Apresentação incomum de ruptura esplênica

An unusual presentation of splenic rupture

Cristina Forneck[1], Cinthia Duarte Felice[1], Cíntia Franceschini Susin[1], Marta Pires da Rocha[2], Roberto Lemos[3], Cristiano Devenci Vendrame[4]

RESUMO

Em vítimas de trauma abdominal fechado, o baço é o órgão mais comumente afetado, o mais susceptível a lesões graves, e está associado com significante morbidade e mortalidade. Permanece muita controvérsia no diagnóstico e tratamento da lesão esplênica. O diagnóstico deve ser baseado na clínica e exames de imagem, como tomografia (TC) e ultrassonografia (US) de abdome ou até mesmo suspeitado através de lavado peritoneal diagnóstico. As lesões esplênicas são classificadas anatomicamente pela Organ Injury Scaling Committee of the American Association for the Surgery of Trauma. O grau da lesão, assim como a situação clínica do paciente, influenciam ativamente na decisão por tratamento cirúrgico ou não. Apresenta-se o relato de caso de uma paciente com diagnóstico de ruptura esplênica por causa incomum, com tratamento e seguimento em nossa instituição.

UNITERMOS: Trauma, Baço, Cirurgia.

ABSTRACT

In victims of closed abdominal trauma, the spleen is the most commonly affected organ, the most susceptible to serious injury, and this is associated with significant morbidity and mortality. There remains much controversy in the diagnosis and treatment of splenic injury. The diagnosis must be based on clinical and imaging studies such as computed tomography (CT) and ultrasonography (US) scans or even suspected by diagnostic peritoneal lavage. The splenic injuries are anatomically classified by the Organ Injury Scaling Committee of the American Association for the Surgery of Trauma. The degree of injury and the situation of the patient actively influence the treatment decision. Here we report the case of a female patient with splenic rupture due to an unusual cause, with treatment and follow up at our institution.

KEYWORDS: *Trauma, Spleen, Surgery.*

INTRODUÇÃO

O baço, maior órgão linfoide do organismo, está localizado no hipocôndrio esquerdo. Varia de volume conforme a idade, o estado nutricional, imunológico e diante do aumento da pressão portal, sendo que, no adulto, pesa aproximadamente 150 gramas.

Embora bem protegido pelo gradil costal, o baço é o órgão lesado com maior frequência quando o hipocôndrio esquerdo é acometido por fortes contusões, podendo levar a hemorragia intraperitoneal intensa e choque. O exame clínico pode variar de um crítico choque hemorrágico descompensado à normalidade.

Cuidado observacional em unidade de terapia intensiva por 72 horas minimizará morbidade e mortalidade associada com trauma esplênico fechado em adultos (1).

O tratamento é dividido em conservador ou cirúrgico e esse último inclui a esplenectomia e a esplenorrafia. Caso a esplenectomia seja necessária, o maior risco pós-operatório consiste no desenvolvimento de Infecção Fulminante Pós-Esplenectomia (IFPE).

[1] Acadêmica de Medicina (12º semestre) – UFSM.
[2] Patologista. Professora da Disciplina de Patologia da UFSM.
[3] Cirurgião Geral. Preceptor da Residência de Cirurgia Geral da UFSM-HUSM.
[4] Médico. Residente do 2º ano de Cirurgia Geral UFSM-HUSM.

51202_miolo_106.indd 169 14/07/2011 14:26:23

O prognóstico pós-esplenectomia é bom, porém, é necessário que seja realizado imunoprofilaxia específica e uma reeducação do paciente.

RELATO DE CASO

MGMD, feminina, 39 anos, procedente de Tupanciretã, previamente hígida, vem encaminhada da cidade de origem por instabilidade hemodinâmica e chega ao Pronto-Atendimento do HUSM hipotensa (PA 70/50 mmHg), taquicárdica (FC 136 bpm), com importante palidez cutânea e de mucosas e com peritonismo, fazendo uso há três dias de ceftriaxona dissódica e amicacina devido à história de disúria e dor lombar à esquerda há 2 semanas. Uma semana antes de chegar ao nosso serviço, a paciente passara a apresentar febre (até 39ºC) e três dias antes, dor abdominal difusa, oligúria, hipotensão, descoramento de mucosas, náuseas e vômitos.

