

Saúde

Revista Brasileira de

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 12, 2025

... ARTIGO 10

Data de Aceite: 01/12/2025

ESPLENECTOMIA PÓS TRAUMA COM ACHADO INTRAOPERATÓRIO DE LESÃO TUMORAL CÍSTICA EM PEDIATRIA

Bianca Delfino

Graziela Francisca de Araujo Terciotti

Isadora Marinho D'Elia

Juliana de Lima Regra

Lara Garcia Pereira



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Resumo. Os cistos esplênicos são alterações raras que afetam o baço, frequentemente detectados por acidente em exames de imagem. Podem ser congênitos ou adquiridos, classificados em cistos verdadeiros ou pseudocistos. A maioria dos cistos epidermóides têm caráter congênito ou neoplásico, enquanto pseudocistos são consequência de um trauma contuso. A hipótese diagnóstica surgirá após exames de rotina, físicos e radiológicos. Esse relato apresenta o caso de uma criança submetida a esplenectomia após trauma abdominal fechado com resultado anatomopatológico de cisto epidermóide. Relato: S.R.S., masculino, 09 anos, apresentou trauma abdominal durante atividade física, com início de dor abdominal difusa de forte intensidade, sem irradiação, associada a vômitos e perda de consciência. Realizou radiografia de abdômen sugerindo lesão esplênica, sem sangramento ativo; ultrassom e tomografia total de abdômen confirmando lesão expansiva arredondada, cística, com componentes sólidos e epicentro no baço. Evoluiu com queda hematórica e distensão abdominal, optado por intervenção cirúrgica com laparotomia exploradora. No intraoperatório observou-se grande quantidade de sangue e achado de lesão tumoral cística gigante associada a ruptura de baço, realizando esplenectomia total. Discussão: No cenário de cistos esplênicos, os pós-traumáticos predominam. A maioria é assintomática; os sintomáticos apresentam dor em hipocôndrio esquerdo, epigástrico e região periumbilical, associado a náusea, vômito e plenitude pós-prandial. O diagnóstico é por meio do exame histopatológico; para diagnóstico diferencial utiliza-se a tomografia computadorizada e a ultrassonografia abdominal. O manejo conservador é válido para pequenos cistos assintomáticos, sendo as esplenectomias

parciais e descapsulação também eficazes. O tratamento cirúrgico é a esplenectomia, útil na prevenção de complicações (ruptura do cisto, abdome agudo, infecções). No caso estudado, optou-se por esplenectomia devido ao tamanho do cisto, sintomas e estado geral do paciente.

Palavras-chave: Trauma. Cisto epidermóide. Baço. Esplenectomia.

INTRODUÇÃO

Cistos esplênicos são classificados em parasitários e não parasitários. Sendo o segundo pouco frequentes, podendo ser subclassificados em verdadeiros ou falsos. Os cistos chamados de epidermóides são os verdadeiros, apresentando camada de revestimento epitelial, enquanto os pseudocistos (falsos) possuem apenas parede de tecido fibroso, sem camada de revestimento epitelial. Os cistos epidermóides têm caráter congênito ou neoplásico na grande maioria dos casos, enquanto os pseudocistos apresentam-se como consequência de um trauma contuso. Ambos não apresentam quadro clínico sugestivo de seu diagnóstico, mas tornam-se uma suspeita quando iniciam-se sintomas compressivos de estruturas adjacentes. Por esse motivo, muitas vezes sua hipótese diagnóstica surgirá após exames de rotina, tanto físicos quanto radiológicos. Nos raros casos em que a sintomatologia está presente, pode-se citar dor em hipocôndrio e hemitórax esquerdos, e, ainda mais, inespecificamente em região epigástrica ou periumbilical. Além disso, o paciente poderá desenvolver sintomas gastrointestinais. A ruptura do cisto acarretará todo quadro clínico típico de abdome agudo. O diagnóstico de cistos esplênicos é feito a partir de exames de imagem com

confirmação por biópsia. O presente relato apresenta o caso de paciente pediátrico submetido a esplenectomia com suspeita de afecção maligna esplênica, porém com resultado anatomopatológico de cisto epitelial esplênico (cisto epidermóide).

