

## ANEURISMAS ESPONTÂNEOS COM LOCALIZAÇÃO RARA. A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

OTÁVIO MARTINS DE TOLEDO \*  
JOAQUIM BUENO NETO \*\*

ALBRECHT HENEL \*\*\*  
MIGUEL ZUPPO \*\*\*\*

Os aneurismas arteriais das extremidades, tanto os espontâneos ou secundários, como os de origem traumática, constituem ocorrências relativamente raras; em períodos de guerras a casuística dos aneurismas traumáticos aumenta muito. No Serviço Cirúrgico em que trabalhamos, em 16 anos, foram observados apenas 23 casos de aneurismas arteriais das extremidades, dos quais, 16 espontâneos e 7 traumáticos. Dos 13 casos de aneurismas espontâneos, quase todos, a julgar pelas reações sorológicas positivas, eram de natureza luética; dentre êles, dois apresentavam localização rara, um na artéria pediosa, e outro em ramo da artéria isquiática.

### OBSERVAÇÕES

J. J. N., homem com 40 anos de idade, brasileiro, pardo, solteiro, carvoeiro, foi admitido no Hospital das Clínicas, em 28-8-1951, com uma queixa intestinal baixa, ignorando completamente a existência da tumoração pulsátil que apresentava no dorso do pé esquerdo. Os exames procedidos mostravam que o paciente apresentava retite estenosante por linfogranulomatose, tratada por amputação perineal do reto, com transversostomia prévia.

Com relação aos membros inferiores, o paciente relatava apenas inchaço nos pés, principalmente no esquerdo, quando andava muito e quando o calor era excessivo. Nunca notara a existência de qualquer tumor no dorso do pé esquerdo, não sabendo, portanto, informar quando êle apareceu e qual sua causa, negando ter traumatizado essa região. Como antecedentes pessoais refere reumatismo, blenorragia, cancro e adenite supurada. É etilista e tabagista moderado. No exame físico dos diversos aparelhos, excluído o gastrintestinal, há apenas a notar, na área cardíaca, um sopro sistólico na ponta e um sopro aórtico. Pressão arterial, 120-80 mm Hg. Discreto edema no pé e região tibiotársica à direita.

*Membro inferior esquerdo* — A côxa e perna esquerdas nada apresentam de anormal. O pé esquerdo (fig. 1) está mais edemaciado, principalmente no dorso, sendo mais quente que o pé direito. No dorso do pé, a 6 cm abaixo da articulação tibiotársica, no trajeto da artéria pediosa, palpa-se pequeno tumor, difuso, de limites pouco nítidos, de consistência elás-

---

Trabalho da 1ª Clínica Cirúrgica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Alípio Correia Neto).

\* Médico assistente.

\*\* Médico auxiliar.

\*\*\* Médico interno.

\*\*\*\* Doutorando de Medicina.

tica, que apresenta pulsação síncrona com o pulso radial e frêmito de pouca intensidade. A ausculta do tumor revela sôpro intermitente, sistólico e curto. A compressão da pediosa, acima do tumor, desaparecem o frêmito e o sôpro, e o tumor diminui de volume. As artérias periféricas, inclusive a tibial posterior e a pediosa, são igualmente palpáveis nos dois membros.

*Exames complementares — Reações sorológicas para sífilis (2-7-1951):* R. Wassermann anticomplementar; R. Kline positiva. Após tratamento com penicilina (17-8-1951): R. Wassermann negativa; R. Kahn negativa; R. Kline positiva. *Termometria:* A termometria comparativa dos dois pés acusou temperatura mais elevada no dorso do pé esquerdo, como já fôra notado pela palpação. *Oscilometria:* índice oscilométrico igual em ambos os membros.

*Arteriografia,* feita com Cilatrast, por punção direta da artéria pediosa previamente dissecada, mostrou uma formação sacular, do tamanho de uma avelã, no trajeto da artéria referida. Após a arteriografia, a pediosa foi seccionada, acima do tumor, entre duas ligaduras.

