

Aneurisma de artéria gastroduodenal submetido a tratamento endovascular: relato de caso

Endovascular treatment of gastroduodenal artery aneurysm: case report

André Luís Foroni Casas¹ , Mariozinho Pacheco de Freitas Camargo¹ , Carla Batista Moisés¹ ,
Henrique Simão Trad² , Edwaldo Edner Joviliano² 

Resumo

O aneurisma de artéria gastroduodenal é uma doença de baixa incidência que se manifesta de forma inespecífica na maioria das vezes, o que dificulta o diagnóstico inicial. Nos casos sintomáticos, pode ocorrer dor abdominal, além de hemorragia secundária à sua ruptura. Nos casos de ruptura aneurismática, o prognóstico é desfavorável, atingindo 40% de mortalidade. Assim, devem-se empregar os recursos necessários para o diagnóstico e intervenção terapêutica precoce. Embora o tratamento cirúrgico aberto seja uma opção, nos últimos anos, tem havido uma maior tendência ao tratamento endovascular. Relata-se um caso raro de paciente jovem portador de aneurisma de artéria gastroduodenal tratado com sucesso por meio da terapia endovascular.

Palavras-chave: aneurisma; procedimentos endovasculares; procedimentos cirúrgicos vasculares.

Abstract

Gastroduodenal artery aneurysm is a disease with low incidence that manifests in a nonspecific form in the majority of cases, which hinders initial diagnosis. Symptomatic cases may present with abdominal pains or hemorrhage secondary to rupture. In cases in which the aneurysm ruptures, prognosis is poor and mortality can reach 40%. Steps should therefore be taken to ensure early diagnosis and treatment. Although open surgical treatment is an option, over recent years there has been a growing trend to use endovascular techniques. This report describes a rare case of a young patient with a gastroduodenal artery who was successfully treated with endovascular techniques.

Keywords: aneurysm; endovascular procedures; vascular surgical procedures.

Como citar: Casas ALF, Camargo MPF, Moisés CB, Trad HS, Joviliano EE. Aneurisma de artéria gastroduodenal submetido a tratamento endovascular: relato de caso. J Vasc Bras. 2019;18:e20190019. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190019>

¹ Universidade de Franca – UNIFRAN, Franca, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo – USP, Campus de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

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

Submetido em: Abril 08, 2019. Aceito em: Setembro 17, 2019.

O estudo foi realizado na Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, SP, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Os aneurismas viscerais são doenças com baixa incidência (0,01 a 0,2% na população geral¹, sendo o aneurisma de artéria gastroduodenal um dos menos comuns desse território (apenas 1,5% de todos os aneurismas viscerais)^{2,3}. Diferentemente da maioria dos aneurismas viscerais, os aneurismas da artéria gastroduodenal tendem a ser sintomáticos¹, podendo haver sintomas menores, como dor abdominal inespecífica, ou até mesmo sintomas maiores, como instabilidade hemodinâmica, melena e hematêmese (quando o aneurisma rompe para o interior de um órgão do sistema digestivo)⁴.

A patogênese dos aneurismas da artéria gastroduodenal ainda não é completamente compreendida. Trauma, hipertensão arterial e aterosclerose têm sido citados como potenciais fatores de risco para esses aneurismas. Outras causas descritas para o surgimento dos aneurismas da artéria gastroduodenal são aterosclerose, estenose ou até mesmo ausência congênita do tronco celíaco. As artérias gastroduodenais e pancreatoduodenais são importantes vias de comunicação entre o tronco celíaco e a artéria mesentérica superior. O aumento do fluxo sanguíneo nas artérias pancreatoduodenais como compensação para a estenose do tronco celíaco pode causar aneurisma da artéria gastroduodenal³.

Altas taxas de mortalidade (até 40%) estão relacionadas à perda da integralidade (rotura) do aneurisma^{2,3}. Para evitar prognósticos desfavoráveis, o ideal é o diagnóstico precoce desses aneurismas, quando possível². Diversos recursos podem ser empregados para esse fim, como a angiressonância e a angiotomografia, porém a angiografia é considerada o exame padrão-ouro, por possuir alta sensibilidade e oferecer a possibilidade de se estabelecer terapêutica concomitante^{5,6}.

