizó una esplenectomía laparoscópica sin incidentes. Macroscopía de la pieza (Fig. 2).

Del análisis histológico se informó una lesión compatible con un quiste epidermoide de bazo.

A diferencia de los quistes en otras vísceras, los del bazo son infrecuentes. El bazo sufre cambios quísticos con menor frecuencia que otros órganos ab-

■ FIGURA 1

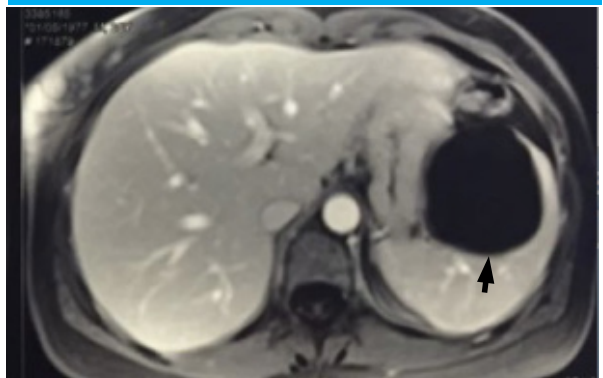
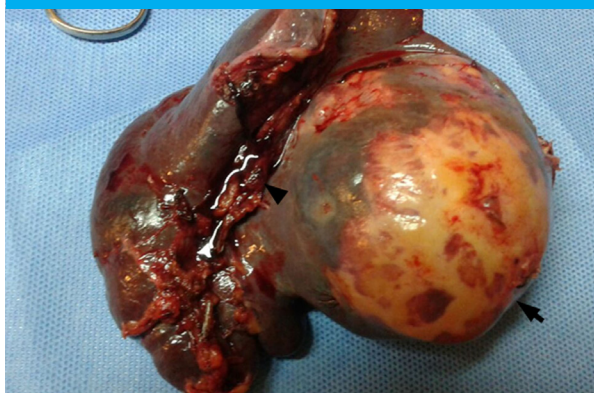


Imagen quística emergente esplénica. La figura 1 corresponde a un corte de una resonancia nuclear magnética de abdomen en plano axial en fase T1 tiempo portal, donde se evidencia la presencia de una imagen quística hipointensa de 64 mm (flecha corta negra) parcialmente emergente del polo superior del bazo en contacto con la cara posterior del estómago, esta sin cambios con el contraste. En su interior no presenta septos, nódulos parietales, ni nivel líquido.

■ FIGURA 2



Pieza de resección. La figura 2 corresponde a la pieza de resección (esplenectomía total incluyendo la totalidad del quiste indemne). Se observa la lesión quística (flecha corta negra) en contacto con el hilio esplénico (cabeza de flecha negra).

dominales. El aumento de la realización de tomografías computarizadas (TC) ha hecho que la prevalencia de estos quistes también aumente¹.

Los quistes esplénicos pueden dividirse en parasitarios (quiste hidático) y no parasitarios. Estos últimos se clasifican en primarios o secundarios. Los primarios presentan un recubrimiento epitelial o mesotelial; los secundarios no tienen recubrimiento celular, en cambio presentan una cápsula fibrosa². Hasta en un 75% de los casos, estos últimos suelen deberse a un traumatismo abdominal previo, donde hubo licuefacción de un hematoma de un infarto esplénico³. Los quistes epidermoides del bazo son infrecuentes y corresponden al 10% de los quistes esplénicos no parasitarios⁴.

Imagenológicamente, al igual que el resto de los quistes no parasitarios, tienen una forma redondeada, regular, y no presentan componentes sólidos en su pared o en su interior.

Si bien existe bibliografía acerca de quistes hidáticos esplénicos, no encontramos en el Uruguay publicaciones relativas a quistes epidermoides, que son excepcionales incluso internacionalmente.

Las indicaciones y la táctica quirúrgica para seguir en estos casos son motivo de controversia.

Según lo publicado, las decisiones terapéuticas deben basarse en el tamaño del quiste y los síntomas. En aquellos quistes menores de 5 cm, asintomáticos y

que imagenológicamente presentan imágenes típicas de un quiste no parasitario está recomendado el seguimiento con métodos como la ecografía o la tomografía o ambas. Aquellos quistes mayores de 5 cm tienen indicación de cirugía por el potencial riesgo de infección, rotura por traumatismos o sangrado⁵.

