

Aneurismas de la arteria hepática. Descripción de cinco casos y revisión de la literatura

S. Bellmunt-Montoya, J. Maeso-Lebrún, J. Royo-Serrando,
R. Bofill-Brosa, N. Allegue-Allegue, M. Matas-Docampo

HEPATIC ARTERY ANEURYSMS. DESCRIPTION OF FIVE CASES AND REVISION OF THE LITERATURE

Summary. Introduction. We submit the experience of our group with the surgical approach to aneurysms of the hepatic artery. Hepatic artery aneurysms are a rare entity with a low incidence but with a high morbidity and mortality due to their high rupture rate. Patients and methods. From 1989 to 1996 five hepatic artery aneurysms were diagnosed and treated in our Department, 80% were men with a mean age of 59. Surgical treatment was indicated in all cases. The techniques performed were: 1 aneurysmorrhaphy, 1 simple ligation of the common hepatic artery and 3 aneurysmectomies with reconstruction; 2 reversed saphenous vein bypasses from the celiac trunk to the proper hepatic artery and 1 Dacron bypass from the aorta to the common hepatic artery at its bifurcation. The follow-up included anamnesis and CT scans in all patients and a complementary arteriogram in two cases. Results. There was one death during the immediate post-operative period, on its 23rd day from a necro-haemorrhagic pancreatitis; 1 death due to neurological causes two years later (a patent graft had been found on the last control) and 3 remain asymptomatic to date with a patent proper hepatic artery. Conclusion. It is worth mentioning that surgery is an adequate treatment for this pathology, always taking into consideration that treatment should always be tailored to each individual case and that this basically depends on the site, structure of the aneurysm and collateral circulation. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 33-41]

Key words. Aneurysm. Hepatic artery. Surgical treatment.

Servicio de Angiología y
Cirugía Vascular. Hospital
General Vall d'Hebron.
Barcelona, España.

Correspondencia:
Dr. Sergio Bellmunt. Ser-
vicio de Angiología y Ci-
rugía Vascular. Hospital
General Vall d'Hebron. Av.
Vall d'Hebron, 119-129.
E-08035 Barcelona. Fax:
+34932 746 007. E-mail:
sergib@hg.vhebron.es
© 2001, ANGIOLOGÍA

Introducción

La incidencia de los aneurismas de arterias espláncicas es del 0,01-0,2% en series de autopsias estándar [1]; de ellos, la arteria hepática supone el 20% en las publicaciones hasta el año 1970 [2], y del 36 y hasta el 44% en las nuevas series [3]. La incidencia en hombres es mayor que en mujeres (proporción de 2:1) y la

media de edad es de 60 años [4,5]. Estos aneurismas tienen un gran potencial de rotura, siendo ésta la forma de presentación en el 40-60% de los casos pero con un porcentaje decreciente debido al aumento del diagnóstico precoz por la frecuente utilización de técnicas de imagen como los ultrasonidos o la tomografía axial computadorizada (TAC) en el estudio de procesos abdominales.

El objetivo del artículo es exponer la experiencia de nuestro grupo respecto a los aneurismas de arteria hepática y hacer una breve revisión de la literatura.

Pacientes y métodos

Desde el año 1989 hasta el 1996, en nuestro servicio se han diagnosticado y tratado 12 aneurismas viscerales en 11 pacientes. De ellos, 4 fueron aneurismas esplénicos, 2 de arteria mesentérica superior y 5 hepáticos, uno de ellos asociado a un aneurisma de tronco celíaco. Los aneurismas de arteria hepática representaron el 45% del total de aneurismas espláncnicos, presentándose en 4 hombres (80%) y 1 mujer (20%), lo que supone una proporción de 4:1, con una media de edad de 59 años ($r=42-69$ años). La ultrasonografía fue la técnica diagnóstica en un solo paciente. En todos ellos se realizó TAC y arteriografía como métodos de diagnóstico y estudio. El seguimiento ha sido de 23 días a 48 meses mediante entrevista clínica y TAC; la arteriografía sólo se realizó en dos pacientes (Fig. 1).

