

Cisto esplênico não parasitário – tratamento por laparoscopia

María Roxana Viamont Guerra^I, Mauricio Alves Ribeiro^{II}, Marcelo Francetich Nam^I, Andre Luis Valsecchi Casale^I, Camila Pinho Brasileiro Martins^I, Carlos Eduardo Lima de Moraes^{III}, Caio Gustavo Gaspar de Aquino^{IV}, Fabio Gonçalves Ferreira^V, Roberto Antonio Pinto Paes^{VI}, Luiz Arnaldo Szutan^{VII}

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

INTRODUÇÃO

Neste relato abordaremos o caso, observado em abril de 2011 no Grupo de Fígado e Hipertensão Portal do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, de uma paciente com cisto esplênico verdadeiro não parasitário tratado por laparoscopia.

Os cistos esplênicos são ocorrências raras. Em 1829, Andral foi o responsável pela primeira descrição de um cisto não parasitário do baço.¹ Em 1978, Robbins revisou uma série de 42.327 autópsias, encontrando 32 casos de cisto esplênico. Posteriormente, casos isolados foram relatados e, em 1978, aproximadamente 600 casos foram confirmados na literatura mundial.^{2,3}

Os cistos esplênicos podem ser classificados em: Tipo I - verdadeiros, que são cistos (parasitários ou não) com cápsula, cujo revestimento é epitelial escamoso;⁴ e Tipo II - secundários ou pseudocistos.⁵

Cistos esplênicos congênitos compreendem aproximadamente 25% dos cistos verdadeiros do baço,^{4,6} diagnosticados principalmente em crianças e adultos jovens e geralmente solitários. A maioria dos cistos não parasitários é pseudocisto e é secundária a traumas.⁵ Embora o mecanismo exato da sua patogênese seja ainda desconhecido, mecanismos propostos incluem: involução de células pluripotenciais do parênquima esplênico durante o desenvolvimento com posterior metaplasia escamosa; origem a partir de células endoteliais peritoneais ou mesotélio celômico.⁷

Muitas vezes, os cistos esplênicos verdadeiros são assintomáticos e encontrados incidentalmente durante exame de imagem abdominal, tendo sido reconhecidos cada vez mais desde o advento do ultrassom e da tomografia computadorizada.⁵ Os primeiros sintomas incluem: sensação de plenitude e desconforto abdominal superior, dor torácica pleurítica, fôlego curto, dor nas costas ou no ombro, ou sintomas renais pela compressão do rim

esquerdo. Uma massa abdominal palpável pode estar presente. Em muitos casos, a presença de sintomas está relacionada com o tamanho dos cistos. Os menores que oito centímetros quase nunca são sintomáticos. Raramente esses cistos apresentam sintomas agudos relacionados a ruptura, hemorragia ou infecção.^{5,8}

Os grandes cistos do baço (maiores que oito centímetros) podem causar dor em peso no hipocôndrio esquerdo por distensão da cápsula esplênica ou por compressão de estruturas adjacentes.^{6,9}

Sintomas compressivos sobre os órgãos adjacentes, como náusea, vômito, flatulência e diarreia surgem gradualmente. Em alguns casos, o efeito sobre o sistema cardiorrespiratório pode causar dor pleurítica, dispneia e tosse persistente.^{2,9,10}

As células epiteliais frequentemente são positivas para os marcadores tumorais CA 19-9 e CEA (antígeno carcinoembrionário). Pacientes com cistos epidermoides podem apresentar níveis elevados desses marcadores tumorais, apesar de os cistos serem benignos e não possuírem potencial maligno maior que outros tecidos nativos.⁵

A radiografia simples de abdome pode revelar uma massa, que pode estar calcificada, no quadrante superior esquerdo.⁷

Na ultrassonografia (USG) o cisto esplênico aparece como uma massa homogênea, anecoica, com paredes finas. As calcificações são úteis para diferenciar cistos de outras causas e esplenomegalia.^{2,6,8}

Na tomografia computadorizada (TC), as lesões císticas são esféricas, bem-definidas, com atenuação equivalente à da água, com uma fina ou imperceptível cápsula.¹¹ A TC de abdome é mais sensível que o ultrassom na identificação de septos (mais comuns em cistos verdadeiros) ou calcificações (mais comuns em cistos falsos).¹²

