

Relato de Caso: Baço acessório ulcerado em fundo gástrico ocasionando hemorragia digestiva alta.

GIMENEZ MC, Gimenez MP, Ciongoli G, Ciongoli J, Michellini K.

Residência Médica de Cirurgia Geral – Rede D’or São Luiz
Hospital São Luiz Unidade Jabaquara



Introdução:

A presença de baço acessório é relativamente comum e observada em 10 a 30% das autopsias e 16% das tomografias de abdome com contraste. Tal condição costuma ser assintomática, porém a descoberta tem relevância clínica em alguns pacientes, principalmente na diferenciação de massas tumorais e sangramentos. A presença de baço acessório gástrico é rara. O presente caso relata a localidade não usual de baço acessório em fundo gástrico, descoberto em laparotomia exploradora devido a ulceração do órgão levando a hemorragia digestiva alta grave, refrataria ao tratamento endoscópico e radio intervencionista, em paciente submetido a esplenectomia total 38 anos antes.

Relato de caso:

Paciente masculino, 50 anos, deu entrada em pronto socorro de hospital particular devido a cansaço extremo e diversos episódios de melena há 03 semanas. Paciente havia sido submetido a esplenectomia total e nefrectomia total esquerda por laparotomia devido a trauma aos 12 anos. Há 10 anos foi submetido a laparotomia exploradora para lise de bridas devido a oclusão intestinal. Nega tabagismo e etilismo, sem comorbidades clínicas, sem uso de medicação contínua.

Ao exame físico de admissão o paciente encontrava-se com sinais de choque hipovolêmico. Toque retal com presença de conteúdo sanguinolento vivo a escurecido em dedo de luva. Laboratório de entrada evidenciou hemoglobina (hb) 5,5 e hematócrito (ht) 17%. Realizado transfusão de concentrado de hemácias (ch) e realizadas endoscopia digestiva alta (EDA). EDA evidenciando lesão sub epitelial, medindo cerca de 5 cm, localizada em grande curvatura de fundo gástrico, com área de ulceração central e coto vascular com sinais de sangramento recente. Realizada hemostasia com injeção de solução fisiológica com adrenalina na diluição de 1:10.000, no total de 7ml, não sendo possível a aplicação de endoclip de hemostasia devido a posição da lesão, inacessível ao clipador, apesar de manobras de mudança posição de paciente durante procedimento.

Após 24 horas apresentou novo sangramento com repercussão hematimétrica e hemodinâmica. Realizada nova EDA, com resultado similar ao anterior. Mantida queda de hb e ht, e optado por realizar procedimento de arteriografia com embolização para controle de sangramento. Realizado angiotomografia para estudo anatômico e arteriografia com embolização de artérias de fundo gástrico, sem intercorrências. Paciente evoluiu episódio de enterorragia importante e instabilidade hemodinâmica, sendo indicada cirurgia de laparotomia exploradora na emergência.

Foi realizada laparotomia mediana, durante a inspeção evidenciou-se massa de aproximadamente 7cm, de aspecto lobulado, aderida a fundo gástrico por pedículo vascular. Realizada exérese da massa associada a gastrectomia vertical, revisão da hemostasia e fechamento da cavidade. Procedimento sem intercorrências.

O diagnostico histopatológico confirmou tratar-se de tecido esplênico, sendo feito diagnostico de baço acessório ulcerando para fundo gástrico manifestando-se como hemorragia digestiva alta. Paciente teve boa evolução pós-operatória, sem novas exteriorizações, com alta 07 dias após cirurgia. Encontra-se em segmento ambulatorial, sem complicações até o presente momento.

