

exploración física obtiene como único dato la esplenomegalia⁸. La misma afirmación podemos hacer para los abscesos esplénicos en la población general; sin embargo, haciendo una comparativa con la clínica descrita por otros autores¹⁻⁶, llama la atención la ausencia de fiebre en nuestro paciente, ya que su presencia es casi invariable (entre el 90 y el 100% en los casos publicados)^{1-3,6}. El dolor abdominal no se limitaba al cuadrante superior izquierdo¹⁻⁶, sino que era de carácter difuso. Las pruebas de imagen: ecografía (sensibilidad próxima al 90%)¹⁻³ y TC con contraste intravenoso (sensibilidad del 95-100%)^{1,3}, nos dieron el diagnóstico de certeza. Los hemocultivos son positivos en el 70% de los abscesos esplénicos múltiples y sólo en el 14% de los únicos⁶ —como en este caso—. Se pautó tratamiento empírico con meropenem, hasta que el diagnóstico microbiológico puso de manifiesto la presencia de *S. aureus* —uno de los agentes infecciosos más comunes en esta afección¹⁻⁶—, en nuestro caso, sensible a cloxacilina, por lo que se estableció este antibiótico, vía intravenosa⁹, sumando en principio gentamicina hasta descartar la endocarditis. Esto último es importante, pues *Staphylococcus* sp. con frecuencia tiene relación con endocarditis infecciosa⁶, más aún en pacientes con abuso de drogas intravenosas^{8,9}. Se realizó un drenaje percutáneo, dada su eficacia en casos de absceso único y seguridad en pacientes con acceso anatómico sencillo y cuyo riesgo quirúrgico es alto⁵, además de permitir conservar el bazo y su función inmunológica. La esplenectomía está indicada en el resto de los casos o en circunstancias de fallo del drenaje^{5,10}. El seguimiento se lleva a cabo mediante ecografías de control (fig. 1). En este paciente el resultado del drenaje ha sido exitoso y la evolución, favorable.

BIBLIOGRAFÍA

- Lucien L, Ooi PJ. Splenic abscesses from 1987 to 1995. *Am J Surg*. 1997;174:87-93.
 - Nelken N, Ignatiud J, Skinner M, Christensen N. Changing clinical spectrum of splenic abscess. A multicenter study and review of the literature. *Am J Surg*. 1987;154:27-34.
 - Chiang IS, Lin TJ, Chiang IC, Tsai MS. Splenic abscesses: review of 29 cases. *Kaohsiung J Med Sci*. 2003;19:510-5.
 - Fotiadis C, Lavranos G, Patapis P, Karatzas G. Abscesses of the spleen: report of three cases. *World J Gastroenterol*. 2008;14:3088-91.
 - García-Rodríguez MP, Bonachía O, Lázaro J, Martín ML, Butrón T, García J, et al. Absceso esplénico: aportación de un nuevo caso. *Cir Esp*. 2001;69:89-90.
 - Villamil I, Lado FL, Van den Eynde A, Díaz JA. Abscesos esplénicos: presentación de nueve casos. *Rev Chil Infect*. 2006;23:150-4.
 - Nallathambi MN, Ivatury RR, Lankin DH, Wapnir IL, Stahl WM. Pyogenic splenic abscess in intravenous drug addiction. *Am Surg*. 1987;53:342-6.
 - Robinson SL, Saxe JM, Lucas CE, Arbulu A, Ledgerwood AM, Lucas WF. Splenic abscess associated with endocarditis. *Surgery*. 1992;112:781-7.
 - Lassen C. Absceso esplénico. *Medwave*. Mayo 2003 [citado 28 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/perspectivas/exequiel/Mayo2003/AbscesoEsplénico.act>.
 - Fernández-Lobato R, Martínez C, Rodríguez JM, Martínez M, Cerquella C, Moreno M. Absceso esplénico gigante secundario a trombosis de la arteria esplénica. *Cir Esp*. 2001;69:429-30.
- Zorionak Meneses-Grasa^a, Mariano León-Rosique^a, Antonio Coll-Salinas^b, Isabel Carpena-Martínez^c y José Luis Aguayo-Albasini^{b,*}
- ^aUniversidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia, España
^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España
^cUnidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España
- *Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: aguayoalbasini@yahoo.es (J.L. Aguayo-Albasini).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.017

