



## VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



### QUISTES MESOTELIALES ESPLÉNICOS MÚLTIPLES

M<sup>a</sup> Dolores Arias Santos<sup>\*</sup>, Miguel Andújar Sanchez<sup>\*</sup>, Marta Pavcovich Ruiz<sup>\*</sup>, Laureano León Arencibia<sup>\*</sup>, David Martínez Lanao<sup>\*</sup>, Miguel Sanchez Ramos<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Hospital Materno Infantil de Canarias ESPAÑA

#### Resumen

Los quistes no parasitarios de bazo son muy poco frecuentes. Se han clasificado dependiendo de su epitelio de revestimiento en epidermoides, transicionales y mesoteliales.

Presentamos el caso de una paciente de 39 años que en el puerperio hace un hemoperitoneo. Se realiza esplenectomía que muestra externamente pequeñas formaciones de estructura papilar y color pardusco que miden entre 0,1 y 0,8 cm. Microscópicamente en la cápsula y el área subcapsular se observan numerosos quistes con líquido eosinófilo, tapizados por células aplanadas o cuboideas, sin atipia citológica. Inmunohistoquímicamente muestran positividad para citoqueratina y negatividad con CD31, Factor VIII y Proteína S-100. La paciente fallece y no se autoriza la autopsia. Los quistes esplénicos son poco frecuentes y asintomáticos, sólo está indicada la cirugía en caso de riesgo de rotura o complicaciones. En nuestro caso el hemoperitoneo obliga a la intervención quirúrgica (esplenectomía). El bazo muestra macroscópicamente múltiples quistes todos de pequeño tamaño, entre 0,1 y 0,8 cm, superficiales, subcapsulares, de diferente tamaño. El estudio histológico demuestra que todos los quistes están tapizados por una capa de células aplanadas o cuboideas, negativas para marcadores inmunohistoquímicos vasculares y positivas para citoqueratinas, lo que sugiere su origen mesotelial descartando origen vascular (hemangiomas, hemangioendoteliomas, linfangiomas, linfangiosarcomas, hamartomas vasculares, angioma de células litorales...).

La rotura esplénica de quistes mesoteliales (verdaderos) ocasiona hemoperitoneo, es una complicación potencialmente letal, como en el presente caso. Nosotros postulamos la posibilidad de que el hemoperitoneo fuera causado por la rotura de algunos de estos quistes. La peculiaridad de este caso radica en el pequeño tamaño y el abundante número de quistes, a diferencia de lo que refiere la literatura en la que suele tratarse de quistes únicos, en general de más de 5 cm de diámetro.

#### Introducción

Los quistes no parasitarios de bazo son muy poco frecuentes. Se han clasificado dependiendo de su epitelio de revestimiento en epidermoides, transicionales y mesoteliales.

#### Descripción del caso

Presentamos el caso de una paciente de 39 años que en el puerperio hace un hemoperitoneo. Se realiza histerectomía total con doble anexectomía y esplenectomía. El bazo muestra en su superficie pequeñas formaciones de estructura papilar y color pardusco que miden entre 0,1 y 0,8 cm (Fig. 1 y Fig. 2). Microscópicamente las estructuras "papilares" corresponden a la cápsula y el área subcapsular con numerosos y pequeños quistes con líquido eosinófilo, tapizados por células aplanadas a cuboideas, sin atipia (Fig. 4 y Fig. 5). Inmunohistoquímicamente muestran positividad para citoqueratina (Fig. 6 y Fig. 7) y negatividad con CD31 (Fig. 5), Factor VIII y Proteína S-100. La paciente fallece y no se autoriza la autopsia.

