



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 18 • Outubro 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

# Quisto Epidermóide Esplénico Gigante

## Giant Epidermoid Splenic Cyst

<sup>1</sup>*Diana Teixeira Ferreira da Silva, D.T.,* <sup>2</sup>*José Manuel Pereira Esteves, J.E.,*  
<sup>2</sup>*António José da Mota Abreu, A.A.,* <sup>3</sup>*Rui Manuel Bastos Paula Teixeira Pinto, R.P.,*  
<sup>3</sup>*José Manuel Silva Neves, J.N.*

<sup>1</sup>Interna Complementar Cirurgia Geral, <sup>2</sup>Assistente Graduado Cirurgia Geral,  
<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Cirurgia Geral

Serviço de Cirurgia Geral Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade Guimarães EPE

### RESUMO

**Introdução:** Os quistos esplénicos são entidades raras, havendo menos de 1000 casos descritos. O quisto epidermóide corresponde a 2,5% de todos os quistos esplénicos e a 10% dos não parasitários. É mais frequente no sexo feminino, e normalmente só manifesta sintomas quando atinge dimensões >5cm. Preconiza-se que estas lesões resultam da invaginação do mesotélio peritoneal capsular esplénico com subsequente proliferação e metaplasia escamosa.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso de uma mulher de 27 anos, referenciada ao serviço de urgência por quadro de epigastria e enfartamento pós-prandial, com de 2 meses de evolução. EDA revelou compressão extrínseca da grande curvatura gástrica. No estudo imagiológico foi documentada volumosa formação quística, na vertente medial do baço, de paredes regulares e com diâmetro de 14,5 cm, causando compressão extrínseca da grande curvatura gástrica. Submetida a esplenectomia total, com alta ao 3º dia, apresentando boa evolução pós-operatória. O exame anatomo-patológico revelou quisto epidermóide com 15 cm de maior diâmetro.

**Discussão:** O presente trabalho pretende alertar para a raridade da entidade em questão, devendo o quisto epidermóide do baço ser considerado no diagnóstico diferencial de tumefacção abdominal no adulto jovem. O caso clínico apresentado prima pelas dimensões elevadas e pela sua manifestação tardia.

**Palavras-chave:** quisto esplénico, quisto epidermóide, esplenectomia.

### ABSTRACT

**Introduction:** The splenic cysts are rare, with less than 1000 cases reported. Epidermoid cyst accounts for 2.5% of all splenic cysts and 10% of non-parasitic. It is more common in females and usually only cause symptoms when it reaches size > 5cm. It is advocated that these lesions result from the invagination of the splenic capsule's peritoneal mesothelium with subsequent proliferation and squamous metaplasia.

**Methods:** The authors present a case of a woman aged 27, referred to the emergency room for epigastric pain and bloating the framework of post-prandial, with 2 months of evolution. Upper endoscopic study revealed extrinsic compression of the gastric greater curvature. In the imaging study was documented massive cystic formation in the medial aspect of the spleen, with regular walls and diameter of 14.5 cm, causing extrinsic compression of the gastric greater curvature. Submitted to total splenectomy, Discharged on the 3rd day, with a good postoperative evolution. The anatomopathological examination revealed an epidermoid cyst with 15 cm in greatest diameter.

**Discussion:** The present work aims to draw attention to the rarity of the entity in question, and epidermoid cyst of the spleen is considered in the differential diagnosis of abdominal swelling in young adults. The case presented transcends by high dimension and its late manifestation.

**Keywords:** splenic cyst, epidermoid cyst, splenectomy.



## INTRODUÇÃO

Os quistos esplênicos representam uma entidade rara na prática cirúrgica, havendo menos de 1000 casos descritos. Podem ser classificados como tendo etiologia parasitária (frequentemente causada por *Echinococcus granulosus*) ou não-parasitária. Estes últimos podem ainda ser classificados como verdadeiros ou primários (revestidos por camada epitelial) e falsos ou secundários (também designados pseudo-quistos, uma vez que carecem de um verdadeiro revestimento epitelial e geralmente resultam da resolução de um hematoma no contexto pós-traumático).

Os quistos esplênicos de etiologia não-parasitária são raros, podendo ser classificados como verdadeiros ou falsos. São mais frequentes na segunda e terceira décadas de vida, muito embora possam aparecer na infância.

