



3º CONGRESSO BRASILEIRO DE
**Urgências e
Emergências
Pediátricas**

24 a 26 | novembro | 2022
Hotel Windsor Oceanico
Rio de Janeiro, RJ



Trabalhos Científicos

Título: Esplenectomia De Urgência Em Paciente Pediátrico Falcêmico Em Crise De Sequestro Esplênico

Autores: PAULA MONTEIRO DE BARROS DOS REIS (HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA), JOÃO PEDRO MARINS BRUM BRITO DA COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - VISTA CARIOCA/IDOMED), PEDRO JOSE FARIAS BACH (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES- FTESM), JOAO VITOR WIECHERS AIETA SANTORO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - VISTA CARIOCA/IDOMED), ANNA BEATRIZ BARCIA ALVES RECHUEM (HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA), LILIAN DE CARVALHO (HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA), CINTIA PUGLIESE VARELLA (HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA), MYRIAM THABATA COELHO DE ALMEIDA (HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA), HELDER SOUZA DA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA), KATIA FARIAS E SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES-FTESM/HMMC/IDOMED)

Resumo: INTRODUÇÃO O sequestro esplênico agudo (SEA) é complicação de risco de vida iminente na Doença Falciforme, particularmente na anemia falciforme (HbSS) e doença da hemoglobina SC (HbSC). Dependendo do volume sequestrado no baço pode levar ao choque hipovolêmico e óbito. Nosso objetivo é alertar para a alta suspeição diagnóstica e importância da tomada de decisão rápida nesses casos. RELATO DO CASO Masculino, falcêmico, 8 anos, procura emergência por desmaio, febre, dores nas pernas e vômito. Apresentava palidez, esplenomegalia a 8 cm do rebordo costal esquerdo. Laboratorialmente, Hemácias: 1,05, Hemoglobina: 2,5g/dl, Hematócrito: 7,8%, VCM: 74,3, HCM 23,8, CHCM 32,1, Leucócitos: 13.000cel/mm³, Plaquetas: 23.000mm³, PCR: 14,65g/dl, BT: 1,43, BI: 0,92, TGO: 143U/L, PTT: 43s. Realizado expansão volêmica, porém evoluiu choque hipovolêmico refratário, sendo entubado e imediatamente abordado pela Cirurgia Geral por suspeita de ruptura de baço ou SEA, realizando esplenectomia. Foram administradas 3 bolsas de concentrados de hemácias e 1 de plaquetas, melhorando significativamente eritrograma e plaquetograma. Apresentou leucocitose (19.200cel/mm³). Em D2, piorou leucograma (24.350cel/mm³), instituindo-se Ampicilina, Gentamicina e Metronidazol endovenoso por 5 dias. Cursou com melhora clínico-laboratorial. Recebe alta hospitalar em D6, com orientações vacinais, cefalexina e reavaliação agendada. DISCUSSÃO Palidez, aumento súbito da esplenomegalia, com sinais de descompensação hemodinâmica grave são sinais de alerta para o diagnóstico de SEA, caracterizada estes sinais e sintomas e por queda abrupta e acentuada da hemoglobina, em geral 2 g/dl abaixo do hematócrito do paciente, além de reticulocitose persistente. Intervenção imediata com expansão volêmica e transfusão de concentrado de hemácias é urgente para correção da hipovolemia, normalmente basta para regressão esplênica. A esplenectomia deverá ser programada após dois SEA ou feita urgentemente no primeiro episódio grave. CONCLUSÃO O manejo do sequestro esplênico deve ser individualizado e a esplenectomia de urgência deve ser considerada em casos críticos, independente de reincidência.