



EMBOLOGIZAÇÃO ESPLÊNICA E ESPLENECTOMIA EM UM PACIENTE PORTADOR DE MIELOFIBROSE PRIMÁRIA

JÉSSICA CAIXETA SILVA SAMPAIO¹; EDUARDO NOGUEIRA FREITAS XIMENES¹; BRUNO QUEIROZ CLARO BERBEM¹; WINNE NOLETO MARTINS¹; LARISSA CAIXETA SAMPAIO²; LETÍCIA SAMPAIO CASTRO³; ISABELLA CRISTINA ABREU BILIO³.

1 HFA, BRASÍLIA – DF – BRASIL; 2 UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS – GO – BRASIL; UNICEUB, BRASÍLIA- DF - BRASIL

INTRODUÇÃO

A mielofibrose primária é uma neoplasia mieloproliferativa na qual ocorre expansão clonal de células mieloides e pode ser acompanhada de mutações JAK2, CALR ou MPL. O processo de mieloproliferação clonal se associa à esplenomegalia, uma das principais manifestações da doença que associada a citopenias caracteriza uma condição denominada hiperesplenismo, a qual possui como uma das alternativas de tratamento a embolização esplênica, procedimento realizado com a infusão intra-arterial de micropartículas de gel, que promove a oclusão da microcirculação esplênica. A embolização esplênica parcial consiste em um tratamento não cirúrgico menos invasivo para a condição de hiperesplenismo. O estudo visa relatar caso de um paciente portador de mielofibrose primária com hiperesplenismo sintomático, analisando as possíveis alternativas de condutas terapêuticas, bem como a embolização esplênica.

