

## ANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA: UMA ABORDAGEM ANATÔMICA EMBASADA NA REVISÃO LITERÁRIA

***Renata Santana Matiles<sup>1</sup>, Sérgio Alvim Leite<sup>2</sup>.***

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu – FACIG,  
[renatasantanamatiles@hotmail.com](mailto:renatasantanamatiles@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médico; cirurgião vascular e docente da graduação de Anatomia da Faculdade de Ciências  
Gerenciais de Manhuaçu – FACIG, [@sergioalvimleite@hotmail.com](mailto:@sergioalvimleite@hotmail.com)

**Resumo:** O aneurisma de artéria hepática é de ocorrência rara, sendo o segundo mais comum dos aneurismas viscerais, prevalente no sexo masculino, é decorrente de processos que levam ao enfraquecimento da parede vascular. Sua identificação é feita geralmente por incidente através de exames de imagem solicitados por outras queixas, por ser uma patologia silenciosa passa despercebida pelo paciente, só se manifestando, muitas vezes, no momento da ruptura, a qual leva um quadro de hemoperitônio. O tratamento varia de acordo com inúmeros fatores, como a localização do aneurisma e a presença ou não de sintomas, em casos sintomáticos há intervenção cirúrgica com a ressecção do local e uso de *stents* e embolização com mola (endovascular), esse tipo de procedimento é delicado pois pode levar a necrose tecidual do órgão irrigado.

**Palavras-chave:** Aneurisma; Artéria Hepática; Hemoperitônio

**Área do Conhecimento:** Ciências da saúde.

### 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Guida e Moore (1966), o primeiro caso de aneurisma de artéria hepática foi relatado pela primeira vez em 1809 através de autópsia, e representa um quinto dos aneurismas viscerais e 1% entre todas as ocorrências aneurismáticas. Ramo do tronco celíaco, a artéria hepática tem papel fundamental na irrigação da maior glândula do corpo. O rompimento de um aneurisma nessa região pode provocar hemoperitônio, além da necrose do órgão.

Por ser um acometimento silencioso é importante estar atento à pacientes com potencial riscos, tais como, fumantes, homens, maiores de 65 anos, histórico familiar, aterosclerose e hipertensos. O tratamento geralmente é cirúrgico, pois, devido a dificuldade de diagnóstico o quadro encontrado é geralmente crítico.

A presente revisão literária objetiva-se a concatenar e realçar os aspectos clínicos e cirúrgicos do aneurisma de artéria hepática, apesar da sua escassa recorrência ao comparar em âmbito geral dos aneurismas, e tem grande importância por, justamente, passar desapercebida ou equivocada com outra disfunção.

### 2 METODOLOGIA

Para realização deste artigo foi realizada uma busca sistemática a respeito da artéria hepática, primeiramente buscou-se ressaltar seus aspectos anatômicos para que o leitor pudesse compreender as implicações do aneurisma no paciente, visto que clínica e cirurgia dependem de um profundo conhecimento anatômico, dessa forma, utilizou-se como fontes três livros de anatomia presentes na biblioteca da FACIG.

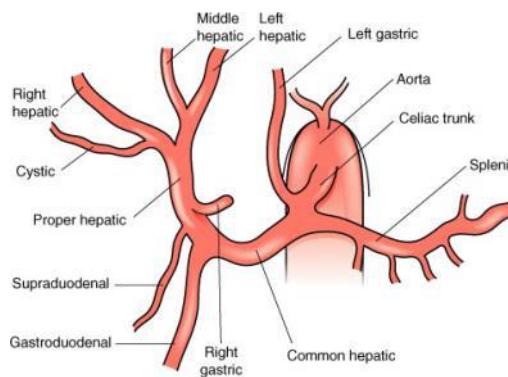
Subsequente, para coletar dados sobre a patologia, utilizou-se um livro sobre cirurgia vascular e as bases de dados CAPES, Scielo e MEDLINE com os descritores: aneurisma, artéria hepática. Foram utilizados artigos em português, inglês e espanhol, principalmente relatos de caso.

Para selecionar os dados, foi realizada uma leitura rápida e posteriormente uma seleção das informações, aquelas discordantes priorizou-se as quais tinham publicação mais recente. Após a seleção, as informações foram ordenadas e sumariadas de acordo com o assunto e o progresso clínico.

