

PSEUDOANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA ESPLÊNICA ASSOCIADO A PANCREATITE CRÔNICA

GIANT PSEUDOANEURYSM OF THE SPLENIC ARTERY ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Fernando Kennedy Pereira Chaves¹; Bruno Roberto da Silva Ferreira, AsCBC-CE¹; Gotardo Duarte Dumaresq¹; Francisco Julimar Correia de Menezes, ACBC-CE¹.

RESUMO

O pseudoaneurisma de artéria esplênica é uma complicação vascular rara, e potencialmente grave, associada à pancreatite crônica. O dano ocorre como consequência da autodigestão e enfraquecimento da parede arterial por secreções pancreáticas. Relatamos o caso de um paciente portador de pancreatite crônica que evoluiu, após episódio agudo, com massa abdominal palpável, pulsátil e dolorosa em região epigástrica, cujo diagnóstico foi de pseudoaneurisma gigante de artéria esplênica.

Descritores: Artéria Esplênica. Falso Aneurisma. Pancreatite Crônica. Procedimentos Endovasculares.

ABSTRACT

Splenic artery pseudoaneurysm is a rare and potentially serious vascular complication associated with chronic pancreatitis. The damage occurs as a consequence of autodigestion and weakening of the arterial wall by pancreatic secretions. We report the case of a patient with chronic pancreatitis who developed, after an acute episode of pancreatitis, a palpable, pulsatile and painful abdominal mass in the epigastric region, diagnosed as a giant pseudoaneurysm of the splenic artery.

Keywords: Splenic Artery. Aneurysm, False. Pancreatitis, Chronic. Endovascular Procedures.

INTRODUÇÃO

A pancreatite crônica (PC) é uma doença caracterizada por um processo inflamatório persistente de tecidos pancreáticos. Com a progressão da doença, o paciente com PC pode desenvolver complicações. O pseudoaneurisma da artéria esplênica pode ser observado nesses pacientes, sendo uma complicação vascular rara e potencialmente grave¹. A artéria esplênica pode ser afetada por localizar-se ao longo do pâncreas, posição anatômica que explica porque esse vaso é o sítio mais comum de surgimento de pseudoaneurismas após episódio de pancreatite, sede em cerca de 50% dos casos².

A parede do pseudoaneurisma consiste em tecido fibroso, diferentemente do aneurisma verdadeiro, cujas paredes são as do próprio vaso³. O dano ocorre como consequência da autodigestão e enfraquecimento da parede arterial por secreções pancreáticas ou vazamento de uma anastomose pancreática. Eventualmente, se a autodigestão continuar, isso pode levar à formação de uma estrutura cística vascular total ou parcial³.

O diagnóstico de um pseudoaneurisma é sugerido fortemente quando o paciente apresenta um aumento rápido de um

cisto em região de pâncreas com características de massa pulsátil³. Exames de imagens como a tomografia computadorizada (TC) abdominal e a angiografia devem ser realizados para localizar os sangramentos e avaliar as complicações associadas, como formação de pseudocistos. Em casos de sangramento espontâneo, embolização arterial pode ser realizada para cessar a hemorragia e alcançar a estabilização precoce do paciente³.

Dessa forma, esse estudo tem como objetivos relatar o caso de um paciente com pancreatite crônica que apresentou um pseudoaneurisma gigante de artéria esplênica e apresentar revisão da literatura referente ao caso.

RELATO DO CASO

Homem, 33 anos, deu entrada no departamento de emergência do Instituto Dr. José Frota (IJF) em Fortaleza, Ceará, Brasil, com quadro de dor abdominal intensa de início abrupto. Ao exame físico inicial, apresentava-se com estado geral regular, hipocorado (2+/4+), ansioso, taquicárdico. À palpação abdominal evidenciou massa abdominal palpável, pulsátil e dolorosa em região epigástrica. Paciente era alcoolista e

¹Instituto Doutor José Frota, Serviço de Cirurgia, Fortaleza, CE, Brasil.

portador de pancreatite crônica, sem acompanhamento adequado da doença. Tabagista (10 maços/ano), relatava três internamentos prévios por pancreatite aguda de etiologia alcoólica. Foi submetido a ultrassom de abdome (Figuras 1 e 2) que mostrou formação aneurismática em topografia de epigástrio com trombo parietal. TC de abdome com contraste mostrou calcificações pancreáticas (Figura 3) e imagem espontaneamente hiperdensa, heterogênea, com efeito de massa, medindo 10,5 cm por 8,5 cm, com área de captação de contraste medindo 4 cm por 3 cm em região epigástrica, em íntima relação com corpo pancreático, sugerindo pseudoaneurisma de artéria esplênica com trombo parietal (Figura 4).



