

Ruptura espontânea do baço sem etiologia aparente: relato de caso

Spontaneous splenic rupture without clear etiology: case report

André Teixeira Souza¹, Diogo Mendes França¹, Lucas Lage Marinho¹, Mateus de Castro Marchini¹, Ralph Brito Damaceno¹, Ramon Antônio Corrêa Oliveira¹, Tadeu Gontijo Araújo Teixeira¹, Walter Junior Lopes dos Santos¹.

¹Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG - Brasil.

RESUMO

Relato de ruptura espontânea de baço em homem de 30 anos de idade, sem etiologia aparente, em que a hemotransfusão e a esplenectomia resultaram em restabelecimento.

Palavras-chave: Baço; Ruptura Esplênica; Ruptura Espontânea; Esplenectomia.

ABSTRACT

This is a case report of a male adult patient (30 years old), who developed spontaneous splenic rupture without clear etiology. Was necessary hemotransfusion and splenectomy.

Key words: Spleen; Rupture, Spontaneous; Splenic Rupture; Splenectomy.

INTRODUÇÃO

A ruptura espontânea do baço (REB) é mais comumente diagnosticada no traumatismo abdominal ou tóraco-abdominal.¹ Foi primeiramente descrita por Edward Atkinson, em 1874², constituindo-se em entidade rara, de difícil diagnóstico, mortalidade em torno de 20%, principalmente devido ao retardo do diagnóstico e da terapêutica.³

Parece ocorrer em baço previamente lesado ou após trauma não diagnosticado.^{4,5}

A esplenectomia é o tratamento de escolha na maioria dos casos, sendo o tratamento conservador a ser estabelecido em alguns casos infecciosos específicos.^{3,4}

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 30 anos de idade, admitido no Pronto-Atendimento do Hospital da Unimed, Belo Horizonte, às 20.35 h (D0), com dor epigástrica intensa há um dia, de início súbito, contínua, com piora progressiva e ventilatório-dependente. Negava vômitos, diarreia, febre, uso de medicamentos. História de nefrolitíase prévia. O abdome estava rígido à palpação (em tábua).

A avaliação laboratorial inicial revelou os seguintes espécimes clínicos: a) urina: exame sumário normal; b) sangue: hemoglobina 11,1 g/dL, hematócrito 31,3%, hemácias 3,81 milhões/mL, leucócitos - global 1.1460/mL sem desvios, plaquetas 276.000/mL, amilase 42 U/L, lipase 23 U/L, PCR 4,2 mg/L; c) eletrocardiograma: normal; d) endoscopia digestiva alta: esôfago e duodeno endoscopicamente normais

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG - Brasil

Endereço para correspondência:
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica.
Av. Professor Alfredo Balena 190, sala 246
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG - Brasil.
CEP: 30130-100
E-mail: marcelomedile@yahoo.com.br

e gastrite endoscópica enantematosa de grau leve; e) Radiografia simples do abdome: normal.

A avaliação seguinte anotou abdome plano, com defesa voluntária difusa, pouco doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Foram indicadas observação e realização de ultrassonografia (US) abdominal total, que sugeriu baço levemente aumentado, globoso, com contornos regulares e normoecogênico.

A avaliação inicial era incompatível com os resultados laboratoriais, o que incitou a realização de tomografia computadorizada (TC) de abdome, ressaltando esplenomegalia e nefrolitíase à esquerda, baço com densidade homogênea, contornos e dimensões aumentadas e ausência de líquidos livres em cavidades pleurais e peritoneal (Figura 1).

O paciente foi reavaliado na manhã do dia seguinte da admissão hospitalar, exibindo melhora significativa da dor após uso de sintomáticos. A nova avaliação de hemograma revelou: hemoglobina: 9,4 g/dL, hematócrito: 27,0%, hemácias: 3,27 milhões/mL, leucócitos 6390/mL sem desvios, plaquetas 182.000/mL, PCR 17,3 mg/L. Foi valorizada a redução de 2 g/dL em oito horas dos valores da hemoglobina, sem sangramento evidente, o que determinou a indicação de laparoscopia para esclarecimento diagnóstico.

O procedimento foi realizado sem intercorrências, exame absolutamente normal, com exceção de esplenomegalia moderada, sem sangramento intra-abdominal.

O paciente evoluía bem no primeiro dia após a laparoscopia (D2), sendo solicitado novo hemograma, que revelou: hemoglobina: 6,1 g/dL, hematócrito: 18,1%, hemácias: 2,2 milhões/mL, leucócitos 9.730/mL sem desvios, plaquetas 104.000/mL. Foi realizada, então, transfusão de 600 mL de concentrado de hemácias.

