Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Aneurisma verdadeiro da artéria dorsal do pé

True aneurysm of the dorsalis pedis artery

Aneurisma verdadero de la arteria dorsal del pie

Vinicius Tadeu Ramos da Silva Grillo[1,2], Daniel de Cristo da Silva Filho[3], Yara Rocha da Cruz[1], Renata Ravani[4], João da Silva Júnior[2], Nelson Ogliari Rezende[2], William Wakasugui[2], Helen Caroline Magalhães Costa[2], Francisco José de Oliveira Filho[5], Matheus Bertanha[5].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso raro de aneurisma verdadeiro da artéria dorsal do pé, abordando sua apresentação clínica, diagnóstico e manejo cirúrgico. **Detalhamento do caso:** Homem de 44 anos, hipertenso há 21 anos e ex-tabagista, apresentou desconforto no pé direito ao deambular. Ao exame físico, foi identificada nodulação pulsátil na topografia da artéria dorsal do pé direito, com aumento da amplitude do pulso local. Pulsos tibial posterior e pedioso estavam presentes, sem sinais de isquemia ou microembolismo. A angiotomografia evidenciou aneurisma sacular tortuoso de 1,5 cm de extensão e 5,9 mm de diâmetro máximo. Foi realizada aneurismectomia com anastomose término-terminal utilizando fio Prolene 6-0, sob sedo-raquianestesia. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências, com preservação da perfusão periférica e cicatrização adequada. A análise anatomopatológica confirmou aneurisma verdadeiro. **Considerações finais:** Aneurismas verdadeiros da artéria dorsal do pé são raros, mas devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de massas pulsáteis no dorso do pé. A ressecção com anastomose término-terminal demonstrou ser uma técnica segura e eficaz neste caso.

Palavras-chave: Aneurisma, Artéria, Procedimentos cirúrgicos vasculares.

ABSTRACT

Objective: To report a rare case of true aneurysm of the dorsalis pedis artery, describing its clinical presentation, diagnosis, and surgical management. **Case details:** A 44-year-old male, with a 21-year history of hypertension and former smoker, presented with discomfort in the right foot during ambulation. Physical examination revealed a pulsatile nodule in the topographic area of the dorsalis pedis artery, with increased local pulse amplitude. Posterior tibial and dorsalis pedis pulses were present, with no signs of ischemia or microembolization. Computed tomography angiography showed a tortuous saccular aneurysm measuring 1.5 cm in length and 5.9 mm in maximum diameter. The patient underwent aneurysmectomy with end-to-end anastomosis using 6-0 Prolene under spinal sedation and local anesthesia. The postoperative period was uneventful, with preserved peripheral perfusion and satisfactory wound healing. Histopathological analysis confirmed a true aneurysm. **Final considerations:** True aneurysms of the dorsalis pedis artery are rare but

[1] Centro Universitário São Lucas–Afya (UNISL-Afya), Porto Velho - RO.
[2] Instituto Vascular e Endovascular de Rondônia (IVER), Porto Velho – RO.
[3] Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho – RO.
[4] Faculdade Metropolitana de Rondônia (FAMETRO), Porto Velho - RO.
[5] Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

should be considered in the differential diagnosis of pulsatile masses on the dorsum of the foot. Resection with end-to-end anastomosis proved to be a safe and effective technique in this case.

Keywords: Aneurysm, Artery, Vascular surgical procedures.

