Arch Health Invest (2026)15(11): e6897
http://doi.org/10.21270/archi.v15i11.6897

© 2026 - ISSN 2317-3009

Artigo Original

Estudo das Indicações Clínicas de Esplenectomia Eletiva em Pacientes do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian nos Últimos 3 Anos

Study of the Clinical Indications for Elective Splenectomy in Patients at Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian over the Last 3 Years

Estudio de las Indicaciones Clínicas de Esplenectomía Electiva en Pacientes del Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian en los Últimos 3 Años

Giovanna Bruna Carvalho **CALDEIRA**
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP UFMS/ EBSERH)
79080-190 Campo Grande - MS, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-2204-9801

Ronald **REVERDITO**
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP UFMS/ EBSERH)
79080-190 Campo Grande - MS, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5940-7866

João Victor Camargo **CALDEIRA**
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP UFMS/ EBSERH)
79080-190 Campo Grande - MS, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-4338-5735

Resumo

As indicações de esplenectomia eletiva compreendem principalmente doenças hematológicas benignas e malignas, destacando-se a púrpura trombocitopênica imune (PTI) refratária, a anemia hemolítica autoimune, a esferocitose hereditária, as hemoglobinopatias com hiperesplenismo e os linfomas ou leucemias com acometimento esplênico. Apesar da eficácia, a decisão cirúrgica deve ponderar os riscos infecciosos e tromboembólicos pós-operatórios, o que reforça a necessidade de seleção criteriosa dos pacientes. O estudo foi do tipo observacional transversal com a seleção de 11 participantes que foram encaminhados ao serviço de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian com indicação clínica de esplenectomia eletiva nos últimos 3 anos. Foi revisado o prontuário para caracterização do paciente, da condição clínica que resultou na indicação da cirurgia e sobre aspectos do procedimento em si. Após, os dados laboratoriais após 3 meses da cirurgia foram avaliados a resolução da condição de base que resultou na indicação de esplenectomia. As indicações clínicas de esplenectomia eletiva nesse estudo concentram-se predominantemente em doenças hematológicas, com destaque para a púrpura trombocitopênica imune refratária, seguida pelo hiperesplenismo associado a hemoglobinopatias e pela investigação diagnóstica de esplenomegalia de etiologia indefinida. A via de acesso cirúrgica tende a acompanhar o volume esplênico, com baços de maior dimensão sendo preferencialmente operados por via aberta, o que se associa a maior risco de complicações hemorrágicas graves no pós-operatório imediato. A resposta clínica após o procedimento costuma ser favorável nas indicações hematológicas benignas, reforçando a esplenectomia como ferramenta terapêutica relevante quando bem indicada e seletiva

Descritores: Doenças Hematológicas; Esplenectomia; Indicações Terapêuticas.

Abstract

Elective splenectomy indications mainly comprise benign and malignant hematologic diseases, with refractory immune thrombocytopenic purpura (ITP), autoimmune hemolytic anemia, hereditary spherocytosis, hemoglobinopathies with hypersplenism, and lymphomas or leukemias with splenic involvement standing out. Despite its efficacy, the surgical decision must weigh postoperative infectious and thromboembolic risks, reinforcing the need for careful patient selection. The study was a cross-sectional observational study involving the selection of 11 participants who were referred to the digestive surgery department of Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian with a clinical indication for elective splenectomy over the last 3 years. Medical records were reviewed to characterize the patient, the clinical condition that led to the surgical indication, and aspects of the procedure itself. Afterward, laboratory data obtained 3 months after surgery were evaluated to assess resolution of the underlying condition that had led to the splenectomy indication. The clinical indications for elective splenectomy in this study are predominantly concentrated in hematologic diseases, with refractory immune thrombocytopenic purpura standing out, followed by hypersplenism associated with hemoglobinopathies and diagnostic investigation of splenomegaly of undefined etiology. The surgical approach tends to follow spleen volume, with larger spleens preferentially operated on via open surgery, which is associated with a higher risk of severe hemorrhagic complications in the immediate postoperative period. Clinical response after the procedure tends to be favorable for benign hematologic indications, reinforcing splenectomy as a relevant therapeutic tool when well indicated and selectively applied.

Descriptors: Hematologic Diseases; Splenectomy; Therapeutic Uses.

