



## VC-023 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE ABSCESO ESPLÉNICO PERFORADO: UN RETO QUIRÚRGICO

Santidrián Zurbano, Marta; Mogollón González, Mónica; Álvarez Martín, María Jesús; Triguero Cabrera, Jennifer; Plata Illescas, Cristina; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Introducción:** Las indicaciones para la esplenectomía son múltiples, la mayoría por causas hematológicas, sin embargo, no es una intervención muy habitual en nuestro medio, menos aún con carácter urgente, tras el descenso de traumatismos esplénicos que requieren tratamiento quirúrgico. El abordaje estandarizado hoy en día es el mínimamente invasivo, si la estabilidad clínica del paciente lo permite. Presentamos el caso de un paciente sometido a esplenectomía laparoscópica por un absceso esplénico gigante.

**Caso clínico:** Varón de 62 años obeso, hipertenso, diabético y EPOC que consulta por cuadro de malestar general y fiebre de varios días de evolución. Durante su estancia en urgencias se objetiva fibrilación auricular paroxística no conocida previamente. Se solicita TAC toracoabdominopélvico para filiar origen del cuadro clínico con hallazgo de absceso esplénico de gran tamaño ( $14 \times 12 \times 11$  cm) asociado a trombosis de la arteria y vena esplénicas. Inicia tratamiento con antibioterapia empírica y drenaje percutáneo del absceso, pero ante mala evolución, sin resolución del cuadro infeccioso, se decide intervención quirúrgica. Abordaje laparoscópico con 4 trócares y paciente posicionado en decúbito lateral derecho. Se evidencia una ligera esplenomegalia con importante plastrón inflamatorio que engloba polo inferior del bazo, ángulo esplénico del colon y cola de páncreas. Presenta además adherencias firmes a pared lateral y hemidiafragma izquierdo. Se comienza la intervención con la lisis de las adherencias del epiplón mayor a pared abdominal. Se continua con la identificación y liberación muy cuidadosa del ángulo esplénico del colon englobado en el plastrón inflamatorio. Durante su disección se constata una zona dudosa de trayecto fistuloso del colon con la cavidad abscesificada que se cierra mediante puntos sueltos con sutura monofilamento absorbible de larga duración de 3/0. No se evidencia en ningún momento salida de material fecaloideo. Posteriormente se procede a la disección y liberación del polo inferior del bazo, firmemente adherido al plano inferior, y la apertura de la trascavidad de los epiplones y sección completa de vasos cortos. Se identifican la arteria y vena esplénicas que se seccionan entre Hem-O-Lock®. Se continúa de forma muy difícil con la liberación del bazo que se encuentra firmemente adherido a las estructuras adyacentes. Se identifica una arteria en cara inferior del bazo, probable polar inferior, que se individualiza y secciona mediante endograpadora lineal. Se completa la maniobra de Gómez y Gómez, mediante disección roma, con tijera y sellador vascular, hasta lograr la liberación completa del bazo. Se finaliza con la aplicación de sellantes hemostáticos. El posoperatorio transcurre sin incidencias, iniciando la tolerancia vía oral el primer día posoperatorio y siendo dado de alta al 4º día de la intervención. Dado de alta con heparina, como terapia puente para inicio de anticoagulación oral.

**Discusión:** Aunque puede resultar complejo técnicamente por la fibrosis y la desestructuración de los planos anatómicos, es seguro el abordaje laparoscópico para la esplenectomía en caso de abscesos esplénicos,

debiendo el cirujano tener un buen manejo del abordaje mínimamente invasivo. Este abordaje supone un factor importante en la pronta recuperación del paciente, por la disminución del dolor posoperatorio entre otros.