RESUMEN

Objetivo: Informar un caso raro de aneurisma verdadero de la arteria dorsal del pie, describiendo su presentación clínica, diagnóstico y manejo quirúrgico. **Detalles del caso:** Varón de 44 años, hipertenso desde hace 21 años y exfumador, presentó molestia en el pie derecho al deambular. En el examen físico se identificó una nodulación pulsátil en la topografía de la arteria dorsal del pie derecho, con aumento de la amplitud del pulso local. Los pulsos tibial posterior y dorsal del pie estaban presentes, sin signos de isquemia ni microembolización. La angiotomografía evidenció un aneurisma sacular y tortuoso de 1,5 cm de longitud y 5,9 mm de diámetro máximo. Se realizó aneurismectomía con anastomosis término-terminal utilizando hilo Prolene 6-0, bajo sedación raquídea y anestesia local. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con preservación de la perfusión periférica y cicatrización adecuada. El análisis anatomopatológico confirmó aneurisma verdadero. **Consideraciones finales:** Los aneurismas verdaderos de la arteria dorsal del pie son raros, pero deben incluirse en el diagnóstico diferencial de masas pulsátiles en el dorso del pie. La resección con anastomosis término-terminal demostró ser una técnica segura y eficaz en este caso.

Palabras clave: Aneurisma, Arteria, Procedimientos quirúrgicos vasculares.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria dorsal do pé (ADP) são entidades extremamente raras e desafiadoras de se diagnosticar, com poucos casos descritos na literatura mundial. Eles representam uma minoria entre os aneurismas infrapoplíteos, cuja incidência é menor que 1% (LEGEL K, et al., 2008). A raridade desta condição justifica a necessidade de documentação e compartilhamento de casos, a fim de contribuir para o conhecimento clínico e guiar futuras abordagens diagnósticas e terapêuticas.

A maioria dos aneurismas relatados na região dorsal do pé são pseudoaneurismas, que resultam de uma ruptura parcial da parede arterial, secundários a trauma penetrante ou procedimentos iatrogênicos (ARAGÃO JA, et al., 2017). Em contrapartida, os aneurismas verdadeiros, como o descrito neste relato, são ainda mais incomuns. Eles são definidos pela dilatação de todas as três camadas da parede arterial (íntima, média e adventícia). Esta distinção patológica é fundamental para entender a etiologia e a abordagem clínica. Eles podem estar relacionados a processos ateroscleróticos, doenças do colágeno, infecções ou serem idiopáticos (BAUSELLS M, et al., 2003; KATO T, et al., 2004).

Clinicamente, essas lesões podem se manifestar como massas pulsáteis, dor local, dificuldade ao calçar sapatos ou sinais de isquemia distal. A massa pulsátil é o sinal mais comum e, muitas vezes, é o que leva o paciente a buscar atendimento. A dor pode ser um sintoma de compressão de nervos adjacentes ou um sinal de isquemia incipiente. A isquemia distal, embora menos frequente, é uma complicação grave que pode resultar em necrose ou até mesmo na perda do membro, decorrente de trombose ou embolização do conteúdo intraluminal. O tratamento cirúrgico é recomendado devido ao risco de ruptura, trombose ou embolização (Nolan F, et al., 2020), riscos que justificam a intervenção mesmo em casos assintomáticos. As opções incluem ligadura simples, ressecção com anastomose término-terminal ou uso de enxertos (ARAGÃO JA, 2017; KATO T, et al., 2004; TAYLOR DT, et al., 2002). A escolha da técnica cirúrgica depende da viabilidade e da extensão da lesão, da circulação colateral e da experiência do cirurgião, visando sempre a melhor perfusão distal possível.

O objetivo deste estudo foi relatar um caso raro de aneurisma verdadeiro da artéria dorsal do pé, descrevendo sua apresentação clínica, métodos diagnósticos e abordagem cirúrgica, além de discutir os achados à luz da literatura existente. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi realizado e estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 80227624.0.0000.0013, parecer nº 7.014.413).

DETALHAMENTO DO CASO

O presente estudo descreve o caso de um paciente do sexo masculino de 44 anos de idade. O paciente não possui histórico de traumas significativos ou cirurgias prévias no membro inferior afetado. Em relação aos hábitos de vida, o paciente foi tabagista de 15 a 20 cigarros por dia durante 15 anos, tendo cessado o hábito há 15 anos. Também possui antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica há 21 anos em uso de valsartana, anlodipino e amilorida, com controle regular da pressão arterial. O paciente não relatou histórico familiar de doenças cardiovasculares, aneurismas ou dislipidemias.

