



11209
CENTRO MEDICO NACIONAL
20 DE NOVIEMBRE 96

RESPUESTA HEMATOLOGICA EN PACIENTES
CON TRANSTORNO HEMATOLOGICO.
EXPERIENCIA EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :

DRA. CLAUDIA GABRIELA PALOMINO PARADA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

290414
2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Silvo
DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ.
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN.

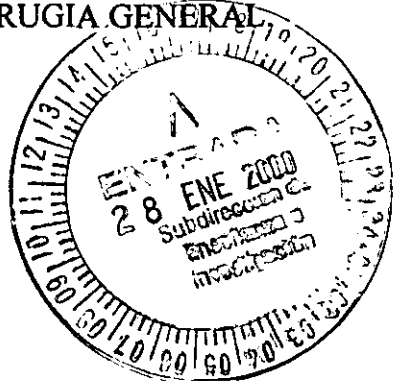


Eduardo Fernandez del Villar
DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR.
TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL.

Daniel Angelino de Leon Lopez
DR. DANIEL ANGELINO DE LEON LOPEZ
JEFE DE CIRUGIA GENERAL
ASESOR DE TESIS.



Claudia Gabriela Palomino Parada
DRA. CLAUDIA GABRIELA PALOMINO PARADA.
RESIDENTE DE 4° AÑO DE CIRUGIA GENERAL



INDICE.

RESUMEN

INTRODUCCION.

AGRADECIMIENTOS

ANTECEDENTES

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

RESUMEN.

Antecedentes

La esplenectomía electiva forma parte del manejo de los pacientes con trastorno hematológico, una vez que no han respondido adecuadamente al manejo médico conservador adecuado, presentan complicaciones secundarias al uso de esteroides o presentan recaídas frecuentes.

Objetivo

Describir la evolución clínica, repuesta hematológica en pacientes con esplenectomía electiva por trastorno hematológico en el centro médico nacional 20 de noviembre del ISSSTE. Identificando cuales son las indicaciones, morbilidad y mortalidad del procedimiento.

Material y Métodos

Se ingresan al estudio pacientes referidos por el servicio de hematología con diagnostico establecido el cual requiere de esplenectomía programada, por trastorno hematológico, los cuales no han respondido adecuadamente al manejo médico adecuado, en el centro medico nacional (CMN) 20 de noviembre del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE) durante el 1° de enero de 1995 al 15 de agosto de 1999.

Resultados

Con un total de 18 pacientes 12 femeninos y 6 masculinos, edad de 16 a 67 años con una media de 41.5 años, las entidades encontradas fueron Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 50% de casos, AHAI, bazo accesorio y leucemia granulocítica crónica con el 11% y anemia de células falciformes hiperesplenismo y leucemia linfocítica crónica con el 5%, peso del bazo menor de 50g y mayor de 750 media de 400g, el cual tiene importancia en la morbilidad y mortalidad de la esplenectomía, el 94% de las cirugías fue con fines terapéuticos y solo el 5% con fines diagnósticos, dentro de morbilidad se cuenta con el 55% por colecciones subfrenicas 17%, sangrado postoperatorio 5% como absceso subfrénico, La mortalidad son 2 casos las cuales no tienen relación directa con la esplenectomía ya que se presentaron 30 días después del postoperatorio. El 72% de los casos respondió adecuadamente a la esplenectomía ya que no presentaron recaídas al uso de esteroides o a menor dosis.

Conclusiones

Nuestros resultados son comparados con la literatura internacional, con una adecuada respuesta hematológica mas se cuenta con una morbilidad elevada, probablemente secundaria al tamaño de la muestra.

SUMMARY.

Antecedents

Elective splenectomy is part of the handling of the patients with hematological diseases, once they have not responded appropriately to conservative medical treatment if they present adverse effects, to the use of steroid, as well as frequent relapses

Objective

To describe the clinical and cytological evolution in patients with elective splenectomy for hematological diseases in the Centro medico nacional (CMN) 20 de November of the ISSSTE Identify the indications, morbidity and mortality of the procedure.

Material and Methods

Patients referred by the hematology service with diagnosis of programmed candidates to splenectomy, not responding to the appropriate medical treatment, in the CMN 20 of November of ISSSTE, from January 1° to 1995 at August 15 1999.

Results

With a total of 18 patients, 12 feminine and 6 masculine, age of 16 to 67 years with a 41.5 year-old media entities were idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) 50% of cases, autoimmune hemolytic anemia, accessory spleen and chronic granulocytic leukemia with 11% and hyperesplenism and chronic lymphocytic leukemia with 5%, the spleen weightiness smaller than 50g and bigger of 400g, which has importance in the morbidity and mortality of the splenectomy, 94% of the surgeries were performed with therapeutic end 5% with end diagnostic indication, the morbidity was 55% because of subphrenic collection 17%, blood loss postoperative 5% as well as subphrenic abscess, The mortality is 0 cases which don't have direct relationship since with the splenectomy 30 days they were presented after the postoperative e. 72% of the cases responded appropriately to the splenectomy since didn't have present relapses use of steroids or to reduced dose.

Conclusions

Our results are compared with the international literature, with an appropriate restored hematology but it had a probably had a high morbidity probably don to the side of the sample and the siant experience of this surgery.

AGRADECIMIENTOS.

Con el amor mas profundo y una gratitud eterna; a mis padres y hermano por su apoyo incondicional y su gran comprensión, por permitirme cumplir las metas más ambiciosas que he tenido en la vida. Los quiero mucho.

A mis maestros por guiarme y aprender de ellos la difícil disciplina que es ser médico, la gran responsabilidad de ser cirujano, así como por compartirnos los secretos de este difícil arte, que es la vida.

A los pacientes que son el libro abierto más interesante que he leído y que no acabare de aprender; y que no deseo dejar de disfrutar jamas.

Al Señor por darme la fuerza, la entereza, esa resistencia con la gran voluntad que se requiere para tener la constancia, de esa para vencer los obstáculos que pone día a día, nunca me abandones Señor. Te pido que me permitas continuar sorprendiéndome cada día de lo maravillosa que es la medicina y en especial la cirugía.

A mis estrellas que hoy están tan lejanas pero presentes en mi todos los días de mi vida, mi amor eterno. Por el dolor que da que se apague un sol sin haber brillado, sin haber dado calor, sin haber dado la esperanza de la vida.

