

INTERROGANTES CIENTIFICOS

Pregunta el doctor Jorge Rincón Puerta:

¿Qué indicaciones tendría la interposición del colon en las lesiones benignas, no congénitas del esófago?

Responde el doctor Jorge Emilio Restrepo:

Las estenosis esofágicas producidas por ingestión de cáusticos son con frecuencia extensas y en varias oportunidades no es posible su tratamiento a base de dilataciones. En estos casos la interposición intestinal es un recurso que sigue siendo utilizado.

En las esofagitis pépticas, desde cuando se generalizaron las modernas técnicas anti-reflujo (funduplicación, cardiopexia y similares), la necesidad de reemplazar el esófago estrecho por un segmento de intestino, se presenta sólo en casos excepcionales. Un buen procedimiento antireflujo hace que estrecheces muy severas desaparezcan, con o sin dilataciones. Cuando la estenosis es muy extensa y el esófago se ha acortado (situación ésta bastante rara en la práctica), se ha comprobado que el procedimiento anti-reflujo practicado en el mediastino, también puede ser efectivo para controlar la esofagitis y solucionar la estenosis. Se me ocurre que la válvula de Angelchik-Cohen, podría ser un recurso en el caso raro en que, una vez hecha la disección del esófago, la unión gastroesofágica no alcance a descender por debajo del diafragma. El hiatus muy amplio que existe en estos casos permitiría perfectamente colocar la válvula en el mediastino, y es probable que esto solucione el problema del reflujo y por ende la fibrosis esofágica.

En conclusión, la estenosis por esofagitis péptica generalmente desaparece con las técnicas antirreflujo. Puede ser necesaria la ayuda de dilatadores en algunos pacientes. Sólo en casos excepcionales hay que emplear la interposición intestinal para resolver este serio problema.

Pregunta el doctor Ramiro Virviescas:

¿Cuáles son la etiología, el cuadro clínico y el tratamiento de la Paniculitis Recurrente?

Responde la doctora María Mérida Durán de Rueda:

La PANICULITIS RECIDIVANTE NO SUPURATIVA nodular, febril o enfermedad de Weber-Christian (1,2), se caracteriza por nódulos dolorosos que forman grupos y placas en el tejido celular subcutáneo, acompañados a veces de fiebre leve.

Afecta principalmente los miembros inferiores, pero también pueden presentarse lesiones en el tronco y los miembros superiores; su localización en la cara es muy rara. La piel que las recubre sólo presenta eritema, y al resolverse las lesiones pueden quedar leves depresiones; en algunos casos esporádicos los nódulos sufren liquefacción y secretan un líquido aceitoso.

Es una enfermedad de rara incidencia pero es más frecuente en mujeres de la tercera a la sexta década de la vida. Su evolución natural es benigna y los episodios son cada vez menos severos y menos frecuentes hasta desaparecer. Si se llegara a presentar paniculitis sistémica, su curso sería fatal.

La etiología es desconocida aun cuando algunos casos se presentan después de amigdalitis crónicas, y otros coinciden con la ingestión de drogas. Hay vasculitis de tipo alérgico que afecta algunos vasos del tejido celular subcutáneo con necrosis secundaria de las células grasas. Este cuadro acompaña a veces al lupus eritematoso sistémico y en determinados casos esconde una enfermedad pancreática.

Si no existe enfermedad sistémica, el tratamiento es sintomático; las terapias cortas (7-10 días) con corticoides sistémicos: 80mg/día con descenso paulatino de la dosis, están indicadas en los ataques agudos. La DDS (Diaminodifenilsulfona) puede moderar la vasculitis.

BIBLIOGRAFIA

1. LEVER - Histopathology of the Skin - Lippincott sixth Edition.
2. ROOK, Wilkinson Ebling - Text book of DERMATOLOGY Blackwell - Second Edition.

