



Hidatidosis esplénica: Cirugía abierta versus laparoscópica

Sagrario Fuerte Ruiz,* Luis Giménez Alvira**

Resumen

La hidatidosis esplénica es una parasitosis poco frecuente. Su tratamiento es quirúrgico. Clásicamente se han realizado esplenectomías por vía abierta. El desarrollo de las técnicas laparoscópicas y la posibilidad de la realización de las mismas asistidas con la mano nos permiten el tratamiento de esta patología con seguridad, asociando todas las ventajas de la cirugía laparoscópica.

Palabras clave: Hidatidosis, bazo, esplenectomía, laparoscopia.

INTRODUCCIÓN

La localización de quistes hidatídicos en el bazo es poco frecuente, y menos como presentación única de enfermedad hidatídica. Su sintomatología clínica es insidiosa, con molestias abdominales inespecíficas, llegando a su diagnóstico en muchas ocasiones de manera incidental tras la realización de un estudio abdominal con técnicas de imagen (Eco o TC) por otros motivos.

El tratamiento de elección es la esplenectomía, sobre todo cuando se diagnostican fuera de la edad pediátrica con quistes de gran tamaño. La cirugía laparoscópica, así como la laparoscopia asistida con la mano, son técnicas mínimamente invasivas y seguras, que permiten dar un tratamiento óptimo al paciente, obteniendo todas las ventajas de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta.

Presentamos dos casos de hidatidosis esplénica tratados quirúrgicamente en nuestro hospital, uno mediante cirugía abierta y otro por laparoscopia, comparando ambas técnicas.

Abstract

Splenic hydatidosis is a rare parasitic disease. Its only treatment is surgery. Traditionally, splenectomy has been performed by open surgery. The development of laparoscopic techniques and the possibility of hand-assisted performance allows the reliable treatment of this pathology, involving all the advantages from laparoscopic surgery.

Key words: *Hydatidosis, spleen, splenectomy, laparoscopy.*

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Varón de 64 años con antecedentes de cistectomía hepática en el segmento II y colectomía derecha con resección de 40 cm de íleon terminal por hidatidosis hepática y peritoneal 7 años antes. Durante su seguimiento en consulta se aprecia en Eco abdominal quiste complejo de 10 x 5.4 cm adyacente al polo anterior de bazo compatible con quiste hidatídico esplénico. El CT de abdomen informa, gran quiste hidatídico esplénico que depende de la porción antero-inferior de bazo y que desciende por el espacio pararrenal izquierdo a la altura de L3 (*Figura 1a*). Se realiza esplenectomía abierta con cistectomía mediante incisión subcostal izquierda de 18 cm, analgesia IV, con ketorolaco y paracetamol durante dos días y otros cuatro más por vía oral. Fue dado de alta tras seis días de ingreso hospitalario. El resultado anatómopatológico de la pieza quirúrgica fue de bazo de 18 x 12 x 2.5 cm; adherido al mismo existe una estructura quística uniloculada de 15 x 12 x 2 cm con múltiples membranas en su interior, compatible con quiste hidatídico esplénico (*Figura 1b*).

CASO 2

Varón de 69 años de edad con antecedentes de gastrectomía 42 años antes por úlcera (no sabe la técnica quirúrgica que se le realizó) y HDA 9 años antes por úlcera de boca anastomótica.

* Servicio de Cirugía, Hospital de Getafe, Madrid, España.