Esplenectomía laparoscópica como tratamiento del quiste esplénico postraumático

Laparoscopic splenectomy as treatment of a post-traumatic splenic cyst

Los quistes no parasitarios esplénicos (QNPE) son infrecuentes. Históricamente fueron clasificados en verdaderos y falsos o pseudoquistes. Este segundo grupo suele producirse tras una traumatismo abdominal y supone aproximadamente un 70-80% del total de QNPE¹⁻⁵. Esta división de los QNPE se basa únicamente en la presencia o no de epitelio intraquistico, lo que conlleva ciertos problemas de clasificación². Presentamos un paciente con un QNPE falso de gran tamaño,

sin antecedente traumático claro, tratado mediante esplenectomía laparoscópica y debatimos las múltiples opciones terapéuticas.

Varón de 17 años que consulta por dolor abdominal intenso en mesogastrio e hipogastrio. Como único antecedente refiere dolores abdominales ocasionales desde hace 7 años sin traumatismo abdominal grave. A la exploración, presenta dolor abdominal difuso en hipocondrio izquierdo con leve

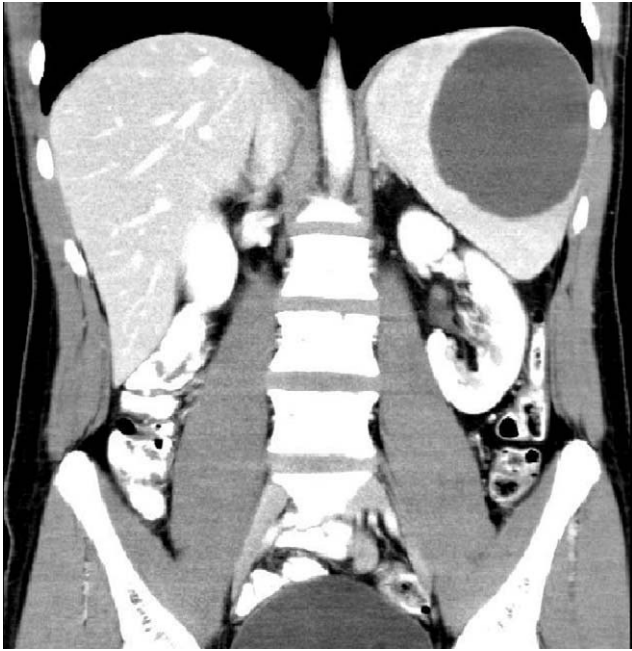


Figura 1 - Tomografía computarizada coronal: lesión quística esplénica.

esplenomegalia. El hemograma, el estudio de coagulación, el perfil hepático y la bioquímica son normales. CA 19.9, 11,3 U. La serología de hidatidosis es negativa. En la ecografía abdominal se aprecia una lesión ocupante de espacio esplénica quística de 10 cm con contenido líquido espeso y homogéneo. La tomografía computarizada (TC) abdominal muestra una lesión quística posterolateral de 10 × 9 × 7 cm, de contorno nítido y bien definido, sin cambios tras la administración de contraste intravenoso (fig. 1). No se observan adenopatías retroperitoneales ni pelvianas, ni líquido libre peritoneal. Se decide intervención quirúrgica y se efectúa esplenectomía laparoscópica. Debido al tamaño del bazo, se introduce en una endobolsa y se punciona el quiste recogiendo el líquido intraquístico de aspecto claro en su interior, lo que permite la extracción del bazo mediante una pequeña ampliación del trocar subcostal de 12 mm (fig. 2). La histología es de pseudoquiste esplénico. Todas las serologías y los cultivos fueron normales o negativos. En las revisiones efectuadas el paciente está totalmente asintomático.

Los QNPE falsos o pseudoquistes se producen habitualmente tras un traumatismo. Inicialmente se forma un hematoma subcapsular o intraparenquimatoso que al reabsorberse forma un quiste seroso². También se pueden producir por otras causas no traumáticas: infartos, hematomas tras infecciones bacterianas y virales (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, etc.) y por el consumo de cocaína³⁻⁵. Su incidencia real tras traumatismo abdominal es desconocida, pero es de prever que aumenten como consecuencia del manejo conservador actual de los traumatismos esplénicos. En nuestro caso, el paciente no recordaba ningún traumatismo, pero por exclusión consideramos que es la causa más probable.

