

FÍSTULA ARTERIOVENOSA ENTRE ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA E VEIA SATÉLITE, APÓS PERFURAÇÃO COM ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO

Cortela ABB¹, Kian LA¹, Kavanishi MT¹, Gonzaga MN² e Araújo CASX³.

¹Acadêmicos de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (Univag), Várzea Grande - MT, Brasil.

²Médico, Cirurgião Plástico, docente no Centro Universitário de Várzea Grande (Univag), Várzea Grande - MT, Brasil.

³Médico, Cirurgião Vascular, docente no Centro Universitário de Várzea Grande (Univag), Várzea Grande - MT, Brasil.

INTRODUÇÃO: As lesões de artéria subclávia têm baixa incidência, chegando até 3,8% mesmo em situações militares. Ademais, o trauma penetrante com lesão vascular, majoritariamente, resulta em pseudoaneurismas, já as fístulas arteriovenosas, pela mesma causa, são incomuns. As lesões traumáticas da artéria subclávia estão relacionadas ao alto índice de morbimortalidade, pois se associam à lesão de plexo braquial, complexidade de acesso cirúrgico e alto índice de complicações. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 23 anos, chegou ao Pronto Socorro, com perfuração por arma de fogo disparada a curta distância, há 2 dias. Ao exame físico do membro superior direito (MSD): 9 orifícios de entrada ao longo da linha clavicular e ombro, edema de MSD, tempo de enchimento capilar <2s, ausência de pulsos arteriais radial e ulnar, dificuldade para mobilizar os dedos da mão e frêmito palpado em ombro. Tais dados fortaleceram a hipótese diagnóstica de fístula arteriovenosa e indicaram possível lesão de plexo braquial direito. Conduta: preparo do paciente para cirurgia e anestesia geral combinada. Realizou-se incisão combinada supracavicular e infraclavicular, devido à ausência de fio de aço para síntese do esterno. Posteriormente, foi efetuada secção na porção média da clavícula. Realizou-se dissecação da veia e artéria subclávias direitas (VSD e ASD, respectivamente), veia cefálica próxima à desembocadura na VSD, e nervos do plexo braquial. Identificou-se fístula arteriovenosa entre a ASD e veia satélite (VS), não relacionada à VSD. Procedeu-se com ligadura da VS e com interposição de enxerto de 3cm, extraído desta última, em ASD. Fechamento por planos e colocação de dreno a vácuo. Ao Doppler portátil (sonar), confirmou-se fluxo bifásico em artérias radial e ulnar direitas. No primeiro dia pós-operatório (PO), evoluiu com redução do edema e melhora do enchimento capilar, porém, com dificuldade de mobilizar os dedos. No terceiro dia PO, verificou-se fluxo trifásico ao Doppler e pulso

amplo em artérias radial e ulnar. O paciente recebeu alta do serviço vascular, mantendo acompanhamento com ortopedista para reparo clavicular. **CONCLUSÃO:** Diante da baixa incidência de lesões em artéria subclávia associadas à formação de fistulas, o exame físico minucioso é fundamental para seu diagnóstico e tratamento cirúrgico. No PO, exames não invasivos colaboram para avaliar a necessidade de reoperação e para rastreamento de complicações, conforme efetuado neste relato.