

RELATO DE CASO: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA CÍSTICA PÓS COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Helena Bossolla Ilg¹; Armando Sergio Valeiro Garcia, José Joaquin de Azevedo Braga;

Diogo de Freitas Valeiro Garcia¹

1. Universidade Nove de Julho - São Paulo - Brasil

2. Hospital Salvalus - Grupo NotreDame Intermédica

INTRODUÇÃO

Pseudoaneurisma é um defeito da parede vascular levando a um hematoma extravascular que se comunica livremente com o espaço intravascular. A localização desta patologia na artéria cística se apresenta de uma forma rara, e foram relatados menos de 25 casos na literatura.

Sua principal etiologia são causas inflamatórias, como a colecistite ou pancreatite, e também trauma iatrogênico de uma colecistectomia, a principal causa desta patologia

RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino de 52 anos, deu entrada no Pronto Socorro em fevereiro de 2020, referindo dor abdominal com piora há 1 dia. Paciente submetida a colecistectomia em novembro de 2019, relatando complicações no pós operatório com presença de abscessos intra abdominais desde então, com necessidade de drenagem cirúrgica. Evoluiu para colúria, acolia fecal, prurido e icterícia e dor abdominal de forte intensidade

Ao exame físico, apresentava regular estado geral, icterícia, uma PA: 137 x 77 mmHg; Temperatura: 36,9°C ; Sat.O2: 99 %; Pulso: 92 bpm FR: 17 ipm.

Solicitados exames laboratoriais e de USG total. TGO 155; TGP 319; BD 2,37; BI 1,83; BT 4,2; GGT 995; FA 207. No ultrassom abdominal havia coleção de conteúdo anecóico na topografia da vesicular biliar medindo 4,1X3,4X3,2 (VOL: 24 CM3) e ausência de dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas; colédoco com calibre normal. Realizada uma colangio ressonância de abdome, a qual apresentou leve dilatação de vias biliares intra hepáticas e moderada no ducto colédoco e imagem ovalada com sinal heterogênea na topografia do leito cirúrgica medindo cerca de 4,9 x 4,7cm. Ducto de Wirsung de aspecto habitual.

No dia seguinte apresentou dois episódios de hematêmese com coágulos e melena. A paciente estava acordada, colaborativa, acianótica, eupneica em ar ambiente, estável hemodinamicamente. Encaminhada à Unidade de terapia intensiva. A endoscopia digestiva alta demonstrou uma esofagite distal erosiva (Grau A de Los Angeles); hérnia hiatal por deslizamento; erosões em segmento gástrico herniado (erosões de Cameron), gastrite antral erosiva leve e secreção sanguinolenta em segunda porção duodenal, possível hemobilia.

A aortografia foi solicitada e como resultado apresentou a aorta abdominal pérvia com irregularidades; tronco celíaco pérvio, originando as artérias hepática, esplênica e gástrica esquerda. Angiografia superseletiva de tronco celíaco e mesentérica inferior apresentou sangramento de grande monta com fluxo turbilhonar em artéria hepática direita com comunicação de ramo de artéria mesentérica superior (ramo de hepática direita aberrante e shunt) com sangramento franco e formação de imagem compatível com pseudoaneurisma em íntima relação com árvore biliar.

Realizou-se a colocação de microcateter com fio guia 0,014" seguida de embolização de ponto de sangramento com técnica superseletiva utilizando molas de liberação controlada 0,021" interlok (03 UI) para oclusão completa de sangramento. A angiografia de controle mostrou ausência de sangramento via artéria hepática ou via artéria mesentérica superior, com pseudoaneurisma excluído e boa contrastação de lobo hepático direito. A conclusão da equipe de cirurgia vascular foi que a embolização do sangramento em topografia de hilo hepático teve sucesso.

A conduta pós procedimento foi encaminhar de volta ao suporte intensivo de UTI, vigilância hemodinâmica e infecciosa, hidratação venosa rigorosa, controle hematimétrico, taxa de hemácias, hb controle e dieta geral. Foi necessária transfusão decorrente da anemia, cujo Hb 7,5 e HT 21,4. Paciente seguiu monitorada e estabilizada, recebeu alta dia 16/02/202

DISCUSSÃO

O principal tratamento indicado é a embolização arterial do pseudoaneurisma a fim de isolá-lo, possuindo uma taxa de cura acima 90% e possuindo menor complicação que a técnica cirúrgica; no entanto se o sangramento não parar deve ser feita uma ligadura cirúrgica da artéria acometida (SALDINGER, 2002; QUEIROZ 2012). Neste relato, pelo fato da paciente apresentar uma anemia grave, foi realizada a estabilização pela arteriografia seletiva, embolizando.

Existem diversas forma de se realizar uma embolização. No relato de caso de Proença foi utilizado n-butil cianoacrilato, sua escolha foi decorrente do componente ser um agente que fazia um controle hemorrágico mais rápido que outros agentes embolizantes. Já no relato de Desai em 2010, a embolização transarterial usando bobinas; técnica semelhante de Muñoz em 2015 e observou-se em ambos uma parada rápida da hemorragia.

REFERÊNCIAS

- Desai AU, MP de Saunders, Anderson HJ, Howlett DC. Embolização arterial transcater bem-sucedida de um pseudoaneurisma da artéria cística secundária à colecistite de cálculo: relato de caso. *Journal of Radiology Case Reports*. 2010; 4 (2): 18-22. DOI: 10.3941 / jr.cr.v4i2.268
- Loizides, S., Ali, A., Newton, R., & Singh, K. K. (2015). Laparoscopic management of a cystic artery pseudoaneurysm in a patient with calculus cholecystitis. *International Journal of Surgery Case Reports*, 14, 182–185. doi:10.1016/j.ijscr.2015.08.007
- SALDINGER, Pierre F. et al. Cystic artery stump pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Surgery*, v. 131, n. 5, p. 585-586, 2002.
- Kuzman MS, Adiamah A, Higashi Y, Gomez D. Rare case of cystic artery pseudoaneurysm. *BMJ Case Rep*. 2018 Mar 28;2018:bcr2017223789. doi: 10.1136/bcr-2017-223789. PMID: 29592994; PMCID: PMC5878289.
- PROENÇA, Ana Luísa et al. Transarterial Embolization of Iatrogenic Cystic Artery Pseudoaneurysm. *GE-Portuguese Journal of Gastroenterology*, v. 27, n. 2, p. 115-118, 2020.