

Spleen ptosis after hysterectomy: a rare diagnosis Ptose do baço após histerectomia: um diagnóstico raro

Cristina Vilhena*, Catia Gameiro**, Silvia Couto*, Javier Mulet***, João Saraiva**
Hospital Garcia de Orta

Abstract

Introduction: Wandering spleen is a rare clinical situation characterized by an insufficient fixation of this organ to its support ligaments. This condition has never been reported after hysterectomy.

Case Report: A 34-year pregnant woman attends our department presenting first-trimester haemorrhage with severe anemia (Hb: 6,9 Htc:21%). On ultrasound a myomatous uterus was diagnosed with an 7-week pregnancy. She requested a pregnancy termination and a hysterectomy was performed. On day-3 post-op she became hypotensive with severe abdominal pain. An urgent laparotomy was performed and spleen ptosis was diagnosis. After excision of the wandering spleen she had an excellent post-op recovery.

Discussion: In this patient the giant uterus might provide an important additional support to a spleen with an insufficient ligamentar system.

Keywords: Wandering spleen; Spleen ptosis; Hysterectomy; Pregnancy.

INTRODUÇÃO

O baço migratório também denominado baço ectópico ou ptose esplênica (em inglês *Wandering spleen*) é uma situação rara que se caracteriza por uma fixação insuficiente dos seus ligamentos de suporte (gastro-esplênico, espleno-renal e colo-esplênico). Van Horne descreveu esta situação pela primeira vez, durante um exame *post-mortem* em 1667^{1,2}. Encontra-se descrito em todas as idades, sendo contudo mais frequente em mulheres em idade fértil o que suporta a existência de uma provável associação entre esta entidade e os efeitos hormonais^{2,3}. Estima-se uma incidência inferior a 0,5%² e a sua etiologia reside numa falha de fusão do mesogástrico com a parede posterior do abdómen no segundo mês de vida embrionária^{4,5}. Clinicamente pode manifestar-se como uma massa abdominal assintomática embora mais frequentemente esteja associado a padrões de dor aguda, crónica ou in-

termitente⁶. A torção permanente pode conduzir a enfarte esplênico estando também descritos casos de pancreatite e sintomas de compressão gástrica^{1,4}. Os autores descrevem um caso de ptose esplênica após histerectomia numa mulher grávida.

CASO CLÍNICO

Mulher de 34 anos, saudável, admitida no serviço de urgência por hemorragia do 1º trimestre com repercussão hematológica aguda (Hb: 6,9 Htc:21%). Na avaliação clínica inicial apresentava-se hemodinamicamente estável, sendo evidente a hemorragia vaginal com origem uterina em quantidade ligeira-moderada. Na avaliação abdominal não existiam pontos dolorosos, apresentado contudo uma altura de fundo uterina muito superior à esperada para o tempo de amenorreia. Realizou-se ecografia 2D por via transvaginal complementada com via transabdominal com os seguintes achados: gestação intra-uterina evolutiva com embrião com comprimento craneo-caudal compatível com 7 semanas num útero miomatoso multinodular com maior diâmetro longitudinal de 20cm. A utente solicitou interrupção voluntária de gravidez por opção, de acordo com a lei em vigor. Neste contexto de he-

