

de Finochietto, trocar cánula de Palanivelu, etc.^{1,6,9}. Pero ninguno de ellos se puede considerar un método de evacuación perfecto.

Existen escasas citas bibliográficas respecto al empleo de TL para el drenaje de quistes hidatídicos tanto en cirugía laparotómica o laparoscópica^{1,2,7-10}. Kayaalp et al en la serie más amplia (27 pacientes) obtienen buenos o excelentes resultados en la evacuación del contenido en el 85- 100% de los pacientes con quistes Gharbi I a III, pero sólo en un 57% de los Gharbi tipo IV. Los mejores resultados los obtiene en quistes situados en los segmentos anteriores y en los de mayor tamaño (10 cm)⁷.

El uso del TL consigue un buen vaciamiento del quiste, destacando especialmente su gran estanqueidad y sin reflujo de material, permite instilar un escolicida tras la primera aspiración y se puede emplear en todos los segmentos hepáticos aunque es más incómodo en los posteriores^{1,2,7,8}. La evacuación es menos eficiente en quistes: pequeños, infectados y/o intraparenquimatosos⁷.

Creemos que la cirugía idónea de la HH es una técnica cerrada radical ya que disminuye la recidiva con una baja morbimortalidad. Pero en grandes quistes (mayores de 10 cm), o en determinadas localizaciones puede ser recomendable efectuar un vaciamiento previo del quiste². En dichos casos o cuando se realicen técnicas conservadoras donde la apertura es sistemática^{1,8}, el empleo de TL es un método sencillo, efectivo y seguro para obtener una buena evacuación del contenido intraquístico. En nuestra experiencia consigue una excelente evacuación aunque no completa del contenido intraquístico. No lo aconsejamos en quistes pequeños o cercanos a estructuras vasculobiliares importantes .

BIBLIOGRAFÍA

1. Lam VWT, Merrett ND. Drainage of hepatic hydatid cyst with a surgiport. ANZ J Surg. 2005;75:1022-3.
2. Rogiers X, Bloechle C, Broelsch CE. Safe decompression of hepatic hydatid cysts with a laparoscopic surgiport. Br J Surg. 1995;82:1111.

3. Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha A, Peromingo R, Díe J, et al. Hepatic hydatidosis. Radical vs conservative surgery 22 years of experience Rev Esp Enferm Dig. 2008;100:82-5.
4. Aydin U, Yazici P, Onen Z, Ozsoy M, Zeytunlu M, Kiliç M, et al. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. Turk J Gastroenterol. 2008;19:33-9.
5. Yüksel O, Akyürek N, Sahin T, Salman B, Azili C, Bostanci H. Efficacy of radical surgery in preventing early local recurrence and cavity-related complications in hydatid liver disease. J Gastrointest Surg. 2008;12:483-9.
6. Figuera D. Aspirating trocar for surgery of hydatid cysts and draining of purulent abscesses. Rev Clin Esp. 1953;50:373-5.
7. Kayaalp C. Evacuation of hydatid liver cysts using laparoscopic trocar. World J Surg. 2002;26:1324-7.
8. Vromen A, Zamir O, Begleitner N, Freund HR. The use of a disposable laparoscopic trocar for the injection and safe evacuation of echinococcus cysts of the liver. Surg Gyn Obst. 1993;17:517-8.
9. Luján Mompeán JA, Parrilla Paricio P, Robles Campos R, García Ayllón J. Laparoscopic treatment of a liver hydatid cyst. Br J Surg. 1993;89:907-8.
10. Palanivelu C, Senthilkumar R, Jani K, Rajan PS, Sendhilkumar K, Parthasarathi R, et al. Palanivelu hydatid system for safe and efficacious laparoscopic Management of hepatic hydatid disease. Surg Endosc. 2006;20:1909-13.

José Manuel Ramia Ángel*, José E. Quiñones Sampedro, Ramón Puga Bermúdez, Pilar Veguillas Redondo y Jorge García-Parreño Jofré

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 Ángel).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.019

Abordaje laparoscópico de abdomen agudo por torsión esplénica

Laparoscopy of acute abdomen due to splenic torsion

La torsión de un bazo ectópico es una entidad poco frecuente, secundaria a la rotación de un pedículo esplénico anormalmente elongado y a un déficit en los elementos de fijación del bazo. En caso de realizar la intervención sin encontrar signos de necrosis, la intervención recomendada es la esplenopexia¹. La torsión condiciona una isquemia que puede evolucionar a

infarto y necrosis esplénica, que precisa de esplenectomía quirúrgica urgente. En series clínicas que analizan la causa de las esplenectomías, la torsión esplénica representa el 0,2-0,5%^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años estudiada por cuadro clínico de más de un año de evolución de dolor

abdominal cólico de predominio en hemiabdomen izquierdo, que se acompañaba de náuseas, vómitos y malestar general. La paciente refería pérdida de 20 kg de peso en el último año. No presentaba fiebre ni otra sintomatología acompañante. Antecedentes más importantes: un embarazo hacia 13 meses y una intervención por torsión ovárica hacia 28 meses, sin necesidad de ooforectomía. Se habían realizado estudios analíticos, ecográficos y endoscópicos sin hallazgos. Se orientó como dolor psicósomático y estaba en tratamiento con antidepressivos.

