



ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

www.elsevier.pt/acv



CASE REPORT

Tratamento endovascular de aneurisma hipogástrico tardio após cirurgia de aneurisma aórtico



Viviana Manuel^{a,*}, Pedro Martins^a, Ana Evangelista^a, Augusto Ministro^a,
Angélica Damião^a, Luís Mendes Pedro^a e José Fernandes e Fernandes^b

^a Clínica Universitária de Cirurgia Vascular, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (Chln), Lisboa, Portugal

^b Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 14 de dezembro de 2014; aceite a 26 de janeiro de 2015

Disponível na Internet a 13 de março de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Aneurisma;
Artéria hipogástrica;
Endovascular

Resumo O aneurisma da artéria hipogástrica é uma entidade clínica rara, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico associado a mortalidade relevante, sobretudo em contexto de rutura.

Os autores divulgam o caso clínico de um homem de 75 anos de idade, com antecedentes de ressecção parcial de aneurisma aorto-iliaco infrarrenal através de interposição de prótese aorto-bifemoral, a quem foi diagnosticado no «*follow up*» de 9 anos, aneurisma da artéria hipogástrica esquerda (4,5 cm). Este foi submetido a tratamento endovascular através de embolização hipogástrica complementada por implantação de endoprótese ilíaca, o que se revelou uma alternativa segura e eficaz, a curto e médio prazo.

© 2014 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/>).

KEYWORDS

Aneurysm;
Hypogastric artery;
Endovascular

Endovascular treatment of late hypogastric aneurysm after aortic aneurysm surgery

Abstract The internal iliac artery aneurysm is a rare clinical entity, which constitutes a diagnostic and therapeutic challenge, manifested by a high percentage of mortality cases when rupture occurs.

The authors present a 75 year-old male previously submitted to infra-renal aorto-iliac aneurysm partial resection and interposition of a bifurcated aorto-bifemoral graft. At 9 years follow-up a 4,5 cm asymptomatic hypogastric aneurysm was diagnosed. Hypogastric embolization complemented with the implantation of an iliac stent-graft was the treatment of choice, proving to be a safe and effective treatment modality

© 2014 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/>).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: viv.manuel@hotmail.com (V. Manuel).

Introdução

O aneurisma da artéria hipogástrica é uma entidade clínica rara, frequentemente diagnosticado em associação aos aneurismas da aorta abdominal ou da artéria ilíaca primitiva, sendo extremamente invulgar a apresentação isolada¹.

A sua localização pélvica dificulta o diagnóstico precoce, sobretudo quando de pequenas dimensões e assintomáticos, além de tornar o tratamento cirúrgico convencional exigente, principalmente em contexto de rutura, onde apresenta mortalidade relevante.

O advento da era endovascular permitiu oferecer opções de tratamento com menor morbidade e mortalidade, particularmente úteis em doentes de alto risco cirúrgico. Existe, no entanto, o potencial risco de isquemia pélvica associado às técnicas que não permitem preservar a perfusão hipogástrica. O uso combinado de procedimentos endovasculares e a adoção de técnicas «*off-label*» podem ampliar a capacidade de tratamento com sucesso de casos complexos e singulares, como é demonstrado no caso clínico que os autores divulgam.

Caso clínico

Homem de 75 anos de idade, fumador, hipertenso com cardiopatia isquémica e disritmia com antecedentes de ressecção parcial de aneurisma aorto-ilíaco infrarenal e interposição de prótese bifurcada aorto-bifemoral com *bypass* protésico-hipogástrico esquerdo (2002).

Assintomático aos 3 anos de *follow up*, realizou estudo complementar de vigilância que mostrou estenose significativa da anastomose aórtica e falso aneurisma anastomótico femoral esquerdo pelo que foi reoperado. A reintervenção consistiu em ressecção da anastomose aórtica e interposição protésica (*dacron 18mm*) associado a ressecção de falso aneurisma femoral esquerdo com interposição protésica (*politetrafluoretileno 8mm*) e extensão à artéria femoral profunda.

Decorridos 9 anos da intervenção inicial, a avaliação de seguimento por *angio tomografia computadorizada (AngioTC)* mostrou aneurisma da artéria hipogástrica esquerda com 4,5 cm de diâmetro assintomático (fig. 1A, 1B e 1C); a artéria hipogástrica direita apresentava preenchimento retrógrado, sem ectasia associada.