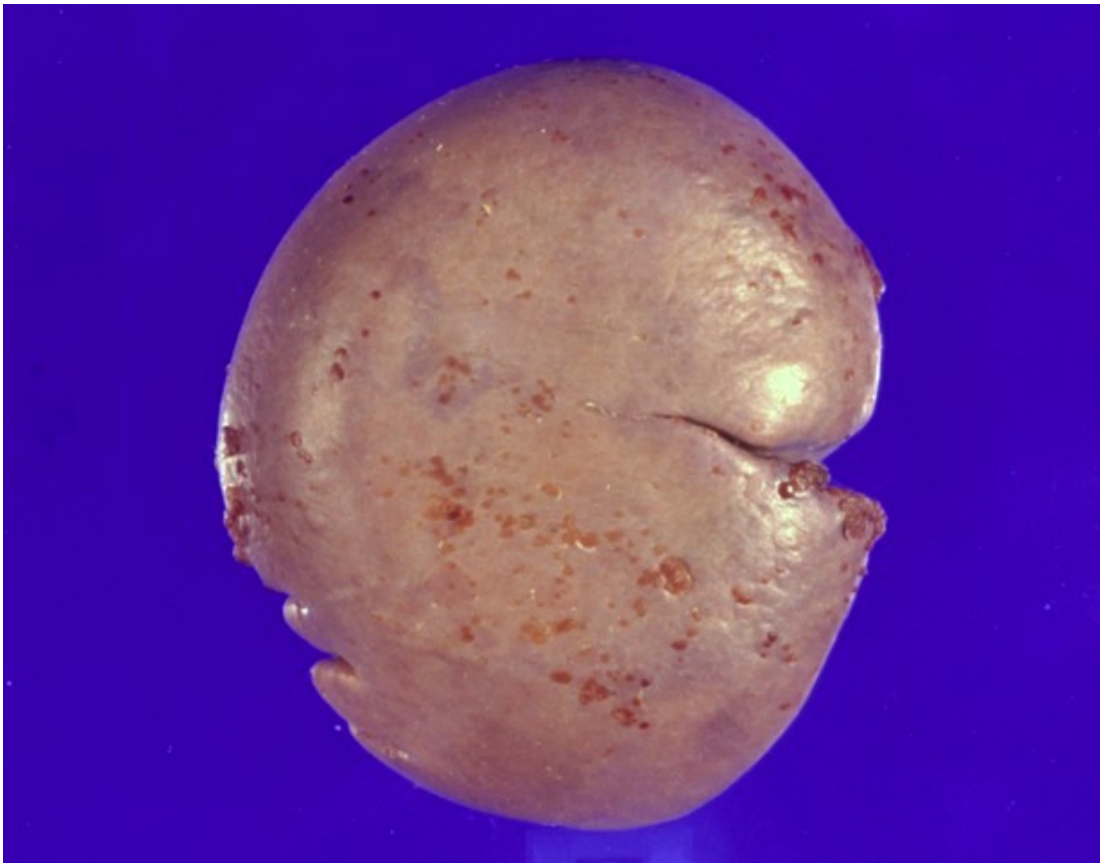


Fig. 1 - Pieza de esplenectomía en la que se aprecian los quistes en la superficie, que en ocasiones se fusionan.

