

---

## AFECÇÕES CIRÚRGICAS DO BAÇO

HENRIQUE WALTER PINOTTI \*

Embora pouco conhecida, a fisiologia do baço nos permite compreender a razão das intervenções cirúrgicas que sobre êle se realizam. A dificuldade de se conhecer com minúcias as funções dêste órgão, depende de vários fatores: impossibilidade de serem transportados para o homem os dados provenientes de experimentação em animais de laboratório; inadaptabilidade ao estudo do baço, das técnicas utilizadas na investigação de outras vísceras ou sistemas e variabilidade da sua função na dependência da idade do indivíduo. É temerário, como fazem alguns autores, tirar conclusões sobre a fisiologia do baço baseado nas alterações fisiopatológicas presentes em afecções hematológicas, ou então nas modificações que se processam após a esplenectomia principalmente nas moléstias sangüíneas.

As funções do baço podem ser divididas em: a) *específicas*, de pouca importância no homem, embora fundamentais em alguns animais inferiores; b) *inespecíficas*, aquelas também realizadas pelos outros elementos do sistema linfático e retículo-endotelial.

Considerando suas funções mais especificamente, elas podem ser assim divididas:

*Reservatório de sangue* — Como reservatório de sangue, contém cerca de 20% do volume sangüíneo. Esta função é desempenhada pelos sinuóides que, ao se dilatarem, aumentam a capacidade de armazenamento do órgão.

*Ação de contração* — O baço se contrai pela ação da adrenalina, liberada nos estados de hemorragia, de emoção, de exercício, de anóxia, determinando espleno-contracção. Esta vai lançar na corrente circulatória grande volume de glóbulos vermelhos, atuando como verdadeira auto-transfusão. A espleno-contracção é uma das funções específicas do baço. Embora clinicamente bem nítida, é considerada por alguns pesquisadores como de pequena significação, pois julgam que as variações do tonus vascular, sobretudo na área da esplâncnica, sejam maiores do que a da

---

\* Assistente da 1.ª Clínica Cirúrgica (Prof. Alípio Corrêa Netto) do Depto. de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

esponja esplênica. O volume de sangue da área esplâncnica, lançado na circulação nos estados de choque, é muito maior do que a produzida pela espleno-contracção.

*Produção de elementos sangüíneos* — 1) Na fase embrionária, o baço produz todos os elementos figurados do sangue. No adulto, produz os linfócitos e os monócitos, sendo ainda rico em células do SRE. 2) Eventualmente, sob excitação ou em condições patológicas, como esgotamento da medula é um órgão de hematopoeese, produzindo eritrócitos, leucócitos e plaquetas (hematopoeese extramedular). Esta grande capacidade de metaplasia mielóide, embora não específica do baço, é de importância extraordinária na protecção do doente. Assim, existem no baço elementos de reserva que em qualquer momento, podem exercer as amplas funções da medula. O raio-X ou as radiações ionizantes atuam deletêriamente sobre a medula óssea; nessas circunstâncias, o baço é capaz de substituir a medula, não por efeito humoral, mas graças a capacidade extraordinária de suas células de colonizar de novo o território medular. Isto é de importância extraordinária, sobretudo atualmente em que as radiações iônicas, conseqüentes as desintegrações atômicas, se difundem bastante na atmosfera. Entretanto esta função vicariante, nem sempre é exercida pelo baço, desconhecendo-se também porque isto ocorre.

*Destruição de elementos sangüíneos* — O baço como grande esponja contrátil é dotado de amplas áreas constituídas por malhas, onde os elementos figurados do sangue circulam com bastante lentidão, o que facilita a ação dos elementos mesenquimatosos do SRE. A circulação lenta do sangue em contacto com êsses elementos, explica porque o baço é tão importante órgão na destruição dos glóbulos vermelhos.

