

ARTÍCULO ORIGINAL

Esplenectomía laparoscópica en pacientes con enfermedades hematológicas benignas. Reporte preliminar

Laparoscopic splenectomy in patients with benign hematological diseases
Short communication

Elliott Martínez Pérez^I, Leopoldo Fernández Rodríguez^{II}, Norlan Bressler Hernández^{II}, Ramiro Torres Core^{II}.

I Especialista de I y II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La esplenectomía laparoscópica por enfermedades hematológicas es la operación por laparoscopia más frecuente sobre órganos sólidos. **Métodos:** Se presenta el resultado obtenido en cuatro pacientes del sexo masculino, con edad promedio de 30 años (25 años a 47 años) en que se realizó esplenectomía laparoscópica en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. **Resultados:** El tiempo operatorio promedio fue de 132 min (45 min a 210 min). No fue necesario transfusión de plaquetas en los pacientes involucrados en el estudio y ninguno presentó bazo accesorio. No hubo necesidad de conversión a cirugía abierta y no se presentó ninguna complicación posoperatoria. La mortalidad en esta serie fue de cero. La estadía posoperatoria fue de 2,5 días promedio (2 a 4 días). **Conclusiones:** La esplenectomía por vía laparoscópica es una alternativa segura en pacientes con enfermedades hematológicas benignas.

Palabras clave: esplenectomía, esplenectomía laparoscópica, bazo/cirugía, procedimientos quirúrgicos laparoscópicos.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic splenectomy in benign hematological illnesses is the most frequent laparoscopic surgery on solid organs. **Methods:** The surgical results from patients who underwent laparoscopic splenectomy in the Medical Surgical Research Center are presented here. The series accounted for four male patients whose average age was 30 years (25 years to 47 years). **Results:** The surgical average time was about 132 min (45 min to 210 min). Platelet transfusion was not necessary for any of the patients in the study. No patient had accessory spleen. Conversion to open surgery was not needed. There were no postoperative complications. There was no mortality in this series. The postoperative hospitalization covered an average of 2,5 days (2 to 4 days). **Conclusions:** Laparoscopic splenectomy is a safe alternative for patients with benign hematological illnesses.

Key words: splenectomy, laparoscopic splenectomy, spleen/surgery, laparoscopic surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido extender esta vía de abordaje a la cirugía de órganos sólidos, la esplenectomía por enfermedades hematológicas es la operación más frecuente. La púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) refractaria a tratamiento médico, es la principal indicación para la esplenectomía, excluyendo las esplenectomías por traumas.

Descrito por primera vez en el año 1991⁽¹⁾ el abordaje laparoscópico para la esplenectomía, se ha convertido en la vía de elección en la gran mayoría de las enfermedades hematológicas, que clásicamente se han resuelto por cirugía abierta⁽²⁾. En el año 2009 se inicia en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas el abordaje laparoscópico para la esplenectomía en pacientes portadores de enfermedades hematológicas benignas. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados quirúrgicos en estos pacientes y la técnica empleada.

MÉTODOS

En el año 2011 se realizaron cuatro esplenectomías laparoscópicas en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas en pacientes procedentes del Servicio de Hematología, donde se le realizó la preparación previa al acto quirúrgico. A todos los pacientes se les presentó el consentimiento informado y dieron su aprobación para ser intervenidos quirúrgicamente mediante dicho proceder. Se excluyeron pacientes con enfermedades malignas del bazo, pacientes con enfermedades sobreañadidas que contraindican el procedimiento video laparoscópico y pacientes con trauma esplénico. Las variables en estudio fueron edad, sexo, conversión a cirugía abierta, número de trocar, uso de drenaje, uso de sangre, tiempo quirúrgico, reintervenciones, extracción de bazos accesorios, estadía hospitalaria, complicaciones transoperatorias y posoperatorias. La información se recogió a través de las planillas de recolección de datos confeccionadas para tal efecto.

Técnicas empleadas.