### 3 DESENVOLVIMENTO

A artéria hepática é ramo do tronco celíaco, primeira derivação da artéria aorta abdominal em nível de T12. Ela pode ser dividida em duas porções, a chamada artéria hepática própria e artéria hepática comum. Essa última corresponde à porção que segue do tronco celíaco até a origem do tronco gastroduodenal – irriga o estômago, pâncreas e a primeira parte do duodeno –, a primeira corresponde à porção seguinte, a qual, logo à frente, dará origem aos ramos esquerdo e direito – emite um ramo chamado de cístico para a vesícula biliar. Essas ramificações, juntamente com a veia porta dividirão o fígado em lóbulos. (MOORE *et al*, 2002)

Figura 1- Divisão do tronco celíaco e artéria hepática comum.



Fonte: BLUMGART *et al*, 2012

A artéria hepática irriga o fígado de forma independente, assim as partes direita e esquerda possuem irrigação separada, tal artéria penetra no fígado por uma região chamada porta hepática na superfície visceral do fígado. Cerca de 30% do suprimento sanguíneo do fígado é feito pela artéria hepática. Além disso, ela tem importância fundamental ao levar a inervação simpática e parassimpática na túnica adventícia até o fígado (MOORE *et al*, 2002).

Admite-se neste vaso algumas variações anatômicas, tais como: o ramo da artéria hepática esquerda pode derivar da artéria gástrica esquerda; a artéria hepática direita da artéria mesentérica superior; a artéria hepática comum pode se originar da mesentérica superior, em 25% dos casos a artéria mesentérica superior poder irrigar o lobo hepático direito (FATTINI *et al*, 2007). Na região de tronco celíaco também podem ocorrer variações, ao invés de tronco com três ramos, há formação de um tronco hepatoesplênico (5%) ou formação de tronco hepatomesentérico (3%) (SOBOTTA, 2000).

As patologias que podem acometer a artéria hepática são a oclusão e o aneurisma. Doença estenótico-occlusiva pode ser causada por trombose (hipercoagulabilidade, arteriosclerose grave ou vasculite), embolização (endocardite, tumores, embolização terapêutica ou quimioembolização), iatrogênica (ligadura de artéria durante procedimentos cirúrgicos), vasculite (por mecanismos não trombóticos), alterações estruturais da parede da artéria (aneurisma de artéria hepática), eclâmpsia, uso de cocaína e crises falcêmicas.

O Aneurisma da artéria Hepática (AAH) representa 20% dos aneurismas viscerais, que dentre todos os aneurismas correspondem a 1%, sendo o segundo mais prevalente entre os aneurismas viscerais. Com maior prevalência no sexo masculino, cerca de 80% dos casos, o diagnóstico precoce é mais raro devido ao receio masculino em procurar atendimento médico, fator que contribui para as altas taxas de morbidade (HORTON KM *et al*, 2007). Eles se apresentam como uma dilatação nos vasos com dimensões que vão de 2 a 10 cm em formato de balão.

Os aneurismas da artéria hepática representam 15 a 20% dos aneurismas arteriais viscerais (seguido pelo baço e rim). Em relação à sua etiologia, as principais causas são as mesmas que para aneurismas esplênicos e renais: aterosclerose (32%), degeneração meio-normal (24%), trauma (22%), mioses (5%), outros (processos inflamatórios, doenças teciduais, inflamação conjuntiva, periarterial devido a colecistite / pancreatite, displasia fibromuscular).

A localização pode ser extra-hepática ou intra-hepática: A localização extrahepática representa 66% dos casos; sua distribuição está na artéria hepática direita (47%), artéria hepática comum (22%), hepática (16%), hepática esquerda (13%), cística (1%). Sua principal causa é a aterosclerose. A

localização intrahepática (menos de 50% dos casos) e suas principais etiologias são os traumatismos. Em geral, eles geralmente se manifestam clinicamente aos 40 anos de idade.

Segundo o National Heart, Lung, and Blood Institute e O'Driscoll D et al, as principais causas do aparecimento da patologia são arteriosclerose, trauma, cirurgia, inflamação, uso de tabaco, hipertensão, infecção, necrose da túnica média, doenças relacionadas ao colágeno, artrites e anomalias congênitas. Os riscos dos aneurismas abdominais aumentam com o envelhecimento, principalmente após os 65 anos.

Figura 2 – Diâmetro normal de artérias do tronco celíaco

Artery	Authors	Literature data
Celiac trunk	Best e cols. (1991)	0.80
Left gastric	Yan e cols. (1998)	0.206
Common hepatic	Han e cols. (2002)	0.27
	Ishigami e cols. (2004)	0.63
Proper hepatic	Nghiem e cols. (1999)	0.30
	Douard e col. (2002)	0.20
Left hepatic	Nghiem e cols. (1999)	0.20
Right hepatic	Ahn e cols. (2005)	0.24
	Nghiem e cols. (1999)	0.30

Adaptado de: SILVEIRA et al, 2009.

