

# ESPLENOSE MIMETIZANDO GIST: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

*Splenosis mimicking gastric gist: case report and literature review*

Cláudio **BRESCIANI**, Nélio Reis **FERREIRA**, Rodrigo Oliva **PEREZ**,  
Carlos Eduardo **JACOB**, Bruno **ZILBERSTEIN**, Ivan **CECCONELLO**

Trabalho realizado no Departamento de Gastroenterologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

## Correspondência:

Cláudio Bresciani,  
e-mail: cbresciani@ig.com.br

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 30/03/2010  
Aceito para publicação: 25/01/2011

## INTRODUÇÃO

Esplenose é o "seeding" ou autotransplante de tecido esplênico após trauma ou cirurgia esplênica<sup>4</sup>. Há implante de tecido esplênico em forma de nódulos encapsulados com mais frequência na cavidade peritoneal, mas também pode ocorrer na cavidade pleural, pericárdio, pulmão, parede abdominal, tecido subcutâneo e no cérebro. No abdome, geralmente é descoberto por acaso como uma massa assintomática.

O tumor do estroma gastrointestinal (GIST) é a neoplasia maligna mais comum mesenquimais do trato gastrointestinal<sup>14</sup> e o estômago é o principal sítio mais comum. Os sintomas incluem sangramento, dor, desconforto ou uma massa abdominal, sem sintomas. Ressecção cirúrgica é a opção preferida de tratamento para GIST operados, em especial os tumores primários localizados<sup>5</sup>. Como a maioria dos GIST são da submucosa, o diagnóstico definitivo muitas vezes não pode ser feita antes da operação.

Este é o relato de um caso de uma lesão na submucosa gástrica, que foi inicialmente pensado ser tumor estromal gástrico por endoscopia digestiva e ultra-sonografia endoscópica (EUS). A esplenose foi diagnosticada após tomografia computadorizada e cintilografia com Tc-99m.

A nosso conhecimento, não existem casos relatados de esplenose que imita um GIST gástrico.

## RELATO DO CASO

Homem de 74 anos foi internado para tratamento eletivo de uma lesão na submucosa gástrica encontrada na endoscopia digestiva alta (Figura 1). Ele se queixou

de dor abdominal superior vaga. A ultrassonografia endoscópica revelou uma lesão bilobular homogênea, localizada na camada muscular do fundo gástrico, medindo 36x25 mm e 20x21 mm (Figura 2). Como havia grandes vasos acima da lesão, e alta probabilidade de ser um GIST foi indicada a ressecção cirúrgica. Aspiração com agulha fina para biópsia não foi realizada.

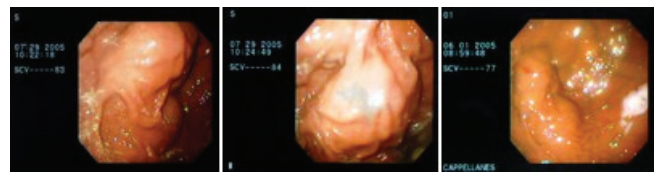


FIGURA 1 - Endoscopia mostrando uma lesão elevada de 3 cm submucosa bilobular localizada no fundo gástrico e coberta com mucosa normal

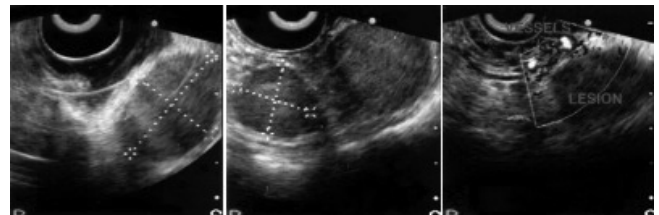


FIGURA 2 - Ultrassonografia endoscópica (EUS), mostrando uma lesão bilobular hipocóica localizada na camada muscular do fundo gástrico, sugerindo GIST. Doppler colorido mostrou a presença de vasos de grande porte acima do tumor

No passado o paciente havia sido submetido à colectomia esquerda para câncer colorretal 20 anos antes. Ele também teve uma segunda operação após um ano devido à recidiva local, ocasião em que o baço também foi retirado. Ele não tinha histórico de perda de peso nem quaisquer sintomas ou sinais intestinais. Seu exame físico mostrou apenas uma hérnia incisional abdominal de grande porte. Os exames laboratoriais foram normais.

Desde que a lesão submucosa era altamente suspeita de um tumor estromal, tomografia computadorizada abdominal foi realizada. Apesar de ter sido feita sem a injeção de contraste intravenoso, devido à história de alergia, ela revelou duas massas abdominais medindo 4,0 cm e 2,5 cm em fundo gástrico, sugerindo esplenose (Figura 3A, 3B e 3C).

