

RELATO DE CASO

Pseudo-aneurisma de artéria hepática comum direita em mulher jovem com Lupus Eritematoso Sistêmico.

Pseudoaneurysm of the right common hepatic artery in a young woman with Systemic Lupus Erythematosus.

William J. Duca¹; Paulo C. Arroyo Junior¹; Rita C.M.A. Silva²; Márcia F. Rocha³; Gleison J.S. Russeff⁴; Fernanda B. Miduati⁴; Renato F. Silva⁵

¹Professor do Departamento de Cirurgia* e Cirurgião Assistente**; ²Professora Adjunta do Departamento de Clínica Médica* e Hepatologista Chefe**; ³Hepatologista**; ⁴Acadêmico do 6º ano*; ⁵Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia* e Chefe**

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

**Unidade de Cirurgia e Transplante de Fígado e Intestino do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Resumo Aneurismas de artéria hepática comum são lesões vasculares raras e representam a segunda incidência de aneurismas de artérias viscerais. As principais etiologias são: aterosclerose (32%) e trauma (22%). Outras causas menos comuns são vasculites, procedimentos diagnósticos e terapêuticos percutâneos e complicação anastomótica de transplante de fígado. O diagnóstico de aneurisma intra-hepático é difícil antes de sua ruptura, o qual está associado a uma mortalidade superior a 20% dos casos. Este artigo relata a história de uma paciente do sexo feminino, de 26 anos, portadora de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) que apresentava há 2 meses dor tipo cólica na parte superior do abdome com irradiação para dorso. O diagnóstico de pseudo-aneurisma de artéria hepática comum foi feito após investigação da dor abdominal com métodos de imagem. Para aneurisma intra-hepático, o tratamento de escolha é a embolização, e este procedimento tem aumentado a sobrevida desses pacientes. Em alguns casos de aneurismas proximais, torna-se necessária a ressecção do fígado ou mesmo de transplante hepático.

Palavras-chave Falso-Aneurisma; Lupus Eritematoso Sistêmico; Dor Abdominal; Artéria Hepática.

Abstract Hepatic artery aneurysms are rare vascular lesions and represent a second incidence of aneurysms of visceral arteries. The main etiologies are atherosclerosis (32%) and trauma (22%). Other less common causes include vasculitis, diagnostic procedures, percutaneous therapies and as an anastomotic complication of liver transplantation. Diagnosis of an intra-hepatic aneurysm before its rupture is difficult; ruptures are associated to mortality in more than 20% of the cases. This work reports the case of a 26-year-old female patient with systemic lupus erythematosus who presented with a colic-type pain in the upper abdomen with irradiation to the back for two months. The diagnosis of hepatic artery pseudoaneurysm was made after an imaging investigation of the abdominal pain. The first-line treatment for intra-hepatic aneurysms is embolization, which improves the patients' survival rate. In some cases of proximal aneurysms, resection of the liver or even liver transplantation is required.

Keywords False Aneurysm; Systemic Lupus Erythematosus; Abdominal Pain; Hepatic Artery.

Introdução

Aneurismas da artéria hepática (AAH) são raros e representam a segunda causa de aneurismas viscerais.¹ A maioria dos casos é assintomática e o diagnóstico pode ser feito por exames subsidiários (ultra-som, tomografia, arteriografia). Pode ocorrer dor no quadrante superior direito do abdome e os grandes aneurismas podem causar icterícia obstrutiva.² Historicamente,

a maioria desses aneurismas sofreu ruptura em sua apresentação (80% dos casos) ou foram achados incidentalmente em autópsias.^{1,3} Assim, em decorrência da história natural dos aneurismas de artéria hepática cursar com ruptura e hemorragia, elevando a taxa de morbimortalidade, a correção cirúrgica deve ser considerada.¹ Neste relato de caso é apresentado um aneurisma de artéria intra-hepática em uma

Recebido em 02.10.2006

Aceito em 30.03.2007

Não há conflito de interesse

paciente de 26 anos com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES).

Relato de Caso

J.L.S., sexo feminino, 26 anos, branca, do lar, solteira, com quadro de dor há 2 meses no epigástrico, que irradiava para hipocôndrio direito e esquerdo e região dorsal, tipo cólica, melhorando com uso de escopolamina. Associada à dor, relatou episódios de náuseas, vômitos e emagrecimento de 1,5 Kg em 2 meses. Negou ocorrência de febre, acolia fecal, colúria, icterícia, alterações do ritmo intestinal e urinário e outras queixas.

