

Consideraciones sobre la conducta terapéutica quirúrgica del bazo

Dr. José Perrier.

Se hacen consideraciones sobre la conducta terapéutica quirúrgica del bazo teniendo en cuenta, los nuevos conocimientos sobre los riesgos que conlleva la esplenectomía especialmente sepsis fulminante. Se analizan las diferentes indicaciones de esplenectomía en nuestro medio, en base al estudio de las 347 esplenectomías realizadas en el Hospital de Clínicas en 10 años (1972-1982). De acuerdo con ello, se propone una conducta intervencionista frente al diagnóstico de rotura de bazo y en lo posible conservadora del órgano. Se señala la importancia de prevenir y evitar las esplenectomías por iatrogenia quirúrgica y por último las medidas a tomar frente a la necesidad de tener que hacer la extirpación del bazo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS. MOTS CLÉS) MEDLARS:
Spleen / Surgery.

SUMMARY: Considerations on the surgical-therapeutic conduct with the spleen.

The surgical-therapeutic conduct with the spleen is discussed in the light of new studies on the risks accompanying splenectomy, sudden sepsis in particular. Analysis of different splenectomy indications in local medicine on the basis of 347 splenectomies performed

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

at the Hospital de Clinicas in ten years (1972-1982). Accordingly, an interventionist action is proposed in case of spleen rupture, with a view to, as far as possible, preserving the organ. Pointed out is the importance of preventing and avoiding splenectomies by surgical iatrogeny and finally, the precautions to be taken when extirpation of the spleen is necessary.

RÉSUMÉ: Considerations sur la conduite thérapeutique chirurgicale de la rate.

On fait des considerations sur la conduite thérapeutique de la rate, tenant compte des nouvelles connaissances sur les risques de la splénectomie, spécialement la septicémie fulminante. On analyse les différentes indications de la splénectomie dans notre milieu, basés sur une étude de 347 splénectomies effectuées à l'hôpital de Clínicas, pendant un période de 10 années (1972-1982). D'après ce travail, devant le diagnostic de rupture splénique, les auteurs proposent une conduite interventionniste et, dans la mesure du possible, de conservation de l'organe. On remarque l'importance de prévenir et éviter les splénectomies par iatrogénie chirurgicale et finalement, les mesures à prendre face à la nécessité d'être obligé à effectuer l'ablation de la rate.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de junio de 1984.

Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica.
Dirección: Canelones 1370 apto. 001. Montevideo (Dr. J. Perrier).

La aparición de cuadros sépticos graves, fulminantes^(4 8. 11. 12. 14. 19) post esplenectomía ha pasado inadvertido por diversos factores. Por un lado la aparente inocuidad de la esplenectomía^(15 16)

Por otro, la gravedad con alta mortalidad, entre un 25 y 60%^(4, 26, 28) de esta complicación y un desarrollo evolutivo muy rápido, de 33 horas promedio para los casos mortales^(1, 11). Hay que agregar lo inespecífico de la sintomatología: náuseas, vómitos, cefalea, fiebre alta, confusión que rápidamente conduce al coma⁽²⁵⁾. Ella hace plantear otras causas etiológicas si se desconoce o no se tiene presente esta posible complicación en el esplenectomizado. Para confundir más su presentación, el tiempo de latencia entre la esplenectomía y el desarrollo del cuadro séptico es variable, a veces muy largo, sobre todo en el esplenectomizado cuando adulto. Por último, en razón de la sintomatología, habitualmente no son los cirujanos quienes tienen oportunidad de recibir o atender a estos enfermos inicialmente, y esta complicación difundida por los cirujanos no es aún dominio de todos los clínicos.

Se ha establecido que el riesgo de morir por patología infecciosa, en la población adulta mayor de 14 años es de 0.05%. Este riesgo aumenta 14 veces para los niños esplenectomizados por traumatismo y 31 a 58 veces cuando lo fueron por púrpura trombocitopénica idiopática (PTI.) y esferocitosis, respectivamente.⁽⁸⁾

Considerando todas las causas de esplenectomía, la mortalidad por sepsis es de 50 a 200 veces mayor para los esplenectomizados que para la población normal^(25, 28).

La mortalidad de las sepsis fulminantes postesplenectomías supera al 50%^(4, 11, 12, 26, 25, 28).

Es muy difícil establecer la incidencia de los cuadros infecciosos fulminantes o hiperagudos en los esplenectomizados. Una de las razones es el gran período de latencia que pueden tener y que obliga a seguimientos muy prolongados. Los valores que se citan son muy variables, entre 1.5% y 24%^(12, 18, 26) con un promedio del 5% de incidencia de sepsis hiperagudas en pacientes esplenectomizados por todas las causas antes de los 17 años⁽¹²⁾. Esa frecuencia, reuniendo varias series publicadas, e incluyendo a los esplenectomizados cuando adultos, baja al 3.9% sobre 4.846 pacientes⁽¹²⁾. Cuando las esplenectomías fueron por traumatismo, la incidencia parece ser menor, entre 0.5 y 2.45%⁽¹⁸⁾.

