

CASO CLÍNICO

Acta Méd Port 2005; 18: 227-230

QUISTO EPIDERMÓIDE ESPLÉNICO

Aspectos Imagiológicos

JOANA ALBUQUERQUE, ANA MÓNICA, ANA GERMANO, ANA TAVARES
Serviço de Imagiologia. Hospital Fernando Fonseca. Amadora.

RESUMO

O quisto epidermóide esplénico é uma entidade rara e os meios de imagem têm um papel importante no seu diagnóstico, que em definitivo, só é feito com análise histo-patológica. Apresenta-se um caso de quisto epidermóide esplénico, em criança de 11 anos de idade, que se manifestou por quadro de dor abdominal com evolução de um mês após traumatismo abdominal. São ilustrados os aspectos imagiológicos em ecografia, TC e RM com correlação anatomo-patológica.

É efectuada uma revisão das características imagiológicas na caracterização e diagnóstico desta entidade nosológica.

Palavras-chave: Quistos esplénicos, Quisto Epidermóide, Ecografia, TC, RM

SUMMARY

SPLenic EPIDERMoid CYST – Imaging Features

Splenic Epidermoid Cyst is a rare entity and the imaging methods play a major role in the diagnosis, although this can only be accomplished by the histological features.

The authors report a case of splenic epidermoid cyst in a child of eleven years old, which presented with one month history of post-traumatic abdominal pain. They illustrate the imaging features on ultrasound, CT and MR with pathologic correlation.

A review of imaging aspects in the characterization and diagnosis of this clinical entity is made.

Key Words: Splenic cysts, Epidermoid cyst, Ultrasound, CT, MR

INTRODUÇÃO

Os quistos esplénicos são entidades raras, havendo menos de 1000 casos descritos na literatura¹.

O quisto epidermóide corresponde a 2,5% de todos os quistos esplénicos².

Segundo a teoria etiopatogénica mais aceite, estas lesões resultam da invaginação do mesotélio peritoneal capsular esplénico com subsequente proliferação e metaplasia escamosa.

Os autores apresentam um caso de quisto epidermóide esplénico numa criança de 11 anos de idade, que se manifestou por um quadro de dor abdominal com evolução de um mês após traumatismo abdominal.

Após revisão da literatura verificou-se que se tratava de uma entidade muito rara. Apesar dos aspectos imagiológicos serem inespecíficos orientam o diagnóstico e a atitude terapêutica.

CASO CLÍNICO

Criança de 11 anos de idade, sexo masculino, recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal localizada no hipocôndrio esquerdo, tipo moimha, sem irradiação, referindo agravamento com o esforço físico e manobras de Valsalva, e tendo como único factor de alívio o repouso no leito. Como sintomas acompanhantes há a referir anorexia e perda de peso de cerca de 5 kg em um mês. O quadro clínico teve uma evolução de um mês, após traumatismo abdominal, com agravamento progressivo.

Antecedentes pessoais de asma brônquica desde os 12 meses de idade, actualmente medicada com corticosteróides inalatórios e anti-histamínicos orais.

À data de internamento, ao exame objectivo a criança estava apirética, sem sinais de discrasia hemorrágica, salientando-se na palpação abdominal uma massa no hipocôndrio e flanco esquerdos, com cerca de 8 cm de diâmetro, de consistência dura.

Os exames laboratoriais revelaram valores dentro da normalidade à excepção de eosinofilia. Foi efectuada ecografia abdominal (figura 1) que demonstrou, no quadrante superior esquerdo, uma lesão ovalada predominantemente anecogénica, no entanto, com alguns finos ecos dispersos, com reforço acústico, limites bem definidos e regulares, com aparente ponto de origem esplénico, condicionando efeito de moldagem sobre o estômago e rim esquerdo. A Tomografia Computorizada (TC) abdominal (figura 2) efectuada com cortes de 10 mm de espessura, sem administração de contraste endovenoso revelou volumosa lesão arredondada, de densidade hídrica, homogénea, bem delimitada, com parede bem definida, regular, identificando-se calcificação parietal milimétrica.

