

Esplenopexia laparoscópica. Descripción de una nueva técnica.

Dres. G.R. Elmo, L. Piaggio, M. Martínez Ferro.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital J.P. Garrahan, Bs. As., Argentina.

Resumen

El bazo nómada es una rara entidad clínica caracterizada por una hiperlaxitud o ausencia de los ligamentos suspensorios esplénicos. El peligro de la torsión e infarto esplénico hacen que una vez diagnosticada, la esplenopexia sea el tratamiento de elección. Se presenta el caso de un niño de 4 años quien consulta por dolor abdominal recurrente con una ecografía que confirma el diagnóstico de bazo nómada. Se realizó esplenopexia laparoscópica mediante la creación de un bolsillo extraperitoneal. Creemos que esta nueva técnica es segura y efectiva para el tratamiento de esta entidad.

Palabras clave: Bazo nómada - Bazo ectópico - Esplenopexia

Summary

Wandering spleen is an uncommon entity characterized by abnormality or absent spleen suspensory ligaments. Torsion and spleen infarct risk makes surgical correction by pexia of the organ the treatment of choice. We report the case of a 4 years old boy having recurrent abdominal pain in whom ultrasound diagnosis of wandering spleen was made. Laparoscopic spleenpexy was performed creating an extraperitoneal pouch. We think this new approach is safe and effective for the treatment of this abnormality.

Index words: Wandering spleen – Spleenpexy – Ectopic spleen – Laparoscopy

Resumo

O baço nômada é uma entidade clínica rara caracterizada por um hiperrelaxamento ou ausência dos ligamentos suspensórios esplênicos. O perigo de torção e infarto esplênicos faz que uma vez diagnosticada, a esplenopexia seja o tratamento de eleição. É apresentado o caso de um menino de 4 anos que consultou por dor abdominal recorrente com uma ultra-sonografia que confirmava o diagnóstico de baço nômada. Foi realizada a esplenopexia laparoscópica com a criação de uma bolsa extraperitoneal. Acreditamos que esta nova técnica é segura e efetiva para o tratamento desta entidade.

Palavras chave: Baço nômada - Baço ectópico - Esplenopexia.

Introducción

El bazo nómada es una entidad clínica poco común causada por una anomalía en el mesogastrio dorsal embrionario que se caracteriza por la hiperlaxitud o ausencia de los ligamentos de soporte esplénico¹. La falta de esta fijación permite que el bazo se desplace libremente por la cavidad peritoneal, unido solamente a su pedículo vascular sobre el que suele volvularse².

Los pacientes pueden encontrarse asintomáticos o con un dolor abdominal agudo o crónico intermitente asociado a la presencia de tumor abdominal palpable y móvil. En la mayoría de los casos comunicados, el infarto esplénico hallado en la cirugía obligó a la exéresis del órgano. La esplenectomía expone al riesgo de una sepsis incontrolable con alta mortalidad, especialmente en niños³.

Actualmente se recomienda la preservación del bazo, luego de la detorsión y fijación del mismo. Se han

reportado numerosas técnicas de esplenopexia por medio de una laparotomía convencional, las cuales se han tratado de reproducir a través de la endocirugía.

En este trabajo presentamos un caso de bazo nómada tratado con una técnica de fijación laparoscópica no descrita previamente.

Presentación del caso

Se trata de un niño de 4 años de edad sin antecedentes clínicos de jerarquía, quien consultó por dolor abdominal recurrente. En el examen físico se constató a la palpación, un tumor en hipogastrio móvil e indoloro cuyo tamaño aproximado era de 8 por 6 cm. La ecografía informó bazo ubicado por delante del riñón izquierdo y descendido, homogéneo, con señal dópler positiva, de 7 cm de diámetro que se moviliza con el cambio de decúbito.

Se diagnosticó bazo nómada y se recomendó la esplenopexia laparoscópica electiva para reducir la congestión crónica y prevenir el infarto esplénico.

Descripción de la técnica: El paciente se colocó en posición supina. Se utilizó un trócar de 10 mm en el ombligo y 2 trócares accesorios de 5 mm en epigastrio y flanco izquierdo. La presión de insuflación con dióxido de carbono fue de 8 mm Hg.

Se utilizó una óptica de 7 mm y 30 grados que mostró el bazo móvil unido por su pedículo vascular. Se notó ingurgitación venosa en el pedículo y la exis-



Fig. 1: Creación del bolsillo extraperitoneal. Globo de látex confeccionado con un dedo de guante seccionado.

