



Jornal Vascular Brasileiro

ISSN: 1677-5449

jvascbr.ed@gmail.com

Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular

Brasil

Alves das Neves Junior, Milton; Couto Melo, Rafael; Coelho de Almeida, Catarina; Roxo Fernandes, Allison; Pereira Jacques, Neiva Maricia; Sayuri Iwasaki, Maria Lúcia; Petnys, Alexandre; Rabboni, Edgar; Manzioni, Renato

Salvamento de acesso vascular para hemodiálise: relato de caso

Jornal Vascular Brasileiro, vol. 9, núm. 3, 2010, pp. 173-176

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245016485014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Salvamento de acesso vascular para hemodiálise: relato de caso

Hemodialysis vascular access salvage: case report

Milton Alves das Neves Junior¹, Rafael Couto Melo¹, Catarina Coelho de Almeida², Allison Roxo Fernandes², Neiva Maricia Pereira Jacques³, Maria Lúcia Sayuri Iwasaki³, Alexandre Petnys³, Edgar Rabboni⁴, Renato Manzioni³

Resumo

A insuficiência renal crônica (IRC) tem alta prevalência e a maior parte dos pacientes acometidos está em programa de hemodiálise necessitando, portanto, de acesso vascular. As fistulas arteriovenosas (FAV) são os acessos mais indicados e duradouros. Mesmo em casos de complicações, deve-se tentar o salvamento desses acessos. Trabalhos da literatura mostram a possibilidade de salvamento das FAV's, mesmo de maneira tardia. Deve-se tentar sempre a reparação do acesso atual, evitando o esgotamento do sistema venoso. Este trabalho relata o caso de uma paciente de 69 anos com IRC apresentando uma trombose de FAV braquiocefálica com drenagem para veia basilica por ramos colaterais, o que a tornou madurada. Essa veia foi utilizada no reparo do acesso, evitando o uso de cateteres.

Palavras-chave: Insuficiência renal, diálise renal, fistula arteriovenosa.

Abstract

Chronic renal insufficiency (CRI) has high prevalence and the majority of the patients are in hemodialysis program and, then, they need a vascular access. Arteriovenous fistulas (AVF) are the more indicated accesses and have a long term use. Even in cases of complications, the salvage of these accesses must be tried. Researches of literature show the possibility of access salvage of AFV's, even in a long time after the complication. The repair of the present access must always be tried, avoiding the depletion of the venous system. This study is a case report of a 69 years-old female patient with CRI presenting thrombosis of a brachial-cefalic AFV with drainage to basilic vein by collateral branches, which matured that vein. Basilic vein was used on the access repair, avoiding catheter use.

Keywords: Renal insufficiency, renal dialysis, arteriovenous fistula.

Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença de alta prevalência, sendo, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS) de 2006, estimada em 46,20 pacientes com IRC dialítica para cada 100.000 brasileiros¹. A grande maioria destes encontra-se em programa de hemodiálise. Dados do Censo 2008 da Sociedade Brasileira de Nefrologia mostram que 89,4% dos pacientes dialíticos utilizam o método de hemodiálise².

É consenso que o melhor acesso vascular para esses pacientes é a fistula arteriovenosa (FAV) com veia autógena. Vários trabalhos mostram a importância na preservação e

cuidados com as FAVs, de modo a aumentar seu tempo de “vida útil”^{3,4}.

Dentre as complicações mais comuns desses acessos encontram-se a trombose, as estenoses, os pseudoaneurismas e a infecção. Mesmo diante desses eventos, em alguns casos pode-se tentar o salvamento do acesso. A utilização de cirurgias como a trombectomia nas oclusões precoces^{5,6}, a interposição de veia na correção de pseudoaneurismas ou procedimentos endovasculares nas estenoses⁷ evitam a utilização de cateteres ou confecção de nova FAV, preservando o sistema venoso desses pacientes para eventos futuros.

Dessa forma, este trabalho relatou a oclusão de uma FAV braquiocefálica com drenagem anômala para veia

Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), São Paulo (SP), Brasil

1. Cirurgião Vascular; Ex-residente em Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), São Paulo, SP.

2. Médico Residente em Cirurgia Vascular do HSPM, São Paulo, SP.

3. Cirurgião Vascular; Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Vascular do HSPM, São Paulo, SP.

4. Cirurgião Vascular; Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HSPM, São Paulo, SP.

Não há conflito de interesses por parte de nenhum dos autores.

