

Esplenectomía por cirugía de video laparoscopia vs por vía convencional. Experiencia en nuestro centro.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CMTE FAUSTINO PÉREZ MATANZAS.
Esplenectomía por cirugía de video laparoscopia vs por vía convencional.
Experiencia en nuestro centro.

Splenectomy by video surgery laparoscopy Vs convencional way. Experience in our unit.

AUTORES

Dr. José A. Valle Suárez (1)
Dr. Boris Borges Ondarse(2)
Dr. José A. Cora Abraham (1)

(1) Especialista de 2do Grado de Cirugía General
(2) Especialista de 1er Grado en Cirugía.

RESUMEN

Un estudio fue hecho utilizando los 35 pacientes a los que le fueron extirpado el bazo en nuestro instituto desde septiembre de 1996 hasta el presente, lo mismo utilizando procedimientos convencionales(19 pacientes) o procedimiento de mínimo acceso (16 pacientes). Utilizando los datos obtenidos por cada paciente y el tipo de operación efectuada, fuimos capaces de realizar un análisis comparativo entre los dos tipos de procedimientos, determinando las ventajas y desventajas así como las contraindicaciones de cada uno. El estudio demostró que la cirugía por mínimo acceso tiene mayores beneficios para los pacientes y para la economía del país y la necesidad de aumentar los acontecimientos de este tipo de procedimiento

DESCRIPTORES(DeCS):

ESPLENECTOMÍA/método
ESPLENECTOMÍA/economía
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS/cirugía
LAPAROSCOPIA
CIRUGÍA ASISTIDA POR VIDEO
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

Actualmente son atendidos en nuestro centro un gran número de pacientes con determinadas enfermedades hematológicas, que requieren de un tratamiento quirúrgico electivo. Nuestro centro cuenta actualmente con la posibilidad de la cirugía de video laparoscópica (CIVILAP) (1), muy difundida en muchas partes del mundo, y cuyos pasos de avances han posibilitado que cada día amplíe más su campo operatorio, manifestándose los logros y mayores posibilidades de éxito de este tipo de intervención, tanto para el paciente como para la economía del país.(2,4)

La esplenectomía por vía laparoscópica es utilizada como tratamiento de un gran número de enfermedades hematológicas(3), realizada en equivalencia con la cirugía por vía abierta o convencional, sobre todo en casos en que se imposibilite la

realización de la cirugía por mínimo acceso, como se pudieran mencionar las esplenomegalias gigantes (contraindicación absoluta) o las adherencias de la zona por operaciones anteriores de hemiabdomen superior (contraindicación relativa)(6,7).

Mediante numerosos estudios realizados en todo el mundo, se han valorado las ventajas y desventajas de este nuevo tipo de cirugía(5), quedando demostrada la irreversibilidad de las posibilidades reales como nuevo método de tratamiento quirúrgico del futuro(8), cuyo campo cada vez se diversifica más(4). Por todo lo analizado anteriormente nos motivamos a la realización de este trabajo, realizando un estudio de todos los pacientes operados en nuestro centro por determinada enfermedad hematológica, que requirieron de una esplenectomía, ya sea por vía abierta o por CIVILAP. Nos proponemos con el siguiente trabajo dar a conocer la importancia y las ventajas de la cirugía de video laparoscópica como método de tratamiento de numerosas enfermedades hematológicas, conocer los principales indicadores de los pacientes operados de esplenectomía en nuestro centro y conocer y profundizar en lo relacionado a este tipo de intervención, posibilidades, contraindicaciones y economía de recursos.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio fue realizado con un total de 35 pacientes, ingresados en nuestro centro, con determinada enfermedad hematológica, y que requirieron de una esplenectomía electiva como parte de su tratamiento, ya fuese por vía convencional o por CIVILAP, operados desde septiembre de 1996 hasta la fecha. Para poder realizar este estudio fue necesario la recogida de diferentes datos relacionados con la actividad quirúrgica y con los pacientes, dentro de los que se encuentra la edad, el sexo, la raza, el diagnóstico hematológico, el tipo de cirugía realizada (vía abierta o CIVILAP), uso de antibióticos, tiempo quirúrgico, uso de drenajes y complicaciones relacionadas con la operación. Todos estos datos fueron resumidos en tablas y procesados, auxiliándonos de diferentes medios para su estudio, (informáticos, estudios internacionales).

RESULTADOS

Tabla #1 "Sexo de los casos operados".

Sexo	Civilap	% del total de civilap	Vía abierta	% del total vía abierta	Total general	% general
Masculino	4	25	9	47,4	13	37,1
Femenino	12	75	10	52,6	22	62,9
Total	16	100	19	100	35	100

Fuente: 35 pacientes operados de esplenectomía.

Tabla#2 "Diagnóstico hematológico de los casos operados".

