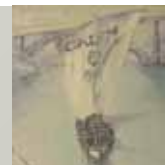


X Congresso Anual

Livro do Congresso

Barbosa



ÍNDICE

Órgãos Dirigentes da SPACV

2000-2008 3

2008-2010 5

10 Anos de Congressos 6

Programa do X Congresso Anual da SPACV 7

Lista de participantes 8

Programa 9

Parceiros 17

Comunicações Orais

Sessão Prémio Melhor Comunicação SPACV 21

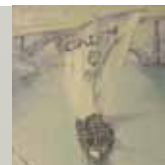
Sessão Comunicações Livres 1 31

Sessão Comunicações Livres 2 39

Sessão Comunicações Livres 3 48

Sessão Comunicações Livres 4 56

Posters 65



Órgãos Dirigentes (2000-2002)

Direcção

Presidente

António Braga

Vice-Presidente

Albuquerque de Matos

Secretário-Geral

Joaquim Barbosa

Tesoureiro

Daniel Meneses

Vogais

Norton de Matos

Santos Simões

Mendes Pedro

Assembleia Geral

Presidente

Santos Carvalho

Secretário

Serra Brandão

Vogal

Pereira Gens

Conselho Fiscal

Presidente

Barradas de Amaral

Vogais

Albuquerque e Castro

Isabel Cássio

Editor da Revista

José Fernandes e Fernandes

Órgãos Dirigentes (2002-2004)

Direcção

Presidente

Albuquerque de Matos

Vice-Presidente

Santos Carvalho

Secretário-Geral

Joaquim Barbosa

Tesoureiro

Silva Nunes

Vogais

M.^a José Ferreira

Arlindo Matos

Armando Mansilha

Assembleia Geral

Presidente

Roncon de Albuquerque

Secretário

Fernando Oliveira

Vogal

Gabriel Anacleto

Conselho Fiscal

Presidente

Mergulhão Mendonça

Vogais

Duarte Medeiros

José França

Editor da Revista

José Fernandes e Fernandes

Órgãos Dirigentes (2004-2006)

Direcção

Presidente

Santos Carvalho

Vice-Presidente

Roncon de Albuquerque

Secretário-Geral

José Daniel Menezes

Tesoureiro

Rui Machado

Vogais

Duarte Medeiros

Gabriel Anacleto

Pedro Brandão

Assembleia Geral

Presidente

A. Costa Lobo

Secretário

Angélica Damião

Vogal

José Teixeira

Conselho Fiscal

Presidente

Óscar Gonçalves

Vogais

Isabel Cássio

Celso Carrilho

Editor da Revista

José Fernandes e Fernandes



Órgãos Dirigentes (2006-2008)

Direcção

Presidente

José Fernandes e Fernandes

Vice-Presidente

Joaquim Barbosa

Secretário-Geral

José Daniel Menezes

Tesoureiro

Rui Machado

Vogais

João Silva e Castro

João Alegrio

Pedro Brandão

Assembleia Geral

Presidente

Óscar Gonçalves

Secretário

Amílcar Mesquita

Vogal

José França

Conselho Fiscal

Presidente

José Meira

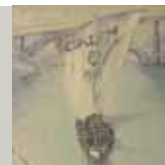
Vogais

Oliveira Santos

Gil Marques

Editor da Revista

Luís Mendes Pedro



ÓRGÃOS DIRIGENTES 2008-2010

DIRECÇÃO



Presidente

Joaquim Barbosa



Vice-Presidente

Rui Almeida



Secretário-Geral

Armando Mansilha



Tesoureiro

Amílcar Mesquita



Vogal

Gabriel Anacleto



Vogal

Alexandra Canedo



Vogal

Sérgio Sampaio

ASSEMBLEIA GERAL



Presidente

João Albuquerque
e Castro



Secretário

Maria José Ferreira



Vogal

Ruy Fernandes
e Fernandes

CONSELHO FISCAL



Presidente

José Pereira Albino



Vogal

Paulo Correia



Vogal

Ivone Silva

EDITOR DA REVISTA



Luís Mendes Pedro



X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

10 ANOS DE CONGRESSOS

I CONGRESSO ANUAL

Ordem dos Médicos

Porto

29 e 30 de Junho de 2001



VI CONGRESSO ANUAL

Centro de Congressos

Lisboa

24 e 25 de Junho de 2006



II CONGRESSO ANUAL

Hotel Carlton Palace

Lisboa

28 e 29 de Junho de 2002



VII CONGRESSO ANUAL

Centro Cultural Vila Flor

Guimarães

1 e 2 de Junho de 2007



III CONGRESSO ANUAL

Centro de Congressos

de Lisboa

26 e 27 de Junho de 2003



VIII CONGRESSO ANUAL

Hotel Villa Itália

Cascais

28, 29 e 30 de Junho de 2008



IV CONGRESSO ANUAL

Hotel Meliá Confort

Coimbra

25 e 26 de Junho de 2004



IX CONGRESSO ANUAL

Hotel Pestana Grand

Funchal

18 a 20 de Junho de 2009



V CONGRESSO ANUAL

Hotel Royal Garden

Ponta Delgada

23, 24 e 25 de Junho de 2005



X CONGRESSO ANUAL

Centro de Congressos

da Alfândega

Porto

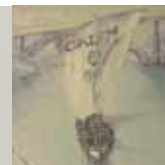
2 a 5 de Junho de 2010



X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA



Programa



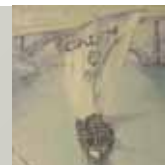
X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

LISTA DE PARTICIPANTES

Albert Adrien Ramelet	João Silva e Castro
Alberto Dias	Joaquim Barbosa
Albuquerque de Matos	Jonathan Beard
Alexandra Canedo	Jordi Maeso
Alfredo Cerqueira	José Aragão Morais
Alun Davies	José Carlos Vidoedo
Amílcar Mesquita	José Fernandes e Fernandes
Ana Evangelista	José França
Ana Gonçalves	José Luís Camarinha
Angélica Damião	José Meira
António Assunção	José Ramón March
António Simões	José Teixeira
Arlindo Matos	Leonor Vasconcelos
Armando Mansilha	Luís Mendes Pedro
Arno von Ristow	Luís Mota Capitão
Carla Joana Rodrigues	Manuel Fonseca
Carlos Mateus	Manuel Matas
Carlos Pereira	Marc Cairols
Castro Lopes	Maria do Sameiro Caetano Pereira
Celso Carrilho	Maria Emília Ferreira
Costa Lima	Maria José Ferreira
Daniel Brandão	Mário Macedo
Daniel Menezes	Martins Pisco
Diogo Cunha e Sá	Miguel Salazar
Domenico Palombo	Norton de Matos
Fernando Almeida D'Eça	Nuno Meireles
Fernando Ramos	Oliveira Santos
Francisco S. Lozano	Paulo Almeida
Frederico Gonçalves	Paulo Correia
Gabriel Anacleto	Paulo Sousa
Giancarlo Bracale	Pedro Brandão
Gil Marques	Pereira Albino
Gonçalo Sobrinho	Pereira Gens
Guedes Vaz	Pier Luigi Antignani
Guilherme Pitta	Ricardo Vale Pereira
Gustav Fraedrich	Roncon de Albuquerque
Hans-Henning Eckstein	Rui Almeida
Hence Verhagen	Rui Machado
Isabel Cássio	Ruy Fernandes e Fernandes
Ivone Silva	Sérgio Sampaio
J. Pedro Almeida Pinto	Silva Nunes
Jean-Marie Cardon	Teresa Vieira
João Albuquerque e Castro	Vírginia Pereira
João Correia Simões	



3 Junho **June**
Quinta-feira Thursday

- 09H00 Sessão de Comunicações Livres 1** *Sala A*
Oral Presentations
Presidente | Maria José Ferreira
President |
Secretário | Ana Evangelista
Secretary |
Moderadores | Fernando Ramos, Gonçalo Sobrinho
Moderators |
- 10H00 Sessão de Comunicações Livres 2** *Sala A*
Oral Presentations
Presidente | Luís Mota Capitão
President |
Secretário | Alfredo Cerqueira
Secretary |
Moderadores | José Meira, Pereira Gens
Moderators |
- 11H15 Café** *Exhibition Area*
Coffee Break
- 11H45 Simpósio SPACV/ELCOS sobre "Feridas"** *Sala A*
Joint Symposium SPACV/ELCOS about "throphic lesions"
Presidente | Daniel Menezes, Katia Furtado
President |
Secretário | J. Pedro Almeida Pinto
Secretary |
Moderadores | Maria do Sameiro Caetano Pereira, Virgínia Pereira
Moderators |
- Abordagem diagnóstica da úlcera de perna**
Diagnostic approach on leg ulcer
Amílcar Mesquita
- Úlcera flebostática – cuidados locais e impacto na qualidade de vida**
Phlebosthatic ulcer – local care and impact on quality of life
Katia Furtado
- O pé diabético e suas especificidades próprias**
The particularities of diabetic foot
Angélica Damião
- Cuidados locais no pé diabético**
Diabetic foot and local care
Carlos Mateus
- 13H00 Almoço** *Congress Area*
Lunch



3 Junho **June**
Quinta-feira Thursday

- 14H00** **ESVS Complex Aneurism Workshop** *Sala B*
Organização | Michael Jenkins
Organization |
Tutores | Luís Mendes Pedro, Celso Carrilho, Nadia Vallejo
Tutors |
- 14H00** **Simpósio Europeu** *Sala A*
European Symposium
Moderadores | Joaquim Barbosa, Roncon de Albuquerque, Gustav Fraedrich
Moderators |
- Cirurgia Vascular: formação, certificação e prática**
Vascular Surgery: training, certification and practice
- Portugal** Rui Machado
Spain Marc Cairols
France Jean-Marie Cardon
UK Jonathan Beard
Italy Domenico Palombo
Germany Hans Henning Eckstein
- Como criar um padrão Europeu para formação e qualificação em Cirurgia Vascular**
How to create an European Standard for training and qualification in Vascular Surgery
Armando Mansilha
- O conceito de Especialista Vascular no futuro**
The concept of Vascular Specialist in the future
José Fernandes e Fernandes
- 15H30** **Café** *Exhibition Area*
Coffee Break
- 16H00** **Prémio Melhor Poster SPACV** *Sala C*
SPACV Best Poster Prize
Moderadores | Nuno Meireles, José Teixeira, Manuel Fonseca
Moderators |
Júri | Fernando Almeida D'Eça, José França, Pedro Brandão, José Carlos Vidoedo,
Jury | Carla Joana Rodrigues
- 19H30** **Cerimónia de Abertura** *Salão Árabe Palácio da Bolsa*
Opening Ceremony
- Sessão Solene Comemorativa "10 anos SPACV"**



4 Junho **June**
Sexta-feira Friday

- 08H00** **Sessão de Comunicações Livres 3** *Sala A*
Oral Presentations
Presidente | Isabel Cássio
President |
Secretário | Miguel Salazar
Secretary |
Moderadores | Teresa Vieira, Costa Lima
Moderators |
- 09H00** **Prémio Melhor Comunicação SPACV** *Sala A*
SPACV Best Oral Presentation Prize
Presidente | Rui Almeida
President |
Secretário | João Correia Simões
Secretary |
Moderadores | Maria Emilia Ferreira, Alexandra Canedo
Moderators |
- Júri | Gabriel Anacleto, Celso Carrilho, João Silva e Castro, Ana Gonçalves, Sérgio Sampaio
Jury |
- 10H45** **Café** *Exibition Area*
Coffee Break



4 Junho Sexta-feira
June Friday

11H15

Simpósio SPACV/MEDTRONIC

SPACV/MEDTRONIC Symposium

Sala A

Doença Aneurismática

Aneurysmal Disease

Presidente | Joaquim Barbosa, José Luís Camarinha
President

Secretário | Paulo Almeida
Secretary

Moderadores | Gil Marques, Ricardo Vale Pereira, Leonor Vasconcelos
Moderators

Quais os aneurismas a tratar por via endovascular

Which aneurysms should be treated by EVAR

Domenico Palombo

Como planear o EVAR

Standard planning for EVAR

Hence Verhagen

EVAR: como vigiar e por quanto tempo

EVAR: which is the best method of surveillance and for how long

Jordi Maeso

EVAR para aneurismas em rotura deve ser a escolha

EVAR for ruptured AAA must be the choice

Arno von Ristow

Quando se justificam procedimentos híbridos proximais e distais

When are proximal and distal hybrid procedures justified

Gustav Fraedrich

Campanha "Aorta é Vida"

Project "Aorta is life"

João Albuquerque e Castro

A importância do rastreio de AAA

The importance of AAA screening

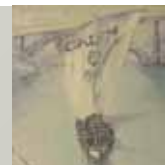
Paulo Sousa

13H00

Almoço

Lunch

Salão Nobre (Alfândega)



4 Junho **June**
Sexta-feira Friday

14H30	Simpósio SPACV/SERVIER SPACV/SERVIER Symposium Doença Venosa Crónica Chronic Venous Disease Presidente Guilherme Pitta President Secretário José Aragão Morais Secretary Moderadores Mário Macedo, Paulo Correia, Arlindo Matos Moderators A importância de classificar a DVC para o clínico Why is classification of CVD important for the clinician Pier Luigi Antignani Qual a acuidade diagnóstica dos testes para refluxo na DVC How accurate are our tests for reflux on CVD Marc Cairols Tratamento médico na DVC: recomendações Medical management of CVD: recommendations Albert Adrien Ramelet Técnicas de ablação térmica e evidência Evidence for the use of endothermal ablation techniques Alun Davies Escleroterapia com espuma: indicações actuais e evidência científica Foam sclerotherapy and varicose veins: current indications and scientific evidence Solange Evangelista Como avaliar o sucesso terapêutico na DVC How can we assess therapeutic outcomes on CVD Armando Mansilha	<i>Sala A</i>
16H00	Conferência do Presidente President Conference	<i>Sala A</i>
16H30	Café Coffee Break	<i>Exhibition Area</i>
17H00	Assembleia Geral da SPACV SPACV General Assembly	<i>Sala A</i>
20H00	Jantar do Congresso Congress Dinner	<i>Sala dos Despachantes (Alfândega)</i>



5 Junho Sábado
June Saturday

- 09H00** **Sessão de Comunicações Livres 4** *Sala A*
Oral Presentations
Presidente | Guedes Vaz
President |
Secretário | Ruy Fernandes e Fernandes
Secretary |
Moderadores | Silva Nunes, António Assunção
Moderators |
- 10H00** **Doença Carotídea** *Sala A*
Carotid Disease
Presidente | Albuquerque de Matos, Castro Lopes
President |
Secretário | Alberto Dias
Secretary |
Moderadores | Arno von Ristow, Oliveira Santos
Moderators |
- Resultados e análise por subgrupos no SPACE**
Results and subgroup analyses from SPACE
Hans Henning Eckstein
- Importância dos resultados de curto prazo do ICSS**
Importance of short-term results from ICSS
Jonathan Beard
- Como detectar placas carotídeas instáveis**
How to detect unstable carotid lesions
Matas do Campo
- Evidência actual para tratamento da estenose carotídea assintomática**
Current evidence to treat asymptomatic carotid stenoses
Giancarlo Bracale
- O que há de novo na cirurgia dos tumores do corpo carotídeo**
What's new in the surgery of carotid body tumors
Francisco Lozano
- 11H30** **Café** *Exhibition Area*
Coffee Break



5 **Junho** **June**
Sexta-feira Friday

12H00

Controvérsias

Controversies

Presidente | Pereira Albino

President

Secretário | Carlos Pereira

Secretary

Moderadores | António Simões, Diogo Cunha e Sá

Moderators

Sala A

Novos fármacos antitrombóticos

New antithrombotic drugs

Luciana Ricca Gonçalves

Arteriogénese terapêutica: realidade ou ficção

Therapeutic arteriogenesis: reality or fiction

Daniel Brandão

Indicações para correcção endovascular no aneurisma poplíteo

Indications for endovascular popliteal aneurysm repair

Alun Davies

Stenting renal após o estudo ASTRAL

Renal stenting after ASTRAL

Luís Mendes Pedro



X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

5 Junho
Sábado

June
Saturday

13H00

Doença Arterial Periférica

Peripheral Arterial Disease

Presidente | Martins Pisco

President

Secretário | Frederico Gonçalves

Secretary

Moderadores | Norton de Matos, José Ramón March

Moderators

Sala A

Importância de tratar o endotélio na claudicação intermitente

The importance of treating the Endothelium in intermittent claudication

Sergio Coccheri

Pode a endotelina plasmática ser um biomarcador na doença arterial periférica?

Can plasmatic endothelin be a biomarker for peripheral arterial disease?

Ivone Silva

Cirurgia de hemodiálise na doença arterial periférica

Haemodialysis surgery on peripheral arterial disease

Hermogenes Petean Filho

Indicações para recanalização das artérias distais

Indications for recanalization of distal arteries

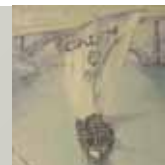
Jean-Marie Cardon

14H00

Encerramento e Almoço de Confraternização

Closure and lunch

Salão Nobre (Alfândega)



PARCEIROS

Parceiros Platinum

SERVIER
MEDTRONIC
BAYER
SILVERINFOR
BIOSAÚDE

Parceiros Silver

BAUERFEIND
BOEHRINGER-INGELHEIM
DECOMED
ESTEVE FARMA
ETHICON
GRIFOLS
GRÜNENTHAL
SANOFI-AVENTIS
SMITH NEPHEW

Parceiros Gold

ACTELION
C R Bard
COOK – BIOSONDA
CORDIS
COVIDIEN
JUZO
LEO Farmacêuticos
MEDI BAYREUTH
MEDICINÁLIA + W.L. GORE
SIGVARIS
TECNIFAR

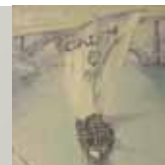
Apoios

3M
GE
ABBOTT

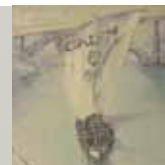
X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA



Comunicações



CO04

CIRURGIA CARDÍACA E CAROTÍDEA EM SIMULTÂNEO: ANÁLISE DE 100 CASOS

Luís M. Pedro, Luís Silvestre, Javier Gallego, Ruy Fernandes e Fernandes, Jose L. Gimenez, Ângelo Nobre, Ricardo Pereira, Alberto Lemos, Mário Mendes, Rodolfo Lucero, João Cravino, J. Fernandes e Fernandes, A. Dinis da Gama
Serviço de Cirurgia Vascular e Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica do (Hospital de Santa Maria) do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE.

Introdução:

A concomitância de estenose carotídea aumenta o risco neurológico e a mortalidade em doentes submetidos a cirurgia cardíaca. A incidência de acidente vascular cerebral(AVC) é <2% na ausência de doença carotídea e aumenta para 3% quando co-existe lesão unilateral>50%, para 5% na doença bilateral e para 7-11% na oclusão. Estes dados levaram ao desenvolvimento de estratégias de tratamento simultâneo(CAROT+CARD) ou diferido que foram consideradas eficazes na redução do risco de AVC per-operatório. Contudo, trabalhos recentes sugeriram que o risco neurológico daqueles doentes poderá ser menor permanecendo controversa a melhor abordagem.

Objectivo:

Analisar os resultados de uma série de 100 doentes consecutivos tratados por CAROT+CARD.

Material e Métodos:

O estudo incluiu 100 doentes submetidos a CAROT+CARD, com idade média de 71 anos (54-85) e assintomáticos em 92%. O grau de estenose médio foi de 87% (70-95%) e a carótida controlateral apresentava lesões >50% em 53%. A cirurgia carotídea precedeu a cardíaca, foi efectuada pelo mesmo cirurgião e consistiu em endarterectomia convencional com *patch* e com *shunt* em 27%. A cirurgia cardíaca consistiu maioritariamente em *bypass* aorto-coronário (72%) com CEC em 37%.

Resultados:

Não ocorreu morbilidade neurológica ipsilateral. Observaram-se 2 casos (2%) de AVC controlateral e 1 (1%) de AVC do cerebelo (ambos na primeira semana de pós-operatório), 1 caso (1%) de lesão nervosa periférica e 1 caso (1%) de hematoma cervical. A mortalidade aos 30 dias foi de 6% e a mortalidade hospitalar de 10%: complicação técnica na cirurgia cardíaca (1), falência multiorgânica (4), pneumonia (3) e AVC controlateral (2). Nos doentes que faleceram o EUROSCORE pré-operatório médio foi 22.3% e nos sobreviventes 9.3%.

Conclusão:

Nesta experiência, a estratégia de cirurgia simultânea mostrou muito baixo risco neurológico ipsilateral sugerindo a contribuição da endarterectomia carotídea para diminuição da taxa de AVC per-operatório. Porém, a elevada morbimortalidade observada sugere maior gravidade clínica deste grupo de doentes a considerar no processo de decisão terapêutica.

Notas:



C033

10 ANOS DE ENDARTERIECTOMIA CAROTÍDEA: RESULTADOS DE CURTO E LONGO PRAZO

Paulo Gonçalves Dias, Sérgio Sampaio, Alfredo Cerqueira, Dalila Marques, Ana Sofia Ferreira, Rocha e Silva, Roncon de Albuquerque

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João.

Introdução:

A eficácia da endarteriectomia carotídea na prevenção de acidentes vasculares cerebrais está bem estabelecida, sendo o tratamento padrão de revascularização de doentes com estenose aterosclerótica da bifurcação carotídea. Recentes recomendações fazem depender as suas indicações não só dos sintomas neurológicos e do grau de estenose, mas também da morbi-mortalidade perioperatória. É por isso vital o conhecimento dos resultados de cada centro, contribuindo não só para a qualidade das indicações, mas também para a avaliação da efectividade das técnicas cirúrgicas.

Métodos:

Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a endarteriectomia carotídea durante o período compreendido entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2009, com actualização de dados de seguimento. As taxas de mortalidade e de eventos neurológicos foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e os respectivos determinantes testados. As características demográficas dos doentes, a indicação cirúrgica, as variáveis do procedimento operatório e anestésico, a incidência de complicações perioperatórias e de reintervenções foram também estudadas.

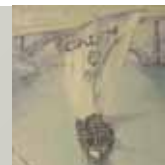
Resultados:

Incluíram-se 568 endarteriectomias carotídeas isoladas e consecutivas, correspondendo a 518 doentes (idade média de 68,6 anos; 77,8% do género masculino). 72,7% das intervenções foram em doentes com sintomas neurológicos prévios. As técnicas cirúrgica e anestésica mais realizadas foram encerramento com *patch* (72,5%) e anestesia loco-regional (65,3%). Foi necessário *shunt* em 6,8% das intervenções, sendo mais frequente nas que decorreram sob anestesia geral (14,0% vs 2,5%; $p < 0,001$). Esta também se associou a tempos de internamento mais prolongados (média 9,0 vs 3,9 dias; $p = 0,028$). Dezoito doentes (3,2%) foram reintervencionados por complicações hemorrágicas. A frequência de neuropraxia foi de 4,4%. O endpoint conjugado AVC ipsilateral + morte apresentou uma frequência estimada pelo método de Kaplan-Meier de 4,1% aos 30 dias (EP:0,8%), 6,4% a 1 ano (EP:1,1%) e 31,8% a 10 anos (EP:5,5%). Ao fim de 10 anos, as mortes de causa neurológica eram apenas de 18,8%.

Discussão:

Na nossa instituição, a endarteriectomia carotídea é um procedimento com um benefício durável e com taxas de morbi-mortalidade favoráveis. O uso sistemático da anestesia loco-regional parece justificar-se pela associação a tempos de internamento mais curtos e menor necessidade de *shunt*.

Notas:



CO08

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS POPLITEUS

Leonor Vasconcelos, Gonçalo Alves, Ana Catarina Garcia, Maria Emília Ferreira, João Albuquerque e Castro, Luís Mota Capitão
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Objectivos:

Os aneurismas popliteus estão associados a uma significativa morbilidade se deixados evoluir sem tratamento. A cirurgia convencional permanece, até à data, como o *gold standard* no tratamento destes aneurismas. O tratamento endovascular surgiu mais recentemente, como uma alternativa válida em doentes seleccionados, associada a uma menor morbilidade peri-operatória. Os autores apresentam uma análise retrospectiva dos resultados do tratamento endovascular dos aneurismas popliteus na sua Instituição.

