



P-078 - ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN ESPLENOMEGLALIA MASIVA

S. Yagüe Adán, G. Housari, J. Pato Fernández, P. Luengo Pierrard, J. Pérez de Oteyza y E. Lobo Martínez

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: Desde la primera esplenectomía laparoscópica descrita en 1991 por Delaitre, se han demostrado ventajas claras con respecto a la cirugía abierta en cuanto a menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, menor morbi-mortalidad, inicio precoz de alimentación e incorporación más temprana al trabajo. Actualmente, gracias a la mayor experiencia adquirida en la laparoscopia, se han obtenido buenos resultados incluso en casos de esplenomegalia masiva. Presentamos un caso de esplenectomía laparoscópica en un paciente con esplenomegalia masiva secundaria a leishmaniasis visceral.

Caso clínico: Varón de 47 años, ex ADVP y con infección VIH en estadio C3 con varios ingresos por leishmaniasis visceral refractaria a tratamiento con anfotericina B. Ingresa de nuevo por fiebre de 38º de un mes de evolución y anemización que requiere trasfusión. En la exploración destaca esplenomegalia de 20 cm. En la analítica se observa anemia, trombopenia (85.000 plaquetas) y leucopenia. El aspirado de médula ósea confirma la infiltración intracelular de macrófagos por leishmania. Se realizó TAC donde se confirmó la esplenomegalia. Se inicia tratamiento con anfotericina B sin respuesta terapéutica por lo que se realiza esplenectomía laparoscópica en decúbito lateral derecho extrayéndose la pieza por minilaparotomía de aproximadamente 15 cm tras la unión de las incisiones de 2 trócares. En la anatomía patológica el bazo tenía un peso de 1.576 mg y longitud de 23 × 18 × 10 cm, y se confirmó infiltración masiva por leishmania. El paciente fue dado de alta a las 48h sin complicaciones y tratamiento con HBPM (40 mg sc/24h) durante 4 semanas.

Discusión: La leishmania es un protozoo que produce infiltración del sistema reticuloendotelial causando afectación del bazo, hígado, médula ósea y ganglios linfáticos, lo que provoca organomegalias y pancitopenias. El tratamiento de elección que ha demostrado mayor eficacia terapéutica es la anfotericina B liposomal siendo necesario en algunos casos de resistencias recurrir a tratamiento quirúrgico. La esplenectomía laparoscópica tiene en la actualidad un impacto tan importante como tiene la técnica laparoscópica en la patología de la vesícula biliar, acalasia, reflujo gastroesofágico y enfermedad de las glándulas suprarrenales. Las indicaciones son similares a las de la esplenectomía abierta destacando principalmente patologías hematológicas (trombocitopenias, trastornos linfoproliferativos, etc.). La esplenomegalia ha sido una contraindicación relativa para el abordaje laparoscópico por la mayor dificultad técnica, sin embargo, con la mayor experiencia adquirida en los últimos años se han descrito esplenectomías laparoscópicas incluso en casos de esplenomegalia masiva (diámetro > 20 cm o peso > 1.000 g), aún a expensas de un mayor tiempo quirúrgico y de una mayor incisión para la extracción de la pieza. Esto ha sido así en el caso de nuestro paciente, en que se realizó la intervención sin complicaciones y fue dado de alta al 2º día posquirúrgico sin incidencias.