

Resultados del uso de la esplenectomía videolaparoscópica en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

Outcomes of videolaparoscopic splenectomy at Hermanos Ameijeiras Clinical Surgical Hospital

Eyleen Vila García, José Ricardo Silvera García, Pedro Luis Vilorio Haza, José Luis González González, Domingo Pérez González

Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la esplenectomía laparoscópica apareció con el desarrollo de la cirugía de mínimo acceso, se convirtió en la técnica preferida para la exéresis del bazo actualmente.

Objetivo: evaluar los resultados de la esplenectomía videolaparoscópica en el tratamiento de las enfermedades hematológicas funcionales benignas.

Método: se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en 86 pacientes con diagnóstico de enfermedades hematológicas funcionales benignas, atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" desde octubre de 1996 hasta diciembre de 2011.

Resultados: en la serie predominó el sexo femenino con 70,9 % y la edad media fue de 40 años (37,8 %). Las enfermedades más frecuentes fueron la púrpura trombocitopénica inmunológica (68,6 %), la anemia hemolítica autoinmune con 23,3 % y la esferocitosis hereditaria con 5,8 %. Requirieron preparación preoperatoria 59,3 % de los pacientes con 50,9 % de respuesta efectiva a esta. El tiempo quirúrgico promedio fue 129 minutos. Como accidentes transoperatorios prevalecieron: la ruptura de la bolsa extractora con 12,8 % y el sangrado del hilio esplénico con 5,8 %. Esto motivó la conversión a cirugía convencional y la exclusión del seguimiento de 6 pacientes. La complicación posoperatoria más frecuente fue el vómito persistente. El seguimiento de los pacientes se realizó desde los 7 días hasta los 2 años en 78 % de los casos, con un tiempo promedio de 518 días. Hubo

remisión total de su enfermedad en 82,7 % de los pacientes, remisión parcial en 15,4 % y solamente 1,9 % no presentó remisión.

Conclusiones: la esplenectomía videolaparoscópica es una técnica segura y efectiva en el tratamiento de las enfermedades hematológicas autoinmunes en cirujanos con experiencia en Cirugía de Mínimo Acceso de Avanzada.

Palabras clave: esplenectomía laparoscópica; enfermedades hematológicas.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic splenectomy appeared with the development of minimal access surgery. At the moment, it has become the technique preferred for the spleen exeresis.

Objective: To evaluate the outcomes of videolaparoscopic splenectomy in the treatment of benign functional hematological diseases.

Method: A descriptive, longitudinal and prospective study was carried out with 86 patients diagnosed with benign functional hematological diseases, attended at Hermanos Ameijeiras Clinical Surgical Hospital, from October 1996 to December 2011.

Results: In the series, the female sex predominated (70.9 %) and the average age was 40 years (37.8 %). The most frequent diseases were immunological thrombocytopenic purpura (68.6 %), autoimmune hemolytic anemia (23.3 %), and hereditary spherocytosis (5.8 %). 59.3 % of patients required a preoperative preparation, with 50.9 % of effective response to it. The average surgical time was 129 minutes. The prevailing transoperative accidents were: the rupture of the extractor bag (12.8 %) and the bleeding of the splenic hilum (5.8 %). This motivated the change to conventional surgery and the exclusion of the follow-up of 6 patients. The most frequent postoperative complication was persistent vomiting. The follow-up of the patients was carried out from 7 days to 2 years in 78 % of the cases, with an average time of 518 days. There was total remission of their disease in 82.7 % of the patients, partial remission in 15.4 %, and only 1.9 % did not present any remission.

Conclusions: Videolaparoscopic splenectomy is a safe and effective technique in the treatment of autoimmune hematological diseases for surgeons with experience in advanced minimal access surgery.

Keywords: laparoscopic splenectomy; hematologic diseases.

INTRODUCCIÓN

La primera resección esplénica fue realizada en Italia por *Andrea Zacarelli* en 1549. Desde entonces, numerosos médicos la han perfeccionado, por ejemplo: *Rosetti, O'Brien, Mathias, Spencer, Sutherland, Bughard y Kaznelson*.