Material e Métodos:

Entre Julho de 2008 e Abril de 2010 foram tratados por via endovascular 15 aneurismas popliteus, em 12 doentes com uma idade média de $66,25 \pm 8,78$ anos (58-80 anos), todos do sexo masculino. Um aneurisma popliteu (6,67%) foi tratado em urgência por trombose do aneurisma, em associação com trombólise intra-operatória. Foi utilizada a endoprótese Viabahn em 12 casos (80%) e Hemobahn em 3 casos (20%), introduzidas por abordagem directa da artéria femoral homolateral.

Resultados:

Durante um tempo médio de *follow up* de $10,5 \pm 6,77$ meses (24-1 meses) não ocorreu nenhuma trombose da endoprótese, o que confere uma taxa de permeabilidade primária e secundária de 100%.

Conclusões:

A experiência inicial da nossa Instituição no tratamento endovascular dos aneurismas popliteus apresenta resultados promissores, superiores aos apresentados na literatura internacional. A análise destes resultados deve, no entanto, levar em consideração o curto período de *follow up*, assim como o reduzido número de doentes tratados em isquémia aguda. É necessário um maior número de doentes e um tempo de *follow up* mais longo para uma melhor avaliação dos resultados a médio e longo prazo desta técnica.

Notas:

**CO25****REVISÃO DE 283 TROMBOEMBOLECTOMIAS – RESULTADOS DE TRÊS ANOS DO PROCEDIMENTO MAIS COMUM NA URGÊNCIA VASCULAR**

Joana de Carvalho, Sérgio Sampaio, Fernando Ramos, Roncon de Albuquerque
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de S. João, Porto.

Objectivos:

Análise dos resultados de 3 anos de tromboembolectomias, parte integrante da rotina da urgência vascular.

Material e Métodos:

Foram incluídas 283 tromboembolectomias consecutivas, realizadas entre 1/Junho/2006 e 30/Junho/2009. Consultaram-se os processos clínicos, actualizando os dados de *follow-up* mediante questionário telefónico estruturado. A colheita de dados foi orientada para o estudo dos *end-points*: mortalidade e *limb-salvage*.

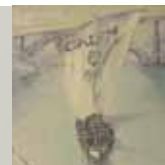
Resultados:

A amostra incluiu 159 mulheres e 99 homens (idade mediana 79anos). A abordagem foi femoral em 183 intervenções, poplíteia em 11 e umeral em 84. Registaram-se embolias de repetição: 32 doentes sofreram 2 episódios de isquemia aguda, 4 doentes sofreram 3 e 1 teve registo de 4 eventos. Globalmente, pelo método de Kaplan-Meier, estimaram-se taxas de sobrevida de 55,9% (Erro Padrão(EP)=4,5%) e de *limb-salvage* de 82,9% (EP=3,7%), aos 45 meses, não se verificando impacto significativo da amputação na sobrevida. Das comorbilidades cardiovasculares investigadas, apenas a doença cerebrovascular teve impacto significativo na diminuição da sobrevida (45,7%,EP=5,7% vs 64,5%,EP=7,1%, aos 45 meses;p=0,002). Os insuficientes renais apresentaram, tendencialmente, sobrevidas mais baixas(68,7%,EP=9,8% vs 88,1%,EP=2,4% nos não insuficientes renais, aos 19 dias,p=0,052). A fonte embolígena não condicionou diferenças significativas nas taxas de *limb-salvage* ou mortalidade. Comparando com as tromboembolectomias nos membros inferiores (MIs), as de membro superior apresentaram taxas superiores de sobrevida (66,7%,EP=7,8% vs 51%,EP=5,5%, aos 45 meses;p=0,036) e *limb-salvage* (98,8%,EP=2,0% vs 74,3%,EP=5,6% aos 43 meses;p=0,002). A taxa de *limb-salvage* foi, ainda, adversamente condicionada pela presença de défice motor à admissão (75,6%,EP=7,7% vs 92,3%,EP=3,5%, aos 22 meses;p=0,001) e pelo tempo de evolução da isquemia: aos 11 meses, 94,9%,EP=2,5% quando operados em 24 horas; 89%,EP=4,8% quando operados entre as 48 e 72 horas; 69,3%,EP=9,2% quando além das 72 horas desde aparecimento dos sintomas;p=0,001.

Conclusão:

Consideradas procedimentos simples e com bons resultados imediatos, as tromboembolectomias, realizadas predominantemente em faixas etárias avançadas, implicam taxas de mortalidade e amputação consideráveis. Défice motor à admissão, longo tempo de evolução e intervenções nos MIs implicaram taxas de *limb-salvage* inferiores. A sobrevida foi adversamente condicionada pela presença de doença cerebrovascular e renal.

Notas:



CO02

EMBOLIZAÇÃO COMO PARTE DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR RENAL EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR NO PERÍODO 2007 A 2009

Clara Nogueira, Rui Machado, José Tavares, Pedro Sá Pinto, Paulo Pimenta, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Luís Loureiro, Diogo Silveira, Rui Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Objectivos:

As lesões vasculares renais que necessitam de embolização são raras. A maioria, são secundárias a traumatismo iatrogénico. O presente estudo pretende avaliar a eficácia e segurança da embolização no tratamento de lesões vasculares renais

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo de todos os doentes submetidos a tratamento embolígeno de lesões vasculares renais entre Outubro de 2007 e Dezembro de 2009.

Foram observados 6 doentes com lesão vascular renal, tratados por embolização arterial selectiva. A etiologia das lesões renais foi biópsia renal (1), nefrolitotomia percutânea (2), síndrome nefrótico (1), hemorragia de tumor renal (1) e de traumatismo (1).

Clinicamente, os doentes apresentavam hematúria (4), dor lombar (2), choque hemorrágico (1) e caquexia por proteinúria maciça, não controlável medicamente (1).

O angiograma renal revelou fístula arterio-venosa de alto débito em 2 casos, extravasamento activo de contraste em 1 caso, falso aneurisma em 1 caso, visualização de tumor renal em 1 caso.

O material de embolização utilizado foi micropartículas de polivinil álcool, spongostan® e, num caso, álcool puro.

Resultados:

A embolização arterial selectiva foi eficaz na resolução dos 6 casos, sem atingimento de outros ramos arteriais intrarenais major, e com resolução da sintomatologia associada. Após o procedimento todos os doentes mantiveram função renal normal, à excepção de dois doentes. Um doente já tinha, previamente, insuficiência renal crónica. Necessitou de hemodiálise durante 20 dias, com recuperação da função renal ao seu estado basal. O segundo doente, entrou em programa regular de hemodiálise, de acordo com o previsto.

Conclusões:

A embolização arterial renal selectiva é um método seguro, eficaz e pouco invasivo, permitindo a preservação do rim e da sua função ou, no caso de destruição completa do rim, evitar a nefrectomia cirúrgica. Deve ser sempre considerada no tratamento de lesões vasculares renais e efectuado precocemente.

Notas:



CO30

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE LESÕES TRAUMÁTICAS ARTERIAIS

R. Fernandes e Fernandes, L. Mendes Pedro, J. P. Freire, Ana Evangelista, J.L. Gimenez, L. Silvestre e J. Fernandes e Fernandes
Serviço de Cirurgia Vascular I (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte & Instituto Cardiovascular de Lisboa.

Introdução:

As lesões arteriais traumáticas ocorrem em menos de 10% de politraumatizados e, nos países desenvolvidos, tem-se observado uma preponderância crescente de traumatismos vasculares fechados e iatrogénicos. Recentemente vários autores têm descrito a utilização de técnicas endovasculares com sucesso, pelo menor risco cirúrgico, em lesões de difícil acesso cujo tratamento convencional requer grande exposição cirúrgica, dificuldade técnica e mortalidade ou morbilidade apreciáveis.

Os procedimentos endovasculares representam uma alternativa terapêutica com menor mortalidade no tratamento de complicações crónicas de traumatismos vasculares, nomeadamente nos aneurismas pós-traumáticos (APTIA) do istmo aórtico.

Objectivo:

Avaliar a exequibilidade do tratamento endovascular de uma série de doentes com lesões traumáticas diversas.

Material e Métodos:

Sete doentes (21-70 anos), foram submetidos a tratamento endovascular de traumatismos vasculares na fase aguda ou crónica.

Quatro doentes apresentavam lesões traumáticas agudas: 1 caso de ruptura do istmo aórtico (RIA) em politraumatismo por acidente de viação; 1 caso de ruptura da artéria subclávia (RAS) iatrogénica após tentativa de colocação de catéter de hemodiálise; 1 caso ruptura de artéria renal (RAR) durante angioplastia/*stent* por doença renovascular; 1 caso de fístula arterio-venosa (FAV) e renal intra-parenquimatosa iatrogénica após tumorectomia laparoscópica. Os doentes com rupturas arteriais foram submetidos a exclusão endovascular com endoprótese e o doente com FAV renal foi submetido a embolização com *coils*.

Três doentes eram portadores de APTIA e foram submetidos a: tratamento endovascular de aneurisma da aorta torácica (TEVAR)-1; "debranching" com *bypass* carótido-subclávio seguido de TEVAR-2.

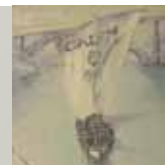
Resultados:

Todos os procedimentos foram realizados com sucesso. Não se verificou mortalidade. O doente com FAV foi submetido com sucesso a nova embolização com *coils* por recorrência precoce de hematuria, e no doente com RAS houve necessidade cirurgia de descorticação pulmonar esquerda, por hematoma organizado.

Conclusão:

O tratamento endovascular é, em casos seleccionados, uma alternativa válida e menos invasiva de lesões traumáticas complexas em regiões anatómicas de difícil acesso e morbi-mortalidade cirúrgica elevada.

Notas:



CO10

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL DE SANTA MARTA

Alves, Gonçalo R.; Vasconcelos, Leonor; Rodrigues, Hugo; Eufrásio, Sérgio; Gonçalves, Frederico; Ferreira, Maria Emília; Castro, João A.; Capitão, Luis M.

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Objectivos:

O tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal é uma alternativa à intervenção cirúrgica aberta, aplicável no contexto de urgência. Em casos anatomicamente favoráveis parece existir uma vantagem significativa a curto e médio prazo, pese embora uma maior taxa de re-intervenções.

Material e Métodos:

Foi realizada uma pesquisa nos registos de procedimentos endovasculares na aorta abdominal em contexto de urgência, desde o ano de 2004. Analisaram-se um total de 47 doentes, dos quais em 4 a técnica revelou-se inexequível. O tempo médio de *follow-up* é 24,7 meses (1 a 62 meses).

Resultados:

Verificou-se sucesso técnico em 91% dos casos (43/47). Registou-se uma mortalidade global aos 30 dias de 19% (8/43) em doentes tratados, e de mortalidade de 23% (11/47) com base na intenção de tratar. Dos doentes tratados, 18 apresentavam-se sintomáticos, 25 em rotura hemodinamicamente estáveis e 4 com rotura de aneurisma da aorta abdominal hemodinamicamente instáveis. O *follow-up* destes doentes revelou 1 endoleak tipo II com aumento do saco aneurismático (corrigido com laqueação da artéria mesentérica inferior).

Conclusões:

Os autores concluem que a experiência institucional no tratamento endoluminal do aneurisma da aorta abdominal em contexto de urgência é favorável, comparando-se aos resultados publicados em grandes séries. A menor mortalidade e morbidade associada ao procedimento, em doentes seleccionados, torna-o uma opção bastante atractiva. É necessária uma estrutura logística organizada para um tratamento em tempo útil. O seguimento é fundamental para uma atempada detecção e correcção de complicações.

Referências:

1. The importance of anatomical suitability and fitness for the outcome of endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysm. Richards T, Goode SD, Hinchliffe R, Altaf N, Macsweeney S, Braithwaite B. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009 Sep;38(3):285-90. Epub 2009 Jul 2.
2. Endovascular proximal control of ruptured abdominal aortic aneurysms: the internal aortic clamp. Assar AN, Zarins CK. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2009 Jun;50(3):381-5. Epub 2009 Mar 12.
3. Endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a systematic review and meta-analysis. Mastracci TM, Garrido-Olivares L, Cinà CS, Clase CM. *J Vasc Surg*. 2008 Jan;47(1):214-221.

Notas:



CO17

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DOS ANEURISMAS DA AORTA ABDOMINAL E TRANSPLANTAÇÃO RENAL. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO HGSA.

Rui Machado, Paulo Almeida, Luís Loureiro, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Diogo Silveira, Rui Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Objectivos:

O transplante renal e o aneurisma da aorta abdominal são entidades coexistentes relativamente raras. O aumento do número de candidatos a transplante renal, o alargamento da idade para sua realização bem como uma maior sobrevida do transplantado renal, fazem supor um número crescente de doentes com estas patologias. Avaliamos a experiência obtida com EVAR no tratamento destes doentes.

Material e Métodos:

Entre Dezembro de 2001 e Abril de 2010, foram tratados quatro doentes, dois aguardando transplante de rim e dois já transplantados nos quais foi diagnosticado um AAA. Efectua-se uma análise retrospectiva dos processos e uma avaliação clínica actualizada.

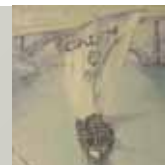
Resultados:

Os quatro doentes foram submetidos a tratamento endovascular do AAA. Nos dois doentes já transplantados houve preservação e manutenção da função renal tendo sido utilizada uma prótese aorto uni-iliaca. Nos dois doentes aguardando transplantação foi utilizada uma prótese aortobi-iliaca, um deles foi transplantado posteriormente, o segundo aguarda a realização de transplante. Não houve complicações relacionadas com o EVAR ou com o rim transplantado.

Discussão e Conclusão:

Academicamente dividiremos estes doentes em dois grupos: os que aguardam a realização de transplante renal (nos quais no planeamento da cirurgia do AAA é necessário preservar as artérias ilíacas externas ou internas de forma a que posteriormente possam ser anastomosadas as artérias renais a transplantar) e os que já foram transplantados e nos quais é diagnosticado um AAA (neste grupo é necessário preservar a função do rim transplantado, em doentes com artérias fragilizadas pela corticoterapia e com risco de complicações da cicatrização pela terapêutica imunossupressora). Estes doentes considerados de alto risco para cirurgia convencional, representam um grupo extraordinariamente interessante para a realização do EVAR, tornando-o no tratamento de eleição. A cirurgia convencional deverá ser reservada aos doentes sem condições técnicas para realização do EVAR.

Notas:



C036 CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS COM ENVOLVIMENTO VENOSO EM 2 ANOS

Sérgio Pereira, David Martinho, Tiago Mendonça, Ruy Fernandes, Helena Correia, Luís Mendes Pedro, Dinis da Gama, Tomé Lopes
Serviço de Cirurgia Vascular 1 e Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Objectivos:

O Carcinoma de Células Renais (CCR) representa 3% das neoplasias em adultos. É uma das neoplasias urológicas mais letais, com uma mortalidade específica de 40%.

A invasão parietal ou a presença de trombo tumoral nas veias renal ou cava acontece em 4% a 10% dos doentes ($\geq T3b$) com sobrevida estimada aos 5 anos entre 40% e 60%. Se a estratégia cirúrgica for suficientemente agressiva e permitir a total exérese da massa tumoral, conseguem-se taxas de cura de 45% a 70% dos doentes.

Com este trabalho pretende-se rever os doentes com CCR e envolvimento das veias renal e cava na nossa instituição nos últimos 2 anos.

Material e Métodos:

Avaliamos retrospectivamente os processos clínicos, incluindo dados imagiológicos e histopatológicos, de todos os doentes com CCR submetidos a nefrectomia radical entre 2008 e 2009 na nossa instituição.

Resultados:

Em 2 anos foi identificado o envolvimento venoso em 7 (10,1%) dos doentes submetidos a nefrectomia radical por CCR (n=69).

Destes doentes, com idade média de 58 anos (32-72), 6 (85,7%) apresentavam invasão da veia renal, 4 (57,1%) trombo tumoral na veia renal e 3 (42,9%) trombo tumoral na veia cava (2 na segmento infra-hepático e 1 no segmento supra-hepático). A 2 destes doentes foi realizada cavotomia com excisão do trombo.

Um doente abandonou o seguimento médico; dois doentes faleceram no pós-operatório imediato ou precoce (3 a 7 dias); um doente faleceu por progressão da doença sistémica; dois apresentam metastização à distância; e 1 progressão ganglionar regional. Nenhum teve complicação directa da cavotomia.

Conclusões:

O CCR acompanhado por trombo tumoral na veia cava apresenta uma história natural pouco favorável, mas que pode ser drasticamente alterada se a atitude cirúrgica for agressiva e completa, enaltecendo o papel fundamental da Cirurgia Vascular no processo de cura deste grupo seleccionado de doentes.

Notas:



CO22

ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO CEAP E ALTERAÇÕES NO ECO-DOPPLER VENOSO

Miguel Maia, Joana Ferreira, Sandrina Braga, João Vasconcelos, Pedro Brandão, Alexandra Canedo, Guedes Vaz
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Correlacionar as manifestações clínicas da classificação CEAP com as alterações no Eco-Doppler venoso dos membros inferiores.

Material e Métodos:

Foram avaliados 806 membros (403 doentes consecutivos), submetidos a Eco-Doppler venoso dos membros inferiores no decurso da investigação de insuficiência venosa crónica.

Resultados:

Média de idades de 46,8 anos, 360 mulheres e 43 homens.

A distribuição da classe C, segundo a classificação CEAP, foi a seguinte: C0s-11,4%; C1a-14,1%; C1s-30,5%; C2a-2,2%; C2s-28%; C3s-9,7%; C4s-2,7%; C5s-0,7%; C6s-0,5%.

Em 53,6% dos membros verificou-se insuficiência da veia grande safena, em 32,3% insuficiência da veia pequena safena, em 62% insuficiência de perforantes mediais da perna, em 31,3% insuficiência de perforantes posteriores e em 6,7% insuficiência venosa profunda.

Constatou-se uma diferença entre o número de doentes sintomáticos conforme o género, 62,5% mulheres versus 44,2% homens ($p < 0,001$). Doentes com idade ≤ 60 anos também foram mais frequentemente classificados como sintomáticos (72,7%/45,7%;) ($p < 0,001$).

A atribuição de uma classe C sintomática correlacionou-se com insuficiência da veia grande safena e de perforantes mediais da perna ($p < 0,001$).

Membros classificados como assintomáticos, C1a e C2a, apresentaram insuficiência de perforantes mediais da perna em apenas 36,4%, enquanto que a mesma foi identificada em 64,9% nos membros C0s, C1s e C2s, em 76% dos membros C3s e C4s e em 100% dos membros C5s e C6s ($p < 0,001$).

Os membros classificados como C3s apresentaram insuficiência venosa profunda em 20,5% dos casos, contrastando com apenas 5,2% nos restantes membros ($p < 0,001$; OR:4,686).

Conclusões:

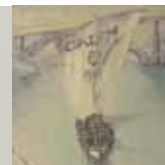
Os doentes classificados como sintomáticos foram mais frequentemente mulheres com idade ≤ 60 anos.

A presença de insuficiência da veia grande safena e de perforantes mediais da perna correlacionou-se com a presença de sintomas.

Verificou-se uma associação entre insuficiência de perforantes mediais da perna e gravidade das manifestações clínicas da classificação CEAP.

A presença de insuficiência venosa profunda foi mais frequente em membros classificados como C3s.

Notas:



CO24

CIRURGIA CAROTÍDEA URGENTE EM DOENTE JOVEM COM AVC ISQUÉMICO DE ETIOLOGIA RARA – CASO CLÍNICO

Ana Baptista, Manuel Fonseca, João Freitas*, Gustavo Cordeiro*, Argemiro Geraldo*, Luís Antunes, Joana Moreira, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Óscar Gonçalves, Albuquerque Matos

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular e Serviço de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

Apresentação, sob a forma de comunicação oral, do caso clínico de jovem de 19 anos submetido a cirurgia carotídea urgente no contexto de AVC isquémico recente de etiologia rara.

Material e Métodos:

Descreve-se o caso de um jovem de 19 anos enviado de um hospital distrital para observação por Neurologia/Infecciologia. Quadro de febre com 8 dias de evolução associado posteriormente a afasia, hemiparésia com lateralização motora esquerda, alterações do comportamento e rigidez da nuca. Leucocitose ligeira e PCR aumentada. Punção lombar sem alterações. TAC crânio-encefálica e RMN de difusão/perfusão revelaram a presença de lesão isquémica temporo-parietal direita. Ecocardiograma excluiu a presença de endocardite. Eco-dópler e angio-TAC carotídeo-vertebrais mostraram formação vegetante, móvel com a pulsação cardíaca, a nível da art. carótida comum direita. Submetido, de urgência, a cirurgia carotídea.

Resultados:

Intraoperatoriamente constatou-se a presença de trombo ligeiramente aderente à artéria carótida comum e na dependência de lesão da íntima subjacente, tendo-se procedido à sua exérese e a arteriorrafia primária. Mantido sob antibioterapia com regressão do quadro febril e evolução gradualmente positiva dos défices neurológicos iniciais. Do estudo complementar realizado para esclarecimento da etiologia do quadro clínico (despiste de trombofilias, estudos imunológicos) destaca-se a positividade do título de anticorpos para *Rickettsia conorii*.

Conclusões:

Apesar do AVC ser recente optou-se por uma abordagem cirúrgica urgente dado o elevado risco embolígeno. Perante o constatado intraoperatoriamente e os resultados obtidos através dos exames complementares apontamos como etiologia mais provável uma endotelite secundária a infecção por *Rickettsia conorii*. Apesar de na literatura não se terem encontrado casos clínicos com envolvimento do território carotídeo, é conhecido o tropismo que este parasita intracelular apresenta para as células endoteliais lesando-as e aumentando a expressão de moléculas que promovem a adesão de leucócitos.

Notas:

**CO34****HIPERTENSÃO ABDOMINAL POR EDEMA DAS ANSAS PÓS-COLECTOMIA TOTAL:
E COMO A CIRURGIA VASCULAR AJUDOU**

C. Joana Rodrigues, António Santos Simões

Unidade de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. Teotónio.

Introdução:

A exclusão das veias mesentéricas associa-se a um edema acentuado das ansas de delgado que condiciona um aumento deletério da pressão intra-abdominal. A causa principal para este quadro é o traumatismo abdominal e associa-se a uma taxa de mortalidade elevada, mesmo na ausência de lesões arteriais ou orgânicas maior.

Material e Métodos:

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente submetida a colectomia total por neoplasia do cólon que sofre uma lesão iatrogénica da veia mesentérica superior que culmina na sua laqueação. O quadro de hipertensão abdominal, por edema das ansas, obriga à realização de uma laparostomia. A doente é mantida na unidade de cuidados intensivos manifestando um agravamento progressivo do quadro clínico com perdas através da laparostomia a atingirem uma taxa > 1,5l de fluidos/h. A unidade de Cirurgia Vascular é contactada e opta-se por realizar um *second look*.

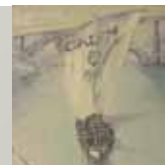
Resultados:

A intervenção cirúrgica, com o restabelecimento do fluxo venoso mesentérico superior permitiu reduzir, de imediato, o edema das ansas e ao fim de 8h o encerramento da laparostomia, já sob equilíbrio hidro-electrolítico. A doente apresenta, na TAC de controlo aos 6meses um fluxo normal mesentérico e está assintomática aos 12 meses de *follow-up*.

Conclusões:

A correcção de lesões da veia mesentérica superior qualquer que seja a sua origem, especialmente na ausência de uma veia mesentérica inferior funcionante, é prioritária sob risco de desenvolvimento de um quadro rapidamente progressivo de hipertensão abdominal fatal.