Las características histopatológicas demostraron una etiología arteriosclerótica en 4 pacientes, siendo el otro caso diagnosticado de displasia fibromuscular.

Tres de los casos presentaron clínica (60%) en forma de dolor inespecífico en hipocondrio derecho, sin relación con la ingesta; los dos restantes fueron hallazgos: uno de ellos durante el estudio de un aneurisma de aorta abdominal y el otro durante el seguimiento de un aneurisma de arteria esplénica roto. Un caso se asoció a otro aneurisma espláncnico de tronco

celíaco. El aneurisma diagnosticado como displasia fibromuscular se asoció a un aneurisma de arteria renal y, además, tenía antecedentes de un aneurisma previo de arteria esplénica roto tratado en otro centro. En dos casos coexistía un aneurisma de aorta abdominal, tratado en el mismo acto quirúrgico. Otras asociaciones fueron una colecistitis tratada con colecistectomía una semana previa a nuestra cirugía y en otro caso una neoplasia de sigma diagnosticada y tratada en el mismo acto quirúrgico. El 80% de los aneurismas fueron fusiformes (tres arterioscleróticos y uno displásico) y el caso restante fue un aneurisma arteriosclerótico sacular. El diámetro medio fue de 35 mm, entre 15 y 50 mm. Tres aneurismas (60%) se localizaron en arteria hepática común y 2 (20%) en arteria hepática común y propia. Todos los aneurismas fueron tratados mediante cirugía ya que todos ellos afectaban a la arteria hepática extrahepática. El abordaje quirúrgico se realizó mediante laparotomía transversa en un caso y laparotomía media en cuatro. Se realizó aneurismorrafia en el aneurisma sacular y aneurismectomía en los demás, uno de ellos mediante ligadura de la arteria hepática común pre y postaneurisma; en los otros tres se asoció una técnica de reconstrucción: en dos ocasiones *bypass* de tronco celíaco a arteria hepática propia con vena safena invertida y ligadura de la arteria gastroduodenal y, en el restante, *bypass* de aorta abdominal a arteria hepática común con prótesis de Dacron (debido a que la paciente no tenía venas apropiadas). Otras técnicas asociadas en los mismos actos quirúrgicos fueron: resección de aneurisma de aorta abdominal e interpo-



Figura 1. Imagen arteriográfica: aneurisma de arteria hepática común englobando su bifurcación.

sición de prótesis bifurcada en dos pacientes, nefrectomía en un caso que presentaba un aneurisma de arteria renal que no pudo ser reconstruido mediante cirugía de banco y una resección de neoplasia de sigma, diagnosticada en el mismo acto quirúrgico.

Resultados

Un paciente murió en el 23.º día del curso postoperatorio debido a una pancrea-

titis necrohemorrágica. Se trataba del paciente intervenido una semana antes por una colecistitis en el que se realizó una colecistectomía, hallándose en el momento de la intervención por el aneurisma, un campo quirúrgico inflamado de difícil disección. Se le había realizado aneurismectomía y reconstrucción con *bypass* de vena safena de tronco celíaco a arteria hepática propia e injerto bifurcado aortobifemoral por aneurisma de aorta infrarrenal. La morbimortalidad inmediata, por lo tanto, fue del 20% (1/5).

En cuanto al seguimiento a largo plazo, el paciente a quien se había realizado ligadura simple de la arteria hepática común murió al cabo de dos años por un infarto cerebral de causa isquémica, presentando en el último control una arteria hepática propia permeable. Los tres pacientes restantes se han mantenido asintomáticos y con arteria hepática propia permeable, uno de ellos a pesar de la trombosis de su injerto de Dacron (ya que la arteria gastroduodenal, distal a la reconstrucción, mantiene permeable dicho vaso), y los dos restantes gracias a la permeabilidad de los injertos de vena safena (Tabla).

Discusión

Debido a la escasa incidencia de los aneurismas de arteria hepática, el estudio sobre el tema se ha de realizar sobre la base de series de pocos casos como es la nuestra, recopilando experiencias aisladas y componiendo entre todos unas normas básicas en su manejo, que nos puedan ayudar en el improbable día que nos ha-

Tabla. Descripción de los cinco casos.

