

ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA POR CISTO ESPLÊNICO

MOISÉS FRANCISCO DA CRUZ NETO¹; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA^{2*}; RODRIGO TEÓFILO PARENTE PRADO²; ANA OSMIRA CARVALHO SALDANHA²; NATHÁLIA SOUZA SILVA¹; JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES³.

1 – Médico (a) Cirurgião (ã) Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

3 – Médico Cirurgião Geral do Instituto Dr. José Frota.

Artigo submetido em: 04/11/2021

Artigo aceito em: 23/02/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: heronsaboia@gmail.com

RESUMO

Os cistos esplênicos são raros e foram descritos pela primeira vez em 1829 pelo patologista francês Gabriel Andral, muitas vezes diagnosticados acidentalmente durante exames de imagem, pois muitas vezes são assintomáticos. Apesar da raridade 25% dos em cistos maiores que cinco centímetros podem romper espontaneamente, implicando em risco de morte para estes pacientes. A conduta mais aceita são as esplenectomias laparoscópicas que, devido a uma difícil abordagem terapêutica, geralmente estão restritas aos centros hospitalares de alta complexidade. Apresentamos o relato de caso de uma paciente de 46 anos, diagnosticada acidentalmente durante o pré-operatório de hernioplastia epigástrica em um hospital secundário da rede pública de Fortaleza (Ceará) em que se optou por realizar a cirurgia de esplenectomia videolaparoscópica. Concluímos que este procedimento é possível de ser realizado em hospitais secundários desde que haja material adequado e equipe experiente neste procedimento.

Palavras-chave: Laparoscopia; Esplenectomia; Cistos.

ABSTRACT

Splenic cyst is rare and was first described in 1829 by the French pathologist named Gabriel Andral, often accidentally diagnosed during imaging tests because they are often asymptomatic. Despite the rarity 25% of those in cysts larger than 5 cm can rupture spontaneously implying a risk of death for these patients. Laparoscopic splenectomies are the most accepted procedure, which due to their difficult therapeutic approach, are restricted to high complex hospital centers. We present the case report of a 46-year-old female patient, who was accidentally diagnosed during the preoperative period of epigastric hernioplasty at a secondary hospital in Fortaleza (Ceará) where she underwent a laparoscopic splenectomy. We conclude that this procedure is a possible therapy in secondary hospitals provided there is adequate material and experienced staff in this procedure.

Keywords: Laparoscopy; Splenectomy; Cysts.

INTRODUÇÃO

Os cistos esplênicos são raros e foram descritos a primeira vez por 1829 por Gabriel Andral⁽¹⁾. Posteriormente, em 1978, Robbins realizou uma revisão de 42327 autópsias, encontrando apenas 32 cadáveres com esta entidade clínica⁽²⁾. O primeiro tratamento com esplenectomia total laparotômica foi descrita e realizada em 1867 por Péan⁽³⁾.

Os cistos esplênicos podem ser classificados em tipo I ou verdadeiros, que são encapsulados parasitários ou não; e em tipo II secundários ou pseudocistos, que não possuem cápsula⁽⁴⁾. As cápsulas são geralmente formadas por epitélio escamoso e estão presentes nos casos de origem congênita, vascular ou neoplásica^(2,5).

A patogênese dos cistos ainda não está bem esclarecida, porém acredita-se que a maior parte

dos pseudocistos é secundária a processos traumáticos, formando hematomas subcapsulares que não se resolvem ou degeneração de infartos esplênicos⁶; e os cistos verdadeiros congênitos não parasitários tem origem no aprisionamento de células mesoteliais durante o desenvolvimento embrionário^(2,7).

Os pseudocistos, em locais não endêmicos de hidatidose, formam o grupo mais comum com incidência 75-80% dos casos⁽⁸⁾ e os de origem congênitos representam 25% dos cistos primários⁽²⁾.

