

O desafio terapêutico do aneurisma gigante da artéria esplênica: um relato de caso

The therapeutic challenge of giant splenic artery aneurysm: a case report

Paulo Kauffman¹, Antonio Luiz de Vasconcellos Macedo², Roberto Sacilotto³, Adriano Tachibana², Sergio Kuzniec², Lucas Lembrança Pinheiro², Nelson Wolosker²

RESUMO

O aneurisma gigante da artéria esplênica constitui condição rara, que representa risco de vida iminente para o paciente, necessitando, consequentemente, de correção cirúrgica urgente. Mulher de 61 anos, ex-fumante, hipertensa, com hipercolesterolêmica e multipara nos procurou por apresentar grande tumor no mesogástrio, achado de ultrassonografia abdominal. Apesar das dimensões do tumor, era assintomática. Angiotomografia e ressonância magnética de abdômen sugeriam tratar-se de aneurisma gigante de artéria esplênica com mais de 10cm de diâmetro, confirmado por angiografia. Foi submetida a tratamento cirúrgico aberto, tendo sido realizadas esplenectomia e aneurismectomia parcial. A abordagem do tronco celíaco, que foi ligado, só foi possível com rotação visceral medial, pois não havia possibilidade de visualizá-lo pela via anterior. O exame anatomopatológico da parede do saco aneurismático revelou placas de atheroma na íntima. A paciente evoluiu sem intercorrências e teve alta hospitalar curada. Aneurismas da artéria esplênica de dimensões avantajadas, em geral, são sintomáticos, porém, como no caso em questão, podem ser assintomáticos e descobertos em exame de imagem do abdômen. Apesar de existirem métodos intervencionistas menos invasivos, como laparoscopia e técnicas endovasculares, eles não foram considerados adequados neste caso. Diante de um aneurisma gigante de artéria esplênica, a conduta terapêutica de eleição é a cirurgia convencional aberta.

Descritores: Aneurisma/diagnóstico; Aneurisma/terapia; Artéria esplênica/patologia; Relatos de casos

ABSTRACT

Giant splenic artery aneurysm is a rare condition that represents an eminent life threatening for the patient, requiring, therefore, urgent surgical correction. A 61-year-old woman, former smoker, hypertensive, hypercholesterolemic and multipara sought our service because of a

large tumor in the mesogastrium, which was an abdominal ultrasound finding. Despite the size of the tumor, the patient was asymptomatic. The angiotomography and the magnetic resonance image of the abdomen were suggestive of giant splenic artery aneurysm with more than 10cm in diameter that was confirmed by an angiography. She underwent surgery, open splenectomy, and partial aneurysmectomy. The approach of the celiac artery, which was ligated, was only possible with medialvisceral rotation because there was no possibility to view it through the anterior access. The histopathological test of aneurysmatic wall revealed atheroma plaques in the intima. The patient progressed without complications and she was discharged cured. In general, giant splenic artery aneurysms are symptomatic, however, as in the case we report, it may be asymptomatic and found in abdominal imaging exam. Although less invasive Interventional methods exist, such as laparoscopy and endovascular techniques, they were considered inappropriate in this case. Conventional open surgery should be the therapy of choice for a giant splenic artery aneurysm.

Keywords: Aneurysm/diagnosis; Aneurysm/therapy; Splenic artery/pathology; Case reports

INTRODUÇÃO

O aneurisma esplênico com diâmetro superior a 5cm é pouco frequente. Quando adquire aspecto gigante, maior que 10cm, torna-se muito raro. Até 2005, eram somente 12 os casos descritos de aneurismas verdadeiros de artéria esplênica com estas dimensões.⁽¹⁾ Seu tratamento requer planejamento e execução cuidadosos, devido à sua íntima relação com os órgãos abdominais vizinhos.

No Brasil, não há descrição de nenhum caso semelhante. O objetivo deste trabalho foi descrever um caso

¹ Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

³ Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Lucas Lembrança Pinheiro – Avenida Albert Einstein, 627/701 – Morumbi – CEP: 05652-000 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2151-5423 – E-mail: lucaslemblanca@gmail.com

Data de submissão: 21/9/2016 – Data de aceite: 13/1/2017

DOI: 10.1590/S1679-45082017RC3873



de aneurisma gigante da artéria esplênica, ressaltando a técnica e as táticas cirúrgicas empregadas.

