

RUPTURA ESPLÊNICA ATRAUMÁTICA ASSOCIADA A NEOPLASIA COLORRETAL: RELATO DE CASO

Miranda, BCJ¹ ; Cerqueira, BS²

¹Residente do 2º ano de Cirurgia Geral pela FMABC; ² Orientadora formada nos programas de Cirurgia Geral pela Universidade de Santo Amaro e Cirurgia do Trauma pelo Hospital Geral do Grajaú
Trabalho realizado no Centro Hospitalar Municipal de Santo André (SP), pela Faculdade de Medicina do ABC

INTRODUÇÃO

Ruptura esplênica atraumática (REA) é uma condição incomum, mas não excepcional, podendo ocorrer em uma ampla faixa etária, de jovens a idosos. Infecção, coagulopatia e neoplasia representam as principais etiologias. A REA em pacientes submetidos à cirurgia colorretal nunca foi descrita. O diagnóstico e o manejo precoce são cruciais, pois é uma condição potencialmente fatal, com mortalidade de até 12%.

RELATO DE CASO

Paciente LCO, 61 anos, masculino, ex-tabagista, antecedente pessoal de neoplasia de laringe, tratada cirurgicamente, internado por sepse de foco pulmonar. Durante o 2º dia de internação hospitalar, evoluiu com distensão abdominal e vômitos. Ao exame físico apresentava taquicárdico e hipotenso. Abdome distendido, indolor à palpação, com ruídos diminuídos, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais mostravam hemoglobina de 6.5 g/dL, hematócrito 19.2%, leucócitos 16700 u/L, plaquetas de 88.000µL, PCR 18.5mg/dL. TC de abdome evidenciou pneumoperitônio com borramento de gordura mesocólica em flexura esplênica, baço de contornos irregulares e textura heterogênea associadas a focos gasosos em seu interior (interrogada ruptura esplênica), além de moderada quantidade de líquido livre em cavidade, sendo indicada laparotomia exploradora. Ao inventário da cavidade evidenciado grande quantidade de sangue, lesão endurecida em cólon esquerdo (flexura esplênica) perfurada, infiltrativa, com invasão de cauda do pâncreas e baço, com ruptura esplênica. Realizada colectomia esquerda com transversosigmoide anastomose término-terminal