Procurou atendimento com queixa de desconforto no pé direito ao deambular, sintoma que se manifestou há aproximadamente 4 meses. A dor era leve e intermitente, piorava com o uso de sapatos fechados e melhorava com o repouso. O paciente notou a presença de uma pequena nodulação pulsátil no dorso do pé há cerca de 3 meses, mas só procurou atendimento quando a massa se tornou mais perceptível e gerava incômodo funcional ao calçar sapatos. Ao exame físico, evidenciou-se uma massa palpável, bem delimitada, de aproximadamente 1,0 cm de diâmetro, pulsátil na região topográfica da artéria dorsal do pé ao nível da articulação tibiotalar, com aumento da amplitude do pulso local. A pele sobrejacente apresentava coloração e temperatura normais, sem sinais de inflamação. Não foram observadas alterações de sensibilidade ou frialdade no membro, e os demais pulsos do pé (tibial posterior) estavam presentes e sem alterações. A inspeção dos dedos e do antepé não revelou sinais de isquemia distal ou embolização, como áreas de necrose ou a "síndrome do dedo azul". A lesão causava um leve desconforto ao flexionar o tornozelo e uma limitação discreta na marcha devido à compressão com o calçado.

Inicialmente, foi realizado um ecografia vascular com Doppler arterial. O exame revelou uma dilatação fusiforme e sacular da artéria dorsal do pé direito. O estudo do fluxo com Doppler colorido demonstrou padrão de fluxo turbulento no interior da dilatação, confirmando a natureza aneurismática da lesão. O exame não evidenciou a presença de trombos murais ou sinais de comprometimento do fluxo distal, com boa circulação para o arco plantar. Em seguida, a angiotomografia arterial de membros inferiores foi realizada no intuito de descartar a presença de aneurismas sincrônicos em outros territórios, como o poplíteo e femoral, e para aprofundar a avaliação da lesão e da circulação colateral. O exame demonstrou uma dilatação aneurismática tortuosa e sacular na ADP, com 1,5 cm de extensão e diâmetro máximo de 5,9 mm (**Figura 1**). As reconstruções em 3D da angio-TC confirmaram a relação do aneurisma com o maléolo medial e a articulação do tornozelo, e as imagens detalhadas foram essenciais para o planejamento cirúrgico. Diante do quadro de aneurisma sintomático, optou-se por abordagem cirúrgica convencional ‘’aberta’’. Não foram identificados aneurismas em outros segmentos arteriais.

O paciente foi submetido ao procedimento sob raquianestesia e sedação. Realizou-se incisão longitudinal de aproximadamente 3 cm na face proximal do dorso do pé direito após a marcação da artéria guiada por ultrassom (**Figura 2**). A dissecção da artéria foi cuidadosa, a fim de evitar lesão das estruturas neurovasculares adjacentes, como o nervo fibular profundo e a veia dorsal do pé. Após a dissecção e reparo proximal e distal da artéria dorsal do pé com fita cardíaca (**Figura 3**), a heparinização sistêmica com 5.000 UI de heparina não fracionada foi realizada. Procedeu-se com o clampeamento proximal e distal seguido da ressecção completa do aneurisma (**Figura 4**). O sangramento estimado durante o procedimento foi mínimo e o tempo cirúrgico total foi de 45 minutos. Para a reconstrução, optou-se pela anastomose primária término-terminal com fio prolene 6-0 (**Figura 5**). Durante a anastomose, não houve dificuldades técnicas, e a patência da reconstrução foi confirmada pela presença de pulso distal forte e audível com o Doppler intraoperatório.

