REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

Cisto esplênico benigno

Benign splenic cyst

Quiste esplénico benigno

Jéssica Vieira Freire Fonseca[1], Vinícius Pereira Aguiar[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de cisto esplênico benigno de grandes dimensões em paciente jovem no período pós-parto, enfatizando os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, bem como a importância da investigação por imagem e da abordagem cirúrgica oportuna para prevenção de complicações. **Detalhamento de caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, previamente hígida, apresentou aumento progressivo do volume abdominal iniciado após parto vaginal, associado à plenitude pós-prandial precoce, sem outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, evidenciou-se esplenomegalia volumosa. A tomografia computadorizada revelou grande formação cística intraesplênica, medindo aproximadamente 21,7 × 16,7 × 21,7 cm, com deslocamento inferior do baço e efeito compressivo sobre estruturas adjacentes. A ultrassonografia sugeriu hematoma encapsulado secundário à ruptura capsular esplênica. Diante do quadro clínico e dos achados radiológicos, optou-se por tratamento cirúrgico, sendo realizada esplenectomia total por laparotomia. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, sem complicações, recebendo alta hospitalar com orientações vacinais. O exame anatomopatológico confirmou cisto esplênico simples subcapsular, sem sinais de malignidade. **Considerações finais:** Cistos esplênicos gigantes, embora raros, podem cursar com sintomas compressivos e exigir tratamento cirúrgico. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são fundamentais para evitar complicações graves, especialmente em pacientes jovens.

Palavras-chave: Cisto esplênico, Esplenectomia, Esplenomegalia.

ABSTRACT

Objective: To report a case of a large benign splenic cyst in a young patient during the postpartum period, emphasizing the clinical, diagnostic, and therapeutic aspects, as well as the importance of imaging investigation and timely surgical management to prevent complications. **Case details:** A 30- year-old previously healthy woman presented with progressive abdominal enlargement that began after vaginal delivery, associated with early postprandial fullness and no other systemic symptoms. Physical examination revealed marked splenomegaly. Computed tomography showed a large intrasplenic cystic lesion measuring approximately 21.7 × 16.7 × 21.7 cm, with inferior displacement of the spleen and compressive effect on adjacent structures. Ultrasonography suggested an encapsulated hematoma secondary to splenic capsular rupture. Based on clinical presentation and imaging findings, surgical treatment was indicated, and total splenectomy was performed via laparotomy. The patient had an uneventful postoperative course and was discharged with appropriate vaccination guidance. Histopathological examination confirmed a simple subcapsular splenic cyst with no evidence of malignancy. **Final considerations:** Giant splenic cysts, although rare, may cause compressive symptoms and require surgical intervention. Early diagnosis and appropriate management are essential to prevent severe complications, particularly in young patients.

Keywords: Splenic cyst, Splenectomy, Splenomegaly.

[1] Fundação Hospitalar Do Estado De Minas Gerais, Patos de Minas – MG.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 2/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso de quiste esplénico benigno de gran tamaño en una paciente joven en el período posparto, destacando los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, así como la importancia de la investigación por imágenes y del abordaje quirúrgico oportuno para la prevención de complicaciones. **Detalle del caso:** Mujer de 30 años, previamente sana, que presentó aumento progresivo del volumen abdominal iniciado tras parto vaginal, asociado a plenitud posprandial precoz, sin otros síntomas sistémicos. El examen físico evidenció esplenomegalia volumosa. La tomografía computarizada reveló una gran lesión quística intraesplénica de aproximadamente 21,7 × 16,7 × 21,7 cm, con desplazamiento inferior del bazo y efecto compresivo sobre estructuras adyacentes. La ecografía sugirió un hematoma encapsulado secundario a ruptura capsular esplénica. Ante el cuadro clínico y los hallazgos imagenológicos, se indicó tratamiento quirúrgico, realizándose esplenectomía total por laparotomía. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, sin complicaciones, y fue dada de alta con orientaciones sobre vacunación. El examen anatomopatológico confirmó un quiste esplénico simple subcapsular, sin evidencia de malignidad. **Consideraciones finales:** Los quistes esplénicos gigantes, aunque poco frecuentes, pueden producir síntomas compresivos y requerir tratamiento quirúrgico. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado son fundamentales para evitar complicaciones graves, especialmente en pacientes jóvenes.