La paciente ingresa en el Servicio de Digestivo de nuestro hospital por empeoramiento del dolor abdominal e intolerancia alimentaria. En la exploración física, presentaba un estado general correcto y se palpaba una masa de unos 15 cm localizada en el cuadrante inferior izquierdo, dolorosa al tacto. El resto del abdomen era blando, depresible y no doloroso. En la analítica inicial en sangre, el hematocrito era del 37% y el recuento de plaquetas de 220.000 U/ μ l. A las 12 horas el hematocrito descendió al 33% y las plaquetas a 38.000 U/ μ l. Se realizó una tomografía computarizada urgente que visualizaba un bazo aumentado de tamaño, localizado en pelvis, con torsión del hilio esplénico, reducción del realzamiento del parénquima esplénico y discreta cantidad de líquido libre en pelvis (fig. 1). Dados los hallazgos, se indicó intervención quirúrgica urgente.



Figura 1 – Tomografía computarizada con corte coronal. Esplenomegalia localizada en el cuadrante inferior izquierdo (flecha), reducción del realzamiento del parénquima esplénico y discreta cantidad de líquido libre en pelvis.

Se realizó un abordaje laparoscópico con 4 trócares y la paciente en posición de decúbito supino. Se identificó un bazo ectópico en pelvis, aumentado de tamaño, turgente, muy friable y con signos de isquemia. Inicialmente se recolocó el bazo a su posición habitual, maniobra que permitió una mayor movilidad de la víscera al disminuir la tracción del hilio esplénico. Se liberaron las adherencias y se practicó sección del pedículo esplénico con endograpadora. Se extrajo el bazo fragmentado en endobolsa (fig. 2).

La paciente realizó una evolución postoperatoria favorable, siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio con normalización de las plaquetas y la coagulación. El estudio anatomopatológico informó de bazo multifragmentado con congestión de la pulpa roja.

La torsión por bazo ectópico tiene una baja incidencia, secundaria a un anormal desarrollo del mesogastrio dorsal y a la ausencia o malformación de los elementos de suspensión del bazo⁴. Es más frecuente en mujeres entre la segunda y cuarta décadas de la vida y en edades pediátricas⁵. El cuadro clínico y los hallazgos de laboratorio son inespecíficos. Siendo el dolor abdominal crónico o agudo, la masa palpable y la oclusión intestinal las formas más frecuentes de presentación, por orden de frecuencia⁶. Su diagnóstico se suele realizar mediante técnicas de imagen, siendo la más utilizada en nuestro medio la tomografía computarizada en adultos y la ecografía en la edad pediátrica. En ausencia de infarto esplénico el tratamiento quirúrgico es la esplenopexia, con uso de material protésico de soporte, o no, según el grupo de trabajo⁷. La esplenectomía queda reservada para aquellos casos con infartos, en los que la destorsión no conlleva un bazo viable. La decisión de realizar un acceso laparoscópico o laparotómico viene condicionada por la estabilidad hemodinámica del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.

La esplenectomía laparoscópica es una técnica aceptada desde hace más de 10 años para el abordaje de la dolencia no urgente del bazo. Especialmente en enfermedades hematológicas⁸. Presenta las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, permite una completa exploración de la cavidad abdominal y realizar los dos procedimientos terapéuticos: la esplenopexia y la esplenectomía. Dado el tamaño y la

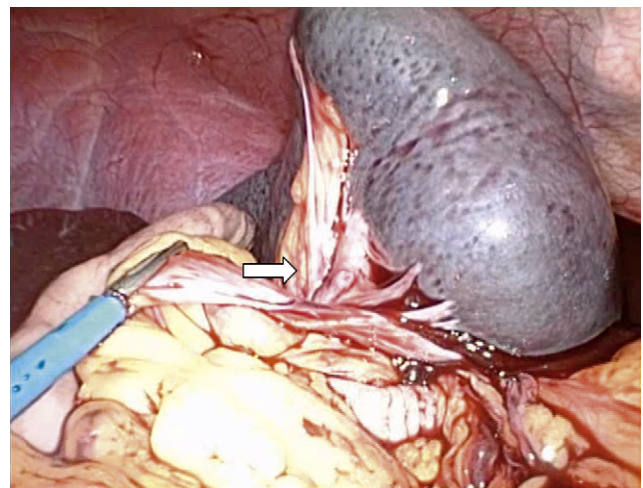


Figura 2 – Imagen intraoperatoria por vía laparoscópica. Esplenomegalia con torsión del hilio esplénico (flecha).