- Exames laboratoriais da chegada: Hb 3,9; Htc 12,2%; VCM 90,3; Plaq 226.000 (Leucograma não infeccioso); Creatinina 1,3; TP 58,7%; TTP 33,5 (padrão 25). Função hepática e Gasometria arterial sem alterações. Teste de gravidez (TIG) negativo.
- US de abdome: grande quantidade de líquido livre na cavidade abdominal (sangue?).
- A paciente recebeu 4 UI de CHAD e foi levada para laparotomia.
- Laparotomia exploradora: Esplenectomia (baço de tamanho normal com ruptura total e sangramento venoso e arterial junto ao pedículo).
- No dia seguinte, a paciente recebeu mais uma UI de CHAD e também recebeu uma UI de Plasma. Evoluiu com Hb 9,8; Htc 30,2%.
- Considerou-se a hipótese de ruptura esplênica espontânea, pois a paciente negava veementemente história de trauma. Foi então iniciada investigação para TB e linfoma: fez-se raio-X de tórax, o qual apresentou-se sem alterações. Discutido caso com serviço de Pneumologia, o qual orientou a não provocar escarro para pesquisa de BAAR na paciente, pois a mesma não apresentava clínica compatível com tuberculose.
- Novo laboratorial: Hb 11,3 e Htc 34,2.
- A paciente manteve-se afebril durante a internação e apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar após 6 dias da chegada nesse serviço.
- Laudo anatomo-patológico: ausência de neoplasia na amostra; ausência de processo inflamatório granulomatoso; parênquima esplênico sem alterações morfológicas diagnósticas; laceração esplênica (Figura 1).
- Laudo imunohistoquímico: CD 3 (DAKO, P) positivo no compartimento T; CD 20 (DAKO, M,, L26) positivo no compartimento B; CD 79 alfa (DAKO, M, JCB, 117) positivo no compartimento B. Conclusão: ausência de neoplasia na amostra (Figura 2).

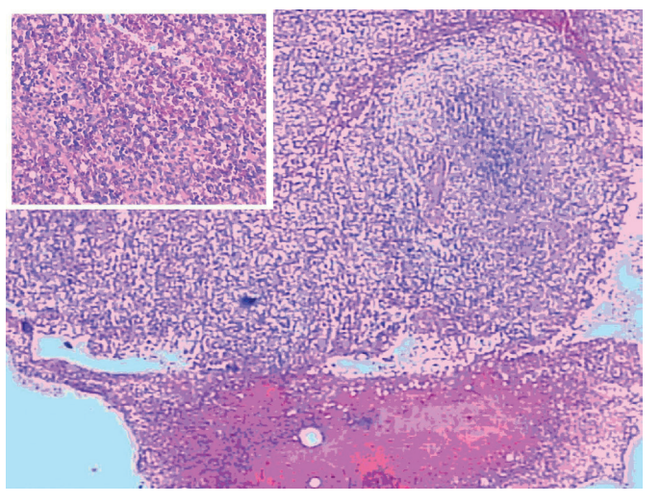


FIGURA 1 – Área de laceração com coágulo hemático evidenciando a preservação do parênquima. Em destaque: área hemorrágica

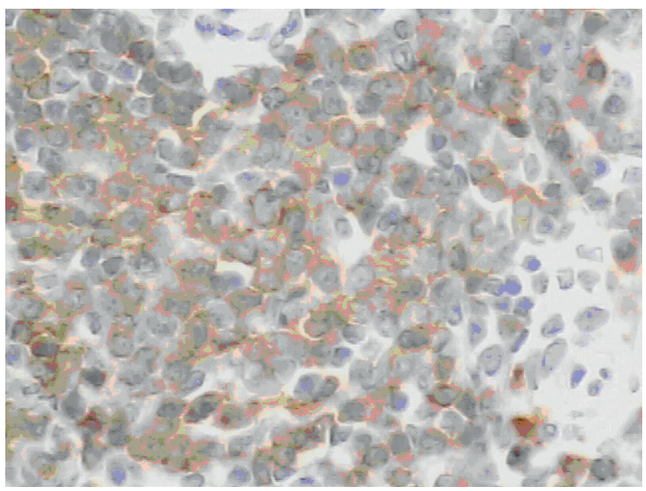


FIGURA 2 – Pela imunohistoquímica, preservação do componente B. Marcadores CD79alfa

Após uma investigação mais detalhada dos dias que antecederam o trauma, a paciente relatou ter efetuado a limpeza manual de um freezer horizontal, quando manteve-se debruçada sobre a borda do mesmo por um longo período justamente na região do hipocôndrio direito vindo, em seguida, a levantar-se bruscamente quando sentiu uma dor na região.