*Diagnóstico clínico —* Aneurisma espontâneo, provavelmente sífilítico, da artéria pediosa esquerda.

*Tratamento —* A ligadura dupla e secção do segmento proximal da artéria pediosa, feita imediatamente após a arteriografia, já havia constituído um tratamento. Realmente, nos dias seguintes a essa ligadura, a pulsação, o frêmito e o sôpro desapareceram e o tumor se tornou endurecido. Após a ligadura, o tumor, como era de se esperar, continuou a fazer saliência no dorso do pé; com a finalidade de melhor esclarecer a etiologia, resolvemos proceder à sua extirpação. A *aneurismectomia* foi realizada em 16-8-1951, sob anestesia local; colocado o garrote, por prevenção, sem ser apertado, no terço inferior da perna, foi feita a incisão da pele, do subcutâneo e da aponeurose do dorso do pé, numa extensão aproximada de 5 cm; depois de ligeira dissecação, foi encontrada, entre os tendões dos extensores, uma tumoração arredondada, dura, do tamanho de uma azeitona, apresentando aderências com os tecidos vizinhos; desfeitas essas aderências, dissecados e ligados os segmentos proximal e distal da pediosa, o aneurisma foi facilmente extirpado.

*Exame anátomo-patológico —* Aneurisma da artéria pediosa; arteriosclerose. Os cortes da parede do aneurisma mostram tecido colágeno acompanhado de feixes musculares em algumas áreas e de fibras elásticas em outras. Não foram encontrados infiltrados inflamatórios que sugerissem a etiologia do processo. Os cortes transversos do aneurisma mostravam a limitante elástica interna desdobrada (Dra. Maria Luísa Mercadante).

*Pós-operatório —* Transcurso normal. A aneurismectomia, como se esperava, não acarretou qualquer deficiência circulatória no pé e o doente recebeu alta, curado do aneurisma, em 10-10-1951, não tendo mais voltado ao Serviço, nem enviado notícias.

*Comentários —* Em face do exame físico, que mostrou tratar-se de um tumor de consistência elástica, com pulsação, frêmito e sôpro sistólicos, que desaparecia pela compressão proximal da artéria, em cujo trajeto se localizava e, à vista da imagem arteriográfica, não houve dificuldade diagnóstica. Como não havia referência a traumatismo da região e não existisse qualquer cicatriz na área do tumor, o aneurisma não podia ser traumático e sim espontâneo.

Muitas vezes é difícil estabelecer a natureza etiológica dos aneurismas espontâneos. As causas mais comuns são a sífilis e a arte-

riosclerose, não sendo sempre fácil o diagnóstico etiológico diferencial, principalmente nos casos de aneurismas de pequenas artérias periféricas; mesmo nos casos com sinais clínicos evidentes de sífilis e reações sorológicas positivas, nem sempre o exame anátomo-pato-

