

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DEL PRIMER CASO EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS

LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY: FIRST CASE REPORTED IN HOSPITAL SANTO TOMAS

Dr. Nicolás Liakópulos¹, Dr. Rogelio Pérez V.¹, Dr. Aldo Antonio Ávila.², Dr. Waldo Gonzalez²

¹Cirujano General, Hospital Santo Tomás

²Residente de Cirugía General, Hospital Santo Tomás

RESUMEN

La cirugía mínimamente invasiva poco a poco ha tomado importancia en el manejo quirúrgico de muchas enfermedades e inclusive es la técnica de elección en algunas otras como las colecistectomías. La esplenectomía por vía laparoscópica es un procedimiento laborioso que amerita recursos técnicos mayores, pero no escapa de todos los beneficios que per se ofrece la cirugía laparoscópica: más rápida recuperación postoperatoria, deambulación temprana, menor dolor postoperatorio, mejor función pulmonar, menor estancia hospitalaria, menor incapacidad y mejores resultados cosméticos entre otros.

Presentamos el primer paciente a quien se le realizó esplenectomía vía laparoscópica en el Hospital Santo Tomás.

Palabras claves: Esplenectomía, cirugía laparoscópica, pneumovax, trombocitopenia.

ABSTRACT

The minimum invasive surgery has taken some importance in the management of many diseases and inclusively is the elective technique in some other like cholecystectomy. The splenectomy by laparoscopic way is a laborious proceeding that requires a major technique, but it doesn't escape from the benefits per se of the laparoscopic surgery: the faster postoperative recuperation, rapidly deambulation, less postoperative pain, better lung function, less hospitalary station, less incapacity and better cosmetic results and others.

We present the first patient who had a splenectomy by the laparoscopic way in Hospital Santo Tomas.

Key words: Splenectomy, laparoscopic surgery, pneumovax, thrombocytopenia.

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica es la variedad más popular de las tan mencionadas "cirugías mínimamente invasivas". Kelling en 1901 introdujo, por primera vez, un citoscopio en un abdomen inflado. Desde entonces ha habido enormes cambios y progresos en la cirugía laparoscópica, desde la evolución de los lentes, fuentes de luz y endoscopios flexibles, hasta su uso tanto diagnóstico como terapéutico.¹

Desde 1910, la esplenectomía ha sido utilizada como procedimiento terapéutico en el manejo de diversas enfermedades hematológicas. En 1916 fue descrita por primera vez en el tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática.²

En 1991 se da la primera descripción exitosa de una esplenectomía laparoscópica. Esta modalidad ofrece ventajas claras, como más rápida recuperación postoperatoria, menor estancia hospitalaria y menor incapacidad.²

CASO CLÍNICO

Enfermedad Actual

Paciente femenina de 46 años conocida por púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) desde febrero del 2002, tratada con prednisona. Reingresa en mayo de 2002 por lesiones equimóticas en tronco y extremidades asociadas a sangrado transvaginal abundante y debilidad generalizada de 2 semanas de evolución.

Examen Físico

Signos Vitales

PA: 110 / 70 mmHg Fc: 80x' Fr: 14x' T: 37°C

Al examen físico se observaban lesiones equimóticas en la espalda, el abdomen y las extremidades. No se palpó hepatomegalia ni esplenomegalia. El resto del examen fue normal.

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina de 12.4 g/dL, hematócrito de 37.5%, glóbulos blancos en 8,300/mL, neutrófilos en 54% y las

plaquetas en 20,000/mL. Una VES de 22 mm/hr, VRDL y HIV negativos. Sus tiempos de coagulación se encontraban dentro de los límites normales.

Se le realizó una transfusión de 4 unidades de plasma fresco congelado.

Exámenes de Gabinete

Médula ósea: Hiperplasia eritroide con trombocitopenia e hiperplasia megacariocítica.

USG abdominal: Esplenomegalia de ± 15 cm.

Centelleo hepatoesplénico: Estudio normal, sin presencia de bazos accesorios.

Procedimientos, Diagnóstico y Tratamiento

Se decidió realizar la esplenectomía en esta paciente por la mala respuesta al tratamiento con corticoides a pesar de las dosis elevadas.

Se preparó a la paciente con d globulina 15 días antes de la intervención quirúrgica, hidrocortisona preoperatoria, cefoxitina preoperatoria y pneumovax 2 semanas previo al procedimiento. Los laboratorios preoperatorios mostraban una hemoglobina de 12.9 g/dL, hematócrito de 38.1% y plaquetas de 343.000/mL. Los tiempos de coagulación estaban dentro de los límites normales.