localización del bazo, se debe modificar la posición del paciente y la colocación de los trócares habitual en las esplenectomías laparoscópicas electivas. Ajustando la posición del paciente según la fase de la intervención. En posición de Trendelenburg en la fase inicial y anti-Trendelenburg una vez recolocado el bazo a su situación habitual con lateralización derecha. Se han publicado un reducido número de casos de abordaje laparoscópico de una torsión esplénica, utilizándose especialmente en casos de urgencia diferida o de cirugía programada⁹. El abordaje más común en nuestro medio es la vía laparotómica¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lane TM, South LM. Management of a wandering spleen. *J R Soc Med.* 1999;92:84-5.
2. Moran JC, Shah U, Singer JA. Spontaneous ruptura of a wandering spleen: case report and literatura review. *Curr Surg.* 2003;18:554-6.
3. Kniro I, Rifin MD. A truly wandering spleen. *J Ultrasound Med.* 1988;7:101-5.
4. Morris PJ, Malt RA. 2nd ed.. Oxford textbook of surgery., Vol. 2, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. 1998. p. 2539.
5. Desai D, Hebra A, Davidoff A, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. *South Medical J.* 1997;90:439-43.
6. Soleimani M, Mehrabi A, Kashfi A, Fonouni H, Büchler MW, Kraus TW. Surgical treatment of patients with wandering spleen: report of six cases with a review of the literature. *Surg Today.* 2007;37:261-9.
7. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Parthasarathi R, Kavalakat A. Laparoscopic mesh splenopexy (sandwich technique) for wandering spleen. *JLS.* 2007;11:246-51.
8. Knauer EM, Ailawadi G, Yahanda A, Obermeyer RJ, Millie MP, Ojeda H, et al. 101 laparoscopic splenectomies for the treatment of benign and malignant hematologic disorders. *Am J Surg.* 2003;186:500-4.
9. Castellón-Pavón C, Valderrábano-González S, Anchústegui-Melgarejo P, Álvarez-Álvarez J, Morales-Aretor S, Pérez-Algar C, et al. Esplenectomía laparoscópica por torsión de bazo ectópico. *Cir Esp.* 2006;80:406-8.
10. Prieto-Montaña J, Salazar W, Reyna-Villasmil E. Torsión de bazo ectópico. *Cir Esp.* 2009;86:324-5.

Pere Planellas Giné*, Ramón Farrés Coll, José Ignacio Rodríguez-Hermosa, Marcel Pujadas de Palol y Antoni Codina Cazador

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Dr. Josep Trueta, Gerona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pplanellas.girona.ics@gencat.cat
(P. Planellas Giné).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.016

Quiste hidatídico hepático durante el embarazo

Hepatic hydatid cyst during pregnancy

La incidencia de hidatidosis durante el embarazo es muy baja. Se estima un caso de hidatidosis por cada 20.000-30.000 embarazos. La disminución de la inmunidad celular explicaría la aparente rápida progresión de la hidatidosis durante el embarazo. El aumento de presión provocado por el útero grávido puede ocasionar la rotura de un quiste hidatídico. A su vez, el quiste ocupante de espacio puede inducir un parto prematuro. El tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico hepático en una fase avanzada del embarazo puede resultar en rotura y precipitar el parto. La rotura del quiste hidatídico durante el parto puede provocar una reacción anafiláctica e incluso muerte de la madre y el feto¹.

Aunque la hidatidosis ha disminuido en España en los últimos años, la inmigración está provocando un aumento de su prevalencia. En la actualidad, los pacientes con hidatidosis avanzada suelen ser inmigrantes de países donde la enfermedad es endémica². Las molestias abdominales inespecíficas propias del embarazo pueden ocultar los síntomas de un quiste hidatídico hepático³.

Mujer de 21 años, de nacionalidad rumana, que vivía en España desde hacía 2 años y que no había viajado recientemente, embarazada de 13 semanas, que acudió a Urgencias por dolor en epigastrio de inicio súbito. Se palpaba masa dolorosa de gran tamaño en epigastrio. Analítica normal en sangre, excepto Hb 10,1 g/dL y 15.600 leucocitos (85% neutrófilos). Ecografía ginecológica normal. Ecografía abdominal que reveló masa quística de 10 x 15 cm en epigastrio (fig. 1a). La paciente permaneció ingresada y mejoró con tratamiento sintomático.

Ante el tamaño de la lesión y el episodio agudo, se decidió intervención quirúrgica diferida a la semana 16.ª de gestación. Previamente a la cirugía, se efectuó RNM que reveló una lesión bien delimitada de 18 x 10 x 11,8 cm en curvatura menor gástrica, que rechazaba cuerpo y antro gástrico hacia atrás y a la izquierda, limitaba con el páncreas, era hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 (fig. 1b). Los hallazgos sugerían un quiste de duplicación gástrica.

En la intervención, la masa dependía del lóbulo hepático izquierdo (fig. 2a) y se realizó resección en bloque con los