RELATO DE CASO

S.R.S., masculino, 09 anos, procurou atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Araraquara horas após trauma durante atividade física. Paciente referiu queda da própria altura durante corrida em jogo de futebol. Após a queda, iniciou dor abdominal difusa e de forte intensidade, sem irradiação, apresentando vômitos e perda de consciência. Ausência de comorbidades de base, alergias ou uso de medicações contínuas. No serviço realizou exame de imagem sugestivo de lesão esplênica, sem sangramento ativo. Encaminhado para internação na Santa Casa de Araraquara, onde foi atendido pela equipe de pediatria. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril (36,9°C), glasgow 15, pressão arterial 90x70 mmHg, pressão arterial média 76,67 mmHg, frequência cardíaca 110 batimentos por minuto, frequência respiratória 20 inspirações por minuto, saturação 100% em ar ambiente, peso 30 quilogramas, aparelho respiratório apresentando murmúrio vesicular bilateralmente sem ruídos adventícios, aparelho cardiovascular apresentando 02 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros, avaliação abdominal apresentando-se sem equimose, orientada pela Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica (CIPE) a ser feita apenas inspeção devido a risco de lesão de órgão. Equipe de pediatria da Santa Casa de Araraquara decide, em consonância com a equipe

de cirurgia pediátrica, encaminhar o paciente para Hospital Carlos Fernando Malzoni (Matão - SP), porém recusado devido a superlotação, então paciente foi encaminhado à Maternidade Gota de Leite (Araraquara - SP), para seguimento do caso. Nesse local, paciente foi internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após avaliação da CIPE para monitorização e cuidados intensivos. No dia seguinte à internação, fora decidido em conjunto com a equipe da CIPE e família do paciente a realização de laparotomia exploradora devido a piora na hematimetria e clínica, evoluindo para importante distensão abdominal. A cirurgia teve duração de 2 horas e 40 minutos, e foi visualizado grande quantidade de sangue intracavitário com lesão cística gigante e ruptura de baço. Paciente recebeu concentrado de hemácias em intraoperatório 250ml - 8 ml/kg; plasma 402ml - 13,4 ml/kg; vitamina k; transamin; cetoprofeno. Já estava em uso de ceftriaxone 66 mg/kg/dia (D1: 18/03/24); foi iniciado metronidazol 30mg/kg/dia (D0: 19/03/2024). Além de analgesia com dipirona, cetoprofeno e nalbufina. Após extubação no centro cirúrgico paciente foi liberado para monitorização em leito de UTI.

Aos exames laboratoriais pós cirúrgicos, observou-se: hemoglobina 9,4; hematócrito 27,4%; leucócitos 9.610 (14% B, 62% S, 1% E, 16% L, 7% M); plaquetas 123.000; PCR 55; ureia 24; creatinina 0,5;

TGO 44; TGP 160; sódio 137; potássio 4; magnésio 1,7. Controle de hemoglobina/hematócrito: 9,2/27; 9,8/29; 9,1/27.

Durante internação em UTI, paciente manteve-se em uso da antibioticoterapia e medidas analgésicas supracitadas, recebendo soro fisiológico a 28,4 ml/kg/dia. Em primeiro e segundo dias pós operatórios, paciente não aceitou bem ingesta de líquidos,

além de apresentar episódios de vômitos esverdeados, tendo soro de manutenção aumentado. Em terceiro dia pós operatório foi introduzida dieta líquida e alta para seguimento em Santa Casa de Araraquara.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cistos esplênicos são raros, apresentando uma incidência de 0,75 para 100.000, já o não parasitário em 0,5% - 2% da população. Além disso, os cistos primários representam 20% dos cistos e os secundários correspondem a 80% dos cistos (SEIFED-DINE BEN HAMMOUDA et al., 2022).