La primera esplenectomía laparoscópica (EL) fue realizada en Francia por *Delaitre y Magnien* en 1991. A partir de este momento, se ha convertido en la técnica de elección para el tratamiento de las enfermedades esplénicas benignas con criterio de tratamiento quirúrgico.^{1,2}

Su empleo requiere una curva de aprendizaje más prolongada que para la cirugía de mínimo acceso básica el conocimiento anatómico y el hábito de tratar discrasias sanguíneas con el consiguiente riesgo de hemorragia.^{1,2}

En Cuba se realizó la primera esplenectomía videolaparoscópica en 1996 en La Habana, en el Hospital Pediátrico "William Soler" por el Dr. Miguel González. En ese mismo año, el Dr. José Ricardo Silvera García comenzó a aplicar la técnica en adultos en el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados de la esplenectomía videolaparoscópica en el tratamiento de las enfermedades hematológicas funcionales benignas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en 86 pacientes con diagnóstico de enfermedades hematológicas funcionales benignas atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Hermanos Ameijeiras" desde octubre de 1996 hasta diciembre del 2011. Los resultados se presentan en tablas.

Criterios de exclusión:

- Edad menor de 16 años.
- Contraindicaciones absolutas para todos los procedimientos laparoscópicos: lesiones traumáticas con inestabilidad hemodinámica, enfermedad cardiopulmonar severa, cirrosis hepática avanzada, invasión de órganos vecinos, cirugía mayor simultánea, coagulopatía no corregida y enfermedad comórbida severa.
- Contraindicaciones relativas para todos los procedimientos laparoscópicos: trastornos de la coagulación no compensados, enfermedades cardiorrespiratorias graves que impidan el neumoperitoneo, bloqueo adherencial por cirugía abdominal previa, hipertensión portal, etc.
- Esplenomegalia mayor de 25 cm de longitud o 120 cm³ medido por ultrasonido.
- Cuando es necesario obtener el órgano íntegro y por sus dimensiones se debe hacer una incisión accesoria mayor de 10 cm para extraerlo.
- Pacientes que necesiten conversión de la cirugía mínimamente invasiva a cirugía convencional se excluyen solamente del seguimiento.
- Pacientes que no estén de acuerdo con la intervención quirúrgica.

La información se obtuvo de los registros médicos establecidos, según el formulario de recolección de datos primarios directamente del paciente. Se hizo una base de datos en Microsoft Excel 2010 y se procesó con el paquete estadístico SPSS 13.0 para lograr los fines propuestos. Los resultados se presentan en tablas, para su tabulación se utilizaron cálculos de indicadores, tratamiento del texto y demás componentes del informe final del paquete Office 2010 (Word y Excel), una PC Pentium IV con ambiente de Windows XP.

RESULTADOS

Desde octubre de 1996 hasta diciembre de 2011 se realizaron 86 EL por enfermedades hematológicas benignas, siendo posible completar el proceder en 80 pacientes que se siguieron en consulta hasta los dos años.

En la serie predominó el sexo femenino y la edad promedio fue 40 años con límite inferior de 16 años y superior de 74 años ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 20	7	8,1	1	1,2	8	9,3
20 - 40	18	20,9	11	12,8	29	33,7
41 - 60	27	31,4	9	10,5	36	41,9
> 60	9	10,5	4	4,6	13	15,1
Total	61	70,9	25	29,1	86	100

Fuente: expedientes clínicos. Departamento de archivo y estadísticas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Se diagnosticaron 59 pacientes con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI), 20 con anemia hemolítica autoinmune (AHA), 5 con esferocitosis hereditaria (EH) y los otros 2 fueron uno con Síndrome de Evans Fisher y la otra con anemia hemolítica autoinmune con ruptura esplénica por absceso ([tabla 2](#)).

El tamaño del bazo se midió por ultrasonido abdominal, 67,4 % de los pacientes se encontraban normal, 31,4 % con esplenomegalia moderada y solo 1,2 % con esplenomegalia gigante.