El procedimiento es realizado bajo anestesia general, con el paciente en posición decúbito lateral derecho en 60°. Un monitor se ubica a la izquierda del paciente, el cirujano se dispone a la derecha y el primer ayudante al lado derecho del cirujano. El primer puerto de entrada se sitúa en un punto equidistante entre el ombligo y el reborde costal izquierdo, donde se coloca un trocar de 10 mm por el cual se introduce el video laparoscopio; un segundo trocar de 10 mm o 12 mm se coloca 2 cm por debajo del reborde costal a nivel de la línea axilar anterior, a través del cual trabajará el cirujano con su mano derecha; un tercer trocar de 5 mm se colocará en un punto equidistante entre el ombligo y el apéndice xifoides a través del cual trabajará el cirujano con su mano izquierda y un cuarto trocar de 10 mm o 12 mm se colocará a nivel de la línea axilar media a 2 cm por debajo del reborde costal izquierdo para el trabajo del ayudante, este cuarto trocar no se utilizó en los dos últimos casos. Figura 1.



Figura 1. Posición de los trocar.

Posteriormente previa revisión de la cavidad abdominal se procede a la sección del ángulo esplénico del colon, seguido de la sección del epiplón gastrosplénico y los vasos cortos, disección y ligadura de la arteria esplénica en el borde superior del páncreas o ligadura y sección por la cara posterior del bazo. Una vez realizado esto se efectúa la sección del ligamento esplenorrenal y liberación de la cara posterior del bazo. Previa colocación de clips se secciona el hilio esplénico o sección con endoguía en los casos de ligadura previa por separado del tronco de la arteria esplénica, después de lo cual se introduce una bolsa plástica de extracción, morcelado del bazo y extracción de fragmentos y la bolsa, drenaje de la celda esplénica en sitio del trocar subcostal izquierdo.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de 30 años (25 años a 47 años), los cuatro del sexo masculino. La indicación de cirugía en todos los casos fue por PTI refractario a tratamiento médico. El tiempo quirúrgico fue de 138 min en promedio (40 min a 210 min). Ningún paciente presentó bazo accesorio. En los dos últimos casos se colocaron solo tres trocar. No hubo necesidad de conversión a cirugía abierta en ningún paciente. No ocurrieron accidentes transoperatorios. La pieza fue extraída en endobolsa previo morcelado del bazo en su interior. El sangrado transoperatorio promedio fue de 60 ml y osciló entre 50 ml y 80 ml. La estadía promedio posoperatoria fue de 2,5 días (2 días a 4 días). Los pacientes fueron realimentados en el primer día de operado. No se presentaron complicaciones mayores.

DISCUSIÓN

La esplenectomía como tratamiento de enfermedades hematológicas fue descrita por primera vez en el año 1910 en la esferocitosis hereditaria. Desde entonces son numerosas las enfermedades cuyo tratamiento precisa de la extirpación del bazo. Se ha observado que el proceder laparoscópico proporciona una recuperación posoperatoria inmediata similar a la observada en la colecistectomía laparoscópica, con menor estadía hospitalaria, menor dolor posoperatorio, más rápida incorporación del paciente a sus actividades habituales y mejor resultado estético. Además de lograr los mismos resultados que la cirugía convencional en cuanto a curación de la enfermedad, base por la cual se indicó la realización de la esplenectomía. Sin embargo, la realización de la esplenectomía laparoscópica y los resultados satisfactorios dependen del entrenamiento del cirujano en este tipo de cirugía y en gran medida por la llamada curva de aprendizaje⁽³⁾.

La esplenectomía laparoscópica está indicada como regla de oro en el tratamiento de las enfermedades hematológicas benignas con bazo de peso no mayor de 1000 gr y/o tamaño no mayor de 25 cm². En el caso de la PTI el tratamiento es esencialmente médico, basado en el uso de corticoides, inmunoglobulinas, plasmaféresis y quimioterapia. La falta de respuesta a este tratamiento constituye la principal indicación de esplenectomía en estos pacientes, con buen resultado hasta en el 85% de ellos⁽²⁾. Desde que fue descrita por primera vez en 1991⁽¹⁾, la vía laparoscópica para la extracción del bazo ha sido desarrollada por numerosos centros en todo el mundo y constituye actualmente la vía de elección en numerosas enfermedades, especialmente en la PTI.

