

RELATO DE CASO

ABSCESO ESPLÊNICO

SPLenic ABSCESS

Francisco Edilson Leite Pinto Júnior, TCBC-RN¹
Ariano José Freitas de Oliveira, RCBC-RN²
Aldo da Cunha Medeiros, TCBC-RN³

INTRODUÇÃO

O abscesso esplênico é uma doença incomum e o seu diagnóstico permanece um desafio, ainda na atualidade. Até 1986, cerca de 400 casos foram relatados na literatura inglesa.¹

Entretanto, na última década houve um aumento da sua incidência, tendo em vista o maior uso de drogas quimioterápicas em doentes oncológicos, drogas imunossupressoras em transplantados e o maior número de doentes acometidos pela síndrome da imunodeficiência adquirida.^{1,2}

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente, sem evidência de estado de imunodepressão, acometida por abscesso esplênico.

RELATO DO CASO

Mulher branca, 42 anos, passou a apresentar dor no hipocôndrio esquerdo (HE), em pontada, associada com febre, calafrios, astenia, anorexia e disúria cinco dias antes da internação. Não havia história de traumatismo abdominal ou de que estivesse recebendo medicação imunossupressora. Ao exame encontrava-se com bom estado geral e nutricional, corada e hidratada. O abdome era flácido, porém com discreta dor à palpação profunda no HE. Os exames laboratoriais evidenciavam 16.000 leucócitos, com 5% de bastões; hematócrito de 35%. O exame de urina apresentava seis piócitos por campo. Foi medicada com norfloxacina pela suspeita de infecção urinária. Entretanto, não houve melhora da sintomatologia.

Dessa forma, foi solicitada ultra-sonografia abdominal que revelou imagem hipocogênica, contendo lí-

quido espesso, de, aproximadamente, 3,2 x 3,2 x 3,3cm de diâmetro, localizada no rim direito, e coleção na topografia do baço sugestiva de abscesso esplênico. A tomografia computadorizada confirmou a presença de abscesso renal direito e observou volumosa coleção líquida no interior do baço (240ml), medindo cerca de 9,2 x 7,0cm (Figura 1).

Iniciou-se a antibioticoterapia venosa, com penicilina cristalina, amicacina e metronidazol. Houve queda do estado geral e optou-se pelo tratamento cirúrgico, após utilização de vacina antipneumocócica. Foi realizada esplenectomia total (Figura 2) com drenagem do espaço subdiafragmático esquerdo. A cultura revelou *E. coli*. A paciente recebeu alta sete dias após a operação.

DISCUSSÃO

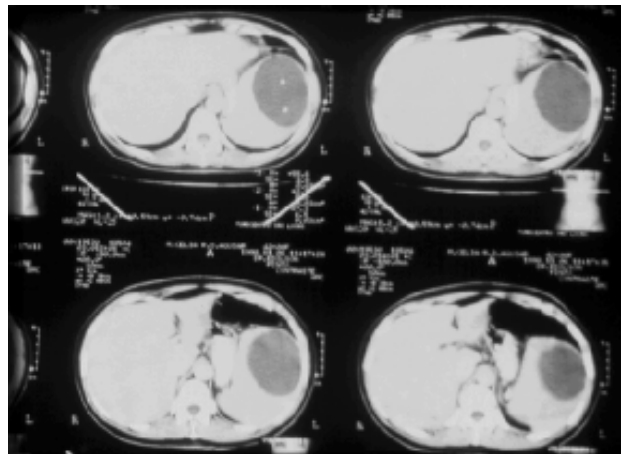


Figura 1 — Tomografia abdominal — abscesso esplênico.

1. Professor Assistente da Disciplina de Técnica Operatória-Cirurgia Experimental e Coordenador da Residência de Cirurgia Geral da UFRN. Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela UFPE.
2. Residente de Cirurgia Geral da UFRN.
3. Chefe da Disciplina de Técnica Operatória-Cirurgia Experimental da UFRN. Doutor em Cirurgia. Pesquisador do CNPq.

Recebido em 31/3/99

Aceito para publicação em 17/11/99

Trabalho realizado na Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte — UFRN.

