



a seguir, foi efetuada a abertura e ressecção de toda a cápsula que não estava envolvida por tecido esplênico com tesoura e eletrocautério. O material aspirado foi submetido a exame bacteriológico e a pesquisa para fungos, sendo ambos os testes negativos. Houve boa evolução pós-operatória, com alta hospitalar após 24h. O exame histopatológico da cápsula do cisto revelou tecido fibroso denso com presença de epitélio simples cuboidal no revestimento interno. A paciente encontra-se assintomática após quatro meses de cirurgia.

## DISCUSSÃO

As teorias sobre a formação dos cistos esplênicos epidérmicos suportam a origem neoplásica, a inclusão embriológica de peritônio na substância esplênica, a invaginação peritoneal após rotura da cápsula esplênica e a dilatação de espaços linfáticos<sup>1,2</sup>. O quadro clínico usualmente descrito se compõe de dor abdominal vaga e persistente em quadrante superior esquerdo, porém tais cistos podem ser assintomáticos em até 30% dos casos<sup>1-3</sup>. Sintomas relacionados à compressão de órgãos adjacentes, como estômago, cólon esquerdo, rim esquerdo e artéria renal esquerda, também são descritos<sup>3</sup>. Apesar da raridade desta condição nos grandes centros urbanos do nosso país, a doença hidática deve estar incluída no diagnóstico diferencial dos cistos esplênicos. A orientação terapêutica dos cistos do baço deve estar baseada na história clínica e na origem do paciente, bem como no teste imunológico para hidatidose (radioimunoensaio), já que o tratamento mais

aceito para os cistos parasitários é a esplenectomia total. A calcificação da parede do cisto, percebida à vista de uma radiografia simples, é uma característica comum dos cistos hidáticos e dos pseudocistos, quando comparados aos cistos epidérmicos<sup>1-3</sup>.

Várias são as opções terapêuticas para os cistos não parasitários e suas indicações permanecem controversas<sup>1-5</sup>. A esplenectomia era apontada como o tratamento de escolha em todos os casos, mesmo quando assintomáticos, com a intenção de se evitar complicações, como rotura, hemorragia ou infecção. Admite-se, atualmente, que a descoberta de pequenos cistos assintomáticos (menores que 4cm) possa ser acompanhada conservadoramente<sup>1,3</sup>. A punção e a aspiração percutânea com ou sem injeção de agentes esclerosantes não são consideradas satisfatórias devido aos riscos de hemorragia, infecção e recidiva.<sup>1</sup> Com o maior entendimento da fisiologia do baço, as cirurgias conservadoras passaram a ser aplicadas no manejo terapêutico dos cistos e tanto as esplenectomias parciais como as descapsulações (laparotômicas e laparoscópicas) vêm sendo descritas como eficazes<sup>1-5</sup>. As descapsulações foram aplicadas com sucesso tanto nos casos de cistos epidérmicos como nos de pseudocistos<sup>1-5</sup>. Uma característica pré-operatória importante para a indicação da descapsulação laparoscópica é a localização superficial e anterior do cisto<sup>3</sup>. Esta técnica deve ser levada em consideração para o tratamento das lesões císticas não parasitárias esplênicas por ser eficaz, pouco invasiva e por preservar o tecido esplênico, conforme demonstrado neste caso.

---

## ABSTRACT

*A rare case of primary splenic cyst is shown in a young woman who had a left subcostal abdominal pain. Abdominal echography and CT scan revealed a cyst of the anterior aspect of the spleen. A serologic test for hidatic disease was negative. On the basis of a presumed diagnostic of nonparasitic cyst, the patient was referred to a laparoscopic decapsulation with excision of the cyst wall not covered by splenic tissue. The patient was discharged 24 hours later. Histological report revealed epidermoid cyst. The laparoscopic approach has being recently considered an effective and less invasive alternative in the treatment of splenic diseases. We demonstrated that it should be considered for the treatment of splenic cysts present in a superficial location, with the advantage of organ preservation.*

**Key Words:** *Splenic cyst; Spleen; Laparoscopic treatment.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Melo VA, Alves Júnior A, Andrade LC et al. Cisto esplênico. Revisão da literatura e relato de dois casos. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo. 1995; 50:20. 289-293.
2. Alvarez GCA, Costa EM, Faria EN. Cisto esplênico não-parasitário e não-neoplásico. Rev Col Bras Cirur 1998; 25:1. 64-65.
3. Calligaris L, Bortul M. Laparoscopic treatment of a nonparasitic splenic cyst: Case Report. Jour.Lap.Surg. 1996; 6:6. 431-433.
4. Trias M, Targarona EM, Espert JJ et al. Laparoscopic surgery for splenic disorders. Surg Endosc. 1998; 12:66-72.
5. Targarona EM, Martinez J, Ramos C et al. Conservative laparoscopic treatment of a posttraumatic splenic cyst. Surg Endosc 1995; 9:71-72.

Endereço para correspondência  
Dr. Renato Maranhão de Albuquerque  
Rua Lauro Muller, 128/903  
22290-160 — Rio de Janeiro-RJ