

Ruptura esplênica após dengue: Um relato de caso

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.011-001>

Gabriela Assunção Moreira e Silveira

Residentes de Cirurgia Geral da Universidade de Uberaba - UNIUBE/MG
E-mail: gabrielaamsilveira@gmail.com

Guilherme Azevedo Terra

Cirurgião do Aparelho Digestivo-UFTM

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dengue é a arbovirose urbana mais prevalente na América do Sul. Acomete a população, principalmente nos meses mais chuvosos do ano. Todas faixas etárias são igualmente suscetíveis, sendo que as pessoas com comorbidades apresentam maior risco de evoluir para quadros mais graves. Esse artigo apresenta como objetivo relatar caso grave de dengue em paciente sem comorbidades que evoluiu com complicações cirúrgicas. **RELATO DE CASO:** Paciente M.J.A.O.F, 52 anos, hígida, admitida na UTI do Hospital Regional Jose de Alencar da cidade de Uberaba com quadro de dor abdominal difusa há 1 semana, associado à mialgia, astenia, náuseas, vômitos e prurido difuso. No pronto socorro na manhã da internação apresentava anemia severa com hemoglobina de 5,0 com necessidade de transfusão sanguínea e teste NS1 positivo para dengue. Ao exame físico da admissão tinha mucosas descoradas 2+/4+, taquicardia, desconforto respiratório com necessidade de suplementação de oxigênio, abdome distendido, com descompressão brusca positiva e percussão maciça. Realizada tomografia de abdome que evidenciou: presença de líquido livre em cavidade abdominal, material hiperdenso finamente heterogêneo subcapsular esplênico, podendo corresponder a hematoma, 710ml; hepatomegalia, edema periportal e derrame pleural bilateral. Após avaliação da equipe cirúrgica indicado laparotomia exploratória, evidenciado no intraoperatório: ruptura esplênica por hematoma subcapsular, com em torno de 2 litros de sangue na cavidade intra abdominal, procedido à esplenectomia. Transfundido 3 concentrados de hemácias e 3 de plaquetas no intraoperatório. No primeiro dia pós operatório paciente com melhora clínica sem uso de drogas vasoativas, com melhora do desconforto respiratório e mantendo valores de hemoglobina estáveis entre 10,2 e 10,7. Paciente recebe alta hospitalar no 5º dia pós operatório sem intercorrências e segue acompanhamento ambulatorial, com realização das profilaxias adequadas no pós operatório de esplenectomia. **DISCUSSÃO:** Raros são os casos de complicações cirúrgicas da dengue na literatura, portanto, deve-se atentar aos sinais de alarme, como: Dor abdominal intensa e contínua; vômitos persistentes; Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural); Hipotensão postural e/ou lipotimia; Letargia e/ou irritabilidade; Hepatomegalia; Sangramento de mucosa e aumento progressivo do hematócrito¹. Quanto mais rápido identificados os mesmos, mais rápidas ações categóricas podem ser tomadas pela equipe médica para tratamento adequado das complicações com ampliação da sobrevivência dos pacientes. Deve-se atentar também para histórias clínicas sem fatores de risco clássicos ou típicos, uma vez que, no caso apresentado, o paciente possui 52 anos de idade e nenhum outro fator de risco previamente conhecido. No que concerne à técnica cirúrgica, necessita ter alto conhecimento da anatomia da irrigação para evitar ligaduras errôneas de artérias e veias que suprem órgãos adjacentes ao baço, como o pâncreas.²

Palavras-chave: Dengue, Ruptura Esplênica, Hematoma, Laparotomia.



1 INTRODUÇÃO

A dengue é a arbovirose urbana mais prevalente na América do Sul. Acomete a população, principalmente nos meses mais chuvosos do ano. Todas faixas etárias são igualmente suscetíveis, sendo que as pessoas com comorbidades apresentam maior risco de evoluir para quadros mais graves¹. Fatores que influenciam a proporção de pacientes que desenvolvem a forma grave da doença incluem o sorotipo do vírus, infecção prévia, idade, estado nutricional e fatores genéticos.

A Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), manifestada pelo extravasamento do plasma, é a forma mais grave da doença, pois quando ocorre de forma muito intensa pode levar ao choque circulatório, chamada de Síndrome do Choque da Dengue (SCD), que está associada à elevada taxa de mortalidade. Além disso, alguns pacientes com dengue podem apresentar manifestações menos usuais, como falência hepática, miocardiopatia e manifestações neurológicas, que podem surgir durante o período febril ou mais tardiamente, na convalescença.

