

Ruptura de baço: apresentação de um caso de paciente com linfoma

FLÁVIO L.L. SALGADO¹, RAFAEL A. POSSIK², CARLOS R. NOGUEIRA¹,
RICARDO F.R. DE ALMEIDA¹, RENATO S.L. CAPPELLANO², DELMAS R.R. PIRES²,
MÁRIO ASAI², DURVAL R. WOHNATH², ALFREDO ABRÃO³, DAVID SERSON⁴

Unitermos: Baço, ruptura. Linfoma.

Key words: Spleen, rupture. Lymphoma.

RESUMO — O trabalho relata aspectos diagnósticos e terapêuticos de um caso de ruptura de baço em um paciente com linfoma, onde a dificuldade esteve em saber se a ruptura pós-trauma deveu-se a um órgão infiltrado por linfoma ou não, mostrando a importância da laparoscopia como método de estadiamento e indicadora do tratamento efetuado.

INTRODUÇÃO

Celsus, no século XV, fez a primeira descrição histórica de ruptura de baço⁽¹⁾. Desde então, com ênfase para o século atual, muito se tem escrito sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica das lesões traumáticas do baço.

A mortalidade de aproximadamente 30% em 1950 reduziu-se para 10% atualmente. As principais causas etiológicas estão relacionadas a traumas por acidente automobilístico ou esportivos ou ferimentos por arma branca e arma de fogo.

O diagnóstico tornou-se mais preciso com os exames subsidiários mais sofisticados, como ultra-sonografia, mapeamento esplênico, tomografia computadorizada e laparoscopia.

O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso de ruptura de baço em paciente portador de linfoma não-Hodgkin.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 45 anos, portador de linfoma maligno histiocítico nodular — estágio III,

diagnosticado há 3 anos, tendo sido submetido a tratamento quimioterápico com 2 ciclos de COP (ciclofosfamida, vincristina e prednisona) e 6 ciclos de CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, procarbazida) + bleomicina.

Estava assintomático até há 30 dias, quando teve queda, com trauma de hipocôndrio esquerdo e dor local. Ao exame físico, apresentava-se descorado ++/4+, sinais vitais dentro da normalidade, área equimótica no flanco esquerdo, ponta de baço palpável na reborda costal esquerda, sinal de Blumberg negativo, ruídos hidroaéreos presentes e normais. Ao exame inicial, tinha hemoglobina de 8,5g%. Realizou ultra-som abdominal, que mostrava baço com dimensões normais, com tumorações mistas compatíveis com infiltração tumoral. Foi submetido a laparoscopia, que mostrou baço aumentado e recoberto por epíploon e hemoperitônio.

A seguir, fez mapeamentos esplênicos sequenciais com tecnécio-99m, que mostraram área fria no polo inferior do baço, com discreto aumento nos dias seguintes. Na véspera da cirurgia, realizou outro exame ultra-sonográfico, que mostrou esplenomegalia com tumorações mistas, parênquima alterado, podendo tratar-se de hematoma e/ou infiltração tumoral.

Foi então submetido a laparotomia exploradora e esplenectomia, devido à ruptura do baço. Teve boa evolução pós-operatória, com alta no 5º dia. O exame anatomicopatológico revelou "infarto hemorrágico do baço".

DISCUSSÃO

A apresentação deste caso de ruptura traumática de baço traz, junto ao trauma, aspectos etiológicos, diagnós-

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antônio Prudente — São Paulo.

1. Residente de Cirurgia.
2. Titular do Departamento de Cirurgia Abdominal.
3. Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal.
4. Diretor do Departamento de Medicina Nuclear.

TABELA 1
Classificação dos traumas esplênicos (Bailey e Love)

Grupo I	Choque severo.	17% dos casos 80% de óbitos
Grupo II	Choque moderado. Irritação peritoneal.	73% dos casos 4% de óbitos
Grupo III	Choque que surge após horas ou semanas.	10% dos casos 0% de óbito
Grupo IV	Ruptura em baços anormais após traumas pequenos ou espontâneos.	

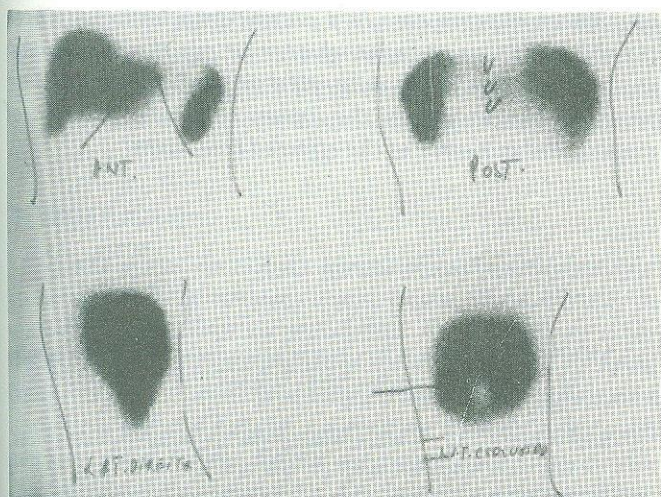


Fig. 1 — Cintilografia hepatoesplênica, realizada após administração de 5 milicuries de enxôfre coloidal marcado com tecnécio-99m e efetuada em gamacâmara acoplada a computador, evidenciou área "fria" no polo inferior esplênico, observada na projeção lateral esquerda



Fig. 2 — Peça operatória, mostrando baço com o hematoma

tics e terapêuticos interessantes, inclusive quanto aos diagnósticos diferenciais.

