SEÇÃO CASO CLÍNICO

INFARTO ESPLÊNICO COMO COMPLICAÇÃO DO CATETERISMO;

**Dr. José Galvão-Alves (1), Dra Marta Lucia Carvalho Galvão-Alves (2),
Dra. Bruna Cerbino de Souza (3)**

1. Chefe da 18ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro
Professor Titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques
Professor Titular de Pós-graduação em Gastroenterologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Membro Titular da Academia Nacional de Medicina

2. Professora assistente da Fundação Técnico Educacional Souza Marques e da Pontifícia
Universidade Católica do Rio de Janeiro, secretária geral da Sociedade Brasileira do Pâncreas e
Chefe da Radiologia do Ambulatório Geral da Santa Casa da Misericórdia do RJ

3. Membro Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia
Médica da rotina do Hospital Pró-Cardíaco-RJ
Docente da disciplina de Gastroenterologia da Universidade Estácio de Sá
Médica da 18ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

RESUMO

Pacientes com aterosclerose extensa apresentam risco aumentado de desenvolver complicações tromboembólicas decorrentes da cineangiocoronariografia (CAT). Uma delas, o infarto esplênico, é uma rara causa de dor abdominal, e sua prevalência exata é desconhecida. Sua manifestação mais comum é a dor localizada em quadrante superior esquerdo do abdome, o que por vezes pode confundir-se com o território

renal. A confirmação diagnóstica requer um exame de imagem, sendo a angiotomografia o método de escolha, quando disponível. A observação de um caso, que relataremos a seguir, chamou a nossa atenção pela etiologia incomum, resultante de um evento ateroeembólico, o qual apresentou boa evolução com o tratamento clínico conservador.

Keywords: infarto esplênico; ateroeembolismo; dor abdominal; aterosclerose

INTRODUÇÃO

Ateroembolismo (embolismo aterogênico ou pelo colesterol) consiste na oclusão arterial resultante do descolamento e embolização dos debrís ateromatosos (fibrina, cristais de colesterol, plaquetas e fragmentos de cálcio), os quais podem deslocar-se sistemicamente e acometer pequenas artérias e arteríolas de diferentes órgãos, comumente envolvendo o cérebro, pele e extremidades, rins e trato gastrointestinal. A migração de um trombo mural ou partícula derivada de uma grande placa de ateroma pode ser favorecida naqueles pacientes submetidos à cineangiocoronariografia, sendo as complicações embólicas clinicamente aparentes, representadas principalmente pelos acidentes vasculares cerebrais, descritas em aproximadamente 0,1% desses procedimentos.

O infarto esplênico pode se apresentar com dor intensa no quadrante superior esquerdo do abdome, desconforto abdominal leve a moderado ou de forma silenciosa. Suas etiologias mais comuns incluem trauma, doença vascular esplênica, endocardite infecciosa, desordens pancreáticas e estado de hipercoagulabilidade, hemoglobinopatias e outras condições hematológicas (mielofibrose, leucemia, sendo a habitualmente descrita o linfoma). No entanto, a despeito de ser considerada uma manifestação rara, o aumento da longevidade nos dias atuais, em

associação com a doença aterosclerótica moderada a grave pode ampliar a ocorrência desses casos, cuja gravidade se correlaciona a um incremento na morbimortalidade desses pacientes. As modificações do estilo de vida e o tratamento adequado dos fatores de risco são fundamentais para a boa evolução.

O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de paciente vasculopata grave complicada com infarto esplênico após ser submetida ao cateterismo cardíaco, o qual, apesar de incomum, deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais nos casos de dor abdominal em quadrante superior esquerdo.

