

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 13, 2025

••• **ARTIGO 14**

Data de Aceite: 26/12/2025

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA FIBULAR DEVIDO ENDOCARDITE – RELATO DE CASO

Anderson José Vieira da silva



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

RESUMO: O pseudoaneurisma de artérias infrageniculares secundário a endocardite bacteriana é um evento raro, principalmente quando ocorre poucos meses após o tratamento da endocardite. Na literatura encontramos artigos documentando casos que também são incomuns que ocorrem anos depois do tratamento da endocardite. Neste contexto, o tratamento cirúrgico apresentou uma alternativa segura e eficaz.

INTRODUÇÃO

O aneurisma micótico pode se desenvolver na circulação cerebral ou sistêmica no contexto da endocardite infecciosa, geralmente em pontos de bifurcação vascular. Embora alguns autores usem o termo “micótico” para descrever aneurisma infectado independentemente da etiologia, limitamos o uso desse termo àqueles aneurismas que se desenvolvem quando material originado no coração causa infecção da parede arterial e, subsequentemente, dilatação.

A maioria dos casos de embolização arterial distal relacionado à endocardite acontece na bifurcação da artéria femoral comum. Pouquíssimos casos foram descritos envolvendo topografia infragenicular. Neste artigo, descrevemos um caso de pseudoaneurisma de artéria fibular com apresentação precoce após tratamento cirúrgico da endocardite bacteriana. Posterior exclusão de processo infeccioso ativo, decidimos por realizar tratamento cirúrgico como forma de tratamento definitivo do pseudoaneurisma.

DESCRÍÇÃO DO CASO

Trata-se de paciente masculino de 57 anos, com antecedentes de transplante hepático devido cirrose de etiologia alcoólica, MELD 28 realizado em janeiro do ano corrente. Já com diagnóstico prévio ao transplante de endocardite bacteriana com internamento prolongado no Hospital Universitário Walter Cantídio. Sendo realizado em um dos internamentos duas cirurgias: uma para realizar esplenectomia por infarto esplênico secundário endocardite e outra para realizar troca valvar aórtica nativa por prótese aórtica biológica devido insuficiência aórtica severa secundária a endocardite. Cirurgias realizadas nos pós transplante hepático.

Paciente recebeu alta após cirurgia cardíaca e em meados de julho de 2025 internou novamente no HUWC por dor e disfunção com abaulamento em membro inferior esquerdo. Avaliado pelo serviço da cirurgia vascular devido suspeita de trombose venosa profunda encontramos durante o exame físico, pulso femoral, poplíteo e tibiais presentes a direita e pulso femoral, poplíteo, tibial anterior presentes e diminuição do tibial posterior associada a uma massa pulsátil na região posterior do terço proximal da perna esquerda.

Inicialmente foi solicitado ecografia vascular com doppler de membro inferior esquerdo, que evidenciou sinais de trombose venosa profunda no seguimento médio das veias tibiais posteriores esquerda e uma dilatação pseudoaneurismática localizada na fossa poplítea esquerda, originada no terço proximal da artéria poplítea que se estende desde o 1/3 proximal até o 1/3 médio da perna esquerda, com calibre de até 3,9x2,8 cm com trombose mural. Foi

realizado uma angiotomografia de membro inferior esquerdo para complementar o estudo no entanto apontou como sento uma volumosa formação expansiva centrada na sindesmose tibio-fibular.

Não satisfeitos com o resultado realizamos arteriografia de membro que evidenciou um pseudoaneurisma de artéria fibular de aproximadamente 7,0x5,0 cm localizado no terço proximal da fibular com extensão para o compartimento flexor digital do pé (Figura 1). Como o paciente já se encontrava internado, já tínhamos exames que descartava outras doenças de prováveis etiologias infecciosa ou infecção ativa devido ao histórico de endocardite infecciosa.

Optado por tratamento cirúrgico convencional do pseudoaneurisma, realizamos uma incisão na face medial da perna (Figura 2) de aproximadamente 15 cm de extensão, realizamos controle proximal das artérias infrageniculares e passamos a realizar a ressecção do pseudoaneurisma. Onde foi possível polpar a artéria tibial anterior.

