

ANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA ESPLÊNICA: FLAGRANTE TOMOGRÁFICO DE SANGRAMENTO

RUPTURED SPLENIC ARTERY ANEURYSM: TOMOGRAPHIC SNAPSHOT OF BLEEDING

Fernando Antonio Campelo Spencer Netto, TCBC-PE¹

Francisca Damasceno²

Cícero Rodrigues de Paiva Alencar³

INTRODUÇÃO

O aneurisma de artéria esplênica (AAE), a despeito de ser o terceiro mais comum entre as artérias abdominais e o mais comum entre as artérias viscerais, é entidade de relativa raridade¹⁻³. A ruptura para a cavidade peritoneal, apesar de um risco relativamente baixo de ocorrência, é a complicação mais temida devido ao potencial de mortalidade^{2, 4, 5}.

A tomografia computadorizada de abdome vem sendo usada no diagnóstico desta entidade, particularmente em condições eletivas^{2,3}. O uso do exame tomográfico abdominal em pacientes submetidos à ressuscitação após colapso circulatório de provável etiologia intra-abdominal é potencialmente útil em identificar sinais indiretos de sangramento devido à ruptura de aneurisma de artéria esplênica, podendo ser importante na definição diagnóstica e terapêutica.

É apresentado o caso de um paciente submetido à tomografia computadorizada de abdome após a estabilização de choque hipovolêmico, no qual foram evidenciados sinais de sangramento por ruptura de aneurisma de artéria esplênica.

RELATO DO CASO

A. C. F. G., 68 anos, foi admitido na Emergência do Hospital Santa Joana em 10/07/99 às 18:30h, transferido de outra unidade hospitalar. A família relatava que o mesmo havia apresentado episódio de dor aguda abdominal durante exercício de atividades habituais aproximadamente seis horas antes. Fazia uso de atenolol, amiodarona, furosemide devido à hipertensão arterial (SIC). Os antece-

dentes cirúrgicos eram de prostatectomia, apendicectomia e colecistectomia. Relatava antecedente de tratamento clínico de doença ulcerosa péptica.

O relatório médico da outra unidade hospitalar informava que o paciente deu entrada em choque circulatório de provável natureza hipovolêmica, sendo tratado com reposição de cristalóide e oxigenoterapia suplementar.

No exame físico à admissão, apresentava-se intensamente descorado, com frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto (bpm), pulsos periféricos cheios, pressão arterial de 110x70mmHg, orientado e cooperativo. O abdome era depressível porém doloroso espontaneamente e à palpação, sem reação de defesa ou descompressão positiva.

Foram realizados: micro-hematócrito: 28%; eletrocardiograma (ECG) e endoscopia digestiva alta: sem alterações. Devido à manutenção da estabilidade hemodinâmica, foi encaminhado à tomografia computadorizada de abdome. O exame não contrastado evidenciou formação expansiva arredondada de contornos irregulares com calcificações periféricas, de valores de atenuação elevada, medindo 6,0x5,0cm em seus maiores diâmetros, situada no hilo esplênico. Observou-se ainda material hiperatenuante (sugerindo sangue) coletado em íntima relação com a formação expansiva e mantendo contato com a parede posterior do estômago, na cavidade peritoneal em região peri-hepática, periesplênica (Figura 1) e pélvica. Anotada presença de clipe metálico na loja vesicular com ausência da vesícula biliar e dilatação focal da aorta abdominal infra-renal com calcificações parietais, medindo 4,0cm no diâmetro transverso. Neste momento, o paciente apresentou agitação e queda da pressão arterial, sendo interrompido o exame e encaminhado para a sala de cirurgia.

1. Cirurgião Geral da Emergência do Hospital Santa Joana — Recife-PE. Mestre em Cirurgia - UFPE.

2. Radiologista do Topimagem – Hospital Santa Joana — Recife-PE.

3. Cirurgião Vascular do Hospital Santa Joana — Recife-PE.

Recebido em 06/06/2001.

Aceito para publicação em 02/10/2001.

Trabalho realizado na Emergência do Hospital Santa Joana – PE – BRA.

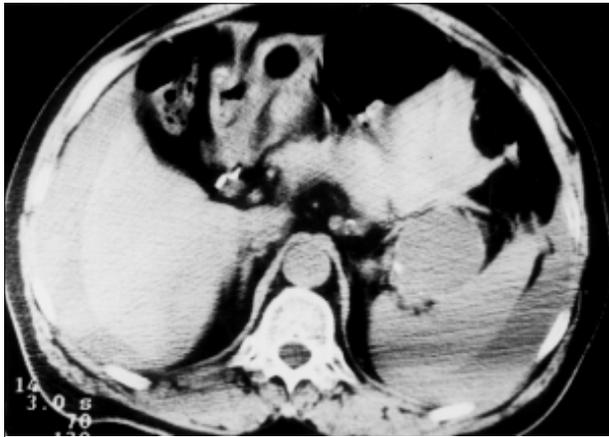


Figura 1 — Tomografia computadorizada de abdome em fase não contrastada revelando formação expansiva em hilo esplênico com calcificações periféricas, material hipotenuante em pequena e grande cavidades omentais e cliques metálicos no pedículo hepático.

