

Esplenectomía en los padecimientos hematológicos

CESAR GUTIERREZ-SAMPERIO*,
FROYLAN CERVANTES-TORRIJOS Y
JOSE GONZALEZ-LLAVEN*

La patología esplénica primaria o secundaria con frecuencia amerita tratamiento quirúrgico. La esplenectomía se indica en traumatismo y padecimientos que afectan al bazo mismo o a las células hemáticas. Se revisaron 132 expedientes de enfermos con padecimientos hematológicos en quienes se realizó esplenectomía, atendidos en el Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social; su indicación fue: P.T.I., 37.8 por ciento; AHA, 24.2 por ciento; Esferocitosis, 11.3 por ciento; S. Fisher Evans, 4.5 por ciento; Hiperesplenismo Primario, 5.3 por ciento; Estadificación de la enfermedad de Hodgkin, 6.0 por ciento; Hemopatía maligna, 4.5 por ciento y otras indicaciones, 3.0 por ciento. Las características de peso del bazo y complicaciones, variaron según el padecimiento de base, así como los criterios para indicar la esplenectomía y valorar los resultados, no hubo diferencia

significativa con lo informado en la literatura. La esplenectomía es útil para suprimir la fuente de formación de anticuerpos, eliminar el sitio de mayor destrucción de células anormales, dañadas o sensibilizadas, así como suprimir la sintomatología que producen bazos de gran tamaño. Los resultados dependen de la técnica quirúrgica, lo acertado del diagnóstico, indicación de la esplenectomía en momento apropiado y del tratamiento.

CLAVES: Bazo, esplenomegalia, citopenia y esplenectomía.

El bazo es un órgano esponjoso ricamente vascularizado, el cual actúa como reservorio de eritrocitos y plaquetas, tiene múltiples funciones que se explican por sus diferentes componentes estructurales:

1) La cápsula con fibras musculares lisas y sus trabéculas intraparenquimatosas lo hacen un órgano contráctil y expansible; después del ejercicio muscular, hemorragia o estrés con liberación de catecolaminas, se produce contracción súbita, con paso de gran parte de su contenido sanguíneo a la circulación general.

2) Su sistema vascular con formación de sinusoides fenestrados, así como una extensa red de ca-

Trabajo de ingreso del doctor César Gutiérrez-Samperio, presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 16 de julio de 1986.

*Académico numerario.

Todos los autores. Hospital de Especialidades. Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

pilares con dilataciones en las que se atrapan diferentes, células, condiciona la destrucción de eritrocitos y plaquetas, principalmente cuando son viejos, anormales o están cubiertos de anticuerpos.

3) El bazo realiza una importante función hematopoyética hasta el quinto mes de la gestación, después del nacimiento en el tejido linfoide esplénico continúan formándose algunos linfocitos y células plasmáticas, aunque en ocasiones la hematopoyesis puede ocurrir en células neoplásicas.

4) El sistema retículo endotelial participa en la función más importante, la inmunológica, a través de los linfocitos T de memoria, supresores y otros, y de los linfocitos B, que forman las inmunoglobulinas. Por lo anterior, cada vez se ha dado mayor importancia a la formación de anticuerpos en el bazo.

Los macrófagos esplénicos tienen receptores para las fracciones Fc del complemento, inmunoglobulinas o bacterias opsonizadas, aumentan en relación con la demanda para eliminar células viejas, anormales o sensibilizadas, así como la necesidad de fagocitar productos anormales del metabolismo.

La patología esplénica primaria o secundaria, con frecuencia amerita tratamiento quirúrgico, sin embargo, aunque la cirugía se realice sin contratiempos, los resultados mucho dependen de su indicación en el momento más apropiado, así como del manejo pre y postoperatorio.

La esplenectomía está indicada en los traumatismos esplénicos, en grandes esplenomegalias por procesos infiltrativos (Enfermedad de Gaucher), padecimientos inflamatorios, algunas veces con formación de abscesos, padecimientos neoplásicos (linfomas, leucemias), esplenomegalia congestiva con hipersplenismo (cirrosis, Síndrome de Banti), en las que generalmente se asocia a otros procedimientos derivativos venosos y en diferentes padecimientos hematológicos, de origen inmunológico o por alteraciones celulares.

La esplenectomía, como parte del tratamiento de las enfermedades hematológicas, se llevó al cabo por primera vez en 1886. A partir de entonces, con el mejor conocimiento de estas enfermedades, aumentaron las indicaciones, Kasnelson en 1916 la propuso para tratar la púrpura trombocitopénica; posteriormente se utilizó en la anemia hemolítica autoinmune, hipersplenismo primario, síndrome de Fisher-Evans y otras anemias hemolíticas no esferocíticas.

Por otra parte, también se indica para tratar algunas hemopatías malignas, como la leucemia granulocítica crónica y como parte del protocolo para definir la extensión de la enfermedad de Hodgkin.

El objeto de este trabajo es valorar las indicaciones y resultados de la esplenectomía en este grupo de enfermos.

Material y Métodos

Se revisaron los expedientes de 132 enfermos con padecimientos hematológicos en quienes se realizó esplenectomía, y que fueron atendidos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" del IMSS, de enero de 1980 a diciembre de 1984. Se analizaron las indicaciones para la cirugía, manejo pre, trans y postoperatorio, las características de los órganos extirpados y evolución inmediata y a largo plazo. En cada padecimiento se definen los criterios para indicar la esplenectomía, así como los criterios para valorar la respuesta.

