

Reparo Endovascular de Pseudoaneurisma Braquiocefálico

Eliana Suárez ^{1,*}, Viviana Griego ¹, Alejandro Russo ¹, Santiago González ¹

¹ Sanatório Americano, Montevideú, Uruguai.

* Correspondência: elianassuarez@gmail.com.

Resumo: Não aplicável.

Palavras-chave: Pseudoaneurisma; Tronco braquiocefálico; Pseudoaneurisma infeccioso.

Citação: Suárez E, Griego v, Russo A, González S. Reparo Endovascular de Pseudoaneurisma Braquiocefálico. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr138

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr138>

Recebido: 6 Novembro 2025

Aceito: 24 Novembro 2025

Publicado: 27 Novembro 2025

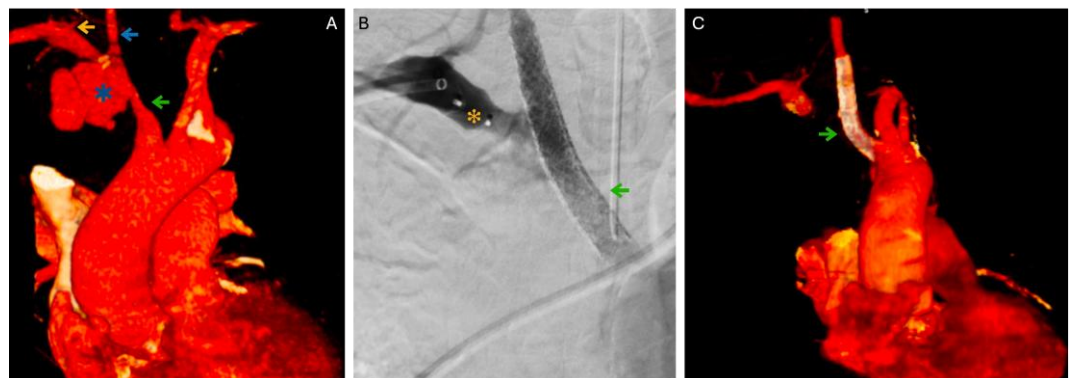


Figura 1: Tronco braquiocefálico (seta verde em A, B e C). Artéria subclávia direita (seta amarela em A). Pseudoaneurisma (asterisco azul em A). Amplatzer Vascular Plug II (asterisco amarelo em B).



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

O aneurisma infeccioso ou micótico do tronco braquiocefálico (TBC) é uma condição rara, potencialmente fatal e de manejo desafiador. Embora não haja consenso quanto ao seu tratamento, o manejo endovascular complexo permite uma abordagem minimamente invasiva para patologias graves envolvendo os troncos supra-aórticos. Tratamos um homem de 66 anos, sem histórico médico relevante, que apresentou declínio funcional e síndrome febril prolongada. Durante o seguimento, desenvolveu dor no ombro direito e dor torácica atípica. Doença coronariana foi descartada. A angiotomografia revelou um pseudoaneurisma distal de TBC de aproximadamente 8 cm, e as hemoculturas foram positivas para *Staphylococcus aureus* (Figura 1A).

Dada a localização da lesão e após excluir fístulas para via aérea e esôfago, optamos pelo tratamento endovascular combinado com antibioticoterapia direcionada e prolongada. Por meio de um acesso aberto à artéria carótida comum na base do pescoço, dois stents revestidos (BeGraft 8 × 57 mm e 10 × 57 mm) foram implantados de distal para proximal para acomodar a discrepância de diâmetro entre a artéria carótida comum e o TBC. Via acesso braquial com introdutor 7 Fr, o óstio da artéria subclávia direita foi ocluído com um Amplatzer Vascular Plug II de 10 mm (VPII®, Abbott, Plymouth, Minnesota, EUA) para eliminar o fluxo retrógrado (Figura 1B). O paciente apresentou boa evolução clínica e radiológica, com exclusão do pseudoaneurisma e redução do hematoma. Não

houve recorrência da infecção, e a antibioticoterapia foi concluída após dois meses (Figura 1C).

Tratamos um caso semelhante há vários anos, o que facilitou o planejamento nesta ocasião [1]. Também temos experiência com esse tipo de manejo endovascular utilizando stents revestidos em outros territórios [2]. A maioria dos pseudoaneurismas de TBC ocorre após trauma torácico contuso ou penetrante, sendo a etiologia infecciosa mais rara. Pseudoaneurismas podem causar compressão local, trombose, embolização e choque hemorrágico [3]. Não há consenso sobre o manejo dessas lesões em contexto infeccioso, mas resultados favoráveis têm sido relatados em pacientes tratados por via endovascular. Devido à alta morbimortalidade, condutas cirúrgicas abertas mais agressivas caíram em desuso, embora suas vantagens incluam a possibilidade de drenagem do hematoma e reparo com material biológico autólogo, potencialmente superior ao material protético endovascular. Em áreas com maior experiência, como na aorta, o manejo com endopróteses para lesões infecciosas é considerado uma alternativa aceitável à cirurgia aberta, especialmente quando não há fístula com cavidades digestivas [4]. Essa abordagem também pode permitir um tratamento inicial com posterior correção aberta em melhores condições clínicas.

Apresentamos um caso raro no qual não há tratamento padronizado, e optamos por uma resolução endovascular com sucesso técnico e clínico. Estudos adicionais são necessários para avaliar os desfechos em longo prazo dessas próteses endovasculares em contextos infecciosos.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O paciente forneceu consentimento livre e esclarecido por escrito para participar, e o estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas descritas na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. González Duarte SG, Figoli LH, Puñal A, Amorín R, Diamant M. Aneurisma infeccioso subclavio: tratamiento endovascular. *Angiología*. 2017;69(6):379-381. doi:10.1016/j.angio.2016.10.006.
2. Patrón M, Russo A, De Sosa F, González Duarte SG, Esperón Percovich A. Experiencia en el tratamiento endovascular de pseudoaneurismas arteriales infecciosos: presentación de tres casos. *Angiología*. 2021;73(2):95-99. doi:10.20960/angiologia.00235.
3. Hudák M, Koščo M, Rašiová M. Infected False Aneurysm of Brachiocephalic Trunk - Rare but Highly Lethal Cause of Dyspnea. *Vasc Specialist Int*. 2023 May 31;39:12. doi: 10.5758/vsi.230023. PMID: 37254669; PMCID: PMC10232210.
4. Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, Allaire E, Bown M, Cohnert T, et al. Editor's choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2019;57:8-93. doi:10.1016/j.ejvs.2018.09.020.
5. Wilson SE, van Wagenen P, Passaro E Jr. Arterial infection. *Curr Probl Surg*. 1978;15:1-89.
6. Johnson JR, Ledgerwood AM, Lucas CE. Mycotic aneurysm: new concepts in surgery. *Arch Surg*. 1983;118:577-582.
7. Chen YF, Su CS, Liu TJ, Chang MS, Jong GP, Ting CT, et al. Endovascular treatment of a nontraumatic left subclavian artery pseudoaneurysm. *J Chin Med Assoc*. 2012;75:474-478.