RELATO DO CASO

Mulher de 61 anos que se apresentou sem queixas, encaminhada ao cirurgião vascular após identificação de um tumor de grandes proporções no mesogástrio, identificado em ultrassonografia abdominal de rotina. Era previamente hipertensa, controlada com uso de furosemida 40mg uma vez ao dia, hipercolesterolêmica, fazendo uso de rosuvastatina 10mg por dia, tinha história de três gestações prévias, e foi tabagista até os 19 anos de idade.

Ao exame físico, cursava com dor leve à palpação no quadrante superior esquerdo do abdômen. Foi submetida à investigação por meio de tomografia computadorizada sem contraste do abdômen, sendo identificado um tumor no mesogástrio, ocupando o espaço hepatogástrico, comprimindo o pâncreas e em contato com a artéria esplênica. Foi então submetida à investigação complementar com angiotomografia, tendo sido identificado um aneurisma gigante da artéria esplênica, com medidas de 11x10cm (Figuras 1A e B). Foi realizada também angiografia intraoperatória, que confirmou a suspeita inicial (Figura 2).

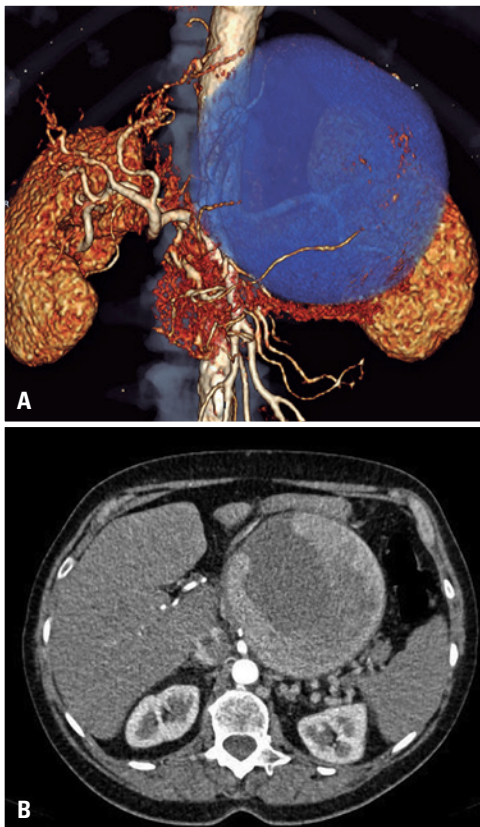


Figura 1. (A) Reconstrução tridimensional do aneurisma. (B) Corte transversal

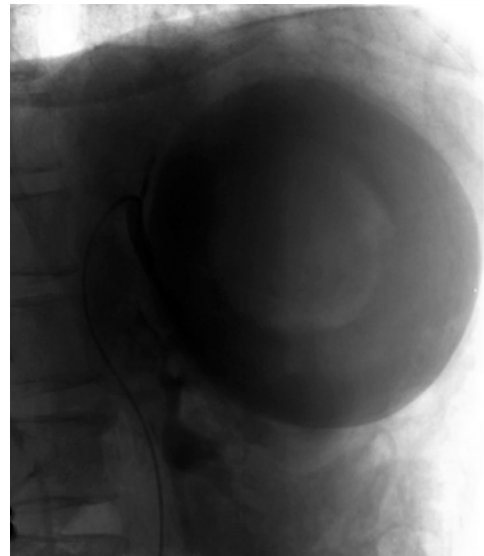


Figura 2. Arteriografia seletiva

A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico por laparotomia mediana xifopúbica. Aberto o omento menor, não foi possível abordar o tronco celíaco pela retrocavidade dos epíplons, porque o aneurisma não permitia sua visualização. Foi, então, realizada dissecação do hilo hepático e da artéria hepática em sentido medial, liberando parcialmente a parede lateral direita do saco aneurismático, com a finalidade de identificar o tronco celíaco, o que também não possibilitou sua visualização. Optou-se por realizar rotação visceral medial, com mobilização do cólon descendente, pela incisão na reflexão lateral do peritônio, prolongada cranialmente com secção dos ligamentos frenocólico e esplenorenal. O plano foi conseguido entre o pâncreas e a fáscia de Gerota, promovendo a rotação anteromedial do baço, pâncreas e estômago, sendo identificada a tumoração (Figura 3).