Os pacientes com estes tumores frequentemente são assintomáticos⁽⁹⁾ e quando sintomáticos, relatam sintomas inespecíficos como: plenitude gástrica ou desconforto abdominal em quadrante superior esquerdo⁽²⁾, sendo esta apresentação clínica geralmente associada a cistos maiores que 8 cm⁽⁵⁾. O conhecimento deste tema se impõe devido ao risco de ruptura espontânea que pode chegar a até 25% nos cistos maiores que 5 cm^(6,7).

A esplenectomia videolaparoscópica desenvolvida desde 1990 é a técnica considerada de escolha nas abordagens dos cistos esplênicos, porém por ser uma cirurgia com curva de aprendizado prolongada, exigindo uma exímia proficiência em laparoscopia, além de um suporte hospitalar de maior complexidade, tem sido realizada mais frequentemente em hospitais terciários⁽¹⁰⁾.

O trabalho atual propõe realizar um relato de caso de uma paciente com cisto esplênico, cuja terapêutica foi proporcionada por intermédio da laparoscopia em um hospital de complexidade secundária, em Fortaleza – Ceará.

RELATO DE CASO

Mulher, 46 anos, dona de casa, procura ambulatório de cirurgia geral em hospital secundário da rede pública de Fortaleza, queixando-se de desconforto e abaulamento em região epigástrica em região de cirurgia prévia. Em exames realizados antes da consulta foi evidenciado em uma ultrassonografia abdominal cisto esplênico medindo 5,9x 4,9cm e hérnia incisional em região de epigástrico (**Figura 01**).

Ao final da primeira consulta foram solicitados exames pré-operatórios, que incluíam CA 19-9, CEA, alfa-feto proteína e uma tomografia abdominal, todos com o objetivo de estudar melhor a alte-

ração esplênica. Apenas o resultado da tomografia apresentou alteração significativa, sendo descrita como: baço levemente aumentado de tamanho contendo imagem cística septada de contornos regulares medindo 6,9 x 6,4 x 4,2 cm, sem linfonomegalias abdominais e hérnia supra-umbilical contendo gordura com colo de aproximadamente 3,0 x 2,0 cm (**Figura 02**).



Figura 1. Exame ultrassonográfico evidenciando cisto esplênico.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

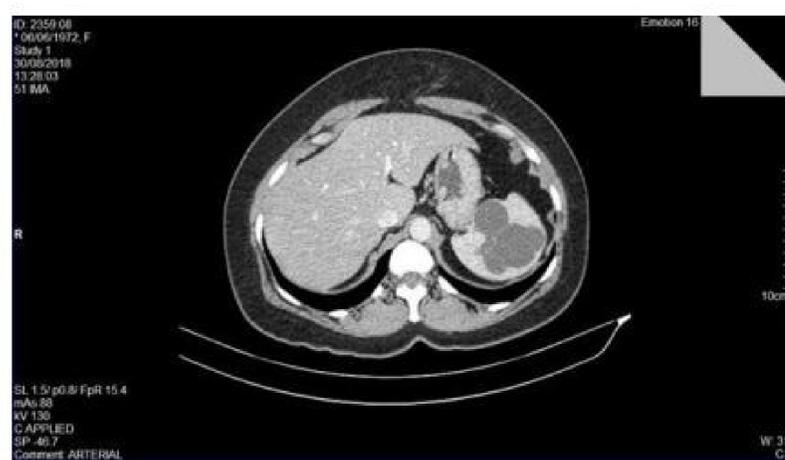


Figura 2. Tomografia computadorizada abdominal evidenciando hérnia em região anterior do abdome e alteração na densidade esplênica, compatível com cisto.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após a avaliação dos exames, foi proposta uma esplenectomia videolaparoscópica, retirando a peça cirúrgica pela falha herniária e realizando herniorrafia com colocação de tela de polipropileno. Na preparação pré-operatória foi realizado a vacinação da paciente para germes encapsulados (anti-pneumocócica-23 valente, haemophilus Influenza tipo B e meningocócica conjugada C) aproximadamente 20 dias antes da cirurgia, reserva de sangue e solicitação de material que possibilitasse a cirurgia (tesoura ultrassônica e grampeador linear videolaparoscópico com carga vascular).