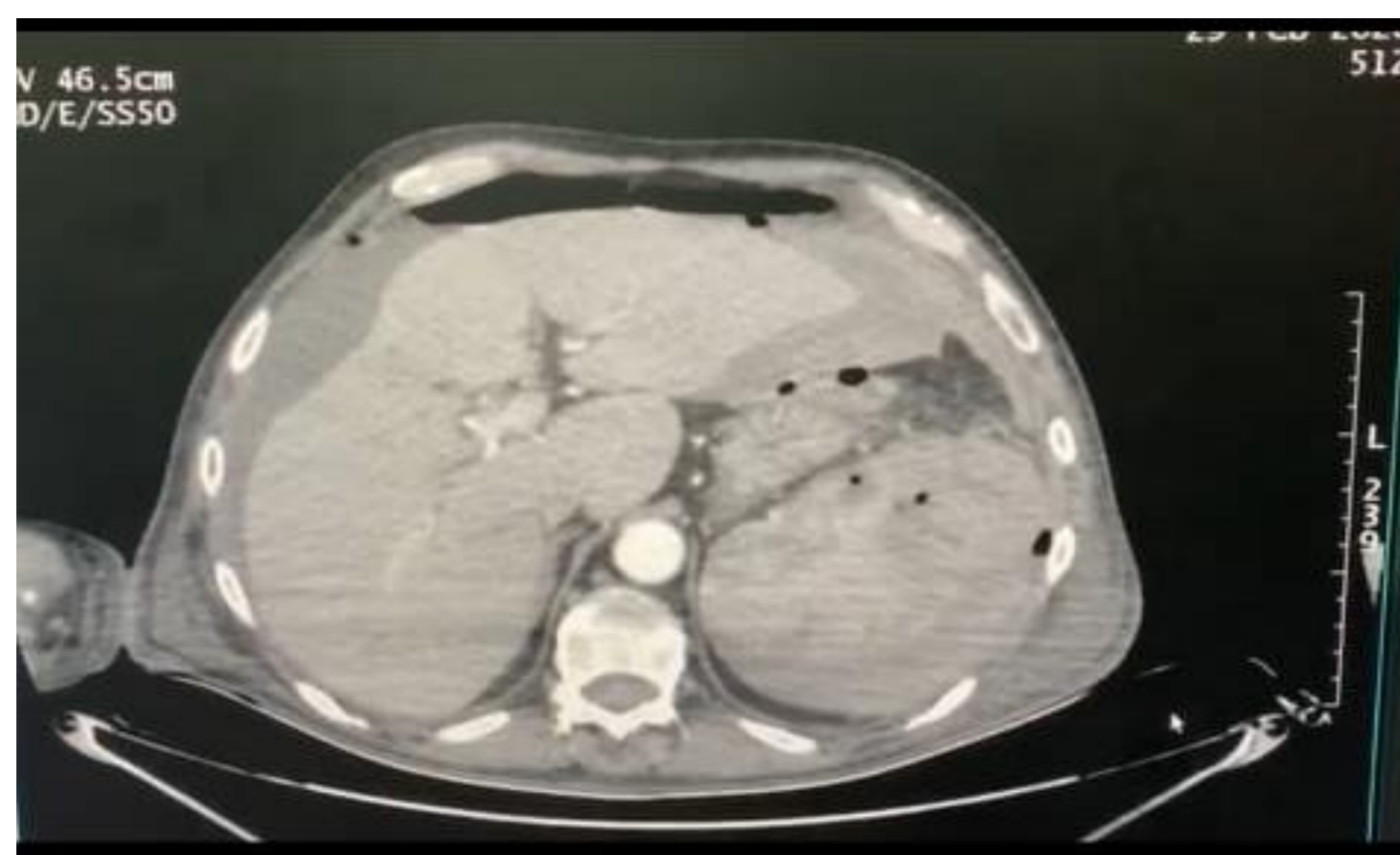


Imagem 1: Tomografia computadorizada de abdome e pelve, corte axial.

manual, esplenectomia, pancreatectomia caudal e drenagem da cavidade. Anatomopatológico do cólon esquerdo evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado, com necrose presente e margens livres. A macroscopia do baço revelou áreas de ruptura da cápsula e aspecto hemorrágico e histologia com adenocarcinoma metastático. Evoluiu com alta hospitalar no 9º pós operatório sem complicações, com seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A causa mais comum de ruptura esplênica é trauma abdominal. A REA na ausência de trauma ou patologia subjacente é rara, sendo encontrada em doenças subjacentes, como infiltração hematológica, infecciosa ou maligna. A proporção de REA no sexo masculino foi de 75%, e a idade média foi de 49,6 anos, vide literatura. A mortalidade da REA é de 12,2% a 20%, associado a condições como doenças malignas, infarto esplênico, coagulopatias, hipertensão portal, malária, entre outros. A metastização esplênica não é comum. Os sinais e sintomas quando existem, incluem astenia, perda ponderal, febre, dor abdominal, anemia ou esplenomegalia, com relatos de complicações como abscesso ou rotura esplênica. O tempo médio entre o tratamento do tumor primário e o diagnóstico de metástase esplênica isolada é de 29 meses. O diagnóstico é feito por imagens radiológicas, primariamente ecografia e TC de abdome, ou, elevações sanguíneas do CEA. Pacientes com metástase esplênica isolada e boa capacidade funcional, preconiza-se esplenectomia.



Figura 1: Peça macroscópica de colectomia esquerda, pancreatectomia caudal e esplenectomia.