

Correção endovascular de aneurisma da artéria esplénica – caso clínico

Endovascular correction of splenic artery aneurysm – case report

* UNIDADE DE ANGIOLOGIA E C. VASCULAR DO HOSPITAL CUF – PORTO

AUTOR CORRESPONDENTE:
JOSÉ ALMEIDA LOPES
UNIDADE DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
HOSPITAL CUF – PORTO
ESTRADA DA CIRCUNVALAÇÃO, 14341
4100-180 PORTO
TELEFONE: 220039000
JOSELOPES1983@SAPO.PT

José Almeida Lopes, Daniel Brandão*, Armando Mansilha**

Trabalho apresentado no XI Congresso de Angiologia e Cirurgia Vascular, Viseu 23-25 de Junho de 2011

| A b s t r a c t | | R E S U M O |

Splenic artery aneurysms, although they are the most common splanchnic aneurysms, they have a prevalence of only 0,01%. In this context the authors present a case report of a 41 years female patient with a splenic artery aneurysm of 20x29mm, treated by deployment of a covered self-expandable stent (Gore® Viabahn®).

It is performed a literature review of the pathology in question, possible complications and made reference to the various treatment options, with particular emphasis on the new endovascular techniques.

Os aneurismas da artéria esplénica, embora sejam os aneurismas esplâncnicos mais frequentes, cursam com uma prevalência de apenas 0,01%. Neste contexto os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 41 anos com aneurisma da artéria esplénica de 20x29mm, tratada através da colocação de um stent coberto auto-expansível (Gore®, Viabahn®).

É realizada uma revisão da literatura, das possíveis complicações e feita referência às várias hipóteses de tratamento, dando particular ênfase às novas técnicas endovasculares.

| **Key words** | SPLENIC ARTERY ANEURYSM
| ENDOVASCULAR

| **Palavras-chave** | ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÉNICA
| ENDOVASCULAR

INTRODUÇÃO

Os aneurismas esplênicos são os aneurismas esplâncnicos mais frequentes, mas cursam com uma prevalência de apenas 0,01%.^[1]

Verdadeiros aneurismas da artéria esplênica são de relevante importância clínica, por apresentarem uma elevada mortalidade aquando da rotura.^[2,3] São habitualmente assintomáticos e quando diagnosticados podem ser abordados de diversas formas, mediante o tamanho, localização e ainda a existência ou não de gravidez concomitante (fator associado a um risco acrescido de rotura).

Atualmente as técnicas endovasculares têm gradualmente substituído a cirurgia clássica para o tratamento de aneurismas esplâncnicos.^[4] O tratamento endovascular assentou mais comumente durante muitos anos na embolização com coils, acarretando frequentemente défices de perfusão esplênica e portanto morbidade para o doente.

Hoje em dia a exclusão de aneurismas esplênicos com recurso a stent coberto, tem-se tornado uma opção válida como o caso clínico a seguir apresentado.

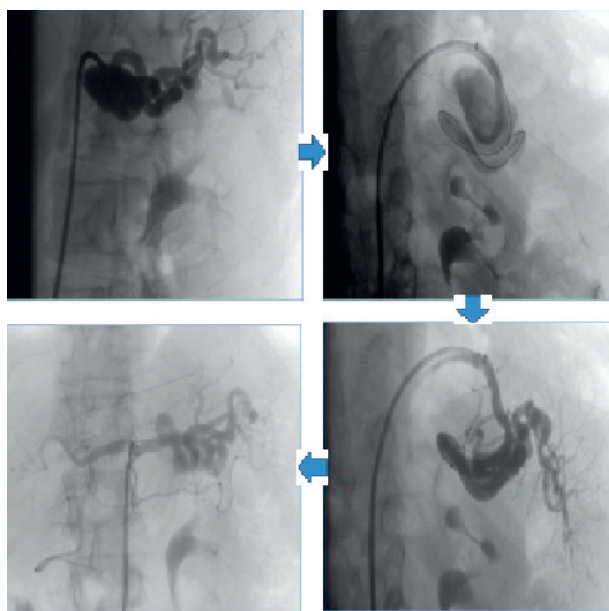
CASO CLÍNICO

Doente de 41 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes médicos, traumáticos ou cirúrgicos de relevo, com história obstétrica constituída por duas gestações e dois partos eutócicos, apresentou numa ecografia abdominal de rotina uma imagem sugestiva de um



| FIGURA 1 | Angio-TC 3D de aneurisma da artéria esplênica

aneurisma esplâncnico. Na sequência realizou uma angio-TC |FIGURA 1| que confirmou tratar-se de um aneurisma sacular da artéria esplênica de 20x29mm, localizado no seu terço proximal. Sob anestesia local e após punção femoral, utilizou-se uma bainha 8F (Flexor® Check-Flo®introducer, Cook®, Bloomington, Indiana, EUA) e efectuou-se a exclusão do referido aneurisma, tendo-se colocado um stent coberto auto-expansível de 6mm x 50mm (Viabahn®, Gore®, Flagstaff, Arizona, EUA), |FIGURA 2|. O procedimento decorreu sem intercorrências, tendo a doente tido alta no dia seguinte à intervenção.



| FIGURA 2 | Exclusão de aneurisma esplênico por via endovascular

Aos quatro meses, realizou uma angio-TC de controlo |FIGURA 3| que revelou exclusão do aneurisma esplênico, permeabilidade do stent colocado, e ausência de sinais de enfarte ou atrofia esplênica. Seis meses após o procedimento, a doente mantinha-se sem queixas.