Notas:



CO20

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SÍNDROME DE DESFILADEIRO TORÁCICO: CASUÍSTICA E FOLLOW-UP CLÍNICO

Carolina Vaz, Rui Machado, Clara Nogueira, Tiago Loureiro, Luís Loureiro, Diogo Silveira, Arlindo Matos, Rui de Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António

O diagnóstico e tratamento cirúrgico do Síndrome de Desfiladeiro Torácico (SDT) mantém-se nos dias de hoje alvo de alguma controvérsia. Está documentada uma grande variabilidade de resultados quando se contempla a taxa de sucesso, de complicações e de recidiva associada a este tipo de tratamento.

Objectivos:

Avaliação da taxa de sucesso, complicações e recuperação funcional de todos os doentes com Síndrome de Desfiladeiro Torácico submetidos a tratamento cirúrgico.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo realizado desde Fevereiro de 1979 até Julho de 2009 que contempla um total de 38 procedimentos (36 doentes). A abordagem cirúrgica supraclavicular foi efectuada em 37 intervenções e em um caso foi utilizada a via transaxilar. O *follow-up* clínico realizou-se através de consultas pós-operatórias, utilizando um questionário padronizado com quantificação de informação objectiva e subjectiva fornecida ao doente no ano de 2010.

Resultados:

A idade média dos doentes foi de 37,2 anos ($\pm 16,3$) sendo que 63,9% (n-23) dos doentes eram do sexo feminino. As indicações para tratamento cirúrgico foram em 34,3% (n-13) dos casos SDT com comprometimento neurológico, em 28,9% (n-11) dos casos com comprometimento vascular e em 36,8% (n-14) com comprometimento neurológico e vascular. A taxa de sucesso terapêutico foi de 84,2% (n-32), em 10,5% (n-4) dos casos verificou-se manutenção da sintomatologia e em 5,3% (n-2) agravamento, apresentando todos SDT com comprometimento neurológico. Durante o período de *follow-up*, 16,7% (n-6) doentes faleceram de causas externas e 13,1% (n-5) dos casos apresentaram aparecimento de novo da sintomatologia.

Conclusões:

A descompressão cirúrgica mantém-se como um tratamento eficaz em doentes com Síndrome de Desfiladeiro Torácico. Sendo a taxa de sucesso, de acordo com a nossa experiência, de 84,2% e de recidiva sintomatológica de 13,1%.

Notas:



CO43

VOLUME AND DIAMETER MEASUREMENTS USING 3-D RECONSTRUCTION OF AAA

Fernandez Castro E, Maeso Lebrun J, Fernandez Valenzuela V, Aloy Ortiz C, Yugueros Castellnou X, Matas Docampo M.

Objective:

Interindividual variability assesment between an expert vascular surgeon and one in training in the measurement of AAA volumes and diameters, and intraindividual variability just considering the surgeon in training.

Material and Methods:

We analysed 20 CT with AAA taken at random. The minimum and maximum aneurysm diameters of the biggest CT slice were measured on the CT images automatically rebuilt with the center lumen line technology. The volume measures were taken manually from the lowest renal artery to the iliac bifurcation with the 3surgery® software. We compared the results of measurements between the two observers and the two measurements taken by the in training observer. Interclass correlation coefficient was used for the analysis of the results using the SPSS program.

Results:

Interobserver correlation in volumes was 0'98. For the minimum diameter interindividual correlation was 0'96 and maximum 0'92. Intraindividual correlation was 0'99 for volumes, 0'94 for maximum diameter and 0'98 for minimum diameter.

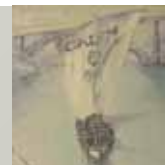
Conclusions:

1)There is very good concordance between interobservador measurements, with no significant variability. 2)There is no intraobservador variability with very good correlation between measurements.

Commentary:

Measurements of the AAA can be taken properly both by an expert observer like other with less experience. The second measurement of the inexperienced observer is more adjusted to the expert, so training improves the measurement.

Notas:



CO07

ANEURISMA DA ARTÉRIA HEPÁTICA. CASO CLÍNICO

Celso Carrilho, João Correia Simões, Amílcar Mesquita

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães.

Introdução:

Os Aneurismas da artéria hepática (AAH) são, depois dos esplénicos, os aneurismas viscerais mais frequentes e correspondem a cerca de 20% dos casos.

A maior utilização das técnicas de imagem para estudo abdominal, nomeadamente a Ecografia, a TAC e a Ressonância Magnética, é responsável pelo aumento do número de casos descritos na literatura.

A maioria dos AAH é assintomática. A ruptura é a complicação mais temível, pois apresenta uma elevada taxa de mortalidade peri-operatória.

O tratamento destes aneurismas é recomendado quando atingem os 20 mm de diâmetro.

Caso clínico:

Trata-se de um homem de 65 anos, enviado à consulta externa de Angiologia e Cirurgia Vascular com o diagnóstico de AAH.

No decurso de uma ecografia abdominal de rotina foi-lhe detectada uma massa sugestiva de um pequeno aneurisma, que para melhor caracterização o seu médico assistente pediu uma TAC abdominal, diagnosticando um aneurisma fusiforme da artéria hepática, com abundante trombo mural, um diâmetro de 35 mm e uma extensão de 65 mm. O doente encontrava-se assintomático e não apresentava comorbilidades que aumentasse o risco cirúrgico, pelo que se optou pela intervenção cirúrgica. Realizou uma arteriografia selectiva do tronco celíaco e da mesentérica superior para um melhor planeamento da intervenção.

Foi submetido a ressecção do AAH e enxerto de interposição com veia safena interna.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências significativas.

Conclusão:

Nos doentes sem risco cirúrgico acrescido, a melhor opção terapêutica é a sua excisão, com ou sem revascularização, dependendo da sua localização.

Notas:



C003

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MULHER JOVEM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Clara Nogueira, Joana Martins, Ramon Moya, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Luís Loureiro, Diogo Silveira, José Tavares, Arlindo Matos, Rui Almeida

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António + Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE – Unidade de Chaves.

Objectivo:

Os autores propõem-se apresentar um caso clínico de enfarte cerebral num indivíduo jovem. Trata-se de uma patologia rara, cuja causa não é identificada em até 50% dos casos, mesmo após estudo exaustivo.

Material e Métodos:

Caso clínico: Mulher, de 35 anos, com antecedentes de hipertensão arterial ligeira. Recorreu ao Serviço de Urgência com afasia de expressão, hemianópsia homónima direita, hemiparésia facio-braquio-crural direita de instalação súbita, subfebril e sem sinais meníngeos. A doente não fazia qualquer medicação domiciliária. Efectuou TC cerebral que revelou enfarte no território da artéria cerebral média esquerda.

Resultados:

Foi efectuado estudo laboratorial extenso (hemograma, bioquímica, infeccioso, endócrino, imunológico, auto-anticorpos, marcadores tumorais) que se revelou normal, à excepção de velocidade de sedimentação ligeiramente aumentada. O ecocardiograma transtorácico não revelou qualquer alteração. O ecodoppler carotídeo identificou espessamento parietal de ambas as artérias carótidas internas (ACIs), com diminuição franca do calibre das mesmas (< 2mm) e dos fluxos proximais, os quais apresentam elevada resistência. Aparente oclusão distal da ACI esquerda. Decide-se efectuar uma angiografia dos troncos supra-aórticos que revelou oclusão da ACI esquerda, estenose suboclusiva da ACI direita, com imagem muito sugestiva de dissecação. Aspectos morfológicos sugestivos de displasia da íntima.

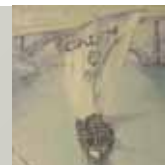
A doente, actualmente, encontra-se estável, com ligeira disfasia, sem sintomas neurológicos de novo, sob corticoterapia e hipocoagulação.

Conclusão:

Tendo em conta a idade da doente, as imagens angiográficas e a ausência de alterações laboratoriais significativas, à excepção de um aumento fruste da velocidade de sedimentação, considera-se que a hipótese mais provável é tratar-se de displasia fibromuscular, embora não se possa excluir completamente uma vasculite.

A doença fibromuscular cervical é rara, e excepcionalmente, é sintomática. Estudos Científicos publicados defendem que o aparecimento de sintomas neurológicos neste grupo de doentes é secundário a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral ou embolização de agregados plaquetários.

Notas:



CO37

ENDOPRÓTESE FENESTRADA *CUSTOM MADE*: UMA ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DE ANEURISMAS AORTO-ILÍACOS

Daniel Brandão, Miguel Lobo, Miguel Maia, Joana Ferreira, Sandrina Braga, João Vasconcelos, Guedes Vaz
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Objectivo:

Apresentar um caso de aneurisma aorto-ilíaco corrigido através da colocação de uma endoprótese fenestrada para a artéria ilíaca interna (All), *custom made*.

Materiais e Métodos:

Doente de 70 anos, sexo masculino, obeso, referenciado por apresentar um aneurisma aorto-ilíaco (diâmetros máximos: aorta–5,5cm; artéria ilíaca comum direita–4,7cm; artéria ilíaca comum esquerda–4,2cm). Dos antecedentes, realça-se a presença de doença hepática crónica (Child-Pugh A; trombocitopenia persistente, 50-60.000 plaquetas/ μ l), dislipidemia, hipertensão e tabagismo. A angioTC demonstrou que ambos os aneurismas ilíacos se estendiam praticamente até à emergência das All. Foi proposto para tratamento endovascular com colocação de endoprótese fenestrada para a All esquerda. Numa extensão ilíaca *Medtronic Talent*, foi efectuada uma fenestra entre dois *stents*, referenciada com duas marcas radiopacas. A extensão fenestrada foi posteriormente re-embainhada, tendo-se na sequência executado o procedimento de exclusão endovascular do aneurisma. Após abertura do corpo principal, procedeu-se à libertação da extensão fenestrada orientando a fenestra para o óstio da All esquerda que, após ser cate-terizada, permitiu a colocação de um *stent* coberto auto-expansível *Bard Fluency* para a All. A cirurgia foi finalizada com a colocação da extensão contralateral, excluindo a All direita.

Resultados:

Pós-operatório imediato sem intercorrências, nomeadamente sugestivas de isquemia medular ou cólica. No ambulatório, o doente manifestou o aparecimento de claudicação nadegueira à direita, não limitante e com melhoria progressiva. O angioTC realizado após um ano de seguimento demonstrou integridade e permeabilidade da endoprótese e do *stent* para a All esquerda, bem como a ausência de *endoleaks*.

Conclusões:

a preservação da circulação pélvica através da manutenção de fluxo anterógrado em pelo menos uma All permite limitar as complicações consequentes da exclusão de ambas as All que, embora raras, são potencialmente catastróficas. A técnica atrás descrita assume-se como alternativa relativamente simples e económica para os casos com necessidade de fenestração ilíaca, permitindo ainda perspectivar a sua utilização noutros sectores, nomeadamente ao nível da aorta justa- e supra-renal.

Notas:



CO27

DOENÇA AORTO-ILÍACA OCLUSIVA NA MULHER JOVEM

Diogo Silveira, Ivone Silva, Pedro Sá Pinto, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Luís Loureiro, M^a Sameiro Pereira, Rui de Almeida

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Objectivos:

A doença arterial caracterizada por oclusão/estenose aorto-iliaca que ocorre em mulheres jovens, de estatura baixa está descrita como “síndrome hipoplásico aorto-iliaco” (SHAI). Apesar de ser incerto se esta será uma entidade clínica independente, é um facto que o tamanho reduzido da aorta distal pode aumentar o risco de doença oclusiva aorto-iliaca precoce. A apresentação desde caso pretende expor o documentado na literatura sobre a patogénese, factores de risco, clínica e tratamento desta entidade.

Material e Métodos:

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 35 anos, com antecedentes de dislipidemia, hábitos tabágicos activos (23 UMA) e dismenorrea, com sintomatologia de claudicação gemelar e glútea esquerdas. Internada a 10/07/2009 para realização de estudo arteriográfico, que demonstrou oclusão segmentar da artéria ilíaca comum esquerda, tendo tido alta medicada com iloprost, clopidogrel e rosuvastatina. Readmitida 4 meses depois para revascularização – foi submetida a angioplastia da AIC esquerda com balão 7x60mm e colocação de *stent* 8x60mm + Stenting primário da AIC direita 8x40mm. Pós-operatório sem complicações com regressão completa da sintomatologia, pulsos distais presentes e ABI=1.

Resultados:

Ao 5º mês de *follow-up*, sob terapêutica com clopidogrel, estatina e abstinência tabágica desde a cirurgia mantém-se assintomática, com pulsos distais amplos.

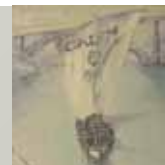
Conclusão:

A incidência do SHAI é cerca de 9% nos doentes com patologia aorto-iliaca. Alguns dos factores etiológicos descritos são traumatismo, radioterapia, rubéola congénita, factores inflamatórios e desequilíbrio hormonal.

As alterações anatómicas na aorta distal, com consequentes perturbações hemodinâmicas, têm sido apontadas como factores predisponentes para a aterosclerose precoce na bifurcação aórtica. Os doentes apresentam-se tipicamente com sintomas de claudicação glútea e gemelar bilateral, tendo de base factores de risco específicos (tabagismo, hiperlipidemia tipo II/IV – maior correlação) e características angiográficas típicas.

O tratamento endovascular é uma opção viável, com bons resultados a longo prazo nos casos de oclusão/estenose segmentar.

Notas:



CO19

ISQUEMIA DOS MEMBROS INFERIORES SECUNDÁRIA A “CORAL REEF” AÓRTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Vaz, Rui Machado, Clara Nogueira, Tiago Loureiro, Luís Loureiro, Diogo Silveira, Arlindo Matos, Rui de Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

“Coral Reef ” Aórtico é uma entidade clínica rara, em que se documenta a presença de uma massa calcificada de natureza exóftica no lúmen aórtico. A sua localização é mais frequentemente supra-renal, mas estão igualmente descritas localizações torácicas, para – renais e infra-renais. Estão descritos na literatura mundial 41 casos.

Objectivos:

Os autores descrevem o caso clínico de Trombose Aórtica Aguda secundária a um “Coral Reef ” Aórtico.

Material e Métodos:

Doente do sexo feminino com 58 anos de idade, com história de Hipertensão Arterial medicada e controlada com losartan desde os 20 anos de idade e tabagismo Activo (40 UMA). É referenciada ao Serviço de Urgência (S.U) por quadro clínico compatível com Trombose Aórtica Aguda. Apresentava história de claudicação intermitente bilateral para 100 metros com agravamento para dor em repouso com 30 dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava cianose e parésia dos membros inferiores assim como ausência de pulsos palpáveis em ambos os membros inferiores.

Resultados:

Do estudo efectuado é de salientar a normalidade da função renal e dos marcadores sistémicos de inflamação. O AngioTAC revelou a presença de uma massa coraliforme localizada à aorta torácica e à aorta infra-renal com trombose sobreposta na localização infra-renal. Neste contexto a doente foi submetida de imediato a Pontagem Axilo-bifemoral associada de hipocoagulação. Com um seguimento de 3 anos a doente está assintomática.

Conclusões:

“Coral Reef” Aórtico é uma doença rara e de etiologia desconhecida cujo tratamento não está padronizado. Sugere-se a publicação de casos para alargamento do conhecimento sobre a doença.

Notas:



CO01

A POLÊMICA TERAPÊUTICA DA TROMBOSE VENOSA DE ESFORÇO AXILO-SUBCLÁVIA (SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER): A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.

Emanuel Dias, Nelson Oliveira, Fernando Oliveira, Isabel Cássio
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular no Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

Objectivos:

A trombose venosa da extremidade superior poder corresponder a cerca de 4-11% de todos os casos de doença venosa tromboembólica^{1,2}. A trombose venosa espontânea ou de esforço (Síndrome de Paget-Schroetter) distingue-se pela sua raridade e pelo facto de atingir indivíduos jovens, activos e de outro modo saudáveis, daquela associada a cateteres ou via de acesso para procedimentos ou terapêutica no eixo venoso axilo-subclávio.

Material e Métodos:

Comunicação Oral de Caso clínico: Homem de 36 anos, com antecedentes irrelevantes, recorreu ao Hospital por quadro de dor e edema de todo o membro superior direito após esforço físico extenuante. Apresentava D-Dímeros de 2285 ng/dl, com trombose venosa axilar à direita diagnosticada por eco-doppler venoso e confirmada por flebografia.

Resultados:

O paciente foi sujeito a trombólise e a um período de hipocoagulação oral durante 3 meses. No seguimento clínico aos 18 meses encontra-se assintomático, mesmo tendo retomado o grau de actividade física anterior ao acontecimento.

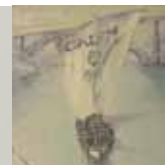
Conclusão:

Além da trombólise dirigida e hipocoagulação não existe consenso na melhor forma de tratar o Síndrome de Paget-Schroetter.

Referências:

1. Joffe, HV, Kucher, N, Tapson, VF, Goldhaber, SZ. Upper-extremity deep vein thrombosis: a prospective registry of 592 patients. *Circulation* 2004; 110:1605.
2. Munoz, FJ, Mismetti, P, Poggio, R, et al. Clinical outcome of patients with upper-extremity deep vein thrombosis: results from the RIETE Registry. *Chest* 2008; 133:143.

Notas:



CO11

TRATAMENTO ELECTIVO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL DE SANTA MARTA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Alves, Gonçalo R.; Vasconcelos, Leonor; Rodrigues, Hugo; Eufrásio, Sérgio; Gonçalves, Frederico; Ferreira, Maria Emília; Castro, João A.; Capitão, Luis M.

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Objectivos:

O tratamento da patologia aneurismática da aorta abdominal tem sofrido alterações nos últimos 10 anos. O tratamento endovascular é hoje uma alternativa, plenamente estabelecida, à cirurgia convencional. Em casos anatomicamente favoráveis parece existir uma vantagem significativa a curto e médio prazo, pese embora a necessidade de um *follow-up* mais rigoroso e uma maior taxa de re-intervenções.

Os autores propõem-se realizar uma análise retrospectiva de todos os casos de aneurismas da aorta abdominal infra-renal tratados electivamente na sua Instituição até Março de 2010. Foi efectuada uma análise comparativa das características epidemiológicas do doente, incluindo patologia associada, assim como morbilidade major e mortalidade aos 30 dias de pós-operatório. Pretendeu-se fazer uma revisão com casuística muito significativa, com uma análise comparativa entre os dois métodos cirúrgicos.

Material e Métodos:

Foi realizada uma análise de todos os processo dos doentes com o diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal infra-renal tratados electivamente até Março de 2010. Foram tratados 572 doentes dos quais 314 por cirurgia convencional e 258 por via endovascular.

Conclusões:

A actividade do Serviço no tratamento do aneurisma da aorta abdominal infra-renal é favorável no método convencional e no método endoluminal. A experiência crescente no tratamento endovascular tem-se traduzido numa melhoria progressiva dos resultados, reflexo da curva de aprendizagem da técnica. Os autores concluem que a experiência institucional no tratamento da patologia aneurismática da aorta é favorável, comparando-se aos resultados publicados em grandes séries. A menor mortalidade e morbilidade associada ao procedimento endovascular permite tratar um maior espectro de doentes, com melhores resultados imediatos.

Notas:



C009

O VALOR DO FOLLOW-UP COM ECODOPPLER DA CIRURGIA AÓRTICA.

Müller Pinheiro, Inês; Marques, Gil; Duarte, Nádia; Gonçalves, Ana; Barroso, Pedro; Gonzalez, António; Bernardo, Luísa; Ferreira, Maria José

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta

Objectivos:

Avaliar o impacto do programa de *follow-up* não invasivo na detecção precoce das complicações da cirurgia do sector aorto-ilíaco (por doença obstrutiva ou aneurismática) nos primeiros 5 anos.

Material e Métodos:

Os autores estudaram retrospectivamente os doentes submetidos a cirurgia do sector aorto-ilíaco, que completaram 5 anos de *follow-up* no laboratório vascular. O nosso protocolo de seguimento consiste num ecodoppler codificado a cores da aorta, *bypass* e eixos arteriais distais, com medição de IS aos 3M, 6M e anualmente. Analisaram-se os processos de *follow-up* e o registo clínico de cada doente.

Resultados:

Entre 1998 e 2005 foram realizadas 309 cirurgias do sector aorto-ilíaco, tendo 143 doentes sido orientados para *follow-up* no laboratório vascular. Destes, 49 abandonaram o *follow-up*, 19 faleceram e apenas 75 completaram o seguimento de 5 anos.

Há a referir intercorrências vasculares em 24% dos doentes. 5.33% foram submetidos a extensão do *bypass* por progressão da doença distal. Verificaram-se 6.66% de trombozes de ramo de aortobifemoral, que resultou em reintervenção em 80% dos casos. Salientamos que esta trombose não foi previsível pelos dados do *follow-up*. Apenas em 1.33% dos casos foi detectada estenose da anastomose femoral hemodinamicamente significativa, que foi corrigida pré-trombose.

A taxa de dilatações não significativas foi de 2.66%, sendo igual o número de falsos aneurismas detectados.

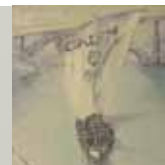
Foram diagnosticados 5.33% de aneurismas periféricos, mas apenas 50% foram corrigidos. Ocorreu ainda uma trombose aguda de aneurisma popliteu, não diagnosticado, que resultou em amputação major e verificou-se uma fístula aortoentérica no 5º ano de *follow-up*.

Conclusão:

Verificou-se uma fraca adesão por parte dos doentes e dos cirurgiões ao programa de *follow-up* não invasivo.

A vigilância intensiva com ecodoppler não teve grande impacto na manutenção da permeabilidade destes *bypass*. Este facto pode dever-se à dimensão da amostra, mas também à duração do estudo, pelo que nos propomos prolongá-lo até aos 10 anos.

Notas:



CO26

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA: HISTÓRIA NATURAL

Ferreira, J.; Canedo, A.; Gonçalves, J.; Brandão, D.; Maia, M.; Braga, S.; Vasconcelos, J.; Guedes Vaz, A.
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascul ar, Centro Hospitalar de Vila Nova/Gaia & Escola de Superior de Saúde do Vale do Ave.

Objectivos:

- Caracterizar a população com Doença Arterial Periférica Obstrutiva (DAPO) da consulta externa de Cirurgia Vascul ar.
- Avaliar a adesão à terapêutica médica, determinando a sua repercussão clínica.

Material e Métodos:

Revisão de registos clínicos de indivíduos com DAPO admitidos na consulta externa de Cirurgia Vascul ar de 1990 a 2009.

Resultados:

Foram observados 3241 indivíduos, idade média de 67.2 ± 11.3 anos, sendo 72.2% do sexo masculino. O tempo médio de *follow-up*: 3.5 ± 3.6 anos. 58.9% eram fumadores/ex-fumadores, 39.9% apresentavam diabetes *mellitus*, 40.7% hipertensão arterial e 40.1% dislipidemia. A prevalência de patologia cerebrovascular e cardiovascular foi respectivamente de 11.5% e 34.5%. Verificou-se um predomínio de doentes claudicantes, comparativamente aos com isquemia crítica (estes foram na sua maioria revascularizados).

Os doentes foram medicados com antiagregante, estatina e aconselhados a um programa de marcha e abstinência tabágica. Constatou-se que: 63.5% cumpriam antiagregante; 43.6% estatina e 19.0% dos fumadores à admissão deixaram de fumar. Não se encontrou relação entre as medidas de saúde públicas instituídas e a abstinência tabágica, mas verificou-se que o tempo médio de *follow-up* dos abstinentes é o dobro dos que mantêm hábitos tabágicos (6.4 ± 3.9 anos vs 3.2 ± 3.3 anos). Comparou-se o grupo de doentes cumpridores da terapêutica médica e não fumadores/ex-fumadores, com o grupo oposto, e observou-se uma melhoria clínica e hemodinâmica em 80.6% no primeiro grupo, versus 48.6%. Essa diferença mantém-se independentemente de procedimentos de revascularização. Notou-se também que a evolução para amputação era tanto mais provável quanto mais grave o estágio da doença à admissão. Este facto mantém-se nos doentes com tratamento médico e cirúrgico óptimo.

