

RELATO DE CASO

PSEUDOANEURISMA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA: RELATO DE CASO

ARTERIOVENOUS FISTULA PSEUDOANEURYSM: CASE REPORT

Tatiane Pires de Oliveira¹, Renata dos Santos Oliveira², Laura Ramos da Silva³.

RESUMO

As fístulas arteriovenosas nativas são o acesso vascular de escolha em pacientes com insuficiência renal terminal que necessitam de hemodiálise. Entretanto, podem desenvolver complicações como aneurisma, pseudoaneurisma, estenose venosa, hipertensão venosa, trombose, hemorragia, síndrome do roubo e infecção. Na artéria braquial, os pseudoaneurismas são mais comuns que os aneurismas verdadeiros. No entanto, os pseudo-aneurismas da artéria braquial ainda são incomuns. É relatado um caso de um homem de 47 anos, com quadro de pseudoaneurisma de artéria braquial infectado, confirmado por Doppler. O tratamento vascular foi realizado com abordagem cirúrgica aberta.

Palavras-chave: Fístula. Aneurisma. Fístula Arteriovenosa.

ABSTRACT

Native arteriovenous fistulas are the vascular access of choice in patients with end stage renal failure who require hemodialysis. However, they may develop complications such as aneurysms, pseudoaneurysms, venous stenosis, venous hypertension, thrombosis, hemorrhage, theft syndrome and infection. In the brachial artery, pseudoaneurysms are more common than true aneurysms. However, pseudoaneurysms of the brachial artery are still uncommon. The present case report describes the case of a 47-year-old male with a confirmed pseudoaneurysm of the brachial artery, confirmed by Doppler. Vascular treatment was performed with an open surgical approach.

Keywords: Arteriovenous Fistula. Aneurysm. Arteriovenous Fistula.

 ACESSO LIVRE

Citação: De Oliveira TP, Oliveira RS, Da Silva LR. (2020) Pseudoaneurisma de fístula arteriovenosa: relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 7(2):.

Instituição:¹Acadêmico Medicina Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil. ² Acadêmico Medicina Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil. ³Graduada em Medicina pela Universidade de Gurupi, Residência em Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Tocantins e Residente em Cirurgia Vascular pela Universidade Federal do Tocantins.

Autor correspondente: Tatiane Pires de Oliveira; Endereço Postal: 206 Sul, Alameda 02, Lt 07, Residencial Isabela, Bloco 1, Apto 104; tatip995@gmail.com

Editor: Carvalho A. A. B. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 27 de julho de 2020.

Direitos Autorais: © 2020 De Oliveira et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

INTRODUÇÃO

As fístulas arteriovenosas nativas são o acesso vascular de escolha em pacientes com insuficiência renal terminal que necessitam de hemodiálise¹, pois apresentam menores taxas de complicações e melhor patência do que os enxertos protéticos. Entretanto, podem desenvolver complicações como aneurisma, pseudoaneurisma, estenose venosa, hipertensão venosa, trombose, hemorragia, síndrome do roubo e infecção².

Na artéria braquial, os pseudoaneurismas são mais comuns que os aneurismas verdadeiros. No entanto, os pseudo-aneurismas da artéria braquial ainda são incomuns, com apenas um número limitado de casos relatados na literatura¹. Consiste em um hematoma pulsátil que pode ser formado por hemorragia em tecidos moles. Possui encapsulação fibrosa e comunicação entre a ruptura do espaço líquido³.

Os sintomas geralmente se limitam ao efeito de massa da lesão: sensibilidade, dor e edema. Déficits neurológicos e vasculares subsequentes tornam-se mais proeminentes à medida que as estruturas vizinhas são afetadas⁴. As complicações dos pseudoaneurismas incluem dor local, ruptura, neuropatia e isquemia cutânea local. Também pode resultar em formação de sepsse e abscesso local, que pode romper e causar hemorragia subsequente³. O manejo de qualquer pseudoaneurisma é dependente de seu tamanho, localização e patogênese⁴.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, apresentou queixa de dor em porção distal do braço esquerdo. Possuía histórico de doença renal crônica e realizava sessões dialíticas há 1 ano. Apresentava etilismo e tabagismo de longa data como hábitos de vida, além de uso de drogas ilícitas.

