

PSEUDOCISTO ESPLÊNICO PÓS-TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

POST-TRAUMATIC SPLENIC PSEUDOCYST: CASE REPORT

Adalberto Caoru Haji Júnior;* Ticiane da Costa Martins;** Adriano Pessoa Picanço Júnior;** Rebeca Aparecida dos Santos Di Tommaso;* Ricardo Sérgio Estevam dos Santos;*** Ana Maria Sampaio de Melo****

Resumo

Os pseudocistos esplênicos são patologias raras, havendo poucos relatos na literatura mundial. As lesões císticas do baço são divididas em cistos verdadeiros e pseudocistos de acordo com o epitélio de revestimento, sendo os últimos mais comuns. O tratamento da patologia é baseado no tamanho ao diagnóstico, na apresentação de sintomas ou na alteração do volume da lesão. Apresentamos o caso de um pseudocisto esplênico de origem traumática que foi submetido a tratamento cirúrgico pelo seu tamanho e sintomatologia evoluindo satisfatoriamente e sem complicações no seguimento em um ano e seis meses.

Palavras-chave: Doenças do Baço; Pseudocisto; Esplenectomia; Imagem do Baço.

Abstract

The splenic pseudocysts are rare diseases, with few reports in the worldwide literature. Cystic spleen lesions are divided into true cysts and pseudocysts according to the epithelial lining, the latter being more common. The condition treatment is based on the size at diagnosis, presenting symptoms or change in lesion volume. A traumatic splenic pseudocyst case report which satisfactorily evolved without complications at follow-up after a year and six months that underwent surgical treatment due to their size and symptoms.

Keywords: Spleen Diseases; Pseudocyst; Splenectomy; Spleen Image.

Introdução

Os pseudocistos esplênicos são lesões raras, tendo aproximadamente 800 a mil casos descritos na literatura médica mundial.^{1,2} Os cistos esplênicos podem ser classificados como parasitários e não parasitários.³ Podendo-se classificar os não parasitários em cistos primários (“verdadeiros”) ou secundários (“falsos”) com base na presença de revestimento celular ou fibros.⁴ Os pseudocistos originam-se de traumatismos, degeneração ou

processos inflamatórios, podendo estar com grande volume no momento do diagnóstico.⁵ Mesmo quando muito volumosos podem ser oligossintomáticos, tornando-se sintomáticos ao comprimir estruturas vizinhas.⁶ Apresentando sintomatologia similar à de doença no tórax, abdome, pelve ou mesmo nos membros inferiores.⁷

Este relato de caso visa apresentar essa patologia rara. Ressaltando sua provável etiologia, classificação, métodos diagnósticos e tratamento.

* Médico residente do Programa de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

** Médica residente do Programa de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

*** Médico assistencial do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

**** Médica supervisora do Programa de Cirurgia Geral e chefe do Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, parda, 63 anos, natural de Ipu/CE, e procedente de Boa Vista/RR, evoluindo havia aproximadamente dois anos com dor em hipocôndrio esquerdo, tipo pontada, de intensidade moderada e com irradiação para terço inferior de hemitórax esquerdo. Refere história de queda de 50 cm de altura com traumatismo em hipocôndrio esquerdo fazia aproximadamente seis anos da internação. Durante a realização de radiografia para acompanhamento de osteoporose, foi identificada calcificação na loja esplênica,

sendo realizados outros exames investigatórios. Apresentando hipertensão arterial sistêmica e osteoporose em acompanhamento. Exame físico sem alterações significativas. Ultrassonografia de abdome total demonstrando baço com massa de contornos regulares, ecotextura heterogênea e volume de 96 centímetros cúbicos. Tomografia computadorizada do abdome evidenciando baço de contorno e dimensões normais, apresentando área oval e circunscrita, densa, com calcificações periféricas, medindo 6,8 x 5,3 centímetros, considerando a hipótese de pseudocisto esplênico (Figura 1).