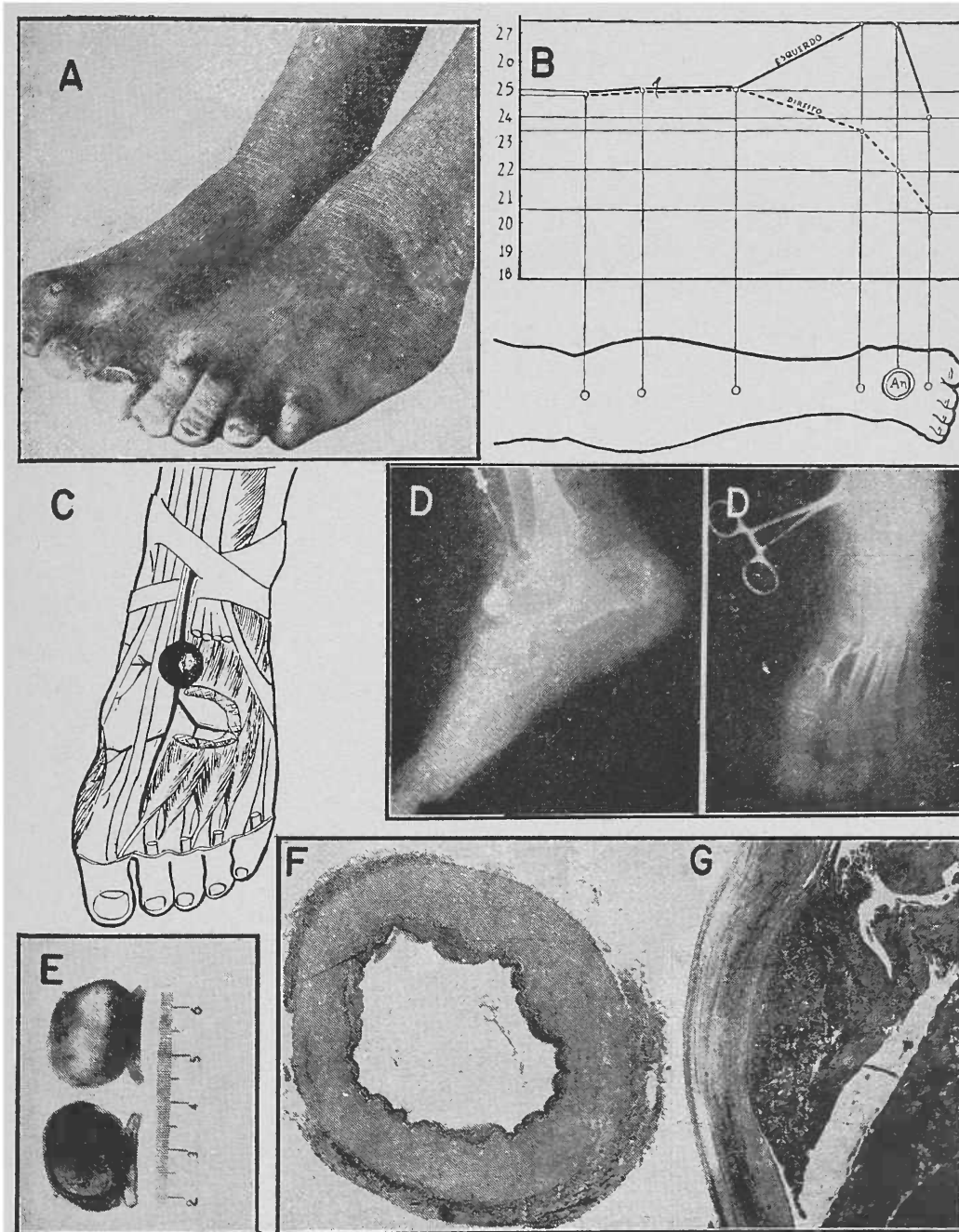


Fig. 1 — Caso J. J. N. Em A, aneurisma da artéria pediosa antes de operado; em B, termometria cutânea dos membros inferiores a partir do joelho; em C, esquema mostrando as relações topográficas do aneurisma; em D, arteriografias mostrando o aneurisma sacciforme no trajeto da artéria pediosa esquerda; em E, aspecto macroscópico do aneurisma estirpado, cortado ao meio; em F, corte microscópico da artéria aneurismática; em G, corte da parede do aneurisma.

lógico encontra elementos que autorizem o diagnóstico de lues. Acresce ainda, para dificultar ainda mais a diferenciação, que a sífilis e a arteriosclerose podem coexistir no mesmo indivíduo.

Em nosso caso, em virtude da idade do paciente (40 anos), da positividade das reações sorológicas para sífilis e da ausência de sinais clínicos de arteriosclerose, a etiologia luética se impunha, embora seja sabido que pode haver arteriosclerose precoce. Todavia, ao exame anátomo-patológico do aneurisma não foram encontrados sinais de arterite sifilítica e sim de arteriosclerose. Não sabemos se, diante da disparidade entre o exame clínico e o exame anátomo-patológico, deveríamos, neste caso, excluir inteiramente a sífilis como fator etiológico adjuvante, ou admiti-lo ao lado da arteriosclerose, e considerar o aneurisma como de natureza arteriosclerótico-sifilítica, o que nos parece ser mais razoável.

