

Esplenectomía por enfermedad hematológica. Seis años de experiencia en el Hospital ABC

Vega BM,* Cosme RC,* Ramírez SO,* Guarneros ZJ,* Stoopan ME,* Cervantes CJ*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal de casos atendidos en el Hospital ABC con enfermedad hematológica en un periodo de seis años. Se encontraron 16 pacientes cuyos diagnósticos fueron púrpura trombocitopénica idiopática en ocho (50%), linfoma no Hodgkin en tres (18.8%), síndrome de Evans en dos (12.5%), esferocitosis en uno (6.2%), leucemia de células peludas en uno (6.2%) y linfoma de MALT en el restante (6.2%). Se realizaron 13 procedimientos electivos y tres de urgencia, 13 por cirugía abierta (tiempo quirúrgico promedio 150 minutos) y tres mediante laparoscopia (tiempo quirúrgico promedio 315 minutos). Se encontraron bazo accesorios en 18.75% de los casos. La estancia hospitalaria fue similar en ambos grupos. El procedimiento laparoscópico tuvo una mayor morbi-mortalidad en comparación con la cirugía abierta. Se inmunizó con vacuna contra neumococo a seis pacientes durante su estancia hospitalaria. La cirugía para enfermedad hematológica tiene una morbi-mortalidad aceptable. Los pacientes que ameritan cirugía de urgencia deben ser sometidos a procedimientos abiertos.

Palabras clave: Enfermedad hematológica, púrpura trombocitopénica idiopática, esplenectomía.

ABSTRACT

This is a retrospective, observational and longitudinal study of the patients with hematologic disease treated with splenectomy by several surgeons at the ABC hospital during a 6 year period. There were sixteen patients, 8 were diagnosed with idiopathic thrombocytopenic purpura (50%), 3 with non-Hodgkin lymphoma (18.8%), 2 with Evans' syndrome (12.5%), 1 spherocytosis (6.2%), 1 with hairy-cell leukemia (6.2%), and 1 MALT lymphoma (6.2%). Thirteen elective and 5 emergency procedures were performed, 13 with open surgery (mean operative time 150 min) and 3 laparoscopic procedures (mean operative time 315 min). Accessory spleens were found in 18.75% of the cases. The mean hospitalization time was the same in both groups. In the laparoscopic group the morbidity and mortality rates were higher than in the open group. Six patients received the pneumococcus vaccine postoperatively. Surgery for hematologic disease has acceptable morbidity and mortality rates. Open procedures are indicated for patients who require emergency surgery.

Key words: Hematologic disease, splenectomy, idiopathic thrombocytopenic purpura.

INTRODUCCIÓN

La esplenectomía por enfermedad hematológica tiene un lugar especial en la historia de la medicina y ha evolucionado a la par de la investigación y la tecnología. A partir de su utilización en 1887 por Sir Spencer Wells,¹ este procedimiento ha merecido el interés y la atención muy

especial del cirujano. A través del tiempo se ha observado una expansión en sus indicaciones, incrementando la lista de desórdenes hematológicos en los que se puede aplicar; de igual manera, la técnica quirúrgica ha cambiado y, además de la esplenectomía abierta, se puede realizar el abordaje laparoscópico en pacientes seleccionados. El conocimiento de las características de esta enfermedad, sus indicaciones quirúrgicas y de las técnicas operatorias son indispensables para el cirujano moderno.

El objetivo de este trabajo es describir las características perioperatorias, complicaciones y evolución de los pacientes sometidos a esplenectomía por enfermedad hematológica en el Hospital ABC en un periodo de seis años, comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1998.

* Departamento de Cirugía, Hospital ABC.

Recibido para publicación: 07/06/01. Aceptado para publicación: 03/07/01.

Dirección para correspondencia: Dr. Martín Vega Bustos
The American British Cowdray Medical Center IAP.
Sur 136 núm. 116, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.
Tel: 52-30-80-00 ext 8661

PACIENTES Y MÉTODOS

Este estudio fue diseñado como retrospectivo, observacional y longitudinal. Fue efectuado en el Centro Médico ABC, tercer nivel de atención. Fueron estudiados los expedientes de 16 enfermos operados de esplenectomía por enfermedad hematológica, con abordaje abierto y laparoscópico. Se analizaron las siguientes variables: Sexo y edad de los pacientes, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, tipo de abordaje, utilización de drenajes, peso del bazo, porcentajes de bazos accesorios, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad, tratamiento previo con esteroides y vacunas posoperatorias.

