

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:

Esplenectomía laparoscópica en un caso de transformación angiomatosa nodular esplénica (SANT)

Autores:

Autor presentador:

Gada Housari Martin

Resto de autores:

Joaquin Pérez de Oteyza, Pedro Abadia Barno, Laura Tortolero Giamate, Eduardo Lobo Martinez

Institución:

Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (España)

Resumen de comunicación:

Introducción:

La transformación angiomatosa nodular esplénica (SANT) es una lesión vascular esplénica muy infrecuente y de carácter benigno cuyo tratamiento de elección es la esplenectomía y, a día de hoy, la mejor vía de abordaje es la laparoscópica

Objetivo:

Material y método:

Mujer de 43 años con síntomas de reflujo gastroesofágico y dispepsia. Se realizó un tránsito esofagogastroduodenal hallándose una tumoración submucosa en el fundus gástrico en probable relación con GIST. En la panendoscopia y ecoendoscopia oral subsiguientes, se descartó la existencia de una lesión submucosa gástrica y se observó una compresión extrínseca dependiente del bazo con un diámetro de 30x35mm. En un TC abdominal se observó una lesión focal subcapsular esplénica sin poder llegar a determinar su naturaleza. Por último, se realizó una RMN hallándose un tumor esplénico hipervascular sin calcio en su interior y de 4cm de diámetro en la región suprahiliar. En la exploración física destacaba la presencia de esplenomegalia de dos traveses de dedo. Bajo profilaxis anti tromboembolica con heparina de bajo peso molecular y las vacunaciones protocolizadas, se practico esplenectomía laparoscópica por via transabdominal en decúbito lateral derecho y flexión lateral. Se usaron 3 trocares de 10mm y un Hasson de 12mm subcostales izquierdos. El bazo tenía un tamaño de 10cm con un tumor en la cara hiliar de 5 cm. Se seccionó con ligasure los ligamentos esplenocólico y gastroesplénico, se liberó la cola del páncreas y se identificaron los vasos esplénicos, aplicándoles una endoGIA vascular. Seccionado el ligamento esplenodiafragmático se extrajo la pieza íntegra en una bolsa extractora, previa ampliación del orificio del Hasson hasta 7cm. La paciente se fue de alta al tercer día postoperatorio sin incidencias, con clexane a dosis profilácticas durante 1 mes.

La anatomía patológica confirmó que la lesión correspondía a una proliferación vascular

endotelial y miofibroblástica de características benignas compatible con SANT. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para marcadores endoteliales (CD31, CD34) y miofibroblásticos (actina +, desmina -), siendo negativa para marcadores de células dendríticas (CD21, CD23), CD8 y ALK-1.

Resultados:

Conclusiones:

SANT es una entidad anatomopatológica bien descrita de lesión vascular esplénica benigna, consiste en una proliferación vascular nodular de la pulpa roja con una prominente esclerosis. Generalmente son lesiones solitarias, bien circunscritas y con una anatomía patológica e inmunohistoquímica característica que difieren del resto de lesiones vasculares esplénicas. El tratamiento es quirúrgico dado que con las pruebas de imagen preoperatorias es imposible excluir completamente la posibilidad de lesión maligna. Actualmente el procedimiento más empleado es la laparoscopia que, al igual que con otras lesiones esplénicas, ha demostrado menor morbilidad y mejor recuperación postoperatoria. La cirugía en estas lesiones es curativa dado que se ha demostrado su carácter benigno y la ausencia de recidiva en los casos publicados.