Ao exame físico, apresentava parada de frêmito em FAV (fístula arteriovenosa) de braço esquerdo com presença de edema, aumento de temperatura local e dor à palpação. Iniciou a apresentação de episódios febris diários, com mensuração média de 38,6^o

Foi iniciada antibioticoterapia endovenosa e solicitados USG e Doppler de membro superior esquerdo. Em ultrassonografia presença de aneurisma de fístula arteriovenosa medindo 7,0 x 4,2 x 4, 6 cm. Em Doppler venoso presença de imagem anecóica em terço distal e médio do antebraço esquerdo, ao Doppler presença de fluxo turbulhionado, estabelecendo como hipótese diagnóstica de pseudoaneurisma de FAV no braço esquerdo.

Paciente foi então submetido ao procedimento cirúrgico aberto para correção. Durante exploração cirúrgica foi encontrado pseudoaneurisma roto, contido e infectado sendo realizada drenagem de hematoma infectado e desligamento de fístula braquiocefálica.

Após finalização do procedimento cirúrgico paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória, necessitando de necessitando RCP, IOT, DVA e sedoanalgesia, sendo transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante tal período continuou realizando procedimento dialítico com acesso femoral.

Paciente evoluiu com sepsse de foco pulmonar, de difícil controle com queda importante do estado geral, apresentando nova PCR sem sucesso de reversão e óbito.

DISCUSSÃO

Na artéria braquial, os pseudoaneurismas são mais comuns que os aneurismas verdadeiros³, no entanto os pseudo-aneurismas da artéria braquial ainda são um fenômeno raro e geralmente resultam de trauma ou lesão iatrogênica⁴.

Podem ser classificados segundo sua etiologia como congênitos, devido a um distúrbio do tecido conjuntivo subjacente, como ocorre na doença de Marfan ou na síndrome de Ehlers-Danlos; ou adquirido. Os últimos são micóticos em etiologia (devido à infecção local ou sistêmica) ou surgem após um trauma, por exemplo, devido a uma fratura ou canulação vascular¹.

A literatura acerca da etiologia mais comum é controversa, sendo relacionado majoritariamente ora como uma complicação predominantemente iatrogênica após cirurgia de fixação de uma fratura⁴ e ora como resultado da canulação repetida de fístulas arteriovenosas durante a hemodiálise¹. O paciente relatado não possuía histórico de fraturas, sendo a etiologia da patologia mencionada resultado das canulações frequentes durante as sessões de hemodiálise.

Os fatores de risco para o desenvolvimento dos pseudoaneurismas são anticoagulação, obesidade, diabetes mellitus, técnica de punção falha, compressão manual breve, hipertensão arterial, dificuldade para comprimir locais de punção, artérias fortemente calcificadas e hemodiálise³. Os pacientes em hemodiálise apresentam alto risco de complicações arteriais devido ao uso de agulhas de grande calibre, heparinização sistêmica e repetidas canulações de fístula arteriovenosa cirurgicamente criada⁵. Quando o local da punção arterial não é vedado de forma adequada após o cateterismo, o sangue devido à pressão arterial é injetado nos tecidos perivasculares, formando assim um hematoma pulsátil³.

O pseudoaneurisma geralmente se desenvolve lentamente, levando dias, meses ou até anos para desenvolver sintomas ou ser detectado clinicamente³. Os sintomas frequentemente se limitam ao efeito de massa da lesão, cursando com sensibilidade, dor e edema. Conforme ocorre a expansão e consequente compressão de estruturas vizinhas surgem déficits neurológicos e vasculares os quais tornam-se mais proeminentes com a evolução do PAB⁴. O paciente apresentava edema, rubor e dor na região, sinais característicos de inflamação, o que é correspondente ao achado de pseudoaneurisma infectado, encontrado na abordagem cirúrgica.