La intervención quirúrgica se realizó con el enfermo en las mejores condiciones posibles; la anemia se corrigió con la transfusión de paquete globular, la trombocitopenia sintomática fue indicación para transfundir concentrados plaquetarios; para tratar las infecciones asociadas se administraron antibióticos específicos. El día previo a la cirugía se aplicaron enemas evacuantes; en el preoperatorio inmediato se colocó un catéter venoso central y una sonda nasogástrica para descomprimir el estómago.

En todos los casos se utilizó una laparatomía amplia, media, paramedia y ocasionalmente subcostal izquierda, la arteria y la vena esplénicas se ligaron por separado; para movilizar el bazo se seccionaron y ligaron sus medios de fijación, cuidando no lesionar las estructuras vecinas. Es importante no fragmentar el bazo, por la posibilidad de que ocurran siembras esplénicas, lo que puede ocasionar tardíamente la falta de respuesta a la intervención. Extirpado el órgano se hizo hemostasia metuculosa y se cerró la cavidad sin drenajes, los que excepcionalmente se utilizaron cuando hubo apertura del tracto digestivo o lesión de la cola del páncreas.

El bazo extirpado fue enviado para estudio histopatológico, cuyos resultados serán motivo de otra comunicación.

Resultados

En nuestro estudio la indicación para la esplenectomía fue similar a la informada en la literatura como se anota en el cuadro 1.

Debido a que son muy parecidas la población atendida por nosotros y en el Centro Médico Nacional al analizar los distintos padecimientos sólo compararemos los resultados con los obtenidos en las dos instituciones extranjeras. En la figura 1 se anota la frecuencia de las enfermedades hematológicas en nuestra serie.

Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)

La púrpura trombocitopénica autoinmune es la destrucción de las plaquetas cubiertas por IgG; carga con

Esplenectomía por Enfermedad Hematológica

Núm. pacientes	UCLA 306	Rochester 200	H.E.C.M.R. 132	H.G.C.M.N. 99
P.T.I.	65 (21.2%)	63 (31.5%)	50 (37.8%)	35 (35.3%)
A.H.A.	14 (4.5%)	7 (3.5%)	32 (24.2%)	17 (17.1%)
Esferocitosis	39 (12.7%)	40 (20.0%)	15 (11.3%)	10 (10.1%)
Fisher Evans	—	—	6 (4.5%)	—
Hiperespl. Prim.	21 (6.8%)	12 (6.0%)	7 (5.3%)	5 (5.0%)
Enfermedades de Hodgkin	40 (13.7%)	3 (1.5%)	8 (6.0%)	8 (8.0%)
Hematopatía maligna	32 (10.4%)	11 (5.5%)	6 (4.5%)	16 (16.1%)
Mielofibrosis	17 (5.5%)	12 (6.0%)	—	1 (1.0%)
Otros	—	10 (5.0%)	4 (3.0%)	4 (4.0%)

ESPLENECTOMIA EN ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

H.E.C.M.R

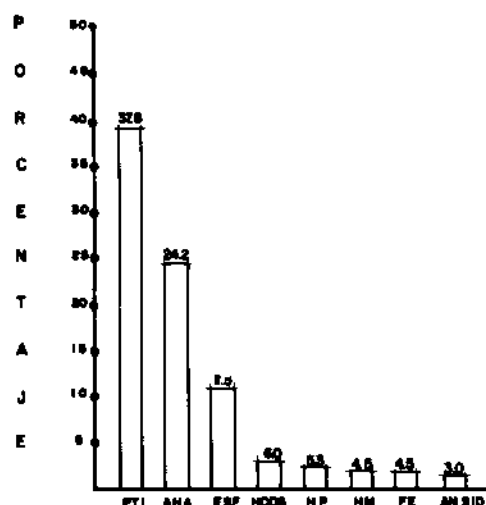


Figura 1. Frecuencia porcentual de los padecimientos hematológicos en los que se indicó la esplenectomía en el H.E.C.M.R.

trombocitopenia importante, asociada a megacariocitos normales o aumentados en médula ósea. Esencialmente el tratamiento consiste en la administración de esteroides. Es frecuente la recaída en los dos primeros años, por lo que alrededor de 70 por ciento de los enfermos tienen necesidad de esplenectomía.

Las indicaciones aceptadas para la esplenectomía en la PTI son:

- 1) Falta de respuesta al tratamiento médico con esteroides,
- 2) Efectos colaterales indeseables,

- 3) Requerimientos de dosis altas de los mismos,
- 4) Recaída al suspender los esteroides o disminuir su dosis, y
- 5) Contraindicaciones para el uso de esteroides.

Los resultados del tratamiento se consideraron como:

- I Excelente, cuando la cuenta de plaquetas es estable y superior a 100 000/mm³, sin manifestaciones hemorrágicas.
- II Bueno, con plaquetas entre 50 000 y 100 000 sin manifestaciones hemorrágicas.
- III Malo, cuando la cuenta plaquetaria es inferior a 50,000, con o sin manifestaciones hemorrágicas, pero con la necesidad de tratamiento médico continuo.

Las características de los enfermos, peso del bazo extirpado, complicaciones y mortalidad se consiguen en el cuadro 2.

Únicamente se consiguen las complicaciones que requirieron tratamiento prolongado o una nueva intervención, como hemorragia, grandes hematomas, infección de la herida quirúrgica y abscesos intraabdominales.