Figura 1. US: dilatação aneurismática de artéria esplênica.



Figura 2. US: dilatação aneurismática de artéria esplênica.

Durante a investigação clínica o paciente apresentou piora do quadro álgico, taqui-

cardia, queda de hematócrito e elevação de leucócitos sendo indicada abordagem cirúrgica.



Figura 3. TC: calcificações pancreáticas e pseudoaneurisma.

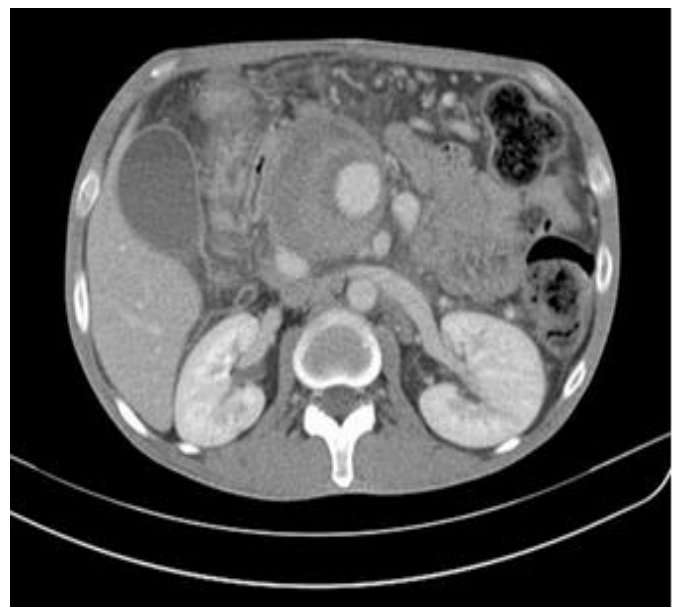


Figura 4. TC: pseudoaneurisma de artéria esplênica.

Durante o procedimento, foi confirmada a presença de lesão aneurismática em artéria esplênica e realizada abertura do pseudoaneurisma com retirada do trombo e rafia de lesão sangrante em artéria esplênica, de cerca de 0,5 cm. Deixado dreno túbulo-laminar na loja do pseudoaneurisma e de *portovac* na goteira parietocólica direita. No quarto dia do pós-operatório, recebeu alta da UTI e foi retirado o dreno túbulo-laminar da loja do pseudoaneurisma com boa evolução.

DISCUSSÃO

O pseudoaneurisma de artéria esplênica é uma complicação vascular incomum, mas importante, estando associado, muitas vezes, à pancreatite crônica. A maioria dos pacientes é assintomática até a ruptura do pseudoaneurisma. Muitas vezes, os pacientes têm sintomas inespecíficos antes de uma hemorragia. Um alto índice de suspeição é necessário, especialmente em pacientes com antecedentes de pancreatite ou cirurgia pancreaticobiliar³.

O diagnóstico de ruptura de pseudoaneurisma deve ser descartado em pacientes com aumento repentino da dor abdominal associado a queda de hematócrito e história de pancreatite crônica³. De todos os sinais mencionados acima, o paciente do caso apresentou aumento do quadro algico, evidências de perda significativa de sangue, como palidez, taquicardia e hipotensão, além de exames complementares de imagem sugestivos de pseudoaneurisma. A ruptura do pseudoaneurisma é extremamente grave. Em pacientes sem tratamento adequado, a taxa de mortalidade pode ser tão alta quanto 90%. Já com o diagnóstico rápido e terapia imediata, a taxa de mortalidade relatada ainda varia de 15% a 50%¹.