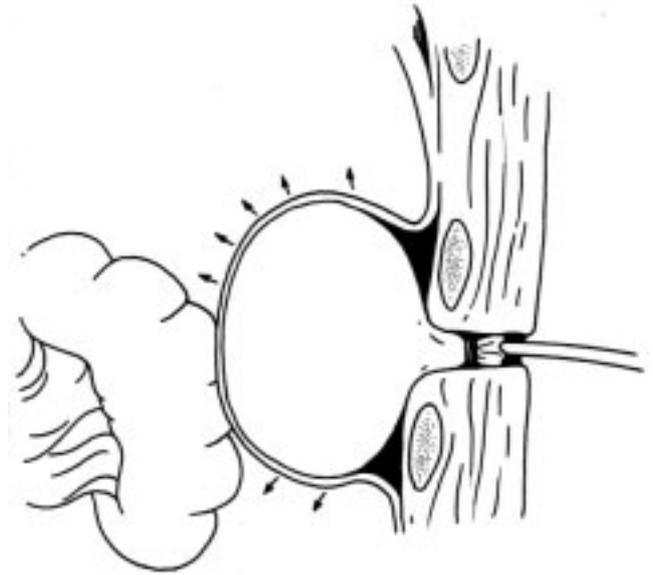


Fig. 2: Introducción del dispositivo mediante una micro-incisión en flanco izquierdo. Insuflación del dispositivo con solución fisiológica. El balón tolera hasta 350 ml sin inconvenientes.

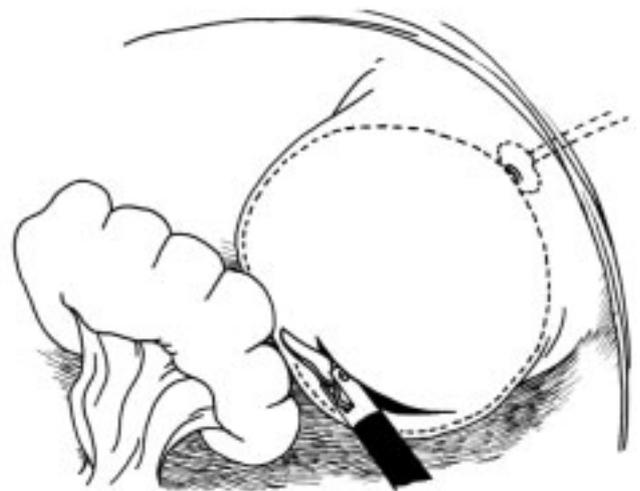


Fig. 3: Incisión del bosillo peritoneal.

tencia de algunos vasos cortos que lo unían al estómago. Bajo visión endoscópica y a través de una micro-incisión de 5 mm en región lumbar izquierda se introdujo un balón confeccionado con un dedo de guante que permitió crear un bolsillo extraperitoneal (figuras 1 y 2).

Una vez confeccionado el bolsillo, desde adentro y bajo control laparoscópico, se secciona verticalmente el domo del mismo haciendo una apertura amplia (figura 3).

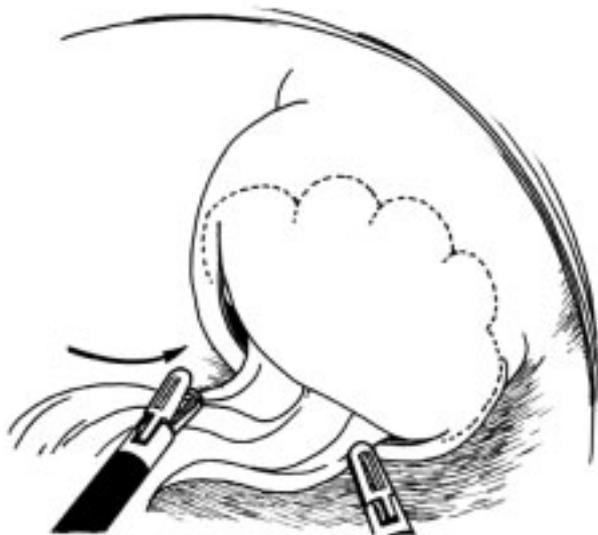


Fig. 4: Introducción del bazo en el bolsillo peritoneal.

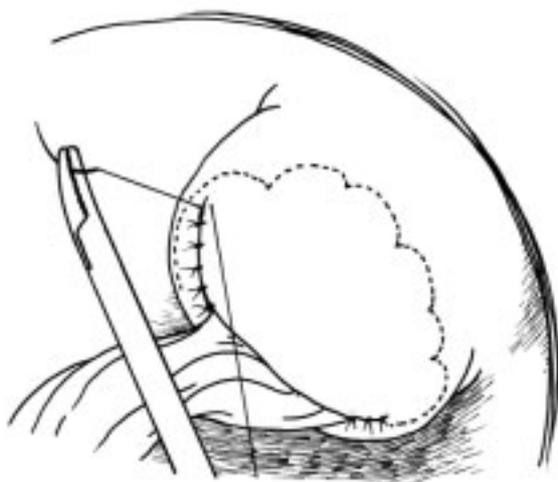


Fig. 5: Cierre del bolsillo peritoneal fijando el bazo.

El bazo se introdujo en dicho bolsillo (figura 4), cerrándose con puntos extracorpóreos de sutura no reabsorbible 2-0 cuidando no comprometer el pedículo vascular (figura 5). El tiempo operatorio fue de 90 minutos y no hubo complicaciones intraoperatorias. El paciente fue dado de alta a las 48 horas. Los controles ecográficos posteriores mostraron un bazo viable ubicado en el sitio de fijación.