Palabras clave: Quiste esplénico, Esplenectomía, Esplenomegalia.

INTRODUÇÃO

As doenças do baço compreendem um espectro amplo de condições clínicas, variando desde alterações funcionais até lesões estruturais benignas e malignas (GOURTSOYIANNI S, et al., 2023). Dentre essas alterações, os cistos esplênicos representam uma condição rara, com incidência estimada inferior a 0,07% na população geral, sendo frequentemente diagnosticados de forma incidental em exames de imagem realizados por outras indicações (HANSEN MB e MOLLER AC, 2004; KHAN Z e CHETTY R, 2016; MORGENSTERN L, 2002). Apesar de incomuns, podem assumir grandes proporções e cursar com sintomas compressivos, tornando-se clinicamente relevantes e desafiadores do ponto de vista diagnóstico e terapêutico (HANSEN MB e MOLLER AC, 2004).

Os cistos esplênicos são classicamente classificados em verdadeiros (primários) e pseudocistos (secundários), de acordo com a presença ou ausência de revestimento epitelial. Os cistos verdadeiros subdividem-se em parasitários, predominantemente causados por Echinococcus granulosus, e não parasitários, que incluem os cistos congênitos e os neoplásicos. Já os pseudocistos esplênicos, que representam a maioria dos casos em países não endêmicos, estão geralmente associados a trauma prévio, incluindo traumas abdominais fechados, procedimentos cirúrgicos ou rupturas capsulares subclínicas, evoluindo com organização de hematomas encapsulados (ALKOFER B, et al., 2005; NOWAK B, et al., 2021; TIUTIUCA RC, et al., 2024).

Do ponto de vista clínico, a maioria dos cistos esplênicos é assintomática, especialmente quando apresentam dimensões inferiores a 5 cm. No entanto, lesões volumosas podem provocar sintomas inespecíficos, como dor abdominal, sensação de peso no hipocôndrio esquerdo, plenitude pós-prandial precoce, náuseas e distensão abdominal, decorrentes do efeito de massa sobre estruturas adjacentes, como estômago, cólon e diafragma (NOWAK B, et al., 2021).

Complicações como infecção, ruptura espontânea, hemorragia intra-abdominal e hipertensão portal segmentar também podem ocorrer, especialmente em cistos de grande volume, justificando a necessidade de intervenção cirúrgica em casos selecionados (MORGENSTERN L, 2002).

A relação entre gestação, puerpério e alterações esplênicas é pouco descrita na literatura, porém acredita-se que modificações hemodinâmicas, hormonais e mecânicas próprias desse período possam contribuir para o crescimento de lesões previamente assintomáticas ou para a ruptura capsular esplênica, mesmo na ausência de trauma evidente (MOHAMMADZADEH M E AYATOLLAHI F, 2025). O aumento do volume sanguíneo, a elevação da pressão intra-abdominal e as alterações da elasticidade dos tecidos conjuntivos podem predispor à formação ou expansão de cistos e hematomas esplênicos, especialmente em

pacientes jovens (BLJAJIĆ D, et al., 2004). Nesse contexto, o diagnóstico pode ser retardado devido à inespecificidade dos sintomas e à sobreposição com queixas comuns do puerpério.

Os métodos de imagem desempenham papel fundamental na avaliação dessas lesões. A ultrassonografia abdominal é frequentemente o exame inicial, permitindo identificar coleções líquidas e avaliar características como septações, espessamento de parede e conteúdo interno. A tomografia computadorizada é considerada o exame de escolha para caracterização detalhada do baço, definição do tamanho da lesão, relação com estruturas adjacentes e planejamento cirúrgico, além de auxiliar no diagnóstico diferencial com abscessos, neoplasias e lesões traumáticas (CHEN MJ, et al., 2005).