A análise anatomopatológica confirmou a presença de aneurisma verdadeiro, com degeneração da camada média e hialinização da parede arterial (**Figura 6**). O pós-operatório transcorreu sem intercorrências, o paciente foi mobilizado no primeiro dia de pós-operatório, e a alta hospitalar ocorreu 24 horas após a cirurgia. O curativo compressivo foi mantido por 48 horas. A dor pós-operatória foi controlada com analgésicos convencionais (dipirona) e o pulso distal foi mantido, com perfusão periférica adequada e boa cicatrização. O paciente foi acompanhado com um ultrassom Doppler de controle no 7º dia de pós-operatório, que confirmou a patência da anastomose. O plano de seguimento ambulatorial incluiu consultas de rotina a cada 6 meses durante o primeiro ano e, posteriormente, anuais, com a realização de ultrassom Doppler para monitoramento da anastomose e detecção de possíveis recidivas ou desenvolvimento de novos aneurismas.

Figura 1 - Angiotomografia arterial em corte coronal dos membros inferiores. À direita (seta vermelha): aneurisma da artéria dorsal do pé.



Fonte: Grillo VTRS, et al., 2025.

Figura 2 - Fotografia após a marcação na pele da topografia do aneurisma com o auxílio da ultrassonografia Doppler.



Fonte: Grillo VTRS, et al., 2025.

Figura 3 - Fotografia intraoperatória: após a dissecção do aneurisma da artéria dorsal do pé, as fitas cardíacas reparam o coto proximal e distal.



Fonte: Grillo VTRS, et al., 2025.

Figura 4 - Fotografia intraoperatória: após a ressecção do aneurisma da artéria dorsal do pé. Nota-se o clampeamento dos cotos proximal e distal e os fios de prolene 6-0 para a confecção da anastomose.



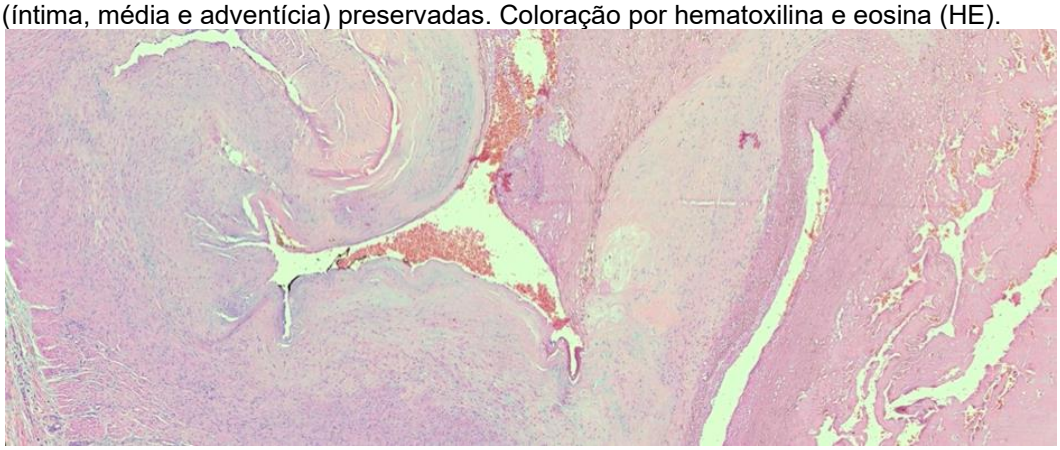
Fonte: Grillo VTRS, et al., 2025.

Figura 5 - Fotografia intraoperatória: aspecto da artéria após reconstrução com anastomose término-terminal.



Fonte: Grillo VTRS, et al., 2025.

Figura 6 - Imagem histopatológica: visualização de todas as camadas da parede arterial (íntima, média e adventícia) preservadas. Coloração por hematoxilina e eosina (HE).



Fonte: Grillo VTRS, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Os aneurismas verdadeiros da artéria dorsal do pé (ADP) são entidades patológicas extremamente raras, com poucos casos bem documentados na literatura até o momento (CHRISTOFOROU P, et al., 2016; KATO T, et al., 2004; BITTNER JG, et al., 2012). Sua raridade, combinada com a complexidade anatômica da região, torna cada relato de caso uma contribuição valiosa para a literatura vascular. A maioria dos casos descritos são pseudoaneurismas, o que reforça o caráter singular deste relato de aneurisma verdadeiro.