Conclusões:

É necessário implementar medidas de adesão à terapêutica médica, contribuindo assim para um melhor prognóstico. Salienta-se também, a importância de uma refenciação precoce, uma vez que a evolução para amputação é tanto mais provável, quanto mais grave o estágio da doença inicial.

Referências:

- Flu HC, Tamsma JT, Lindeman JHN, Hamming JF, Lardenoye JHR. A systematic review of implementation of established recommended secondary prevention measures in patients with PAOD. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010; 39, 70-86.
- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes on behalf of the TASC II working group. Inter-society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery* 2007; S5A-S60A.
- Monreal M, Alvarez L, Vilaseca B, Coll R, Suárez C, Toril J, Sanclement C. Clinical outcomes in patients with peripheral artery disease. Results from a prospective registry (FRENA). *European Journal of Internal Medicine* 2008; 19: 192-197.

Notas:



CO41

ANEURISMAS VISCERAIS: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Joana Moreira, Luís Antunes, Ana Baptista, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Albuquerque Matos
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

Apresentação sob a forma de comunicação oral de casos clínicos de aneurismas viscerais, fazendo-se uma revisão dos casos de aneurismas dos troncos digestivos e artérias renais tratados no serviço.

Material e Métodos:

Faz-se referência a casos de doentes com aneurismas viscerais, com interesse particular, quer pela forma de apresentação invulgar, muitas vezes já com complicações da doença aneurismática, quer pelas opções terapêuticas realizadas, com revisão do material iconográfico disponível. Desde 1991, catorze doentes (oito homens e seis mulheres) com idade média de 52.4 anos foram operados por aneurismas viscerais.

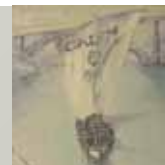
Resultados:

Destes doentes, seis apresentavam aneurismas da artéria renal, cinco casos eram de aneurismas da artéria esplénica, dois de aneurismas da artéria mesentérica inferior e um da gastroduodenal. Sete doentes não tinham co-morbilidades relevantes, seis tinham factores de risco para doença aterosclerótica e uma doente era portadora do diagnóstico de LES. Sete eram assintomáticos; dos sete doentes com sintomatologia, em quatro esta estava relacionada com complicações da doença aneurismática (dois casos de rotura, um de fistulização para o tubo digestivo, um de fístula artério-venosa). Três doentes foram tratados por via endovascular, sendo os restantes submetidos a cirurgia clássica. Três doentes faleceram no pós-operatório precoce (dois correspondem aos casos operados em rotura). Morbilidade pós-operatória transitória em três doentes, encontrando-se dez assintomáticos na primeira consulta pós-operatória; um desenvolveu quadro de esplenomegalia e varizes gástricas após correcção de aneurisma da artéria esplénica.

Conclusões:

Os aneurismas viscerais são raros, e muitas vezes tratados no âmbito de outras especialidades, como a Cirurgia Geral e a Urologia. Os casos que nos são referenciados enquadram-se frequentemente em contextos de topografia lesional desfavorável, ou complicações da doença aneurismática. Conclui-se que a correcção cirúrgica deste tipo de aneurismas é segura e eficaz, sendo os resultados menos satisfatórios em cirurgia de urgência, nomeadamente situações de rotura.

Notas:



C039

TRATAMENTO ENDOVASCULAR EM DOENTES COM ISQUEMIA CRITICA – FACTORES DE GRAVIDADE PROGNOSTICA A UM ANO

L. Castro e Sousa, J. Vieira, P. Amorim, K. Ribeiro, G. Sobrinho, D. Gonçalves, T. Vieira, N. Meireles, J. A. Pereira Albino
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular II – Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Objectivos:

As técnicas endovasculares têm vindo, nos últimos anos, a colocar-se como uma alternativa para o tratamento da isquémia dos membros inferiores em fase crítica onde os doentes são mais idosos, com mais co-morbilidades, com alta percentagem de diabetes *mellitus* e com marcada invasão dos territórios sub popliteus. É do conhecimento da literatura que o prognóstico destes doentes não é muito favorável pelo que se impõe um estudo dos factores que influenciam a taxa de amputação e a morte no ano seguinte ao procedimento.

Métodos:

Os autores fazem um estudo retrospectivo dos doentes que foram admitidos no seu serviço entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2008 com isquemia dos membros inferiores em fase crítica e que foram submetidos prioritariamente a uma intervenção endovascular analisando os resultados obtidos e os factores de insucesso ao fim de 1 ano.

O estudo incide sobre 88 doentes internados maioritariamente (82%) pela urgência com critérios de isquemia crítica e que após estudos não invasivos (ecodoppler) e ou arteriograficos foram propostos para procedimentos endovasculares. Usaram-se os critérios da TASC sendo a maioria dos doentes englobados nos tipos A e B desta classificação.

Resultados:

Realizaram-se 108 procedimentos endovasculares maioritariamente do tipo angioplastia sem a colocação de *stent*. A média de idade foi 66 anos sendo 71% do sexo masculino e 29% do sexo feminino. Segundo a classificação clínica 67% apresentavam-se na categoria 5 ou 6 da classificação de Rutherford e 24 % na categoria 4 da mesma classificação. Os factores de risco mais frequentemente encontrados foram a Diabetes *Mellitus* e o tabagismo. 28 destes procedimentos abordaram o sector aorto-ilíaco, 54 o sector femoro-popliteu e 26 o sector tíbio-peroneal, mas 27 % das intervenções incidiram sobre mais do que um sector. Foram analisados os resultados imediatos e a e ao fim de um ano tendo-se concluído que o sucesso inicial do procedimento foi obtido em 87% das intervenções caindo para 76% ao fim de um ano e que a mortalidade estava intimamente relacionada com cardiopatia isquémica com disfunção ventricular.

Conclusão:

Os resultados obtidos evidenciaram a exequibilidade e reprodutibilidade deste tipo de técnica, que se revela, cada vez mais, como uma alternativa de tratamento para a isquémia crítica dos membros inferiores.

Notas:



CO28

TRAUMATISMOS VASCULARES – UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS NO SERVIÇO

Luís Antunes, Ana Baptista, Joana Moreira, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Albuquerque Matos
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular e Serviço de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

Apresentação de estudo retrospectivo dos casos de traumatismos vasculares tratados no serviço num período de 5 anos (Julho 2004-Junho 2009).

Material e Métodos:

Avaliaram-se 97 doentes relativamente ao sexo, idade, motivo de traumatismo, forma de apresentação, lesões vasculares, outras lesões associadas, tempo decorrido entre o traumatismo e início do tratamento, tipo de tratamento efectuado e morbimortalidade. Simultaneamente, procedeu-se a uma análise para 2 grupos distintos: Grupo I – falsos aneurismas (FA) pós-procedimentos angiográficos (29 doentes); e Grupo II – outros traumatismos (68 doentes).

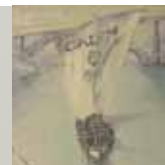
Resultados:

Na totalidade dos traumatismos a idade média observada foi de 49,8 anos com predominância do sexo masculino (71,1%). Nos doentes do Grupo II a idade média observada foi inferior (43,1 anos), verificando-se o aumento de indivíduos do sexo masculino (85,3%). As principais causas de traumatismos foram as lesões iatrogénicas (34%), mas no Grupo II, os acidentes de viação representaram 38,2% dos casos. Neste grupo, as lesões vasculares mais frequentes situavam-se nas artérias umeral (22,1%) e poplítea (20,6%), havendo lesões venosas significativas em 16,2% dos casos. A maioria dos doentes deste grupo apresentava lesões osteoarticulares (55,9%). A isquémia aguda (76,5%) seguida da hemorragia (38,2%), estiveram entre as principais formas de apresentação destes doentes (Grupo II), sendo o tempo decorrido entre o traumatismo e o tratamento superior a 6h, em 75% dos casos. Relativamente à terapêutica, no Grupo I a arteriorrafia e a indução de trombose do FA com Trombina foram as opções mais frequentes (41,4%), enquanto no Grupo II foi o Enxerto (35,3%). No Grupo II verificaram-se lesões neurológicas em 27,9% dos casos, com amputações major em 19,2% dos casos.

Conclusões:

Os traumatismos vasculares agudos continuam a ser um grande factor de morbimortalidade na população em idade activa, sendo os acidentes de viação a sua principal causa. O tempo que medeia o traumatismo e o tratamento será um factor a melhorar.

Notas:



CO18

INFECÇÃO DE PRÓTESES VASCULARES SINTÉTICAS. O DESAFIO MANTÉM-SE

Luís Loureiro, Rui Machado, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Diogo Silveira, Rui Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Objectivos:

Analisar a experiência do serviço de angiologia e cirurgia vascular no tratamento de doentes com infecção de próteses vasculares sintéticas no ano de 2009.

Material e Métodos:

No período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009 foram diagnosticadas 10 infecções de prótese vascular sintética. Foram revistos os processos clínicos e registados os factores de risco cardiovascular, risco de infecção da ferida operatória e de prótese vascular, apresentação clínica, terapêuticas utilizadas e os resultados obtidos.

Resultados:

Nos doentes estudados a idade média foi de 60 anos e como factores de risco cardiovascular 80% apresentavam dislipidemia e 60% diabetes. Todos os doentes realizaram profilaxia antibiótica, estando 80% a realizar terapêutica antibiótica, apesar de só 40% dos doentes terem lesão trófica infectada. A primeira cirurgia teve pelo menos uma incisão inguinal em 80% dos casos, tendo sido utilizado em 70% dos casos próteses de ePTFE. Na apresentação clínica 20% tinha síndrome febril, 60% leucocitose e 20% tinham tido hematoma da ferida operatória. Quanto ao tratamento realizado 80% necessitaram de efectuar exérese de prótese, sendo que destes, 37,5% compensaram a isquemia daí advinda, 25% necessitaram e puderam ser revascularizados e 37,5% não puderam ser revascularizados e necessitaram de amputação major. Um doente morreu por sépsis. Apenas em 40% dos doentes foi isolado em hemocultura, material da ferida ou prótese o agente etiológico e nestes não houve repetição do agente. Nos dois doentes nos quais não foi removida a prótese o tratamento médico resolveu a situação.

Conclusões:

A infecção de prótese vascular sintética mantém-se como um grave problema na actividade diária do cirurgião vascular, mantendo-se as dúvidas quanto à melhor forma de diagnóstico e às possibilidades terapêuticas. A melhor actuação perante esta situação não pode ser uniformizada, devendo ser adaptada caso a caso.

Notas:



C029

CORRECÇÃO CIRÚRGICA DE SÍNDROME DE ROUBO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mário Vieira, Dalila Rolim, Ana Ferreira, Pedro Almeida, José Lopes, André Costa, Paulo Dias, Joana Carvalho, José Teixeira, Isabel Vilaça, Pedro Paz Dias, Roberto Roncon de Albuquerque
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de S. João, Porto.

Objectivo:

Apresentação, sob a forma de comunicação oral, de um caso clínico de síndrome de roubo da artéria subclávia direita com especial atenção para apresentação clínica, diagnóstico e tratamento cirúrgico.

Material e Métodos:

Faz-se referência ao caso clínico de um doente do sexo masculino, de 61 anos de idade, com antecedentes de dislipidemia, HTA e tabagismo. Internado por AVC isquémico, com hemiparésia esquerda sequelar, e dois episódios de AIT no território vertebro-basilar aquando da elevação do membro superior esquerdo. Realizou Ecodoppler cervical que revelou oclusão da artéria carótida interna direita associada a fluxo invertido na artéria vertebral direita sugestivo de oclusão proximal da subclávia ipsilateral, confirmados por arteriografia e Angio-TAC dos troncos supra-aórticos. O doente foi submetido a *bypass* subclávio-carotídeo à direita com abordagem cervical e reconstrução com prótese PTFE.

Resultados:

O procedimento decorreu sem complicações. Constatou-se a recuperação da simetria dos pulsos periféricos dos membros superiores, bem como dos níveis tensionais. Confirmou-se, por Ecodoppler, recuperação do fluxo antrógrado na artéria vertebral direita. O doente não apresentou, até ao 30º dia após a cirurgia, sintomas neurológicos de novo.

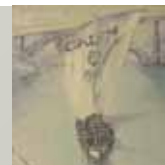
Conclusão:

O síndrome de roubo da artéria subclávia resulta da estenose proximal dessa artéria com fluxo retrógrado na artéria vertebral ipsilateral. Dentro das abordagens terapêuticas, o tratamento endovascular apresenta taxas de sucesso entre 73 a 100% e taxa de complicações inferior a 10%. Apesar da alta taxa de sucesso e crescente indicação para tratamento endovascular, optou-se por proceder à reconstrução cervical com *bypass* subclávio carotídeo de lesão única e oclusiva da artéria subclávia direita, com sucesso terapêutico. Este procedimento apresenta patência e intervalo livre de complicações aos 10 anos de 82% e 84% respectivamente.

Referências:

1. Morasch M. D., Berguer R. Brachiocephalic Vessel Reconstruction. *Vascular Surgery* 6/e; 2:1294-1313.
2. Law M. M., Colburn M. D., Moore W. S. Carotid-Subclavian Bypass for Brachiocephalic Occlusive Disease – Choice of Conduit and Long-term Follow-up. *Stroke*. 1995; 26:1565-1571
3. Wittwer T, Washlers T, Dresler C, Haverish A. Carotid-Subclavian Bypass for Subclavian Artery Revascularization: Long-term Follow-up and Effect of Antiplatelet Therapy. *Angiology*. 1998; 59:4:279-287.

Notas:



CO13

SÍNDROME PÓS-TROMBÓTICO E QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DO MEMBRO SUPERIOR

Miguel Maia, Joana Ferreira, Sandrina Braga, João Vasconcelos, Pedro Brandão, Guedes Vaz
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Caracterizar a ocorrência de síndrome pós-trombótico e a qualidade de vida em doentes com trombose venosa profunda (TVP) do membro superior.

Material e Métodos:

Foram convocados 27 doentes com TVP do membro superior, diagnosticada de Janeiro de 2006 a Março de 2010, para realização de ultrassonografia e entrevista clínica. Utilização da escala de Villalta modificada e do questionário SF-36. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados:

Dos doentes convocados compareceram 11 (40,7%). Três mulheres e 8 homens. Média de idades de 53,7 anos. No exame ultrassonográfico, 18,2% dos doentes apresentaram trombo residual e alterações do fluxo venoso. Em 36,4% dos doentes verificou-se síndrome pós-trombótico, sendo classificado em 27,2% como ligeiro e em 9,2% como moderado. A presença de neoplasia e cateter venoso central associaram-se à ausência de síndrome pós-trombótico. A presença de trombofilia foi factor de risco para o seu desenvolvimento. No questionário de qualidade de vida, 90,9% dos doentes consideraram ter uma boa capacidade funcional, mas 54,5% classificaram o seu estado geral de saúde como precário. Paradoxalmente, os doentes com neoplasia apreciaram como bom o seu estado geral de saúde. Os doentes com episódios prévios de TVP consideram-se limitados na sua qualidade de vida por aspectos emocionais. Os doentes com síndrome pós-trombótico consideraram precário o seu estado geral de saúde.

Conclusões:

A TVP do membro superior associou-se, em mais de um terço dos doentes, ao desenvolvimento de síndrome pós-trombótico, que na maioria dos casos foi classificado como ligeiro. A presença de cateter venoso central e neoplasia actuaram como factores protectores da sua ocorrência.

Apesar da maioria destes doentes considerar ter uma boa capacidade funcional, mais de metade classifica como precário o seu estado geral de saúde. Os doentes identificados com pior qualidade de vida foram os doentes com TVP de repetição e síndrome pós-trombótico.

Notas:



CO40

MORTALIDADE DEPOIS DA AMPUTAÇÃO: FREQUÊNCIA E DETERMINANTES

Almeida P, Lopes J, Rolim D, Sampaio S, Lima C, Mansilha A, Albuquerque R
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João.

Objectivos:

Caracterizar a população de doentes amputados no serviço, identificando a taxa de sobrevida e seus determinantes.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva dos registos clínicos electrónicos dos doentes amputados consecutivamente no serviço entre Janeiro de 2008 e Agosto de 2009 (297 doentes, 350 membros inferiores); As variáveis contínuas foram descritas usando a média e o desvio padrão (DP), investigando diferenças entre os grupos com o teste de t para amostras independentes; As taxas de eventos dependentes do tempo foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e as diferenças entre grupos investigadas pelo teste de Log-rank. Um valor de $P < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

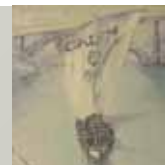
Resultados:

A etiologia predominante subjacente à cirurgia de amputação foi a DAOP (87%), os doentes tinham uma idade média de 69,46 anos (DP=11,623) e apresentaram uma taxa de mortalidade ao fim de 14 meses de 33% (erro padrão, EP=0,045); A taxa de sobrevida aos 352 dias para amputações *minor* foi de 84,7% (EP=0,059) e para amputações *major* 65,7% (EP=0,044), $p=0,001$; Dos doentes diabéticos, 23% (n=49) foram reamputados, comparativamente aos 7,3% (n=10) dos não diabéticos ($p=0,000$); Dos membros sujeitos a amputação *major* (n=255), 36,5% (n=93) apresentavam cirurgia de revascularização prévia (clássica ou endovascular); A taxa de sobrevida foi maior nos doentes diabéticos e nos fumadores, e menor naqueles com eventos coronários ou cerebrovasculares prévios ou com dislipidemia. A amputação bilateral, hipertensão e insuficiência renal crónica não tiveram impacto estatisticamente significativo na sobrevida.

Conclusão:

Importante taxa de mortalidade global nos doentes amputados ao fim de apenas 14 meses, sendo esta maior nas amputações *major*; De revelo o achado de antecedentes tabágicos e da diabetes como factores aparentemente protectores de mortalidade nos doentes amputados.

Notas:



CO23

RECIDIVA DE VARIZES: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Nádia Duarte, Ana Gonçalves, Gil Marques, Pedro Barroso, António González, Inês Pinheiro, Ana Afonso, Maria José Ferreira
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta.

Objectivo:

A recidiva de varizes é uma complicação comum, complexa e de custo elevado. A finalidade deste estudo é avaliar quais os padrões ultrassonográficos mais prevalentes, tentar relacioná-los com a clínica e saber se a ultrassonografia constitui um exame conclusivo para o seu diagnóstico.

Métodos:

Trata-se de um trabalho retrospectivo, com consulta de todos os relatórios ultrassonográficos venosos dos membros inferiores realizados em 2009 e primeiros dois meses de 2010, seleccionadas as recidivas e posterior consulta dos processos clínicos. Padrões demográficos, classificação clínica do CEAP, informação pré-operatória foram também registados. Os exames foram efectuados no nosso laboratório vascular, sendo utilizados critérios uniformes em todos eles.

Resultados:

Avaliados 58 doentes, com média de idades de 58,7 anos em que 84,5% pertenciam ao sexo feminino e apenas 15,5% ao sexo masculino. Destes 58 doentes, 58,6% foram previamente submetidos a cirurgia a varizes fora do nosso hospital e consistiu, na sua maioria (81,7%), em safenectomia interna. O local mais frequente de recidiva foi a nível da perna (67,1%) seguido da coxa (28,8%), com a clínica predominante de veias varicosas (56,8%), mas também o edema (14,9%) e a úlcera (12,2%) foram manifestações importantes. A origem do refluxo foi em 44,3% na junção safeno-femoral e em 19% igualmente em perforantes de coxa e perna e teve a contribuição de troncos safenos insuficientes persistentes em 52,4%.

Conclusão:

Neste estudo, ainda em fase inaugural, constatou-se que o padrão ecográfico predominante na recidiva de varizes é a insuficiência da junção safeno-femoral e que clinicamente se manifesta principalmente como varizes dos membros inferiores. Afecta maioritariamente o sexo feminino, sendo maior o número de recidivas em doentes operados fora do nosso hospital, explicado possivelmente pelo pequeno número de doentes com varizes que operamos anualmente. A ultrassonografia para classificação de recidivas mostrou-se conclusiva, sem necessidade de recorrer a outro meio de diagnóstico para o seu esclarecimento.

Notas:



CO12

PÉ DIABÉTICO E SUAS COMPLICAÇÕES: IMPACTO DO PRIMEIRO ANO DE ACTIVIDADE DA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR NA PRESERVAÇÃO DE MEMBRO

Oliveira, Nelson; Dias, Emanuel; Cássio, Isabel

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital do Divino Espírito Santo EPE, Ponta Delgada.

Objectivos:

Este estudo pretende caracterizar doentes submetidos a qualquer tipo de amputação no nosso Hospital e identificar o impacto do primeiro ano de actividade da Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético nas amputações realizadas entre doentes com Diabetes Mellitus (DM) comparativamente aos dois anos prévios.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo incluindo todos os doentes submetidos a qualquer tipo de amputação de membro inferior no nosso Hospital entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2009.

Foram comparados os doentes com DM amputados entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2008 com os diabéticos amputados entre 1 de Janeiro de 2009 e 31 de Dezembro 2009, correspondente ao primeiro ano de funcionamento da Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético.

Resultados:

No primeiro período, foram realizadas 197 amputações, 73,1% em doentes do sexo masculino. Em 2009 realizaram-se 117 amputações das quais 67,5% em doentes do sexo masculino. A idade média dos doentes com DM amputados em 2009 foi 67,9 anos e 66,4 nos anos de 2007 e 2008.

Entre os doentes com DM, nos primeiros 2 anos incluídos no estudo, realizaram-se no total 144 amputações – média de 72 amputações por ano, correspondendo a 56,3% de todas as amputações realizadas no nosso Hospital, 52,7% das quais foram amputações major.

Em 2009, foram realizadas 73 amputações em doentes com DM (62,4%), 47,9% das quais amputações major.

Conclusões:

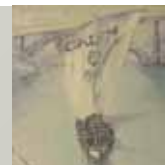
Embora sem conseguir uma redução no número absoluto de amputações, o primeiro ano de actividade da Consulta Multidisciplinar de Pé Diabético teve algum impacto no número de amputações major realizadas no nosso Hospital entre os doentes com DM.

A detecção precoce e abordagem multidisciplinar das complicações do Pé Diabético associadas a um controlo metabólico rigoroso permitirão reduzir cada vez mais o número de amputações realizadas em doentes com DM.

Referências Bibliográficas:

1. Serra, L. M. A.; Pé Diabético – Manual para a prevenção da catástrofe, 2ª edição, Setembro 2008, Lidel.
2. Almeida, C.C.; et al. Pé Diabético – Recomendações para o diagnóstico, profilaxia e tratamento; 1ª edição, Capítulo de Cirurgia Vascular, Sociedade Portuguesa de Cirurgia; 2006.

Notas:



CO35

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PATOLOGIA DA AORTA TORÁCICA E ABDOMINAL – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Orlinda Castelbranco, Alexandre Aranha, Daniela Gonçalves, Sérgio Silva, Vitor Bettencourt, Duarte Medeiros
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Os AA apresentam a experiência do Serviço na terapêutica de diversas patologias nestas localizações anatómicas. De Julho de 2007 a Abril 2010 foram intervencionados 22 doentes com patologia da aorta torácica (rAAT-2; AAT- 15; Dissecção tipo B -3; Úlcera aórtica -1; Trauma -1) e 64 doentes com patologia da aorta abdominal (AAA- 62; Úlcera com embolização distal -1; AAA com FAV aorto-cava -1).

Nos doentes com patologia da aorta torácica foram utilizadas 4 tipos de endopróteses, tendo havido necessidade de recorrer a cirurgia híbrida em 11 casos.

Houve 1 complicação intra-operatória e registaram-se 3 óbitos (2 imediatos- rAAT e 1 tardio)

Não foram até ao momento detectados nos sobreviventes complicações ou "Leaks".

Nos doentes intervencionados por patologia da aorta abdominal foram colocadas 3 diferentes marcas comerciais de endopróteses, 55 em posição aorto-bi-ilíaca, 8 em posição aorto- mono- ilíaca com cross-over femoro-femoral complementar e 1 aorto-bi-ilíaca com "branching" da artéria hipogástrica.