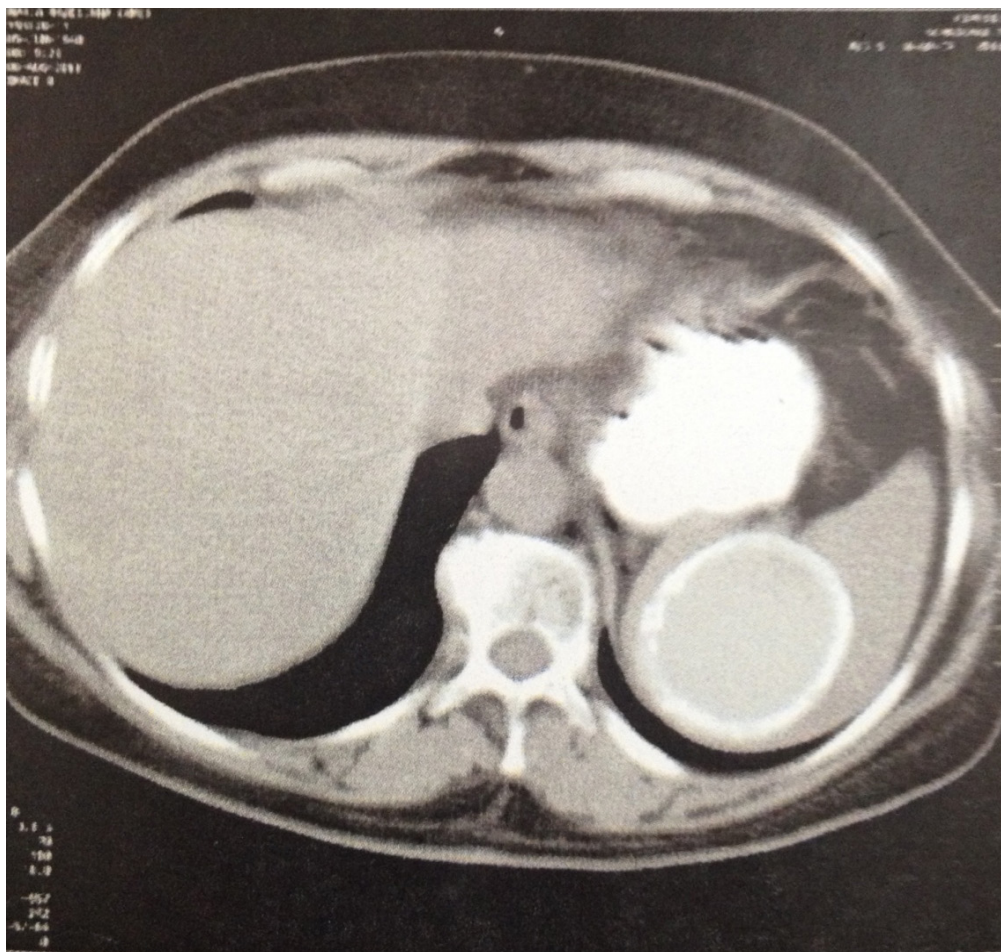


Figura 1: Tomografia computadorizada do abdome superior com contraste oral e venoso mostrando a lesão no baço de aspecto cístico.

A paciente foi submetida ao preparo pré-operatório para esplenectomia total, sendo posteriormente submetida a ela por via aberta sem intercorrências (Figura 2). Evoluindo satisfatoriamente no pós-operatório, recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.

Ao exame anatomopatológico do baço, foi identificado pseudocisto esplênico com focos de calcificação na pseudocápsula. No seguimento pós-operatório com um ano e seis meses, a paciente referiu melhora significativa dos sintomas álgicos.

