

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

LUANAR FREIRE TORRES
MANOELA ALVES VIEIRA DE SOUZA

Oclusão arterial aguda

MACEIÓ
2023

LUANAR FREIRE TORRES
MANOELA ALVES VIEIRA DE SOUZA

Oclusão arterial aguda

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os(a) discentes Luanar Freire Torres (matrícula número 20111788) e Manoela Alves Vieira de Souza (matrícula número: 20111823), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 26/08/2023, intitula-se: “Oclusão Arterial Aguda”, que faz parte do livro “Urgências e Emergências Médicas” .

Maceió, 19 de Novembro de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 18/01/2024 09:40:19-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 11080

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos.
IV. Título.

CDD-616.025

NLM-WB-100

23-166323

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Oclusão Arterial Aguda

- Luanar Freire Torres
- Manoela Alves Vieira de Souza

► DEFINIÇÃO

A oclusão arterial aguda (OAA) é uma emergência cardiovascular decorrente de uma obstrução repentina de uma artéria de qualquer calibre, resultando na ausência da irrigação sanguínea e isquemia da parte do corpo afetada. Em sua maioria ocorre em membros inferiores, mas pode acometer os membros superiores. Devido ao risco elevado de perda do membro atingido e até mesmo de morte, torna-se fundamental o diagnóstico precoce a fim de se evitar sequelas ao paciente.

► FISIOPATOLOGIA

Em decorrência da obstrução do fluxo arterial, instala-se uma isquemia cuja gravidade depende da circulação colateral pré-existente no membro acometido. A síndrome isquêmica atinge todos os tecidos, sendo inicialmente manifestada pela parestesia e paresia devido à maior susceptibilidade do sistema nervoso, em seguida há lesão muscular em decorrência do comprometimento da bomba de sódio e da produção de ATP pelo mecanismo anaeróbico, resultando em diminuição do pH e influxo de cálcio, que por sua vez leva ao edema tecidual e diminuição do retorno venoso. A pele, o tecido subcutâneo e o tecido ósseo são os últimos a entrarem em sofrimento isquêmico, danos adicionais podem ocorrer com a reperfusão do membro em detrimento da geração de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio, inflamatórias e de coagulação, quadro conhecido como síndrome de revascularização.

As causas mais comuns de OAA são a embolia arterial e a trombose arterial. Em relação à embolia arterial, pode ser de causa cardíaca ou não, sendo que a primeira é responsável pela maioria dos casos, com a fibrilação atrial como causa principal da formação do êmbolo, com predileção pelo sistema arterial dos membros inferiores, alojando-se, sobretudo, nas femorais, ilíacas e bifurcação da aorta. O êmbolo pode ter origem de placas ateromatosas, que muitas vezes é pequeno e se aloja em artérias de pequeno calibre comum aos dedos das mãos e dos pés, podendo causar a síndrome do dedo azul. Outros fatores para embolia são doença valvar, infarto miocárdico, tumores, trombo paradoxal do sistema venoso, aneurisma, seps e iatrogenia.

Quanto à OAA de origem trombogênica, a maior parcela é da doença aterosclerótica, que sua progressão leva à estenose do lúmen e por fim à obstrução arterial, sendo um processo mais lento que a causa embólica o que permite o desenvolvimento de circulação colateral e, conseqüentemente, menor evidência do quadro clínico. A fonte trombogênica também pode ser por aneurisma, dissecação de aorta, trombofilia, trauma, iatrogenia e aprisionamento da artéria poplítea.

Além disso, a síndrome de encarceramento de artéria poplítea, a síndrome do desfiladeiro cérvico torácico, as arterites, o vasoespasmos por uso de ergotamina e cocaína, e a doença cística adventicial são etiologias mais atípicas da OAA.

► DIAGNÓSTICO

A OAA possui um quadro clínico característico, mas que pode variar a depender da topografia anatômica da obstrução. Sendo assim, durante a anamnese é necessário identificar as manifestações clínicas da oclusão e o membro acometido. Classicamente, a isquemia súbita pode se manifestar como dor (pain), palidez (pallor), ausência de pulso (pulselessness), redução de temperatura (poikilothermia), parestesia (paresthesia) e paralisia (paralysis), caracterizadas pelos seis “Ps”, em inglês.