A maioria dos relatos destaca a ausência de trauma agudo prévio, sugerindo etiologias ateroscleróticas, idiopáticas ou associadas ao microtrauma repetitivo, como uso de calçados rígidos ou traumas esportivos, especialmente em pacientes com fatores de risco cardiovascular, como hipertensão e tabagismo pregresso (ARAGÃO JA, et al., 2017; NOLAN FC, et al., 2020). A associação do caso relatado com hipertensão arterial sistêmica e tabagismo pregresso reforça a possível etiologia aterosclerótica, alinhando-se com os achados da literatura. Pacientes com múltiplos fatores de risco cardiovascular podem ter uma predisposição maior para o desenvolvimento de aneurismas, mesmo em artérias de pequeno calibre, devido à fragilidade da parede arterial.

Epidemiologia e Etiopatogenia

Embora incomum, tem sido classicamente relatado na literatura como aneurisma verdadeiro ou pseudoaneurisma secundário. A diferenciação entre as duas condições é crucial para a compreensão da patologia e o planejamento do tratamento. Os aneurismas verdadeiros diferenciam-se dos pseudoaneurismas por apresentarem todas as camadas da parede arterial (íntima, média e adventícia) preservadas, resultando de um processo de degeneração progressiva e dilatação (OZDEMIR H, et al., 2003; YU JL, et al., 2013). Em contrapartida, os pseudoaneurismas resultam de uma ruptura parcial da parede arterial, formando-se um hematoma contido por tecido periarterial (OZDEMIR H, et al., 2003; YU JL, et al., 2013). Este hematoma, diferentemente do aneurisma verdadeiro, não possui uma parede arterial intacta, o que o torna mais suscetível à ruptura e expansão súbita.

A revisão por Aragão JA, et al. (2017) identificou 24 casos de aneurisma verdadeiro da ADP, com predominância no sexo masculino (67%) e associação frequente a aterosclerose. O nosso caso, em um paciente do sexo masculino de meia-idade com histórico de hipertensão e tabagismo, reflete esta tendência epidemiológica. Essa correlação sugere que o aneurisma de ADP não é apenas uma anomalia isolada, mas pode ser uma manifestação de uma doença arterial sistêmica subjacente. Além da aterosclerose, outras causas incluem doenças do tecido conjuntivo, como a síndrome de Ehlers-Danlos, arterites, como a doença de Buerger, e causas infecciosas, embora sejam ainda mais raras. Kato T, et al. (2004) relatou um caso em que a análise histológica confirmou degeneração aterosclerótica como causa principal. Outros autores, como Sonntag M, et al. (2013), sugerem que traumas repetitivos, como o uso de calçados rígidos ou traumas esportivos em pacientes com alterações no arco plantar, podem contribuir para a formação aneurismática. A ausência de uma etiologia clara, no entanto, é comum, levando ao diagnóstico de aneurisma idiopático.

Quadro Clínico e Complicações

A manifestação clínica mais frequente é a presença de uma massa pulsátil no dorso do pé, podendo ser acompanhada de dor local ou sinais de compressão de estruturas adjacentes (MCKEE T e FISHER JB, 2000; SONNTAG M, et al., 2013). A palpação cuidadosa pode revelar uma massa mole e pulsátil, com frêmito ou sopro audível à ausculta. A dor, quando presente, pode ser intermitente ou constante, e a sua intensidade não se correlaciona diretamente com o tamanho do aneurisma. Em estágios mais avançados, ou quando há oclusão concomitante de outras artérias ou microembolização distal, ateromatose significativa ou circulação colateral insuficiente, podem surgir sintomas isquêmicos, como parestesias, paresias, frialdade distal ou sinais de embolização com áreas de necrose superficial, como o "dedo azul" (blue toe syndrome). Esses achados reforçam a importância do diagnóstico precoce, permitindo intervenção antes do desenvolvimento de complicações potencialmente graves (NOLAN FC, et al., 2020; TEMPEST HV e WILSON YG, 2001). As complicações mais comuns são a trombose do aneurisma e a embolização distal. A ruptura, embora seja a complicação mais temida, é extremamente rara, dada a localização e o tamanho da artéria.