Foi realizada toracotomia para domínio proximal da aorta e laparotomia mediana, para tratamento do abdome agudo hemorrágico. O achado confirmou o exame tomográfico, tendo sido verificado sangramento ativo do AAE, e realizada esplenectomia e aneurismectomia (Figura 2). Após o ato operatório, o paciente permaneceu instável, necessitando de drogas vasoativas para manter pressão arterial. Foi realizada transfusão de quatro concentrados de hemácias no período intra-operatório. Retornando à UTI, novo ECG revelou alterações com corrente de lesão em parede lateral e inferior e observou-se queda do hematócrito, sendo o paciente reoperado quatro horas após o término da primeira cirurgia. Com achado de hemoperitônio por sangramento de vaso gástrico curto e área de dissecação, foi realizada a revisão da hemostasia e ligadura do vaso sangrante.

Após a segunda cirurgia, houve dificuldade para retirada das drogas vasoativas devido ao déficit contrátil cardíaco e alteração da função renal. Ao décimo dia pós-operatório, o paciente apresentou sinais de infecção, sendo diagnosticado abscesso subfrênico esquerdo, o qual foi tratado por drenagem percutânea. Evoluiu sem outras intercorrências, recebendo alta ao trigésimo dia pós-operatório com insuficiência cardíaca grau IV, devido ao infarto miocárdico transoperatório.

O histopatológico confirmou a origem aterosclerótica do processo aneurismático.

DISCUSSÃO

A incidência de aneurismas da artéria esplênica é desconhecida, variando significativamente conforme a população estudada. Em revisão de casos de necropsia de rotina na população geral é observada baixa incidência como 0,01%, que aumenta para cerca de 1% na população de hipertensos e atinge 10,4% na população idosa^{2,3,5}. A

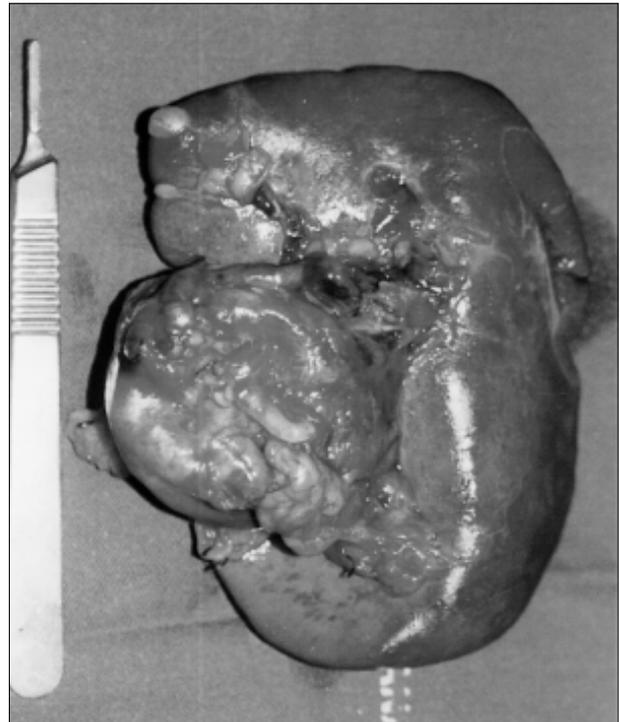


Figura 2 — Peça cirúrgica em visão posterior com baço e aneurisma hilar.

hipertensão porta também eleva esta incidência, sendo encontrados cerca de 7,1% de aneurismas da artéria esplênica em estudos pós-morte desta população⁴.

A patogenia envolve aspectos relacionados à fragilidade da parede do vaso e aumento do regime pressórico ou fluxo sanguíneo pelo mesmo. Várias são as afecções relacionadas com o desenvolvimento de aneurismas da artéria esplênica como aterosclerose, multiparidade, hipertensão porta, processos inflamatórios intra-abdominais, traumas abdominais, doenças do tecido conjuntivo, aneurismas congênitos ou êmbolos micóticos³⁻⁵.

A maioria dos aneurismas de artéria esplênica localiza-se no terço distal da mesma podendo estar associado a outros aneurismas na mesma artéria ou em outros vasos³. Quando associados à aterosclerose, usualmente têm uma distribuição difusa do processo, com risco elevado de acidentes cardiovasculares isquêmicos, como no caso estudado.