En cuanto a la táctica para implementar, existen muchos tipos de intervenciones, desde punciones y aspiración percutánea hasta la esplenectomía. La punción y aspiración percutánea, incluso asociando inyección de agentes químicos como el alcohol para promover la fibrosis, como tratamiento definitivo han tenido malos resultados ya que existe una alta tasa de recurrencia⁶.

La cirugía puede ser radical o conservadora considerando el parénquima esplénico que se va a resear. Las opciones conservadoras permiten preservar parénquima esplénico, lo que evita las complicaciones infecciosas posesplenectomía por gérmenes encapsulados.

La vía de abordaje para el tratamiento de estos quistes puede ser tanto abierta como laparoscópica, según cada paciente.

Para aquellos pacientes portadores de un quiste esplénico localizado en los polos, lo ideal es la esplenectomía parcial laparoscópica.

La esplenectomía total se reserva para los casos en los que el quiste tiene un tamaño considerable que sea inmanejable, si está casi completamente cubierto por parénquima esplénico, en quistes situados en el hilio esplénico o en aquellos pacientes que presentan múltiples quistes.

En nuestro caso optamos por la esplenectomía total ya que el quiste presentaba relación con el hilio esplénico, y a su vez la etiología del quiste no era clara.

Los quistes esplénicos tanto parasitarios como no parasitarios son poco frecuentes en nuestro medio, y existe una muy baja cantidad de publicaciones al respecto. Los estudios de imagen deben estar dirigidos a definir su etiología en vistas a orientar el tratamiento. En el caso de los quistes epidermoides, el tamaño, por su asociación con distintas complicaciones, y sus relaciones con el hilio esplénico definen la táctica quirúrgica. La resección completa del quiste y su recubrimiento curan la enfermedad por lo que, en caso de ser posible, el tratamiento ideal es la esplenectomía conservadora por vía laparoscópica.

■ ENGLISH VERSION

A 39-year-old female patient was referred to our Service due to a splenic incidentaloma diagnosed with an abdominal CT scan. The study revealed a thin-walled cystic image of approximately 7 cm in the largest diameter on the upper pole of the spleen, with a small calcified area.

An abdominal MRI was performed for better image definition (Fig. 1). At the level of the upper pole of the spleen and in relation to the splenic hilum, a cystic-like image, measuring 65 mm, of inhomogeneous content with a slightly hyperintense signal in T2 and hypointense signal in T1. No

septa, wall nodules or fluid level were observed.

A laparoscopic splenectomy was performed uneventfully. Gross examination of the specimen (Fig. 2).

Histological analysis reported a lesion consistent with a splenic epidermoid cyst.

Unlike cysts in other viscera, cysts of the spleen are rare. Cystic changes in the spleen are less common than in other abdominal organs. The increase in computed tomography (CT) scans has also increased the prevalence of these cysts.^{1 1}

Splenic cysts have been classified as parasitic (hydatid cyst) and nonparasitic. Nonparasitic cysts can be primary or secondary. Primary cysts are covered by an epithelial or mesothelial lining; secondary cysts have no cell lining but a fibrous capsule.^{2 2} In up to 75% of the cases, secondary cysts are often the result of previous abdominal trauma followed by liquifaction of hematoma from splenic infarction.³³ Splenic epidermoid cysts are uncommon and correspond to the 10% of the nonparasitic splenic cysts.^{4 4}

Imagenologically, like the rest of the nonparasitic cysts, splenic epidermoid cysts have a rounded, regular shape, with no solid components inside or on their walls.

While there are articles on splenic hydatid cysts in the literature, no publications on epidermoid cysts are found in Uruguay, which are unusual even internationally.

The indications and surgical approach to follow in these cases are controversial.

