

PSEUDO-ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA AXILAR ESQUERDA

GIANT PSEUDOANEURYSM OF LEFT AXILARY ARTERY

Abdo Farret, TCBC-RN¹

Dâmaso de Araújo Chacon²

Haroldo Amaral Duarte, RCBC-RN³

Isabel Cristina Pinheiro de Almeida, RCBC-RN³

INTRODUÇÃO

Pseudo-aneurismas traumáticos são dilatações arteriais ou venosas provocadas pela ruptura parcial ou total da parede vascular. Algumas vezes esta ruptura leva à formação de um hematoma pulsátil, que pode evoluir para a cavitação e formação de uma parede com consistência fibrogelatinosa desde que haja persistência da continuidade com a luz vascular.

Relatamos a evolução de um pseudo-aneurisma traumático gigante da artéria axilar esquerda com evolução de aproximadamente 16 anos. Chamamos a atenção para que a lesão vascular receba correto diagnóstico e tratamento no seu primeiro atendimento.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 61 anos, com antecedente de ferimento por arma de fogo em região peitoral esquerda há 16 anos. O ferimento havia sido tratado cirurgicamente naquela ocasião. Desde então apresentava tumoração assintomática em região supramamilar esquerda medindo +/-5cm de diâmetro. Nos últimos dois meses apresentou processos dolorosos cíclicos e aumento progressivo de volume, que o levou a procurar atendimento médico. Havia limitação da função motora do 2º, 3º e 4º quirodáctilos esquerdos com sinais de atrofia muscular crônica da mão, bem como importante limitação dos movimentos do braço devido ao aumento súbito da tumoração.

Ao exame físico, apresentava-se descorado (++/4+), com volumosa massa arredondada, em região peitoral e axilar esquerda, medindo aproximadamente 20cm de diâmetro, (Figura 1) de consistência fibro-elástica, com sopro holossistólico (++/4+). A tomografia revelou massa de origem muscular, medindo 15x12 cm nos maiores diâmetros. A arteriografia evidenciou volumoso pseudo-aneurisma de artéria axilar



Figura 1 – Grande tumoração de região peitoral esquerda, com área de erosão cutânea.

esquerda com aproximadamente 18cm x 12cm (Figura 2). Durante a internação apresentou hipertermia e piora acentuada da dor sobre a tumoração, aparecendo ponto de erosão cutânea evidenciando ruptura iminente. Foi submetido a operação com clampeamento da artéria subclávia esquerda abordada através da fossa supraclavicular, realizado abertura do pseudo-

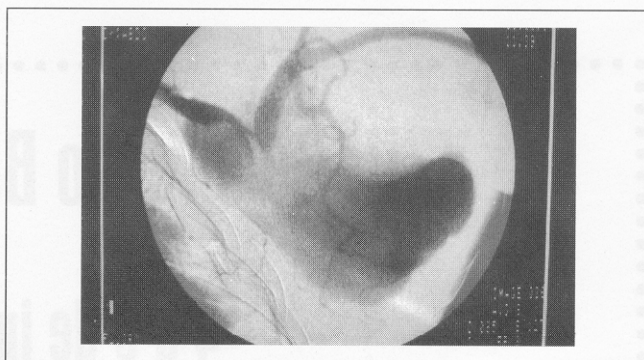


Figura 2 – Arteriografia evidenciando volumoso pseudo-aneurisma de artéria axilar esquerda

1. Titular da SBACV, Angiologista e Cirurgião Vascular do HUOL – UFRN.

2. Angiologista e Professor Adjunto IV Coordenador do Departamento de Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde da UFRN.

3. R2 de Cirurgia Geral do HUOL – UFRN.

Recebido em 25/4/97

Aceito para publicação em 7/8/97

Trabalho realizado no Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN – Natal – RN.

aneurisma com ligadura da artéria axilar através de sutura endoaneurismal oclusiva do colo de comunicação e drenagem fechada da cavidade. Antes da operação concluída, realizamos Doppler em artéria braquial esquerda, que evidenciou fluxo bifásico. Foi mantido sob heparinização contínua com 1.000ui/hora durante cinco dias, vasodilatador (nifedipina 40mg/d) e antibioticoterapia (amicacina, metronidazol e cefazolina). Realizou controle ambulatorial no 60º dia de pós-operatório, que evidenciou ferida cirúrgica cicatrizada, ausência de massas, pulso radial ++/3+ e persistência de déficit neurológico prévio ao ato cirúrgico.