Na expressão de Dameshek e Welch<sup>8</sup>, o baço é “o cemitério das hemácias e não o seu matadouro”. Os verdadeiros meios de destruição dos glóbulos vermelhos, através do baço, são desconhecidos. Sabe-se que as células vermelhas se espessam em decorrência da eritrostase tornando-se, então, mais vulneráveis. O SRE converte a hemoglobina em bilirrubina. Em relação aos leucócitos e as plaquetas não se sabe se êles são aí destruídos. A ação de destruição dos glóbulos vermelhos envelhecidos é desempenhada pelo baço, embora de modo não indispensável, pois após a esplenectomia nota-se que esta não acarreta um prolongamento do tempo de sobrevivência dos eritrócitos. Sabe-se, entretanto, que em certas condições os glóbulos sangüíneos se beneficiam pela esplenectomia, especialmente nas anemias hemolíticas onde existe encurtamento da vida média das hemácias. O baço atua eletivamente na destruição dos glóbulos, não afetando a vida dos elementos normais, porém, encurtando nitidamente a dos mais velhos. Em condições patológicas, quando o baço perde êsse contrôle de ataque aos glóbulos vermelhos, sua ação destrutiva se estende também aos elementos normais, sobretudo aos jovens, ocasionando, então, os quadros de anemia, de leucopenia, de plaquetopenia, isolados ou associados. Êstes são os quadros chamados de hiperesplenia, que representam o exagêro de uma função normal ou um desvio patológico, designado por esplenia. São estas as condições em que o baço, tido como

órgão silencioso e modesto, assume funções extraordinariamente importantes no organismo, podendo mesmo ser a causa de morte do doente.

*Produção de anticorpos* — Como órgão rico de elementos do sistema reticulo-endotelial o baço produz, nos estados patológicos, anticorpos circulantes. Funciona como órgão importantíssimo na defesa do organismo contra o ataque de agentes agressores de várias etiologias: infecciosa, inflamatória ou neoplásica.

*Ação sobre a medula óssea* — Esta ação é tida como de natureza hormonal. Pode-se notar a ação do hipotálamo sobre a hipófise, desta sobre o córtex supra-renal, que influenciaria o baço e este, por sua vez, age sobre a medula óssea. Igualmente a tireóide e as gônadas atuam sobre a medula óssea. Dêste modo, a medula óssea é excitada pelo baço, supra-renal, tireóide e gônadas, masculinas ou femininas. O córtex supra-renal pode estimular ou inibir a medula óssea, e igualmente inibir as funções do baço e do tecido linfóide. Alguns admitem outra teoria para explicar a inter-relação córtex, baço, medula óssea. Ungar (cit. por Dameshek e Welch<sup>8</sup>) acha que o baço sob a ação do córtex da supra-renal produz dois hormônios antagonistas: a esplenina A e a esplenina B. A esplenina A tem ação sobre o sistema capilar aumentando a sua resistência. A esplenina B produz fibrinolizina e atua sobre a medula dos ossos, acarretando trombocitopenia. Embora esta ação humoral do baço sobre a medula óssea seja defendida por vários autores há muita dúvida quanto ao seu valor real. Sob experimentações rigorosas não se tem demonstrado esta influência humoral, pois nem as injeções de sangue da veia esplênica nem os extratos de baço causaram modificações nítidas nos elementos medulares. Os dois efeitos atribuídos ao baço podem ser satisfatoriamente admitidos, explicando-se a atuação local ao nível das suas malhas. Conhecidas essas funções do baço podemos resumi-las dizendo que no indivíduo normal a esplenectomia causa algumas alterações sobre o sistema hemático, sobretudo sobre os elementos figurados do sangue: hemácias, leucócitos e plaquetas. Observa-se que após esplenectomia as hemácias aumentam em número, aparecendo na circulação periférica hemácias com restos nucleares (corpos de Joly) pois o baço controla a denucleação das hemácias. Em relação aos leucócitos, nota-se que após esplenectomia há aumento dos mesmos, sobretudo na série granulocítica e linfocítica, o que permite concluir que o baço regula a granulocitopoese e a linfocitopoese. Quanto as plaquetas, observa-se que após esplenectomia há aumento considerável das mesmas, donde a conclusão que o baço controla ou regula a sua elaboração através da produção de megacariócitos.

As operações sobre o baço podem ser divididas em 3 grupos: a) grupo de operações caracterizadas pela não retirada de segmentos. b) ressecção parcial, e c) ressecção total.

*Grupo das operações sem ressecção* — Podem ser divididas em: 1) *Biópsia por aspiração*: é a biópsia diagnóstica. É método interessante e útil para o diagnóstico das afecções esplênicas, embora não destituída de riscos potencialmente graves (hemorragias). Araújo e col.<sup>1</sup> referem as vantagens diagnósticas dêsse método aplicado em 42 doentes.