O manejo dos cistos esplênicos permanece controverso e deve ser individualizado, considerando fatores como tamanho da lesão, sintomatologia, etiologia suspeita e condições clínicas do paciente (IBIKUNLE II, et al., 2024). Abordagens conservadoras podem ser adotadas em cistos pequenos e assintomáticos, enquanto lesões maiores que 5 cm, sintomáticas ou complicadas geralmente requerem tratamento cirúrgico. As opções incluem drenagem percutânea, marsupialização, ressecções parciais e esplenectomia total, sendo esta última indicada nos casos de cistos volumosos, múltiplos, de difícil acesso ou quando há comprometimento significativo do parênquima esplênico (MORGENSTERN L, 2002; SCHLITTLER LA E DALLAGASPERINA VW, 2010).

Diante da raridade dos cistos esplênicos gigantes, especialmente em mulheres jovens no período pós-parto, e da escassez de relatos que abordem sua apresentação clínica, diagnóstico e manejo cirúrgico, o presente relato de caso tem como objetivo relatar um caso raro de cisto esplênico gigante em paciente jovem no período pós-parto, abordando sua evolução clínica, métodos diagnósticos e manejo cirúrgico, ressaltando a relevância da avaliação por imagem e da tomada de decisão terapêutica precoce para evitar desfechos adversos.

DETALHAMENTO DO CASO

O presente relato de caso foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque e as diretrizes nacionais para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), sob o CAAE: 88194125.4.0000.5119, conforme Parecer nº 7.610.470. A paciente foi devidamente informada sobre os objetivos do estudo e autorizou a utilização de seus dados clínicos e de imagem, com garantia de confidencialidade e anonimato.

Paciente do sexo feminino, 30 anos, previamente hígida, procurou atendimento médico com queixa de aumento progressivo do volume abdominal há aproximadamente cinco meses, com início no período pós-parto, após parto vaginal. Negava febre, perda ponderal, sangramentos, episódios traumáticos ou intercorrências obstétricas. Referia plenitude pós-prandial precoce, sem alterações do hábito intestinal. Não fazia uso contínuo de medicações.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica e anictérica. O exame abdominal evidenciava abdome globoso, indolor à palpação, com esplenomegalia palpável abaixo da cicatriz umbilical, sem sinais de irritação peritoneal ou visceromegalias adicionais.

A paciente apresentava tomografia computadorizada de abdome total, que demonstrava deslocamento inferior do baço para o flanco e fossa ilíaca esquerda, associado à presença de volumosa formação cística simples intraesplênica, medindo aproximadamente 21,7 × 16,7 × 21,7 cm, com efeito compressivo sobre estruturas adjacentes. Exame ultrassonográfico abdominal prévio evidenciava grande coleção líquida, sugerindo hematoma encapsulado, possivelmente secundário à ruptura capsular.

Os exames laboratoriais revelavam parâmetros dentro da normalidade, sem evidência de anemia, leucocitose ou distúrbios hidroeletrolíticos e renais. Diante do quadro clínico e dos achados de imagem, foi indicada abordagem cirúrgica. Durante o procedimento, realizou-se incisão supraumbilical com extensão para o flanco esquerdo, sendo evidenciada esplenomegalia acentuada, associada a grande cisto esplênico, com importante efeito de massa e deslocamento de estruturas adjacentes. Procedeu-se à liberação cuidadosa de aderências entre o baço, o diafragma, o estômago e o ângulo esplênico do cólon. Após adequada identificação das estruturas vasculares, realizou-se ligadura da artéria e da veia esplênicas,

seguida de esplenectomia total. Ao término do procedimento, foi posicionado dreno siliconado em fossa ilíaca esquerda para monitorização de secreção e para evitar acúmulo de sangue e serosidade, então foi realizada síntese por planos da aponeurose e da pele.

Figura 1 - Cisto esplênico benigno retirado da paciente após procedimento cirúrgico.



Fonte: Fonseca JVF e Aguiar VP, 2026.

