



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Esplenectomía parcial laparoscópica por quiste epidermoide esplénico



Laparoscopic partial splenectomy for a splenic epidermoid cyst

La esplenectomía total laparoscópica es el método de elección para el tratamiento de múltiples enfermedades esplénicas, con los ya conocidos beneficios del tratamiento mínimamente invasivo¹⁻³. La esplenectomía parcial laparoscópica evita las consecuencias de la asplenia, si bien se realiza excepcionalmente^{2,3}. Presentamos una paciente con un quiste epidermoide esplénico tratada mediante esplenectomía parcial laparoscópica (EPL) y debatimos sus indicaciones y aspectos técnicos.

Mujer de 16 años con antecedentes de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* y mononucleosis infecciosa. La paciente consulta por autopalpación de tumoración en el flanco izquierdo. A la exploración se palpa una masa no dolorosa y móvil en el hipocondrio y vacío izquierdos. En el estudio analítico no hay alteraciones significativas, CA19-9: 5,0 UI/ml (rango normal: 0-37). Se realiza TAC abdominal, donde se observa lesión quística con pared calcificada de 8 cm en el polo inferior esplénico y esplenomegalia (figs. 1 A y B). Se solicita serología hidatídica, que es negativa. La técnica quirúrgica consistió en: decúbito supino con abducción de miembros inferiores, inducción de neumoperitoneo con aguja de Veress, colocación de 4 puertos, 2 infraumbilical y vacío izquierdo, de 11 mm, y otros 2 en vacío derecho y subxifoideo de 5 mm. Pinzamiento de los vasos nutricios polares inferiores y sección del parénquima con coagulación monopolar y sistema bipolar de sellado de vasos, practicando una resección no anatómica sin liberación del polo superior esplénico. Extracción de la pieza por incisión de Pfannenstiel (figs. 2 A-D). No se utilizaron drenajes. No se emplearon hemostáticos. La pérdida hemática fue de 130 cc. El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dada de alta a las 24 h. El estudio histológico fue informado como quiste epidermoide esplénico. A los 8 meses la paciente se encuentra asintomática y sin recidiva. Se solicitó consentimiento informado para la divulgación de imágenes y protocolo hospitalario.

Las lesiones quísticas esplénicas se dividen en parasitarias, producidas habitualmente por *Echinococcus granulosus*, y no parasitarias, que se subdividen en primarias y secundarias^{4,5}.

Los quistes epidermoides se consideran lesiones primarias congénitas, suponen un 10% del total de quistes no parasitarios y son los quistes esplénicos más frecuentes en niños y adolescentes^{4,6}. Presentan una incidencia del 0,07% en la población y son más frecuentes en mujeres. Su etiología no está aclarada, aunque la más admitida es la inclusión de células mesoteliales peritoneales en el parénquima esplénico. Habitualmente son asintomáticos, pero si alcanzan gran tamaño producen síntomas compresivos (dolor, síntomas digestivos) o pueden complicarse (rotura o hemorragia)^{4,7}. Los quistes suelen ser uniloculares y pueden tener calcificaciones en la pared. El diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con el pseudoquiste y la hidatidosis esplénica. Existen varias opciones terapéuticas en el quiste epidermoide, pero la resección quirúrgica es la más coste-eficiente y está recomendada en pacientes sintomáticos, quistes complicados o lesiones de más de 5 cm. Las ventajas de realizar la resección completa del quiste son: la no recurrencia y evitar las complicaciones relacionadas con la cavidad residual⁴⁻⁶.

La primera esplenectomía parcial laparotómica fue realizada por Morgenstern en 1980, Uranüs en 1995 efectuó la primera EPL^{1,2,5,8,9}. Las indicaciones iniciales de esplenectomía parcial en la literatura fueron: edad inferior a 60 años, traumatismo esplénico grado II y III y enfermedad benigna⁹. Actualmente también se realiza en enfermedad maligna⁷. Aunque la factibilidad y seguridad de la EPL es conocida, esta es una técnica que no se realiza frecuentemente^{1,6-9}. La mayoría de las EPL han sido efectuadas de forma electiva, aunque también se ha realizado excepcionalmente en traumatismos esplénicos⁸. La indicación más frecuente es el quiste benigno^{1,7}, aunque la EPL ha sido empleada en múltiples lesiones esplénicas benignas y malignas: hemangioma, linfangioma, hamartoma, angiomiolipoma, quiste epidermoide, quiste hidatídico, abscesos e infartos, traumatismos, esferocitosis y también en tumores malignos primarios y secundarios^{1,8,10}.