A paciente é portadora de lupus eritematoso sistêmico (LES), hipertensão arterial (HAS) e insuficiência renal crônica (IRC) há 4 anos, já em hemodiálise. Relata a presença de hérnia umbilical. Nega história de diabetes mellitus, hepatite e outras comorbidades. Relata tabagismo e transfusão sanguínea há aproximadamente 3 anos. Relata o uso de nifedipina, captopril, atenolol, furosemida, minoxidil, hidróxido de alumínio e carbonato de cálcio e nega uso de anticoncepcional.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, anictérica, afebril, eupnéica, discretamente hipocorada. Precórdio e aparelho respiratório não apresentaram alterações significativas. Abdome apresentava-se plano, flácido, com ruídos hidroaéreos audíveis, com fígado palpável a 10 cm da margem costal direita, de borda romba, doloroso à palpação e espaço de Traube livre. Membros inferiores evidenciaram edema moderado, de consistência amolecida, sem sinais flogísticos.

A paciente foi submetida a exame ultra-sonográfico que evidenciou “fígado com dilatação das vias biliares intra-hepáticas, coleção septada com volume aproximado de 24 cm³ no segmento VIII do fígado e artéria hepática com dilatação aneurismática de 4,5 cm”. Para exclusão de causas dispépticas da dor, foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou “gastrite endoscópica enantemática em antro, erosiva, com sinais de sangramento recente, e bulboduodenite erosiva, com teste da urease negativa”. Na condução do caso, foi realizada angioressonância magnética que corroborou com o diagnóstico ultra-sonográfico (figura 01).

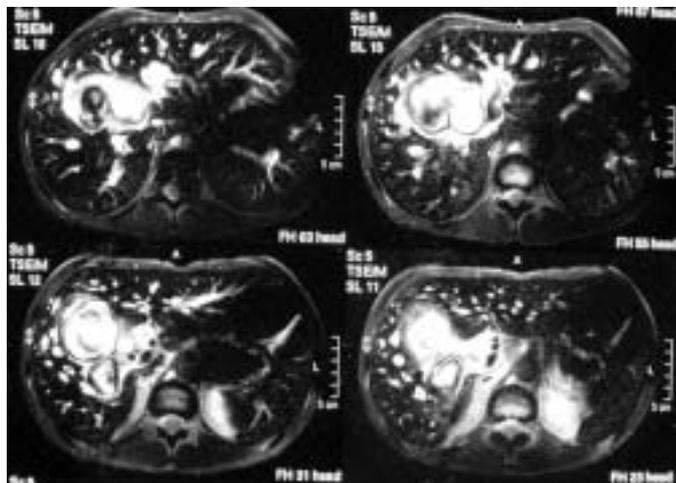


Figura 1: Ressonância magnética – Aneurisma intra-hepático.

Posteriormente, foi realizada arteriografia que evidenciou “artéria hepática direita com enchimento de uma lesão de grande extensão, com retenção e turbilhonamento do meio de contraste, imagem sugestiva de pseudoaneurisma arterial.”

Foi realizada então embolização do ramo que nutria o pseudoaneurisma, primeiro ramo da artéria hepática direita, com uso de coils (figura 02).



Figura 2: Arteriografia de artéria hepática. Figura 2a: imagem sugestiva de aneurisma em 1º ramo da artéria hepática direita. Figura 2b: embolização com coils. Figura 2c: artéria hepática direita pós-embolização, com desaparecimento da imagem de aneurisma

Esse procedimento teve como complicação a formação de pseudoaneurismas nas artérias braquial e femoral direita, corrigidos com aneurismectomia. Houve melhora do quadro de dor abdominal, estando a paciente atualmente assintomática e em acompanhamento clínico.

Discussão

Aneurisma de artéria hepática (AAH) foi descrito pela primeira vez em autópsia pelo anatomista britânico James Wilson em 1819. O primeiro tratamento cirúrgico foi realizado em 1903 por Kehr e a primeira revascularização com sucesso em 1951 por Paul.³

AAH é a segunda causa de aneurisma visceral, seguido de aneurisma de artéria esplênica.⁴ Quando considerado aneurismas extra-hepáticos, é o quarto local mais comum de aneurisma intra-abdominal seguido de artéria aorta infra-renal, ilíaca e esplênica, com elevada ocorrência de ruptura (44% dos casos)^{4,5,6} Os aneurismas extra-hepáticos representam 80% dos AAH e possuem maior incidência de ruptura, quando comparados com os intra-hepáticos, com mortalidade em torno de 82%.⁶ A incidência de aneurisma de artéria hepática tem aumentado nas últimas duas décadas em razão do aumento do número de procedimentos percutâneos diagnóstico e terapêutico do sistema biliar.⁷