Diagnóstico por Imagem

O diagnóstico dos aneurismas de ADP se beneficia de uma abordagem multimodal de exames por imagem. Os exames vasculares não invasivos, como o ultrassom Doppler e o duplex arterial, oferecem diversas vantagens. São ferramentas de primeira linha, facilmente acessíveis, de baixo custo e que dispensam o uso de contraste intravenoso, um aspecto particularmente relevante em pacientes com insuficiência renal ou histórico de alergia ao contraste. Além de permitir a localização precisa da lesão e a identificação de trombos murais ou fluxo turbulento no interior do saco aneurismático, esses exames possibilitam avaliar a perfusão do pé no período perioperatório, fornecendo informações essenciais para a decisão entre ligadura ou reconstrução arterial, baseada na competência da circulação colateral (MAYDEW MS, 2007; POMAR FJ, et al., 2013).

A angiotomografia computadorizada (angio-TC) é um exame complementar de grande valia, que apresenta maior acurácia na definição da anatomia vascular, na determinação da extensão do aneurisma e na análise da circulação colateral. A angio-TC permite uma visualização tridimensional da lesão e de sua relação com as estruturas ósseas e teciduais circundantes, o que é de extrema importância para o

planejamento cirúrgico. Também é útil para a investigação de aneurismas sincrônicos em outros segmentos arteriais, especialmente na aorta e em artérias poplíteas ou femorais, uma vez que a presença de um aneurisma pode ser um marcador de doença arterial difusa.

A ressonância magnética (RM), embora já tenha sido indicada para o diagnóstico de massas no pé, apresenta limitações na visualização de vasos de pequeno calibre, como as artérias digitais. Ainda assim, tem a vantagem de auxiliar no diagnóstico diferencial de massas no dorso do pé, como gânglios sinoviais, tumores de partes moles ou outras lesões vasculares, diferenciando a natureza da lesão e seu conteúdo (líquido, sangue, trombo).

A arteriografia convencional, por sua vez, é menos empregada apenas para fins diagnósticos, sendo mais frequentemente realizada quando se planeja uma abordagem endovascular. Seu uso diagnóstico isolado é restrito devido à sua natureza invasiva e ao risco de complicações. Contudo, ela permite a visualização detalhada de ramos arteriais de menor calibre e pode ser útil no planejamento cirúrgico, especialmente por meio da angiografia seletiva das artérias infrapatelares, fornecendo um "mapa" preciso da anatomia vascular pré-operatória.

Critérios de Intervenção e Técnicas Cirúrgicas

A decisão de intervir em um aneurisma de ADP é baseada em vários fatores. Alguns autores consideram indicação de abordagem cirúrgica quando há aneurismas maiores que 1,5 vezes o calibre normal da artéria, presença de trombo intraluminal ou sintomas de isquemia distal, como dor ou microembolização (BERARD X, et al., 2011; CHRISTOFOROU P, et al., 2016). Outros sugerem que o tratamento cirúrgico não deve ser baseado apenas na presença de sintomas, mas sim na natureza progressiva da doença, pois o desenvolvimento de complicações trombóticas com subsequente isquemia dos dedos e antepé pode ocorrer sem sinais de alerta ou mesmo risco de ruptura (AL-OMRAN M, 2012). A abordagem proativa é, portanto, a mais recomendada, dada a baixa morbidade do procedimento e o alto risco das complicações.

