RECUENTO DE EOSINOFILOS EN EL POST OPERATORIO (*)

Dres. Juan Carlos Abó y Julio C. Priario

Hace ya muchos años que Schilling describió las modificaciones del hemograma consecutivas a los procesos infecciosos agudos, con su leucocitosis con neutrofilia y desaparición de los eosinófilos en el período de estado de la afección y la reaparición de éstos cuando el proceso mórbido entraba en regresión; destacando el valor de este hecho como un signo de convalecencia normal.

Recientemente con el florecimiento de las ideas de Selye sobre la respuesta fisiológica del organismo a las distintas formas de agresión, las modificaciones del cuadro hemático descritas por Schilling, han adquirido un nuevo auge y recibido su verdadera interpretación. El trauma quirúrgico provoca, paralelamente a una serie de alteraciones metabólicas fundamentales, una caída profunda en el nivel de los eosinófilos circulantes.

Luego de intervenciones quirúrgicas mayores la caída de los eosinófilos se mantiene, en las vecindades de cero, durante 2 ó 3 días, para ascender después y hacia el 5º ó 6º día alcanzar niveles más altos que los pre-operatorios. Este pico ascensional en la curva de los eosinófilos seguidos durante el post-operatorio, marcaría el fin de la fase de actividad corticoide, fase esencialmente catabólica, con su balance nitrogenado negativo, su pérdida de potasio y retención de sodio e indicaría el comienzo de una nueva fase regida por esteroides con propiedades anabólicas.

Nos referiremos en este trabajo exclusivamente al valor práctico que tiene la curva de los eosinófilos seguida en el curso del

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 11 de noviembre de 1953.

post-operatorio, no insistiendo en la interpretación de estos hechos vinculados seguramente a los apasionantes problemas de la endocrinología en la convalecencia quirúrgica.

Desde hace casi un año seguimos los post-operatorios con el recuento total de eosinófilos; habiendo comprobado que cuando la convalecencia quirúrgica se desarrolla normalmente las curvas de eosinófilos presentan una matemática regularidad; desaparición durante 2 ó 3 días, ascenso luego llegando hacia el 5º ó 6º

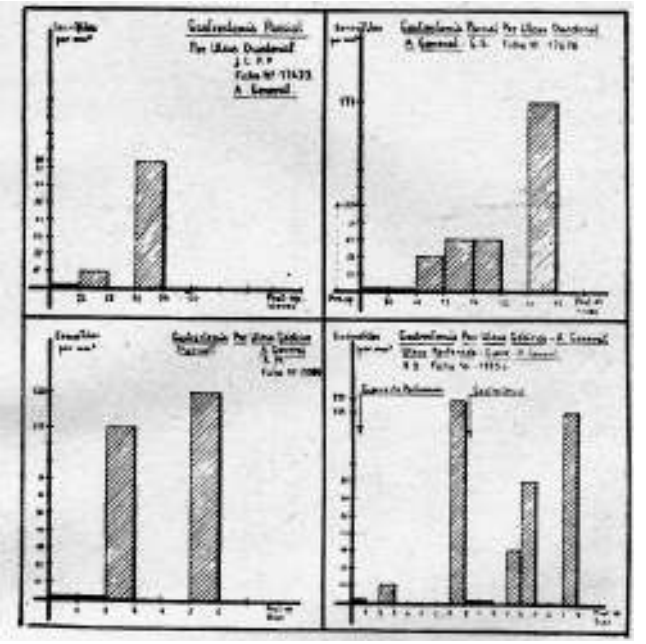

FIG. 1

días a valores en general más altos que los pre-operatorios.

En cambio cuando el curso ha sido desfavorable o se han presentado complicaciones de diversa índole, la curva ha sido anormal, no apareciendo el ascenso característico del 5º o 6º día citado anteriormente.

Como otros autores lo han señalado, hemos visto que en los enfermos con tumores malignos avanzados y en malas condiciones generales el número de esosinófilos se recupera más lentamente después de la operación.

A este respecto creemos poder distinguir dos tipos de cur-

vas de eosinófilos perfectamente definidas; en los enfermos con buen estado general, jóvenes, la curva muestra siempre la desaparición de los eosinófilos en los 2 ó 3 primeros días que siguen a la operación y el ascenso característico luego, alrededor del 6º día; en cambio en los enfermos con mal estado general, portadores de afecciones crónicas, tal como los neoplásicos avanzados, el ascenso de los eosinófilos citado no se produce o se hace más lentamente.