Los QNPE postraumáticos suelen observarse en jóvenes de 20 a 40 años, y suelen ser asintomáticos (el 30-60% de los pacientes)^{2,4}. El tamaño oscila entre 1 a 25 cm y en el 80% de

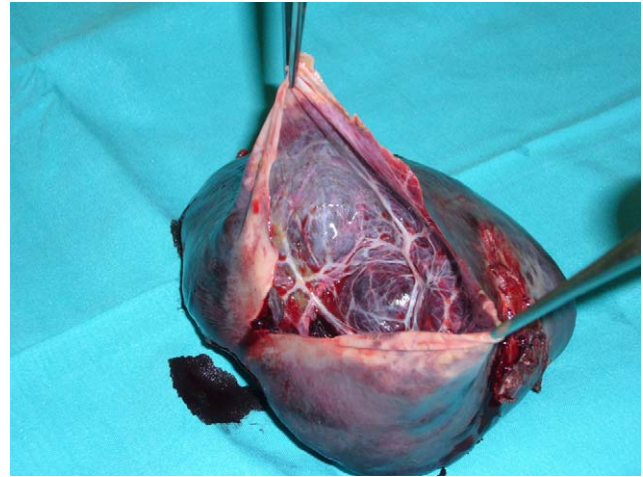


Figura 2 - Imagen macroscópica de la lesión.

las ocasiones son uniloculares¹. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y las náuseas y los vómitos por compresión gástrica^{1,5,6}. Las complicaciones que pueden presentarse son infección, hemorragia intraquística, hipertensión portal izquierda y su rotura^{5,6}.

En la ecografía, los QNPE, presentan ecos internos y focos ecogénicos brillantes en la pared si ésta tiene calcificaciones. En la TC tienen la misma atenuación que el agua, y en la resonancia magnética muestran señal intensa en T2 y variable en T1 según el componente hemorrágico intraquístico³. La TC es el método diagnóstico de elección del QNPE porque determina posición, tamaño y contenido³, aunque ningún método de imagen permite el diagnóstico de certeza.

El diagnóstico diferencial de un QNPE falso se plantea con el quiste verdadero, habitualmente epidermoide, la hidatidosis esplénica, especialmente en una zona endémica como nuestra área de salud, y otras neoplasias quísticas³. El diagnóstico de QNPE falso se basa en el estudio histológico comprobando la inexistencia de epitelio intraquístico y una pared gruesa con abundante colágeno².

Las dos indicaciones para intervenir un QNPE son los síntomas y su diámetro⁴. El objetivo del tratamiento es la eliminación del QNPE, prevenir las complicaciones y evitar su recidiva⁶. La observación periódica es una opción válida en pacientes con quistes pequeños (< 5 cm), asintomáticos y sin duda diagnóstica¹.

Se han empleado múltiples tratamientos, pero debido al escaso número de QNPE no hay evidencia científica de cuál es el tratamiento correcto⁴. Tradicionalmente la esplenectomía total era el tratamiento de elección^{1,4,5}, pero para eliminar una posible sepsis tras la esplenectomía se han utilizado otras técnicas que conservan parénquima esplénico, como la aspiración percutánea, la marsupialización interna o externa, la fenestración, la decapsulación, la esplenectomía parcial y la cistectomía^{1,5,6}. Estos tratamientos se han realizado tanto por laparatomía como por laparoscopia⁵. El abordaje laparoscópico aporta una menor agresión quirúrgica y un beneficio estético, pero no es aplicable a todos los quistes esplénicos por tamaño, localización o duda diagnóstica⁵. Hasta 2003 sólo se había publicado 27 casos de tratamiento laparoscópico de

QNPE, de los cuales sólo 15 eran falsos, con unos excelentes resultados⁴.