DISCUSSÃO

O uso generalizado de meios auxiliares de diagnóstico levou ao crescente diagnóstico de aneurismas viscerais.

Ao contrário da doença aneurismática degenerativa de rotina, os aneurismas esplênicos são mais comuns no sexo feminino, numa propor-



| FIGURA 3 | Angio-TC 3D, 4 meses após o procedimento

ção de 4:1, sendo a média de idades de 52 anos.^[5,7] São geralmente saculares, menores que dois centímetros de diâmetro, estando a sua maioria localizada no terço médio ou distal da artéria esplênica ou em pontos de bifurcação.^[6,7]

Os factores de risco associados são o sexo feminino, história de múltiplas gestações e a hipertensão portal.^[6,8]

Aspetos hemodinâmicos locais, hipertensão, factores hormonais e degeneração da parede média da artéria, têm sido mencionados como factores causadores de aneurismas esplênicos.^[9]

As indicações geralmente aceites para a correção de aneurismas esplênicos são: sintomas locais, gravidez, tamanho maior que dois centímetros e aumento de diâmetro. Muito embora a condição global do doente desempenhe um importante papel na decisão final do tratamento.^[10]

O objetivo da correção dos aneurismas esplênicos é prevenir a sua expansão, potencial risco de rotura (mortalidade global de cerca de 25%^[2,3]).

Existe atualmente uma larga gama de possibilidades terapêuticas que podem passar pela cirurgia clássica (laqueação, excisão do aneurisma e/ou revascularização) ou por procedimentos endovasculares (exclusão com colocação de stent coberto ou embolização com coils).

Visto haver várias hipóteses de tratamento e não haver um suficiente número de casos para suportar a existência de um estudo randomi-

zado que possibilite uma diferenciação clara entre cirurgia clássica e os procedimentos endovasculares, ambas as técnicas continuam a ser legitimamente utilizadas.

A cirurgia clássica tem maior probabilidade de ser definitiva e portanto de necessitar de um follow-up menos vigilante. Dada a rica rede de circulação colateral existente no baço (artérias gástricas curtas e arcada pancreático-duodenal) a artéria esplênica pode ser laqueada sem consequências.^[5]

Dado os procedimentos endovasculares apresentarem uma eficácia comprovada, limitada morbilidade, reduzido tempo de internamento, menor período de convalescência, são por isso considerados por um número crescente de autores como a primeira opção.

A abordagem endovascular pode porém apresentar complicações como por exemplo as relacionadas com o local do acesso, toxicidade relativa ao uso de contraste, anafilaxia, trombose e dissecação arterial e embolizações de estruturas não alvo, assim como a possibilidade de endoleaks que exijam reintervenção.

Entres as diferentes técnicas endovascular os procedimentos com stent têm a vantagem de tentar preservar e manter a função imunológica do baço, evitar o síndrome pós-embolização (febre, dor abdominal, ileo e pancreatite) presente em 30-80% dos doentes submetidos à embolização com coils e de produzir imagens de follow-up sem artefactos relativamente às imagens radiopacas produzidas quer por coils (N-butil-2-cianoacrilato) quer por coils.^[11]

A opção de um stent coberto auto-expansível em detrimento de um stent expansível por balão, recaiu no facto do primeiro ser mais flexível e portanto de se adaptar melhor à tortuosidade da artéria em questão.

CONCLUSÃO

Este caso clínico serve para documentar um caso de um aneurisma esplênico corrigido por via endovascular e de permitir a discussão em torno da abordagem terapêutica mais atual, englobando as técnicas endovasculares minimamente invasivas.

BIBLIOGRAFIA

- [1] MOORE SW, GUIDA PM, SCHUMACHER HW: Splenic artery aneurysm. *Bull Soc Int Chir* 1970; 29:210-218
- [2] STANLEY JC, WAKEFIELD TW, GRAHAM LM, et al: Clinical importance and management of splanchnic artery aneurysms. *J Vasc Surg* 1986; 3:836-840.
- [3] DE VRIES JE, SCHATTENKERK ME, MALT RA: Complications of splenic artery aneurysm other than intraperitoneal rupture. *Surgery* 1982; 91:200-204.
- [4] BRIARD Robert J., LEE Joon, DOYLE Timothy: Endovascular Repair of a Portal Hypertension-Related Splenic Artery Aneurysm Using a Self-Expanding Stent-graft. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2009; Volume 32, Number 5, 1111-1113
- [5] MESSINA LM, SHANLEY CJ: Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am* 1997; 77:425-442
- [6] DAVE SP, REIS ED, HOSSAIN A, et al: Splenic artery aneurysm in the 1990s. *Ann Vasc Surg* 2000; 14:223-229.
- [7] STANLEY JC, FRY WJ: Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms. *Surgery* 1974; 76:898-909.
- [8] LEE PC, RHEE RY, GORDON RY, et al: Management of splenic artery aneurysms: the significance of portal and essential hypertension. *J Am Coll Surg* 1999; 189:483-490.
- [9] TRASTEK VF, PAIROLERO PC, JOYCE JW, et al: Splenic artery aneurysms *Surgery* 1982; 91:694-699
- [10] TRASTEK V, PAIROLERO P, BERNATZ PHILIP: Splenic artery aneurysms. *World J Surg* 1985 9:378-383
- [11] PIFFARETTI G, TOZZI M, LOMAZZI C, et al. Splenic artery aneurysm: postembolization syndrome and surgical complications. *Am J Surg* 2007; 193:166 -170.