La cirugía se llevó a cabo el día 24 de mayo de 2002, previa colocación de una sonda nasogástrica y vendas elásticas en los miembros inferiores, y se colocó a la paciente en decúbito dorsal con las piernas abiertas.

El diagnóstico preoperatorio fue de Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

Entre los hallazgos encontrados presentaba un bazo ± 15 cm y un bazo accesorio en el epiplón mayor. Se le realizó una esplenectomía laparoscópica y se le colocó un drenaje Jackson Pratt. El tiempo quirúrgico fue de 240 minutos y se le transfundieron 2 unidades de glóbulos rojos empacados transoperatorios.

Evolución Postoperatoria

Se retiró la sonda nasogástrica a las 6 horas postoperatorias con inicio de vía oral a las 36 horas, y se retiró el drenaje Jackson Pratt a las 24 horas.

Los laboratorios postoperatorios mostraron una hemoglobina de 12 g/dL, un hematócrito de 36.3%, los glóbulos blancos en 15,500/mL, los neutrófilos en 74% y las plaquetas en 195,000/mL.

Finalmente se le dio salida a las 48 horas postoperatorias.

DISCUSIÓN

La esplenectomía por laparoscopia es una cirugía de disección laboriosa sobre todo al considerar la posición y variaciones anatómicas del bazo y las dificultades técnicas en la cirugía como la friabilidad y difícil tracción del bazo además del probable sangrado rápido y severo en pacientes con hiperesplenismo y trombocitopenia.^{2,3}

En todos los pacientes, en quienes se piensa realizar una esplenectomía, se deben llevar a cabo ciertos estudios como ultrasonido abdominal para la evaluación de la vesícula y el árbol biliar y el tamaño del bazo, para considerar la colecistectomía en el mismo acto quirúrgico. El centelleo esplénico es de uso frecuente para detectar la presencia de bazos accesorios. Es necesario exámenes de rutina y cultivos de secreciones corporales para investigar posibles focos de infección que pudieran causar problemas postoperatorios.^{2,4} Todos los pacientes deben recibir la vacuna antineumónica polivalente 15 días antes de la esplenectomía.^{2,3}

Se consideran contraindicaciones absolutas para la esplenectomía laparoscópica, pacientes con enfermedad cardiopulmonar, cirrosis con hipertensión portal y bazo ≥ 20 cm o ≥ 500 g.¹⁻³

La púrpura trombocitopénica idiopática es la indicación más común para esplenectomía y está indicado el procedimiento cuando existe trombocitopenia sintomática refractaria a tratamiento médico por 4 – 6 semanas, pacientes que requieran dosis tóxicas de esteroides para alcanzar remisión y pacientes que sufren recaídas después de la respuesta inicial al tratamiento médico.³

Desde 1991, año en que comenzó la esplenectomía laparoscópica, poco a poco se han dado informes acerca de la experiencia de diferentes centros. En 1994, Cadiere publica su serie de 17 pacientes, con un tiempo operatorio de 180 minutos, un porcentaje de conversión de 11.8 %, estancia hospitalaria de 3 días, sin mortalidad.²

En 1998, Kartkhouda reporta 108 casos con un tiempo operatorio promedio de 161 minutos, tasa de conversión de 3.9% y estancia hospitalaria de 2.5 días.²

Laurent Bresler, et al, en 2002, publican una serie de 27 pacientes con 96% de éxito, un tiempo transoperatorio promedio de 90 minutos, solo tres complicaciones postoperatorias, 3% de tasa de conversión y una estancia hospitalaria promedio de 7 días.⁵ Además, Bresler realizó un seguimiento a largo plazo de la evolución de los pacientes y encontró que a los 3 días postoperatorios el 93% de los pacientes tuvieron una respuesta plaquetaria satisfactoria a la esplenectomía, 3 pacientes al mes y 4 pacientes al año, resultado que