Es probable que en este último tipo de enfermos la funcio-

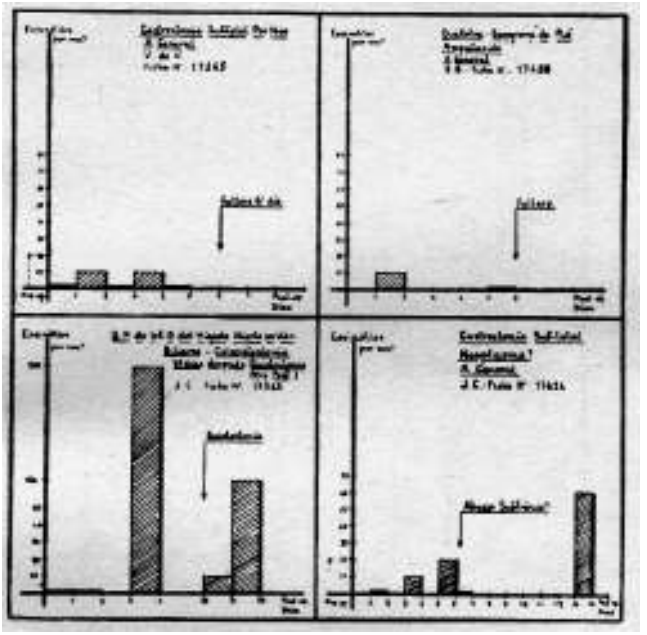

FIG. 2

nalidad del eje hipófiso-córtico-suprarrenal y su consecutiva respuesta a la agresión operatoria se encuentren perturbadas por la existencia de una enfermedad crónica que afecta la fisiología normal de dichos mecanismos neuro-hormonales.

Un aspecto práctico interesante de este método que estudiamos, es el de poder establecer con él, en los enfermos que deben ser sometidos a intervenciones quirúrgicas escalonadas, el momento oportuno de las mismas; el recuento de los eosinófilos marcándonos con sus oscilaciones el comienzo de la fase anabólica que sigue a todo trauma, nos indicaría el momento biológico favorable

para la reintervención; problema de gran interés que será motivo de un próximo trabajo.

La técnica de laboratorio seguida en el recuento de eosinófilos ha sido la de Randolph, aconsejada por la mayoría de los autores que se ocupan del problema, método muy sencillo y al alcance de cualquier laboratorio.

De los numerosos casos estudiados hemos seleccionado 16 entre ellos, que resumiremos brevemente. (Ver figuras).

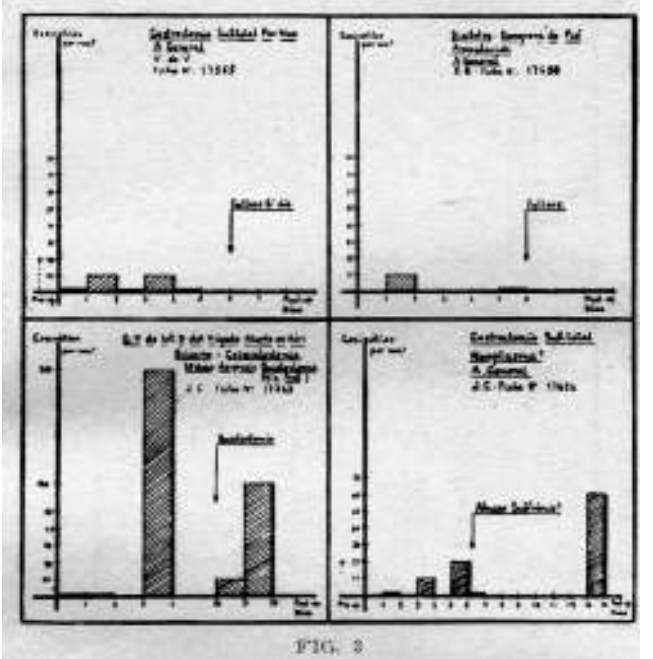

FIG. 3

Seis de las gráficas corresponden a gastrectomías subtotales; de las cuales 4 siguieron un curso clínico absolutamente normal con su correspondiente curva de eosinófilos igualmente de tipo normal; de los otros dos casos, uno se trata de una gastrectomía por cáncer avanzado, de evolución desfavorable, falleciendo el enfermo al 6º día de la intervención, observándose que los eosinófilos oscilaron en las proximidades de cero, sin su recuperación habitual.

El restante caso, también gastrectomía subtotal por cáncer, muestra una curva que no presenta el ascenso típico del 5º día;

en este enfermo se presentó una complicación post-operatoria; fiebre de tipo supurativo hacia el 7º día por probable absceso subfrénico, que fué yugulado con antibióticos, reapareciendo los eosinófilos con la correspondiente mejoría clínica del enfermo.