2) *Punção*: a punção do baço pode ser feita para a medida da pressão intra-esplênica, sobretudo nos casos de hipertensão portal, podendo ser complementada com a esplenoportografia, importante método radiológico do sistema espleno-portal.

3) *Drenagem de abscesso*: A drenagem de abscesso esplênico é prática pouco utilizada em cirurgia pelo fato da raridade dessa afecção. A drenagem pode ser indicada nos indivíduos em mau estado geral, portadores de abscessos grandes, em que a esplenectomia seja de grande risco cirúrgico, consistindo a operação apenas na introdução de um dreno no abscesso para dar vazão à secreção purulenta. Nos indivíduos em bom estado geral ou casos de abscesso pequeno, prefere-se a esplenectomia.

*Esplenectomia parcial* — Os estudos de segmentação esplênica têm evidenciado que o baço é um órgão constituído por vários segmentos isolados, irrigados pelo sistema arterial e pelo sistema venoso. Estes segmentos são bastante diferenciados entre si, como tiveram a oportunidade de demonstrar os vários estudos anatômicos, sobretudo aqueles realizados entre nós por Parolari<sup>16</sup> e por Zappalá<sup>24</sup>. Baseado nessas observações Campos Christo<sup>4, 5</sup> realizou com sucesso a esplenectomia parcial em casos de traumatismos do baço. Apesar disso, tem-se evitado a esplenectomia parcial, pelos riscos graves de hemorragia. A biópsia para retirada de fragmento do baço como método diagnóstico, pela dificuldade de sutura do tecido esplênico é prática não utilizada na cirurgia pelos graves riscos que ela pode acarretar como a hemorragia e morte do paciente.

*Esplenectomia total* — Entre as operações mais em voga sobre o baço, a esplenectomia total é a que se pratica com maior freqüência.

*Indicações*: a) *Rotura do baço* — A rotura do baço, pode ser aguda ou em dois tempos, podendo ser a primeira em consequência de ferimentos penetrantes e não penetrantes. Estes são devidos a traumatismos de natureza diversa, como sôco, pontapé, bolada, trombada, atropelamentos e os penetrantes devidos a ferimentos por arma branca, por projétil de arma de fogo, que são os mais comuns em nosso meio. O quadro se caracteriza por abdome agudo com hipotensão ou choque, impondo-se a operação de urgência<sup>2, 7, 22, 25</sup>.

A rotura em dois tempos é devida a ferimentos não penetrantes. Há contusão esplênica que não chega a romper a cápsula; o hematoma se difunde subcapsularmente e vários dias depois, num período que pode alcançar até 30 dias, se rompe, ocasião em que acarreta quadro de abdome agudo, indicando a intervenção cirúrgica de urgência.

b) *Moléstias malignas da região* — No câncer gástrico, no câncer do ângulo esplênico do colo ou da cauda do pâncreas, há necessidade de se fazer a esplenectomia além da retirada do órgão sede da lesão. No câncer gástrico processa-se a gastrectomia parcial ou total; no câncer do ângulo esplênico, a hemicolecotomia esquerda e no câncer do pâncreas, a pancreatocotomia esquerda. O alargamento destas operações se deve às metástases dos gânglios hilares do baço ou à infiltração neoplásica do próprio tecido esplênico.

c) *Afecções não neoplásicas* — Em certas afecções não neoplásicas há também necessidade de se remover o baço por contingências especiais: 1. em certas afecções do pâncreas, como cisto pancreático caudal ou pancreatite caudal, quando se faz a ressecção da cauda do pâncreas, há necessidade da feitura da esplenectomia, devido às íntimas relações entre o pâncreas, a veia esplênica e a artéria esplênica, sobretudo entre o pâncreas e a veia esplênica; 2. na cirurgia da hipertensão portal, quando há rotura de varizes esofagianas. Alguns autores indicam, então, a operação introduzida por Boerema-Crile, que consiste na esplenectomia com ligadura das varizes intra-esofagianas; outros indicam a esplenectomia com ligadura das veias cárdio-esôfago-tuberositárias, à maneira de Vasconcelos; 3. grande número de cirurgiões do nordeste indica a esplenectomia no tratamento da hipertensão portal causada pela esquistossomose<sup>3</sup>; 4. há necessidade de se fazer esplenectomia sempre que se pretende fazer anastomose espleno-renal na cura da hipertensão portal; 5. moléstias do sistema sanguíneo.