DISCUSSÃO

O trauma abdominal fechado acomete, predominantemente, o baço, o fígado e o retroperitônio. A ruptura esplênica costuma ocorrer após trauma contuso de forte impacto na região do hipocôndrio esquerdo, porém, já foram descritos casos de ruptura espontânea e/ou secundária a outras patologias, como tuberculose.

51202_miolo_106.indd 170 14/07/2011 14:26:24

O paciente vítima de ruptura esplênica, como já dito anteriormente, pode apresentar-se em choque hipovolêmico ou até mesmo sem qualquer alteração nos critérios clínicos. A paciente do caso citado encontrava-se em choque hipovolêmico no momento da chegada.

O diagnóstico nesses casos se faz combinando aspectos clínicos com resultados de exames de imagem como, por exemplo a TC (o paciente necessita estar estável hemodinamicamente) e a US (Figura 3), método utilizado no caso relatado, o qual apresenta sensibilidade isolada para o diagnóstico de hemoperitônio tão alta quanto 91 e 94% (2, 3). Em função dos recessos anatômicos e da ação da gravidade, o líquido livre intraperitonial acumula-se, preferencialmente, na pelve, no espaço de Morison (espaço compreendido entre o fígado e o rim direito, que se comunica, cranialmente, com o espaço peri-hepático e, caudalmente, com a goteira parietocólica direita), topografia peri-hepática e periesplênica e ao longo das goteiras parietocólicas, mais à direita (4).

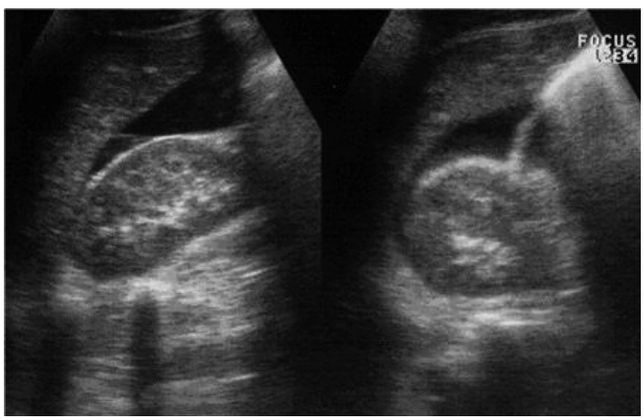


FIGURA 3 – Ultrassom, mostrando líquido (sangue) coletado no espaço de Morison (seta) em paciente com trauma esplênico, visto como coleção anecoica

O Comitê da *Organ Injury Scaling* (OIS) foi criado em 1987 dentro da Associação Americana de Cirurgia do Trauma para classificar o estadiamento e atualizar periodicamente os graus de lesões dos diversos órgãos. Sua classificação tem sido aceita mundialmente, estabelece cinco graus de lesões em ordem crescente de gravidade:

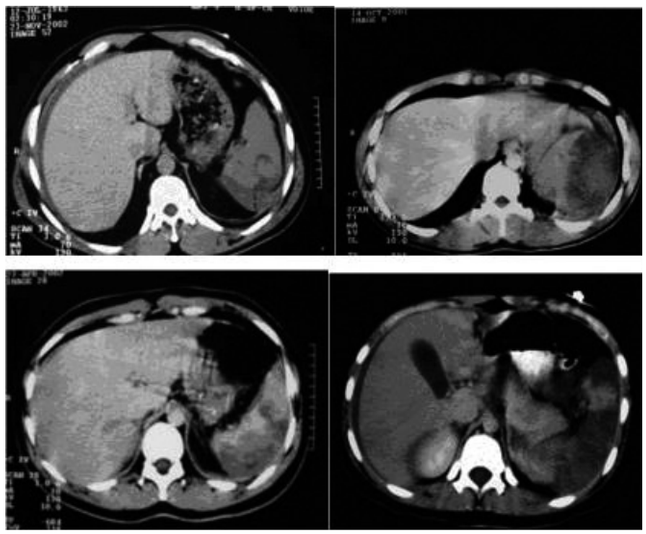


FIGURA 4 – Exemplos de trauma esplênico. A) Lesão grau II – Laceração do parênquima menor que 3 cm; B) Lesão grau III – hematoma subcapsular > 50%. C) Lesão grau IV – desvascularização > 25% do parênquima. D) Lesão grau V – baço multifragmentado

A Figura 4 mostra os vários graus de estadiamento das lesões esplênicas na TC de abdome.

