

# Pancreatite crônica idiopática rica em histiócitos xantomatosos e abscesso esplênico pós-traumático: Relato de caso com apresentação atípica

*The Chronic idiopathic pancreatitis rich in xanthomatous histiocytes and post-traumatic abscess: A case report with atypical presentation*

Lorriane Silva Guimarães<sup>1</sup>, Denise Santana Gomes Rodrigues<sup>1</sup>, Hanne Lise Silva Guida<sup>1</sup>, João Paulo Dutra Lobo Sousa<sup>1</sup>,  
Josivânia Monteiro de Castro<sup>1</sup>, Émerson de Macêdo Galvão Filho<sup>1</sup>, Augusto Hipolito Chagas Freato<sup>1</sup>,  
Maria Raimunda Chagas Silva<sup>2</sup>, Suzane Katy Rocha Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discentes do Curso de Medicina da Universidade CEUMA, São Luís, Maranhão, Brasil. [lorrianesilvag@hotmail.com](mailto:lorrianesilvag@hotmail.com), [dedediques@hotmail.com](mailto:dedediques@hotmail.com), [hannelisguida@gmail.com](mailto:hannelisguida@gmail.com), [jpdlobo@gmail.com](mailto:jpdlobo@gmail.com), [josivaniamonteiro18@gmail.com](mailto:josivaniamonteiro18@gmail.com), [emersonmgfilho18@gmail.com](mailto:emersonmgfilho18@gmail.com), [gutofreato@mail.com](mailto:gutofreato@mail.com).

<sup>2</sup>Docentes do Curso de Medicina da Universidade CEUMA, São Luís, Maranhão, Brasil. [marirarah@gmail.com](mailto:marirarah@gmail.com), [suzanekaty@gmail.com](mailto:suzanekaty@gmail.com).

## Resumo

Este estudo apresenta um relato de caso de pancreatite crônica idiopática rica em histiócitos xantomatosos associada a abscesso esplênico pós-traumático, uma combinação rara e atípica. O paciente, um homem de 37 anos, apresentou dor abdominal superior e náuseas após um episódio de libação alimentar e alcoólica, com evolução de dor por treze dias. Exames de imagem mostraram comprometimento pancreático e esplênico, levando à indicação de pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. A análise histopatológica e imunohistoquímica confirmou inflamação crônica com histiócitos xantomatosos e necrose esplênica. A intervenção cirúrgica foi essencial para o manejo clínico e estabilização do paciente, que evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar. Este caso ressalta a importância do diagnóstico diferencial em apresentações atípicas de pancreatite e abscesso esplênico, além da relevância da abordagem cirúrgica para assegurar a qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Pancreatite crônica; Histiócitos xantomatosos; Abscesso esplênico; Diagnóstico diferencial; Intervenção cirúrgica.

**Como citar:** Guimarães, L. S., Rodrigues, D. S. G., Guida, H. L. S., Sousa, J. P. D. L., Castro, J. M. de, Filho, Émerson de M. G., Oliveira, S. K. R. Pancreatite crônica idiopática rica em histiócitos xantomatosos e abscesso esplênico pós-traumático: Relato de caso com apresentação atípica. *Revista Ciências da Saúde Ceuma*, 2(3). <https://doi.org/10.61695/rcs.v2i3.55>

---

**Autor correspondente:**

Suzane Katy Rocha Oliveira  
E-mail: [suzanekaty@gmail.com](mailto:suzanekaty@gmail.com).

**Fonte de financiamento:**

Não se aplica

**Parecer CEP**

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA (No. 5.257.785).

**Procedência:**

Não encomendado

**Avaliação por pares:**

Externa

Recebido em: 18/10/2024

Aprovado em: 04/11/2024

## Abstract

This article presents a case report of chronic idiopathic pancreatitis rich in xanthomatous histiocytes associated with post-traumatic splenic abscess, a rare and atypical combination. The patient, a 37-year-old male, presented with upper abdominal pain and nausea following an episode of food and alcohol consumption, with persistent pain lasting thirteen days. Imaging studies revealed pancreatic and splenic involvement, leading to a body-caudal pancreatectomy and splenectomy. Histopathological and immunohistochemical analysis confirmed chronic inflammation with xanthomatous histiocytes and splenic necrosis. Surgical intervention was essential for clinical management and patient stabilization; who showed a positive post-operative recovery and was discharged. This case highlights the importance of differential diagnosis in atypical presentations of pancreatitis and splenic abscesses and the relevance of surgical management to ensure patient quality of life.