Que decir de los amigos, compañeros de grandes batallas, por compartir esta dura pero gran etapa de nuestras vidas que será inolvidable, claro es que sin dejar de darles las gracias por su apoyo moral, guía y amistad.

A todos aquellos que han tenido fe en mí y a los que no la han tenido, por que de esta manera he crecido un mas, gracias.

A ti Leo, por confiar en mi, por permitirme continuar con los sueños y las metas, por fomentar mi crecimiento académico e intelectual y también el espiritual. Gracias amor.

EXPERIENCIA DE ESPLENECTOMIAS EN PACIENTES HEMATOLOGICOS EN EL C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE

INTRODUCCIÓN

El cirujano general, frecuentemente sabe cual son las indicaciones para practicar una esplenectomía en pacientes con trauma abdominal, y cuando tratar de preservar el bazo lesionado cuando esto es posible, particularmente en los niños. A diferencia con su experiencia un cuanto tanto limitada, en el manejo de pacientes que sufren de algún trastorno hematológico, a que requieren de una esplenectomía. Pues los pacientes que son estudiados por los hematólogos, son ellos quienes diagnostican y proponen cuando debe de ser intervenido quirúrgicamente, por el riesgo que esto implica en su manejo pre, trans y pos quirúrgico, que el cirujano debe de estar perfectamente informado de los problemas especiales que pueden presentarse en este grupo de pacientes con trastornos hematológicos.

Los muchos avances en el manejo de los padecimientos hematológicos han sido importantes de ahí que los pacientes que requieren de esplenectomía se haya reducido.

En nuestro hospital C.M.N. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. nuestra experiencia antes de ser convertido en CMN ha sido importante desde el punto de vista de la practica en la realización de esplenectomías específicamente por trauma abdominal, en cirugía de urgencia tanto por lesiones de proyectil de arma de fuego y contusión cerrado del abdomen como por cirugía electiva (lesión incidental); del tracto digestivo superior y en menor grado en pacientes con trastorno hematológico. A partir del mes de diciembre de 1995, que se convierte nuestra sede de hospital regional a centro médico nacional ha surgido por parte del servicio de cirugía general, el realizar una revisión de nuestra experiencia en forma conjunta con el servicio de hematología y demás servicios auxiliares del diagnostico y así; poder ofrecer así a nuestros pacientes un manejo lo mas integral posible y poder así mejorar la morbilidad - mortalidad a este grupo de pacientes.

La experiencia observada en enfermedades hematológicas que requieren de esplenectomía y el papel de la técnica quirúrgica desde el momento del diagnostico, la intervención esta determinada por el proceso hematológico. La esplenectomía indicada en procesos hematológicos, es común dentro de los procedimientos frecuentemente realizados para estas entidades.

Se ha comparado la forma del bazo con la de un grano de café con una superficie convexa que mira hacia fuera y una superficie plana que mira hacia adentro y adelante esta superficie plana se divide en tres caras secundarias, modeladas por la impresión de tres órganos que están en contacto con ella, el riñón hacia atrás, el colon hacia abajo, y el estomago hacia delante. Es un órgano “alargado” de arriba hacia abajo, de atrás hacia delante y de adentro hacia fuera con una inclinación semejante ala de las costillas que lo cubren. La superficie del bazo es lisa es de color rojo oscuro es notable su consistencia blanda y gran friabilidad, principalmente a la manipulación quirúrgica.

El bazo tiene su origen embriológico del mesénquima el cual se desarrolla a lo largo del lado izq. del mesenterio dorsal del embrión de 8 cm, el bazo es un órgano linfoide esta localizado en la celda subfrenica izquierda en el hipocondrio izq. Por detrás del estómago y por debajo y dentro del diafragma por arriba del riñón izq., y del ángulo esplénico del colon y del ligamento frenocólico izq.

Existe normalmente un bazo pero no es raro encontrar otros en lugares cercanos al bazo normal, estos bazos son pequeños y se denominan supernumerarios estos se reportan en humanos normales de un 14 a 30% esta frecuencia es de mayor importancia en pacientes con trastornos hematológicos estos se localizan cerca del bazo, ver figura 1. Se determina un peso promedio del bazo en el adulto de 200g hay bazos más pequeños de aproximadamente 75g esto es variable por las dimensiones propias del sujeto, mas en los procesos hematológicos este se encuentra alterado en sus dimensiones, por lo que requiere destacar su manejo desde el punto de vista quirúrgico.

Cuenta con ligamentos suspensorios que lo mantienen en su situación anatómica estos es:

Lig. esplenofrénico

Lig. esplenorrenal

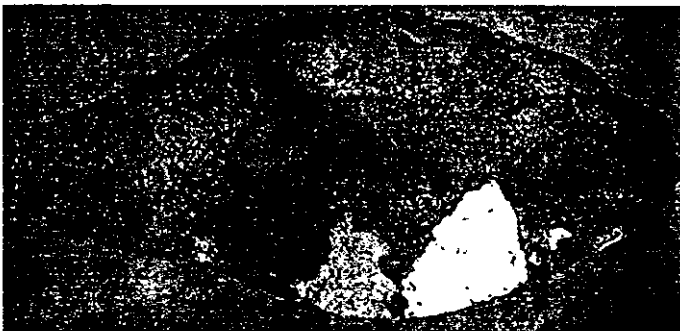
Estos ligamentos son avasculares.

Lig. esplenocólico

Lig.gastroepiploico

contiene los vasos gástricos cortos.

La sangre arterial del bazo que se estima es de 300ml por minuto procede de la arteria esplénica, rama del tronco celiaco. Esta se divide en la proximidad del hilio en 2 ramas terminales, superior e inferior. Cada una de ellas origina 2 o 3 ramos que penetran por las fositas del hilio directamente o después de haberse subdividido en ramos secundarios. Después de haber penetrado al bazo estos pequeños ramos se subdividen nuevamente pero ninguna de estas se anastomosan y cada uno de estos irriga un territorio independiente del bazo. Esto es de particular importancia en pacientes con trastorno hematológico las grandes esplenomegalias tienden a presentar infartos y estos son bien delimitados (Figura 1). Las ramas de división de la esplénica originan antes de penetrar al bazo los ramos cortos destinados al estomago. La arteria gastroepiploica izquierda, se desprende generalmente de la rama anterior de la esplénica.