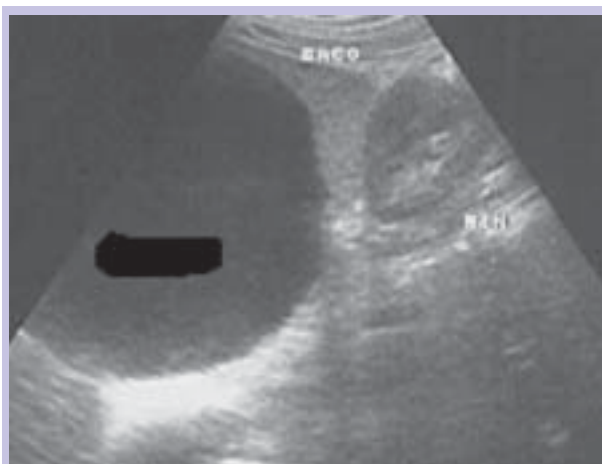


Figura 1 – Ecografia abdominal; Volumosa formação quística, predominantemente anecogénica, bem delimitada, com aparente ponto de origem esplénico, moldando o rim esquerdo.

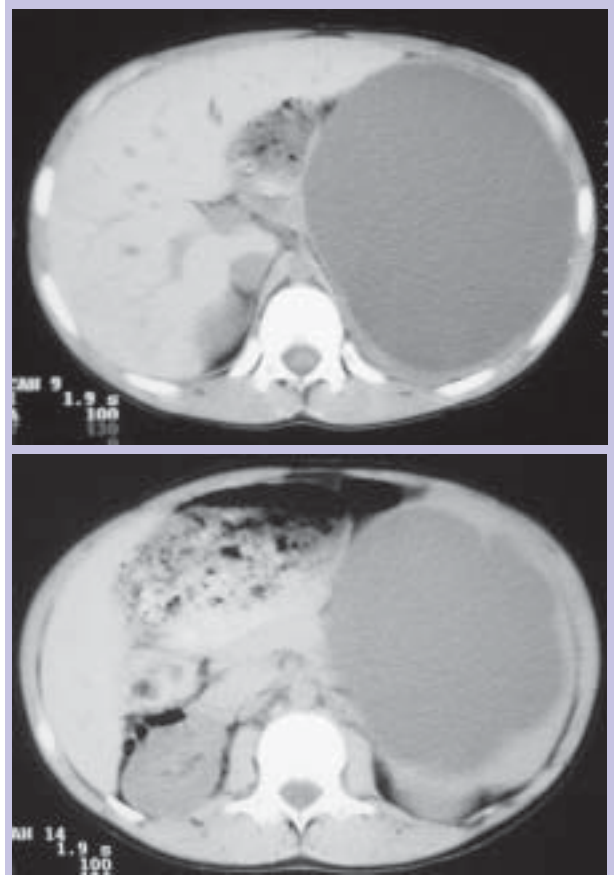


Figura 2 – TC de abdómen: cortes axiais de 10 mm de espessura sem administração de contraste endovenoso; Lesão de densidade hídrica, homogénea, de parede bem definida, com calcificação parietal milimétrica, localizada no parênquima esplénico (A e B).

A lesão tinha localização sub-diafragmática esquerda, com ponto de origem no parênquima esplénico, com cerca de 15x4x13 de diâmetros longitudinal, transversal e antero-posterior, respectivamente. Foi realizada Ressonância Magnética (RM) de abdómen (figura 3) com um equipamento com campo magnético de 1 tesla. Foram efectuadas sequências axiais T1 SE, coronais e sagitais T2 SE sem administração de contraste endovenoso. Confirmou-se a presença de lesão sub-frénica esquerda, com dimensões sobreponíveis às observadas na TC abdominal, hipointensa em T1 e fortemente hiperintensa em T2, aspectos traduzindo a sua natureza quística. Observava-se acentuado desvio inferior do rim esquerdo e desvio direito do estômago. A lesão contactava a parede abdominal anterior e posterior e atingia a linha média. Era bem delimitada, com contornos regulares e ligeiramente bosselados inferiormente, onde se continuava com o baço, sem significativas alterações do sinal deste órgão. Identificava-se ligeiro espessamento parietal na vertente posterior do quisto.