Las teóricas ventajas de la EPL son: las inherentes a cualquier procedimiento laparoscópico, la preservación de la

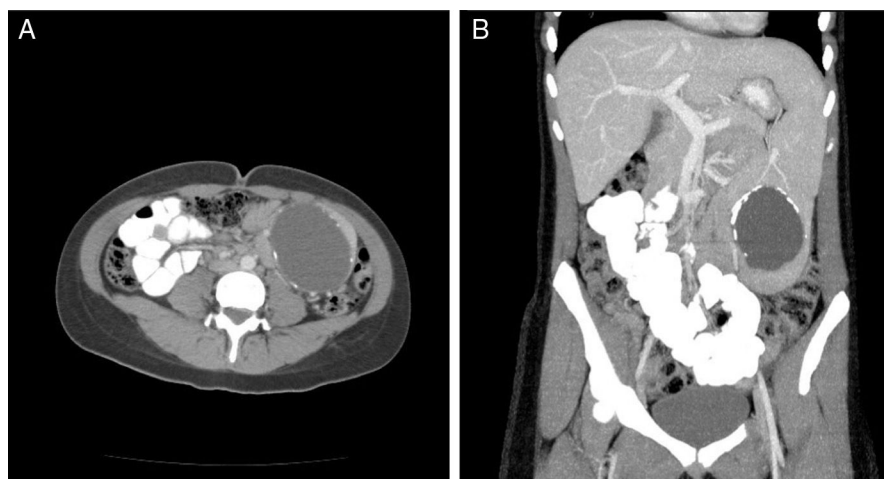


Figura 1 – TAC. A. Axial. B. Coronal.

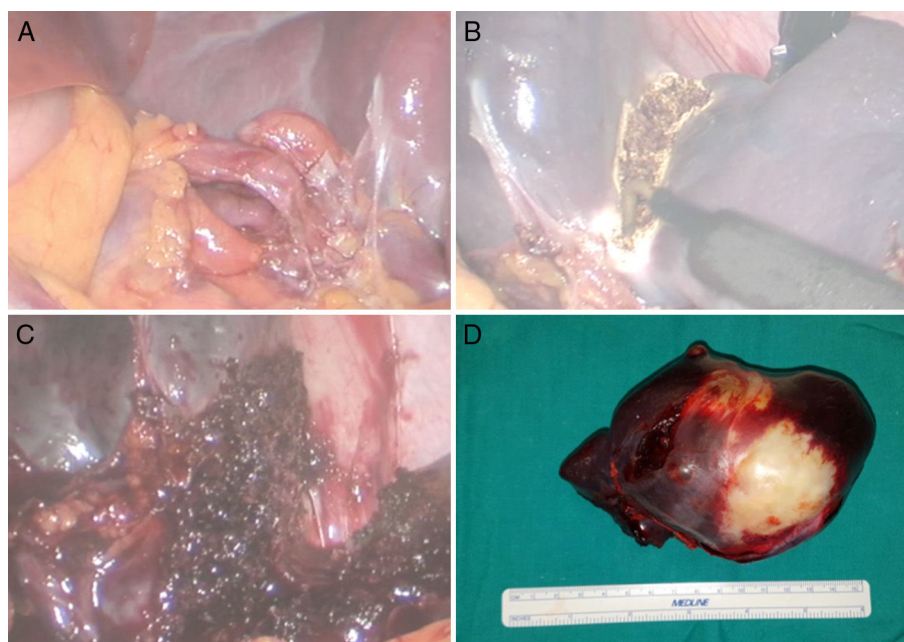


Figura 2 – A. Pedículo inferior esplénico. B. Marcaje del parénquima. C. Sección del parénquima. D. Pieza.

función inmunológica, para ello requiere un remanente postoperatorio esplénico superior al 25%, que evita la sepsis postesplenectomía que presenta una mortalidad del 2,1%^{3,5-9}, y la disminución de la morbilidad postoperatoria inmediata^{2,7,9}. Las desventajas son: la dificultad técnica, especialmente la transección del parénquima esplénico, la no aplicabilidad a quistes centrales con afectación hilar o muy grandes, el riesgo de recidiva en enfermedades hematológicas y una teórica mayor morbilidad por complicaciones intraoperatorias, especialmente hemorrágicas, que para evitarlas creemos fundamental el pinzamiento de las arterias polares del segmento esplénico que se va a reseca y la obtención de una hemostasia exquisita del parénquima esplénico^{5,10}.

La esplenectomía puede ser anatómica, cuando se sigue la distribución de las estructuras vasculares esplénicas³, y no anatómica o irregular, en la que nos adaptamos a la lesión

esplénica, como hicimos en nuestra paciente. No es necesaria la liberación de todo el bazo para efectuar la EPL, de hecho su realización puede favorecer su torsión^{1,6,7}. La sección esplénica suele realizarse con selladores y/o grapadoras. El empleo de la radiofrecuencia puede producir una zona de parénquima necrótico más amplia^{2,6}.

