



“Baço errante”, uma causa rara de abdomen agudo

Jorge França Santos¹, Dina Carvalho¹, Ana Calheno¹, José Lima¹, Manuel Almeida e Silva¹, José A. Guedes Marques¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Unidade Hospitalar de Chaves

Resumo: Baço “errante” é uma condição rara caracterizada por hiper mobilidade esplénica devido à ausência ou laxidez dos seus ligamentos, podendo apresentar-se como abdómen agudo quando ocorre torção do seu próprio pedículo. Apresenta-se o caso de baço “errante” em jovem do sexo feminino, de quinze anos, com vômitos e dor abdominal na admissão hospitalar. Ocorreu deterioração do estado clínico com aparecimento de sinais clínicos de abdómen agudo, sendo realizada laparotomia com remoção do baço enfartado. A torção do baço errante deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dor abdominal recorrente e de abdómen agudo.

Palavras-chave: baço “errante”; torção; enfarte esplénico; abdómen agudo; esplenectomia.

Acta Pediatr Port 2009;40(2):69-71

Wandering spleen, a rare cause of acute abdomen

Abstract: Wandering spleen is a rare condition characterized by increased splenic mobility due to the absence or laxity of its suspensory ligaments, that may present as acute abdomen when it is twisted on its pedicle. We reported a case of torsion of a wandering spleen in a 15 - year-old female patient with vomiting and abdominal pain at hospital admission. Deterioration of clinical picture with findings of acute abdomen occurred and a laparotomy was performed and the infarcted spleen was removed. Torsion of wandering spleen should be kept in mind in the differential diagnosis of recurrent abdominal pain and of acute abdomen.

Key-words: Wandering Spleen; torsion; spleen infarct; acute abdomen; splenectomy.

Acta Pediatr Port 2009;40(2):69-71

Introdução

O baço errante é definido como uma situação de hiper mobilidade resultante do anormal desenvolvimento ou laxidez dos

seus ligamentos (etiologia congénita versus adquirida), levando a posição ectópica variável do mesmo no abdómen e/ou pelve, podendo ocorrer torção do seu pedículo, determinando isquemia, enfarte, eventualmente choque hemorrágico e até a morte. O baço errante pode resultar de anomalias congénitas dos ligamentos e por vezes estar associado a hérnia diafragmática¹. Alterações hormonais e laxidez abdominal devido à gravidez poderão desempenhar um papel nas situações de etiologia adquirida^{2,3}. Outras etiologias incluem o síndrome de prune-belly, esplenomegalia, trauma, doenças hematológicas e infecção^{2,3}.

Patologia incomum com uma incidência referida inferior a 0.2% (essencialmente mulheres em idade fértil), raramente ocorre em crianças com menos de 10 anos, existindo, contudo, predominância pelo sexo masculino em lactentes⁴.

A apresentação clínica é variável, podendo ser assintomática, causa de dor abdominal recorrente, até ao estabelecimento de um quadro cirúrgico de ventre agudo. Ocasionalmente apresenta-se como uma massa móvel no quadrante superior esquerdo do abdómen. Para além da dor estão referidos outros sintomas como febre, náuseas, vômitos, alterações do trânsito intestinal, melenas, hematemeses e anorexia. É potencialmente fatal se ocorrer torção do órgão, podendo determinar enfarte, hipertensão portal e hemorragia^{3,4}.

Os exames laboratoriais são habitualmente inespecíficos e o principal contributo para o diagnóstico desta entidade provém dos meios imagiológicos.

O tratamento é cirúrgico. Se o diagnóstico for “precoce”, o tratamento de eleição deve ser a esplenoplexia por laparoscopia^{5,6}. Se já está estabelecida a torção do pedículo e o enfarte do órgão a esplenectomia é, por vezes, a única opção possível⁷.

Relato de caso

Jovem do sexo feminino, quinze anos de idade, caucasiana, segunda filha de pais jovens, saudáveis, não consanguíneos. Gestação vigiada, com ocorrência de diabetes gestacional no terceiro trimestre. Parto hospitalar, por via vaginal, às 40

Recebido: 25.04.2008
Aceite: 20.03.2009

Correspondência:

Jorge França Santos
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE;
Serviço de Pediatria - Unidade Hospitalar de Chaves
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro, 5400 - 249 Chaves
jmfrancasantos@hotmail.com

Teve alta ao terceiro dia de pós-operatório, após administração de vacina antipneumocócica 23-valente e penicilina benzatínica intramuscular, com indicação de manter a profilaxia indicada pós-esplenectomia.

