

Quiste no parasitario del bazo

Dres. Nelson Ferreira, Ciro Ferreira y Luis Falconi

Se comunica un caso de una patología lienal extremadamente rara como lo es el quiste no parasitario de tipo epidermoide, se establecen consideraciones diagnósticas e histogenéticas.

Hospital Regional de Tacuarembó (Jefe de Servicio de Cirugía Dr. N. Ferreira).

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Splenic Diseases.

SUMMARY: Splenic non parasitary cyst.

Reporting a case of lienal pathology of such extremely rare occurrence as the epidermoid type non parasitary cyst, establishing diagnostic and histogenetic considerations.

RÉSUMÉ: Kyste non-parasitaire de la rate.

On communique un cas de pathologie splénique extrêmement rare comme le kyste non-parasitaire de type épidermoide.

On établit des considérations diagnostiques et histogénétiques.

INTRODUCCION

El hallazgo de un quiste esplénico habiendo eliminado los quistes parasitarios y los pseudoquistes, configura una entidad clínica muy rara.

Se han descrito, hasta 1981, 600 casos en la literatura mundial⁽²⁾.

Plantean claramente dos tipos de problemas, el uno, diagnóstico y el otro histogenético.

Nos referiremos en la siguiente exposición a un subgrupo de los mismos: el epidermoide, del que no existe comunicación en nuestro medio.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 27 a. procedente de zona rural (Tacuarembó) que consulta por tumoración hipocondrio izq. y dolor en dicho nivel, de 1 año de evolución.

Se solicitan una serie de exámenes paraclínicos destacándose: a) Hemograma: Glóbulos rojos - 5.200. Glóbulos blancos - 6.300 con fórmula normal. b) Reacción de Casoni e inmuno-electroforesis: en búsqueda del arco 5, las cuales fueron negativas. c) Resto de rutinas: normales. d) Radiografía de tórax: s/p. e) Radiología simple de abdomen: Opacidad homogénea que ocupa parcialmente la logia subfrénica izquierda, que descien-de ligeramente el ángulo esplénico del colon.

El planteo clínico frente a una tumefacción aislada del hipocondrio izquierdo en una enferma procedente de un medio rural fue el de Quiste Hidático del Bazo. No pudiendo avanzar más en la elucubración diagnóstica por la paraclínica, se decide efectuar una laparotomía exploradora por incisión transversa de hipocondrio izquierdo, constatándose gruesa tumefacción de 20 × 15 × 10 cm de aspecto quístico que corresponde al bazo. Dado el tamaño, la delgadez de sus paredes en sectores y temiendo su ruptura, se decide puncionarla previo a la realización de la esplenectomía, la cual se ve entonces facilitada.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de junio de 1984.

Jefe de Servicio, Asistente Interino de Clínica Quirúrgica, Ex-Prof. Adjunto de Anatomía Patológica.

Dirección: Avda. 18 de Julio 280. Tacuarembó (Dr. C. Ferreira).

El estudio del material enviado al laboratorio es el siguiente:

- Líquido turbio.
- Centrifugado, sedimento con dificultad permaneciendo turbio.
- Color amarillo sucio.
- Albúmina 55 g/l.
- Al microscopio: — se ven glóbulos rojos escasos.
— algún cristal de colesterol.
— NO se observan elementos hidáticos
- El cultivo es Negativo.
- Reacción de Rivalta****

ANAT. PATOL.: La Macroscopia nos muestra una pieza que pesa aproximadamente 300 g midiendo $15 \times 10 \times 6$ cm; algo más en la pieza en fresco (Fig. 1) donde puede verse el bazo del que emerge una Tumoración Quística, que ocupa su cara interna (hiliar) —quiste evacuado y traccionado—. Presenta una pared fibroesclerosa, delgada, de pocos mm de espesor apoyado en el parénquima esplénico por su cara externa. La superficie interna del quiste —abierto— (Fig. 2) es sitio de un grosero e irregular trabeculado blanco, escleroso, cuyas mallas dejan transparentar el color rojo del parénquima esplénico. No hay restos adheridos a la superficie interna.

Desde el punto de vista Microscópico, el quiste está revestido internamente por un epitelio pavimentoso plano es ratificado, sin queratinización. Externamente apoya sobre el parénquima esplénico sin mayores alteraciones. En ciertos sitios existen islotes epiteliales epidermoides sólidos: otros microquistificados. En la pared se visualizan zonas de necrosis y microcalcificaciones. En suma: Quiste Epidermoide del Bazo.

COMENTARIO

Debemos decir que raramente por no decir que es imposible se hará diagnóstico preoperatorio de quiste no parasitario de bazo. Si bien en otros medios, la clínica es presuntiva frente a una esplenomegalia aislada (fuera del contexto inflamatorio o de sospecha de enfermedad sistémica y cuando no existe toque del estado general) en nuestro medio se planteará siempre en primer lugar la Equinocosis esplénica.

