

Autotransplante Esplênico

Técnica Cirúrgica

ORLANDO JORGE MARTINS TORRES
Professor Assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Cirurgia do Aparelho Digestivo – UFPR.

ROSEMARIE MORAIS SALAZAR
Acadêmica interna de Medicina do Hospital Evangélico de Curitiba.

OSVALDO MALAFAIA
Professor titular e coordenador do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

Resumo

Os autores apresentam a técnica de autotransplante de tecido esplênico em uma bolsa de omento para preservação funcional do baço. É técnica simples, eficaz e sem complicações.

Unitermos: Trauma esplênico; autotransplante esplênico; técnica cirúrgica.

Introdução

O baço é um dos principais órgãos envolvidos na resposta imune por ser produtor de anticorpos, imunoglobulinas da classe IgM e macrófagos especializados. É também responsável pela produção de tuftsin, um tetrapeptídeo que apresenta efeito estimulador de células fagocíticas (5).

A infecção em pacientes esplenectomizados por trauma é 58 vezes maior do que na população geral, apresentando mortalidade de 50% a 75% nos primeiros dois anos após a esplenectomia. Os principais microrganismos responsáveis pela síndrome de infecção fulminante pós-esplenectomia são *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* e *Escherichia coli* (1,3).

Uma vez conhecido o papel do baço no sistema imune, as condutas em pacientes submetidos a traumatismos esplênicos voltaram-se para uma orientação mais conservadora. Diferentes métodos de preservação esplênica têm sido utilizados, tais como esplenorrafia, esplenectomias parciais, uso de agentes hemostáticos e ligadura da artéria esplênica mantendo o baço no local de origem (4,9). Entretanto, em aproximadamente 15% dos casos a esplenectomia total é inevitável e, nestas situações, o autotransplante de fatias de tecido esplênico tem oferecido uma alternativa simples e segura (9). Descrevemos a técnica de autotransplante esplênico, utilizada para preservação funcional do baço.

Técnica cirúrgica

Após a esplenectomia total, o baço, ou parte dele, é depositado em um recipiente contendo solução salina e preparado para o autotransplante. Remove-se todos os fragmentos esplênicos da cavidade peritoneal para evitar esplenoses.

Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

Autotransplante Esplênico

Técnica Cirúrgica

Realiza-se a secção transversal de duas a três fatias de tecido esplênico, retirados da porção média do baço com espessura de 3 a 5mm e com peso total aproximado de 30g (Fig. 1).

Com a exposição do omento gastrocólico na parede abdominal anterior, os fragmentos esplênicos em fatias são depositados sobre este omento que é dobrado sobre si mesmo, envolvendo o tecido esplênico, e suturado com pontos absorvíveis ao longo das bordas, formando uma verdadeira bolsa (Figs. 2 e 3). O omento, juntamente com o tecido esplênico autotransplantado, é reconduzido à sua posição original (Fig. 4).

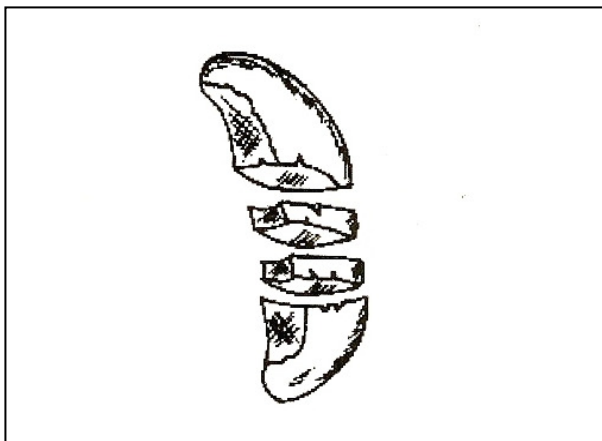


Figura 1 – Secção transversal do baço produzindo dois pedaços em sua porção média.

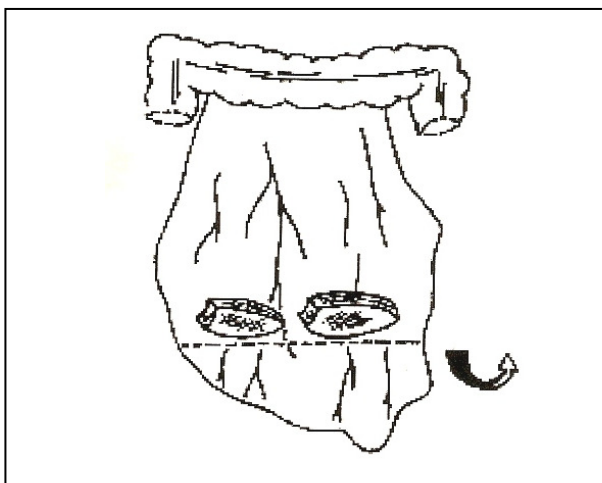


Figura 2 – Dois pedaços de tecido esplênico são depositados sobre o omento gastrocólico que é dobrado para a confecção da bolsa.

