

Alteraciones morfológicas en el frotis de sangre periférica en síndrome OPSI

Raúl Carrillo-Esper,* Agustín Omar Rosales-Gutiérrez,** Bianca Yanet Batáz-Pita,***
José Francisco Peralta-Aguilar,**** Omar Antulio Flores-Escudero,**** Arturo Jiménez-Alba****

RESUMEN

El síndrome de sepsis fulminante postesplenectomía (OPSI, *overwhelming post-splenectomy infection*) es una entidad caracterizada por sepsis grave y choque séptico que desarrollan pacientes con esplenectomía, asplenia funcional o hipoesplenismo. Se presenta el caso de un paciente con antecedente de trasplante hepático y esplenectomía, que desarrolló sepsis fulminante secundaria a OPSI. En donde se correlaciona esta patología y la evaluación de estos enfermos con los hallazgos del frotis de sangre periférico.

Palabras clave. OPSI. Frotis de sangre periférica.

ABSTRACT

The overwhelming post-splenectomy infection (OPSI), is a condition characterized by the development of severe sepsis and septic shock in post-splenectomized patients or in patients with asplenia or hyposplenism. We report the case of a patient with liver transplantation and splenectomy that developed fulminant sepsis secondary to OPSI. In this paper we correlate this pathology with the findings of the peripheral blood smear.

Key words. OPSI. Peripheral blood smear.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de sepsis fulminante postesplenectomía (OPSI, *overwhelming post-splenectomy infection*) es una entidad caracterizada por sepsis grave y choque séptico que desarrollan pacientes con esplenectomía, asplenia funcional o hipoesplenismo.¹ King describió los primeros casos de sepsis asociada a esplenectomía en cinco de 100 pacientes postesplenectomizados. La frecuencia de este síndrome en pacientes postesplenectomizados es de 0.5%, con una mortalidad que oscila entre 50-70%.^{1,2}

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las alteraciones morfológicas en el frotis de sangre periférica en pacientes con sepsis secundario a OPSI.

CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años con antecedente de esplenectomía. Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por

sepsis grave, choque séptico y disfunción orgánica múltiple (pulmonar, cardíaca, hemodinámica, pulmonar) secundarios a neumonía grave adquirida en la comunidad. El manejo siguió las recomendaciones de la campaña para incrementar la sobrevida en sepsis,³ destacando la necesidad de ventilación mecánica, inotrópico, vasopresores y antibióticos. En los cultivos de secreción bronquial y hemocultivos se observó el desarrollo de neumococo. En los diferentes frotis de sangre periférica se observaron de manera persistente cuerpos de Howell-Jolly, esquistocitos y dacriocitos (Figura 1).

DISCUSIÓN

Los enfermos sometidos a esplenectomía tienen un riesgo alto para el desarrollo de infecciones, de las cuales la forma más grave es la variante denominada OPSI, que se define como cuadro de sepsis grave y choque séptico que evoluciona rápidamente a disfunción orgánica

* Jefatura de la Unidad de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur.

** Medicina Interna-Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Fundación Clínica Médica Sur.

*** Anestesiología, Hospital General Naval de Alta Especialidad. **** Pregrado. Universidad La Salle.

Correspondencia:

Dr. Agustín Omar Rosales-Gutiérrez

Departamento de Terapia Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur

Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra. C.P. 14050, México, D.F.