O tratamento de escolha dos aneurismas das pequenas artérias periféricas é, em geral, a aneurismectomia, precedida da ligadura dupla, extra-sacular, da artéria. A extirpação do aneurisma, geralmente fácil nesses casos, pode ser realizada sem dano à circulação colateral e aos tecidos vizinhos, sem perigo, pois, de gangrena das partes distais. Nos casos em que houver alguma dificuldade na extirpação do aneurisma, pode ser feita a ligadura do segmento proximal da artéria, rente à bôlsa, método que, nos pequenos aneurismas de artérias periféricas, geralmente dá bons resultados. O aneu-

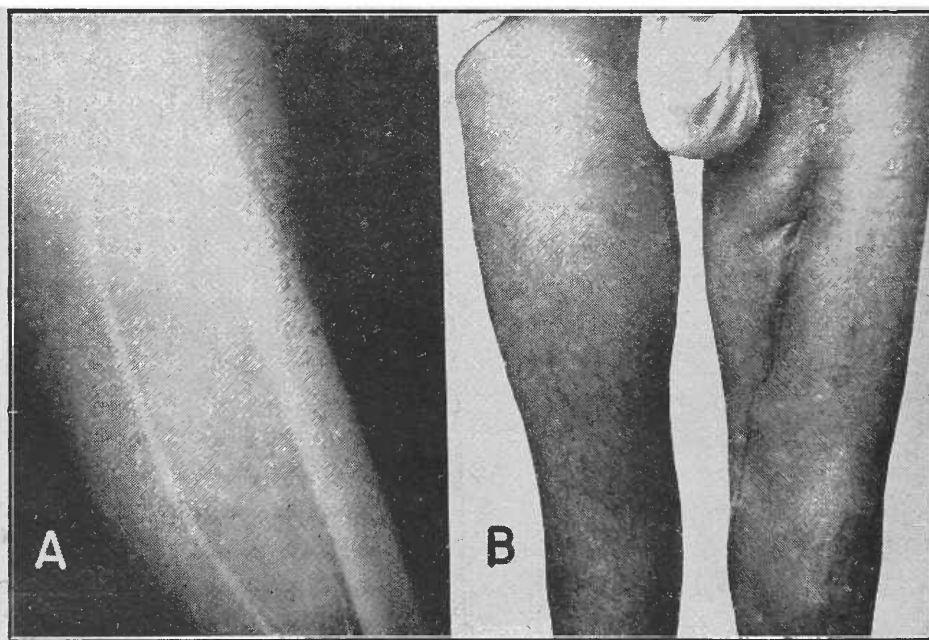


Fig. 2 — Caso E. C. Em A, arteriografia feita por punção direta da femoral, abaixo da arcada, mostrando a integridade dessa artéria; não está visualizada a femoral profunda, cuja ausência foi comprovada no ato operatório. Em B, incisão operatória ainda não inteiramente cicatrizada.

risma obliterado por coagulação, após a ligadura, tende a desaparecer com o tempo, por reabsorção do coágulo; entretanto, sua permanência durante certo período, sob forma de tumor duro, pode, conforme seu tamanho e localização, acarretar alguns inconvenientes, razão pela qual, a extirpação deve ser sempre preferida. Os aneurismas das pequenas artérias periféricas não comportam o emprego de métodos intra-saculares, e a pouca importância e reduzido calibre dessas artérias, não aconselham a tentativa de restauração de sua continuidade.

