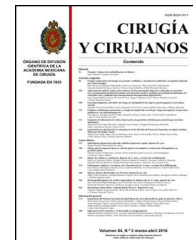




CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Infarto esplénico tardío tras gastrectomía vertical laparoscópica: a propósito de un caso



Víctor Soriano-Giménez*, David Ruiz de Angulo-Martín, Vicente Munitiz-Ruiz, María de los Ángeles Ortiz-Escandell, Luisa Fernanda Martínez-de Haro y Pascual Parrilla-Paricio

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Recibido el 12 de febrero de 2016; aceptado el 17 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 27 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Infarto esplénico;
Gastrectomía vertical
laparoscópica;
Cirugía bariátrica

Resumen

Introducción: La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida debido a su escasa morbilidad. Entre sus complicaciones destacan la dehiscencia de línea de sutura, y otras como el infarto esplénico. Comentamos un caso clínico de infarto esplénico tras gastrectomía vertical laparoscópica.

Caso clínico: Varón de 45 años con un IMC de 37.8 kg/m², diabético tipo 2 desde hace 15 años, insulinizado desde hace 5, con una glucemia en ayunas en torno a 140 mg/dl, una HbA1c de 7.3 mg/dl y que presentaba microangiopatía y nefropatía diabéticas. Se practicó sleeve laparoscópico y fue alta hospitalaria a las 48 h. Un mes después acude por dolor epigástrico y fiebre de hasta 40°C. Se apreció una colección posquirúrgica, y se descartó fuga. El bazo era normal. Se trató con drenaje radiológico. A los 9 meses consultó nuevamente por dolor epigástrico y en hipocondrio izquierdo, asociando febrícula. En la TC toracoabdominal se aprecian imágenes compatibles con infartos esplénicos. Actualmente el paciente permanece asintomático un año tras la intervención quirúrgica.

Discusión: La gastrectomía vertical laparoscópica es uno de los procedimientos de cirugía bariátrica más populares en todo el mundo. Entre las complicaciones menos frecuentes se encuentra el absceso y el infarto esplénico. Cursa normalmente de manera asintomática, pudiendo provocar fiebre y dolor. El tratamiento inicial debe ser conservador. Solo en casos seleccionados estaría indicada la esplenectomía.

* Autor para correspondencia. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n, 30120 El Palmar, España. Teléfono: 676-297-253.

Correo electrónico: victor.soriano@hotmail.com (V. Soriano-Giménez).

Conclusiones: El infarto esplénico suele ser una complicación precoz, pero no podemos obviarla a largo plazo en pacientes con fiebre persistente y dolor abdominal tras gastrectomía vertical laparoscópica.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Splenic infarction;
Laparoscopic sleeve
gastrectomy;
Bariatric surgery

Splenic late infarction after laparoscopic gastrectomy: a case report

Abstract

Introduction: Laparoscopic gastrectomy has emerged in recent years as an effective technique for the treatment of morbid obesity due to low mortality morbidity rates. Its complications include dehiscence suture line, and others such as splenic infarction. We discuss a case of splenic infarction after laparoscopic gastrectomy.

Clinical case: 45 year old male with a BMI of 37.8 kg/m², diabetes-II for 15 years, the last five in treatment with insulin, a fasting blood glucose around 140 mg/dl, HbA1c of 7.3 mg/dl and microangiopathy diabetic nephropathy. The patient underwent a laparoscopic sleeve gastrectomy and he was discharged from hospital 48 hours later. 1 month later he presented at the hospital for epigastric pain and fever up to 40° C. An intra abdominal abscess was detected and there was no leakage. The spleen was normal. He was treated with radiological drainage. 9 months later the patient consulted again due to epigastric pain in upper left quadrant, associated with low-grade fever. Thoraco-abdominal CT images compatible with splenic infarction. Currently patient remains asymptomatic one year after surgery.

Discussion: Laparoscopic sleeve gastrectomy is one of the most popular procedures of bariatric surgery. Less common complications include abscess and the splenic infarction. Usually patients are asymptomatic, but sometimes cause fever and pain. Initial treatment should be conservative. Only in selected cases, would splenectomy be indicated.