Resumen

Las indicaciones para la esplenectomía electiva abarcan principalmente enfermedades hematológicas benignas y malignas; entre ellas destacan la púrpura trombocitopénica inmune (PTI) refractaria, la anemia hemolítica autoinmune, la esferocitosis hereditaria, las hemoglobinopatías con hiperesplenismo, así como los linfomas o leucemias con afectación esplénica. A pesar de su eficacia, la decisión quirúrgica debe sopesar los riesgos infecciosos y tromboembólicos postoperatorios, lo que subraya la necesidad de una selección rigurosa de los pacientes. Se realizó un estudio observacional transversal que incluyó a 11 participantes, derivados al servicio de cirugía del aparato digestivo del Hospital Universitario Maria Aparecida Pedrossian con indicación clínica de esplenectomía electiva en los últimos 3 años. Se revisaron las historias clínicas para caracterizar a los pacientes, la afección que motivó la indicación quirúrgica y los aspectos propios del procedimiento. Posteriormente, se evaluaron los datos de laboratorio obtenidos 3 meses después de la cirugía para determinar la resolución de la patología de base que dio lugar a la indicación de la esplenectomía. En este estudio, las indicaciones clínicas para la esplenectomía electiva se centran predominantemente en enfermedades hematológicas, destacando la púrpura trombocitopénica inmune refractaria, seguida por el hiperesplenismo asociado a hemoglobinopatías y la investigación diagnóstica de esplenomegalia de etiología indefinida. El abordaje quirúrgico suele depender del volumen esplénico: los bazos de mayor tamaño se operan preferentemente mediante cirugía abierta, lo cual conlleva un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas graves en el postoperatorio inmediato. La respuesta clínica tras el procedimiento suele ser favorable en los casos de patologías hematológicas benignas, lo que reafirma a la esplenectomía como una herramienta terapéutica relevante, siempre que esté bien indicada y se aplique de forma selectiva.

Descriptores: Enfermedades Hematológicas; Esplenectomía; Indicaciones Terapéuticas.

© 2026 - ISSN 2317-3009

INTRODUÇÃO

O baço é um órgão abdominal com função hematológica e imunológica vital, sustentando a imunidade inata e adaptativa e oferecendo proteção contra infecções microbianas[1]. A esplenectomia tem sido realizada desde a década de 1950 para o tratamento de doenças hematológicas, mas, apesar se mostrar efetivo contra as causas de hiperesplenismo, a morbidade devido a complicações graves chegava a 26,6% com a cirurgia aberta. Por esse motivo, a cirurgia minimamente invasiva tem sido amplamente adotada devido aos seus benefícios comprovados, incluindo menor perda sanguínea e dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar e melhor resultado estético. Diversas publicações demonstraram as vantagens dessa abordagem para a remoção do baço, permitindo que a laparoscopia fosse aceita como o padrão ouro para a esplenectomia[2-6].

As indicações para esplenectomia variam amplamente e incluem doenças autoimunes e hemolíticas, linfomas, doenças mieloproliferativas e outras afecções esplênicas[7]. Na PTI, a esplenectomia é uma das principais formas de tratamento. Com o desenvolvimento de novas linhas de tratamento, a esplenectomia passou a ser a terceira ou mesmo a quarta linha de tratamento, depois dos corticosteroides e anti-D, rituximab ou agonistas do receptor de trombopoietina. Para anemias hemolíticas autoimunes, o tratamento de primeira linha é baseado eminentemente em medicamentos. No entanto, em pacientes intolerantes ou refratários a essas terapias ou em casos mais graves (Hb menor ou igual a 7,0 mg/dL, por exemplo), a esplenectomia pode ser indicada como segunda ou terceira linha de tratamento, ainda que sua eficácia não tenha sido comparada a outras alternativas em ensaios clínicos randomizados[8]. A esplenectomia tem sido, há muito tempo, uma ferramenta terapêutica útil no manejo de diversas doenças hematológicas e pode ser utilizada em casos refratários ao tratamento clínico[9-11]. Uma esplenectomia diagnóstica pode ser necessária quando há forte suspeita de malignidade ou para estadiamento da doença. A esplenectomia também pode ser indicada para fins paliativos em casos de hiperesplenismo induzido ou desconforto clínico secundário à esplenomegalia maciça[8]. A incidência atual de esplenectomia eletiva para o tratamento de doenças hematológicas em um serviço cirúrgico médio é baixa, com apenas 6 a 10 casos realizados por ano. A motivação deste estudo é entender sobre a epidemiologia dos pacientes submetidos a esplenectomia eletiva neste serviço, sobre o seguimento pós-operatório e sobre a resolução da condição de base que resultou na indicação cirúrgica do procedimento.

Ainda não há levantamento como esse realizado nesta instituição.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo baseado em revisão de prontuários dos pacientes submetidos a esplenectomia eletiva no período de maio de 2023 a dezembro de 2025 no serviço de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Foi avaliado o seguimento de 3 meses após operação realizado em conjunto com o serviço de hematologia, após análise de prontuários e resultados laboratoriais. O estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS e após assinatura do TCLE pelos participantes.