O tratamento cirúrgico é recomendado em quase todos os casos devido ao risco de ruptura e complicações isquêmicas (ARAGÃO JA, et al., 2017; KATO T, et al., 2004). As opções cirúrgicas incluem: ligadura simples, ressecção com anastomose término-terminal, reconstrução com enxerto autólogo e, raramente, tratamento endovascular (NOLAN FC, et al., 2020; KWON MJ, et al., 2023).

Ligadura isolada: É considerada uma opção segura em pacientes com circulação colateral adequada, especialmente via arco plantar (TEMPEST HV e WILSON YG, 2001). Esta técnica é a mais simples e rápida, e é indicada quando a oclusão do aneurisma não compromete o fluxo sanguíneo distal, o que pode ser verificado com testes como a oximetria de pulso ou ultrassom intraoperatório após o clampeamento de prova. No entanto, quando há comprometimento do fluxo colateral, pode levar à isquemia distal.

Anastomose término-terminal: É a técnica preferida quando há viabilidade para reconstrução direta, pois preserva o fluxo fisiológico. Esta abordagem foi utilizada com sucesso no presente caso e é considerada o padrão-ouro quando a distância entre os cotos arteriais permite. Vários autores relataram sucesso em casos semelhantes ao presente estudo, o que reforça a segurança e eficácia do procedimento (AL-OMRAN M, 2012; CHRISTOFOROU P, et al., 2016).

Enxerto interposto: Indicado quando a artéria residual não permite anastomose termino-terminal direta, geralmente devido a um segmento aneurismático muito longo. O enxerto mais comum é a veia safena, retirada do próprio paciente. Kwon MJ, et al. (2023) descreveram o uso de enxerto de veia safena com bons resultados, demonstrando a viabilidade desta abordagem para reconstrução de artérias de pequeno calibre.

Tratamento endovascular: Ainda pouco utilizado na ADP devido ao pequeno calibre arterial e risco de oclusão completa, porém a embolização com molas pode ser utilizada de maneira eficaz, a depender da anatomia do aneurisma. Esta opção minimamente invasiva é promissora, especialmente em pacientes com comorbidades significativas que contraindicam a cirurgia aberta. Permite uma rápida recuperação pós-operatória e pode ser uma alternativa em casos de aneurismas saculares de colo estreito, que podem ser

tratados com sucesso por embolização com molas. No entanto, o risco de trombose é maior em artérias de pequeno calibre, o que limita sua aplicação (BERARD X, et al., 2011; CASTRO AM, et al., 2025).

Complicações e Prognóstico

O prognóstico após a correção cirúrgica dos aneurismas de ADP é geralmente excelente. Os aneurismas verdadeiros da ADP podem evoluir com trombose mural, embolização distal e, raramente, ruptura (BITTNER JG, et al., 2012). A recorrência do aneurisma é incomum, mas a literatura recomenda o seguimento clínico e ultrassonográfico do paciente por pelo menos 24 meses para detecção precoce de complicações ou recidiva (ARAGÃO JA, et al., 2017).

O paciente descrito apresentava fatores de risco cardiovasculares (hipertensão e tabagismo passado) e anatomia favorável à reconstrução primária. A escolha pela anastomose término-terminal permitiu preservação do fluxo distal e evolução pós-operatória satisfatória, reforçando que esta técnica deve ser priorizada quando viável. A combinação de diagnóstico precoce com um planejamento cirúrgico cuidadoso, que considera a anatomia e a técnica mais adequada para o caso, resulta em desfechos favoráveis, como observado neste relato.

O aneurisma verdadeiro da artéria dorsal do pé é uma condição rara que requer alto índice de suspeita clínica. A apresentação mais comum é uma massa pulsátil no dorso do pé, e o diagnóstico pode ser confirmado com exames de imagem não invasivos, como o ultrassom Doppler e a angio-TC, que são cruciais para o planejamento terapêutico. A abordagem cirúrgica aberta com ressecção e reconstrução, preferencialmente por anastomose término-terminal, é a técnica de escolha, proporcionando um excelente prognóstico e minimizando o risco de complicações graves como a trombose, embolização distal e isquemia do membro. O relato deste caso raro contribui para a literatura, enfatizando a importância do diagnóstico e tratamento precoces, bem como a necessidade de uma abordagem personalizada para cada paciente, considerando suas comorbidades e a anatomia da lesão.