(Figura 1) Bazo infartado, anatomía patológica.

4. - Objetivo general:

Describir la evolución clínica, repuesta hematológica en pacientes sometidos a esplenectomía electiva por trastorno hematológico en el centro médico nacional 20 de noviembre del ISSSTE. Identificando cuales son las indicaciones, morbilidad y mortalidad del procedimiento.

5. - Objetivos específicos:

Definir los criterios clínicos para esplenectomía en el servicio de hematología en el CMN 20 de noviembre

Determinar la técnica quirúrgica mas apropiada para la esplenectomía en este grupo de pacientes.

Estudiar la evolución postoperatoria de los pacientes con esplenectomia electiva así como la morbilidad y mortalidad.

II.- MATERIAL Y METODOS:

6. - Diseño:

Ambisprectivo

Descriptivo

7. - Definición del universo:

Pacientes adultos

De ambos sexos

Pacientes derechohabientes del ISSSTE

Pacientes del C.M. N. 20 de Noviembre

Pacientes operados por el servicio de Cirugía General

8. - Tamaño de la muestra:

Pacientes del 1º de Enero del 95 al 15 de Agosto 1999.

9. - Definición de los sujetos a observación:

-Respuesta hematológica esperada desde el punto de vista clínico

- Tiempo en el que se presenta la respuesta hematológica esperada desde el punto de vista

clínico

- Complicaciones suscritas a la esplenectomía

10. - Definición del grupo control:

Pacientes sanos sin alteración hematológica conocida

11. - Criterios de inclusión:

Pacientes que sean enviados por el servicio de hematología con alteración hematológica conocida, tales como por ejemplo:

Púrpura trombocitopénica idiopática, Anemia hemolítica autoinmune idiopática, hiperesplenismo etc. que se someterán a esplenectomía

12. - Criterios de exclusión:

Pacientes pediátricos

Pacientes que por la misma enfermedad de base estén fuera de manejo quirúrgico

Pacientes que no acepten el tratamiento quirúrgico

Pacientes no derechohabientes al ISSSTE

Pacientes no operados por el servicio de cirugía general

13. - Criterios de eliminación:

Pacientes que no se sometan a cirugía

Pacientes que cursen con otra entidad que complique su cirugía

14. - Definición de las variables.

Hoja anexa

Fecha

Fecha

Fecha

Fecha

Nombre

Expediente

Folio

Edad

Sexo

Dx de envío

Manejo médico

Respuesta al Tx

Leucos

Hb

Hct

Eritrocitos

Plaquetas

E.F.

Hallazgos

Bazo

Exámenes

Placas de abdomen

U.S.G.

T.A.C.

Gammagrama

Otros

Biopsias

CIRUGIA

Fecha

Incisión/Tqx

Hallazgos

Complicaciones

Evolución

Resultado patología

Alta de cirugía

15. - Definición del plan, procedimientos y presentación de la información

Chi cuadrada

16. - Tipo de investigación:

- a) Tecnológica
- b) Exploratoria
- c) Clínica
- d) Transversal
- e) Pro y retrospectiva
- f) Abierta

17. - Cédula de recolección de datos.

Se anexa.

ASPECTOS ETICOS.

18. - RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Riesgo mayor que el mínimo (por procedimiento quirúrgico)

19. - Consentimiento informado:

El del hospital por medio de sistema computarizado

BIOSEGURIDAD:

20. - Especificar implicaciones y medidas de bioseguridad

Las utilizadas para la institución

ORGANIZACIÓN..

21.- Programa de trabajo:

Calendario de actividades, metas y responsables / anexa

22.- Recursos humanos:

Dr. Daniel Angelino De León

Cirugía General.

Dr. José Luis Acosta Luna

Cirugía General.

Dra. Elvira Trueba Christy

Hematología

Médicos de base y residentes de cirugía general

Médicos de base y residentes de cirugía general

Médicos de base y residentes de Hematología

Personal de enfermería

Personal paramédico del C.M.N. 20 de Noviembre

23.- Recursos materiales:

