

RELATO DE CASO

ROTURA ESPLÊNICA ATRAUMÁTICA SECUNDÁRIA A PANCREATITE AGUDA

AFONSO NONATO GOES FERNANDES^{1*}; ISABELA FRANCO FREIRE²; JOÃO PEDRO TARGINO SILVA²; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA³; ANDRÉ NUNES BENEVIDES⁴..

1 – Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza.

2 – Acadêmica de Medicina da Universidade de Fortaleza

3 – Residente de Cirurgia Geral do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo.

4 – Preceptor da Residência de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 27/03/2024

Artigo aceito em: 24/08/2024

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: afonsongf1@gmail.com

RESUMO

A rotura esplênica atraumática (REA) se refere a uma condição clínica rara, podendo ser decorrente de múltiplas e variadas etiologias. De modo geral, esta condição con-siste em um processo de rotura/ruptura do tecido esplênico de modo espontâneo, sem que haja um fator traumático externo identificável ou referido na história clínica. Nes-te relato objetivamos apresentar o caso de um paciente do sexo masculino, 41 anos, internado em unidade de pronto atendimento por dor abdominal no andar superior do abdome, de forte intensidade, associado a náuseas e vômitos, hiporexia de início re-cente. Paciente evoluiu com sinais de choque circulatório, sendo abordado por laparo-tomia exploradora e identificado hemoperitônio e sinais de ruptura esplênica.

Palavras-chave: Esplenectomia; Cirurgia Geral; Doenças Raras.

ABSTRACT

Atraumatic splenic rupture (ASR) is a rare clinical condition that can be caused by multiple and varied aetiologies. In general, this condition consists of a process of spontaneous rupture of the splenic tissue, without any identifiable external traumatic factor or mention in the clinical history. The aim of this report is to present the case of a 41-year-old male patient admitted to the emergency department with severe upper abdominal pain, associated with nausea and vomiting, and hyporexia of recent onset. The patient evolved with signs of circulatory shock and was approached by exploratory laparo-tomy, where haemoperitoneum and signs of splenic rupture were identified.

Keywords: Splenectomy; General Surgery; Rare Diseases.

INTRODUÇÃO

A rotura esplênica atraumática (REA) se refere a uma condição clínica rara, podendo ser decorrente de múltiplas e variadas etiologias. De modo geral, esta condição consiste em um processo de rotura/ruptura do tecido esplênico de modo espontâneo, sem que haja um fator traumático externo identificável ou referido na história clínica. Todas as porções do baço estão susceptíveis, podendo afetar o parênquima propriamente dito, a cápsula do órgão ou os vasos associados a ele.⁽¹⁾

Na literatura, diversos mecanismos relacionados à ocorrência da rotura foram descritos: esplenomegalia, infartos esplênicos prévios, coagulopatias, presença de infiltrações tumorais, entre outros. Todas estas condições favorecem uma fragilidade estrutural na arquitetura do órgão. Tal qual as roturas podem ser completas ou parciais, as apresentações clínicas podem variar desde quadros que cursam com sangramentos de pequena monta praticamente sem comprometimento hemodinâmico até choque hemorrágico grave e refratário. Não há diferença entre os sintomas relatados ou identificados quando comparado a ruptura secundário à trauma ou REA.⁽¹⁻³⁾

Devido a precariedade de informações na história clínica, o ato de diagnosticar esta entidade, torna-se extremamente difícil. Geralmente, a REA ocorre de forma subjacente a uma outra patologia que já acomete o indivíduo. Dentre as doenças mais associadas à ocorrência da rotura estão citadas infecções (30% dos casos), doenças neoplásicas e hematológicas (16 a 30%), patologias digestivas (10%) e causas reumatológicas ou variadas representam as outras possíveis afecções^(1,4-6). Considerando as patologias abdominais e digestivas que mantêm associações com REA, encontram-se pancreatite aguda e crônica, câncer pancreático, cirrose hepática, hipertensão portal, aneurisma de artéria esplênica e doença de Crohn.⁽¹⁾

No que se refere à associação da pancreatite com a rotura esplênica, cabe ressaltar a proximidade anatômica dos órgãos. Devido a essa relação, processos inflamatórios que acometem o corpo e a cauda do pâncreas podem estender-se ao hilo esplênico, de modo a afetar as estruturas adjacentes.⁽⁷⁻¹¹⁾ Entretanto, não se tem ainda uma definição precisa dos mecanismos que levam à REA

no contexto de pancreatite. Discute-se que o processo pode ocorrer por algumas consequências desse processo inflamatório, tais como: erosão esplênica direta causada por pseudocistos pancreáticos, por acometimento metastático, por extravasamento de enzimas, adesões periesplênicas devido a inflamações recorrentes (em caso de pancreatite crônica) e por congestão esplênica devido a congestão secundária ao acometimento vascular.^(7,9-13)

Este trabalho objetiva relatar um caso de REA após pancreatite aguda, requerendo tratamento cirúrgico para controle do quadro.