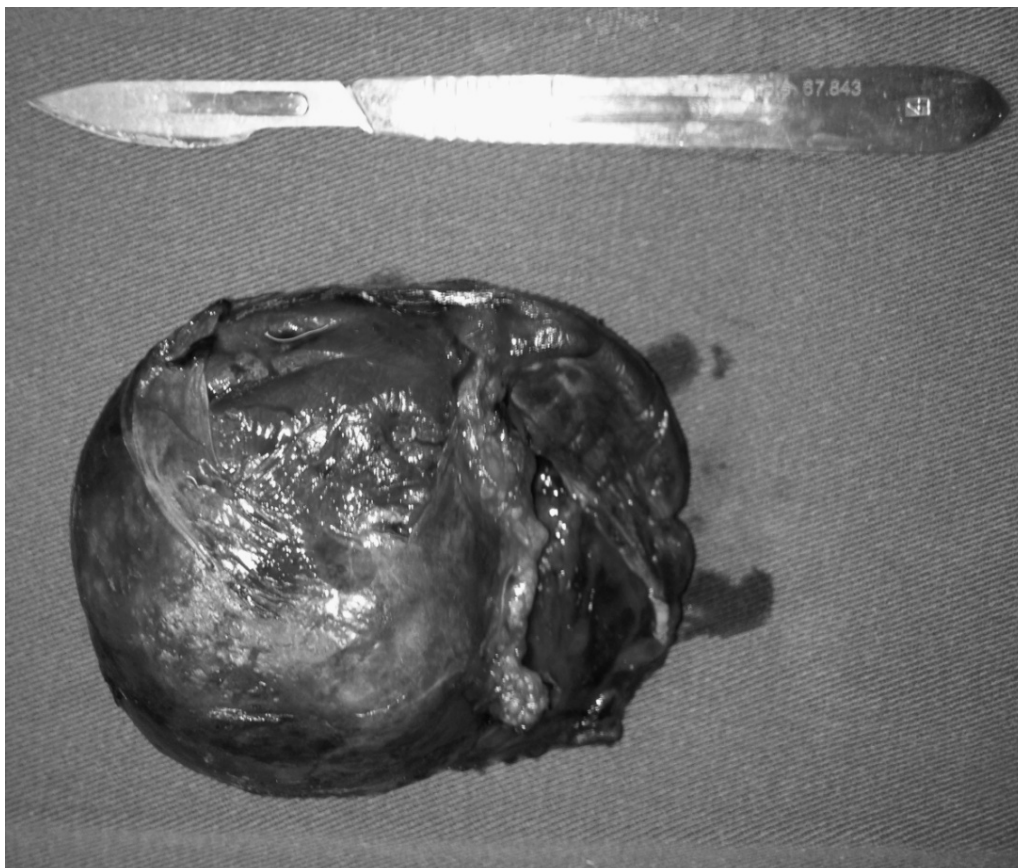


Figura 2: Pseudocisto esplênico.

Discussão

Os cistos do baço são patologias raras,^{1,2} sendo classificados mais comumente em verdadeiros ou falsos de acordo com seu epitélio de revestimento.⁸ Tendo, entretanto, sido propostas aproximadamente dez classificações para eles desde Fowler (1940).⁹ Sendo que a classificação mais recentemente proposta é a de Mirilas (2007), que divide os cistos esplênicos não parasitários em primários e secundários, sendo os primários subdivididos em congênitos e neoplásicos, e os secundários em traumáticos e necróticos.⁹ Os pseudocistos são quatro vezes mais comuns que os cistos verdadeiros.¹⁰

Os cistos secundários, ou pseudocistos, ou cistos falsos são em sua maioria decorrentes de traumatismos prévios com formação de hematomas parenquimatosos organizados ou zonas de infarto, que posteriormente se reabsorvem, comprimem o parênquima esplênico adjacente e geram a formação de uma pseudocápsula de tecidos fibrosos com ou sem calcificações.^{2-4, 6,8}

Há casos, entretanto, em que os cistos secundários se formam em pacientes sem histórico de traumatismo prévio, sendo nesses casos considerada a possibilidade de tratar-se de um cisto verdadeiro, que evoluiu com atrofia do epitélio, tornando-o similar a um cisto falso.⁸

Os cistos falsos constituem 75% de todos os cistos não parasitários e têm comumente origem pós-traumática, como no caso apresentado, podendo ainda ter origem infecciosa ou degenerativa. Algumas outras condições predisponentes para pseudocistos são enumeradas a seguir:¹⁰

- 1) Hematoma subcapsular ou intraparenquimatoso originado no decorrer de pancreatite aguda ou crônica;
- 2) Hematomas subcapsulares espontâneos na mononucleose;
- 3) Hematomas subcapsulares espontâneos associados à infecção pelo citomegalovírus;
- 4) Hematomas associados ao uso de cocaína;
- 5) Hematomas pós-colonoscopia.

Os cistos esplênicos são geralmente

assintomáticos. Quando maiores que oito centímetros, os sintomas mais frequentes são massa abdominal palpável, associada a dor abdominal leve e desconforto no hipocôndrio esquerdo.¹¹ Sintomas secundários à compressão de órgãos adjacentes ao baço aumentado de tamanho são: náusea, vômito, flatulência e diarreia. Além disso, a pressão no sistema cardiorrespiratório pode causar dor pleurítica, dispnéia, atelectasia de lobo pulmonar inferior esquerdo, pneumonias recorrentes e a irritação constante do diafragma pode levar à tosse persistente.^{5,12}

Comumente os cistos do baço são diagnosticados de forma incidental ao se realizar exames com outros propósitos.³

Vários exames de imagem podem ser realizados para esclarecimento da natureza da lesão, como a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética. Na ultrassonografia podem ser encontradas imagens heterogêneas causadas por debris no interior do pseudocisto e, se houver calcificações periféricas, haverá formação de imagens hiperecogênicas com formação de sombra acústica posterior. Na tomografia computadorizada aparecem como lesões bem delimitadas, geralmente homogêneas e sem realce pelo contraste. Na ressonância nuclear magnética podem mostrar estruturas com realce hipointenso em T1 e hiperintenso em T2.¹³