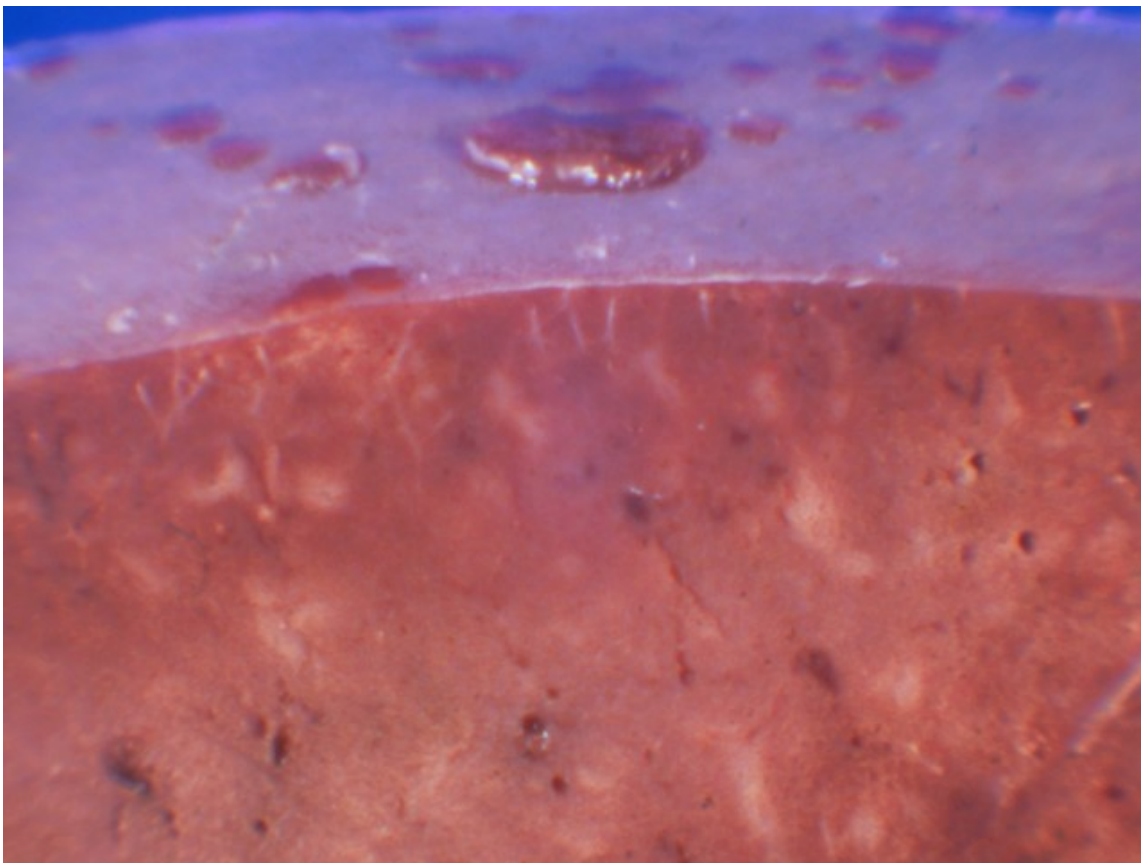


Fig. 2 - Sección macroscópica del bazo. Quistes de pequeño tamaño en la cápsula y área subcapsular.

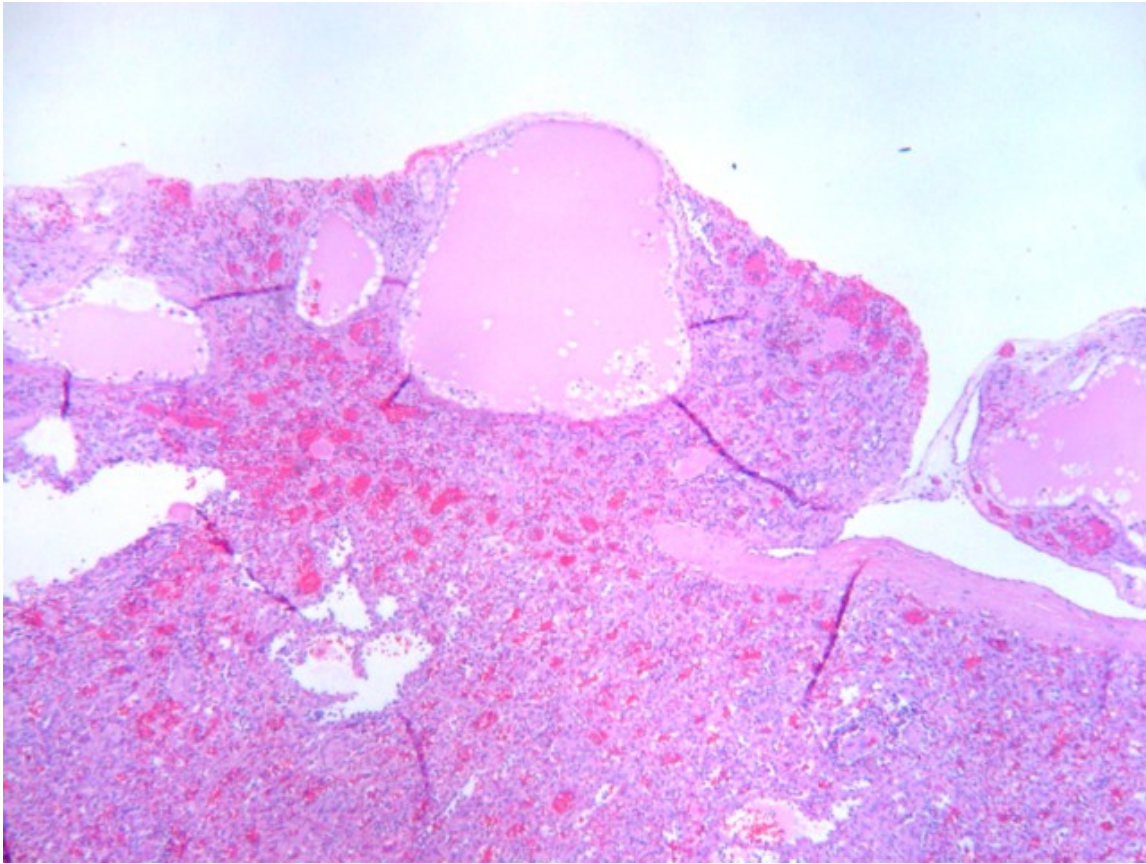


Fig. 3 - Hematóxilina eosina (HE) a bajo aumento con quistes subcapsulares de pequeño tamaño.