Conclusions: Splenic infarction is usually an early complication, but we should keep it in mind as a long term complication for patients with persistent fever and abdominal pain after laparoscopic gastrectomy.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La gastrectomía vertical laparoscópica es un procedimiento que ha demostrado en los últimos años ser una opción eficaz para el tratamiento quirúrgico de la obesidad y sus comorbilidades debido a su escasa morbilidad y buenos resultados^{1,2}. La tasa de complicaciones es baja, siendo las más frecuentes a corto plazo el sangrado de tubo digestivo o intraperitoneal y la dehiscencia de la línea de grapado. Se han descrito otras complicaciones excepcionales en los dos primeros meses tras la intervención como son el infarto³ y absceso esplénicos⁴, especialmente en el polo superior del bazo, atribuidos a la sección de los vasos breves y la consiguiente disminución del aporte sanguíneo a dicho segmento del bazo. Describimos un caso de infarto esplénico diagnosticado nueve meses tras la gastrectomía vertical postulando otros mecanismos de producción de esta complicación infrecuente.

Caso clínico

Varón de 45 años con un IMC de 37.8 kg/m², diabético tipo 2 desde hace 15 años, insulinizado desde hace 5, con una glucemia en ayunas en torno a 140 mg/dl, una HbA1c de 7.3 mg/dl y que presentaba microangiopatía y nefropatía diabéticas. El paciente fue evaluado por el comité multidisciplinar del hospital, conformado por psiquiatras, endocrinos, cirujanos bariátricos y nutricionistas, aceptándose para la realización de sleeve gástrico. Entre las pruebas complementarias realizadas, estaban una ecografía hepática, una gastroscopia, un tránsito esofagogástrico, una entrevista psiquiátrica, así como una valoración preanestésica completa. Previo a la cirugía, se logró un descenso del 10% de peso inicial, según indicaciones dietéticas del departamento de nutrición. Finalmente, fue intervenido realizando una gastrectomía vertical laparoscópica sobre tutor de 36F sin incidencias intraoperatorias, siendo alta



Figura 1 TC toracoabdominal con colección posquirúrgica y bazo normal.

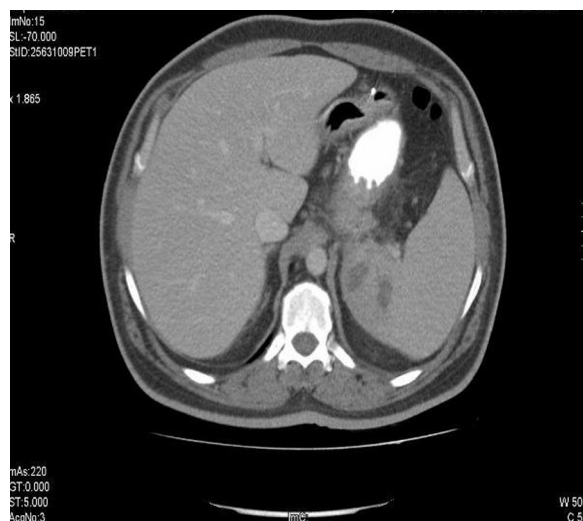


Figura 2 TC toracoabdominal con contraste oral sin fugas y presencia de infarto esplénico en polo superior.

hospitalaria a las 48 h. Consultó un mes después por dolor epigástrico y fiebre de hasta 40°C, practicando un TC toracoabdominal en el que se apreció una colección posquirúrgica, y se descartó mediante tránsito y endoscopia la presencia de fugas en la línea de sección; el bazo era completamente normal (fig. 1).

El paciente fue alta hospitalaria asintomático, 5 días después tras el drenaje radiológico de la colección y la instauración de antibioterapia intravenosa. En el cultivo del líquido obtenido creció un *Streptococcus beta haemolyticus* grupo C. Las revisiones a los 3 y 6 meses tras la intervención fueron normales presentando una glucemia en ayunas de 80 mg/dl y una HbA1c de 5.7%. A los 9 meses de la operación consultó nuevamente por presentar dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo desde hacía 15 días, asociando febrícula en las últimas 24 h. Se realizó un TC toracoabdominal con contraste oral no observándose fugas y apreciando imágenes compatibles con infartos en el polo superior del bazo (fig. 2).

Un nuevo tránsito y una gastroscopia descartaron la existencia de fugas a nivel de la línea de grapado. El paciente fue sometido a tratamiento médico con antipiréticos y antibióticos de amplio espectro desapareciendo el dolor abdominal y siendo alta al 6.º día de ingreso. Los hemocultivos al ingreso resultaron negativos, y un angio-TC, descartó la presencia de anomalías vasculares que justificasen dicho hallazgo. También se realizó una ecocardiografía, con el fin de descartar una valvulopatía reumática, que fue normal. Un mes más tarde se practicó un TC de control observando estabilidad de las lesiones esplénicas ya conocidas. El paciente permanece asintomático un año tras la intervención quirúrgica.

