

## RUPTURA ESPLÊNICA ATRAUMÁTICA: UM RELATO DE CASO

### ATRAUMATIC SPLENIC RUPTURE: A CASE REPORT

### ROTURA ESPLÉNICA ATRAUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Ana Elisa Soares Machado<sup>1</sup>  
Aline Gomes Rodrigues<sup>2</sup>  
Pedro Paulo dos Santos Castilho<sup>3</sup>  
Leonardo Baylão Nigre<sup>4</sup>

**RESUMO:** A ruptura esplênica atraumática é rara e consiste na ruptura do baço sem fatores traumáticos associados. Normalmente o órgão é acometido por outra patologia de base, porém também pode ocorrer em um órgão sem patologias prévias. O prognóstico está relacionado com a rapidez do suporte diagnóstico. Relatamos o caso de um paciente masculino de 23 anos, sem outras comorbidades conhecidas, que evoluiu com ruptura esplênica atraumática com bom desfecho do caso.

**Palavras-chave** Atraumática. Esplênica. Ruptura.

**ABSTRACT:** Atraumatic splenic rupture is rare and consists of rupture of the spleen without associated traumatic factors. Usually the organ is affected by another underlying pathology, but it can also occur in an organ without previous pathologies. The prognosis is related to the speed of diagnostic support. We report the case of a 23-year-old male patient, with no other known comorbidities, who evolved with atraumatic splenic rupture with good outcome of the case.

**Keywords** Atraumatics. Splenic. Rupture.

**RESUMEN:** La rotura esplénica atraumática es rara y consiste en la rotura del bazo sin factores traumáticos asociados. Habitualmente el órgano está afectado por otra patología subyacente, pero también puede darse en un órgano sin patologías previas. El pronóstico está relacionado con la rapidez del apoyo diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente varón de 23 años, sin otras comorbilidades conocidas, que evolucionó con rotura atraumática del bazo con buena evolución del caso.

**Palabras clave** Atraumática. Ruptura. Esplénica.

---

<sup>1</sup>Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ.

<sup>2</sup>Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ,

<sup>3</sup>Hospital Municipal Luiz Gonzaga, Miguel Pereira, RJ

<sup>4</sup>Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ,

## INTRODUÇÃO

A ruptura esplênica traumática é uma entidade bem conhecida nas emergências, já a ruptura esplênica atraumática é rara e, devido a falta de conhecimento dos emergencistas sobre essa patologia, muitas vezes ocorre atraso em seu diagnóstico e conseqüentemente o retardo da abordagem.

A taxa de mortalidade dessa doença é de aproximadamente 12% (1) e causas como esplenomegalia, malignidade e idade superior a 40 anos são fatores de pior prognóstico. (2) É duas vezes mais frequente em homens (3).

Normalmente a ruptura acontece devido patologia associada, porém em raros casos a ruptura também ocorre por causa idiopática.

Nesse artigo descrevemos um caso de ruptura esplênica atraumática de etiologia desconhecida e o objetivo principal é alertar sobre essa patologia, que deve fazer parte do diagnóstico diferencial em caso de dor abdominal sem trauma associado já que o seu prognóstico está diretamente relacionado a rapidez do suporte inicial.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 23 anos, branco, admitido em hospital público de pequeno porte no interior do estado do Rio de Janeiro, sem antecedentes relacionados a saúde e sem comorbidades conhecidas. Evoluiu com piora progressiva da dor abdominal que sentia há aproximadamente 1 mês. Negava história de trauma, alteração do hábito intestinal ou sintomas urinários. Ao exame físico estava lúcido e orientado em tempo e espaço, em regular estado geral, Glasgow de 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits focais, estável hemodinamicamente, eupneico, ventilando espontaneamente em ar ambiente, corado, hidratado, acianótico, anictérico e afebril. Pressão arterial de 120x90mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, frequência respiratória de 17 irpm, saturação de 97% em ar ambiente e temperatura axilar de 36°C. Aparelho cardiovascular apresentando ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Aparelho respiratório apresentando murmúrios vesiculares universalmente audíveis. Abdome peristáltico, timpânico, doloroso a palpação superficial e profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal. Membro inferiores sem edema, panturrilhas livres, com pulsos pediosos palpáveis. Foram realizados exames laboratoriais (hemograma completo, sódio, potássio, lipase, amilase, ureia, creatinina) e todos vieram dentro dos valores de referência. Foi realizada tomografia computadorizada devido dúvida diagnóstica e solicitada a avaliação da equipe de cirurgia geral.

