



www.elsevier.es/cirugia

P-319 - ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN CASO DE HAMARTOMA ESPLÉNICO

Alcaide, Fernando; Giordano, Hernan; Iglesias, Núria; Gil, Alberto; Campano, Ildefonso; Meus, Maurizio; Bagur, Claudia; Fernández, Alejandro

Hospital General Mateu Orfila, Mahón.

Resumen

Introducción: El hamartoma esplénico (HE), es un tumor benigno muy poco frecuente, con una incidencia en las autopsias del 0,024 al 0,13%, según distintas series. Generalmente son asintomáticos y se diagnostican de forma casual en autopsias o esplenectomías como pueden ser las traumáticas. Presentamos el caso de un paciente con un HE que ya se sospechó por las pruebas de imagen preoperatorias y que se confirmó tras realizarle una esplenectomía laparoscópica (EL) en el estudio anatomopatológico.

Caso clínico: Paciente de 72 años con A.P. relevantes de osteomielitis de la cadera (infancia), IAM con 45 años no revascularizado e hiperplasia benigna de próstata. En 2012 se inició estudio por PSA elevado, detectándose una tumoración esplénica y siendo derivado por ello a Hematología. Tras presentar un aumento progresivo de la lesión en diferentes controles el paciente es remitido al servicio de Cirugía para realizar una esplenectomía. En la TC: lesión sólida esplénica, de la misma densidad que el resto del parénquima, con captación heterogénea retardada en la fase arterial y muy similar al resto del parénquima en la fase venosa, de 68 mm de diámetro, aparentemente no encapsulada, en un bazo de tamaño normal, cuyo diagnóstico diferencial (DD) incluiría entidades inusuales: hematopoyesis extramedular, hamartoma, angioma, linfoma u otro tipo de lesiones agresivas. RMN: lesión nodular sólida en el polo inferior del bazo de 5,5 cm, por su comportamiento, similar al resto del parénquima esplénico, la primera posibilidad del DD sería un HE. Ecografía de control: lesión sólida en el polo inferior del bazo, hipervasicular, de 64 mm de diámetro (en la previa 56 mm). Serología HIV, hepatitis B y C negativas. Previa vacunación para neumococo, *Haemophilus* y meningitis, se realiza una EL con 3 trocares; clipado inicial de la arteria esplénica y endograpado del hilio esplénico; extracción del bazo de forma íntegra, a través de una bolsa. La intervención cursó sin complicaciones. En la URPA presenta de forma súbita una arritmia (TV) que tras la administración de amiodarona iv se sigue de una asistolia iniciándose masaje cardiaco, recuperando pulso y ritmo sinusal; posteriormente ingresó en la UCI. Se contactó con el servicio de Hemodinámica del hospital de Son Espases para realización de un cateterismo cardíaco diagnosticándole una enfermedad coronaria de 3 vasos y practicándose de forma preferente una revascularización miocárdica. Su evolución posterior fue muy favorable. El estudio patológico fue de: HE, sin afectación de la cápsula ni del hilio. El HE es un tumor raro y benigno. Los más grandes pueden dar síntomas, produciendo esplenomegalia, dolor abdominal, síntomas hematológicos como anemia, trombocitopenia o ruptura esplénica. En nuestro caso su crecimiento tras 5 años de seguimiento fue el motivo de que se indicase la cirugía.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio de un HE por pruebas de imagen es difícil. La realización de una TC y de una RMN permite ser más preciso, como fue en nuestro caso. En el caso de indicar una esplenectomía

creemos que el abordaje laparoscópico es el ideal a pesar de existir muy pocos casos descritos en la literatura.