O paciente foi posicionado em decúbito lateral direito e com o posicionamento modificado do trocater, que é posicionado em linha hemiclavicular esquerda abaixo do rebordo costal para a região de mesogastro, com o objetivo de possibilitar a redução da hérnia epigástrica. A cirurgia iniciou-se desfazendo aderências de epíplon na parede abdominal em região de hipocôndrio esquerdo, seguida da redução da hérnia e da secção dos vasos gástricos curtos, abordando a região do hilo esplênico retroperitoneal. Após a abordagem do hilo, seguiu-se a dissecação do ligamento espleno-cólico e aposição de uma fita cardíaca ao redor do hilo esplênico, para uma melhor exposição da área que seria grampeada. Seguinte à exposição do hilar realizou-se o grampeamento videolaparoscópico com carga apropriada (**Figura 03**).



Figura 3. Visualização das etapas cirúrgicas relacionadas à liberação do baço.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Após o grampeamento e revisão da hemostasia, realizou-se a hernioplastia incisional, sem aposição de dreno e a retirada da peça íntegra pela incisão em região epigástrica (**Figura 04** e **Figura 05**).



Figura 4. Visualização da face diafragmática do baço após esplenectomia.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.



Figura 5. Visualização da face hilar do baço após esplenectomia.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

A paciente evoluiu sem queixas no primeiro dia pós-operatório, porém optou-se pela permanência da internação para avaliar a aceitação da dieta e a possibilidade de sangramentos através de exame clínico e laboratorial. No segundo dia após a cirurgia com exames laboratoriais e clínicos dentro da faixa de normalidade, a paciente recebeu alta hospitalar.

A paciente retornou aproximadamente um mês após a cirurgia, sem queixas, com feridas em bom estado de cicatrização e histopatológico demonstrando cisto esplênico epitelial.

DISCUSSÃO

Apesar de a paciente apresentar quadro clínico compatível com o descrito por⁽¹¹⁾ é provável que sua clínica seja decorrente da hérnia, pois o desconforto abdominal decorrente da compressão de outros órgãos é mais frequente em cistos esplênicos maiores que 8 cm conforme sugerido nos trabalhos de Ingle, 2014⁽⁷⁾ e Schlittler, 2010⁽⁵⁾, porém tendo em vista que o exame de imagem inicial já sugeria uma lesão de aproximadamente 6 cm, prosseguimento da investigação clínica tornou-se imperativo.

As principais causas de tumores císticos esplênicos são os cistos epiteliais congênitos, os pseudocistos, as neoplasias císticas e os cistos parasitários conforme descrito nas revisões realizadas por Reis, 2014⁽¹²⁾ e por Schlittler, 2010⁽⁵⁾.

As neoplasias císticas mais comuns são os linfomas primários esplênicos, que apresentam

incidência de 1-2%; os angiomas, que são as lesões neoplásicas mais comuns; e as metástases, que geralmente se apresentam como lesões maciças secundárias a lesões de mama, pulmão, colón, ovário, estômago e não devem ser ressecadas⁽⁵⁾.

O principal representante dos cistos parasitário é a equinococose, apesar de não ser comum nos grandes centros urbanos brasileiros, pode apresentar sorologia positiva ou imagem característica na tomografia como descrito por Reis, 2014⁽¹²⁾ e por Pitombo, 2000⁽⁸⁾. No caso em questão não foi realizada o exame sorológico, pois não apresentava aspecto sugestivo no exame radiológico e a resposta humoral é condicionada por vários fatores como a genética do hospedeiro e viabilidade do cisto como afirmou Reis, 2014⁽¹²⁾.