As indicações da esplenectomia em hematologia são feitas após diagnóstico correto da afecção. Entretanto, em algumas afecções deve ser feito antes o tratamento clínico, como na púrpura trombocitopênica idiopática ou na mielose aplástica. O rumo histórico da indicação da esplenectomia nas afecções hematológicas acompanhou paralelamente os conhecimentos da fisiologia e da fisiopatologia do órgão. Assim, em algumas épocas, enquanto se atribuía determinada função ao baço, tempos depois tal função era desacreditada para de novo ser reconsiderada. Em certas afecções hematológicas para as quais se indicava a esplenectomia, posteriormente, passou-se a contra-indicá-la e vice-versa, em outras afecções hematológicas inicialmente se contra-indicava a esplenectomia para futuramente ser executada.

1. Anemias hemolíticas congênicas — Dentro destas anemias, a anemia esferocítica familiar é a que oferece excelentes resultados à esplenectomia alcançando até 100% de cura. Os raros casos de recidiva se devem a diagnóstico incorreto, existência de baço acessório ou então à icterícia obstrutiva que passa despercebida ao cirurgião.

A anemia hemolítica constitucional ou familiar ou anemia esferocítica de Minkowski e Chauffard é moléstia de natureza benigna. Manifesta-se por icterícia nos primeiros meses de vida ou tardiamente na fase adulta. São doentes que possuem bom estado geral e no dizer de Chauffard “são mais ictericos do que doentes”. A icterícia é acompanhada de fezes hipercoloradas e de urina de coloração normal. Estes doentes apresentam esplenomegalia. O exame de sangue mostra anemia de grau moderado e microesferocitose com aumento da fragilidade global<sup>23</sup>.

A coleditiase é freqüente e pode se complicar com icterícia obstrutiva.

Dameshek e Welch<sup>8</sup> formularam a teoria do hiperesplenismo na intensificação da hemólise e na ação inibitória do baço sobre a eritropoese, leucopoese e trombocitopoese, nas fases adiantadas da doença.

Nisto é que se fundamenta a indicação da esplenectomia.

Entre nós, Mauro, Vasconcelos, Jamra e Cillo<sup>9</sup> relatam ótimos resultados da esplenectomia em pacientes com anemia hemolítica esferocítica constitucional. O mesmo não se diz das anemias hemolíticas constitucionais do Mediterrâneo<sup>17</sup> ou do tipo falciforme em que a esplenectomia não oferece resultados tão bons. Nas anemias hemolíticas adquiridas o resultado da esplenectomia também é precário<sup>21</sup>. Inicialmente deve estabelecer-se tratamento rigoroso a base de corticosteróides e de ACTH antes de qualquer indicação cirúrgica. Quando o tratamento clínico fracassa a operação em muitos desses casos dá resultados bastante satisfatórios. Tratando cirurgicamente pacientes que não melhoraram com o tratamento clínico, pode-se obter 50% de cura com a esplenectomia. Nota-se que ultimamente tem aumentado o índice de bom prognóstico destes pacientes sobretudo se são estudados com os novos métodos de investigação. Assim, havendo acúmulo rápido e intenso da radioatividade do baço pelos eritrócitos marcados com cromo radioativo ou cromo 51, há uma grande probabilidade de êxito no tratamento cirúrgico, em cerca de 90% desses doentes<sup>26</sup>. A esplenectomia deve ser sempre complementada com exploração das vias biliares, com colangiografia operatória. Há que se salientar a importância deste critério, porque muitas vezes a recidiva de icterícia é atribuída ao insucesso da esplenectomia ou à presença de baço acessório, quando na realidade pode-se tratar de icterícia obstrutiva por cálculo pigmentar próprio desta afecção.

