

Uma causa rara de hipertensão portal: Caso clínico

A rare cause of portal hypertension: Case report

SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR
* SERVIÇO DE CIRURGIA II
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

JOANA MOREIRA
RUA EÇA DE QUEIRÓS 151 H45
4900-432 VIANA DO CASTELO
TELEMÓVEL 914001005
JOANALMMOREIRA@HOTMAIL.COM

Joana Moreira, Luís Antunes, Ana Baptista, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Emanuel Furtado*, Albuquerque Matos

Apresentado sob a forma de Poster no X Congresso da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, Porto, 2 a 5 de Junho de 2010. Vencedor do Prémio Melhor Poster SPACV/MEDI.

| A b s t r a c t | | R E S U M O |

A case report of a patient with a framework for portal hypertension due to the presence of arteriovenous fistula between the gastroduodenal artery and portal vein is presented. A 77 years male previously healthy with a recent ascites appeared with a digestive hemorrhage caused by rupture of esophageal varices.

Abdominal CT scan revealed marked dilatation of the portal vein (30 mm) related with an arteriovenous fistula between this vein and the gastroduodenal artery, liver without chronic liver disease stigmata and without nodules; remarkable ascites. Laparotomy, drainage of ascites, isolation and ligation of the journey fistula between the gastroduodenal artery and portal vein was performed. No intraoperative complications.

Discharged the 18th postoperative day after regression of ascites, treated with diuretics.

Apresenta-se caso clínico de doente com quadro de hipertensão portal pela presença de fístula artério-venosa entre a artéria gastroduodenal e a veia porta. Indivíduo do sexo masculino, de 77 anos, previamente saudável, com ascite volumosa de instalação recente. Hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas.

TAC abdominal revelando acentuada dilatação da veia porta (30 mm), envolvida em fístula artério-venosa com origem na artéria gastroduodenal; fígado sem estigmas de hepatopatia crónica e sem nódulos; ascite volumosa. Procedeu-se à laparotomia com drenagem de ascite, isolamento e laqueação do trajecto fistuloso entre a artéria gastroduodenal e a veia porta. Sem complicações intra-operatórias.

Ao 18º dia, após regressão da ascite, teve alta medicado com diuréticos.

| **Key words** | ARTERIO-PORTAL FISTULA | PORTAL

HYPERTENSION, SURGICAL TREATMENT |

| **Palavras-chave** | FÍSTULA ARTÉRIO-PORTAL | HIPERTENSÃO PORTAL |

| TRATAMENTO CIRÚRGICO |

INTRODUÇÃO

A pressão normal na veia porta é baixa devido a uma resistência vascular mínima a nível dos sinusóides hepáticos.^[1] Uma fístula artério-venosa entre as artérias esplâncnicas e a veia porta é uma causa rara quer de hipertensão portal quer das suas complicações.^[1]

Na literatura internacional recente há referência a um número reduzido de casos de fistulas artério-portais, podendo estas ter diversas etiologias. Descrevemos a história de um doente com uma fístula entre a artéria gastroduodenal e a veia porta, tratado com sucesso por cirurgia convencional.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino de 77 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, com clínica de ascite volumosa de instalação recente. Admitido no Serviço de Urgência por hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas, com necessidade de terapêutica transfusional.

Analiticamente com anemia, sem alterações da protrombinémia, provas de função hepática ou albuminémia. Foi internado, e no decurso do estudo foram pedidos marcadores tumorais que foram normais e marcadores víricos cujo resultado foi negativo.

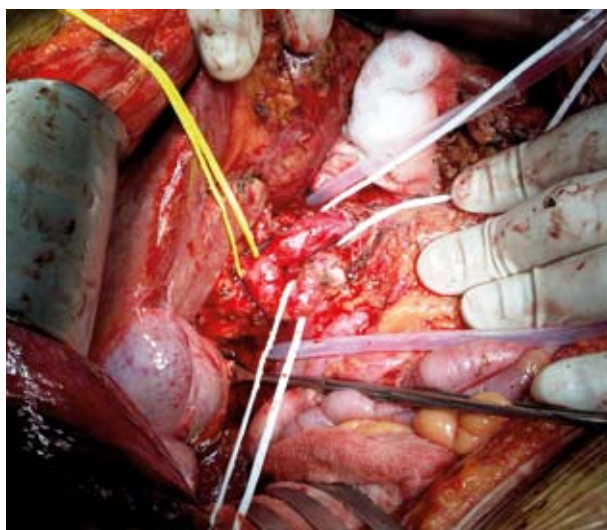
Realizou TAC abdominal que revelou acentuada dilatação da veia porta (30 mm) notando-se fístula entre a artéria gastroduodenal e a veia porta; o fígado não tinha estigmas de hepatopatia crónica e não tinha nódulos; ascite volumosa | FIGURA 1 |. Após optimização clínica optou-se pelo tratamento cirúrgico.

Foi submetido a laparotomia com drenagem de ascite (6 litros), isolamento e laqueação do trajecto fistuloso entre a artéria gastroduodenal e a veia porta, colecistectomia | FIGURA 2 |. Não teve complicações intra-operatórias.

A laqueação da fístula foi confirmada por angiografia per-operatória. Fez-se a medição da pressão venosa na veia porta antes e depois de laqueada a fístula, constatando-se redução deste valor. O período pós-operatório foi complicado por derrame pleural esquerdo e reaparecimento de ascite moderada.



| FIGURA 1 | Angio-TAC abdominal que revela fístula entre a artéria gastroduodenal e a veia porta e dilatação da veia porta.



| FIGURA 2 | Isolamento do trajecto fistuloso entre a artéria gastroduodenal e a veia porta.