**Keywords:** Chronic pancreatitis; Xanthomatous histiocytes; Splenic abscess; Differential diagnosis; Surgical intervention.

## INTRODUÇÃO

A pancreatite crônica é um processo inflamatório crônico e irreversível do pâncreas, cuja evolução leva à fibrose e insuficiência pancreática quando cerca de 85% do parênquima estiver comprometido, manifestando-se como esteatorreia e diabetes (Graciano et al., 2020). A principal etiologia é o consumo de álcool precoce, intenso e regular por cerca de 20 anos, ficando os portadores assintomáticos em média por 15 anos. Em um estudo realizado pelo Grupo de Pâncreas do Hospital das Clínicas de São Paulo, nos primeiros 545 casos registrados de pancreatite crônica, 93,4% eram de etiologia alcoólica, seguidos de 4,4% de causas idiopáticas (Albuquerque 2021).

A dor é a principal manifestação clínica e está presente em 95% dos casos. Possui um caráter intermitente com períodos mais ou menos longos de remissão e se torna mais frequente com a evolução do processo fibrótico (Duarte, et.al., 2019). O diagnóstico se baseia no quadro clínico e o histórico de etilismo crônico pois, raramente há casos de etiologia não alcóolica. Os exames laboratoriais podem evidenciar amilaseemia durante as crises e alterações condizentes com colestase se houver compressão do colédoco intrapancreático. O tratamento clínico é composto por abstenção da ingestão de álcool, administração de enzimas pancreáticas e analgesia fraca. O tratamento cirúrgico é indicado em casos de dor intratável e complicações, sendo o tipo de procedimento determinado a partir do acometimento presente. Caso o processo acometa o corpo e/ou cauda do pâncreas, a pancreatectomia corpo/caudal é indicada (Okabayashi et al., 2020).

O abscesso esplênico é uma patologia rara. Pode resultar de um foco infeccioso, como da endocardite, uso de drogas ilícitas venosas, trauma e imunossupressão, sendo que 2/3 dos casos ocorrem em pessoas imunocomprometidas. Alguns estudos revelam índices de mortalidade de 47%, podendo chegar a 100% naqueles que não recebem antibioticoterapia. O

abscesso esplênico se manifesta com sintomas inespecíficos, constituindo-se um desafio diagnóstico (Silva et al., 2020).

## RELATO DE CASO

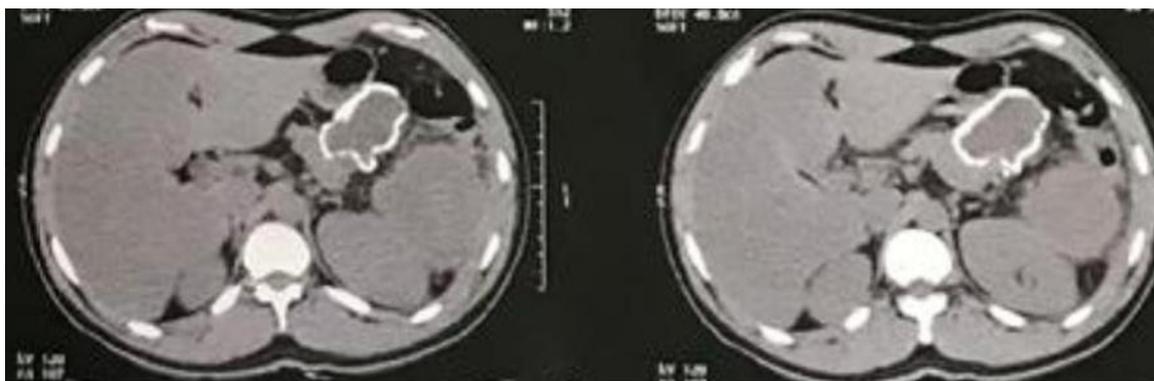
Este estudo está inserido num projeto de pesquisa mais amplo que visa investigar o perfil da saúde do homem no âmbito da estratégia da saúde da família do município de São Luís no Estado do Maranhão. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade CEUMA (No. 5.257.785).

