

Esplenectomía en las grandes esplenomegalias

Dr. PRUDENCIO GUZMAN, Pte. FREDDY BORGES
y Dr. JULIO C. PRIARIO *

INTRODUCCION

La esplenectomía en las grandes esplenomegalias es una técnica quirúrgica compleja que puede tener complicaciones tales como ruptura del órgano o de sus adherencias con hemorragia fatal. Patel, Carter, Constantini y en nuestro medio Suiffet y col. se ocuparon del tema.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 19 historias clínicas de pacientes portadores de esplenomegalia. Las historias clínicas procedían del Hospital de Clínicas y del C.A.S.M.U. comprendidas entre los años 1967 y agosto de 1973.

<i>Diagnósticos Clínicos</i>	Nº de casos
Hodgkin	7
Hodgkin y litiasis biliar	7
Trombosis esplenoportal	1
Anemia hemolítica ..	1
Hipertensión portal e hiperesplenismo	1
Quiste hidático	1
Quiste hidático y vesícula esclero atrófica	1
Anemia ovalocítica	1
Politraumatismo	1
Mieloesclerosis con metaplasia mieloide	1
Hipertensión portal por quiste hidático peritoneal	1
Tumoración de bazo (quiste seroso)	1
Poliglobulia vera con metaplasia mieloide y mieloesclerosis ...	1

Edad

Fluctuaba entre 12 y 61 años; la máxima frecuencia se encontraba entre los 40 y 50 años.

Sexo

Hombres: 11 casos.
Mujeres: 8 casos.

Localización topográfica

Se reportaron casos en los que apenas se palpaba el polo inferior, otros que llegaban al reborde costal o lo sobrepasaban y un caso que llegaba a fosa iliaca izquierda.

Peso

Para catalogar una esplenomegalia como tal, tomamos arbitrariamente como límite mínimo la cifra de 260 grs. (peso normal 180 grs.). El peso fluctuó entre 260 y 2600 grs. término medio 712 grs.

TECNICA QUIRURGICA

Vía de abordaje

En 18 casos fue abdominal y en 1 toracoabdominal.

Abordajes abdominales

	Nº de casos
Mediana supra umbilical	4
Mediana supra e infra umbilical	2
Paramediana latero rectal int. izq. supra umbilical	2
Paramediana latero rectal int. izq. supra e infra umbilical	2
Transversa subcostal izq.	3
Oblicua subcostal izq.	1
Bi-transversa subcostal con sección de ambos rectos	2
Incisión en "T" ..	2

Abordajes toracoabdominales

Toraco freno laparatomía por 9º E.I. Izq.

Pedículo esplénico

Frecuentemente el pedículo esplénico se encontraba alterado en su trayecto. En dos casos se hizo arteriografía del tronco celiaco y en uno esplenoportografía; en uno de los casos se ve un bucle de la arteria que se dirige hacia arriba y además división precoz del tronco de la misma, en el otro caso se ve otro bucle pero dirigido hacia abajo y el diámetro ostensiblemente aumentado; en la esplenoportografía se ve alteración en el trayecto de la vena.

* Becario de Cirugía. Practicante y Profesor Agregado de Cirugía.

Presentado al 24º Congreso Uruguayo de Cirugía el 3 de diciembre de 1973.

Ligadura del pedículo esplénico

En 5 casos se ligó el pedículo de manera particular.

Caso Nº 1. — Al luxar el bazo se produce desgarro del polo inferior que sangra profusamente y obliga a ligar el pedículo en bloque.

Caso Nº 2. — A tiempo de aislar el paquete esplénico del borde superior del páncreas se produce ruptura de la vena que obliga a realizar hemostasia digital y ligadura del pedículo en bloque.

Caso Nº 3. — Se comprueban adherencias tumorales entre el hilio esplénico y la cola del páncreas que hacen imposible su disección, por lo que se reseca la cola de este órgano a tiempo de ligar el pedículo.

Caso Nº 4. — En la pieza de resección se comprueba tejido pancreático.

Caso Nº 5. — La vena se encontraba muy aumentada de diámetro y cubría la arteria. Se ligó primero la vena y después la arteria.

Bazos accesorios

Se encontró en 3 casos; en la poliglobulia vera, en la anemia ovalocítica y en la mieloesclerosis con metaplasia mieloide.

Hipertensión portal

En 3 casos se midió la presión en el sistema porta, se registraron cifras de 30, 36 y 56 cm. de agua respectivamente.

Adherencias por peri esplenitis

En 7 casos se comprobó adherencias al diafragma, estas eran variables en importancia, en un caso se constató adherencias a hígado.

Drenaje

En 9 casos se dejó drenaje y estos fueron penrose, tubo de goma, mecha protegida con guante de goma, y drenaje bajo agua (tipo tórax).