O exame de imagem evidenciou imagem lamelada e hiperdensa, sugestiva de hematoma esplênico subcapsular e foi optado pelo tratamento cirúrgico do paciente. Diante da laparotomia observou-se lacerações da cápsula esplênica, com sangramento e foi realizada a esplenectomia convencional, limpeza e drenagem de cavidade peritoneal (Dreno de Sucção). Demais órgãos sem alterações visíveis. O produto da esplenectomia foi enviado para análise histopatológica que teve como resultado parênquima esplênico exibindo ruptura capsular e extensas áreas de hemorragias subcapsular e intraparenquimatosas, peso de 430 gramas, medindo 14,3 x 11,9 x 5,0 cm. Paciente teve boa evolução clínica, o dreno foi retirado após três dias de cirurgia, mesmo período em que recebeu alta hospitalar. Foi orientada a vacinação pós esplenectomia contra Pneumococo, Meningococo e Haemophilus e realização de teste Monospot para exclusão de Mononucleose Infecciosa, que não estavam disponíveis no hospital até o momento da alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

Os primeiros casos de ruptura esplênica atraumática foram relatados por Rokitansky (4) em 1861 e Atkinson (5) em 1874.

Essa doença, muitas vezes subdiagnosticada na ausência de trauma (6), requer alto índice de suspeição clínica e intervenção emergencial para prevenir a morte do paciente. É uma condição de natureza mal definida e pouco se sabe sobre as características do paciente, incidência e etiologia (7). 1/3 dos pacientes apresentam-se chocados na admissão e até 8% morre antes mesmo da abordagem (8).

Acredita-se que os mecanismos envolvidos na ruptura esplênica sejam o aumento da pressão intra-abdominal, como tosse, espirro, vômitos e esforço excessivo para evacuar causando trauma na capsula esplênica; aumento da tensão intra-esplênica devido a hiperplasia celular e ingurgitamento; hiperplasia endotelial reticular resultando em trombose e infarto, levando a hemorragia e ruptura da cápsula esplênica. (9)

Dentre as etiologias relacionadas estão: 1) neoplásica 2) infecciosa 3) inflamatória 4) relacionada a drogas 5) mecânica 6) idiopática (10), sendo que as causas infecciosas e hematológicas neoplásicas representam mais da metade dos casos (11). Entre as causas infecciosas temos a mononucleose infecciosa (12), a malária, que é a causa mais comum de ruptura esplênica nos trópicos (13,14), Influenza A (9) e mais recentemente foram relatados casos

associados a COVID19 (15), entre outras doenças. Entre as causas hematológicas neoplásicas tem-se principalmente as leucemias (2) e linfomas.

Muitas vezes o termo ruptura espontânea de baço é utilizado de forma equivocada, já que para ser considerada espontânea alguns critérios devem ser preenchidos: 1) realizar anamnese antes ou após o ato cirúrgico para saber sobre a ocorrência de trauma ou esforço não usual que possa ter lesado o baço previamente; 2) não deve haver evidência de doença em órgãos conhecidos por afetar o baço adversamente; 3) não deve haver evidência de aderências ou cicatrizes no baço que possam sugerir que esse foi traumatizado ou rompido anteriormente; 4) o baço deve ser normal tanto macroscopicamente quanto microscopicamente (16).

As principais manifestações clínicas dessa patologia incluem graus variados de dor abdominal em região superior esquerda, taquicardia e hipotensão, seguidas posteriormente de mal-estar, vômitos, sensibilidade abdominal generalizada, peritonite e choque hemodinâmico progressivo. (17) Cerca de 50% das vezes a dor abdominal é acompanhada do sinal de Kehr, que consiste em dor em ombro esquerdo, resultante da irritação diafragmática. (18)

Em caso de dúvida diagnóstica a Tomografia Computadorizada é um bom exame a ser realizado em paciente estáveis, enquanto a Ultrassonografia (E-FAST) é melhor para pacientes com instabilidade hemodinâmica. (19)

Atualmente existe a tendência de optar pelo tratamento conservador, já que a prevenção do baço evita a morbidade infecciosa a longo prazo. Para esse tipo de tratamento que consiste em repouso no leito, fluidos intravenosos e transfusões sanguíneas (17) alguns critérios devem ser avaliados, como estabilidade hemodinâmica, nível de consciência normal, idade menor que 50 anos, necessidade de menos de 4 unidades de concentrados sanguíneos, resolução precoce das alterações no exame de imagem. Além disso deve-se manter um longo período de acompanhamento, com lento retorno às atividades pois o baço pode se manter suscetível a rupturas. No entanto a esplenectomia é o mais seguro dos procedimentos, com baixa morbidade e mortalidade, sendo o tratamento definitivo. Ademais, diante de um paciente instável é o tratamento de escolha (20).

