

Las indicaciones operatorias en las esplenomegalias

Por Raymond GREGOIRE, Profesor de la Facultad de Medicina de París.

{Conferencia dictada en Junio de 1937, en el Hospital La. Pitié}.

Traducido del Francés por el Doctor Humebrto DÍAZ

La Esplenectomía es una operación cuya técnica en sí no presenta grandes dificultades. Sin embargo, para obtener resultados satisfactorios tanto en los efectos inmediatos como lejanos, es necesario que el cirujano sepa rodearse de precauciones indispensables. Podríamos decir que el éxito de la *Esplenectomía depende mucho menos de la habilidad manual y de la táctica del Cirujano que de la manera como él sepa establecer las indicaciones operatorias*, teniendo en cuenta también sus contraindicaciones.

Hace todavía algunos años, la esplenectomía gozaba de muy mala reputación y hay que reconocer también que este hecho estaba justificado: ¿No se daba como habitual un porcentaje de mortalidad de 60% de los operados?

Recientemente, Kolf Kayser en el Acta Quirúrgica Escandinava de 1934 publicaba una estadística de 31 casos que habían dado 16 muertes rápidas, ocho de las cuales se debieron a trombosis mesentérica. Por más que esta serie muestra una disminución de mortalidad sobre las precedentes, puede decirse que un porcentaje que se eleva al cin-

cuenta por ciento es todavía demasiado fuerte. Yo deseo que esta conferencia, deje establecida la noción de que si se tiene en cuenta previamente las indicaciones y sobre todo las contraindicaciones operatorias, el peligro de la esplenectomía no será nunca mayor que aquél que implican las operaciones más corrientes de la Cirugía actual.

Deseo hablar de la esplenectomía en las esplenomegalias cualquiera que sea su tipo; dejando a un lado la extirpación del bazo en todos los demás casos en donde éste no se encuentre aumentado de volumen. Naturalmente, en las afecciones donde el órgano es de dimensión normal o muy cerca de lo normal, la intervención es sumamente fácil y las reglas necesarias no se salen del cuadro de la cirugía ordinaria.

En las esplenomegalias, al contrario, el aumento de volumen que puede parecer la indicación operatoria fundamental, es sin embargo el fenómeno menos importante. La alteración de la sangre, la de los vasos, y el estado del hígado requieren un estudio particularmente atento.

Hay esplenomegalias que no deben operarse. Hay esplenomegalias a las cuales se debe operar. Todavía más, se debe saber cuál es el momento y cuáles son las condiciones en las que la intervención puede efectuarse sin peligro alguno.

Las esplenomegalias que no deben operarse son en general todas las hipertrofias esplénicas de naturaleza neo-plástica: Enfermedad de Gaucher, enfermedad de Hodking y Leucemia.

No siempre se facilita el diagnóstico y yo recuerdo de muchos errores por los cuales los enfermos no obtuvieron ningún provecho.

Un agricultor de Argel, portador de un gran bazo y de un estado general satisfactorio, vino a París para ser desembarazado de su enorme deformación abdominal. Había experimentado una serie de trastornos que le impedían sus trabajos habituales. Dos nuevos signos precipitaron su decisión: el primero fue un prurito aparecido algunas semanas antes, tenaz, que le turbaba el sueño, y nuestro hombre pasaba día y noche tratando de desgarrarse la piel.

El segundo signo fue una hemorragia gástrica que se produjo sin causa aparente y acompañada de un ligero malestar. A la mañana siguiente, descubre la presencia de una melena considerable. A pesar de todo el estado de la fórmula sanguínea, el tiempo de sangría y de coagulación permitieron a mi amigo Próspero Emilio Weill de sentar el diagnóstico de Enfermedad de Banti, a pesar del prurito. El bazo fue extirpado y el

resultado inmediato magnífico. El prurito cesó, lo mismo que las hemorragias digestivas; la convalecencia fue rápida. El enfermo regresó a Argel sumamente satisfecho de los resultados de Itratamiento, pues para él la deformidad del vientre y el prurito constituían un martirio. Todos nos felicitamos, en fin, del benéfico resultado de la esplenectomía.

Sin embargo la indicación operatoria fue errónea, por no haber podido encontrarse la célula de Stenberg, característica de la enfermedad de Hodkin. Así, seis meses después de la esplenectomía, los ganglios inguinales y luego los axilares aumentaron de volumen. Estas adenopatías se generalizaron bien pronto, y el enfermo sucumbió un año más o menos después de la intervención quirúrgica, en estado de caquexia.