A apresentação clínica com dor intensa, é a mais comumente relatada. Sendo importante determinar a intensidade da dor e a sua gravidade. A presença de paralisia e déficit sensorial são sugestivos de gravidade da isquemia, por provável disfunção neurológica e muscular.

Um achado clínico importante no exame físico é a ausência de pulsos palpáveis, que caracteriza a ocorrência de uma oclusão arterial. Além disso, o membro acometido pode ter uma redução da temperatura, tornando-se mais frio que o membro contralateral sem alteração.

Para o diagnóstico da OAA podem ser solicitados exames complementares, dentre eles os laboratoriais, como hemograma, marcadores de morte celular (CPK, mioglobina), coagulograma e exames para avaliação do estado metabólico (TGO, TGP, uréia, creatinina, eletrólitos, lactato e gasometria venosa).

Além disso, deve ser solicitado o eletrocardiograma (ECG), sendo um importante exame que avalia a presença de fontes embólicas. A ultrassonografia com Doppler deve também ser solicitada, pois pode determinar a gravidade da isquemia. O exame padrão-ouro para o diagnóstico da OAA é a arteriografia, pois além de auxiliar no diagnóstico diferencial, localizar a oclusão arterial e determinar a sua causa, também permite o tratamento endovascular para revascularização do membro.

► TRATAMENTO

O tratamento para a oclusão arterial aguda é determinado de acordo com a apresentação clínica, exame físico e exames complementares. Atualmente, há diversas técnicas disponíveis, que incluem procedimento cirúrgico e terapia medicamentosa. Para a escolha do melhor procedimento é utilizado como guia a classificação de Rutherford,

que orienta revascularização em caráter de urgência para membros sem ameaça imediata (categoria I) e revascularização em caráter de emergência para membros com comprometimento (categoria IIa e IIb). Já para membros com isquemia irreversível, com perda de sensibilidade e paralisia muscular (categoria III) o indicado é a amputação, acima do local obstruído.

Para controle da dor resultante da isquemia do membro, podem ser indicados analgésicos como dipirona ou paracetamol. Caso a dor seja muito intensa pode ser necessário o uso de opióides e até mesmo anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos, devido ao componente neuropático da dor.

Para pacientes com DAOP prévia, o ácido acetilsalicílico (AAS) está indicado, pois diminui a formação de trombos. Além disso, devem ser utilizadas estatinas nestes pacientes diminuindo o risco de formação de placas ateroscleróticas, que aumentam a oclusão arterial. Para a redução de eventos tromboembólicos utiliza-se heparina fracionada ou heparina de baixo peso molecular em dose plena.

A revascularização do membro pode ser feita por meio de diversas técnicas cirúrgicas, sendo necessário a avaliação da gravidade da isquemia para a escolha da melhor terapia. A embolectomia cirúrgica é feita com a introdução de um cateter Fogarty, que retira os trombos, restabelecendo o fluxo sanguíneo.

A terapia endovascular possibilita uma abordagem múltipla, podendo ser utilizados trombectomia aspirativa, trombólise intra-arterial e colocação de stent de forma combinada. Em casos de maior gravidade, quando o membro está comprometido de forma irreversível (classificação III de Rutherford) a amputação acima do local de obstrução está indicada.

Após o procedimento cirúrgico, o paciente deve ser acompanhado na UTI, para intervenção de possíveis complicações no pós-operatório. Além disso, para seguimento destes pacientes é necessária uma avaliação periódica, com utilização de índice tornozelo-braço (ITB) e ultrassonografia de membros inferiores com Doppler, para acompanhamento da vascularização do membro.

► REFERÊNCIAS

- BRITO CJ, SILVA RM. **Cirurgia vascular:** cirurgia endovascular, angiologia, 3a ed. Revinter; 2014. Acesso em: 18 dez. 2022.
- BORTOLUZZI, Bernardo Nadal. **Oclusão Arterial Aguda.** Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edi-pucrs/acesolvivre//periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2017-2/arquivos/pdf/7.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2022.
- GERHARD-HERMAN MD, GORNIK HL, BARRETT C, BARSHEs NR, CORRIERE MA, DRACHMAN DE, *et al.* **2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease:** A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2017 Mar 21; 135 (12):e726-e779. Acesso em: 18 dez. 2022.