Paciente, gênero masculino, 37 anos, pardo, natural e residente em Coroatá - Maranhão, portador de Diabetes tipo II (diagnóstico aos 36 anos), em uso contínuo de Cloridrato de Metformina, apresentou dor de forte intensidade em andar superior do abdome associada a náuseas, após episódio de libação alimentar e alcóolica. Foi medicado com sintomáticos obtendo melhora parcial do quadro. Evoluiu com dor abdominal moderada por treze dias, associada à tosse produtiva, sendo este fator agravante para a dor, além de pirose e sensação de plenitude gástrica não correlacionada à alimentação. Relatou perda ponderal de quatro quilos em 1 mês. Negava: vômitos, febre, dor abdominal prévia semelhante e esteatorreia. Com a persistência do quadro, foi admitido no serviço de urgência e emergência do Hospital Macrorregional de Coroatá.

Exames laboratoriais: Colesterol Total: 168 mg/dl; triglicerídeos: 106 mg/dl; lipídeos totais: 475,60 mg/dl; colesterol HDL: 45 mg/dl; colesterol VLDL: 21,20; colesterol LDL: 101,80 mg/dl; Hb: 11,3 g/dl; Ht: 33,9; leucócitos 13.600 /mm<sup>3</sup>; plaquetas 630.000/mm<sup>3</sup>; hemoglobina glicolisada: 5,9%; AST: 19 U/L; ALT: 20 U/L; GAMA GT: 26 U/L; cálcio total: 9,5 mg/dl; vitamina B12: 560,36 pg/mL. Radiografia de tórax com velamento do seio costofrênico esquerdo.

No atendimento médico, duas tomografias computadorizadas de abdome e pelve foram analisadas, sendo a primeira realizada em Teresina-PI (30/07/18) e a segunda em Coroatá -MA (03/08/18). A primeira tomografia (figura 1) mostrava: derrame pleural no terço inferior do hemitórax esquerdo; imagem expansiva hipodensa com calcificações periféricas e contornos lobulados na região epigástrica, adjacente à grande curvatura do estômago em contiguidade com corpo e cauda do pâncreas (pseudocisto inflamatório?); sinais de esplenomegalia com áreas hipodensas de permeio com o parênquima esplênico; a segunda tomografia evidenciava: pâncreas com formação nodular hipoatenuante; calcificação anelar difusa entre o corpo gástrico e o terço distal do corpo/cauda, sem claros planos de clivagem entre os mesmos, exofítica ao corpo pancreático, medindo cerca de 5,2 x 3,6 cm, sem realce relevante pós-contraste, de natureza à esclarecer (pseudocisto pancreático? Lesão mucinosa? Outra etiologia?); baço de dimensões

bastante aumentadas, heterogenicidade da sua atenuação à custa de inúmeras imagens hipoatenuantes de permeio, sem realce significativo (necrose? Infarto? Outra etiologia?), de natureza indeterminada, algumas retrações capsulares esplênicas esparsas (residual?); pequena ascite, notadamente periesplênica, que se estende para a fáscia lateroconal bilateral espessa; pequena hérnia de hiato por deslizamento e pequeno derrame pleural à esquerda com atelectasia passiva do parênquima pulmonar. Foi referenciado e transferido para o Hospital Dr. Carlos Macieira (São Luís, MA) para elucidação diagnóstica precisa e terapêutica.



**Figura 1.** Tomografia Computadorizada do Abdome. **Fonte:** Autores (2024).

Ao exame físico: regular estado geral, mucosas hipocrômicas (+/4+), anictérico, afebril. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular reduzido em base pulmonar esquerda sem ruídos adventícios. Exames do aparelho cardiovascular e neurológico sem alterações. Referiu dor abdominal de leve a moderada intensidade que piorava com a tosse e com a palpação superficial e profunda do abdome, sem visceromegalias palpáveis; Traube livre, sinais de Courvoisier-Terrier e Murphy negativos.