Las consecuencias de la ausencia del bazo han motivado un intenso estudio de sus funciones. Si bien resta mucho por aclarar, se ha tomado conciencia de su importante participación en el sistema inmunológico. Así se sabe que es funda-

mental en la formación o acción de sus anticuerpos contra los antígenos capsulares o de partículas. Su ausencia explica la alta incidencia de las bacterias encasuladas en las sepsis postesplenectomía. De ellas, la más frecuente, entre el 50 y 80%, son los neumococos. Pero también se ha visto por H. Influenza, Meningococos y menos veces por estafilococos, Streptococos, E. Coli, Pseudomonas y Listerias^(12, 17, 26).

El bazo sería el principal productor de las células que "recuerdan" haber estado expuestas a un determinado antígeno capsular. (Generalmente los linfocitos T de memoria y los B que producen Ig M⁽¹²⁾).

La mayor incidencia de los neumococos como responsables de estas sepsis, sobre todo en niños, se explica por un lado por tener antígenos capsulares y requerir anticuerpos específicos para cada uno de los tipos de neumococo y por otro, porque se necesita tiempo para poder haber tenido contacto con cada uno de ellos y crear defensas, lo que les falta a los niños, más cuanto menor es su edad.

Estos conocimientos son los que han determinado la indicación de la vacuna neumococcica en los niños que van a ser esplenectomizados^(11, 12, 25).

Hay además, otras alteraciones inmunológicas de los esplenectomizados que han sido estudiadas en nuestro medio^(1, 2).

El conocimiento de todos estos problemas ha llevado a proponer diferentes conductas en los casos en que la resección del bazo no tiene indicación formal (esplenectomías para estadiificación de linfopatías, por ejemplo). Pero ellas se concentran sobre todo en los bazos traumatizados, independientemente de la causa. Así, se propone: el tratamiento conservador con expectativa "armada" especialmente en niños^(3, 10, 13); o la cirugía conservadora, esplenorrafias o resecciones parciales⁽⁴⁾, ligadura de la arteria esplénica⁽⁶⁾ o uso de sustancias hemostasiantes⁽¹¹⁾. Para los casos en que la exéresis es inevitable, los "implantes" de trozos de bazo en el epiplón mayor o mesocolon o peritoneo parietal^(7, 22). Estos últimos, de valor discutido experimentalmente y en los controles humanos, pero que significan una previsión más en la prevención de la eventual sepsis ulterior.

De un estudio realizado sobre 347 esplenectomías del Hospital de Clínicas en 10 años (período 1972-1982) analizamos las indicaciones y la evolución inmediata y alejada con el afán de poder sacar conclusiones valideras para ajustar la conducta frente a la eventual exéresis del bazo (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

ESPLENECTOMIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE CLINICAS DESDE 1972 A 1982

Por traumatismos externos	110	31.70%
Iatrogénicas	63	18.44%
traumatismos operatorios.	63	
por maniobras externas.....	1	
De necesidad	57	16.42%
técnica	57	
oncológica	17	4.89%
Por enfermedad de Hodgkin	46	13.25%
Por Linfopatías no Hodgkinianas	7	2.01%
Por Linfohemopatías	31	8.93%
Por otras causas	15	4.32%
	347	

En nuestro medio, el último estudio publicado sobre esplenectomías de todas las causas es el de Parma, Armand Ugón y Otazú, en 1980, que juntaron 103 casos tratados en 25 años en la Clínica Quirúrgica 1⁽²¹⁾. Sus resultados no son comparables con el nuestro, tal vez por la diferente concentración de enfermos y mejor conocimiento de las patologías médicas, sobre todo desde la creación de la Cátedra de Hematología, modificando así sustancialmente las incidencias relativas de cada patología. En otro, Filgueira⁽¹⁰⁾ reúne 30 esplenectomías iatrogénicas.

Lo primero a destacar es que sólo el 50.44% de las esplenectomías fueron *de origen traumático*, incluyéndose en ellas un 18.44% de *esplenectomías iatrogénicas*, que salvo en un caso al intentar una toracocentesis, fueron por traumatismos intraoperatorios (64 casos en total).

En el cuadro N° 2 señalamos las causas de las operaciones en las que se lesionó el bazo. Predominan las debidas a patología gastroduodenal benigna o maligna (39.06%) y le siguen los cánceres de esófago (21.87%), pero también en operaciones por patologías alejadas del bazo, como sepsis genital o incluso extra abdominales como toracotomías izquierdas por neumonías.

