



Esplenectomía

Esta hoja le da información sobre la esplenectomía (extirpación quirúrgica del bazo).

Función del bazo

- El bazo es un órgano localizado en la porción superior izquierda del abdomen.
- Cumple la función de ser el “filtro” principal de la sangre.
- El bazo recibe el 5% de la sangre bombeada por el corazón.
- Como el bazo tiene una consistencia muy blanda, es más susceptible a las lesiones que los otros órganos del abdomen.
- En la mayoría de los casos, cuando el bazo se extrae debido a trastornos de la sangre (esferocitosis, eliptocitosis, púrpura trombocitopénica inmune [PTI], anemia drepanocítica o de células falciformes), está funcionando con toda normalidad y la verdadera causa del problema está en las anomalías de la sangre.
- Los glóbulos rojos normales tienen forma de disco. Con el paso del tiempo, sus membranas internas se desgastan y adoptan forma esférica. El bazo entonces los elimina aproximadamente a los 100 días de haber sido creados.
- En la esferocitosis y la eliptocitosis, este cambio en la forma de la célula se produce mucho antes y esto lleva a la destrucción prematura de los glóbulos rojos.
 - Esta destrucción prematura produce anemia (recuento bajo de glóbulos rojos) y un mayor riesgo de desarrollar cálculos biliares.
 - La hemoglobina de los glóbulos rojos destruidos es excretada como bilirrubina desde el hígado en la bilis.
 - Si el nivel de bilirrubina en la bilis es demasiado alto, se formarán cálculos biliares.
- En la púrpura trombocitopénica inmune (PTI) las plaquetas están recubiertas con anticuerpos producidos por error por el sistema inmunológico del cuerpo.
 - Esta capa de anticuerpos que recubre las plaquetas hace que el bazo las identifique como “extrañas” o ajenas al cuerpo y que las filtre de la sangre, causando su destrucción excesiva.
- Por último, en la anemia drepanocítica algunos niños pueden desarrollar una “crisis de secuestro esplénico” (debido a la acumulación de células falciformes en el bazo).
 - Cuando esto ocurre al mismo tiempo que un evento vaso-oclusivo (crisis drepanocítica), los glóbulos rojos en forma de hoz producen sedimentación de las células en los vasos sanguíneos del bazo. El bazo entonces se agranda y una buena parte de la sangre circulante se acumula en él.

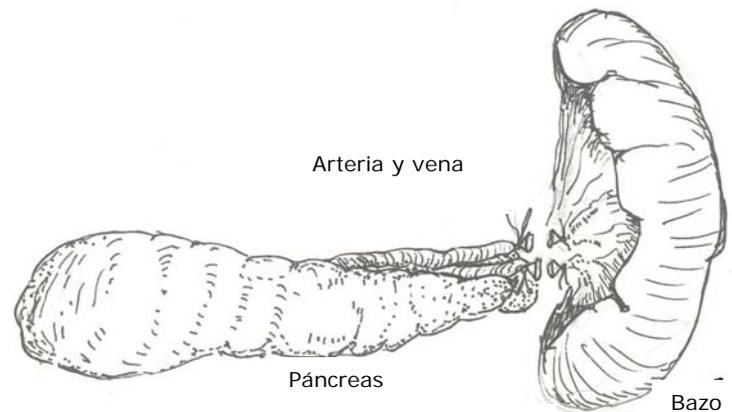


Figura 1

- Estos eventos pueden poner la vida en peligro. Si se repiten, los hematólogos generalmente recomiendan la extracción quirúrgica del bazo.

Indicaciones para la cirugía

La esplenectomía puede ser necesaria en varias situaciones:

- Esferocitosis hereditaria y anemia drepanocítica.
- Púrpura trombocitopénica idiopática (de causa desconocida) (PTI) crónica que no responde al tratamiento médico.
- Ocasionalmente, enfermedad de Hodgkin o leucemia crónica, en situaciones especiales.
- Traumatismo con lesión del bazo y sangrado continuo.

Preparación para la cirugía

- Antes de una esplenectomía electiva (programada), el paciente debe ser vacunado contra ciertos gérmenes, como neumococos, *Haemophilus influenzae* y meningococos. Estas tres familias de bacterias son particularmente capaces de producir infecciones serias en la sangre de las personas que no tienen el bazo.
- Estas vacunas deben darse por lo menos 10 a 14 días antes de la cirugía para lograr la mejor respuesta inmunológica posible.
- Hay una nueva vacuna conjugada contra 7 cepas de neumococos que complementa la vacuna original contra 23 cepas. Esta vacuna conjugada hace que una proteína se una a la cubierta con base de azúcar de las bacterias y produce una respuesta más fuerte y duradera que las vacunas anteriores, que usaban solamente la capa con base de azúcar para producir la inmunidad.
- Las recomendaciones actuales para niños y adultos que no tienen el bazo consisten en repetir las inmunizaciones cada 3 años en los niños menores de 10 años de edad, y cada 5 a 6 años en personas mayores de 10 años.

¿Se pone al paciente “a dormir” durante la cirugía?

