

POLO INFERIOR DO BAÇO*Splenic inferior pole*

Alcino Lázaro da SILVA

Professor Emérito da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brazil.

Correspondência:
Alcino Lázaro da SilvaFonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não háRecebido para publicação: 16/01/2014
Aceito para publicação: 09/12/2014

O baço, desde a antiguidade se apresenta como uma víscera pouco conhecida nas suas funções^{1,3}. Concluiu-se que não se conhece todo o seu papel fisiológico, sabe-se que é essencial tanto que há sepse pós-esplenectomia^{4,5}.

Os estudos anatômicos desenvolvidos por Neder, A.M.⁷ e Zapalá, A.²⁶, orientados por DiDio e as disseções anatômicas por Campos Christo², orientado por Resende Alves²², levaram à conclusão de que o baço possui territórios independentes sob o ponto de vista vascular. São cinco. O polo superior é sustentado por parte da membrana frenoesofágica e poucos vasos frênicos e o polo inferior apresenta a membrana esplenogástrica, o seu pedículo setorial e o ligamento esplenocólico. Há, pois, maior integração anatomofuncional do polo inferior no conjunto visceral do hipocôndrio esquerdo abdominal⁶⁻⁸.

Surgiu a oportunidade com um jovem esfaqueado que teve seu baço lesado e obrigou a C.Christo² realizar a primeira esplenectomia parcial (regrada) com sucesso. O fato se difundiu e hoje, baço lesado é baço conservado⁹⁻¹⁴.

Fizemos implantes de fragmentos de baço e experimentalmente todos pegam completamente. Petroianu discutiu comigo, mas não aceitou a sugestão e decidiu investigar o polo superior com trabalhos de excelência¹⁵⁻²¹ quanto à função do remanescente após esplenectomia regrada.

Em contraponto, raciocinando, julgara que o polo inferior oferece condições anatômicas superiores às do polo superior²³⁻²⁵. Sugerimos, então ao Prof. Danilo e equipe que investisse nessa ideia e nessa proposta, o que ocorreu resultando várias publicações.

Por que investimos nessa ideia, ou seja, o polo inferior de baço ter maior importância em manter-se ativo em relação ao superior? Parece-nos intrigante a proposta, porque, anatomicamente, o polo inferior possui como sustentação o seguinte: pedículo esplênico, pedículo setorial específico para ele, ligamento esplenogástrico inferior, ligamento esplenocólico inteiro e é farto em tecido de sustentação e remanescente pequeno da membrana esplenorenal.

Sem querer fazer raciocínio com sofisma, parece-nos que não é absurdo esperar que o polo inferior sustentado por mais ligamentos, há de fazer demanda fisiológica com mais facilidade e até propiciar a formação de um novo pedículo, autônomo, para suprir a necessidade fisiológica de um baço funcionante.

REFERÊNCIAS

1. Balsalobre B, Carbonell-Tatay F. Cellular immunity in splenectomized patients. J Invest Allergol Clin Immunol. 1991 Aug;1(4):235-8.