Os marcadores tumorais como CA 19-9 ou o CEA podem estar aumentados nos casos de lesões grandes relacionada à descamação da cápsula dos cistos primários como Kowe, afirmou em sua revisão publicada em 2015⁽⁴⁾ ou em cisto de origem maligna descrito por Matsumoto 2015⁽¹³⁾, porém não foi detectada esta alteração no caso relatado, reforçando a possibilidade de um cisto benigno e de tamanho moderado.

Os exames de imagem têm papel importante na definição diagnóstico, pois podem sugerir determinadas doenças. Geralmente, iniciam-se os exames radiológicos com a ultrassonografia, que é mais inócuo e pode definir se de fato é um cisto ou uma lesão maciça com presença de debris, regularidade da lesão e presença de calcificação^(5,7). Posteriormente, a tomografia costuma orientar melhor o tamanho e origem da lesão, porém a diferenciação entre lesões primárias e secundárias muitas vezes é difícil⁽²⁾.

O tratamento dos cistos esplênicos vem sendo modificado nos últimos anos, devido à elucidação das funções imuno-hematológicas que o baço é responsável e, gradativamente, tem-se optado por condutas mais conservadoras^(14,15).

Entre as condutas minimamente invasivas podemos citar a drenagem percutânea guiada por ultrassonografia, que tem sido indicada em caso de cistos menores, em crianças ou em pacientes gestantes, porém os resultados são controversos, pois foi encontrado altas taxas de recidiva e associação com complicações como infecção e hemorragia^(3,15).

A drenagem seguida de alcoolização guiada por ultrassonografia tem despontado como recurso

terapêutico, mostrando melhores resultados em cisto menores que 50 mm, porém na população pediátricas ou nas gestantes, somente em aproximadamente 20% dos casos tem-se resolução completa do cisto e, assim como a esplenectomia parcial, tem sido demonstrado taxa de recorrência que podem chegar a 50%, demonstrada em um estudo prospectivo que acompanhou os pacientes que realizaram drenagem guiada por um período de 8 anos⁽¹⁶⁾.

O tratamento conservador mais bem aceito é a esplenectomia parcial laparoscópica, pois permite a manutenção da função esplênica e costuma ser indicada em caso de cistos periféricos maiores que 5cm apresentando melhores resultado⁽¹⁷⁾.

No caso em questão não seria possível a realização de uma esplenectomia parcial com excisão do cisto, pois a localização da lesão era peri-hilar, fato que inviabilizaria a cirurgia^(7,14).

Outra importante discussão atual são as cirurgias não conservadoras para pacientes assintomáticos, porém com cistos maiores que 4 cm. É descrito na literatura casos de estabilização do volume do cisto com posterior involução da lesão, o que embasaria a defesa de conduta expectante em cistos assintomáticos. Esta questão tem sido objeto de estudo de Kenney, 2014⁽⁶⁾ que sugeriu que a conduta cirúrgica seja mais aceita em lesões maiores que 5 cm, devido ao risco de ruptura espontânea ser maior 25%, ou em caso sintomáticos.

A remoção cirúrgica do baço por via laparoscópica vem ganhando espaço e sendo atualmente considerada a cirurgia de escolha, porém, por ser uma cirurgia que requer uma curva de aprendizado mais longo, acaba sendo exclusivas dos centros hospitalares de grande complexidade⁽¹⁰⁾.

A decisão da realização da cirurgia laparoscópica em um hospital secundário foi devido à demonstração na literatura, que cirurgiões experientes têm taxa de risco e sangramento transoperatório semelhantes aos da laparotomia, podendo - em alguns centros - até ser menor na laparoscopia; mortalidade e complicações também semelhantes e o tempo cirúrgico, apesar de um pouco menor na técnica laparotômica, não mostrou ser significativamente maior quando utilizando material adequado⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

Apesar da exigência de técnica apurada, a esplenectomia laparoscópica pode ser considerada

como cirurgia de primeira escolha em casos de cisto esplênico em hospitais com menos suporte intensivo, desde que o caso seja bem selecionado, o preparo pré-operatório seja bem feito, a equipe cirúrgica esteja familiarizada com a técnica e esteja utilizando o material adequado.

