



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-309 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ESPENOMEGALIA GIGANTE EN LAS ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS. ABIERTO VS LAPAROSCÓPICO

de la Fuente Bartolomé, Marta; Gómez Sanz, Ramón; Domínguez Sánchez, Iván; Moreno Bargueiras, Alejandro; Galán Martín, Mónica; Díaz Pérez, David; Ibarra Peláez, Alfredo; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las enfermedades hematológicas pueden asociarse con esplenomegalia como en los linfomas, enfermedad de Gaucher o los síndromes mieloproliferativos (leucemia mieloide crónica, policitemia vera, trombocitemia esencial y mielofibrosis idiopática) o con tamaño normal del bazo. En ocasiones requieren esplenectomía para su tratamiento (anemia hemolítica, drepanocitosis, talasemia, PTI, PTT y síndromes mieloproliferativos). Un bazo normal tiene una longitud menor de 11 cm y un peso de 150-250 g. Se considera esplenomegalia gigante un bazo mayor de 20 cm de longitud y peso superior a 1.000 g. La esplenectomía laparoscópica es actualmente la técnica de elección en bazos de tamaño normal. En los bazos de entre 11 y 20 cm es de elección si se realiza por cirujanos laparoscopistas expertos que cuenten con material adecuado. El abordaje en bazos mayores de 20 cm es controvertido, debido a que dicho tamaño condiciona una mayor dificultad técnica, manejo complicado, mayor tiempo quirúrgico y alta tasa de conversión a cirugía abierta. Actualmente, la esplenomegalia ya no es una contraindicación absoluta para la esplenectomía vía laparoscópica. Presentamos dos casos de esplenomegalia gigante por enfermedad hematológica que fueron manejados con diferente abordaje quirúrgico.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 49 años diagnosticada de PV en 1991 con progresión a mielofibrosis. Comienza con cuadros de anemia por hemorragia digestiva alta (HDA) por lo que se realiza gastroscopia visualizando varices gástricas, que requieren escleroterapia en varias ocasiones. En TAC se visualiza esplenomegalia de 30 cm con signos de HTP. En mayo de 2013 reingresa por nueva HDA no controlable con escleroterapia por lo que se decide esplenectomía para controlar la HTP segmentaria por hiperaflujo debida a la esplenectomía gigante. Se realiza esplenectomía a través de LMSIU abierta según técnica habitual, utilizando ENDOGIA para seccionar la vena esplénica, sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Es dada de alta el 3º DPO sin incidencias durante el ingreso. En el resultado AP reportan bazo gigante de 30 cm y 2.640 g con lesiones atribuibles a policitemia vera. En el seguimiento posterior la paciente se mantiene con Hb en torno a 9 mg/dl sin nuevos signos de HDA. Caso 2: varón de 55 años, cirrótico en estadio Child A con datos de HTP, mielofibrosis con bicitopenia que requiere transfusiones periódicas y esplenomegalia de 26 cm. Se propone intervención quirúrgica con el fin de disminuir los requerimientos transfusionales (2 por semana) e realiza esplenectomía laparoscópica según técnica habitual, seccionando el hilio con ENDOGIA y extracción fragmentada de la pieza. El resultado AP reporta bazo de 29 cm y 1.880 g. En el postoperatorio presenta descompensación de su cirrosis con abundante ascitis. Es dado de alta en el 8º DPO. En el seguimiento posterior persiste con bicitopenia pero pudiendo espaciar en el tiempo las transfusiones de hematíes y plaquetas.

Discusión: Las esplenomegalias gigantes suponen un reto en la elección del abordaje quirúrgico. Actualmente, la esplenomegalia ya no es una contraindicación absoluta para la esplenectomía vía laparoscópica ofreciendo buenos resultados incluso en bazo gigantes, si se realiza en casos seleccionados y por cirujanos expertos.