Na ressonância nuclear magnética (RNM), o cisto é hipointenso em T1 e fortemente hiperintenso em T2, com um sinal

^IAcadêmicos do sexto ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

^{II}Professor instrutor mestre da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Médico assistente do Grupo de Fígado e Hipertensão Portal do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

^{III}Médico residente do Departamento de Patologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

^{IV}Pós-graduando do Grupo de Fígado e Hipertensão Portal do Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

^VMédico assistente do Grupo de Fígado e Hipertensão Portal da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor adjunto doutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

^{VI}Professor assistente doutor, Departamento de Patologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

^{VII}Professor adjunto doutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Chefe do Grupo de Fígado da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

de intensidade igual à água sem reforço após a injeção de substância de contraste.¹¹

A angiografia pode ser útil para diferenciar um cisto esplênico, que normalmente é avascular, de uma massa sólida maligna (linfoma, sarcomas), que normalmente apresenta vascularização em padrão desorganizado.¹³

À microscopia, o cisto é revestido internamente com tecido colunar, cuboide ou epitélio escamoso. Os cistos esplênicos podem ser subdivididos em dermóides, mesoteliais e epidermóides.¹⁴

A laparotomia com esplenectomia tem sido o método de escolha para o tratamento de muitos cistos esplênicos. Devido ao aumento do risco de complicações, os cistos esplênicos com diâmetro maior do que 4-5 centímetros devem receber tratamento cirúrgico porque opções de tratamento conservador, como a aspiração percutânea ou esclerose, não resultam em bom controle a longo prazo.^{6,10,12}

As outras opções de tratamento são: esplenectomia parcial, cistectomia total, marsupialização ou decapsulação do cisto, com acesso tanto por laparotomia aberta ou laparoscopia.¹³ As principais complicações associadas incluem infecção, ruptura e hemorragia.¹¹

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente previamente hígida, sexo feminino, 25 anos, branca, solteira, natural de Santo André, procedente de São Paulo, tosadora de animais em *pet shop*, procurou atendimento médico em 2009 por quadro de lombalgia há sete dias acompanhado de febre. Foi diagnosticada infecção do trato urinário (ITU) e, após tratamento com ciprofloxacino, obteve melhora. Desde então apresentou quadros semelhantes de lombalgia e febre que a levaram a procurar novamente o serviço médico. Foi solicitado um exame ultrassonográfico, que revelou no abdome presença

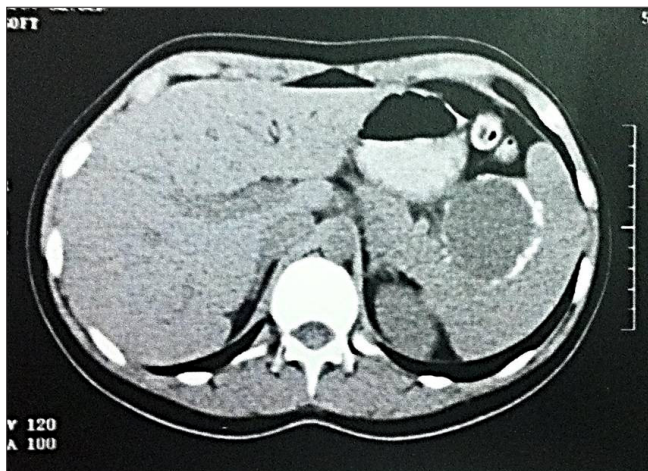


Figura 1. Tomografia computadorizada do abdome mostra presença de lesão esférica hipodensa no parênquima esplênico, com realce periférico, presença de calcificação na parede do cisto, apresentando septações em seu interior.

de massa arredondada, 66 mm x 63 mm, hipocogênica, discretamente heterogênea, de limites regulares e bem definidos, entre baço e pólo superior do rim esquerdo. Para melhor investigação, a paciente realizou exames de TC e RNM em outros serviços, que diagnosticaram presença de um cisto esplênico. Foi então encaminhada ao nosso serviço para reavaliação.