Foi realizada revisão de prontuários dos pacientes submetidos a esplenectomia eletiva no período no sistema AgHUx. Foram excluídos do presente estudo os pacientes que evoluíram com óbito, pois o seguimento pós-operatório estaria comprometido.

Dados demográficos dos pacientes incluídos neste estudo foram obtidos a fim de correlacionar as possíveis variáveis que estariam envolvidas no perioperatório de esplenectomia no serviço de cirurgia do aparelho digestivo do HUMAP/UFMS. Dentre as variáveis, caracterizou-se o perfil dos pacientes (idade, sexo e tempo de diagnostico ao indicar esplenectomia), o intraoperatório (via de abordagem de esplenectomia, tempo operatório, intercorrências e presença ou não de baço acessório) e acompanhamento pós-operatório (tempo de internação, remissão de doença).

Adicionalmente,foi realizada uma revisão de literatura no banco de dados *Pubmed e Cochrane* com as palavras-chave *splenectomy e Therapeutic indication* com filtro para apenas humanos e limitado aos últimos 10 anos. Foram encontrados 407 artigos para leitura dos resumos, dos quais 26 foram selecionados.

O projeto, tal como o financiamento, ainda que mínimo, de toda a pesquisa, tem por total responsabilidade do pesquisador, o que não ocasionou custos à instituição.

RESULTADOS

- *Casuística*

Foram incluídos 10 pacientes submetidos a esplenectomia eletiva no serviço de cirurgia do aparelho digestivo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian entre maio de 2023 e dezembro de 2025, cinco do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A idade mediana foi de 25,5 anos (16 a 68 anos; média de 32,6 anos, desvio-padrão de 18,1). Nove pacientes foram classificados como ASA II e um como ASA III. As características individuais estão apresentadas na Tabela 1.

© 2026 - ISSN 2317-3009

Um paciente operado no período não foi incluído, conforme o critério de exclusão previsto no protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que retira da análise os pacientes que evoluíram a óbito durante a internação, uma vez que a avaliação da resolução da indicação exige seguimento de três meses.

- *Indicações cirúrgicas*

A púrpura trombocitopênica imune (PTI) refratária foi a indicação em cinco pacientes (50%), o hiperesplenismo associado a doença hematológica de base em três (30%) e a investigação diagnóstica de esplenomegalia em dois (20%).

Nos cinco casos de PTI, a contagem plaquetária pré-operatória mediana foi de 21.000/mm³ (3.000 a 70.000) e o intervalo mediano entre o diagnóstico e a cirurgia foi de 37,5 meses (4,5 a 156,7). Todos haviam recebido corticoterapia; quatro receberam imunoglobulina intravenosa, três azatioprina e um eltrombopague. Dois pacientes foram operados com contagem plaquetária acima de 50.000/mm³ (70.000 e 50.000), ambos por sangramento recorrente com duas internações prévias e resposta apenas parcial a corticoide e imunoglobulina.

Os três casos de hiperesplenismo corresponderam a beta-talassemia minor com hemoglobinopatia C, anemia hemolítica em paciente com cirrose hepática e talassemia HbS-beta+. As duas esplenectomias diagnósticas foram realizadas em pacientes com esplenomegalia e investigação hematológica prévia não conclusiva.

- *Avaliação de imagem*

Todos os pacientes foram avaliados por tomografia computadorizada. O índice esplênico, calculado pelo produto dos três maiores diâmetros, constava do laudo em oito dos dez casos e estava ausente em dois. Os valores variaram de 454 a 12.260. Na via aberta o índice mediano foi de 2.160 (820,3 a 12.260) e na videolaparoscopia de 550 (454 a 733), sem sobreposição entre os dois grupos. O maior baço da série mediu 34,4 cm no maior eixo craniocaudal, com peso estimado por tomografia de 7.490 g. Nenhuma peça cirúrgica foi pesada.

- *Técnica cirúrgica e tempo operatório*

Cinco procedimentos foram realizados por videolaparoscopia e cinco por via aberta, sem conversões. Nos casos videolaparoscópicos utilizou-se decúbito lateral direito, pneumoperitônio pelo ponto de Palmer, selante bipolar avançado em três casos e energia ultrassônica em dois, clipes metálicos para hemostasia complementar nos cinco casos e retirada da peça em saco estéril por incisão de Pfannenstiel. Nos casos abertos utilizou-se decúbito dorsal, incisão mediana xifopúbica em quatro e incisão de Chevron em um, com pinça bipolar convencional nos cinco e sem uso de clipes. Não foi identificado baço acessório em nenhum caso.