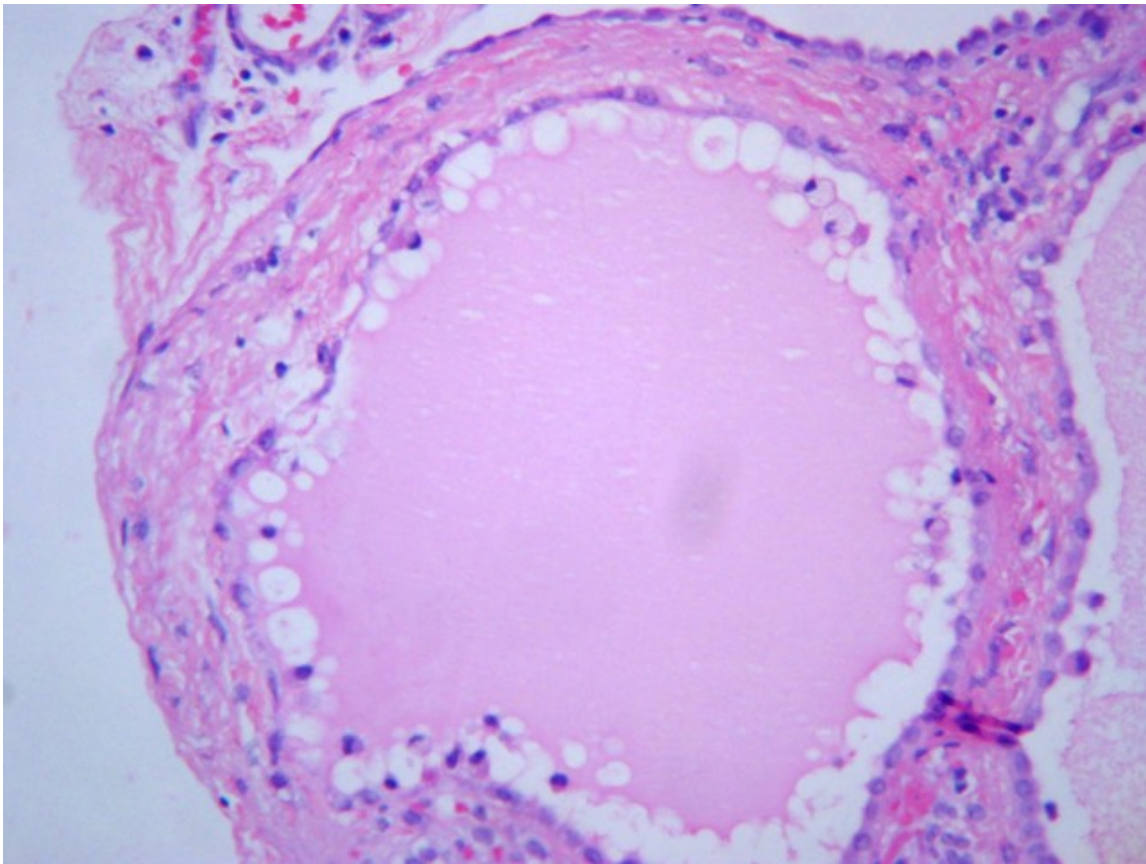


Fig. 4 - HE que muestra los quistes con mayor detalle.