RESULTADOS

Fueron analizados 16 expedientes, cinco casos correspondieron a hombres (31.3%) y 11 a mujeres (68.7%). La edad varió de seis a 80 años (promedio de 31.5). Los diagnósticos preoperatorios fueron los siguientes: ocho (50%) casos púrpura trombocitopénica idiopática, tres (18.8%) linfoma no Hodgkin, dos (12.5%) síndrome de Evans, uno (6.2%) esferocitosis, otro (6.2%) leucemia de células peludas y el restante (6.2%) linfoma de MALT.

El tipo de cirugía se dividió en procedimientos electivos y de urgencia. Se realizaron tres de urgencia, uno con indicaciones de abdomen agudo y trombocitopenia (cirugía abierta) y dos por trombocitopenia severa (uno con cirugía abierta y el otro mediante cirugía laparoscópica). Los otros 13 procedimientos fueron electivos: ocho por trombocitopenia refractaria, dos por hiperesplenismo, uno para estadificación, otro por hematoma esplénico más trombocitopenia y el restante por esplenomegalia sintomática.

Los abordajes quirúrgicos fueron 13 mediante cirugía abierta y tres por laparoscopia. En los casos de cirugía abierta, seis mediante incisiones subcostales izquierdas, seis por línea media y un Chevrón. En el abordaje laparoscópico se utilizaron cinco trócares.

Se encontraron bazos accesorios en 5 casos (18.75%), 4 en cirugía laparoscópica y uno en cirugía abierta; su ubicación fue dos en hilio esplénico, dos en el ligamento gastrocólico y uno en epiplón mayor.

Se dejaron drenajes en seis pacientes, cinco en cirugía abierta y uno en cirugía laparoscópica, todos de tipo cerrado.

El peso del bazo fluctuó entre 40 y 800 g (media de 201 g). El tiempo quirúrgico en cirugía abierta fue de una a cuatro horas (promedio de 2.5 horas). En cirugía laparoscópica, el tiempo varió de cuatro a seis horas

(promedio de 5.25 horas). La estancia hospitalaria en cirugía abierta fue de cuatro a 17 días (promedio de 5.6 días). En cirugía laparoscópica fue de uno a ocho días (promedio de 5.5 días). Una paciente de este grupo fue trasladada a otro hospital en el posoperatorio y murió dos semanas después.

Hubo tres complicaciones en cirugía laparoscópica, un sangrado transoperatorio que requirió conversión (33%), una reoperación por sangrado (33%) y una muerte por hemorragia y esplenosis (33%). Entre los 13 pacientes de cirugía abierta hubo un caso (7%) de absceso subfrénico y dos (15%) muertes por sepsis.

Diez enfermos recibieron tratamiento con esteroides, de los cuales nueve fueron operados de manera electiva y uno de urgencia. Únicamente se inmunizó con vacuna de neumococo a seis pacientes durante su estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

Las indicaciones para realizar esplenectomía en enfermedades hematológicas están bien establecidas en la actualidad y se han comentado en diversos trabajos.¹ Nuestra serie tiene porcentajes de morbilidad y mortalidad en rangos similares a los que han sido descritos en otros estudios de cirugía abierta.² Existe una serie anterior del mismo hospital, efectuada en la década de los 80, en la que la morbilidad fue de un 15% y no hubo mortalidad, sólo comparable a un estudio con mayor número de pacientes con morbilidad de 12% y mortalidad de 0%.^{3,4} En el artículo publicado por Sigler y colaboradores⁵ se reporta una morbilidad del 13 al 29%, y mortalidad del 3 al 27%, siendo ésta la serie más grande registrada en México.