Según el grado de afectación hematológica necesitaron preparación preoperatoria 51 pacientes (59,3 %). El intaglobin fue el medicamento más empleado (37,2 %).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según enfermedades de base

Enfermedad primaria	No.	%
Púrpura trombocitopénica inmunológica	59	68,6
Anemia hemolítica autoinmune	20	23,3
Esferocitosis hereditaria	5	5,8
Otras	2	2,3
Total	86	100

Fuente: expedientes clínicos. Departamento de archivo y estadísticas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Predominó la técnica videolaparoscópica con 97,5 %. La posición de decúbito supino fue la más utilizada con 66,3 %, el uso de 4 canales con 70 %, la ausencia de bazos accesorios con 82,5 %, la extracción del bazo morcelado con 97,5 %, el tiempo quirúrgico promedio fue 129 minutos y el sangrado transoperatorio promedio 360 mL (tabla 3).

Tabla 3. Características de la técnica quirúrgica

Variables		Frecuencia	%
Técnica	Videolaparoscópica	78	97,5
	Videoasistida	2	2,5
Posición	Lateral	27	33,7
	Decúbito supino	53	66,3
Canales	3	13	16,2
	4	56	70,0
	5	11	13,8
Bazos accesorios	Sí	14	17,5
	No	66	82,5
Extracción del bazo	Morcelado	78	97,5
	Completa	2	2,5
Tiempo quirúrgico (min)	Media	129	
Sangrado transoperatorio (ml)	Media	360	
N= 80			

Fuente: expedientes clínicos. Departamento de archivo y estadísticas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

En 12 pacientes se realizaron otros procedimientos videolaparoscópicos; la colecistectomía predominó con 13,7 %. La estadía hospitalaria promedio fue de 3,2 días.

Los principales accidentes quirúrgicos fueron la ruptura de la bolsa de extracción en 11 pacientes, seguido del sangrado del hilio esplénico en 5 casos. De ellos, hubo 6 conversiones a cirugía convencional, por lo cual fueron excluidos del seguimiento. Requirieron transfusiones de glóbulos transoperatorias y posoperatorias 11 pacientes.

Sufrieron complicaciones posoperatorias 11,3 % de los pacientes. Se destacó la presencia de vómitos persistentes en 2,5 %.

Se realizaron reintervenciones a 3 pacientes. Las principales causas fueron: hemoperitoneo, choque hipovolémico con fallo multiorgánico y absceso subfrénico izquierdo asociado a choque séptico que evolucionó desfavorablemente y falleció, para una mortalidad del 1,3 %.

Se siguieron en consultas 85 % de los pacientes, y se evaluaron los resultados de la EL al mes, al año y a los 2 años de operados. Los mejores resultados al mes fueron alcanzados en la EH con remisión total de los pacientes, seguida de la AHA con 75 % y la PTI con 70,2 %. La enfermedad que presentó una evolución desfavorable fue la PTI con un paciente sin remisión (1,7 %).

Prevaleció la EH con los mejores resultados hasta 1 año con 100 % de remisión total, luego la AHA con 78,6 % y la PTI con 67,9 %. Solamente hubo un paciente con PTI con ausencia de remisión para 1,9 %.

A los 2 años, la EH mantenía 100 % de remisión total, la AHA el 75 % y la PTI un 58,3 %. La única enfermedad que presentó un paciente con evolución desfavorable fue la PTI (2,1 % de la serie), este fue el único paciente con ausencia de remisión de su enfermedad desde el inicio del seguimiento (tabla 4).

Tabla 4. Evolución de los pacientes a largo plazo según diagnóstico

Diagnóstico	Resultados a largo plazo								Total	
	No seguimiento		Remisión total		Remisión parcial		Ausencia de remisión			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Púrpura trombocitopénica inmunológica	12	25,0	28	58,3	7	14,6	1	2,1	48	100
Anemia hemolítica autoinmune	2	16,7	9	75,0	1	8,3	0	0	12	100
Esferocitosis hereditaria	0	0	5	100	0	0	0	0	5	100
Otras	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Total	14	21,2	43	65,2	8	12,1	1	1,5	66	100

Fuente: expedientes clínicos. Departamento de archivo y estadísticas.
Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

La [tabla 5](#) muestra a corto plazo que, de 68 pacientes seguidos, 85,3 % presentaban remisión total de su enfermedad y a mediano plazo la presentaban 86,9 %. Los resultados generales y a largo plazo fueron favorables; de los cuales, 43 presentaban remisión total con 82,7 %, por lo cual se les dio alta médica.

