

PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA UTERINA: CAUSA INCOMUM DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO TARDIA, TRATADO COM EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL SELETIVA

Lindalva Bertelli Fernandes¹, Arlindo Rosa Junior², Paloma Matzenbacher³

Resumo

Pseudoaneurisma de artéria uterina é uma causa rara de hemorragia pós-parto, geralmente de origem pós-traumática após cirurgias ginecológicas. Relatamos aqui um caso de pseudoaneurisma da artéria uterina esquerda, que se manifestou por hemorragia tardia pós-parto cesáreo, em uma paciente de 28 anos. Foram realizados ultrassonografia transvaginal com doppler colorido, ressonância magnética e, para confirmação diagnóstica, angiografia por cateter. O tratamento foi por embolização arterial seletiva. Este caso foi realizado no Hospital Moinhos de Vento.

Introdução

Hemorragia pós-parto é uma das mais frequentes causas de mortalidade materna no mundo. O período pós-parto é tipicamente definido até seis semanas após o nascimento do bebê. A hemorragia que ocorre durante as primeiras 24 horas, com perda de sangue de 500ml ou mais, é definida como primária. Após as primeiras 24 horas até a sexta semana do puerpério, é definida como secundária ou

tardia. A hemorragia secundária é uma complicação incomum, afetando 1-3% de todos os partos. Na maioria dos casos pode ser controlada com tratamento conservador, utilizando drogas uterotônicas. A curetagem é uma técnica tanto diagnóstica como terapêutica. Em casos de sangramento persistente, a ligadura vascular ou a histerectomia podem ser necessárias. A

embolização seletiva por cateter pode ser uma alternativa para tratamento desse tipo de sangramento.

A hemorragia pós-parto tardia geralmente é causada por fragmentos placentários retidos, endometrite, lacerações vaginais ou uterinas. Relatamos aqui um caso raro de hemorragia pós-parto tardia: pseudoaneurisma da artéria uterina esquerda.

Relato de Caso

Paciente de 28 anos, gesta 1, parto 1, apresentou sangramento vaginal importante com coágulos por volta da sexta semana pós-parto cesáreo.

Não houve qualquer complicação durante o parto ou no pós-operatório imediato.

A paciente foi tratada de forma conservadora, com drogas de uso oral (sic). Como não houve remissão total do sangramento, foi decidido realizar uma curetagem. Quatro dias após o procedimento, a paciente foi re-hospitalizada com sangramento vaginal significativo, Hb 8,3 dl e hematócrito de 27%. Foram feitos tamponamento vaginal e utilização de drogas uterotônicas. Retirado o tampão vaginal, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica com PA sistólica de 7mmhg, sendo necessário reposição de volume (ISOCEL) e infusão de concentrado de hemácias (CHAD).

A paciente foi transferida para o Centro de Terapia Intensiva do HMV, estável hemodinamicamente: PA 10x06mmhg, temperatura 37°C, mucosas hipocoradas, sangramento vaginal ausente no momento, útero palpável entre a sínfise púbica e cicatriz umbilical.

Foram feitas monitorização eletrocardiográfica, FC, FR e laboratório, resultando em Hb 7,8 g/dl, Ht 22,8% e coagulograma normal, sem evidência clínica ou laboratorial de infecção.

Um exame ultrassonográfico transvaginal demonstrou área cística hipocóica, medindo 2,4x2,1 cm, com presença de fluxo vascular central turbulento ao Doppler colorido, localizada na cérvix (região ístmica mais próxima ao orifício central interno), compatível com lesão vascular (Fig. 1). A ressonância magnética evidenciou imagem sacular à esquerda do colo uterino, hiperintensa em T1 e T2, com realce após administração do gadolínio.



Figura 1

Ultrassom transvaginal mostra massa hipocóica localizada na cérvix, com máximo de diâmetro de 2,4 cm. Ao Doppler, fluxo vascular central turbulento.

1. Lindalva Bertelli Fernandes

Médica Radiologista Intervencionista-Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

2. Arlindo Rosa Junior

Médico Ginecologista e Obstetra-Mestre em Cirurgia pela UFRGS

3. Paloma Matzenbacher

Acadêmica do quinto ano de medicina da Universidade Luterana do Brasil

A paciente foi então encaminhada para estudo angiográfico a fim de obter diagnóstico definitivo e tratamento por embolização via cateter.