Las técnicas conservadoras evitan el riesgo de sepsis tras la esplenectomía, pero tienen desventajas. El drenaje percutáneo y la marsupialización tienen una alta tasa de recidiva y no son recomendables^{1,4,5}. La esplenectomía parcial, o cistectomía total, es una técnica muy interesante pero compleja, especialmente si se realiza con laparoscopia, y además, no siempre factible por tamaño o localización del QNPE^{1,4-6}. En pacientes con quistes grandes o centrales, como nuestro caso, o si hay duda diagnóstica, la esplenectomía total laparoscópica es actualmente la opción más válida^{1,4}.

B I B L I O G R A F Í A

1. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification and treatment. *J Am Coll Surg*. 2002;194:306-14.
2. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis J. Splenic cysts: are so many types?. *J Am Coll Surg*. 2007;204:459-65.
3. Urrutia M, Mergo PJ, Ros LH, Torres GM, Ros PR. Cystic masses of the spleen. Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1996;16:107-29.

4. Gianom D, Wildisien A, Hotz T, Goti F, Decurtins M. Open and laparoscopic treatment of non parasitic splenic cysts. *Dig Surg*. 2003;20:74-8.
5. Wu HM, Kortbeek JB. Management of splenic pseudocysts following trauma: a retrospective series. *Am J Surg*. 2006;191:631-4.
6. Hery G, Becmeur F, Mefat L, Kalfa D, Lutz P, Lutz L, et al. Laparoscopic partial splenectomy: indications and results of a multicenter retrospective study. *Surg Endosc*. 2008;22:45-9.

José Manuel Ramia Ángel*, Roberto de la Plaza Llamas, Pilar Veguillas Redondo, Jose E. Quiñones Sampedro y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com
(J.M. Ramia Ángel).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.016

Fístula quilosa como complicación de la tiroidectomía sin linfadenectomía

Chylous fistula as a complication of thyroidectomy without lymphadenectomy

La fístula del conducto torácico (CT) es una entidad poco frecuente, con una incidencia entre el 1 y el 2,5% de la cirugía cervical¹. Su aparición como complicación temprana después de la tiroidectomía es casi desconocida, siendo más frecuente tras los vaciamientos ganglionares². La mayoría tiene su origen en el lado izquierdo, aunque un 25% de las fugas tiene su origen en el lado derecho¹.

Mujer de 48 años remitida a cirugía para evaluación de nódulo tiroideo de 8 meses de evolución. La exploración revela un nódulo en lóbulo izquierdo de 1 cm y la ecografía confirma el hallazgo de un nódulo de 1,3 cm con otros cuatro nódulos menores de 1 cm sin adenopatías. La citología es de células foliculares. Se practica una tiroidectomía total sin disección ganglionar. La anatomía patológica es de variante folicular de carcinoma papilar.

El primer día postoperatorio, el débito del drenaje es de 650 ml, con aspecto lechoso y cifras de triglicéridos (TG) >500 mg/dl. La linfografía isotópica detecta un depósito patológico en la base de la región cervical anterior izquierda en relación con fuga de linfa del CT (fig. 1).

Como primera medida se inicia dieta sin grasas junto a TG de cadena media y fuerte compresión de la fosa supraclavi-

cular izquierda, con lo que el débito baja a 500 ml, hasta el noveno día, en el que se instaura dieta absoluta y nutrición parenteral, consiguiendo un débito de 200 ml/día que se mantiene hasta el vigésimo día. Se decide entonces iniciar terapia con octreotida, y el débito sigue reduciéndose hasta cerrarse la fístula en torno al día 25 postoperatorio.

El CT fue descubierto en los humanos por Veslingus en 1634. En 1948, Lampson realizó la primera ligadura exitosa, ya que hasta entonces se creía que su ligadura era mortal³.

La anatomía de la porción terminal del CT es muy variable. A su entrada en el cuello, el CT traza una curva entre la vena yugular interna y el escaleno anterior desembocando en la vena yugular 2 cm encima de su unión con la subclavia. La altura de esta curva es normalmente de 3-5 cm encima de la clavícula, pero se han descrito⁴ casos de hasta 8 cm. El quilo (chylus = jugo) es una mezcla de linfa y grasas emulsificadas que constituyen la vía de absorción de los TG de cadena larga, mientras los de cadena media y corta se absorben directamente por la vía portal.

El diagnóstico de fístula se realiza por el aspecto del líquido que presenta in vitro tres capas de arriba hacia abajo: una capa cremosa, otra con aspecto lechoso y un sedimento