A maioria das diretrizes recomenda o tratamento dos aneurismas viscerais quando alcançarem dois ou mais centímetros de diâmetro. Os aneurismas de artéria gastroduodenal, entretanto, justificam intervenção assim que descobertos¹, pois foram relatados casos de roturas em aneurismas pequenos, não parecendo haver uma nítida relação com seu diâmetro². Embora o tratamento cirúrgico aberto seja efetivo, nos últimos anos, tem havido uma maior tendência ao tratamento endovascular por ser menos invasivo e apresentar boa resposta terapêutica. As modalidades cirúrgicas abertas são reservadas a casos de rotura com instabilidade hemodinâmica ou casos com anatomia desfavorável para o reparo endovascular³.

Apresentamos o caso de um paciente jovem, com diagnóstico de aneurisma de artéria gastroduodenal associado a estenose do tronco celíaco, que foi submetido ao tratamento endovascular com sucesso.

■ DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 20 anos de idade, com histórico de gastrite crônica e hérnia de hiato. Apresentava história de episódios de dores abdominais em cólicas frequentes, algumas vezes incapacitantes, associadas a náuseas e vômitos, com início há cerca de 10 dias da admissão hospitalar.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, com pressão arterial normal e pulsos periféricos presentes. Abdome apresentava dor difusa à palpação e ruídos hidroaéreos diminuídos.

Após avaliação da equipe da Cirurgia Geral, o paciente foi submetido à realização de uma tomografia computadorizada de abdome, na qual foi evidenciado aneurisma de artéria gastroduodenal, além de estenose significativa do tronco celíaco (Figura 1). A equipe de Cirurgia Vascular foi acionada, sendo solicitada a angiotomografia, que evidenciou um aneurisma de artéria gastroduodenal com diâmetro máximo de 3,6 cm e extensão de 9,5 cm, sem sinais de ruptura (Figuras 2 e 3).



Figura 1. Tomografia demonstrando estenose do tronco celíaco.

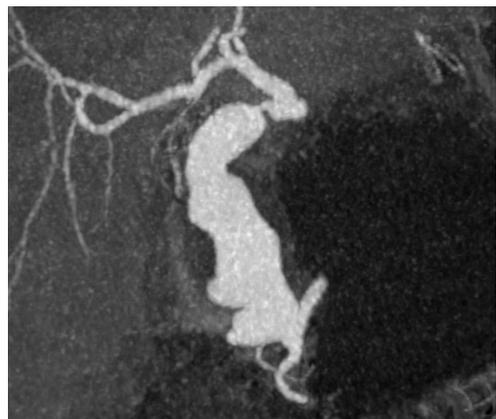


Figura 2. Angiotomografia evidenciando aneurisma da artéria gastroduodenal.

Após avaliação cuidadosa do caso e do estado geral do paciente, foi proposto o tratamento endovascular do aneurisma. Por meio de cateterismo da artéria femoral comum direita e posicionando o introdutor 5 French, um cateter Cobra 5 French foi posicionado na artéria mesentérica superior (o acesso ao aneurisma através do tronco celíaco foi dificultado pela sua estenose). O microcateter Rebar® foi então introduzido, transpondo o trajeto da artéria pancreatoduodenal e acessando a artéria gastroduodenal, sendo então realizada



Figura 3. Angiotomografia evidenciando aneurisma da artéria gastroduodenal.



Figura 4. Angiografia demonstrando embolização do aneurisma da artéria gastroduodenal.

embolização com um total de 19 molas Concerto® com tamanhos de 6/20 mm, 8/30 mm, 9/30 mm e 10/30 mm, além de agente embolizante Onyx® (Figura 4), com resultado angiográfico satisfatório após o procedimento (Figura 5).

Houve remissão significativa do quadro álgico após o procedimento, e o paciente recebeu alta 2 dias após a intervenção cirúrgica, em satisfatório estado geral. Seis meses após o procedimento, o paciente foi submetido a nova angiotomografia, que demonstrou exclusão total do aneurisma e ausência de complicações relacionadas ao procedimento (Figura 6). Não foi realizado o tratamento da estenose do tronco celíaco,



Figura 5. Resultado final da arteriografia, demonstrando exclusão do aneurisma.

