

Aneurisma de artéria subclávia direita roto em paciente jovem

Ruptured right subclavian artery aneurysm in a young patient

Patrícia Weiber Schettini Figueiredo, Christiano Pecego
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

Os aneurismas da artéria subclávia são raros (< 1% dos aneurisma periféricos). As causas mais comuns são aterosclerose, infecção, doença do colágeno, trauma e a síndrome do desfiladeiro cervicotorácico. Embora raro, pode apresentar complicações graves como rotura, trombose e embolia. A rotura apresenta-se em 9% dos casos e, devido à raridade, ainda está pouco documentada. O tratamento estabelecido é a cirurgia convencional. Relata-se aqui um caso de aneurisma de artéria subclávia direita roto em uma paciente com síndrome do desfiladeiro cervicotorácico, tratado com cirurgia convencional após falha no tratamento endovascular.

Palavras chave: Aneurisma de artéria subclávia; artéria subclávia; síndrome do desfiladeiro cervicotorácico

ABSTRACT

Subclavian artery aneurysms are rare (< 1% of peripheral aneurysms). The most common causes are atherosclerosis, infection, collagen disease, trauma, and cervicothoracic outlet syndrome. Although rare, it can present serious complications such as rupture, thrombosis and embolism. Rupture occurs in 9% of cases and, still due to rarity, it is poorly documented. The most planned treatment is conventional surgery. We report here a case of ruptured right subclavian artery aneurysm in a patient with cervico-thoracic outlet syndrome treated with conventional surgery after failure of endovascular treatment.

Keywords: Subclavian artery aneurysm; Right subclavian artery ruptured; Cervico-thoracic outlet syndrome

Correspondência:

Patrícia Weiber Schettini Figueiredo
E-mail: pwschettini@hotmail.com
Data de submissão: 28/03/2022
Data de aceite: 20/10/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 14º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria subclávia (AAScl) são raros (< 1%)¹, mesmo assim, pode apresentar complicações graves como rotura, trombose e embolia. A rotura representa 9% destes e, devido à raridade, ainda esta pouco documentada^{2,3}. As causas mais comuns são aterosclerose, infecção, doença do colágeno, trauma e a síndrome do desfiladeiro cervicotorácico (SDCT)^{5,6}. A terapia convencional envolve a exclusão do aneurisma. O caso apresentado é de uma paciente diagnosticada com um AAScl roto na qual foi realizado tratamento convencional após falha da correção endovascular.

RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, com 20 anos de idade. Há 7 meses dormiu por longo período sobre o membro superior direito (MSD) em hiperextensão evoluindo com o quadro de dor supraclavicular direita, parestesia em MSD e rouquidão. Foi realizada angiotomografia computadorizada (Figura 1) com AAScl à direita (diâmetro máximo de 9,3cm e colo proximal 1,2cm). O Conjunto deslocava estruturas mediastinais para a esquerda e prega vocal direita com padrão de paralisia. Havia obstrução distal ao aneurisma, na artéria subclávia direita (ASclD).

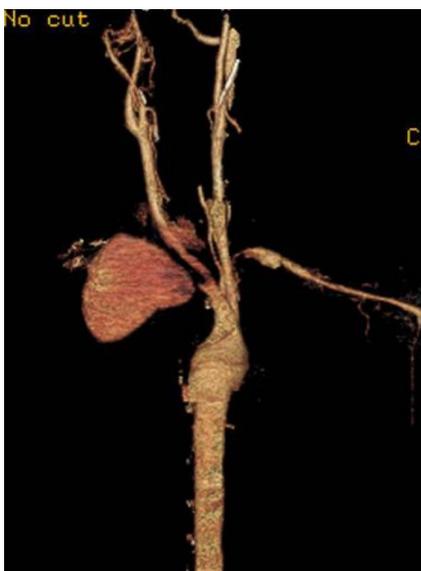


Figura 1 - AngioTomografia de tórax em reconstrução 3D. Nota-se ausência de contraste na artéria subclávia após o aneurisma.