Nenhum dos autores recebeu nenhum tipo de contribuição ou auxílio para realização do trabalho.

Submetido em: 16.06.2009. Aceito em: 18.01.2010

J Vasc Bras. 2010;9(3):173-176.

basílica através do ramo colateral, corrigida com a própria utilização deste último conduto.

Relato do caso

Paciente de 69 anos, feminino, em programa de hemodiálise, com utilização de fistula braquiocefálica há 10 anos. Nega história prévia de uso de cateteres venosos centrais. Há um mês refere diminuição no frêmito da FAV e dor no membro superior direito durante a hemodiálise. Nega edemas. Ao exame físico, notava-se frêmito de 3+/4+ na fossa cubital direita e trajeto venoso curto – cerca de 5 cm, com ausência de frêmito, a partir de então, no trajeto da veia cefálica. Apresentava frêmito no trajeto da veia basílica até 1/3 proximal do braço direito. Ausência de edemas ou circulação colateral. Submetida a fistulografia (Figura 1) que evidenciava a oclusão da FAV braquiocefálica direita no seu terço proximal, com escoamento do fluxo para a veia basílica por ramos colaterais. Ausência de

estenoses distais no sistema venoso. Submetida a confecção de acesso vascular, utilizando a veia basílica já madura. Foi realizada incisão longitudinal ampla, dissecção da veia basílica desde próximo a anastomose até a sua desembocadura na veia braquial no seu terço proximal (junção baixa). Esta apresentava-se com bom calibre e frêmito de 4+/4+. Após liberação de toda a veia, foi fechada a fáscia junto com uma pequena camada de subcutâneo abaixo da veia, de forma a superficializá-la sem causar angulações e deixá-la anteriormente à linha da incisão (Figura 2). Após esse passo, o frêmito mantinha-se 4+/4+, sem nenhum sinal de resistência ao fluxo. Foi então fechado o restante do subcutâneo e da pele. Dessa forma, foi realizada uma superficialização da veia basílica já madura, sem a necessidade de anastomoses. Pela proximidade da nova FAV com linha de sutura, optou-se por manter a paciente em diálise pelo pequeno segmento de veia cefálica, como já vinha sendo feito, até a cicatrização da ferida. No primeiro pós-operatório (PO), a paciente estava bem, sem queixas,

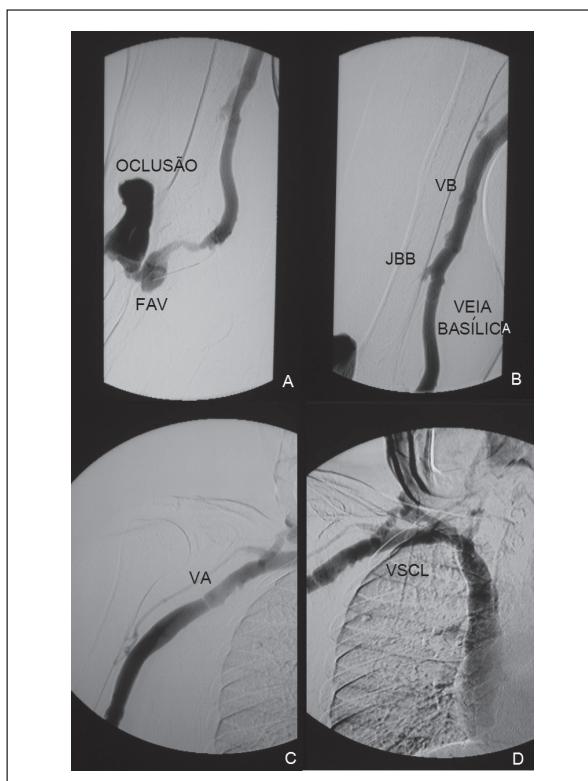


Figura 1 - Fistulografia evidenciando em (A) anastomose braquiocefálica prévia com trombose da fistula arteriovenosa (FAV) e drenagem por colaterais para veia basílica; (B) veia basílica e veia braquial (VB) sem estenoses; JBB (junção braquiobasílica); (C) veia axilar (VA) sem estenoses; (D) veia subclávia (VSCL) sem estenoses