Tabla 5. Resultados de la esplenectomía según tiempo de seguimiento

Resultados	Seguimiento					
	Corto plazo		Mediano plazo		Largo plazo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Remisión total	58	85,3	53	86,9	43	82,7
Remisión parcial	9	13,2	7	11,5	8	15,4
Ausencia de remisión	1	1,5	1	1,6	1	1,9
Total	68	100	61	100	52	100

Fuente: expedientes clínicos. Departamento de archivo y estadísticas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Los accidentes quirúrgicos no tuvieron repercusión en la evolución de los pacientes, ya que a los 2 años el 100 % presentaban remisión total de su enfermedad ([tabla 5](#)).

DISCUSIÓN

La mayor incidencia del sexo femenino y la edad promedio de 40 años es igual que en la literatura consultada, pues en este subgrupo poblacional se concentran las enfermedades hematológicas que constituyen la indicación primaria de la EL, después del fracaso del tratamiento medicamentoso.¹

La púrpura trombocitopénica inmunológica es el más frecuente de los desórdenes hematológicos crónicos que habitualmente cura con la esplenectomía, como lo describen otros autores,¹ cursa con bazo de tamaño normal y plaquetopenia. De ahí, la necesidad de preparación preoperatoria con intaglobin a 500 mg/kg/día 4 días previos a la operación. No obstante, a estos pacientes se les garantizaban transfusiones de concentrados de plaquetas en dependencia del conteo plaquetario y el peso (1 unidad por cada 10 kg) por si lo requerían.

En la anemia hemolítica autoimmune, la esplenectomía tiene indicación cuando fracasa el tratamiento esteroideo. Se requieren dosis muy altas para mantener la remisión, aparecen signos de toxicidad o están contraindicados los corticoides.² La respuesta es favorable en 80 % de los pacientes que se les realiza la esplenectomía según la literatura consultada, lo cual coincide con nuestros resultados.^{2,3}

La esferocitosis hereditaria es la más frecuente de las anemias hemolíticas familiares. Se transmite en forma autosómica dominante. El trastorno más importante está a nivel de la membrana celular del eritrocito lo que provoca que la célula sea más pequeña de lo normal, gruesa y casi esférica, esto las hace más frágiles y son destruidas a nivel del bazo. Clínicamente se presentan con anemia, ictericia y esplenomegalia.

En la serie hubo 5 pacientes con diagnóstico de EH y 3 presentaban litiasis vesicular, por lo que se les realizó la colecistectomía laparoscópica en el mismo acto quirúrgico. La literatura plantea que en dos tercios de los pacientes se asocian cálculos biliares pigmentarios y si se diagnostican debe realizarse en el mismo acto la EL y colecistectomía.²

En el estudio, los resultados de los pacientes con EH fueron buenos. Se logró la corrección de la anemia y disminución de la hemólisis, lo cual coincide con la bibliografía consultada.²

El síndrome de *Evans Fisher* fue descrito por primera vez en 1951 como una enfermedad inmunológica caracterizada por la asociación de la AHA y la PTI y/o neutropenia inmune en ausencia de cualquier causa subyacente con prueba de Coombs directa positiva. Sin embargo, desde que se descubrió, ha sido considerado de causa idiopática y su diagnóstico se hace principalmente por exclusión. Se asocia frecuentemente con otras enfermedades como el Lupus eritematoso sistémico, enfermedades linfoproliferativas e inmunodeficiencias primarias. Generalmente se diagnostica en la edad adulta, es poco frecuente y presenta una evolución crónica con períodos de remisiones y exacerbaciones, lo cual no se evidenció en nuestro estudio. Solamente tuvimos una paciente femenina de 34 años sin otras enfermedades asociadas, con un bazo de tamaño normal y con afectación única de la serie roja, para lo cual había tenido tratamiento médico con esteroides durante dos años sin respuesta, lo que motivó el tratamiento quirúrgico. Su evolución fue favorable, ya que presentó remisión total de su enfermedad de base desde el inicio del seguimiento.

