

Aneurisma gigante da artéria mesentérica superior associado a aneurisma da aorta infra-renal

Giant superior mesenteric artery aneurysm associated with infrarenal abdominal aortic aneurysm

Ricardo César Rocha Moreira¹, Marcio Miyamoto²

Resumo

Relato de caso de aneurisma aterosclerótico gigante da artéria mesentérica superior associado a aneurisma da aorta abdominal infra-renal. Investigação pré-operatória não evidenciou presença de fontes embólicas nem de doenças do tecido conjuntivo. O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico concomitante para correção dos aneurismas, com sucesso. O aneurisma da artéria mesentérica superior foi manejado por ligadura da artéria mesentérica superior e interposição de segmento de veia safena interna. O aneurisma da aorta abdominal foi tratado com inclusão de enxerto de Dacron reto. Relato semelhante de aneurisma da artéria mesentérica superior com tais dimensões associado a aneurisma da aorta abdominal não foi encontrado na literatura.

Palavras-chave: aneurisma, artéria mesentérica superior, aneurisma da aorta abdominal.

O aneurisma da artéria mesentérica superior (AMS) é raro, estando presente em uma em cada 12.000 autópsias¹. Apenas 5,5 a 8% dos casos de aneurismas viscerais e menos de 0,5% de todos os aneurismas intra-abdominais são aneurismas da AMS². Os autores relatam um caso de aneurisma aterosclerótico gigante da AMS associado a aneurisma da aorta abdominal (AAA) infra-renal em um paciente de 66 anos. Essa associação, bem como o tamanho do aneurisma da AMS, são inéditos na literatura.

Relato do caso

Paciente de 66 anos, do sexo masculino, branco, comerciante, foi encaminhado por um cirurgião geral devido a constatação de sopro abdominal e massa pulsátil em hipocôndrio direito durante exame de uma

Abstract

The authors present a case of a patient with a giant atherosclerotic superior mesenteric artery aneurysm, associated with infrarenal abdominal aortic aneurysm. Extensive investigation failed to demonstrate an embolic source or a connective tissue disease. The patient was successfully treated by open repair of both superior mesenteric artery and abdominal aortic aneurysms. The authors were unable to find in the literature a similar report of such a large superior mesenteric artery aneurysm, or such an association with abdominal aortic aneurysm.

Key words: aneurism, superior mesenteric artery, abdominal aortic aneurysm.

hérnia umbilical. O paciente também apresentava história de tabagismo e hipertensão controlada com medicação. O restante do exame físico era normal. Os exames iniciais não evidenciaram alterações de processo infeccioso ou inflamatório ativo. Ecografia abdominal revelou massa intraperitoneal com paredes espessadas e conteúdo líquido. A angiotomografia revelou a presença de aneurisma da artéria mesentérica superior, medindo 11 cm de diâmetro, além de aneurisma fusiforme da aorta infra-renal, com 6 cm de diâmetro (Figura 1). A arteriografia, além de confirmar os achados da tomografia, mostrou segmento inicial normal da artéria mesentérica superior de 3 cm de extensão e artéria mesentérica inferior pérvia (Figura 2). O paciente foi abordado cirurgicamente através de um acesso extraperitoneal esquerdo. Inicialmente, a aorta supra-renal foi abordada com controle das artérias renais e mesentérica superior proximal. O aneurisma da AMS foi ligado proximalmente com posterior abertura do saco aneurismático e sutura-ligadura de seus ramos internamente. O AAA foi corrigido através de interposição de um enxerto de Dacron reto 20 mm por técnica de inclusão

1. Doutor em Clínica Cirúrgica, Universidade Federal do Paraná. Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular Prof. Dr. Elias Abrão de Curitiba - PR.
2. Cirurgião, Serviço de Cir. Vascular Prof. Dr. Elias Abrão de Curitiba - PR.

com reimplante da artéria mesentérica inferior. Após o término da anastomose distal na aorta, foi realizada uma pequena abertura do saco peritoneal para inspeção das alças intestinais, que apresentavam palidez e cianose. Apesar da isquemia discreta, optou-se pela revascularização da AMS. Foi confeccionada uma ponte com veia safena magna reversa do coto proximal da AMS para a artéria cólica média (Figura 3). Observou-se reversão imediata da isquemia. O paciente apresentou diarreia líquida transitória no pós-operatório. A dieta foi reintroduzida no quarto dia. Tanto a bacterioscopia quanto a cultura do conteúdo dos aneurismas foram negativas. O paciente recebeu alta hospitalar após nove dias.