La revisión sistemática de la literatura sobre EPL efectuada por Balaphas et al. en 2015 incluye 33 artículos donde se describen 187 EPL (168 laparoscópicas, una por puerto único y 18 robóticas)¹. Cuarenta y seis pacientes fueron intervenidos por quistes no parasitarios. La morbilidad fue del 5,4% y la estancia media osciló entre 1-8 días¹. La tasa de conversión global a laparotomía fue inferior al 10%^{1,3,5,7}. Cuando se compara la EPL con la esplenectomía total se observa que no hay diferencias significativas en tiempo operatorio, sangrado y transfusión sanguínea, pero la EPL presenta menor morbilidad,

especialmente trombosis esplénica, derrame pleural y eventraciones, y una cierta disminución de la estancia hospitalaria^{1,2}.

En conclusión, la EPL es una técnica demandante pero válida y factible en el tratamiento de lesiones esplénicas, especialmente las localizadas en los polos del bazo, que disminuye ciertas complicaciones postoperatorias y mantiene la función inmunológica esplénica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balaphas A, Buchs NC, Meyer J, Hagen ME, Morel P. Partial splenectomy in the era of minimally invasive surgery: The current laparoscopic and robotic experience. *Surg Endosc.* 2015;29:3618-27.
2. Lee SH, Lee JS, Lee SH, Yoon YH, Hong TH. Role of laparoscopic partial splenectomy for tumorous lesions of the spleen. *J Gastrointest Surg.* 2015;19:1052-8.
3. Wang X, Wang M, Zhang H, Peng B. Laparoscopic partial splenectomy is safe and effective in patients with focal benign splenic lesion. *Surg Endosc.* 2014;28:3273-8.
4. Ingle SB, Hinge CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen. *World J Gastroenterol.* 2014;20:13899-903.
5. Szczepanik AB, Meissner AJ. Partial splenectomy in the management of non parasitic splenic cysts. *World J Surg.* 2009;33:852-6.
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.

7. Uranues S, Grossman D, Ludwig L, Bergamaschi R. Laparoscopic partial splenectomy. *Surg Endosc.* 2007;21:57-60.
8. Cai YQ, Li CL, Zhang H, Wang X, Peng B. Emergency laparoscopic partial splenectomy for ruptured spleen: A case report. *World J Gastroenterol.* 2014;20:17670-3.
9. Han XL, Zhao YP, Chen G, Wu WM, Dai MH. Laparoscopic partial splenectomy for splenic hemangioma: Experience of a single center in six cases. *Chin Med J.* 2015;128:694-7.
10. Ran B, Shao Y, Yimiti Y, Aji T, Sayding P, Jiang T, et al. Spleen-preserving surgery is effective for the treatment of spleen cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis.* 2014;29:181-3.

José M. Ramia*, Roberto de la Plaza Llamas, Aylhin Joana López-Marcano, José del Carmen Valenzuela Torres y José Manuel García Gil

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).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.03.004>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reparación de fístula traqueoesofágica recurrente con colgajo gastro-omental libre en un paciente irradiado



Recurrent tracheoesophageal fistula repair with gastro-omental free flap in an irradiated patient

La punción traqueoesofágica (TEP) y la inserción de prótesis se han convertido en las técnicas de elección para el restablecimiento de las funciones de voz y habla en pacientes sometidos a laringectomía.

El aumento del calibre de la fístula traqueoesofágica (TEF) puede originar una fuga y aspiración de líquidos que cause complicaciones graves tales como neumonía por aspiración, lesión vascular e incluso la muerte^{1,2}.

Describimos un caso de reconstrucción de rescate empleando un colgajo gastro-omental en una gran TEF persistente en un varón de 71 años, donde habían fallado el tratamiento conservador y la interposición de un colgajo muscular, limitando además su estado general la resolución de la fístula. Hasta la fecha no se ha descrito la aplicación de este colgajo libre en el contexto de una TEF.

El paciente había sido tratado 8 años atrás de carcinoma escamoso supraglótico con laringectomía total y disección de cuello modificada bilateral radical, con inserción intraopera-

toria, a través de la TEP, de una prótesis (Provox[®]) que permitió una rehabilitación exitosa del habla. Se llevó a cabo terapia postoperatoria de radiación.

Durante el seguimiento del paciente se produjeron al menos 2 episodios de hospitalización debidos a un ensanchamiento de la TEP. Tras diversos intentos fallidos de resolver el problema, extrayendo temporalmente la prótesis, o colocando una lámina Silastic[®] para ocluir las zonas de fuga entre el Provox[®] y la fístula se colocó un botón de silicona en esta última con un broncoscopio rígido. Sin embargo, el botón de silicona volvió a desprenderse 2 veces durante los años siguientes.

El tamaño de la TEF que presentaba este paciente 8 años después de la cirugía primaria era de 5 × 2 cm, extendiéndose desde el nivel del traqueostoma hacia abajo, y afectando también a la tráquea subestomática (figs. 1A y B). Debido al gran tamaño de la fístula, el intercambio del botón de silicona era imposible, no pudiéndose ocluir mediante broncoscopia rígida ni esofagoscopia. Se intentó sin éxito la corrección