Discusión

La gastrectomía vertical laparoscópica es uno de los procedimientos de cirugía bariátrica más populares en todo el mundo. Las complicaciones precoces más frecuentes son la hemorragia intraluminal o extraluminal, la dehiscencia de la línea de grapado y la colección o absceso en el lecho quirúrgico. Entre las menos frecuentes se encuentra el absceso⁵ y el infarto esplénico⁶⁻⁸. Este último, que ya fue descrito tras la realización de una funduplicatura de Nissen por sección de los vasos breves^{9,10}, puede ocurrir tras la gastrectomía vertical desde el mismo momento en que se realiza la liberación de la curvatura mayor gástrica¹¹ hasta el 7.º día postoperatorio¹². Aunque el infarto esplénico cursa normalmente de manera asintomática, también puede provocar fiebre y dolor en hipocondrio izquierdo irradiado al hombro, simulando una fístula o un absceso (local o esplénico), por lo que resulta prioritario realizar un rápido diagnóstico diferencial^{3,12}. Lo singular de nuestro caso es la presentación tardía por lo que tal vez además de cierto compromiso vascular (no confirmado con pruebas de imagen), el infarto fuera desencadenado por la infección local que padeció el paciente meses atrás.

El tratamiento del infarto esplénico debe ser inicialmente conservador con analgesia y control de constantes. Solo en contadas ocasiones, cuando los síntomas persisten más de 2 semanas, pueden barajarse otras opciones terapéuticas como la esplenectomía.

Existe una serie de recomendaciones técnicas para disminuir el riesgo de que se produzca un infarto esplénico tras la gastrectomía vertical laparoscópica tales como realizar una disección de los vasos breves próxima a la curvatura mayor gástrica³ y una cuidadosa manipulación del ángulo de His³. Algunos autores visualizan el bazo antes de finalizar el acto quirúrgico con el fin de detectarlo precozmente y emplean instrumentos de coagulación con palas estrechas para una disección selectiva.

Conclusiones

En resumen, a pesar de que el infarto esplénico tras la gastrectomía vertical es infrecuente y suele hacerse evidente en los primeros días postoperatorios, debemos incluirlo también en el diagnóstico diferencial de las complicaciones a largo plazo, distinguiéndolo de los abscesos locales o esplénicos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Shabbir A, Dargan D. The success of sleeve gastrectomy in the management of metabolic syndrome and obesity. *J Biomed Res.* 2015 Apr;29:93–7.
2. Goitein D, Raziel A, Szold A, Sakran N. Assessment of perioperative complications following primary bariatric surgery according to the Clavien-Dindo classification: comparison of sleeve gastrectomy and Roux-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2015.
3. Dhanasopon AP, Lewis CE, Folek JM, Dutson EP, Mehran A. Splenic infarct as complication of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5:626–9.
4. Sakran N, Ilivitzki A, Zeina AR, Assalia A. Splenic abscess after sleeve gastrectomy: a report of two cases. *Obes Facts.* 2012;5:635–9.
5. Rojas A, Opazo M, Muñoz P, Carvajal C. Splenic gangrene due to *Streptococcus anginosus* after a sleeve gastrectomy. Report of one case. *Rev Med Chil.* 2010;138:1539–43.
6. Gumbs AA, Gagner M, Dakin G, Pomp A. Sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg.* 2007;17:962–9.
7. Akkary E, Duffy A, Bell R. Deciphering the sleeve: technique, indications, efficacy, and safety of sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2008;18:1323–9.
8. Freza EE, Reddy S, Gee LL, Wachtel MS. Complications after sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg.* 2008 Oct 16. Epub.
9. Martinez DG, Sanchez AW, Garcia AP. Splenic abscess after laparoscopic Nissen fundoplication: a consequence of short gastric vessel division. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2008;18:82–5.
10. Wilkinson NW, Edwards K, Adams EP. Splenic infarction following laparoscopic Nissen fundoplication: management strategies. *JSL.* 2003;7:359–65.
11. Szewczyk T, Janczak P, Janiak A, Gaszyński T, Modzelewski B. Laparoscopic sleeve gastrectomy - 7 years of own experience. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2014;4:27–35.
12. Stamou KM, Menenakos E, Gomas IP, Panousopoulos SG, Smparounis S, Leandros E, et al. Clinical implications of sleeve gastrectomy as a source of spleen infarction or ischemia. *Obes Surg.* 2011 Oct;21:1490–3.