*Interna da Especialidade de Obstetria e Ginecologia, Hospital Garcia de Orta

**Assistente Hospitalar de Obstetria e Ginecologia, Hospital Garcia de Orta

***Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

morragia do 1º trimestre num útero miomatoso e numa mulher cujo desejo genésico se encontrava completo foi proposta uma histerectomia total abdominal que a utente aceitou. Foi realizada ressonância magnética nuclear pré-operatória que revelou um útero miomatoso de 230x170x91mm e uma discreta esplenomegália. Após suporte transfusional prévio foi realizada uma abordagem laparotômica mediante incisão mediana infra-umbilical, tendo em conta o biótipo da utente e as dimensões uterinas. A cirurgia decorreu sem intercorrências, sendo realizada histerectomia total abdominal com conservação de anexos. O exame anatomo-patológico revelou um útero com 1953g, medindo 240x140x140mm, com múltiplos leiomiomas usuais com degenerescência hialina, não se observando atípicas citonucleares/figuras de mitose sugestivas de neoplasia maligna. Confirmou ainda a presença de um saco gestacional intra-uterino com embrião com CCC compatível com 7 semanas. No dia 3 pós-operatório a doente referiu desconforto abdominal associado a náuseas. Estas queixas intensificaram-se de forma muito rápida culminando em horas num quadro de abdómen agudo. Na avaliação laboratorial apresentava leucocitose (11300) com neutrofilia (N: 93,1%) e proteína C-reactiva elevada (48mg/dL). Na avaliação imagiológica a ecografia revelou uma massa pélvica com ecogenicidade semelhante a tecido esplénico, associada a ascite em quantidade moderada. Complementou-se o estudo de imagem com uma tomografia computadorizada que confirmou a presença de uma loca esplénica vazia e um baço pélvico anómalo de dimensões aumentadas (190x140x80mm) e densidade uniforme, achados associados a ectasia da veia esplénica. Detectou-se ainda distensão do colon e delgado assim como uma quantidade dispersa e moderada de líquido puro (Figura 1). Perante este quadro clínico, decidiu-se uma laparotomia exploradora urgente sendo os achados intra-operatórios concordantes com o estudo imagiológico pré-operatório e consistentes com o diagnóstico de ptose esplénica. O exame anatomo-patológico do baço revelou um órgão com 1005g e dimensões de 260x140x180mm, com parênquima congestionado e infiltrado por polimorfonucleares (neutrófilos) predominantemente subcapsular, não se identificando nem hematopoiese intra-esplénica nem tecido de neoplasia maligna. A doente teve uma excelente evolução pós-operatória tendo alta ao 12º dia. À data da alta mantinha anemia 9,8g/dL; Htc 31%, não apresentando repercussão hemodinâmica. Analiticamente constatou-se ainda a existência de um trombocitose (plaquet-



FIGURA 1. TC pós-histerectomia mostrando uma loca esplénica vazia e uma massa pélvica sugestiva de ptose esplénica.

tas=1594000) que foi transitória, retornando a valores normais 30 dias após (plaquetas=406000).

DISCUSSÃO

O baço migratório caracteriza-se por uma fixação insuficiente deste órgão aos seus ligamentos, condicionando um espectro de manifestações clínicas⁷. O grau de ptose é variável segundo exista algum grau de suspensão a uns ligamentos hiperlaxos ou unicamente a um pedículo vascular⁸. Provavelmente terá sido esta última a situação subjacente na doente apresentada: extrema fraqueza ligamentar num baço que encontraria algum suporte num útero aumentado. Após exérese do útero ocorreu uma alteração anatómica que poderá ter condicionado esta perda de suporte adicional a um baço que ptosou. Esta doente apresentava alguns factores de risco para sofrer esta situação. Por um lado, trata-se de uma situação 15 vezes mais frequentes nas mulheres do que em homens, nomeadamente na faixa etária dos 20-40 anos⁹. Esta diferença entre sexos sugere a presença de uma provável relação hormonal, a qual se encontraria exacerbada nesta paciente, uma vez que se encontrava grávida. Por outro lado, a esplenomegalia pelo aumento do *stress* mecânico exercido nos ligamentos de suporte poderia predispor a ptose esplénica. A tomografia computadorizada pré-histerectomia revelou uma