O paciente encontra-se em seguimento, não apresentando nenhum sinal de isquemia de membro inferior esquerdo e com pulso da artéria tibial anterior presente.



Figura 1. Arteriografia de membro inferior esquerdo evidenciando pseudoaneurisma em artéria fibular.

DISCUSSÃO

O nome aneurisma micótico foi cunhado por Osler para descrever aneurismas associados à endocardite bacteriana [1]. Observaram-se que essas plantas tinham aparência de “vegetação fúngica fresca”; No entanto, a maioria dos aneurismas micóticos é causada por bactérias. Embora alguns autores usem o termo “micótico” para descrever aneurismas infectados independentemente da etiologia, limitaremos o uso desse termo àqueles aneurismas que se desenvolvem quando material originado no coração causa infecção da parede arterial e, subsequentemente, dilatação [2].

Na endocardite, êmbolos sépticos da válvula cardíaca podem ocluir o vaso vasoso

do vaso vascular ou o lúmen do vaso, levando à infecção da parede vascular e à formação de aneurisma micótico. Estima-se que o embolismo ocorra entre 25 e 50% dos pacientes, mas apenas cerca de 1 a 5% desenvolvem aneurisma micótico sintomático [3]. Devido à sua natureza embólica, aneurismas micóticos tendem a ser múltiplas, mas também podem ser solitários [4]. Resolução espontânea com terapia antibiótica para endocardite foi relatada [5-7].

Na literatura existe pouquíssimos casos descritos, sendo mais comumente relacionados a traumatismos arteriais, acessos periféricos, angioplastias intraluminal percutânea. Os pseudoaneurismas micóticos podem se desenvolver após a infecção do vaso ou podem ser resultado da infecção secundária de um aneurisma pré-existente.

Ambos são raros e representam uma incidência entre 1 e 3,7%, considerando os aneurismas de configuração sacular[9]. Ao contrário do que o nome sugere, os aneurismas micóticos geralmente são secundários a uma infecção bacteriana, mais comumente por *Staphylococcus aureus* e *Salmonella* spp. Também podem ocorrer como consequência de infecção por fungos, embora seja muito incomum, ocorrendo em 1 a 2% dos casos.[8-9]

A fisiopatogenia do pseudoaneurisma micótico está relacionada a microembolizações sépticas que acometem os vasa vasorum, levando a isquemia, necrose focal e fragilidade da parede arterial, resultando em ruptura e formação do pseudoaneurisma. Na maioria dos relatos na literatura, tais embolizações geram pseudoaneurismas em vasos axiais como aorta, artérias mesentéricas, vasos cerebrais e artéria femoral, raramente atingindo o território infragenicular[9-10].

A apresentação clínica é variável, podendo o paciente ser assintomático ou apresentar queixas de edema, dor e sensação de massa pulsátil na região acometida. Os sintomas relacionados à compressão nervosa e venosa são dependentes do tamanho e da localização do pseudoaneurisma. A ruptura e a embolização distal são complicações de extrema urgência e gravidade, agravadas ainda mais quando há presença de processo infeccioso ativo[11].

O reconhecimento e o tratamento precoce do pseudoaneurisma micótico são essenciais para a prevenção de complicações, cujo manejo deve ser individualizado a cada caso. Tradicionalmente, o tratamento consiste na ressecção do pseudoaneurisma com debridamento dos tecidos necróticos e infectados, ligadura do vaso acometido e revascularização do membro, que deve ser realizada preferencialmente com enxerto autógeno, por via anatômica ou extra-anatômica, seguida de um período prolongado de antibioticoterapia [12].

Em 1992, Donald et al. relataram um caso de pseudoaneurisma micótico em tronco tibiofibular que surgiu 18 meses após um quadro de endocardite bacteriana por *Streptococcus viridans* e foi manejado com sucesso por reparo aberto, com restituição da circulação arterial distal [12]. Após isso, outros casos de pseudoaneurisma nessa topografia também foram relatados na literatura, mantendo o manejo com a técnica cirúrgica tradicional como primeira escolha [13].