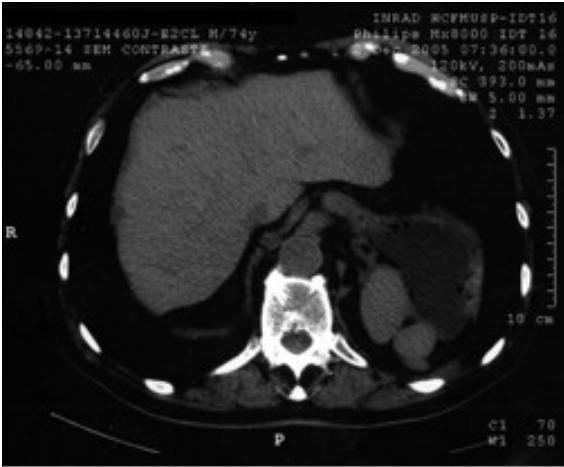


FIGURA 3A - Corte axial mostrando duas massas sólidas no fundo gástrico medindo 4,0 e 2,5 cm, respectivamente



FIGURA 3B - CT coronal de varredura mostrando uma massa sólida em fundo gástrico medindo 2,5 cm



FIGURA 3C - CT sagital mostrando uma massa sólida no fundo gástrico medindo 2,5 cm

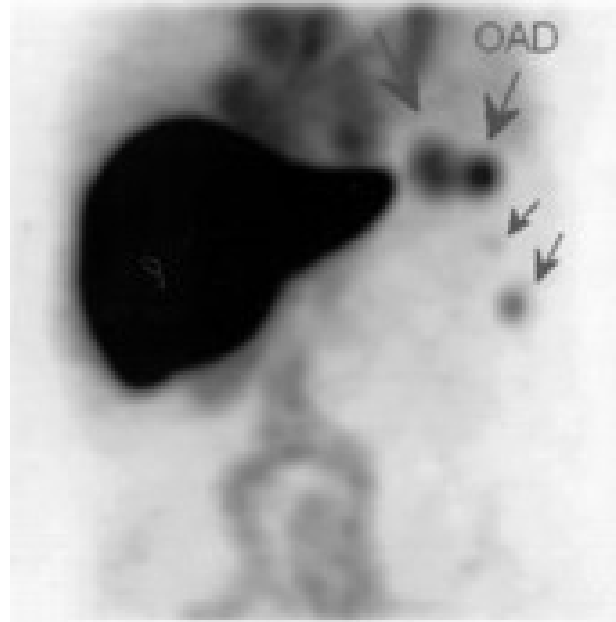


FIGURA 4 - Cintilografia com Tc 99m mostrando duas grandes áreas de captação na topografia do fundo gástrico, e duas menores embaixo

A cintilografia com tecnécio Tc 99m mostrou tecido esplênico no epigástrio e nos quadrantes inferiores esquerdo e superior, confirmando o diagnóstico de esplenose (Figura 4). Colonoscopia mostrou um pequeno pólipso de cólon e o exame patológico diagnosticou ser hamartoma.

O paciente recebeu alta do hospital recusando o tratamento cirúrgico da hérnia incisional.

## DISCUSSÃO

Esplenose pode ser detectada em 16 a 67% dos pacientes que sofreram ruptura esplênica traumática<sup>18</sup>. Geralmente não levam a sintomas clínicos<sup>2,15,16</sup>, especialmente esplenose torácica<sup>2</sup>. Entretanto, alguns pacientes podem experimentar uma massa abdominal ou pélvica dolorosa<sup>12</sup>. Mais raramente, pode levar a complicações como obstrução intestinal<sup>1</sup>, hemorragia gastrointestinal<sup>1</sup> e recidiva de doenças hematológicas, principalmente trombocitopenia auto-imune<sup>6</sup>. Foram relatados hematoma intraperitoneal por trauma e hidronefrose devido à compressão ureteral por compressão oada<sup>17</sup>.

O intervalo médio entre a lesão esplênica ou operação e o diagnóstico de esplenose é de 18 anos<sup>8</sup>. No presente caso, este período de intervalo foi de 20 anos. Neste caso, a endoscopia inicial foi realizada para a investigação de sintomas dispépticos em um paciente idoso. Curiosamente, os resultados endossônográficos foram sugestivos de GIST gástrico, com base na localização da lesão muscular gástrica. A ressecção cirúrgica é o tratamento de primeira linha para GIST, particularmente em tumores primários. Imatinib

é o tratamento padrão para doença metastática e avançada<sup>9,14</sup>.

Neste caso, a suspeita inicial de uma doença maligna levou à tomografia computadorizada. Esta análise sugeriu o diagnóstico de esplenose, apesar de contraste intravenoso não ter sido utilizado devido ao histórico de alergia. Infelizmente, a CT é incapaz de diferenciar dentre outras lesões tumorais, mesmo com a injeção de contraste intravenoso. O método de escolha para estabelecer o diagnóstico é Tc-99m<sup>2,3,11</sup>. Cintilografia Tc-99m com enxofre coloidal também pode ser usado<sup>19</sup>, mas o primeiro é mais sensível e específico<sup>7</sup>. Neste caso, além de confirmar a suspeita diagnóstica, esta técnica mostrou outros focos patológicos no abdômen compatível com esplenose que não haviam sido identificados anteriormente.