Las operaciones en las cuales se lesionó el bazo fueron muy variadas. Predominaron las gastrectomías subtotales o totales (31.25%) y las esofágogastrectomías (21.87%). Se vieron también en nefrectomías izquierdas (7.81%) y en cirugía alejada como un tumor de colédoco y aneurisma de la arteria renal derecha o en histerectomía con anexectomía bilateral y ligadura de la cava o en una lobectomía inferior izquierda (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 2

CAUSAS DE LAS INTERVENCIONES EN LAS QUE SE LESIONO EL BAZO

Cáncer de	14	14
esófago <i>Cardias</i>		4
Hernia hiatal	2	
Cáncer	2	
<i>Pleuro pulmonares</i>		2
Neumonitis basal	1	
Punción de derrame	1	
<i>Estómago</i>		25
Ulceras	17	
benignas	8	
Cánceres		7
<i>Riñón</i>		
Cáncer	3	
Pielonefritis	1	
Perinefritis	1	
Quiste renal	1	
Traumatismo	1	
<i>Colon y Recto</i>		6
Cáncer de colon	3	
Cáncer de sigmoides	1	
Poliposis	1	
Infarto Mesentérico	1	
<i>Politraumatizado</i>		3
<i>s Varios</i>		3
Sepsis genital	1	
Peritonitis difusa	1	
Tumor de colédoco y aneurisma de art. renal derecha		

Cuadro N° 3

PROCEDIMIENTOS EN LOS CUALES
SE LESIONO EL BAZO

Esofagogastrectomías	14	
Intubación esofágica	2	
By Pass esófago gástrico	1	17
Vaguetomía	2	
Operación de Nissen	1	3
Gastrectomías subtota- les	18	
totales	2	
Cierre simple y epiplo- plastia	1	
Gastroeyunostomía	1	22
Hepaticoyunostomía y reparación de aneurisma de arteria renal derecha	1	1
Nefrectomía izquierda	6	
Drenaje de quiste renal	1	7
Colectomía izquierda	5	
Op. de Hartman	1	6
Histerectomía y anexectomía bilateral con ligadura de cava	1	1
Exploración abdominal	5	
torácica	1	6
Toracocentesis	1	1

La mortalidad global de las esplenectomías "iatrogénicas" fue de 4 enfermos (6.25%) falleciendo todos en las 48 horas siguientes a la operación, 2 de ellos luego de ser reoperados por la rotura del bazo que había pasado desapercibida. A 6 pacientes del total (9.37%) hubo que reintervenirlos por la rotura del bazo. Dos de los que fallecieron tenían una patología benigna. En ninguna de las descripciones operatorias se refiere la magnitud del sangrado en el momento de decidir la extirpación del bazo.

Ha sido demostrado que la esplenectomía "in-cidental" como lo es la debida a iatrogenia aumenta la morbimortalidad operatoria^(24, 28).

Las consideraciones que merecieron los esplenectomizados por traumatismos externos ya fueron comunicados en otro trabajo.⁽²³⁾

Ninguno de los esplenectomizados por traumatismos externos o iatrogénicos reingresó hasta el momento al Hospital de Clínicas por cuadro infeccioso agudo, aunque no desconocemos el valor relativo de este dato.

Las esplenectomías por enfermedad de Hodg-kin fueron 45 (12.96%) todas hechas con criterios

de estadificación. No presentaron mortalidad operatoria y entre 30 días y 5 años fallecieron 8 (17.77%) reingresados al Hospital.

Las complicaciones inmediatas se vieron en 6 pacientes (13.3 %) y en su mayoría (66.66%) fueron infecciosas. De las alejadas, 12, 4 de ellas (33.33%) fueron debidas a la evolución de la propia enfermedad y las restantes 8, expresión de su depresión inmunitaria, de las cuales 3 (37.5%) fueron infecciosas graves y de las cuales 2 murieron por esa causa (neumopatías agudas bilaterales de 5 días de evolución).

El seguimiento de este grupo fue de 2 años 8 meses promedio, con períodos que variaron entre 2 meses a 8 años.

Por *reticulosarcoma* fueron esplenectomizados 7 pacientes (2.01 %) en algún momento de la evolución, que comprendió entre 8 años de enfermedad conocida hasta casos en los que el estudio anatomopatológico de la pieza hizo el diagnóstico. Fallecieron 3, uno en el postoperatorio inmediato y los otros dos por la evolución de la enfermedad.

Por *linfomopatías* se esplenectomizaron 31 pacientes (8.93%). En el cuadro N° 4 se indican las causas. En todas ellas la edad promedio estuvo siempre por encima de los 36 años.

Se produjeron 9 complicaciones inmediatas (29.03%) de las cuales 6 fueron infecciosas (19.31% del total de operados) y 3 hemorrágicas (9.67%). Las 2 mielofibrosis operadas fallecieron en el postoperatorio inmediato por sangrado.

Como complicaciones alejadas un síndrome febril prolongado sin causa demostrable y un accidente encefálico en un púrpura trombocitopénico autoinmune.

El seguimiento promedio fue de 21 meses en 14 casos.

En el cuadro N° 5 señalamos la frecuencia de esplenectomías por razones oncológicas, en cirugía ensanchada (17 casos, 4.89%) y aquellas de necesidad por razones vasculares o de necesidad técnica o por razones de exposición y abordaje. (57 casos, 16.42%)

En otro grupo incluimos una miscelánea de 15 esplenectomías (4.32%) por las causas que se indican en el cuadro N° 6.

Realizado este estudio, en nuestro medio, ¿en cuántos pacientes se puede esperar una sepsis fulminante?

