

Pseudo-aneurisma de artéria torácica lateral pós-trauma contuso de tórax

Lateral thoracic artery pseudoaneurysm due to blunt chest trauma

Artur José Rocha-Lima¹, Marcus Vinícius Marques², Cláudio Gabriele³

Resumo

Pseudo-aneurisma, ou falso aneurisma, é uma entidade clínica causada por ruptura da parede arterial, com extravasamento de sangue que é contido pelos tecidos vizinhos. Apresentamos um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, de 64 anos, que foi encaminhada devido a uma rara lesão da artéria torácica lateral direita, levando ao pseudo-aneurisma, após traumatismo contuso. Os autores não têm conhecimento de caso semelhante na literatura consultada.

Palavra-chave: Pseudo-aneurisma, cirurgia, complicações, aneurisma, artéria.

Introdução

Pseudo-aneurisma, ou falso aneurisma, é uma entidade clínica causada por ruptura da parede arterial, com extravasamento de sangue que é contido pelos tecidos vizinhos¹, ou também conceituado como o resultado da organização do hematoma comunicando-se com a luz da artéria². Os ferimentos penetrantes por projétil de arma de fogo e por arma branca constituem o mecanismo habitual na maior parte dos centros urbanos do Brasil e do mundo, mas tem sido freqüente a etiologia iatrogênica³. Ocorre freqüentemente associada a procedimentos de catete-

Abstract

Pseudoaneurysm, or false aneurysm, is a clinical entity caused by arterial wall rupture, with blood extravasation contained by neighboring tissues. We report a case of a 64-year-old female patient, who was referred due to a rare right lateral thoracic artery lesion leading to pseudoaneurysm secondary to blunt trauma. The authors did not find a similar case in the literature.

Keywords: Pseudoaneurysm, surgery, complications, aneurysm, artery.

rismo arterial ou outros tipos de trauma vascular. As artérias mais freqüentemente envolvidas na formação de pseudo-aneurismas são as artérias umeral e femoral⁴. Os autores apresentam um relato de caso de traumatismo contuso, com lesão da artéria torácica lateral direita levando ao pseudo-aneurisma, que, aparentemente, não tem similar na literatura consultada.

Apresentação do caso

Paciente do sexo feminino, com 64 anos de idade, apresentou queda da própria altura sobre uma pedra quando andava em uma região de terreno irregular, sofrendo traumatismo contuso de tórax à direita. Na primeira avaliação, descartou-se fratura de arcos costais, sendo a paciente liberada. Foi acompanhada por 3 meses com dor em hemitórax direito, diminuição da força do membro superior direito e aparecimento progressivo de tumoração axilar, quando foi transferida para o nosso serviço.

Ao exame clínico, apresentava massa volumosa de 15 cm de diâmetro, de coloração violácea, localizada na região axilar e ântero-lateral do hemitórax direito, com as seguintes características: não-pulsátil, aumento da temperatura na região da massa tumoral, dolorosa à

-
1. Cirurgião vascular. Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, SBACV. Ecografista vascular, Certificado de Atuação na Área de Ecografia Vascular com Doppler, SBACV/CBR. Responsável, Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital de Base de Bauru, Bauru, SP. Sócio efetivo, SBACV.
 2. Cirurgião vascular, Hospital de Base de Bauru, Bauru, SP.
 3. Cirurgião vascular. Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, SBACV. Hospital de Base de Bauru, Bauru, SP.

Este relato de caso foi apresentado no VIII Pan American Congress on Vascular and Endovascular Surgery.

Artigo submetido em 10.08.06, aceito em 27.09.06.

palpação, endurecida, sem sopro ou frêmito, com parestesia do membro superior direito e hemodinamicamente estável.

O exame ultra-sonográfico mostrou tumor com conteúdo sólido e cístico e turbilhonamento de fluxo com imagem sugestiva de pseudo-aneurisma. A arteriografia é o exame de melhores resultados, mas apresenta inconvenientes e morbidade e mortalidade com maior significado em pacientes traumatizados³. A arteriografia digital revelou extravasamento de contraste na transição axilo-umeral, sem definição precisa da artéria envolvida (Figura 1).

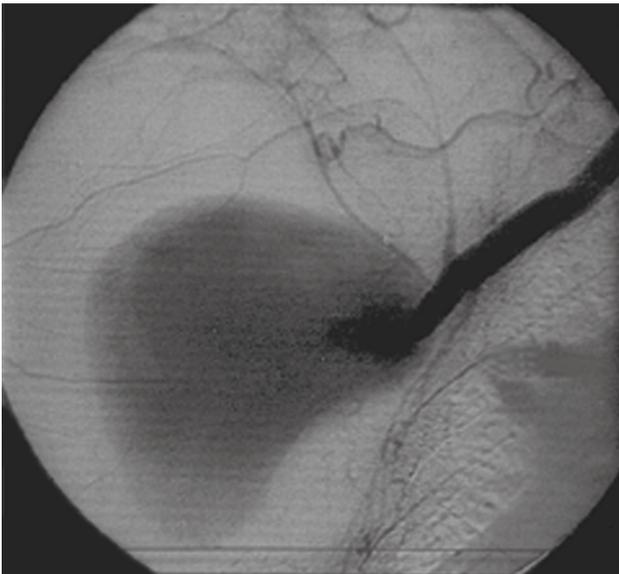


Figura 1 - Arteriografia pré-operatória demonstrando extravasamento de contraste no segmento axilo-braquial