O diagnóstico de um pseudoaneurisma pode ser realizado por meio de ultrassonografia com doppler (US), angiotomografia computadorizada com contraste e ressonância magnética³. O padrão ouro para o diagnóstico é a arteriografia seletiva¹. Exames de imagem, principalmente a

ultrassonografia também são importantes durante o acompanhamento dos pacientes após o tratamento, pois podem confirmar a remoção completa, trombose ou recorrência³. No presente caso o diagnóstico inicial foi estabelecido através da ultrassonografia, que diagnosticou um aneurisma de artéria braquial, sendo esclarecido posteriormente no Doppler.

O manejo de qualquer pseudoaneurisma é dependente de seu tamanho, localização e patogênese⁴. As opções de tratamento incluem compressão guiada por ultrassonografia, injeção percutânea de trombina, implante de stent endovascular e reparo cirúrgico aberto¹. A intervenção endovascular tem se tornado cada vez mais comum; entretanto, as indicações para cirurgia aberta incluem aneurismas de rápida expansão, isquemia distal e neuropatia causada por pressão local⁴.

A correção dos pseudoaneurismas é indicada quando há dor, infecção, erosão da pele suprajacente, crescimento rápido do pseudoaneurisma envolvimento da área de anastomose, baixo fluxo associado à estenose, limitação da área de punção e, por último, por motivo estético⁶. O paciente em questão apresentava dor e sinais de inflamação em topografia do pseudoaneurisma, o que justifica a abordagem. O desfecho desfavorável provavelmente se deu devido ao comprometimento do doente devido a outras patologias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- COX, N. et al. Brachial artery pseudoaneurysm arising from the stump of a ligated arteriovenous fistula. **BMJ Case Reports**, [s.l.], v. 2015, n. 101, p.1-3, 10 jun. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2014-206993>.
- 2- WANG, Annie; SILBERZWEIG, James E.. Brachial Artery Pseudoaneurysms Caused by Inadvertent Hemodialysis Access Needle Punctures. **American Journal Of Kidney Diseases**, [s.l.], v. 53, n. 2, p.351-354, fev. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2008.08.008>.
- 3- LEITE, Tulio et al. Giant iatrogenic pseudoaneurysm of the brachial artery: A case report. **International Journal Of Surgery Case Reports**, [s.l.], v. 37, p.193-195, 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.06.044>.
- 4- KEMP, K. et al. Brachial artery pseudoaneurysm. **Case Reports**, [s.l.], v. 2014, n. 231, p.1-3, 23 maio 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2014-203924>.
- 5- YILDIRIM, S. et al. Brachial Artery Pseudoaneurysm: a Rare Complication after Haemodialysis Therapy. **Acta Chirurgica Belgica**, [s.l.], v. 105, n. 2, p.190-193, jan. 2005. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/00015458.2005.11679697>.
- 6- A MAFFEI, Francisco H de et al. Doenças vasculares periféricas. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 3476 p.

FIGURAS

Figura 1: Ecodoppler evidenciando pseudoaneurisma de artéria braquial à esquerda.



Figura 2: Ecodoppler evidenciando veia basílica e fluxo com velocidade diastólica alta, compatível com FA.

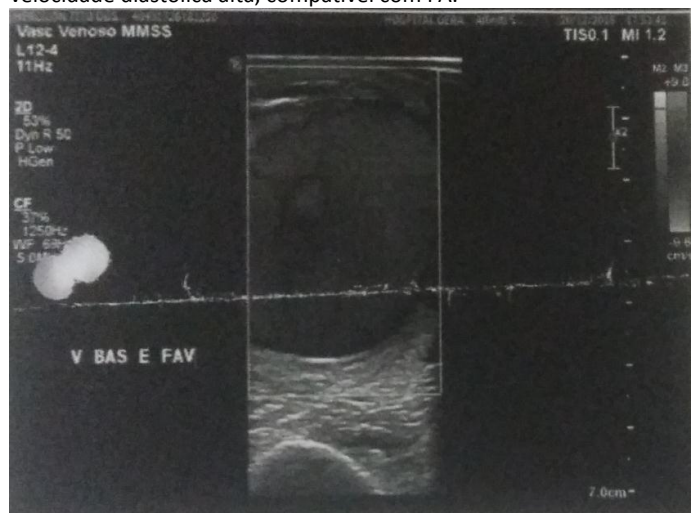


Figura 3: Ecodoppler evidenciando veia braquial esquerda.

