

ABCDDV/1337

ABCD Arq Bras Cir Dig

2017;30(4):289-161

DOI: /10.1590/0102-6720201700040015

Carta ao Editor

UMA CAUSA INUSITADA DE ABDOME AGUDO: INFARTO ESPLÊNICO

An unusual cause of acute abdomen: splenic infarction

Itai **GHERSIN**¹, Adi **LEIBA**¹

Trabalho realizado no ¹Medical Corps, Israeli Defense Force, Tel-Hashomer, Ramat-Gan, Israel

DESCRIPTORIOS: Abdome agudo. Linfoma. Baço.

HEADINGS: Abdomen, acute. Lymphoma. Spleen.

Correspondence:

Itai Ghersin

Email: ighersin@gmail.com; Recebido para publicação: 11/05/2017
drleiba@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Aceito para publicação: 19/07/2016

INTRODUÇÃO

O infarto esplênico é causa incomum de abdome agudo⁴. As frequentes incluem doença hematológica (como leucemia, linfoma, mielofibrose, policitemia vera), distúrbios tromboembólicos, doença vascular esplênica, distúrbios pancreáticos, vasculite, hipertensão portal, endocardite bacteriana, doença falciforme e distúrbios infiltrativos^{1,3}. É complicação bem documentada do linfoma. No entanto, há apenas alguns relatos de infarto esplênico como a manifestação inicial de linfomas^{2,5}, sem que se descreva um abdome agudo devido ao infarto esplênico como a apresentação inicial do linfoma difuso de células B grandes (DLBCL), ao nosso conhecimento.

Aqui, é relatado um caso de paciente que apresentou abdome agudo, e foi encontrado infarto esplênico na imagem. Investigação subsequente revelou DLBCL como a causa.

RELATO DE CASO

Um oficial militar de idade média de 36 anos apresentou-se à clínica de cuidados primários com história de três dias de dor epigástrica. A dor foi acompanhada de náuseas, sem vômitos e por anorexia. Seus sinais vitais eram normais. Ele estava doente e angustiado, com exame abdominal mostrando sensibilidade marcada no epigástrico com

sinais peritoneais, impossibilitando a avaliação clínica para a organomegalia.

Suspeitando de emergência abdominal cirúrgica, ele foi encaminhado para a sala de emergência. Lá, após avaliação por internista e cirurgião, foram realizados exames laboratoriais urgentes e TC de tórax e abdome. A contagem sanguínea completa mostrou anemia (hemoglobina 10 g/dl), leucocitose ($12,3 \times 10^9/l$) com diferencial normal e plaquetas normais. A química do sangue revelou eletrólitos normais e função renal, enzimas hepáticas elevadas (AST-210 U/l, ALP-551 U/l), LDH-13.000 U/l e ácido úrico 10 mg/dl. Testes de triagem de coagulação não demonstraram quaisquer anormalidades.

Ultrassonografia abdominal revelou esplenomegalia (diâmetro esplênico de 22 cm) com grande área hipocóica e heterogênea na periferia do baço, sem fluxo sanguíneo nesta área (Figura 1), achado compatível com grande infarto esplênico.

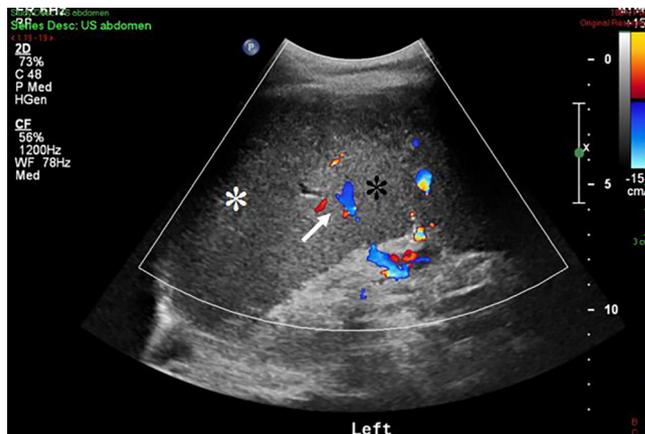


FIGURA 1 - Doppler colorido longitudinal do baço demonstrando uma região hipocogênica periférica do polo superior, que não tinha fluxo sanguíneo (asterístico branco). Ela está claramente demarcada do parênquima esplênico normal, mais ecogênico (asterístico preto), que demonstra o fluxo normal de Doppler colorido nos vasos esplênicos intraparenquimatosos (seta branca)