En esta revisión la cirugía laparoscópica tuvo una cifra de morbilidad y mortalidad muy elevada comparada con la experiencia publicada en la literatura. El presente trabajo incluyó un reducido número de pacientes, lo que hace imposible una comparación estadística.⁶⁻¹⁰

La respuesta hematológica posterior a la esplenectomía debe tomarse con cautela, pues la mejoría de los parámetros bioquímicos depende del diagnóstico original. Mientras que en padecimientos como la púrpura trombocitopénica idiopática, esferocitosis hereditaria, anemia hemolítica autoinmune y síndrome de Fisher-Evans, la respuesta es completa en más del 70% de los casos; en los trastornos mielo y linfoproliferativos alcanza sólo un 50%. Para asegurar una respuesta hematológica adecuada y evitar las recidivas, en toda esplenectomía es indispensable explorar la

cavidad abdominal en busca de bazos accesorios, los cuales deben extirparse.⁵

El padecimiento que se presentó con más frecuencia fue la púrpura trombocitopénica idiopática, lo cual coincide con lo registrado en estudios multicéntricos de Latinoamérica y de la literatura en general.^{11,12} La frecuencia de bazos accesorios concuerda con la que se han encontrado en los pacientes con enfermedad hematológica. Se detectaron en un 66.6% de los sujetos sometidos a cirugía laparoscópica y en 7.6% de los casos sometidos a cirugía abierta. La detección de los mismos fue posible en ambos grupos; sin embargo, existen referencias de que en cirugía laparoscópica es difícil la detección de bazos accesorios.¹³ En México, un estudio comparativo no demostró tejido esplénico residual en los pacientes sometidos a laparoscopia, estudiados mediante centelleografía, ni recidivas secundarias a esplenosis.¹⁴ Comparativamente, el peso del bazo, la técnica quirúrgica, la edad del paciente y la evolución posoperatoria, son determinantes para el tiempo quirúrgico. En centros especializados actualmente se indica que la laparoscopia es el mejor procedimiento en pacientes con bazos pequeños y púrpura trombocitopénica idiopática. Sin embargo, se han realizado procedimientos descritos como informe de casos clínicos en pacientes con esplenomegalia con buenos resultados. En los enfermos con bazo crecido, obesidad, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y abscesos esplénicos es útil el recurso de la embolización previa a la cirugía laparoscópica, lo cual se recomienda en bazos mayores de 20 cm de longitud.¹⁵⁻¹⁷

No existen trabajos publicados que incluyan casos de cirugía de urgencia intervenidos mediante laparoscopia, por lo que en pacientes graves y factores mórbidos asociados no deberá realizarse esta técnica; la indicación absoluta en estos casos hasta el momento es la cirugía abierta.¹⁸ Nuestra serie incluye casos de niños operados con cirugía abierta. En la actualidad es posible el procedimiento mediante vía laparoscópica; sin embargo, debemos ser cautelosos al respecto.¹⁹

En el caso particular de la leucemia de células peludas, es importante señalar que algunas series señalaban, hasta 1994, a la esplenectomía como tratamiento de primera línea; sin embargo, con el advenimiento de los análogos de las purinas como la 2-clorodeoxiadenosina (Cladribine), utilizada en el tratamiento de la tricoleucemia desde 1987, ha reemplazado a la esplenectomía y ha surgido como el tratamiento de elección desde 1994 a la fecha con excelentes resultados y tasas de remisión completa con bajo índice de recaídas.²⁰