Raramente motiva la consulta sintomatología referente a una complicación del mismo como:

- rotura espontánea o traumática.
- infección.
- o finalmente hemorragia intraquística.

A) Se citan como exámenes paraclínicos de importancia:

a) La Radiografía Simple de Abdomen: buscando sobre todo calcificaciones aunque es posible verlas en otros procesos patológicos.

b) Arteriografía Selectiva Celiomesentérica: Es para algunos el examen fundamental y definitivo al mostrar una zona avascular⁽²⁾. Creemos que es un método invasivo que exige gran experiencia en su manejo y que en principio no se justifica su realización.

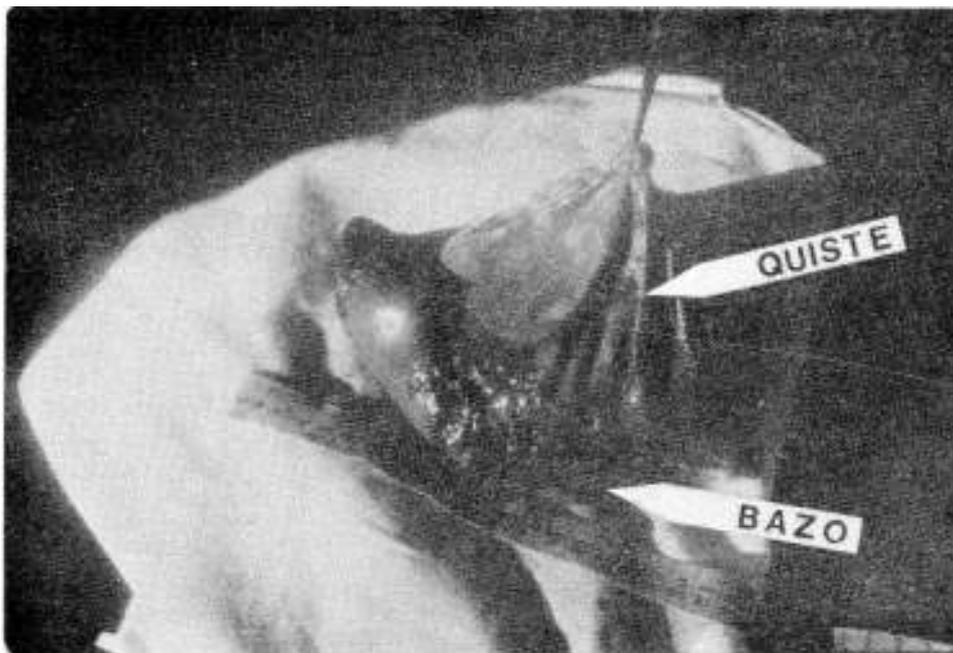


Fig. 1



Fig. 2

c) Métodos imagenológicos como la Ecografía, Centellografía y Tomografía Axial Computada. De gran utilidad en el diagnóstico de quistes esplénicos, sobre los que no tenemos experiencia, aunque tampoco serían definitivos en la orientación etiológica.

B) En segundo lugar respecto a la Histogénesis: existen diversas teorías que tratan de explicar la existencia de tales quistes, fundamentándose en:

a) un origen Metaplásico (poco aceptado), donde se produciría la transformación de un tejido maduro en otro también maduro.

b) en segundo lugar (lo más aceptado) tendrían un origen Disembrioplástico: en éstos en la evolución se generaría un trastorno del desarrollo en un tejido desplazados a zonas no habituales u originado en un tejido multipotencial que adopta la línea de diferenciación en ese tejido (Malgighiano, en nuestro caso).

Solo con los datos de la Microscopia Optica, parecería difícil tomar posición sobre una u otra de estas eventualidades.

c) Finalmente y siguiendo a Kaplan, los quistes NO parasitarios del bazo se clasifican en:

1) Quistes serososendoteliales (recubiertos de una única capa de endotelio cúbico o cilíndrico).

2) Quistes neoplásicos benignos (que no son motivo de nuestra presentación):

- hemangioma
- linfangioma

3) Quistes disembrioplásticos:

- Complejos: — Dermoides (extremadamente).
- Simples — No Epidermoides. — Epidermoides (como el de nuestra enferma).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BLAUSTEIN A. — El bazo. 10ª ed. Barcelona. Toray, 1965, 143.
2. CHASLE J., MAUDARD A.M., HELIN P., RIVIERE M., THOMAS M., BLANC H. — Kystes non parasitaires de la rate. J. Chir. 112: 655, 1981.
3. DIBBLE J.B., WEIGENT C.E. — Epidermoid Cyst of spleen presenting as an abdominal emergency. JAMA, 194: 242, 1965.
4. LIPPIT W.H., AKHAVAN, CAPLAN G.E. — Epidermoid cyst of the spleen, with rupture and inflammation. Arch. Surg. 95: 74, 1967.
5. PHILPOTT G. & BALLINGER W. — El bazo. En: SABISTON, D. Tratado de patología quirúrgica, 10ª ed. México, Interamericana, 1964, p. 1074.