Historicamente, aneurismas micóticos eram a principal etiologia de AAH, porém, atualmente representam apenas 4% dos casos. As principais causas etiológicas incluem aterosclerose (32%), trauma (22%), seguido de infecção e congênita, incluindo Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos, telangiectasia hemorrágica hereditária, doença de Osler-Weber-Rendu, Síndrome de Kawasaki e displasia fibromuscular.⁴ Causas menos comuns de AAH são vasculites, como poliarterite nodosa, inflamação arterial causada por colecistite ou pancreatite, displasia fibromuscular e lupus eritematoso sistêmico, doença apresentada pela paciente deste relato de caso. AAH também está incluída entre as complicações de transplante ortotópico

de fígado.⁸

A média de idade dos pacientes com AAH é de 40 anos, sendo 2 vezes mais comum em homens. Pode manter-se quiescente por toda a vida, porém, 60% dos casos são sintomáticos. A queixa mais freqüente é dor epigástrica ou dor no quadrante superior do abdome, seguido de hemorragia gastrointestinal e icterícia, porém, não existe sinal patognomônico, sendo que em 64-80% dos casos, a primeira manifestação clínica é a ruptura do aneurisma. A apresentação clássica, a tríade de Quincke (dor abdominal, hematematose e icterícia), é vista em menos de um terço dos casos.^{4,8} Ao exame físico pode ser encontrada massa pulsátil. O aneurisma pode romper-se na cavidade abdominal, no duodeno, na veia porta e no estômago e raramente na vesícula biliar.⁶ A paciente deste relato apresentou dor abdominal como queixa, com ausência de outros sinais e sintomas e teve seu diagnóstico por um exame de imagem.

Imagem radiológica é a melhor ferramenta para o diagnóstico precoce de aneurisma, com a angiografia sendo historicamente o exame padrão-ouro para diagnóstico, com papel fundamental em uma completa avaliação da anatomia vascular antes da intervenção cirúrgica.^{3,8} A tomografia computadorizada, o ultrassom com Doppler e a ressonância magnética são alternativas promissoras para diagnóstico e para o plano de tratamento para AAH.⁸

O tratamento adequado para aneurisma depende primariamente de sua localização, assim como de outros fatores como a presença de circulação colateral, o risco do procedimento cirúrgico e o estado clínico do indivíduo.¹ As opções de tratamento são ligadura do aneurisma, excisão, enxerto venoso, enxerto sintético, ressecção hepática e embolização.^{1,4} Este último procedimento é particularmente valioso no tratamento de aneurisma intra-hepático cujo acesso cirúrgico é difícil, especialmente naqueles pacientes com alto risco de complicações. Técnicas de cirurgia laparoscópica também podem ser usadas para ligadura de AAH, e por serem minimamente invasivas têm apresentado resultados satisfatórios para a artéria esplênica.^{1,4} No caso relatado, foi realizada embolização com uso de coils, com bons resultados evidenciados em arteriografia de controle.

A maior utilização de embolização via cateter ou oclusão com coils coincide com o aumento da incidência de pseudoaneurismas intra-hepáticos na última década. As complicações desse procedimento incluem oclusão errônea de vaso e conseqüente infarto de estruturas normais, formação de abscesso, migração do coil, hematoma e pseudoaneurisma na área de punção.⁴ A paciente apresentou pseudoaneurismas em locais de punção, fato este atribuído à fragilidade do vaso, em virtude do lupus eritematoso sistêmico, o qual cursa com vasculites.

Conclui-se, portanto, que em pacientes portadores de doenças vasculares, as quais podem cursar com maior fragilidade da parede dos vasos, torna-se necessário considerar aneurismas como diagnóstico diferencial de dor e massas abdominais, em razão da alta taxa de mortalidade, no entanto com bom prognóstico quando diagnosticado precocemente.

Referências bibliográficas

1. Dolapci M, Ersoz S, Kama NA. Hepatic artery aneurysm. *Ann Vasc Surg* 2003;17(2):214-6.
2. Machado MM, Azeredo LM, Rosa ACF, Oliveira IRS, Saito OC, Cerri GG. Qual o seu diagnóstico? *Radiol Bras* 2002;35(5):V-VI.
3. Parmar HH, Shah JJ, Shah BB, Patkar DD, Varma RR. Imaging findings in a giant hepatic artery aneurysm. *J Postgrad Med* 2000;46(2):104-5.
4. Mazziotti S, Blandino A, Gaeta M, Lamberto S, Vinci V, Ascenti G. Hepatic artery aneurysm, an unusual cause of obstructive jaundice: MR cholangiography findings. *Abdom Imaging* 2003;28(6):835-7.
5. Abbas MA, Fowl RJ, Stone WM, Panneton JM, Oldenburg WA, Bower TC, Cherry KJ, Gloviczki P. Hepatic artery aneurysm: factors that predict complications. *J Vasc Surg* 2003 Jul;38(1):41-5.
6. Miranda Júnior F. Aneurismas viscerais e periféricos. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: Uncisal/Ecmal & Lava; 2003. p.93-113.
7. Kong KO, Koh ET, Lee HY, Wee KP, Feng PH. Abdominal crisis in a young man with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2002;11(3):186-9.
8. Arneson MA, Smith RS. Ruptured hepatic artery aneurysm: case report and review of literature. *Ann Vasc Surg* 2005;19(4):540-5.

Correspondência:

William José Duca

Hospital de Base – Unidade de Transplante de Fígado e Intestino

Av Brigadeiro Faria Lima, 5544

15090-000 – São José do Rio Preto-SP

Tel: (17)3227-7030 Fax: (17)3227-7033

e-mail: gjrusseff@globocom
