

DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO NA SUSPEITA DE ABSCESSO ESPLÊNICO FORMADOR DE GÁS

Gastrointestinal

DADOS DO CASO

Autores: Pierre Patrick Pacheco Lira – Faculdade de Medicina Nova Esperança – João Pessoa (PB) | E-mail: pierrepatriklira@hotmail.com

Alana Emilly Andrade de Souza Wanderley – Hospital São Vicente de Paulo – João Pessoa (PB) | E-mail: alana.andrade.s@hotmail.com

Norma Caroline Furtado Montenegro Loureiro – Universidade de São Paulo – São Paulo (SP) | E-mail: normacaroline@hotmail.com

Autor correspondente: Pierre Patrick Pacheco Lira – Faculdade de Medicina Nova Esperança | E-mail: pierrepatriklira@hotmail.com

Palavras-chave: Baço. Abscesso. Úlcera gástrica e Fístula do sistema digestório.

URL: <https://brad.org.br/article/4431/pt-BR/diagnostico-alternativo-na-suspeita-de-abscesso-esplenico-formador-de-gas>

DOI: 10.5935/2965-1980.2024v3e20240046

RESUMO

Apresentamos o caso de um homem de 72 anos inicialmente diagnosticado e tratado para um abscesso esplênico primário produtor de gás, que posteriormente revelou tratar-se de uma úlcera gástrica perfurada com fístula gastroesplênica, identificada intraoperatoriamente. Este relato tem como objetivo discutir as características epidemiológicas e de imagem dos abscessos esplênicos.

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente masculino, 72 anos, com diabetes mellitus insulínico dependente e doença renal crônica dialítica, apresentou febre e dor pleurítica. Inicialmente, suspeitou-se de infecção no cateter de hemodiálise, sendo iniciado antibioticoterapia empírica. Posteriormente, o paciente evoluiu com dor abdominal intensa e distensão, com exames de imagem revelando uma coleção esplênica contendo gás.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

A tomografia computadorizada (TC) do abdome evidenciou esplenomegalia com uma coleção heterogênea contendo focos de gás, estimada em 460 cm³, sugerindo um abscesso esplênico primário produtor de gás (Figura 1). Além disso, mostrou derrame pleural bilateral (mais acentuado à esquerda), atelectasia pulmonar basal, dilatação intestinal, espessamento da parede

do cólon da fossa ilíaca esquerda até a flexura esplênica e espessamento da parede do intestino delgado no flanco esquerdo (Figura 2). Uma TC de controle após 10 dias de tratamento conservador revelou aumento da coleção esplênica (690 cm³), com focos gasosos mais evidentes formando um trajeto linear contínuo com o estômago, além de pequeno pneumoperitônio subdiafragmático (Figura 3). Esses achados aumentaram a suspeita de abscesso secundário por contiguidade.

DISCUSSÃO

O abscesso esplênico é uma condição rara, encontrada em 0,7% das séries de autópsia.¹ Seu diagnóstico é desafiador devido à baixa incidência e pode ser fatal sem tratamento adequado e oportuno [1]. Os sintomas típicos incluem dor abdominal, febre, náuseas, esplenomegalia e achados no hemitórax inferior esquerdo [2]. Os estudos destacam a associação dos abscessos esplênicos com determinados fatores predisponentes, como trauma direto, isquemia, imunossupressão, uso de drogas intravenosas, diabetes, tuberculose e neoplasias abdominopélvicas [1,3]. Três mecanismos fisiopatológicos principais são sugeridos: trauma com infecção secundária, propagação por contiguidade e disseminação hematogênica [1]. Abscessos por disseminação contígua foram relatados em casos de úlcera gástrica perfurada, abscessos renais ou perinfrânicos, abortos sépticos e câncer de cólon [1,4,6]. As causas