Si juntamos a los esplenectomizados por traumatismos, causas iatrogénicas, de necesidad técnica y varias (146 pacientes) no llegarían a 3 o 4 casos de todos los esplenectomizados en 10

Cuadro N° 4

ESPLENECTOMIZADOS POR LINFOHEMOPATIAS

Causa	N° casos	Edad promedio	Complicaciones		Muertes	Segui- miento
			Inmediatas	Alejadas		
P.T.I.	11	39 a 8 m	2 abscesos pared 1 neumop. aguda 1 hemoperitoneo	AVE hemorrágico	1a.2m. (45 d)	
Leucosis Linfoide Crónica	8	58 a	1 fiebre 1 sepsis p/op	—	—	22m
Leucosis Mieloide Crónica gudizada	1	50 a	—	—	—	1a 3m.
Anemias Hemolíticas	7	36 a 7m.	fiebre p/op.	sindr. febril prolongado	—	16m.
Linfoma Difuso Histiocitario	1	29a.	—	—	—	2a.
Aplasia Medular Autoinmune	1	—	—	—	—	14m.
Mielofibrosis	2	58a.	sangrado p/o	—	2	2d.
	31 casos		6 infecciones 3 sangrados	19.35% 9.67% 29.03%	2 muertes postoperat. inmediatas 6.45%	

años en el Hospital de Clínicas. Por lo tanto, a la hora de evaluar nuevas conductas tendremos que recordar esta cifra, que en valores absolutos es realmente baja.

En cuanto a las posibilidades de aquellos esplenectomizados por linfomopatías, enfermedad de Hodgkin y ectícolosarcoma, el riesgo es mayor, de hasta un 25%, lo que representaría hasta 22 pacientes cada 10 años. Desgraciadamente en ellos no se puede considerar el bazo si tienen real indicación de esplenectomía. Incluso en algunas de ellas es necesario extirpar los bazo- accesorios, de utilidad discutida en los esplenectomizados por traumatismos.

En estos casos la situación se ve agravada por la alteración inmunitaria que la propia enfermedad conlleva y la que determinan las drogas con las que habitualmente se trata.

En los casos en que la conservación del bazo es posible, ¿cuál es la conducta a seguir? ¿deben seguir operando los bazo- rotos o se debe adoptar una nueva conducta expectante?

Si tenemos en cuenta las conclusiones hechas en un trabajo previo sobre las esplenectomías por traumatismos externos⁽²³⁾ y pese a la propuesta de algunos autores de un tratamiento expectante (más importante en los niños)^(3, 10, 13) preferimos la conducta intervencionista frente a toda sospecha de lesión esplénica, salvo casos muy excepcionales.

Esta conducta intervencionista estará más justificada si el paciente ingresa en anemia aguda o cuanto más asociaciones lesionales tenga, ya que son estas las situaciones con mayor morbi-mortalidad.

Aún en las circunstancias más favorables para encontrar una lesión exclusiva del bazo (traumatismo directo del hipocondrio izquierdo, sin ele-

mentos de shock por hipovolemia aguda, sin otras lesiones) seguimos pensando que la conducta debe ser intervencionista, aunque en la operación sólo certifiquemos el diagnóstico, no encontremos otras lesiones y no actuemos sobre el bazo. Esta manera de proceder nos va a dar y le va a dar al enfermo, mayor seguridad.

Cuadro N° 5

<i>Esplenectomías por razones oncológicas</i> ...	17
gastrectomías ensanchadas	14
colectomías izquierdas ensanchadas	3
<i>Esplenectomías de necesidad</i>	57
hipertensión portal	10
pancreatectomías	
por tumores de cabeza de páncreas	8
por lesiones de páncreas	1
Por pancreatitis agudas	4
Por pancreatitis crónicas	1
quistes hidáticos de bazo	3
hidatidosis peritoneal	2
abscesos agudos.....	2
abscesos cronicados	2
gastrectomías totales	2
gastrectomías tipo Sweet	4
aneurisma de arteria esplénica	2
rotura de arteria esplénica	1
"razones de exposición"	15

Cuadro ° 6

ESPLENECTOMIAS POR CAUSAS VARIAS

Para diagnóstico de esplenomegalias primarias.....	6
Para diagnóstico de síndrome febriles prolongado.....	6
Por Síndrome de Banti	2
Por esplenomegalia debido a hematoma subcapsular crónico.....	1
	15

Si por alguno de los exámenes complementarios se pone en evidencia un hematoma de la logia esplénica, aún sin sangrar durante el estudio, creemos que debe ser intervenido y explorado, porque en nuestra serie los 3 hematomas de la logia esplénica encontrados sangraron en forma secundaria.

Aquellos traumatizados a los que se les hace diagnóstico de rotura de bazo pasadas las 24 horas inmediatas al traumatismo tienen un 30% de posibilidades de tener un hematoma subcapsular intraesplénico. Pese a ello uno de cada 3 va a estar sangrando y se deberá valorar la calidad de la hemostasis espontánea y la magnitud del hematoma, razones por las que seguimos prefiriendo la exploración.