Foram detectados 3 "endoleaks tardios (tipo I-A- 1- corrigido com extensão proximal fenestrada e 2 tipo II que se encontram sob vigilância).

Os AA apresentam concomitantemente as comorbilidades, a distribuição etária e por sexo dos doentes.

Conclusão:

A abordagem endovascular assume progressivamente maior relevo na terapêutica da patologia da aorta torácica e abdominal, numa população que se apresenta com uma comorbilidade crescente e de uma faixa etária aumentada

Notas:



C032

CIRURGIA HÍBRIDA NO TRATAMENTO DE ANEURISMA DO ARCO AÓRTICO

Paulo Gonçalves Dias, Rocha e Silva, Vítor Monteiro, Paulo Braga Pinho, Roncon de Albuquerque
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de S. João, Porto.

Introdução:

O tratamento cirúrgico convencional de aneurismas do arco aórtico é um procedimento complexo e agressivo que necessita de *bypass* cardiopulmonar, hipotermia e paragem circulatória, associando-se a morbi-mortalidade consideráveis. Apesar dos avanços significativos na optimização pré-operatória, nas técnicas anestésicas e de cuidados intensivos, a cirurgia do arco aórtico permanece entre as de maior risco de todas as especialidades cirúrgicas. Nessa medida, uma abordagem híbrida consistindo no *debranching* dos troncos supra-aórticos e na exclusão endovascular do arco aórtico patológico constitui uma alternativa menos invasiva e preferencialmente indicada em doentes de alto risco. Descreve-se a primeira experiência da nossa instituição na cirurgia híbrida de aneurismas do arco aórtico.

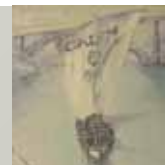
Caso clínico:

Doente de 55 anos admitido na unidade de cuidados intensivos por insuficiência respiratória com compressão traqueal extrínseca por aneurisma aórtico. Tratava-se de um homem com história de tabagismo (120 UMA) e DPOC grave. O aneurisma era do arco aórtico, media 6,8cm de diâmetro e comprimia a traqueia, desviando-a para a direita. No mesmo tempo cirúrgico, o doente foi submetido, a transposição total dos troncos supra-aórticos e correcção endovascular do aneurisma. O angiograma final e o TC pós-operatório demonstraram bom posicionamento da endoprótese recta, ausência de endoleaks e permeabilidade preservada do enxerto trifurcado. Em D2, simultaneamente à colocação de prótese endotraqueal, o doente teve uma paragem cardio-respiratória que reverteu após 1º ciclo de suporte avançado de vida. Permaneceu sem défices neurológicos focais, sem sintomas de isquemia medular e com pulsos distais amplos. Foi extubado ao 15º dia pós-operatório.

Discussão:

Os aneurismas do arco aórtico são um desafio particular e aliciante ao cirurgião endovascular devido ao envolvimento dos troncos supra-aórticos, à morfologia e angulações tridimensionais do arco, às grandes forças hemodinâmicas e ao movimento substancial deste segmento aórtico em cada batimento cardíaco. A abordagem híbrida torna o seu tratamento acessível a todos os doentes.

Notas:



CO21

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DO MEMBRO SUPERIOR: FACTORES DE RISCO E MORTALIDADE

Miguel Maia, Joana Ferreira, Sandrina Braga, João Vasconcelos, Pedro Brandão, Guedes Vaz
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Caracterizar os factores de risco e causas de mortalidade em doentes com trombose venosa profunda (TVP) do membro superior.

Material e Métodos:

Foram avaliados os doentes com TVP do membro superior diagnosticada de Janeiro de 2006 a Março de 2010. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados:

Foram estudados 27 doentes, 11 mulheres e 16 homens. Média de idades de 54,7 anos. Em 70,4% dos doentes a TVP envolvia a veia subclávia, em 25,9% envolvia as veias axilar e braquial poupando a veia subclávia e em 3,7% apenas atingia a veia braquial. Tromboembolismo pulmonar sintomático em 11,1% dos doentes.

Em 48,1% dos doentes detectou-se a presença de neoplasia, sendo as mais frequentes o adenocarcinoma do cólon (30,8%) e o adenocarcinoma gástrico (23,1%).

Verificou-se que 48,1% dos doentes apresentavam cateteres venosos centrais no membro superior afectado e 22,2% referiram imobilidade recente. Foram identificados antecedentes pessoais e familiares de TVP em 11,1% dos doentes. A presença de trombofilia foi detectada em mais de 18% dos doentes estudados.

Dos doentes avaliados, 33,3% faleceram, sendo que em 77,8% dos mesmos existia um diagnóstico de neoplasia. O intervalo de tempo médio entre TVP e morte foi de 6,3 meses. Todos os doentes falecidos apresentavam envolvimento da veia subclávia. Todos os doentes com episódio tromboembólico pulmonar sintomático, na altura do diagnóstico da TVP, faleceram.

Conclusões:

Os principais factores de risco para a ocorrência de TVP foram a presença de neoplasia e de cateter venoso central no membro superior afectado. Mais de 48% dos doentes estudados apresentavam doença neoplásica, sendo as neoplasias do tracto gastro-intestinal as mais frequentes.

Em doentes com TVP do membro superior dever-se-á pesquisar meticolosamente, pela sua elevada frequência, as neoplasias gastro-intestinais.

A TVP do membro superior reveste-se de particularidades próprias que a distinguem da TVP do membro inferior.

Notas:



C038

ENDARTERECTOMIA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA POR EVERSÃO – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS A LONGO PRAZO

Pedro Amorim, João Vieira, Lourenço C. e Sousa, Karla Ribeiro, Gonçalo Sobrinho, Daniela Gonçalves, Teresa Vieira, Nuno Meireles, Pereira Albino
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular II – Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Objectivos:

Análise retrospectiva da experiência de um serviço de Cirurgia Vascular que adoptou a técnica da endarterectomia por eversão como primeira linha na cirurgia da doença carotídea. Avaliação dos resultados aos 4-6 anos de pós-operatório.

Métodos:

Entre Maio de 2004 e Maio de 2006 foram operados no Serviço de Cirurgia Vascular 58 doentes por estenose carotídea. A técnica de endarterectomia da artéria carótida interna por eversão (segundo modelo de Kiney, 1985) foi o tratamento de primeira linha. O "follow-up" clínico e o registo da evolução da doença carotídea foram realizados periodicamente em consulta e documentados com eco-doppler a cores.

O número de eventos cerebro-vasculares e a sobrevida a curto, médio e longo prazos, o grau de restenose, a mortalidade e a autonomia para as actividades da vida diária foram considerados na avaliação do sucesso da técnica elegida para tratamento.

Resultados:

Durante o período analisado foram efectuadas 60 endarterectomia por eversão (EE). Dois doentes foram submetidos a endarterectomia bilateral em diferentes tempos operatórios. Nenhum padrão anatómico ou morfologia da placa foram considerados desajustados à EE. Apenas um doente necessitou de conversão para arteriotomia longitudinal com 'angioplastia' com carótida externa.

A colocação de *shunt* em dois casos de oclusão da carótida contralateral foi efectuada o que mostrou a exequibilidade do procedimento.

O tempo médio de clampagem foi de 14,3 minutos.

A morbidade peri-operatória conta com um doente com lesão parcial do nervo facial inferior e dois hematomas cervicais com necessidade de re-intervenção.

Não se verificaram casos de infecção e a mortalidade aos 30 dias foi de 1,67 %.

Na avaliação da restenose aos 4-6 anos verificou-se a ausência de lesões hemodinamicamente significativas na grande maioria dos doentes.

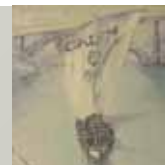
A mortalidade aos 4-6 anos e o grau de autonomia para as actividades da vida diária não revelaram relação directa com a cirurgia.

Conclusões:

Constatou-se não haver diferenças significativas entre os resultados obtidos e os descritos na literatura.

A EE é alternativa à cirurgia clássica com eventual vantagem no que diz respeito ao tempo de clampagem e rapidez de execução cirúrgica, no tratamento de doentes do sexo feminino ou naqueles com carótidas de diâmetro reduzido, pela menor taxa de restenose e pela não necessidade de uso de material protésico.

Notas:



CO16

ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL E INFECÇÃO POR HIV. UMA NOVA INDICAÇÃO PARA EVAR

Rui Machado, Paulo Almeida, Luís Loureiro, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Diogo Silveira, Rui Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Objectivos:

O aneurisma da aorta abdominal no doente infectado pelo HIV é raro, sendo a maioria dos casos referidos na África do Sul. Estes aneurismas têm características próprias e põem problemas específicos no seu tratamento. Os maus resultados da cirurgia convencional, a esperança de vida diminuída e o risco de transmissão da doença à equipe cirúrgica colocam o EVAR numa posição privilegiada que avaliaremos.

Material e Métodos:

Análise de dois casos clínicos nos quais foi diagnosticado um aneurisma da aorta e com infecção HIV associada.

Resultados:

Caso 1 – Doente de 51 anos no qual é diagnosticado um AAA com 10 cm de diâmetro, com infecção por HIV conhecida desde 1999 tendo abandonado terapêutica anti-retroviral em 2006. A TC confirma o diagnóstico e exclui rotura. Inicia tratamento com labetalol ev e terapêutica anti retroviral para minimizar carga viral. Realiza EVAR com colocação de prótese aorto-uniiliaca e pontagem femoro-femoral com prótese de PTFE. O controle por TC realizado aos 9 meses revelou regressão completa do aneurisma. Em 8/2009 é internado por cefaleia intensa, tendo efectuado clipping de aneurisma da artéria cerebral média esquerda. O doente encontra-se actualmente assintomático, sem evidência de aneurisma.

Caso 2 – Doente de 56 anos HIV + conhecido desde 2000 em tratamento anti-retroviral, (actualmente CD4 750 e < 20 cópias), antecedentes de sífilis, tendo em TC de rotina sido diagnosticado um AAA com 3,6cm de diâmetro. Desde essa altura é seguido regularmente em consulta mantendo os diâmetros aneurismáticos.

Conclusões:

A etiologia da vasculopatia HIV, caracterizada por uma vasculite leucocitoblástica dos vasa vasorum da adventícia. Estes aneurismas têm características próprias com predilecção pela raça negra, idades jovens, envolvimento arterial múltiplo e preferencialmente da artéria carótida e femoral superficial. A literatura destas situações é escassa ou quase inexistente em relação ao tratamento endovascular. Segundo o nosso conhecimento trata-se do primeiro caso em que é observada a regressão do aneurisma.

Notas:



CO31

CIRURGIA HÍBRIDA CONVENCIONAL E ENDOVASCULAR: UMA ALTERNATIVA NA DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA.

R. Fernandes e Fernandes, J. Fernandes e Fernandes, L. Mendes Pedro, A. Evangelista, J. P. Freire, J.L. Gimenez, L. Silvestre, P. Sousa.

Serviço de Cirurgia Vascular I (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte & Instituto Cardiovascular de Lisboa.

Introdução:

A Cirurgia Endovascular tem adquirido papel preponderante no tratamento da doença oclusiva (DO) dos MI. No entanto a sua aplicação é ainda limitada em oclusões ilíacas extensas, envolvimento da bifurcação femoral, oclusões extensas da femoral superficial e da popliteia distal. Nestes casos, a combinação de técnicas cirúrgicas e endovasculares pode configurar uma alternativa válida e menos invasiva do que a cirurgia convencional.

Objectivo:

Avaliar os resultados a longo prazo de uma série de doentes tratados por procedimentos híbridos por DO aorto-ilíaca(AI) e/ou infra-inguinal(IG).

Material e Métodos:

57 doentes, 53 homens e 4 mulheres, com idade média de 64.4(42-79) anos, foram submetidos a 61 procedimentos híbridos por DAP. A prevalência de Diabetes Mellitus foi de 33.3%(19/57) e a apresentação clínica foi: isquemia IIB-34; isquémia III-11; isquemia IV-11.; *failing graft*-5.

Em 12 casos foi tratada doença AI por angioplastia/*stent* ilíaco e *cross-over*. Em 40 casos foi tratada doença AI e IG por angioplastia/*stent* ilíaco associada a: endarterectomia femoral(14), revascularização femoro-popliteia(19) e endarterectomia femoral com angioplastia/*stent* da femoral superficial(FS)(2). Três doentes tiveram revascularização híbrida por *failing grafts* femoro-popliteus. Em 9 casos de doença IG realizou-se: revascularização femoral(endarterectomia/*bypass*) e angioplastia/*stent* da FS-5; trombectomia femoro-popliteia e angioplastia/*stent* da FS-1; angioplastia/*stent* da FS e *bypass* popliteia distal-tibial posterior(TP)-1; revascularização híbrida de *failing grafts* femoro-distais-2.

Resultados:

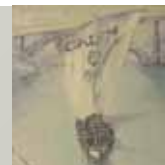
Todos os procedimentos foram realizados com sucesso. Três doentes faleceram no pós-operatório, 2 por tromboembolismo pulmonar (3.5%) e 1 por AVC (1.7 %). Não se verificaram oclusões ou amputações precoces.

A duração média do seguimento foi de 48.6 (1-192) meses. Quatro doentes foram perdidos para o *follow-up*. A taxa de permeabilidade primária foi de 79.6% e a de permeabilidade assistida de 85.1%. Quatro doentes foram amputados tardiamente (7.4%), 2 doentes desenvolveram isquémia tolerada por oclusão da revascularização (3.7%) e 2 doentes necessitaram de nova revascularização cirúrgica (3.7%).

Conclusão:

A cirurgia híbrida é uma alternativa válida e menos invasiva em doentes seleccionados.

Notas:



CO05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMAS ARTERIAIS DO MEMBRO SUPERIOR: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Sandrina Figueiredo Braga, Miguel Maia, Joana Ferreira, João Vasconcelos, Pedro Brandão, Ferreira Penêda, Alexandra Canedo, Paulo Barreto, Pedro Monteiro, A. Guedes Vaz
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Estudar os casos de aneurismas arteriais do membro superior, caracterizando a localização, etiologia, apresentação inicial, tratamento instituído e seus resultados.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com aneurismas arteriais do membro superior, diagnosticados entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2009. Procedeu-se ao estudo das características demográficas, tamanho e localização do aneurisma, presença de aneurismas noutras territórios arteriais, sintomas iniciais, tempo de permanência hospitalar, tipo de tratamento efectuado e morbi-mortalidade. Os doentes foram reavaliados em Consulta Externa (avaliação clínica e imagiológica).

Resultados:

Foram avaliados 12 aneurismas em 11 doentes: 41.7% umerais, 33.3% subclávios, 16.7% radiais e 8.3% do arco palmar superficial; 33.3% ateroscleróticos, 25% no contexto de displasia fibromuscular da média e 41.7% falsos aneurismas (iatrogénicos e por ferida perfurante); 63% do sexo feminino e 37% do sexo masculino. A média de idades foi de 55 anos. A apresentação inicial foi tumefacção pulsátil e expansível em 82% dos doentes e isquemia da mão em 18% dos casos. O tratamento foi endovascular e cirúrgico num dos casos e exclusivamente cirúrgico nos restantes. A taxa de complicações foi de 9%. Não se registaram óbitos.

Conclusões:

Os aneurismas arteriais do membro superior são mais raros que os outros aneurismas periféricos. As etiologias implicadas variaram de acordo com a localização, com predomínio das lesões ateroscleróticas nos segmentos proximal e médio da subclávia, displasia fibromuscular na subclávia, umeral e radial e falsos aneurismas traumáticos na artéria umeral e na mão. Mais do que o risco de ruptura, têm sobretudo potencial de trombose e embolização distal, com quadro de isquemia da mão. O tratamento preferencial é a cirurgia: plastia por sutura directa, aneurismectomia e cirurgia de revascularização. A morbimortalidade dos procedimentos cirúrgicos foi baixa.

Referências:

Cronenwett J., Johnstons W., Rutherford's Vascular Surgery 7th Edition., Saunders. 2010.

Notas:



CO14 DOENÇA DE BEHÇET NO ADOLESCENTE

Tiago Loureiro, Ivone Silva, Arlindo Matos, Paulo Almeida, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Luís Loureiro, Diogo Silveira, Rui Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Introdução:

A doença de Behçet é uma patologia auto-imune multissistémica, rara no jovem. Caracteriza-se por ulceração oro-genital recorrente, uveítes e lesões cutâneas, sendo a única vasculite primária que envolve artérias e veias de qualquer calibre. Actualmente não existe um consenso firme quanto à melhor forma de tratamento das suas manifestações vasculares que variam de tromboflebitides superficiais a lesões oclusivas da veia cava, aneurismas e pseudoaneurismas dos mais diversos leitos arteriais.

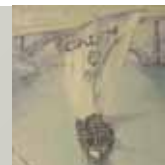
Material e Métodos:

Análise de 1 caso clínico com recurso ao processo clínico, revisão iconográfica e avaliação em consulta.
Caso clínico: Doente de 17 anos, internado em 2008 por falso aneurisma na região inguino-crural direita. 3 meses após punção da artéria femoral comum para angiografia cerebral diagnóstica por trombose dos seios venosos do sistema nervoso central. Corrigido inicialmente com "patch" de veia safena, houve necessidade de realizar nova angioplastia, desta vez com "patch" de Dacron, por recidiva do falso aneurisma. Por desinserção anastomótica do mesmo, optou-se pela realização de pontagem íleo-femoral superficial com prótese de PTFE e laqueação da bifurcação femoral. Após dois meses houve novo reinternamento por falso aneurisma ilíaco ao nível da anastomose proximal, com trombose da prótese, o que obrigou à exérese da mesma e à laqueação da artéria ilíaca externa direita. À data o doente refere claudicação para distâncias superiores a 500 metros.

Conclusões:

As manifestações vasculares da doença de Behçet no jovem têm uma incidência de 7% a 12% sendo elementos preditivos importantes de morbilidade e mortalidade. Por ser rara na adolescência a doença de Behçet não é frequentemente abordada na literatura e o caso ilustra que o diagnóstico é complexo quando o envolvimento mucocutâneo é mínimo. O atingimento arterial pressupõe dificuldades na abordagem médico-cirúrgica, com uma elevada incidência (30%-50%) de falsos aneurismas anastomóticos no tratamento de lesões aneurismáticas ou oclusivas, devendo a doença sempre ser considerada no diagnóstico diferencial destes casos.

Notas:



CO42

ANEURISMAS SACULARES CONCOMITANTES DA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE, PARA-RENAL E DA BIFURCAÇÃO AÓRTICA. UM CASO CLÍNICO

Sérgio Silva, Victor Bettencourt, Tiago Neves, Orlanda Castelbranco, Duarte Medeiros
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz.

A patologia aneurismática da aorta é uma das situações com que mais frequentemente se depara o Cirurgião Vascular. Pode ter na sua origem a doença aterosclerótica, vasculites, trauma, entre outras.

O tratamento desta entidade clínica, mesmo quando realizado de forma electiva, pode acarretar elevadas taxas de morbi-mortalidade, estando estas, por sua vez, na dependência directa da etiologia do aneurisma, sua localização e abordagem terapêutica escolhida.

Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, de 52 anos, com história progressiva de aneurisma sacular da aorta abdominal, tratado há 5 anos por interposição aorto-aórtica, e que apresentava, agora, três novos aneurismas saculares, de etiologia não esclarecida, envolvendo a aorta torácica descendente, para-renal e da bifurcação aórtica.

O doente foi tratado de forma electiva, procedendo-se no mesmo tempo operatório a exclusão endovascular do aneurisma da aorta torácica descendente, por abordagem directa da prótese interposta na aorta abdominal, seguida de aneurismectomia e excisão de prótese e de nova interposição aortobiilíaca.

Apesar das dificuldades inerentes, o tratamento proposto foi extremamente eficaz e seguro.

Notas:



C006

ESTUDO RETROSPECTIVO DE 5 ANOS DE TRATAMENTO DE ANEURISMAS ARTERIAIS VISCERAIS

Sandrina Figueiredo Braga, Miguel Maia, Joana Ferreira, João Vasconcelos, Pedro Brandão, Victor Martins, Paulo Barreto, Daniel Brandão, A. Guedes Vaz

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Caracterizar os casos de aneurismas arteriais viscerais relativamente ao território atingido, ao grupo etário e género, ao motivo de diagnóstico, ao tratamento instituído e seus resultados.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes tratados por aneurisma visceral, entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2009. Foram estudadas as características demográficas, tamanho e localização do aneurisma, sintomas iniciais, tempo de permanência hospitalar, tipo de tratamento efectuado e morbi-mortalidade a curto e longo prazo. Os doentes foram convocados para reavaliação em Consulta Externa (avaliação clínica e imagiológica).

Resultados:

Foram avaliados 11 doentes com aneurismas viscerais: 9 aneurismas esplénicos e 2 aneurismas renais; 10 aneurismas verdadeiros e 1 falso aneurisma; 73% do sexo feminino e 27% do sexo masculino. A média de idades foi de 57.5 anos. O diagnóstico inicial constituiu um achado imagiológico em 55% dos casos ou foi motivado por dor abdominal em 45% dos doentes. O tratamento foi cirúrgico em 82% dos aneurismas e endovascular em 18%. A taxa de complicações no pós-operatório foi de 18%. O tempo médio de *follow-up* foi de 11,8 meses. Registou-se 1 óbito, sem relação, 1 ano após a cirurgia.

Conclusões:

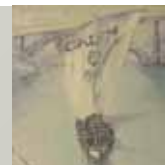
Os aneurismas viscerais são raros, com uma prevalência entre 0.1-2% da população. Entre estes, os mais frequentes são os esplénicos em 60% dos casos. Atingem sobretudo mulheres, entre os 40-60 anos. Com o desenvolvimento crescente dos métodos imagiológicos o diagnóstico é cada vez mais acidental. O tratamento de eleição é a cirurgia, com baixas taxas de morbimortalidade. Os resultados obtidos na população estudada estão de acordo com a literatura.

Referências:

Cronenwett J., Johnstons W., Rutherford's Vascular Surgery 7th Edition., Saunders. 2010.

Pulli R., Dorido W., Troisi N. et al. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: a 25-year experience. *J Vasc Surg* 2008; 48:334-42.

Notas:



CO15

INFECÇÃO DE PRÓTESE AORTO-BIFEMURAL: A REVASCULARIZAÇÃO EXTRA-ANATÓMICA É AINDA O PROCEDIMENTO DE ESCOLHA?

Tiago Loureiro, Ivone Silva, Pedro Sá Pinto, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Luís Loureiro, Diogo Silveira, Rui Almeida
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Introdução:

A infecção das próteses aórticas é rara (1% a 6%). Manifesta-se frequentemente por quadro clínico de sépsis de etiologia desconhecida. Os objectivos do tratamento primário são a exérese da prótese e a revascularização distal. Existe desacordo, contudo, no método de revascularização, dividindo-se as opiniões entre a pontagem axilo-femural e a revascularização "in situ".

Material e métodos:

Análise retrospectiva de 4 casos clínicos de infecção de prótese aórtica com recurso ao processo clínico, revisão iconográfica e avaliação em consulta. Serão revistas as complicações vasculares e médicas associadas a cada um deles.

Caso clínico 1: Pontagem aorto-biilíaca em 2003. No pós-operatório imediato desenvolve quadro de choque séptico. A TAC revela colecção líquida periprotésica. É realizada pontagem axilo-bifemural e exérese de prótese.

Caso clínico 2: Pontagem aorto-bifemural em 2006. Em 2009 deu entrada no serviço de urgência por trombose da prótese. Na abordagem dos ramos verifica-se infecção dos mesmos. Foi biamputado com remoção da prótese.

Caso clínico 3: Pontagem aorto-bifemural em 2008. Internado por quadro de mal estar generalizado e febre. A TAC revela fístula aorto-entérica. Foi feita exérese da prótese e pontagem axilo-femural bilateral.

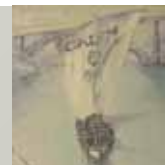
Caso clínico 4: Pontagem aorto-bifemural em 2008. No pós-operatório desenvolve quadro de sépsis, em relação com infecção da prótese visualizada em TAC. É realizada pontagem axilo-femural bilateral e exérese de prótese.