2. Púrpura trombocitopênica — A púrpura trombocitopênica pode ser idiopática ou secundária. Idiopática chamada moléstia de Werlhof é de natureza desconhecida. Aparece em qualquer época da vida em ambos os sexos, sendo entretanto, mais freqüente entre as crianças e jovens e entre as mulheres. Não é hereditária nem familiar. Clinicamente se manifesta por hemorragias cutâneo-mucosas e por intensa fragilidade capilar. É bastante típica a alternância de recaída e remissões, às vezes espontâneas. O baço não está aumentado. Laboratorialmente encontra-se diminuição das plaquetas com tempo de sangria muito prolongado, com falta ou deficiência de retração do coágulo. O diagnóstico de púrpura trombocitopênica idiopática é feito por exclusão mostrando-se a medula óssea rica, na grande maioria dos casos, em megacariócitos desprovidos de atividade plaquetoformadora. A púrpura trombocitopênica idiopática pode ser aguda ou crônica. São consideradas agudas as que se instalam e resolvem no prazo de até três meses e são crônicas as que duram por mais de três meses, com oscilações de remissão e de manifestações. A púrpura trombocitopênica secundária pode ser causada por vários agentes infecciosos, tóxicos, alérgicos, moléstias esplênicas, linfomas, leucemias ou lupus eritematoso. Na púrpura trombocitopênica idiopática aguda ou nas recidivas da fase crônica a esplenectomia é contra-indicada. É na forma crônica que esta afecção encontra uma das principais indicações na esplenectomia<sup>6, 14, 15, 20</sup>. Como nas anemias hemolíticas adquiridas deve-se antes fazer um tratamento clínico através de corticosteróides pois muitos dos pacientes se beneficiam com este tratamento. A necessidade da indicação cirúrgica se faz sentir quando as recidivas de hemorragia se dão com muita repetição, sobretudo nos indivíduos adultos, visto que nas crianças muitas vezes a remissão clínica se faz com mais facilidade. Entre

nós, Mauro, Vasconcelos, Jamra e Cillo<sup>13</sup> apresentam uma estatística de 27 casos de púrpura trombocitopênica idiopática tratados cirurgicamente, dos quais em 22 o resultado imediato foi bom, ocorrendo recidiva em 7. Mais recentemente, Jamra, Milder e Verrastro<sup>12</sup> compararam os resultados clínicos e cirúrgicos no tratamento da púrpura trombocitopênica idiopática. O tratamento clínico foi feito a base de ACTH e corticosteróides e o cirúrgico pela esplenectomia. Numa série de 73 doentes assim estudados (em 2 houve cura espontânea) dos quais 40 submetidos apenas ao tratamento clínico, 19 a tratamento cirúrgico e 12 a tratamento cirúrgico após tratamento clínico, notaram que com o tratamento clínico isolado a resposta hematológica, sem recidiva, foi observada em 37,5% dos casos, enquanto com o tratamento cirúrgico ou com o associado ao clínico verificou-se a cura em 54,8% dos pacientes. Daí se depreende a vantagem evidente do tratamento cirúrgico, sobretudo após a terapêutica medicamentosa. Aconselham estes autores a realização do tratamento clínico antes do cirúrgico nas formas de púrpura trombocitopênica idiopática, pois procedendo-se desse modo, os índices de cura são bastante elevados.

*Tratamento:* Na púrpura trombocitopênica secundária o tratamento visa combater a causa quando está ao alcance dos recursos atuais. O tratamento é quase sempre clínico, através de corticosteróides e do ACTH.

3. Mielose aplástica — É caracterizada por anemia intensa, com fenômenos hemorrágicos cutâneo-mucosos. O quadro hemático-medular revela depressão de tôdas as três séries. Se nas anemias hemolíticas constitucionais esferocíticas e se em bom número de casos de púrpura trombocitopênica idiopática a esplenectomia confere resultados excelentes, o mesmo não se pode dizer do seu emprêgo na mielose aplástica. Há casos de agravamento após a esplenectomia com óbito no pós-operatório imediato e, quando os resultados beneficiam o doente, esta evolução se faz muitas vezes com recidiva da moléstia, não se conhecendo, senão como raridade casos de cura total. A mielose aplástica pode ser dividida em duas formas: idiopática, quando não se conhece o agente causador e secundária, quando causada por agentes vários (infecciosos, tóxicos e tumorais). Mauro, Vasconcelos, Jamra e Cillo<sup>10</sup> estudaram 20 doentes portadores de mielose aplástica idiopática com aplasia ou hipoplasia de medula. Em apenas 9 doentes a esplenectomia determinou melhora imediata, em 2 melhora tardia do quadro hematológico. Vale dizer que esta cura nunca excedeu a 4 anos, a maioria tendo recidivas bem antes, quando vieram a falecer. Nas pancitopenias idiopáticas com medula normo-hiperplástica, em 5 casos os resultados também foram precários. Nas pancitopenias secundárias, com medula aplástica ou hipoplástica, o resultado da esplenectomia foi o pior possível, não determinando melhora em nenhum caso<sup>11</sup>. Esses dados vieram confirmar os resultados verificados na mielose aplástica tratada pela esplenectomia no estudo que esses autores realizaram anteriormente, em 1954.