El día de la operación se suspendieron los esteroides por vía bucal y se administraron 100 mg de hidrocortisona, dosis que se repitió los días siguientes, hasta reanudar la vía bucal. A los enfermos bajo tratamiento con inmunosupresores se les administraron antibióticos. Cuando había anemia, se transfundió paquete globular, hasta llevar la hemoglobina a 10 g; se utilizaron ocho unidades de concentrado plaquetario, cuatro en el preoperatorio inmediato y cuatro en el transoperatorio, después de ligar los vasos esplénicos.

En los 50 enfermos con PTI en quienes se realizó esplenectomía con un seguimiento de tres a sesenta meses, (23.2 meses como promedio), los resultados se pueden considerar satisfactorios en 96 por ciento

Púrpura Trombocitopénica Idiopática

Núm. pacientes	UCLA 65	Rochester 63	H.E.C.M.R. 50
Edad	35 (0.5-73)	39 (3-79)	28 (16-72)
Sexo	15 H. 50 M.	25 H. 38 M.	8 H. 32 M.
Rel H/M	0.3	0.65	0.19
Peso bazo	171 (26-660g)	—	141 (160-400g)
Complicaciones	14 (22.0%)	7 (11.1%)	1 (2.0%)
Mortalidad	1 (1.53%)	7 (11.1%)	0 (0.0%)

de los casos. En la figura 2 se comparan estos resultados con los informados por otros autores.

Al tercer día de postoperatorio, 20 por ciento de los pacientes exhibió una cuenta plaquetaria superior a 100 000, en 70 por ciento las plaquetas se normalizaron al final de una semana; en 6 por ciento la respuesta fue más tardía, entre 21 y 30 días y en 4 por ciento, no hubo respuesta. No fue necesario utilizar antiagregantes plaquetarios, ya que las plaquetas no llegaron a cifras superiores a un millón por milímetro cúbico; en cambio, en enfermos con respuesta tardía, en el postoperatorio se continuó con la administración de corticosteroides, a dosis inferiores a las preoperatorias.

Anemia hemolítica autoinmune (AHA)

La destrucción de glóbulos rojos cubiertos por anticuerpos (IgG), tiene lugar predominantemente en el bazo. El tratamiento consiste en la administración de esteroides. Las indicaciones para la esplenectomía prácticamente son las mismas que para la PTI:

- 1) Falta de respuesta al tratamiento con esteroides,
- 2) Necesidad de dosis excesivas,
- 3) Contraindicaciones para su uso,
- 4) Recaída al suspenderlos, y
- 5) Efectos colaterales de los mismos.

Los resultados del tratamiento se consideran como:

- I Excelentes, cuando no hay hemólisis.
- II Buenos, cuando los requerimientos de transfusiones son inferiores al 50 por ciento en el preoperatorio, los reticulocitos disminuyen por lo menos 50 por ciento y el hematócrito aumenta 30 por ciento en relación al preoperatorio.
- III Malos, cuando persisten episodios hemolíticos repetidos.

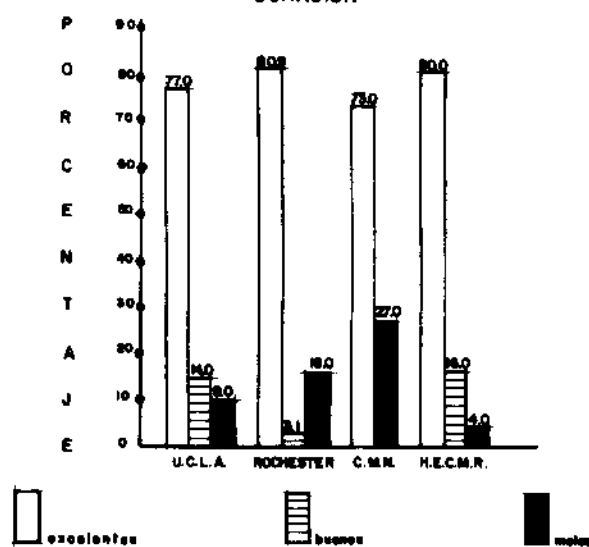
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA
CURACION

Figura 2. Resultados de la esplenectomía en las distintas series analizadas, en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática.

Las características de los enfermos, peso del bazo extirpado, complicaciones y mortalidad se consiguen en el cuadro 3.

Después de un seguimiento de dos a 48 meses, (23.4 como promedio), los resultados no fueron tan satisfactorios como en la PTE, como se aprecia en la figura 3.

En la quinta parte de los enfermos, los resultados se pueden considerar malos (14.2 a 28). La esplenectomía fue benéfica cuando la enfermedad se debía a anticuerpos reactivos al calor. En las anemias por anticuerpos al frío, la utilidad de la esplenectomía es limitada.

