

Carta al Editor

Quiste esplénico congénito en un recién nacido

Sr. Editor

Los quistes esplénicos congénitos (QEC) en la edad pediátrica constituyen una patología de escasa incidencia aunque el uso cada vez más extendido de la ecografía prenatal y los equipos ecográficos de mayor resolución, facilitan la identificación de un número cada vez mayor de quistes de pequeñas dimensiones, que no eran detectados. Su etiología sigue siendo desconocida y parece razonable el manejo conservador de las lesiones asintomáticas y de pequeño tamaño.

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña recién nacida de 8 días ingresada por estenosis pulmonar. Entre sus antecedentes familiares no hay nada reseñable. En la ecografía prenatal de la semana 20, se detecta estenosis pulmonar valvular. El parto se produjo a las 37 semanas de gestación, vaginal, cefálico y eutócico, con un Apgar de 9/10 y un peso y talla al nacer de 3.470 gramos y 51 cm. La paciente presentaba una saturación del 98%, con buen estado general y sin cianosis ni signos de insuficiencia car-

díaca. A la auscultación cardíaca, se evidenció un soplo sistólico eyectivo 3/6.

Al tercer día de vida se le realiza valvuloplastia pulmonar con balón con resultados satisfactorios. En el control ecográfico para cribado de malformaciones asociadas, se evidencia un bazo de estructura y tamaño normal para la edad del paciente, con un quiste de 3 mm en el polo superior del mismo, no existiendo otras anomalías ni quistes en otras localizaciones (figura 1). La paciente actualmente se mantiene en manejo conservador con revisiones clínicas periódicas y controles ecográficos.

Discusión

Los quistes esplénicos se suelen clasificar en primarios o secundarios, según presenten revestimiento epitelial o no. Los quistes secundarios suelen ser postraumáticos. Los quistes primarios de origen parasitario son el tipo más frecuente frente a los quistes primarios de origen neoplásico o congénito, como en nuestro caso¹.

Parece ser que la frecuencia es mayor en el sexo femenino, pero existe controversia al respecto. La etiología de estos quistes congénitos permanece desconocida aunque han sido propuestas varias teorías².

Cuando se identifica un quiste esplénico congénito, es necesario descartar la existencia

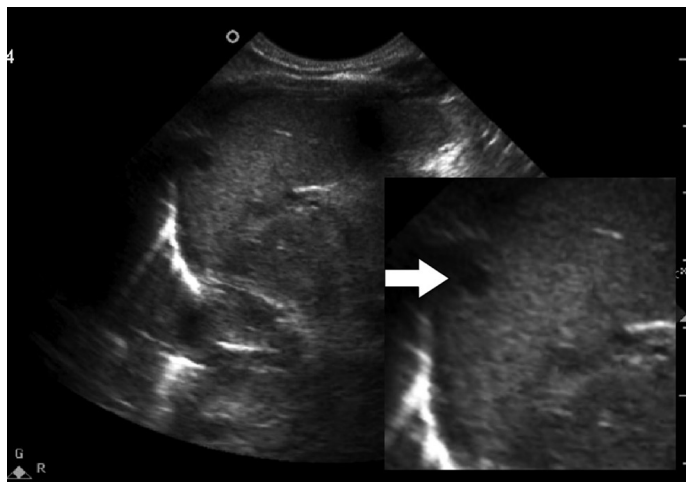


Figura 1. Quiste esplénico congénito de 3 mm en polo superior del bazo.

de quistes en otras localizaciones, para detectar enfermedad poliquística. La ecografía abdominal es el gold standard para su diagnóstico.

La mayoría de los quistes esplénicos congénitos son asintomáticos, y cuando existe sintomatología, suele deberse a la compresión de estructuras vecinas, pudiendo encontrarse síntomas respiratorios, gastrointestinales o genitourinarios.

La historia natural de estos quistes es variable, aunque parece ser que la mayoría de los casos involucionan espontáneamente³. Existen casos publicados en los que se mantienen las mismas dimensiones y en algunas ocasiones, incluso aumentan su tamaño.

El diagnóstico diferencial del quiste esplénico debe realizarse con el resto de masas quísticas del hipocondrio izquierdo: quistes renales, hidronefrosis, neoplasias renales y de glándulas suprarrenales, quiste de duplicación, quiste hepáticos o pseudoquiste pancreático, entre otras patologías.

El manejo de los quistes esplénicos congénitos debe ser individualizado según las dimensiones que presente y la existencia o no de sintomatología y complicaciones. La mayoría de los casos, como el nuestro, son asintomáticos y la actitud debe ser conservadora con exploraciones ecográficas seriadas.

Si existen síntomas, parece ser que la esplenectomía parcial y marsupialización del

quiste, o escleroterapia, pueden ser opciones terapéuticas a considerar⁴.

Conclusión

La actitud que se debe adoptar ante un QEC depende fundamentalmente de las dimensiones y, consecuentemente, de la existencia o no de sintomatología y complicaciones asociadas. En la mayoría de los casos, el QEC es asintomático, por lo que suele estar indicada una actitud conservadora con monitorización ecográfica seriada.

Referencias

- 1.- *Catarina Prior A, Recamán Miguez M, Teixeira F, Ribeiro Castro J*: Diagnóstico prenatal y seguimiento del quiste esplénico. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64 (5): 492-5.
- 2.- *Kabra NS, Bowen JR*: Congenital splenic cyst: A case report and review of the literature. *J Paediatr Child Health* 2001; 37: 400-2.
- 3.- *Yilmazer YC, Erden A*: Complete regression of a congenital splenic cyst. *J Clin Ultrasound* 1998; 26: 223-4.
- 4.- *Yavorski CC, Greason KL, Egan MC*: Splenic cysts: A new approach to partial splenectomy-case report and review of the literature. *Am Surg* 1998; 64: 795-8.

Drs. Girón-Vallejo O., Benítez-Sánchez MC., Bueno-Ruiz JF., Ruiz-Jiménez JI.
*Servicio de Cirugía Pediátrica.
 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, España.*

Fe de Erratas

Este Editor corrige la información referente a la categoría académica del Dr. Dimitri Parra, Asesor Editorial de Imágenes de Revista Chilena de Pediatría. Para efectos oficiales, el Dr. Parra debe figurar con la siguiente información académica:

Assistant Professor, at The Hospital for Sick Children, University of Toronto, Canada.