Na TC de abdome, notou-se a presença de lesão esférica hipodensa no parênquima esplênico, com realce periférico de calcificação na parede do cisto e septações em seu interior (**Figura 1**).

No exame de RNM de abdome superior, foi observada imagem com conteúdo cístico, localizada na topografia do baço com cerca de 60 mm, encapsulada, com conteúdo mostrando alguns septos no seu interior, com hipersinal em T2 que não se realçava tardiamente e com sinal intermediário em T1. Após o contraste, não se observou captação significativa da lesão cística. Os rins apresentam dimensões preservadas, com morfologia e intensidade de sinal preservadas (**Figura 2**).

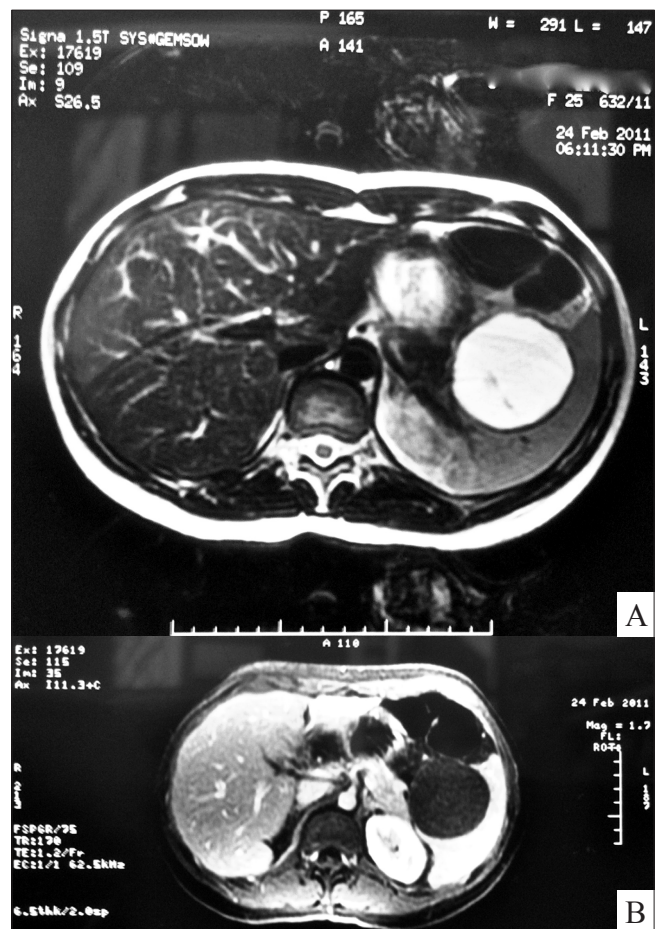


Figura 2A e B. Ressonância nuclear magnética do abdome superior mostra imagem com conteúdo cístico, localizada na topografia do baço, tamanho cerca de 60 mm, encapsulada, com conteúdo mostrando alguns septos no seu interior, com hipersinal em T2 (A) que não se realçava no eco tardio e com sinal intermediário em T1 (B). Após o contraste, não se observou captação significativa da lesão cística.

Como antecedentes pessoais, a paciente relatava apenas alergia a iodo, negava comorbidades e apresentava epidemiologia negativa para hidatidose. Negava história de doença cística e neoplasias do trato gastrointestinal na família.

Ao exame físico, não havia alterações, a paciente estava corada, hidratada, afebril e eupneica. O abdome encontrava-se flácido, plano, indolor à palpação e sem visceromegalias ou massas palpáveis.

A hipótese diagnóstica levantada foi de cisto esplênico não parasitário e indicou-se como tratamento cirúrgico o destelhamento do cisto por videolaparoscopia.

No inventário da cavidade, confirmou-se a presença de lesão cística em baço cujo plano de clivagem com estruturas vizinhas era nítido. Realizou-se abertura da parede do cisto, aspirou-se seu conteúdo mucoso, fez-se o “destelhamento” do cisto e posterior colocação de epíplon no interior da lesão (Figura 3).

O anatomopatológico demonstrou tecido fibroconjuntivo sem atipias com epitélio de revestimento descamado compatível com parede de cisto, associado a material hialino homogêneo com focos de calcificação (Figura 4).