Síndromes de hiperesplenismo — Sabe-se que o hiperesplenismo pode ser primário ou secundário. O primário é o síndrome caracterizado pelo síndrome de Doan e Wright. Clinicamente se manifesta por anemia in-

tensa refratária a tratamento clínico, com discreta esplenomegalia. Hematologicamente há anemia sem hemólise, com leucopenia acentuada e plaquetopenia. A medula é intensamente hiperplástica e há proporções normais entre as diversas progênies celulares. A esplenectomia confere cura radical com normalização do quadro hematológico. O diagnóstico entre esta forma e o secundário tem que se fazer por exclusão e só os resultados favoráveis e definitivos da esplenectomia o confirmam. O hiperesplenismo secundário causado pelo lupus visceral, pelo linfossarcoma ou então pelas enfermidades de Gaucher ou de Hodgins, outras vêzes está associado a anemia hemolítica secundária. São casos raros de hiperesplenismo. O resultado da esplenectomia se faz sentir só sobre o quadro hemático, hemolítico ou então pancitopênico que a moléstia determina. É interessante que muitas vêzes o hiperesplenismo é a primeira e única manifestação dessa enfermidade que evolue durante muito tempo. Há aqui a considerar o hiperesplenismo caracterizado pela hipertensão portal, devido à congestão esplênica, secundário a trombose da veia porta ou então à cirrose hepática. Às vêzes a depressão medular é rebelde mesmo com o alívio da hipertensão portal. Tem-se observado doentes assim operados, submetidos a uma derivação de anastomose porto-cava direta terem hiperbilirrubinemia que surge no pós-operatório imediato, ou meses após a operação, com crises repetidas de icterícia, conforme estudos verificados no Hospital das Clínicas, por Luiz Caetano da Silva<sup>19</sup>. Demonstrou que o baço exerce ação importante na destruição das hemácias, que o tempo de sobrevivência das hemácias antes da derivação porto-cava está encurtado, diminui após ela, às vêzes se normaliza após a esplenectomia. Foi uma verificação interessante da função importante do baço como órgão destruidor das hemácias e uma grande contribuição da escola gastroenterológica brasileira ao estudo da hipertensão portal.

*Vias de acesso* — A via de acesso cirúrgico varia segundo o tamanho do baço e segundo haja necessidade ou não de exploração das vias biliares.

Nos indivíduos com baço de tamanho normal ou pouco aumentado, faz-se incisão paramediana, para-retal interna esquerda. Nos casos em que houver necessidade em se intervir também sobre as vias biliares, que são aqueles de anemia hemolítica esferocítica, deve-se fazer incisão transversal ampla, indo de uma reborda costal a outra, junto à extremidade da décima segunda costela. Nas intervenções em que o baço está exageradamente aumentado — a incisão de eleição é a tóraco-freno-laparotomia, através o 9.º intercosto esquerdo<sup>18</sup> (fig. 1). Nos casos de baços bem aumentados, uma vez aberta a cavidade, pratica-se a incisão do ligamento gastrocólico na sua metade esquerda. Quando o baço for pequeno não há necessidade desta manobra. Fazemos a seguir a mobilização do baço, incisando o peritônio parietal junto a goteira esplênica, o ligamento freno-esplênico e o ligamento espleno-cólico — descolando-se a seguir o baço do tecido frouxo posterior — o que se consegue com facilidade devido ao plano de clivagem (fig. 2). A seguir faz-se a ligadura dos vasos breves do ligamento gastro-esplênico. Tempo seguinte consiste em se fazer a ligadura dos vasos do pedículo, ligando-se em separado a artéria e a veia esplênica. Nos casos de hipertensão por-

tal e de diáteses hemorrágicas as manobras de libertação do baço se fazem com sangramento abundante se não executadas com hemostasia cuidadosa. Nessas afecções prefere-se, porisso, fazer ligadura prévia dos