According to what has been published, therapeutic decisions should be based on cyst size and symptoms. Asymptomatic cysts < 5 cm, presenting images typical of a nonparasitic cyst, follow-up with methods such as ultrasound or CT scan -or both- is recommended. Surgical removal is indicated for cysts > 5 cm due to potential splenic infection, rupture following trauma, or bleeding.^{5 5}

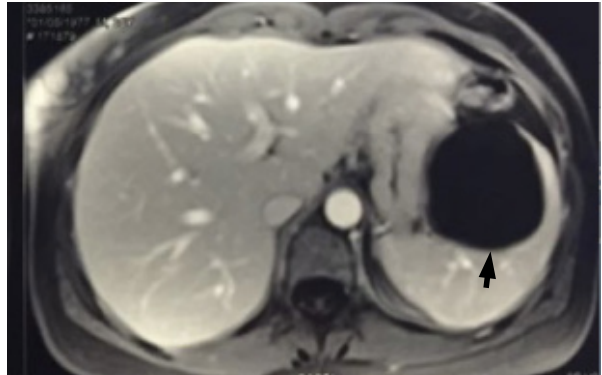
As for the approach to follow, there are many types of interventions, from puncture and percutaneous aspiration to splenectomy. Puncture and percutaneous aspiration - even associating injection of chemical agents such as alcohol to promote fibrosis, as definitive treatment - have had poor outcomes since rate of recurrence is high.^{6 6}

Surgery can be radical or conservative, depending on the splenic parenchyma to be resected. The conservative approach preserves the splenic parenchyma, avoiding post-splenectomy infection caused by encapsulated germs.

Either open or laparoscopic approach can be used to treat these cysts, depending on each patient. Partial laparoscopic splenectomy is the ideal choice for patients with splenic cysts in the poles.

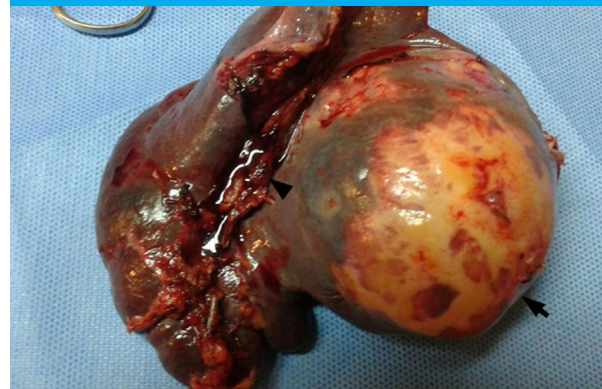
Total splenectomy is performed when the cyst

■ FIGURE 1



Emerging splenic cyst image. Figure 1 corresponds to an abdominal magnetic resonance imaging on the axial plane in T1 phase, portal time, showing a 64 mm hypointense cyst image (short black arrow), partially emerging from the upper pole of the spleen, in contact with the posterior wall of the stomach, presenting no changes with the contrast. No septa, wall nodules or fluid level are observed inside.

■ FIGURE 2



Resection specimen. Figure 2 corresponds to the resection specimen (total splenectomy including the entire intact cyst). The cystic lesion (short black arrow) in contact with the splenic hilum (black arrowhead) is observed.

has a large, unmanageable size, if it is almost completely covered by splenic parenchyma, in cysts located in the splenic hilum, or in those patients with multiple cysts.

In our case, we opted for total splenectomy because of the cyst association to the splenic hilum, and because the etiology of the cyst was unclear.

Both parasitic and nonparasitic cysts of the spleen are uncommon in our context, and there are very few publications on this topic. Imaging studies should aim at defining its etiology in order to guide its treatment.

In the case of epidermoid cysts, their size - as a result of different complications - and their association to the splenic hilum define their surgical approach. Lining and complete resection of the cyst cure the disease; therefore, when possible, the ideal treatment is the conservative laparoscopic splenectomy.

Referencias bibliográficas | References

- 1 Amr A. Splenic cysts, many questions are yet to be answered: a case report. *Cases Journal*. 2009; 2(1):8474.
- 2 McClure R, Altemeieb W. Cysts of the Spleen. *Annals of Surgery*. 1942; 116(1):98-102.
- 3 Islam N. Splenic Cysts. *Postgrad Med J*. 1965; 41(473):139-142.
- 4 Hwang H, Lee S, Kim S, Seo D, Kim J. Intrapancreatic Accessory Spleen. *Pancreas*. 2011; 40(6):956-65.
- 5 Younger K, Hall C. Epidermoid cyst of the spleen: a case report and review of the literature. *Brit J Radiol*. 1990; 63(752):652-3.
- 6 Jamshidi M, Chang E, Smaroff G, Mehta J, Ghani A. Laparoscopic fenestration and modified marsupialization of posttraumatic splenic cysts using a harmonic scalpel. *Surgical Endoscopy*. 2001; 15(7):758.