Optou-se pelo tratamento cirúrgico com anestesia geral. O controle proximal foi feito pela dissecação da artéria subclávia, e o controle distal, pela artéria umeral distal (Figura 2). Na região axilar, foi realizada abordagem direta do tumor, com incisão sobre a massa tumoral, que demonstrou trombo organizado na periferia e trombo mais recente com hematoma liquefeito na área central (Figura 3), ocupando o cavo axilar, comprimindo vasos e demais estruturas anatômicas locais. Observou-se que o pseudo-aneurisma não tinha origem nas artérias axilar ou subclávia, mas na artéria torácica

lateral, após laceração de 0,5 cm, artéria esta que corria longitudinalmente junto ao gradil costal. A lesão foi corrigida através de uma sutura com pontos separados de fio de polipropileno 6-0. Não havia comprometimento de veias e nervos nessa região. A ausência de pulsos distais acontecia por compressão local, devido à massa tumoral.

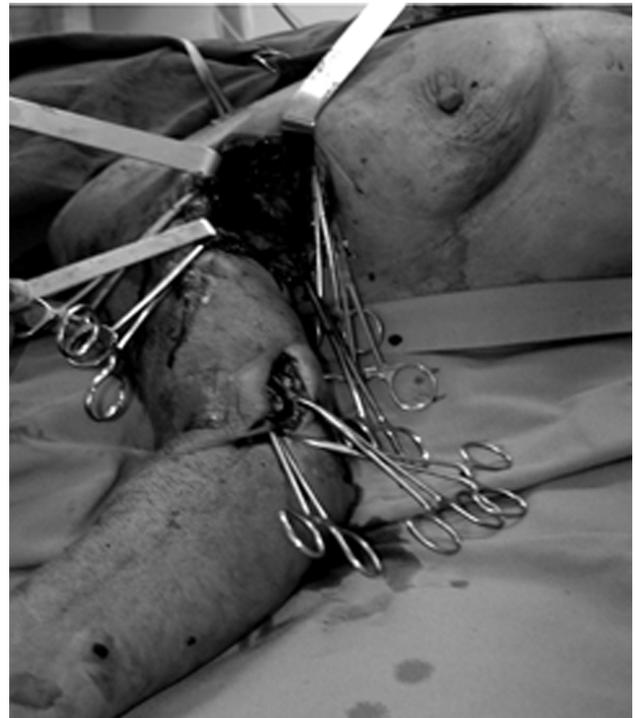


Figura 2 - Intra-operatório: abordagem proximal da artéria subclávia e distal da artéria umeral, com incisão da massa tumoral

O resultado da cirurgia foi satisfatório, sendo obtidos a restauração da perfusão sangüínea e o retorno dos pulsos umeral, radial e ulnar. Entretanto, não houve melhora da parestesia.

Discussão

A lesão da artéria axilar é infreqüente na população geral⁴ e, quando ocorre, é geralmente causada por trauma penetrante. Não se encontrou nenhum caso em que a origem do pseudo-aneurisma fosse a artéria torácica lateral.

O pseudo-aneurisma não-tratado pode levar a complicações importantes, como compressão de estruturas adjacentes, hemorragia e infecção. Quando há demora

na suspeita da lesão e também no tratamento de lesões envolvendo as artérias subclávia e axilar, pode ocorrer compressão do plexo umeral⁵, com conseqüentes seqüelas neurológicas, podendo evoluir com déficit neurológico significativo e permanente⁵. Lesões associadas ao plexo braquial são encontradas em 35% dos casos e apresentam significativa morbidade a longo termo⁶. É possível o envolvimento venoso nessa região pela proximidade de outras estruturas. O conhecimento da anatomia dessa região anatômica é muito importante para que se possa suspeitar de lesão vascular.