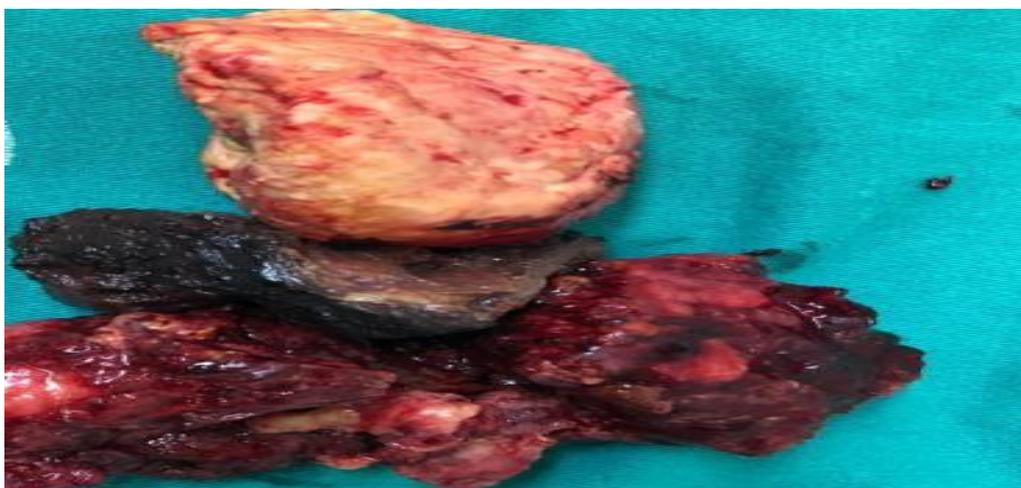
Os exames marcadores tumorais colhidos revelaram: CA 19.9: < 2,5 U/ml; AFP: 0,74 U/ml; CEA: 1,38 U/ml; CA 125: 70,1 U/ml (único elevado). Bilirrubinas totais, enzimas canaliculares e transaminases hepáticas dentro da normalidade.

Esofagogastroduodenoscopia sem alterações. Ressonância Nuclear Magnética de Abdome superior: pequeno derrame pleural à esquerda, sinais de esteatose heterogênea, imagem irregular peripancreática, identificando-se imagem nodular de baixo sinal em T2 e aparente discreto alto sinal em T1 junto à parede (porção sólida? Conteúdo hemático?), sem aparente realce ao agente paramagnético, sendo a lesão de natureza indeterminada; baço de parênquima difusamente heterogêneo, exibindo imagens de alto sinal em T2/coleções (ocupando cerca de 80% do parênquima), heterogêneas, com áreas de alto sinal em T1 (componente hemático),

exibindo restrição à difusão às moléculas de água, de natureza indeterminada (hematoma pós-traumático?).

Quando questionado sobre seus antecedentes pessoais, o paciente referiu ter sofrido queda aos 20 anos de idade com trauma em projeção esplênica, com dor local persistente por poucos dias e resolutividade ao uso de analgésicos. Em decorrência dos achados de imagem, a equipe médica optou pelo tratamento cirúrgico.

Durante a internação, o paciente evoluiu com melhora significativa da dor, mantendo-se assintomático até o momento da cirurgia, no 18º dia de internação hospitalar. Em decorrência do diagnóstico impreciso e a presença de comprometimento pancreático por imagem nodular de natureza indeterminada, bem como pela presença do hematoma esplênico ocupando boa parte do órgão, a cirurgia prevista inicialmente foi pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia a partir de incisão xifopubiana (conduta posteriormente realizada). Achados cirúrgicos (figura 2): pâncreas com corpo e cauda calcificados e endurecidos e abscesso esplênico com baço aderido ao diafragma, pâncreas e estômago. Foi realizada alocação de dreno tubular calhado em loja esplênica em contrassaída no hipocôndrio esquerdo e outro deste dispositivo em região peripancreática em contrassaída em flanco esquerdo. Enviado material ao histopatológico. Durante o procedimento, o paciente apresentou instabilidade hemodinâmica, sendo necessária a implantação do dispositivo de cateter venoso central para fins de hemotransusão.



**Figura 2.** Material cirúrgico da Pancreatectomia e da Esplenectomia. **Fonte:** Autores (2024).

Evoluiu no pós-operatório clinicamente estável, sem queixas significativas, com deambulação precoce, sem intercorrências e com boa aceitação da dieta. Fez uso de hidratação venosa via acesso venoso central, sintomáticos, proteção gástrica com Omeprazol 40mg, terapia antimicrobiana com Ciprofloxacino e Metronidazol, analgesia de horário padrão com DÍpirona e