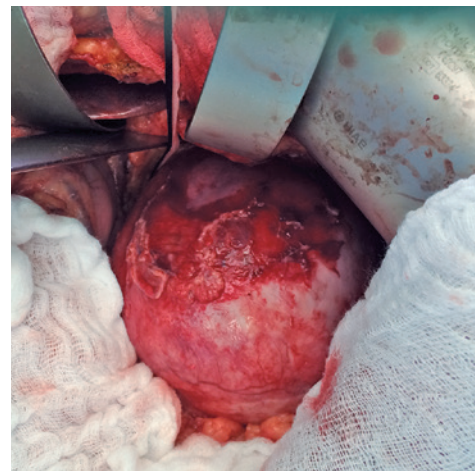


Figura 3. Exposição intraoperatória do aneurisma

O lobo esquerdo do fígado foi mobilizado e afastado, seccionando o ligamento triangular, enquanto a veia gonadal, ureter, rim esquerdo, veia renal esquerda e veia adrenal permaneceram *in situ*. Na mobilização do baço, houve laceração de sua cápsula, o que determinou a realização da esplenectomia. O afastador Omni-Tract foi posicionado para conter as vísceras para a direita, tendo sido realizadas secção parcial do pilar esquerdo do diafragma e dissecação da aorta suprarrenal, com identificação da artéria mesentérica superior e um segmento curto inicial do tronco celíaco, que foi inicialmente clampeado, verificando-se a persistência de pulsatilidade na artéria hepática; foi, então, realizada ligadura do mesmo.

O aneurisma tinha aspecto sacular e acometia a artéria esplênica em seus segmentos proximal e médio. Aberto o saco aneurismático, verificou-se sangramento retrógrado de dois orifícios de ramos pancreáticos, que foram suturados, e sua parede anterior foi ressecada, deixando intacto o restante do aneurisma, que estava aderido ao pâncreas.

O exame anatomopatológico da parede do aneurisma mostrou placas de aterosclerose na íntima e hialinização da túnica média, além de agregados de fibrina compatível com trombo mural, sem sinais de malignidade. A paciente evoluiu sem intercorrências e permaneceu assintomática após 6 meses da intervenção cirúrgica.

DISCUSSÃO

Os aneurismas da artéria esplênica podem ser verdadeiros ou pseudoaneurismas.⁽²⁾ A maioria deles é verdadeiro e tem como importantes fatores de risco a aterosclerose, a hipertensão arterial, o sexo feminino e a multiparidade – todos eles presentes no caso descrito. Cerca de 10% dos pacientes com aneurismas gigantes desta artéria descritos na literatura eram portadores de cirrose hepática e 2,5% de hipertensão portal,⁽³⁾ condições que possivelmente constituem fatores predisponentes nestes casos e que não estavam presentes em nossa paciente. Em se tratando de pseudoaneurisma da artéria esplênica, o principal fator de risco é a pancreatite, segundo a qual as enzimas pancreáticas podem promover desintegração da parede da artéria e, no caso de haver pseudocisto, pode se estabelecer fístula entre ele e a artéria⁽²⁾ – possibilidade inicialmente aventada no presente caso, diante do tamanho do tumor com fluxo sanguíneo em seu interior. Esta hipótese se desvaneceu porque não havia história de doença pancreática prévia, e o exame mais acurado da tomografia computadorizada do abdômen revelava integridade e normalidade do pâncreas.

A maioria dos aneurismas esplênicos localiza-se no terço distal da artéria e são saculares, o que não se observou no caso presente, no qual a dilatação aneurismática, apesar de sacular,⁽³⁾ envolvia os segmentos proximais do vaso, o que parece ser característica dos aneurismas gigantes.⁽¹⁾ Apesar das dimensões avantajadas do aneurisma, a paciente era assintomática, e o aneurisma foi achado em exame ultrassonográfico de rotina do abdômen, compatível com outras séries.⁽⁴⁾

Existem várias opções de tratamento para estes aneurismas, dependendo de idade, condições gerais do paciente, localização na artéria e dimensões do saco aneurismático. A evolução das técnicas endovasculares e seus bons resultados têm estimulado seu emprego nestes casos, favorecidas por serem pouco agressivas e com baixa morbidade.^(5,6) Embolização com molas ou cola de cianoacrilato tem sido utilizada com sucesso em aneurismas saculares menos volumosos e de colo estreito.⁽⁶⁾ No entanto, em aneurismas gigantes, como o do presente caso, a utilização de um número muito grande de molas para excluir o aneurisma torna-se inviável, não somente pelo custo do procedimento, como pela alta probabilidade de não conseguir excluí-lo totalmente. Além disso, complicações infecciosas, infarto esplênico e intenso processo inflamatório local têm sido descritos, constituindo inconvenientes para o emprego desta técnica nestas circunstâncias.^(1,7)

Outra opção de tratamento endovascular em casos em que o aneurisma acomete os segmentos proximal e médio da artéria esplênica é a implantação de endoprótese, com a finalidade de preservar a irrigação do baço e promover a exclusão do aneurisma. No entanto, a tortuosidade acentuada da artéria, pode impedir sua execução, apesar de existirem relatos de sucesso com tal técnica.⁽⁸⁾ Em nosso caso, este procedimento não foi nem cogitado, pois não havia coto proximal de artéria esplênica para fixação da endoprótese.