Casos	Localización	Etiología/Morfología	Asociaciones	Cirugía realizada	Seguimiento
1	Arteria hepática común	Displasia fibromuscular. Fusiforme; 50 mm	Aneurisma de arteria esplénica roto antiguo. Aneurisma arteria renal	Ligadura de arteria hepática común. Nefrectomía	Muerte a los 2 años por causa neurológica
2	Arteria hepática común	Arteriosclerosis Fusiforme; 40 mm	Colecistitis. Aneurisma de aorta abdominal de 70 mm	Aneurismectomía + <i>bypass</i> de venas safena. Injerto bifurcado aortobifemoral	Muerte a los 23 días por pancreatitis necrohemorrágica
3	Arteria hepática común y propia	Arteriosclerosis. Fusiforme; 50 mm	Neoplasia de sigma	Aneurismectomía + <i>bypass</i> de venas safena. Resección de neoplasia de sigma	Asintomático
4	Arteria hepática común y propia	Arteriosclerótico. Sacular; 15 mm	Aneurisma de aorta abdominal de 5 cm de diámetro	Aneurismorrafia. Injerto aortobifemoral	Asintomático
5	Arteria hepática común	Arteriosclerosis. Fusiforme; 35 mm	Aneurisma de tronco celíaco	Aneurismectomía + <i>bypass</i> de Dacron	Asintomático

llemos ante este cuadro. Expondremos a continuación unos comentarios que consideramos importantes, derivados de nuestra experiencia y del estudio de otros textos.

La principal etiología de los aneurismas de arteria hepática es la arteriosclerosis en el 30-32% de los casos, la cual está aumentando su importancia relativa debido al aumento de esperanza de vida de la población. A pesar de ello, la causa que está experimentando mayor aumento es la yatrogénica (cirugía biliar [6,7], biopsia hepática [8], cateterismos) con el 22-28% de incidencia: en la serie de Carr et al [9] presentan dos casos de aneurisma de arteria hepática postendoprótesis percutánea en vía biliar por neoplasia maligna obstructiva y dos más con aneurismas viscerales posquimioterapia local en el tratamiento de metástasis hepáticas

por neoplasia de colon, todos ellos de un total de 46 aneurismas de arterias esplánicas.

Los aneurismas de arteria hepática suelen ser asintomáticos y, de los que presentan clínica, el 60-80% lo hacen en forma de rotura, con una mortalidad global del 35% [10-14]. Está descrito que si la rotura se presenta, la hemorragia puede ser hacia cualquiera de las estructuras que rodean a la arteria hepática; en la serie de Salconi et al a peritoneo (44%), a conductos biliares (41%) –se puede dar la tríada de Quicke: hemorragia intestinal por hemobilia, cólico biliar e ictericia–, a duodeno (11%) y a vena porta (5%), originando una fístula arteriovenosa [15] (Fig. 2). Por ello es importante el diagnóstico precoz, cada vez más frecuente, siendo la mayoría de las ocasiones fortuito en exploraciones abdominales reali-