Três dos doentes estão vivos à data.

Conclusões:

A infecção de próteses aórticas é das mais graves complicações da reconstrução vascular. A taxa de mortalidade global destes casos varia entre 17 e 50%. A pontagem axilo-femural com exérese da prótese aórtica continua a ser o método de tratamento preferencial, com taxas de permeabilidade de 79 e 71% no 1º e 5º anos respectivamente. Contudo, as complicações associadas ao procedimento têm levado à busca de alternativas com menor taxa de morbilidade associada, nomeadamente a revascularização "in situ" com veias femurais ou aloenxertos criopreservados.

Notas:



PO01
RUPTURA DA AORTA INFRA-RENAL EM ASSOCIAÇÃO COM ABCESSO ABDOMINAL CAUSADO POR EIKENELLA CORRODENS.

Emanuel Dias, Nelson Oliveira, Fernando Oliveira, Isabel Cássio
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular no Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

Objectivos:

Além de raras, as infecções da parede arterial tornam-se ainda mais peculiares quando ocorrem como resultado de invasão directa da artéria por um foco séptico adjacente.

Material e Métodos:

Comunicação livre de caso clínico: Caucasiano de 73 anos admitido neste hospital para estudo de quadro clínico de dor lombar e emagrecimento com 1 mês de evolução e anemia grave. Apresentava antecedentes de claudicação gemelar para 100 metros no membro inferior esquerdo e uma arteriografia aorto-distal realizada há 5 anos que revelava uma oclusão da ilíaca comum esquerda na sua origem com reabitação femoral. Durante a investigação etiológica do caso a Tomografia Axial Computadorizada do abdómen revelou uma ruptura contida de um aneurisma da aorta abdominal (AAA) infra-renal.

Resultados:

O paciente foi sujeito a ressecção do AAA e a interposição de prótese de Dacron gelatinada 16x8 mm em posição aorto-bifemoral. O resultado histológico da parede aórtica mostrou um processo inflamatório crónico com granulomas epitelióides e alterações compatíveis com aneurisma e o exame microbiológico da parede da aorta e nódulos do mesentério em sua continuidade revelou a presença da bactéria *Eikenella corrodens*.

Conclusões:

Apesar do uso generalizado da antibioterapia ter tornado a infecção da parede arterial aórtica uma situação rara e ter havido uma evolução na terapêutica cirúrgica, esta condição clínica ainda se associa a uma taxa de morbi-mortalidade elevada.

Referências:

1. Wilson S, Van Wagenen P, Passaro Jr E. Arterial infection. *Curr Probl Surg* 1978;15:6-89.
2. Mehmet C, Brenner B, et al. A ten-year experience with bacterial aortitis. *J Vas Surg* 1989; 10:439-49.
3. Oderich GS, Panneton JM, Bower TC, et al. Infected aortic aneurysms: aggressive presentation, complicated early outcome, but durable results. *J Vasc Surg* 2001; 34:900-908.

Notas:



PO02

ARTERIOGRAFIA TRANSLOMBAR: 80 ANOS DEPOIS, AINDA UMA ARMA DO CIRURGIÃO VASCULAR? EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM SERVIÇO.

Emanuel Dias, Nelson Oliveira, Fernando Oliveira, Isabel Cássio
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular no Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

Objectivos:

Com a descrição em 1929 da arteriografia translombar por Reynaldo dos Santos iniciou-se uma nova era na compreensão, diagnóstico e tratamento da doença arterial periférica. Apesar da posterior mudança de acesso à aorta abdominal pela técnica de Seldinger, tem ocorrido renovado interesse pelo acesso translombar na compreensão da história natural e tratamento dos endoleaks tipo II pós EVAR.

Material e Métodos:

Apresentação em formato poster da experiência dos últimos 10 anos de um Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular com a arteriografia diagnóstica por via translombar. Faz-se uma revisão da execução técnica, indicações e limitações decorrentes da sua utilização.

Resultados:

Foram realizadas 110 arteriografias por via translombar no nosso serviço nos últimos 10 anos, não ocorrendo nenhuma complicação. A principal indicação para a sua realização foi a ausência de pulsos femorais por trombose da aorta ou doença ilíaca bilateral, apesar da maior parte dos pacientes ter pulsos nos membros superiores.

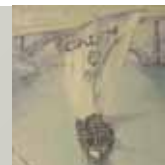
Conclusões:

A arteriografia translombar mantém-se como um exame simples, rápido, económico, com baixo índice de complicações e com excelente discriminação imagiológica da aorta abdominal e artérias viscerais. Deverá fazer parte do ornamento do cirurgião vascular como acesso à aorta infra-diafragmática, quer em termos de diagnóstico, quer em termos terapêuticos.

Referências:

1. Reynaldo dos Santos, Lamas A, Caldas JP (1931) L'arteriographie des membres et de l'aorte abdominale. Masson,
2. Baum R, Carpenter J, Golden M, et al. Treatment of type 2 endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: Comparison of transarterial and translumbar techniques *J Vasc Surg*; 2002 35: 23-29.
3. Dias NV, Ivancev K, Malina M, Hinnen JW, Visser M, Lindblad B, Sonesson B (2004) Direct intra-aneurysm sac pressure measurement using tip-pressure sensors: in vivo and vitro evaluation. *J Vasc Surg*; 2004 40:711-716.

Notas:



PO03 FAV POPLITEIA TRAUMÁTICA – UM CASO CLÍNICO

Müller Pinheiro, Inês; Marques, Gil; Duarte, Nádia; Gonçalves, Ana; Barroso, Pedro; Gonzalez, António; Ferreira, Maria José
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta

Introdução:

Os autores apresentam um caso clínico, que ilustra uma manifestação pouco frequente de um traumatismo por arma de fogo da região popliteia, que consistiu numa fístula arteriovenosa popliteia. Este poster revela a solução que se encontrou para o seu tratamento e as restantes alternativas terapêuticas.

Material e Métodos:

Doente de sexo masculino, 22 anos, que sofreu um traumatismo por arma de fogo da região popliteia dta, tendo na altura sido apenas diagnosticada uma lesão do nervo ciático popliteu externo. Cerca de uma semana depois, recorre ao SU por um quadro de edema da perna dta, arrefecimento e dor em repouso do pé dto. Ao exame objectivo apresentava um frémito e um sopro contínuo na região popliteia. O ecodoppler efectuado revelou uma FAV popliteia e um falso aneurisma venoso trombosado. O doente foi submetido a colocação percutânea de prótese coberta (Viabahn 7x50 mm) na artéria popliteia com posterior PTA e bom controlo clínico e angiográfico.

Discussão:

O objectivo do tratamento das fístulas arteriovenosas, independentemente da sua causa, deve ser o seu completo encerramento que pode ser obtido por métodos endovasculares ou cirúrgicos.

Neste caso optámos pela colocação de um *stent* coberto visto permitir corrigir de uma forma não invasiva a lesão, mantendo a integridade da estrutura osteoligamentar do joelho e de um eixo arterial principal, resultando num menor tempo de hospitalização. Neste poster serão discutidas as alternativas terapêuticas para este tipo de situação e as respectivas vantagens.

Conclusão:

A exclusão de uma fístula arteriovenosa traumática por um *stent* coberto representa uma alternativa promissora à cirurgia convencional e poderá ter vantagens técnicas sobre outras opções endovasculares.

Notas:



X Congresso Anual DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

P004
ANEURISMA VENOSO NO MEMBRO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sandrina Figueiredo Braga, Joana Ferreira, Ferreira Penêda
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Os aneurismas venosos primários são malformações vasculares raras cuja etiologia permanece por esclarecer. Apenas 4,2% dos aneurismas venosos descritos na literatura ocorrem no membro superior. O objectivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de aneurisma venoso do membro superior, caracterizando as manifestações iniciais, o processo de diagnóstico, o tratamento instituído e seus resultados.

Material e Métodos:

Apresentação, sob a forma de poster, de caso clínico de uma doente sexo feminino, 39 anos, doméstica, que recorre à Consulta por tumefacção na face postero-lateral do antebraço esquerdo com 5 anos de evolução, com crescimento e aparecimento de dor nos últimos 2 meses. Sem história de traumatismo, punção ou administração de fármacos, toxicodépência ou doenças do colagénio. Ao exame, apresentava tumefacção compressível, não pulsátil, que aumentava com a pendência e diminuía com a elevação do membro superior. Restante exame físico normal. O Ecodoppler confirmou a existência de aneurisma de veia dorsal do antebraço, com 30x20 mm de diâmetro, sem sinais de trombose.

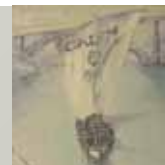
Resultados:

A doente foi submetida a exérese do aneurisma com laqueação dos topos proximal e distal da veia. Decorridos 14 meses de seguimento a doente mantém-se assintomática e sem evidência de recidiva da lesão.

Conclusões:

Os aneurismas venosos devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de tumefacções subcutâneas, ainda que raros. Manifestam-se como tumefacções subcutâneas que aumentam com o exercício e a pendência e diminuem com a elevação do membro. Podem causar dor, desconforto, preocupação estética ou complicações mais graves, como compressão nervosa e tromboembolismo pulmonar. Uma vez suspeitado, o diagnóstico pode ser facilmente confirmado por Ecodoppler. A exérese cirúrgica configura a melhor opção terapêutica.

Notas:



PO05

ENDOLEAK TIPO II – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

H. Rodrigues, S. Eufrásio, G. Alves, L. Vasconcelos, C. Amaral, J. Albuquerque e Castro, L. Mota Capitão
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Marta – CHLC

Objectivos:

Endoleak define-se como a persistência de fluxo sanguíneo dentro do saco aneurismático, no exterior da endoprótese. Os endoleaks tipo II são os mais frequentes e têm uma prevalência pós-EVAR de 4% ao 1º mês e 10% ao fim de 1 ano. Os autores fazem uma breve revisão do tema e expõem uma possível solução para a resolução de endoleak tipo 2.

Material e Métodos:

O caso clínico apresentado corresponde a um doente com endoleak tipo 2 pós EVAR por AAA sintomático. A não resolução do endoleak associada ao crescimento do diâmetro do saco aneurismático determinaram a intervenção precoce.

Resultados:

Após a laqueação da artéria mesentérica inferior verificou-se conservação do tamanho do aneurisma, sem sinais de endoleak.

Conclusões:

As indicações para a intervenção em endoleaks tipo II permanecem controversas.

Parece razoável intervir se existir aumento do saco aneurismático ou se o *endoleak* não resolver espontaneamente ao fim de 6 meses.

As estratégias terapêuticas são várias mas não é consensual a sua utilização.

Referências:

1. Drury D, Michaels JA, Jones L, Ayiku L. Systematic review of recent evidence for the safety and efficacy of elective endovascular repair in the management of infrarenal abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 2005 Aug;92(8):937-46.
2. Jones JE, Atkins MD, Brewster DC, Chung TK, Kwolek CJ, LaMuraglia GM, et al. Persistent type 2 endoleak after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm is associated with adverse late outcomes. *J Vasc Surg*. 2007 Jul;46(1):1-8.
3. Jonker FH, Aruny J, Muhs BE. Management of type II endoleaks: preoperative versus postoperative versus expectant management. *Semin Vasc Surg*. 2009 Sep;22(3):165-71.

Notas:



P006
TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL
CASO CLÍNICO

Ana Catarina Garcia, Hugo Rodrigues, Maria Emília Ferreira, João Albuquerque e Castro, Luis Mota Capitão
 Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central.

Objectivos:

Os aneurismas da artéria renal são entidades raras, na sua maioria assintomáticos, actualmente identificados com maior frequência face à utilização crescente de meios complementares de diagnóstico não invasivos. A dilatação aneurismática da artéria renal e seus ramos constitui um desafio cirúrgico resultante da controvérsia ainda existente quanto ao tratamento do doente assintomático e quanto à abordagem cirúrgica a ser realizada. Este facto deve-se fundamentalmente ao desconhecimento da história natural desta patologia assim como da elevada mortalidade observada quando se manifesta como aneurisma roto.

Material e Métodos:

Os autores descrevem um caso clínico de uma mulher de 68 anos, assintomática, com diagnóstico de aneurisma sacular da artéria renal direita ao nível da sua bifurcação primária. Foi avaliada em Consulta de Angiologia e Cirurgia Vascular tendo sido proposta para embolização de aneurisma.

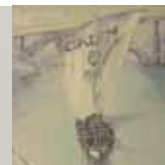
Resultados:

Procedeu-se a embolização com *coils* de aneurisma da artéria renal dta, via percutânea femoral dta, com preenchimento do aneurisma. Obteve-se exclusão da lesão mantendo a perfusão renal. Foi realizada angio-ressonância após um mês de cirurgia constatando-se trombose terapêutica do aneurisma, pequena lesão isquémica do pólo inferior do rim, sem alteração da dimensão nem da função renal.

Conclusão:

São várias as opções cirúrgicas que têm como objectivo a manutenção do rim. No entanto, um número considerável de doentes submetidos a terapêutica cirúrgica convencional termina com uma nefrectomia. A técnica endovascular, por ser menos invasiva, tornou-se uma opção mais atraente nos últimos anos. Esta abordagem deve ser precisa, segura e duradoura obtendo a exclusão completa do aneurisma mas mantendo quer o parenquima quer a árvore arterial renal. O presente caso vem corroborar estes dados embora o ainda desconhecimento dos resultados a longo prazo condicione um acompanhamento prolongado destes doentes.

Notas:



PO07

TROMBOSE DA VEIA RENAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Raquel Rodrigues, Paulo Gouveia, José António Mariz, Juan Rafael Garcia
Serviço de Medicina – Hospital de Braga.

Há uma relação entre a trombose da veia renal e o Síndrome nefrótico com incidência de 5-62% de doentes que vêm a desenvolver trombose deste órgão. A hipercoagulabilidade é a etiologia da trombose da veia (TVR) e artéria renal. A TVR tem como etiologias as neoplasias, compressões extrínsecas, transplantação hepática, Síndrome antifosfolipídico, lúpus, doença de Behçet; trauma, ingestão de contraceptivos orais e desidratação (na infância). O tratamento é dirigido à etiologia e anticoagulação. Caso clínico: Mulher, 64 anos, com hipertensão e insuficiência venosa. Admitida por vômitos, dor lombar e hematúria. Objectivamente hidratada, apirética, com dor no hipocôndrio direito, sem massas ou organomegalias; Murphy renal negativo; sem edemas. Analiticamente leucocitose, plaquetas < 10000/ul, insuficiência renal aguda, proteína C reactiva 418 mg/l; sedimento urinário activo; hipoalbuminémia, sem proteinúria nem hipercolesterolemia. Tomografia computadorizada (TC) toraco-abdominal com áreas de densificação nos lobos pulmonares inferiores e rim esquerdo com características inflamatórias (pielonefrite). Foi medicada com Imipenem e Doxiciclina. Por ausência de melhoria realizou TC com contraste onde se verificou TVR esquerda confirmada por Angiografia. Iniciou hipocoagulação oral com enoxaparina em dose profilática face à trombocitopenia e hematúria franca. A ureteroscopia mostrou área ruborizada no uréter proximal esquerdo. Após 12 dias do diagnóstico teve alta com plaquetas 106000/ul mantendo-se o estudo em ambulatório. Após 25 dias é readmitida por quadro de tromboembolismo pulmonar bilateral iniciando anticoagulação oral. Do estudo realizado foi excluído distúrbio da coagulação, neoplasia do foro ginecológico, mamário, pulmonar e digestivo. Não há até ao momento imagem ou estudo anatomo-patológico que sugira neoplasia renal. Os autores apresentam este caso para a importância da suspeita clínica desta patologia mesmo na ausência de S. nefrótico.

Notas:



PO08

CORRECÇÃO ENDOVASCULAR DE FALSO ANEURISMA ANASTOMÓTICO AÓRTICO SINTOMÁTICO – CASO CLÍNICO

Gonçalves, Ana; Marques, Gil; Müller Pinheiro, Inês; Duarte, Nadia; Ferreira, Maria José
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Garcia de Orta.

Objectivos:

Os autores pretendem descrever procedimento terapêutico efectuado para correcção de falso aneurisma anastomótico aórtico, e discutir outras opções terapêuticas possíveis

Material e Métodos:

Descreve-se o caso de mulher de 49 anos, com antecedentes de HTA, tabagismo e *Bypass* aorto-bifemoral, efectuada 4 anos antes por doença obstrutiva, condicionante na altura, de isquémia crónica dos membros inferiores, em estágio IIb (Leriche-Fontaine), admitida pelo SU com episódio de melenas.

Efectuou Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia (que não revelaram focos hemorrágicos) e TAC abdomino-pélvico, com posterior reconstrução 3D, que revelou volumoso falso-aneurisma anastomótico proximal, com *Bypass* aorto-bifemoral permeável e oclusão de ramo direito, com reabilitação de bifurcação femoral direita.

Efectuou-se então colocação de endoprótese uni-ilíaca (Zenith), com exclusão de falso aneurisma anastomótico proximal.

O resultado imagiológico imediato revelou exclusão total do falso aneurisma, e a doente teve alta clinicamente assintomática e sem sinais laboratoriais de infecção, integrando o protocolo de *follow-up* do Serviço, adoptado para os doentes com endopróteses aórticas.

Discussão:

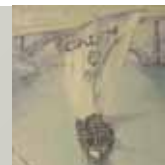
A terapêutica cirúrgica convencional dos falsos aneurismas anastomóticos aórticos, sem e sobretudo com fistulização entérica, acarreta níveis de morbi-mortalidade elevados. Por este motivo foi proposta terapêutica endovascular para o tratamento desta doente, uma vez que esta era uma opção viável, pelos critérios imagiológicos, nomeadamente, a existência de colo proximal e a ausência de angulações proibitivas.

A terapêutica cirúrgica convencional poderia ter sido equacionado como primeira opção, com o único argumento da juventude da doente, dada a inexistência de estudos sobre o comportamento das endopróteses aórticas a muito longo prazo.

Conclusão:

A terapêutica endovascular dos falsos aneurismas anastomóticos aórticos, parece-nos ser uma opção promissora, pela sua facilidade de execução, não invasibilidade e não agressividade para o doente e pelos aparentes excelentes resultados imediatos e ao primeiro ano de seguimento.

Notas:



PO09

SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO ARTERIAL (aTOS)

Souto, Ricardo; Castro, João Albuquerque; Capitão, Luís Mota; Vasconcelos, Leonor; Gonçalves, Frederico; Garcia, Ana Catarina
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Objectivos:

Apresentar um caso clínico de síndrome do desfiladeiro torácico arterial.

Introdução:

Designa-se de síndrome do desfiladeiro torácico (TOS, thoracic outlet syndrome) o conjunto de sinais e sintomas que resultam da compressão do feixe neurovascular da região do opérculo torácico (plexo braquial e vasos subclávios). Consoante a estrutura predominantemente comprometida seja a artéria, a veia ou os ramos do plexo braquial, adquire a designação de TOS neurogénico (nTOS – 95% dos casos), TOS venoso (vTOS 2-3%) e TOS arterial (<1%).

É uma situação pouco frequente, cuja incidência real é desconhecida, afectando mais as mulheres (70%) do que os homens e apresentando-se geralmente nas idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos.

Os principais factores etiológicos são a presença de costelas anómalas (1ª costela anómala ou existência de costela cervical) e anomalias dos músculos escalenos.

Clinicamente, o aTOS caracteriza-se por sinais e sintomas isquémicos posicionais (abdução e rotação externa do braço) do membro superior e/ou embolização.

Material e Métodos:

Apresenta-se um caso clínico pouco frequente de uma doente de 24 anos, com antecedentes de epilepsia e intervenção cirúrgica ao desfiladeiro torácico esquerdo em Junho de 2009 por aTOS (efectuada escalenectomia e ressecção de banda fibrosa compressiva). A partir do 2º mês de pós-operatório iniciou queixas de diminuição da força muscular, dor e parestesias do membro superior contralateral, despoletadas pela abdução, flexão e rotação externa do braço (gestos como pentear e secar o cabelo, ou elevar os membros para retirar objectos de uma prateleira elevada). Dos estudos complementares efectuados, destaca-se: radiografia da região do opérculo torácico sem evidência de costela cervical; AngioTC evidenciando compressão da artéria axilar direita e EcoDoppler referindo eixos arteriais permeáveis e sem alterações do fluxo em repouso, mas que passa a monofásico na artéria axilar após abdução do braço.

Resultados:

Após 6 meses de fisioterapia sem melhorias, é operada em Março de 2010, tendo-se efectuado ressecção de costela cervical. Encontra-se actualmente no 1º mês de pós-operatório, clinicamente melhorada.

Conclusões:

O aTOS é uma situação bastante rara. No entanto, quando surgem queixas sugestivas num doente do sexo feminino jovem ou adulto, que não cedem com a fisioterapia, deverá ser equacionada a sua possibilidade, pelo que deverão ser efectuados exames complementares dirigidos (RX de Tórax dirigido ao opérculo, EcoDoppler e AngioTC ou Angiografia). É igualmente importante ter presente que estas situações, apesar de raras, podem frequentemente ser bilaterais.

Referências:

Cronenwett J, Wayne J. "Rutherford's Vascular Surgery", 7th ed., Philadelphia, Saunders Elsevier, 2010, pp 1865-1907.
Ascher E, et al. "Haimovici's Vascular Surgery", 5th ed., Oxford, Blackwell Publishing, 2004, pp 924-957.

Notas:



X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

PO10

FÍSTULA AORTO-CAVA DE ETIOLOGIA INFECCIOSA EM DOENTE JOVEM – CASO CLÍNICO

Ana Baptista, Luís Antunes, Joana Moreira, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Albuquerque Matos
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

Apresentação, sob a forma de poster, do caso clínico de jovem de 28 anos com quadro de endocardite infecciosa e vários episódios de embolização periférica.

Material e Métodos:

Descreve-se o caso de um jovem de 28 anos, tetraparético há cerca de 1 ano, enviado no dia 25/11/2009 por quadro de isquémia do membro inferior direito com 2 semanas de evolução. Estudo velocimétrico *dópler* e angiográfico revelaram oclusão de natureza embólica das artérias ilíaca primitiva direita, femoral profunda e poplítea homolaterais, tendo sido submetido a tromboemblectomia ilíaca, femoral profunda e poplítea.

Resultados:

Recuperação do quadro isquémico com pulso poplíteo palpável, mas com lesões infra-poplíteas por prováveis embolizações prévias. Estudo complementar no pós-operatório revelou endocardite com insuficiência valvular aórtica, tendo o doente sido transferido para a Cardiologia. Hemoculturas positivas para *Candida albicans*, quadro de candidíase oral e endoftalmite também por *Candida* (com necessidade de vitrectomia posterior). Mantido sob antibioterapia e fungicida. Submetido a plastia valvular aórtica na Cirurgia Córdio-Torácica no dia 04/01/2010. Instalação de quadro de insuficiência cardíaca direita grave e cianose fixa de ambos os pés ao 8º dia de pós-operatório da cirurgia cardíaca. Angio-TC mostrou fístula aorto-cava de alto débito e várias oclusões das artérias dos membros inferiores. Submetido, de imediato, a laparotomia exploradora onde se constatou a existência de aortite da aorta infra-renal com falso aneurisma, fístula aorto-cava e presença de pús no lúmen da aorta e nos tecidos peri-aórticos. Procedeu-se à laqueação da veia cava, veias ilíacas primitivas, aorta infra-renal e artérias ilíacas primitivas. Amputação supracondiliana bilateral a 27/01/2010. Alta com cotos cicatrizados, boa função sistólica global e recuperação do estado geral.

Conclusões:

Ilustra-se um caso em que uma lesão infecciosa de origem cardíaca pode ter consequências devastadoras em termos vasculares periféricos, o que reforça a importância do estudo etiológico dos fenómenos embólicos periféricos.