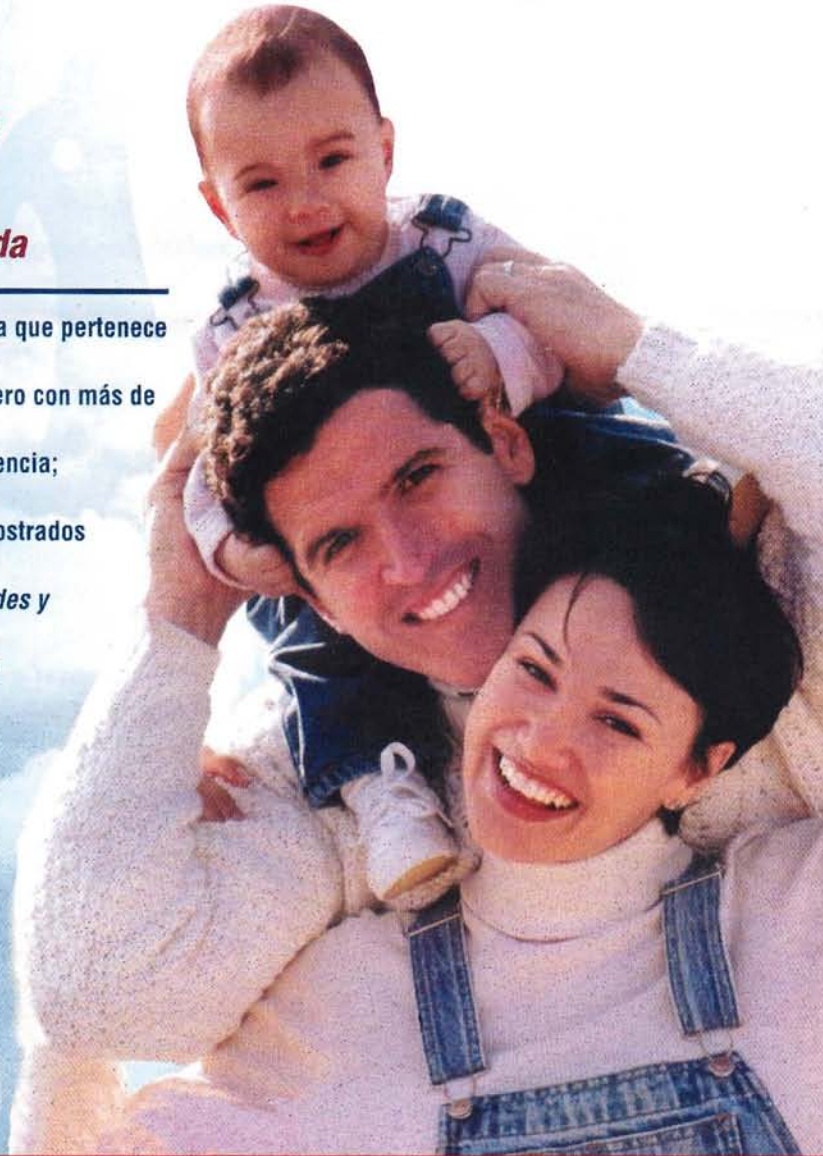

CAPITAL DE SEGUROS, S.A.

The Mutual Group of Companies

Respaldo que Responde

**Especialistas
en Pólizas
de Salud y Vida**

Somos una empresa que pertenece
a un Grupo Financiero con más de
160 años de experiencia;
dónde quedan demostrados
*Los Valores, Actitudes y
Calidad de Servicio*
a nuestros clientes.



Panamá Tel.:223-1511 • Fax:264-1949 • David Telfax:777-1179
Ave. Samuel Lewis. Edificio Plaza Obarrio, oficina 201

es similar al observado con esplenectomía abierta. En nuestra paciente se observó una respuesta inmediata en su conteo plaquetario.⁵

Es muy temprano para hacer conclusiones sobre este tipo de cirugía en nuestra institución, sin embargo a pesar de su complejidad, se puede realizar en nuestro medio y, aparentemente, con buenos resultados.

REFERENCIAS

1. Seymour Schwartz. Principios de Cirugía. 7ma Edición. México. Interamericana McGraw – Hill 1998. 1490-1.
2. Heredia J, Carrasco R, Shuchleib Ch, Chousleb K Pérez C. Cirugía Endoscópica: actualidades, avances y perspectivas. Primera edición. México. Interamericana McGraw – Hill 1998. 165-9.
3. Cervantes J, Patiño JF. Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica. Primera edición. México. Interamericana McGraw – Hill 1997. 254-63.
4. Gigot JF, Etienne J, Lengele B, Kestens PJ. Esplenectomía Laparoscópica: Aspectos Técnicos. Cliniques Universitaires Saint – Luc Bruxelles - Belgique
5. Bresler L, et – al. Laparoscopic Splenectomy for Idiopathic Trombocytopenic Purpura: Outcome and Long – Term Results. Worl J. Surg. 2002; 26: 111-4.