Diagnósticos diferenciais que devem ser investigados são: abscesso, cisto hidático, metástase cística e neoplasias císticas, sendo incluídos nessa última os hemangiomas, linfangiomas e cistos epidermóides e dermóides.³

Complicações comuns dos cistos esplênicos falsos são a infecção, ruptura com peritonite, formação de abscesso, perfuração transdiafragmática e hemorragia.^{11,12} Quando eles se apresentam em grandes volumes, podem estar associados à trombocitopenia ou hipertensão arterial secundária a compressão da artéria renal esquerda.¹¹

Os tratamentos descritos para o pseudocisto do baço de etiologia traumática são: esplenectomia

total ou conservadora, com ou sem drenagem percutânea, enucleação ou marsupialização.^{8,14}

Um algoritmo para o tratamento das lesões císticas do baço é difícil de ser criado por conta da raridade da patologia.¹⁴ Para cistos assintomáticos pequenos (menores que 5 cm de diâmetro), o tratamento conservador pode ser realizado com segurança, enquanto para os cistos sintomáticos ou volumosos (maiores que 5 cm) têm sua indicação cirúrgica em diversas séries.^{14,15} Outras séries consideram, entretanto, como ponto de corte o tamanho de 4 cm.^{8,13}

Para o grupo de tratamento conservador é recomendado acompanhamento com ultrassonografia semestral, passando para anual se não ocorrer aumento dele até a resolução do cisto. Sendo o tratamento cirúrgico novamente escolhido se a lesão passar a crescer ou apresentar sintomatologia.⁸

O melhor tratamento recomendado é a esplenectomia parcial com preservação de no mínimo 25% do baço, para se evitar infecções pós-esplenectomias por germes como o pneumococo, o meningococo e o *Haemophilus influenzae*.^{8,14} No paciente do relato de caso optou-se por esplenectomia total pela dificuldade técnica imposta pelo tamanho e localização da lesão no baço.

Ao se optar por realizar esplenectomia total, é sugerida a administração de vacinas contra as bactérias citadas antes e, quando necessário, após a cirurgia associada à administração de antibióticos no pós-operatório.^{8,10}

Referências

- Geraghty M, Khan IZ, Conlon KC. Large primary splenic cyst: a laparoscopic technique. *J Minim Access Surg*. 2009; 5(Suppl 5): 14-6.
- Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. *J Am Coll Surg*. 2002; 194: 306-314.
- Verma A, Yadav A, Sharma S et al. A rare splenic pseudocyst. *J Surg case reports*. 2013; 9: 1-4.

4. Giovagnoni A, Giorgi C, Goteri G. Tumours of the spleen. *Cancer Imaging*. 2005; 5: 73-3.
5. Gibeily GJ, Eisenberg BL. Splenic Pseudocysts-Diagnosis and Management. *West J Med*. 1988; 148: 464-66.
6. Islam N. Splenic cysts. *Postgrad Med*. 1965; 41: 139-42.
7. Fowler RH. Cystic tumours of the spleen. *Int Abstr Surg*. 1940; 70: 213-23.
8. Soria-Céspedes D, Leuchter-Ibarra J, Ventura-Molina V. Seudoquiste esplênico no traumático. Informe de un caso. *Cir*. 2011; 79: 553-56.
9. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis JE. Splenic cysts: are there so many types? *J Am Coll Surg*. 2007; 204(Suppl 3): 459-65.
10. Kalinova K. Giant pseudocyst of the spleen: a case report and review of the literature. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2005; 10: 176-8.
11. Zografos GN, Vaidakis D, Vasiliadis G et al. Laparoscopic partial cystectomy of a large splenic pseudocyst. *Hellenic Journal of Surgery*. 2010; 82: 2.
12. D'Souza C, Rajashekar, Bhagavan KR. Giant Pseudocyst of Spleen. *J Clin Diagn Res*. 2012; 6(1): 110-12.
13. Altıntoprak F, Dikicier E, Kivilcım T et al. Pseudocyst of spleen; an uncommon clinical entity, although common theoretically. *Eur J Gen Med*. 2012; 9(Suppl 1): 43-6.
14. Chin EH, Shapiro R, Hazzan D et al. A ten-year experience with laparoscopic treatment of splenic cysts. *J S L S*. 2007; 11: 20-3.
15. Sinha CK, Agrawal M. Nonparasitic splenic cysts in children: Current status. *The Surgeon*. 2011; 9: 49-53.

Correspondência para:

e-mail: caoru.junior@gmail.com.

End.: Rua São Pedro, 50 - Morro da Liberdade.

Manaus/AM. CEP: 69074-730.