

## RUPTURA TRAUMÁTICA DE CISTO ESPLÊNICO APÓS "ABRAÇO DE URSO"

### TRAUMATIC RUPTURE OF SPLENIC CYST AFTER "BEAR-HUG"

Lucas Seiti Takemura<sup>1</sup>; André Luiz Vilela Galvão<sup>1</sup>; Paulo Henrique Peitl Gregorio<sup>1</sup>; Rodrigo Camargo Leão Edelmuth<sup>1</sup>; Jorge Henrique Bento Sousa<sup>1</sup>; Carlos Eduardo Fonseca Pires<sup>1</sup>; João Norberto Stavale<sup>2</sup>.

#### RESUMO

Cistos esplênicos são patologias raras e o diagnóstico na maioria das vezes incidental. A grande parte é assintomática, porém podem apresentar complicações com sintomas agudos. O presente relato trata de uma paciente de 14 anos, inicialmente atendida no serviço de emergência com queixa de dor abdominal, sem história de trauma ou outros sintomas associados. A ultrassonografia de abdome evidenciava líquido livre e uma tomografia de abdome realizada em seguida mostrou um cisto esplênico roto. Quando a paciente foi interrogada novamente, relatou que os sintomas começaram logo após um abraço forte de uma amiga. Foi submetida a uma esplenectomia total laparoscópica e o exame anatomopatológico confirmou cisto esplênico primário. Apesar dos mecanismos associados a esse tipo de complicação não serem completamente compreendidos, até mesmo traumas de baixa energia podem ser os responsáveis e devem ser investigados.

**Descritores:** Baço. Esplenopatias. Ruptura Esplênica.

#### ABSTRACT

Splenic cysts are uncommon and the diagnostic approach is not always easy. Most of them are asymptomatic and they are discovered incidentally. However, a few cases may present acutely due to complications. We describe a 14-year-old patient who was initially evaluated in the emergency room referring acute abdominal pain, without history of trauma or other symptoms associated. An ultrasound of the abdomen showed free abdominal fluid and a subsequent contrast-enhanced computed tomography scan of the abdomen demonstrated a splenic cyst with open communication to the peritoneal cavity. When the patient was interrogated again she said the symptoms began right after a hug from a friend. A total splenectomy was performed and the pathology confirmed a primary splenic cyst. Although the mechanisms responsible for this complication are not completely understood, even minor traumas may contribute to this outcome and must be investigated.

**Keywords:** Spleen. Splenic Diseases. Splenic Rupture.

#### INTRODUÇÃO

Cistos esplênicos são patologias raras com prevalência estimada em 0,07% da população segundo estudo publicado em 1978 referente a achados de 42.327 autópsias realizadas entre 1950 e 1974 na Califórnia<sup>1,2</sup>. Estima-se, porém, que a incidência desta doença tem aumentado nas últimas décadas em decorrência da maior disponibilidade e melhor qualidade técnica dos exames de imagem que avaliam o compartimento abdominal<sup>2,3</sup>. Apesar de ocorrer em outras faixas etárias, é mais comum na segunda e terceira décadas de vida<sup>4</sup>.

A classificação dos cistos esplênicos mais utilizada atualmente foi publicada por James W. Martin em 1958 e divide os cistos em verdadeiros (primários) ou falsos (secun-

dários), baseado na presença ou não de revestimento epitelial interno<sup>5</sup>. Os cistos verdadeiros são aqueles que possuem tal epitélio e podem ainda ser subdivididos em parasitários e não parasitários. Cistos parasitários geralmente são decorrentes de infecção por *Echinococcus spp*<sup>2,3</sup>. Cistos não parasitários abrangem cistos congênitos e cistos neoplásicos. Os cistos falsos, também chamados pseudocistos, são os mais comuns e surgem após trauma abdominal, infarto esplênico ou, menos frequentemente, após infecção, principalmente por mononucleose ou tuberculose<sup>2</sup>.