REFERÊNCIAS

1. Andral G. *Precis d'Anatomic Pathologique*, 1a Ed. Gabon. 1829;432.
2. Guerra MRV, Ribeiro MA, Nam MF, Casale ALV, Martins CPB, Morais CEL, et al. Cisto esplênico não parasitário – tratamento por laparoscopia. *Diagn Tratamento*, 2012;17:51-5.
3. Furtado WS, Gomes Melo DACP, Santos VM, Junior WPO, Schroff WLA. Cisto epitelial gigante do baço em mulher com 20 anos de idade. *Brasília Med*, 2012; 49(3): 215-220.
4. Kowe BD, et al.: Primary splenic cysts. *Journal of Medical Sciences and Health*. 2015; (1):27-30.
5. Schlittler LA, Dallagasperina VW. Cistos esplênicos não-parasitários. *Rev Col Bras Cir*. 2010; 37(6): 442-6.
6. Kenney CD, Hoeger YE, Yetasook AK, et al. Management of non-parasitic splenic cysts: Does size really matter? *J Gastrointest Surg* 2014;18(9):1658–63.
7. Ingle SB, Hinge Ingle CR, Patrike S. Epithelial cysts of the spleen: a minireview. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13899–903.
8. Pitombo MB, Leal PRF, Albuquerque RMD. Abordagem videolaparoscópica de cisto esplênico não parasitário. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgiões*, 2000; 27: 350-351.
9. Alvarez GC, Costa EM, Faria EN. Cisto esplênico não-parasitário e não-neoplásico. *Rev Col Bras Cir*, 1998;25:64-5.
10. Cheng J, Tao K, Yu P. Laparoscopic splenectomy is a better surgical approach for spleen-relevant disorders: a comprehensive meta-analysis based on 15-year literature. *Surg Endosc* 2016; 30: 4575-88.
11. Malangoni MA, Rosen MJ. Hérnias. In: Townsend CM(org). *Sabiston Tratado de Cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna*. 19ed. Saunders. Elsevier, 2013. Rio de Janeiro.
12. Reis T, Vilares A, Ferreira I, Martins S, Furtado C, Gargaté MJ. Hidatidose quística humana: análise retrospectiva de casos diagnosticados e em monitorização entre 2008 e 2013. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2014; 3: 30-33.
13. Matsumoto S, Mori T, Miyoshi J, Imoto Y, Shinomiya H, Wada S, et al. Huge splenic epidermoid cyst with elevation of serum CA19-9 level. *J Med Invest*. 2015;62(1-2):89–92.
14. Gomes CA, Junior CS, Coccolini F, Montori G, Soares AA, Junior CP, Filho FVM, Mendonça PRH, Gomes FC. Splenectomy in non-traumatic diseases. *AMJ* 2018; 11(5): 295–304.
15. Kapp J, Lewis T, Glasgow S, Khalil A, Anjum A. Spleen preserving management of a non-parasitic splenic cyst in pregnancy. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2016; 98(7): e114-e117.
16. Accinni A, Bertocchini A, Madafferi S, Natali G, Inserra A. Ultrasound-guided percutaneous sclerosis of congenital splenic cysts using ethyl alcohol 96% and minocycline hydrochloride 10%: a pediatric series. *J Pediatr Surg*, 2016; 51(9): 1480–1484
17. Paulo DNS, Bongestab R, de Oliveira GA, Daher CA, de Barros CV. Esplenectomia subtotal para tratamento de cisto esplênico. *Revista Salus*, 2016; 2(2): 80-82.