** Servicio de Cirugía, Hospital Puerta de Hierro, Madrid, España.

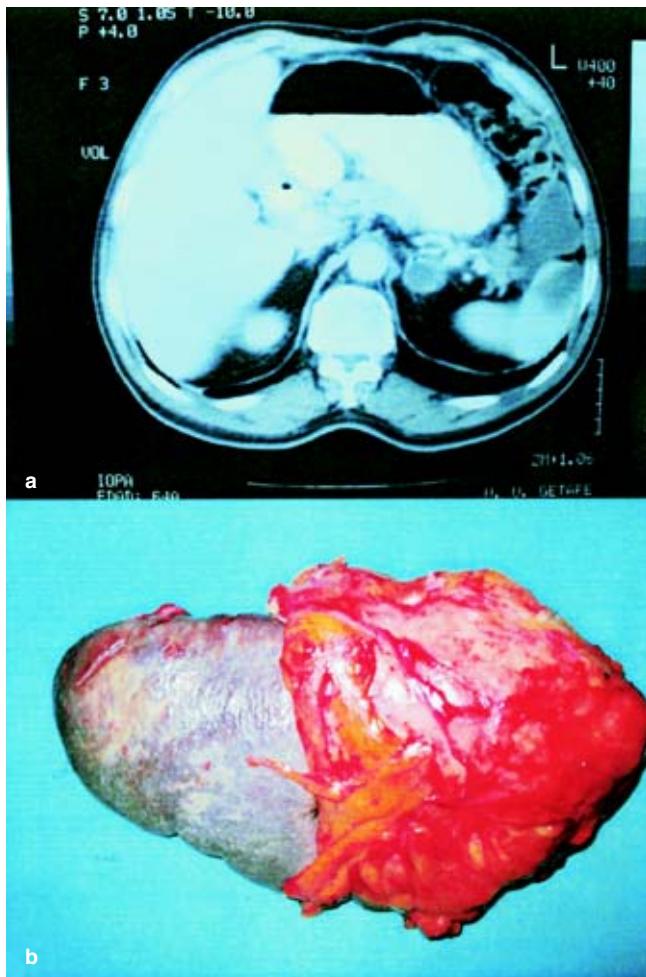


Figura 1. a) TC de abdomen: quiste hidatídico esplénico que depende de la porción anteroinferior de bazo. b) Pieza quirúrgica: bazo de 18 x 12 x 2.5 cm con quiste hidatídico de 15 x 12 x 2 cm.

ca. Acude a la consulta por hallazgo en CT de abdomen de quiste calcificado de 6-7 cm de diámetro en bazo compatible con hidatidosis esplénica (*Figura 2a*). La serología hidatídica es negativa. Es intervenido quirúrgicamente realizando esplenectomía laparoscópica con ampliación de la incisión del trócar de 15 mm hasta 6 cm para extracción con bolsa del bazo, reiniciando la ingesta oral a las 6 horas posoperatorias. Se administró ketorolaco alternando con paracetamol IV, durante el primer día posoperatorio y por vía oral un día más. Permaneció en el hospital dos días tras la cirugía. El resultado anatomo-patológico de la pieza quirúrgica fue de bazo de 11 x 9 x 7 cm que en uno de sus polos muestra una estructura de consistencia cálctica y configuración ovoide de 8 x 7 x 6 cm que ocupa aproximadamente dos tercios del volumen del órgano, compatible con quiste hidatídico esplénico (*Figura 2b*).

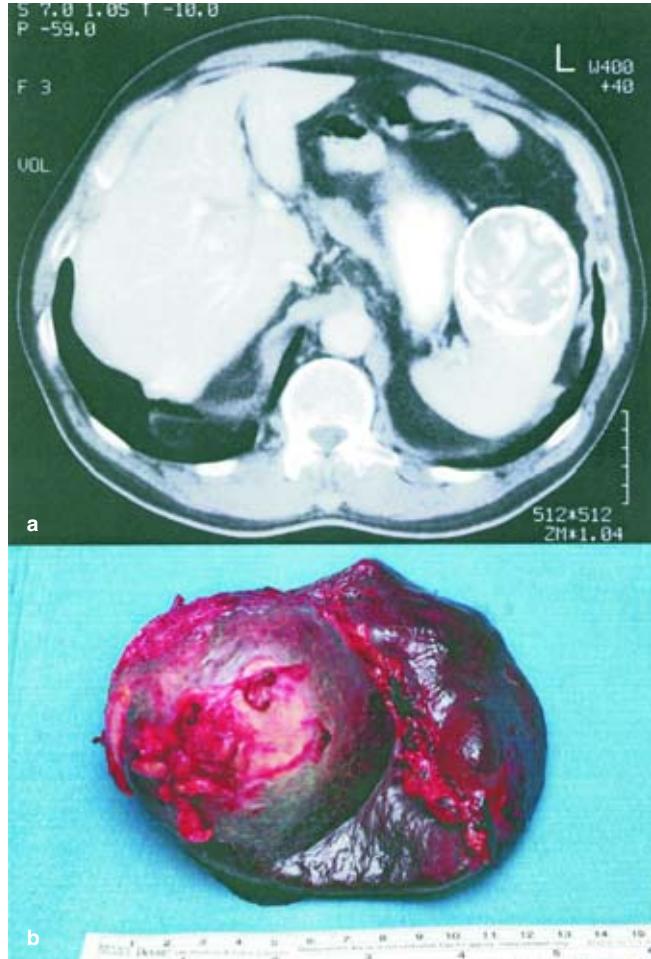


Figura 2. a) TC de abdomen: quiste hidatídico calcificado en polo superior de bazo. b) Pieza quirúrgica: bazo de 11 x 9 x 7 cm con quiste hidatídico de 8 x 7 x 6 cm.

