

RELATO DE CASO

Pseudocisto esplênico: um relato de caso

MARIA CLARA MOURA COSTA CAMPOS *1,**

MARIA CAROLINA MOURA COSTA CAMPOS *1,**

CC (Md) JULIANA MARTINI *2

CMG (Md) MARIA CECÍLIA BARBOSA DA SILVA CONCEIÇÃO *3

LUIZ FERNANDO BARRETO SAMPAIO *4

Resumo

Introdução: cistos esplênicos são achados raros na prática médica. Eles podem ser classificados em cistos não parasitários e parasitários. Os cistos não parasitários são ainda classificados como primários e secundários. Os cistos primários são mais comuns em crianças e adultos jovens, tendo origem congênita, enquanto os pseudocistos são secundários principalmente ao trauma, infarto esplênico ou processos infecciosos. **Relato de caso:** paciente, 24 anos, sexo feminino, procurou atendimento médico no Hospital Naval de Salvador em março de 2019 devido à dor abdominal intensa na região do hipocôndrio esquerdo que irradiava para o ombro ipsilateral. Evidenciadas ao exame físico hepatomegalia e esplenomegalia. Tomografia computadorizada indicou presença de cisto esplênico medindo cerca de 15,5 x 14,1 x 10,6 cm. A paciente foi submetida à marsupialização do cisto, sendo revelado pseudocisto esplênico no laudo anatomopatológico. **Discussão:** cirurgia que preserva o parênquima esplênico deve ser a primeira escolha no tratamento de cistos não parasitários sempre que possível. Técnicas como esplenectomia parcial e marsupialização são boas opções para cistos superficiais. Esplenectomia é indicada se o baço for maior que 5 cm, cisto intraparenquimatoso, dimensão cística ocupando quase a totalidade do parênquima esplênico, localização em hilo esplênico ou presença de múltiplos cistos, constituindo uma abordagem segura. **Conclusão:** cistos esplênicos grandes (maiores que 5 cm) e sintomáticos devem ser tratados cirurgicamente. Diversas técnicas cirúrgicas estão disponíveis para o manejo. Deve-se tentar preservar o máximo de tecido esplênico sempre que possível devido ao alto risco de sepse pós-esplenectomia.

Palavras-chave: Baço; Cistos/cirurgia; Esplenopatias; Marsupialização.

Abstract

Introduction: Splenic cysts are rare findings in medical practice. They can be classified into non-parasitic and parasitic cysts. Non-parasitic cysts are further classified as primary and secondary. Primary cysts are more common in children and young adults, having a congenital origin, while pseudocysts are secondary mainly to trauma, splenic infarction or infectious processes. **Case report:** Patient 24 years old, female, sought medical attention at the Naval Hospital of Salvador in March 2019 due to severe abdominal pain in the left hypochondrial region that radiated to the ipsilateral shoulder. Physical examination revealed hepatomegaly and splenomegaly. TC scan revealed the presence of a splenic cyst measuring approximately 15.5 x 14.1 x 10.6 cm. Marsupialization of the cyst was performed and a splenic pseudocyst was revealed in the anatomopathological study. **Discussion:** Surgery that preserves the spleen should be the first choice in the treatment of non-parasitic cysts whenever possible. Techniques such as partial splenectomy and marsupialization

Submetido em: 22/6/2020

Aprovado em: 10/9/2021

*1Residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (Hupes), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: clara2606@hotmail.com.

*2Hematologista e hemoterapeuta do Hospital Naval de Salvador, Bahia, Brasil.

*3Diretora do Hospital Naval de Salvador, Bahia, Brasil.

*4Cirurgião do aparelho digestivo.

**Os autores contribuíram de forma equivalente para o desenvolvimento do artigo.

are good options for superficial cysts. Splenectomy is indicated if the spleen is larger than 5 cm, intraparenchymal cyst, cystic dimension occupying almost all of the splenic parenchyma, location in splenic hilum or presence of multiple cysts, constituting a safe approach. **Conclusion:** Large splenic cysts (greater than 5 cm) and symptomatic should be treated surgically. Several surgical techniques are available for management. Conservative options must be the first choice when possible due the high risk of septicemia after splenectomy.

Keywords: Spleen; Cysts/surgery; Splenic Diseases; Marsupialization.

