

Embolização de aneurisma de artéria esplênica associado à hemorragia digestiva: relato de caso

Embolization of splenic artery aneurysm associated with gastrointestinal bleeding: case report

André Luís Foroni Casas¹, Kassim Muhammed Kassim Hussain^{1,2}, Daniel Gustavo Miquelin^{1,2}, Selma Regina de Oliveira Raymundo^{1,2}, Luiz Fernando Reis^{1,2}, Adinaldo Adhemar Menezes da Silva^{1,2}, Mônica Yoshino Rosinha¹, Patrícia Galacini Massari¹

Resumo

A artéria esplênica é o vaso visceral mais acometido pela doença aneurismática. Ocasionalmente, um sangramento gastrointestinal pode refletir uma comunicação entre o aneurisma de artéria esplênica e o trato digestivo. Relatamos o caso de uma paciente de 64 anos com hemorragia digestiva intermitente devida a aneurisma de artéria esplênica, a qual foi submetida ao tratamento endovascular por embolização com sucesso.

Palavras-chave: Artéria esplênica; aneurisma; hemorragia gastrointestinal; embolização terapêutica.

Abstract

The splenic artery is the visceral vessel that is most often affected by aneurysmal disease. Occasionally, gastrointestinal bleeding may signify that the aneurysm is in communication with the digestive tract. We report on the case of a 64-year-old multiparous patient with intermittent digestive bleeding caused by a splenic artery aneurysm who was successfully treated with endovascular embolization.

Keywords: Splenic artery; aneurysm; hemorrhage gastrointestinal; embolization therapeutic.

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, São José do Rio Preto-SP, Brasil

² Hospital AUSTA, São José do Rio Preto-SP, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: 07.10.10. Aceito em: 18.10.13.

O estudo foi realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP

INTRODUÇÃO

O aneurisma de artéria esplênica foi descrito pela primeira vez por Beaussier, em 1770, e o primeiro tratamento bem sucedido foi apresentado por McLeod, em 1940. Este tipo de aneurisma é considerado o mais comum do território esplênico, envolvendo 46 a 60% dos pacientes com aneurismas viscerais. Na maioria dos pacientes, é assintomático e o achado de aneurisma de artéria esplênica costuma ser incidental, durante a investigação de outra doença abdominal por imagem.¹

Apesar de ser o terceiro aneurisma mais comum entre as artérias abdominais e o mais comum entre as artérias viscerais, o aneurisma de artéria esplênica é considerado relativamente raro.²⁻⁴ Em revisão de casos de necropsia de rotina na população geral, é observada uma baixa incidência de aneurisma de artéria esplênica (0,01%), ocorrendo aumento para 1% na população de hipertensos e atingindo 10,4% na população idosa.^{3,4} A maioria dos casos foi descrita em mulheres, em uma proporção de 4:1, particularmente em múltiparas.⁵

A rotura para a cavidade peritoneal ocorre em 3 a 9,6% dos doentes, mas é a complicação mais temida devido ao potencial de mortalidade.^{3,6,7} Ocasionalmente, um sangramento gastrointestinal intermitente pode significar a rotura do aneurisma para o trato digestivo.⁸

Relatamos o caso de uma paciente de 64 anos de idade, múltipara, apresentando aneurisma de artéria esplênica com rotura para o trato gastrointestinal e evoluindo com vários episódios de hemorragia digestiva, sendo tratada com sucesso via endovascular.

RELATO DO CASO

SMTF, 64 anos, sexo feminino, com história gestacional de quatro partos naturais prévios. Apresentou episódio de dor aguda abdominal

havia aproximadamente seis horas da admissão hospitalar, seguida de hematêmese. Fazia uso de anti-hipertensivos e tratamento clínico progressivo de doença ulcerosa péptica.

Durante o exame físico à admissão, apresentava-se intensamente descorada, consciente, orientada, com frequência cardíaca de 80 batimentos por minuto, pulsos periféricos presentes e simétricos, e pressão arterial de 100 × 60mm Hg. O abdome era plano e flácido, porém doloroso espontaneamente e à palpação, não havendo reação de defesa ou descompressão brusca dolorosa.

Foram realizados os seguintes exames: hematócrito: 29%; hemoglobina: 8,4 mg/dL; coagulograma: sem anormalidades, e endoscopia digestiva alta, que revelou presença de lesão gástrica antral sugestiva de úlcera péptica com sangramento ativo, sendo realizada escleroterapia da lesão sem sucesso. Após estabilização da paciente com reposição de sangue e cristaloides, a mesma foi encaminhada ao centro cirúrgico para laparotomia exploradora, na qual foi visualizada uma lesão gástrica ulcerada com sangramento ativo em região antral, sendo então realizado desbridamento e sutura da mesma.