Notas:



PO11 ANEURISMA DEGENERATIVO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA

Luís Silvestre, Ruy Fernandes e Fernandes, José L. Giménez, Luísa Biscoito, Luís M. Pedro
Serviço de Cirurgia Vascular e Serviço de Imagiologia Neurológica (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução:

Os aneurismas da artéria carótida interna extra-craniana são uma entidade rara, com incidência estimada em 0,1 a 2% dos casos de cirurgia carotídea, cujo conhecimento da etiologia, história natural e resultados da terapêutica cirúrgica tem resultado da publicação de pequenas séries e casos clínicos isolados.

A abordagem cirúrgica é determinada pela etiologia, dimensões e localização do aneurisma.

O risco de mortalidade e morbidade neurológica permanente pós-operatória é elevado, podendo atingir os 10%, ainda assim, significativamente mais baixo que os 50% de risco de AVC major atribuídos ao tratamento conservador

Caso Clínico:

Doente de 80 anos, sexo feminino, hipertensa, com história de disfagia com vários anos de evolução, de agravamento progressivo e sem sintomas neurológicos. Ao exame objectivo, apresentava uma massa pulsátil e expansível na região retro-maxilar esquerda. A tomografia computadorizada cervical e a angiografia mostraram tratar-se de um aneurisma com 5 cm do segmento proximal da carótida interna esquerda (ACI).

A doente foi operada por abordagem carotídea convencional, tendo-se procedido ao isolamento da ACI proximal e distal ao aneurisma, exclusão do mesmo, e reconstrução por anastomose topo-a-topo. O pós operatório decorreu sem complicações.

O exame anatomo-patológico do fragmento da parede do aneurisma revelou tratar-se de um aneurisma "aterosclerótico".

Conclusão:

Este caso ilustra uma forma de apresentação pouco comum de aneurisma da carótida, decorrente do efeito de massa sobre as estruturas digestivas cervicais.

O tipo de cirurgia realizada foi determinado pelas características do aneurisma: localização na ACI proximal permitiu uma abordagem convencional da carótida; a tortuosidade da ACI possibilitou a anastomose directa; e a elevada dimensão condicionou a não ressecção da globalidade do saco aneurismático pelo risco de lesão de outras estruturas.

Notas:



PO12

ROTURA IATROGÉNICA DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA DURANTE A CATETERIZAÇÃO DA VEIA JUGULAR INTERNA: TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Luís Silvestre, Ruy Fernandes e Fernandes, José L. Giménez, Luís M. Pedro
Serviço de Cirurgia Vascular I (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução:

As lesões traumáticas penetrantes da artéria subclávia são pouco frequentes e associam-se a taxas de morbilidade e mortalidade elevadas.

A abordagem cirúrgica convencional apresenta dificuldades na abordagem a qual implica incisões paraclaviculares amplas ou mesmo esterno ou toracotomia para controlo proximal e distal da artéria. Por outro lado, a dissecação extensa em planos anatómicos distorcidos pelo hematoma representa um risco acrescido de lesões neurovasculares e hemorragia adicional.

Recentemente, o tratamento endovascular das lesões traumáticas da artéria subclávia pela colocação de *stents* revestidos tem proporcionado uma forma de tratamento menos invasivo e associado a menor risco per-operatório.

Caso Clínico:

Doente o sexo masculino, de 70 anos, com história de insuficiência renal crónica em hemodiálise e síndrome mielo-displásico, com pancitopenia, submetido a colocação de catéter tunelizado na veia jugular interna esquerda para realização de hemodiálise. O procedimento foi complicado de hemotórax esquerdo e hemomediastino, com choque hemorrágico, tratados com drenagem torácica e necessidade de suporte transfusional múltiplo e persistente.

A tomografia computadorizada cervico-torácica revelou, para além do volumoso hemotórax, um falso aneurisma com cerca de 15 mm no segmento pós-vertebral da artéria subclávia esquerda.

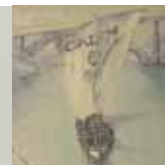
O doente foi submetido a terapêutica endovascular, por abordagem cirúrgica da artéria umeral esquerda, com colocação de duas endopróteses *Fluency*[®] (*Bard*[®] Inc.) 8x60 e 10x60 mm na artéria subclávia para exclusão da área de rotura.

No pós-operatório houve necessidade de cirurgia de descorticação pulmonar esquerda, por hematoma organizado.

Conclusão:

O presente caso ilustra uma solução terapêutica que se mostrou eficaz, segura e sem complicações, confirmando a utilização crescente do tratamento endovascular na patologia traumática da artéria subclávia.

Notas:



PO13

INFECÇÃO PROTÉSICA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

José Luís Gimenez, Ruy Fernandes, Luís Silvestre, Luís M. Pedro

Serviço de Cirurgia Vascular I (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução:

A infecção protésica no sector aorto-ilíaco é grave, associa-se a morbilidade e mortalidade elevadas e para o seu tratamento têm sido propostas diversas alternativas cirúrgicas. Uma destas soluções consiste na revascularização axilo-femoral bilateral seguida da remoção total do enxerto infectado no mesmo tempo operatório.

Casos Clínicos:

Apresentam-se os casos clínicos de dois doentes internados por infecção de enxertos aorto-bifemorais, manifestando-se por drenagem purulenta ao nível da região femoral.

O primeiro caso refere-se a um doente de 65 anos, com história de interposição de prótese de Dacron em posição aorto-bifemoral 9 anos antes e complicada de falso aneurisma da anastomose protésico-femoral esquerda 8 anos mais tarde. O segundo caso refere-se a um doente de 57 anos, com história de *bypass* aorto-bifemoral 5 anos antes. Em ambos os casos o estudo imagiológico com Tomografia Computorizada (TC) mostrou sinais de infecção de toda a extensão do enxerto.

A cirurgia consistiu em re-implantação das artérias femorais profundas nas femorais superficiais seguida de *bypass* axilo-femoral bilateral com prótese de PTFE. No mesmo tempo operatório efectuou-se a remoção da prótese infectada com laqueação da aorta infra-renal.

Não ocorreram quaisquer complicações, após um *follow-up* de 1 ano para o primeiro doente e 6 meses para o segundo. Nos exames bacteriológicos realizados isolou-se, em ambos os doentes, *Pseudomonas aeruginosa* na prótese de Dacron removida e *Staphylococcus aureus* no exsudado purulento. Ambos realizaram antibioterapia dirigida.

A angio-TC de controlo mostrou a permeabilidade de todas as revascularizações.

Conclusão:

Os casos apresentados ilustram uma das opções cirúrgicas em casos de infecção protésica aorto-ilíaca.

Notas:



PO14

ANEURISMA ATEROSCLERÓTICO DA ARTÉRIA AXILAR – UM CASO CLÍNICO RARO

Luís Antunes, Ana Baptista, Joana Moreira, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Albuquerque Matos
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular e Serviço de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

Apresentação de um caso clínico muito raro, observado e tratado cirurgicamente no serviço em Novembro de 2009.

Material e Métodos:

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 64 anos, com história de massa axilar direita pulsátil, com longo tempo de evolução e de aumento súbito nos últimos meses, provocando dores e parestesias no membro superior direito e diminuição da amplitude do pulso radial. O doente apresentava antecedentes de HTA, Dislipidémia, Diabetes *Mellitus* insulino-tratada, tabagismo, IRC, Miocardiopatia Hipertrófica e Exclusão com endoprótese de Aneurisma da Aorta Torácica Descendente. O Ecodoppler e Angio-TC mostraram aneurisma da artéria axilar direita.

Resultados:

Angio-TC – aneurisma sacular da artéria axilar direita parcialmente trombosado com diâmetros axiais médios de 44x50mm e extensão longitudinal de 86mm.

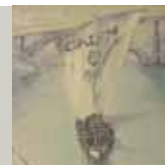
Durante o procedimento cirúrgico, com abordagem infra-clavicular e axilar, verificou-se envolvimento das raízes do nervo mediano e cubital na parede do aneurisma. Realizou-se uma Aneurismectomia axilar direita com interposição de enxerto axilo-axilar com segmento de prótese PTFE 8 não anelado. A caracterização anátomo-patológica da peça, revelou um aneurisma sacular de etiologia aterosclerótica.

Actualmente mantém algumas queixas de parestesias a nível do ombro e cotovelo, com pulsos distais palpáveis.

Conclusões:

Os aneurismas da artéria axilar de origem aterosclerótica são diagnósticos muito raros, com menos de 20 casos publicados na literatura, mas que podem causar complicações vasculares e neurológicas graves no membro superior. O tratamento cirúrgico convencional apresenta bons resultados de morbi-mortalidade. A proximidade dos feixes nervosos obriga na maioria dos casos à ressecção do aneurisma devido aos sintomas compressivos. Durante o procedimento, deve-se fazer uma dissecação cuidadosa devido à proximidade dos feixes nervosos, e tentar preservar as artérias circunflexas umeral anteriores e posteriores, dado o risco de necrose da cabeça do úmero.

Notas:



PO15

ANEURISMA SACULAR DA ARTÉRIA HEPÁTICA EM RUPTURA

Ana Sofia Ferreira, Dalila Rolim, Sérgio Sampaio, Mário Vieira; Alfredo Cerqueira, Marinho Almeida, José S. Teixeira, José Costa
Maia, Roncon de Albuquerque

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João.

Objectivo:

Apresentação, sob a forma de poster, de um caso clínico de um aneurisma sacular da artéria hepática em ruptura e respectiva solução cirúrgica.

Material e Métodos:

Doente do sexo masculino, de 87 anos de idade, admitido com clínica de dor abdominal aguda seguida de síncope e posteriormente, choque hipovolémico. Dos exames complementares realizados salienta-se em Angio-TAC um volumoso aneurisma da artéria hepática com 12 cm de maior diâmetro, com densificação dos planos adjacentes e existência de áreas hemáticas, aspectos sugestivos de ruptura do mesmo.

Foi submetido a cirurgia emergente com necessidade de laparotoractomia esquerda e exclusão pulmonar respectiva, para controle aórtico proximal (clampagem de três minutos). Após controle da artéria hepática comum proximal e distalmente ao aneurisma, procedeu-se às respectivas laqueações e aneurismectomia parcial. Optou-se por não se proceder à revascularização em função do aspecto macroscópico do fígado.

Resultados:

Não houve intercorrências periperatórias e às 24 horas o doente encontrava-se extubado, vigil, colaborante e sem suporte de aminas, com função renal e hepática conservadas.

Conclusão:

A taxa de mortalidade inerente a aneurismas da artéria hepática em ruptura excede os 35%.

As opções cirúrgicas são variadas e incluem a aneurismectomia ou exclusão aneurismática sem *bypass*, uma vez que a extensa rede de colateralização mesentérica para o fígado, através da artéria gastroduodenal e gástricas direitas asseguram um fluxo sanguíneo adequado apesar da laqueação da artéria hepática comum.

No caso de cirurgia programada, a reconstrução arterial com *patch* venoso deve ser considerada. Para aneurismas hepáticos de menores dimensões, as opções terapêuticas menos invasivas, nomeadamente em doentes com mais co-morbilidades, incluem PTA com embolização através da injeção de trombina ou inserção de *coils*.

Referências:

Rokke O, Sondenaa K, Amundsen SR, et al: Successful management of eleven splanchnic artery aneurysms. Eur J Surg 163:411, 1997. RB, Rutherford, Elsevier, Vascular Surgery 6ª edição, [edição on-line], pág 1569-1571.

Notas:



PO16

ARTÉRIA INONIMADA – O ANEURISMA ... FALSO.

Vasconcelos, João; Martins, Victor; Maia Miguel; Ferreira, Joana; Braga, Sandrina; Pereira, Rudolfo, Ponce, Paulo; Neves, Fátima; Vouga, Luís; Vaz, Guedes
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular & Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE.

Objectivos:

Os autores têm como objectivo primário apresentar um caso clínico de aneurisma aórtico (aorta ascendente e arco aórtico) e da artéria braquiocefálica em rotura. O tratamento e breve revisão da literatura serão também incluídos.

Material e Métodos:

Paciente de 52 anos, masculino, com história de traumatismo clavicular, apresenta-se no Serviço de Urgência por dor cervical e tumefacção cervical expansiva com cerca de 3 meses de evolução. Após realização de eco-doppler, angiografia e angio-TAC foi observada a presença de aneurisma da aorta ascendente, da crossa da aorta e tronco inonimado sem trombose mural, com hematoma circundante em contiguidade com a extremidade medial da clavícula que apresentava neste local fractura cominutiva recente do bordo superior. Perante o provável quadro de ruptura de aneurisma do tronco inonimado, os Serviços de Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardio-torácica realizaram em conjunto: correcção de aneurisma da aorta ascendente e arco aórtico seguido de interposição de enxerto com prótese bifurcada entre a aorta ascendente e as artérias carótida comum e subclávia direitas.

Resultados:

Constatada, no pós-operatório, hemiparésia do MSD com visualização, em TAC cerebral, de lesões cerebrais embólicas, com reversibilidade clínica ao 4º dia. Abandonou o internamento ao 9º dia, contra indicação médica, tendo sido readmitido 5 dias após por pneumotórax direito. Ao 3º mês de *follow-up*, o doente mantém o seu estado de vida normal, sem qualquer limitação.

Conclusões:

São raros os casos descritos de aneurismas da aorta torácica e troncos supra-aórticos. A sua detecção no contexto de ruptura pós-traumática acresce uma significativa morbimortalidade. O seu correcto diagnóstico e tratamento conjunto multidisciplinar são factores preditivos de sucesso. Trata-se de um caso singular, na literatura, intervencionado com êxito.

Notas:



PO17

FALSO ANEURISMA DA ARTÉRIA FEMORAL – UM ANO APÓS CATETERISMO CARDÍACO.

Vasconcelos, João; Martins, Victor; Maia Miguel; Ferreira, Joana; Braga, Sandrina; Brandão, Daniel; Meira, José; Vaz, Guedes
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CH VN Gaia /Espinho, EPE.

Objectivos:

Os autores pretendem apresentar um caso clínico de um falso aneurisma da artéria femoral superficial direita com compromisso neuro-vascular associado, um ano após cateterismo cardíaco, corrigido cirurgicamente.

Material e Métodos:

Paciente de 62 anos, do sexo feminino, com antecedentes de DPOC, prótese valvular mitral mecânica, insuficiência cardíaca direita grave, em regime de hipocoagulação oral. Com história de cateterismo cardíaco, por abordagem inguinal direita, complicado por falso aneurisma (FA). Efectuado, por duas vezes, injeção de trombina, sem sucesso. Ficou a aguardar agendamento de cirurgia de substituição valvular para se proceder à correcção cirúrgica do FA, no mesmo tempo operatório, que fora sucessivamente protelada. A doente recorre ao Serviço de Urgência, um ano após, com tumefacção inguinal, claudicação intermitente gemelar e dor na face medial da coxa no membro inferior direito. Apresentava FA parcialmente trombosado (7x4 cm) e compressão da artéria femoral subjacente, com redução aparente do lúmen >50%. Efectuou-se agendamento cirúrgico, com carácter prioritário – exérese de falso aneurisma e encerramento de orifício punctiforme com monofilamento.

Resultados:

Verificado, no pós-operatório, dificuldade de hemostase por alterações dos factores de coagulação que foram optimizados. Efectuou-se compressão adequada no local da ferida cirúrgica, com sucesso.

Conclusões:

A compressão eco-guiada e injeção de trombina são medidas minimamente invasivas no tratamento de falsos aneurismas iatrogénicos das artérias femorais. Determinados factores de risco, como o uso imprescindível de hipocoagulantes em doentes de alto risco, devem motivar a ponderação cirúrgica. Desta forma se poderá reduzir complicações a médio/longo prazo como eventual compromisso neurovascular.

Notas:



X Congresso Anual

DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

PO18

FÍSTULAS ARTÉRIO-VENOSAS EM REGIME AMBULATORIO – PROCEDIMENTO SEGURO E EFICAZ?

Diogo Silveira, M^a do Sameiro Caetano Pereira, Paulo Almeida, Clara Nogueira, Carolina Vaz, Tiago Loureiro, Luís Loureiro, Rui de Almeida

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – CH Porto – Hospital Sto. António.

Objectivos:

A construção de fístulas artério-venosas (FAV) como acesso de hemodiálise tem vindo nos últimos anos a ser realizada em regime de ambulatório num número crescente. Em virtude de uma reestruturação do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular neste âmbito o presente estudo tem como objectivo determinar a segurança e eficácia do procedimento neste regime, avaliando as complicações pós-operatórias imediatas, bem como, a patência primária do acesso.

Material e Métodos:

Foram estudados retrospectivamente 45 doentes submetidos a construção de FAV entre 17 de Novembro de 2009 e 23 de Março de 2010 em regime de ambulatório sob anestesia local: 30 FAV Úmero – basilícas/cefálicas na prega do cotovelo (67%), 13 Rádio-cefálicas (29%) e 2 resoluções de complicações (4%). A média de idades foi 62 anos, com distribuição simétrica entre sexo masculino e feminino, em doentes com múltiplas co-morbilidades, na sua maioria dentro da classificação anestésica ASA IV.

Resultados:

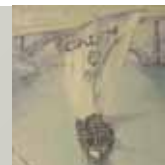
A patência primária destes acessos ao primeiro mês foi de 82.2% e a percentagem de complicações pós-operatórias 6.7%. A construção de FAV em regime de ambulatório foi globalmente sobreponível à das séries descritas na literatura, no que toca a taxa de complicações e permeabilidade primária.

Conclusões:

Comparativamente ao regime de internamento, a cirurgia das fístulas artério-venosas em ambulatório apresenta-se como uma alternativa que mantém a segurança e eficácia, apesar de ser efectuada em doentes insuficientes renais crónicos, com um grande numero de patologias associadas.

Além disso, e tendo por base uma perspectiva de análise de custos afirma-se como um método rentável, que permite a diminuição dos gastos globais, mantendo bons resultados.

Notas:



PO19

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE RUPTURA TRAUMÁTICA DO ISTMO AÓRTICO

R. Fernandes e Fernandes, L. Mendes Pedro, J. P. Freire, Ana Evangelista, J.L. Gimenez, e J. Fernandes e Fernandes
Serviço de Cirurgia Vascular I (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução:

A ruptura traumática do istmo aórtico (RIA) tem mortalidade elevada e é a segunda causa de morte em traumatismos fechados. Ocorre por um mecanismo de desaceleração súbita e está frequentemente associada a outras lesões traumáticas *major*. Mais de 80% dos doentes com RIA morrem no local do acidente e 40 a 50% dos que sobrevivem acabam por falecer nas primeiras 48 horas. O tratamento cirúrgico está associado a taxas de mortalidade até 15% e a incidência de paraplegia que pode chegar aos 14%. Recentemente vários autores têm descrito a utilização de técnicas endovasculares com significativa redução da morbi-mortalidade.

Caso Clínico:

Os autores descrevem um caso de um homem de 21 anos, vítima de acidente de viação com traumatismos craniano, torácico, abdominal e dos membros. Após intubação oro-traqueal pelo INEM foi evacuado do local do acidente e na avaliação inicial destacava-se a presença de fracturas de múltiplos arcos costais à esquerda, pneumotórax hipertensivo com hemotórax à esquerda e alargamento do mediastino em radiografia do tórax e a presença de hemoperitóneu em ecografia FAST. Apresentava estabilidade hemodinâmica pelo que foi realizado estudo por TC que excluiu lesões intra-cranianas e da coluna cervical e mostrou a presença de ruptura contida do istmo aórtico, contusão pulmonar esquerda, fractura do baço e laceração hepática com volumoso hemoperitóneu. Foi submetido a esplenectomia e tamponamento hepático e foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos onde foi mantido sob sedação profunda e hipotensão controlada. 24 horas após a admissão foi submetido a tratamento endovascular da RIA com endoprótese Vaillant (Medtronic®) de 22x150 mm, observando-se exclusão completa da ruptura. No pós-operatório necessitou ainda de tratamento cirúrgico de fractura do tornozelo. Teve alta clinicamente bem quinze dias após a admissão.

Conclusão:

O presente caso ilustra a eficácia do tratamento endovascular da RIA, confirmando a sua utilização como primeira opção terapêutica em doentes sem contra-indicação anatómica.

Notas:



PO20

FÍSTULAS AORTOENTÉRICAS SECUNDÁRIAS: CASUÍSTICA

Paulo Gonçalves Dias, Alfredo Cerqueira, Rocha e Silva, Roncon de Albuquerque
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João.

Introdução:

A fístula aortoentérica é uma entidade rara e dramática da cirurgia vascular, cujo diagnóstico pode ser tão difícil quanto o seu tratamento. Sendo uma complicação rara da cirurgia aórtica (0,4 a 1,6%), é também uma causa não desprezável para o seu insucesso.

Métodos:

Foram identificados retrospectivamente 15 doentes operados por fístula aortoentérica secundária entre o período de Janeiro de 1997 a Dezembro de 2009. A mortalidade (operatória e hospitalar) foi determinada. As características demográficas dos doentes, a apresentação clínica, os meios complementares de diagnóstico e o tipo de cirurgia foram também avaliados.

Resultados:

A idade média dos doentes foi de 65,9 anos (46-83 anos). Apenas 2 doentes eram do género feminino. Todos tinham sido submetidos a cirurgia aórtica convencional (9 por doença aneurismática e 6 por doença aterosclerótica oclusiva). A hemorragia digestiva foi a apresentação clínica mais frequente (93,3%). Dor abdominal (5), febre (4) e embolização séptica (1) foram também sintomas presentes. A tomografia computadorizada (TC) foi diagnóstica em 9 doentes. Seis doentes realizaram endoscopia digestiva e 4 doentes só foram diagnosticados aquando da laparotomia exploradora. Sete doentes foram submetidos a excisão da prótese, correcção da lesão intestinal e revascularização extra-anatómica e dois doentes a cirurgia endovascular. Registaram-se 6 óbitos durante a laparotomia e 3 óbitos pós-operatórios (mortalidade hospitalar de 60%).

Discussão:

Uma fístula aortoentérica deve ser suspeitada em doentes com sintomas de hemorragia digestiva e história de cirurgia aórtica prévia. Sem tratamento cirúrgico tem um desfecho inevitavelmente fatal. Várias opções cirúrgicas estão disponíveis, todas associadas a alta morbi-mortalidade. O melhor tratamento, apesar de controverso, parece ser a revascularização axilobifemoral e a subsequente exérese protésica. A cirurgia endovascular é atractiva, mas não resolve o problema da infecção.

Notas:



PO21

PLICATURA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA: MITO OU REALIDADE? COMO SE QUEBROU UMA CORRENTE DE AITS DE REPETIÇÃO

C. Joana Rodrigues, António Santos Simões

Unidade de Angiologia e Cirurgia Vasculardo Hospital de S. Teotónio.

Introdução:

A plicatura da carótida interna é uma entidade rara e controversa. Surge maioritariamente em doente idosos, do sexo feminino e com hipertensão arterial (HTA) e o seu diagnóstico implica um alto grau de suspeição.

Material e Métodos:

Os autores analisaram o quadro clínico de um doente, sexo masculino, 59 anos, com antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, síndrome metabólico (diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidémia e hiperuricémia) e apneia do sono. Apresenta como sintomas neurológicos acidentados isquémicos transitórios (AITs) de repetição do hemisfério esquerdo, com 5 episódios registados em meio hospitalar, 4 dos quais no período de 3 meses que antecederam o tratamento cirúrgico do doente e sob anti-agregação plaquetar. A investigação etiológica inclui a realização de ecodoppler carotídeo que levanta a suspeita de plicatura da carótida interna esquerda, lesão confirmada pelo estudo angiográfico.

Resultados:

O doente foi submetido a uma plastia de encurtamento da carótida interna esquerda. Tem um *follow-up* de 7 meses encontrando-se livre de sintomas neurológicos.