Pregunta el doctor Jorge Brieua:

¿Cuáles son las indicaciones de la esplenectomía en las enfermedades hematológicas?

Responde el doctor Alvaro Camacho Durán:

El uso racional de la esplenectomía en hematología, data de 1887 cuando fue practicada por Spencer Wells, en una mujer de 27 años que padecía ataques de ictericia y eliminaba orinas "oscuras" acompañadas de esplenomegalia gigante, desde los 9 años de edad, con remisión completa del cuadro clínico, por el resto de su vida. Retrospectivamente, en esta condición se hizo el diagnóstico de esferocitosis hereditaria (1).

Con ánimo didáctico podemos resumir las indicaciones de esplenectomía en enfermedades hematológicas, así:

1. Anemias hemolíticas

a. Esferocitosis hereditaria

Es precisamente en esta entidad clínica en la que se utiliza la esplenectomía como única alternativa para corregir la hemólisis, en la mayoría de los pacientes en forma definitiva, así la alteración a nivel del glóbulo rojo continúe en forma permanente, así la alteración a nivel del glóbulo rojo continúe invariable. Otro tanto puede decirse de la eliptocitosis hereditaria (2).

b. Anemia hemolítica autoinmune

Esta anemia que se asocia con autoanticuerpos "calientes" en la pared del eritrocito, responde en cierto porcentaje a la esplenectomía y es una alternativa cuando están contraindicados los esteroides, o cuando a dosis altas de los mismos no se puede detener el proceso, ni se logra un nivel satisfactorio de hemoglobina y hematocrito. En muchos casos se puede suspender los esteroides o reducir la dosis. La esplenectomía surte efecto porque la mayor parte de la destrucción de los eritrocitos revestidos con IgG tiene lugar en el bazo, y además porque se remueve una considerable población de linfocitos B productores de anticuerpos. En la hemólisis asociada a anticuerpos "fríos" el bazo juega un papel muy limitado, que no justifica su extirpación (3).

c. *Talasemia mayor e intermedia*

Algunos autores concluyen que la esplenectomía en la beta-talasemia mayor debe practicarse cuando es excesivo el requerimiento de la transfusión de eritrocitos (más de 250 ml. por kilo y por año) (4). Pudiera justificar también la esplenectomía la presencia de severa trombocitopenia y leucopenia.

d. *Drepanocitosis*

Muchos de estos pacientes hacen su propia "autoesplenectomía" debido a episodios frecuentes de trombosis intraesplénica. Quedaría confinada la esplenectomía a pocos casos asociados a hiperesplenismo, o cuando las consecuencias de su tamaño gigante la indique.

2. Púrpura trombocitopénica inmune

Esta entidad en un 90% es producida por anticuerpos antiplaquetas. Aquí el bazo juega un doble papel como productor de anticuerpos y como destructor de plaquetas por macrófagos especializados en sus receptores de membrana. Se sugiere practicar la esplenectomía tempranamente si no se obtiene una respuesta favorable con el uso de dosis racionales de esteroides. Produce una remisión permanente entre el 70 y 80% de los casos. De un 8 a 25% de los esplenectomizados pueden presentar recaída debido a esplenosis, y la extirpación posterior de estos residuos esplénicos, que se identifican con gammagrafía, puede alcanzar una nueva respuesta favorable, que oscila entre el 25 y 70% (5,6).

3. Linfomas

a. *Linfoma de Hodgkin*

El estado clínico-patológico postesplenectomía, puede cambiar entre un 30 a 45%; sin embargo, no se debe considerar este procedimiento como de rutina. Se utiliza específicamente en ciertas condiciones especiales de los estados I y II. La esplenectomía como diagnóstico hematológico se sigue utilizando con menos frecuencia. En un grupo de 29 pacientes con esplenomegalia, la laparatomía con esplenectomía diagnosticó en 12 (41%) linfoma de Hodgkin; en 11 (37%) linfoma no Hodgkin y en 1 (2.9%) tricoleucemia. En otra serie el 55% mostró el mismo estado clínico-patológico, pero en 42% se encontró enfermedad en un estado que no se sospechaba (7).

b. *Linfoma no Hodgkin*

La esplenectomía queda confinada a cuadros asociados a hiperesplenismo que limita la quimioterapia; también cuando coexiste anemia hemolítica rebelde al tratamiento farmacológico. Sólo en un 20% el estado I y II pasa a III y el 10% pasa de III a II (2).

