



V-089 - LINFANGIOMA ESPLÉNICO: UN TUMOR ATÍPICO. PRESENTACIÓN Y ABORDAJE QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO MEDIANTE 3 TRÓCARES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Núñez Guerrero, Paloma; Gil Rendo, Aurora; García Santos, Esther Pilar; Muñoz Atienza, Virginia; Arjona Medina, Irene; Bertelli Puche, José Luis; Alberca Páramo, Ana; Martín, Jesús

Hospital General de Ciudad Real.

Resumen

Introducción: Los linfangiomas son tumores benignos generados por una malformación congénita del sistema linfático cuyo mecanismo final es la linfangiectasia secundaria a obstrucción o agenesia. La localización habitual es a nivel cervical o axilar (denominado higroma quístico), el resto de ubicaciones incluida la abdominal son infrecuentes, con una cifra menor al 1% como hallazgo en necropsias o intervenciones quirúrgicas. En general aparecen en edad pediátrica con clínica asintomática (masa indolora) como descubrimiento incidental. La complicación más frecuente es la esplenomegalia y la más grave la coagulopatía de consumo por hiperesplenismo. El diagnóstico diferencial se realiza con el quiste hidatídico. El tratamiento quirúrgico clásico consiste en la esplenectomía abierta, si bien la literatura ha establecido en los últimos diez años el abordaje laparoscópica en la gran mayoría de lesiones.

Caso clínico: Se presenta a un varón de 14 años con sintomatología álgica en hipocondrio izquierdo y masa abdominal a ese nivel. Ante el hallazgo de esplenomegalia se solicitó pruebas de imagen y serología microbiana para despistaje de *E. granulosus*. En la tomografía computarizada abdominal se evidenció la ocupación completa del parénquima esplénico por una lesión quística de $10 \times 15 \times 16$ cm que presentaba septos en su interior. El tamaño del mismo ocasionaba desplazamiento posteroinferior renal izquierdo. Se realizó esplenectomía laparoscópica en la cual tras la introducción de la óptica se procedió al drenaje percutáneo del contenido líquido de la lesión quística esplénica facilitando así el trabajo mediante únicamente tres trócares y la exteriorización de la pieza por una minilaparotomía en línea medioaxilar de ampliación del puerto de 5/12 mm. De esta forma el tamaño esplénico no contraindicó el abordaje laparoscópico. Se procedió a la adhesiolisis de la fijación esplenodiafragmática y coloesplénica. Se diseccionó y ligó el pedículo espineco con el uso de EndoGIA y exteriorización mediante sistema de EndoBag. Sin incidencias postoperatorias siendo dado de alta el paciente asintomático al quinto día de la intervención.

Discusión: El linfangioma esplénico es un tumor vasiformativo de lento crecimiento donde la linfangiomatosis es el causante de la clínica compresiva de los pacientes, razón de realización de la esplenectomía tanto para evitar la rotura esplénica como la degeneración maligna. Desde la primera esplenectomía en 2001 por Kwon, se recomienda el abordaje laparoscópico de esta patología, realizando como primera posibilidad la resección parcial para evitar las consecuencias ulteriores de la anesplenía. Características como la sospecha de malignidad no contraindican esta vía considerando como morbilidad en el postoperatorio diferido la diseminación intraabdominal o la metástasis cutánea del puerto del trócar con una prevalencia similar a otros tipos de patologías oncológicas. La esplenomegalia masiva es la única

contraindicación relativa de este tipo de abordaje, si bien en lesiones benignas el drenaje percutáneo intraoperatorio bajo visión directa como presentamos en nuestro caso disminuye el tamaño esplénico facilitando el acto quirúrgico.