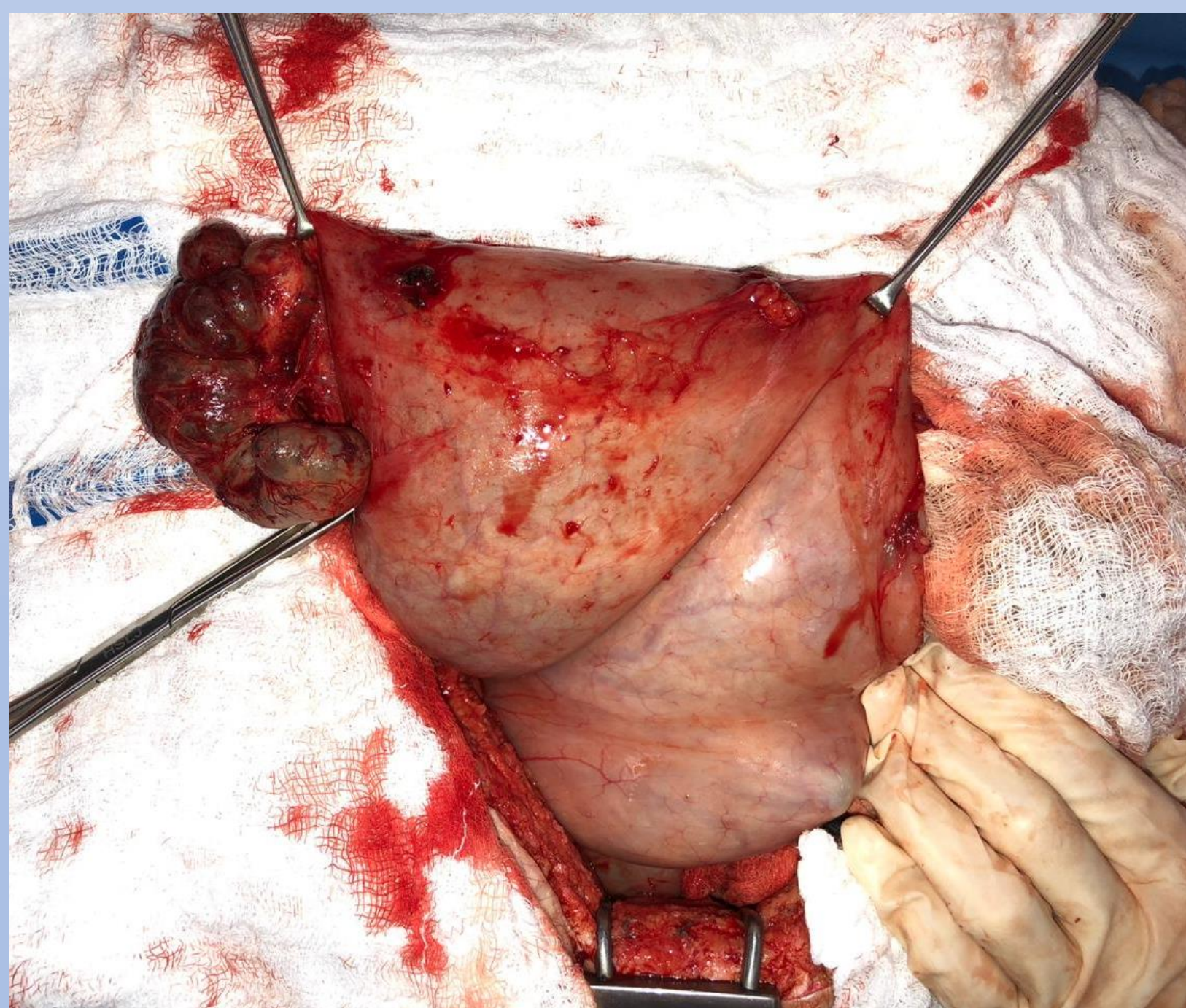


Fig 1. imagem de intraoperatório: massa de aspecto lobulado aderida a fundo gástrico.

