



V-69 - QUISTE ESPLÉNICO GIGANTE. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

V. López, J. Abrisqueta, J.A. Luján, I. Abellán, Q. Hernández, J. Gil, P. Jimeno, V. Soriano y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: Los quistes esplénicos son entidades poco frecuentes y se clasifican en quistes verdaderos o pseudoquistes basándose en la presencia de un revestimiento epitelial. Los quistes congénitos verdaderos pueden ser quiste epidermoide, quiste dermoide, linfangioma quístico y hemangioma quístico, presentándose a una edad temprana, y comúnmente en el polo superior del bazo. Hoy en día, un abordaje mínimamente invasivo se recomienda cada vez más, por su fiabilidad y seguridad como técnica quirúrgica, al mismo tiempo que nos ofrece un enfoque conservador en el tratamiento de lesiones de bazo seleccionadas.

Caso clínico: Una mujer de 50 años derivada para completar estudio a nuestro hospital tras el hallazgo incidental en una ecografía abdominal de una lesión quística en hipocondrio izquierdo. Como antecedentes personales no refería antecedentes médicos-quirúrgicos de interés. Durante el estudio de la paciente presentaba una analítica dentro de los límites de la normalidad. A la exploración física presentaba una masa a la palpación no dolorosa en hipocondrio izquierdo sin signos de defensa ni irritación peritoneal. En la ecografía abdominal que adjuntaba se informaba de quiste de 8 cm de diámetro, con tabique fino en su interior, situado en hipocondrio izquierdo, entre bazo y riñón, de difícil filiación (quiste simple renal o quiste en polo inferior del bazo). En la tomografía axial computarizada abdominal se apreció masa de 7 cm de diámetro medio, de atenuación líquida simple, sin signos de captación ni contenido cálcico, sin poder definir la existencias de tabiques, situada en polo inferior de bazo, única, rodeada en más del 90% por parénquima esplénico. Ante los hallazgos descritos se decidió intervención quirúrgica programada. El abordaje quirúrgico fue mediante vía laparoscópica con el paciente en decúbito lateral derecho hallando quiste esplénico de 10-12 cm en polo inferior esplénico, se procedió a la ligadura de arteria esplénica, movilización del bazo, ligadura de vasos breves, sección del pedículo esplénico con endoGIA, extracción esplénica con endoCATH, fragmentando el bazo y sacando la cápsula del quiste íntegra. La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones siendo alta a los dos días postoperatorios.

Discusión: El tratamiento quirúrgico se recomienda para los quistes sintomáticos, grandes (más de 5 cm), o complicados. En función del número de quistes, ubicación, relación con el hilio esplénico, y los vasos esplénicos principales, las opciones quirúrgicas incluyen la aspiración, la marsupialización, cistectomía, cistectomía parcial, y la esplenectomía parcial o completa. Los recientes avances en las técnicas laparoscópicas han hecho que la cirugía de mínimo acceso no sólo sea factible, sino preferible. La laparoscopia mediante abordaje lateral ("bazo colgante") en comparación con la

incisión abdominal superior es un procedimiento quirúrgico seguro que ofrece un acceso mínimo y de gran visualización en los trastornos del bazo, permitiendo un tratamiento completo, menor morbilidad postoperatoria, menor afección a la función pulmonar, retorno en menor tiempo del tránsito intestinal, mejor resultado cosmético y una estancia hospitalaria más corta, al mismo tiempo que podemos preservar la función esplénica. Sin embargo, sigue siendo un procedimiento técnicamente demandante, principalmente por los riesgos de accidentes hemorrágicos.