A ruptura esplênica espontânea é uma complicação grave e rara em casos de dengue, o que motivou o relato do caso. A fisiopatologia ainda não foi totalmente elucidada, mas parece dever-se a anormalidades vasculares, consumo de fatores de coagulação e plaquetopenia intensa. Essa condição usualmente ocorre mais em outras infecções, malignidade, doenças hematológicas, disfunções metabólicas e doenças vasculares, porém, o diagnóstico precoce e protocolos de atendimento e manejo que incluem essa condição na dengue, conferem uma menor mortalidade nesses casos.

2 METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um estudo observacional e descritivo do tipo relato de caso. As informações foram colhidas por meio de revisão do prontuário e registros fotográficos dos procedimentos cirúrgicos aos quais o paciente foi submetido. Posteriormente realizou-se revisão da literatura, do período de janeiro de 2010 a abril de 2024. Esse artigo apresenta como objetivo relatar caso grave de dengue em paciente sem comorbidades que evoluiu com complicações cirúrgicas.

3 RELATO DO CASO

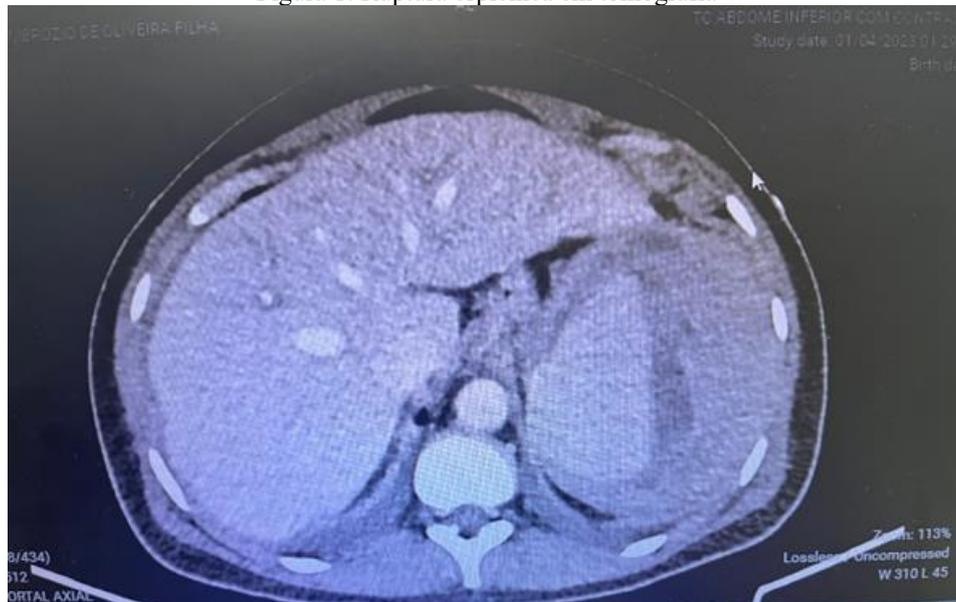
Paciente M.J.A.O.F, 52 anos, hígida, admitida na UTI do Hospital Regional Jose de Alencar da cidade de Uberaba com quadro de dor abdominal difusa há 1 semana, associado à mialgia, astenia, náuseas, vômitos e prurido difuso. No pronto socorro na manhã da internação apresentava anemia severa com hemoglobina de 5,0 com necessidade de transfusão sanguínea e teste NS1 positivo para dengue. Ao exame físico da admissão tinha mucosas descoradas 2+/4+, taquicardia, desconforto respiratório com necessidade de suplementação de oxigênio, abdome distendido, com descompressão brusca positiva e percussão maciça.

Realizada tomografia de abdome que evidenciou: presença de líquido livre em cavidade abdominal, material hiperdenso finamente heterogêneo subcapsular esplênico, podendo corresponder a hematoma, 710ml; hepatomegalia, edema periportal e derrame pleural bilateral. Após avaliação da equipe cirúrgica indicado laparotomia exploratória, evidenciado no intraoperatório: ruptura esplênica por hematoma subcapsular, com em torno de 2 litros de sangue na cavidade intra abdominal, procedido à esplenectomia. Transfundido 3 concentrados de hemácias e 3 de plaquetas no intraoperatório.

