

ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADOR DE ESPLENOMEGALIA POR ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA: RELATO DE DOIS CASOS

Marcel Autran C. Machado, Julio R. Mariano da Rocha, Caio Bove, Paulo Herman e Marcel C.C. Machado.

MACHADO, M.A.C. e col. - Esplenectomia videolaparoscópica em paciente portador de esplenomegalia por esferocitose: Relato de dois casos. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 52(5): 276-278, 1997

RESUMO: Com os recentes avanços tecnológicos e a maior experiência dos cirurgiões com o método laparoscópico, a esplenectomia videolaparoscópica tornou-se factível. Embora esta técnica seja mais comumente empregada na remoção de baços de tamanho normal ou pouco aumentados, a sua utilização em pacientes com esplenomegalia vem sendo tentada com sucesso por alguns autores.

Os autores apresentam dois pacientes portadores de esferocitose hereditária que apresentaram crises hemolíticas com queda acentuada de hematócrito. Desde então fizeram acompanhamento hematológico, tendo sido indicada intervenção cirúrgica para remoção do baço. A ultra-sonografia revelou esplenomegalia acentuada nos dois casos. Como preparo pré-operatório, receberam vacina anti-pneumocócica cerca de um mês antes da operação. Os pacientes foram submetidos a esplenectomia por via videolaparoscópica sem utilização de embolização pré-operatória e sem o uso de grampeadores. Os pacientes não apresentaram complicações no período pós-operatório e receberam alta no segundo e quarto dia de pós-operatório.

Os autores apresentam detalhes técnicos, como a ligadura perdida da artéria esplênica e a remoção do baço sem incisão complementar e discutem as vantagens e indicações desta operação por via laparoscópica.

DESCRITORES: Esplenectomia laparoscopia

Com os recentes avanços tecnológicos e a maior experiência dos cirurgiões com o método laparoscópico, a esplenectomia videolaparoscópica tornou-se factível. Embora esta técnica seja mais comumente empregada na remoção de baços de tamanho normal ou pouco aumentados, a sua utilização em pacientes com esplenomegalia vem sendo tentada com sucesso por alguns autores⁵.

Apresentamos o relato de dois pacientes portadores de esplenomegalia por esferocitose hereditária, tratado por via laparoscópica.

RELATOS DE CASOS

CASO 1 - M.R.M., 23 anos, sexo masculino, portador de esferocitose hereditária. Não apresentava qualquer antecedente cirúrgico. Há dois anos apresentou crise hemolítica com queda de hemoglobina para 4,2 g/dl. Desde então faz acompanhamento hematológico, tendo sido indicada intervenção cirúrgica para remoção do baço. Ao exame físico encontrava-

se em bom estado geral. O exame do abdome mostrou esplenomegalia com baço palpável a 8 cm do rebordo costal esquerdo. Os exames laboratoriais revelaram-se normais com exceção de elevação de bilirrubinas indiretas e discreta anemia (hemoglobina de 11,1 g/dl). A ultra-sonografia revelou esplenomegalia com cerca de seis vezes o tamanho normal. Como preparo pré-operatório, recebeu vacina anti-pneumocócica cerca de um mês antes da operação.

Técnica

Sob anestesia geral, com o paciente em decúbito dorsal horizontal e lateral direita a 30 graus. Realizamos incisão supra-umbilical, colocação de trocarer de 10 mm sob visão direta e instalação de pneumoperitônio. Três outros portos, em flanco esquerdo (12 mm), para-retal

direito (10 mm) e epigástrico (10 mm) foram instalados de acordo com o tamanho e localização do baço. O cirurgião postou-se à direita do paciente, juntamente com o auxiliar que manjava o laparoscópio, enquanto que o outro auxiliar ficou à esquerda do paciente. À inspeção da cavidade, observamos baço aumentado de tamanho sem outras anormalidades. Foi utilizada objetiva de 30 graus, que facilita visualização e dissecação do hilo esplênico.

O procedimento é iniciado com ligadura de vasos do epíplon para acesso à retrocavidade. Em seguida a artéria esplênica é dissecada e a ligadura perdida da mesma é feita junto a borda superior do pâncreas. Neste momento é introduzido um afastador atraumático que traciona o baço contra a parede abdominal expondo o hilo esplênico. A seguir procede-se secção com cautério do ligamento esplenocólico e liberação do polo inferior do baço até o hilo esplênico. O procedimento continua com a ligadura dos

Trabalho realizado no Hospital do SESI e Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas do Hospital das Clínicas - FMUSP.

vasos breves e liberação do polo superior do baço. A esta altura o baço está preso somente pelas suas estruturas vasculares principais. A dissecação cuidadosa com mixer da artéria e veia esplênica é realizada com ligadura intra-corpórea dos mesmos com fio inabsorvível sem a utilização de grampeadores lineares endoscópicos vasculares devido ao calibres dos vasos encontrados. Após liberação posterior do baço junto a parede abdominal, o baço está livre na cavidade. Procede-se a uma revisão da hemostasia e a perda sangüínea é estimada em menos de 50 ml. O baço é então colocado em saco plástico duplo que é fechado e exteriorizado pelo orifício umbilical e aberto. O baço é então cuidadosamente fragmentado e retirado com monitorização contínua através do laparoscópio. A aponeurose é fechada com pontos separados de fio inabsorvível. Inspeção da cavidade mostra-se normal e o procedimento é finalizado com sutura das aponeuroses, pele e curativo. O peso estimado do baço foi de 1000 g.