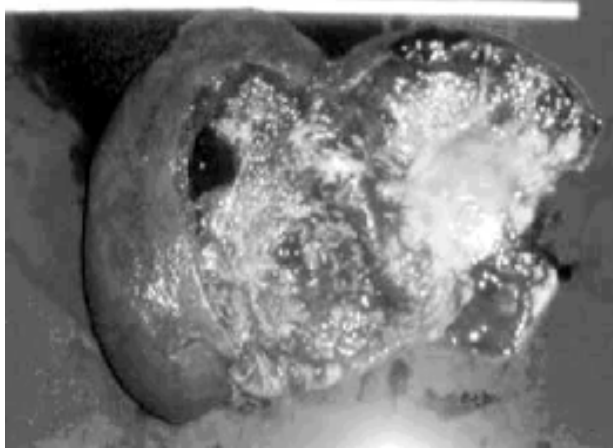


Figura 2 — Peça cirúrgica: Presença de abscesso intraparenquimatoso esplênico

Abscesso esplênico é uma enfermidade rara associada com estados de imunossupressão, sendo uma das causas de sepsis intra-abdominal. Estudos de autópsias indicam uma incidência de 0,14% a 0,7%. É mais frequente no sexo masculino (2:1) e na raça branca.^{1,2}

Entre os microrganismos envolvidos destacam-se as bactérias aeróbicas, em particular o *Stafilococcus*, a *Salmonella* e a *Escherichia coli*. Os fatores predisponentes tradicionalmente associados ao desenvolvimento do abscesso esplênico são: trauma esplênico, quimioterapia, bacteriemia (especialmente associada com endocardite e infecção urinária), infecções contíguas e tumores benignos (cisto e hemangioma) e malignos do baço.^{1,3}

O diagnóstico clínico é difícil, pois os sintomas clássicos tais como: febre, calafrios e dor no hipocôndrio esquerdo associados com leucocitose são sugestivos, porém,

inespecíficos. A febre encontra-se presente em 90% dos casos.^{1,2,3}

O melhor exame para investigação inicial de um paciente com suspeita de abscesso esplênico é a ultrassonografia (US) pelo seu baixo custo e fácil acesso. Na maioria dos casos, evidenciam-se lesões anecóicas ou hipoecóicas, com paredes irregulares, associadas com esplenomegalia. Entretanto, a tomografia computadorizada (TC) é o exame de maior precisão, pois define a localização exata do abscesso (subcapsular ou periesplênica).^{4,5}

A cintilografia com tecnécio 99m pode ser utilizada, contudo, os altos índices de resultados falsos negativos desestimulam o seu uso.⁴

A maioria dos abscessos é isolada, unilocular e com tamanho que varia de 1 a 18cm⁴.

A introdução da antibioticoterapia diminuiu significativamente a mortalidade nesta doença. Porém, não deve ser utilizada isoladamente, tendo em vista que a mortalidade pode atingir aproximadamente 100%.²

A drenagem percutânea guiada pela US ou TC tem obtido sucesso em 75% dos casos, sendo útil quando há contra-indicação para o tratamento cirúrgico ou em pacientes jovens, onde a preservação esplênica é desejada. Todavia, o tratamento definitivo é a esplenectomia.^{1,2}

As principais complicações evidenciadas estão relacionadas à ruptura para a cavidade peritoneal, para órgão contíguo (fístulas esplenocólicas e esplenogástricas) e transdiafragmáticas.³

No caso ora relatado, apesar de a paciente não ter mencionado o uso de drogas imunossupressoras, apresentava um quadro de infecção urinária que pode ter sido o fator predisponente para o surgimento do abscesso esplênico. Optou-se pela esplenectomia devido ao tamanho da lesão e por esse método apresentar os melhores resultados.

ABSTRACT

Splenic abscess is a rare disease usually associated with immunosuppressed states. Its diagnosis may be difficult due to non-specific symptoms. The authors report a case of a healthy woman, 42 years old, bearer of splenic and renal abscesses, treated with antibiotics and splenectomy. A review of the literature is presented with emphasis on the diagnosis and treatment.

Key Words: Splenic abscess; Splenectomy.

REFERÊNCIAS

1. Chun CH, Raff MJ, Contreras L – Splenic abscess. *Medicine*. 1980; 59:50-65.
2. Ho HS, Wisner DH – Splenic abscess in the intensive care unit. *Arch Surg*. 1993; 128:842-848.
3. Rieber K, Leventhal I- Splenic abscess as a complication of perinephric abscess. *Urology*. 1987; 30:269-271.
4. Srp A, Bruna J – Computed tomography of the spleen. *Acta Univ Carol Med*. 1989; 35:11-30.
5. Chou YH, Hsu CC, Tiu CM, et al – Splenic abscess: Sonographic diagnosis and percutaneous drainage. *Gastrointest Radiol*. 1992; 17:262-266.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Francisco Edilson Leite Pinto Junior
Av. Brigadeiro Gomes Ribeiro, 1.025
59056-520 – Natal-RN
E-mail: edilsonpinto@uol.com.br