O objetivo deste relato é apresentar o caso clínico de uma menina de 14 anos diagnosticada com cisto esplênico roto após traumatismo de baixa energia e mecanismo

<sup>1</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, Departamento de Cirurgia Geral, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, Departamento de Patologia, São Paulo, SP, Brasil.

inusitado. Aproveitaremos para fazer uma breve revisão sobre o tema.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 14 anos, previamente hígida, procurou unidade de pronto-atendimento com quadro de dor abdominal difusa de forte intensidade e início abrupto. Negava história de queda ou agressão física, assim como outros sintomas quando interrogada. Paciente encontrava-se agitada, abdome era plano, sem sinais de traumatismos, tenso e bastante doloroso à palpação. Restante do exame físico sem alterações.

Exames laboratoriais colhidos na admissão eram normais, exceto por leucocitose de  $23.740/\text{mm}^3$  com desvio para esquerda (8% de bastonetes). Ultrassonografia (USG) abdominal evidenciou ascite em moderada quantidade. Como paciente persistia com dor abdominal, mesmo após administração de opioides, foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de abdome total, com achado de baço de dimensões aumentadas e imagem cística ocupando os terços superior e médio do seu parênquima (7,9 x 7,3 x 4,3 cm) com área de descontinuidade em face anterior (provável ponto de rotura), continuando-se com o líquido abdominal (Figura 1). Conversado novamente com paciente a respeito de traumatismos, esta referiu início da dor logo após receber um abraço forte de uma amiga.

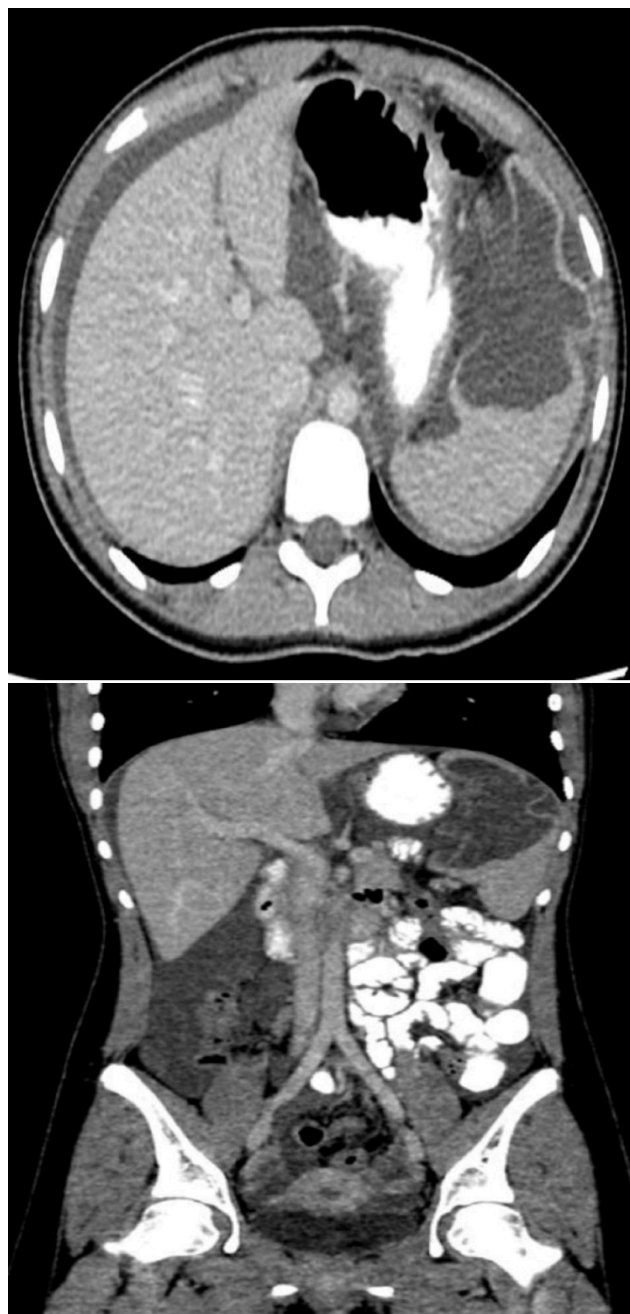
Optado por tratamento cirúrgico videolaparoscópico, sendo evidenciado no intraoperatório cisto esplênico roto e líquido livre em cavidade abdominal de aspecto amarelo-citrino (Figura 2). Realizado esplenectomia total, sem intercorrências.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta após dois dias. O anatomopatológico da peça cirúrgica posteriormente revelou cisto esplênico primário, sem sinais de malignidade (Figura 3).