O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo dieta no primeiro dia e alta no segundo dia de pós-operatório.

CASO 2 - D.A.S., 25 anos, sexo feminino, portador de esferocitose hereditária. Há dois anos apresentou crise hemolítica durante trabalho de parto sendo necessária cesariana e transfusão sangüínea. Desde então faz acompanhamento hematológico, tendo sido indicada intervenção cirúrgica para remoção do baço. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral. O exame do abdome mostrou esplenomegalia com baço palpável a 6 cm do rebordo costal esquerdo. Os exames laboratoriais revelaram-se normais com exceção de elevação de bilirrubinas indiretas e discreta anemia (hemoglobina de 9 g/dl). A ultrasonografia revelou esplenomegalia com cerca de cinco vezes o tamanho

normal. Como preparo pré-operatório, recebeu vacina anti-pneumocócica cerca de um mês antes da operação.

A técnica foi semelhante ao caso 1, no entanto optamos pela remoção do baço através de incisão Pfannenstiel que a paciente apresentava previamente. O baço pesou 800 g. O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo dieta no segundo dia e alta no quarto dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Desde o desenvolvimento da colecistectomia laparoscópica em 1987, houve entusiasmo na aplicação desta técnica mini-invasiva em outras patologias abdominais e torácicas. Em meados de 1991 começaram a surgir relatos de esplenectomia por via laparoscópica^{2,3,4}.

Além do trauma, as principais indicações de esplenectomia são: púrpura trombocitopênica idiopática, anemia auto-imune, púrpura trombocitopênica trombótica, esferocitose hereditária e para estadiamento de Linfoma de Hodgkin⁶. No entanto, os autores têm dado preferência para patologias em que o baço apresenta-se de tamanho normal ou pouco aumentado. Neste sentido, a esplenectomia em pacientes portadores de esferocitose hereditária tem sido menos descrita por via video-laparoscópica pois a maioria destes pacientes apresentarem esplenomegalia, o que dificultaria o procedimento por esta via. No presente relato, apesar da presença de esplenomegalia acentuada, o procedimento foi factível por via laparoscópica. Entretanto, necessitou, por parte da equipe cirúrgica, uma dissecação cuidadosa dos vasos do hilo esplênico, extremamente calibrosos, além de manobras especiais para a colocação do enorme baço dentro de saco plástico.

O preparo pré-operatório é o mesmo para esplenectomias eletivas e por via laparotômica, com a administração de vacina anti-pneumocócica pelo menos

um mês antes da operação⁶. Além disto, como cuidado pré-operatório, há a necessidade da disponibilidade imediata de sangue e de material para cirurgia laparotômica para eventual sangramento durante a esplenectomia video-laparoscópica, que pode ser intenso, principalmente em pacientes portadores de esplenomegalia, como os casos apresentados.

Em relação à técnica operatória, esta é extremamente variável. Alguns preferem o paciente em posição de litotomia, com o cirurgião entre as pernas do mesmo, enquanto outros sugerem a posição supina com o cirurgião situado à direita ou à esquerda do paciente. Existem diferentes combinações de colocação, número e tamanho de trocartes utilizados. Acreditamos que a posição supina com decúbito lateral direito acentuado com ajuda de coxim possibilita melhor exposição e dissecação do hilo esplênico, que ao nosso entender é fundamental para o sucesso desta cirurgia. O número e localização dos trocartes vai depender essencialmente do tamanho do baço e da morfologia do paciente. No entanto, acreditamos que no mínimo quatro trocartes são necessários para a realização da cirurgia com segurança.

Alguns autores recomendam embolização pré-operatória da artéria esplênica para diminuir o risco de sangramento intra-operatório⁵. No entanto, a embolização, que era realizada na véspera, causou dor em seis de dez pacientes, necessitando de uso de analgésico endovenoso. Em dois pacientes, a dor foi descrita como pior que a cirurgia. Em um paciente houve elevação de amilase e em outro houve embolização inadvertida de região hepática. Em alguns casos não evitou o sangramento intra-operatório nem a conversão para laparotomia. Desta maneira, acreditamos que este procedimento, além de potencialmente perigoso, foi inútil em alguns casos. A ligadura perdida da artéria esplênica no bordo superior do

pâncreas, do mesmo modo que fazemos em cirurgia aberta, deve ser realizada de rotina nos pacientes, diminuindo o tamanho do baço e facilitando a sua remoção.

