

## EDITORIAL

# Esplenectomía electiva: ¿Debe ser laparoscópica?

Juan Pablo Toro Vásquez<sup>1</sup>

La esplenectomía mínimamente invasiva, entendida como esplenectomía totalmente laparoscópica (EL) o esplenectomía laparoscópica mano-asistida, se ha posicionado en las últimas tres décadas como el abordaje de elección para los pacientes que requieren extracción del bazo por causas no traumáticas (1). Desde la descripción de la primera esplenectomía laparoscópica por Delaitre y Maignien (2), se ha generalizado su implementación en diversos centros del mundo.

La aceptación como técnica estándar se basa en los siguientes beneficios: menor sangrado intraoperatorio, menor dolor postoperatorio, menor tasa de complicaciones globales y de complicaciones relacionadas a la herida quirúrgica, menor estancia hospitalaria y más rápida recuperación del paciente (1, 3, 4, 5, 6). Incluso un estudio reciente señala que la mortalidad de la EL es significativamente menor que la EA (7), aunque no hay otros estudios de calidad que soporten este hallazgo. Por otro lado, dentro de las desventajas de la EL comparada con la esplenectomía abierta (EA), se encuentran que se asocia a un mayor tiempo operatorio y que requiere un número importante de casos para que el cirujano complete la curva de aprendizaje del procedimiento (3, 6, 7).

Varios estudios con series numerosas de pacientes y revisiones sistemáticas han demostrado que la EL comparada con la EA usualmente resulta en menor morbilidad global 15.5 vs 26, 6% (3), menos complicaciones graves (7 vs 17 %) (6) y en menor estancia hospitalaria (3 vs 7 días) (7). Al comparar otras variables como la necesidad de transfusiones, parece ser que las diferencias no son muy grandes entre las dos técnicas (3, 4).

---

<sup>1</sup> Especialista en Cirugía Mínimamente Invasiva y Cirugía Bariátrica  
Hospital San Vicente Fundación  
Profesor Asistente de Cirugía General  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia  
Correspondencia: Juan Pablo Toro Vásquez; pablo.toro@udea.edu.co

En el presente número de la revista se analizan los resultados clínicos de una serie retrospectiva de 202 pacientes sometidos a esplenectomía, donde se comparan la técnica totalmente laparoscópica (n=65) y la técnica abierta (n=137). Se incluyeron pacientes adultos con diferentes desórdenes hematológicos que fueron operados durante un periodo de 20 años en la misma institución. Los autores concluyen que la EL es un procedimiento seguro y eficaz en el manejo de enfermedades hematológicas, que se asocia a menor sangrado intraoperatorio que la EA (100 vs 250 cc) pero a un mayor tiempo operatorio (129 vs 60 min). No hubo diferencias entre los dos grupos en identificación de bazo supernumerarios, complicaciones intraoperatorias, número de transfusiones y tiempo de hospitalización. Sin embargo, a pesar de que hubo una tendencia a menor tasa de complicaciones con la técnica laparoscópica (7,6 vs 10,2 %), esta diferencia no alcanzó significancia estadística posiblemente por el tamaño de la muestra.

Otro hallazgo importante es que en el grupo de pacientes de EL se presentaron 17/65 (26,1%) conversiones a cirugía abierta, la mayoría de ellas debidas a esplenomegalia. Este evento podría explicar en parte por qué la estancia hospitalaria no fue significativamente menor en el grupo de EL, ya que al menos la cuarta parte de estos pacientes terminaron siendo intervenidos por la vía abierta.

Para sintetizar los principales resultados del presente estudio podemos mencionar: primero, la mayor proporción de esplenectomías siguen siendo realizadas por la vía abierta. Segundo, la EL es comparable en efectividad a la EA, pero asociada a menor morbilidad. Tercero, la técnica de EL requiere más tiempo operatorio que la EA y con cierta frecuencia termina en conversión a técnica abierta cuando hay esplenomegalia. Estos hallazgos se aproximan a la información ya publicada en literatura internacional, y hacen suponer que una vez alcanzada la curva de aprendizaje en EL, la utilización de la vía laparoscópica se va a popularizar como el abordaje de elección en esplenectomía electiva.