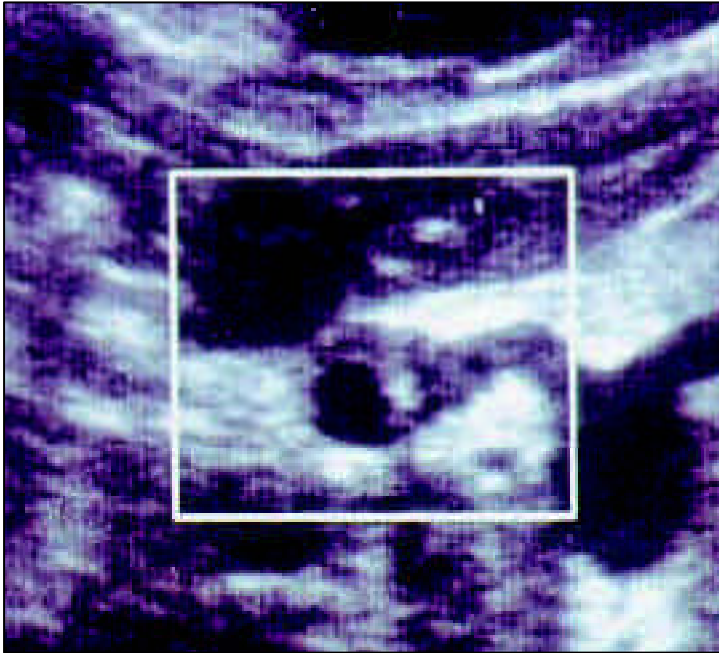


Figura 2. Imagen ecográfica: aneurisma de tronco celiaco y de arteria hepática común [20].



Figura 3. Imagen de angio-TAC: aneurisma de tronco celiaco y de arteria hepática común.

zadas para el estudio de otros cuadros (Fig. 3). El hecho de hallar fortuitamente esta desconocida patología puede provocar una relativización o negación del problema, teniendo en cuenta que los aneurismas de más de 2,5 cm, aunque

pueda parecer un pequeño tamaño, tienen un alto potencial de rotura. Se considera justificada la actitud expectante de los aneurismas asintomáticos menores de 15-20 mm pues se considera un tamaño de bajo riesgo de rotura. En la revisión de la literatura realizada por Rokke et al [16] plantean una hipótesis para determinar el riesgo de rotura de los aneurismas de arteria hepática arteriosclerosos en relación con su tamaño, comparándolos de forma proporcional con los ya estudiados en los aneurismas de arteria aorta abdominal: riesgo bajo (5%) 11-16 mm, riesgo medio (25%) 17-23 mm, riesgo alto (50-70%) >24 mm. Dicha teoría no es aplicable a los pseudoaneurismas (falsos aneurismas) pues las condiciones de la pared no son las mismas que la de los aneurismas arteriosclerosos y su potencial de rotura es mayor a pesar de diámetros reducidos (Fig. 4).

Existen diferentes posibilidades respecto al manejo: abstención terapéutica si se trata de hallazgos casuales en pacientes ancianos, asintomáticos, con aneurismas pequeños y sin tendencia al crecimiento; embolización en aneurismas intrahepáticos, en pseudoaneurismas en los que se prevé una intervención complicada o en extrahepáticos si son saculares pequeños con un buen sistema de circulación colateral; la intervención quirúrgica se considera de elección en aneurismas fusiformes extrahepáticos o en aquellos que no tienen suficiente circulación colateral [17,18]. La embolización fue introducida por Mandel et al [19] en 1987. Se considera una técnica menos agresiva

que la cirugía pero con unas indicaciones determinadas, aunque series como la de Salam et al [3] describen embolizaciones en aneurismas electivos e incluso rotos, de múltiples localizaciones, sin mortalidad alguna. Otras indicaciones pueden ser los aneurismas localizados en el período postoperatorio de otras intervenciones o como coadyuvante de la cirugía, realizando una embolización previa y así disminuir la hemorragia durante la cirugía. En las diferentes publicaciones se habla de unas cifras de éxito del 70-100% en la embolización de aneurismas viscerales en general, con una morbilidad y mortalidad mínimas, si no nulas [19-22]. Las complicaciones de la técnica pueden ser: embolización de un vaso incorrecto, con infarto, necrosis o absceso de estructuras normales; migración de material embolizante; hematomas o falsos aneurismas en el lugar de la punción; recanalización (Salam et al presentan una serie con el 16% de recanalizaciones a 8 meses), y fallo de la técnica (18%). En los aneurismas intrahepáticos se indica la oclusión mediante embolización percutánea; si en estos aneurismas intrahepáticos se indica la cirugía (como por ejemplo si se asocia a otros aneurismas tributarios de cirugía), ésta sería la ligadura proximal a la arteria hepática derecha o izquierda (según corresponda) previo test de clampaje de 5 minutos para observar la tolerancia a la isquemia del segmento hepático afectado y, si el clampaje no fuera tolerado, resección de dicho segmento [18].

