

**30/NOV a 04/DEZ 2021**

## **LESÃO DE ARTÉRIA E VEIA SUBCLÁVIA POR TRAUMA FECHADO. RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.**

**Juliane R. B. CABRAL<sup>1</sup>; Karina C. SILVA<sup>1</sup>; Danielle G. C. PINHEIRO<sup>1</sup>; Isabella A. SIGNORINI<sup>1</sup>; Arthur A. R. TENORIO<sup>1</sup>;  
Paloma O. VASCONCELOS<sup>2</sup>; João V. P. NUNES<sup>1</sup>; Ana C. TEIXEIRA<sup>1</sup>;**

<sup>1</sup> Graduando(a) em Medicina pela Universidade Anhembi Morumbi; Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra.

<sup>2</sup> Residente de Área Básica Cirúrgica; Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra.

### **1. INTRODUÇÃO**

A lesão de artéria e veia subclávia por trauma fechado é rara e ocorre em acidente de energia alta o suficiente para lesionar as diversas estruturas que protegem esses vasos<sup>(1,2)</sup>. Suspeita-se dessa injúria quando há trauma no terço superior da parede torácica associada à ausência ou diminuição do pulso no membro superior, hemorragia e hematoma local<sup>(3)</sup>.

### **2. RELATO DE CASO**

Mulher, 33 anos, vítima de colisão moto versus poste, deu entrada no Hospital Geral de Itapeçerica da Serra trazida pelos bombeiros.

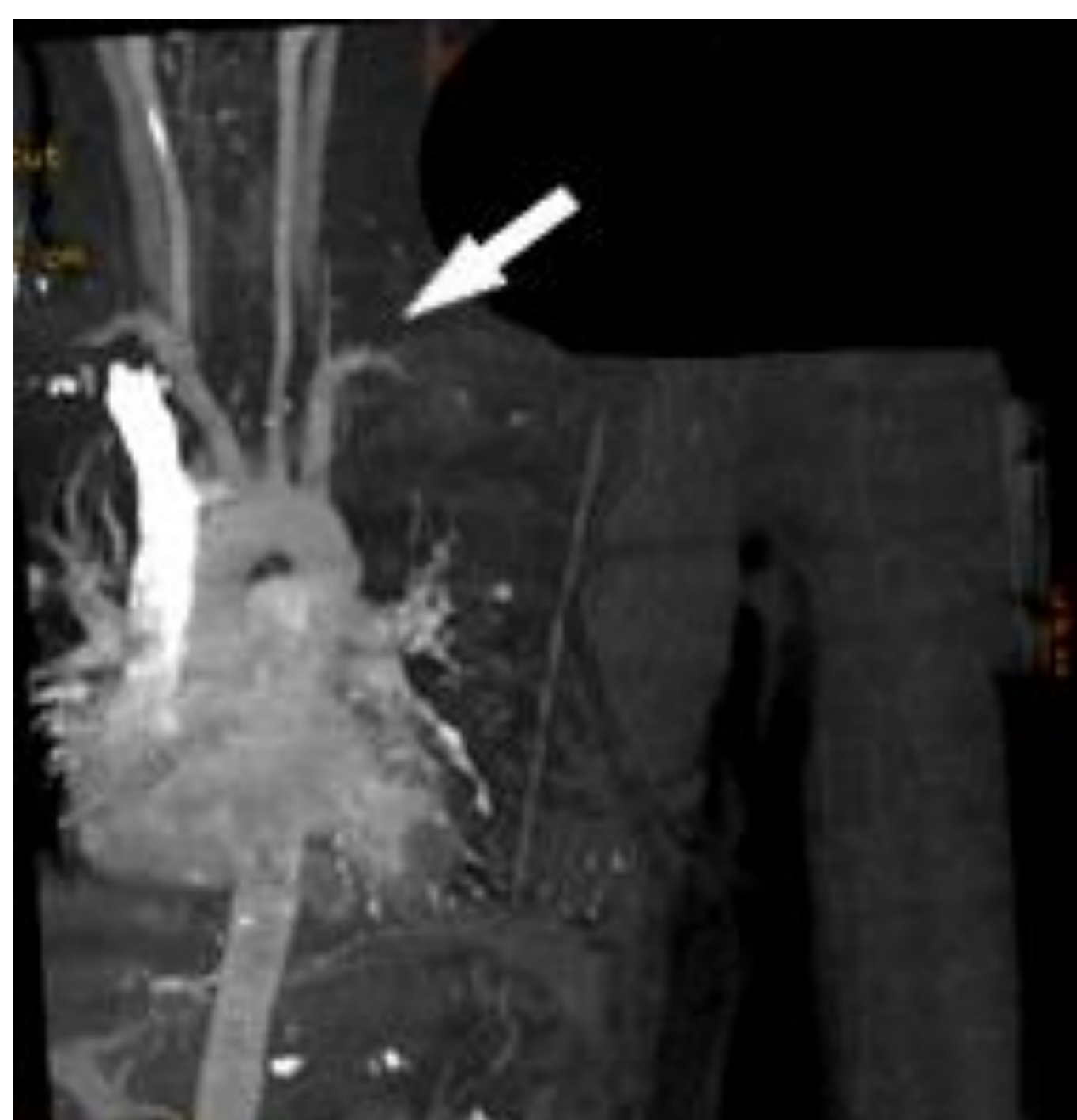
O atendimento inicial conforme o protocolo do ATLS não apresentava alterações significativas, estando a paciente hemodinamicamente estável, com a região cervical, clavicular e escapular edemaciadas à esquerda com hematoma extenso. Os pulsos do membro acometido estavam presentes.

