



CASO CLÍNICO

Enfarte e abscesso esplênico maciço após tratamento endovascular de aneurisma da artéria esplênica



Gabriela Teixeira*, Joana Martins, Rui Machado, Luís Loureiro, Tiago Loureiro, Lisa Borges, Diogo Silveira, Sérgio Teixeira, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Inês Antunes, Arlindo Matos e Rui Almeida

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Recebido a 2 de junho de 2015; aceite a 19 de setembro de 2015

Disponível na Internet a 24 de novembro de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Aneurisma da artéria esplênica;
Tratamento endovascular;
Embolização;
Enfarte e abscesso esplênico

KEYWORDS

Splenic artery aneurysms;
Endovascular repair;
Embolization;
Splenic infarction and abscess

Resumo Os aneurismas da artéria esplênica são, de todos os aneurismas viscerais, os mais frequentes, com uma taxa de rotura até 10%. Não obstante, o seu diagnóstico é normalmente acidental e o seu tratamento eletivo está preconizado para diâmetros > 2,5 cm. Outrora tratado exclusivamente por cirurgia aberta, através de ressecção de aneurisma com ou sem reconstrução arterial, com ou sem esplenectomia associada, também aqui o tratamento endovascular, através da embolização com *coils* ou *stenting* da artéria esplênica, tem sido crescentemente utilizado. Os estudos comparativos reportam eficácia sobreponível, com menor morbimortalidade perioperatória, mas maior taxa de complicações tardias. Dentro destas, estão o enfarte e o abscesso esplênico, que nos propusemos estudar e descrever com este trabalho.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Splenic infarction and abscess after endovascular repair of splenic artery aneurysm

Abstract Splenic artery aneurysms are the most common of all visceral artery aneurysms, with a risk of rupture up to 10%. Most patients present asymptotically and its elective treatment is recommended for diameters > 2.5 cm. Once treated exclusively by open surgery through aneurysm resection with or without arterial reconstruction, with or without splenectomy associated, nowadays endovascular repair has become increasingly used, by embolization with coils or stenting of the splenic artery. Comparative studies report overlapping efficacy, with lower

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: tgabrielateixeira@gmail.com (G. Teixeira).

perioperative morbidity and mortality, but higher rate of late complications. Splenic infarction and abscess is one of them, and the goal of our study was to study and describe this complication. © 2015 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Os aneurismas da artéria esplénica são raros e a melhor forma de tratamento é controversa. A abordagem conservadora parece segura nos aneurismas <2 cm. Quando é decidido intervir, a abordagem endovascular mostra resultados de eficácia e segurança superiores à cirurgia convencional. No entanto, o número de complicações tardias parece superior após tratamento endovascular. Dentro das complicações após procedimento estão o enfarte e abcesso esplénico que, apesar de não ter mortalidade associada descrita, leva a reinternamentos, reintervenções e a um aumento significativo da morbilidade do paciente.

Objetivo

Apresentação de um caso clínico de tratamento endovascular de aneurisma da artéria esplénica complicado de enfarte e abcesso esplénico.

Caso clínico

Homem, 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e doença renal crónica. Enviado à consulta de cirurgia vascular por aneurisma da artéria esplénica com 25 mm de diâmetro (fig. 1), assintomático, detetado por tomografia computadorizada (TC) (realizada durante investigação de doença renal). Pelo diâmetro do aneurisma e pelo risco de rotura associado, foi proposto para tratamento endovascular do aneurisma.

Admitido eletivamente no internamento de cirurgia vascular, foi submetido a embolização com *coils* (*Retracta*, COOK®) do saco aneurismático (8*100 mm) e da artéria aferente (3 × 7*50 mm), após tentativa não conseguida de colocação de endoprótese, por impossibilidade de ancoragem do fio guia na artéria eferente. Após embolização, o controlo angiográfico final demonstrou exclusão do saco aneurismático. (fig. 2)

No 3.º dia de pós-operatório iniciou hipertermia de 37,4°, atingindo máximo de 38°, associada a dor no flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Instituiu-se antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato, e realizou TC que documentou embolização da artéria esplénica, a cerca de 4 cm a montante do aneurisma, com *coils* no seu lúmen e trombose da artéria esplénica a jusante do aneurisma com sinais de enfarte esplénico (fig. 3). Foi instituída escalada de antibiótico para piperacilina/tazobactam, fluidoterapia e vigilância clínica. Colheu sangue periférico para hemoculturas, cujo resultado foi negativo. Após 7 dias de

antibiótico em regime de internamento, teve alta, assintomático e com indicação para vacinação antipneumocócica, antimeningocócica e anti-*Haemophilus* tipo b.

Três meses após o procedimento, período em que se manteve assintomático, deu entrada no serviço de urgência por dispneia e febre. Analiticamente, apresentava leucocitose de 28.300 e PCR 149. Realizou TC que documentou volumoso abcesso esplénico, de 15,6 mm por 24,7 mm (fig. 4).

Procedeu-se a drenagem percutânea de abcesso esplénico com saída de 1.100 ml de líquido purulento (fig. 5), com colocação de dreno 8Fr por técnica de *Seldinger* e iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam, à qual se adicionou mais tarde vancomicina, de acordo com a sensibilidade do micro-organismo isolado (*Staphylococcus epidermidis*).

Documentou-se melhoria clínica e analítica imediatamente após colocação de dreno.

Durante o internamento evoluiu com regressão lenta, mas progressiva, da coleção e, 49 dias depois da admissão, após constatação ecográfica de coleção de aspeto residual, foi removido o dreno. No entanto, o doente não tolerou esta interrupção da drenagem e registou-se novo aumento dos parâmetros inflamatórios, tendo sido necessária colocação de novo dreno. Apesar da estabilidade clínica e analítica do doente com a drenagem percutânea, face à perpetuação do caso, ao 62.º dia de internamento foi submetido a esplenectomia e drenagem cirúrgica do abcesso. A microbiologia do pus revelou *Pseudomonas aeruginosa* apenas sensível ao imipenem e colistina, exigindo novo ajuste na antibioterapia. Como intercorrência pós-operatória, documentou-se a presença de uma fístula pancreática, pelo que iniciou nutrição parentérica total. Duas semanas após esplenectomia, foi registado novo aumento dos parâmetros inflamatórios e repetiu controlo imagiológico com documentação de crescimento do abcesso esplénico. Nova amostra do líquido drenado foi enviada para análise microbiológica com isolamento de novo micro-organismo (*Proteus mirabilis*) mas sem necessidade de reajustar antibioterapia. A TC de controlo mostrou então: abcesso esplénico 62 x 27 mm, presença de tecido esplénico persistente, globosidade da cauda pancreática e aneurisma trombosado da artéria esplénica (fig. 6).

Uma nova tentativa conservadora de drenar o abcesso foi feita com a construção de sistema de lavagem por 2 cateteres, após troca *over-the-wire* do dreno *Blake* 30F, para *Readyvac* 12 F e *Pigtail* 12 F.

No entanto, o abcesso manteve-se constante e os parâmetros inflamatórios sempre aumentados. Rediscutido com cirurgia geral, foi protelada nova intervenção cirúrgica por

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868266>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868266>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)