Para nosotros, como cirujanos, es importante conocer que el 80% de los aneurismas de arteria hepática son de locali-

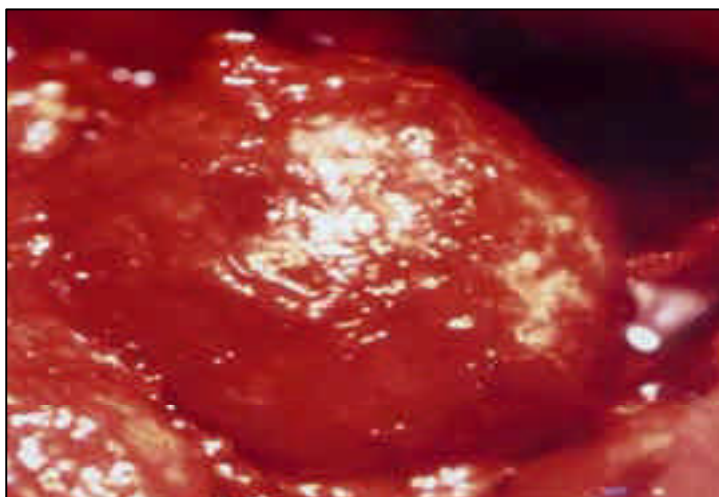


Figura 4. Imagen quirúrgica: aneurisma de arteria hepática común de 5 cm de diámetro.

zación extrahepática (el 100% de nuestra serie) donde la cirugía es la principal indicación terapéutica. Determinar la localización de los aneurismas y el estado de la circulación colateral hepática, básicamente a través de la arteria gástrica derecha y de la arteria gastroduodenal, es esencial a la hora de plantear la estrategia terapéutica de los aneurismas de arteria hepática: la oclusión súbita de la arteria hepática posgastroduodenal puede causar fallo hepático o isquemia de la vesícula biliar [14]; la permeabilidad de la vena porta es importante en la circulación colateral del hígado ya que representa una proporción no despreciable en la irrigación de éste. Los aneurismas proximales a una arteria gastroduodenal de buen calibre (aneurismas de arteria hepática común), con vena porta permeable, se pueden ligar sin problemas. La reconstrucción vascular, por lo tanto, se ha de realizar en los aneurismas de arteria hepática propia y en los aneurismas de hepática común con pobre circulación



Figura 5. Imagen quirúrgica: aneurismectomía (se aprecia el aneurisma abierto) y reconstrucción con un *bypass* de vena safena invertida entre la hepática común y su bifurcación.

colateral [4,23]. Las técnicas más utilizadas son el puente arterial mediante vena autóloga invertida, prótesis sintética, aloinjerto, la resección más reanastomosis o la anastomosis esplenohepática [15]. Es aconsejable el mantener la arteria gastroduodenal distal a la reconstrucción, tanto por la permeabilidad del *bypass* como por la compensación de la irrigación hepática en caso de trombosis del mismo: en nuestra serie, observamos la trombosis de un injerto de Dacron que se

compensó totalmente gracias a la irrigación por dicho vaso. El material de nuestra elección para la reconstrucción siempre es la vena safena invertida por los buenos resultados de permeabilidad y resistencia a infecciones que hemos observado en otros sectores; las prótesis sintéticas (Dacron, PTFE....) las dejaremos en un segundo lugar, cuando no dispongamos de venas apropiadas, por su mayor riesgo de infección y reservaremos los aloinjertos para casos de posible contaminación en los que no se disponga de vena safena (p. ej., el caso en que se resecó una neoplasia de sigma). La elección del material del *bypass* también es aplicable a otras intervenciones en la misma zona en las que sea necesaria la reconstrucción de la arteria hepática como por ejemplo en el trasplante hepático, como técnica de recurso (Fig. 5).

Conclusiones

Se trata de una patología poco frecuente pero su conocimiento es importante ya que sus complicaciones son fatales y éstas se dan frecuentemente por su alto riesgo de rotura. El diagnóstico casual está aumentando gracias a las modernas técnicas de estudio utilizadas pero aún así no deja de ser una patología poco conocida en la que no es fácil pensar ni diagnosticar. La cirugía es un método válido de primera elección en el tratamiento en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta siempre una correcta indicación y estrategia terapéutica. A pesar de los buenos resultados de la cirugía, en un futuro habrá que tener en cuenta el gran avance

de las técnicas endovasculares, aparte de la embolización, como por ejemplo el empleo de endoprótesis recubiertas para el aislamiento de los aneurismas y/o de fístulas arterio-venosas en este sector.