No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu de forma satisfatória, com boa aceitação da dieta oral e estímulo à deambulação precoce. Apresentou episódio isolado de mal-estar associado à hipotensão, sem repercussões clínicas adicionais. Os exames laboratoriais mantiveram-se estáveis, sem queda dos níveis de hemoglobina.

O débito do dreno foi sero-hemático, inferior a 15 mL. No terceiro dia pós- operatório, o dreno foi retirado, devido à presença de secreção serosa em quantidade mínima e desprezível. A paciente recebeu alta hospitalar com orientações quanto aos sinais de alerta, incluindo dor abdominal intensa, sinais infecciosos e deiscência da ferida operatória, além de seguimento ambulatorial programado. Foram reforçadas as orientações relativas ao esquema vacinal pós- esplenectomia, contemplando vacinas contra Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis e Haemophilus influenzae tipo B.

No retorno ambulatorial, realizado 28 dias após o procedimento cirúrgico, a paciente encontrava-se assintomática, em bom estado geral, com ferida operatória adequadamente cicatrizada e exame físico sem alterações. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de cisto esplênico simples subcapsular, sem evidências de malignidade. Diante da evolução clínica favorável, a paciente recebeu alta definitiva do acompanhamento pela equipe de cirurgia geral.

DISCUSSÃO

O presente relato de caso descreve um cisto esplênico de grandes dimensões, que causava sintomas compressivos, tendo como principal queixa a plenitude gástrica. Optou-se pela realização da cirurgia devido ao expressivo aumento do volume abdominal e à queixa clínica da paciente. Ressalta-se também a importância do diagnóstico diferencial correto, excluindo outras causas, pois cada uma possui condutas e seguimentos distintos.

O baço é um órgão de dimensões variáveis, tipicamente medindo 12 × 7 × 4 cm e com peso médio de 150 gramas. Está localizado intraperitonealmente no quadrante abdominal superior esquerdo, próximo à cauda do pâncreas, fundo do estômago e acima da flexura esplênica. É irrigado pela artéria esplênica, ramo

do tronco celíaco, e drenado pela veia esplênica, que se une à veia mesentérica superior para formar a veia porta (SHARMA S, et al., 2013; SCHLITTLER LA e DALLAGASPERINA VW, 2010). Por ser o maior órgão linfóide do corpo humano, o baço possui função imunológica essencial, incluindo a depuração de bactérias encapsuladas e parasitas, bem como a produção precoce de anticorpos no combate a infecções (SHARMA S, et al., 2013; KARBASIAN F, et al., 2023).

Os cistos esplênicos são mais comuns em crianças e adolescentes, especialmente entre a segunda e terceira décadas de vida, sendo mais frequentes no sexo feminino (SADEGHI A, et al., 2017; MACHERAS A, et al., 2005). Grande parte dos casos é idiopática, ou seja, a causa exata é desconhecida. Os fatores de risco para cistos esplênicos ainda não foram completamente investigados devido à raridade desses cistos (TIUTIUCA RC, et al., 2024), em muitos pacientes, as lesões cursam de forma assintomática e identificada incidentalmente por exames de imagem, como ultrassonografia e tomografia. Com o aumento da realização desses exames, conforme Karbasian F, et al. (2023), houve também um aumento no diagnóstico dessas lesões esplênicas.

Segundo Rana APS, et al. (2021), a fisiopatogênese dos cistos esplênicos ainda não é completamente compreendida. A hipótese mais aceita é que se originem a partir do tecido mesonéfrico durante o desenvolvimento embrionário, por aprisionamento de células mesoteliais do peritônio no parênquima esplênico.

A manifestação clínica mais comum, em 30 a 40% dos casos, é uma massa palpável indolor em hipocôndrio esquerdo (SADEGHI A, et al., 2017; MACHERAS A, et al., 2005). A dor geralmente surge com o crescimento do cisto, pela distensão da cápsula e compressão de estruturas adjacentes, causando sintomas como náuseas, vômitos, flatulência e diarreia. Em casos de cistos volumosos, pode ocorrer aumento da pressão intratorácica, resultando em dor pleurítica, dispneia e tosse (RANA APS, et al., 2021, NOWAK B, et al., 2021). No caso relatado, a queixa principal foi atípica: saciedade precoce.