Enfermedades	Civilap	% del	Vía	% vía	Total	%
--------------	---------	-------	-----	-------	-------	---

		total civilap	abierta	abierta	general	general
Linfoma vellosa	0	0	1	5,3	1	2,9
Linfoma esplénico	0	0	2	10,5	2	5,7
Para diagnóstico	1	6,3	3	15,8	4	11,4
Microesferocitosis hereditaria	3	18,8	2	10,5	5	14,2
PTI	11	68,8	2	10,5	13	37,1
Anemia hemolítica autoinmune	1	6,3	2	10,5	3	8,6
Eliptocitosis	0	0	1	5,3	1	2,9
Leucosis de células peludas	0	0	2	10,5	2	5,7
Linfoma de Hodking	0	0	2	10,5	2	5,7
Quiste del bazo	0	0	2	10,5	2	5,7
Total	16	100	19	100	35	100

Fuente: 35 pacientes operados de esplenectomía.

Tabla#3 "Variedad quirúrgica utilizada"

Tipo de cirugía	Total de casos	% del total
CIVILAP	16	45,7
Convencional	19	54,2
Total	35	100

Fuente: 35 pacientes operados de esplenectomía

Tabla #.4 "Uso de antibióticos"

Tipo de cirugía	Total de casos	% del total
CIVILAP	4	17,4
Convencional	19	82,6
Total	23	100

Fuente: 35 pacientes operados de esplenectomía

Tabla#5 "Tiempo quirúrgico realizado"

Tiempo (horas)	civilap	% del total civilap	Vía abierta	% del vía abierta	Total general	% general
<1	0	0	6	31,6	6	17,1
1-1:59	5	31,3	11	57,9	16	45,7
2-2:59	5	31,3	2	10,5	7	20
3-3:59	3	18,8	0	0	3	8,6
>4	3	18,8	0	0	3	8,6
Total	16	100	19	100	35	100

Fuente : 35 pacientes operados de esplenectomía.

DISCUSIÓN

El estudio realizado nos permitió determinar cual fue el sexo predominante dentro del grupo de los pacientes operados (tabla#1), tanto de un tipo de cirugía como del otro, viéndose que en ambas el sexo predominante ha sido el femenino, siendo de un 75% de los operados por civilap, y de un 52,6% de los operados por vía abierta, representando del total de los 35 pacientes esplenectomizados, el 62,9% con 22 de los casos. De esta forma se manifiesta la mayor frecuencia de estas enfermedades en el sexo femenino en correspondencia con otros estudios realizados, como es el caso de la PTI (púrpura trombocitopénica inmunológica) donde su número es mayor en pacientes del sexo femenino que en pacientes del sexo masculino. En cuanto al diagnóstico hematológico que llevó al paciente a un posterior tratamiento quirúrgico (tabla#2), se vió que los operados por vía laparoscópica, la patología más frecuente fue la PTI , con 11 de los 16 casos operados por esta vía representando el 68,8%, seguido de la microesferocitosis hereditaria con solo 3 casos, 1 solo con anemia hemolítica autoinmune y otro para diagnóstico, siendo de 0 casos los que presentaban otra patología como el linfoma vellosa ,linfoma de hodking, linfoma esplénico, eliptocitosis, leucosis de células peludas y quistes del bazo, estando esto en correspondencia con la asociación que tienen muchas de estas enfermedades a esplenomegalias gigantes y que por tanto contraindican la realización de este tipo de cirugía de mínimo acceso. En el caso de la cirugía abierta, lo más frecuente realizado fueron las realizadas con fines diagnósticos con un total de 3 casos, no teniendo esto mucho significado ya que de todas las demás intervenciones, su número oscilaba entre 1 y 2 casos. De esto podemos definir que la patología de mayor frecuencia encontrada fue la PTI con un total de 13 pacientes, que representa de los 35 operados el 37,1%, seguido de la microesferocitosis hereditaria con un 14,2, siendo las menos frecuentes la leucosis de células peludas y el linfoma vellosa con solo un 2,9% cada una. En la tabla#3 se resume de modo general lo analizado hasta ahora sobre el tipo de intervención realizada, viéndose que la intervención más frecuente fue la efectuada por vía convencional con un total de 19 pacientes, siendo el 54,2% , y de 16 casos solamente por CIVILAP , que fue el 45,7%, no estando esto en correspondencia con las ventajas que se sabe tiene el método laparoscópico tanto para el paciente como para la economía, pero pudiéndose explicar en parte, porque la CIVILAP es relativamente nueva con relación a la vía convencional en nuestro centro, por lo que los primeros casos intervenidos todos se realizaron por vía abierta, además de las contraindicaciones que se sabe tiene la cirugía de mínimo acceso con respecto a los casos de esplenomegalias gigantes.

El uso de antibióticos en los pacientes operados, también tuvo sus características(tabla#4). En el caso de los intervenidos por vía laparoscópica se usó antibiótico solo en 4 de los pacientes de manera profiláctica, representando esto el 11,42% del total de operados. En el caso de los operados por vía convencional el uso de los antibióticos fue en los 19 casos operados, representando el 54,2% del total de pacientes operados, media hora antes y hasta 5 días después como promedio, siendo la penicilina el antibiótico más usado. Este análisis es reflejo de las bondades de este tipo de cirugía por mínimo acceso.