En definitiva, es necesario alcanzar un mayor conocimiento de esta patología para aumentar la capacidad diagnóstica, recopilar más casos y a la vez más experiencia en el manejo.

Bibliografía

1. Bedford PD, Lodge B. Aneurysms of the splenic artery. *Gut* 1960; 1: 312-20.
2. Stanley JC, Thompson NW, Fry WJ. Splanchnic artery aneurysms. *Arch Surg* 1970; 101: 689-97.
3. Salam TA, Lumsden AB, Martin LG, Smith RB. Nonoperative management of visceral aneurysms and pseudoaneurysms. *Am J Surg* 1992; 164: 215-9.
4. Graham JM, McCollum CH, de Bakey ME. Aneurysms of the splanchnic arteries. *Am J Surg* 1980; 140: 797-801.
5. Stanley JC, Wakefield TW, Graham LM, Whitehouse WM, Zelenock GB, Lindenauer SM. Clinical importance and management of splanchnic artery aneurysms. *J Vasc Surg* 1986; 3: 836-40.
6. Hoffmann R, Marincek B, Roggo A, Jost R, Schneider J, Turina M. Rupture of an aneurysm of the common hepatic artery with pancreatic necrosis. *Langenbecks Arch Chir* 1993; 378: 12-6.
7. Graeter T, Schaefer C, Prokop M, Laas J. Three-dimensional vascular imaging: an additional diagnostic tool. *Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 41: 183-5.
8. Tsai CH, Mo LR, Chiou CY, Ko QY, Hwang HS, Hwang MH, et al. Therapeutic embolization of post-cholecystectomy hepatic artery aneurysm. *Hepatogastroenterology* 1992; 39: 158-60.
9. Carr SC, Pearce WH, Vogelzang RL, McCarthy WJ, Nemcek AA, Yao JS. Current management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 1996; 120: 627-34.
10. Graham LM, Stanley JC, Whitehouse WM, Zelenock GB, Wakefield TW, Cronenwett JL, et al. Celiac artery aneurysms: historic (1745-1949) versus contemporary (1950-1984) differences in etiology and clinical importance. *J Vasc Surg* 1985; 2: 757-64.
11. Noah EM, Psathakis D, Bruch HP, Kagel C. Perforated aneurysm of the left hepatic artery. *Zentralbl Chir* 1992; 117: 556-60.
12. Busuttill RW, Brin BJ. The diagnosis and management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 1980; 88: 619-24.
13. Jansen WBJ, Volder JGR. Hemobilia: a report of two cases. *Br J Surg* 1977; 64: 485-6.
14. Sherlock S, Dooley J. The hepatic artery and hepatic veins: the liver in circulatory failure. In Sherlock S, Dooley J, eds. *Diseases of the liver and biliary system*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 179-98.
15. Salcuni PF, Spaggiari L, Tecchio T, Benincasa A, Azzarone M. Hepatic artery aneurysm: An ever present danger. *J Cardiovasc Surg* 1995; 36: 595-9.
16. Rokke O, Sondenaa K, Amundsen S, Bjerke-Larssen T, Jensen D. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 737-43.
17. Rosch J, Dotter CY, Brown MJ. Selective arterial embolisation, a new method for control of acute gastrointestinal bleeding. *Radiology* 1972; 102: 303-6.
18. Jonsson K, Bjernst AD, Eriksson B. Treatment of a hepatic artery aneurysm by coil occlusion of the hepatic artery. *Am J Roentgenol* 1980; 134: 1245-7.
19. Mandel SR, Jaques PF, Sanofsky S, Mauro MA. Nonoperative management of peripancreatic arterial aneurysms. A 10-year experience. *Ann Surg* 1987; 205: 126-8.
20. Goldblatt M, Goldin AR, Shaff MI. Percutaneous embolization for the management of hepatic artery aneurysms. *Gastroenterology* 1977; 73: 1142-6.
21. Baker KS, Tisando J, Cho SR, et al. Splanchnic artery aneurysms and pseudoaneurysms: transcatheter embolization. *Radiology* 1987; 163: 135-9.
22. Steckman ML, Dooley MC, Jaques PF, Powell DW. Major gastrointestinal hemorrhage from peripancreatic blood vessels in pancreatitis. Treatment by embolotherapy. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 486-97.
23. Welch GH, Anderson JR, Leiberman DP. Aneurysms of the hepatic artery: a report of three cases. *J R Coll Surg Edinb* 1986; 31: 91-4.