A dúvida diagnóstica e a manutenção de redução progressiva dos índices hematimétricos determinaram a realização de angiotomografia de abdome, que apurou ausência de sinais de doença vascular, esplenomegalia volumosa (cerca de 1.500 cm³) com sinais de hematoma (Figura 2). O ionograma e função hepática estavam normais, exceto bilirrubina total de 2,2 mg/dL e indireta de 1,4 mg/dL.

Foi indicada laparotomia exploradora, realizada no dia seguinte (D3), sendo visualizado volumoso

hematoma esplênico; e restante da cavidade sem alterações. Realizada esplenectomia, sem complicações.



Figura 1 - TC evidenciando esplenomegalia e nefrolitíase à esquerda, baço com densidade homogênea, contornos e dimensões aumentadas



Figura 2 - Angio TC de abdome sem sinais de doença vascular, esplenomegalia volumosa (cerca de 1.500 cm³) com sinais de hematoma.

O exame anatomopatológico salientou macroscopicamente: baço de 845 g, cápsula lisa e vascularizada, cortes com extensas zonas de hemorragia e microscopicamente: hemorragia formando massa subcapsular.

Foi encaminhado ao CTI, evoluiu bem, com melhora dos parâmetros hematimétricos, sem queixas, em uso de antibioticoprofilaxia e alta hospitalar em sete dias.

DISCUSSÃO

A REB é incomum e provavelmente subdiagnosticada na ausência de trauma.⁵ A sintomatologia associada é inespecífica e caracterizada, em geral, por dor abdominal no quadrante superior esquerdo^{6,7}, podendo irradiar-se para o ombro esquerdo.⁷

Suas principais causas, em ordem decrescente de frequência, são: infecciosa (30%), especialmente mononucleose infecciosa e malária; hematológica (27%), especialmente leucemias e linfomas; tumoral (11%); doenças digestivas (10%); de origem reumatológica (4%) e outras (15%).³

Os principais fatores de risco são: idade acima de 40 anos, sexo masculino, esplenomegalia, tratamento cirúrgico prévio e mais de um dos fatores etiológicos já citados.^{3,4}

O tratamento, em até 85% dos casos, é a esplenectomia. A abordagem conservadora restringe-se à etiologia infecciosa em jovens e hemodinamicamente estáveis.^{3,8}

O presente relato apresenta série de diagnósticos diferenciais prováveis que foram excluídos ao longo da investigação, destacando-se: perfuração de úlcera péptica⁵, pancreatite aguda, nefrolitíase, diverticulite, gravidez ectópica, isquemia miocárdica, pneumonia e tromboembolismo pulmonar.⁹ Os exames laboratoriais e de imagem descartaram essas urgências mais prevalentes. A REB foi diagnosticada em fase avançada, já com o paciente instável, característica comum na condução desses casos.^{3-7,9}

CONCLUSÃO

A REB, apesar de se tratar de entidade rara, não deve ser subestimada, pois seu diagnóstico tardio resulta em alta taxa de mortalidade. Seu diagnóstico requer ampla investigação, a fim de esclarecer a sua etiologia subjacente.

REFERÊNCIAS

1. Cassar K, Munro A. Clinical review: Iatrogenic splenic injury. *J R Coll Surg Edinb.* 2002; 47:731-41.
2. Atkinson E. Death from idiopathic rupture of the spleen. *BMJ.* 1874; 2:403-4.
3. Kianmanesh R, Aguirre HI, Enjaume F, *et al.* Ruptures non traumatiques de la rate: trois nouveaux cas et revue de la littérature. *Ann Chir.* 2003 Jun; 128(5):303-9.
4. Rebzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candidas D. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg.* 2009 Oct; 96(10):1114-21.
5. Debnath D, Valerio D. A traumatic rupture of the spleen in adults. *J R Coll Surg Edinb.* 2002; 47(1):437-45.
6. Navalpotro MA, Del Noga-Sáez F, Suárez-Sáiz J. Hematoma subcapsular esplênico grado III espontáneo. *Med Intensiva.* 2011; 35:265. DOI: 10.1016/j.medin.2010.03.009.
7. Mackenzie KA, Soiza RL. Spontaneous splenic rupture mimicking pneumonia: a case report. *Cases J.* 2008; 1:35. Doi 10.1186/1757-1626-1-35.
8. Stephenson JT, DuBois JJ. Nonoperative management of spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis: a case report and review of the literature. *Pediatrics.* 2007 Aug; 120(2):432-5.
9. Fahel E, Rocha PR Savassi. Abdome agudo não-traumático. *Rio de Janeiro: Medbook; 2008. 749p.*