Como es sabido por muchos, en nuestro país existe un retraso en la implementación de procedimientos laparoscópicos avanzados, y dicho retraso obedece más que a falta de interés o de capacitación del recurso humano, a limitaciones propias del sistema de

salud tales como cobertura limitada por los aseguradores, escasa disponibilidad de dispositivos y tecnología de última generación, costos incrementados, entre otros.

En resumen, existe evidencia científica de buena calidad y suficiente que respaldan a la EL como el método estándar para esplenectomía electiva (1). Es esperable un mayor tiempo operatorio durante los casos iniciales, pero una vez estandarizada la técnica, los tiempos operatorios pueden aproximarse mucho a los de la técnica abierta (6, 7). En nuestra institución, la EL es la primera opción para la mayoría de los pacientes. Tenemos como preferencia el abordaje en decúbito lateral derecho, encontrando este método muy seguro y reproducible. En casos de esplenomegalia masiva, utilizamos la esplenectomía laparoscópica mano-asistida como una muy buena alternativa. Ésta aproximación ha demostrado disminuir de manera eficaz el número de conversiones a técnica abierta, conservando la mayoría de beneficios de la EL (8, 9). Solo en aquellos pacientes con hipertensión portal recomendamos el abordaje tradicional por vía abierta.

Una vez expuesta la anterior información, considero que existen elementos necesarios para retomar el interrogante que motivó la presente nota editorial: ¿la esplenectomía electiva debe ser laparoscópica? La respuesta es sí. La discusión queda abierta y a consideración del lector.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Habermalz B, Sauerland S, Decker G, Delaitre B, Gigot JF, Leandros E, et al. Laparoscopic splenectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc.* 2008 Apr;22(4):821-48. DOI 10.1007/s00464-007-9735-5.
2. Delaitre B, Maignien B. [Splenectomy by the laparoscopic approach. Report of a case]. *Presse Med.* 1991 Dec;20(44):2263. French.
3. Winslow ER, Brunt LM. Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: a meta-analysis with an emphasis on complications. *Surgery.* 2003 Oct;134(4):647-53; discussion 654-5.
4. Konstadoulakis MM, Lagoudianakis E, Antonakis PT, Albanopoulos K, Gomatos I, Stamou KM, et al.

Laparoscopic versus open splenectomy in patients with beta thalassemia major. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006 Feb;16(1):5-8.

5. Gamme G, Birch DW, Karmali S. Minimally invasive splenectomy: an update and review. *Can J Surg*. 2013 Aug;56(4):280-5.
6. Ahad S, Gonczy C, Advani V, Markwell S, Hassan I. True benefit or selection bias: an analysis of laparoscopic versus open splenectomy from the ACS-NSQIP. *Surg Endosc*. 2013 Jun;27(6):1865-71. DOI 10.1007/s00464-012-2727-0.
7. Musallam KM, Khalife M, Sfeir PM, Faraj W, Safadi B, Abi Saad GS, et al. Postoperative outcomes after laparoscopic splenectomy compared with open splenectomy. *Ann Surg*. 2013 Jun;257(6):1116-23. DOI 10.1097/SLA.0b013e318275496a.
8. Barbaros U, Dinççağ A, Sümer A, Vecchio R, Rusello D, Randazzo V, et al. Prospective randomized comparison of clinical results between hand-assisted laparoscopic and open splenectomies. *Surg Endosc*. 2010 Jan;24(1):25-32. DOI 10.1007/s00464-009-0528-x.
9. Qian D, He Z, Hua J, Gong J, Lin S, Song Z. Hand-assisted versus conventional laparoscopic splenectomy: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2014 Dec;84(12):915-20. DOI 10.1111/ans.12597.