A pesar de lo que se ha podido decir al extranjero, muy pocos cirujanos defienden todavía la ablación del bazo leucémico. La intervención puede tener buen éxito, bajo el punto de vista de los resultados inmediatos, pero se la debe considerar como inútil, pues la evolución fatal de la enfermedad no se detiene con la supresión del bazo. Lo más corriente, es que se produzca la muerte poco tiempo después. Hace algunos años, uno de mis colegas envió a mi servicio un paciente esplenomegálico, el examen de la sangre demostró que se trataba de una leucemia. Siguiendo el consejo de Próspero Weill yo rechacé la intervención, pero el enfermo que no quería seguir cargando su enorme bazo,

se presentó a otro servicio de cirugía donde sucumbió la misma tarde en que fue esplenectomizado.

Las mejorías que da la radioterapia son a menudo tan notables que algunas veces casi podría hablarse de curación.

El cirujano no debe menos que desconfiar de esas afecciones más o menos individualizadas que se designan bajo el nombre genérico de Criptoleucemia o Leucemoides. Hace algún tiempo, Guibal y Remy presentaron a la Academia de Cirugía uno de sus ejemplares más notables. En ese caso como en otros más, son los eosinófilos los que se encuentran considerablemente aumentados: en lugar de 1% alcanzan

Emilio Weill y Georges Sée han puesto en evidencia una forma especial de leucemia mieloide que **tiene** mucha relación con la **variedad** procedente, pero en la cual los polinucleares neutrófilos son los aumentados.

En algunos casos donde la **esplenectomía** fue practicada, la afección tomó después de algún **tiempo**, el curso de una leucemia banal los enfermos murieron pocos meses después.

^AEl lado de esas esplenectomías donde la cirugía es peligrosa o **por lo** menos inútil, existe una categoría de casos donde la **cirugía** no es necesaria. Colocaremos en esta variedad todas **aquellas** en las cuales el tratamiento **médico** es suficiente para curar o **mejorar**. Tal es el caso de las **esplenomegalias** -sifilíticas, leishmanurúóticas, bilharzióticas o palúdicas.

Al contrario, en presencia de esas esplenomegalias de causa conocida, en la cual el tratamiento médico no ha influido en manera alguna, puede que sea necesario recurrir a la esplenectomía por razón de los trastornos vasculares sanguíneos o hepáticos que pueden desarrollarse.

El asunto no se discute cuando se trata de esplenomegalias de la clase llamada crónica **primitiva**, de la cual la enfermedad de Banti es el tipo clásico. De paso hay que advertir que nada hay más vago que esta denominación: responde únicamente a un síndrome clínico y no a una entidad morbosa. En estos últimos años se ha creído poder aislar una variedad llamada micósica.

Se recuerda todavía las discusiones a que dio lugar este origen micósico. La interpretación de los nodulos de Gandi-Gamna, tan frecuentemente encontrados en los cortes de bazos hipertróficos, puso en pugna a partidarios y detractores de la etiología micósica. Los hechos experimentales no han aportado pruebas definitivas. No cabe duda que algunos experimentadores, como Nanta han obtenido esplenomegalias inyectando *aspergilli* en el parénquima esplénico. Sin embargo los trabajos recientes de Abrani y de Frunusan permitirán pensar que la irritación del sistema neurovegetativo del pedículo esplénico sería por sí sola, una causa capaz de producir una hipertrofia considerable del órgano.

La indicación operatoria descansa sobre tres signos princi-

pales: el tumor, la anemia y las hemorragias.

El aumento de volumen o tumor esplénico, si bien es el fenómeno más marcado en apariencia, es sin embargo el menos importante bajo el punto de vista operatorio. Reconociendo, de paso, que ciertas hipertrofias & splénicas se vuelven de tal modo considerables que el abdomen se presenta completamente deformado. Por otra parte, es raro que esas enormes esplenomegalias no sean dolorosas, sino espontáneamente, por lo menos a la presión o a la simple constricción que produce el ajuste de los vestidos.