## CONCLUSÃO

A Ruptura Esplênica Atraumática deve ser uma patologia sob conhecimento dos médicos, independente de sua especialização. Essa deve ser sempre pensada como diagnóstico diferencial em casos de dor abdominal aguda sem histórico de trauma, principalmente se acompanhada de

instabilidade hemodinâmica. A Tomografia Computadorizada e o E-FAST tem papéis importantes em caso de dúvida. Diante desse tipo de caso, o rápido diagnóstico e tratamento geram desfecho favorável ao paciente e apesar da evolução do tratamento conservador, a esplenectomia ainda é o tratamento principal diante desse diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

1. COLAK E, CIFTCI AB. Characteristics and surgical outcomes of patients with atraumatic splenic rupture. *J Int Med Res.* 2022 Feb;50(2):3000605221080875. doi: 10.1177/03000605221080875. PMID: 35209723; PMCID: PMC8891849
2. MEIRELLES CF, et al. Ruptura esplênica espontânea em paciente com leucemia linfoblástica aguda de células T em uso de edoxabana. *Relatos Casos Cir.* 2019;(4):e2329
3. AHBALA T, et al. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *Pan Afr Med J.* 2020 Sep 8;37:36. doi: 10.11604/pamj.2020.37.36.25635. PMID: 33209163; PMCID: PMC7648463.
4. LASETER T, MCREYNOLDS T. Spontaneous splenic rupture. *Mil Med* 2004; 169: 673-674
5. BADENOCH DF, MAURICE HD, GILMORE OJ. Spontaneous rupture of a normal spleen. *J R Coll Surg Edinb* 1985; 30: 326-327
6. SOUZA AT, et al. Ruptura espontânea do baço sem etiologia aparente: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais* 2011; 21(2 Supl 4): S1-S113.
7. RENZULLI P, et al. Systematic review of atraumatic splenic rupture. *Br J Surg.* 2009 Oct;96(10):1114-21. doi: 10.1002/bjs.6737. PMID: 19787754.
8. Argoño DVS. et. al. Ruptura traumática de baço: relato de caso. *Rev. Saúde HSI.* 2018; 2 JUN (2): 34-36.
9. DEOL D, et al. Atraumatic Splenic Rupture Associated with Influenza A (H1N1) Pneumonia: Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Med.* 2021 Aug 3;2021:6516064. doi: 10.1155/2021/6516064. PMID: 34394356; PMCID: PMC8357518.
10. LEE RAMOS J, et al. Atraumatic splenic rupture in young adult following cocaine use. *Int J Surg Case Rep.* 2019;65:168-170. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.10.081. Epub 2019 Nov 3. PMID: 31715447; PMCID: PMC6849116.
11. SAAD S. "Spontaneous splenic rupture Case report". *J Surg* 16 (2020) doi:10.37421/jos.2020.16.1
12. WON AC, ETHELL A. Spontaneous splenic rupture resulted from infectious mononucleosis. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3(3):97-9. doi: 10.1016/j.ijscr.2011.08.012. Epub 2011 Oct 1. PMID: 22288057; PMCID: PMC3267253.
13. AGARWAL AA, et al. *BMJ Case Rep* Published online: [please include Day Month Year] doi:10.1136/bcr-2013-008851

14. GEDIK E, et al. Non-traumatic splenic rupture: report of seven cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008 Nov 21;14(43):6711-6. doi: 10.3748/wjg.14.6711. PMID: 19034976; PMCID: PMC2773315.
15. ROCHA IR, et al. Ruptura esplênica atraumática associada à COVID-19: relato de caso. *Relatos Casos Cir.* 2022;(3):3069
16. CRATE ID, PAYNE MJ. Is the diagnosis of spontaneous rupture of a normal spleen valid? *J R Army Med Corps.* 1991 Feb;137(1):50-1. doi: 10.1136/jramc-137-01-12. PMID: 2023171.
17. TONOLINI M, IERADI AM, CARRAFIELLO G. Atraumatic splenic rupture, an underrated cause of acute abdomen. *Insights Imaging.* 2016 Aug;7(4):641-6. doi: 10.1007/s13244-016-0500-y. Epub 2016
18. WEAVER H, et al. Spontaneous splenic rupture: A rare life-threatening condition; Diagnosed early and managed successfully. *Am J Case Rep.* 2013;14:13-5. doi: 10.12659/AJCR.883739. Epub 2013 Jan 15. PMID: 23569554; PMCID: PMC3614379.
19. LABAKI ML, DE KOCK M. Atraumatic splenic rupture in a patient treated with rivaroxabana: A case report and a narrative review. *Wiley Clin Case Rep.* 2022 November;10:e06462. doi: [10.1002/ccr3.6462](https://doi.org/10.1002/ccr3.6462)
20. ASGARI MM, BEGOS DG. Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis: a review. *Yale J Biol Med.* 1997 Mar-Apr;70(2):175-82. PMID: 9493849; PMCID: PMC2589064.