Clínica Médica

“FUNÇÕES DO REMANESCENTE ESPLÊNICO”

A idéia de que a esplenectomia subtotal é preferível à total, após trauma, nos casos que isso é tecnicamente possível, se justifica na medida em que o tecido remanescente vai exercer a função esplênica, ao menos em parte. De fato, um baço adicional pode ser identificado em até 75% dos pacientes que se submeteram à esplenectomia por lesão traumática. Conhecido como esplenose, esse fragmento de tecido esplênico é morfológicamente idêntico ao órgão principal e exibe algumas de suas funções¹.

O trabalho publicado neste número da Ramb procura avaliar as repercussões clínicas, hematológicas e imunológicas da cirurgia, através da detecção de alterações na atividade esplênica pela análise do hemograma, linfócitos totais e T ativados, capacidade de remoção de inclusões intraeritrocitárias (*pitting*), dosagem de imunoglobulinas, cintilografia esplênica e incidência de infecções. Essa avaliação é feita graças à

comparação entre um grupo de pacientes submetidos à esplenectomia subtotal, outro totalmente esplenectomizado e um terceiro de indivíduos normais.

A preservação de um fragmento de baço permite que o indivíduo retenha a capacidade de remoção de inclusões eritrocitárias (*pitting*), como vimos no trabalho aqui publicado, embora não esteja provado que garanta a ausência de complicações infecciosas, particularmente por bactérias encapsuladas.

A incidência de sepse fulminante em indivíduos esplenectomizados é comum quando os mesmos são muito jovens, portadores de doença maligna, imunodeprimidos ou nos primeiros dois anos após a cirurgia², ainda que possa ocorrer mais tardiamente. As complicações infecciosas citadas no trabalho publicado são aparentemente comuns nesse tipo de cirurgia pós-trauma, mas os autores não descreveram quais os patógenos isolados, informação que seria útil para indícios da origem e gravidade.

Do mesmo modo que para a dosagem de imunoglobulinas, o emprego de metodologia moderna, como a citometria de fluxo, poderia permitir uma avaliação de linfócitos totais T e B ou T ativados, de

forma rápida e fidedigna, desde que se empregassem anticorpos monoclonais apropriados.

Quanto à leucometria, em geral, há elevação dos leucócitos de maneira transitória e discreta, imediatamente após a esplenectomia e até uma ou duas semanas, sendo inicialmente neutrofilia e depois linfocitose e monocitose. Assim, a comparação entre os dados do grupo I com os do grupo II, e não intragrupo em dois momentos adequados, explica talvez a razão da não detecção dessa alteração. Já a plaquetose pode persistir por semanas a meses, mas em apenas 40% dos pacientes.

Os autores, todavia, conseguiram demonstrar que a esplenectomia parcial permite a manutenção da atividade esplênica, ressaltando a importância dessa opção cirúrgica.

MARIA DE LOURDES L. F. CHAUFFAILLE

Referências

1. Chapman WC, Newman N. In: Win-trobe, Philadelphia: Lea&Febiger; 1999. p.1969.
2. Holsdworth RJ, Irving AD, Cuschieri A. Postsplenectomy sepsis and its mortality rate: actual versus perceived risks. Br J Surg 1991; 78:1031.