O tempo operatório mediano foi de 150 minutos (81 a 204). Na videolaparoscopia foi de 120 minutos (81 a 180; média de 130,2) e na via aberta de 150 minutos (120 a 204; média de 160,8).

- *Complicações*

Três pacientes (30%) apresentaram complicação pós-operatória, um no grupo videolaparoscópico (20% do subgrupo) e dois no grupo de via aberta (40% do subgrupo).

No grupo videolaparoscópico, um paciente apresentou hematoma de ferida operatória em sítio de trocarte, de manejo conservador, classificado como Clavien-Dindo I.

Os dois pacientes do grupo de via aberta apresentaram sangramento no pós-operatório imediato com necessidade de reabordagem cirúrgica no dia seguinte à operação, ambos classificados como Clavien-Dindo IIIb e ambos com internação em unidade de terapia intensiva. No primeiro, com índice esplênico de 12.260, a hemoglobina caiu de 5,9 g/dL no pré-operatório para 4,2 g/dL antes da reabordagem e recuperou-se para 7,9 g/dL no primeiro dia de pós-operatório da reabordagem; o sangramento foi atribuído a porejamento difuso em área de hemostasia prévia, manejado com pontos hemostáticos e tamponamento com compressas, e o paciente recebeu quatro concentrados de hemácias, quatro unidades de plasma fresco congelado e sete unidades de plaquetas. No segundo, com índice esplênico de 2.568, houve sangramento de vasos esplênicos, com hemoglobina de 10,4 g/dL no pré-operatório e 8,4 g/dL no primeiro dia após a reabordagem, tendo recebido quatro concentrados de hemácias, duas unidades de plasma e sete unidades de plaquetas.

Nos oito pacientes sem sangramento, os concentrados de hemácias constavam do sistema como prescrição de reserva e não foram administrados.

Não houve infecção de sítio cirúrgico, readmissão em 30 dias ou óbito entre os pacientes incluídos. Trombose de veia porta ou esplênica não foi investigada por imagem em nenhum caso.

- *Tempo de internação*

O tempo total de internação foi mediano de 6 dias (2 a 38) e o tempo de internação pós-operatória foi mediano de 3 dias (1 a 13). Por via de acesso, a internação total foi de 3 dias (2 a 15) na videolaparoscopia e de 7 dias (5 a 38) na via aberta, e a internação pós-operatória foi de 2 dias (1 a 3) e de 4 dias (3 a 13), respectivamente. A permanência pré-operatória mediana foi de 1 dia, com quatro pacientes aguardando entre 7 e 25 dias até a cirurgia.

- *Profilaxia perioperatória*

© 2026 - ISSN 2317-3009

Todos os dez pacientes receberam tromboprofilaxia farmacológica. Havia registro de vacinação contra pneumococo, meningococo e Haemophilus influenzae B em nove prontuários, mas a data de aplicação constava em apenas quatro. Entre esses, dois pacientes foram vacinados antes da cirurgia, com 17 e 102 dias de antecedência, e dois foram vacinados após o procedimento, com 20 e 24 dias de intervalo. Nos demais, o registro consistia apenas na anotação de vacinação em dia durante consulta ambulatorial.

- *Desfecho aos três meses*

Nos cinco pacientes com PTI houve resposta completa segundo os critérios do International Working Group[12], com contagem plaquetária mediana de 342.000/mm³ (131.000 a 427.000), todas acima de 100.000/mm³ e na ausência de sangramento.

Nas duas esplenectomias diagnósticas a peça definiu o diagnóstico: linfoma de células T maduras em um caso e linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B no outro. O subtipo do linfoma de células T não foi determinado, uma vez que o paciente não retornou ao seguimento oncológico.

Nos três casos de hiperesplenismo, a hemoglobina passou de 10,4 para 11,0 g/dL, de 7,2 para 9,0 g/dL e de 9,1 para 10,9 g/dL. A contagem plaquetária subiu de 235.000 para 562.000/mm³ e de 141.000 para 403.000/mm³ em dois pacientes e caiu de 164.000 para 131.000/mm³ no paciente com cirrose hepática, mantendo-se nesse patamar. Nenhum paciente necessitou de transfusão durante o seguimento.