As opções de tratamento dividem-se em conservadoras e cirúrgicas. Em 1952, os estudos de King e Schumacker comprovaram a maior incidência de infecção em pacientes esplenectomizados (5). A septicemia fulminante, potencialmente fatal, é mais comum em indivíduos asplênicos. Os agentes etiológicos mais frequentemente encontrados nas IFPE são as bactérias encapsuladas – *Streptococcus pneumoniae* (50% a 90% de todas as infecções e 60% dos casos fatais), *Haemophilus influenzae* tipo B e *Neisseria meningitidis*. SINGER (6) citou esses três patógenos como responsáveis por 73% de todas IFPE. Em pacientes com lesão esplênica oriunda de trauma, diversas alternativas para preservar a função do baço passaram a ser desenvolvidas. A partir da constatação de regeneração morfológica e funcional de implantes espontâneos de baço (esplenose), o autoimplante esplênico heterotópico tem sido empregado por alguns grupos com o intuito de preservar tecido esplênico. Existe também o tecido esplênico localizado fora da cápsula esplênica – o

TABELA – Escala de Lesão de Órgãos da Associação Americana de Cirurgia do Trauma
Lesão Esplênica

	Hematoma	Laceração
Grau I	Subcapsular, área de superfície <10%	Ruptura capsular com profundidade no parênquima < 1cm
Grau II	Subcapsular, área de superfície entre 10 e 50%, diâmetro < 5cm	Profundidade do parênquima entre 1 - 3cm, sem envolvimento de vasos parenquimatosos
Grau III	Subcapsular, área de superfície > 50% ou progressivo Hematoma intraparenquimatoso > 5cm	Profundidade > 3cm ou envolvendo vasos
Grau IV		Laceração de vasos hilares ou segmentares com desvascularização > 25% do baço
Grau V		Baço multifragmentado Avulsão do hilo que desvasculariza o baço

51202_miolo_106.indd 171 14/07/2011 14:26:24

baço acessório, que é uma entidade comum, ocorrendo em aproximadamente 10% da população geral, mas Arnoletti e col. o demonstraram em 13% dos casos e Musser e col. o acharam em 19% (7, 8, 9). Quando a esplenectomia é de causa traumática, o mesmo deve ser preservado. Os critérios utilizados para selecionar os pacientes para a conduta conservadora não operatória incluem a reposição volêmica mínima, ausência de significante traumatismo cranioencefálico, ausência de lesões intra-abdominais concomitantes, idade menor que 55 anos e ausência de outras lesões que possam influenciar a hemorragia ou requerer intervenção cirúrgica (11). No caso descrito, a paciente necessitou ser levada à cirurgia devido à sua importante instabilidade hemodinâmica.

Pacientes submetidos à cirurgia antes de 12 horas da admissão hospitalar geralmente são considerados como tratamento cirúrgico, enquanto que pacientes submetidos à cirurgia depois de 12 horas ou mais da admissão são considerados como falha do tratamento conservador (11).

Uma revisão retrospectiva foi publicada em 2000 com análise de 1.488 pacientes com lesão esplênica. Trinta e oito por cento foram manejadas com cirurgia. O restante foi manejado conservadoramente. A taxa de falha no tratamento conservador foi de 10,8%. De acordo com o grau da lesão, as taxas de falhas foram de 4,8% no grau I, 9,5% no grau II, 16,9% no grau III, 33,3% no grau IV e 75% no grau V (12).

É necessário lembrar da importância da imunoprofilaxia para os germes encapsulados como *Streptococos pneumonie*, *Haemophilus influenza* tipo B e *Neisseria meningitidis*, além do tratamento precoce com antibióticos nestes indivíduos esplenectomizados a qualquer sinal de infecção (13).

Além disso, os pacientes devem ser encorajados a alertar o profissional de saúde, incluindo dentistas, a respeito de seu estado asplênico ou hiposplênico (14). Aqueles pacientes submetidos a esplenectomias em regime de urgência devem ser vacinados logo após a cirurgia ou após 14 dias, parecendo haver melhor resposta quando a vacinação não é retardada (14, 15) Todo paciente asplênico ou hiposplênico deve ser reimunizado com vacina pneumocócica a cada 5 a 10 anos (14).