No primeiro dia pós operatório paciente com melhora clínica sem uso de drogas vasoativas, com melhora do desconforto respiratório e mantendo valores de hemoglobina estáveis entre 10,2 e 10,7. Paciente recebe alta hospitalar no 5º dia pós operatório sem intercorrências e segue acompanhamento ambulatorial, com realização das profilaxias adequadas no pós operatório de esplenectomia.

O resultado anatomopatológico evidenciou necrose hemorrágica em parênquima esplênico. Ao exame macroscópico, demonstrou um baço medindo 485 gramas e medindo 15,5 x 10,0 x 5,5 centímetros, revestido por cápsula espessada, brilhante e acinzentada, com áreas de laceração e hemorragia. Nos cortes, a superfície era vermelha-vinhosa.

Figura 1: Ruptura esplênica em tomografia



Fonte: Acervo Pessoal

Figura 2: Peça Anatômica após esplenectomia



Fonte: Acervo Pessoal

4 CONCLUSÃO

A ruptura esplênica pode ser de origem traumática ou não traumática. Quanto à ruptura esplênica espontânea, de origem não traumática, os fatores mais associados são infecções, malignidade, doenças hematológicas, disfunções metabólicas e doenças vasculares. Embora seja uma condição rara na Dengue, sendo mais comum em outras infecções como malária, mononucleose e febre tifóide, quando acontece pode se manifestar tanto na forma de Dengue Clássica (DC), quanto na Dengue Hemorrágica (FHD).

Raros são os casos de complicações cirúrgicas da dengue na literatura, portanto, deve-se atentar aos sinais de alarme, como: Dor abdominal intensa e contínua; vômitos persistentes; Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural); Hipotensão postural e/ou lipotímia; Letargia e/ou irritabilidade; Hepatomegalia; Sangramento de mucosa e aumento progressivo do hematócrito¹.

Quanto mais rápido identificados os mesmos, mais rápidas ações categóricas podem ser tomadas pela equipe médica para tratamento adequado das complicações com ampliação da sobrevivência dos pacientes. Deve-se atentar também para histórias clínicas sem fatores de risco clássicos ou típicos, uma vez que, no caso apresentado, o paciente possui 52 anos de idade e nenhum outro fator de risco previamente conhecido.

Em contrapartida, ainda não está bem elucidada a fisiopatologia da ruptura esplênica, como é o caso do relato descrito no estudo em questão, porém já foram descritos na literatura como cofatores determinantes para tal condição rara, estados de hipercoagulabilidade, indução de inflamação, dano tecidual secundário ao processo infeccioso, dano endotelial direto e embolia séptica.

A ruptura esplênica espontânea é de difícil diagnóstico e com alta taxa de mortalidade, sendo uma importante causa de abdome agudo hemorrágico. A dor abdominal de início súbito



é o principal sintoma que, frequentemente, é associado a manifestações sistêmicas relacionadas ao choque hipovolêmico, como hipotensão, taquicardia, palidez e sudorese, como é descrito no caso em questão.

Desse modo, a ruptura esplênica espontânea secundária à dengue é um evento raro e potencialmente grave, necessitando de diagnóstico precoce e preciso para garantir a sobrevivência do paciente. Para realização do diagnóstico, além do quadro clínico e exames laboratoriais para confirmação da DC, exames de imagem são de grande valia, como a tomografia computadorizada de abdome como primeira escolha, caso o paciente esteja estável hemodinamicamente e a USG abdominal a beira do leito em casos de instabilidade clínica e sinais aparentes de choque hipovolêmico. A TC de abdome pode mostrar hematoma subcapsular (formato lenticular) associado à ruptura esplênica tardia, pode ser visto um sinal de coágulo sentinela associado a uma hemorragia sutil restrita ao local da lesão e podem ter sinais de líquido livre na cavidade peritoneal, sugerindo hemoperitônio, além de bordas do baço mal definidas. Já na USG de abdome, são descritas regiões de ecogenicidade aumentada em derrame hipoecóico completo, sugerindo um quadro clássico de hemoperitônio na imagem ultrassonográfica. Apesar de não realizado, o caso descrito evidencia a utilidade do USG a beira leito, também referido como ultrassonografia point-of-care (POCUS), na avaliação e diagnóstico de pacientes instáveis hemodinamicamente, tornando-se uma importante ferramenta nos serviços de emergência.