Ao exame objetivo, apresentava massa palpável indolor na fossa ilíaca esquerda, pulsátil e expansível (3 cm de diâmetro). O *eco-Doppler* mostrou oclusão da artéria femoral superficial esquerda, aneurisma poplíteo direito permeável (2,5 cm de diâmetro) e doença tíbio-peroneal bilateral.

A avaliação global e específica pré-operatória, por ecocardiograma e provas de função respiratória, mostraram hipocinesia do septo e parede inferior do ventrículo esquerdo, com compromisso da função sistólica global e obstrução brônquica-bronquiolar ligeira.

Face ao risco cardíaco elevado bem como às várias cirurgias aórticas prévias optou-se por uma opção de tratamento endovascular. Nesse sentido foi efetuada uma abordagem femoral esquerda direta, com isolamento do ramo protésico esquerdo, através do qual se efetuou o acesso com introdutor 7F. Após cateterização da artéria hipogástrica esquerda, utilizando um fio guia hidrofílico 0,035" e um

cateter *Cobra®2 (Terumo®)*, foi avançado o cateter *Van Schie Beacon® (Cook Medical®)* e através dele libertados os coils (*Nester® Embolization Coil, Cook Medical®*). A embolização do saco aneurismático foi complementada com a implantação de endoprótese (ramo ilíaco *Zenith Flex® 14 × 55 mm, Cook Medical®*) no ramo esquerdo do *bypass* aorto-bifemoral (fig. 2A, 2B, 2C e 2D).

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, nomeadamente isquemia do cólon ou glútea, e o estudo por *angioTC* após o procedimento mostrou exclusão do aneurisma da hipogástrica esquerda e permeabilidade do *stent-graft*.

Aos 2 anos de «*follow-up*» o doente mantém-se assintomático e sem repermeabilização do aneurisma, documentada em *angioTC* de controlo (fig. 3). Foi submetido há 2 meses a tratamento convencional de falso aneurisma anastomótico femoral direito e de aneurisma poplíteo direito, sem intercorrências.

Discussão

Os aneurismas ilíacos são infrequentes, estando associados aos aneurismas da aorta abdominal em 10% destes, surgindo isolados em apenas 2% dos casos. O primeiro aneurisma da artéria hipogástrica isolado foi descrito há mais de 100 anos e é extremamente raro, com uma incidência de apenas 0,4%^{1,2}.

Alguns autores sugeriram que o tratamento de aneurisma da aorta abdominal através de interposição aorto-bifemoral com perfusão ilíaca retrógrada poderia predispor ao desenvolvimento de aneurismas do sector ilíaco, incluindo os da artéria hipogástrica³. Contudo, na série estudada por Hill não foi descrita dilatação ilíaca em nenhum dos doentes, sendo a perfusão retrógrada caracterizada como segura, mesmo em casos de ectasia das artérias ilíacas⁴.

A maioria dos doentes é do sexo masculino (relação homem-mulher de 6:1) com uma média de anos de idade ao diagnóstico de 67,2³.

A aterosclerose é a causa mais prevalente (80%), sendo outras causas menos frequentes a infeção (nomeadamente por *Salmonella*), trauma ou doenças do tecido conjuntivo (Marfan)¹.

Os aneurismas ilíacos podem ser assintomáticos (30-80%)^{1,3} e detetados acidentalmente em estudos imagiológicos. A rutura com dor na fossa ilíaca esquerda e choque hipovolémico pode ser a forma de apresentação inicial de um aneurisma não diagnosticado. Os sintomas compressivos tornam-se evidentes quando o aneurisma tem diâmetro superior a 5 cm⁵. A sintomatologia urinária é comum (55%), nomeadamente expressa por micção pulsátil, cólica renal ou hidronefrose^{1,6}. A dor neuropática (13%) e a compressão venosa ou retal são infrequentes⁷.

Ao exame objetivo cerca de 55% dos doentes apresentam uma massa dolorosa palpável na fossa ilíaca¹, como no caso clínico descrito, e ao toque retal ou vaginal é evidente uma massa pulsátil em 36-70% dos doentes⁷.

O estudo por *angioTC* permite aferir a dimensão do aneurisma e as suas relações com as outras estruturas pélvicas, a existência de rutura e de doença aneurismática noutra localização¹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868296>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868296>

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