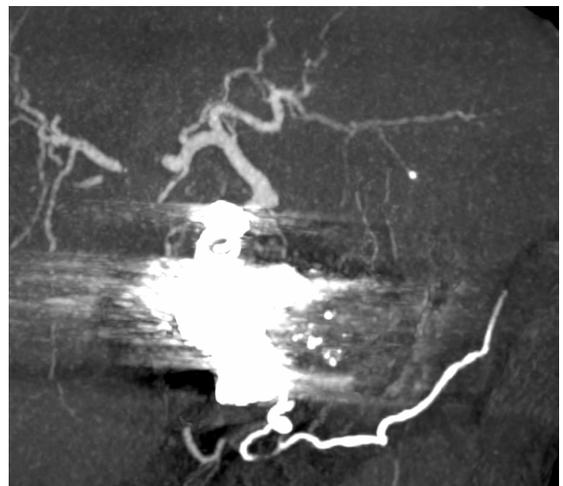


Figura 6. Angiotomografia de controle.

pois, cerca de 12 meses após o procedimento, o paciente mantinha quadro estável e encontrava-se assintomático.

■ DISCUSSÃO

Apesar de considerados raros⁶, aneurismas viscerais estão associados, algumas vezes, a evoluções fatais, principalmente devido a quadros de rotura, que apresentam taxas de mortalidade de até 20 a 70%, dependendo da localização. Como os métodos de diagnóstico por imagem atualmente são muito difundidos, muitas vezes, esses aneurismas são descobertos precocemente, ainda em uma fase assintomática (achados incidentais), a tempo de se realizar cirurgia eletiva⁷.

A estenose do tronco celíaco, muitas vezes provocada pelo ligamento arqueado do diafragma (síndrome do ligamento arqueado mediano), explica a formação de aneurismas, principalmente devido ao aumento do fluxo colateral retrógrado na artéria gastroduodenal e outros vasos adjacentes⁸.

Podem estar associados a pancreatite aguda ou crônica, colangite, trauma, estenose do tronco celíaco ou causas iatrogênicas⁹. Nos relacionados a pancreatite, a atividade de mediadores inflamatórios e enzimas pancreáticas proteolíticas provoca a destruição da parede dos vasos da região, levando à formação de pseudoaneurismas na maioria das vezes³.

Abuso de álcool, colecistectomia prévia, variações congênitas, síndrome de Marfan, poliarterite nodosa, displasias fibromusculares e cirrose hepática também são descritos como fatores associados⁵.

Em oposição à maioria dos aneurismas viscerais, o de artéria gastroduodenal geralmente é sintomático, podendo se manifestar com um quadro inespecífico de dor abdominal (presente em 46% dos casos), associada a náuseas e vômitos, ou até mesmo a choque, nos casos de rotura aneurismática^{4,6}. Contudo, por não apresentar quadro clínico característico, muitas vezes, é difícil realizar o diagnóstico precoce. Apesar disso, com utilização de angiorressonância e angiotomografia, em muitos casos, pode-se chegar ao diagnóstico. A angiografia é considerada o padrão-ouro não apenas pela sua alta sensibilidade diagnóstica, mas também pela possibilidade que oferece em estabelecer terapêutica concomitante^{5,6}.

As técnicas endovasculares, quando disponíveis, são preferencialmente utilizadas devido às suas taxas de sucesso (78 a 97%)¹, com baixos índices de complicações e reabordagens⁷. Geralmente são utilizados materiais embolizantes (coils). A abordagem

cirúrgica aberta fica reservada a casos de rotura com instabilidade hemodinâmica ou a casos com anatomia desfavorável para o reparo endovascular³.

A necessidade de realização do tratamento da estenose do tronco celíaco, quando associada, ainda permanece incerta. A revascularização desse território é feita com o intuito de prevenir a ocorrência de isquemia gastrointestinal e o aparecimento de novos aneurismas nos vasos adjacentes. Entretanto, devido à baixa incidência dessas complicações, a correção do aneurisma de artéria gastroduodenal de maneira isolada é considerada adequada¹⁰.