INTRODUÇÃO

Cistos esplênicos são achados raros, apresentando uma incidência de 0,07% na população em geral.¹ Eles podem ser classificados em cistos não parasitários e parasitários (cisto hidático), tendo como etiologia a infecção por *Echinococcus granulosus*.² Os cistos não parasitários são ainda classificados como primários (verdadeiros) e secundários (pseudocistos). Os cistos primários apresentam uma camada de células epiteliais revestindo as paredes, são mais comuns em crianças e adultos jovens, tendo origem congênita ou neoplásica.³ Já os pseudocistos apresentam apenas a cápsula de tecido fibroso e ausência de qualquer contorno epitelial sendo secundários principalmente ao trauma, infarto esplênico ou processos infecciosos.⁴

Usualmente, os cistos pequenos (menores do que 5 cm) não apresentam sintomas e em sua grande parte são achados acidentais em exames de imagem, como ultrassom e tomografia computadorizada.⁵ O seu

tratamento ocorre de forma conservadora com seguimento ambulatorial e exames seriados de imagem.^{1,4} Entretanto, quando assumem grandes dimensões podem cursar com náuseas, vômitos, dor no hipocôndrio esquerdo, dispneia e esplenomegalia.^{5,6} Cistos com mais de 5 cm de diâmetro devem ser tratados cirurgicamente devido ao risco de hemorragia, ruptura e infecção.^{1,5} O objetivo deste artigo é descrever a ocorrência de um pseudocisto esplênico, achado incomum na prática clínica e cirúrgica.

RELATO DE CASO

Paciente D. O. G., 24 anos, sexo feminino, leucoderma, estudante de veterinária, solteira, natural de Salvador, Bahia. Procurou atendimento médico no Hospital Naval de Salvador em março de 2019 devido à dor abdominal intensa em região do hipocôndrio esquerdo que irradiava para o ombro ipsilateral. A dor era de caráter intermitente, piorando durante esforço físico moderado, como subir escadas e musculação. Além disso, referia dispneia e dificuldade para dormir quando assumia a posição de decúbito lateral esquerdo. A paciente mencionou que o quadro algico teve início em dezembro de 2018, com dor de baixa intensidade juntamente com sintomas gripais. Refere epidemiologia positiva para esquistossomose e queda de escada em junho de 2018, mas nega trauma abdominal.

No primeiro atendimento médico foi observada esplenomegalia sem outras alterações no exame físico. Em seguida, uma investigação foi iniciada, sendo realizadas sorologias para esquistossomose, HIV e vírus Epstein-Barr (EBV), sendo a última reagente e ultrassonografia de abdome total, que acusou esplenomegalia. Encaminhada para hematologista, que evidenciou ao exame físico hepatomegalia, esplenomegalia de grande monta, no nível da cicatriz umbilical e emagrecimento, sendo indicada pesquisa para doenças autoimunes e linfoproliferativas. Encaminhada ao infectologista, para afastar doenças infectocontagiosas e parasitárias (esquistossomose, HIV, EBV, tuberculose, brucelose). Realizada punção esplênica, com resultado negativo para parasitas (figura 1) e tomografia computadorizada revelando baço de volume aumentado devido à presença de volumoso cisto em seu interior, unilocular, de paredes finas, lisas e sem realce, medindo cerca de 15,5 x 14,1 x 10,6 cm, sem demais alterações (figura 2).

Figura 1 – Microscopia óptica (coloração Panótico e aumento de 100x) de material obtido por punção esplênica evidenciando parênquima esplênico sem alterações

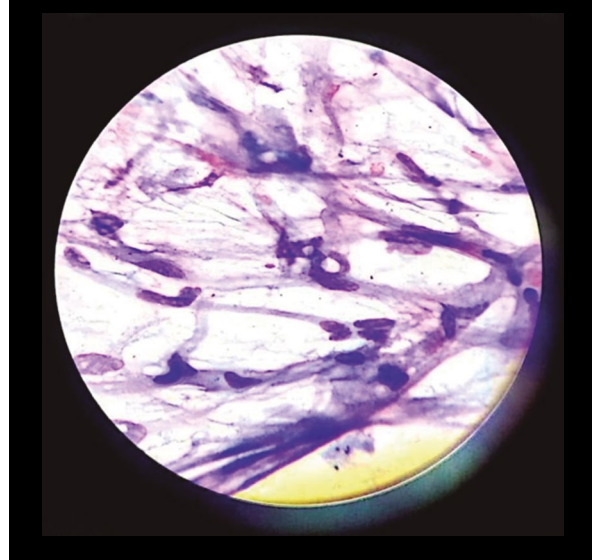
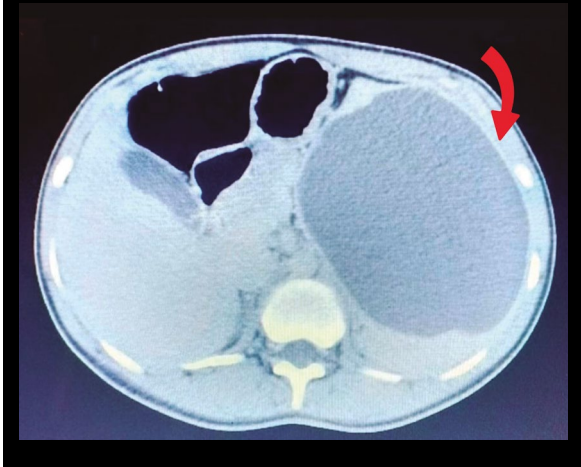