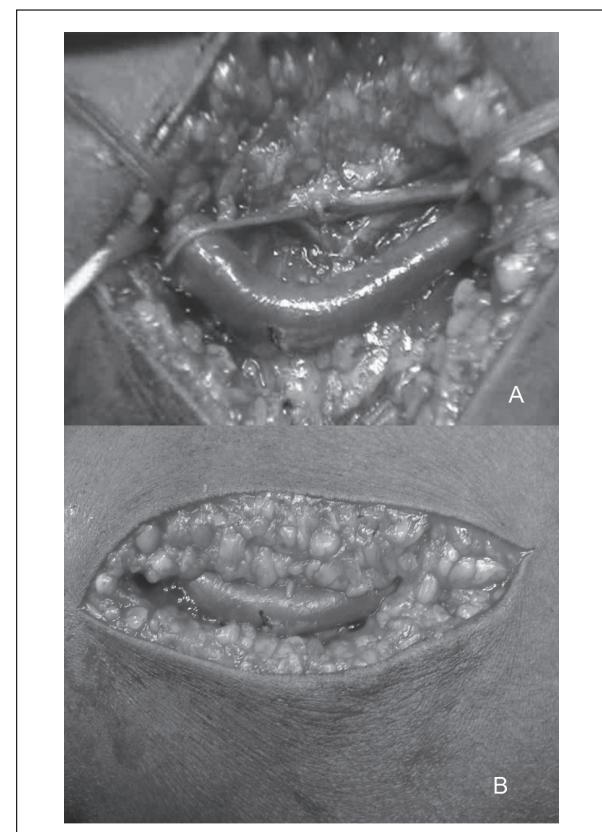


Figura 2 - Intraoperatório: (A) veia basílica subfascial logo após a sua dissecção; (B) veia basílica colocada em plano suprafascial, após confecção de plano subcutâneo abaixo da mesma

frêmito de 4+/4+, ausência de hematomas e ferida operatória (FO) em bom estado. No décimo PO, a paciente mantinha-se bem, já sem dor a diálise, FO em bom estado, sendo retirados os pontos de sutura. Foi realizada ultrassonografia Doppler da FAV, que evidenciou a mesma a 1,15 cm do subcutâneo, com diâmetro de 0,52 mm e fluxo satisfatório (Figura 3). No 30º PO, apresentava ferida operatória totalmente cicatrizada, frêmito 4+/4+ até terço médio do braço sob o trajeto da FAV. Assintomática. Liberada para punção e hemodiálise no novo segmento confeccionado, sendo esta realizada sem intercorrências, com fluxo de 250 mL/min, por três horas e meia, conforme prescrito pelo serviço de Nefrologia.

Discussão

As FAVs continuam sendo o acesso para hemodiálise que mais se aproxima do acesso ideal. Grandes estudos na literatura recomendam seu uso e estabelecem um programa de vigilância de forma a preservá-lo^{3,4}.

O mau funcionamento da FAV, seja por trombose, seja por estenose, não é motivo para o abandono do acesso. Várias técnicas foram propostas para correção desses problemas. Beathard⁶ propõe o salvamento de FAVs ocluídas, mesmo que tardivamente. Spergel et al.⁸ relataram a importância do reconhecimento precoce para melhor resultado, mas ressaltaram que mesmo tardivamente esses acessos podem ser salvos.

Em nosso relato, mostra-se um caso incomum em que a trombose do segmento distal de uma FAV braquiocefálica não ocluiu totalmente a mesma. Ramos colaterais não só mantiveram seu escoamento, como, de certa forma, foram capazes de maturar a veia basílica do mesmo membro.