El tamaño del bazo es importante para la selección de los pacientes en los que se aplica la técnica quirúrgica videolaparoscópica. La mayoría de estos enfermos presentan un bazo de tamaño normal, por ser la PTI la enfermedad más frecuente y tener esta característica, lo cual se evidenció en nuestra serie. Esto facilita la realización de la técnica y disminuye la tasa de conversión y de accidentes quirúrgicos. Sin embargo, con el desarrollo de la cirugía videolaparoscópica manoasistida la posibilidad técnica para resecar bazos de gran tamaño se ha ido incrementando. Esto confirma que el tamaño del bazo es un criterio de selección que depende fundamentalmente de la experiencia del cirujano; para el cual constituye un verdadero desafío, dependiendo de su experiencia y de la necesidad del anatomopatólogo de la obtención del órgano íntegro o no.

Las revisiones consultadas informan mayor dificultad técnica en cuanto a exposición y manipulación al realizar el procedimiento con un bazo aumentado de tamaño. Se incrementa el riesgo de complicaciones cuando su longitud es superior a los 15 centímetros, ya que el hilo no se expone adecuadamente y se eleva el riesgo de iatrogenia. Las publicaciones consultadas informan que hasta esplenomegalias moderadas (menores de 20 cm) pueden beneficiarse de la técnica laparoscópica convencional, aunque con los instrumentos y el entrenamiento adecuado se puede realizar la EL en esplenomegalias gigantes, donde el bazo mide más de 20 centímetros.^{1,2}

Las características de la técnica operatoria se analizan según las revisiones consultadas.³⁻⁸ La posición del paciente es determinada por el cirujano, tomando en cuenta la comodidad, familiaridad y experiencia que haya adquirido en el aprendizaje de esta. Se corresponde con la que nosotros utilizamos la de los autores consultados que describen como posición de elección el decúbito supino, aunque *Park* y *Clare* prefieren el decúbito lateral, ya que así se logra que la gravedad ejerza un efecto de separación y facilita la disección, conocido como "bazo colgante".

Otros prefieren la posición de "bazo inclinado", que es una combinación de la supina y la lateral. Se reconocen ventajas de la posición lateral, principalmente durante la disección, aunque la caída del órgano por la gravedad puede ser un estorbo en los tiempos finales de la operación. Preferimos el decúbito supino con colocación de calzo posterior y discreta lateralización derecha de 10 a 15° para facilitar la separación del estómago del campo quirúrgico.

El tiempo quirúrgico y el sangrado transoperatorio estuvieron en correspondencia con los consultados en la literatura internacional, lo que habla del dominio técnico alcanzado por nuestro equipo de trabajo. La curva de aprendizaje para esta cirugía fue de 15 a 25 intervenciones.⁸

La mayoría de los pacientes no requirieron hemoderivados, a pesar de tratarse de pacientes con afectaciones de la serie plaquetaria y la serie roja según la enfermedad de base. Esto demuestra que una de las ventajas de la EL es que disminuye el sangrado transoperatorio y con ello el uso de hemoderivados.^{9,10}

El bazo se extrajo morcelado en bolsa de policloruro de vinilo adaptada en la mayoría de los casos, por el canal laparoscópico correspondiente. Los accidentes quirúrgicos más frecuentes fueron en primer lugar, la ruptura de la bolsa de extracción y en segundo lugar, el sangrado incontrolable del hilio esplénico. Hay que mencionar que la falta del morcelador y la calidad de las bolsas de extracción para extraer la pieza no hacen segura la extracción del bazo, así aumenta la probabilidad de esplenosis y de recurrencia de la enfermedad hematológica.