Figura 2 – Tomografia computadorizada de abdome exibindo cisto esplênico (seta vermelha)



Após extensa investigação, tendo como único achado positivo a sorologia para EBV, a esplenectomia foi indicada. A paciente foi resistente a tal conduta, sendo realizada a marsupialização do cisto em 7/8/2019, após vacinação contra pneumococo, meningococo e haemophilus do tipo B. Essa técnica conservadora para tratamento de cistos esplênicos apresenta menor risco de recorrência quando comparada à fenestração e drenagem percutânea do cisto.

O estudo anatomopatológico revelou pseudocisto esplênico, com citologia oncológica do líquido esplênico evidenciando ausência de células neoplásicas malignas. Em consulta de seguimento no dia 3/9 com hematologista, apresentava-se sem queixas, com ultrassom de abdome total de controle que demonstrava novo cisto esplênico, septado, medindo 9 cm com 227 ml de líquido em seu interior. Ressalta-se que o relato de caso foi aprovado pelo CEP (41.195-001) da Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

DISCUSSÃO

Há diversas técnicas disponíveis para o manejo do cisto esplênico:

esplenectomia (total ou parcial), drenagem percutânea do cisto, marsupialização e fenestração. Com exceção da drenagem cística, os métodos citados podem ser realizados tanto por cirurgia aberta quanto por via laparoscópica. Ao escolher a técnica, o cirurgião deve levar em consideração o tamanho do cisto, sua localização, idade da paciente, comorbidades e o desejo dela sempre que possível. Classicamente, o manejo se dava por esplenectomia total. No entanto, após a década de 1970, houve uma mudança com tendência para a realização de cirurgias mais conservadoras devido à ocorrência de septicemia grave, especialmente em criança após esplenectomia total. O baço desempenha um papel importante na hematopoiese, na função imunológica e na proteção contra infecções e neoplasias.⁴

No geral, a cirurgia laparoscópica que preserva o parênquima esplênico deve ser a primeira escolha no tratamento de cistos esplênicos não parasitários, pois é segura, oferece bons resultados e apresenta os benefícios da cirurgia minimamente invasiva.³ O manejo de cisto esplênico por via laparoscópica apresenta uma série de benefícios: rápida recuperação, quadro algico brando no pós-operatório, curto período de hospitalização e redução de morbidade. Entretanto, qualquer opção conservadora torna-se de difícil execução se: baço maior que 5 cm, cisto intraparenquimatoso, dimensão cística ocupando quase a totalidade

do parênquima esplênico, localização em hilo esplênico ou presença de múltiplos cistos. Nesses casos a esplenectomia total está indicada.^{5,6}

A esplenectomia parcial também é uma opção, na medida em que preserva mais de 25% do parênquima esplênico, que é o mínimo de tecido necessário para a preservação da função imunológica. Essa técnica é indicada nos casos em que o cisto se encontra em um dos polos esplênicos ou se a cavidade do cisto for profunda, devido ao maior risco de recorrência.⁵

A drenagem percutânea do cisto apresenta alto risco de recidiva e possível formação de aderências, estando cada vez mais em desuso.⁷ Outra técnica disponível é a fenestração, que consiste em ressecar apenas um segmento da parede cística, criando uma comunicação com a cavidade peritoneal. A maior desvantagem dessa técnica é a ocorrência de recidivas e tanto a via laparoscópica quanto a laparotômica apresentam o mesmo risco para esse desfecho.³

Uma vez que a paciente se negou a realizar esplenectomia, optou-se pela marsupialização videolaparoscópica. Essa técnica é recomendada se o cisto está localizado superficialmente, e consiste em separar por completo as paredes císticas do parênquima esplênico. Essa separação causa algum grau de sangramento que pode ser controlado com segurança por instrumentos de diatermia ou sutura. A marsupialização é simples, segura, reduz a duração da cirurgia e risco de recidiva.^{3,8}

A paciente do caso descrito apresentou recidiva do cisto cerca de um mês após a cirurgia. Recorrências de cistos são descritas como sendo mais frequentes quando optado por técnicas conservadoras em cistos

maiores do que 5 cm.⁹ Esse desfecho é mais observado em crianças e adolescentes, ocorrendo em 50-88% dos casos.¹⁰ Isso pode ser explicado pela escolha de preservação do baço nessa parcela da população devido à importante função imunológica desempenhada pelo parênquima esplênico.

