

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA - RELATO DE CASO

GERALDO ALBERTO SEBEN, ALFREDO FERREIRA JÚNIOR, LUIZ EDUARDO D. BARBOZA, LUCAS EDUARDO S. DE OLIVEIRA, TIAGO DE OLIVEIRA, LENISA ALBONSKE RABONI

INTRODUÇÃO

O ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA É UMA DOENÇA RARA E REPRESENTA 0,77% DE TODOS OS ANEURISMAS ABDOMINAIS DIAGNOSTICADOS. É ENCONTRADO EM 1,6% DAS AUTÓPSIAS NUMA POPULAÇÃO GERAL E EM 7,1% DAS AUTÓPSIAS EM PACIENTES CIRRÓTICOS COM HIPERTENSÃO PORTAL (STANLEY E FRY). NO ABDOME É O TERCEIRO EM FREQUÊNCIA FICANDO ATRÁS DO ANEURISMA DA AORTA E DAS ILÍACAS.

A MAIORIA DOS PACIENTES SÃO ASSINTOMÁTICOS OU COM POUCOS SINTOMAS. COM O AVANÇO DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS UM NÚMERO MAIOR DE ANEURISMAS VEM SENDO DETECTADOS. A TERAPIA ENDOVASCULAR VEM SENDO EMPREGADA COM MAIOR FREQUÊNCIA, PORÉM O TRATAMENTO GLÁSSICO É MAIS EFETIVO, AINDA É A CIRURGIA (SAMER G. MATTAR).

O OBJETIVO DESTES TRABALHOS É RELATAR UM CASO DE UM ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA TRATADO COM SUCESSO CIRURGICAMENTE.

RELATO DO CASO

PACIENTE **P.T.S, 67**, COM QUADRO DE DOR ABDOMINAL EM CUJA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA ECOGRAFIA E POSTERIOR ARTERIOGRAFIA AÓRTICA (FIGURA 1) MOSTROU TRATAR-SE DE UM ANEURISMA NA ARTÉRIA ESPLÊNICA. REALIZOU ADEQUADO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO, INCLUSIVE COM VACINAS PELA POSSIBILIDADE DE ESPLENECTOMIA, SENDO ENTÃO SUBMETIDA À CIRURGIA: LAPAROTOMIA COM ANEURISMECTOMIA E ESPLENECTOMIA SEM INTERCORRÊNCIAS (FIGURAS 2, 3 E 4). O PÓS-OPERATÓRIO TRANSCORREU SEM INTERCORRÊNCIAS RECEBENDO ALTA HOSPITAL NO TERCEIRO DIA.



FIGURA 1: ARTERIOGRAFIA



FIGURA 2: LAPAROTOMIA



FIGURA 3: APÓS RESSECÇÃO



FIGURA 4: ANEURISMA

DISCUSSÃO

O ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA É O MAIS COMUM ENTRE OS ANEURISMAS DAS VÍSCERAS ABDOMINAIS (60%). A MAIORIA DOS ANEURISMAS OCORRE EM MULHERES MULTÍPARAS (3:1), COM IDADE MÉDIA DE 55 ANOS. A INCIDÊNCIA DE RUPTURA É DE 3 A 10%, COM MAIOR RISCO DURANTE O ESFORÇO FÍSICO E TRABALHO DE PARTO (HALLOUL E COLS) IMPLICANDO EM GRAVES HEMORRAGIAS COM LETALIDADE DE 10 A 25%. NAS GESTANTES A MORTALIDADE PODE CHEGAR A 70 % E NOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO PORTAL A 90% (SATOSHI YAMAMOTO).

QUANTO À ORIGEM PODE SER CONGÊNITO OU ADQUIRIDO E SUA FISIOPATOGENIA NÃO É BEM CONHECIDA. SABE-SE QUE A FIBRODISPLASIA, A ATROSCLOSE, OS ESTROGÊNIOS, A HIPERTENSÃO PORTAL E A GRAVIDEZ SÃO FATORES IMPORTANTES. A INFECÇÃO MICÓTICA, AS VASCULITES, A PANCREATITE, O TRAUMA, A HIPERTENSÃO ARTERIAL SÃO FATORES MENOS RELEVANTES.

A MAIORIA DOS ANEURISMAS SÃO SACULARES E DE PEQUENO TAMANHO. GERALMENTE SÃO ASSINTOMÁTICOS, PORÉM PODEM APRESENTAR COMO SINTOMA A DOR ABDOMINAL EM HIPOCÔNDRIO E FLANCO ESQUERDO OU EPIGÁSTRIO COM IRRADIAÇÃO PARA A REGIÃO ESCAPULAR. QUANDO OCORRE A RUPTURA O SANGUE PODE EXTRAVASAR PARA A CAVIDADE PERITONEAL E RETROPERITONIAL, TRATO INTESTINAL E VEIA ESPLÊNICA (SHUNT). NESTES CASOS A SINTOMATOLOGIA PASSA A SER IMPORTANTE, COM IRRITAÇÃO PERITONIAL, SANGRAMENTO DIGESTIVO E CHOQUE.

O DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR É REALIZADO PELA ECOGRAFIA COM DOPPLER, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONTRASTADA E ANGIOGRAFIA. O RAIO X PODE DETECTAR CALCIFICAÇÕES EM ARTÉRIA ESPLÊNICA EM ATÉ 2/3 DOS CASOS (CONG SUN).

A CONDUITA DEPENDE DA GRAVIDADE DO CASO E ESTA RELACIONA-SE ÀS DIMENSÕES DO ANEURISMA E AO PACIENTE. IDOSOS, ASSINTOMÁTICOS, DIÂMETRO ANEURISMÁTICO MENOR QUE 10 MM DEVEM SER MANEJADOS CONSERVADORAMENTE.

O TRATAMENTO INTERVENCIÓNISTA É INDICADO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM LESÕES MAIORES QUE 10 MM. LESÕES MAIORES QUE 20 MM DE DIÂMETRO TEM MAIS CHANCE DE RUPTURA (REIMUND KP). AS OPÇÕES SÃO A TERAPIA ENDOVASCULAR POR EMBOLIZAÇÃO QUE APRESENTA A VANTAGEM DE SER POUCO INVASIVA, MAS PODEM HAVER COMPLICAÇÕES COMO A RUPTURA ANEURISMÁTICA, MIGRAÇÃO DO COIL, OCLUSÃO DE RAMO INCORRETO, INFARTO ESPLÊNICO E INFECÇÃO. A ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA É VIÁVEL (BABB RR), MAS A OPÇÃO CIRÚRGICA COM MELHORES RESULTADOS AINDA É A VIA LAPAROTÔMICA. NELA 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 A ESPLENECTOMIA, EM OUTROS A PANCREATECTOMIA OU AMBOS. ISSO SE DEVE A DESVASCULARIZAÇÃO ESPLÊNICA OCASIONADA PELA LIGADURA ARTERIAL OU DEVIDO A ADERÊNCIAS DO ANEURISMA AD PÂNCREAS. EM NOSSO CASO RELATADO A ANEURISMECTOMIA FOI ASSOCIADA A ESPLENECTOMIA DEVIDO A IMPORTANTE ISQUEMIA DO BAÇO.

REFERÊNCIAS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.