O manejo terapêutico conservador pode ser adotado em pacientes estáveis hemodinamicamente com realização de suporte clínico e de outras medidas terapêuticas conservadoras, como intervenção endovascular e angioembolização esplênica a fim de preservar a função esplênica e evitar a morbidade da intervenção cirúrgica.

No caso descrito, a paciente apresentava sinais de choque hipovolêmico, grande quantidade de sangue livre na cavidade e presença de grande hematoma no hipocôndrio esquerdo, evidenciando uma ruptura esplênica. Sendo assim, o manejo terapêutico utilizado foi uma esplenectomia de urgência com ligadura transfixante do hilo esplênico e reforço com fio absorvível. No que concerne à técnica cirúrgica, necessita ter alto conhecimento da anatomia da irrigação para evitar ligaduras errôneas de artérias e veias que suprem órgãos adjacentes ao baço, como o pâncreas.²

A ruptura esplênica espontânea é uma complicação rara e potencialmente fatal na Dengue, que deve ser investigada em casos de dor abdominal súbita associada a manifestações de choque hipovolêmico, como hipotensão, em qualquer fase da doença. O diagnóstico precoce e a realização do manejo terapêutico adequado são necessários para garantir uma menor mortalidade nesses casos.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>.

JR, ROBERT M. ZOLLINGER; ELLISON, E. CRISTOPHER. ESPLENECTOMIA. *In: ESPLENECTOMIA*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. v. 1, cap. 90, p.

Hafiz W, Alotaibi F, Alneefia R, Alghuraibi E, Ahmed AB, Warsi A. Splenic Infarction Induced by Dengue Hemorrhagic Fever: A Rare Presentation. *Cureus* [periódicos na internet]. 2021 aug [cited 18 mar 2022]; 13(8): e17072. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8428950/2>.

Mukhopadhyay M, Chatterjee N, Maity P, Patar K. Spontaneous splenic rupture: A rare presentation of dengue fever. *India J Crif Care Med* [periódicos na internet]. 2014 feb [cited 20 mar 2022]; 18(20): 110-112. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943118/3>.

Padyana M, Gopaldas JA, Karanth S. A stitch in time – dengue with spontaneous splenic rupture. *Radiology of Infectious Diseases* [periódicos na internet]. 2020 sep [cited 19 mar 2022]; 7: 145-148. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S23526211203003224>.

Gedik E, Girgin S, Aldemir M, Keles C, Tancredo MC, Aktas A. Non-traumatic splenic rupture: Report of seven cases and review of the literature. *Word J Gastroenterol* [periódicos na internet]. 2008 nov [cited 18 mar 2022]; 14(43): 6711-6716. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773315/5>.

Whorld Healthkit Organization [internet]. Dengue and severr dengue [cited 19 mar 2022]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/6>.

Silva WTT, Gunasekera M. Spontaneous splenic rupture during the recovery phase of dengue fever. *BMC Research Notes* [periódicos na internet]. 2015 jul [cited 19 mar 2022]; 8: 286. Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-015-1234-57>.

Bhaskar E, Moorthy S. Spontaneous splenic rupture in dengue fever with non-fatal outcome in an adult. *JIDC* [periódicos na internet]. 2012 apr [cited 19 mar 2022]; 6(4): 369-372. Available from: <https://jidc.org/index.php/journal/article/view/225054498>.

Seravali MRM, Santos AHG, Costa CEF, Rangel DTA, Valentim LF, Gonçalves RM. Spontaneous splenic rupture due to dengue fever: report of two cases. *Brasilian J Infect Dis* [periódicos na internet]. 2008 dec [cited 19 mar 2022]; 12(6). Available from: <https://www.scielo.br/j/bjid/a/7Nx87Cs636wQM5fLyYCY5Jf/?lang=en9>.

Dias LBA, Almeida SC, Haes TM, Mota LM, Roriz-Filho JS. Dengue: transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2010 jun [cited 2 apr 2022]; 43(2): 143-52. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/17110>.

Whitson MR, Mayo PH. Ultrasonography in the emergency department. *Critical Care* [Internet] 2016 aug [cited 5 apr 2022]; 20:227. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4983783/pdf/13054_2016_Article_1399.pdf