analgésia complementar com Cloridrato de Tramadol. Apresentou hiperglicemia intercalada com alguns episódios de hipoglicemia, cujo controle glicêmico tornou-se efetivo com a alimentação e adequação da insulina regular, além de anemia normocrômica/normocítica com níveis de hemoglobina entre 6,8 g/dL e 10,8 g/dL, sendo necessárias transfusões sanguíneas até alcançar a estabilização. Ferida operatória limpa e seca com troca diária do curativo. Realizada Tomografia Computadorizada de abdome para controle pós-cirúrgico no 5º dia de pós-operatório (DPO), que evidenciou : em topografia subfrênica esquerda coleção de paredes finas e com focos gasosos de permeio, medindo cerca de 8,4 x 4,9 x 3,7 cm (transversal x longitudinal x anteroposterior); baço não caracterizado; pequena quantidade de líquido livre na escavação pélvica; pâncreas (cabeça e colo) e adrenais de aspecto tomográfico habitual. Feita imunoprofilaxia contra *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* tipo b e influenza no 6º dia de pós-operatório. A amilase e lipase apresentaram níveis flutuantes, porém decrescentes, com valores de amilase entre 306 U/L e 65 U/L e lipase 71 U/L a 48 U/L, sendo os maiores valores correspondentes ao primeiro dia após o procedimento cirúrgico. Os drenos alocados encontravam-se funcionando com débitos de volume decrescentes de aspecto hemático, sero-hemático e seroso, sequencialmente. Os maiores volumes drenados foram no primeiro dia de pós-operatório: 58 mL de conteúdo no dreno tubular da projeção esplênica e 100 ml da área de projeção peripancreática. No 7º DPO, a amilase do líquido drenado foi quantificada em 47 U/L e comparada à amilase sérica de 70 U/L, sendo então, retirado o dreno da região peripancreática. O dreno da loja esplênica foi removido no 9º DPO, após tração realizada em dois dias consecutivos (7º e 8º). Nos dias subsequentes, o paciente apresentou mal-estar generalizado, tendo sido associado ao processo anêmico. Após recuperação deste quadro, recebeu alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório, assintomático.

Em nível ambulatorial, analisou-se ferida cirúrgica, evolução do paciente, a biópsia das peças cirúrgicas e a imuno-histoquímica. No histopatológico do corpo e cauda do pâncreas, macroscopicamente: peça deformada, pesando 200 gramas e medindo cerca de 18,5 cm X 7,0 cm X 3,5 cm; aos cortes, fragmento de tecido vinho, que mede cerca de 3,5 cm X 2,0 cm, de consistência amolecida, fragmento avulso com áreas de calcificação, pesando 50 gramas, medindo 9,0 cm X 8,4 cm x 3,8 cm, aos cortes, superfície amarelada e firme. Microscopicamente: tecido conjuntivo com processo inflamatório crônico exsudativo com necrose, presença de hemorragia recente a antiga, presença de fragmentos de tecido esplênico com congestão, foco com áreas onde mostram células epitelioides e de núcleos excêntricos. Necessário estudo imuno-histoquímico para determinar o fenótipo. O estudo imuno-histoquímico revelou processo

inflamatório crônico do corpo e cauda do pâncreas rico em histiócitos xantomatosos com fibrose e focos de hemorragia (CD163, complexo hemoglobina-haptoglobina positivo) e presença de tecido esplênico maduro com sinais de congestão. Macroscopia do histopatológico do baço: órgão com 6,0 cm X 5,7 cm X 1,8 cm, pesando 45 gramas; aos cortes: superfície acinzentada, firme e elástica; microscopicamente, parênquima esplênico com necrose e hemorragia e ausência de critérios para malignidade. O paciente foi orientado a retornar 6 meses após o procedimento cirúrgico para consulta ambulatorial de controle e realização de nova tomografia computadorizada de abdome.

## DISCUSSÃO

A pancreatite crônica corresponde a uma reação inflamatória do pâncreas, sendo que as pancreatites alcóolicas e idiopáticas representam aproximadamente 95% dos casos. Predomina particularmente a alcoólica, no sexo masculino, entre 30 e 40 anos, sendo a quantidade média diária de etanol consumida em torno de uma garrafa de aguardente, de modo regular, durante vinte anos (Indicatti L., 2022). A associação do tabagismo ao etilismo crônico em pacientes portadores de pancreatite crônica potencializa os efeitos tóxicos do etanol (Costa et al., 2019).

Acredita-se que nos estágios iniciais, a pancreatite crônica seja um processo inflamatório agudo e que episódios recorrentes desta lesão pancreática subclínica e necrose levam à fibrose característica. As crises álgicas são intermitentes, porém com a evolução, tornam-se mais frequentes, principalmente quando associadas ao etilismo (Fraga et al., 2023). A dor, presente em 95% dos pacientes, é a principal manifestação clínica, sendo em geral epigástrica, podendo se irradiar para o hipocôndrio direito e/ou esquerdo e região dorsal (Costa et al., 2019). No caso apresentado, o paciente não referia etilismo crônico, tabagismo, uso contínuo de drogas ilícitas e lícitas, exceto o Cloridrato de Metformina. Negava qualquer episódio anterior de dor abdominal e em abdome superior referida para hipocôndrios e/ou flancos e nem correlacionada com a ingestão alimentar e etílica. Há referência apenas do episódio álgico que desencadeou a evolução do caso.