No caso ora apresentado, a ligadura proximal da artéria pediosa, feita a alguma distância da bolsa (ligadura de Hunter), ocasionou a obliteração do aneurisma, por coagulação intra-sacular. Esta ligadura, por si só, certamente teria sido suficiente para a cura do paciente. Pelas razões já expostas, foi ela, no entanto, complementada pela aneurismectomia, realizada não ao mesmo tempo que a primeira ligadura, porém, num segundo tempo, por motivos de somenos importância.

E. C., homem com 22 anos de idade, brasileiro, branco, solteiro, trabalhador rural, internado em 7-5-1952 no Hospital das Clínicas. Refere o paciente que, há 4 meses, depois de forte dor em pontada na coxa esquerda, notou nessa região o aparecimento de um tumor difuso, às vezes doloroso. Na mesma ocasião teve dores articulares, principalmente na articulação metacarpo-falangiana do anular direito e no cotovelo do mesmo lado. Nos antecedentes pessoais relata infecção sífilítica. O paciente já estivera internado em outro Serviço, onde fôra feita uma incisão ao nível do tumor, para a colheita de material de biópsia, na suposição de se tratar de neoplasia. Entretanto, depois de incisados os planos superficiais, foi verificado que a tumoração era constituída por massa de coágulos; o tecido subcutâneo e a pele foram fechados com dois pontos separados de fio de seda. Após essa pequena intervenção, o paciente teve, nos dias que se seguiram, duas hemorragias através da incisão, uma das quais tão intensa que o levou a estado de choque.

Pelo exame local verificou-se que a coxa esquerda estava muito aumentada de volume nos seus dois terços superiores, em consequência da presença de um tumor, pouco doloroso à pressão. À palpação notou-se um frêmito sistólico, de pouca intensidade, na parte mais saliente do tumor e, pela ausculta, ouviu-se sopro sistólico, intermitente; artérias tibial posterior e pediosa palpáveis em ambos os lados. Pressão arterial: mx. 120; mn. não mensurável. Pulso com 134 bat./min. Temperatura 39°C. *Reações sorológicas para a lues*: R. Wassermann anticomplementar; R. Kahn e Kline positivas.

*Diagnóstico clínico* — Aneurisma espontâneo rôto (provavelmente sífilítico) da artéria femural esquerda.

*Operação* (13-5-1952) — Anestesia geral por inalação endotraqueal de ciclopropano e oxigênio. Foram colocados dois garrotes no membro, um na raiz da coxa, outro no seu terço inferior, os quais ficaram dentro do campo esterilizado, prontos para serem apertados a qualquer momento; incisão longitudinal da pele e subcutâneo, iniciada no meio da prega ingüinal e dirigida distalmente, no trajeto dos vasos femurais, numa extensão de 12 cm; incisão da aponeurose e dissecação da artéria femural, a qual foi a seguir, enlaçada por um garrote de borracha, como preparação à hemostasia preventiva. Neste momento foi feita a *arteriografia* por punção direta da artéria femural, verificando-se que esta, bem visualizada, não apre-