O seguimento pós-operatório foi realizado em UTI, para monitorização adequada. A paciente, porém, três dias após a cirurgia, evoluiu novamente com hemorragia digestiva, sendo então realizada endoscopia digestiva alta, com visualização de novo sangramento ativo em região antral. Assim, foi indicado exame arteriográfico para diagnóstico e possível tratamento do sangramento. O mesmo foi realizado por cateterismo femoral após anestesia locorregional em região inguino-crural direita, havendo introdução de cateter Berenstein 04 French na artéria esplênica. Verificou-se presença de aneurisma sacular nesta, em segmento médio-distal,

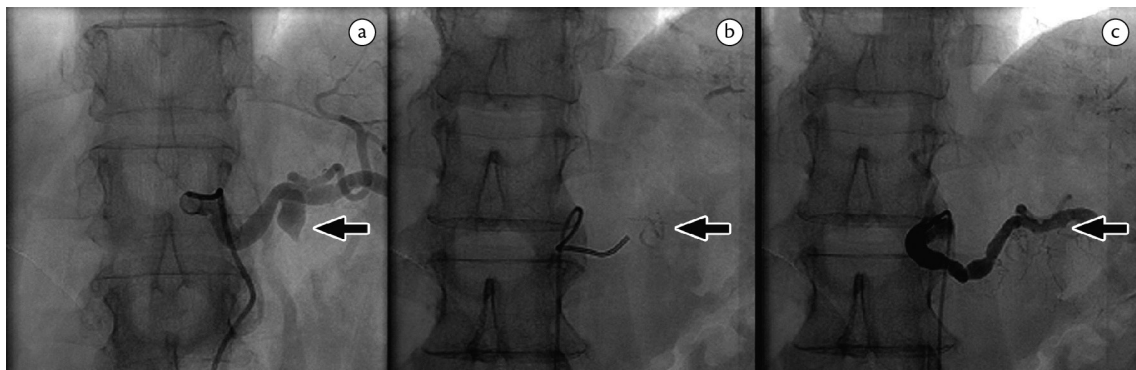


Figura 1. a) aneurisma sacular de artéria esplênica em transição médio-distal da mesma (seta). **b)** seta demonstrando a presença de coils no interior do aneurisma. **c)** exclusão do aneurisma após a embolização.

com ausência de sangramento ativo. Foi realizada embolização da lesão aneurismática com coils, havendo exclusão do aneurisma após o procedimento (Figura 1).

A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, apresentando estabilização hemodinâmica e ausência de episódios de hemorragia digestiva, recebendo alta em boas condições clínicas após três dias da embolização.

Após 18 meses do procedimento, a paciente não havia apresentado novos episódios de dor abdominal ou de sangramento digestivo.

DISCUSSÃO

Os aneurismas de artéria esplênica são os mais comuns entre os aneurismas das vísceras abdominais.¹ A maioria dos aneurismas ocorre em mulheres multíparas (4:1), com idade média de 55 anos. A incidência de ruptura é de 3 a 10%, com maior risco durante o esforço físico e o trabalho de parto, implicando em graves hemorragias com letalidade de 10 a 25%.⁹ Nas gestantes, a mortalidade pode chegar a 70%, e nos portadores de hipertensão portal, a 90%.¹⁰

A patogenia dos aneurismas de artéria esplênica envolve aspectos relacionados à fragilidade da parede do vaso e ao aumento da pressão ou do fluxo sanguíneo pelo mesmo. Várias são as afecções relacionadas com o desenvolvimento de aneurismas da artéria esplênica, como aterosclerose, hipertensão portal, multiparidade, processos inflamatórios intra-abdominais, traumas abdominais, doenças do tecido conjuntivo, aneurismas congênitos ou êmbolos micóticos.⁵⁻⁷ A maioria desses aneurismas localiza-se no terço distal da artéria, podendo estar associados a outros aneurismas na mesma artéria ou em outros vasos.⁴

O diagnóstico pode ser confirmado pelo ecodoppler. Este exame detecta a massa aneurismática com aderências a outros órgãos adjacentes e doenças associadas. A arteriografia geralmente é necessária, porque mostra a vascularização do aneurisma, evidencia anomalias vasculares, diagnostica a etiologia (como as displasias musculares) e pode delinear outros aneurismas viscerais, além de oferecer possibilidade de tratamento endovascular.^{6,10}

A maioria dos aneurismas é sacular e de tamanho pequeno. Geralmente, são assintomáticos, porém podem apresentar como sintoma a dor abdominal em hipocôndrio e flanco esquerdo, ou epigástrio, com irradiação para a região escapular. Havendo ruptura, o sangue pode extravasar para a cavidade peritoneal e retroperitoneal, o trato intestinal ou a veia esplênica

(fístula). Nestes casos, a sintomatologia passa a ser importante, com irritação peritoneal, sangramento digestivo e choque.¹¹

Mesmo sendo uma etiologia atípica para hematêmese, deve-se sempre suspeitar de anomalias vasculares em quadros de hematêmese de repetição, sendo que o diagnóstico diferencial deve ser feito o mais rapidamente possível. O tratamento em casos de emergência pode ser realizado por cirurgia aberta ou via endovascular.⁹

