

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: [http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260&Itemid=242](http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242)

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

ESPLENECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON ESPLENOMEGALIA GIGANTE

Autores:

Autor presentador:

Burneo Esteves, Mauricio

Resto de autores:

Lago Oliver, Jesús; Fabregues Olea, Ana Isabel; Franco Herrera, Rocio; Turégano Fuentes, Fernando Javier.

Institución:

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Resumen de comunicación:

Introducción:

En la actualidad la vía de abordaje preferida y recomendada para la esplenectomía por la mayoría de cirujanos es la laparoscópica, aunque existen descritas en la literatura algunas contraindicaciones relativas para su uso, haciendo énfasis en el tamaño y patologías oncológicas. Con la mayor experiencia por parte de los cirujanos y el mayor número de casos realizados estos inconvenientes van quedando superados.

Objetivo:

Nuestro objetivo es mostrar un video de esplenectomía laparoscópica en paciente con esplenomegalia gigante.

Material y método:

Presentamos a una paciente mujer de 38 años con antecedentes de ExADVP, VIH, VHC, Cirrosis hepática estable durante toda su evolución, hipertensión portal, esplenomegalia gigante con radioterapia previa sin resultados satisfactorios, hiperesplenismo, hipertensión arterial y crioglobulinemia mixta monoclonal que ingresa en nuestro servicio para realización de esplenectomía por trombopenia refractaria. Al examen físico se palpa borde inferior hepático a 4cm del reborde costal derecho y gran esplenomegalia que llega hasta la cresta iliaca izquierda. El TC abdominal muestra hígado aumentado de tamaño, esplenomegalia gigante con eje mayor de 23 cm y eje transversal de 11 cm.

Luego del estudio del caso se decide abordaje laparoscópico por vía anterior.

Resultados:

Se colocan tres trócares de distribución vertical en línea paramedial derecha debido al posicionamiento del bazo, encontrando gran esplenomegalia que ocupa hemiabdomen izquierdo hasta la pelvis, realizándose en primera instancia sección del hilio con endo GIA y posterior

liberación del resto con Ligasure. Se realiza introducción de la pieza en bolsa intestinal, siendo esto muy laborioso debido a su tamaño. Para la extracción es necesario la fragmentación con pinza de anillo y ampliación del agujero del trocar hasta 4 cm. Paciente inicia tolerancia oral al primer día postoperatorio evolucionando de manera satisfactoria y sin complicaciones siendo dado de alta al sexto día postoperatorio. Se realiza cobertura contra gérmenes encapsulados. En consulta la paciente se encuentra asintomática y con gran aumento del número de plaquetas estando en el rango de la normalidad.

La anatomía patológica describe un peso de la muestra enviada de 650g diagnosticando de esplenomegalia fibrocongestiva y la inmunohistoquímica es compatible con Clioglobulinemia mixta monoclonal.

#### Conclusiones:

Debido a la gran evolución en las pruebas de imágenes, el TC nos permite evaluar de manera fiable la circulación esplénica y a su vez planificar de manera anticipada la técnica quirúrgica.

Además de las ventajas ya conocidas de la vía laparoscópica, en este caso es importante la menor agresión parietal con respecto a la vía abierta, considerando la posibilidad de que en este tipo de pacientes se pueda desarrollar una descompensación ascítica postoperatoria, conduciéndonos a mayor morbilidad de la pared abdominal. Es necesario enfatizar la necesidad del cambio de la técnica quirúrgica laparoscópica lateral debido al gran tamaño esplénico del paciente, lo que obliga a medializar los puntos de entrada de los trocares y cambiar de posición tanto al cirujano como a la torre de laparoscopia, en un intento de adaptarse al caso. A pesar de que el caso expuesto presenta algunas contraindicaciones relativas que se describen en la literatura para la utilización de la vía laparoscópica, se consideró más oportuna teniendo en cuenta que se trataba de una patología no neoplásica y tomando en cuenta la gran morbilidad de la pared que presentaba la paciente.