Esferocitosis

En esta forma de anemia hemolítica congénita existe defecto en la membrana de los eritrocitos, los

Anemia Hemolítica Autoinmune			
Núm. pacientes	UCLA 14	Rochester 7	H.E.C.M.R. 32
Edad	44 (16-67)	47 (9-71)	29.9 (18-62)
Sexo	5H. 9M.	3H. 4M.	2H. 30M.
Red. H/m	0.6	0.7	0.06
Peso bazo	762 (175-2800g)	—	322 (60-700g)
Complicaciones	3 (21%)	0	0
Mortalidad	0	0	0

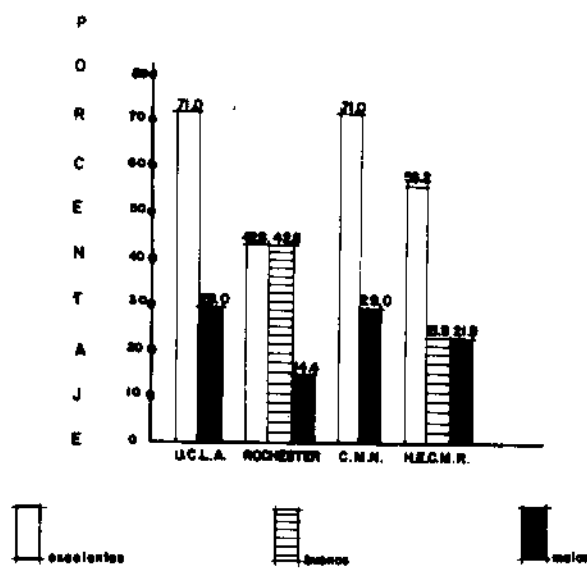
ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE
RESULTADOS

Figura 3. Resultados de la esplenectomía informados por diferentes grupos de trabajo, en enfermos con anemia hemolítica autoinmune.

que adoptan una forma esférica y son frágiles a los traumatismos dentro de la circulación, especialmente en el bazo, por lo que una vez hecho el diagnóstico, la indicación para la esplenectomía se basa en el grado de actividad hemolítica, tamaño del bazo con síntomas compresivos y manifestaciones clínicas secundarias a la citopenia. Las características de los enfermos, peso del bazo extirpado, complicaciones y mortalidad se consignan en el cuadro 4.

Los resultados se consideran excelentes cuando en el postoperatorio no se identifica hemolisis, buenos cuando existe hemolisis sin manifestaciones clínicas y malos cuando hay hemolisis sintomática, generalmente por destrucción de esferocitos en el sistema macrófago histiocítico extra esplénico. Al igual que en otros grupos de trabajo, después de un seguimiento de dos a 45 meses, (26 como promedio), los resultados se pueden considerar excelentes en 100 por ciento de los casos. En siete enfermos con litiasis por pigmentos biliares, en 46.6 por ciento, se realizó colecistectomía y colangiografía transoperatoria.

Tres enfermos habían sido operados previamente por litiasis biliar de pigmentos, dos en una ocasión y uno dos veces. En tres pacientes, (20%) se encontraron bazos accesorios que se extirparon. Por tratarse de un hospital de adultos, en nuestra serie no hubo niños.

Cuadro 4

Esferocitosis			
Núm. pacientes	UCLA 29	Rochester 40	H.E.C.M.R. 15
Edad	15 (4-44)	27 (2-56)	27 (21-44)
Sexo	18H. 21M.	24H. 16M.	10H. 5M.
Red. H/M	0.8	1.5	2.0
Peso bazo	430 (57-1500g)	—	572 (460-1450g)
Complicaciones	2 (5%)	0	0
Mortalidad	0	0	0

La asociación de púrpura trombocitopénica idiopática y anemia hemolítica autoinmune es una eventualidad grave, afortunadamente poco frecuente. En cinco años se operaron en nuestro hospital seis enfermos, dos hombres y cuatro mujeres. El peso del bazo varió entre 120 y 450 g, con promedio de 240 g; la morbilidad fue mayor que en otros padecimientos. Una enferma (16.6%) presentó absceso subfrénico izquierdo y fístula gástrica, que ameritó una nueva intervención para drenar el absceso, y nutrición parenteral por tiempo prolongado.

En ninguno de los enfermos se pueden considerar los resultados como excelentes. En cuatro (66.6%), persistió la trombocitopenia o la hemólisis, sin manifestaciones clínicas. En dos más (33.3%) los resultados fueron malos, ya que la trombocitopenia y la hemólisis sí eran sintomáticas.

Cinco de los seis enfermos (83.3%) eran portadores de lupus eritematoso generalizado, en tres ya existía en el momento de la operación y en dos se demostró posteriormente.

Hiperesplenismo primario

En este síndrome existe hiperactividad del bazo con una tetralogía característica:

- 1) Disminución de uno o más de los elementos celulares de la sangre periférica,
- 2) Médula ósea hiperplásica,
- 3) Esplenomegalia, y
- 4) Corrección de lo anterior después de la esplenectomía.

A diferencia de otras enfermedades, en el hiperesplenismo primario la indicación para la esplenectomía no está bien establecida. Sin embargo, cuando no se identifica una enfermedad subyacente factible de ser corregida, se indica la esplenectomía, que debe realizarse en las siguientes circunstancias.

- 1) Requerimientos transfusionales por trombocitopenia,
- 2) Infecciones repetidas o graves,
- 3) Episodios de sangrado recurrente, y
- 4) Algunas veces sintomatología producida por la compresión de estructuras vecinas o infartos esplénicos, con o sin sangrado a cavidad.

Las características de los enfermos, peso del bazo y complicaciones y mortalidad, se presentan en el cuadro 5.

Los resultados se ilustran en la figura 4, utilizando los criterios de valoración antes mencionados.