A remoção cirúrgica na esplenose é considerada desnecessária<sup>19</sup>. O tecido esplênico implantado oferece algum grau de proteção contra a infecção bacteriana e redução da frequência de sepse pós-esplenectomia<sup>10</sup>. Isso pode ser especialmente importante em pacientes com doenças hematológicas<sup>13</sup>. O tratamento cirúrgico, portanto, deve ser reservado para pacientes sintomáticos<sup>12,16</sup>, complicações ou quando o diagnóstico correto não pode ser feito<sup>12</sup>.

Como ilustrado por este relatório, o diagnóstico de tumor estromal gástrico pode ser muito difícil para confirmar e esplenose deve ser considerada como diagnóstico alternativo em pacientes com operações anteriores sobre o baço. Os cuidados detalhados no diagnóstico neste caso permitiram fazê-lo preciso, e contribuíram para evitar ressecção cirúrgica desnecessária.

## REFERÊNCIAS

1. Abeles DB, Bego DG. Occult gastrointestinal bleeding and abdominal pain due to entero-enteric intussusception caused by splenosis. *Surg Endosc.* 2003;17(9): 1494.
2. Alaraj AM, Chamoun RB, Dahdaleh NS, Sfeir PM, Miski MS, Otrock ZK, Skaf GS. Thoracic splenosis mimicking thoracic schwannoma: case report and review of the literature. *Surg Neurol.* 2005;64(2): 185-188.
3. Bidet AC, Dreyfus-Schmidt G, Mas J, Combe J, Millert, P, Bidet R. Diagnosis of splenosis: the advantages of splenic scintiscanning with Tc99m heat damaged red blood cells. *Eur J Nucl Med* 1986;12: 357-358.
4. Brunning RD, Desmet VJ, Ordonez NG. Splenosis. In: Rosai and Ackerman's, ed. *Surgical Pathology*, 9th ed. St Louis: Mosby, 2004, pp 2020-2075.
5. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000; 231: 51.
6. Greschus S, Hackstein N, Puille MF, Discher T, Rau WS. Extensive abdominal splenosis: imaging features. *Abdom Imaging.* 2003;28(6): 866-867.
7. Hagan I, Hopkins R, Lyburn I. Superior demonstration of splenosis by heat-denatured Tc-99m red blood cell scintigraphy compared with Tc-99m sulfur colloid scintigraphy. *Clin Nucl Med.* 2006;31(8): 463-466.
8. Hardin VM, Morgan ME. Thoracic splenosis. *Clin Nucl Med* 1994;19: 438-440.
9. Joensuu H. Gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Annals of Oncology* 2006; 17 (10): 280-286.
10. Lanng Nielsen J, Saksø P, Haanberg Sørensen F, Hvid Hansen, H. Demonstration of splenic function following splenectomy and autologous spleen implantation. *Acta Chir Scand* 1984; 150:469-473.
11. Martinez Del Valle Torres MD, Ortega Lozano SJ, Jimenez-Hoyuela Garcia JM, Delgado Garcia A, Gavilan Carrasco JC, Bermudez Recio FJ. Utility of Tc-99m labeled heat-denatured red blood cell scintigraphy in a case of hepatic splenosis. *Gastroenterol Hepatol* 2005;28(5): 279-282.
12. Molina Vargas P, Cruz Minoli V, Morales Gomez R, Carreto Chavez G, Cenicerros Franco LG, Rocha del Valle G. Splenosis and pelvic pain. A report of a case and literature review. *Ginecol Obstet Mex.* 2004;72: 120-124.
13. Pearson HA, Johnston D, Smith KA, Touloukian RJ. The born-again spleen. Return of splenic function after splenectomy for trauma. *N Engl J Med* 1978;298: 1389-1392.
14. Rossi CR, Mocellin S, Mencarelli R, Foletto M, Pilati P, Nitti D, Lise M. Gastrointestinal stromal tumors: from a surgical to a molecular approach. *Int J Cancer* 2003;107: 171.
15. Tasci Y, Kayikcioglu F, Cavusoglu D, Gokcin H. Splenosis mimicking pelvic mass. *Obstet Gynecol* 2005;106(5): 1167-1169.
16. Thourani VH, Sharma J, Duarte IG, Miller JI Jr. Intrathoracic splenosis. *Ann Thorac Surg.* 2005;80(5): 1934-1936.
17. Varma DGK, Campeau RJ, Kartchner ZA, Karnik S. Scintigraphic detection of splenosis causing ureteral compression and hydronephrosis [letter]. *AJR Am J Roentgenol* 1991;156: 406.
18. Wedemeyer J, Gratz KF, Soudah B, Rosenthal H, Strassburg C, Terkamp C, Bahr MJ, Manns MP, Gebel MJ, Bleck JS. Splenosis. An important differential diagnosis in splenectomized patients presenting with abdominal masses of unknown origin. *Z Gastroenterol.* 2005;43(11): 1225-1229.
19. Yammine JN, Yatim A, Barbari A. Radionuclide imaging in thoracic splenosis and a review of the literature. *Clin Nucl Medicine* 2003;28: 121-123.