La tabla#5 nos muestra el análisis del tiempo quirúrgico empleado por cada tipo de intervención, lo cual refleja la vía abierta como la de menor tiempo quirúrgico empleado, observándose 11 de los 19 operados por esta técnica(57,9%) en un tiempo entre 1h y 1:59h, seguido de 6 pacientes cuyo tiempo fue menos de 1h(31,6%), viéndose solo en 2 casos que el tiempo sobrepasó las 2 horas pero sin llegar a las 3h. Contrasta con los operados por vía laparoscópica que hasta el momento el tiempo de mayor frecuencia utilizado fue de 5 pacientes entre 1h y 1:59h y 5 mas entre 2h y 2:59h representando cada uno un 31,3%, no viéndose ningún caso operado en menos de una hora y de 6 realizados en mas de 3 h e incluso 3 de estos 6 en mas de 4h. Esto refleja un momento de CIVILAP, donde en

sus inicios al ser una técnica novedosa, y ser los primeros casos operados de estas patologías, el tiempo quirúrgico era mayor, el cual se ha ido disminuyendo por la experiencia acumulada y las habilidades del equipo de trabajo de este tipo de cirugía. De esta manera podemos concluir que en la investigación realizada se pudo demostrar que el sexo femenino fue predominante en correspondencia con estudios realizados al respecto, el diagnóstico hematológico de mayor frecuencia presentado fue la PTI seguido de la microesferocitosis hereditaria, siendo nulo los casos operados por CIVILAP asociados a esplenomegalias gigantes.

De todas las intervenciones realizadas, solo el 45,7% fueron por CIVILAP, a pesar de los resultados favorecedores de esta técnica, pero influenciado por el momento de su comienzo en nuestra provincia. Se pudo además ratificar las ventajas de la esplenectomía por vía laparoscópica que la sitúa en una posición privilegiada como técnica del futuro, dentro de las cuales se ejemplifican las siguientes:

- Menor estadía hospitalaria.
- Uso nulo o escaso de antibióticos.
- Uso nulo o de corto tiempo de drenajes.
- Raras complicaciones.
- Favorecedor de la estética por sus pequeñas incisiones como puerta de entrada a la cavidad abdominal.
- Mayor visibilidad del campo operatorio por el aumento del lente del laparoscopio utilizado.
- Mayor rapidez de incorporación del paciente a la vida familiar, social y laboral, por su rápida recuperación.

De lo estudiado se definió como contraindicación absoluta las esplenomegalias gigantes, y relativas a las adherencias producto de cirugías de hemiabdomen superior, sin hablar de las existentes para cualquier tipo de cirugía. De manera que se resume la importancia social, individual y profesional de la CIVILAP como cirugía que aporta grandes beneficios al paciente y al país. Recomendamos que se profundice en su conocimiento y en sus ventajas para que cada paciente tenga el tratamiento que se merece, según nuestras posibilidades y recursos y de esa manera contribuir al conocimiento humano y al estado de salud y calidad de los servicios que brindamos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phillips EH, Canoll BJ, Fallas MJ. Laparoscopic splenectomy. Surg endoc 1994; 4(8):931-3.
2. Yee LF, Carvajal S, de Lorimier AA, Mulvihill SJ. Laparoscopic splenectomy: the initial experience at university of California, San Francisco. Arch surg 1995; 10(4):874-9.
3. Akwani OE, Itani KM, Coleman RE, Rosse WF. Splenectomy for primary and recurrent immune thrombocytopenic purpura (ITP). Am surg 1987; 13(4):529-47.
4. Lefor AT, Melvin WS, Bailey RW, Flowers JL. Laparoscopic splenectomy in the management of immune thrombocytopenic purpura. Surgery 1992; 11(4): 613-8.

5. Lefor AT, Flowers JL, Heyman MR. Laparoscopic staging of Hodking's disease. *Surg oncol* 1993; 12(4):217– 20.
6. Tenosu G, Donini A, Silvestri F. Laparoscopic splenectomy in the management of hematologic disease: surgical technique and outcome in 17 patient. *Surg endoc* 1996; 10(3): 441-4.
7. Grossband ML. Is laparoscopic splenectomy appropriate for the management of hematologic and oncologic disease? *Surg endoc* 1996; 10(4): 387-8.
8. Smith BM, Schropp KP, Lobe TE. Laparoscopic splenectomy in childhood. *J pediatr surg* 1994; 29(5):975-7.

SUMMARY

A study was done using all 35 patient splenectomized at our institute from september 1996 to the present date, either using conventional procedures (19 patient) or minimum access procedures (16 patient). Using the data obtained from each patient and the type of operation performed, we were able to make a comparative analysis between the 2 type of procedures, determining the advantages and disadvantage as well as the contraindications of each. The study showed that minimum access surgery has greater benefits for the patient and for the economy of the country and the need to increase knowledge of this type of procedure.