Cistos esplênicos de grandes dimensões podem evoluir com complicações, como infecção e ruptura, especialmente quando maiores que 5 cm de diâmetro. De acordo com Ingle SB, et al. (2014), essas complicações podem ocorrer por aumento da pressão intra-abdominal ou trauma contuso, além de sangramentos com risco à vida. Por isso, mesmo lesões benignas podem ter relevância clínica e cirúrgica.

O diagnóstico é usualmente realizado por exames de imagem. A ultrassonografia permite identificar a natureza cística da lesão, demonstrando imagem anecoica com paredes finas e lisas. Tomografia e ressonância magnética oferecem maior detalhamento anatômico, revelando morfologia, conteúdo, localização e relação com estruturas vizinhas (GUNES O, et al., 2022). No caso relatado, o diagnóstico inicial foi realizado por ultrassonografia, motivada pelo aumento abrupto do volume abdominal.

É essencial excluir causas sistêmicas de esplenomegalia, como mononucleose, anemias hemolíticas, leucemias, doenças hepáticas e vasculares. Para isso, são necessários exames laboratoriais, como hemograma e sorologias. Contudo, o diagnóstico definitivo depende do estudo histopatológico (MACHERAS A, et al., 2005), pois não é possível determinar a causa exata do cisto apenas pelos exames de imagem.

O tratamento dos cistos esplênicos não parasitários é baseado na sintomatologia e no tamanho. Cistos maiores que 5 cm ou sintomáticos geralmente são indicativos de intervenção cirúrgica, com o objetivo de aliviar sintomas e prevenir complicações. As abordagens variam entre esplenectomia total, parcial, cistectomia, marsupialização e drenagem percutânea, dependendo do caso clínico e das características da lesão (SADEGHI A, et al., 2017; MACHERAS A, et al., 2005). A esplenectomia parcial, com preservação de ao menos 25% do parênquima esplênico, pode manter a função imunológica do ógão.

Recentemente, as técnicas laparoscópicas têm sido cada vez mais aplicadas para o tratamento de cistos esplênicos, no entanto, sua aplicabilidade depende do tamanho e localização do cisto. Um estudo de Nowak B, et al. (2021) demonstrou uma segurança e eficácia da abordagem laparoscópica mesmo no tratamento de cistos esplênicos gigantes. No caso apresentado, o grande volume da lesão inviabilizou a abordagem laparoscópica, sendo necessária laparotomia com incisão mediana.

O baço desempenha papel fundamental na imunidade, sendo a esplenectomia um fator de risco para infecções graves, devido susceptibilidade a infecção por microorganimos encapsulados. Os principais agentes envolvidos são Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis e Haemophilus influenzae.

Portanto, pacientes candidatos à esplenectomia eletiva devem realizar imunização profilática contra esses patógenos duas semanas antes da cirurgia. Em casos de urgência, a vacinação deve ocorrer duas semanas após o procedimento (HAMMERQUIST RJ, et al., 2016).

No caso relatado, a esplenectomia foi realizada por laparotomia, com incisão ampla devido ao volume do cisto. Durante o ato cirúrgico, houve dificuldade de dissecção e risco elevado de ruptura, o que prolongou o tempo operatório. A lesão foi completamente removida sem rompimento, importante para evitar complicações como disseminação de células neoplásicas, caso existissem. Assim, como o diagnóstico definitivo depende do anatomopatológico, não é possível excluir neoplasias previamente à análise da peça cirúrgica.

O cisto simples subcapsular do baço, como confirmado pelo exame anatomopatológico, é uma lesão benigna geralmente assintomática. Trata-se de uma cavidade preenchida por líquido, localizada sob a cápsula esplênica. No entanto, pode causar sintomas compressivos, dor e aumento do volume abdominal. Esses cistos são classificados como primários, com revestimento epitelial, ou secundários, sem tal revestimento (ALKOFER B, et al., 2005; NOWAK B, et al., 2021; TIUTIUCA RC, et al., 2024).