■ REFERÊNCIAS

1. Zuhaili B, Molnar RG, Malhotra NG. The endovascular management of a 3.5-cm gastroduodenal artery aneurysm presenting with gastritis and recurrent pancreatitis. *Avicenna J Med.* 2017;7(3):130-2. PMID:28791247.
2. Lu M, Weiss C, Fishman EK, Johnson PT, Verde F. Review of visceral aneurysms and pseudoaneurysms. *J Comput Assist Tomogr.* 2015;39(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.1097/RCT.0000000000000156>. PMID:25319606.
3. Habib N, Hassan S, Abdou R, et al. Gastroduodenal artery aneurysm, diagnosis, clinical presentation and management: a concise review. *Ann Surg Innov Res.* 2013;7(1):4. <http://dx.doi.org/10.1186/1750-1164-7-4>. PMID:23587203.
4. Shawky MS, Tan J, French R. Gastroduodenal artery aneurysm: a case report and concise review of literature. *Ann Vasc Dis.* 2015;8(4):331-3. <http://dx.doi.org/10.3400/avd.cr.15-00086>. PMID:26730262.
5. Babu A, Rattan A, Singhal M, Gupta A, Kumar S. Gastroduodenal artery aneurysm – A rare complication of traumatic pancreatic injury. *Chin J Traumatol.* 2016;19(6):368-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjtee.2016.02.003>. PMID:28088944.
6. Navarro-Noguera E, Alberca-de-las-Parras F, Egea-Valenzuela J, et al. Gastroduodenal artery aneurysm presenting as a pancreatic mass. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015;107(6):374. PMID:26031866.
7. Dorigo W, Pulli R, Azas L, et al. Early and intermediate results of elective endovascular treatment of true visceral artery aneurysms. *Ann Vasc Surg.* 2016;30:211-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2015.06.097>. PMID:26381325.
8. Arazińska A, Polguj M, Wojciechowski A, Trębiński Ł, Stefańczyk L. Median arcuate ligament syndrome: predictor of ischemic complications? *Clin Anat.* 2016;29(8):1025-30. <http://dx.doi.org/10.1002/ca.22773>. PMID:27560288.
9. Zaafour H, Hasnaoui A, Essghair S, et al. Ascending Cholangitis secondary to migrated embolization coil of gastroduodenal artery pseudo-aneurysm a case report. *BMC Surg.* 2017;17(1):30. <http://dx.doi.org/10.1186/s12893-017-0227-9>. PMID:28330448.
10. Boll JM, Sharp KW, Garrard CL, Naslund TC, Curci JA, Valentine RJ. Does management of true aneurysms of peripancreatic arteries require repair of associated celiac artery stenosis? *J Am Coll Surg.* 2017;224(2):199-203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.030>. PMID:27773774.

Correspondência

André Luís Foroni Casas
Av. Armando Sales Oliveira, 201
CEP 14406-600 - Franca (SP), Brasil
Tel.: (16) 99999-2031
E-mail: vascular@andreecasas.com

Informações sobre os autores

ALFC - Médico Cirurgião Vascular e Endovascular; Mestre em Promoção da Saúde; Docente, Disciplina de Cirurgia Vascular, Universidade de Franca (UNIFRAN).
MPFC e CBM - Acadêmicos, Curso de Medicina, Universidade de Franca (UNIFRAN).
HST - Médico Radiologista; Doutor em Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
EEJ - Médico Cirurgião Vascular e Endovascular; PhD em Cirurgia Vascular; Docente, Disciplina de Cirurgia Vascular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: MPFC, CBM, ALFC
Análise e interpretação dos dados: MPFC, CBM, ALFC
Coleta de dados: MPFC, CBM, ALFC
Redação do artigo: MPFC, CBM, ALFC, EEJ
Revisão crítica do texto: MPFC, CBM, ALFC, EEJ
Aprovação final do artigo*: ALFC, MPFC, CBM, HST, EEJ
Análise estatística: MPFC, CBM, ALFC
Responsabilidade geral pelo estudo: ALFC

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