CONCLUSIONES

Vía de abordaje

Han sido descritas varias vías de abordaje (3, 4, 5, 8), abdominales, torácicas y abdominotorácicas. Pensamos que la ectomía en las grandes esplenomegalias es posible realizarla solamente por vía abdominal; esto es debido a que la primera maniobra y por cierto la más importante debe ir dirigida a la ligadura del pedículo la cual es posible por esta vía con muchas más ventajas en relación a las otras.

Incisión

En aquellos bazos en que el volumen es realmente considerable (9), se puede usar como

una buena incisión por la amplitud que ella ofrece, una incisión en "T" mediana o paramediana izquierda supra e infra umbilical con una transversa subcostal.

Ligadura de pedículo

Después de abierta la trascavidad de los epiplones por el ligamento gastrocólico, se debe ligar primero la arteria (5) y después de varios minutos (por lo menos cinco) la vena. Esta secuencia la remarcamos porque significa para el paciente una verdadera transfusión de aquella sangre que se encontraba almacenada en el bazo y que pasa a la circulación general después de ligar la arteria (8). Por el contrario la ligadura previa de la vena significa secuestro de un volumen sanguíneo importante.

Adherencias

La ruptura de la cápsula esplénica es relativamente frecuente durante el acto quirúrgico debido a que existen adherencias post inflamatorias fundamentalmente al diafragma; estas tienen diferente grado de vascularización y en algunos casos adquieren características importantes, razón por la que debe ser objeto de cuidadosa disección y hemostasia, además de que deben ser abordadas después de ligar el pedículo.

RESUMEN

Revisión de 19 historias clínicas de esplenectomía en casos de esplenomegalia. Se consideró como tal a aquellos bazos que registraron peso superior a 260 grs. Se estudiaron diagnósticos de edad, sexo, peso de la viscera y la técnica quirúrgica empleada. Se da importancia a la realización como maniobra previa, a la ligadura de la arteria esplénica con la finalidad de evitar una hemorragia grave y de favorecer una "autotransfusión".

Teniendo en cuenta que el primer gesto quirúrgico debe ser la ligadura del pedículo, se aconseja la vía de abordaje abdominal.

RÉSUMÉ

Révision de 19 histoires cliniques de splénectomie par suite de splénomégalie (cas dans lesquels la rate atteint un poids supérieur à 260 grs.). Etude des diagnostics en fonction de l'âge, du sexe, du poids de la viscère et étude de la technique chirurgicale employée. Importance de la ligature de l'artère splénétique comme manoeuvre préalable, afin d'éviter une hémorragie grave et de favoriser "l'autotransfusion".

Le premier geste chirurgical devant être la ligature du pédicule, l'abordage abdominal est conseillé.

SUMMARY

The paper contains a revision of 19 case histories of patients who underwent splenectomy due to splenomegaly, considering as such all spleens with a weight above 260 grs. Age, sex, weight of spleen and surgical technique were considered. Prior ligature of splenic

artery is deemed important since it prevents serious hemorrhage and favours "self-transfusion". In view of the fact that the first surgical act should consist of ligation of pedicle, the abdominal approach is advisable.

BIBLIOGRAFIA

1. ASHBY, WILLIAM B., M. Ch. B., F.R.C.S. (Ed) and BALLINGER, WALTER F. I. I. Philadelphia. Indication for splenectomy. *Arch. Surg.*, 85: 913, 1962.
2. BARTHE, E. Ligadura de la arteria esplénica. *6º Cong. Urug. de Cir.*, p. 319, 1955.
3. CARTER, N. The combined thoraco abdominal approach with particular reference to its employment in splenectomy. *Surg. Gynec. Obstet.*, 84: 1019, 1947.
4. CONSTANTINI, H. Valeur de l'incision combinée de l'abdomen et du thorax dans l'exploration chirurgicale de l'hypocondre gauche. *J. Chir.*, 23: 130, 1921.
5. LECENE, P. et DENIKER, M. Remarques sur certaines indications et sur la technique de la splénectomie. *J. Chir.*, 23: 225, 1924.
6. LOWEMBERG, R. I. The splenic artery. *Arch. Surg.*, 79: 135, 1959.
7. MAQUIEIRA, G. Esplenomegalia e hipertensión portal en la equinocosis hepática del adolescente. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 58, 1963.
8. PATEL, J. Cirugía del bazo. *Tratado de técnica quirúrgica*, 13: 275.
9. PRIARIO, J. C. Cirugía y enfermedad de Hodgkin. *Cir. Urug.*, 42: 353, 1972.
10. SUIFFET, W., PERONI, R., MENDOZA, D. La esplenectomía en la enfermedad de Gaucher. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 28: 379, 1957.