RELATO DE CASO

Paciente MJAC, feminina, 80 anos, natural e procedente do Rio de Janeiro, dá entrada na Unidade em 01/07/2019 apresentando quadro de dor abdominal crônica, de início há cerca de dois meses, de forte intensidade, inicialmente epigástrica, que progressivamente evoluiu para hipocôndrio e flanco esquerdos, de ocorrência predominante em período pós prandial, associada a perda ponderal de 4 kg no período. Nega náuseas e/ou vômitos. Diagnosticada previamente como portadora de hipertensão arterial sistêmica (mal controlada), dislipidemia, doença arterial coronariana, estenose de artéria renal, insuficiência renal em tratamento

conservador, hipotireoidismo, com história pregressa de infarto agudo do miocárdio em maio de 2019, submetida à cineangiogramia com angioplastia e colocação de 2 *stents* em artéria coronária direita (diagonal não abordada), tendo o quadro álgico abdominal se iniciado 2 dias após o CAT. Nega tabagismo, etilista social.

Ao exame, apresentava-se eupneica em ar ambiente, anictérica, acianótica, desidratada (+/4+), hipocorada (+/4+), afebril.

PA: 154 x 58 mmHg FC: 56 bpm FR: 18 irpm SatO₂: 98% Tax: 36°C

Abdome doloroso à palpação em hipocôndrio/flanco esquerdos.

MMII: pulsos diminuídos à direita, panturrilhas livres.

Laboratorialmente, apresentava Cr 1.5, Ur 38, Hb 8.7, Ht 25.3%, leucócitos 4210 sem desvio, plaq 143.000, PCR-t 2.3, amilase 63, lipase 90, ALT 19, AST 16, GGT 27, FA 90. TC de abdome e pelve de entrada evidenciou fígado de volume, contorno e densidade normais, ausência de dilatação das vias biliares, presença de cliques metálicos em leito de vesícula biliar (colecistectomia). Baço de dimensões normais, com granulomas calcificados. Pâncreas e adrenais sem alterações. Rins tópicos, de configuração e dimensões normais, sem sinais de hidronefrose ou litíase. Divertículos em sigmoide sem sinais inflamatórios. Aorta abdominal e veia cava inferior de curso e calibre normais. Placas parietais calcificadas

aortoilíacas e em ramos viscerais. Ecocardiograma com sinais de disfunção diastólica tipo I, função sistólica preservada e PSAP 30. Ausência de trombos, vegetações ou shunts intracavitários.

Trouxe consigo endoscopia digestiva alta datada de 05/02/19 a qual descrevia a presença de divertículo de Zenker e colonoscopia, também da mesma época, identificando a presença de diverticulose. Inicialmente tratada em outro hospital com inibidor de bomba de prótons, sem melhora.

Foi então submetida à hidratação venosa, analgesia e rigoroso controle da hipertensão arterial. Pensando-se na hipótese diagnóstica de isquemia mesentérica crônica, foi solicitada angiotomografia de abdome e pelve, que mostrou uma aorta abdominal ateromatosa, apresentando placas predominantemente não calcificadas, condicionando irregularidades parietais, algumas de aspecto ulcerado no segmento infrarrenal. Leve ectasia do terço médio da aorta infrarrenal logo acima da emergência da artéria mesentérica inferior. Tronco celíaco, artérias mesentéricas e renais ateromatosas e bem opacificadas, sem redução significativa de calibre. Artéria esplênica com calcificações parietais exuberantes, apresentando estenose focal moderada no terço médio e oclusão de um de seus ramos no hilo esplênico. Artérias ilíacas comuns, internas, externas e demorais comuns ateromatosas, sem alterações significativas de calibre. Baço bem

Imagem 1: AngioTC de abdome evidenciou a presença de baço bem opacificado, exibindo áreas de retração capsular de aspecto sequelar.

opacificado, exibindo área de retração capsular com calcificações de permeio, de aspecto sequelar (Imagem 1). Alças intestinais com impregnação parietal preservada pelo meio de contraste na fase venosa da aquisição, sem sinais de isquemia. Presença de áreas de retração cortical de aspecto sequelar em ambos os rins. Pesquisa para trombofilias negativas.