Discusión

La etiología de bazo nómada aún no ha sido determinada. Considerando el aumento de la incidencia en mujeres jóvenes multíparas, se ha

postulado que la laxitud ligamentaria estaría producida por efectos hormonales⁴. Sin embargo esta anomalía esplénica puede encontrarse a cualquier edad, inclusive en lactantes⁵. La esplenomegalia también ha sido implicada como factor causal a pesar que la incidencia no está aumentada en poblaciones donde la esplenomegalia es endémica. Mientras que la etiología parece ser multifactorial, la incompleta fusión del mesogastrio dorsal durante el desarrollo crea un incremento en la movilidad del bazo con ausencia de las estructuras ligamentarias de fijación⁶.

La presentación clínica es variable. Los pacientes pueden encontrarse asintomáticos o consultar por dolor abdominal recurrente con masa abdominal palpable. La presentación más común es como abdomen agudo quirúrgico. La mayoría de los casos han sido comunicados luego de la esplenectomía como un infarto agudo, secundario a un vólvulo esplénico⁷.

La ecografía posibilita como en este caso el diagnóstico en forma no invasiva y con el uso del dópler se puede comprobar la perfusión del bazo².

Cuando se diagnostica un bazo nómade, el peligro de lesión traumática por la poca protección que otorga la ubicación anómala y el riesgo de vólvulo hacen que la fijación y conservación del bazo sean obligatorias. El riesgo de sepsis posesplenectomía es una entidad claramente descrita y es mayor en niños quienes tienen una mortalidad elevada (30-60%)⁸.

Se han descrito numerosos métodos de fijación esplénica a través de una laparotomía convencional como la simple sutura entre la cápsula esplénica y el diafragma⁹, la ubicación del bazo en un bolsillo peritoneal¹⁰, la creación de una celda esplénica movilizándolo el ángulo esplénico del colon¹¹ o envolviendo el bazo en una redcilla ("snood") de material reabsorbible la cual se fija al peritoneo parietal diafragmático en el hipocondrio izquierdo¹².

Los beneficios de la vía endoscópica son bien conocidos. Actualmente la esplenectomía laparoscópica es el método de elección para los casos en que se requiere. Según nuestros conocimientos se encuentran publicados sólo 5 casos de esplenopexia laparoscópica. En 4 de los casos se utilizó una celda creada con una malla de material reabsorbible, el 5° caso se realizó creando un bolsillo con omento abdominal¹³.

En el presente caso se creó un bolsillo extra peritoneal mediante un balón confeccionado con un dedo

de guante. No hubo complicaciones operatorias y el seguimiento del paciente demostró la persistencia del bazo en su nueva ubicación con vitalidad conservada.

Creemos que la esplenopexia laparoscópica mediante la creación de un bolsillo extraperitoneal es un método seguro, efectivo y reproducible.

Bibliografía

1. Hirose R, Kitano S, Bando T, et al: Laparoscopic Splenopexy for Pediatric Wandering Spleen. *J Pediatr Surg* 33: 1571-1573, 1998.
2. Seashore JH, Macintosh S: Splenopexy for Wandering Spleen. *J Pediatr Surg* 25: 270-271, 1990.
3. Heinen F, Moguillansky S, Sarasqueta P. Bazo Nómada. *Medicina Infantil* 5: 286-289, 1994.
4. Abell I : Wandering Spleen with torsion of the pedicle. *Ann Surg* 98: 722-735, 1998.
5. Keith B, Allen, Gibbs A. Pediatric Wandering Spleen - The Case for Splenopexy: Review of 35 Reported Cases in the Literature. *J Pediatr Surg* 24: 432-435, 1989.
6. Stringel G, Soucy P, Mercer S et al: Torsion of the wandering spleen: splenectomy or esplenopexy. *J Pediatr Surg* 17: 373-375, 1982.
7. Sum and Substance: The Wandering Spleen. *Radiology* 190: 48, 1994.
8. Nemcek A, Miller F, Fitzgerald F: Acute torsion of a wandering spleen *Am J Roentgenol* 157: 307-309, 1993.
9. Jones BJ, Daly M, Delaney PV: Torsion of the spleen managed by splenopexy. *J Surg* 78: 887-888, 1991.
10. Van der Staak F, Festen C: Splenopexy in case of wandering spleen. *Zeitschrift für Kinderchirurgie* 224: 19-28, 1994.
11. Caracciolo F, Bonatti PL, Castrucci G et al: Wandering spleen: treatment with colonic displacement. *J R Coll Surg Edinb* 31: 242-244, 1986.
12. Schmidt SP, Andrews HG, White JJ: The splenic snood: An improved approach for the management of the wandering spleen. *J Pediatr Surg* 27: 1043-1044, 1992.
13. Peitgen K, Majetschak M, Walz MK: Laparoscopic splenopexy by peritoneal and omental pouch construction for intermittent splenic torsion ("wandering spleen"). *Surg Endosc* 15: 413-415, 2001.

Trabajo presentado en el IV Congreso CIPESUR, Noviembre 2001 - Montevideo - Uruguay

Dr. Gastón Elmo

Las Heras 155

Monte Grande - Esteban Echeverría

Buenos Aires - Argentina