Foi realizada uma TC de tórax e abdome, revelando hepatomegalia marcada e esplenomegalia (22 cm) com múltiplas lesões esplênicas hipodensas periféricas bem definidas em forma de cunha, altamente sugerindo múltiplos infartos esplênicos (Figura 2). Aumento significativo dos linfonodos, tanto acima como abaixo do diafragma, também foi demonstrado, bem como derrame pleural de lado esquerdo.

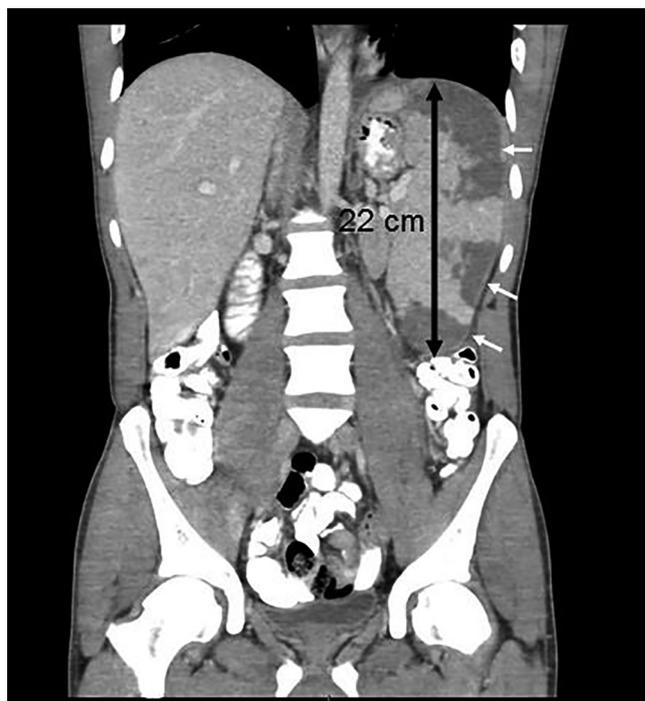


FIGURA 2 - Imagem coronal multiplanar de TC abdominal contrastada aumentada demonstra baço marcadamente ampliado com extensão de 22 cm (seta preta com medida), com múltiplas hipodensidades periféricas bem definidas em cunha, altamente sugestivas de múltiplos infartos esplênicos (setas brancas)

Com base nestes achados, foi sugerido diagnóstico de linfoma, complicado por infartos esplênicos. Análise posterior, incluindo biópsia dos linfonodos, biópsia da medula óssea com imunofenotipagem (CD20 positivo, CD5 fracamente positiva, KI67=95%) e a imunofenotipagem dos linfócitos do sangue periférico (CD5, CD19 positivo, CD23 negativo) revelaram que

o paciente estava sofrendo de linfoma de células B grandes difusas. O tratamento com hidratação, alopurinol e analgésicos foi iniciado imediatamente, com melhora relativamente rápida dos sintomas abdominais e foi seguido por quimioterapia com regime de hiper-CVAD.

O paciente inicialmente foi submetido a transplante autólogo de células tronco periféricas, mas sofreu recorrência da doença após o tratamento. Mais tarde, ele conseguiu remissão após o transplante alogênico de medula óssea, e agora retornou para servir nas forças armadas em função administrativa.

DISCUSSÃO

Este caso serve como um lembrete de que os linfomas podem inicialmente se manifestar como abdome agudo devido a infarto esplênico. Acreditamos que este seja o primeiro caso que descreve abdome agudo devido ao infarto esplênico como a apresentação inicial do linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) na literatura médica inglesa.