Correo electrónico: agustinomar2012@gmail.com

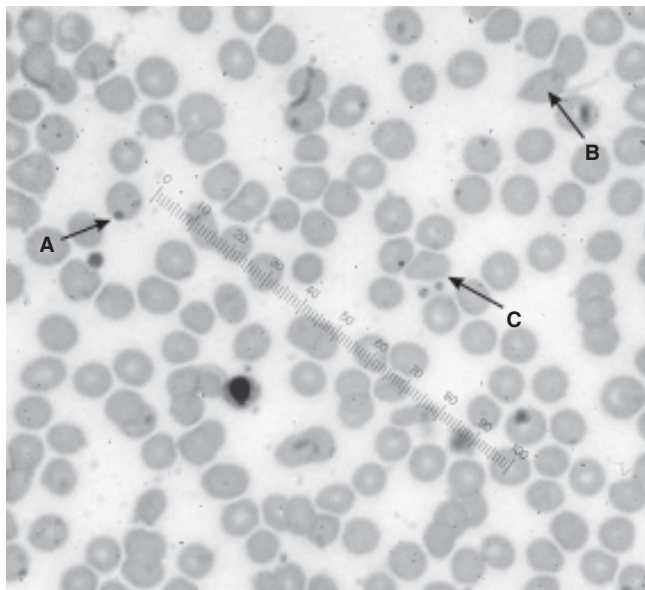


Figura 1. Frotis de sangre periférica de paciente, el cual desarrolló OPSI, en donde se observan dacriocitos, cuerpos de Howell-Jolly y esquistocitos. **A.** Cuerpo de Howell-Jolly. **B.** Dacriocito. **C.** Esquistocito.

múltiple. Habitualmente es secundario a neumonía grave y meningitis que tiene como etiología a bacterias encapsuladas, en especial *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* tipo B. Otras bacterias que se han descrito son *Capnocytophaga canimorsus*, *Salmonella typhi*, *Streptococcus agalactiae* y *Klebsiella pneumoniae*. Se han descrito casos de OPSI secundarios a parásitos, de los que destacan *Babesia microti*, *Plasmodium falciparum*.^{1,2}

La frecuencia anual de este síndrome es de 0.5% en pacientes postesplenectomizados o con hipoesplenía, de los cuales 50-70% muere. En 78 estudios, en los que se estudiaron 19,680 pacientes esplenectomizados durante un periodo de 6-9 años, la prevalencia de infecciones fue de 3.2% con una frecuencia de mortalidad de 1.4%. En un análisis más detallado se encontró una prevalencia similar de infecciones entre niños (3.3%) y adultos (3.2%).^{1,2}

La indicación de esplenectomía está relacionada con el riesgo de infección y la mortalidad, como se describe a continuación: talasemia mayor (8.2 y 5.1%), anemia de células falciformes (7.3 y 4.8%), linfoma de Hodgkin (4.1

y 9.1%), esferocitosis (3.1 y 1.3%), púrpura trombocitopénica idiopática (2.1 y 1.2%), esplenectomía por trauma (2.3 y 1.1%).

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de OPSI son: la edad del paciente (hasta 80% de los infantes postesplenectomizados desarrollan OPSI), los primeros dos años posteriores a la esplenectomía, aunque se han reportado casos de pacientes que presentan OPSI hasta 20 a 40 años después de realizarse la esplenectomía.^{1,2}

El OPSI es una emergencia médica que debe ser propiamente diagnosticada e inmediatamente tratada para reducir la mortalidad, la cual oscila entre 50-70%. Las manifestaciones clínicas son: bacteriemia, fiebre, mialgia, vómito, diarrea, cefalea, temblores; estos pacientes evolucionan a choque séptico, así como sus complicaciones en pocas horas, caracterizadas por: lesión renal aguda (oligoanuria, anuria), falla hemodinámica (hipotensión grave), disfunción de la coagulación (coagulación intravascular diseminada), hemorragia adrenal (síndrome de Waterhouse-Friderichsen), síndrome de disfunción orgánica múltiple y muerte.^{4,5}

Es importante como parte del abordaje y evaluación de estos enfermos el estudio del frotis de sangre periférico, debido a que alteraciones morfológicas en los elementos celulares son manifestación por un lado de la esplenectomía (cuerpos de Howell-Jolly), de la disfunción y oclusión de la microcirculación (dacriocitos y esquistocitos), o de la enfermedad de base que condicionó que el enfermo fuera candidato a esplenectomía (talasemia).

REFERENCIAS

1. Di Sabatino A, Carsseti R, Caraza G. Post-splenectomy and hyposplenic states. *Lancet* 2011; 378: 86-97.
2. Cadili A, Gara C. Complications of Splenectomy. *Am J Med* 2008; 121:371-5.
3. Dellinger R, Levy M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med* 2013; 39: 165-228.
4. Holdsworth R, Irving A, Cuschieri A. Postsplenectomy sepsis and its mortality rate: actual versus perceived risks. *Br J Surg* 1991; 78: 1031-8.
5. Brigden M, Pattullo A. Prevention and management of overwhelming postsplenectomy infection-an update. *Crit Care Med* 1999; 27: 836-42.