Tabela 1. Características individuais dos dez pacientes submetidos a esplenectomia eletiva

Paciente 1	
Idade	16
Sexo	F
Indicação	PTI refratária
Via	Videolaparoscópica
Índice Esplênico	NR
Tempo Cirúrgico (minutos)	81
Clavien-Dindo	I
Internação pós-operatória (dias)	1
Diagnóstico Final	PTI
Desfecho aos 3 meses	Resposta Completa (IWG)
Paciente 2	
Idade	25
Sexo	M
Indicação	Diagnóstica
Via	Aberta
Índice Esplênico	12.260
Tempo Cirúrgico (minutos)	204
Clavien-Dindo	IIIb
Internação pós-operatória (dias)	13
Diagnóstico Final	Linfoma de células T maduras (subtipo não determinado)
Desfecho aos 3 meses	Diagnóstico definido pela peça
Paciente 3	
Idade	25
Sexo	M
Indicação	Hiperesplenismo
Via	Aberta
Índice Esplênico	258
Tempo Cirúrgico (minutos)	120
Clavien-Dindo	IIIb
Internação pós-operatória (dias)	6
Diagnóstico Final	Hemoglobinopatia C com beta-talassemia minor
Desfecho aos 3 meses	Hb 10,4 para 11,0 g/dL; plaquetas 235.000 para 562.000

NR: não registrado. Índice esplênico calculado pelo produto dos três maiores diâmetros à tomografia computadorizada. Nenhuma conversão para via aberta e nenhum baço acessório identificado. Nenhum óbito entre os pacientes (Fonte: Dados da Pesquisa)

Tabela 1 (continuação). Características individuais dos dez pacientes submetidos a esplenectomia eletiva

Paciente 4	
Idade	19
Sexo	M
Indicação	PTI refratária
Via	Videolaparoscópica
Índice Esplênico	550
Tempo Cirúrgico (minutos)	120
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	3
Diagnóstico Final	PTI
Desfecho aos 3 meses	Resposta Completa (IWG)
Paciente 5	
Idade	61
Sexo	F
Indicação	PTI refratária
Via	Videolaparoscópica
Índice Esplênico	454
Tempo Cirúrgico (minutos)	90
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	3
Diagnóstico Final	PTI
Desfecho aos 3 meses	Resposta Completa (IWG)
Paciente 6	
Idade	33
Sexo	F
Indicação	Hiperesplenismo
Via	Aberta
Índice Esplênico	2160
Tempo Cirúrgico (minutos)	180
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	4
Diagnóstico Final	Anemia hemolítica com cirrose hepática
Desfecho aos 3 meses	Hb 7,2 para 9,0 g/dL; plaquetas 164.000 para 131.000
Paciente 7	
Idade	36
Sexo	M
Indicação	PTI refratária
Via	Videolaparoscópica
Índice Esplênico	733
Tempo Cirúrgico (minutos)	180
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	2
Diagnóstico Final	PTI
Desfecho aos 3 meses	Resposta Completa (IWG)
Paciente 8	
Idade	17
Sexo	F
Indicação	PTI refratária
Via	Videolaparoscópica
Índice Esplênico	NR
Tempo Cirúrgico (minutos)	180
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	2
Diagnóstico Final	PTI
Desfecho aos 3 meses	Resposta Completa (IWG)
Paciente 9	
Idade	26
Sexo	F
Indicação	Hiperesplenismo
Via	Aberta
Índice Esplênico	1722
Tempo Cirúrgico (minutos)	150
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	4
Diagnóstico Final	Talassemia HbS-beta+
Desfecho aos 3 meses	Hb 9,1 para 10,9 g/dL; plaquetas 141.000 para 403.000
Paciente 10	
Idade	68
Sexo	M
Indicação	Diagnóstica
Via	Aberta
Índice Esplênico	820,3
Tempo Cirúrgico (minutos)	150
Clavien-Dindo	Sem Complicação
Internação pós-operatória (dias)	3
Diagnóstico Final	Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B
Desfecho aos 3 meses	Diagnóstico definido pela peça

NR: não registrado. Índice esplênico calculado pelo produto dos três maiores diâmetros à tomografia computadorizada. Nenhuma conversão para via aberta e nenhum baço acessório identificado. Nenhum óbito entre os pacientes (Fonte: Dados da Pesquisa)

DISCUSSÃO

- *Perfil das indicações*

Metade das esplenectomias desta série foi

© 2026 - ISSN 2317-3009

indicada por PTI refratária. A diretriz da American Society of Hematology de 2019[13] sugere rituximabe em vez de esplenectomia para adultos com PTI de pelo menos três meses corticodependentes ou não responsivos, e agonistas do receptor de trombopoetina em vez de rituximabe pela maior durabilidade da resposta, além de recomendar que a esplenectomia seja adiada por pelo menos um ano após o diagnóstico, pela possibilidade de remissão espontânea. Nos cinco casos desta série o intervalo mediano entre o diagnóstico e a cirurgia foi de 37,5 meses, e apenas um paciente foi operado antes de completar um ano de doença documentada, embora esse paciente já estivesse em acompanhamento em outro serviço por tempo não registrado em prontuário. Um único paciente havia recebido agonista do receptor de trombopoetina antes da cirurgia.