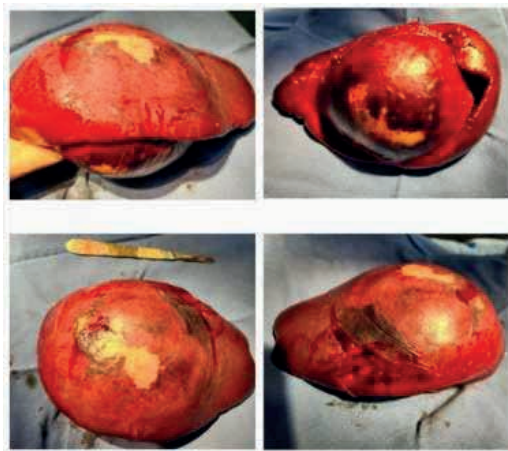
A classificação dos cistos esplênicos é denominada de acordo com a presença ou ausência de revestimento epitelial, etiologia e patogenia. Os cistos do tipo 1 são considerados verdadeiros com a presença de epitélio de revestimento e podem ser congênitos ou adquiridos, já os cistos do tipo 2 (pseudocistos) são cistos considerados falsos por ter ausência do epitélio de revestimento e serem constituídos de revestimento fibroso. Os pseudocistos ou cistos secundários se originam de lesões traumáticas, hemorragia, infecção e infarto agudo de miocárdio, porém são predominantes em casos pós-traumáticos, por consequência da falha de organização dos hematomas localizados abaixo da cápsula ou no parênquima esplênico. Baseando-se no agente causador, os cistos são divididos em cistos parasitários e cistos não parasitários. O grupo dos cistos parasitários apresenta maior prevalência em áreas endêmicas e são causados por infestação do *Echinococcus granulosus*. Já os cistos não parasitários, podem ser divididos em neoplasias congênitas, traumáticas e degenerativas (INGLE, 2014).

Em relação às manifestações clínicas, a maioria dos pacientes são assintomáticos e apresentam diagnóstico ocasional por meio de exames de rotina ou achados durante laparotomia exploradora. Já nos casos sintomáticos, os pacientes apresentam dor generalizada em hipocôndrio esquerdo, epigástrico e região periumbilical devido a distensão da cápsula esplênica ou compressão visceral e podem apresentar também sintomas generalizados como náusea, vômito e plenitude pós-prandial. A ruptura do cisto esplênico leva a um quadro de abdome agudo (ALVAREZ et al., 2000).

O diagnóstico é confirmado por meio do exame histopatológico sendo a tomografia computadorizada de abdome e a ultrassonografia abdominal utilizadas para diagnóstico diferencial (ALVAREZ et al., 2000).

Os diagnósticos diferenciais dos cistos esplênicos correspondem a doenças parasitárias, cistos epidermóides epiteliais, cistos dermóides, hemangioma ou linfangioma, sendo os cistos esplênicos congênitos chamados de epiteliais ou de epidermóides. Eles são principalmente cistos esplênicos não parasitários primários e constituem aproximadamente 10% do total dos cistos (QUEIROZ et al., 2021).

O tratamento dos cistos epidermóides esplênicos consiste na esplenectomia, o qual é utilizada como prevenção, evitando quadros de ruptura do cisto, abdome agudo e possíveis infecções generalizadas. A esplenectomia permite a remissão dos sintomas e evita complicações. O manejo conservador é válido para pequenos cistos assintomáticos (menores que 4 cm), sendo as esplenectomias parciais e as descapsulações descritas como eficazes (SCHLITTLER; DALLAGASPERINA, 2010).



FONTE: IMAGEM DO AUTOR

QUEIROZ, B. et al. Cisto epidermoide de baço procedido por esplenectomia laparoscópica: relato de caso / Epidermoid cyst of the spleen proceeded by laparoscopic splenectomy: case report. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 24228–24235, 10 nov. 2021.

RANA, A. P. S. et al. Large Splenic Cyst: A Rare Presentation. *Cureus*, 12 abr. 2021.

SCHLITTLER, L. A.; DALLAGASPERINA, V. W. Non-parasitic splenic cysts. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, v. 37, n. 6, p. 442–6, 2010.

CONCLUSÃO

O cisto epidermóide é um cisto primário congênito, com um revestimento epitelial. O paciente elucidado neste estudo teve como tratamento a esplenectomia por conta do trauma associado, porém, em casos assintomáticos e com tamanho inferior a 4 cm, o tratamento conservador é uma abordagem segura e minimamente invasiva, principalmente em crianças e adultos jovens. Já nos casos sintomáticos e com o tamanho superior a 5cm, a esplenectomia é indicada por conta do risco de ruptura e hemorragia, associado a um quadro de abdome agudo.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Glauco da Costa, et al. “Cisto Epidermóide de Baço Em Criança: Relato de Caso.” *Arquivos de Gastroenterologia*, vol. 37, no. 1, Jan. 2000, pp. 69–75, 8 Sept. 2022.

GRAY, TK. T. et al. Primary Splenic Epidermoid Cyst: A Case Report. *Cureus*, 3 mar. 2022.

INGLE, S. B. Epithelial cysts of the spleen: A minireview. *World Journal of Gastroenterology*, v. 20, n. 38, p. 13899, 2014.