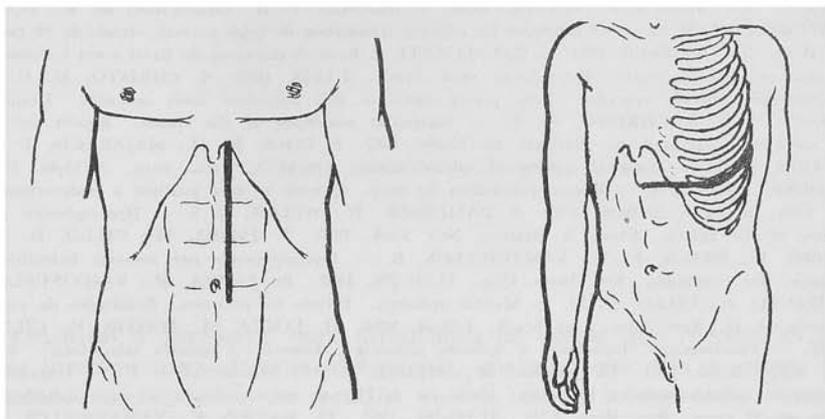


Fig. 1 — *à direita*: doente em decúbito dorsal, com inclinação para a direita, de 45 graus. Incisão longitudinal paramediana, para-retal interna, esquerda, da reborda costal até 2 a 3 em abaixo do plano do umbigo; *à esquerda*: doente em decúbito lateral direito, com ângulo de  $\pm 70$  graus. Incisão de tóraco-freno-laparotomia, através o 9.º espaço intercostal.

vasos de pedículo esplênico. Deve haver cuidado em não se lesar a cauda do pâncreas ou a grande curvatura do estômago, que pode ocorrer na ligadura dos vasos do pedículo esplênico ou dos vasos curtos. Estes aci-

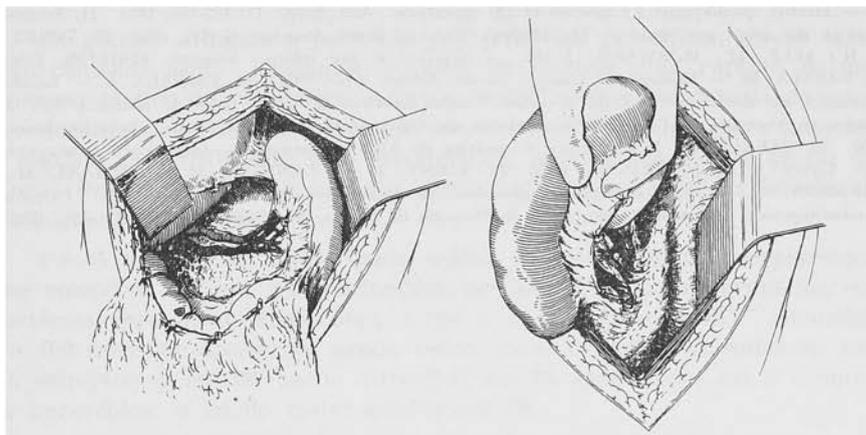


Fig. 2 — *à direita*: abertura do ligamento gastrocólico. Aparecem: parte do ligamento gastro-esplênico, ligamento esplenocólico, vasos esplênicos, pâncreas e hilo esplênico. Nas esplenectomias por baços grandes pode-se fazer, neste tempo, a ligadura dos vasos esplênicos: primeiro a artéria e depois a veia; *à esquerda*: descolamento do baço da sua loja, secção do ligamento gastro-esplênico e ligadura dos vasos curtos, secção do ligamento esplenocólico.