2. Campos-Christo M. Esplenectomias parciais regradas. O Hospital, 1959; 56 (4): 93-8.
3. Crosby WH. An historical sketch of splenic function and splenectomy. Lymphology. 1983 Jun;16(2):52-5.
4. Greco RS, Alvarez FE. Protection against pneumococcal bacteremia by partial splenectomy. Surg Gynecol Obstet. 1981 Jan;152(1):67-9.
5. Hosea SW, Brown EJ, Hamburger MI, Frank MM. Opsonic requirements for intracellular clearance after splenectomy. N Engl J Med 1981; 304:245-50.
6. Mayo WJ. Principles underlying surgery of the spleen. JAMA, 1910; 54:14-8.
7. NEDER, A.M.: Estudo anatômico sobre as zonas venosas lienais e sua drenagem no homem (tese de doutoramento). Belo Horizonte (MG) : Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais ; 1958
8. Nunes TA, Silva AL. Estudo radiológico da anastomose esplenorenal proximal, através da veia gastro-omental direita, em pacientes portadores de hipertensão porta esquistossomótica. GED. Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, 1995; 14: 257-258
9. Paulo ICAL, Paulo DNS, Lázaro da Silva A, Foletto RM, Colnago GL, Vargas PM. Níveis de lipídeos plasmáticos em ratos submetidos à esplenectomia total, ligadura simultânea dos vasos esplênicos e a esplenectomia subtotal com preservação do pólo inferior. Rev. Col. Bras., 2005; 32(5): 229-36.
10. Paulo DNS, Lázaro da Silva A, Cintra LC., Bof AM, Santiago DC, Ribeiro GB, Esplenectomia subtotal, em cães com preservação do pólo inferior suprido por vasos do ligamento gastroesplênico. Rev. Col. Bras. Cir., 199; 26(3): 147-52.
11. Paulo DNS, Paulo ICAL, Loureiro ER, Fausto EL, Grillo Jr. LSP, Silva AL, Viabilidade do baço de ratos após a ligadura simultânea da artéria e veia esplênica. Rev. Col. Bras. Cir., 2005; 32(1): 32-5
12. Paulo MS, Paulo IC, Nunes TA, Silva AL, Cintra LC, Paulo DN. Effect of hyperbaric oxygen therapy in rats with subtotal splenectomy preserving the inferior pole. Acta Cir. Bras., 2010; 26(3); 156-8.
13. Paulo DN, Paulo IC, Kalil M, Vargas PM, Silva AL, Baptista JF, Guerra AJ. Subtotal splenectomy preserving the lower pole in rats; technical, morphological and functional aspects. Acta Cir. Bras., 2006; 21(5): 321-7.
14. Paulo ICAL, Paulo DNS, Ferrari TA, Azevedo TGV, Silva AL. O pólo inferior do baço de ratos e a oxigenoterapia hiperbárica. Rev. Assoc. Med. Bras., 2008, 54(1): 77-81.
15. Petroianu A, Veloso DFM, Costa GR, Alberti LR. Efeitos de operações sobre o baço no lipidograma de ratas. Rev. Assoc. Med. Bras., 2006; 52(1): 56-9.
16. Petroianu A. Esplenectomia subtotal e anastomose esplenorenal proximal para o tratamento da hipertensão portal. Rev. Bras. Cir., 1983; 73(2): 101-4.
17. Petroianu A. Avaliação da função fagocitária em remanescentes de esplenectomia subtotal e autoimplante autógeno. Rev. Bras. Hematol. Hemoter., 2003; 25(1): 25-30.
18. Petroianu A. Esplenectomia subtotal preservando o pólo superior suprido pelos vasos esplenogástricos. Rev. Col. Bras. Cir., 1994, 21(1): 21-6.
19. Petroianu A, Silva KDA. Esplenectomia subtotal para tratamento do hipodesenvolvimento somático e sexual secundário a esplenomegalia. Rev. Col. Bras. Cir., 2002; (29)4: 209-12.
20. Petroianu A, Veloso DFM, Costa GR, Alberti LR. Efeitos de operações sobre o baço no lipidograma de ratas. Rev. Assoc. Med. Bras., 2006; 52(1): 56-9
21. Petroianu A, Resende V, Silva RG, Alberti LR. Avaliação tardia de pacientes submetidos à esplenectomia subtotal: avaliação clínica, laboratorial, imagiológica e funcional com preservação do pólo superior esplênico. Einstein (São Paulo), 2008; 6(3): 247-52.
22. Resende V, Petroianu A, Subtotal splenectomy for treatment of severe splenic injuries. J. Trauma, 1998; 44(5): 933-5.
23. Saba TM. Physiology and pathophysiology of the reticuloendothelial system. Arch Intern Med. 1970 Dec;126(6):1031-52.
24. Shennib H, Chiu RC, Mulder DS. The effects of splenectomy and splenic implantation on alveolar macrophage function. J Trauma. 1983 Jan;23(1):7-12.
25. Sherman R. Perspectives in management of trauma to the spleen: 1979 presidential address, American Association for the Surgery of Trauma. J Trauma. 1980 Jan;20(1):1-13.
26. Zapalá, A. Estudo anatômico da divisão terminal da artéria lienal: zonas arteriais do baço (tese de livre-docência). Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 1958.