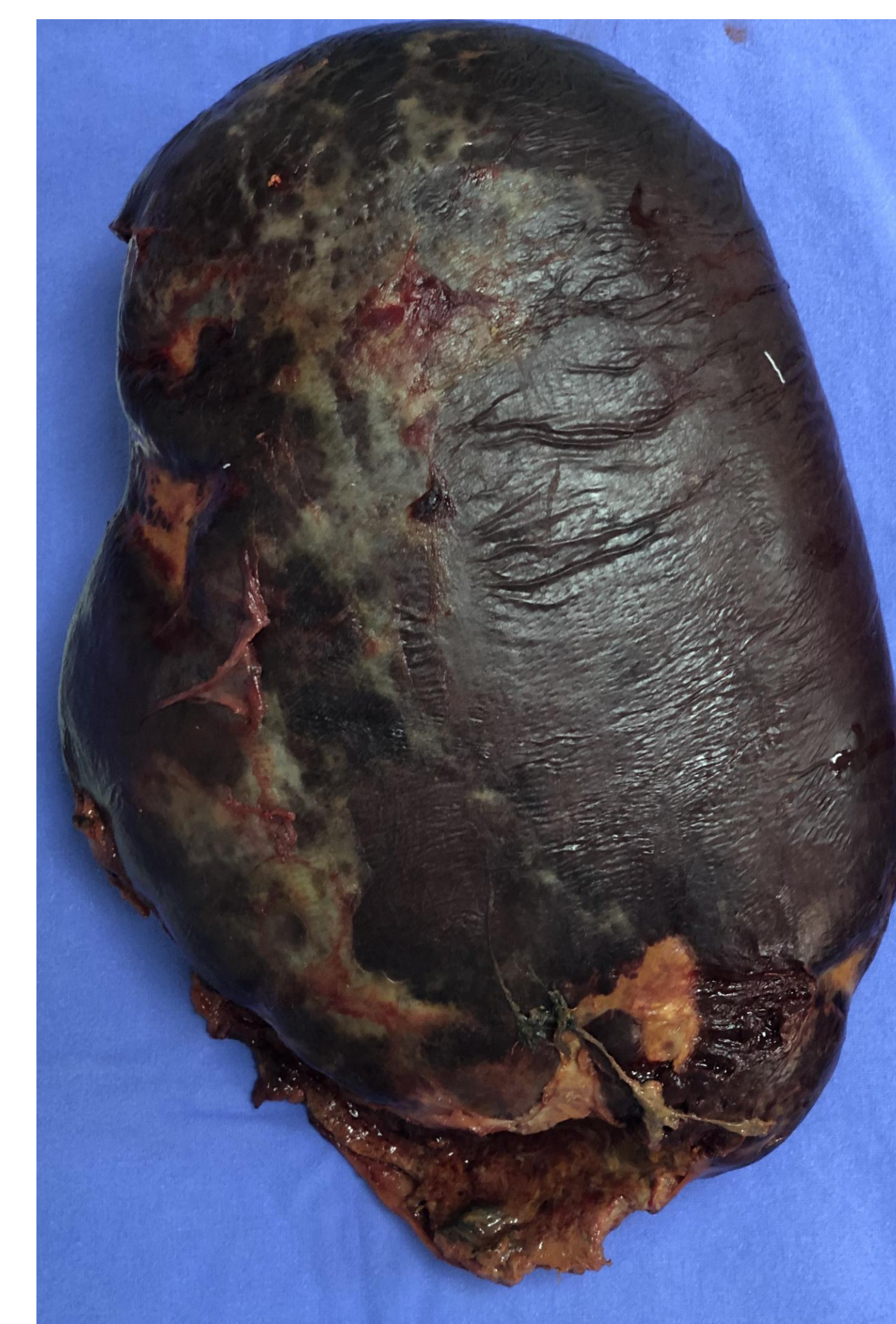
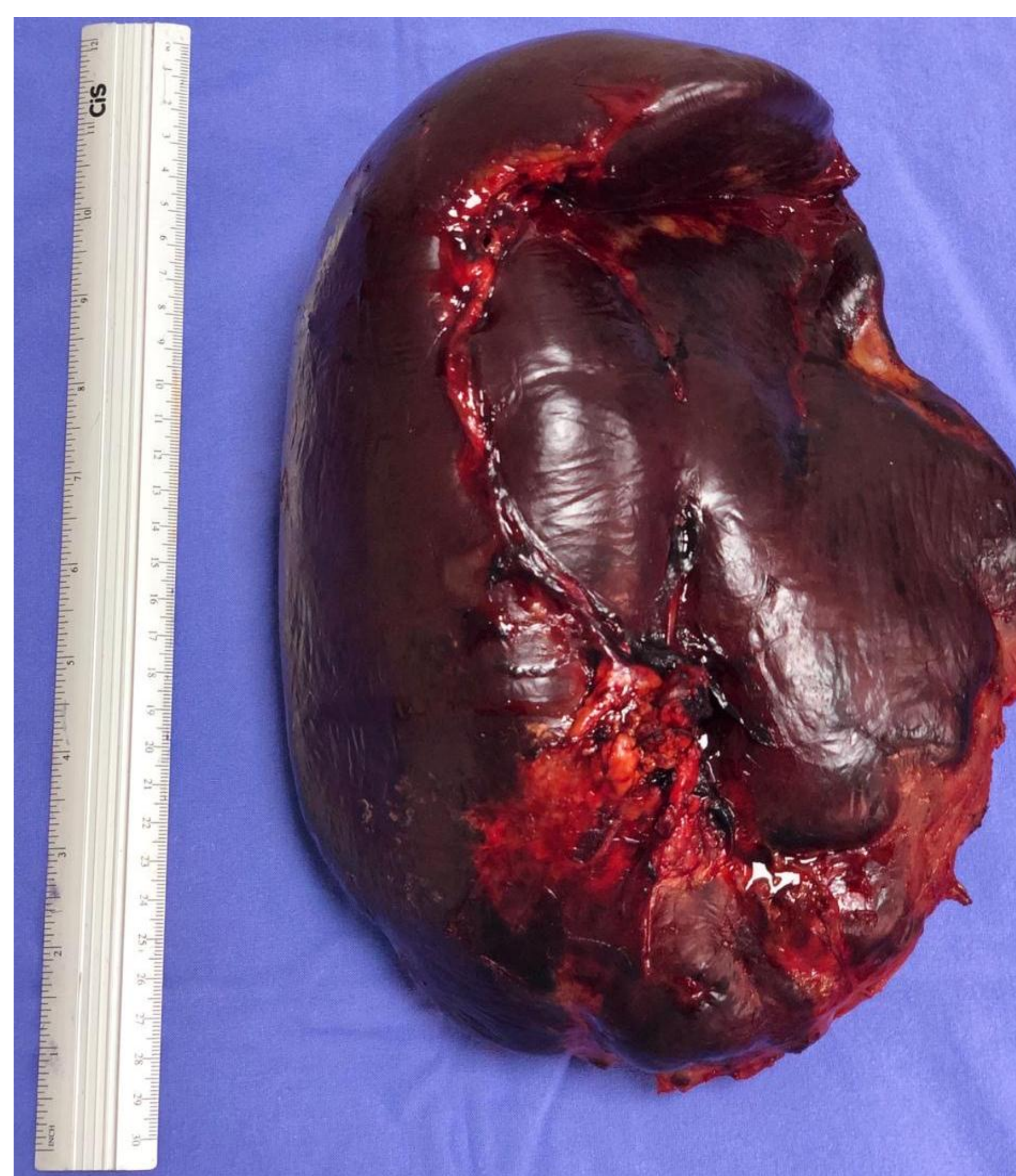
RELATO DE CASO