Cuanto mayor la gravedad de las lesiones asociadas creemos que más indicada está la esplenectomía, porque la mortalidad aumenta con la asociación lesional y no debemos agregar factores de riesgo adicional como puede ser la cirugía conservadora del bazo.

La exploración abdominal de los traumatizados con rotura de bazo nos va a permitir encontrar lesiones asociadas en la mitad de los casos (48.18%) a las que sólo en el 32.74% de las veces habrá que tratar. O de otra manera, en el 67.26% de las exploraciones abdominales es probable que lo único que haya que tratar sea la lesión esplénica.

La conducta a adoptar en estos casos de lesión exclusiva o única en la que es preciso actuar sobre el bazo, va a depender: 1) del estado anatómopatológico del bazo; 2) de las asociaciones lesionales extraabdominales; 3) de las posibilidades del equipo quirúrgico y 4) de las posibilidades de control evolutivo postquirúrgico adecuado. Si las mismas son favorables, creemos que se impone el tratamiento conservador del órgano, ya esplenorrafia, ya esplenectomía parcial.

Es difícil poder establecer si el índice de esplenectomías iatrogénicas por traumatismos intraoperatorias es alto. Hay series de esplenectomías en las que los traumatismos externos son responsables del 73% de las esplenectomías, el 27% restante corresponde a todas las otras causas, entre las que están las iatrogénicas⁽²⁸⁾. Mientras que otras citan valores de 23%⁽¹⁹⁾ y 47%⁽²⁰⁾ para las iatrogénicas.

No obstante, si sumamos en nuestro medio las esplenectomías iatrogénicas a las de necesidad técnica, suman 121, algo más que las 110 esplenectomías por traumatismos externos. Si tenemos en cuenta la menor urgencia y habitualmente la mayor estabilidad del paciente en esta cirugía de elección, es que creemos se debe adop-

tar una actitud menos agresiva y más conservadora para con el bazo en estas situaciones.

Volviendo al bazo traumatizado, sea cual sea la conducta que tomemos para con él, debe lograrse una mortalidad operatoria nula (0%) cuando la lesión esplénica es exclusiva y menor al 19% cuando se tienen lesiones asociadas. La morbilidad global debe ser menor al 38%. El porcentaje de reoperaciones por la acción sobre el bazo, menor al 33.33% y el promedio de internación menor a los 17 días y medio.

Cuanto más joven el paciente, más necesarios parecen ser los tratamientos conservadores. El 73% de los pacientes con traumatismo de bazo son menores de 40 años.

Recordemos que todo tratamiento conservador se va a intentar para tratar de evitar una complicación séptica alejada que podrá sucederle a sólo 3 o 4 de los esplenectomizados en 10 años del Hospital de Clínicas.

Del balance de todos estos factores, del estado del bazo al operar, de la presencia o ausencia de asociaciones lesionales, de la integración del equipo quirúrgico y de las posibilidades de adecuado control posterior se decidirá observar el bazo sin tocarlo o a lo sumo cubrirlo con epiplón, realizar su esplenorrafia, hacer una resección parcial o extirparlo.

Si se extirpa el bazo se recomienda cortar trozos de 1 cm² e implantarlos en bolsillos del epiplón, especialmente, a la espera del desarrollo de una esplenosis quirúrgica que sea funcionalmente eficaz en la sustitución de la función del bazo extirpado.^(7 22)

El problema es diferente cuando nos enfrentamos a las esplenectomías indicadas por enfermedades sistémicas o del propio bazo. En estos casos, cuanto menor la edad más necesaria la vacunación con la vacuna neumocócica de preferencia antes de la operación.

El porcentaje de morbilidad de esta cirugía es en nuestro medio menor que en el caso de los traumatizados, oscilando entre el 13 y el 29%. Pero la mortalidad operatoria es mucho mayor, entre el 6 y el 13% (siendo 0% para los traumaizados con lesión exclusiva del bazo).

A su vez, en estos enfermos, especialmente los esplenectomizados por Enfermedad de Hodgkin, es que se pudo demostrar una mayor incidencia de complicaciones alejadas de origen infeccioso, representando el 37.50% de la mortalidad alejada.

Por lo que creemos que a todo los enfermos a los que se les extirpa el bazo y especialmente a aquellos con enfermedad de Hodgkin, se les debe instruir acerca de la necesidad imperiosa de

consultar médico ante cualquier cuadro de vómitos, náuseas, cefaleas más o menos importantes que no cedan con una analgésico habitual, o de fiebre. Y, que debe administrarseles antibióticos, especialmente penicilina o alguno de sus derivados, o eritromicina en el caso que fueran alérgicos, a altas dosis y observarseles cuidadosamente buscando la demostración de la sepsis por los hemocultivos. De esta manera podremos colaborar en el intento de disminuir la gravedad de estos cuadros hiperagudos y frecuentemente mortales.