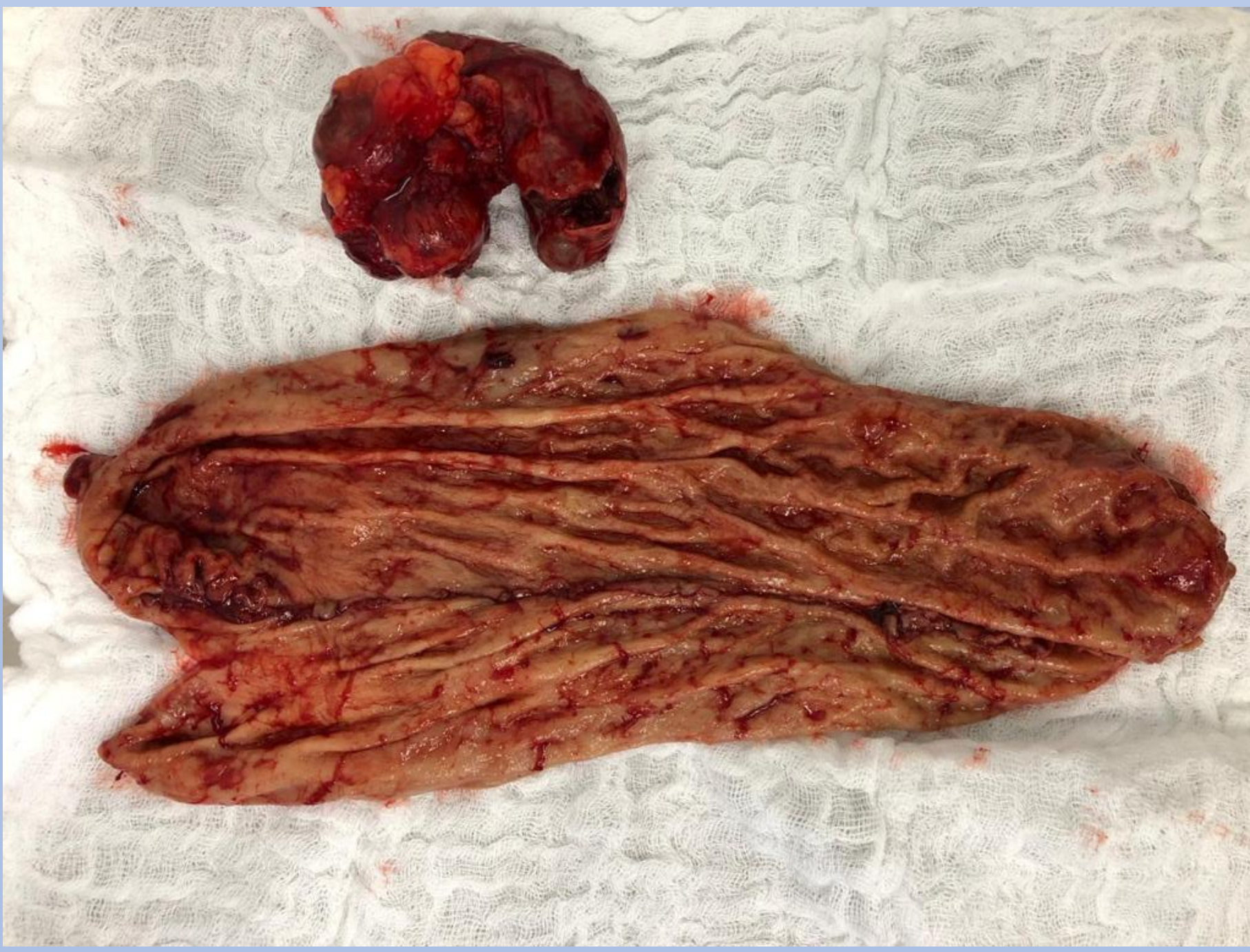


Fig 2. Peça cirúrgica de produto de gastrectomia vertical e exerce de massa aderida a fundo gástrico.

Discussão:

O baço acessório é uma anormalidade comum com incidência de aproximadamente 10% a 30% em estudos de necrópsias.(1) Pode ser uma condição adquirida após esplenectomia total, devido hiperplasia de células remanescentes, ou uma condição congênita, na qual um pedaço de tecido esplênico saudável se separa do corpo principal do baço durante o desenvolvimento fetal, aproximadamente na 5a semana. (1,2,3) Sua localização pode ser variada, sendo encontrado até 75% das vezes próximo ao hilo esplênico e 25% adjacente ao pâncreas, existindo raros relatos de sítios afastados. (3,4) Em geral, o baço acessório possui tamanho pequeno, de aproximadamente 2cm. (4,5) Sabe-se que tecido esplênico remanescente após esplenectomia pode sofrer hiperplasia compensatória, por vezes atingindo tamanho de 3 a 5 cm. (2), podendo mimetizar tumorações gástricas como GIST, tumorações de glândulas adrenais, pâncreas, rins e até linfonodomegalias. (7)