do abscesso esplênico são variadas. Bactérias produtoras de gás podem colonizar seletivamente diferentes órgãos abdominais, mas infecções produtoras de gás confinadas ao baço são raras [5]. A presença de gás no baço é um achado radiológico incomum, geralmente identificado por meio de TC, e tem sido relatado em casos de adenocarcinoma de cólon ou de pâncreas com formação de fístula esplênica; infarto intestinal com ar no sistema venoso portal; embolização da artéria esplênica; e abscessos esplênicos bacterianos em pacientes diabéticos, obesos ou submetidos à diálise crônica, o que gerou a suspeita inicial neste caso [4,5]. A presença de gás no parênquima de órgãos sólidos ou nas paredes de vísceras ocas pode resultar de várias condições, tornando crucial distinguir infecções graves, que necessitam de antibióticos de amplo espectro e tratamento cirúrgico, das condições menos agressivas, como infartos assépticos ou a introdução de ar após procedimentos cirúrgicos [4,5]. Embora alguns relatos descrevam tratamentos conservadores bem-sucedidos para abscessos esplênicos, a esplenectomia permanece como o tratamento preferencial [1,2]. A drenagem guiada por TC pode ser uma opção para pacientes selecionados [5]. A terapia sistêmica com antibióticos é essencial, seja em conjunto com a cirurgia ou com a drenagem percutânea [4]. O atraso no diagnóstico e no tratamento pode agravar o prognóstico, sendo fundamental também abordar condições associadas, como o envolvimento de órgãos adjacentes, conforme demonstrado neste caso [1,3].

REFERÊNCIAS

1. Nunspeet L, Eddes EH, Noo ME. Uncommon cause of pneumoperitoneum. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5(12):329-331.
2. Kobayashi T, Bogdanic F, Pujagic E, Goto M. Isolated splenic abscess due to Salmonella Berta in a healthy adult. *BMJ Case Rep.* 2020;13:e235318.
3. Meyer J, Dupuis A, Huttner BD, Tihy M, Bühler L. Gangrenous gas necrosis of the spleen: a case report. *BMC Infect Dis.* 2019;19:777.
4. Hung PH, Chiu YL, Hsueh PR. Gas-forming splenic abscess due to Salmonella enterica serotype Enteritidis in a chronically hemodialyzed patient. *J Microbiol Immunol Infect.* 2007;40(3):276-278.
5. Landen S, Closset J. Gas-producing infection of the spleen in a super-super-obese patient. *Obesity Surgery.* 2007;17:1416-1418.
6. Borgharia S, Juneja P, Hazrah P, Lal R, Kapur N, Chaudhary P. Gastrosplenic fistula: a systematic review. *Indian J Surg Oncol.* 2022;13(3):652-660. Alternative diagnosis in suspected gas-forming splenic abscesso

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Abscesso esplênico primário;
- Disseminação infecciosa hematogênica;
- Infarto esplênico asséptico.

DIAGNÓSTICO

Abscesso esplênico devido à fístula gastroesplênica.

O QUE EU APRENDI COM O CASO

A partir deste caso, aprendemos que, quando os exames de imagem revelam coleções esplênicas com infiltração de gás e não há histórico recente de trauma ou intervenção cirúrgica, deve-se inicialmente suspeitar de condições infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas do trato gastrointestinal que possam levar à formação de fístulas. Isso ocorre porque abscessos esplênicos isolados são raros, e a ocorrência de abscessos esplênicos primários com formação de gás é ainda mais incomum. A literatura indica que, mesmo quando a causa parece ser clara, a compreensão do mecanismo fisiopatológico subjacente frequentemente só se torna possível após a exploração cirúrgica. Na maioria dos casos, o diagnóstico de abscesso esplênico exige tratamento agressivo com antibióticos e intervenção cirúrgica. Portanto, os radiologistas devem permanecer atentos a essa rara causa de dor abdominal, a fim de possibilitar a rápida implementação do tratamento mais adequado.