sentava nenhuma solução de continuidade (fig. 1), o que afastou a possibilidade de estar o aneurisma localizado em seu curso; a artéria femural profunda não foi visualizada, embora o contraste tenha sido injetado na artéria femural em nível alto, junto da arcada. Com os informes fornecidos pela arteriografia foi iniciada a intervenção sobre o aneurisma propriamente dito, sendo comprimido o garrote colocado na raiz da coxa, assim como o que circundava a artéria; incisão da tumoração na face anterior da coxa em toda a extensão da ferida operatória, mostrando a existência de grande bolsa cheia de sangue coagulado e fibrina, que foram retirados manualmente. Esta bolsa, numa parte mínima, era revestida por uma membrana com aspecto de endotélio e, na maior parte, delimitada pelos tecidos da região. Após vistoria cuidadosa dessa loja pseudo-aneurismática, foi encontrada, em seu polo superior, uma membrana esbranquiçada e lisa, com aspecto de fragmento de endotélio, na superfície da qual se abriam dois pequenos orifícios dos quais jorrava sangue, à maneira de artéria, separados um do outro por uma distância de uns 3 cm. Esses dois orifícios apresentavam contornos regulares, dando a impressão de serem correspondentes aos segmentos proximal e distal da artéria, abrindo-se numa bolsa aneurismática rôta; ambos foram suturados com dois pontos separados de fio de seda. Os garrotes da raiz e do terço inferior da coxa foram afrouxados, só permanecendo apertado o que constringia diretamente a artéria femural, verificando-se, então, não haver sangramento no campo operatório. Em seguida, foi feita inspeção cuidadosa de todo o campo operatório; com o fim de identificar a artéria responsável pelo hematoma; a artéria femural foi dissecada até o ligamento ingüinal, não tendo sido encontrada a artéria femural profunda, nem qualquer outro vaso que correspondesse aos orifícios suturados. Esta pesquisa confirmou, pois, a ausência, neste caso, da artéria femural profunda, já indicada pela arteriografia; pela inspeção feita no campo operatório, chegou-se à conclusão de que a artéria rôta deveria ser, provavelmente, um ramo da artéria isquiática e que, realmente, o que se romperá, fora um aneurisma dessa artéria. Após o tamponamento da cavidade, a ferida operatória foi diminuída na sua extensão pela sutura parcial dos diferentes planos com pontos separados.

*Diagnóstico pós-operatório* — Aneurisma espontâneo, rôto, de ramo da artéria isquiática.

*Pós-operatório* — No pós-operatório prosseguiram o tratamento anti-sifilítico e a administração de antibióticos. Foram feitos curativos diários da ferida operatória com água oxigenada. O doente melhorou progressivamente e a cicatrização da ferida decorreu normalmente. Os pulsos das artérias poplítea, tibial posterior e tibiosa continuaram palpáveis depois da operação. Em 6-6-1952 o paciente teve alta, com a incisão prestes a cicatrizar-se, em boas condições. O paciente voltou ao Serviço um mês após a operação, completamente restabelecido. Examinado 3 meses depois, continuava passando bem, sem deficiência circulatória no membro operado.

*Comentários* — Esta observação mostra como pode passar despercebido um aneurisma arterial, verdadeiro ou falso, ao exame menos cuidadoso, quando não se tem em mente a possibilidade de sua ocorrência. Põe também em relêvo o perigo a que estão expostos o paciente e o cirurgião, em casos em que o aneurisma é tomado por outra afecção; a abertura inadvertida de um aneurisma, sem os preparativos indispensáveis para tal operação, atormenta qualquer cirurgião e pode acarretar conseqüências funestas ao doente.

A arteriografia pré-operatória foi muito útil neste caso. Ela mostrou que o tronco da artéria femural estava íntegro e que, portanto, o aneurisma não era dessa artéria, como se supunha, mas de



uma outra qualquer, o que, sem dúvida, melhorava muito o prognóstico. Na arteriografia, não aparecia a femural profunda; a ausência de visualização desta artéria foi interpretada como devida ao fato de a injeção de contraste na artéria femural ter sido feita, inadvertidamente, em nível distal à emergência da femural profunda, como às vezes acontece. Em face dessa interpretação, foi admitido que o aneurisma, dado o grande volume do hematoma, não sendo do tronco da femural, deveria ser da femural profunda, seu maior tributário. Pela operação, no entanto, verificou-se a não existência da femural profunda neste caso e que o aneurisma, a despeito do grande volume do hematoma, era de uma outra artéria, de pequeno calibre, provavelmente um ramo da isquiática.

