

Ausencia de sepsis fulminante en niños esplenectomizados

Fabio D. Pereira, M.D.¹
Hugo Zapata, M.D.²
Edgar Cantillo, M.D.³

RESUMEN

Se revisaron las historias clínicas de niños sometidos a esplenectomía por púrpura trombocitopénica idiopática crónica y esferocitosis congénita en el Hospital Universitario del Valle desde 1978 hasta 1988, en búsqueda específica de complicaciones infecciosas, sobre todo sepsis fulminante. De 22 casos sólo 17 fueron totalmente evaluables. En este período tan largo de seguimiento no se encontró un solo episodio de esta complicación. Ante las opciones terapéuticas para los niños con PTI crónica, surge la ventaja relativa de la esplenectomía, en vista de los costos desmesurados de la gammaglobulina endovenosa.

En el tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) crónica en los niños hay 2 alternativas principales: la esplenectomía y el uso de gammaglobulina endovenosa (GGE)¹. Cada una tiene factores diversos que son importantes de considerar. En Colombia la GGE se ha introducido al mercado recientemente con unos costos muy altos. Como hay la impresión que la sepsis fulminante postesplenectomía es muy rara en Colombia, se desarrolló el presente trabajo para revisar en el Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia, la evolución de los niños esplenectomizados por PTI crónica y esferocitosis congénita.

1. Profesor Titular, Departamento de Pediatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Residente, Departamento de Pediatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesor Asistente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

MÉTODOS

Se revisaron en el HUV las historias clínicas de menores de 15 años sometidos a esplenectomía con diagnóstico de PTI crónica y esferocitosis desde 1978. Se incluyeron los pacientes con esferocitosis porque el objetivo era observar la frecuencia de sepsis fulminante en niños esplenectomizados. Aunque se encontraron 22 casos en el período, tan sólo se consideraron evaluables 17; los otros 5 se descartaron por no haber vuelto a controles posteriores cuando se les dio de alta en el post-operatorio inmediato; tampoco fue posible ubicarlos con la dirección que figuraba en la historia clínica. En cambio, los otros 17 niños han asistido regularmente a sus controles clínicos hasta ahora.

En el Cuadro 1 se pueden apreciar las características de los 17 casos del estudio. Hay 14 con PTI crónica (11 niñas y 3 niños) y 3 con esferocitosis congénita. De los 14 pacientes con PTI crónica, 11 (78.6%) se curaron con el procedimiento y los 3 restantes (21.4%, todas niñas) continuaron con trombocitopenia.

Del total de 17 casos, 7 (41.1%) recibieron preoperatoriamente vacuna polivalente para pneumococo; esto se debe a la disponibilidad irregular de este medicamento en Colombia. Todos recibieron penicilina profiláctica post-esplenectomía en forma de penicilina benzatínica mensual. Las complicaciones fueron mínimas: el paciente 2 fue reintervenido por bazo accesorio con curación de su PTI; hubo 1 episodio de amigdalitis, 1 de infección urinaria no complicada, 1 de moniliasis oral y el paciente 12 presentó sarampión y bronconeumonía sin complicaciones y sin aislamiento de gérmenes.

En un período de observación de 119.3 meses, casi 10 años, hasta mayo de 1988 no hubo un solo episodio de sepsis fulminante.

Cuadro 1
Características de los 17 Casos del Estudio

Nº	Edad Dxo	Sexo	Edad cirugía	Esplenectomía	Diagnóstico	Curado	Vacuna pneumococo	Mayo, 1990 meses de seguimiento	Complicaciones
1	2	F	5	29-8-85	Esf ¹	-	Sí	57	
2	7	F	7	25-5-81	PTI ²	Sí	No	107	Bazo accesorio
3	6	F	6	21-7-85	PTI	Sí	No	57	
4	6	F	6	13-3-85	PTI	No	No	62	
5	4	F	5	10-10-84	PTI	Sí	Sí	67	
6	3	F	4	12-8-85	PTI	Sí	Sí	57	
7	1	M	5	28-8-84	Esf	-	Sí	68	Amigdalitis
8	4	M	5	22-9-87	Esf	-	No	32	
9	6	M	7	20-4-83	PTI	Sí	No	84	
10	8	F	9	18-7-86	PTI	Sí	No	45	
11	7	f	8	20-10-80	PTI	Sí	Sí	114	Infección urinaria, Moniliasis oral
12	8	F	9	11-10-78	PTI	No	No	139	Sarampión, bronconeumonía
13	5	F	5	10-9-86	PTI	No	Sí	34	
14	6	M	7	20-4-86	PTI	Sí	Sí	84	
15	10	F	10	17-2-78	PTI	Sí	No	136	
16	4	M	5	28-6-88	PTI	Sí	No	23	
17	4	F	11	3-2-88	PTI	Sí	No	27	

DISCUSION

La PTI infantil es una entidad relativamente frecuente que en una proporción pequeña persiste con trombocitopenia constante que puede ser muy sintomática en algunos casos^{2,3}. En esos enfermos, se debe intentar alguna modalidad terapéutica para eliminar la tendencia hemorrágica y lograr que lleven una vida normal⁴. En el momento actual hay 2 opciones terapéuticas para este problema.