Os quistos epidermóides correspondem a 2,5% de todos os quistos esplênicos e a 10% dos não parasitários. Segundo a teoria etiopatogénica mais aceite, estas lesões resultam da invaginação do mesotélio peritoneal capsular esplênico com subsequente proliferação e metaplasia escamosa.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 27 anos de idade, com quadro sintomatológico de dor abdominal e enfartamento pós-prandial, com cerca de 2 meses de evolução, compatível com quisto

epidermóide esplênico. Preconizou-se apresentar esta entidade nosológica rara, os métodos diagnósticos disponíveis e seu tratamento.

## CASO CLÍNICO

Jovem do sexo feminino, 27 anos, referenciada ao serviço de urgência por quadro de epigastria e enfartamento pós-prandial, com cerca de 1 ano de evolução e agravamento desde há 2 meses. Referia história de acidente de viação na infância sem necessidade de internamento ou intercorrências. O exame físico apresenta tumefacção abdominal no hipocôndrio esquerdo, que se prolongava cerca de 12 cm abaixo do rebordo costal esquerdo.

No decurso do estudo etiológico realizou EDA que revelou compressão extrínseca da grande curvatura gástrica. Analiticamente apresentava trombocitopenia. No estudo imagiológico foi documentada ecograficamente volumosa formação quística, na vertente medial do baço, de paredes regulares e com diâmetro de 14,5 x 10 cm, com finas septações no seu interior e discretas calcificações na parede. Tal formação quística condicionava compressão extrínseca da grande curvatura gástrica (figura 1). Submetida a esplenectomia total, com alta ao 3º dia, apresentando boa evolução pós-operatória. O exame anatómico-patológico revelou quisto epidermóide com 15 cm de maior diâmetro (figura 2).

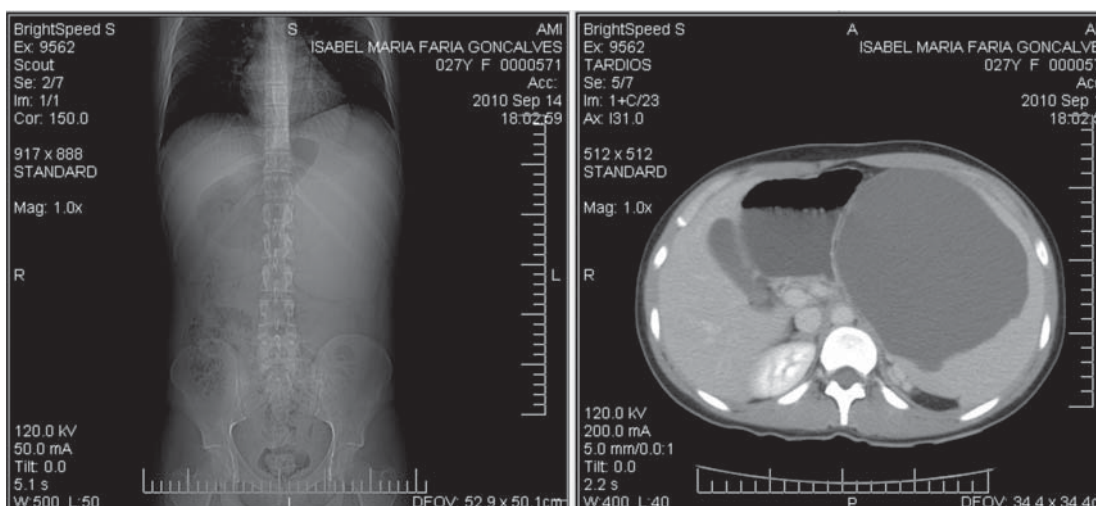


Figura 1 – TC abdominal revelando volumosa formação quística esplênica com 14,5 cm de maior diâmetro, exercendo efeito compressivo na grande curvatura gástrica.