Estas medidas, asociadas a un seguimiento prolongado de estos enfermos y a la búsqueda de estas sepsis en los esplenectomizados, nos permitirán con el correr de los años, establecer su frecuencia relativa en el país.

Como dato colateral del estudio, digamos que la incidencia de bazos accesorios oscila entre el 1.81% cuando no se le busca sistemáticamente (laparotomía en traumatizados)^(23 28) hasta el 14.28 y 12.90% en las linfopatías, cuando se les busca. Valores que están dentro de los referidos en la literatura, a su vez muy variables, entre 10 y 40%^(4 18 29).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANTUNEZ C. — Cirugía conservadora del bazo traumatizado, justificación y método. Tesis de Doctorado. 1983. Mon-tevideo (inédito.)
2. ANTUNEZ C., SCHUHL J., OHENINGER C. (h), BERGALLI L., TORTEROLO E. — Alteraciones inmunitarias en esplenectomizados. Cir. Urug., 54: 421 1984.
3. ARONSON D.Z., SCHERZ A.W., EINHORN A.H., BESHFR J.M., SCNEIDER K.M. — Non Operative Management of Splenic Trauma in Children. A report of Six Conservative Cases. Pediatrics 60: 482, 1977.
4. BUNTAIN W.L., LYNN H.B. — Splenorraphy: Changing concepts for the Traumatized Spleen. Surgery 86: 748, 1979.
5. CONDO R.E. — Post-Splenectomy Sepsis in Traumatized Adults. J. Trauma 22: 169, 1982.
6. CONTIS. — Splenic Artery Ligation for Trauma: Alternative to Splenectomy. Am. J. Surg. 140: 444, 1980.
7. COONEY D.R., DEARTH J.C., SWANSON S.E., DEWANJEE M.K., TELANDER R.L. — Relative Merits of Partial Splenectomy, Splenic Reimplantati and Immunization in Preventing Post-splenectomy Infection. Surgery 86: 561, 1979.
8. DICKERMAN J.D. — Bacterial Infection and Splenic Host: A Review. J. Trauma 16: 662, 1976.
9. DICKERMAN R.M., DUNN E.L. — Lesiones esplénicas, pancreáticas y hepáticas. Clin. Quir. Norte Am., 1: 3, 1981.
10. DOUGLAS G., SIMPSON J.S. — The Conservative Management of Splenic Trauma. J. Pediatric. Surg. 6: 565, 1971.
11. FILGUEIRA J.L. — Lesiones traumáticas peroperatorias del bazo. Congreso Uruguayo de Cirugía, 18ª, I; 240, 1967.
12. FRANCKE E.L., NEU H.C. — Infecciones postesplenectomía. Clin. Quir. Norte Am., 1: 129, 1981.
13. KING D., LOBE T.E., HAASE G.M., BOLES E.T. — Selective Management of Injured Spleen. Surgery 90: 677, 1981.

14. KING H., SHUMACKER H.B. Jr. — Splenic Studies: I Susceptibility in Infection After Splenectomy Performed in Infancy. *Ann. Surg.* 136: 239, 1952.
15. KOCHER E.T. — Citado en (26).
16. LARGHERO IBARZ P., GIURIA F. — Traumatic Rupture of the Spleen. *Surg. Ginecol. Obstet.* 92: 385, 1951.
17. LOCKWOOD C.M. — Immunological Functions of the Spleen. *Clin. Haematol.* 12: 449, 1983.
18. MITCHEL A., MORRIS P. — Surgery of the Spleen. *Clin. Haematol.* 12: 565, 1983.
19. O'NEAL B.J., McDONALD J.C. — The Risk of Sepsis in the Asplenic Adult. *Ann. Surg.* 194: 775, 1981.
20. ORDA R., BARAK J., BARON J. — Postsplenectomy Splenic Activity. *Ann. Surg.* 194: 771, 1981.
21. PARMA D., ARMAND UGON C., OTAZU H. — Esplenectomía: revisión de 103 casos. *Cir. Urug.* 51: 517, 1981.
22. PATEL J., WILLIAMS J.S., SHMIGEL B., HINSHOW J.R. — Preservation of Splenic Function by Autotransplantation of Traumatized Spleen in Man. *Surgery* 90: 683, 1981.
23. PERRIER J.P. — Estudio de las esplenectomías por traumatismos externos. *Cir. Urug.* 56: 1, 1986.
24. ROGERS D.M., HERRINGTON J.L. Jr., MORTON Ch. — Incidental Splenectomy Associated with Nissen Funduplication. *Ann. Surg.* 191: 153, 1980.
25. SHERMAN R. — Justificación y método para la conservación del bazo después del traumatismo. *Clin. Quir. Norte Am.* 1: 121, 1981.
26. SHERMAN R. — Perspectives in Management of Trauma to the Spleen: 1979 Presidential Address, American Association for the Surgery of Trauma. *J. Trauma* 20: 1, 1980.
27. SCHWARTZ S.I. — Esplenectomía por enfermedades hematológicas. *Clin. Quir. North Am.* 1: 113, 1981.
28. TRAUB A.C., PERRY J.F. — Injuries Associated with Splenic Trauma. *J. Trauma* 21: 840, 1981.
29. ZOLLINGER R.M. — Técnica de la esplenectomía. En: Najarian J.S. y Delaney J.P. — *Cirugía del hígado, páncreas y vías biliares.* Barcelona, Científico Médica, 1978, p.3.