No caso relatado, encontramos um paciente transplantado hepático, imunossuprimido com cirurgia anterior de esplenectomia por embolização séptica secundário a endocardite com apresentação precoce de um pseudoaneurisma também secundário a essa grave entidade infecciosa, onde não encontramos caso semelhante na literatura .



Figura 2. Tratamento cirúrgico de correção do pseudoaneurisma

CONCLUSÃO

O pseudoaneurisma secundário a endocardite bacteriana em topografia infragenicular é um evento raro. É de extrema importância o diagnóstico e tratamento precoce desta entidade cirúrgica para se evitar as complicações e sequelas ao paciente. O tratamento cirúrgico convencional foi eficaz, fazendo com que o paciente retornasse para suas atividades laborais e sociais sem nenhum tipo de sequela.

REFERENCIAS

1. Osler W. As Palestras Gulstonianas, sobre Endocardite Maligna. Br Med J 1885; 1:467.
2. Bisdas T, Teebken OE. Aneurisma micótico ou infectado? Hora de mudar o termo. Eur J Vasc Endovasc Cirurgia 2011; 41:570; Resposta do autor 570.
3. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al. Endocardite Infecciosa em Adultos: Diagnóstico, Terapia Antimicrobiana e Manejo de Complicações: Uma Declaração Científica para Profissionais de Saúde da American Heart Association. Circulação em 2015; 132:1435.
4. González I, Sarriá C, López J, e outros. Aneurismas micóticos periféricos sintomáticos devido a endocardite infecciosa: um perfil contemporâneo. Medicina (Baltimore) 2014; 93:42.
5. Wu FZ, Lai PH. Evolução e regressão do aneurisma infeccioso intracraniano diagnosticado por angiografia tomográfica computorizada cerebral. Arch Neurol 2010; 67:1147.
6. Johansen K, Devin J. Cura espontânea de aneurismas micóticos da aorta. Cirurgia Cardiovascular (Turim) 1980; 21:625.
7. Bozkurt AK, Oztunç F, Akman C, et al. Aneurismas múltiplos das artérias pulmonares devido a endocardite infecciosa. Ann Thorac Cirurgia 2003; 75:593.
8. Belczak SQ, Sincos IR, Teivelis MP, Oliveira CAS, Fragoso H, Aun R. Mycotic aneurysm of the tibioperoneal trunk: a first manifestation of an infected endocarditis. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2012;54(3):171-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652012000300010>. PMid:22634890.
9. Larena-Avellaneda A, Debus ES, Daum H, Kindel M, Gross-Fengels WIH, Imig H. Mycotic aneurysms affecting both lower legs of a patient with Candida endocarditis - endovascular therapy and open vascular surgery. Ann Vasc Surg. 2004;18(1):130-3. <http://dx.doi.org/10.1007/s10016-003-0088-9>. PMid:15043025.
10. Barros MVL, Penna JTM, Henriques JF, Roquette-Reis F, Labropoulos N. Infrapopliteal mycotic aneurysm caused by endocarditis - case report and literature review. Echocardiography. 2010;27(1):77-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-8175.2009.01008.x>. PMid:20380664.

11. Sadat U, See T, Cousins C, Hayes P, Gaunt M. Peroneal artery pseudoaneurysm - a case report and literature review. *BMC Surg.* 2007;7(4):2-4. PMid:17394650.
12. Akers DL Jr, Fowl RJ, Kempczinski RF. Mycotic aneurysm of the tibioperoneal trunk: case report and review of the literature. *J Vasc Surg.* 1992;16(1):71-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214\(92\)90420-D](http://dx.doi.org/10.1016/0741-5214(92)90420-D). PMid:1619727.
13. McKee MA, Ballard JL. Mycotic aneurysms of the tibioperoneal arteries. *Ann Vasc Surg.* 1999;13(2):188-90. <http://dx.doi.org/10.1007/s100169900240>. PMid:10072460.