Ainda não há consenso na literatura quanto à melhor escolha para o tratamento de cistos esplênicos ou sua recorrência na população adulta. Desse modo, mais estudos acerca do tema são necessários para melhor definição de conduta.

CONCLUSÃO

Cistos esplênicos grandes (maiores que 5 cm) e sintomáticos devem ser tratados cirurgicamente. Diversas técnicas cirúrgicas estão disponíveis para o manejo. Deve-se tentar preservar o máximo de tecido esplênico sempre que possível devido ao alto risco de sepse pós-esplenectomia. Sendo assim, técnicas cirúrgicas minimamente invasivas que conservam parênquima esplênico devem ser a primeira escolha para o manejo dos cistos esplênicos. Esplenectomia total também é uma opção, constituindo numa abordagem segura para baços de grandes dimensões. Recidivas podem acontecer, sendo relatadas com maior frequência na população pediátrica e uso de técnicas conservadoras em cistos de grandes dimensões.

REFERÊNCIAS

1. Golmohammadzadeh H, Maddah G, Shams Hojjati Y, Abdollahi A, Shahang H. Splenic cysts: Analysis of 16 cases. *Caspian J Intern Med* [Internet]. Verão de 2016 [acesso em: 15 mar 2020];7(3):217–21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27757209>
2. Sarvaiya A, Raniga S, Vohra P, Sharma A, Bhartyan X. Case report: : huge splenic epidermoid cyst. *Ind J Radiol Imag*[Internet]. 2016 [acesso em: 11 mar 2020];16(2):197-8. Disponível em: <http://www.ijri.org/article.asp?issn=0971-3026;year=2006;volume=16;issue=2;page=197;epage=198;aulast=Sarvaiya>
3. Karfis EA, Roustanis E, Tsimoyiannis EC. Surgical management of nonparasitic splenic cysts. *JLS* [Internet]. Abril de 2009 [acesso em: 13 mar 2020];13(2):207–12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19660217>
4. Macheras A. Non-parasitic splenic cysts: A report of three cases. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2005 [acesso em: 10 mar 2020];11(43):6884. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v11/i43/6884.htm>
5. Galyfos G, Touloumis Z, Palogos K, Stergios K, Chalasti M, Kavouras N, et al. Oversized pseudocysts of the spleen: Report of two cases: Optimal management of oversized pseudocysts of the spleen. *Int J Surg Case Rep*[Internet]. 8 de janeiro de 2014 [acesso em: 11 mar 2020];5(2):104–7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261213003337?via%3Dihub> doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2013.11.006>
6. Farhangi B, Farhangi A, Firouzjahi A, Jahed B. Huge epithelial nonparasitic splenic cyst: A case report and a review of treatment methods. *Caspian J Intern Med*[Internet]. Primavera de 2016 [acesso em: 10 mar 2020]; 7(2):146–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27386069>
7. Comitalo JB. Laparoscopic treatment of splenic cysts. *LS*[Internet]. Outubro de 2001 [acesso em: 15 mar 2020];5(4):313–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11719977>
8. Hansen MB, Moller AC. Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*[Internet]. Dezembro de 2004 [acesso em: 12 mar 2020];14(6):316–22. Disponível em: https://journals.lww.com/surgical-laparoscopy/Abstract/2004/12000/Splenic_Cysts.2.aspx doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sle.0000148463.24028.0c>
9. Cianci P, Tartaglia N, Altamura A, Fersini A, Vovola F, Sanguedolce F, et al. A recurrent epidermoid cyst of the spleen: report of a case and literature review. *World J Surg Oncol*[Internet]. 01 de abril de 2016 [acesso em: 21 Jun 2020];14:98 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4818458/#CR8> doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12957-016-0857-x>.
10. Özkan Gezer H, Oğuzkurt P, Temiz A, Ince E, Ezer SS, Koçer NA, et al. Spleen Salvaging Treatment Approaches in Non-parasitic Splenic Cysts in Childhood. *Indian J Surg*[Internet]. Agosto de 2016 [acesso em: 21 jun 2020];78:293-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4987555/> doi: <https://doi.org/10.1007/s12262-015-1373-x>