REFERÊNCIAS

1. AL-OMRAN M. Repair of a true dorsalis pedis artery saccular aneurysm. Journal of Surgical Case Reports. 2012; 7: 1-7.
2. ARAGÃO JA, et al. True Aneurysm of the Dorsal Artery of the Foot: Case Report and Review of the Literature. Annals of Vascular Surgery, 2017; 44: 414.e1-414.e4.
3. BALLESTEROS-POMAR M, et al. Repair of bilateral true aneurysms of the dorsalis pedis artery. Journal of Vascular Surgery, 2013; 57(5): 1387–1390.
4. BAUSELLS M et al. Aneurisma da artéria dorsal do pé: relato de caso e revisão da literatura. Jornal Vascular Brasileiro, 2003; 2(1): 26–34.
5. BERARD X et al. Current management of true aneurysm of the dorsalis pedis artery. Ann Vasc Surg., 2011; 25(2): 265.e13–265.e16.
6. BITTNER JG 4TH, et al. Giant, metachronous bilateral dorsalis pedis artery true aneurysms. Ann Vasc Surg., 2012; 26(2): 279.e13–279.e16.
7. CASTRO AM, et al. Aneurisma de artéria tibial anterior na transição com a dorsal do pé: um desafio terapêutico, Jornal Vascular Brasileiro, 2025; 24: e20240122.
8. CHRISTOFOROU P, et al. Dorsalis Pedis Artery Aneurysm: A Case Report and Review of the Literature. Annals of Vascular Surgery, 2016; 34: 271.e5-271.e8.
9. HAYASHIDA T, et al. True Aneurysms of Foot Arteries: A Case Report of a Young Patient. Annals of Vascular Surgery, 2021; 75: 532.e5-532.e8.
10. KATO T, et al. Dorsalis pedis artery true aneurysm due to atherosclerosis: Case report and literature review. Journal of Vascular Surgery, 2004; 40(5): 1044–1048.
11. KWON MJ et al. Open surgical repair of true saccular aneurysm of dorsalis pedis artery using a reversed great saphenous vein bypass graft. J Vasc Surg Cases Innov Tech, 2023; 10(1): 101378.

12. LEGEL K, et al. Dorsalis Pedis Aneurysm: A Case Report and Review of the Literature. The Foot & Ankle Journal, 2008; 1(11).
13. MAYDEW MS. Dorsalis pedis aneurysm: ultrasound diagnosis. Emerg Radiol., 2007; 13(5): 277–280.
14. MCKEE T, FISHER JB. Dorsalis pedis artery aneurysm: Case report and literature review. Journal of Vascular Surgery, 2000; 31(3): 589–591.
15. NOLAN FC, et al. Dorsalis pedis artery aneurysm. BMJ Case Reports, 2020; 13(2): e231969.
16. OZDEMIR H et al. Pseudoaneurysm of the dorsalis pedis artery: color Doppler sonographic and angiographic findings. J Clin Ultrasound, 2003; 31: 283–287.
17. SONNTAG M, et al. “Sandal strap” trauma and atherosclerosis are dual pathologies leading to bilateral true aneurysms of the dorsalis pedis arteries. Journal of Vascular Surgery, 2013; 57(5): 1391–1394.
18. TAYLOR D, et al. Aneurysm of the Dorsalis Pedis Artery. Vascular and Endovascular Surgery, 2002; 36(3): 241–245.
19. TEMPEST HV, WILSON YG. Acute Forefoot Ischaemia: an Unreported Complication of Dorsalis Pedis Artery Aneurysm. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2001; 22(5): 472–473.
20. YU JL et al. Pseudoaneurysms around the foot and ankle. Foot Ankle Surg., 2013; 19: 194–198.