O acesso ao baço pode ser feito inicialmente através do polo inferior ou superior, deixando as estruturas hilares para o final. Diferente dos outros autores, realizamos acesso aos vasos gástricos breves através de dissecação posterior retrogástrica junto ao retroperitônio, abrindo uma janela de tecido conjuntivo frouxo, manobra esta que só é possível por via laparoscópica graças a visão privilegiada do laparoscópio de 30 graus. Com isto pudemos disseccionar e ligar todos os vasos breves com controle anterior e posterior com total segurança sem causar nenhum sangramento.

Para ligadura das estruturas do hilo esplênico, alguns autores utilizam grampeadores lineares vasculares endoscópicos que encurta e facilita este procedimento⁷. Apesar da disponibilidade

de destes grampeadores no nosso meio, estes não foram usados no presente caso por acreditarmos que a sua utilização pode acarretar danos à cauda do pâncreas, e consequentemente fistula pancreática, além do risco de fistulas arteriovenosas e do risco de conversão por sangramento na falha deste instrumental quando aplicados em vasos de grande calibre, como já foi descrito por alguns autores^{5,8}. A utilização de ligaduras individuais é trabalhosa e demorada mas, ao nosso ver, é mais segura. Em vasos de pequeno e médio calibre, o uso de clip e bisturi bipolar são alternativas seguras e factíveis. Todas as ligaduras foram intra-corpóreas.

Finalmente a remoção do baço pode ser feita através de morcelamento eletromecânico, fratura digital ou através de incisões laterais complementares¹. Em todos os casos o baço deve ser colocado em um saco resistente para evitar esplenose. No caso 1, utilizamos um saco duplo com laço para o fechamento

do mesmo. A sua exteriorização foi feita pela incisão umbilical de 12 mm seguido de fratura digital do órgão dentro do saco monitorizado pelo laparoscópio.

Apesar das inúmeras opções de aparelhagem e instrumental laparoscópico, acreditamos que o mais importante na realização da esplenectomia pela via videolaparoscópica é a habilidade e paciência da equipe cirúrgica além de cuidado na seleção e preparo do paciente. A maior parte do tempo gasto durante este procedimento é na dissecação e exposição dos vasos e não na ligadura propriamente dita dos mesmos¹.

A revisão da literatura indica que a esplenectomia por videolaparoscopia é uma realidade. As indicações para esplenectomia são as mesmas da cirurgia aberta, mas a possibilidade de menor tempo de hospitalização e complicações além de retorno precoce ao trabalho, faz deste procedimento uma alternativa atraente para médicos e pacientes.

SUMMARY

MACHADO, M.A.C. et al. - Laparoscopic splenectomy: report of two cases **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, 52(5): 276-278, 1997

We present a case report of laparoscopic

splenectomy in two patients with congenital spherocytosis. A 23-year-old man and a 25-year-old woman with splenomegaly due to congenital spherocytosis underwent laparoscopic splenectomy. Their postoperative course was uncomplicated and they were

discharged on the second and fourth postoperative day, respectively.

DESCRIPTORS: **Splenectomy. laparoscopy.**

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

1. ARREGUI, M.E.; BARTEAU, J. & DAVIS, C.J. - Laparoscopic splenectomy: techniques and indications. *Int. Surg.* 79: 335-41, 1994.
2. CARROLL, B.J.; PHILLIPS, E.H.; SEMEL, C.J.; FALLAS, M. & MORGENTERN, L. - Laparoscopic splenectomy. *Surg. Endosc.* 6: 183-5, 1992.
3. DELAITRE, B. & MAIGNIEN, B. - Splenectomy by the coelioscopic approach. *La Presse Médicale* 20:44, 1991.
4. HASHIZUME, M.; SUGIMACHI, K. & UENO, K. - Laparoscopic splenectomy with an ultrasonic dissector [letter]. *N. Engl. J. Med.* 327: 438, 1992.
5. POULIN, E.; THIBAUT, C.; MAMAZZA, J; GIROTTI, M.; COTE, G. & RENAUD, A. - Laparoscopic splenectomy: clinical experience and the role of preoperative splenic artery embolization. *Surg. Laparosc. Endosc.* 3: 445-50, 1993.
6. ROBLES, A.E.; ANDREWS, H.G. & GARBEROLGIO, C. - Laparoscopic splenectomy: present status and future outlook. *Int. Surg.* 79: 332-4, 1994.
7. THIBAUT, C.; MAMAZZA, J.; LETOURNEAU, R. & POULIN, E. - Laparoscopic splenectomy: operative technique and preliminary report. *Surg. Laparosc. Endosc.* 2: 248-53, 1992.
8. ZORNIG, C.; EMMERMANN, A.; PEIPER, M.; ZSCHABER, R. & BRÖLSCH, CE. - Laparoskopische Splenektomie. *Chirurg.* 64: 314-6, 1993.