Foi realizado tratamento endovascular. A angiografia após cateterização da origem da artéria subclávia direita mostrava não comunicação do aneurisma com a artéria axilar direita (Figura 2). Falha na progressão do fio-guia na transição subclávio-axilar. Optado por exclusão do aneurisma/ASclD através do uso de *stent* revestido 9x40mm em origem da artéria carótida comum direita (ACCD) + troncobraquiocefálico (TBC). Em controle angiotomográfico, foi evidenciada a embolização do *stent* revestido para a bifurcação aórtica.



Figura 2 - Angiografia após cateterização da origem da Artéria subclávia direita mostrando não comunicação do aneurisma com a artéria axilar direita.

Optou-se então pelo tratamento convencional. Este foi iniciado com esternotomia mediana com reparo do TBC, ASclD na origem e ACCD. Prosseguiu-se com incisão transversal supraclavicular com escalenectomia anterior (Figura 3), ressecada bandeletas e isolado a ASclD. Achado intraoperatório de aneurisma verdadeiro da ASclD, roto, com degeneração de sua parede. Por fim, incisão infraclavicular direita com reparo da artéria axilar direita. Interposto enxerto com veia safena magna direita e anastomose proximal terminolateral no TBC na origem da ASclD (Figura 4). Houve dificuldade na realização do túnel costoclavicular devido a grande fibrose local com necessidade

de reforço da dilatação. Realizada anastomose distal em artéria axilar direita (Figura 5). No pós-operatório imediato, a paciente apresentava pulso palpável para todo MSD e sem sintomas neurológicos. Recebeu alta hospitalar com ácido acetilsalicílico 100 mg/dia.

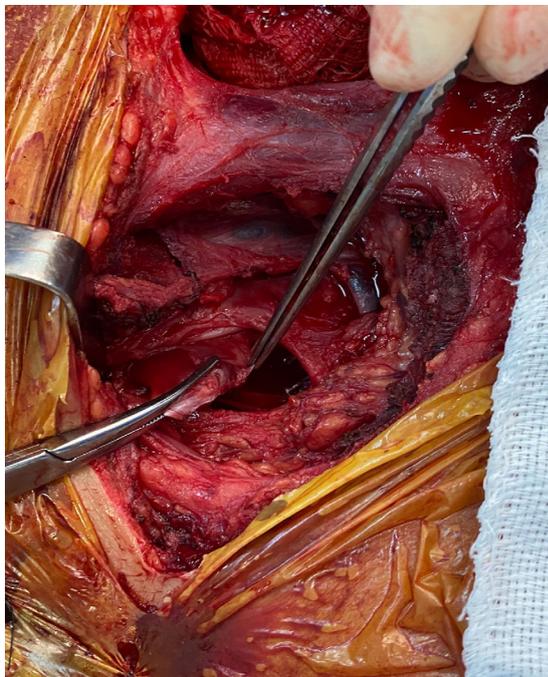


Figura 3 - Incisão supraclavicular evidenciando a escalenectomia anterior

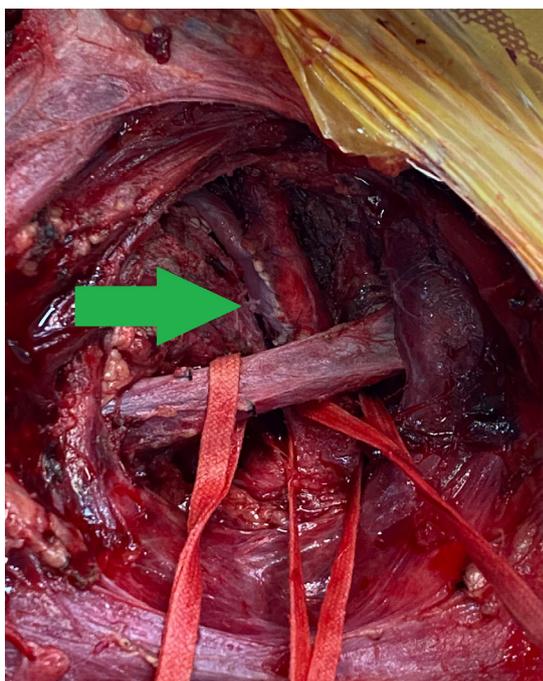


Figura 4 - Acesso realizado por estenotomia mediana para dissecação do TBC. Seta verde sinalizando a anastomose proximal, ao nível da origem da ASCL direita



Figura 5 - Acesso infraclavicular direito. Seta verde sinalizando a anastomose distal término lateral da VSM-artéria axilar direita.