Foi realizada angiografia digital com subtração (contraste iodado não iônico) por radiologistas intervencionistas. Com punção femoral direita, foi feito o estudo angiográfico das artérias ilíacas internas e das artérias uterinas com cateterismo superseletivo com cateter DAVE 5F (Cook), fio guia hidrofílico 0,035 (Terumo) (Fig. 2A e 2B).

Ao cateterismo super-seletivo pré-embolização da artéria uterina esquerda, observou-se enchimento do pseudoaneurisma, o qual apresentava extravasamento de contraste representando sangramento

ativo (Fig. 3). O material embolizante selecionado foi mola 0,035 MWE (Cook). Ao angiograma pós-embolização não foi mais observado o enchimento do pseudoaneurisma ou da artéria uterina esquerda. As demais artérias foram preservadas. (Fig. 4). A artéria uterina direita e vasos anastomóticos também foram estudados e apresentaram aspecto normal e não foi observada qualquer comunicação com o pseudoaneurisma. A paciente teve alta hospitalar 48 horas após a embolização. Um controle ambulatorial com ressonância magnética após 60 dias, demonstrou achados consistentes de trombose do pseudoaneurisma.



Figura 2A
Angiografia seletiva da artéria ilíaca interna Esquerda pré-embolização.

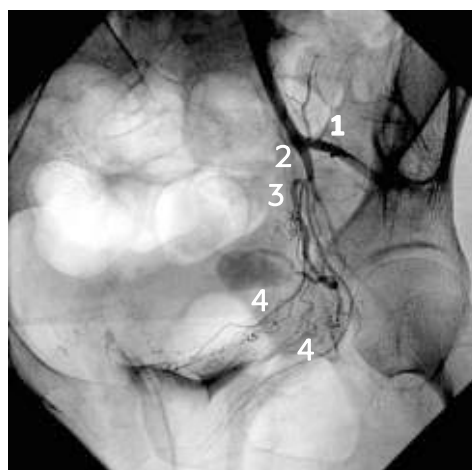


Figura 2B
Angiografia seletiva da artéria ilíaca interna esquerda pré-embolização (projeção oblíqua anterior). (1) Visibilização das artérias glútea superior (2) glútea inferior com seus ramos (3) artéria uterina artérias vesicais inferiores e ramos vaginais (4) Enchimento do pseudoaneurisma pela artéria uterina.

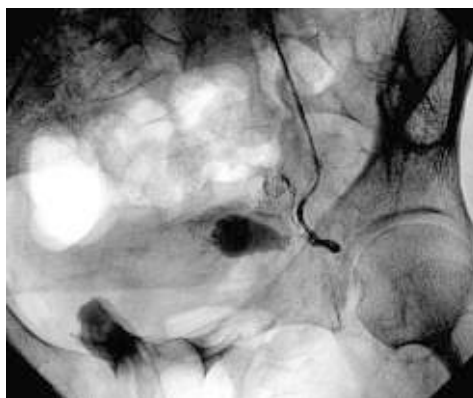


Figura 3
Arteriografia super-seletiva da artéria uterina esquerda pré-embolização. Observa-se extravasamento do meio de contraste do meio de contraste do pseudoaneurisma representando sangramento ativo.

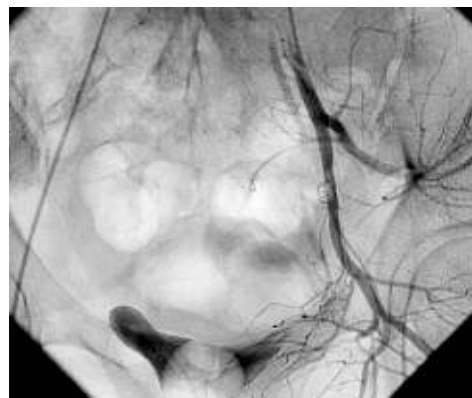


Figura 4
Arteriografia pós-embolização da artéria ilíaca esquerda, mostra embolização super-seletiva da artéria uterina com mola, preservando demais artérias. Não há enchimento da artéria uterina ou do pseudoaneurisma.