## DISCUSSÃO

Os cistos esplênicos, em geral, apresentam pequenas dimensões e costumam ser assintomáticos. Quando maiores podem ser identificados ao exame físico como massa abdominal e evoluir com sintomas decorrentes da compressão extrínseca de órgãos e/ou estruturas adjacentes. As queixas podem ser diversas, incluindo dor e distensão abdominal, náuseas, dor referida

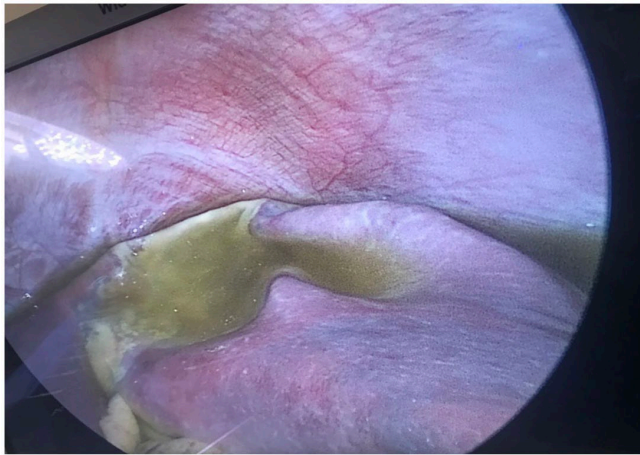
em ombro esquerdo, dispneia ou mesmo sintomas urinários<sup>3,6</sup>.



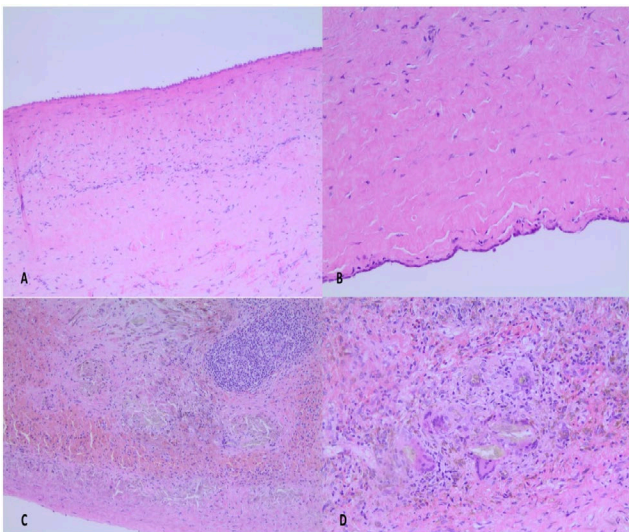
**Figura 1.** Corte axial (A) e coronal (B) de tomografia computadorizada (TC) de abdome demonstrando baço de dimensões aumentadas e imagem cística ocupando os terços superior e médio do seu parênquima com área de descontinuidade em face anterior, continuando-se com líquido livre abdominal.

O número limitado de casos e o fato dos sintomas, quando presentes, serem inespecíficos, fazem com que a suspeição diagnóstica seja baixa<sup>2</sup>. O diagnóstico costuma ser feito de forma incidental em exames de imagem realizados por outros motivos. A TC de abdome é o método confirmatório de escolha, evidenciando lesões esféri-

cas, bem delimitadas, com atenuação líquida e capa fina. A USG abdominal é uma opção na população pediátrica, porém não é tão sensível quanto à TC para identificação de septos e calcificações<sup>2,7</sup>. Estas e outras características são importantes na distinção radiológica entre os tipos de cistos.



