

IMÁGENES EN MEDICINA

Alteraciones morfológicas en el frotis de sangre periférica en Síndrome Opsi

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 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 post-esplenectomizados o con hipoesplenía de los cuales el 50%-70% muere. En 78 estudios, en los cuales 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 el 80% de los infantes post-esplenectomizados desarrollan OPSI), los primeros 2 años posteriores a la esplenectomía, aunque se han reportado casos de pacientes que presentan OPSI hasta 20 a 40 años después de haberse realizado la esplenectomía^{1,2}.

El OPSI es una emergencia médica la cual debe de 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 y sus complicaciones en pocas horas caracterizado por: lesión renal aguda (oligonuria, 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^{3,4,5}.

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).

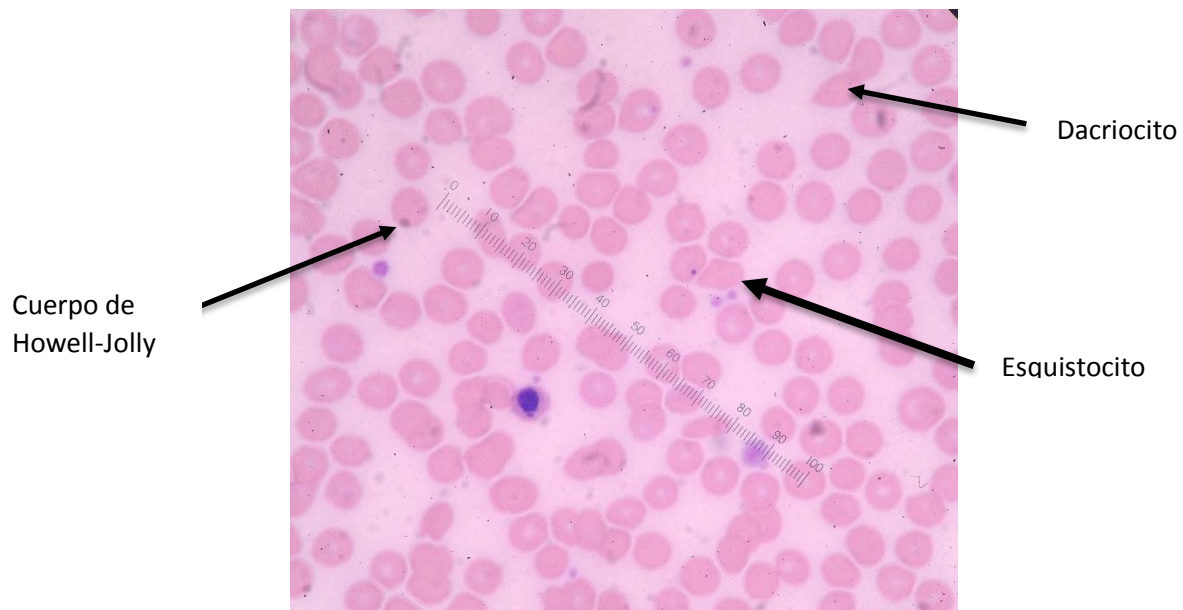


Fig 1. Frotis de sangre periférica de paciente el cual desarrollo OPSI en donde se observan dacriocitos, cuerpos de Howell Jolly y esquistocitos.

BIBLIOGRAFIA

- 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(5):371-375
- 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(2):165-228.
- 4.- **Holdsworth R, Irving A, Cuschieri A.** Postsplenectomy sepsis and its mortality rate: actual versus perceived risks. *Br J Surg* 1991; 78: 1031-1038.
- 5.- **Brigden M, Pattullo A.** Prevention and management of overwhelming postsplenectomy infection-an update. *Crit Care Med* 1999; **27**: 836-842