dentes aliás são de ocorrência freqüente, sobretudo em cirurgia de urgência, onde a pressa para coibir a hemorragia assim como o relaxamento muscular deficiente induzem facilmente a êsses acidentes.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARAUJO, J. T.; SARAIVA, L. G.; JAMRA, M. — Contribuição ao estudo do esplenograma patológico. Rev. Hosp. Clín., 13:85-106, 1958.
2. BRANCO, P. D.; OLIVEIRA, M. R.; BOVE, P.; SPERANZINI, M. B. — O problema da ruptura traumática de baço normal; estudo de 38 casos. Rev. Hosp. Clín., 16:185-201, 1961.
3. CAVALCANTI, J. B. — A síndrome de Banti e seu tratamento cirúrgico pela esplenectomia. Rev. Assoc. med. brasil., 2:15-24, 1955.
4. CHRISTO, M. C. — Esplenectomias parciais regradas. Nota prévia sobre os três primeiros casos operados. Hospital, 56:645-650, 1959.
5. CHRISTO, M. C. — Segmental resections of the spleen. Report on the first eight cases operated on. Hospital, 62:575-590, 1962.
6. COLE, W. H.; MAJARAKIS, J. D.; LIMARZI, L. R. — Surgical aspects of splenic disease. A. M. A. Arch. Surg., 71:33-46, 1955.
7. CORRÊA NETTO, A. — Rotura traumática do baço. Quando se deve praticar a esplenectomia? Gaz. Clin., S. Paulo, 27:28-30, 1929.
8. DAMESHEK, W.; WELCH, C. S. — Hypersplenism and Surgery of the Spleen. Grune & Stratton, New York, 1950.
9. JAMRA, M.; CILLO, D. M.; MAURO, E.; BRAGA, F. V.; VASCONCELOS, E. — Esplenectomias nas anemias hemolíticas. Avaliação dos resultados. Rev. Hosp. Clín., 17:245-256, 1962.
10. JAMRA, M.; VASCONCELOS, E.; MAURO, E.; CILLO, D. M. — Mielose aplástica. Estudo de 25 casos. Resultados da esplenectomia em 15. Rev. Assoc. med. brasil., 1:35-44, 1954.
11. JAMRA, M.; MASPEZ, V.; CILLO, D. M. — Pancitopenias, hipoplasias e aplasias primárias. Conceito e quadro laboratorial. Rev. paul. Med., 59:359, 1961.
12. JAMRA, M.; MILDER, R. V.; VERRASTRO, T. — Tratamento da púrpura trombocitopênica idiopática; efeito do ACTH, de corticosteróides e da esplenectomia; análise de 93 casos. Rev. Hosp. Clín., 17:145-161, 1962.
13. MAURO, E.; VASCONCELOS, E.; JAMRA, M.; CILLO, D. M. — Esplenectomia em hemopatias: resultados em 76 pacientes. Rev. paul. Med., 59:357-358, 1961.
14. MEYERS, C. — Results of treatment in 71 patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. Am. J. Med. Sc., 242:295-302, 1961.
15. OREBAUGH, R.; FREDERICK, A. — Indications for splenectomy. Surgery, 37:858-872, 1955.
16. PAROLARI, J. B. — Segmentação arterial do baço. Folia Clinica et Biologica, 27:161-165, 1957.
17. REEMTSMAN, K.; ELLIOT JR., R. H. E. — Splenectomy in Mediterranean anemia: an evaluation of long-term results. Ann. Surg., 144:999-1007, 1956.
18. SHACKELFORD, R. — Surgery of the Alimentary Tract. Saunders, Philadelphia, 1955.
19. SILVA, L. C. — Estudo da hiperbilirrubinemia pós-anastomose porto-cava em pacientes com esquistossomose hepato-esplênica e cirrose hepática. Tese à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. S. Paulo, 1961.
20. SEDGWICK, E. C.; HUME, H. A. — Elective splenectomy: An analysis of 220 operations. Ann. Surg., 151:163-168, 1960.
21. Symposium on the spleen and blood — The Medical Clinics of North America, 46:306, 1962.
22. TERRY, J. H.; SELF, M.; HORWARD, J. M. — Injuries of the spleen. Surgery, 40:615-639, 1956.
23. VARELA, M. — Hematologia Clínica. Ateneo, Buenos Aires, 1951.
24. ZAPPALÁ, A. — Estudo anatômico da divisão terminal da *a. lienalis*: zonas arteriais do baço. Tese de docência livre à cadeira de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1958.
25. ZERBINI, E. J. — Rotura traumática do baço: etiopatogenia, diagnóstico, tratamento. Rev. Cirurg. S. Paulo, 2:113-128, 1935.
26. ZINNY, J. S.; GANDSAS, M.; KLEIMANS, M.; CARMENA, A. — Esplenectomia. Indicacion en hemopatias. (Anemia hemolitica. Púrpura trombocitopenica. Talassemia). Sociedade de Cirurgia de Buenos Aires (Boletines), 45:321-338, 1961.