**ANEURISMAS DE ARTERIA HEPÁTICA.
DESCRIPCIÓN DE CINCO CASOS
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Resumen. Introducción. Exponemos la experiencia de nuestro grupo en la cirugía del aneurisma de arteria hepática, una entidad muy poco frecuente pero con morbilidad elevada debido a su alto índice de roturas. Pacientes y métodos. De 1989 a 1996 se han diagnosticado y tratado cinco aneurismas de arteria hepática en nuestro servicio, el 80% hombres con 59 años de edad media. Se indicó tratamiento quirúrgico en todos los casos. Las técnicas realizadas fueron una aneurismorrafia, una ligadura simple de la arteria hepática común y tres aneurismectomías con reconstrucción: dos bypass de vena safena invertida desde tronco celíaco a arteria hepática propia y un bypass con Dacron desde aorta a arteria hepática común en su bifurcación. El seguimiento se ha realizado mediante anamnesis y TAC en todos los pacientes y arteriografía complementaria en dos de los casos. Resultados. En el postoperatorio inmediato hubo una muerte en el 23º día por pancreatitis necrohemorrágica; en el seguimiento posterior hubo 1 muerte por causa neurológica a los dos años (en el último control se había hallado el injerto permeable) y 3 permanecen asintomáticos hasta la fecha, con arteria hepática propia permeable. Conclusión. Destacamos que la cirugía es un tratamiento adecuado para esta patología, considerando siempre un manejo terapéutico adaptado a cada caso, que depende básicamente de la localización, estructura del aneurisma y de la circulación colateral. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 33-41]

Palabras clave. Aneurisma. Arteria hepática. Tratamiento quirúrgico.

**ANEURISMAS DA ARTÉRIA HEPÁTICA.
DESCRIÇÃO DE CINCO CASOS
E REVISÃO DA LITERATURA**

Resumo. Introdução. Expomos a experiência do nosso grupo na cirurgia do aneurisma da artéria hepática, uma entidade muito pouco frequente, mas com uma morbilidade e mortalidade elevada devido ao seu alto índice de roturas. Doentes e métodos. De 1989 a 1996 foram diagnosticados e tratados cinco aneurismas da artéria hepática no nosso serviço, dos quais 80% eram homens, com idade média de 59 anos. O tratamento cirúrgico foi indicado em todos os casos. As técnicas realizadas foram; aneurismorrafia, uma sutura simples da artéria hepática comum e três aneurismectomias com reconstrução, dois bypasses de veia safena, invertida desde o tronco celíaco até à própria artéria hepática, e um bypass com Dacron desde a aorta até à artéria hepática comum na sua bifurcação. O seguimento fez-se por anamnese e TAC em todos os doentes e arteriografia complementar em dois casos. Resultados. No pós-operatório imediato houve uma baixa ao 23º dia por pancreatite necrohemorrágica; no seguimento posterior houve uma baixa de causa neurológica aos dois anos (no último controlo verificou-se um enxerto permeável) e 3 casos assintomáticos até à data, com artéria hepática comum permeável. Conclusão. Destacamos que a cirurgia é um tratamento adequado para esta patologia, considerando sempre uma abordagem terapêutica adaptada a cada caso, que depende basicamente da localização, da estrutura do aneurisma e da circulação colateral. [ANGIOLOGIA 2001; 53: 33-41]

Palavras chave. Aneurisma. Artéria hepática. Tratamento cirúrgico.