Paciente encontra-se hoje no décimo terceiro mês pós-operatório, assintomática e com USG de abdome sem alterações.

DISCUSSÃO

Apesar de ter quadro clínico compatível com os descritos na literatura, este caso se sobressai dentre os vistos diariamente no serviço pela sua raridade e pelo número restrito de casos descritos na literatura.¹⁻³ A paciente apresentou achado incidental em exames de imagem. Seus primeiros sintomas eram inespecíficos, evocando outras hipóteses diagnósticas muito mais comuns, como pielonefrite, apesar de estarem descritos na literatura como possíveis manifestações de um cisto esplênico.

Os exames de imagem também são característicos de cistos simples como descritos na literatura (massa hipocóica à USG, hipersinal em T2 e hiposinal em T1 evidenciando conteúdo

líquido na RNM).^{2,6,8,11} A calcificação na TC não define o diagnóstico, já que esse é um achado que pode também estar presente no cisto esplênico, mas reforça a necessidade de operação pela dúvida diagnóstica de malignidade.^{15,16}

O anatomopatológico demonstrou tecido fibroconjuntivo sem atipias com epitélio de revestimento descamado compatível com parede de cisto, associado a material hialino homogêneo com focos de calcificação, confirmando, portanto, a hipótese diagnóstica de cisto esplênico não parasitário. A videolaparoscopia (VL), atualmente, é considerada o tratamento de escolha para pacientes com cistos hepáticos não parasitários.^{15,17} Em relação aos cistos esplênicos, a esplenectomia era o tratamento de escolha, mesmo para os assintomáticos, visando evitar complicações como rotura, hemorragia ou infecção.¹⁵ Atualmente, em casos de pacientes assintomáticos com cistos menores que dois centímetros e que não apresentem calcificações, aumento de circulação interna ou colateral, o tratamento conservador (observação clínica) torna-se possível. Já nos casos em que se torna necessária a abordagem cirúrgica, tem sido particularmente indicado o destelhamento (“unroofing”) do cisto por VL, que consiste na ressecção da cúpula deste, com o objetivo de permitir a drenagem livre na cavidade peritoneal, sendo o fluido reabsorvido. Como não há ressecção do baço, o destelhamento poupa o tecido esplênico normal. O destelhamento torna-se um procedimento fácil, uma vez que os cistos que necessitam de terapia geralmente são grandes e localizados na porção mais anterior e superficial do baço, como foi o caso da paciente. Além disso, a inserção do epíplon na região operada, realizada nessa cirurgia, parece reduzir as taxas de recorrência para 0% a 14%.^{15,18}

Assim, a realização do procedimento por laparoscopia favorece menor tempo cirúrgico, menor perda sanguínea, menor incidência de complicações pós-operatórias, havendo diminuição de dor no pós-operatório, diminuição do tempo de internação

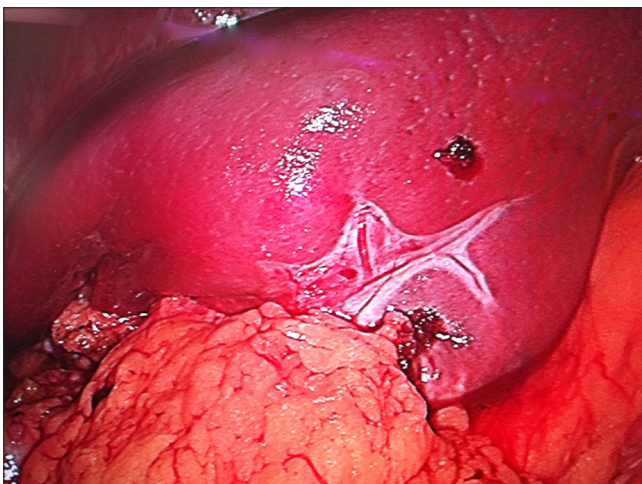


Figura 3. Foto final da cirurgia mostrando a colocação de epíplon no interior da lesão após destelhamento de cisto.