Quirófanos del hospital

Charola de esplenectomía del hospital

Suturas varias del hospital

Equipo de anestesia del hospital

Fármacos anestésicos del hospital

Charola de anesthesiólogo del hospital

Sala de recuperación del hospital

Soluciones, del hospital

Analgésicos del hospital

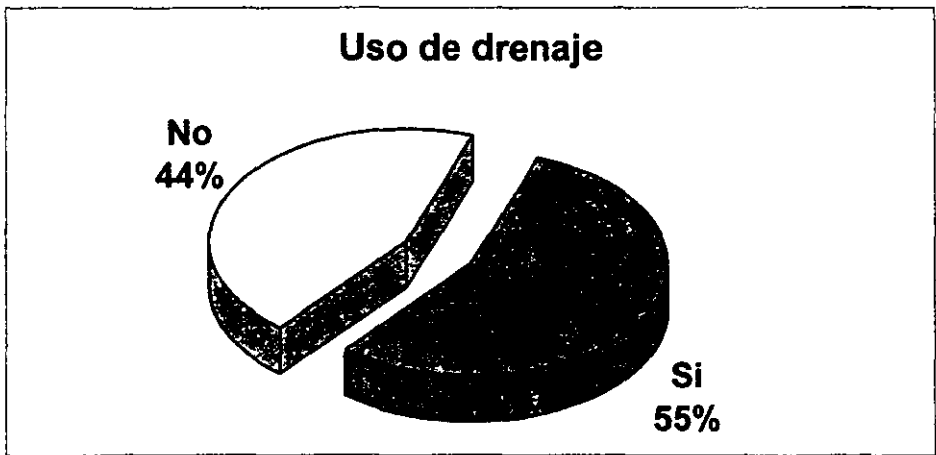
Antibióticos del hospital

Lo indispensable para área de piso

Papelería varios propia

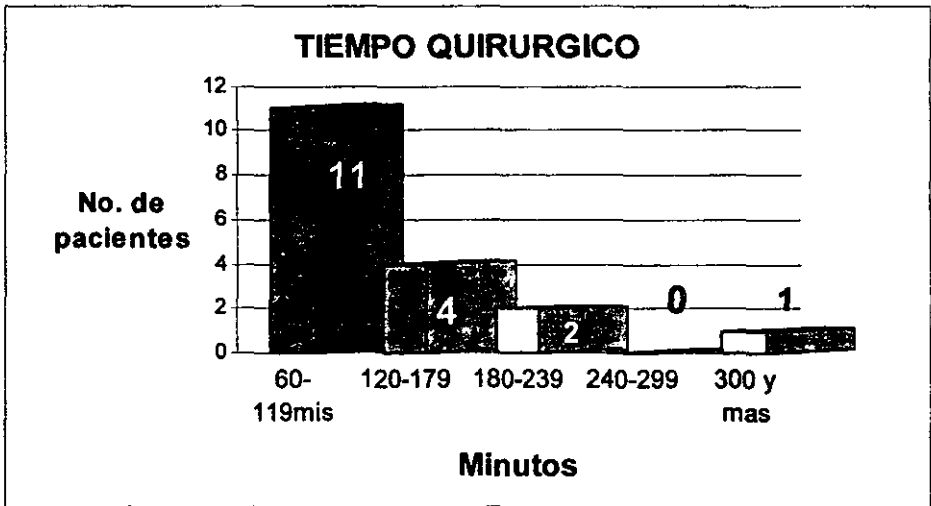
Programa Windows 98 profesional personal

La utilización de drenaje es importante mencionarlo ya que se relaciona con la presencia de complicaciones en el postoperatorio contamos que al 55% de los pacientes se les instaló, (Figura 12) de tipo blando de función por capilaridad (penrose), el cual se saco por contrabertura y se retiró en tiempos variables de 1 a 4 días dependiendo de la cantidad como de las características del gasto por el mismo, aun como comentamos en los antecedentes el no uso de este procedimientos, se utilizó en un gran porcentaje de nuestros pacientes.



(Figura 12) Frecuencia porcentual del uso de drenaje en el postoperatorio penrose.

El tiempo quirúrgico es otro de los puntos a discutir, estos tiempos varían de 50 minutos a 5 horas, (Figura 13), el tiempo de cada una de estas cirugías tiene como factores que intervienen son los siguientes: tamaño del bazo, localización, cirugía primaria o de reintervención, adherencias postoperatorias o complicaciones inherentes a la técnica por la presencia de sangrado transoperatorio. No contamos con parámetros comparativos en la literatura ya que se realizaron con técnica convencional (abierta) y sus tiempos quirúrgicos corresponden a los de cirugía laparoscópica.



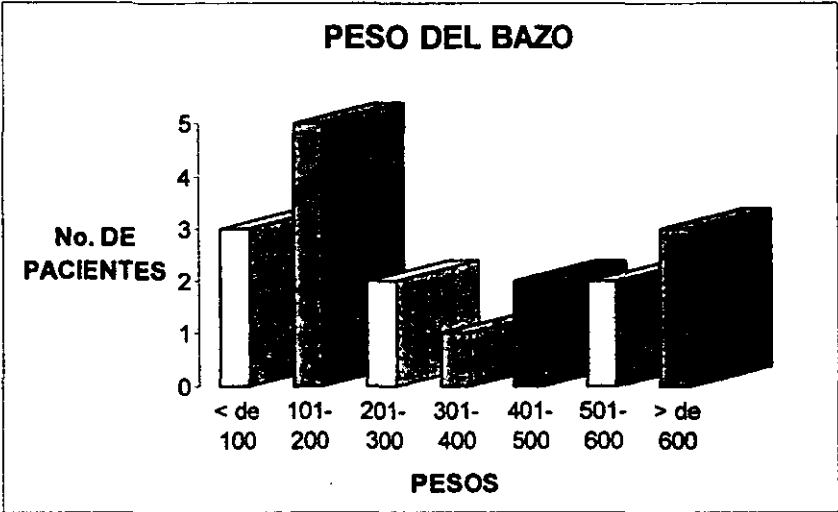
(figura 9) Distribución en minutos de los tiempos quirúrgicos.

Como se comentó anteriormente, los tiempos quirúrgicos son prolongados teniendo en consideración que, en algunos pacientes sometidos a

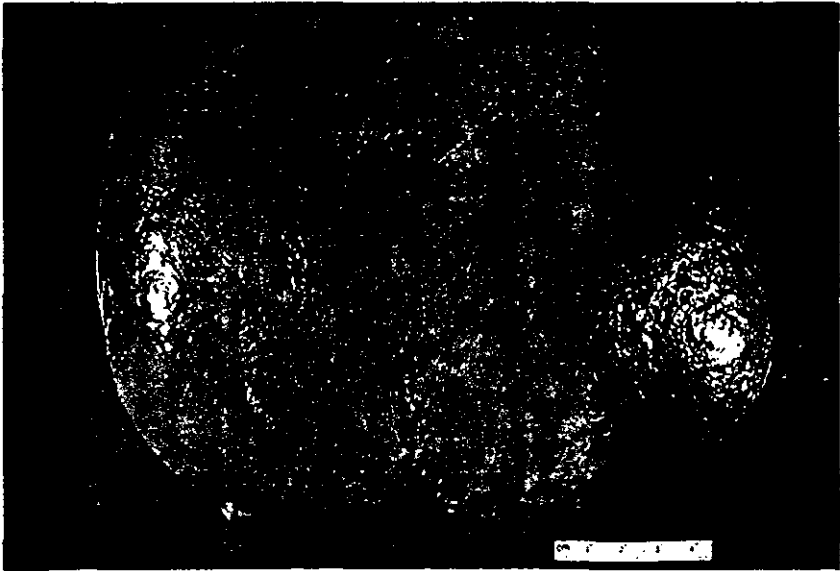
esplenectomía como procedimiento de base también se realizó otros procedimientos transoperatorios, tales como biopsia hepática con 3 casos (17%), a solicitud del servicio de hematología. Como parte de la estadificación, 1 biopsia de ganglio, plastía umbilical y resección gástrica por un leiomioma con un caso respectivamente (5%). Como se comento en los antecedentes el procedimiento mas, frecuentemente realizado durante la esplenectomía es la colecistectomía por su relación con colecistitis crónica litiasica y AHAI, (9).