O crescimento progressivo ou complicações, como hemorragia ou ruptura, são indicações cirúrgicas. O prognóstico, em geral, é excelente, com complicações raras, mas de alta gravidade. O risco de malignização é extremamente baixo, sendo mais considerado em cistos atípicos com paredes espessas, septações irregulares, vegetações ou padrões de crescimento incomuns (ALKOFER B, et al., 2005; OWAK B, et al., 2021; TIUTIUCA RC, et al., 2024).

O caso apresentado destaca a importância da avaliação adequada de massas abdominais de aparecimento insidioso, mesmo em pacientes jovens e previamente saudáveis. O cisto esplênico gigante é uma condição rara cujo tratamento pode requerer esplenectomia, especialmente diante de sintomas compressivos, risco de ruptura ou impossibilidade de preservação do órgão. O manejo multidisciplinar e a vigilância no pós-operatório, com foco na prevenção de infecções, são fundamentais para um bom desfecho clínico.

REFERÊNCIAS

1. ALKOFER B, et al. Splenic cysts and tumors: diagnosis and management. Journal de Chirurgie, 2005; 142(1): 6–13.
2. BLJAJIĆ D, et al. Splenic rupture in pregnancy: traumatic or spontaneous event? European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 2004; 115(1): 113–114.
3. CHEN MJ, et al. Ultrasonography of splenic abnormalities. World Journal of Gastroenterology, 2005; 11(26): 4061–4066.
4. GOURTSOYIANNI S, et al. The spectrum of solitary benign splenic lesions: imaging clues for a noninvasive diagnosis. Diagnostics, 2023; 13(12): 2120.
5. GUNES O, et al. Splenic surgery: a ten years experience of a tertiary center in Turkey. Annali Italiani di Chirurgia, 2022; 92: 59–64.
6. HANSEN MB e MOLLER AC. Splenic cysts. Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques, 2004; 14(6): 316–322.
7. IBIKUNLE II, et al. A comprehensive review of splenic cysts: case reports and clinical insight. Cureus, 2024; 16(11): e73502.
8. INGLE SB, et al. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. World Journal of Gastroenterology, 2014; 20(38): 13899–13903.
9. KARBASIAN F, et al. Giant non-parasitic splenic cyst: a case report. Journal of Medical Case Reports, 2023; 17(1): 501.
10. KHAN Z, CHETTY R. A review of the cysts of the spleen. Diagnostic Histopathology, 2016; 22: 479– 484.
11. MACHERAS A, et al. Nonparasitic splenic cysts: a report of three cases. World Journal of Gastroenterology, 2005; 11(43): 6884–6887.
12. MOHAMMADZADEH M e AYATOLLAHI F. Spontaneous splenic rupture associated with postpartum

preeclampsia following cesarean delivery in a twin pregnancy, complicated by post-splenectomy hemorrhage: a case report. BMC Pregnancy and Childbirth, 2025; 25(1): 1065.
13. MORGENSTERN L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. Journal of the American College of Surgeons, 2002; 194(3): 306–314.
14. HAMMERQUIST RJ, et al. Vaccinations in asplenic adults. American Journal of Health-System Pharmacy, 2016; 73(9): 220-228.
15. NOWAK B, et al. Treatment of splenic cysts. Laparoscopic Surgery, 2021; 5: 11.
16. RANA APS, et al. Large splenic cyst: a rare presentation. Cureus, 2021; 13(4): e14435.
17. SADEGHI A, et al. Non-parasitic splenic cyst: a case report and review of literature. Journal of Clinical Case Reports, 2017; 7(9): 1000994.
18. SCHLITTLER LA, DALLAGASPERINA VW. Cistos esplênicos não-parasitários. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010; 37(6): 442–446.
19. SHARMA S, et al. Non-parasitic splenic cysts: a clinicopathological review. Indian Journal of Surgery, 2013; 75(5): 372–376.
20. TIUTIUCA RC, et al. Laparoscopic approach to primary splenic cyst: case report and review of the literature. Life, 2024; 14(1): 120.