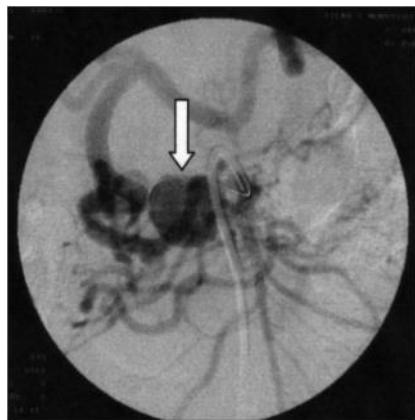
O aneurisma de artéria hepática geralmente é silencioso e detectado incidentalmente, quando ocorre antes da ruptura. Conforme detalhado por Andrade et al (2012), os sintomas apresentados pelo paciente geralmente são hemorragia gastrointestinal, dor no quadrante superior direito que se irradia posteriormente e icterícia obstrutiva– 33% dos casos

O exame físico pode dar sinais da patologia, entretanto, apenas exames de imagem podem confirmar o problema. O AAH pode ser confirmado através de TC de contraste, TC dinâmica ou angiotomografia, esta última é a mais indicada por permitir a visualização de pequenos detalhes anatômicos, entretanto esse procedimento possui limitações, pacientes com deficiência renal ou intolerantes a contraste a base de iodo. Mas uma alternativa que vem sendo cada vez mais usada é a angiotomografia por ressonância magnética com contraste, esse método é tão eficiente quanto a angiotomografia já conhecida e permite a seleção de um tratamento ainda mais eficiente (SHANLEY CJ, 1996).

É importante a solicitação de exames que definam bem o problema, já que Pinto et al, em 2005, relatou aneurisma nessa artéria que simulava lesão em cabeça de pâncreas, diagnóstico que só foi colocado em questionamento após exames laboratoriais - ALT, AST, fosfatase alcalina, gama GT, bilirrubinas, CA 19-9 - que não condiziam com os achados clínicos. Também é importante atentar para o fato de pseudoaneurismas que ocorrem nas artérias acessórias, ou também chamadas de aberrantes como a proveniente da artéria mesentérica superior já citada, pois há relatos na literatura de aneurisma nessa estrutura.

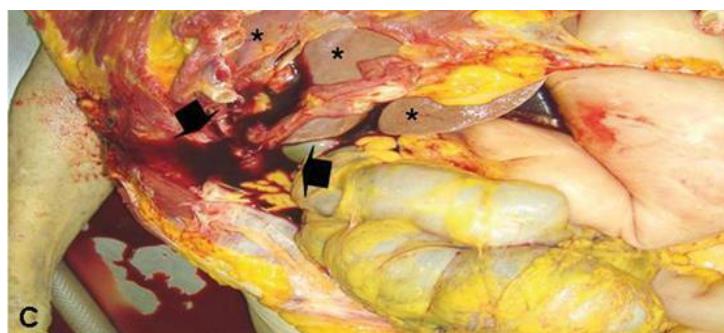
A ruptura espontânea do vaso é preocupante, pois gera um quadro de hemoperitônio, que leva a mortalidade em 35% a 85% dos casos (GROTEMEYER D et al, 2009).

Figura 3 – Angiografia celíaca mostrando artéria hepática com aneurisma



Fonte: ANDRADE *et al*, 2012.

Figura 4 – Hemoperitônio por ruptura da Artéria Hepática.



Fonte: SANTOS *et al*, 2010.

O tratamento é em grande parte cirúrgico e por embolização com mola por que o risco de necrose tecidual é considerado pequeno. Isso, no entanto, para Andrade *et al*, não elimina a necessidade de se avaliar outros fatores que possam gerar complicações durante o procedimento cirúrgico e pós-cirúrgico e, nesse caso, devem ser considerados tratamentos alternativos.