- Un miembro del Departamento de Anestesia se reunirá con usted y su niño antes de la cirugía. Les preguntará sobre su historial de salud, hará un examen físico al paciente, les dirá cuál es el plan para la anestesia y contestará cualquier pregunta que tengan.
- Para esta operación, se pone al paciente a dormir con anestesia general. Durante la cirugía se supervisan todos los signos vitales. Una enfermera de anestesiología, un médico residente de anestesiología o un médico anesthesiólogo supervisor permanece junto al paciente durante todo el procedimiento.
- Para esta cirugía se necesita insertar un tubo respiratorio mientras el paciente está dormido. Pueden requerirse líneas intravenosas (IV) adicionales y una sonda en la vejiga.

La cirugía

- El bazo se extirpa ya sea por el método “abierto” o el laparoscópico.
- En el método “abierto”, se hace una incisión bajo las costillas izquierdas en la parte superior del abdomen, o por el medio del abdomen. Este método generalmente se requiere en los pacientes que tienen el bazo muy agrandado, en los que se hará una esplenectomía parcial o en los que tienen PTI con recuento muy bajo de plaquetas.
- La cirugía laparoscópica es posible cuando el bazo sólo está ligeramente agrandado. En este método se hace una incisión pequeña bajo el ombligo y a través de esta apertura se inserta un laparoscopio. Se hacen otras 3 a 4 incisiones en el abdomen a través de las cuales se colocan instrumentos para liberar el bazo.

El procedimiento abierto puede ser necesario si el método laparoscópico es infructuoso o si se produce sangrado.

- En algunos casos de esferocitosis y eliptocitosis en los que el ritmo de destrucción de glóbulos rojos no es demasiado alto, puede considerarse una esplenectomía subtotal (extracción de una parte del bazo). Este procedimiento disminuye el ritmo de destrucción de los glóbulos rojos pero preserva parte de la capacidad de filtrar sangre del bazo. No se ha comprobado que este procedimiento sea eficaz en seres humanos porque para ello habría que seguir literalmente a miles de pacientes. Sin embargo, en experimentos con animales se ha demostrado que al dejar parte del bazo las muertes por infección bacteriana disminuyen.
- La mayoría de los niños se queda en el hospital entre 2 y 5 días después de la cirugía.
- Puede recetarse un antibiótico en el momento del alta.

¿Cómo se maneja el dolor?

- El Equipo de Tratamiento del Dolor supervisa el manejo del dolor del paciente. Los médicos y las enfermeras del Equipo de Tratamiento del Dolor visitan al paciente todos los días y están disponibles 24 horas por día.
- El dolor puede manejarse de 2 maneras: **bomba PCA o catéter epidural**.
- La **bomba PCA** (siglas en inglés de “analgesia controlada por el paciente”) requiere que el paciente apriete un botón que está en la bomba. Esto envía una dosis de medicación para el dolor a la línea intravenosa. Hay mecanismos de seguridad para evitar que el paciente se administre accidentalmente demasiada medicación para el dolor.
- El **catéter epidural** (similar a lo que se usa durante un parto) administra una infusión continua de medicina para el dolor a través de un catéter pequeño que se inserta en la espalda del paciente. El catéter puede insertarse antes de comenzar la cirugía, cuando el paciente ya está bien sedado. Como se usa un anestésico local (similar a la medicación insensibilizadora que usan los dentistas), el paciente puede sentir temporalmente algo de entumecimiento o debilidad después de la cirugía. De vez en cuando, los pacientes se quejan de comezón (picor) por la medicación epidural para el dolor.
- Para mayor información, pídale la hoja de información sobre el catéter epidural o la bomba PCA a un miembro de su equipo de cuidado médico.

Complicaciones posibles

Complicaciones agudas posibles

- Sangrado
- Pancreatitis (inflamación del páncreas como consecuencia de una lesión producida al seccionar los vasos esplénicos primarios que se encuentran a lo largo de este órgano – ver figura 1).

Complicaciones posibles a largo plazo

- Después de cualquier operación intra-abdominal, puede producirse una obstrucción intestinal. Esto es consecuencia de las adherencias o cicatrices que se forman entre los pliegues del intestino delgado. Estas adherencias pueden bloquear el flujo del contenido intestinal y producir vómitos, retortijones y distensión abdominal. Esto puede requerir otra cirugía para corregir la obstrucción dividiendo la cicatriz que la causa.
- Infección del torrente sanguíneo (sepsis). Esto es consecuencia de la pérdida de la función del bazo como “filtro” de la circulación sanguínea. Hay tres familias de bacterias que representan un riesgo especial para un paciente que no tiene bazo. Es contra estos organismos que se inmuniza al paciente antes de la esplenectomía.

Aunque estas inmunizaciones no previenen completamente la sepsis, han reducido significativamente su frecuencia y el riesgo de muerte por esta complicación. El médico de su niño puede recomendar la administración de Penicilina G, dos veces al día, que debe continuarse durante la niñez o hasta la vida adulta.

¿A quién debo llamar si tengo cualquier pregunta o preocupación?

Si tiene preguntas o alguna preocupación, por favor llame al consultorio de su cirujano o a una de las enfermeras al (617) 355-7704 o a las enfermeras especializadas al (617) 355-7716. Un cirujano está disponible 24 horas al día.

Enviar comentarios o preguntas a: Familyed@childrens.harvard.edu