Embora seja uma forma de apresentação bastante rara, os médicos de todas as especialidades devem estar atentos, uma vez que a avaliação imediata, o diagnóstico e o início do tratamento são de extrema importância nesses casos. Os cirurgiões devem estar particularmente alertas, já que a maioria dos casos de abdome agudo são submetidos à avaliação cirúrgica no serviço de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Hazanov N, Attali M, Somin M, Beilinson N, Goland S, Katz M, Malnick SD. Splenic embolus: 13 cases from a single medical department. *Isr Med Assoc J.* 2006 Oct;8(10):694-7.
2. Kwon SY, Lee JJ, Chung IJ, Kim HJ, Park MR, Kim HS, Park CS. Hepatosplenic B-cell lymphoma associated with hemophagocytic syndrome: a case report. *J Korean Med Sci.* 1999 Dec;14(6):671-4.
3. Lawrence YR, Pokroy R, Berlowitz D, Aharoni D, Hain D, Breuer GS. Splenic infarction: an update on William Osler's observations. *Isr Med Assoc J.* 2010 Jun;12(6):362-5.
4. Spaziani E, Di Filippo A, Picchio M, Pietricola G, Ceci F, Ottaviani M, Martellucci A, Pattaro G, De Angelis F, Parisella F, Pecchia M, Stagnitti F. A rare cause of acute abdomen: splenic infarction. Case report and review of the literature. *G Chir.* 2010 Aug-Sep;31(8-9):397-9.
5. Tokura T, Murase T, Toriyama T, Totani Y, Negita M, Akaza K, Ozawa H, Nakagawa A, Nakamura S. Asian variant of CD5+ intravascular large B-cell lymphoma with splenic infarction. *Intern Med.* 2003 Jan;42(1):105-9.

ABCDDV/1338

ABCD Arq Bras Cir Dig

2017;30(4):290-161

DOI: /10.1590/0102-6720201700040016

Carta ao Editor

RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL COM SACRECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA: DETALHES TÉCNICOS E DIFICULDADES

*Laparoscopic abdominoperineal resection with sacrectomy:
technical details and pitfalls*

Haroldo Jose Siqueira **IGREJA-JUNIOR**¹, Vilson Leite **BATISTA**¹, Bruno dos Santos Viana **CARVALHO**¹, Lucas Simões **TAVARES**¹, Juliana Gonçalves **COELHO**¹

Trabalho realizado no ¹Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica, Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil

DESCRITORES: Neoplasias retais. Reto. Cirurgia colorretal. Sacro. Laparoscopia.

HEADINGS: Rectal neoplasms. Rectum. Colorectal surgery. Sacrum. Laparoscopy.

Correspondence:

Haroldo Jose Siqueira Igreja Junior

E-mail: haroldoigreja@hotmail.com; vilson_leite@msn.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 18/04/2017

Aceito para publicação: 16/06/2016

INTRODUÇÃO

Estima-se para 2016 no Brasil 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres². Nos de reto localmente avançados a sobrevida após ressecção R0 é muito boa, e a exanteração deve ser oferecida a pacientes com tumor avançado primário ou recorrente, onde é necessária a ressecção além da excisão total do mesorreto convencional⁶. No caso de invasão do sacro, a exérese com margens livres aumenta bastante a morbidade e radicalidade do procedimento, representando um desafio ao cirurgião.

Até o momento, o maior nível de evidência para os benefícios da abordagem laparoscópica no câncer de reto, vem dos estudos Corean Trial⁵ e NCCN⁶. Porém, a literatura carece de dados que justifiquem o uso da laparoscopia nos tumores localmente avançados. No Brasil, não há nenhum relato de ressecção abdominoperineal associada à sacrectomia por videolaparoscopia.

O objetivo deste relato é apresentar alternativa para o tratamento da neoplasia maligna de reto com invasão posterior associando abordagem laparoscópica anterior combinada e posterior ressecção do tumor.

TÉCNICA

Inicia-se com a colocação de quatro trocárteres, dois em quadrante superior e inferior direito, um na região umbilical e um na fossa ilíaca esquerda. Diferentemente do habitual, onde iniciar-se-ia a dissecação pela face posterior do mesoreto, no caso descrito havia invasão do sacro pelo tumor; optou-se por começar a dissecação pela sua face lateral esquerda, com diérese da inserção medial do mesocólon esquerdo, seguindo pela asa lateral do reto, dissecação da linha de Told, e da fásia