CONCLUSIONES

La esplenectomía por enfermedad hematológica está bien fundamentada y tiene indicaciones precisas. El manejo debe ser multidisciplinario para obtener mejores resultados. Todos los pacientes deben recibir antibióticos profilácticos e inmunización. Los mejores resultados se han obtenido con cirugía abierta, siendo ésta el estándar de oro con rangos aceptables de morbilidad y mortalidad. La cirugía laparoscópica tiene un lugar en casos seleccionados y puede ser realizada en pacientes jóvenes, sin factores mórbidos asociados, con diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática y bazo menor de 20 cm y 400 g. El cirujano que la realice deberá tener entrenamiento en técnicas de cirugía laparoscópica avanzada y especial interés en pacientes con esta patología. Los casos que ameritan cirugía de urgencia deben ser sometidos a procedimientos abiertos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz SI. Role of splenectomy in hematologic disorders. *World J Surg* 1996; 20: 1156-1159.
2. Chirletti P, Cardi M, Barillari P, Vitale A, Sammartino P et al. Surgical treatment of immune thrombocytopenic purpura. *World J Surg* 1992; 16; 5: 1001-1005.
3. Ambríz FR, Loera FSJ, Sinco AA, Avilés MA, Chávez VJJ et al. Tratamiento con esplenectomía en 108 pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática: papel de la esplenectomía inicial en la púrpura crónica. *Rev Gastroent Mex* 1983; 48: 5-9.
4. Cervantes J, Pizzuto J, Rojas G, Lasky D, Camacho I. Esplenectomía en enfermedad hematológica. *Cirujano General* 1991; 13; 4: 146-150.
5. Sigler ML, Blanco BR, Castañeda GR, Guillén C, Avilés MA, Pizzuto CJ. Resultados inmediatos de esplenectomía por enfermedad hematológica: Revisión de 300 casos. *Cir Cir* 1992; 59: 104-108.
6. Schwartz SI. Splenectomy for hematologic disease. *Surg Clin N Am* 1981; 61: 61-117.
7. Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Abdominal operations. *Appleton & Lange* 1997; II: 2053-2060.
8. Madden JL. *Atlas de técnicas en cirugía*. México: Interamericana, 1964: 528-533.
9. Flowers JL, Lefor AT, Steers M, Heyman M, Graham SM, Imbembo AL. Laparoscopic splenectomy in patients with hematologic diseases. *Ann Surg* 1996; 224; 1: 19-28.
10. Makoto H, Masayuki O, Fumiaki K, Hirofumi K, Morimasa T et al. Laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura: Comparison of laparoscopic surgery and conventional open surgery. *Surg Laparosc Endosc* 1996; 6; 2: 129-135.
11. Pizzuto J, Ambríz R. Therapeutic experience on 934 adults with idiopathic thrombocytopenic purpura: Multicenter trial of the cooperative Latin American group on hemostasis and thrombosis. *Blood* 1984; 64; 6: 1179-1183.
12. Herrera MF, Lozano SRR, Bezaury P, Césarman G, Hernández G et al. Esplenectomía laparoscópica en púrpura trombocitopénica autoinmune. *Rev Invest Clin* 1998; 50: 127-132.
13. Gigot JF, Jamar F, Ferrant A, Van Beers BE, Lengele B et al. Inadequate detection of accessory spleens and splenosis with laparoscopic splenectomy. *Surg Endosc* 1998; 12: 101-106.

14. Lozano-Salazar RR, Herrera MF, Vargas-Vorackova F, Lopez-Karpovitch X. Laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Am J Surg* 1998; 176: 366-369.
15. Terrosu G, Donini A, Baccarani U, Vianello V, Anania G et al. Laparoscopic versus open splenectomy in the management of splenomegaly: Our preliminary experience. *Surgery* 1998; 124; 5: 839-843.
16. Poulin EC, Mamazza J, Schlachta CM. Splenic artery embolization before laparoscopic splenectomy. *Surg Endos* 1998; 12: 870-875.
17. Friedman RL, Hiatt JR, Korman JL, Facklis K, Cymerman J, Phillips EH. Laparoscopic or open splenectomy for hematologic disease: Which approach is superior? *J Am Coll Surg* 1997; 185: 49-54.
18. Wanachiwanawin W, Piankijagum A, Sindhvananda K, Vathanophas V, Visudhiphan S, Na-Nakorn S. Emergency splenectomy in adult idiopathic thrombocytopenic purpura. A report of seven cases. *Arch Intern Med* 1989; 149: 217-219.
19. Rescolda FJ, Breitfeld PP, West KW, Williams D, Engum SA, Grtosfeld JL. A case controlled comparison of open and laparoscopic splenectomy in children. *Surgery* 1998; 124; 4: 670-676.
20. Saven A, Piro L. Drug therapy: Newer purine analogues for the treatment of hairy-cell leukemia. *N Engl J Med* 1994; 330: 691-697.