Concluiu-se que a paciente em questão, uma vasculopata grave, apresentou um infarto esplênico isolado, decorrente de ateroembolismo, após ser submetida ao cateterismo cardíaco. Por se tratar de um diagnóstico tardio, tendo a paciente nos

procurado após 2 meses do início da dor abdominal, a mesma apresentava aos exames de imagem alterações compatíveis com uma fase de resolução, sendo a conduta tomada o início de dupla antiagregação com AAS e Clopidogrel, inibidor de bomba de próton (Esomeprazol 20mg 1x/dia), analgesia sob demanda e reavaliação com angioRM em 3 semanas. Caso não ocorresse melhora, consideraríamos anticoagulação. No entanto, paciente evoluiu com remissão do quadro álgico abdominal, sem novas mudanças no exame de controle, sendo mantida a conduta expectante.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas mais comuns do infarto esplênico são dor abdominal, com maior frequência no hipocôndrio esquerdo, dor torácica pleurítica, febre com ou sem calafrios e náuseas. A dor é o sintoma mais frequente no quadro e independe da etiologia. Análise laboratorial pode evidenciar a presença de anemia, leucocitose e contagem plaquetária anormal, além de elevação de marcadores inflamatórios. O diagnóstico se baseia nos achados clínicos em associação aos exames de imagem, sendo a angiotomografia de abdome o método de escolha. A realização de ecocardiograma transesofágico é mandatória, a fim de detectar a fonte do conteúdo embólico, não apenas para desordens cardíacas mas também para as placas ateroscleróticas da aorta torácica. O tratamento, na maioria dos casos, é conservador, com repouso, antiinflamatórios e anticoagulantes. Hemorragias, infartos maciços, abscessos e persistência da dor são indicativos da necessidade de abordagem cirúrgica. O seguimento com exames de imagem se faz necessário, a fim de detectar possíveis degenerações císticas e/ou abscessos em formação, pois a abordagem conservadora destas complicações tardias está associada a significativas taxas de mortalidade. A evolução depende do agente causal.

CONCLUSÃO

A aterosclerose complicada com fenômenos tromboembólicos é relativamente comum em nosso meio, especialmente manifestada por eventos cardio/cerebrovasculares. Porém, deve-se ter em mente que outros sítios podem ser acometidos, e, diante de um paciente com dor abdominal em quadrante superior esquerdo com doença aterosclerótica bem documentada, considerar a hipótese de infarto esplênico no diagnóstico diferencial do quadro álgico é plausível e pode prevenir a ocorrência de desfechos clínicos desfavoráveis. A pesquisa do agente causal é essencial para o adequado manejo desta condição.

REFERÊNCIAS

1. Abreu S, Arruda JCH. Concomitant renal and splenic infarction. *Braz J Urol*, 2000;26:526-527.
2. Fripiat, F, Donckier, J., Vandenbossche, P, Stoffel, M., Boland, B., & Lambert, M. (1996). Splenic Infarction: Report Of Three Cases Of Atherosclerotic Embolization Originating In The Aorta And Retrospective Study Of 64 Cases. *Acta Clinica Belgica*, 51(6), 395–402.
3. O'Kccfc JH, Holmes DR,

- SchaffHV, Shecfy IF, Edwards WD.
Thromboembolic splenic infarction.
Mayo C/in Proc. 1986; 61: 967-72.
4. Rose, M., Dinour, D., & Chisin, R. (1992). Splenic infarction: A complication of cardiac catheterization. *Clinical Cardiology*, 15(9), 697–698. doi:10.1002/clc.4960150914
 5. Grossman W: Complications of cardiac catheterization: Incidence, causes and prevention. In *Cardiac Catheterization and Angiography*. (Ed. Grossman W). Lea and Febiger, Philadelphia, (1986) 30-42
 6. Johnson LW, Lozner EC, Johnson S, Krone R, Pichard AD, Vetrovec GW, Noto TJ: Coronary arteriography 1984-1987: A report of the Registry of the Society for Cardiac Angiography and Interventions. I. Results and complications. *Cathet Cardiovasc Diagn* 17,5-10 (1989)