Em relação à cirurgia aberta, pode ser feita a aneurismectomia com ligaduras proximal e distal, com ou sem a reconstrução da artéria após a retirada do aneurisma. Em alguns casos, é necessário realizar a esplenectomia, a pancreatectomia ou ambas. Isso se deve à desvascularização esplênica, ocasionada pela ligadura arterial ou devida a aderências do aneurisma ao pâncreas. Outra opção é a terapia endovascular por embolização, que apresenta a vantagem de ser pouco invasiva e é de grande valia para pacientes com alto risco cirúrgico. Entretanto, deve-se ficar atento às complicações, como a migração do coil, a oclusão de ramo incorreto, o infarto esplênico e a infecção,¹² além da necessidade de se contar com equipe ágil e experiente, e material adequado para o uso sempre disponível, principalmente em situações de urgência.

Nós relatamos o caso de uma paciente de 64 anos de idade com aneurisma de artéria esplênica apresentando rotura para o trato gastrointestinal, sendo tratada com sucesso via endovascular.

REFERÊNCIAS

- Guillaumon AT, Chaim EA. Aneurisma de artéria esplênica associado a uma variação anatômica na origem. *J Vasc Bras.* 2009;8(2):177-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492009000200013>
- Salam TA, Lumsden AB, Martin LG, Smith RB 3rd. Nonoperative management of visceral aneurysms and pseudoaneurysms. *Am J Surg.* 1992 September;164(3):215-19. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(05\)81073-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(05)81073-6). PMID:1415917
- Shanley CJ, Shah NL, Messina LM. Common splanchnic artery aneurysms: splenic, hepatic, and celiac. *Ann Vasc Surg.* 1996 May;10(3):315-22. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02001900>. PMID:8793003
- de Perrot M, Bühler L, Deléaval J, Borisch B, Mentha G, Morel P. Management of true aneurysms of the splenic artery. *Am J Surg.* 1998 June;175(6):466-68. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(98\)00082-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(98)00082-8). PMID:9645773
- Trastek VF, Pairolero PC, Joyce JW, Hollier LH, Bernatz PE. Splenic artery aneurysms. *Surgery.* 1982 June;91(6):694-99. PMID:7079972.
- Mattar SG, Lumsden AB. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am J Surg.* 1995 June;169(6):580-84. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(99\)80225-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(99)80225-6). PMID:7771620

7. Wagner WH, Allins AD, Treiman RL, et al. Ruptured visceral artery aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 1997 July;11(4):342-47. <http://dx.doi.org/10.1007/s100169900058>. PMID:9236988
8. Zenelock G, Stanley J. Splanchnic artery aneurysms. In: Rutherford RB (ed.). *Vascular Surgery* 5ª ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 2000:1.369–82.
9. Halloul Z, Meyer F, Grote R, Lippert H, Buerger T. Selective embolization of splenic artery aneurysm: case report. *Eur Surg.* 2005;37(1):59-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s10353-004-0116-1>.
10. Yamamoto S, Hirota S, Maeda H, et al. Transcatheter coil embolization of splenic artery aneurysm. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2008 May-June;31(3):527-34. <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-007-9237-9>. PMID:18040739
11. Medjoubi SA, Tissot A, Jurado A, Hibon J, Terris C, Bornet P. Giant aneurysm of the splenic artery—a case report. *Angiology.* 2000 April;51(4):343-47. <http://dx.doi.org/10.1177/000331970005100411>. PMID:10779006
12. Reimund KP, Printz H, Schwerk WB, Wagner PK, Klose KJ, Rothmund M. [Diagnostic and therapeutic procedures in splenic and hepatic artery aneurysms]. *Chirurg.* 1993 July;64(7):544-48. PMID:8375204.

Correspondência

André Luís Foroni Casas
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro
15090-000 - São José do Rio Preto (SP), Brasil
E-mail: vascular@andreecasas.com

Informações sobre os autores

ALFC é Médico Residente em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP.

KMKH é Docente do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP e Cirurgião Geral do Hospital Austa, São José do Rio Preto-SP.

DGM é Docente do Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP e Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Austa, São José do Rio Preto-SP.

SROR é Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP e Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Austa, São José do Rio Preto-SP.

LFR é Docente do Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP e Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Austa, São José do Rio Preto-SP.

AAMS é Mestre em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP e Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Austa, São José do Rio Preto-SP.

MYR é Graduanda em Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP.

PGM é Graduanda em Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP.

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: ALFC

Análise e interpretação dos dados: ALFC, DGM, LFR, AAMS

Coleta de dados: ALFC, MYR, PGM

Redação do artigo: ALFC, DGM, LFR, AAMS, SROR, KMKH

Revisão crítica do texto: ALFC, DGM, LFR, AAMS

Aprovação final do artigo*: ALFC, DGM, LFR, AAMS, SROR, KMKH

Análise estatística: N/A.

Responsabilidade geral do estudo: ALFC

Informações sobre financiamento: Nenhuma.

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao J Vasc Bras.