Injeção transcutânea de trombina, controlada por ultrassom, é outra opção factível.⁽⁹⁾ No entanto, foi descartada em nossa paciente, por ser tratar de um aneurisma verdadeiro de grandes dimensões, cuja trombose maciça poderia gerar complicações.

Apesar do grande desenvolvimento das técnicas endovasculares, o tratamento cirúrgico convencional aberto permanece o padrão-ouro na abordagem dos aneurismas da artéria esplênica,⁽¹⁰⁾ particularmente de aneurismas gigantes, como no caso descrito. Pacientes com aneurisma íntegro têm baixas morbidade e mortalidade, e resolução completa sem necessidade de controles posteriores. A abordagem aberta é complexa e constitui um verdadeiro desafio à equipe cirúrgica, pela

impossibilidade de abordar o tronco celíaco por via anterior, devido à presença da grande massa pulsátil. O caso descrito é muito semelhante ao relatado por Yadav et al.,⁽¹⁰⁾ no qual a paciente apresentava boas condições gerais, ausência de doença pancreática, aneurisma de grandes dimensões e tratamento cirúrgico aberto. No entanto, a localização distal do aneurisma na artéria e a decisão de ressecá-lo integralmente levaram estes autores a realizarem uma aneurismectomia associada à esplenectomia e à pancreatocomia caudal, intervenção cirúrgica mais agressiva do que a por nós realizada – no nosso caso, a aneurismectomia foi somente parcial, com preservação da parede do saco aneurismático aderido ao pâncreas, conduta também adotada por Pescarus et al.,⁽¹⁾ em um caso semelhante.

Sempre que possível, deve-se manter o baço. Em aneurismas proximais, são possíveis a ressecção e a anastomose primária. Na nossa paciente, a ausência de coto proximal impedia a restauração arterial.

CONCLUSÃO

Os grandes aneurismas viscerais e, em particular, os esplênicos, promovem distorções em suas artérias de origem, além de aderências e compressões de órgãos vizinhos, dificultando e/ou inviabilizando o acesso endo-

vascular, tornando a correção cirúrgica aberta a primeira escolha no tratamento destes aneurismas gigantes.

REFERÊNCIAS

1. Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y. Giant splenic artery aneurysms: case report and review of the literature. *J Vasc Surg.* 2005;42(2):344-7. Review.
2. Micković S, Mitrović M, Stanković N, Bezmarević M, Jovanović M, Mirković D, et al. Splenic artery pseudoaneurysm as a complication of pancreatic pseudocyst. *Vojnosanit Pregl.* 2011;68(7):602-6.
3. Akbulut S, Otan E. Management of giant splenic artery aneurysm: comprehensive literature review. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(27):e1016. Review.
4. Ali S, Verma V, R S, Wani I. Giant splenic artery aneurysm: case report. *ISRN Surg.* 2011;2011:383450.
5. Ho MF, Chan YC, Cheng SW. Successful endovascular management of giant splenic artery aneurysms. *Vascular.* 2013;21(5):317-22. Review.
6. Lakin RO, Bena JF, Sarac TP, Shah S, Krajewski LP, Srivastava SD, et al. The contemporary management of splenic artery aneurysms. *J Vasc Surg.* 2011;53(4):958-64; discussion 965.
7. Mastroberoberto M, Berardi S, Renzulli M, Maggioli C, Pianta P, Pinna AD, et al. Transcatheter embolization for giant splenic artery aneurysms: still an open question. *Case Rep Radiol.* 2012;2012:652469.
8. Góes Junior AM, Góes AS, de Albuquerque PC, Palácios RM, Abib Sde C. Endovascular treatment of giant splenic artery aneurysm. *Case Rep Surg.* 2012;2012:964093.
9. Huang IH, Zuckerman DA, Matthews JB. Occlusion of a giant splenic artery pseudoaneurysm with percutaneous thrombin-collagen injection. *J Vasc Surg.* 2004;40(3):574-7.
10. Yadav S, Sharma P, Singh PK, Punia S, Desai P, Anjan AK, et al. Giant splenic artery aneurysm: a rare but potentially catastrophic surgical challenge. *Int J Surg Case Reps.* 2012;3(11):533-6.