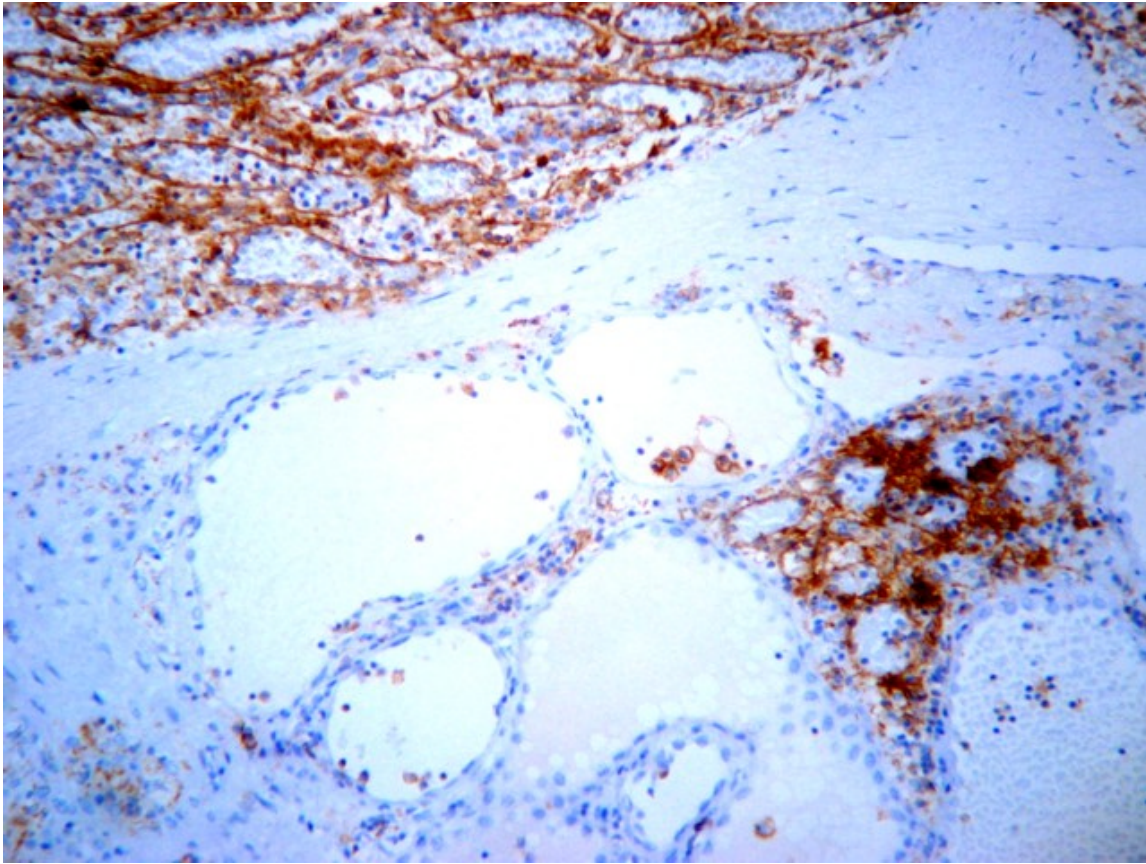


Fig. 5 - Tinción inmunohistoquímica para CD31 (negativo) con control positivo.