Não há evidências etiológicas acerca de causas obstrutivas de origem adquirida ou congênita (Costa et al., 2019). Igualmente, a forma hereditária foi desconsiderada pela ausência de história familiar positiva e pelo fato de que, na Pancreatite Hereditária o desenvolvimento da patologia é precoce, visto que 80% dos pacientes manifestam os sintomas antes dos vinte anos de idade (Zaragoza-Arévalo, G.R., et al., 2022). Outra etiologia descartada é a autoimune, que deve ser investigada quando há história de doenças autoimunes presentes e sem outra causa de pancreatite crônica definida. No relato de caso, não há antecedentes de doenças autoimunes e

mesmo sem a solicitação do estudo imunológico foi possível confirmar o não envolvimento da autoimunidade, com base no histopatológico, que se demonstrou não correspondente ao que é esperado para pancreatite crônica autoimune. Neste tipo de pancreatite ocorre infiltração plasmocitária positiva para IgG4 (Indicatti L., 2022). No caso presente, a característica da imuno-histoquímica foi a presença de infiltrados xantomatosos, correspondentes à fagocitose de lípidos, com alto valor preditivo para pancreatite secundária a hipertrigliceridemia, como referido em alguns estudos (e.g. Robbins & Cotran, 2016). Sabe-se que 5% dos casos de pancreatite crônica podem estar relacionados a doenças metabólicas, como o hiperparatireoidismo e hipertrigliceridemia (Fraga et al., 2023). Porém, esta etiologia não foi considerada, uma vez que a hipertrigliceridemia é a terceira causa mais comum de pancreatite aguda e os níveis de triglicérides plasmáticos tendem a ser superiores a 1000 mg/dl (Martins et al., 2018), seja em decorrência da dieta ou por falhas no metabolismo de lipoproteínas ricas em triglicérides (VLDL) (Cirino et al., 2019). O lipidograma do paciente encontrava-se dentro dos padrões da normalidade, com destaque para os triglicérides quantificados em 106 mg/dl e VLDL 21,20 mg/dl, confirmando que não havia dislipidemia.

Em relação à progressão do estabelecimento da pancreatite crônica, alguns sintomas podem estar presentes, sendo manifestações tardias. O emagrecimento é um desses sinais, uma vez que, frequentemente, a ingestão de alimentos se constitui como fator desencadeante e agravante da dor, desestimulando a ingestão (Fraga et al., 2023). No caso relatado, há história de anorexia e perda de peso de em média quatro quilos durante o período álgico de aproximadamente 1 mês.

Com a destruição do parênquima em cerca de 70% ao longo de em média dez anos, sinais de insuficiência endócrina e exócrina manifestam-se, como: diabetes e esteatorreia, respectivamente (Fraga et al., 2023). Sabe-se que, o paciente permaneceu assintomático até então, embora tenha recebido o diagnóstico de diabetes mellitus tipo II aos 36 anos. Analisando retrospectivamente, o diabetes tipo II pode se caracterizar como uma possível complicação da pancreatite crônica, visto que as áreas de calcificação foram quantificadas em 63,38 % de volume do corpo/cauda do pâncreas. No que se refere a insuficiência exócrina, o paciente negava qualquer episódio de esteatorreia.

Considerando o mecanismo fisiopatológico de destruição do tecido pancreático e consequente perda das células acinares produtoras das enzimas digestivas amilase e lipase, a alteração laboratorial esperada nos casos de pancreatite pode não ocorrer (Moura et al., 2018). Elas até podem se elevar durante as crises agudas, mas durante o curso da doença geralmente

encontram-se com os valores dentro da normalidade (Miranda Ferreira et al., 2023). No caso em questão, a amilase e lipase durante a internação mantiveram-se dentro da normalidade, com valores de amilase e lipase entre 106 U/L e 116 U/L e 34 U/L e 62 U/L, respectivamente. Dos exames laboratoriais não correspondentes aos valores aceitáveis, o marcador tumoral CA 125 apresentou elevação (70,1 U/ml). Somado aos valores dentro da normalidade do CA 19.9 e CEA tornou menos provável a presença de lesão neoplásica, mas não foi o suficiente para descartar o tratamento cirúrgico, uma vez que os exames de imagem não proporcionaram as características das lesões císticas, tornando o diagnóstico de malignidade ou benignidade de difícil definição. O CA 125 não apresenta boa especificidade para o câncer de pâncreas e pode se elevar em mais ou menos 35% dos casos de lesão pancreática benigna (Moura et al., 2018).