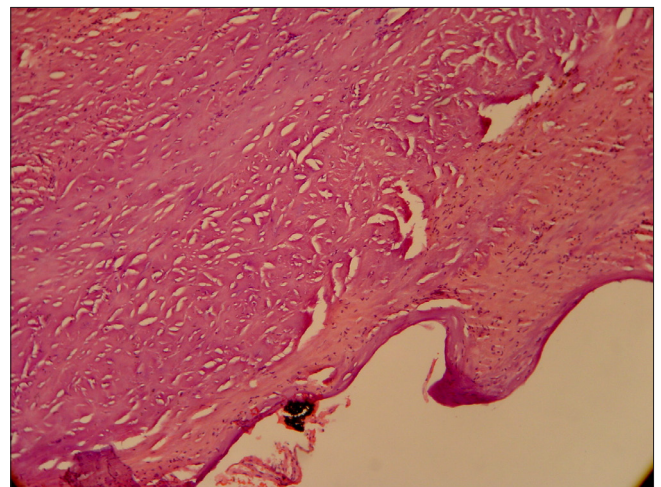


Figura 4. Fotografia de corte histológico da parede do cisto mostrando tecido fibroconjuntivo sem atipias, compatível com parede de cisto.

Tabela 1. Resultados encontrados na busca sistematizada realizada em 1º de janeiro de 2012

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado
Lilacs	(Cisto esplênico não parasitário and tratamento) OR (Non-parasitic splenic cyst and treatment)	1
PubMed	(Non-parasitic splenic cyst AND treatment)	54
SciELO	(Non-parasitic splenic cyst AND treatment) OR (cisto esplênico não parasitário AND tratamento)	1
Embase	(Non-parasitic splenic cyst AND treatment)	41

Lilacs = Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Medline = Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; SciELO = Scientific Electronic Library Online; Embase = Excerpta Medica Database

(um dia, quando comparado à esplenectomia com mínimo de dois a três dias mesmo se realizada por videolaparoscopia), retorno mais rápido às atividades, preservação da parede abdominal, diminuição de aderências peritoneais. Também se deve levar em conta que a técnica laparoscópica utilizou-se de uma pequena incisão para remover o segmento ressecado do cisto, ao contrário do que ocorreria se houvesse sido feita uma cirurgia convencional ou uma esplenectomia. Além disso, ao se evitar a realização desta, a preservação esplênica conserva suas funções imunológicas.¹⁷

O cisto esplênico não parasitário não é comum, existem poucos estudos sobre o destelhamento por videolaparoscopia. Realizamos uma busca sistematizada nas bases de dados eletrônicas Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed, SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Embase. Procurando cistos esplênicos e tratamento, após selecionar os artigos, revisamos todos os resumos, excluindo os trabalhos que incluíam cistos de outras etiologias, ou que analisavam outras condições. Apresentamos na **Tabela 1** a quantidade de artigos selecionados em cada base de dados e salientamos que encontramos apenas um relato¹⁵ na literatura nacional, o que motivou a realização deste trabalho.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os cistos esplênicos são achados incidentais dentro de um quadro clínico assintomático. O tratamento clássico é a esplenectomia, entretanto, o destelhamento por videolaparoscopia pode ser a primeira opção terapêutica, tendo em vista suas vantagens, sobretudo a preservação do baço. Entretanto, é necessário maior acompanhamento destes doentes e trabalhos para avaliar o real papel do destelhamento do cisto esplênico.