COMENTÁRIOS FINAIS

Dessa forma, conclui-se que, no caso relatado, a paciente apresentava-se com sinais de peritonismo e em franco choque hipovolêmico negando história de trauma abdominal de forte intensidade sendo que também não foram encontrados hematomas e/ou outras lesões na região que pudessem confrontá-la. Devido a esses fatores complicantes, a hipótese aventada fora de ruptura de gestação ectópica e a paciente foi levada ao Centro Obstétrico onde lá evidenciou-se pelo US abdominal a presença de hemoperitônio. Porém, a hipótese inicial fora descartada pela presença do Beta-HCG negativo. Foi então conduzida ao Centro Cirúrgico e submetida a laparotomia, a qual possibilitou a visualização da ruptura esplênica sendo, então, realizada esplenectomia. A paciente evoluiu satisfatoriamente recebendo alta hospitalar após 6 dias de internação. Antes de deixar o hospital, a paciente realizou a imunoprofilaxia indicada nesses casos. O retorno ambulatorial ocorreu após 2 semanas quando a paciente mostrou-se assintomática recebendo, dessa forma, alta ambulatorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bianchi JD, Collin GR. Management of splenic trauma at a rural, Level I trauma center. Am Surg. 1997;63(6):490-5.
2. Nordenhalz KE, Rubin MA, Gularte GG, Liang HK. Ultrasound in the evaluation and managment of blunt abdominal trauma. Ann Emerg Med. 1997;29:357-366.
3. Boulanger BR, Mclellan BA, Brenneman FD, Wherrett L, Rizoli Sb, Culhane J, Hamilton P. Emergent abdominal sonography as a screening test in a new diagnostic algorithm for blunt trauma. J Trauma. 1996;40:867-874.
4. Federle MP, Jeffrey Jr RB. Hemoperitoneum studied by computed tomography. Radiology. 1983: 148:187-192.
5. Marques RG, Petroianu A. Infecção fulminante pós-esplenectomia. Arq Gastroenterol. 2003;40(1):47-54.
6. Singer D. Postsplenectomy sepsis. Perspect Pediatr Pathol. 1973;1:285-311.
7. Musser G, Lazar G, Hogking W, Busutil RW. Splenectomy for hematologic disease. Ann Surg. 1984;200:40-5.
8. Barawi M, Bekal P, Gress F. Accessory spleen: a potential cause of misdiagnosis at EUS. Gastrointestinal Endoscopy. 2000;52(6):1-3.
9. Phom H, Dasan JB, Kashyap R, Malhotra A, Choudhry VP, Bal CS. Detection of multiple accessory spleens in a patient with chronic idiopathic thrombocytopenia purpura. Clin Nucl Med. 2001;26(7):593-5
10. Sartorelli KH, Frumiento C, Rogers FB, Osler TM. Nonoperative management of hepatic, splenic, and renal injuries in adults with multiple injuries. J Trauma. 2000;49:56-62.
11. Hurtuk M, Reed RL, Esposito TJ, Davis KA, Luchette FA. Trauma surgeons practice what they preach: the NTDB story on solid organ injury management. J Trauma. 2006;61:243-55.
12. Peitzman AB, Heil B, Rivera L. Blunt splenic injury in adults: multi institutional study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J Trauma. 2000;29:177-89.
13. **Marques RG, Petroianu A, Oliveira MBN, Bernardo Filho M.** Importância da preservação de tecido esplênico para a fagocitose bacteriana. Acta Cir Bras [serial online] 2002 Nov-Dez;17(6). Disponível em URL:http://www.scielo.br/acb.
14. Sumaraju V, Smith LG, Smith SM. Infectious complications in asplenic hosts. Infect Dis Clin North Am. 2001;15:551-65.
15. Davies JM. The prevention and treatment of infection in patients with an absent or dysfunctional spleen. Updated guideline. British Committee for Standards in Haematology. Br Med J. 2001;312:430-4.

✉ Endereço para correspondência
Cristina Forneck
Rua Pedro Schneider, 332
95890-000 – Teutônia, RS – Brasil
☎ (51) 3762-1118 / (51) 9661-5971
cristinaforneck@hotmail.com

Recebido: 24/2/2010 – Aprovado: 21/3/2010

51202_miolo_106.indd 172 14/07/2011 14:26:24