De manera tradicional se ha utilizado la esplenectomía electiva, con curación en la mayoría de los casos⁵. Los factores y argumentos en contra de este procedimiento están precisamente, en el hecho de ser una cirugía mayor para un niño y en la posibilidad de padecer episodios de sepsis fulminante, sobre todo por gérmenes encapsulados tipo *Pneumococcus* y *Haemophilus*, que producen morbilidad y mortalidad⁶. La sepsis fulminante se presenta en 6.3% de los niños esplenectomizados y la muerte ocurre en 20% a 80% de los enfermos que desarrollan sepsis comprobada⁷⁻⁹.

La alternativa terapéutica más reciente es el uso de dosis grandes, en varios días consecutivos o en forma prolongada, de preparados de GGE que parece ser tan eficaz como la esplenectomía. No tiene efectos indeseables conocidos

pero sus costos son muy altos, según la edad y el peso del niño^{1,10}.

En Colombia se han introducido desde hace poco las preparaciones con GGE pero a unos precios tan desproporcionados que la mayoría de los pacientes no las pueden adquirir. El costo de la esplenectomía es, en grado significativo, mucho menor que un curso de 5 días con GGE. Así, una esplenectomía electiva en la Sala de Cirugía Infantil "Ana Frank" del HUV vale cuarenta y un mil pesos (\$41,000.00), mientras el costo diario de GGE para un niño de 15 kg (4 años) es de doscientos cincuenta mil pesos (\$250,000.00).

En el presente estudio, en 17 niños sometidos a esplenectomía por PTI y esferocitosis, en un período de casi 10 años de seguimiento, no hubo un solo episodio de sepsis fulminante, ni mortalidad operatoria o por alguna otra razón.

Se debe tener en cuenta que menos de la mitad de los niños recibió vacuna contra pneumococo (a ninguno se le dio vacuna contra *Haemophilus influenzae*) pero todos recibieron penicilina profiláctica post-esplenectomía. Los autores postulan que dadas las condiciones ambientales, casi todos los niños adquieren una rápida inmunidad

natural contra tales gérmenes. Esta hipótesis sería muy interesante de confirmar en el futuro.

Inicialmente se registraron 22 casos en el estudio pero 5 de ellos no regresaron a control a pesar de que se hizo el esfuerzo de ubicarlos con los datos de la historia clínica. Se podría argumentar que entre esos 5 niños pudo haber casos de sepsis fulminante y muerte y aunque eso es posible es una hipótesis que no se puede comprobar ni desvirtuar. Lo único que se puede afirmar es que entre los 17 niños esplenectomizados que han asistido regularmente no se ha presentado un solo caso de infecciones serias.

En resumen, en 17 niños esplenectomizados por PTI y esferocitosis no hubo mortalidad operatoria ni episodios de sepsis fulminante en un período de casi 10 años de seguimiento. Ante los costos relativos de las opciones terapéuticas en Colombia, el procedimiento de elección para los niños con PTI crónica sintomática puede ser la esplenectomía.

SUMMARY

Clinical charts of children with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura and congenital spherocytosis submitted to splenectomy at the Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, since 1978 up to 1988, were assessed. Among 22 patients only 17 were fully evaluable. Follow-up of almost 10 years did not discover any case of overwhelming infection. Due to the present high cost of intravenous gammaglobulin in Colombia,

splenectomy can be still considered as an adequate alternative for the management of those diseases.

REFERENCIAS

1. Hollenberg, JP, Subak, LL, Ferry, JJ & Bussel, JB. Cost-effectiveness of splenectomy versus intravenous gammaglobulin in treatment of chronic immune thrombocytopenic purpura in childhood. *J Pediatr*, 1988, 112: 530-539.
2. Roa, JA, Pereira, F & Leal, D. Púrpura trombocitopénica idiopática en niños. *Acta Pediatr Col*, 1985, 3: 17-21.
3. Halperin, DS & Doyle, JJ. Is bone marrow examination justified in idiopathic thrombocytopenic purpura? *Am J Dis Child*, 1988, 142: 508-511.
4. Lightsey, AL. Thrombocytopenia in children. *Pediatr Clin North Am*, 1980, 27: 293-308.
5. Stuart, MJ & Kelton, JG. The platelet: quantitative and qualitative abnormalities. Pp. 1348-1373. In: Nathan, DG & Oski, FA (eds). *Hematology of infancy and childhood*. 3rd ed, Philadelphia, WB Saunders, 1987.
6. Singer, DB. Postsplenectomy sepsis. Pp. 285-311. In: Rosenberg, HS & Bolande, RP (eds). *Perspectives in pediatric pathology*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1973.
7. Erickson, WD, Burgert, EO & Lynn, HB. The hazard of infection following splenectomy in children. *Am J Dis Child*, 1968, 116: 21-22.
8. Eraklis, AJ, Kevy, SV, Diamond, LK & Gross, RE. Hazard of overwhelming infection after splenectomy in childhood. *N Engl J Med*, 1967, 276: 1225-1229.
9. Horan, M & Colebatch, JH. Relation between splenectomy and subsequent infection: a clinical study. *Arch Dis Children*, 1962, 37: 398-414.
10. Bussel, JB. Intravenous immunoglobulin therapy for the treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura. *Prog Hemost Thromb*, 1986, 8: 103-126.