Devido às grandes dimensões da lesão, e para preve-

nir complicações, foi efectuada terapêutica cirúrgica, tendo sido realizada esplenectomia total. A análise anatomo-patológica (figura 4) revelou formação quística esplênica intra-parenquimatosa, com cerca de 13 cm, revestida por epitélio pavimentoso, simples e estratificado, com orla de tecido fibroso e restante parênquima esplênico de características normais, apresentando o diagnóstico de quisto epidermóide esplênico.

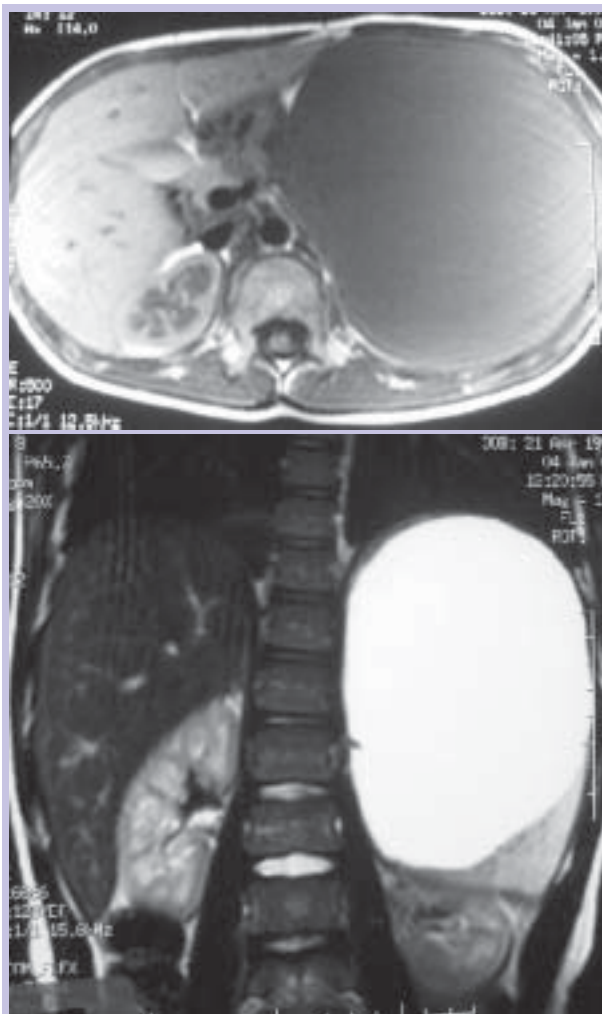


Figura 3 – RM de abdômen: equipamento com campo magnético de 1 tesla (A) axial T1 SE com 8 mm de espessura, (B) coronal T2 SE com 6 mm de espessura sem administração de contraste endovenoso; Lesão hipointensa em T1 e acentuadamente hiperintensa em T2, confirmando a natureza quística.

DISCUSSÃO

Segundo a classificação de Martin (1958) os quistos esplênicos dividem-se em primários ou verdadeiros e secundários ou pseudo-quistos, consoante a presença ou ausência de revestimento epitelial^{1,3}.

Os quistos primários dividem-se em parasitários e não parasitários. Os primeiros têm maior prevalência em áreas