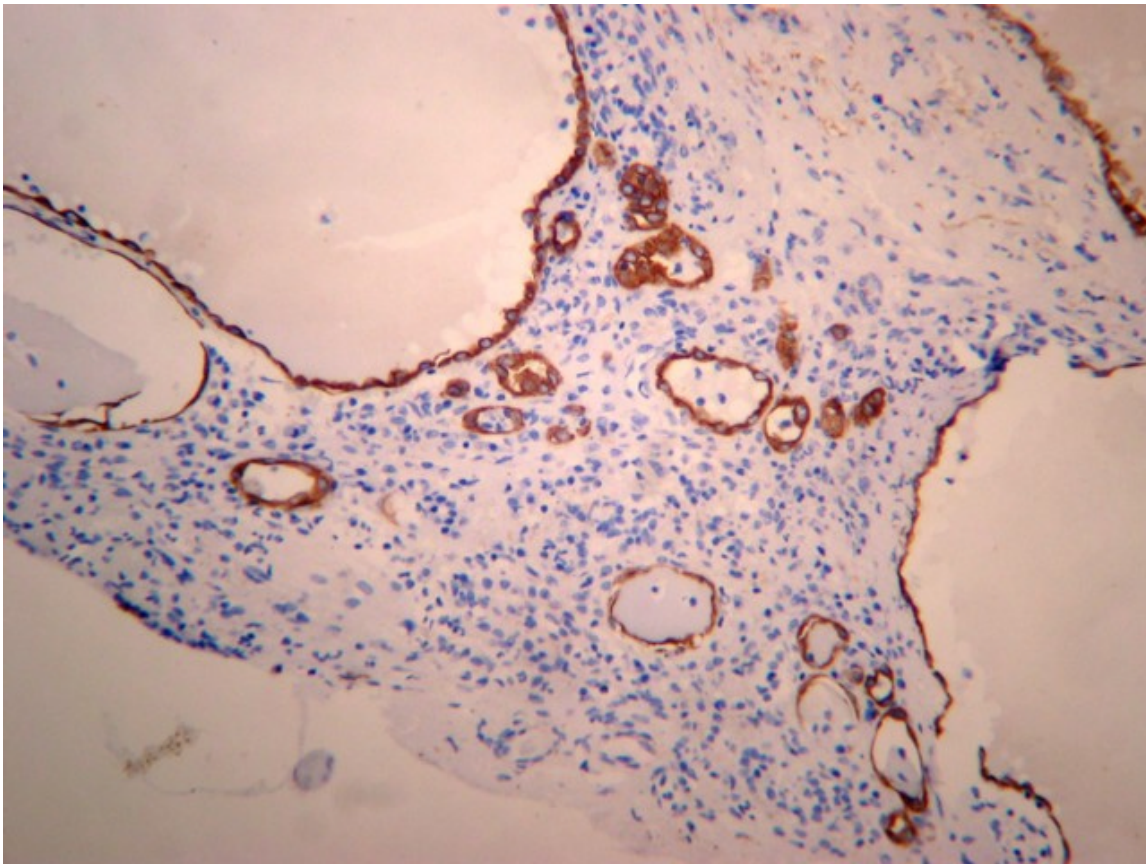


Fig. 6 - Tinción inmunohistoquímica para citoqueratinas, en la que se demuestra positividad de las células que tapizan estos espacios quísticos.

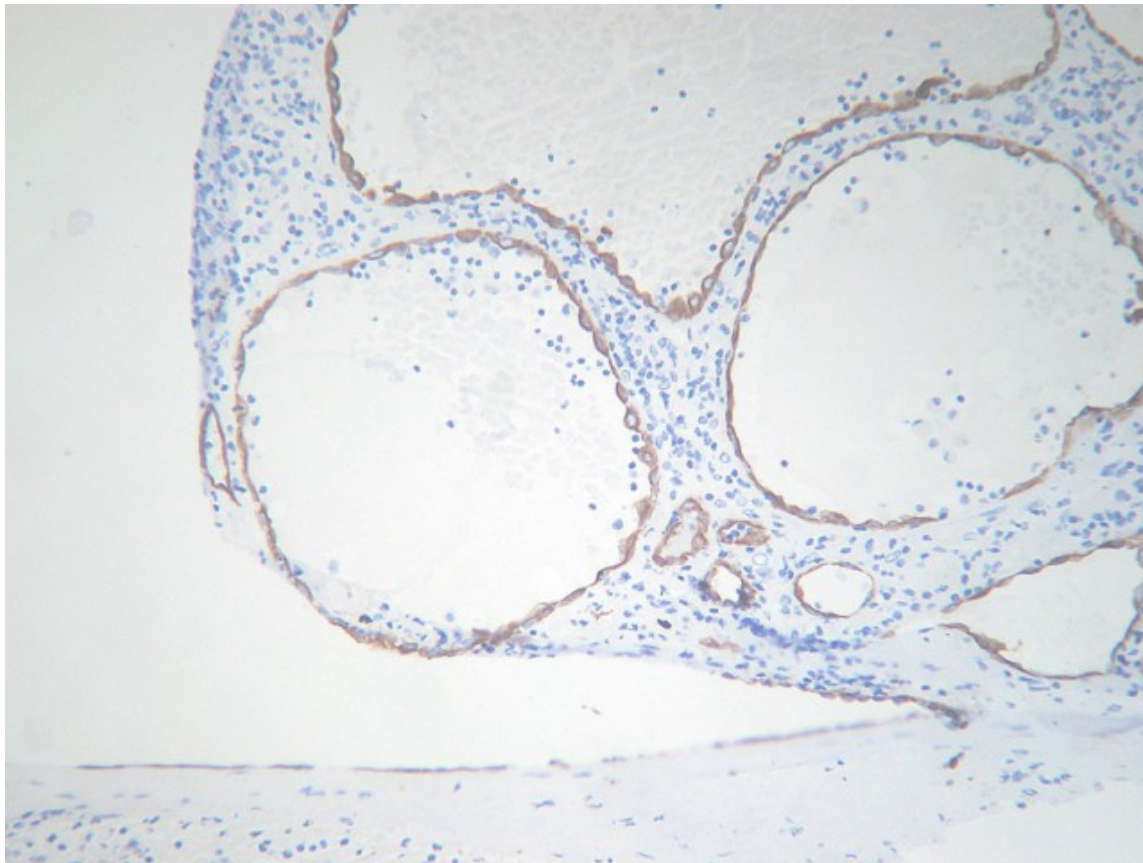


Fig. 7 - Mayor detalle de los quistes con citoqueratinas.