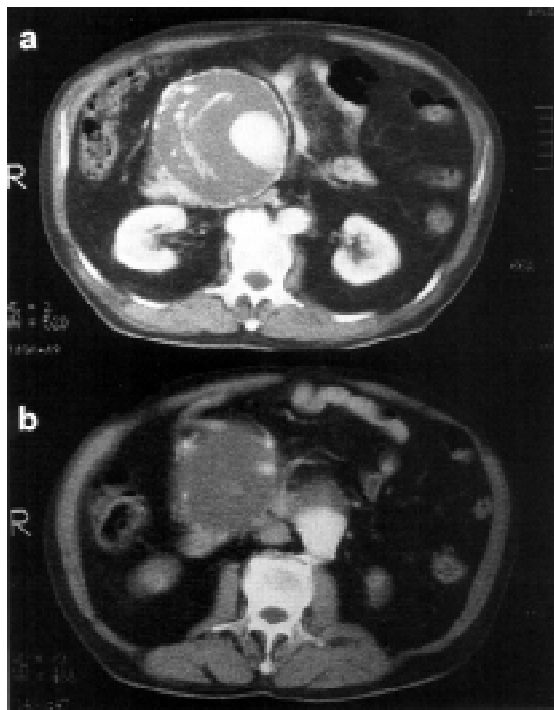


Figura 1 - Tomografia abdominal mostrando: **a)** aneurisma da AMS e **b)** aneurisma da aorta abdominal e aneurisma da AMS.

Discussão

O primeiro tratamento cirúrgico do aneurisma da AMS foi relatado em 1953 por De Bakey & Cooley. A correção foi realizada através de ligadura proximal e distal com ressecção da porção aneurismática³. Desde então, até 1997, mais de 100 aneurismas da AMS foram

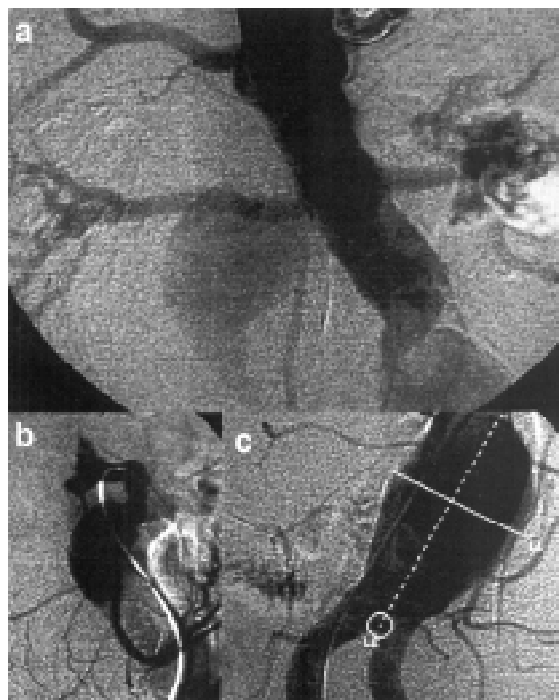


Figura 2 - Arteriografia : **a)** aneurisma de aorta e aneurisma da AMS, **b)** aneurisma da AMS e **c)** aneurisma da aorta abdominal.

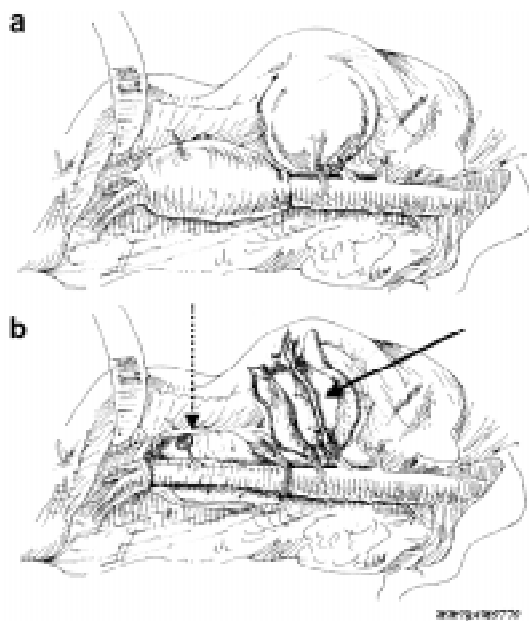


Figura 3 - **a)** Acesso extraperitoneal esquerdo à aorta abdominal e origem da AMS. O rim esquerdo foi suprimido da ilustração, **b)** Após correção dos aneurismas (flecha contínua - ponte de veia safena entre o coto da AMS e a artéria cólica média; flecha pontilhada - enxerto aorto-aórtico de Dacron com reimplante da artéria mesentérica inferior).

diagnosticados e tratados através de várias técnicas cirúrgicas⁴.