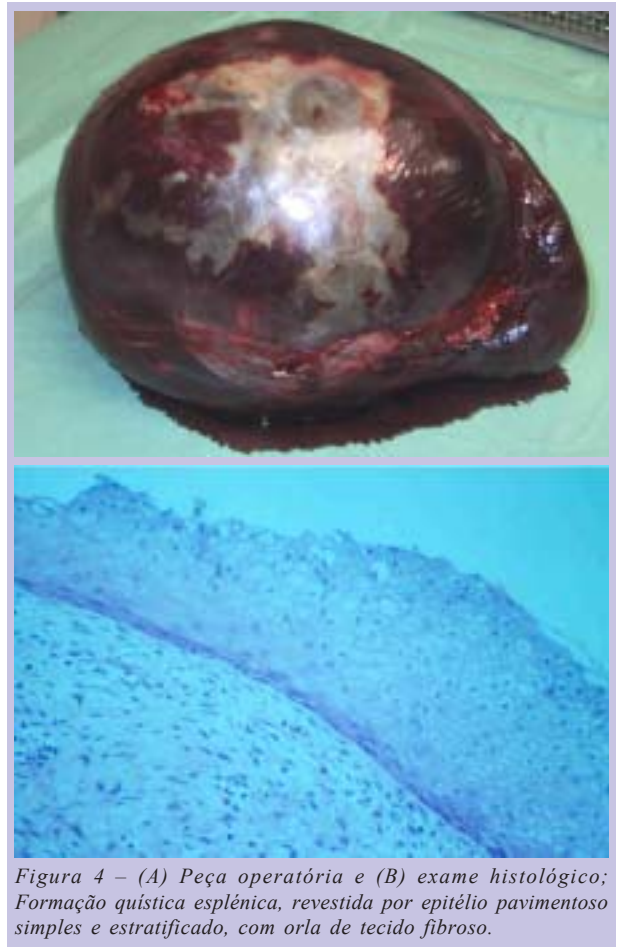


Figura 4 – (A) Peça operatória e (B) exame histológico; Formação quística esplênica, revestida por epitélio pavimentoso simples e estratificado, com orla de tecido fibroso.

endêmicas, sendo o principal agente etiológico o *Echinococcus granulosus*.

Os quistos não parasitários incluem o epidermóide, dermóide, hemangioma e linfangioma. O quisto epidermóide corresponde a 10% de todos os quistos não parasitários^{4,5}.

Os quistos secundários representam cerca de 75% de todas as lesões quísticas esplênicas⁶. São geralmente de etiologia pós-traumática, podendo também ser degenerativos (pós-enfarte), ou ainda inflamatórios, num contexto de periesplenite, no caso de infecções como a mononucleose infecciosa, a febre tifóide, a tuberculose e a pancreatite.

No caso descrito os aspectos imagiológicos eram compatíveis com quisto simples do baço, podendo corresponder a qualquer tipo de quisto primário ou secundário. No entanto os quistos parasitários, os quistos dermóides, hemangiomas e linfangiomas apresentam-se com menor frequência como quistos simples e habitualmente têm algumas características distintivas. Perante o contexto de traumatismo abdominal prévio e tendo em conta que os

quistos secundários tem uma frequência muito maior que os primários foi colocada a hipótese de quisto pós-traumático. A hipótese de quisto epidermóide também foi considerada. Nestes casos os estudos imagiológicos não permitem um diagnóstico definitivo e perante um quisto de grandes dimensões, a impor intervenção terapêutica, foi efectuada cirurgia, sendo o diagnóstico histológico de quisto epidermóide esplênico.

O quisto epidermóide esplênico tem maior prevalência no sexo feminino e ocorre em crianças ou adultos jovens⁷. O caso mais jovem descrito na literatura é de uma criança com um mês⁴.

A localização mais frequente é o pólo inferior do baço, tendo cerca de 65% dos casos topografia sub-capsular^{1,6}. É geralmente uma lesão única, embora estejam descritos casos na literatura de múltiplos quistos, geralmente num contexto familiar⁵.

Pode ser assintomático, geralmente se as dimensões não ultrapassam os 8 cm de diâmetro^{2,7}, no entanto, na maioria dos casos manifesta-se por um quadro de dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. São comuns sintomas digestivos acompanhantes por compressão gastrointestinal, ou sintomas relacionados com outros órgãos e sistemas, causados igualmente por efeitos compressivos.

As complicações incluem a infecção, hemorragia e rotura espontânea ou traumática. A sua incidência varia segundo os autores entre 15% e 20%³.