En la literatura consultada el principal accidente quirúrgico es el hemoperitoneo, lo cual no coincide con nuestro estudio.⁹⁻¹¹

La incidencia de bazos accesorios encontrada fue de 17,5 %, similar a las publicaciones internacionales.¹ Se plantea que en los pacientes con enfermedades hematológicas benignas la incidencia de bazos accesorios varía entre 10 % y 30 %. Las localizaciones más frecuentes son: el hilio esplénico, la cola del páncreas, el epiplón, la arteria esplénica, el ligamento esplenocólico, el mesenterio y las gónadas.¹² La exéresis de bazos supernumerarios es clave para la efectividad del tratamiento quirúrgico porque si pasan inadvertidos se mantiene la clínica de la enfermedad de base.⁹⁻¹¹ Tenemos que señalar que la exéresis de estos es parte de la técnica operatoria reglada y no un proceder asociado independiente de ella. En nuestra serie, las principales localizaciones fueron el hilio, el epiplón y el mesenterio respectivamente, lo cual coincide con la literatura.⁹⁻¹²

La tasa de conversión fue de 6,9 %, valor superior al citado por otros autores.³⁻⁷ El sangrado incontrolable del hilio esplénico fue la causa más frecuente de conversión. Dichas conversiones no se deben considerar como un fracaso del cirujano o de la técnica sino como una medida oportuna para preservar la vida del paciente.

Las complicaciones posoperatorias de la serie están dentro de las revisadas en la bibliografía consultada.¹³ Esta plantea las complicaciones hemorrágicas en primer lugar, lo cual no coincide con nosotros, ya que solamente presentamos un paciente con hemoperitoneo que requirió para su tratamiento una laparotomía. La más frecuente de nuestras complicaciones fue el vómito persistente, que requirió tratamiento médico. La insuficiencia renal aguda se presentó a causa de una lesión del hilio esplénico en el transoperatorio, la cual, a pesar de las medidas terapéuticas tomadas en dicho momento, no protegieron lo suficiente al riñón. Dicho paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento aplicado en el posoperatorio sin necesidad de llegar a procedimientos invasivos. El absceso subfrénico izquierdo se presentó en una paciente con ruptura esplénica por absceso que fue operada como urgencia relativa. Esto motivó su reintervención, se le realizó lavado de la cavidad abdominal por videolaparoscopia, evolucionó al choque séptico con fallo multiorgánico y muerte. Hubo un caso con sepsis posesplenectomía para 1,3 %, lo cual fue superior al 0,9 % de otros autores.¹ Esto se explica porque en nuestro medio se emplea la profilaxis antibiótica en todos los casos, pero no la inmunoprofilaxis con vacuna polivalente, antineumocócica y antimeningocócica por falta de disponibilidad.¹⁴ Este paciente presentó una infección respiratoria que evolucionó hacia la mediastinitis y recibió tratamiento médico.

La tasa de mortalidad de 1,3 % es similar a los artículos revisados,³⁻⁷ con series que pasan o se acercan a los 50 casos. La paciente fallecida tenía 74 años, siendo la de mayor edad en el estudio, con indicación de EL por AHA con esplenomegalia moderada. En su evolución presentó ruptura esplénica por absceso, lo cual motivó su operación como urgencia relativa. En el acto operatorio se comprobó hematoma abscedado y se logró hacer la esplenectomía videoasistida pero la evolución fue tórpidas, ya que en el período posoperatorio mediato presentó absceso subfrénico izquierdo por lo cual fue reintervenida. Se le realizó un lavado de la cavidad abdominal por videolaparoscopia. Desde ese entonces, permaneció grave en Unidad de Cuidados Intensivos con choque séptico, disfunción y fallo múltiple de órganos hasta que falleció a los ocho días después de operada por sepsis generalizada.