Dois pacientes foram operados com contagem plaquetária de 70.000 e 50.000/mm³, acima do limiar habitualmente associado à indicação cirúrgica. A justificativa registrada foi sangramento recorrente com duas internações prévias e resposta apenas parcial a corticoide e imunoglobulina, situação em que a mesma diretriz explicita que a escolha da segunda linha depende da frequência de episódios hemorrágicos e da necessidade de medicação de resgate, e não de um valor plaquetário fixo[13].

- *Resposta na púrpura trombocitopênica imune*

A resposta completa em cinco de cinco pacientes aos três meses é compatível com o desempenho relatado para a esplenectomia nessa indicação, mas o intervalo de observação não permite comparação com as séries que avaliam durabilidade. Chater et al.[14], comparando esplenectomia e rituximabe como segunda linha em 96 pacientes, relataram taxas de resposta completa no 30º mês de 75,7% após esplenectomia aberta e de 89,7% após esplenectomia laparoscópica, contra 30% no grupo tratado com rituximabe. O desfecho aqui apresentado corresponde a resposta inicial, e não a remissão sustentada.

- *Esplenectomia diagnóstica*

Nos dois pacientes operados para elucidação diagnóstica a peça definiu o diagnóstico, em ambos uma neoplasia linfoide. Um desses pacientes apresentava índice esplênico de 820, o menor entre os operados por via aberta, o que indica que a escolha da via nesse caso não foi determinada pelo volume esplênico, mas pela suspeita de malignidade e pela necessidade de peça íntegra para avaliação histopatológica. A perda de seguimento oncológico de um dos dois pacientes impediu a caracterização do subtipo do linfoma de células T.

- *Hiperesplenismo em hemoglobinopatias*

Os três pacientes operados por hiperesplenismo apresentaram elevação da hemoglobina e ausência de necessidade transfusional no seguimento, mas o benefício foi heterogêneo. O paciente com cirrose hepática associada à anemia hemolítica teve elevação da hemoglobina de 7,2 para 9,0 g/dL acompanhada de queda plaquetária de 164.000 para 131.000/mm³, o que impede classificar o caso como resolução completa do hiperesplenismo e levanta a hipótese de contribuição da hipertensão portal para a esplenomegalia, não avaliada neste estudo.

A indicação seletiva adotada é coerente com as recomendações vigentes[15]. A revisão Cochrane sobre esplenectomia em talassemia identificou apenas um ensaio randomizado, com 28 participantes, que comparava as vias de acesso e não a cirurgia ao tratamento conservador, de modo que não existe evidência randomizada sobre a eficácia da esplenectomia nessa população[16]. O documento de harmonização de prática do European Society for Blood and Marrow Transplantation recomenda não realizar esplenectomia de rotina na talassemia dependente de transfusão, reservando-a a pacientes com esplenomegalia clinicamente significativa, definida por baço palpável a 5 a 7 cm do rebordo costal, hiperesplenismo comprovado ou necessidade transfusional superior a 200 mL/kg por ano apesar de terapia otimizada[17].

- *Via de acesso e volume esplênico*

A distribuição dos índices esplênicos separou completamente os dois grupos: os cinco maiores baços foram operados por via aberta e os três menores com índice registrado foram operados por videolaparoscopia. Esse padrão indica que a via de acesso não foi atribuída de forma independente do quadro clínico, e sim escolhida em função do volume esplênico e da suspeita diagnóstica. Qualquer diferença de desfecho entre os grupos desta série carrega, portanto, viés de indicação, e não pode ser lida como efeito da técnica.

Com essa ressalva, os achados acompanham a direção descrita na literatura. Em análise de 1.781 esplenectomias do banco de dados do American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program, a via laparoscópica associou-se a menor mortalidade em 30 dias (razão de chances de 0,39), menos complicações respiratórias (0,46), de ferida operatória (0,37) e sepse (0,52), além de internação mais curta e menor necessidade de transfusão intraoperatória[18].

Metanálise que reuniu estudos sobre esplenomegalia encontrou redução média de 3,3 dias no tempo de internação com a via laparoscópica em 12 estudos[129].