REFERÊNCIAS

- Andral G. Précis d'anatomie pathologique. Paris: Gabon; 1829.
- Robbins FG, Yellin AE, Lingua RW, et al. Splenic epidermoid cysts. *Ann Surg.* 1978;187(3):231-5.
- Labruzzo C, Haritopoulos KN, El Tayar AR, Hakim NS. Posttraumatic cyst of the spleen: a case report and review of the literature. *Int Surg.* 2002;87(3):152-6.
- Martin JW. Congenital splenic cysts. *Am J Surg.* 1958;96(2):302-8.
- Sardi A, Ojeda HF, King D Jr. Laparoscopic resection of a benign true cyst of the spleen with the harmonic scalpel producing high levels of CA 19-9 and carcinoembryonic antigen. *Am Surg.* 1998;64(12):1149-54.
- Hansen MB, Moller AC. Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004;14(6):316-22.
- Schlittler LA, Dallagasperina VW. Non-parasitic splenic cysts [Cistos esplênicos não-parasitários]. *Rev Col Bras Cir.* 2010;37(6):442-6.
- Robertson F, Leander P, Ekberg O. Radiology of the spleen. *Eur Radiol.* 2001;11(1):80-95.
- Trompetas V, Panagopoulos E, Priovolou-Papaevangelou M, Ramantanis G. Giant benign true cyst of the spleen with high serum level of CA 19-9. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002;14(1):85-8.
- Till H, Schaarschmidt K. Partial laparoscopic decapsulation of congenital splenic cysts. A medium-term evaluation proves the efficiency in children. *Surg Endosc.* 2004;18(4):626-8.
- Ramani M, Reinhold C, Semelka RC, et al. Splenic hemangiomas and hamartomas: MR imaging characteristics of 28 lesions. *Radiology.* 1997;202(1):166-72.
- Añon R, Guijarro J, Amoros C, et al. Congenital splenic cyst treated with percutaneous sclerosis using alcohol. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2006;29(4):691-3.
- Ohtomo K, Fukuda H, Mori K, et al. CT and MR appearances of splenic hamartoma. *J Comput Assist Tomogr.* 1992;16(3):425-8.
- Kawashima A, Fishman E. Benign splenic lesions. In: Gore RM, Levine MS, Laufer I, editors. *Gastrointestinal radiology.* Philadelphia: Saunders; 1994. p. 2251-99.
- Pitombo MB, Leal PRF, Albuquerque RM. Abordagem videolaparoscópica de cisto esplênico não parasitário. [Laparoscopic approach of a nonparasitic splenic cyst]. *Rev Col Bras Cir.* 2000;27(5):350-1.
- Alvarez GC, Costa EM, Faria EN. Cisto esplênico não-parasitário e não-neoplásico. [Non-parasitic, non-neoplastic splenic cyst]. *Rev Col Bras Cir.* 1998;25(1):64-5.
- D'Albuquerque LAC, Herman P. Hepatectomia por videolaparoscopia: realidade? [Laparoscopic liver resection: is it a reality?]. *Arq Gastroenterol.* 2006;43(3):243-6.
- Torres OJM, Farias AMS, Costa MHA, et al. Tratamento videolaparoscópico do cisto hepático. [Laparoscopic treatment of liver cysts]. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(6):493-7.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Mauricio Alves Ribeiro
Rua Padre Vieira, 472
Jardim — Santo André (SP)
CEP 09090-720
E-mail: mauricio.ribeiro@me.com

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 30 de maio de 2011

Data da última modificação: 13 de março de 2012

Data de aceitação: 8 de maio de 2012

PALAVRAS-CHAVE:

Baço.
Esplenopatias.
Cistos.
Cirurgia geral.
Cirurgia vídeo-assistida.

RESUMO

Contexto: Os cistos esplênicos não parasitários são eventos raros, muitas vezes assintomáticos e encontrados incidentalmente durante exames de imagem.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 25 anos, parda, foi atendida pelo Grupo de Fígado e Hipertensão Portal da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e o quadro clínico inicial corroborou com o achado incidental do cisto. O diagnóstico foi confirmado pela ressonância nuclear magnética de abdome superior e pelo exame histopatológico de fragmento obtido no intraoperatório. O tratamento instituído foi o destelhamento do cisto por via videolaparoscópica, com a colocação de epiplon no interior do leito cístico.

Discussão: A paciente encaixa-se no clássico quadro de achado incidental em exames de imagem, sendo os primeiros sintomas inespecíficos. Além disso, este caso se sobressai devido à sua raridade, tanto entre os vistos diariamente no serviço como nos casos descritos na literatura. Foi optado pelo tratamento videolaparoscópico que apresentou excelente resultado, com melhora dos sintomas, tempo cirúrgico curto e evitou a esplenectomia total.

Conclusões: Os cistos esplênicos são achados incidentais dentro de um quadro clínico assintomático ou inespecífico. Apesar da raridade, devem estar sempre no acervo de conhecimento de todo médico para que a conduta seja adequada e os resultados satisfatórios.