DISCUSSÃO

Neste caso, a hiperextensão do braço pode ter levado a compressão do aneurisma por uma bandeleta causando a sua rotura. A correção por técnica endovascular já é descrita, todavia, apresenta dificuldade especialmente do dispositivo compatível à desproporção de diâmetro proximal/distal.⁴ Após falha do tratamento endovascular, foi prudente a realização de cirurgia convencional.

O tratamento clássico consiste na interposição de enxerto através da abordagem supraclavicular simples ou transtorácica combinada⁷⁻⁸. Devido colo proximal pequeno e grande tamanho do AAScl foi optado pela associação de acessos para se ter o controle proximal, realizar a escalenectomia e esvaziamento do aneurisma.

CONCLUSÃO

O aneurisma de artéria subclávia sempre deve ser tratado devido às suas complicações como rotura, trombose, embolia ou sintomas neuro-vasculares. Quando roto deve ser tratado o mais precocemente possível.

O aneurisma da artéria subclávia associado à síndrome do desfiladeiro cervicotorácico deve ser tratado em associação à escalenectomia anterior com ressecção de bandeletas e traves fibrosas para evitar que na cicatrização existam complicações de compressão do feixe neurovascular.

O tratamento convencional ainda é preferível por apresentar bons resultados quando a cirurgia é bem planejada, além da ausência de endopróteses que comportem a desproporção de diâmetros da artéria e necessidade de colo adequado.

REFERÊNCIAS

1. Lawrence PF, Gazak C, Bhirangi L, et al. The epidemiology of surgically repaired aneurysms in the United States. *J Vasc Surg.* 1999;30:632-40.
2. Vierhout BP, Zeebregts C, van den Dungen JJ, Reijnen MM. Changing profiles of diagnostic and treatment options in subclavian artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010;40:27-34.
3. Kim SS, Jeong MH, Kim JE, Yim YR, Park HJ, Lee SH, Rhew SH, Jeong YW, Kim JH, Cho JG, Park JC. Successful treatment of a ruptured subclavian artery aneurysm presenting as hemoptysis with a covered stent. *Chonnam Med J.* 2014 Aug;50(2):70-3. doi: 10.4068/cmj.2014.50.2.70. Epub 2014 Aug 20. PMID: 25229020; PMCID: PMC4161765.
4. Domínguez González JM, Álvarez García B, Lebrun JM, Docampo MM. Combined surgery for the treatment of bilateral subclavian artery aneurysm in Marfan syndrome *J Vasc Surg.* 2007;45:180-2.
5. Lakhkar BN, Lakhkar BB, Ghosh MK, Shenoy PD, Patil LID. Congenital subclavian artery aneurysm. *Indian Pediatr.* 1992;29:1165-8.
6. Kasirajan K, Matteson B, Marek JM, Langsfeld M. Covered stents for true subclavian aneurysms in patients with degenerative connective tissue disorders. *J Endovasc Ther.* 2003;10:647-52.
7. Hilfiker PR, Razavi MK, Kee ST, Sze DY, Semba CP, Dake MD. Stent-graft therapy for subclavian artery aneurysms and fistulas: single-center mid-term results. *J Vasc Interv Radiol.* 2000;11:578-84.
8. May J, White G, Waugh R, Yu W, Harris J. Transluminal placement of a prosthetic graft-stent device for treatment of subclavian artery aneurysm. *J Vasc Surg.* 1993;18:1056-9.