Excluiu-se a hipótese de trajecto fistuloso acessório pela realização de angiografia selectiva abdominal | FIGURA 3 |. Ao 18º dia pós-operatório, após regressão do quadro de hipertensão portal e sem ascite, teve alta para o domicílio medicado com diuréticos que posteriormente veio a suspender. Observado a última vez um ano depois da intervenção cirúrgica, encontrava-se completamente assintomático e sem alterações objectiváveis ao exame físico.



| FIGURA 3 | Angiografia selectiva abdominal que exclui a hipótese de trajecto fistuloso acessório.

DISCUSSÃO

As fístulas artério-portais estão frequentemente relacionadas com traumatismos abdominais ou cirurgias abdominais prévias, doença hepática crónica ou neoplasias hepáticas, podendo manifestar-se décadas após esse evento. Existem ainda casos na literatura de fístulas idiopáticas e congénitas (ex. Síndrome de Osler-Weber-Rendu).^[1,2,3]

A forma de apresentação mais comum é um quadro de hipertensão portal, com hemorragia digestiva por rotura de varizes esofágicas (33%), ascite (26%), insuficiência cardíaca (4.5%) e diarreia (4.5%).^[2,4]

Em 2006 foi proposta uma classificação que divide este tipo de fístulas em tipo 1 (periféricas e assintomáticas), tipo 2 (centrais e com repercussão fisiológica) e tipo 3 (fístulas congénitas).^[5] De acordo com esta classificação, o nosso caso pode ser classificado como uma fístula artério-portal de tipo 2, com a identificação de um trajecto fistuloso entre a artéria gastroduodenal e a veia porta.

Os exames complementares com maior sensibilidade no diagnóstico de uma fístula artério-portal são a arteriografia e a angio-TAC.^[4]

As fístulas artério-portais associam-se a uma alta taxa de morbilidade e mortalidade, pelo que a terapêutica cirúrgica, por via clássica ou endovas-

cular, é mandatória logo que este diagnóstico é estabelecido. A opção terapêutica tem em consideração a localização e acessibilidade da fístula, e em termos de cirurgia clássica pode passar pela laqueação, como realizado neste caso clínico, ressecção do trajecto fistuloso, segmentectomia ou lobectomia hepática.

As complicações pós-operatórias não são frequentes, mas podem ser graves, estando descritos casos na literatura de insuficiência hepática, abscesso hepático, trombose da veia porta, fístula biliar, estenose da via biliar.^[4]

O tratamento endovascular visa a oclusão da fístula, do ramo arterial aferente ou da veia de drenagem.

^[1] A técnica mais utilizada segundo vários autores é a embolização (com coils ou álcool).^[4]

A cirurgia endovascular é cada vez mais a técnica de escolha atendendo a um menor número de complicações quando comparada com a cirurgia clássica.^[6] Deve também ser a técnica preferida quando se está perante um doente instável.^[7] No entanto, tem a desvantagem de ser muitas vezes necessário mais do que um procedimento para atingir um bom resultado.^[4]

As complicações com maior ocorrência são a migração de coils, infecção, enfarte hepático e a lesão vascular.

No caso descrito a opção pela terapêutica cirúrgica clássica foi justificada pela maior experiência do serviço neste procedimento.

CONCLUSÃO

A exuberância clínica duma fistula arterio-venosa envolvendo a veia porta, assim como a potencial gravidade das suas complicações contrastam de forma assinalável com a eficácia e aparente simplicidade da sua terapêutica. A sua resolução, quando não exequível por técnica endovascular, pode exigir uma cirurgia aparentemente simples mas tecnicamente exigente.

REFERÊNCIAS

- [1] Landau Y, Schwarz M, Belenky A, Shapiro R, Amir J. Arteriovenous fistula and portal hypertension in a child with Down Syndrome. *IMAJ* 2007, Vol. 9: 825-6.
 - [2] Rajesh G, Siyad I, Moorthy S, Sooraj V, Saleemhusain S, Geetha M, Sadasivan S, Narayanan V, Nair P, Balakrishnan V. Arterioportal fistula presenting as ascites. *Indian Journal of Gastroenterology* 2007, Vol. 26: 197-8.
 - [3] Sen S, Rushbrook S, See T, Griffiths W. A rare cause of portal hypertension. *Gut* 2009, Vol. 58: 59.
 - [4] Roux P, Hébert T, Anghelescu D, Kerneis J, Nonent M. Endovascular treatment of arterioportal fistula with the Amplatzer occlusion device. *JVIR* 2009, Vol. 20: 685-7.
 - [5] Guzman E, McCahill L, Rogers F. Arterioportal fistulas: introduction of a novel classification with therapeutic implications. *J Gastrointest Surg* 2006, Vol. 10: 543-50.
 - [6] Dumortier J, Pilleul F, Adham M, Vochelle V, Hervieu V, Bouffard Y, Valette P, Scoazec J, Boillot O. Severe portal hypertension secondary to arterioportal fistula: salvage surgical treatment. *Liver International* 2007. 865- 8.
 - [7] Madsen M, Frevert S, Madsen P, Eiberg J. Splenic arteriovenous fistula treated with percutaneous transarterial embolization. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008. Vol. 36: 562-4.
-