DISCUSSÃO

Inferimos que o ferimento ocorrido há 16 anos tenha provocado lesão parcial da parede da artéria axilar, levando ao aparecimento do pseudo-aneurisma. Inicialmente assintomático, desenvolveu gradualmente sintomas de compressão extrínseca do plexo axilar esquerdo.

Após a realização da arteriografia, cogitou-se a colocação de uma endoprótese vascular recoberta de poliuretano, e exclusão do pseudo-aneurisma;^{1,2} outra opção seria a colocação de balões oclusores destacáveis na artéria axilar distal e proximal ao pseudo-aneurisma.³ A oclusão por compressão extrínseca, guiada por ultra-som,⁴ não foi realizada, devido ao grande volume do saco aneurismático e do seu colo.

As formas de tratamento endovascular foram descartadas, uma vez que o paciente apresentou hipertermia e leuco-

citose, evidenciando infecção do conteúdo aneurismático. Pela mesma razão, não realizamos a toracotomia esquerda; sendo assim, obtivemos o controle proximal isolando a artéria subclávia pela fossa supraclavicular esquerda, após o que abordamos o saco aneurismático diretamente, evacuando seu conteúdo. A ligadura, ao invés da reconstituição por *by-pass* ou *patch*, justifica-se devido às evidências clínicas de contaminação do conteúdo aneurismático – a cultura obtida no transoperatório evidenciou *pseudomonas aeruginosa* – o que favoreceria a infecção do enxerto. Esta decisão só foi tomada após nos certificarmos da presença de fluxo arterial bifásico ao Doppler na artéria braquial esquerda.

A heparinização plena, assim como a utilização de vasodilatadores no pós-operatório, justifica-se pela necessidade de melhorar o fluxo arterial, além de evitar a trombose secundária que poderia ocorrer nas artérias do braço devido à diminuição do fluxo sanguíneo provocado pela ligadura da artéria axilar. Caso houvesse isquemia crítica, optaríamos pela realização de *by-pass* extra-anatômico, subclávio-braquial ou carotídeo-braquial.

Este caso reforça a necessidade de se realizar corretamente o diagnóstico de lesão vascular traumática, no primeiro atendimento, evitando-se, assim, parte das complicações vasculares tardias. Portanto, quando não for possível afastar com segurança a presença de uma lesão vascular pelo exame físico, e as condições clínicas do paciente o permitirem, a arteriografia seletiva deve ser lembrada como forte aliada do cirurgião na elucidação diagnóstica.⁵

ABSTRACT

A case of a gunshot of the left axillary artery with a giant pseudoaneurism formation with sixteen years of evolution is presented. The 61- years-old male patient present since them a small assintomatic tumoration in infraclavicular localization. In the last eight months the tumor became symptomatic and volumous, reaching 20 cm in diameter, with signals of infection and imminent rupture. The patient was operated on with ligature of the axillary artery and evacuation of the pseudoaneurysm. The surgical handling and endovascular therapeutic options available in the present time are discussed. A short review about the disease as well as a bibliographic update are present. The authors also call attention for the necessity of a correct management of the vascular injures in the event of the first management.

Key Words: *Pseudoaneurysm; Aneurysm; Axillary artery.*

REFERÊNCIAS

1. Uflacker R, Elliot BM – Stent-graft repair of old AV fistula. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1996;19:120-122.
2. Espinosa G, Parodi JC, Filippo R, et al – Endoprótese vascular recoberta (Stent graft) no tratamento das FAV traumáticas. *Rev Angiol Cir Vasc* 1996 abril/junho;5(2):63-67.
3. Stedeman HH, Carpenter JP, Shlansky-Goldberg RD – Percutaneous balloon catheter vascular control for infected axillary artery pseudoaneurysm. *J Cardiovasc Surg* (Torino)1994 Dec;35(6): 529-31.
4. Hajarizadeh H, LaRosa CR, Cardullo P, et al – Ultrasound-guided compression of iatrogenic femoral pseudoaneurysm failure, recurrence, and long-term results. *J Vasc Surg* 1995 Oct;22(4):425-30.
5. Snyder WH III, Thal ER, Bridges RA, et al – The validity of normal arteriography in penetrating trauma. *Arch Surg* 1978;113:424.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Abdo Farret Neto
Clínica Materna
Av. Rodrigues Alves, 766
59020-200 – Tirol – Natal – RN
Email: farret@eol.com.br