



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-126 - ESPLENECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA, UNA BUENA OPCIÓN EN EL MANEJO DE LAS METÁSTASIS ESPLÉNICAS

Luque Villalobos, Eduardo José; Izquierdo Ribas, Cristina; Colombo, Giulia; Ielpo, Benedetto; Burdio Pinilla, Fernando; Sánchez-Velázquez, Patricia

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los tumores esplénicos tanto primarios como metastásicos son entidades poco frecuentes. A pesar de que su mayoría son asintomáticos, pueden cursar con complicaciones graves como ruptura espontánea y hemorragia. Tradicionalmente el manejo de estas lesiones ha sido la esplenectomía total, sin embargo, el desarrollo de los instrumentos y técnicas laparoscópicas, así como el mayor entendimiento de la vascularización esplénica ha permitido introducir la esplenectomía parcial como una técnica segura y factible. A continuación, describimos la técnica de la esplenectomía parcial en un caso de tumoración esplénica metastásica.

Caso clínico: Varón de 68 años con antecedente de gastrectomía parcial hace 10 años y de lobectomía superior derecha por carcinoma escamoso de pulmón T3N0M0 en 2022, sin quimioterapia adyuvante por decisión del paciente. Se evidencia en tomografía computarizada de seguimiento lesión hipodensa de 48 × 44 mm en el polo inferior esplénico, sugestiva de metástasis. Inicia tratamiento con cemiplimab durante 5 meses con disminución del volumen de la lesión a 38 × 31 mm. Se discute caso en comité de tumores hepatobiliopancreáticos decidiéndose esplenectomía laparoscópica subtotal. Intervención quirúrgica: Abordaje en decúbito lateral derecho. Colocación de 4 trócares: 10 mm, 12 mm y 2 de 5 mm en reborde costal izquierdo. Disección y liberación de adherencias hasta localizar el bazo. Liberación de ligamentos suspensorios del bazo con apertura del peritoneo en dirección caudal a craneal, asistido con Ligasure®. Sección del ligamento gastroesplénico en sentido craneal con sección de los vasos cortos. Disección del pedículo vascular del polo esplénico inferior y control vascular con colocación de vessel-loop. Posterior a la movilización del polo inferior del bazo, se localiza la lesión mediante ecografía intraoperatoria y se marcan los límites de la misma en el parénquima esplénico con energía monopolar. Sección selectiva de las ramas de la arteria esplénica cerca del parénquima esplénico con autosuturadora con cartucho vascular. Identificación visual del área desvascularizada y confirmación con verde de indocianina. Sección del parénquima esplénico 1cm por encima del margen con Coolingbis®. Colocación de parche hemostático en borde de parénquima remanente. Confirmación de hemostasia y extracción de pieza en endobag. Paciente evoluciona de manera favorable, sin complicaciones durante posoperatorio. Alta a los 3 días con correcta evolución y adecuado control por consultas externas. La anatomía patológica revela un área nodular con necrosis tumoral masiva compatible con metástasis de carcinoma escamoso, sin evidencia de células atípicas viables. Márgenes libres de enfermedad.

Discusión: La esplenectomía parcial es una opción efectiva y segura, con tasa hospitalización, tiempo y sangrado intraoperatorio comparables con la esplenectomía total, con la ventaja de un menor porcentaje de trombosis de vena esplénica posquirúrgica. Asimismo, la preservación de un 25% del parénquima esplénico permite mantener su función inmunológica, disminuyendo la posibilidad de complicaciones graves como la sepsis post esplenectomía, por lo que consideramos esta técnica una buena alternativa para el tratamiento de las lesiones esplénicas.