Na intenção de não perder o acesso e utilizar essa veia já maturada sem a necessidade de novas anastomoses, idealizou-se a tática de dissecar a veia basílica já maturada, liberar aderências de forma a melhorar o escoamento e construir um plano subcutâneo suprafascial, colocando-a em um plano mais superficial. Segundo recomendações do KDOQI³, a fistula com veia nativa ideal deve apresentar ao menos de 6 mm de diâmetro, um fluxo superior a 600 mL/min e estar a uma profundidade entre 0,5-1 cm da pele. Ao ultrassonografia desta paciente, notamos uma profundidade de 1,15 cm. O cuidado em não provocar uma dissecção muito próxima da pele para se evitar necrose da mesma com exposição da FAV justifica a profundidade pouco maior que o recomendado. Clinicamente, a fistula é dita como maturada, ou seja, pronta para a diálise quando ela é facilmente canulada com material próprio e capaz de fornecer fluxo mínimo na máquina de hemodiálise⁹. Segundo o KDOQI³,



Figura 3 - Ultrassonografia com Doppler no décimo dia pós-operatório mostrando a fistula arteriovenosa com fluxo. Nota-se a pequena distância entre a mesma e a pele, além do bom diâmetro da veia

a palpação de frêmito forte em todo trajeto da FAV faz pressupor um fluxo na mesma maior que 450 mL/min. Esta paciente, com a intervenção feita, não apresentou nenhum problema quanto às punções e dialisa com o fluxo indicado pela Nefrologia, sem nenhuma restrição pelo acesso.

O sucesso do procedimento evitou a necessidade do implante de cateter venoso central, com todas as suas complicações e melhorou a qualidade da hemodiálise da paciente, não sendo utilizados outros segmentos venosos ou próteses para o salvamento do acesso.

Com isso, demonstra-se que, mesmo em FAVs de longa data com oclusões crônicas, deve-se tentar o salvamento do acesso. A realização de procedimentos relativamente simples pode manter o paciente em diálise pelo acesso. Tendo em vista essa modalidade de substituição renal – por ser necessária por anos ou mesmo por ser definitiva para certos

pacientes – deve-se tentar poupar ao máximo todo o sistema venoso, evitando o esgotamento das possibilidades de acessos para hemodiálise.

Referências

1. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPA. Indicadores e dados básicos do Brasil – 2006 [Internet]. 2006. [citado 2009 mar]. <http://www.datasus.gov.br/edb>
2. Censo SBN 2008 [Internet]. 2008. [citado 2009 mar]. <http://sbn.org.br/censo.htm>
3. NKF-KDOQI clinical practice guidelines for vascular access: update 2006. *Am J Kidney Dis.* 2006;48 Suppl 1:S248-73.
4. Fistula First National Vascular Access Improvement Initiative [Internet]. 2009. [citado 2010 ago 9]. <http://fistula.memberpath.com/LinkClick.aspx?fileticket=9R1VX2YJWVA%3d&tstabid=117>.
5. Ponikvar R. Surgical salvage of thrombosed arteriovenous fistulas and grafts. *Ther Apher Dial.* 2005;9:245-9.
6. Beathard GA. Successful treatment of the chronically thrombosed dialysis access graft: resuscitation of dead grafts. *Semin Dial* 2006;19:417-20.
7. Lipari G, Tessitore N, Poli A, et al. Outcomes of surgical revision of stenosed and thrombosed forearm arteriovenous fistulae for hemodialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2007;22:2605-12.
8. Spergel LM, Ravani P, Roy-Chaudhury P, Asif A, Besarab A. Surgical salvage of the autogenous arteriovenous fistula (AVF). *J Nephrol.* 2007;20:388-98.
9. Bonucchi D, D'Amelio A, Grosoli M, Baraldi A, Capelli G. Vascular access for haemodialysis: from surgical procedure to an integrated therapeutic approach. *Nephrol Dial Transplant.* 1998;13 Suppl 7:78-81.

Correspondência:

Milton Alves das Neves Junior
Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Municipal
Rua Castro Alves, 60, 5º andar – Aclimação
CEP: 01532-400 – São Paulo (SP), Brasil
Fone: (11) 3208-2211 – ramal 223
E-mail: miltonanj@yahoo.com.br

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: MANJ
Análise e interpretação dos dados: MANJ, RCM, CCA e ARF

Coleta de dados: MANJ, RCM, CCA e ARF

Redação do artigo: MANJ, RCM, CCA e ARF

Revisão crítica do texto: NVPJ, MLSY, AP, ER e RM

Aprovação final do artigo*: MANJ, RCM, CCA, ARF, NVPJ, MLSY, AP, ER e RM

Análise estatística: não se aplica

Responsabilidade geral pelo estudo: MANJ

Informações sobre financiamento: não se aplica

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao J Vasc Bras.