COMENTARIOS:

Dr. ROBERTO PUIG: Los dos trabajos presentados por el Dr. Perrier se refieren a un tema que nos interesa particularmente y sobre el que hemos realizado una breve experiencia en el Dpto. de Emergencia del Hosp. de Clínicas estos últimos años, presentando un trabajo hace veinte días en la Sociedad Médico-Quirúrgica de Emergencia. En nuestra casuística de una guardia semanal durante los años 1982-1983 recogemos siete observaciones de lesiones menores que conservamos el bazo por hemostasis espontánea en tres casos y mínimo procedimiento de sutura sobre material hemostático en los otros cuatro.

La bibliografía internacional sobre la conservación del bazo está prácticamente agotada y revalorada. En 1962 Campos Christo de Minas Gerais presenta ocho resecciones segmentarias en bazo traumático, apoyando su experiencia en los trabajos anatómicos de vascularización y segmentación de dos orientaciones. Huu Nguyen y Luis Praderi. Praderi hizo una contribución al VI Cong. Urug. de Cirugía 1955, sugiriendo las posibilidades de resección segmentaria. En 1978 Morgenstern presenta en la *W. Surg. Ass.* reunida en Arizona, su experiencia sobre 44 casos de conservación y una revisión completa y detallada de todas las técnicas. En 1981 Pachter presenta en la reunión anual de *Amer. Surg. Ass.* reunida en Chicago su experiencia sobre 24 casos de conservación en adultos destacando la eficacia y la ausencia de complicaciones, manteniendo las indicaciones de esplenectomía, pero no justificando jamás en las frecuentes y pequeñas lesiones que produce el cirujano.

La incidencia de la sepsis fulminante posesplenectomía ha sido también revalorada críticamente en la bibliografía. En 1983 Van Wyck publica en *Lymphology* 16(2) una tabla comparativa de 34 series de otros autores que analiza detalladamente, concluyendo que la incidencia de esta sepsis es muy baja, pudiendo demostrar solamente 35 casos en adultos, pero que la importancia del riesgo se ha subestimado porque es para toda la vida, sin medios preventivos totalmente seguros y sin poder determinar todavía quiénes pueden sufrir esta complicación.

En nuestro medio no se han publicado casos de sepsis fulminante, aunque hay comunicaciones personales en pacientes hematológicos inmunodeprimidos. Es necesario enfrentar el tema con un cambio de actitud psicológica. Hay que estudiar las técnicas de conservación, hay que aprenderlas, hay que aplicarlas con prudencia.

Dr. PERDOMO: Por razones de tiempo vamos a tener que abreviar un poco los comentarios de lo que verdaderamente es un trabajo exhaustivo, en aluvión, donde los datos pasan y es difícil de retenerlos. En parte me recuerda a un trabajo similar

que hice hace algunos años aunque, realmente, ahora no recuerdo sus cifras. Entiendo que es un progreso que se traigan este tipo de comunicaciones conservadoras relacionadas sobre todo con la patología traumática. Pero hay algo que me preocupa y es cuanto hay de moda en todo esto, cuanto hay con la intención de traer algo novedoso y sin embargo es un momento que pasa y luego las cosas retroceden y se van para el otro lado o a un término medio que es la situación ideal. Nosotros examinando el problema del bazo, tuvimos en aquella época la curiosidad de ver cuántos bazos iban a la morgue sin diagnóstico y no porque no lo hubieran visto médicos o estado varios días en el Instituto de Traumatología: se había consultado con cirujano y el cirujano había dicho que no tenían nada y finalmente el enfermo terminaba en la morgue por el bazo roto. Y aquí discrepo con el Dr. Perrier en el sentido de que la hipovolemia aguda por hemorragia interna no es causada lo más frecuentemente por el bazo. Es lo que me enseñaron a mí desde que era chico. Creo que eso es un axioma inamovible. La contusión abdominal con hipovolemia aguda es igual a bazo roto en la mayoría de los casos. Naturalmente que si uno se enfrenta a un problema de estos y tiene una fibrolaparoscopia que demuestra que es poco lo que sangra ese bazo, se puede tener una conducta expectante. Pero en nuestro medio esto está muy lejos. Hay que tener el método para ser conservador, si no se tiene el método no se puede ser conservador. Luego si se va a la laparotomía hay que tener muy graduada la conducta a tomar. Creo que hay que desechar la hipótesis de que el bazo no se puede sacar porque si decimos eso a lo mejor nos entendemos entre unos pocos, pero la inmensa mayoría va a cometer graves errores que le pueden costar la vida a los enfermos. Porque la sepsis, si existe, se pueden morir 20 o 30 años después, pero del bazo roto se pueden morir en el momento.