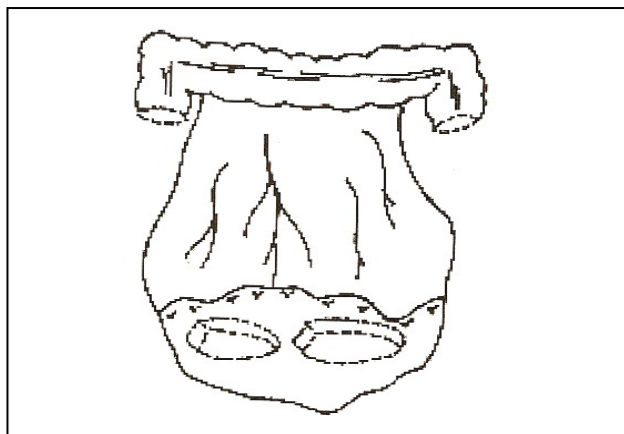


Figura 3 – Bolsa confeccionada a partir do omento gastrocólico, contendo tecido esplênico em seu interior.

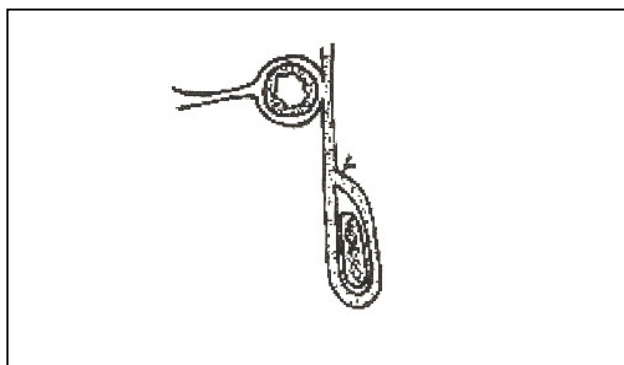


Figura 4 – Aspecto final da bolsa de omento com tecido esplênico em seu interior (visão lateral).

Discussão

As tentativas de preservação da função esplênica, com a finalidade de impedir o aparecimento de infecções sistêmicas por microrganismos encapsulados através do autotransplante esplênico, parece ser uma alternativa lógica.

A confecção de uma bolsa a partir do omento gastrocólico, como local de autotransplante, se deve ao fato de o omento ser dotado de rico suprimento vascular, permitir fácil reintegração do tecido, impedir a migração do autotransplante e manter o baço dentro da circulação portal, onde normalmente está situado. A capacidade funcional esplênica é superior e apresenta altos títulos de anticorpos, quando comparado com outros locais de autotransplante (2,6).

A utilização de fatias da porção média do baço, com espessura de 3 a 5mm, permite manter maior contato com os vasos omentais e preservar a estrutura sinusoidal do baço, fator importante na manutenção da função de filtração de bactérias da circulação sanguínea, visto que o autotransplante sofre necrose parcial precoce e se regenera

a partir de uma camada periférica de células remanescentes (6,7,8). Em autotransplantes com tecido esplênico mais espesso, a necrose progride e a área central do tecido fica totalmente comprometida antes que o processo regenerativo possa alcançá-la, demonstrando ser, a espessura do fragmento de tecido esplênico autotransplantado, fator fundamental na preservação da viabilidade tecidual (2).

Tecnicamente, o autotransplante esplênico não apresenta dificuldades, o tempo operatório não aumenta de maneira significativa e é praticamente isento de complicações. A realização de outros procedimentos, tais como esplenectomias parciais, exigem habilidade, consomem mais tempo e aumentam a morbimortalidade (4). Consideramos, portanto, ser o autotransplante de tecido esplênico, manobra útil sempre que a esplenectomia total estiver indicada.

Summary

The authors presented an omental pouch technique for autotransplantation of splenic tissue to preserve splenic function. This technique is simple, effective and without complications.

Key words: Splenic trauma; splenic autotransplantation; surgical technique.

Referências

1. BALFANZ, J. R.; NESBIT, M.E. et al. – Overwhelming sepsis following splenectomy for trauma. *J. Pediatr.*, 88: 458-460-1976.
2. IINUMA, H.; OKINAGA, K. et al. – Optimal site and amount of splenic tissue for autotransplantation. *J. Surg. Res.*, 53:109-116,1992.
3. KRIVIT, W.; GIEBINK, G.S. & LEONARD, A. – Overwhelming postsplenectomy infection. *Surg. Clin. North. Am.*, 59: 223-233,1979.
4. MILLIKAN, J.S.; MOORE, E.E. et al. – Alternatives to splenectomy in adults after trauma: repair, partial resection and reimplantation of splenic tissue. *Am. J. Surg.* 144: 711-716, 1982.
5. MORRIS, D.H. & BULLOCK, F.D. – The importance of the spleen in resistance to infection. *Ann. Surg.*, 70: 513-521,1919.
6. PEARSON, H.; JOHNSTON, D. et al. – The born-again spleen: return of splenic function after splenectomy for trauma. *N. Engl. J. Med.*, 298: 1389-1392,1978.
7. TAVASSOLI, M. RATZAN, R.J. & CROSBY, W.H. – Studies on regeneration of heterotopic splenic autotransplants. *Blood*, 41: 701-709, 1973.
8. TORRES, O.J.M.; DIETZ, U.A. et al. – Histological evaluation of the regeneration of splenic autotransplants. (In press.).
9. WHITTE, C.L.; ESSER, M.J. & RAPPAPORT, W.D. – Updating the management of salvageable splenic injury. *Ann. Surg.*, 215: 261-265, 1992.

Endereço para correspondência

PROF. ORLANDO JORGE MARTINS TORRES
Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná
Rua General Carneiro, 181/736 – CAD
80069-900 – Curitiba-PR