Em baços de grande volume, no entanto, a vantagem da laparoscopia deixa de ser consistente. Shin e colaboradores, revendo 491 esplenectomias

© 2026 - ISSN 2317-3009

eletivas, encontraram tempo operatório significativamente maior com a via laparoscópica tanto na esplenomegalia moderada (178 contra 107 minutos) quanto na maciça (171 contra 112 minutos), e taxa de readmissão mais alta no grupo laparoscópico entre os baços maciços (27% contra 6%), sem vantagem nos demais desfechos perioperatórios[20]. Casaccia et al.[21], em 175 esplenectomias, descreveram resultado oposto no subgrupo de baços maciços, com menor perda sanguínea (278 ± 302 contra 575 ± 583 mL) e internação mais curta (6 ± 3 contra 9 ± 4 dias) na laparoscopia, ao custo de tempo operatório maior (143 ± 31 contra 112 ± 40 minutos)[14]. Nesta série o tempo operatório mediano foi maior na via aberta, 150 contra 120 minutos, o que difere dos dois estudos citados e provavelmente reflete a complexidade dos baços operados por essa via, e não a técnica em si.

- *Complicações hemorrágicas*

As duas complicações graves ocorreram em pacientes com índices esplênicos de 12.260 e 2.568, ambos operados por via aberta, e ambas exigiram reabordagem no primeiro dia de pós-operatório. A queda de hemoglobina de 5,9 para 4,2 g/dL no primeiro caso ilustra a gravidade do quadro em um paciente que já chegava à cirurgia com anemia importante e classificação ASA III.

Esses desfechos são compatíveis com o risco descrito para a esplenomegalia volumosa. Taner et al.[22], em 222 esplenectomias por esplenomegalia maciça, relataram taxa de complicações de 20%, com hemorragia em 9% e trombose venosa portal em 9,9%, e mortalidade em 30 dias de 1,8%, identificando a necessidade transfusional pré-operatória como o principal fator associado a menor sobrevida. A frequência de trombose portal nesse estudo é relevante para a presente série, uma vez que nenhum paciente foi submetido a investigação de imagem para esse desfecho, o que impede afirmar que não tenha ocorrido.

- *Profilaxia peri-operatória*

A tromboprofilaxia farmacológica foi administrada a todos os pacientes. O registro de vacinação, por outro lado, mostrou falhas de documentação e de momento de aplicação. A orientação para esplenectomia eletiva é que as vacinas contra pneumococo, meningococo e Haemophilus influenzae b sejam aplicadas 14 dias antes do procedimento[23]. Dos quatro pacientes com data documentada, dois foram vacinados após a cirurgia, com 20 e 24 dias de intervalo, e nos demais a informação registrada em prontuário não permitiu verificar o cumprimento do prazo. Trata-se de um achado de processo assistencial passível de correção com a padronização do registro pré-operatório.

- *Limitações*

O estudo é retrospectivo, baseado em revisão de prontuário, e inclui dez pacientes, o que impede teste de significância estatística e restringe a análise à descrição. A via de acesso não foi atribuída de forma independente do volume esplênico e da indicação, de modo que a comparação entre os grupos está sujeita a viés de indicação. O seguimento de três meses avalia resposta inicial e não durabilidade. Houve dados ausentes: o índice esplênico não constava do laudo em dois pacientes, nenhuma peça cirúrgica foi pesada, a data da vacinação estava documentada em apenas quatro prontuários e o subtipo do linfoma de células T não foi determinado por perda de seguimento. A exclusão dos pacientes que evoluíram a óbito durante a internação, prevista no protocolo, impede estimar a mortalidade peri-operatória do serviço. A trombose de veia porta não foi pesquisada em nenhum caso.

CONCLUSÃO

Nesta série de dez esplenectomias eletivas, a PTI refratária foi a indicação mais frequente, com resposta completa nos cinco pacientes aos três meses, e as duas esplenectomias diagnósticas definiram o diagnóstico histopatológico. A via de acesso acompanhou o volume esplênico, com separação completa entre os índices esplênicos dos dois grupos, e as duas complicações hemorrágicas graves ocorreram nos baços de maior volume operados por via aberta. A resposta clínica após o procedimento costuma ser favorável nas indicações hematológicas benignas, reforçando a esplenectomia como ferramenta terapêutica relevante quando bem indicada e seletiva