Apesar do baço acessório ser um achado acidental, sem significância clínica na maioria dos pacientes (6,7), a pesquisa, caracterização e exérese do tecido se faz necessária em situações específicas, como na ruptura espontânea, hemorragia, embolização, ulceração ou torção do órgão.(8) Além disso, na maioria dos casos em que houve dúvida diagnostica, devido a localização não usual, o diagnóstico foi firmado após ressecção cirúrgica.(7)

Exames de imagem como a tomografia, são uteis para realização de diagnostico diferencial de massas gastrointestinais. (2, 5, 8, 9) O baço acessório aparece arredondado ou oval, com atenuação de parênquima idêntica ao esplênico, antes e depois da administração de contraste. (11,12) Porém, quando há baixa suspeição e os achados tomográficos e clínicos são inconsistentes, a confirmação anatomopatológica faz-se necessária.

Cirurgiões precisam estar atentos a tal diagnostico diferencial. O retorno da função esplênica após esplenectomia também devem ser lembrado caso a remoção esplênica prévia tenha tido como indicação a remoção funcional do órgão, uma vez que o tecido remanescente poderia levar a recorrência de, por exemplo, desordens hematológicas como a purpura trombocitopenica (11,12). Por essas razoes, pacientes submetidos a esplenectomia total devem ser cuidadosamente acompanhados, orientados e investigados.

Referencia:

- 1 - HALPERT B, GYORKEY F. Lesions observed in accessory spleens of 311 patients. Am J Clin Pathol. 1959;32:165–168.
- 2 - . Beahrs JR, Stephens DH. Enlarged accessory spleens: CT appearance in postsplenectomy patients. AJR Am J Roentgenol. 1980;135:483–486.
3. Freeman JL, Jafri SZ, Roberts JL, Mezwa DG, Shirkhoda A. CT of congenital and acquired abnormalities of the spleen. Radiographics. 1993;13:597–610.
4. Dodds WJ, Taylor AJ, Erickson SJ, Stewart ET, Lawson TL. Radiologic imaging of splenic anomalies. AJR Am J Roentgenol. 1990;155:805–810.
- 5 - Gayer G, Zissin R, Apter S, Atar E, Portnoy O, Itzhak Y. CT findings in congenital anomalies of the spleen. Br J Radiol. 2001;74:767–772.
- 6 - Hayward I, Mindelzun RE, Jeffrey RB. Intrapancreatic accessory spleen mimicking pancreatic mass on CT. J Comput Assist Tomogr. 1992;16:984–985
7. Zhu HX, Lou WH, Kuang TT, Wang DS. Post-splenectomy intrapancreatic accessory spleen mimicking endocrine tumor of the pancreas. Int J Surg Case Rep. 2014;5(12):1151-3.
8. Chin S, Isomoto H, Mizuta Y, Wen CY, Shikuwa S, Kohno S. Enlarged accessory spleen presenting stomach submucosal tumor. World J Gastroenterol 2007;13:1752-1754.
9. Balthazar EJ. CT of the gastrointestinal tract: principles and interpretation. AJR Am J Roentgenol 1991;156:23-32.
10. Kim JY, Lee JM, Kim KW, et al. Ectopic pancreas: CT findings with emphasis on differentiation from small gastrointestinal stromal tumor and leiomyoma. Radiology 2009;252:92-100.
11. Facon T, Caulier MT, Fenaux P, et al. Accessory spleen in recurrent chronic immune thrombocytopenic purpura. Am J Hematol. 1992;41:184–189.
12. Budzynski A, Bobrzyński A, Sacha T, Skotnicki A. Laparoscopic removal of retroperitoneal accessory spleen in patient with relapsing idiopathic thrombocytopenic purpura 30 years after classical splenectomy. Surg Endosc. 2002;16:1636