DISCUSIÓN

La afectación hidatídica del bazo es poco frecuente, y menos aún como localización única. Encontramos referencias en la literatura ya a principios del siglo pasado,¹ tratándose en la mayoría de los casos de quistes únicos con sintomatología insidiosa por aumento de tumoración y con mayor frecuencia de aparición en niños en zonas endémicas. En ocasiones pueden complicarse por rotura, absceso o hemorragia. El tratamiento siempre es quirúrgico, debiendo valorar la cirugía conservadora, con enucleación y conservación del bazo² o la esplenectomía parcial,³ en aquellos pacientes en edad pediátrica.

La técnica quirúrgica clásica ha sido la esplenectomía abierta,⁴ por laparotomía media o subcostal. Desde que en 1991 se realizara con éxito la primera esplenectomía laparoscópica,⁵

se han publicado numerosas series sobre el tratamiento de la patología esplénica mediante esta técnica, ya sea en posición decúbito supino,⁶ decúbito lateral⁷ o asistida con la mano⁸ mediante la utilización de dispositivos creados para este fin.

En nuestro trabajo comparamos dos pacientes con quistes esplénicos únicos de tamaño similar, y que ambos habían sido intervenidos previamente mediante laparotomía media.

En el primer paciente se realizó una laparotomía subcostal izquierda. En el segundo caso realizamos una esplenectomía por vía laparoscópica en posición lateral con la utilización de cuatro trócares. Creamos el neumoperitoneo tras la introducción de un trócar óptico de 10 mm en flanco izquierdo. Siguiendo el arco costal, entre el ombligo y la línea axilar posterior, se colocaron otros dos trócares de 10 mm y uno de 15 mm (para luego introducir la bolsa y extraer la pieza). En ocasiones se puede realizar la técnica con sólo tres trócares. Para la extracción del bazo ampliamos la incisión de 15 mm, pudiendo extraer la pieza entera por minilaparotomía. También se puede optar, en casos de quistes de mayor tamaño, por sustituir

uno de los trócares por el dispositivo para técnica asistida con la mano, que servirá además para facilitar la extracción de la pieza.

Comparando ambos casos, el paciente al que se le realizó la esplenectomía por vía laparoscópica reinició antes la tolerancia oral, precisó menos analgesia posoperatoria y recibió el alta al segundo día tras la intervención; mientras el paciente intervenido mediante cirugía abierta necesitó de seis días de ingreso posoperatorio.

Las ventajas de la cirugía laparoscópica sobre la cirugía abierta están plenamente documentadas:⁹ menor dolor posoperatorio, restauración precoz del tránsito intestinal, disminución del riesgo de eventración, descenso de la estancia hospitalaria y mejor resultado estético.

Con todo ello concluimos que la cirugía laparoscópica, con sus diferentes variantes, es una técnica segura que permite tratar correctamente la enfermedad hidatídica esplénica,¹⁰ incluso en quistes de gran tamaño, disminuyendo la longitud de la herida de la cirugía abierta convencional, el dolor posoperatorio y la estancia hospitalaria.

REFERENCIAS

1. Seager FR, Glasg E. Note on a case of hydatid cyst of the spleen. *Lancet* 1903; 161: 655.
2. Bhatnagar V, Agarwala S, Mitra DK. Conservative surgery for splenic hydatid cyst. *J Pediatr Surg* 1994; 29(12): 1570-1571.
3. Sellers GJ, Starker PM. Laparoscopic treatment of a benign splenic cyst. *Surg Endosc* 1997; 11: 766-768.
4. González JI, Angoso M, Marcos A, García JA, Cascón A, García E, Prado A. Quiste hidatídico esplénico gigante. *Cir Esp* 2006; 79(2): 120-122.
5. Brunt LM, Langer JC, Quasebarth MA, Whitman E. Comparative analysis of laparoscopic versus open splenectomy. *Am J Surg* 1996; 172: 596-601.
6. Trias M, Targarona EM, Balagué C. Laparoscopic splenectomy: an evolving technique. *Surg Endosc* 1996; 10: 389-392.
7. Park A, Gagner M. The lateral approach to laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc* 1994; 8: 239.
8. Ballaux K, Himpens JM, Leman G. Hand-assisted laparoscopic splenectomy for hydatid cyst. *Surg Endosc* 1997; 11: 942-943.
9. Janu PG, Rogers DA, Lobe TE. A comparison of laparoscopic and traditional open splenectomy in childhood. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 109-114.
10. Gharabeih K. Laparoscopic excision of splenic hydatid cyst. *Postgrad Med J* 2001; 77: 195-196.

Correspondencia:

Dra. Sagario Fuerte Ruiz.

Servicio de CGD Hospital de Getafe.

Carretera de Toledo, km 12,500. 28905

Getafe, Madrid, España.

Tfno: + 34 91 683 09 01;

Fax: +34 91 665 03 21