No existen trabajos prospectivos que comparen resultados en PTI tratados con cirugía abierta y laparoscópica. Los trabajos que comparan series históricas muestran resultados similares con respecto a la remisión de la enfermedad, con ventajas comparativas del abordaje laparoscópico, dado por menor uso de analgesia posoperatoria, realimentación precoz y menor estadía hospitalaria⁽²⁾.

Se han descrito básicamente dos técnicas de ubicación del paciente y del equipo quirúrgico para realizar la esplenectomía laparoscópica. La primera corresponde a los primeros reportes de esta operación⁽¹⁾, es la llamada técnica anterior en que el

paciente es ubicado en posición de litotomía con el cirujano entre las piernas del paciente. La segunda alternativa llamada técnica lateral, es la más usada actualmente, incluso para los grupos pioneros que iniciaron su experiencia con la técnica llamada anterior^(4,5) y es la que se ha adoptado en esta serie.

En este abordaje el paciente es ubicado en posición decúbito lateral derecho y el cirujano se ubica a la derecha del paciente. Permite una más fácil exposición del bazo y abordaje del hilio esplénico al desplazar el colon, el estómago y el epiplón mayor, por gravedad, al estar lateralizado el paciente hacia el lado derecho. Se describe un menor porcentaje de conversión (0% a 10%)⁽⁶⁻⁸⁾ al ser comparada con la técnica anterior (20% a 50%)⁽⁹⁾. La presencia de bazo accesorio se describe en el 15% al 20% de la población general en autopsias⁽¹⁰⁾. En esta serie no se encontró ningún bazo accesorio. La literatura coincide respecto al menor porcentaje de bazo accesorio encontrado en cirugía laparoscópica versus abierta, que puede ser hasta tres veces menor⁽¹¹⁾, lo que ha sido objeto de preocupación y especial interés, debido al riesgo de recidiva posible por la no extirpación de estos bazos. Sin embargo algunos trabajos plantean que la mayoría de las recidivas se deben a destrucción ectópica intrahepática de plaquetas, más que por la presencia de bazos accesorios⁽¹²⁾ y sólo el 40% de los pacientes con recidiva y presencia de bazo accesorio responde a la extirpación de este⁽¹³⁾. La conversión a cirugía abierta se describe hasta en el 19% de los casos⁽¹⁴⁾. Habitualmente esto se debe a hemorragias que en algunas series se presentan más frecuentemente por el uso de clips para control del pedículo esplénico en vez del uso de engrapadora vascular cortante. Por esta razón muchos recomiendan el uso de este instrumento cuando está disponible, para el control de los vasos del pedículo. El uso de engrapadora vascular, por otro lado, disminuye el tiempo operatorio al ser comparado con el uso de clips o ligaduras⁽⁸⁾. En esta serie solo se usó en un caso que fue el de menor tiempo quirúrgico de solo 40 min. El tiempo quirúrgico resultó similar a lo descrito en la mayoría de las series internacionales. Las complicaciones posoperatorias en general son menores presentándose en el 10% a 15% de los pacientes. Otras complicaciones descritas son hemorragia, derrame pleural, neumonía, absceso subfrénico, trombosis venosa profunda, lesiones pancreáticas, gástricas y de colon;

existen también reportes de mortalidad asociada al procedimiento en 2% a 4% de los casos⁽¹⁵⁾. La estadía posoperatoria promedio presentó cifras en general comparables a las descritas por diferentes autores^(1,16), es algo mayor en grupos que retardan el alta hasta estabilizar el recuento plaquetario⁽¹⁷⁾.