Na pancreatite crônica, o diagnóstico pode ser confirmado por meio da tomografia computadorizada abdominal, que se tem mostrado extremamente útil pelo livre acesso à região retroperitoneal com observação direta do tecido pancreático, tecidos adjacentes e presença de complicações (Morais et al., 2023). Os principais achados tomográficos correspondem aos cálculos intraductais, dilatação do ducto pancreático principal, dilatação das vias biliares ou colelitíase, redução de volume, calcificações, alteração na textura glandular, como edema, fibrose e necrose para o presente caso. A tomografia computadorizada de abdome, entretanto, evidenciou formação nodular e presença de calcificação anelar difusa exofítica entre o corpo gástrico e o terço distal do corpo/cauda do pâncreas, direcionando-se de forma tendenciosa à possibilidade de lesões císticas do pâncreas, inferindo a necessidade de solicitar outro método, mesmo na presença de dois marcadores tumorais dentro dos padrões de normalidade. Dessa forma, a ressonância magnética é o método de eleição para informações a respeito do conteúdo intracavitário e na definição mais precisa da lesão cística (Lopes et al., 2023). Porém no caso presente, a ressonância identificou imagem irregular peripancreática de natureza indeterminada. Levando em conta a inespecificidade da lesão e do prognóstico, optou-se por pancreatectomia corpo/caudal. A peça cirúrgica, a olho nu, de caráter peculiar aos cirurgões, demonstrava, de forma tão expressiva não era esperada, presença de fibrose e calcificação. O diagnóstico preciso da pancreatite crônica só se concretizou mediante o histopatológico do corpo e cauda do pâncreas e a imuno-histoquímica da peça cirúrgica, que demonstrou processo inflamatório crônico, proliferação de fibroblastos e fibrose. Caracterizou-se por um diagnóstico de causa idiopática, por análise dos fatos e exclusão das demais etiologias.

No transoperatório, mesmo o paciente assintomático, foi realizada a esplenectomia em decorrência do achado nos exames de imagem de hematoma esplênico em 80% da superfície,

sendo este, macroscopicamente referido como abscesso esplênico de conteúdo hemorrágico com baço aderido ao diafragma, pâncreas e estômago. O abscesso esplênico pode estar associado a outras doenças como endocardite, processos infecciosos em órgãos adjacentes, hemoglobinopatias, trauma e estados de imunossupressão: como SIDA, quimioterapia e diabetes mellitus (Lopes et al., 2023). O paciente não apresentava estado de imunodepressão evidente, estando o diabetes mellitus bem controlado. O trauma corresponde a 17% dos casos (Morais et al., 2023) e no caso relatado constituiu-se como principal fator de risco, em concordância com história de trauma contuso anterior.

Nos pacientes com abscesso esplênico, as manifestações clínicas mais encontradas são: febre, náuseas, vômitos, dor em quadrante superior esquerdo e esplenomegalia. Podem em alguns casos estar associados com derrame pleural à esquerda. Quanto ao laboratório, podemos observar leucocitose com desvio para esquerda. O tratamento de eleição para o abscesso esplênico consiste em esplenectomia e antibioticoterapia (Lopes et al., 2023). Durante a internação as manifestações clínicas foram correlacionadas ao acometimento pancreático, sendo a lesão esplênica conduzida como assintomática. Porém, avaliando-se o presente caso, constatamos que o paciente apresentou náuseas, derrame pleural à esquerda, esplenomegalia à Tomografia Computadorizada, mas não apresentou leucocitose. A realização das vacinas é adotada como profilaxia de sepse fulminante pós-esplenectomia, em concordância com a conduta do presente caso (Rocha et al., 2023).