4. Hiperesplenismo (Sangre periférica vacía y médula ósea llena).

En términos muy generales, en el hiperesplenismo el individuo estaría hematológicamente "mejor" sin su bazo

Para decidir la esplenectomía se tiene en cuenta la severidad, el grado de pancitopenia (anemia, trombocitopenia, leucopenia), la cronicidad, progresión, enfermedad subyacente y las condiciones especiales como el embarazo (8).

5. Leucemias (2,8)

a. *Leucemia linfóide crónica*

Esencialmente, cuando la anemia y la trombocitopenia indican más la presencia de hiperesplenismo que la condición clínica en sí, o porque la esplenomegalia no responde a la quimioterapia ni a la radioterapia, o también, cuando el cuadro leucémico se acompaña de anemia hemolítica autoinmune refractaria al tratamiento. Donde predomina la esplenomegalia sin adenomegalias, se puede retardar la necesidad del uso de quimioterapia citostática.

b. *Leucemia granulocítica crónica*

La posibilidad quirúrgica se considera en dos situaciones: Esplenectomía temprana, cuando inicialmente se ha controlado la enfermedad con quimioterapia, y la intención es eliminar uno de los sitios donde emergen posteriormente clones de blastos, aspirando a una mejor tolerancia en la ulterior quimioterapia y para evitar las complicaciones posteriores de la esplenomegalia gigante. Tardía, ante esplenomegalia sintomática e hiperesplenismo asociados a una vida media plaquetaria en extremo corta.

6. Enfermedad de Gaucher

Aunque el bazo puede ser depósito de glucocerebrósidos, se impone la esplenectomía cuando la trombocitopenia severa se debe a destrucción en el bazo, o la pancitopenia es amenazante (2,8).

En otras condiciones como en la púrpura trombótica trombocitopénica, el síndrome de Felty, la anemia hemolítica por defectos enzimáticos, la anemia plástica o la aplasia eritroide, la mielofibrosis, la esplenectomía estaría condicionada a una serie de situaciones que tiene que ver con el estado del paciente, la intensidad del síndrome, la pancitopenia incontrolable y las condiciones propias de la mielopoyesis.

BIBLIOGRAFIA

1. LEWIS SM: The spleen. Mysteries solved and unresolved. Clin. Hematol. 2:363-373, 1983.
2. MITCHELL A, MORRIS PJ: surgery of the spleen. Clin. Hematol. 2:565-590, 1983.
3. SCHREIBER AD: Autoimmune hemolytic anemia. Pediatr. Clin. North Amer. 27:253-267, 1980.
4. CRAZIANO JH, PIOMELLI S, HILGARTNER M, et al.: Chelation therapy in B-Thalassemia major. The role of splenectomy in achieving iron balance. J. Pediatr. 99:696-699, 1981.
5. ROSSE WF: Treatment of chronic immune thrombocytopenia. Clin. in Hematol. 1:267-284, 1983.
6. CAMACHO JA: Púrpura Trombocitopenia y Esplenectomía VIII Congreso Colombiano de Medicina Interna. Barranquilla, 1984.
7. LARSON RA, ULTMANN JE: The strategic role of laparotomy in staging Hodgkin's disease. Cancer Treat. Report. 66:767-774, 1982.
8. WILLIAMS JW, BEUTLER E, ERSLEV AJ, LICHTMAN MA: Hematology. MacGraw-Hill Book Company. 6rd. Edition, 1983.