Discussão

O diagnóstico precoce de baço “errante” impõe-se para permitir, se possível, tratamento conservador - esplenopexia, a qual pode ser realizada por laparoscopia^{4,6}. A apresentação clínica, bem como os achados laboratoriais, podem ser inespecíficos, podendo a radiologia contribuir de modo decisivo para o diagnóstico. A radiografia abdominal simples pode mostrar ausência da sombra esplénica normal. A ecografia é considerada o meio de diagnóstico mais útil, podendo evidenciar, quer a presença do baço errante, quer a existência da torção com isquemia (ecografia com Doppler)^{8,9}, a qual por condicionalismos do hospital não foi realizada em tempo útil. A TAC abdominal pode fornecer igualmente informação sobre a existência de torção e da viabilidade do parênquima esplénico⁹. A TAC permite efectuar o diagnóstico, exigindo, no entanto, uma leitura sistemática (loca esplénica vazia e a massa visualizada apresentar densidade sobreponível à do baço). A ausência desta interpretação no caso apresentado determinou que o diagnóstico não fosse efectuado no pré-operatório. A cintigrafia hepato-esplénica e a ressonância magnética podem ser igualmente úteis na abordagem diagnóstica do baço errante⁹.

A trombocitopenia pode relacionar-se, quer com o hiperesplenismo, resultante do aumento do órgão após crises repetidas de sub-torção do seu pedículo, quer com a activação dos mecanismos da coagulação/hemólise no momento da torção irreversível do pedículo e consequente enfarte esplénico, mecanismo este que terá acontecido neste caso.

O sinal de Murphy renal esquerdo poderia explicar-se, eventualmente, por estiramento do ligamento espleno-renal (se existente, mesmo que frouxo ou anormalmente longo), o que não se verificou. Nesta situação concreta admite-se a possibilidade de ser um caso de “dor referida” ou um achado inespecífico.

A incerteza do diagnóstico preciso e a gravidade da situação

clínica, determinaram a opção por laparotomia exploradora. O aspecto macroscópico do baço sugerindo enfarte e a sua não alteração após a distorção, determinaram a realização da esplenectomia.

Desejamos que a divulgação deste caso contribua para um melhor conhecimento do “Baço errante”, muito em particular pelos pediatras, cirurgiões e radiologistas, de modo a diminuir as complicações associadas a esta situação.

Agradecimentos à Dra. M.J. Perez del Rio do Serviço de Anatomia Patológica do CHTMAD,EPE - Unidade de Chaves, pelo fornecimento de fotografia respeitante ao estudo anátomo-patológico e a Dr. J.C. Portela Pastrana do Serviço de Radiologia do CHTMAD,EPE -Unidade de Chaves, pelo fornecimento de fotografia da TAC e revisão crítica deste exame e do relatório previamente efectuado.

Referências

- 1 - Ng T, Lessin MS, Lucks FI, Wallach MT, Wesselhoeft CW. Wandering spleen presenting as duodenal obstruction after repair of congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg* 1997; 32:1790-2
- 2 - Abell I. Wandering spleen with torsion of the pedicle. *Ann Surg* 1933; 98:722-35.
- 3 - Brown CVR, Virgílio GR, Vasquez WD. Wandering spleen and its complications in children: a case series and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2003;38:1676-9.
- 4 - Allen KB, Andrews G. Pediatric wandering spleen - the case for splenopexy: review of 35 reported cases in the literature. *J Pediatr Surg* 1989; 24:432-5.
- 5 - Hedeshian MH, Hirsh MP, Danielson PD. Laparoscopic splenopexy of a pediatric wandering spleen by creation of a retroperitoneal pocket. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2005;15:670-2
- 6 - Kleiner O, Newman N, Cohen Z. Pediatric wandering spleen sucess fully treated by laparoscopic splenopexy. *J Laparoendoscopic Adv Surg Tech A* 2006;16:328-30.
- 7 - Alimoglu O, Sahin M, Akdag M. Torsion of a wandering spleen presenting with acute abdomen: a case report. *Acta Chir Belg* 2004;104: 221-3.
- 8 - Karmazyn B, Steinberg R, Gayer G, Grozovski S, Freud E, Kornreich L. Wandering spleen - The challenge of ultrasound diagnosis: report of 7 cases. *J Clin Ultrasound* 2005;33:433-8.
- 9 - Katsimba D, Arvaniti M, Kaitartzsis C, Miliou T, Christopoulos S. Wandering spleen: US, CT and MRI findings. *Euro Rad* [serial on the Internet]. 2003 Dec Acessível em: <http://www.eurorad.org/case.php?id=2170>