O fácil acesso a exames não invasivos como ultrasonografia, ressonância nuclear magnética e tomografia vem aumentando o diagnóstico eletivo e incidental dos aneurismas de AAE¹⁻⁴. Após quadro de choque hipovolêmico de origem abdominal, a tomografia é particularmente valiosa na orientação do possível diagnóstico e tratamento. A despeito do achado de aneurisma concomitante na aorta infra-renal, a presença de sangue na retrocavidade dos epíplons foi importante na definição da origem do sítio de sangramento e da estratégia cirúrgica neste caso. A angiografia permanece como padrão ouro na suspeita de rupturas de aneurismas abdominais, permitindo o tra-

tamento concomitante em alguns casos^{1,4}. Novas modalidades diagnósticas como a endoscopia virtual por tomografia computadorizada espiral vêm incorporando-se ao arsenal diagnóstico na investigação das alterações das artérias abdominais.

A possibilidade de ruptura é bastante baixa para aneurismas de diâmetro inferior a 2 ou 3cm, exceção feita a gestantes e pacientes com hipertensão porta submetidos a procedimentos cirúrgicos como *shunts* portossistêmicos ou transplante hepático^{3,5}. Devido ao risco de ruptura, com conseqüente alta mortalidade materno-fetal, toda mulher na qual seja detectado aneurisma de artéria esplênica de qualquer tamanho no curso de gestação deve ser submetida a tratamento cirúrgico do mesmo^{3,5}. Pacientes com AAE maiores que 3cm são usualmente encaminhados para tratamento cirúrgico devido à possibilidade de ruptura, que aumenta com o diâmetro do mesmo⁴.

Cerca de 25% dos pacientes com choque hipovolêmico por ruptura de AAE apresentam compensação ainda que temporária do quadro. Este fenômeno, chamado de

dupla ruptura, é justificado pelo tamponamento temporário do sangramento pelo aumento de tensão no pequeno omento. Com o posterior extravasamento do sangue para a cavidade abdominal pelo forame de Winslow, ocorre o ressangramento⁵. Tal fenômeno pode ser bem estudado com o advento da tomografia, o que foi observado neste caso.

A mortalidade dos pacientes tratados com ruptura de AAE é de cerca de 25%. Embora alguns centros relatem experiências bem-sucedidas com embolização deste tipo de lesão em condições eletivas¹ e emergência, com sucesso na hemostasia de sangramento ativo, a cirurgia permanece como tratamento de escolha. Acrescenta-se neste procedimento o risco de infarto esplênico e a agressão renal pelo contraste, que se soma ao choque hipovolêmico. A exclusão vascular ou aneurismectomia pode ser tentada nos aneurismas proximais da artéria esplênica, com baixo risco de infarto do baço devido à circulação colateral. Nos aneurismas distais ou múltiplos, a ressecção do aneurisma associada à esplenectomia é o procedimento de escolha^{3,4}.

ABSTRACT

The splenic artery aneurysm is a rare entity and its rupture is the most feared complication. The tomographic computed scan is a potential tool in the diagnosis, and can be used to patients with a suspicion of intra-abdominal bleeding, after adequate resuscitation. A case of a 68-year old male, hypertense patient, with a ruptured splenic artery aneurysm is reported. The diagnosis and treatment were given successfully by the abdominal computed tomographic scan and conventional surgery. The tomographic computed scan can be useful to the diagnosis of ruptured splenic artery aneurysm, after the hemodynamic stabilization.

Key Words: *Splenic artery aneurysm; Abdominal computed tomographic scan.*

REFERÊNCIAS

1. Salam TA, Lumsden AB, Martin LG, Smith RB. Nonoperative management of visceral aneurysms and pseudoaneurysms. *Am. J. Surg.* 1992;164:215-219.
2. Shanley CJ, Shah NL, Messina LM. Common splanchnic artery aneurysms: splenic, hepatic, and celiac. *Ann. Vasc. Surg.* 1996;10(3):315-322.
3. Perrot M, Buhler L, Deleaval J, Borisch B, Mentha G, Morel P. Management of true aneurysms of splenic artery. *Am. J. Surg.* 1998;175:466-468.
4. Mattar SG, Lumsden AB. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am. J. Surg.* 1995;169:580-584.
5. Wagner WH, Alexander AD, Treiman RL, et al.. Ruptured visceral artery aneurysms. *Ann. Vasc. Surg.* 1997;11:342-347.

Endereço para correspondência:
Fernando Antonio Campelo Spencer Netto
Rua Fernando Simões Barbosa, 50/102. Boa Viagem
51020-390 — Recife-PE
E-mail: kummerspencer@yahoo.com.br