



IMAGEM VASCULAR

Falso aneurisma anastomótico femoral em rotura contida



Contained rupture of a femoral anastomotic pseudoaneurysm

Tiago Ferreira*, Pedro Martins, Ana Evangelista,
Augusto Ministro e José Fernandes e Fernandes

Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Maria – CHLN, Faculdade de Medicina de Lisboa,
Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 27 de julho de 2015; aceite a 28 de fevereiro de 2016
Disponível na Internet a 18 de abril de 2016

Introdução

O *bypass* aorto-bifemoral mantém-se como uma forma de revascularização na doença aorto-iliaca extensa, com excelente durabilidade e uma reduzida taxa de complicações. De entre estas, o falso aneurisma anastomótico ocorre como complicação tardia em 1-5% dos casos, mais frequente a nível da anastomose femoral, mas podendo envolver também a anastomose proximal¹. Os fatores etiológicos de maior relevância são o enfraquecimento da parede arterial, a fadiga das suturas, o *stress* mecânico sobre as anastomoses e a infeção local²⁻⁴. Dados os potenciais riscos de trombose, embolização distal e rotura, está recomendado o tratamento de falsos aneurismas femorais sintomáticos ou com mais de 2,5 cm⁵.

Caso clínico

Homem de 78 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular sob anticoagulação oral e

bypass aortobifemoral em 2007 por doença oclusiva (em outra instituição), recorreu ao serviço de urgência por quadro com 48 horas de evolução de massa pulsátil e expansível inguinal direita, associada a sufusão hemorrágica e sofrimento cutâneo, além de dor e edema do membro.

O estudo por angio-TC mostrou a presença de falso aneurisma da anastomose femoral direita com 11 cm de diâmetro em rotura (figs. 1 e 2), bem como um falso aneurisma de 2 cm na anastomose proximal (fig. 3). A artéria femoral superficial direita encontrava-se ocluída e a artéria femoral profunda apresentava-se permeável, embora com calcificação parietal extensa. Não eram visíveis sinais imagiológicos de trombose venosa profunda ipsilateral e não foram detetados outros aneurismas periféricos.

Procedeu-se a ressecção parcial do falso aneurisma femoral e interposição de prótese de PTFE de 8 mm em posição protésico-femoral profunda, descompressão compartimental e drenagem. Não se verificaram aspetos intraoperatórios sugestivos de infeção. O aneurisma anastomótico proximal será objeto de tratamento após o período de convalescença da referida intervenção, provavelmente através de exclusão endovascular.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: tiagojpferreira@gmail.com (T. Ferreira).

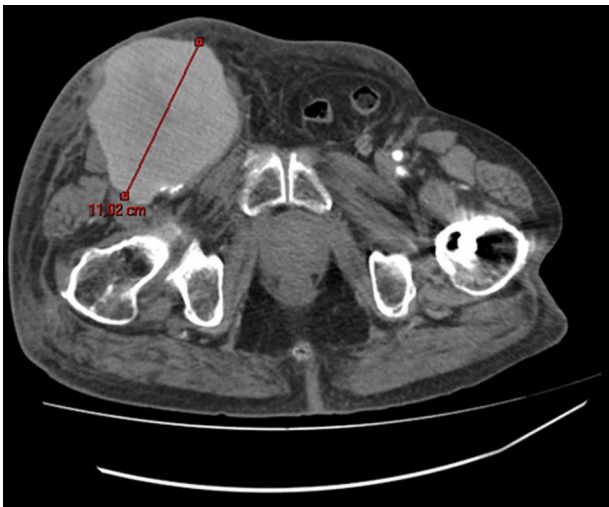


Figura 1 Falso aneurisma da anastomose femoral direita com 11 cm de diâmetro.

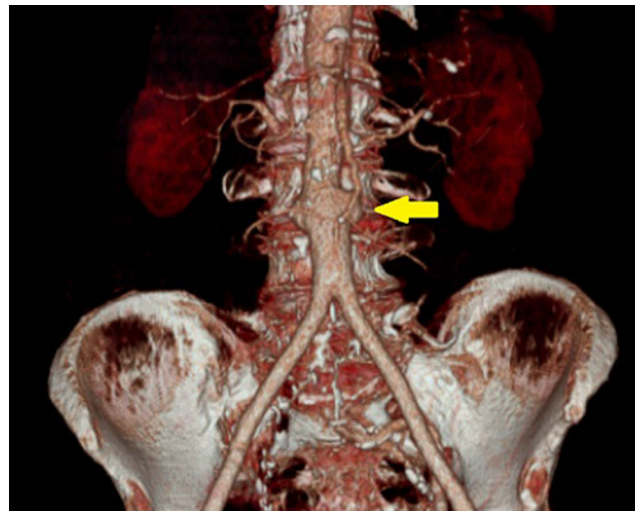


Figura 3 Falso aneurisma da anastomose proximal (seta).



Figura 2 Falso aneurisma da anastomose femoral direita.

O eco-Doppler de controlo após um mês documentou a permeabilidade da reconstrução, sem complicações associadas (fig. 4).

Comentários

Os autores divulgam um caso invulgar de rotura de um aneurisma anastomótico femoral direito exuberante, submetido a tratamento convencional com sucesso. A embolização distal, trombose e rotura são as complicações de falsos aneurismas anastomóticos femorais que constituem indicação para tratamento urgente, habitualmente através de ressecção do aneurisma e interposição de enxerto



Figura 4 Eco-Doppler de controlo, evidenciando a permeabilidade do enxerto.

protésico (na ausência de infeção evidente). O caso apresentado reforça a necessidade de um programa de vigilância rigoroso dos procedimentos de revascularização, nomeadamente as reconstruções aortobifemorais. Apesar da inexistência de *guidelines* formais sobre esta matéria, a prática institucional habitual consiste na avaliação clínica e por eco-Doppler de 6 em 6 meses, durante os 2 primeiros anos de pós-operatório e anualmente após esse período, complementada por estudo aórtico por angio-TC quinquenal.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Hagino RT, Taylor SM, Fuitani RM, et al. Proximal anastomotic failure following infrarenal aortic reconstruction: Late development of true aneurysms, pseudoaneurysms, and occlusive disease. *Ann Vasc Surg.* 1993;7:8.
2. Starr DS, Weatherford SC, Lawrie GM, et al. Suture material as a factor in the occurrence of anastomotic false aneurysms. *Arch Surg.* 1979;114:412.
3. Seabrook GR, Schmitt DD, Bandyk DF, et al. Anastomotic femoral pseudoaneurysms: An investigation of occult infection as an etiologic factor. *J Vasc Surg.* 1990;11:629.
4. Martins P, Sobrinho G, Ferreira T, et al. Pullout syndrome – Axillary anastomotic pseudo-aneurysm. *Angiol Cir Vasc.* 2014;10(1): 30–2.
5. Ochsner JL. Management of femoral pseudoaneurysms. *Surg Clin North Am.* 1982;62:431.