A localização e detecção precoces de um pseudoaneurisma sangrante é muito importante para tratamento de imediato. A ultrassonografia é de pouco valor, apesar de alguns estudos terem demonstrado ser uma ferramenta plausível para o diagnóstico⁴. O paciente do caso teve o diagnóstico inicial obtido através de ultrassonografia com Doppler feita por um radiologista experiente. A TC deve ser a primeira escolha para o diagnóstico de pseudoaneurisma de artéria esplênica, pois pode delinear a anatomia e a localização do pseudoaneurisma sangrante em detalhes³.

A angiografia demonstrou ser o exame complementar mais informativo para o diagnóstico, bem como para o tratamento. Ela define o caráter e localização da lesão, além de proporcionar uma oportunidade para obter controle temporário sobre o sangramento por embolização³. O hospital onde o paciente foi tratado não dispunha de procedimentos endovasculares naquele momento.

O tratamento dos pseudoaneurismas de artérias viscerais pode ser realizado através de exclusão do aneurisma, excisão, revascularização e procedimento endovas-

cular. O tratamento endovascular pode ser realizado com sucesso e baixa morbidade². As indicações para tratamento de aneurisma da artéria esplênica ou pseudoaneurismas incluem sintomas específicos (epigastria, dor no quadrante superior esquerdo do abdome, dor nas costas), sexo feminino em idade fértil, presença de hipertensão portal, transplante de fígado planejado, pseudoaneurisma de qualquer tamanho e um aneurisma com um diâmetro superior a 2,5 cm^{5,6}.

Uma meta-análise com 62 estudos sobre complicações vasculares da PC, totalizando 214 pacientes, mostrou 160 episódios espontâneos e 40 episódios pós-operatórios de hemorragia. A angiografia foi realizada em 173 pacientes (81%), com tentativa de embolização em 115, e atingindo hemostasia em 85 (75%). Esta análise de dados evidencia um papel central da angiografia mesentérica no diagnóstico de complicações vasculares da pancreatite, e da embolização angiográfica como ferramenta poderosa para alcançar a hemostasia⁵.

O padrão atual de terapia é controlar inicialmente o sangramento por embolização endovascular, muitas vezes sendo um procedimento temporário para controlar a hemorragia. A intervenção cirúrgica subsequente deve ser realizada o mais rápido possível para prevenir instabilidade^{1,5}. Nos pacientes em que a embolização arterial é mal sucedida a cirurgia é a única opção. A cirurgia carrega um maior risco quando comparado à intervenção vascular angiográfica¹.

Os ramos da artéria esplênica são as fontes mais comuns de hemorragia encontradas angiograficamente². Neste caso, foi realizada a abertura do pseudoaneurisma com retirada do trombo e rafia de lesão puntiforme sangrante de artéria esplênica.

Portanto, o pseudoaneurisma pancreático, embora incomum, pode apresentar complicações potencialmente fatais. Diagnóstico exato e intervenção precoce podem melhorar os resultados.

REFERÊNCIAS

1. Chiang KC, Chen TH, Hsu JT. Management of chronic pancreatitis complicated with a bleeding pseudoaneurysm. *World J Gastroenterol.* 2014;20(43): 16132-7.

2. Loffroy R, Favelier S, Pottecher P, Genson PY, Estivalet L, Gehin S, et al. Endovascular management of visceral artery aneurysms: when to watch, when to intervene? *World J Radiol.* 2015;7(7):143-8.
3. Mathew G, Bhimji S. Aneurysm, pancreatic pseudoaneurysm. [Updated 2017 Mar 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430937/>
4. Fukatsu K, Ueda K, Maeda H, Yamashita Y, Itonaga M, Mori Y, et al. A case of chronic pancreatitis in which endoscopic ultrasonography was effective in the diagnosis of a pseudoaneurysm. *World J Gastrointest Endosc.* 2012;4(7):335-8.
5. Balachandra S, Siriwardena K. Systematic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg.* 2005;190(3):489-95.
6. Madoff C, Denys A, Wallace J, Murthy R, Gupta S, Pillsbury P, et al. Splenic arterial interventions: anatomy, indications, technical considerations, and potential complications. *Radiographics.* 2005;25 Suppl 1:S191-211.

Endereço para correspondência:

Francisco Julimar Correia de Menezes

E-mail: julimarmd@gmail.comfernandokennedypc@gmail.com