Como se mencionó es importante el establecer el peso del bazo ya que se relaciona con dificultades en el transoperatorio y aumento de la morbilidad y mortalidad por lo que se realiza un análisis del peso de las piezas obtenidas así como su localización (bazos accesorios). Se determinó el tamaño y localización por medios clínicos (exploración física) así como estudios de apoyo como son los de gabinete tales como ultrasonografía, gammagrafía, y en algunos casos tomografía axial computalizada y solo en un caso resonancia magnética. Con lo que se estimaban las dimensiones del bazo y el grado de captación del mismo y su localización anatómica. Los pesos reportados son: el menor de 50g y el mayor de 750g con una media de 400g, (Figura 14). En ninguno de los casos se reportó por parte del servicio

de patología una pieza mayor a 1000g por lo que no se consideran esplenomegalia masiva. (2,5).



(Figura 14) Distribución del peso de los bazos en gramos (por anatomía patológica)



(Figura 15) Especimen de bazo, esplenomegalia 750gr.

Dentro de las complicaciones reportadas en esta serie se enumeran al sangrado transoperatorio con 6 casos (33%), el cual varía en cantidad de 400ml a 4 litros con una media de 1700ml. Con un promedio de 1700ml de sangrado mas que en los reportes revisados de manera global solo corresponde a 715ml, por lo que consideramos especialmente elevada nuestra cifra (2,5). Así mismo se tiene que tomar en consideración que estos pacientes cuentan con un trastorno hematológico de base el cual se encuentran en la mayoría de los casos siendo la mas frecuente la disminución cuantitativa de plaquetas. En estos casos es secundario a varias circunstancia tales como; adherencias, y lesión de cola de páncreas, que como se comento en los antecedentes es una de las principales complicaciones de la esplenectomía dada la relación anatómica, lesión a nivel del lóbulo hepático izquierdo ya que estos paciente cursan frecuentemente con hepatoesplenomegália.

Las complicaciones postoperatorias siendo más frecuentes son: la formación de colección subfrénica izquierda con 3 casos (17%), estas se diagnosticaron mediante sospecha clínica, apoyadas en USG y TAC esta ultima con doble finalidad tanto diagnóstica como terapéutica, ya que los tres

casos se manejaron con punción dirigida por TAC por lo que consideramos como el método ideal para dicha complicación, un caso de hemoperitoneo postoperatorio secundario a sangrado del epiplón mayor, el cual requirió de reintervención y un caso mas de absceso subfrenico, el cual se diagnostico y trato igualmente con drenaje guiado por TAC, sin requerir de manejo quirúrgico. Con una morbilidad global de 10 casos (55%). Con respecto a lo reportado por la literatura en el trabajo e Wilhelm Morton y col. (14) Solo comenta al absceso subfrenico izquierdo con una frecuencia del 1.6%, mas sangrado en el postoperatorio con 1.3%, sin referirse a las demás causas encontradas. Con lo que nuestros resultados representan un porcentaje alto, debe de tomarse en consideración que se trata de una serie pequeña y los resultados pueden parecer extremadamente elevados. En la tabla 4 se puede apreciar la morbilidad y la mortalidad por entidades y su total.

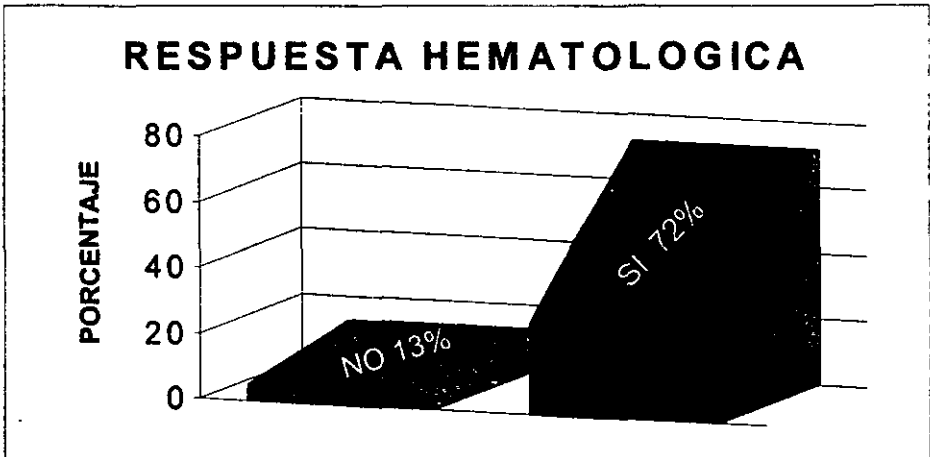
| DIAGNOSTICO | Pacientes | Morbilidad | Mortalidad |
|--------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| AHAI | 2 | 1 | 0 |
| ACF | 1 | 2 | 0 |
| Bazo accesorio | 2 | 1 | 0 |
| Hiperesplenismo | 1 | 1 | 0 |
| LGC | 2 | 1 | 0 |
| LLC | 1 | 1 | 0 |
| PTI | 9 | 3 | 0 |
| Total | 18 | 10 | 0 |

(Tabla 4) Tabla relación de morbilidad y mortalidad por entidades.

Con lo que respecta a la mortalidad, en nuestra serie se cuenta con cero defunciones, del total de 18 pacientes. Es importante señalar las circunstancias de las defunciones que se presentaron, estas no tuvieron relación directa con la esplenectomía, ya que se presentaron fuera del periodo comprendido de los 30 días del postoperatorio. El primer caso se presentó en un femenino de 27 años con diagnóstico de LLC. El cual ocurrió a los 4 meses del postoperatorio y fue secundario a complicaciones inherentes a la enfermedad de base, la otra defunción ocurrió en un femenino de 60 años con diagnóstico de LGC, la cual falleció a los 2 años del postoperatorio por complicaciones cardíacas. Con una mortalidad global en las publicaciones revisadas es de 2.20% y estas son directamente relacionadas con la esplenectomía. (2,4,5,12).

Los pacientes de esta serie además de contar con su diagnóstico de base de algún trastorno hematológico también contaban con otras entidades tales como: 3 portadores de DM, 4 con HAS (tres con ambas entidades), estas se encuentran especialmente relacionadas con el uso de esteroides, 1 caso de leiomioma gástrico y uno más con hernia umbilical, dando un total de 8 casos (44%), el resto de pacientes no contaba con otra afección.

