



V-133 - ESPLENECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA GUIADA CON VERDE INDOCIANINA, POR LESIÓN DE TIPO "TRANSFORMACIÓN ESCLEROSANTE ANGIOMATOIDE NODULAR"

Castell Gómez, Jose Tomás¹; Álvarez Peña, Estibaliz¹; Hidalgo, Paula²; Pacios, Eduardo¹; Heras, María¹; Atahualpa, Fredy¹; Díaz, Domingo¹; Duran Escribano, Carlos¹

¹Clínica La Luz, Madrid; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La denominada “transformación esclerosante angiomatoide nodular” (SANT) de bazo es una entidad reconocida recientemente, descrita por la patóloga Maritza Martel en 2004. Se trata de una lesión de origen vascular, de características benignas, con capacidad de crecimiento, habitualmente solitarias. Su etiopatogenia es desconocida. Suele afectar a mujeres de edad media, generalmente asintomáticas y descubiertas en el contexto de otros estudios. Presentan escasa prevalencia con pocos casos comunicados en la literatura. Su diagnóstico representa un reto, ya que no existen signos patognomónicos en pruebas de imagen y la biopsia esplénica presenta riesgo de sangrado. De este modo, el diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas o malignas es extremadamente difícil. Por todo ello, la esplenectomía se considera de primera opción ya que el diagnóstico final es histopatológico e inmunohistoquímico.

Caso clínico: Mujer de 31 años. Asintomática. Por estudio ginecológico se realiza ecografía abdominal encontrado una lesión en polo superior esplénico. Analítica: hemograma, bioquímica y marcadores tumorales dentro de la normalidad. Angio-TAC abdominal: Lesión en el polo superior esplénico de 29 × 34 × 35 mm bien delimitada con cápsula hipervasicular, irrigada por la rama superior de la arteria esplénica. No se aprecian adenopatías locorregionales. Resonancia magnética: lesión de 31 × 32 × 28 mm, comportamiento en T2 imagen focal estrellada central hiperintensa, no restricción de la difusión. Con contraste imagen de “spoke-wheel” con hipocaptación central. PET-TAC: No captación patológica. Presentado en Comité Multidisciplinar de Tumores (CMT) se decide realizar esplenectomía parcial del polo superior. 24 horas antes se procede a embolización rama arterial aferente con MPPVA. Cirugía: decúbito lateral derecho. Abordaje laparoscópico cerrado con Veress, neumoperitoneo 12 mmHg, se colocan estratégicamente 4 trócares subcostales izquierdo (óptico 11 mm línea media clavicular, 12 mm línea axilar anterior-media, 5 mm subxifoideo y 5 mm línea axilar posterior). Sección ligamento esplenocólico, acceso a la transcavidad epiploica, ligadura con LigaSure® de vasos breves, sección ligamento esplenofrénico y esplenorenal para liberar polo superior. Ligadura de rama superior vena esplénica. Referencia de la arteria esplénica y su rama superior (se liga). Se identifica línea de isquemia con ICG para realizar esplenectomía parcial con LigaSure®. La superficie cruenta se trata con apósito Veriset®. Extracción tumoral en bolsa por mini-Pfannestiel. Estudio histológico: Transformación nodular angiomatoide esplénica, diámetro 3 cm, margen libre 0,5 cm. Inmunohistoquímica: CD34+, CD31+. Posoperatorio sin incidencias. Alta 3.^{er}

día.

Discusión: El presente caso es ilustrativo de este tipo de proceso. En el CMT se plantean dudas diagnósticas importantes que las pruebas de imagen no logran diferenciar de otras entidades esplénicas tanto benignas como malignas, la biopsia queda descartada por el riesgo de hemorragia esplénica. Colegiadamente se decide realizar extirpación biopsia. La esplenectomía parcial supone evidentes ventajas sobre la total: impide la trombocitosis así como el riesgo de sepsis por bacterias encapsuladas, lo que evita la vacunación. En resumen, la mayoría de autores están de acuerdo en realizar esplenectomía para un correcto diagnóstico ya que en la actualidad no se conoce la evolución sin cirugía y tampoco existen protocolos consensuados de seguimiento. Se debe intentar cirugía de preservación de órgano para conservar su función.