

## Las indicaciones operatorias en las esplenomegalias

For Raymond GREGOIKE,

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 Humberto DÍAZ

---

### (Concluye)

Así como la anemia y las hemorragias, la ascitis puede, según los casos, constituir una indicación formal o una contraindicación temporal.

Veamos ahora lo que hemos llamado repetidas veces, las contraindicaciones definitivas.

Cuando el cirujano las encuentra, debe naturalmente, renunciar a la extirpación del bazo, y tomando en cuenta el estado actual de nuestros conocimientos, no debe conservar siempre la esperanza de poder intervenir más tarde. Esas contraindicaciones le pueden ser suministradas por el estudio clínico, pero también ellas pueden aparecer en el curso mismo de la operación, y es entonces cuando

el cirujano debe dar muestras de mayor sagacidad, pues se sabe muy bien por la experiencia, que nada es más difícil para un cirujano que saber detenerse a tiempo.

Antes de la operación, el estudio del valor funcional del hígado es de la más grande importancia, aún cuando debamos comprender que tanto el examen clínico como las investigaciones de Laboratorio nos suministran enseñanzas imperfectas.

Un hígado muy pequeño a la percusión es un pronóstico ciertamente más grave que un hígado ligeramente hipertrofiado. Pero un hígado irregular, duro y de borde constante en un individuo cuyo estado general es

malo, debe ser considerado como una contraindicación a la operación. Me parece que se debe establecer el mismo pronóstico en presencia de una modificación de volumen del hígado que se acompaña de insuficiencia de la cantidad de urea en la sangre. Yo rehusaría operar un esplenomegálico cuya cantidad de urea sanguínea fuera inferior a 0.20. Así como la insuficiencia de la urea en la orina puede testificar una disminución de la función renal, la insuficiencia de la urea en la sangre testificaría, según mi criterio, la deficiencia de la función hepática. A pesar de que la mayoría de los autores no dicen nada a este respecto, este hecho puede constituir la única noción lógica, según mi entender, del valor funcional de la célula hepática. Los otros métodos, colorimétrico o galactesúrico no nos parecen de importancia bajo el punto de vista Quirúrgico.

La ictericia es un síntoma que puede presentar un gran valor, cuando se le encuentra en el curso de una esplenomegalia. A primera vista podría parecer del más grave pronóstico y hacer pensar que la célula hepática está profundamente alterada, este asunto habría que estudiarlo con mucho detenimiento.

Puede existir en la afección que nos ocupa dos variedades de ictericia: una ictericia por alteración del hígado y una ictericia de naturaleza hemolítica, debida a la alteración del bazo.

La ictericia hemolítica de los esplenomegálicos es en general ligera e inestable: un acceso fe-

bril, un trastorno digestivo es suficiente para aumentarla, de un solo golpe, e intensidad. Pero, en general es débil y tiñe únicamente las conjuntivas.

Hay en el curso de las esplenomegalias, otra clase de ictericia cuyo descubrimiento es inquietante puesto que traduce una lesión profunda de la célula hepática. Desgraciadamente en el estado actual de nuestros conocimientos es muy difícil establecer el valor funcional del hígado. El tinte más o menos pronunciado no es una prueba suficiente: la prueba colorimétrica y la de la galactosuria de Fiessinger serían, al decir D'Albot de una gran importancia.

Este curso de la operación pueden presentarse contraindicaciones que deben ser previstas: Ante todo el aspecto del hígado, y luego el estado del sistema venoso porta.

Un hígado retraído, irregular, escleroso y pequeño es siempre un descubrimiento temible; y si el estado general del enfermo es malo, si la dosis de urea sanguínea es insuficiente, yo pienso que debe abandonarse toda idea de intervención. Igual conducta deberá observarse, con mayor rigor quizá, si se comprueba la existencia de una trombosis de la vena porta o de sus afluentes.