Se llega en fin al momento en el cual, con ocasión de un acceso evolutivo el bazo aumenta bruscamente de volumen. Como en el caso citado por Noel Piesinger, la tensión dolorosa puede acentuarse de tal manera, que llega hasta hacer pensar en una ruptura espontánea inminente.

La anemia progresiva es una indicación operatoria importante y eella puede alcanzar proporciones alarmantes. En ciertos enfermos, la cifra de glóbulos rojos cae progresivamente a 8000.00, por ejemplo: los tratamientos médicos más activos se vuelven ineficaces; la transfusión sanguínea misma no procura más que una mejoría pasajera. En pocos días, el número de glóbulos rojos ha caído de nuevo a la cifra anterior a la transfusión. El sujeto está muy debilitado, teniendo que guardar cama a causa de la fatiga provocada por la insuficiencia globular,

volviéndose poco a poco incapaz de llevar vida social.

Las hemorragias constituyen la tercera variedad de indicación operatoria, ellas se verifican casi siempre al nivel del tubo digestivo y particularmente al nivel de 1 estómago. Pueden ser de una abundancia considerable y tanto su repetición como su brusquedad mantienen al enfermo en una continua inquietud.

He tenido la ocasión de asistir a una de esas hemorragias fulminantes. Un joven de la Martiziica de 24 años internado en el Hospital Tenon por una esplenomegalia palúdica. Un día la enfermera me anunció que el joven se encontraba presa de gran malestar, le fui a ver inmediatamente y en ese momento le vino la hemorragia de abundancia considerable, la sangre inundó el lecho y parte del muro cerca del cual él dormía, pudiendo estimarse en dos litros más o menos la cantidad de sangre perdida. El estado general se volvió" rtor algunos instantes de tal modo alarmante, que me pareció prudente hacer una transfusión de urgencia, ya que la magnitud de la hemorragia me parecía haber puesto su vida en peligro.

La brusquedad de la hemorragia es un fenómeno habitual. Los enfermos experimentan rápidamente algunos pródromos que anuncian su aparición: es una sensación brusca de fatiga, de vértigo acompañada de aceleración de los latidos cardíacos y de palidez de los tegumentos. Conocí una mujer de 34 años que había sufrido recientemente su novena hemorragia gastro-in-

testinal, de tal manera que su vida estuvo varias veces en peligro. Sin embargo nada pudo preveer su repetición y ninguna causa ocasional pudo haberse invocado.

En general, las hemorragias que se reproducen, lo hacen a intervalos más y más cortos, y a menudo también, con una abundancia cada vez mayor.

Si no muere bruscamente de hemorragia, el sujeto portador de una esplenomegalia primitiva o secundaria evoluciona siempre hacia una terminación fatal. En cierto momento, el hígado se vuelve deficiente, el enfermo se adelgaza y camina poco a poco a la caquexia terminal. Sin embargo, la duración de esta evolución, aunque cierta, es sumamente variable. Se llega a ella a los cuatro o cinco años generalmente, pero puede ser más larga durando de diez a quince años.

Ante esta evolución fatal, a la que las terapéuticas médicas no pueden modificar en nada, se comprende que la indicación operatoria puede imponerse como una necesidad, y es en la apreciación exacta de las posibilidades operatorias en donde reside la dificultad. Se debe saber apreciar las indicaciones y sobre todo las contraindicaciones que son numerosas y difíciles de descubrir.

Cada indicación operatoria implica una contraindicación que se disimula por sí misma, y se debe saber* investigar esta contraindicación y escoger el momento propicio para la intervención. El estado de la anemia, de las hemorragias, de los vasos y

del hígado constituye el peligro o el éxito de las operaciones.

Entre las contraindicaciones que resultan de este examen, hay algunas de carácter temporal; así, el estado del enfermo puede ser mejorado por un tratamiento juicioso, volviéndose posible entonces la práctica de la esplenectomía. Otras contraindicaciones son de carácter definitivo, y el cirujano debe tener la sagacidad de renunciar a toda tentativa operatoria.

La anemia, como lo hemos afirmado ya, es una contraindicación operatoria importante; ningún esplenomegálico anémico debe ser operado sin mediar reflexión. Se puede pensar siempre que una pérdida considerable de glóbulos rojos contraindica, al menos temporalmente la intervención operatoria.