Comentário

Pseudoaneurismas arteriais são complicações de lesão vascular. Se ocorre laceração da artéria, o sangue extravasa e pode formar uma coleção perivascular em comunicação com o vaso, constituindo um pseudoaneurisma, o qual inclui trombo periférico e não possui três camadas arteriais como o aneurisma verdadeiro. O risco de ruptura é proporcional ao tamanho e à pressão intramural. A angiografia digital por cateter é o exame ouro para diagnóstico definitivo, porém a ultrassonografia com Doppler pode detectar pseudoaneurisma com 95% de sensibilidade e especificidade.^{8,10}

Em nosso caso, o diagnóstico definitivo foi feito pela angiografia seletiva por cateter e a opção de tratamento foi a embolização via cateter. Até onde sabemos, o primeiro caso de embolização uterina para tratamento de hemorragia pós-parto foi relatado por Brown et al em 1979.⁹ A embolização arterial via cateter constitui um tratamento seguro e eficaz

de hemorragia pélvica sob as mais variadas condições clínicas. As vantagens da emboloterapia em relação à abordagem cirúrgica incluem maior capacidade de identificação do vaso sangrante, possibilidade de controlar o sangramento mesmo sem a identificação do vaso comprometido, facilidade de acesso para reembolização de múltiplos vasos se necessário, dispensa do uso de anestesia geral e capacidade de ocluir vasos mais distalmente, limitando assim a participação de circulação colateral em perpetuar a hemorragia. Os índices de controle de hemorragia são muito altos e as complicações têm sido limitadas. Soma-se a isso tudo a preservação da fertilidade que representa a alternativa à histerectomia.^{11, 12}

Em circunstâncias com poucas opções de tratamento, esta terapêutica é frequentemente decisiva em pacientes com risco de vida e constitui uma ferramenta fundamental para tratamento desses casos.

Bibliografia

1. Pelage JP, Soyer P, Repiquet D, Herbreteau D, Le Dref O, Houdart E. Secondary Postpartum Hemorrhage : Treatment with Selective Arterial Embolization. *Radiology* 1999;212 :385-389.
 2. Decarges G, Douvrin F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L, Clavier E. False aneurysm of uterine pedicle treated with selective arterial embolization. *European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology* 2001;97:26-29.
 3. Bomley P J, Clark T, Weir I H, Zwirowich Ch V. Radiologic diagnosis and management of uterine artery pseudoaneurysm: case report. *Canadian Association of Radiologists Journal* 1997; 48:119-122
 4. Cooper B C, Sorosky J I, Hansen W F. Pseudoaneurysm of Uterine Artery Requiring Bilateral Uterine Artery Embolization. *Journal of Perinatology* 2004; 24:560-562
 5. Zimon A E, Hwang J K, Principe D L, Bahado-Singh O. Pseudo aneurysm of Uterine Artery. *Obstetrics e Gynecology* 1999; 94:827-830
 6. Ho S P, Ong C L, Tan BS. A Case of Uterine Artery Pseudoaneurysm. *Singapore Medical Journal* 2002; vol43 (4): 202-204
 7. Hidar S, Bibi M, Atallah R, Essakly K, Bousakoura C, Hidar M. Pseudoanévrisme de l'artère utérine. À propôs d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprodut* 2000; 29:621-624
 8. Henrich W, Fuchs I, Lutkus A, Hauptmann S, Dudenhausen J W. Pseudoaneurysm of Uterine Artery after Cesarean Delivery. Sonographic Diagnosis and Treatment. *J Ultrasound Med* 2002;21 : 1431-1434
 9. Brown BJ, Heaston DK, Poulson AM, Gabert HA, Mineau de, Miller FJ JR. Uncontrollable postpartum bleeding: A new approach to hemostasis through angiographic arterial embolization. *Obst Gynecol* 1979 ;54:361-365
 10. Hevie MA, Rubin JM, Silver TM, Kresowik TF. The distinction between femoral artery pseudoaneurysms and other causes of groin masses: Value of duplex Doppler Sonography. *ARJ AMJ Roentgenol* 1988;150:1177-80
 11. Chow TWP, Nwosu EC, Gould DA, Richmond DH. Pregnancy following successful embolization of a uterine vascular malformation. *Br J Obstet Gynecol* 1995;102:166-8
 12. Stancato-Pasik A, Mitty HA, Richard HM III, Eshkar N. Obstetric embolotherapy: effect on menses and pregnancy. *Radiology* 1997;204:791-793.
 13. Lee WK, Roche CJ, Duddalwar VA, Buckley AR, Morris DC. Pseudoaneurysm of the uterine artery after abdominal hysterectomy: Radiologic diagnosis and management. *Am J Obstet gynecol* 2001;185:1269-72
-