Foram realizadas tomografias computadorizadas do corpo inteiro e encontradas fratura de diáfise da clavícula E e do corpo e acrômio da escápula E.

Em reavaliação, paciente evoluiu com sinais de isquemia de MSE. Solicitada angioTC de MSE que evidenciou avulsão total da artéria subclávia esquerda.

Indicada abordagem cirúrgica pela equipe da cirurgia vascular, feita exploração arterial, embolectomia distal, ligadura do coto proximal e distal da veia subclávia, e, by-pass em artéria subclávia esquerda com veia safena magna, por acesso subclavicular com extensão da fúrcula até região axilar, com sucesso. Em mesmo tempo cirúrgico, a ortopedia realizou osteossíntese da clavícula e exploração do plexo braquial esquerdo, que foi encontrado praticamente avulsionado.

Após os procedimentos cirúrgicos a paciente evoluiu em bom estado geral, com boa perfusão de MSE e ausência de sensibilidade e movimentação do mesmo.



**(Figura 1).** Angiotomografia computadorizada de articulações de membro superior esquerdo evidenciando laceração da artéria subclávia esquerda em situação supraclavicular, não se caracterizando contrastação adequada de ramos arteriais distalmente. Não foi caracterizada contrastação adequada das estruturas venosas, por provável hipofluxo do membro.



**(Figura 2)** A) Coto da artéria subclávia esquerda distal e proximal. B) Enxerto de veia safena magna invertida. C) Anastomose término-terminal distal de veia safena magna invertida e artéria subclávia esquerda.

### **3. DISCUSSÃO**

As lesões dos vasos subclávios são incomuns, representando 1 a 9% dos casos, sendo que destes, somente 5% são oriundos do trauma fechado<sup>(4,5,6,7,8,9)</sup>.

De acordo com Costa, Robbs<sup>(6)</sup> (1988), ao acompanhar 167 pacientes com lesões dos vasos subclávios/mediastinais, apenas 9% eram de trauma fechado, e assim como no caso apresentado, não houve a ocorrência de lesão arterial isolada, estando presentes a avulsão do plexo braquial ou fraturas de clavícula sempre associadas.

Em relação a abordagem cirúrgica, Elkbuli et. al.<sup>(10)</sup> (2019) citaram em seu estudo as vias de acesso à artéria subclávia, como a toracotomia e esternotomia, e quanto aos reparos cirúrgicos as opções são anastomose término-terminal, arteriorrafia lateral com ligação, veias autólogas ou protéticas e angioplastia.

Segundo Costa-Val. et al.<sup>(11)</sup> (2008), em um estudo prospectivo de atendimento de 1000 pacientes em um centro de trauma, em 91% das injúrias arteriais foram realizadas sutura primária, interposição e/ou by-pass, ao passo que a ligadura venosa primária foi o procedimento de escolha nas lesões venosas em 57,6% dos casos.

O reparo dos vasos subclávios é desafiador, além da dificuldade em seu acesso, exige precisão em seu diagnóstico e manipulação. E apesar do sucesso da abordagem, o acometimento de outras estruturas pode resultar em sequelas permanentes.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ribeiro jr, MAF. Fundamentos em cirurgia do trauma. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca; 2016.
- Abib, SCV, Perfeito, JAJ. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: trauma. 1. ed. Barueri: Manole; 2012.
- Lederman A, Paiva F, Saes HM, Fernandes G, Aun R. Ferimentos da artéria subclávia. Estudo retrospectivo de 20 casos. *J Vasc Br.* 2005;4(2): 149-154.
- Rich N, Hobson R, Jarstfer B, Geer T. Subclavian artery trauma. *J trauma.* 1973;13(6): 485-496.
- Graham JM, Feliciano DV, Mattox KL, Beall AC, DeBakey ME. Management of subclavian vascular injuries. *J trauma.* 1980;20(7): 537-544.
- Costa MC, Robbs JV. Nonpenetrating subclavian artery trauma. *J Vasc Surg.* 1988;8(01): 71-75.
- Lin PH, Koffron AJ, PJ Guske, Lujan HJ, Heilizer TJ, Yario RF, Tatoes CJ. Penetrating injuries of subclavian artery. *Am J Surg.* 2003;185(6): 580-584.
- McKinley AG, Carrim AT, Robbs JV. Management of proximal axillary and subclavian artery injuries. *Br J Surg.* 2000;87(1): 79-85.
- Demetriades D, Chahwan S, Gomez H, Peng R, Velmahos G, Murray J, Asensio J, Bongard F. Penetrating injuries to the subclavian and axillary vessels. *J Am Coll Surg.* 1999;188(3): 290-295.
- Elkbuli A, Shaikh S, McKenney M, Boneva D. Subclavian artery avulsion following blunt trauma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2019;61: 157-160.
- Costa-Val R, Campos-Christo SF, Abrantes WL, Campos-Christo MB, ECBC-MG, Marques MC, Miguel EV. Reflections about civilian cardiovascular trauma admitted to a level 1 trauma center: a prospective study from 1000 cases. *Rev. Col. Bra. Cir.* 2008;35(3): 65.