Respondiendo al planteamiento original, que respuesta presentan los pacientes sometidos a esplenectomía electiva por trastorno hematológico podremos decir que de los 18 pacientes solamente 4 no obtuvieron una respuesta adecuada a dicha cirugía. Por lo que; el 72% (13 casos) si obtuvieron una adecuada respuesta hematológica ante la esplenectomía, (Figura 16) que se tomo en consideración, por parte del servicio de hematología, al encontrar en los hemogramas periódicos, regularización de los niveles de cifras de leucocitos, eritrocitos y plaquetas.



(Figura 12) Respuesta hematológica en pacientes con esplenectomía electiva por trastorno hematológico.

De los pacientes que no se obtuvo respuesta, tienen las siguientes características: 2 pacientes con diagnóstico de neoplasia (LGC y LLC) uno mas por no corresponder al diagnóstico de envío al servicio ya que su déficit cuantitativo de plaquetas era secundario a proceso autoinmune (Lupus eritematoso sistémico), y un caso de PTI este paciente mantuvo dosis elevadas de esteroide y aun con recaídas frecuentes 3 durante el periodo de observación.

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Estudios radiológicos simples | \$150 .00 |
| Ultrasonido | \$ 115.00 |
| Drenaje de colecciones por Rx. | \$ 900.00 |
| TAC de abdomen | \$ 700.00 |

24.- Presupuesto:

El del C.M.N. 20 de noviembre

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSIÓN.

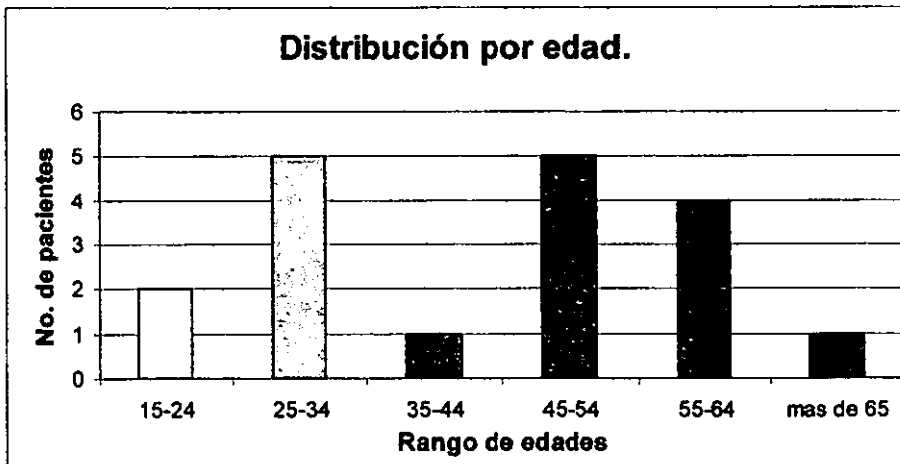
Los resultados obtenidos del presente estudio son los siguientes: Con un total de dieciocho pacientes todos ellos adultos, de ambos sexos, ingresados en el centro médico nacional 20 de noviembre (CMN 20 de Nov.). Durante el periodo comprendido del, 1° de enero de 1995 al 15 de agosto de 1999, por parte del servicio de hematología, con diagnóstico de trastorno hematológico para realización de esplenectomía electiva.

Las características demográficas de los pacientes ingresados al estudio son las siguientes: 12 corresponden al sexo femenino (67%), y 6 casos al masculino (33%). (figura 7). Tal como se refiere en la literatura consultada son mas frecuentes los trastornos hematológicos en pacientes del sexo femenino (1,4,10,11,12,14)



(Figura 7) Distribución porcentual del sexo.

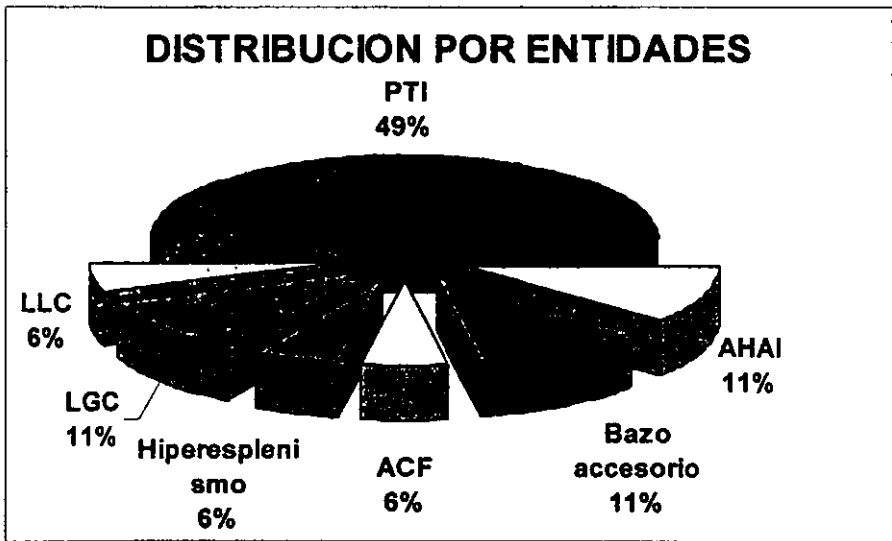
De esta serie en su totalidad corresponde a adultos, con una rango de 16 a 67 años con una promedio de 41.5 años, (figura 8). En nuestro estudio no se incluyen pacientes en edad pediátrica ya que se cuenta con servicio de cirugía pediátrica. La edad promedio reportado en grandes series corresponde a pacientes adultos en edad productiva de los 30 a los 49 años en promedio general, que en nuestros resultados corresponde al 55% de los casos analizados.



(Figura 8) Distribución porcentual en grupos de edad.