Para nosotros, es sumamente peligroso actuar cuando los hematíes son menos de 1.200.000 por milímetro cúbico. Es muy probable que en tales condiciones, difícilmente el enfermo resista al shock y a la pérdida sanguínea que implicaría la intervención. El tratamiento médico permite muy a menudo mejorar esta situación. La transfusión, cuando ella es posible, da resultados mucho más rápidos. Es muy probable que el aumento de los hematíes que ella provoca no sea duradero, pero al menos permite al enfermo estar en condiciones suficientes para soportar la operación.

Está demostrado que las grandes transfusiones no son las más eficaces, son en muchos casos mal soportadas, vale más hacerlas de 100 a 150 gramos y repe-

tirlas cada tres o cuatro días. En fin, se debe saber que ciertos esplenomegálicos toleran muy difícilmente las transfusiones. Chabrol comunicó recientemente a la Sociedad Médica de los Hospitales dos casos de muerte después de una inyección masiva de sangre en enfermos afectos de esplenomegalia. Nosotros mismos hemos observado, en tres de nuestros enfermos, accidentes tan graves que nos hicieron renunciar a la transfusión. Dos de estos enfermos fueron mujeres atacadas de esplenomegalia con enfermedad hemolítica. Las transfusiones, que fueron pequeñas, dieron lugar a accidentes tan marcados que ellas estuvieron a punto de sucumbir. El tercero fue un colonial, alcohólico y palúdico; las dos primeras transfusiones, de 50 gramos cada una, fueron muy mal toleradas, la tercera dio lugar a molestias tan penosas que este hombre abandonó el hospital y renunció a todo tratamiento.

Las hemorragias, por el cuadro impresionante a que pueden dar origen, parecen imponer una

operación de urgencia, sin embargo, nos parece bien no operar mientras dure el período en el cual el enfermo sangra. El Profesor Frugoni de Roma, supone que las hemorragias son el resultado de una hipertensión esplénica; la sangre distiende los vasos cortos del estómago, a la vena mesaraica y congestionan los capilares de la mucosa gástrica e intestinal, los cuales se rompen dando origen a la hemorragia. ¿Pero cómo podrían explicarse entonces, esos casos de hemorragia en los cuales el bazo ha sido extirpado, y en dónde, por consiguiente, no puede pensarse en que haya hipertensión esplénica?

Podría aceptarse la interpretación de Roskan, de Naegelli, según la cual la alteración de los vasos del tubo digestivo, de su endotelio principalmente, sería el origen de la pérdida sanguínea. Frumusan, irritando el plexo neuro - vegetativo que acompaña al pedículo esplénico, reproduce experimentalmente la hipertrofia del bazo y las hemorragias. ¿Tendrían su origen.

entonces estos accidentes en una vaso-dilatación capilar cuyo mecanismo no comprendemos bien? Es posible, pero en todo caso la misma ignorancia en que nos encontramos, acerca de la causa exacta de estas hemorragias, recomienda la prudencia.

Parece en fin, que los accesos hemorrágicos se hacen cada vez más frecuentes y cada vez más graves, así que hay que pensar que mientras más frecuentes son las hemorragias, tendremos menos probabilidades de verlas desaparecer después de la operación, y entonces ese mismo estado hemorrágico implicaría una contraindicación operatoria.

La ascitis nos ha parecido desde hace mucho tiempo una contraindicación quirúrgica. Ella no podría explicarse más que por una alteración grave de la circulación porta y como una manifestación de lesión del hígado. La experiencia nos lleva a creer hoy que hay que saber distinguir este hecho en los diferentes casos. Existe indudablemente ca-

sos en los cuales la ascitis es una consecuencia de la esclerosis hepática, siendo entonces irremediable, y siendo lo mejor no intervenir. Pero hay al contrario ascitis de carácter temporal que regresan espontáneamente o que no vuelven a reproducirse después de la punción. Hemos observado con Noel Fiessinger, una niña de 19 años, con ascitis y esplenomegalia pronunciada; rechazamos la intervención, y tres meses más tarde la ascitis desapareció completamente. La esplenectomía se practicó después; la joven se casó y tuvo un niño que cuenta hoy con ocho años de edad. Es probable que esta variedad de ascitis haya reconocido un origen completamente diferente al de la variedad a que nos hemos referido antes. Con toda seguridad la ascitis fue originada, en el caso en cuestión, por irritación producida por las falsas membranas y por las adherencias que acompañaron a la **peritonitis-esplenitis**.

(Continuará)