En cuanto a los detalles de la técnica quirúrgica de la EL, el abordaje en decúbito lateral proporciona una mayor facilidad para la disección y ligadura de la arteria esplénica, facilita más la sección a nivel del hilio y la resección posterior del bazo, disminuyendo por otro lado, el sangrado transoperatorio. Sin embargo, la posición en decúbito supino con elevación del hipocondrio izquierdo, facilita una mejor exploración de la cavidad para la detección y exéresis de bazos accesorios fuera del hilio esplénico y la realización de procederres asociados como la colecistectomía⁽²⁻⁴⁾.

CONCLUSIONES

La esplenectomía laparoscópica es una técnica reproducible y segura que brinda las ventajas de la cirugía laparoscópica (menor morbilidad y mortalidad posoperatoria), sobre todo en las enfermedades hematológicas benignas con bazo de tamaño normal o esplenomegalia no mayor de 25 cm. Su desventaja relativa radica en la necesidad de poseer un entrenamiento y experiencia en cirugía laparoscópica, así como el efecto negativo de la curva de aprendizaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delaitre B, Maignien B. Splenectomie par voie coelioscopique: Une observation Press Med. 2001;44:22-3.
2. Gargiulo N, Zenilman M. Splenectomy for hematologic disorders. En: Cameron JL, editors. Current surgical therapy. St Louis: Mosby, Inc; 2001: 587-91.
3. Trias M, Targarana EM, Espert JJ, Halagué C. Laparoscopic surgery for esplenic disorders. Surg Endosc. 1998;12(1):66-72.
4. Delaitre B. Laparoscopic splenectomy. The “hanged spleen” technique. Surg Endosc. 1995;9:528-9.
5. Delaitre B, Pitre J. Laparoscopic splenectomy versus open splenectomy: a comparative study. Hepato Gastroenterol. 1997;44:45-9.

6. Szold A, Sagi B, Merhav H, Klausner J. Optimizing laparoscopic splenectomy. Technical details and experience in 59 patients. *Surg Endosc.* 1998;12(8):1078-81.
7. Smith C, Meyer T, Goretski M. Laparoscopic splenectomy by the lateral approach: a safe and effective alternative to open splenectomy for hematologic diseases. *Surg.* 1996;120(5):789-94.
8. Park A, Gagner M, Pomp A. The lateral approach to laparoscopic splenectomy. *Am J Surg.* 1997;173(2):126-30.
9. Cadiere G, Verroken R, Himpens J. Operative strategy in laparoscopic splenectomy. *J Am Coll Surg.* 1994;179(6):668-72.
10. Wadham B, Adams P, Jonson M. Incidence and localization of accessory spleens. *N Engl J Med.* 1981;304(18):1111.
11. Yee L, Carvajal S, De Lorimier A. Laparoscopic splenectomy. The initial experience at University of California. San Francisco: *Arch Surg.* 1995;130(8):874-9.
12. Najean Y, Dufour V, Rain J, Toubert M. The site of platelet destruction in thrombocytopenic purpura as a predictive index of the efficacy of splenectomy. *Br J Haematol.* 1991;79(2):271-6.
13. Berchtold P, McMillan R. Therapy of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in adults. *Blood.* 1989;74(7):2309-17.
14. Flowers J, Lefor A, Steers J, Heyman M, Graham S, Imbembo A. Laparoscopic splenectomy in patients with hematologic diseases. *Ann Surg.* 1996;224(1):19-28.
15. Poulin E. Laparoscopic splenectomy. En: Eubanks S, Swanström L, Soper N, editors. *Mastery of Endoscopic and Laparoscopic Surgery.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000. p. 306-19.
16. Katkhouda N, Hurwitz M, Rivera R. Laparoscopic splenectomy: outcome and efficacy in 103 consecutive patients. *Ann Surg.* 1998;228(4):568-78.
17. Bresler L, Guerci A, Brunaud L. Laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura: outcome and long-term results. *World J Surg.* 2002;26(1):111-4.

Recibido: 17 de mayo de 2015

Aceptado: 19 de julio de 2015

Dr. Elliot Martínez Pérez. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 y 11B, Siboney, Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: elioth.mtnez@infomed.sld.cu