Las causas de esplenectomía electiva son: las siguientes: PTI 9 casos que corresponde al cincuenta por ciento, seguidas de AHAI, bazo accesorio y LGC con 2 casos respectivamente (11%), y por último con un caso registrado en LLC, hiperesplenismo y anemia de células falciformes que

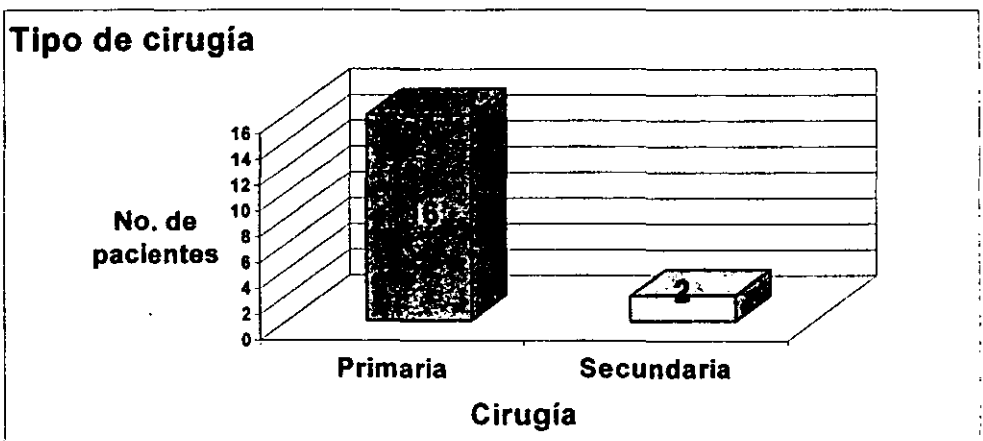
corresponde al cinco por ciento.(Figura 9). Con forme a lo reportado en la bibliografía consultada las entidades mas frecuentemente encontradas son las siguientes en orden decreciente PTI, AHAI, e hiperesplenismo en cuanto a otras entidades su distribución varia considerablemente de un reporte a otro, dentro de los más importantes es el de Wilhelm Morton y col (14). Con una serie de 494 casos de esplenectomía electiva en pacientes con trastorno hematológico, y Dawson y col. Con 189 casos (1,4,12,14).



(Figura 7) Distribución porcentual de las entidades nosológicas.

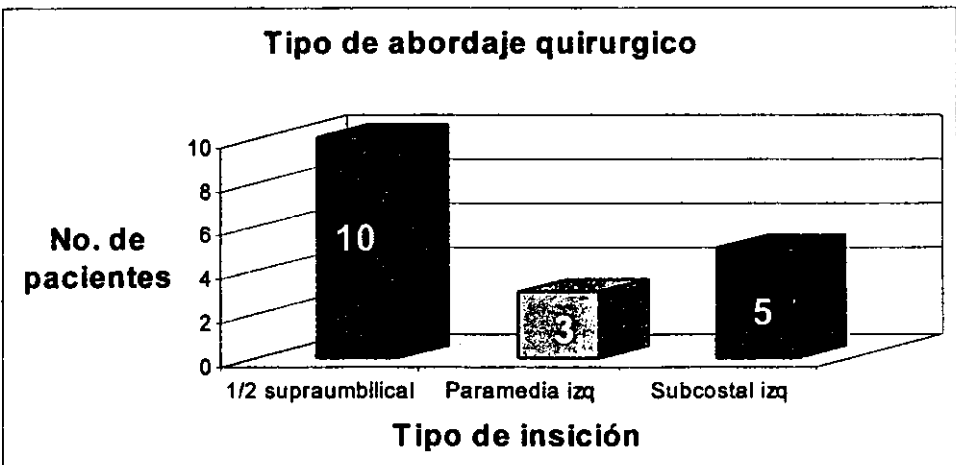
El año en el que se realizaron las cirugías contamos con que la mayoría se realizó entre los años de 1997 y 1998 con un total de 12 casos (67%).

En lo correspondiente a la técnica quirúrgica, podremos señalar que: dieciséis de los casos (89%) se realizan primera cirugía (procedimiento primario con fin de resolver la patología de base), y solo en 2 casos (11%), correspondiendo a secundarias (reintervenciones) en tales casos estan relacionados a la presencia de bazo residual (accesorio) los cuales se encontraban localizados fuera de los sitios de frecuencia esperada. (Figura 10). Wilhelm Morton y col. (14) en su estudio refiere como parte de las indicaciones de la esplenectomía electiva las siguientes: con fines diagnosticas 3.2%, de tratamiento 56.5%, y el resto para estadificación y reestadificación. En cuanto a nuestros resultados el 94% sé las cirugías realizadas corresponden a fines terapéuticos y solamente 1 caso (5%9, para fines diagnósticos.



(Figura 8) Tipo de cirugía en números absolutos primaria y secundaria reintervención.

La forma de abordar para la esplenectomía también fue tomada en consideración, se cuenta con tres tipos de incisión, la mas frecuentemente utilizada es la media supraumbilical con 10 casos (55%), seguida de subcostal izquierda 5 casos (28%), y la paramedia izquierda con solo 3 casos (17%), (Figura 11), los reportes de la bibliografía recomiendan la utilización de la media supraumbilical, ya que se presenta menor cantidad de sangrado, tiene gran facilita para en caso de ampliación de la misma, presenta un área de exposición mas amplia ya que permite valorar otros órganos intraabdominales tales como hígado, vesícula biliar, la búsqueda de bazos accesorios mejor control de sangrado.



(Figura 11) Distribución de la vía de abordaje (insisión).

CONCLUSIONES.

Podemos concluir, que la esplenectomía electiva en pacientes con trastorno hematológico: es un procedimiento que disminuye la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, después de la cirugía, al no utilizar o solo a bajas dosis de esteroides, y disminuir las complicaciones del uso a dosis altas y por tiempos prolongados de estos, por lo que la esplenectomía modifica favorablemente la evolución de la enfermedad en estos pacientes hematológicos.

La frecuencia es la esperada para el género en este grupo de pacientes, así como en lo correspondiente en la edad, al ser una pequeña serie no demuestra la frecuencia de las entidades nosológicas como lo se reporta en la literatura.

La cirugía se realizó llevando al paciente a sala de quirófano en las mejores condiciones preoperatorias. Y este se manejó previamente por el servicio de hematología. En lo correspondiente al postoperatorio podremos mencionar que, existe una gran diversidad de manejos. Estos dependen directamente del cirujano que esta llevando a cabo la esplenectomía, como se

puede apreciar en el tipo de incisión, el tiempo quirúrgico empleado, y la utilización o no de drenajes así como su tipo, los que no están directamente relacionados con la enfermedad de base. Ya que cada paciente, circunstancias y cirujano son diferentes. Variando los resultados y la morbilidad observadas.

En nuestro hospital a pesar de ser un centro de concentración nacional, solo se llevan en promedio al año 3 cirugías de este tipo. Por lo que no podemos considerar que se cuente con gran experiencia en el servicio, en comparación a otros centros, que tienen en promedio 14 y 12 cirugías por año (Morton, Dawson). Siendo un volumen muy pequeño así como pocos años de observación, de ahí la frecuencia elevada de complicaciones en el transoperatorio y en el postoperatorio la cual es alta en comparación las series revisadas alcanzado la nuestra hasta el 55% de los casos.