IMAGENS

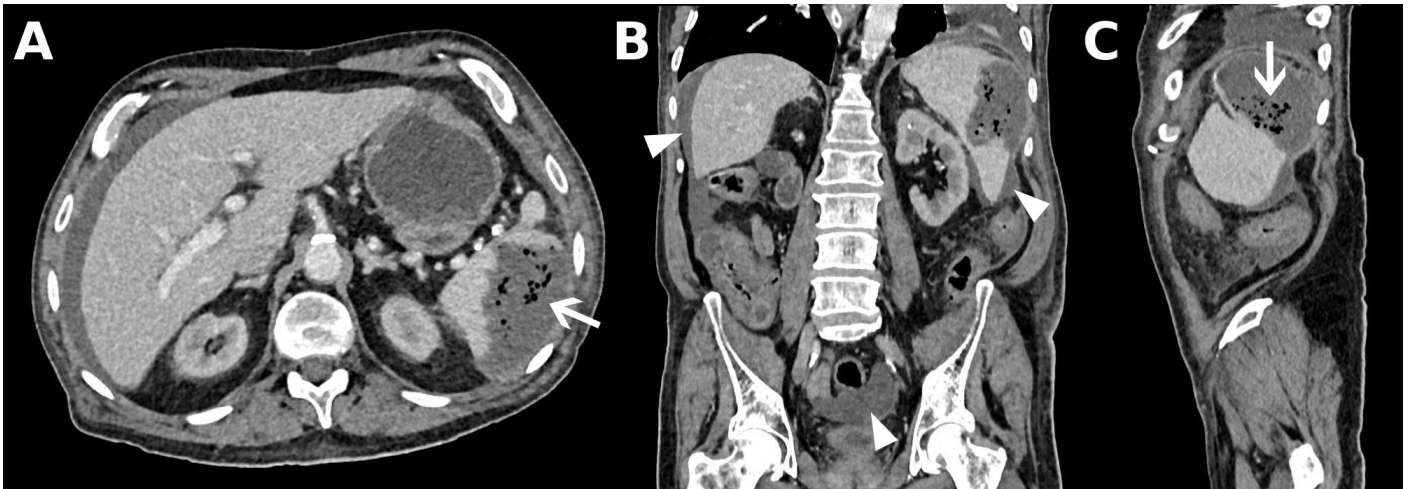


Figura 1 - A: Imagem axial demonstrando a coleção esplênica (seta), com focos gasosos de permeio, que a princípio levantou a suspeita de abscesso esplênico primário formador de gás. B: Reformatação coronal. Observe a ascite associada, com líquido ocupando os espaços peri-hepático, periesplênico e a escavação pélvica (cabeças de seta). Não foram evidenciados focos de pneumoperitônio. C: Reformatação sagital. Note a distribuição desorganizada dos focos de gás (seta). A injeção endovenosa do meio de contraste permitiu diferenciar a coleção fluida do parênquima esplênico sadio.