esplenomegalia ligeira, de etiologia desconhecida. Apesar deste achado, a esplenomegalia não parece desempenhar um papel significativo na fisiopatologia uma vez que não foi descrita uma incidência aumentada de ptose esplênica em áreas geográficas nas quais a esplenomegalia secundária a infecção é uma situação endêmica^{10,11}. Tratando-se de uma situação de extrema raridade, o diagnóstico exige um elevado grau de suspeição. A ecografia abdominal e a tomografia computadorizada são igualmente eficientes no diagnóstico, sendo os exames de eleição^{12,13}. Analiticamente os achados são inespecíficos sendo mais frequente leucocitose, trombocitopenia e anemia. O tratamento poderá ser expectante na ausência de sintomas. Em situações sintomáticas o tratamento indicado é a cirurgia não havendo contudo um consenso relativamente à abordagem ideal. Pode realizar-se esplenectomia total, esplenectomia parcial com fixação do restante baço no diafragma ou na parede abdominal ou fixação mediante uso de tela ou «envelope» de peritônio parietal. A cirurgia conservadora encontra-se mais indicada em doentes assintomáticos ou com sintomatologia ligeira^{14,15}. A via laparoscópica é uma abordagem válida e descrita na literatura em situações de cirurgia urgente/emergente^{16,17}. Na nossa doente optamos por uma via laparotômica clássica sobre incisão de cirurgia prévia. Este é o primeiro caso descrito na literatura de ptose do baço após histerectomia. Apesar de ser uma situação de extrema raridade é necessário conhecer a sua forma de apresentação e suspeitar desta entidade em mulheres com factores de risco e clínica sugestiva.

REFERÊNCIAS

1. Dahiya N, Karthikeyan D, Vijay S, Kumar T, Vaid M. Wandering spleen - unusual presentation and course of events. *Ind J Radiol Imaging*. 2002; 12(3):359-362.
2. Lane TM, South LM. Management of wandering spleen. *J R Soc Med*. 1999; 92(2):84-85.
3. Allen KB, Gay BB, Skandalakis JE. Wandering spleen: Anatomic and radiologic consideration. *South Med J*. 1992; 85: 976-998.
4. López-Tomassetti F, Arteaga G, Martín M, Carrillo P. An unusual case of hemoperitoneum owing to acute splenic torsion in a child with immunoglobulin deficiency. *J Postgrad Med*. 2006; 52(1):41-42.
5. Jesus LE, Marinho EB, Júdice MM. Rotação gastro-esplênica inversa com ausência de rotação do intestino médio. *Rev Col Bras Cir*. 2004; 31(5):338-339.
6. Buehner, M. and Baker, M.S. The wandering spleen. *Surg. Gynaecol. Obstet*. 1992; 175(4): 373-387.
7. DeJohn L, Hal H, Winner L. Wandering spleen: a rare diagnosis with variable presentation. *Radiology Case Reports*. [Online] 2008; 3:229.
8. Turhan A, Kapan S, Gonenc M, et al. Wandering spleen: report of two cases. *International Medical Case Reports Journal*. 2010; (3) 19:22.
9. Desai DC, Hebra A, Davidoff AM, Schnauffer L. Wandering spleen: A challenging diagnosis. *South Med J*. 1997; 90:439-443.
10. Lewis GA, Byrne MP. Wandering spleen. *Ann Surg*. 1981; 47:275-277.
11. Carswell JW. Wandering spleen. 11 cases from Uganda. *BR J Surg*. 1974; 61:495-497.
12. A. Parvaiz, S. Chandran, A. Karim, K. Kumar, P. Jeffrey, N.R.F. Lagattolla. Torted and Ruptured Wandering Spleen Presenting as a Surgical Emergency in Pregnancy. *The Scientific World Journal*. 2004; 4: 1035-1037.
13. Bakir B, Poyanli A, Yekeler E, Acunas G. Acute torsion of a wandering spleen: imaging findings. *Abdom Imaging*. 2004 Nov-Dec; 29(6):707-709.
14. Peitgen K, Majetschak M, Walz MK. Laparoscopic splenectomy by peritoneal and omental pouch construction for intermittent splenic torsion («wandering spleen»). *Surg Endosc*. 2001 Apr; 15(4):413.
15. Carvalho CG, Pereira do Vale CE, Castro PC. Wandering spleen in parastomal hernia. *Rev Col Bras Cir*. 2008; 35 (5): 349-350.
16. Benevento, A., Boni, , Dionigi G. Emergency laparoscopic splenectomy for «wandering» (pelvic) spleen: case report and review of the literature on laparoscopic approach to splenic disease. *Surg. Endosc*. 2002; 16(9), 1364-1365.
17. Corcione F, Caiazzo P, Cuccurullo D, Miranda L, Settembre A, Pirozzi F, Bruzzese G., Laparoscopic splenectomy for the treatment of wandering spleen. *Surg Endosc*. 2004 Mar; 18(3):554-556.