Cuatro casos de intervenciones sobre vías biliares; 2 de ellos con evolución clínica y recuento de eosinófilos normales; uno en el cual se observa como una complicación (distensión vesicular aguda por obstrucción calculosa del cístico) aparecida al 5º día

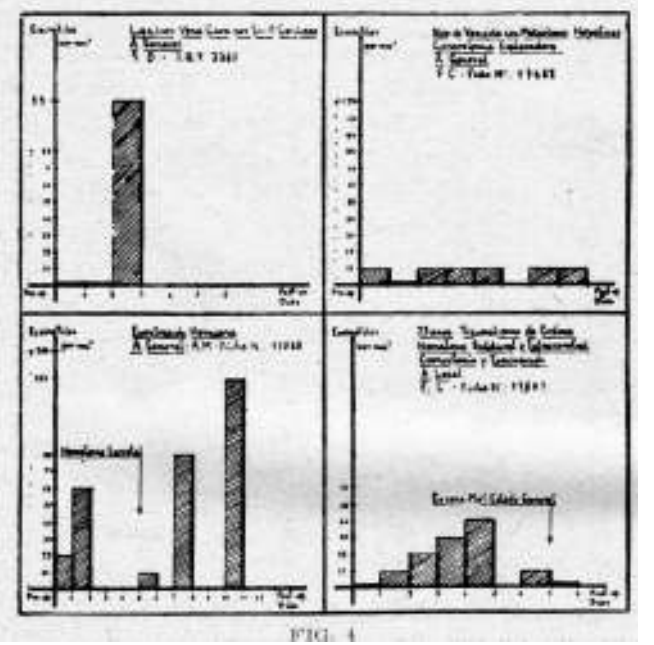

FIG. 4

de la primera intervención (oclusión del intestino delgado por brida) provoca una nueva caída de los eosinófilos a cero, en una curva que era hasta ese momento de tipo corriente.

El otro caso, colecistectomía por colecistitis aguda muestra que una reintervención, resección del cayado de la safena interna por várico-flebitis, lleva nuevamente los eosinófilos a cero, para luego seguir su curso normal.

En un enfermo con un cáncer de vesícula biliar con metástasis hepáticas, al cual se le realiza una laparotomía exploradora, la gráfica nos muestra la ausencia de recuperación en los eosinófilos circulantes.

En otro enfermo de 73 años, con un grave traumatismo cráneo-encefálico, al cual se le practicó una craneotomía con evacuación de un hematoma sub-dural e intracerebral, el recuento de eosinófilos siguió en lento ascenso hasta el 6º día, coincidiendo con la mejoría clínica; luego decae el estado general, aparece escara sacra, falleciendo el enfermo, al mismo tiempo se comprueba caída del nivel eosinofílico a cero.

Otro caso, enfermo en malas condiciones generales, diabético, con un síndrome de Kimilstein - Wilson, que presenta gangrena isquémica de pie, al cual se le realizó una amputación, falleciendo al 6º día de la misma, con trastornos metabólicos irreversibles, los eosinófilos se mantuvieron en las vecindades de cero.

Por último observamos 3 casos, ligadura de vena cava inferior por insuficiencia cardíaca, quiste hidático de hígado abierto en vías biliares y eventración de hernia inguinal, que evolucionaron normalmente; la curva de eosinófilos también siguió un curso normal.

Dr. Stajano. — Felicito a los Dres. Abó y Priario pues han tomado este asunto con gran empeño y mucho interés tratando de descubrir en heridos o injuriados traumáticos los resortes que se mueven a consecuencia de una agresión. Es una vía de investigación muy interesante; además, los datos que se requieren no son costosos; son sencillos, fáciles y dan un índice muy exacto del estado del enfermo, y de sus reservas. Los estimulo a seguir por esa vía que creo fecunda.

Dr. Cendán. — De acuerdo con el criterio que nos vamos formando respecto a este método de investigación del estado post-operatorio de los enfermos y mismo en el pre-operatorio, creemos que sería de gran utilidad. Los casos que el Dr. Abó ha presentado en este sentido, me parecen demostrativos y en los pocos casos que hemos tenido ocasión de realizarlo hemos comprobado las mismas situaciones a que se ha referido el Dr. Abó. Creo que es un método que tiene que entrar y que va a ser de mucha utilidad en muchos casos y felicito al Dr. Abó porque ha sido el que ha promovido este asunto en nuestro medio y creo que realmente es una cosa de gran valor.