**Figura 2.** Laparoscopia evidenciando cisto esplênico roto e líquido livre na cavidade abdominal.



**Figura 3.** Microscopia de cisto epitelial. (A e B) Cisto epitelial revestido por epitélio tipo mesotelial (HE, 100x). (C) Parede do cisto composta por tecido fibroso denso com inflamação associada (HE, 200x). (D) Parede do cisto com granulomas de tipo corpo estranho (HE, 200x).

A ruptura de cisto esplênico é uma complicação incomum e que pode cursar com quadro clínico atípico e de início abrupto. O extravasamento do conteúdo cístico é responsável por irritação peritoneal e, conseqüentemente, dor abdominal difusa e de forte intensidade. Os mecanismos envolvidos na ruptura não são completamente conhecidos, porém traumatismos, infecções

e o próprio crescimento gradual do cisto parecem ser fatores predisponentes<sup>2</sup>.

O tratamento cirúrgico eletivo é indicado para os pacientes sintomáticos ou com cistos esplênicos maiores que 5cm, tendo em vista o risco aumentado de complicações<sup>2,3,6,7</sup>. Esplenectomia total ou parcial são opções consideradas de primeira linha, esta última com a vantagem de possibilitar a preservação da função esplênica. Quanto à via de acesso preferível, a laparoscopia mostrou bons resultados em curto-prazo e diminuição da morbidade perioperatória, embora maior taxa de recorrência tenha sido observada em longo-prazo.

Este achado não é consensual na literatura e requer maior investigação<sup>8,9</sup>. Outras abordagens, como aspiração, escleroterapia ou marsupialização do cisto, mostraram altas taxas de recidiva e não são rotineiramente recomendadas<sup>2,6,10</sup>. Frente a um cenário de urgência, como no caso de ruptura de cisto esplênico, não existem estudos comparativos específicos sobre qual seria a melhor abordagem cirúrgica.

## REFERÊNCIAS

1. Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, Craig JR, Turrill FL, Mikkelsen WP. Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg.* 1978;187(3):231-5.
2. Tassopoulos A, Wein M, Segura A. Traumatic rupture of a giant congenital splenic cyst presenting as peritonitis. *Radiol Case Rep.* 2017;12(2):401-4.
3. Poulouse BK, Holzman MD. The spleen. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice.* 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 1556-71.
4. Miele V, Galluzzo M, Cortese A, Bellussi A, Valenti M. [Diagnostic imaging of splenic cysts in children]. *Radiol Med.* 1998;95(1-2):62-5. Italian.
5. Martin JW. Congenital splenic cysts. *Am J Surg.* 1958;96(2):302-8.
6. Vo QD, Monnard E, Hoogewoud HM. Epidermoid cyst of the spleen. *BMJ Case Rep.* 2013;2013.pii: bcr2013009707.
7. Schlittler LA, Dallagasperina VW. Cistos esplênicos não-parasitários. *Rev Col Bras Cir.* 2010;37(6):442-6.



8. Fisher JC, Gurung B, Cowles RA. Recurrence after laparoscopic excision of nonparasitic splenic cysts. *J Pediatr Surg.* 2008;43(9):1644-8.
9. Keckler SJ, Peter SD, Tsao K, Holcomb GW. Laparoscopic excision of splenic cysts: a comparison to the open approach. *Eur J Pediatr Surg.* 2010;20(5):287-9.
10. Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. *J Am Coll Surg.* 2002;194(3):306-14.

Recebido em: 09/02/2019

Aceito para publicação: 27/03/2013

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

**Endereço para correspondência:**

Lucas Seiti Takemura

E-mail: [lucas\\_takemura@hotmail.com](mailto:lucas_takemura@hotmail.com)