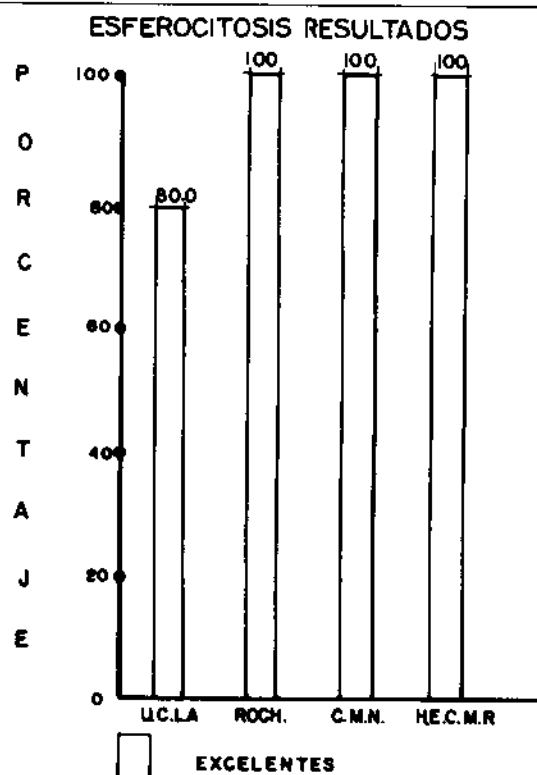


Figura 4. Resultados de la esplenectomía en diferentes series en enfermos con esferocitosis, excelentes en 80 a 100 por ciento.

Cuadro 5

Hiperesplenismo primario			
Núm. pacientes	UCLA 21	Rochester 12	H.E.C.M.R. 7
Edad	48 (5-74)	44 (31-82)	42 (18-54)
Sexo	14H. 7M.	5H. 7M.	4H. 3M.
Red. H/m	2.0	0.71	1.3
Peso bazo	798 (357-2050g)	—	1145 (285-1950g)
Complicaciones	9 (43%)	0	1 (14%)
Mortalidad	0	0	0

HIPERESPLENISMO PRIMARIO RESULTADOS

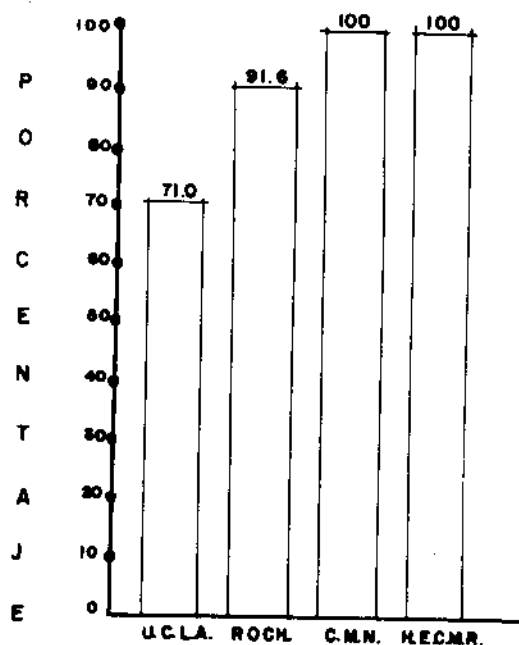


Figura 5. Resultados de la esplenectomía en enfermos con hiperesplenismo primario. Porcentaje de enfermos en quienes el resultado se puede considerar excelente.

Pueden ocurrir complicaciones postoperatorias como hemorragia o abscesos residuales, informadas en una de las series en 43 por ciento de los enfermos. No conociéndose con certeza la causa del hiperesplenismo se explica la diferencia en la respuesta a la esplenectomía, con excelentes resultados en 70 a 100 por ciento de los pacientes, en ninguna de las series hubo mortalidad.

Enfermedad de Hodgkin

La esplenectomía forma parte de la valoración integral del enfermo con linfoma de Hodgkin; hecho el diagnóstico histológico por biopsia ganglionar, la laparatomía para estadificar la enfermedad tiene las siguientes indicaciones:

- 1) Cuando la confirmación histológica de la enfermedad infradiaphragmática modifica el programa de tratamiento establecido,
- 2) Cuando existe hiperesplenismo que no mejora con el tratamiento médico antilinfoma,
- 3) En enfermos con fenómenos autoinmunes secundarios al linfoma que no responden al tratamiento médico.

Está contraindicada en pacientes mayores de 60 años, en malas condiciones, en etapas III y IV.

En la laparatomía se observó el siguiente protocolo:

- 1) Biopsia hepática en cuña y por punción profunda de ambos lóbulos.
- 2) Esplenectomía.
- 3) Biopsia de ganglios retroperitoneales, del hilio esplénico y del mesenterio.
- 4) Biopsia de médula ósea en la cresta ilíaca.
- 5) Traslocación de los ovarios.

De los ocho enfermos operados seis fueron hombres y dos mujeres, con rH/M de 3. La edad varió de 24 a 56 años, con 40 como promedio; el bazo pesó entre 100 y 400 g, con promedio de 250 g. Sólo en un paciente hubo complicaciones menores y no hubo mortalidad.

En cinco enfermos (62.5%) se encontró infiltración esplénica; en tres (37.5%) después de la laparatomía la estadificación se hizo en una etapa más avanzada; en ninguno el cambio fue hacia una etapa menos avanzada. La estadificación permitió un tratamiento integral, radioterapia con limitación precisa de los campos, combinada con quimioterapia MOPP, (nitrogeno mostaza, oncovit, prednisona y procarbazon, con buenos resultados en más de 90 por ciento de los enfermos.