## RESUMO

Os autores relatam dois casos de aneurisma arterial espontâneo com localização relativamente rara: um da pediosa, e outro de ramo da artéria isquiática. Os dois casos foram documentados por arteriografia e ambos foram operados com pleno êxito. O aneurisma da pediosa foi extirpado e o de ramo da isquiática foi tratado por endoaneurismorrafia obliterante de Matas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ayres Netto, J. — Falso aneurisma da artéria radial. Operação. An. Paulistas de Med. e Cir., 4:57-61, 1915.
2. Bressnan, P. — Tratamento dos aneurismas pelo emprêgo do celofane. Bol. Sanat. São Lucas, 12:179-185, 1951.
3. Chaves, J. A. — a) Aneurisma artério-venoso traumático da humeral. Rev. Paulista de Med., 6:81-85, 1935; b) Aneurisma da artéria poplítea. Rev. Paulista de Med., 6:211-216, 1935.
4. Elkin, D. — Traumatic Aneurysm. Surg., Gynec. a. Obst., 32:1-12, 1946.
5. Gage, M. — Traumatic arterial aneurysms of the peripheral arteries. Am. J. Surg., 59:210-231, 1943.
6. Hermeto Jr., S. — Aneurisma espontâneo da artéria poplítea em portador de uma arteriopatía obliterante: rotura do saco com formação de grande hematoma peri-aneurismal. Aneurismectomia. Arq. Cir. Clín. e Exper., 9:77-85, 1945.
7. Kampmeier, R. H. — Sacular aneurysm of the thoracic aorta; a clinical study of 633 cases. Ann. Int. Med., 12:624, 1938.
8. Kirshbaum, J. D. e Kraft, G. L. — Traumatic arteriosclerotic aneurysm of the tibial artery simulating an osteogenic sarcoma of the fibula. Ann. Surg., 117:793-797, 1943.
9. Kroeff, M. — Aneurismas. Tratamento operatório. Hospital, 1:81-98, 211-230 e 2:91-110, 1937.
10. Lilly, G. — The management of aneurysms of the lower extremities. Ann. Surg., 123:601-609, 1946.
11. Lima, P. — a) Aneurisma da artéria cubital direita, de origem reumatisal. Rev. Paulista de Med., 2:84-91, 1933; b) Aneurisma de origem reumatisal. An. Paulistas de Med. e Cir., 31:633-663, 1936.

12. McSwain, B. e Diveley, W. — Arterial aneurysms. *Ann. Surg.*, **132**: 214-224, 1950.
13. Matas, R. — Aneurysms. *In* Keen: *Surgery*. Saunders Co., Filadélfia, 1916.
14. Musa, F. — Aneurisma traumático. *Rev. Cir. São Paulo*, **12**:11-21, 1946.
15. Paulino Filho, A. — Tratamento cirúrgico dos aneurismas. *Rev. Bras. de Cir.*, **5**:25-40, 1936.
16. Paulino Filho, A. e Rosa, J. V. — Arteriografia dos membros. *Rev. Med. Municipal (Rio de Janeiro)*, **1**:9-36, 1941.
17. Paulino Filho, A. e col. — Diagnóstico radiológico e tratamento cirúrgico dos aneurismas. *Rev. Bras. de Cir.*, **1**:543-554, 1932.
18. Pratt, G. H. — Traumatic aneurysms of the extremities. *Am. J. Surg.*, **71**:743-747, 1946.
19. Reid, M. R. — Aneurysms in the Johns Hopkins Hospital. *Arch. Surg.*, **12**:1, 1926.
20. Schumacker Jr., H. B. e Carter, K. L. — Arteriovenous fistulas and arterial aneurysms in military personnel. *Surgery*, **20**:9-25, 1946.
21. Theis, F. V. — Peripheral arterial aneurysms: diagnosis, prognosis and treatment. *Internat. Clin.*, **2**:205-216, 1940.
22. Toledo, O. M. — Diagnóstico e tratamento dos aneurismas das artérias periféricas. *Rev. Paulista de Med.*, **22**:379-380, 1943.
23. Zuckermann, C. e Proctor, E. — Traumatic palmar aneurysm. *Am. J. Surg.*, **72**:52-56, 1946.

1ª Clínica Cirúrgica — Hospital das Clínicas — São Paulo.

\* \* \* \*