## Discusión

Los quistes esplénicos son raros. Su origen es frecuentemente congénito o traumático, se distinguen por la presencia o ausencia de revestimiento epitelial. Dependiendo del epitelio de revestimiento los quistes pueden ser epidermoides (para algunos autores variante de los mesoteliales con metaplasia escamosa focal), transicionales y mesoteliales. Son frecuentemente asintomáticos y sólo está indicada la cirugía (esplenectomía parcial o cistectomía) en caso de riesgo de rotura o complicaciones.

En nuestro caso el hemoperitoneo obligó a la intervención quirúrgica con la sospecha de rotura de aneurisma de la arteria esplénica. El bazo mostró macroscópicamente formaciones "papilares" todos de pequeño tamaño, entre 0,1 y 0,8 cm, superficiales, de diferente tamaño que parecen fusionarse. El estudio histológico demostró que correspondían a quistes están tapizados por una capa de células aplanadas o cuboideas, negativas para marcadores inmunohistoquímicos vasculares y positivas para citoqueratinas, lo que sugirió un origen mesotelial. Descartando lesiones vasculares más frecuentes en el bazo (angiomas, hemangioendoteliomas, linfangiomas, linfangiosarcomas, hamartomas vasculares, angioma de células litorales...).

La rotura esplénica de quistes mesoteliales (verdaderos) ocasiona hemoperitoneo, es una complicación potencialmente letal, como en el presente caso. Nosotros postulamos la posibilidad de que el hemoperitoneo fuera causado por la rotura de algunos de estos quistes y no de un aneurisma. La peculiaridad de este caso radica en el pequeño tamaño y el abundante número de quistes, a diferencia de lo que refiere la literatura en la que suele tratarse de quistes únicos, en general de más de 5 cm de diámetro.

La muerte en una paciente asintomática por la rotura de pequeños quistes de bazo, obliga a preguntarse si son múltiples como en este caso.

## Bibliografía

1. Morgenstern L: Nonparasitic splenic cysts: patogénesis, classification, and treatment. J Am Coll Surg. 2002. 195(3):306-14. Coment in: J Am Coll Surg. 2002. 195(3):437-8; discussion 438.
2. Reddi VR, Reddi MK, Srinivas B, Sekhar CC, Ramesh O: Mesothelial splenic cyst-a case report. Ann Acad Med Singapore. 1998. 27(6):880-2.
3. Lam CM, Yuen ST, Yuen WK: Hemoperitoneum caused by spontaneous rupture of a true splenic cyst. Hepatogastroenterology. 1998. 45 (23):1884-6.

4. Arber DA, Strickler JG, Chen YY, Weiss LM: Splenic vascular tumors: a histologic immunophenotypic, and virologic study. *Am J Surg Pathol.* 1997. 21(7):827-35.
5. Arber DA, Strickler JG, Weiss LM: Splenic mesothelial cysts mimicking lymphangiomas. *Am J Surg Pathol.* 1997. 21(3):334-8.
6. Lee YS, The M: Histogenesis of true splenic cysts: a histological and immunohistochemical study. *Ann Acad Med Singapore.* 1993. 22(3):372-6.
7. Zukerberg LR, Kaynor BL, Silverman ML, Harris NL: Splenic hamartoma and capillary hemangioma are distinct entities: immunohistochemical analysis of CD8 expression by endothelial cells. *Hum Pathol.* 1991. 22(12):1258-61.
8. Ough YD, Nash HR, Wood DA: mesothelial cysts of the spleen with squamous metaplasia. *Am J Clin Pathol.* 1981. 76(5):666-9.
9. Falk S, Stutte HJ, Frizzera G: Littoral cell angioma. A novel splenic vascular lesion demonstrating histiocytic differentiation. *Am J Surg Pathol.* 1991. 15(11):1023-33.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28