Es suficiente consultar la tesis de Gauchoix de Rouen, inspirada por su maestro F. Déve, para juzgar el peligro de la esplenectomía en los casos apuntados. Y no es suficiente examinar simplemente, los gruesos troncos venosos del sistema porta; para ejemplo, el caso siguiente: Prac-

tiqué en cierta ocasión en unión de mi colega G. Marchan, una esplenectomía por esplenomegalia. El operado mejoró aparentemente, sin embargo al duodécimo día, presentó el cuadro de una trombosis de la vena porta, la cual le causó la muerte. La autopsia nos mostró la existencia de una antigua flebitis de las ramas de origen de la gran vena mesentérica que continuó evolucionando rápidamente después de la intervención quirúrgica. Se debe, pues, examinar no sólo los gruesos troncos venosos porta, sino también las ramas de origen, dándonos esta observación la razón de ello.

Hay en fin, otra contraindicación definitiva de la cual uno no puede darse cuenta sino después de haber abierto el abdomen: Quiero mencionar las adherencias que contrae muchas veces

la espíen orne gali a con las paredes de su celda; en cuatro ocasiones nos hemos encontrado con casos semejantes. Los vasos venosos que surcan estas adherencias, son de un volumen y de una fragilidad tan grande, que uno puede darse cuenta desde el primer momento el peligro que implicaría seccionarlas para exteriorizar el bazo. Y me parece difícil concebir cómo sería posible, en tales casos, intentar el desprendimiento por la vía subcapsular, según la maniobra que Lombard ha propuesto.

**RESULTADOS.**— En las esplenomegalias crónicas, la ablación del bazo es una operación delicada y difícil. Nos apoyamos sobre una estadística personal de 115 espíeneotomías, y haremos notar que en las 15 primeras operaciones, hemos tenido una mortalidad inmediata de 33%. En

cambio, en los otros casos, donde nuestra experiencia se encontraba ya más afirmada, la mortalidad cayó al 7%. Es así como el sólo hecho de distinguir los casos, y prepararlos convenientemente reduce la mortalidad en tres cuartos.

Los resultados a distancia de la esplenectomía por esplenomegalia serían perfectos si no mediara la existencia tan frecuente de la tendencia hemorrágica que complica a esta afección. De hecho, las hemorragias interactivas son casi el único peligro ante el cual pueden encontrarse los esplenomegálicos operados a conciencia.

Sobre los 37 operados de los cuales nosotros podemos dar fe, 9 no habían presentado jamás hemorragias, mientras que los 23 restantes, habían tenido antes de la operación pérdidas sanguíneas de importancia variable, epistaxis y gingivorragias repetidas lo mismo que gastrorragias alarmantes.

En los nueve primeros casos, contamos dos hipertrofias palúdicas, dos hipertrofias tumorales, un caso de Kala-azar, un caso de leucemia, tres casos de causa indeterminada.

Las 28 esplenomegalias con hemorragias eran en su mayor parte de esa variedad todavía imprecisa, que se caracteriza por el nódulo de Gandi-Gamna; otra de naturaleza bilázarica, y otra palúdica. Ninguna de ellas había presentado antes de la operación hemorragias de igual in-

tensidad y como hemos visto estas son justamente las que dan pérdidas sanguíneas más graves en el tiempo que siguió a la esplenectomía.

Según lo dicho anteriormente, de esas veintiocho esplenomegalias que habían presentado hemorragias de importancia variable antes de la operación, 21 han permanecido de hecho curadas y no han presentado pérdidas sanguíneas; pero las 7 restantes han dado de nuevo accidentes hemorrágicos, y estos mismos casos fueron los que presentaron antes de la intervención, una tendencia particular a las pérdidas sanguíneas, considerables y repetidas. Además, tres de estos últimos siete casos, sucumbieron por una gastrorragia fulminante, constituyendo por sí mismas el único accidente hemorrágico que se presentó después de la esplenectomía; la primera tuvo lugar después de dos años, la segunda después de 18 meses y la tercera después de tres meses.

Los resultados tardíos de la esplenectomía son buenos, puesto que contamos con el 81% de curaciones duraderas, y ellos serían perfectos sin las alteraciones sanguíneas y capilares que vuelven sombrío el pronóstico. Esas hemorragias tardías tienen siempre lugar en los individuos que, antes de la operación han presentado ya una tendencia hemorrágica pronunciada.

*(Tomado de la Revista Beloa de Ciencias Médicas).*