Quanto à classificação do trauma em si, segundo Bailey e Love⁽¹⁾, como mostra a tabela 1, nosso caso se enquadraria dentro do grupo III, de bom prognóstico, ou no grupo IV, como pensamos a princípio, em vista dos dados de anamnese e o achado ultra-sonográfico, que sugeriam infiltração tumoral do órgão.

Em condições hemodinâmicas favoráveis, com ausência do quadro de choque, é possível fazer exploração diagnóstica meticulosa.

A cintilografia esplênica com Tc-99m^(1,3,5) é utilizada, junto ao controle hematimétrico e exame ultra-sonográfico, para observação e indicação da cirurgia. Mostrou-se eficaz, descrevendo lesão polar no baço, que cresceu na vigência da internação, não conseguindo, entretanto, esclarecer se se tratava de lesão maligna ou não (fig. 1).

O ultra-som, método também indireto e não invasivo, de grande valia para casos similares, não conseguiu especificar a natureza do processo de formação no baço, limitando-se a descrever o aumento global do órgão e as "áreas tumorais".

A laparoscopia mostrou o aumento do órgão e, o que é mais importante, o hemoperitônio, indicando o tratamento. Afastou o comprometimento de outros órgãos abdominais, acessíveis ao exame, sendo exame importante no estadiamento de linfomas.

A arteriografia seletiva e a tomografia computadorizada são dois outros métodos importantes para avaliação do baço⁽¹⁰⁾. A primeira por poder delimitar a área com hematoma, auxiliando no diagnóstico; não foi realizada devido ao achado da laparoscopia ter indicado o tratamento. A tomografia mostra sua importância principalmente no caso do baço infiltrado pela doença, onde não se limita à exploração do órgão, mas também se estende, como a ultra-sonografia e peritonioscopia, a outros locais de cavidade abdominal, auxiliando no estadiamento.

Quanto à terapêutica cirúrgica, após a verificação do hemoperitônio, foi indicada, tanto em relação ao trauma como à infiltração tumoral.

A esplenectomia neste caso mostrou-se resolutive quanto ao hematoma, fez diagnóstico de ausência de recidiva no baço ou no abdômen, permitindo a manutenção de um estado de vigilância ao qual se encontrava o paciente quanto à neoplasia, não necessitando reiniciar quimioterapia (fig. 2).

Outros aspectos relacionados a estudos recentes do baço falam de tratamento com conservação do órgão, ou mesmo cirurgia parcial^(4,6), com esplenectomia polar. Tais questionamentos não foram feitos neste caso, pela forte suspeita de tratar-se de órgão acometido por linfoma, o que indicava a esplenectomia total. A esplenectomia parcial será indicada, sempre que factível, pois há deficiên-

cias imunológicas verificadas em pós-operatórios tardios, principalmente de crianças esplenectomizadas⁽²⁾.

A laparoscopia mostrou-se um exame útil, indicada para pacientes hemodinamicamente estáveis, possibilitando a chance do diagnóstico, evitando a manutenção de uma terapêutica conservadora, que pode evoluir para o êxito letal, pela extensão da ruptura traumática do órgão.

SUMMARY

This paper relates diagnostic and therapeutic aspects of a spleen rupture case in a patient with linfoma, where the difficulty was to know whether or not the pos-trauma rupture was due to an infiltrated organ by linfoma, showing the importance of the laparoscopy as a method of staging and indicator of the effected treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARDEN, GP et al. Traumatic rupture of the spleen. *Int. Surg.* 66: 149-154, 1981.
2. FRANCKE, EL et al. Infecção pós-esplenectomias. *Clin. Cir. Amer. Norte*, 61: 135-156, 1981.
3. HOWNAN GILES, R et al. Splenic trauma: non operative management and long-term follow-up by scintiscan. *J. Pediatr. Surg.* 13: 121-126, 1978.
4. KING, DR et al. Selective management of injured spleen. *Surgery*, 90: 677-681, 1981.
5. MISHALANY, HG et al. Radioisotope spleen scan in patients with splenic injury. *Arch. Surg.* 117: 1.147-1.150, 1982.
6. MONGENSTEIN, L et al. Technique of spleen conservation. *Arch. Surg.* 114: 449-454, 1979.
7. MONGENSTEIN, L et al. Non operative management of injuries of the spleen in adults. *Surg. Gynecol. Obstet.* 157: 513-518, 1983.
8. SCHWARTZ, SI Esplenectomias por doenças hematológicas. *Clin. Cir. Amer. Norte* 61: 117-133, 1981.
9. SHERMAN, R Base lógica e métodos de preservação esplênica, após traumatismo. *Clin. Cir. Amer. Norte* 61: 127-134, 1981.
10. VILARREAL RIOS, MAYS et al. Efficacy of evaluation and selective splenic arteriography in splenic trauma. *Am. J. Surg.* 147: 310, 1974.
11. WESSON, DE et al. Ruptured spleen: when to operate? *J. Pediatr. Surg.* 16: 324-326, 1981.
12. ZERBINI, EJ Afecções cirúrgicas do baço. In: _____. *Clinica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto*. São Paulo, Guanabara Koogan, 1979. p. 568-577. v. 5.

TELE-CAN

270-1233

Para maiores informações, procure a **Rede Feminina de Combate ao Câncer, da Fundação Antônio Prudente**, pelo telefone (011) 278-0826, das 12 às 18 horas, ou à Rua Professor Antônio Prudente, 211 01509 - Liberdade - São Paulo