REFERÊNCIAS

1. Dan CA, Sima LV, Dan RG, Ioniță I, Crețu OM, Brează GM, Sima AC, Ioniță C. The Current Role and Relevance of a Splenectomy in Immune Thrombocytopenic Purpura Patients-A Single-Center Experience. Medicina (Kaunas). 2025;61(4):578.
2. Baz C, Pozza G, Di Pangrazio M, Toti F, Dreifuss NH, Cubisino A, et al. Robotic surgery: extending the minimally invasive approach in patients with splenomegaly. A case report. J Surg Case Rep. 2023;2023(6):rjad325.
3. Meng M, Choi PJK, Pydi R, Farkas DT. Evaluating the Effectiveness of Laparoscopic Removal of an Accessory Spleen After a Failed Splenectomy for Immune Thrombocytopenia. Cureus. 2024;16(7):e65876.
4. Baldari L, Boni L, Giuliani B, Cassinotti E. Porto-spleno-mesenteric venous thrombosis after elective splenectomy: a retrospective cohort study. Front Immunol. 2023;14:1216283.
5. Tivadar BM, Minciună CE, Coriu D, Coliţă A, Vasilescu C. The Decline of Open, Laparoscopic,

© 2026 - ISSN 2317-3009

and Robotic Splenectomies: A Single Center Experience. Chirurgia (Bucur). 2024;119(2):184-190.
6. Zhu QL, Wu W. Comparison of clinical efficacy of laparoscopic splenectomy versus open splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2021;100(4):e24436.
7. Fernández-Ananin S, Novelli S, Cambeiro Cabré L, Vila Riera C, Ballester Vàzquez E, Julià Verdaguer E, et al. Elective splenectomy for hematological diseases: a vanishing indication. Surg Endosc. 2024;38(11):6332-6337.
8. Rabinovich E, Pradhan K, Islam I, Davido HT, Gali R, Muscarella P, et al. Splenomegaly and Response to Splenectomy in Immune Thrombocytopenia. J Clin Med. 2024;13(13):3712.
9. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Anemia Hemolítica Autoimune. Relatório de Recomendação. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/relatorio-preliminar-pcdt-anemia-hemolitica-autoimune-cp51>.
10. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Portaria Conjunta no. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt br/midias/protocolos/pcdt_purpuratrombocitopenicaidiopatica.pdf>.
11. Zoletto S, Pizzi M, De Crescenzo A, Friziero A, D'Amore F, Carli G, et al. Predictors of Splenectomy Response in Immune Thrombocytopenia: A Multicentric Italian Study. J Clin Med. 2024;14(1):30.
12. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. Blood. 2009;113(11):2386-93.
13. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, Buchanan G, Cines DB, Cooper N, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019;3(23):3829-66.
14. Chater C, Terriou L, Duhamel A, Launay D, Chambon JP, Pruvot FR, et al. Reemergence of splenectomy for ITP second-line treatment? Ann Surg. 2016;264(5):772-7.
15. Alkhelaiwy L, Fatani JA, Alhamoud I, Chaballout A. Immune Thrombocytopenia After COVID-19 Vaccine Requiring Splenectomy: A Case Report and Review of the Literature. Cureus. 2024;16(2):e53955.
16. Sharma A, Easow Mathew M, Puri L. Splenectomy for people with thalassaemia major or intermedia. Cochrane Database Syst Rev. 2019;9:CD010517.
17. Essa M, Algeri M, Alzahrani M, et al. Conditioning regimen for hematopoietic cell transplant in transfusion dependent thalassemia: recommendations from the EBMT practice harmonisation and guidelines committee. Bone Marrow Transplant. 2026.
18. Musallam KM, Khalife M, Sfeir PM, et al. Postoperative outcomes after laparoscopic splenectomy compared with open splenectomy. Ann Surg. 2013;257(6):1116-23.
19. Rodríguez-Luna MR, Balagué C, Fernández-Ananín S, Vilallonga R, Targarona Soler EM. Outcomes of laparoscopic splenectomy for treatment of splenomegaly: a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2021;45(2):465-79.
20. Shin RD, Lis R, Levergood NR, et al. Laparoscopic versus open splenectomy for splenomegaly: the verdict is unclear. Surg Endosc. 2019.
21. Casaccia M, Sormani MP, Palombo D, Dellepiane C, Ibatici A. Laparoscopic splenectomy versus open splenectomy in massive and giant spleens: should we update the 2008 EAES guidelines? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2019;29(3):178-81.
22. Taner T, Nagorney DM, Tefferi A, Habermann TM, Harmsen WS, Slettedahl SW, et al. Splenectomy for massive splenomegaly: long-term results and risks for mortality. Ann Surg. 2013;258(6):1034-9.
23. Sociedade Brasileira de Infectologia. Imunização de pacientes esplenectomizados não imunossuprimidos. Disponível em: https://infectologia.org.br

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Giovanna Bruna Carvalho Caldeira
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(HUMAP UFMS/ EBSERH)
79080-190 Campo Grande - MS, Brasil
giovannacarvalh@gmail.com

Submetido em 10/10/2026
Aceito em 10/11/2026