## CONCLUSÃO

Com base neste relato de caso, observa-se que a intervenção cirúrgica desempenhou um papel fundamental no manejo da pancreatite crônica idiopática com abscesso esplênico do paciente. A decisão pela pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia permitiu o controle eficaz tanto da inflamação pancreática quanto do extenso comprometimento esplênico. As medidas iniciais de estabilização e o monitoramento cuidadoso no pós-operatório contribuíram para uma recuperação favorável, com os resultados laboratoriais confirmando o sucesso das terapias cirúrgicas e de suporte adotadas. O mesmo ressalta a importância de estratégias cirúrgicas individualizadas em condições complexas de pâncreas e baço, além da necessidade de um manejo interdisciplinar para otimizar o prognóstico e a qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Lara Prata Silva; MELO, Laura Oliveira; DE FARIA, Ricardo Jacarandá. Prevalência de pancreatite aguda idiopática em um ambulatório de pâncreas em hospital público terciário do Distrito Federal. **Programa de Iniciação Científica-PIC/UniCEUB-Relatórios de Pesquisa**, 2021.
- ARAÚJO, M. S. et al. Abscesso esplênico: Relato de caso. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 4, p. 308-310, 2011.
- CARVALHO, J. S.; CARRANZA-TAMAYO, C. O.; ROMERO, G. A. S. Febre crônica associada a abscesso esplênico causado por *Staphylococcus epidermidis*: Relato de caso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 5, p. 588-590, 2007.
- CIRINO, V.C.M.G. et al. Pancreatite aguda secundária à hipertrigliceridemia. Relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, 3 Supl 4, p. S113-S115, 2019.
- DUARTE, Amanda Santos et al. Fisiopatologia e tratamento da pancreatite aguda: revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, v. 3, n. 1, p. 0-0, 2019.
- FRAGA, R.S.M., et al. Pancreatite crônica complicada com ascite pancreática: relato de caso. **Revista Brasileira de Pesquisa em saúde**, v. 25, n. supl 2, 2023.
- GRACIANO, Victor Pereira et al. PANCREATITE CRÔNICA E SEUS ACHADOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS: uma revisão de literatura. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO**, v. 6, n. 1, p. 28-41, 2020.
- INDICATTI, L. Etiologia da pancreatite aguda e evolução ao quadro necrosante: revisão de literatura. **Editora Cruzeiro do Sul Educacional**, 2022.
- LOPES, Amanda Brandão et al. Pancreatite aguda grave. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 45, p. e13483-e13483, 2023.
- LOPES, Milena Dutra et al. Pancreatite Aguda-uma revisão abrangente sobre a etiologia e fisiopatologia, classificação, manifestações clínicas, diagnóstico, complicações, tratamento, prognóstico e prevenção. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 20304-20319, 2023.
- MARTINS, A.C.A. et al. Abscesso esplênico: mudanças nos fatores de risco e nas opções de tratamento. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v. 32, n. 6, p. 337-341, 2018.
- MIRANDA FERREIRA, Enrique; ROJTENBERG, Leonardo Dyminski; DE FIGUEIREDO JÚNIOR, Hécio Serpa. Fisiopatologia e tratamento da pancreatite aguda. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 6, p. e12926-e12926, 2023.
- MOURA, C. A. G. G. et al. Raciocínio clínico. Diagnóstico diferencial à beira do leito, **SANAR**, 2018.
- MORAIS, Augusto Ulhoa Florêncio et al. Diagnóstico e classificação em Pancreatite Aguda. Research, **Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e30012240219-e30012240219, 2023.
- OLIVEIRA, J. et al. Pancreatite autoimune e diagnóstico diferencial com a neoplasia do pâncreas: A propósito de um caso clínico. **Jornal Português de Gastrenterologia**, v. 19, n. 1, p. 42-46, 2012.
- OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka et al. Pancreatite aguda grave: diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17487-17506, 2020.
- PETROIANU, A.; OLIVEIRA, R. G; MIANDA, M. E.; **Blackbook – Cirurgia**, 1ª ed, Blackbook Editora, 2013.
- ROBBINS & COTRAN, R.S. Patologia- Bases Patológicas das Doenças, 9ª ed, **Elsevier**, 2016.
- ROCHA, Sofia; CONVERSO, Thiago Rojas; DARRIEUX, Michelle. PROFILAXIA EM PACIENTES ESPLENECTOMIZADOS: A IMPORTÂNCIA DO BAÇO E AS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE SUA AUSÊNCIA. **Ensaio USF**, v. 7, n. 1, 2023.
- SILVA, Bruna Lemos et al. Abscesso esplênico amebiano: um relato de caso. **Revista de Medicina**, v. 99, n. 6, p. 614-618, 2020.

ZARAGOZA-ARÉVALO, G.R. et al. Pancreatitis crónica hereditaria con dilatación ductal pancreática y su resolución exitosa mediante pancreatoyeyunostomía latero-lateral. **South Florida Journal of Development**, v. 3, n. 2, 2022