La esplenectomía brinda beneficios en la evolución de los pacientes. Se debe de tener mas atención en el transoperatorios y en el postoperatorio para disminuir la incidencia de morbilidad en nuestra sede. Sugiriendo la formación de un grupo de cirujanos y residentes en la realización de las esplenectomías para que no existan tantas variantes en el grupo que realiza el procedimiento, y dar un mayor seguimiento en tiempo a los pacientes.



Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.
Adolfo Prieto 1649 Despachos 401 y 404 Col. Del Valle, C.P. 03100 México, D.F.
Tel: (525) 534 35 81 y 524 47 78 Fax: 524 4958
E-Mail: cirugia@compuserve.com

EL COMITE CIENTIFICO DEL XXII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA GENERAL

hace constar que el Trabajo Libre titulado:

**Experiencia de esplenectomías en pacientes con
trastorno hematológico en C.M.N. "20 de
Noviembre"**

fue presentado dentro del marco de las actividades
académicas del congreso

Autor: De León LDA

Coautores: Pérez CM, Cerón RM, Palomino PCG, Tapia CF,

León, Gto., 5 de noviembre de 1998.


Dr. Ignacio Magaña Sánchez
Comité Científico


Dr. Abraham Pulido Cejudo
Comité Científico

Mesa Directiva 1997-1998

Dr. Eusebio Jaime Ramírez Barba
Presidente

Dr. Armando Casillo González
Vice-Presidente

Dr. Tadeo Takahashi Matsumi
Secretario

Dr. César Aiba, Gutiérrez
Tesoroero

Dr. Armando Leal Martínez
Pro-Secretario

Dr. Rafael Aguirre Rivera
Pro-Tesoroero

Comité Científico

Dr. Ignacio Magaña Sánchez
Coordinador

Dr. José Claudio Hincapié

Dr. Abraham Pulido Cejudo

Dr. David Lucky M. L. Castro

Coordinación de Sociedades Incorporadas

Dr. Alejandro Pérez Sánchez

Comité de Relaciones Internacionales

Dr. Erick Basulto Kuhl

Coordinador

Comité de Inclusión

Dr. Jesús A. Arce-Pedraza Araya

Coordinador

Dr. Heitor N. de la Cruz

Editor

Dr. Guillermo López López



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

otorga el presente

RECONOCIMIENTO

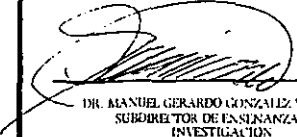
A: DRA. CLAUDIA GABRIELA PALOMINO PARADA


por su participación en LA SESION GENERAL:

EXPERIENCIA EN LA RESPUESTA HEMATOLOGICA EN PACIENTES
ESPLENECTOMIZADOS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"

como PONENTE

México. D. F., a 31 de MARZO de 1999.


DR. MANUEL GERARDO GONZALEZ VIVIAN
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION


DR. DOMINGO HIRTANO DEL RIO
DIRECTOR



SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA INTERNA

Otorga la presente

Constancia

a

PALOMINO P. CLAUDIA*, AKAKI B. JOSE L., DE LEON ANGELINO, TRUEVA C, ESTHER.

por su participación como

Presentación en CARTEL con el trabajo:

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA ESPLENECTOMÍA EN PACIENTES CON PADECIMIENTOS HEMATOLÓGICOS EN
EL CMN 20 DE NOVIEMBRE**

1er. Congreso Latinoamericano de Medicina Interna

Oaxaca, México
19 al 23 de Mayo de 1999

Dr. José Luis Akaki B.
Presidente

Dr. Joaquín López Bárcena
Secretario

REFERENCIAS.

1.- Dawson A.A. Jones PF. King D.J. Splenectomy in the management of hematological disease

Br J Surg 1987; 74: 353 – 357.

2.- Farid H. O'Connell TX. Surgical management of massive splenomegaly.

Am Surg. 1996; 62: 803 – 805.

3.- Ferguson CM. Splenectomy for immune thrombocytopenia related to human immunodeficiency virus.

Surg Gynecol Obstet 1988;167: 300 – 302.

4.- Flowers JL.. Lefor AT. Streets J. Heyman M.Graham SM. Imbembo AL. Laparoscopic splenectomy in patients with hematologic diseases.

Ann Surg 1996; 224: 19-28.

5.- Horowitz, J. Smith JL. Webber TK. Rodriguez-Bigas MA. Petrelli NJ. Postoperative complications after splenectomy for hematological malignancies.

Ann Surg 1996; 223: 290 – 296.

6.- Hurtado- Andrade H. El bazo ¿preservar o extirpar?

Rev gastroenterol Méx 1988;53:1-3.

7.- Liu DL. Xia S.Xu W. Ye Q. Gao Y. Quian J. Anatomy of vasculature of 850 spleen specimens and its application in partial splenectomy
Surgey 1996; 119: 27-33.

8.- Manual de protocolos de manejo en pacientes hematologicos en el C.M.N.
20 de noviembre, servicio de hematología, edición 1998 : 5 – 20.

9.- Najarian J.S. et al. Progress in hepatic biliary and pancreatic surgery edit
year book medical publishers Inc.

10.- Pastor RE. Perella E. Grau M. E Elective splenectomy in relapsing
thrombotic thrombocytopenic purpura.
Haematologica 1998; 83(10):959-60.

11.- Shackford SR, Molin MR. Management of splenic injurie. McGraw-Hill
-Iteramericana
Surg Clin N Amer March 6, 1996;70:595-620

12.- Terrosu G. Donini A. Laparoscopic splenectomy in the management of
hematological diseases.
Sug Endosc 1996;10: 441-444.

13.- Veltman GA Brand A. Leeksa OC. Bosch GJ. Van Krieken JH. Briet E.
The role of splenectomy in the treatment of relapsing thrombotic
thrombocytopenic purpura.
Ann Hematol 1995; 70(5): 231-6

14.- Wilhelm Morton C. Jones RE. McGehee R. Mitchener JS. Sandusky WR. Hess CE. Splenectomy in hematologic disorders. The ever-changing indications. *Annals of Surgery*. 207(5):581-9, 1988