Hemopatía maligna

En seis enfermos portadores de esplenomegalia por padecimientos hematológicos malignos se realizó esplenectomía, uno con linfoma no Hodgkin, en quien había sintomatología por compresión de órganos vecinos, con síndrome de estómago pequeño, y por el tamaño del bazo (3000 g) existía el peligro de ruptura, dos con leucemia de células peludas, esplenomegalia, hiperesplenismo y trombocitopenia importante, y tres con leucemia granulocítica crónica, esplenomegalia sintomática, anemia hemolítica y trombocitopenia.

Combinada con la quimioterapia específica, todos los enfermos mejoraron, por lo que los resultados se pueden considerar satisfactorios. El número de enfermos de este grupo es mucho menor que el informado en el Hospital General Centro Médico Nacional y en series extranjeras, como puede verse en el cuadro 6, donde se consignan las características de los enfermos, del bazo extirpado, evolución y resultados.

Las complicaciones pueden ocurrir hasta en 40 por ciento de los enfermos. Los resultados son satisfactorios en 60 al 70 por ciento de los pacientes. En los enfermos de esta serie no hubo complicaciones y los resultados fueron buenos en todos ellos, lo que

Hemopatías malignas			
Núm. pacientes	UCLA 32	Rochester 26	H.E.C.M.R. 6
Edad	53 (21-87)	51 (4-84)	43 (23-58)
Sexo	27H. 5M.	11H. 15M.	0H. 6M.
Red. H/m	5.4	0.73	—
Peso bazo	2332 (319-5500g)	—	1733 (1000-3000g)
Complicaciones	13 (40.6%)	5 (19.2%)	—
Resultados buenos	22 (67%)	16 (61%)	6 (100%)
Resultados malos	10 (23%)	10 (38.4%)	—

tal vez pueda explicarse por la diferencia en los pacientes atendidos y lo pequeño de nuestra serie.

Otras indicaciones

La mielofibrosis con gran esplenomegalia sintomática, anemia, leucopenia y trombocitopenia, con necesidad de transfusiones repetidas es indicación para esplenectomía. Generalmente, estos enfermos son ancianos en condiciones precarias, por lo que el pronóstico es malo. En la presente serie no hubo ningún enfermo con este padecimiento. En la anemia sideroblástica por hemólisis o hemorragia, secundaria a diferentes padecimientos, entre los que se encuentra la talasemia, la esplenectomía puede suprimir la necesidad de transfusiones repetidas y eliminar el origen de la sobrecarga de hierro, como sucedió en cuatro de estos enfermos.

Discusión

Con el mejor conocimiento de la función del bazo, de la historia natural y patogenia de los padecimientos hematológicos, avance en los procedimientos auxiliares del diagnóstico y en la terapéutica, se han precisado los conceptos en cuanto a la indicación de la esplenectomía, manejo pre, trans y postoperatorio.

En la púrpura trombocitopénica idiopática, el trastorno hematológico autoinmune más común, que generalmente se presenta en el adulto, la vida media de las plaquetas está reducida, por un factor humoral, Harrington y col. encontraron que el plasma de pacientes con PTI daba lugar a trombocitopenia cuando se transfundía a personas normales. El factor antiplaquetario en el plasma de enfermos con PTI es una inmunoglobulina perteneciente al grupo IgG, las plaquetas se modifican por estos anticuerpos y finalmente son destruidas por los macrófagos, especialmente en el bazo.

En el tratamiento de la PTI se acepta el uso de esteroides en su fase inicial o en fases agudas, las pla-

quetas, en forma de plasma rico en ellas o concentrado de plaquetas, se aplica en las crisis graves de hemorragia o durante la cirugía y la esplenectomía ante el fracaso de los corticosteroides, efectos colaterales de éstos o recaídas. Los inmunosupresores se indican en pacientes con evolución crónica y tórpida, en quienes la oncogénesis representa un problema, ya que pueden desarrollar leucemia aguda no linfoblástica.

En fases tempranas de la PTI crónica, la esplenectomía, con la idea de no retrasar su curación con el uso de otros procedimientos terapéuticos que puedan dar lugar a efectos indeseables, da resultados comparables a los obtenidos en los pacientes en quienes se extirpó el bazo después del fracaso de los corticosteroides. Al extirpar el bazo se eliminan macrófagos con receptores específicos y una fuente de producción de anticuerpos plaquetarios, sin embargo, la esplenectomía no es un procedimiento inocuo, por lo que en enfermos con trombocitopenia asintomática o de poca actividad es aconsejable una conducta expectante.

En la anemia hemolítica autoinmune el tratamiento y las indicaciones para la esplenectomía son las mismas que para la PTI. La operación es benéfica, porque la mayor destrucción de células cubiertas por anticuerpos tiene lugar en el bazo. Los malos resultados se explican por la destrucción de las células sensibilizadas por los macrófagos del sistema reticuloendotelial extra esplénico, así como por la existencia de bazos accesorios.

La anemia hemolítica por alteraciones de los eritrocitos incluye la eliptocitosis, ovalocitosis, estomatosis y esferocitosis, es una alteración hereditaria de la membrana de los hematíes que los hace más sensibles a los traumatismos, por lo que son destruidos y fagocitados por los macrófagos del sistema reticuloendotelial, primordialmente en el bazo, aunque también pueden destruirse por los macrófagos localizados en otros sitios.