El seguimiento a los 2 años se considera clave en la evaluación de los resultados finales del tratamiento quirúrgico para identificar las recidivas, sea por la presencia de bazos accesorios o por recidiva propia de su enfermedad de base.²

En nuestro estudio se siguieron los pacientes desde el posoperatorio inmediato hasta los 2 años, con un tiempo promedio de 518 días. Se logró el seguimiento a largo plazo del 78 % de la serie, presentando remisión total de su enfermedad 58,3 % de los pacientes con PTI, 75 % con AHA y 100 % con EH, lo cual coincide con otros autores.⁵ Tuvimos un solo paciente con PTI que presentó ausencia de remisión de su enfermedad a los 2 años desde el posoperatorio inmediato. La causa fue por recidiva propia de la PTI, lo cual coincide con otros autores.¹⁵ En el seguimiento en consulta, a este paciente se le realizaron estudios adicionales como gammagrafía y resonancia magnética nuclear para descartar la presencia de bazos accesorios y no se encontraron.

Los accidentes quirúrgicos no afectaron la evolución de los resultados finales, lo cual coincide con los trabajos revisados.³⁻⁷ Estos se presentaron en 11 pacientes y se analizaron 5 casos que presentaron 100 % de remisión total de su enfermedad a largo plazo.

La esplenectomía laparoscópica es una técnica segura y efectiva en el tratamiento de las enfermedades hematológicas autoinmunes en cirujanos con experiencia en cirugía de mínimo acceso de avanzada.

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz´s. Principles of surgery. 9th Ed. McGraw-Hill: New York;2010.
2. Rodríguez G, González D. Esplenectomía laparoscópica en las enfermedades hematológicas. Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel: Montevideo. Uruguay; 2000.
3. Casaccia M, Torelli P, Pasa A, Sormani MP, Rossi E, and the IRLSS Centers. Putative predictive parameters for the outcome of laparoscopic splenectomy. A multicenter analysis performed on the Italian Registry of Laparoscopic Surgery of the Spleen. Annals of Surgery. 2010;251(2).
4. Pattenden CJ, Mann CD, Metcalfe MS. Laparoscopic splenectomy: a personal series of 140 consecutive cases. Ann R Coll Surg Engl. 2010;92:398-402.
5. Bo CH, San-yuan HU, Lei W, Ke-xin W, Guang-yong Z, Hai-feng Z, et al. Laparoscopic splenectomy: a 12-year single-center experience. Chinese Medical Journal. 2008;121(8).
6. Xiaodong Ch, Bing P. Laparoscopic splenectomy for patients with immune thrombocytopenia and very low platelet count: Is platelet transfusion necessary? Journal of Surgical Research. 2011;170:225-32. doi:10.1016/j.jss.2011.06.031.
7. Dilip D, Harnanan D. Laparoscopic splenectomy in a minimal resource setting a case series from the Caribbean. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010;20(3).
8. Targarona EM, Trias EM. Laparoscopic surgery of the spleen. World J Surg. 2007;31:1363-4.
9. Pizzuto J, Ambriz R. Therapeutic experience on 934 adults with idiopathic thrombocytopenic purpura: multicentric trail of the cooperative Latin American group on hemostasis and thrombosis. Blood. 1984;64:1179-83.
10. Blajchman MA, Slichter SJ, Heddle NM. New strategies for the optimal use of platelet transfusions. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2008:198.
11. Nadey SH, Vassilios EP. Surgical complications. Diagnosis and treatment. Ed: Imperial College Press; 2007. p. 467-92.
12. Rudowski W. Accessory spleens: clinical significance with particular reference to the recurrence of idiopathic thrombocytopenic purpura. World J Surg. 1985;9:422-30.
13. Crary SE, Buchanan GR. Vascular complications after splenectomy for hematologic disorders. Blood. 2009;114:2861-8.

14. Vacunas en el paciente esplenectomizado. Capítulo XVII. Manual de vacunaciones. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines & Immunizations. ACIP Recommendations; 2009.

15. Aleem A. Durability and factors associated with long term response after splenectomy for primary immune thrombocytopenia (ITP) and outcome of relapsed or refractory patients. Platelets. 2011;22(1):1-6.

Recibido: 26 de noviembre de 2016.

Aprobado: 20 de diciembre de 2016.

Eyleen Vila García. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: hielenvg@infomed.sld.cu