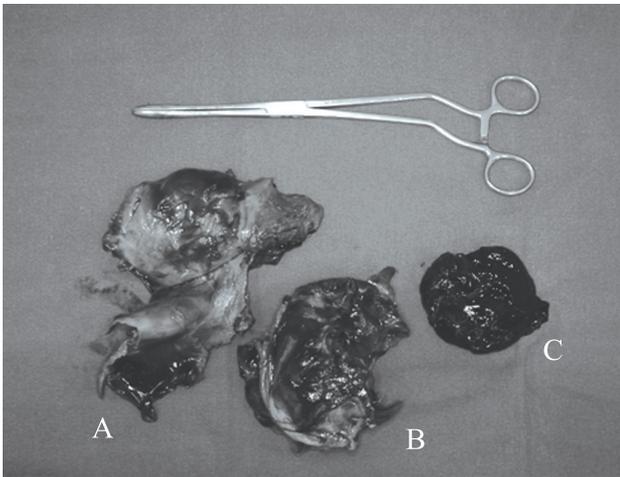


Figura 3 - Trombo “organizado” (A e B); hematoma liquefeito (C)

Devido ao fato de, inicialmente, alguns casos não apresentarem sinais e sintomas, alguns autores⁴ sustentam a necessidade de se fazer arteriografia em todos os pacientes com ferida penetrante na proximidade dos vasos subclávios e axilares, mesmo que não existam sinais de insuficiência arterial. O exame ultrasonográfico tem a vantagem de ser não-invasivo e disponível, mas também a limitação de ser examinador-dependente e de não atingir toda a extensão arterial local, devido ao percurso subósseo de alguns vasos. Uma possibilidade diagnóstica é a arteriografia por injeção retrógrada via artéria umeral, que é um exame fácil, rápido e ideal para as situações de traumatismos vasculares nessa região⁷. No caso em questão, não havia pulso umeral, o que impossibilitou essa forma específica de diagnóstico. O fato de exames como a ultrasonografia e a arteriografia não terem feito o diagnós-

tico exato da artéria envolvida deveu-se à dificuldade de se identificar com exatidão todas as artérias dessa região do tórax, que, além da artéria torácica lateral, apresenta outras artérias próximas, como a artéria toracodorsal e a artéria subescapular, a qual tem um curso mais posterior.

As lesões por traumatismo penetrante nessa região são freqüentemente associadas a lesões do plexo braquial. No traumatismo fechado, a associação mais freqüente é com lesões do plexo braquial e com fratura de clavícula e/ou primeira costela. Essas associações de lesão devem levantar alto índice de suspeita de lesão de artéria subclávia. Na luxação anterior do ombro ou na fratura do colo do úmero, a lesão de artéria axilar deve ser considerada. Em virtude da extensa circulação colateral do ombro, muitas lesões vasculares complexas podem passar despercebidas, pela ausência de isquemia ou alteração mínima do pulso⁸.

A avaliação arteriográfica é essencial, tanto nesses casos assintomáticos como naqueles com sinais de isquemia e hematoma na região supraclavicular ou cervical baixa, mas nem sempre é efetiva, como nesse caso em que não fez o diagnóstico da artéria envolvida. É possível que outros métodos diagnósticos, como angiorressonância ou angiotomografia, sejam mais sensíveis, mas não encontramos relatos na literatura do uso desses métodos em caso similares.

A definição da verdadeira artéria envolvida só foi possível após minucioso estudo da anatomia da região durante o ato operatório, pois somente a artéria torácica lateral apresenta estreita proximidade com o gradil costal.

O caso é peculiar devido ao tipo de trauma e ao envolvimento da artéria torácica lateral. Não se encontrou relato similar na literatura.

Agradecimento

Agradecemos ao Prof. Dr. Winston Bonetti Yoshida pelo suporte técnico-científico à publicação desse manuscrito.

Referências

1. Miyamoto M, Moreira RCR, Erzinger FL, França GJ, Cunha AGP. [Pseudo-aneurisma idiopático da artéria poplítea](#). J Vasc Bras. 2004;3:169-72.
2. Burihan E. Traumatismos vasculares. In: Maffei FHA, ed. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 1127-42.
3. Medeiros CAF, Landim RM, Castro AM, et al. [Conduitas no trauma penetrante da artéria axilar](#). J Vasc Bras. 2003;2:225-8.
4. Mariné L, Mertens R, Valdes F, Kramer A. Pseudoaneurysm of the braquiocefalic trunk and bullet trauma. J Vasc Bras. 2005;4:169-73.
5. McCready RA, Procter CD, Hyde GL. [Subclavian-axillary vascular trauma](#). J Vasc Surg. 1986;3:24-31.
6. Raju S, Carner DV. [Brachial plexus compression: complication of delayed recognition of arterial injuries of the shoulder girdle](#). Arch Surg. 1981;116:175-8.
7. Graham JM, Mattox KL, Feliciano DV, DeBakey ME. [Vascular injuries of the axilla](#). Ann Surg. 1982;195:232-8.
8. Aerts N, Lopes H, Kiss E, Paiva HD. Arteriografia retrograda no diagnóstico de trauma vascular no segmento subclávio-axilar. Cir Vasc Angiol. 2001;17(Supl 5):S105.

Correspondência:

Artur José Rocha-Lima
Rua João Croce, 4/85, Jardim Shangri-lá
CEP 17054-638 – Bauru, SP
Tel.: (14) 3214.4747, (14) 8122.7172 (14) 3227.8786
E-mail: arochalima@gmail.com