D.M, 54 anos, ex tabagista, portador de mielofibrose JAK-2 positivo, com esplenomegalia de grande monta e hiperesplenismo. Apresentou gengivorragia, epistaxe e hematúria importantes em fevereiro. Exames laboratoriais apresentavam hemoglobina (Hb) 8.7, plaquetas: 14.000 e demais exames sem alterações. Realizada angiotomografia de abdome evidenciando esplenomegalia homogênea. Optou-se pela embolização esplênica parcial com injeção de solução embolizante, contraste radiológico e gentamicina. Dois meses após o procedimento, paciente deu entrada na mesma unidade hospitalar com queixa de dor abdominal, febre intermitente e hematúria macroscópica. Exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia de 11.000 e Hb 8.2. Tomografia computadorizada de abdome total evidenciando Esplenomegalia com baço de 18,8X13,7X31,6cm (volume 4.256cm³).

REFERÊNCIAS:

1. ZHU, J et al. A Comparative Study of Surgical Splenectomy, Partial Splenic Embolization, and High-Intensity Focused Ultrasound for Hypersplenism. Journal of Ultrasound in Medicine, 2016, 35: 467-474.
2. TALWAR, A, et al. Adverse Events Related to Partial Splenic Embolization for the Treatment of Hypersplenism: A Systematic Review. Journal of Vascular and Interventional Radiology, 2020.
3. TEFFERI A. Primary myelofibrosis: 2017 update on diagnosis, risk-stratification, and management. American Journal of Hematology. 2016, 91(12):1262-1271.
4. SONG, M. K, et al. Understanding Splenomegaly in Myelofibrosis: Association with Molecular Pathogenesis. International journal of molecular sciences, 2018, 19(3), 898

Notou-se áreas compatíveis com degeneração necrótica, usualmente vistos no contexto pós-operatório de quimioembolização, não se excluindo possibilidade de abscesso esplênico. Paciente foi submetido à esplenectomia convencional, identificando-se no intra-operatório áreas de infarto e abscesso esplênico.



DISCUSSÃO

Em 1973, Maddison introduziu a embolização esplênica como tratamento endovascular de varizes hemorrágicas secundárias à hipertensão portal e do hiperesplenismo. Entretanto, pode haver complicações, desde Síndrome pós embolização, com caráter limitado, apresentando febre, leucocitose e dor abdominal, até abscesso esplênico e rotura esplênica. O mesmo evoluiu com abscesso esplênico, indicação formal de esplenectomia. A escolha foi esplenectomia convencional devido ao volume esplênico, inviabilizando a via laparoscópica. A embolização esplênica pode se configurar como uma alternativa terapêutica isolada, e apesar de se apresentar como uma excelente indicação para esses casos mas complicações podem surgir posteriormente, fazendo com que seja necessária também a realização de uma esplenectomia.