

TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA -PTI-: EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA A LA ESPLENECTOMÍA

M.T. Marrero Quintana, L.F. Fernández-Fuertes, S. Guedes Mesa, M. Tapia Martín, M. Caballero Gómez, J.M. Díaz Cremades

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La esplenectomía es un arma terapéutica electiva en los casos de PTI resistente a corticoides, con una tasa de respuesta del 70%. Sin embargo, no es un procedimiento exento de riesgos. Existen otras opciones de tratamiento no quirúrgicas, tales como la embolización esplénica (EE), que teóricamente elimina con igual efectividad y menores efectos secundarios, el tejido funcional esplénico.

Objetivo: La EE es una buena alternativa terapéutica en aquellos pacientes en los que falla el tratamiento médico de primera línea.

Material y métodos:

- Estudio retrospectivo, observacional - descriptivo llevado a cabo en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
- Periodo de estudio → Desde mayo de 1995 hasta diciembre de 2010 (Embolizaciones desde mayo de 1995 a octubre de 2000).
- Población de estudio → 30 pacientes diagnosticados de PTI crónica, refractaria a tratamiento de 1ª línea que no podían realizarse esplenectomía bajo anestesia general o que se negaban a la misma. Se trataba de 15 mujeres y 14 varones con una mediana de edad de 33 años. De ellos, 18 (60%) eran corticodependientes y el resto (40%), corticoresistentes.
- Procedimiento → Consentimiento informado. Ingreso en S. Hematología. Profilaxis antibiótica con piperacilina-tazobactam (P-T) y amikacina (A) desde 12 horas antes hasta 72 horas después. Vía arteria femoral común derecha, cateterización de arteria esplénica, distal al páncreas y si posible, a gastroepiploica izquierda (minimizar reflujo de material embólico). Infusión de P-T (4gr) + A (500 mg) en jeringas separadas. Infusión solución de material no reabsorbible (microesferas precalibradas de PVA de 300-600 micras) bajo control fluoroscópico y hasta embolización completa. A partir del 10º procedimiento, empleo de coils. "Mapeos" arteriográficos pre- y post- embolización. Profilaxis del síndrome postembolización con analgesia, antieméticos y antipiréticos.
- Se realizaron 34 procesos → 21 (70%) embolizaciones completas (> 80% bazo embolizado) y 9 parciales, de las cuales 4 se reembolizaron de forma completa en segunda intención.
- *Complicaciones postembolización:* Dolor en hipocondrio izquierdo moderado (100%), ↑↑ LDH (96%), fiebre/febrícula (30%), hepatopatía leve - moderada (10%), pancreatitis a nivel de la cola (10%), náuseas y/o vómitos (33%) y absceso esplénico en 2 casos (66%), uno de ellos resuelto con drenaje y antibioterapia sistémica y otro, precisó de una esplenectomía.

Resultados y conclusiones:

- La EE completa fue efectiva (remisión completa mantenida -RCM-) en un 64,7% de los casos (similar a las series históricas publicadas sobre esplenectomía)
- La EE parcial sólo fue efectiva en 2 casos (9,09%), en los que el porcentaje del tejido esplénico embolizado fue alto (~80%).
- Durante los años de seguimiento (mediana de 10 años) no se han descrito complicaciones relacionadas con el procedimiento ni con la ausencia de tejido esplénico funcionante.
- La EE es una alternativa como tratamiento de segunda línea en pacientes diagnosticados de PTI crónica refractaria a corticoides relacionándose con RCM sin necesidad, o mínima necesidad, de tratamientos coadyuvantes (mejora de la calidad de vida).
- La EE frente a la esplenectomía, se relaciona con menor número de complicaciones periprocedimiento (Mayor rango de edad y con ello mayor población diana; menor estancia media hospitalaria y menor costo a corto, medio y largo plazo).
- En la actualidad, las mejoras técnicas, así como en la profilaxis antibiótica, incluida la vacunación, llevarían a una mejora de los resultados descritos.