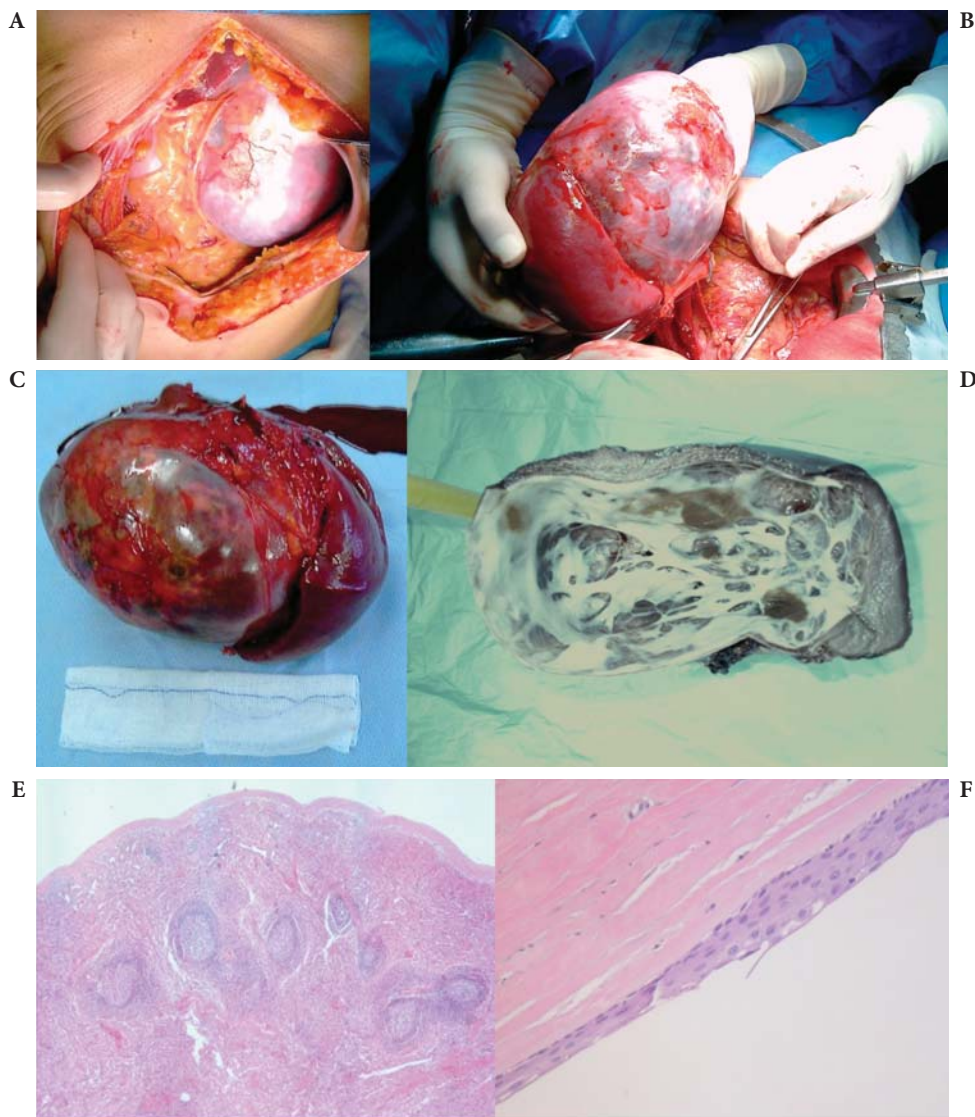


Figura 2 – Laparotomia exploradora com constatação de quisto epidermóide esplênico na vertente medial, efectuada esplenectomia total (A a C) e exame anatomo-patológico (D a F).

## DISCUSSÃO

Os quistos esplênicos podem ser divididos em duas categorias: primários ou verdadeiros e secundários ou falsos.

O diagnóstico diferencial da lesão quística esplênica concerne o abscesso intra-esplênico, quistos verdadeiros, neoplasias, quisto hidático e metástase quística. Os quistos verdadeiros englobam os hemangiomas, linfangiomas, quistos epidermóides e dermóides. Destes, os hemangiomas constituem os mais comuns e os dermóides os mais raros.

Os quistos verdadeiros constituem 20% dos quistos esplênicos, sendo o epidermóide o mais raro (10% dos benignos não-parasitários). Robbins e al. efectuaram 42.327 autópsias ao longo de um período de 25 anos, tendo documentado apenas 32 pacientes com diagnóstico de quisto esplênico. Os quistos esplênicos epidermóides são “verdadeiros” em virtude de possuírem revestimento epitelial interno, contrariamente aos falsos que não tenham revestimento celular. A etiologia do pseudoquisto parece estar relacionada com processo hemorrágico, etiologia traumática ou enfarte.