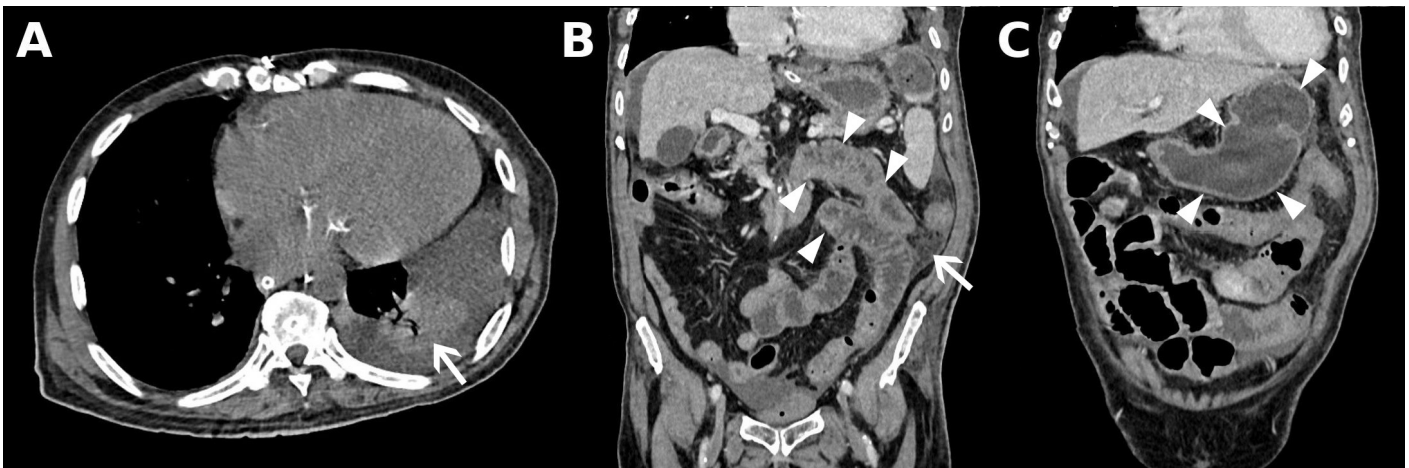


Figura 2 - A: Porção focalizada das bases pulmonares demonstrando a presença de derrame pleural à esquerda, com atelectasia restritiva do parênquima pulmonar adjacente (seta). B: Reformatação coronal. Evidencia-se espessamento parietal de alças de intestino delgado na região do hipocôndrio e do flanco esquerdos (cabeças de seta), além de ascite na goteira parietocólica desse lado (seta). Os achados estão relacionados a processo inflamatório locorregional, de caráter reacional. C: Reformatação coronal, ao nível da câmara gástrica. Note a ausência de focos de pneumoperitônio ou de coleções líquidas adjacentes ao estômago (cabeças de seta).

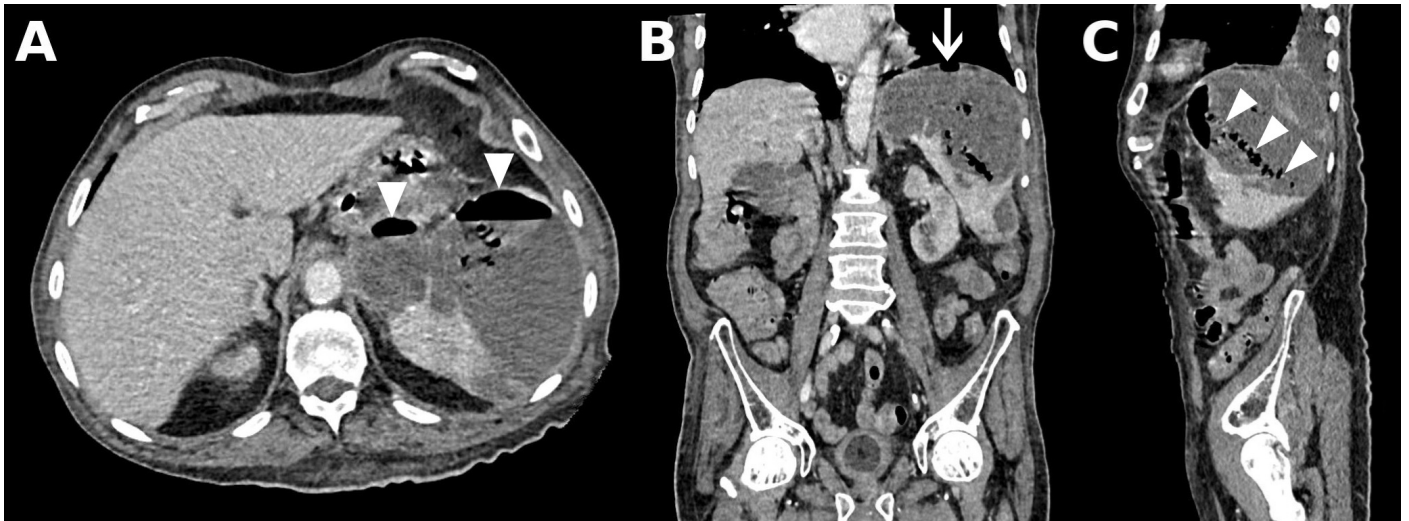


Figura 3 - A: Imagem axial de TC de seguimento, realizada após 10 dias de tratamento conservador. Houve aumento da coleção, com agrupamento dos focos gasosos e formação de bolsões de gás (cabeças de seta). Não se observa nítido plano de clivagem entre a coleção esplênica e o estômago. **B:** Reformatação coronal, evidenciando focos de pneumoperitônio em situação subdiafragmática (seta). A despeito do aumento da coleção, o tratamento clínico resultou em melhora da ascite e redução do edema de alças intestinais. **C:** Reformatação sagital. Observe o agrupamento dos focos de gás em aparente trajeto linear (cabeças de seta), evidenciando-se provável comunicação com o estômago, sugerindo a formação de uma fístula gastroesplênica por possível úlcera perforada, cujo diagnóstico foi confirmado no intraoperatório.