RELATO

Paciente, sexo masculino, 41 anos, internado em unidade de pronto atendimento por dor abdominal no andar superior do abdome, de forte intensidade, associado a náuseas e vômitos, hiporexia de início recente. Negava história de trauma, infecções recentes, febre ou comorbidades prévias. No exame físico, identificado dor abdominal a palpação, porém sem peritonismo claro ao toque e sinais vitais estáveis, com frequência cardíaca tendendo a taquicardia. Realizada analgesia e solicitado exames laboratoriais: Hb 12,0, amilase 299, lipase 292, bilirrubina totais 1,56.

Com este resultado, paciente foi transferido para hospital secundário para tratamento. Pouco tempo após a transferência, evoluiu com piora importante da dor abdominal, hipotensão, sudorese e taquicardia. Não exteriorizava sangramentos, apresentando laboratório dois dias após admissão com Hb 6.2.

Com esta mudança no quadro, optado pela realização de exame de imagem complementar com tomografia de abdome e peve (TC) sem contraste em caráter de urgência. À TC (figura 1): volumosa coleção heterogênea com zonas hiperdensas, inferindo conteúdo hemático agudo, situada em região subfrênica esquerda, determinando compressão extrínseca sobre o corpo/fundo gástricos, deslocando anteriormente com volume estimado 1132 ml. Indefinição do baço, notando-se heterogeneidade em sua loja, com amplo contato com a coleção hemática supracitada, além de conteúdo hemático e líquido em continuidade estendendo-se para o sulco paracólico esquerdo.



Figura 01 – Imagem tomográfica evidenciando ruptura esplênica e líquido livre na cavidade.

Indicada laparotomia exploratória com achados de hemoperitônio (cerca de 2-3l), hematoma encapsulado contendo grande quantidade de coágulos entre face medial do baço e parede posterior do estômago, rechaçando a mesma cápsula do hematoma com íntimo contato entre estômago, omento maior, pâncreas e mesocólon transverso, presença de lesão de cápsula do baço em polo superior de sua face medial, sem aparente necrose pancreática ou lesões peritoneais típicas de pancreatite aguda. Foi realizado esplenectomia com aposição de dreno tubo-laminar em retrocavidade.

Paciente evolui durante internação com melhora do quadro clínico, estabilidade hemodinâmica e ascensão de hemoglobina, com aceitação de dieta via oral e dreno tubo-laminar com drenagem de conteúdo sero-hemático. Optado pela alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Existem diversas complicações relacionadas ao quadro de pancreatite aguda, dentre as adversidades com baixa prevalência, está a rotura esplênica, a qual possui diagnóstico desafiador atraumática devido à ausência de sinais e sintomatologia específica. Tal complicação se apresenta de forma mais evidente na pancreatite crônica, na qual a rotura é decorrente da erosão enzimática de pseudocistos ou da degradação de forma direta do parênquima esplênico ^(7,9,10).

No que se refere à ruptura esplênica secundária a pancreatite aguda, como o caso deste estudo, alguns trabalhos revelam a ocorrência de trombose de veia esplênica, aderência periesplênica e/ou inflamação de tecido pancreático ectópico, o que correlaciona a localização anatômica do pâncreas com o baço, visto que há proximidade da cauda pancreática e o hilo esplênico, colaborando também para a ocorrência de complicações como infarto esplênico, hemorragia intra-esplênica e subcapsular. Ainda, grande parte desses casos ocorrem em homens que fazem uso abusivo de álcool, pacientes com cálculos biliares e/ou na presença de hipertrigliceridemia ⁽⁵⁻⁷⁾. Em nosso caso o paciente estava em acordo com a epidemiologia esperada.

Nesse contexto, é importante salientar que para utilizar o termo ruptura esplênica espontâneo alguns critérios devem ser preenchidos: 1) realizar anamnese pré e pós-operatória para saber sobre a ocorrência de trauma ou atividade física não usual que possa ter lesado o baço previamente; 2) não deve haver evidência de doença em órgãos conhecidos por afetar o baço adversamente; 3) não deve haver evidência de aderências ou cicatrizes no baço que possam sugerir que esse foi traumatizado ou rompido anteriormente; 4) o baço deve ser normal tanto macroscopicamente quanto microscopicamente ⁽¹⁴⁾.

Embora os sinais e sintomas sejam inespecíficos, a presença de hipotensão, sudorese, taquicardia e anemia aguda como descritos neste relato de caso, assim como o aparecimento de dor em hipocôndrio esquerdo e dor referida no ombro ipsilateral auxiliam no diagnóstico diferencial envolvendo a ruptura esplênica ⁽¹⁵⁾. Nesse contexto, exames de imagem são úteis para avaliação da cavidade abdominal do paciente, como a tomografia computadorizada (TC) realizada na condução deste evento clínico, a qual pode evidenciar complicações esplênicas, a exemplo do conteúdo hemático visualizado na região subfrênica, a obtenção desse exame de forma contrastada é conveniente, haja vista que deve ser obtido a diferenciação de densidade entre o parênquima do baço e o hematoma. Além disso, a ressonância magnética é capaz de demonstrar detalhes dos tecidos moles e prejuízos vasculares, porém não foi realizada no paciente em questão devido à instabilidade hemodinâmica presente no choque hemorrágico ^(7,15).