A verdadeira etiologia dos quistos epidermóides não



é consensual, muito embora se preconize que resulta da inclusão de células mesoteliais da superfície esplênica no parênquima esplênico, durante o desenvolvimento embrionário, com crescimento gradual em tamanho, através da proliferação do revestimento celular ou da secreção acelerada das células de revestimento.

A maioria dos quistos permanece assintomático até adquirir tamanho igual ou superior a 5 centímetros (alguns estudos preconizam mesmo os 8 cm). A maioria dos pacientes manifesta sintomatologia na segunda ou terceira década de vida. No caso apresentado a paciente manifestou sintomas na segunda década. Os sintomas mais frequentes são dor abdominal no hipocôndrio esquerdo e epigastro, sensação de enfiamento pós-prandial, náuseas e vômitos. Todavia os quistos podem apresentar-se através de ventre agudo cirúrgico no decurso de ruptura pós-traumática ou espontânea (mais rara). Outras complicações raras incluem infecção, hemorragia intra-quística, hipertensão devido à compressão renal, abscesso e perfuração via transdiafragmática com derrame pleural ou empiema, hiperesplenismo e degeneração maligna. Não obstante ao desconforto abdominal e enfiamento pós-prandial, a paciente do caso não apresentou complicações.

O diagnóstico geralmente pode ser estabelecido com recurso à ecografia, TC abdominal ou ressonância magnética. A TC permite visualizar, com maior sensibilidade, septos e calcificações. Contudo, o diagnóstico definitivo é veiculado pelo exame anatomo-

-patológico. A serologia para *Echinococcus* deve ser solicitada para exclusão de etiologia hidátide.

Quistos menores que 5 cm, assintomáticos e quistos cuja parede é regular, sem componentes sólidos, podem ser mantidos em vigilância clínica, sendo os restantes candidatos a tratamento cirúrgico. No nosso caso, o quisto apresentava 15 cm, era sintomático e, portanto, optou-se pela abordagem cirúrgica. A aspiração do conteúdo do quisto, com injeção de esclerosantes como a tetraciclina ou álcool têm sido tentadas, mas geralmente ocorre recidiva. Mesmo a marsupialização do quisto é associada a elevada taxa de recidiva, não sendo, por isso, recomendada.

O tratamento cirúrgico preconizado é a esplenectomia, parcial ou total, por via laparotômica ou laparoscópica.

## CONCLUSÃO

Embora o quisto epidermóide esplênico seja uma rara entidade, este deve ser considerado no diagnóstico diferencial devendo o quisto epidermóide do baço ser considerado no diagnóstico diferencial de tumefacção abdominal no adulto jovem. O baço deve ser preservado, desde que haja parênquima viável; caso contrário preconiza-se a esplenectomia. O caso clínico apresentado prima pelas dimensões elevadas e pela sua manifestação tardia.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. A Sarvaiya, S Raniga, P Vohra, A Sharma, Bhrtayan. Case Report: Huge Splenic Epidermoid Cyst. *Ind J Radiol Imag* 2006 16:2:197-198
2. Maskey P, Rupakheti S, Regmi R, Adhikary S, Agrawal CS. Splenic Epidermoid Cyst. *Kathmandu University Medical Journal* (2007), Vol. 5, No. 2, Issue 18, 250-252.
3. Joana Albuquerque, Ana Mónica, Ana Germano, Ana Tavares. QUISTO EPIDERMÓIDE ESPLÊNICO – Aspectos Imagiológicos. *Acta Méd Port* 2005; 18: 227-230.
4. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Crsig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP. Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg* 1978;187:231-5.
5. Alvarez GC, Silveira ML, Costa EM, Pagliarín FV, Costa I: Epidermoid splenic cyst in a child. Report of a case. *Arq Gastroenterol* 2000; 37(1):69-71.

### Contacto

DIANA TEIXEIRA  
Serviço de Cirurgia Geral Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade Guimarães EPE  
teixeira.diana@gmail.com



Diana Teixeira F. da Silva, José Manuel P. Esteves, António J. da Mota Abreu, Rui Manuel B. Paula Teixeira Pinto, José Manuel Silva Neves