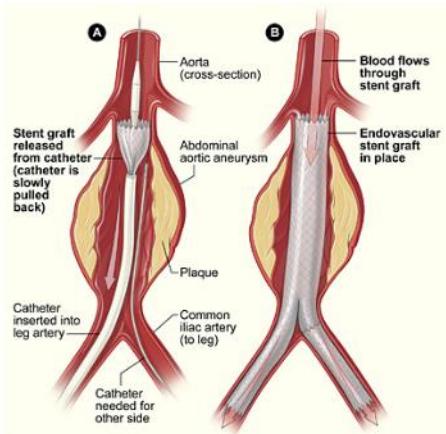
A conduta cirúrgica depende da localização do aneurisma, para Parolim *et al*, em região de hepática comum, o aneurisma pode ser ligado sem grandes riscos, se perto da artéria gastroduodenal, do contrário o aneurisma deve passar por ressecção cirúrgica e reconstrução a fim de evitar isquemia hepática por risco de prejuízo da circulação colateral do órgão.

Em lesões intra-hepáticas, menos frequentes numa relação de 1:4 quando comparadas com os extra-hepáticos, são comuns a embolização angiográfica com o uso de Gelfoam cujo mecanismo de ação se dá através de suporte mecânico, quando aplicado em superfícies hemorrágicas impede o sangramento através da formação de um coágulo artificial, além de produzir uma matriz mecânica que auxilia na coagulação e Ciancrilat, monômeros líquidos que se polymerizam quando aplicados à pele, formando uma forte cola, seguido da excisão da área lesada e religação do vaso.

Usa-se também endoprótese endovascular e *stent* percutâneo.

Em casos assintomáticos, Larson AR *et al*, recomenda utilizar tratamentos com dispositivos endovasculares. No pós-operatório deve-se ter cautela e atentar para risco de necrose do órgão e choque circulatório.

Figura 5 – Stent endovascular



Fonte: NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE

#### 4 CONCLUSÃO

Ao fim, é importante destacar a importância da investigação clínica a fim de impedir a ocorrência do rompimento e maiores complicações, além de rememorar aos profissionais de saúde a possibilidade desse acometimento, por vezes negligenciado e, por isso, de alta mortalidade. Para isso, os exames de imagem são essenciais para o diagnóstico e a escolha da melhor terapêutica. Ficar atento à presença de sopros sistólicos à ausculta abdominal no quadrante superior direito e epigástrico e a presença de calcificações em topografia da região da artéria hepática à radiografia simples de abdome podendo indicar calcificação de parede do aneurisma. É importante considerar esta doença quando encontramos um paciente com dor abdominal ou hemorragia digestiva de etiologia desconhecida. A apresentação clínica não é específica e pode incluir dor abdominal, hemorragia, icterícia digestiva alta ou obstrutiva. A hemorragia digestiva pode ser devido à ruptura do aneurisma no trato biliar, erosão do bulbo duodenal ou fístula arterointestinal.

#### 5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.J.O; SILVA, A.C.B; FRANÇA, L.S; FRANÇA, L.S; SOUZA, J.R. **Hepatic artery aneurysm: incidental diagnosis with abdominal ultrasonography and treatment by coil embolization.** Brasil: J. vasc; 2012.

GROTEMEYER, D; DURAN, M; PARK, E.J; HOFFMANN, N; BLONDIN, D; ISKANDAR, F; *et al.* **Visceral artery aneurysms-follow-up of 23 patients with 31 aneurysms after surgical or interventional therapy.** Langenbecks Arch Surg; 2009.

GUIDA, P.M; MOORE, S.W. **Aneurysm of the hepatic artery. Report of five cases with a brief review of previously reported cases.** Surgery; 1966

HORTON, K.M; SMITH, C; FISHMAN, E.K. **MDCT and 3D CT angiography of splanchnic artery aneurysms.** AJR Am J Roentgenol; 2007.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. **Aortic Aneurysm.** Disponível em: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/aneurysm>.

LARSON, A.R; SOLOMON, J; CARPENTER, J.P. **Stent graft repair of visceral artery aneurysms.** J Vasc Surg; 2002.

O'DRISCOLL, D; OLLIFF, S.P; OLLIFF, J.F. **Hepatic artery aneurysm.** Br J Radiol; 1999.

PAROLIM, M.B; LOPES, R.W. **Doenças vasculares do fígado.** In: Kalil AN, Coelho JUC, Strauss E. Fígado e vias biliares: clínica e cirurgia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001

SHANLEY, C.J; SHAH, N.L; MESSINA, L.M. **Common splanchnic artery aneurysms: splenic, hepatic, and celiac.** Ann Vasc Surg; 1996.

SILVEIRA, L.A; SILVEIRA, F.B.C; FAZAN, V.P.S. **Arterial diameter of the celiac trunk and its branches: anatomical study.** Brasil: Acta Cir; 2009.

SOBOTTA, J. **Atlas der Anatomie des Menschen.** München: Urban & Fischer Verlag; 2000.