Cuando hay un bazo que tiene un pequeño desgarramiento, eso está bien; pero si está muy roto, la operación se va a prolongar, el anestesiólogo va a estar preocupado, las medidas de reanimación van a ser cada vez más importantes; es un equipo de urgencia que se hace en el momento, y el enfermo va a correr mucho más riesgo. De todas maneras, creo que el balance final es que vamos a estar temiendo que el enfermo se muera de sepsis porque le sacamos el bazo dentro de 20 años, y se nos van a morir un porcentaje mayor de enfermos, rápidamente, por haber evitado una esplenectomía que las circunstancias imponían. Tanto como eso no. Hay que tomar lo nuevo pero no abandonar lo viejo que sigue siendo sabio y que sigue siendo bueno.

Dr. PERRIER: Yo quiero agradecer a todos los que han comentado el trabajo. En primer lugar estoy totalmente de acuerdo con el Dr. Rios. Uno de los motivos de toda esta revisión es poner un punto de partida, por eso el estudio epidemiológico. Saber qué es lo que pasaba en nuestro país con los esplenectomizados, fundamentalmente porque como la conducta cambió, poder comparar con el correr de los años, si el nuevo camino que se tomó tuvo mejores resultados o no; no sea que por conservar el bazo tengamos más mortalidad postoperatoria inmediata. Por eso el trabajo no se llama "lo que se hacía antes" como él propone sino que se llama "Estudio de las esplenectomías por traumatismos externos". Es decir, el nombre está puesto no porque sea la conducta, creo que quedó claro que la conducta no es esplenectomizadora a priori. Yo lamenté mucho no haber podido escuchar el trabajo del Dr. Puig por estar trabajando ese día. Se que él está igual que el Depto. de Emergencia del Hospital de Clínicas en el tratamiento conservador, del bazo. Nosotros en el Hospital Militar también lo estamos re-alizando y tenemos 5 enfermos en los cuales se pudo conservar el bazo y otros en los cuales no pudimos conservarlo. No siempre es posible hacerlo.

Con respecto a lo que decía el Dr. Valls, por lo menos ninguno de los pacientes esplenectomizados reingresó al Hospital de Clínicas con un cuadro de sepsis aguda fulminante. No es de valor estadístico porque pueden haber muerto en otro lado. Tengo todos los nombres y las direcciones de los pacientes pero no pude seguirlos, puede que con el tiempo lo pueda hacer, pero revisar todo esto me llevó mucho tiempo.

Con respecto a lo que dijo el Dr. Perdomo, yo no dije que la causa más frecuente de hemorragia interna no sea la del bazo, ese es el problema que plantea este tipo de trabajos estadísticos, el mismo está relacionado a todos los que tenían lesión del bazo. Yo dije que de cada 5 enfermos que ingresan, con anemia aguda en donde el bazo también está lesionado, sólo en 1 bazo es el responsable de ella, en las otras hay otras causas que contribuyen a la anemia aguda. Estoy de acuerdo que el hemoperitoneo traumático más frecuente es el que se produce

por ruptura del bazo.

Pero en el porcentaje de los heridos que encontramos, en 110 enfermos con lesión de bazo, sólo en 1 de cada 5 que ingresaban con anemia aguda, el bazo era el único lesionado. Por eso hay que pensar que en un politraumatizado en donde el bazo está lesionado, hay otras causas que pueden estar contribuyendo a la anemia aguda.

Con respecto a lo que dice el Dr. Rosa, por supuesto que el trabajo del Hospital de Toronto yo lo lei y se que en el Pereira Rossell se han hecho tratamientos conservadores. Los casos que él cita no son sepsis fulminante postesplenectomía. Este es un cuadro característico y muy típico. En los hemocultivos hay unos porcentajes que son asombrosos de gérmenes por mm³. El desarrollo es tan rápido que es distinto a los casos que él refiere y que tampoco fueron demostrados; además no tuvieron la evolución característica que tienen estos cuadros. Son cuadros en los que está el individuo bien hoy y mañana está muerto.

Agradezco al Dr. Suiffet que haya centralizado la atención de nuevo en lo que yo trate de expresar en el trabajo: que la conducta cambió. La idea del trabajo era dar un punto de referencia a la literatura nacional y a nosotros de que era lo que pasaba cuando antes se hacía siempre esplenectomía y además para tener presente que hay muchos bazos que se sacaron y que no se debieron haber sacado y que la conservación es posible y no da mucho trabajo cuando las lesiones son menores. Lo que nosotros pensamos es que no siempre se puede intentar conservar un bazo al hacer la laparotomía: depende de la integración del equipo. El anestésista, tiene que estar compenetrado de lo que uno va a hacer porque los enfermos empiezan a perder volemia y hay que reponerlo. Depende del hospital donde uno está, si el enfermo se puede monitorizar y qué personal de enfermería tenemos para seguirlo porque no por conservar el bazo o prevenir una sepsis postesplenectomía se van a morir los enfermos en el postoperatorio inmediato sangrando. Lo primero es salvar la vida, luego intentar salvar el bazo.

Les agradezco mucho toda la atención.