O manejo terapêutico da ruptura esplênica possui diversas vertentes, dentre as principais, há uma abordagem mais conservadora nos casos de pacientes hemodinamicamente estáveis, como a embolização arterial e a drenagem percutânea, necessitando dessa forma um acompanhamento mais rigoroso com ultrassonografia ou TC em série ⁽¹⁵⁾. Outra forma de tratamento é a intervenção cirúrgica com esplenectomia, foi a modalidade terapêutica escolhida para o paciente deste caso, podendo variar entre retirada do baço ou pancreatoesplenectomia distal, sendo a alternativa mais indicada para paciente com instabilidade hemodinâmica. No que se refere as causas de rotura esplênica sem história de trauma recente, a associação com pancreatite aguda tem uma incidência de aproximadamente 20% das causas, sendo este um diagnóstico com baixa incidência, porém com evidência em literatura.

CONCLUSÃO

A rotura esplênica atraumática que ocorre em associação a um quadro de pancreatite aguda ou crônica é uma complicação pouco elucidada e que reserva prognóstico difícil. O quadro clínico é variável, mas pode requerer tratamento de urgência com laparotomia devido a choque hemorrágico grave. A importância da discussão científica acerca do tema se respalda na possibilidade de identificação precoce do quadro, a fim de promover intervenções mais precoces e melhorar a morbimortalidade associadas à rotura esplênica secundária à pancreatite.

REFERÊNCIAS

- Libertad Reyes-Jaimes, José Francisco Camacho-Aguilera. [Spontaneous splenic rupture. Case report and literature review]. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). 2023 Jul 31;61(4):523–31.
- Liu J, Feng Y, Li A, Liu C, Li F. Diagnosis and Treatment of Atraumatic Splenic Rupture: Experience of 8 Cases. *Gastroenterology Research and Practice*. 2019 Jan 28;2019:1–5.
- Ahbala T, Rabbani K, Louzi A, Finech B. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *The Pan African Medical Journal* [Internet]. 2020 Sep 8;37:36.
- Soto-Darias IC, López-Fernández J, Fettane-Gómez S, Pérez-Alonso E, Hernández-Hernández JR. Hemorrhagic Shock secondary to non-traumatic spleen rupture as a manifestation of splenic flexure cancer: A case report. *Gastroenterologia Y Hepatologia* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Nov 25];43(9):519–21.
- Ahbala T, Rabbani K, Louzi A, Finech B. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *The Pan African Medical Journal* [Internet]. 2020 Sep 8 [cited 2022 Nov 27];37:36.
- Salam AA, Pearch B, Sorger L. Atraumatic splenic rupture in chronic pancreatitis with successful embolization. *The ASEAN Journal of Radiology* [Internet]. 2020 Aug 30 [cited 2023 Nov 25];21(2):58–68.
- Ljubicic L, Sesa V, Cukovic-Cavka S, Romcic I, Petrovic I. Association of Atraumatic Splenic Rupture and Acute Pancreatitis: Case Report with Literature Review. Merrett ND, editor. *Case Reports in Surgery*. 2022 Feb 14;2022:1–5.
- Yelamanchi R, Gupta N, Agrawal H, et al. Spontaneous splenic rupture: A rare complication of acute pancreatitis. *J Clin Diagn Res*. 2021;15:PD01-PD02.
- Martelo R, Morais JC, Rábago A, Borges IC, Rodrigues F. A Rare Case of Atraumatic Splenic Rupture Due to Chronic Pancreatitis. *Cureus*. 2021 Nov 27;
- Hasegawa N, Ito Y, Yamaura M, Endo M, Ishige K, Fukuda K, et al. Splenic rupture caused by pancreatic pseudocyst successfully treated by endoscopic ultrasound-guided drainage. *Clinical Journal of Gastroenterology* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Nov 25];13(5):981–4.
- Marion OLH, Abdelhamid G, Moussa C, Badr B, Meriem OI, Najat CIEG. Spontaneous Splenic Rupture during Acute Pancreatitis. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* [Internet]. 2023 Apr 25 [cited 2023 Nov 25];11(04):795–7.
- Politis D, Myoteri D, Bourou M, Nastos C, Papaconstantinou I, Dellaportas D. Spontaneous Splenic Rupture due to Metastatic Pancreatic Cancer. *Case Reports in Surgery* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 25];2021:9918154.
- Prakash Dhakal, Sharma S, Kandel D, Aryal S, Bhandari S. Non-traumatic splenic rupture and pancreatic pseudocyst as a complication of pancreatitis: A case report. *Radiology Case Reports* [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2023 Nov 25];18(4):1457–60.
- MACHADO, Ana Elisa Soares et al. RUPTURA ESPLÊNICA ATRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 2, p. 1284–1289, 2023.
- Nadaraja R, Yahya Z, Mori K, Aly A. Atraumatic splenic rupture in patient with acute pancreatitis. *BMJ Case Reports*. 2021 Mar;14(3):e238559