Os meios de imagem são importantes para definir a presença, localização e dimensões da lesão, demonstrando a sua relação com as estruturas adjacentes. Apesar de definirem a sua natureza quística, os métodos imagiológicos não permitem o diagnóstico diferencial com lesões quísticas esplênicas de outra natureza, sendo o diagnóstico estabelecido pelo exame anatomo-patológico, baseado na demonstração de revestimento epitelial pavimentoso estratificado ou não.

As técnicas imagiológicas de eleição para o estudo deste tipo de lesões são a ecografia, a TC e a RM.

Os aspectos ecográficos são de uma lesão expansiva, bem delimitada, quística, geralmente anecogénica (na ausência de complicações do quisto), ou com alguns finos ecos internos em suspensão. A parede pode ser visível ou não, podendo também identificar-se trabeculação e calcificações parietais, sendo estas últimas raras, observadas em cerca de 10% dos casos. Podem ainda ser identificados septos internos.

Na TC este tipo de lesão manifesta-se como uma massa arredondada, de densidade hídrica, homogénea e margens bem definidas. As calcificações parietais são bem

identificadas por esta técnica, estando descritas com frequência semelhante à da ecografia.

Em RM esta lesão aparece com baixo sinal em T1 e hiperintensa em DP e T2.

Na TC, assim como na RM, não se observa captação de produto de contraste endovenoso.

Os outros métodos de imagem, nomeadamente a radiografia simples de abdómen, o estudo com radioisótopos e a arteriografia celiaca ou esplênica selectiva são actualmente pouco utilizados, não oferecendo vantagens no diagnóstico em relação aos primeiros métodos referidos. Os estudos contrastados do aparelho digestivo ou urinário, revelam apenas sinais compressivos e dados indirectos.

Actualmente o tratamento de eleição é a esplenectomia parcial por laparotomia ou laparoscopia, para prevenção das complicações, de modo a preservar pelo menos 25% do volume total do órgão². No entanto, em quistos de grandes dimensões, quistos complicados ou com envolvimento do hilo esplênico, é ainda, frequentemente realizada esplenectomia total¹. A punção aspirativa está reservada para os casos de quistos complicados de infecção como primeiro passo na abordagem terapêutica, permitindo assim a realização de esplenectomia parcial ou quistectomia num segundo tempo e em órgão estéril⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. YAVORSKI CC, GREASON KL, EGAN MC: Splenic cysts: a new approach to partial splenectomy-case report and review of the literature. *American Surgeon* 1998; 64(8):795-798
2. SESHADRI PA, POENARU D, PARK A: Laparoscopic splenic cystectomy: a case report. *J Pediatr Surg* 1998; 33(9):1439-1440
3. ROHR S, TROMBETTA V, MALOISEL F, BECMEUR F, CHENARD MP, MEYER C: True benign non parasitic cysts of the spleen: from diagnosis to treatment. Apropos of 5 new cases. *J Chir Paris* 1995; 132(12):467-471
4. PÉREZ JA, CERNUDA RF: Splenic cysts. *Rev. Esp. Enf. Digestivas* 1994; 86:743-749
5. SHIRKHODA A, FREEMAN J, ARMIN AR, CACCIARELLI AA, MORDEN R: Imaging features of splenic epidermoid cyst with pathologic correlation. *Abdominal Imaging* 1995; 20:449-451
6. HULZEBOS CV, LEEMANS R, HALMA C, VRIES TW: Splenic epithelial cysts and splenomegaly: diagnosis and management. *Neth J Med* 1998; 53(2):80-84
7. ALVAREZ GC, SILVEIRA ML, COSTA EM, PAGLIARIN FV, COSTA I: Epidermoid splenic cyst in a child. Report of a case. *Arq Gastroenterol* 2000; 37(1):69-71
8. BLONDEL C, LIARD A, BACHY B, DACHER JN: US guided percutaneous drainage of an infected epidermoid cyst of the spleen in a child. *J Radiol* 1990; 80:1569-1571