El diagnóstico se hace por la presencia de anemia, ictericia, esplenomegalia, médula ósea con hiperplasia eritroide, aumento de los depósitos de

hierro y de la fragilidad osmótica de los eritrocitos. Con frecuencia las anomalías en los glóbulos rojos pasan inadvertidas en el examen de los frotis de biometrías rutinarias, por lo que no es raro que algunos pacientes sean operados una o más veces por litiasis biliar, antes de que se haga el diagnóstico y se realice la esplenectomía, operación que tiene buenos resultados prácticamente en el 100 por ciento de los enfermos.

La enfermedad puede iniciarse en la niñez, en estos casos es aconsejable realizar la esplenectomía después de los seis años de edad, por el peligro de sepsis por gérmenes encapsulados como el neumococo.

La asociación de púrpura trombocitopénica y anemia hemolítica autoinmune, conocida como síndrome de Fisher-Evans, es de mal pronóstico. La respuesta al tratamiento médico es pobre y en la tercera parte de los enfermos tampoco hay respuesta a la esplenectomía; en los dos tercios restantes persiste la hemólisis y trombocitopenia sin manifestaciones clínicas, por lo que es necesario continuar con esteroides, aunque a dosis inferiores a las preoperatorias. Las complicaciones postoperatorias son frecuentes, (20 a 30%), con la formación de hematomas y abscesos.

Aproximadamente 10 por ciento de los enfermos con lupus eritematoso sistémico se inician como púrpura trombocitopénica y 6 por ciento, como anemia hemolítica autoinmune. En cambio, cuando se asocian estas dos eventualidades, se encuentra lupus prácticamente en todos los enfermos. En la tercera parte de ellos ya se ha diagnosticado el lupus en el momento de hacer la esplenectomía; las dos terceras partes restantes lo desarrollan en un lapso de uno a dos años. Como ya se mencionó, la respuesta a la esplenectomía no es completa, por lo que deben continuar con esteroides en el postoperatorio.

En el hiperesplenismo primario, secundario u oculto, además de la destrucción celular en el bazo, se da mucha importancia a la supresión humoral de la hematopoyesis. Siempre es conveniente tratar de identificar la enfermedad subyacente responsable, con el fin de administrar el tratamiento específico, sin embargo cuando esto no es posible, la cirugía es buena alternativa, sobre todo en enfermos en quienes la disminución de las células sanguíneas es acentuada, sintomática, o el bazo por su tamaño es el origen de la sintomatología.

En los enfermos con hiperesplenismo por linfoma, la esplenectomía logra la corrección de las alteraciones hematológicas hasta en el 90 por ciento de los enfermos, aún en fases avanzadas; además de la corrección de las citopenias, de las cuales la trombocitopenia es la más frecuente, la gran esplenomegalia también es indicación para cirugía, por las molestias que produce, compresión de órganos veci-

nos y peligro de ruptura; la trombosis postoperatoria es frecuente, por lo que deben vigilarse estrechamente las cifras de plaquetas, y administrar antiagregados plaquetarios en caso necesario.

En las hemopatías malignas se ha sugerido que el bazo es el sitio de mayor producción de células neoplásicas, por lo que la esplenectomía sería benéfica, aunque esta operación generalmente se indica después del tratamiento médico con diferentes esquemas terapéuticos, para tratar el hiperesplenismo y las complicaciones de la esplenomegalia. En algunos centros se ha utilizado la esplenectomía en fases tempranas, después del control inicial con quimioterapia, con el objeto de remover clonas anormales, obtener mejor tolerancia a la terapia citotóxica y evitar las complicaciones esplénicas tardías.

En la leucemia granulocítica crónica se ha indicado la esplenectomía en fases avanzadas, aunque en términos generales no modifica la evolución natural de la enfermedad, suprime las molestias de la esplenomegalia y el hiperesplenismo. Algunos autores la utilizan en fases tempranas, para disminuir los requerimientos de medicamentos y las crisis blásticas. En la leucemia de células peludas, en más de 90 por ciento de los enfermos, existe esplenomegalia, generalmente con hiperesplenismo y después de extirpar el bazo es mejor la respuesta y tolerancia a la quimioterapia. Siempre es conveniente operar a los enfermos en una fase de remisión.

En la enfermedad de Hodgkin, la esplenectomía es parte de la laparatomía estadificadora. Es importante tomar en primer término la biopsia hepática en cuña, antes de que por la anestesia y el estrés quirúrgico ocurra acúmulo de linfocitos en el hígado. No debe prescindirse de las biopsias profundas por punción, en las que puede demostrarse infiltración por linfoma en hígado con aspecto normal. Cuando no se encuentran grandes ganglios retroperitoneales debe tomarse una muestra de grasa retroperitoneal, en la cual es posible identificar tejido ganglionar con infiltración linfomatosa. En más de 30 por ciento de los bazos, aunque no estén aumentados de tamaño, hay evidencia de la enfermedad.

En la enfermedad de Hodgkin la estadificación, después de la laparatomía protocolizada, difiere de la estadificación clínica en 30 a 45 por ciento de los casos, generalmente la clasificación cambia hacia etapas más avanzadas, lo que permite programar mejor el tratamiento. La quimioterapia es mejor tolerada y después del marcaje, con grapas, del hilio esplénico, ganglios retroperitoneales y riñones, así como la traslocación de los ovarios, pueden utilizarse dosis mayores de radioterapia, con campos bien limitados y menos efectos colaterales.