A maioria dos aneurismas da AMS é sintomática. A apresentação mais comum é a dor abdominal de caráter progressivo, que varia de moderada a severa. Náuseas, vômitos, icterícia, hemobilia e sangramento gastrointestinal podem ocorrer ocasionalmente. Massa pulsátil está presente em mais de 50% dos casos, sendo diferenciada do AAA pela mobilidade à palpação. As complicações mais temidas são a ruptura e a trombose do aneurisma. Nesses casos, a diferenciação entre aumento repentino do volume do aneurisma com quadro de angina, isquemia intestinal ou trombose do aneurisma é extremamente difícil de ser feita^{2,4,5}.

Todos os aneurismas diagnosticados da AMS devem ser corrigidos. A ruptura espontânea pode ocorrer em até 50% dos casos. A mortalidade operatória chega a 30% quando a cirurgia é realizada nessas condições⁴. A escolha do tipo de tratamento irá depender principalmente da etiologia do aneurisma e da viabilidade intestinal. Na literatura, até 1997, 35% dos aneurismas da AMS foram tratados através de ligadura simples proximal e distal, 35% através de ligadura e aneurismectomia da porção infectada e 21% por aneurismorrafia apenas. Houve necessidade de revascularização por isquemia intestinal em 15% dos casos⁵.

A ligadura simples proximal e distal ao aneurisma com avaliação intra-operatória da viabilidade intestinal é o tratamento de escolha quando não há infecção associada. Aneurismas micóticos devem ser tratados por ressecção do aneurisma, debridamento da área infectada e antibioticoterapia de amplo espectro. A aneurismorrafia pode ser realizada em aneurismas saculares e em artérias livres de doença, preservando, assim, a luz arterial. Porém, essa técnica tem sido cada vez menos utilizada^{2,5}.

A revascularização é indicada caso haja comprometimento visceral isquêmico após a ligadura arterial. A presença de infecção torna proibitivo o uso de prótese. Nesses casos, está indicada a interposição de um segmento de veia safena ou a confecção de uma ponte com o mesmo material. As pontes aortomesentéricas são menos utilizadas^{2,5-7}.

No presente caso, a presença do aneurisma da aorta abdominal foi um fator decisivo na escolha da técnica cirúrgica a ser utilizada. O acesso escolhido foi o extra-peritoneal esquerdo amplo por oferecer um boa exposição da porção proximal da artéria mesentérica superior, além de permitir a correção do AAA. A limitação

desse acesso na inspeção do intestino após a ligadura da AMS foi resolvida por uma pequena abertura realizada anteriormente no saco peritoneal. Após a inspeção, a abertura foi fechada a fim de isolar a prótese de Dacron de prováveis fontes de infecção pela translocação bacteriana pós-isquemia transitória. A alta prevalência de aneurisma micótico neste território nos obriga a descartar tal hipótese pré e intra-operatoriamente, razão pela qual o aneurisma da AMS foi abordado em primeiro lugar, já que a correção do AAA rotineiramente exige o uso de uma prótese. A falta de métodos confiáveis na detecção intra-operatória de isquemia intestinal após a ligadura arterial leva a um grande dilema. A presença de uma prótese em situação aórtica justifica a revascularização mesentérica de rotina com o intuito de evitar as conseqüências desastrosas que podem resultar de uma isquemia intestinal, ainda que transitória.

Embora o tamanho do aneurisma da AMS não implique dificuldades em relação à técnica cirúrgica, a associação com aneurisma da aorta abdominal exige alguns cuidados, principalmente em relação à infecção. Essa associação, bem como as dimensões desse aneurisma verdadeiro da AMS (11 cm), são inéditas na literatura.

Referências

1. Ferrara BE. Mesenteric artery aneurysm. *South Med J* 1986;79:366-7.
2. Zenelock GB, Stanley JC. Splanchnic artery aneurysm. In: Rutherford RB, editor. *Vascular Surgery*. 5th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2000. p. 1369-1362.
3. Kopatsis A, D'Anna JA, Sithian N, Sabido F. Superior mesenteric artery aneurysm: 45 years later. *Am Surg* 1998;64:263-6.
4. Kanazawa S, Inada H, Murakami T, et al. The diagnosis and management of splanchnic artery aneurysm. Report of 8 cases. *J Cardiovasc Surg* 1997;38:479-85.
5. Messina LM, Shanley CJ. Visceral artery aneurysm. *Surg Clin North Am* 1997;77:425-41.
6. Carr SC, Pearce WH, Volgelzang RL, McCarthy WJ, Nemeek AA, Yao JST. Current management of visceral artery aneurysm. *Surgery* 1996;120:627-33.
7. Ishii A, Nanimoto T, Morishita S, et al. Embolization for rupture superior mesenteric artery aneurysms. *Br J Radiol* 1996;69(820):296-300.

Correspondência:

Dr. Ricardo César Rocha Moreira

Rua Pedro Muraro, 50/24

CEP 82030-620 - Curitiba - PR

Tel.: (41) 244.8787 – Fax: (41) 335.3233

E-mail: ina@onda.com.br