Otros padecimientos hematológicos como la mielofibrosis, anemia sideroblástica o la talasemia, con me-

nos frecuencia, son indicación de esplenectomía. La supresión de las molestias producidas por la esplenomegalia, hemorragia, hemólisis, necesidad de transfusiones y eliminación del origen de la sobrecarga de hierro puede ser benéfica.

El peligro de sepsis post esplenectomía es mayor en los niños; sin embargo, se han informado casos de muerte de adultos por sepsis fulminante por neumococos, años después de la esplenectomía, la aplicación de vacunas polivalentes contra neumococos es una buena protección, sobre todo en niños.

Se puede concluir que la esplenectomía está indicada en una gran variedad de padecimientos hematológicos, para suprimir la fuente de formación de anticuerpos, eliminar el sitio donde se fagocitan y destruir la mayor cantidad de células anormales,

dañadas o cubiertas por anticuerpos, eliminar las molestias que producen brazos de gran tamaño, por infartos esplénicos o compresión de órganos vecinos, lo que al mismo tiempo suprime el hiperesplismo y el peligro de ruptura esplénica.

Si bien los resultados están condicionados a una adecuada técnica quirúrgica, mucho dependen de lo acertado del diagnóstico, la indicación de la esplenectomía en el momento más apropiado, el tratamiento pre, trans y postoperatorio. Por lo tanto, el manejo de estos enfermos debe ser multidisciplinario, con la administración suficiente de líquidos, apoyo ventilatorio y nutrición, y desde luego, el adecuado tratamiento de las alteraciones hematológicas, así como el tratamiento específico del padecimiento de base.

La bibliografía en que se basa este artículo, puede ser obtenida solicitándola a los autores.

Comentario oficial

CARLOS DE LA ROSA-LARIS*

Tengo la satisfacción y el privilegio de que la Academia Nacional de Medicina me haya designado comentarista oficial del trabajo de ingreso del Dr. César Gutiérrez Samperio.

He tenido la oportunidad de conocer al Dr. Gutiérrez Samperio desde hace casi veinte años. En este lapso he podido ver las muchas facetas y cualidades que lo han llevado a destacar en el campo de la cirugía abdominal. Su trabajo y esfuerzo constante en la investigación, la clínica y la enseñanza han sido muy meritorios.

Nos presenta la experiencia que él y su grupo han obtenido en el manejo de 132 enfermos con diversos padecimientos hematológicos que reunían las indicaciones para ser esplenectomizados; tenían diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática, anemia hemolítica autoinmune, esferocitosis, síndrome de Fisher Evans, hiperesplenismo primario, valoración del linfoma de Hodgkin y otras hemopatías malignas. Su grupo, al igual que otros en el país y en el extranjero han obtenido resultados satisfactorios en general en tres de cada cuatro enfermos. El criterio empleado es semejante al que se practica en otros centros hospitalarios y que consis-

te básicamente en suprimir la fuente de formación de anticuerpos, ablación del lugar donde se fagocitan y destruyen un número importante de células anormales o que exista compresión del bazo en órganos vecinos por sus dimensiones exageradas.

La frecuencia de las enfermedades hematológicas que señala para el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza es muy semejante a la analizada por otras instituciones en nuestro país. En la púrpura trombocitopénica idiopática consigue un seguimiento hasta de 60 meses, con 23.2 de promedio y expresa resultados satisfactorios en el 96 por ciento de los casos, cifra muy superior a la encontrada entre nosotros y en el extranjero. Para la anemia hemolítica inmune, que son 32 enfermos, con observación hasta de 48 meses y 23.4 de promedio refieren buenos y excelentes resultados para el 78 por ciento, semejante al publicado en la literatura, como suele observarse, con frecuencia mayor en mujeres. En la esferocitosis exhibe un seguimiento clínico entre 2 y 45 meses, promedio 26 y, como es de esperarse hay éxito en 100 por ciento de los casos siempre y cuando se esté alerta en identificar y resear también bazos accesorios, como sucedió en tres pacientes de la casuística que nos presenta. Para el Síndrome de Fisher Evans del que se acepta por la mayoría de los hematólogos que sólo existe en pacientes con lupus eritematoso sistémico relata que

*Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

en dos de cada tres de ellos desaparecieron las manifestaciones clínicas pero persistió la trombocitopenia, tal y como acontece en la mayoría de las series. Es interesante señalar que algunos grupos continuaban utilizando medicación inmunosupresora de por vida. En el hiperesplenismo primario el 100 por ciento de éxito es también la regla en la experiencia de todos y cabría por último comentar que la laparotomía o la laparotomía y esplenectomía hecha para la valoración integral del enfermo con linfoma de Hodgkin no se hace de rutina en muchos

centros por el gran riesgo que existe en la creación de una infección masiva; afortunadamente en la casuística que acabamos de escuchar solo hubo complicaciones menores en un enfermo.

La esplenectomía así hecha por cirujanos expertos y en pacientes con la preparación adecuada, resulta ser un buen procedimiento terapéutico.

A nombre de nuestra Corporación, me complace darle la más cordial bienvenida como socio numerario al doctor César Gutiérrez Samperio y hago votos porque su fructífera labor continúe.