Conclusões:

As alterações hemodinâmicas induzidas por uma plicatura podem transformar um fluxo laminar num fluxo turbulento favorecedor da progressão aterosclerótica de lesões intimais carotídeas. Estas, ainda que pouco estenosantes por si acompanham-se, frequentemente, de ulcerações e microembolias causadoras de eventos neurológicos focais. Este diagnóstico é ainda hoje de exclusão, a ser considerado em doentes, com >45anos, com evento(s) neurológico(s) focal(ais), na ausência de lesões ateroscleróticas intra-cerebrais ou lesões cardíacas significativas. A sua confirmação exige a realização de um estudo angiográfico dinâmico com séries obtidas com a cabeça em várias posições e observando também a motilidade carotídea induzida pelo ciclo cardíaco.

Notas:



PO22
FÍSTULA VERTEBRO-JUGULAR TRAUMÁTICA

C. Joana Rodrigues, António Santos Simões
Unidade de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. Teotónio.

Introdução:

As fístulas arteriovenosas envolvendo a artéria vertebral são raras devido ao trajecto profundo e protegido deste vaso. As mais frequentes são de origem traumática e envolvem os segmentos V1-2 (40-50%). Causam, frequentemente, tinitus e um sopro ipsilateral, não sendo raros sintomas neurológicos e, num número menor de casos, insuficiência cardíaca.

Material e Métodos:

Os autores apresentam o caso clínico de um doente, sexo masculino, 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e insuficiência mitral. Cerca de 10 anos antes tinha sido vítima de uma agressão com arma branca da qual resultou uma ferida incisa na base do pescoço à esquerda sendo submetido, na altura, a exploração e sutura desta. Em consulta recente de Cardiologia é detectado um sopro sistólico cervical esquerdo motivo de referência à consulta de Angiologia e Cirurgia Vascular.

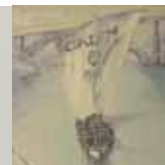
Resultados:

A história clínica do doente revela um quadro de tinitus e cefaleias esquerdas de longa data. É realizado um ecodoppler que exclui a presença de lesões carotídeas e que levanta a hipótese de se estar na presença de uma fístula traumática subclávia esquerda justa origem da artéria vertebral. A angiografia confirma a lesão e a sua localização, não sendo possível distinguir o ponto de fuga exacto. Durante a intervenção cirúrgica detecta-se uma fístula vertebrojugular esquerda que foi isolada e encerrada com laqueação da veia jugular e manutenção do fluxo na artéria vertebral. O doente mantém-se assintomático, sem tinitus ou cefaleias, sem sopros cervicais e sem sinais ecográficos de recidiva ao fim de 1 ano de *follow-up*.

Conclusões:

As fístulas arteriovenosas traumáticas constituem um desafio para o cirurgião vascular pela multiplicidade de locais onde podem ser encontradas e pela multiplicidade de vasos que podem envolver. Qualquer fístula proximal às artérias umeral ou poplitea podem causar sintomas sistémicos motivo pelo qual a sua resolução deve ser célere após o diagnóstico.

Notas:



PO23

DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA TIPO B: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nádia Duarte, Ana Gonçalves, Gil Marques, Pedro Barroso, António González, Inês Pinheiro, Ana Afonso, Maria José Ferreira
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta.

Objectivo:

Apresentação, sob a forma de Poster, de um caso clínico de dissecção aórtica tipo B de Stanford complicada e o seu tratamento.

Material e Métodos:

Trata-se de um doente de 83 anos, do sexo masculino, hipertenso e dislipidémico. Recorre a 19 de Outubro de 2009 ao serviço de urgência por toracalgia, cansaço e episódio isolado de hemoptise. Objectivamente com sopro sistólico e crepitações na base pulmonar esquerda, sem broncoespasmo. Analiticamente com enzimologia cardíaca sugestiva de enfarte agudo do miocárdio. Procedeu-se à realização de exames complementares de diagnóstico (TAC torácica e Angio-TC) que revelaram dissecção da aorta torácica, ao longo do trajecto da aorta descendente até início da aorta abdominal, acima do tronco celíaco, em ruptura que se manifestou por extenso hemotórax esquerdo. Foi colocada prótese endovascular na aorta torácica justa emergência da artéria subclávia esquerda (TEVAR – thoracic endovascular aortic repair) e posterior drenagem do hemotórax.

Resultados:

Alta ao 33º dia pós-operatório, encontrando-se o doente assintomático. Durante a vigilância pós-operatória, o doente manteve-se sem queixas.

Conclusões:

A dissecção aórtica aguda é a emergência aórtica mais comum e mais de um em quatro doentes morrem no hospital (mortalidade é de 1% em cada hora nas 24 horas iniciais). A dissecção tipo B representa apenas 30 a 40% de todas as dissecções. O objectivo principal nesta entidade é o controlo tensional agressivo e reparação electiva para evitar os eventos agudos. Este caso refere-se a um doente com sintomas inespecíficos e dissecção da aorta tipo B em ruptura. Das hipóteses terapêuticas disponíveis optou-se pela técnica endovascular dado que o doente pertencia a uma faixa etária elevada e apresentava co-morbilidades associadas (hemotórax extenso e EAM). Este caso revela, também, interesse pela raridade do desfecho positivo que se verificou neste doente.

Notas:



PO24

EMBOLIZAÇÃO DISTAL: COMPLICAÇÃO DE INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA NO MEMBRO INFERIOR

Dalila Rolim, Ana Ferreira, Mário Vieira, José Lopes, Pedro Almeida, Joana de Carvalho, Paulo Dias, Sérgio Sampaio, Roncon de Albuquerque

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculardo Hospital de S. João.

Objectivo:

Apresentação, sob a forma de poster, de um caso clínico de tromboembolismo distal na sequência de stenting da transição femoro-poplíteia e angioplastia com balão da artéria femoral superficial.

Material e Métodos:

Com recurso a imagens de arteriografia descreve-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 70 anos de idade, diabética, internada por isquemia crónica de grau IV do membro inferior direito.

A arteriografia documentou lesões passíveis de correcção endovascular. Procedeu-se assim por via transfemoral anterógrada, à colocação de *stent* de nitinol 6 mm x 6 cm na transição femoro-poplíteia (corrigindo oclusão segmentar) e dilatação com balão 6 mm x 6 cm de estenose no terço proximal da artéria femoral superficial. No final do procedimento, a arteriografia de controlo demonstrou imagem de subtracção distalmente ao *stent* e, em série imediatamente subsequente, imagem de stop ao nível da bifurcação poplíteia. A embolização tinha ficado documentada "em directo".

Foi efectuada cirurgia urgente de tromboembolectomia poplíteia distal.

Resultados:

Apesar da complicação inerente ao procedimento inicial, houve um resultado hemodinâmico favorável com permeabilização do segmento ocluído, comprovado angiograficamente. Do procedimento resultou ganho hemodinâmico e melhoria clínica.

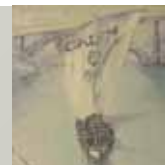
A doente foi posteriormente submetida a amputação transmetatársica do membro em causa, encontrando-se em processo de cicatrização.

Conclusão:

Apesar da cirurgia convencional ainda permanecer o gold standard nas oclusões completas da artéria femoral superficial ou quando existe envolvimento simultâneo da artéria femoral comum, o tratamento endovascular tem ganho reconhecimento no tratamento da doença arterial periférica deste sector. A percentagem de embolização das artérias distais varia entre 4 a 5%, embora a incidência real de embolização distal assintomática esteja subestimada.

A menor agressividade associada ao tratamento por via endovascular deste segmento arterial tem servido para sugerir a intervenção em doentes claudicantes. Este tipo de complicação, com consequências potencialmente comprometedoras da viabilidade do membro, parece convidar à reflexão sobre tais indicações.

Notas:



PO25

EMBOLIIZAÇÃO ANEURISMA DA ARTÉRIA ILÍACA INTERNA: UMA SOLUÇÃO SIMPLES

Dalila Rolim, Ana Ferreira, Mário Vieira, José Lopes, Pedro Almeida, Joana de Carvalho, Paulo Dias, Sérgio Sampaio, Roncon de Albuquerque

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João.

Objectivo:

Apresentação, sob a forma de poster, de um caso clínico em que foi realizada a embolização de aneurisma isolado da artéria ilíaca interna.

Material e Métodos:

Com recurso a imagens de arteriografia e de tomografia computadorizada (TC), descreve-se o caso clínico de um doente do sexo masculino de 72 anos de idade, hipertenso, fumador e com isquemia crónica de grau II dos membros inferiores.

Em TAC abdomino-pélvico, realizada durante a investigação de queixas de dor lombar, diagnosticou-se aneurisma isolado da artéria ilíaca interna esquerda com 42 mm de maior diâmetro e extensão de 55 mm. A artéria ilíaca interna contra-lateral apresentava-se livre de doença. O aneurisma foi excluído através de embolização pela libertação de 17 *coils*, com acesso femoral contra-lateral e colocação de catéter recto no aneurisma.

Resultados:

O procedimento decorreu sem complicações. A arteriografia final demonstrou preenchimento apenas do segmento proximal da artéria ilíaca interna, que aí retia o produto de contraste. O doente teve alta no dia seguinte, sem queixas.

Conclusão:

Os aneurismas da artéria ilíaca interna são raros. A sua incidência é inferior a 0.03%, havendo pouca informação relativa à sua história natural. No entanto, o tratamento impõe-se quando o seu diâmetro ultrapassa os 30 mm, quando acontece a ruptura ou de documenta a compressão de estruturas adjacentes. A resolução passa pela cirurgia aberta ou pelo tratamento endovascular, com elevada eficácia e menor morbilidade deste último.

Notas:



PO26

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE DISSECÇÃO E PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA CARÓTIDA COMUM

Dalila Rolim, Joana de Carvalho, Ana Ferreira, Mário Vieira, José Lopes, Pedro Almeida, Paulo Dias, Sérgio Sampaio, Roncon de Albuquerque
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de S. João.

Objectivo:

Apresentação, sob a forma de poster, de um caso clínico de dissecção e pseudoaneurisma da artéria carótida comum.

Material e Métodos:

Com recurso a imagens de arteriografia e de tomografia computadorizada (TC), apresenta-se caso clínico que envolveu um doente do sexo masculino com 64 anos de idade, hipertenso.

O paciente foi admitido por dissecção da aorta tipo A com porta de entrada na aorta ascendente, com atingimento do arco aórtico até à emergência da artéria subclávia esquerda. A artéria inominada direita apresentava-se também dissecada. Foi submetido a correcção cirúrgica emergente no Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica, procedendo-se à substituição do hemiarco aórtico e porção distal da aorta ascendente com conduta gelseal 26 mm.

A angio-TC de controlo pós-operatório demonstrou dissecção (interpretada como iatrogénica) envolvendo a artéria carótida comum esquerda. Esta situação implicava diminuição considerável do diâmetro luminal da artéria em causa. Observava-se também pseudo-aneurisma adjacente à parte proximal do segmento dissecado, com 10 mm de diâmetro. Os achados foram confirmados por arteriografia; procedeu-se à correcção endovascular imediata com colocação de *stent* de nitinol Precise® RX, por via transcutânea femoral e sob protecção cerebral Angioguard®. A arteriografia final demonstrou a fixação do defeito de entrada, com lentificação franca do preenchimento do pseudo-aneurisma pelo produto de contraste.

Resultados:

O TC de controlo 6 dias depois da intervenção documentou correcção da dissecção com exclusão completa do pseudoaneurisma. O falso lúmen não era visível; a artéria carótida comum apresentava lúmen patente e de dimensões normais. Não eram visíveis lesões cerebrais isquémicas.

O doente mantém-se assintomático, sem sintomas de malperfusão mais de 2 anos após o sucedido.

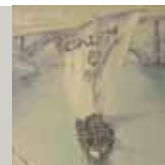
Conclusão:

O tratamento impôs-se pelo potencial que a situação apresentava para sofrer complicações do foro neurológico ou hemorrágico.

A cirurgia convencional tem uma taxa de mortalidade que varia entre 2 a 40% nos falsos aneurismas infectados; a taxa de morbilidade neurológica pode chegar aos 20%.

As soluções endovasculares, cada vez mais utilizadas, permitem a resolução de situações complexas ao aceder às lesões por via intraluminal evitando as dificuldades de acesso e exposição inerentes à localização anatómica das lesões. O tratamento endovascular está associado a menor morbilidade e mortalidade embora ainda poucos estudos apresentem resultados a longo prazo.

Notas:



PO27

LINFEDEMA DOS MEMBROS INFERIORES – ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM INTERNAMENTO

João Vieira, Gonçalo Sousa, Pedro Amorim, Lourenço C. e Sousa, Karla Ribeiro, Gonçalo Sobrinho, Teresa Vieira, Nuno Meireles, Sandra Miguel*, Pereira Albino

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular II – Centro Hospitalar Lisboa Norte e Serviço de Fisiatria do CHLN – Pólo Hospital Pulido Valente.

O linfedema dos membros inferiores é uma patologia vascular esquecida considerada como incurável e de menor importância pela maioria dos clínicos que a observam. Contudo é causadora de marcada incapacidade sobretudo nas formas elefantíacas.

Os autores, continuando uma escola formativa iniciada no H. St. Marta, têm mantido no seu serviço um internamento regular de casos de linfedema principalmente de formas complicadas e resistentes ao tratamento em ambulatório.

Para o controlo destes doentes têm contado com a colaboração do Serviço de Fisiatria do CHLN – pólo H. Pulido Valente e desenvolvido um programa de tratamento médico e cirúrgico que envolve o pessoal de enfermagem do seu serviço, as técnicas fisioterapeutas, o Serviço de Psiquiatria e nalguns casos a Cirurgia Geral com a realização de cirurgias para redução da obesidade.

Assim de 2007 a 2010 estiveram internados no serviço 9 casos de linfedema dos membros sendo 3 consequentes a malformações venosas.

Descrevem as técnicas de tratamento que usaram e os resultados obtidos.

Concluem que deve ser dado mais relevo social a esta patologia enfatizando a necessidade da criação de centros de ambulatório, no âmbito do SNS, para o seu tratamento.

Notas:



X Congresso Anual DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
PORTO, 2-5 de Junho de 2010 | CENTRO DE CONGRESSOS DA ALFÂNDEGA

PO28
UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO PORTAL: CASO CLÍNICO

Joana Moreira, Luís Antunes, Ana Baptista, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Emanuel Furtado, Albuquerque Matos
 Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivos:

Apresentação sob a forma de poster do caso clínico de um doente com um quadro de hipertensão portal condicionado pela presença de fístula artério-venosa entre a artéria gastroduodenal e a veia porta.

Material e Métodos:

Caso clínico – Doente do sexo masculino de 77 anos, previamente saudável, com história de ascite volumosa de instalação recente. Hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas. Anemia, sem alterações da protrombinémia, provas de função hepática ou albuminémia. Marcadores tumorais normais e marcadores víricos negativos. TAC abdominal revelando acentuada dilatação da veia porta (30 mm) notando-se fístula entre a artéria gastroduodenal e a veia porta; fígado sem estigmas de hepatopatia crónica e sem nódulos; ascite volumosa. Após optimização clínica optou-se pelo tratamento cirúrgico. Laparotomia com drenagem de ascite, isolamento e laqueação do trajecto fistuloso entre a artéria gastroduodenal e a veia porta. Sem complicações per-operatórias.

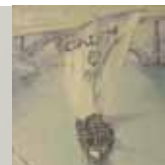
Resultados:

Laqueação da fístula confirmada por angiografia per-operatória. Período pós-operatório complicado por derrame pleural esquerdo e reaparecimento de ascite moderada. Excluída hipótese de trajecto fistuloso acessório por angiografia selectiva abdominal. Ao 18º dia, após regressão da ascite, teve alta medicado com diuréticos.

Conclusões:

As fístulas artério-venosas envolvendo a veia porta são uma causa rara, porém tratável, de hipertensão portal e de hemorragia digestiva. Estão frequentemente relacionadas com traumatismos abdominais ou cirurgias abdominais prévias. Estão associados a uma alta taxa de morbilidade e mortalidade, pelo que a terapêutica cirúrgica, por via clássica ou endovascular, é mandatária logo que este diagnóstico é estabelecido.

Notas:



PO29 ANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL: CASO CLÍNICO

Joana Moreira, Luís Antunes, Ana Baptista, Ricardo Pereira, Anabela Gonçalves, Gabriel Anacleto, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves, Pedro Nunes, Albuquerque Matos
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

Apresentação sob a forma de poster de um caso clínico de um doente jovem com volumoso aneurisma da artéria renal esquerda.

Material e Métodos:

Caso clínico – Doente do sexo masculino de 22 anos, com lombalgia à esquerda com algumas semanas de evolução. Recorreu ao Médico Assistente que solicitou estudo imagiológico por ecografia abdominal. Detectada imagem sugestiva de aneurisma da aorta abdominal. Este achado motivou a transferência para o nosso Hospital onde foi admitido consciente e orientado, hemodinamicamente estável, apresentando uma massa pulsátil epigástrica, com frémito e sopro sistólico à auscultação. Realizou estudo por Angio-TAC que revelou um aneurisma da artéria renal esquerda com 16 cm de diâmetro. Dada a estabilidade clínica e topografia lesional optou-se por tentar embolizar, sem sucesso, o tronco da artéria renal esquerda antes da abordagem cirúrgica. O doente foi então submetido a Nefrectomia total esquerda por via toraco-abdominal.

Resultados:

Pós-operatório sem complicações, locais ou sistémicas. Alta ao 8º dia, mantendo boa função renal e com níveis normais de hemoglobina. Diagnóstico de aneurisma da artéria renal confirmado por estudo anátomo-patológico da peça operatória.

Conclusões:

Os aneurismas da artéria renal são raros, tendo uma incidência entre 0.01% e 1%. A maioria dos doentes é assintomática, sendo a sintomatologia mais frequente hipertensão arterial, dor e hematúria. A terapêutica é cirúrgica, e dependendo das dimensões do aneurisma, pode ir da exclusão por via endovascular, reparação cirúrgica por via clássica, até à nefrectomia.

Notas:



PO30

EMBOLOGIA TRANSLOMBAR DO SACO ANEURISMÁTICO PARA TRATAMENTO DE ENDOFUGA TIPO II APÓS CORRECÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTOILÍACO

Vale-Pereira, R.; Gonçalves,B.; Gil Agostinho,A.; Gonçalves,O.; Albuquerque Matos,A.

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular e Serviço de Iamgiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Objectivos:

A endofuga ("endoleak") é definida como a perfusão persistente do saco aneurismático após tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal (EVAR). Com o crescente número de casos e generalização da reparação endovascular do aneurisma da aorta abdominal, como alternativa ao tratamento clássico, a endofuga surge como uma complicação única desta terapêutica.

Existe uma classificação anatómica das endofugas globalmente aceite, em que a fuga é definida pelo local de entrada ou local a partir do qual o saco é perfundido. A endofuga tipo II é o tipo de fuga mais comum, relacionado com a perfusão do saco através de vasos colaterais da aorta (artéria mesentérica inferior e vasos ílio-lombares).

Independentemente da origem de uma endofuga persistente pós EVAR, esta deverá ser identificada, monitorizada e tratada, pois poderá estar associada à expansão do saco aneurismático e até à ruptura, como relatado por vários autores.

Material e Métodos:

Doente portador de aneurisma aortoiliaco (volumoso aneurisma ilíaco direito), proposto e tratado pelo método endovascular, com implantação de endoprótese bifurcada. Ao 6º mês de *follow-up* detectou-se presença de endofuga classificada como tipo II; manteve-se em vigilância bi-anual, tendo-se verificado uma situação estacionária do ponto de vista clínico bem como das características da área de fuga ou das dimensões do aneurisma.

Em 2009 foi internado em Hematologia com o diagnóstico de Leucemia Mieoloblastica Aguda, tendo o exame Angio-TAC revelado uma endofuga de maior volume, em possível origem ou relação com a artéria mesentérica, bem como um aumento das dimensões do aneurisma.

Manteve-se em vigilância, e após resolução da sua patologia hematológica foi internado para estudo angiográfico, não se tendo objectivado qualquer ponto de fuga.

Optou-se então pela tentativa de embolização do saco aneurismático com punção lombar directa da endofuga, guiada por TAC, introdução de "micro-coils", e de cola de fibrina (TISSEEL da *Baxter*).

Resultado:

O procedimento foi desprovido de complicações, tendo-se verificado no controlo tomográfico imediato uma diminuição muito significativa de fuga de contraste. Num controlo ecodoppler duas semanas após o procedimento não foi possível identificar qualquer tipo de fuga, com aparente trombose total do saco aneurismático.

Conclusões:

A embolização do saco aneurismático para tratamento da endofuga tipo II pós-EVAR é uma modalidade descrita por diversos autores. Existem duas possibilidades de abordagem descritas: embolização transarterial e translombar por punção directa. Neste paciente optou-se por esta segunda modalidade com sucesso técnico imediato, sem complicações. O *follow-up* subsequente irá determinar qual o sucesso técnico a médio/longo prazo, bem como o potencial da técnica na resolução total deste tipo de endofuga, deste paciente.

Notas:



PO31
ENDOLEAK TIPO I TARDIO. TRATAMENTO COM ENDOPRÓTESE VASCULAR FENESTRADA. UM CASO CLÍNICO

Sérgio Silva, Victor Bettencourt, Tiago Neves, Alexandre Aranha, Daniela Gonçalves, Duarte Medeiros
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz.

O tratamento endovascular dos aneurismas da aorta abdominal, iniciado há quase duas décadas, vem sendo considerado a escolha para doentes que apresentam aneurisma de aorta abdominal, e que sejam de elevado risco para a realização da cirurgia convencional.

A persistência ou recorrência de fluxo para o interior do saco aneurismático após o implante de uma endoprótese vascular é denominada *endoleak*, podendo perpetuar o aumento de pressão no saco aneurismático e assim de rotura. A prevalência de *endoleaks* após correção endovascular de aneurisma é muito variável, tendo sido relatada na literatura entre 2,4% e 45,5%. Sua importância clínica está diretamente relacionada com o aumento do risco de rotura do aneurisma.

Os autores pretendem com este trabalho relatar um caso de *endoleak* tipo I tardio, condicionado por migração da endoprótese implantada 1 ano antes.

O doente foi tratado com sucesso, mediante a colocação de uma nova endoprótese recta, com fenestrações para as artérias renais e mesentérica superior, garantindo assim uma nova zona de selagem próximal e exclusão do aneurisma.

Notas:



P032

PROGRESSIVE DYSPHAGIA AFTER MECHANICAL THROMBECTOMY IN THE STROKE TREATMENT

Fernandez Castro E, Maeso Lebrun J, Álvarez Garcia B, Constenla García I, Luccini F, Matas Docampo M.

Objective:

To present a solution for a complication after mechanical thrombectomy used in the treatment for a stroke.

Case:

We present a 82 years-old female with a left medial cerebral artery cardioembolic stroke. Intra-arterial fibrinolysis plus mechanical thrombectomy with the MERCI® retrieval system was used for the treatment. It was possible to remove the thrombus and to restore the blood flow. A clinical improvement of right hemiparesis was observed. It was discharged with oral anticoagulation. After some weeks, the patient presented progressive dysphagia and dysphonia. An angioTC was done four months after showing a giant pseudoaneurysm that compressed the cavum left wall and the pharynx. These findings were confirmed by supraortic ultrasounds.

Results:

The first plan was internal carotid revascularization and sealing the pseudoaneurysm using a covered stent using a transcervical approach. Due to the impossibility to progress the guidewire, the treatment strategy was changed. Cerebral ischemia tolerance was proved by a five minutes clamping of the common carotid artery without neurological symptoms appearance. So we proceed to do the distal common carotid ligation and we also ligated the external artery carotid to avoid pseudoaneurysm filling by reflow.

Postoperative ultrasound confirmed the thrombosis of the pseudoaneurysm. In the transcranial doppler it was observed blood flow through left medial cerebral artery from posterior cerebral artery. Dysphonia and dysphagia improved. No new neurological symptomatology has appeared.

Comentary:

In carotid trauma it is always preferable to repair the lesion and restore the blood flow, but in some cases, the ligation after a positive cerebral ischemia tolerance test may be a good option.

Notas:

DIRECÇÃO

Joaquim Barbosa

Presidente

Rui Almeida

Vice-Presidente

Armando Mansilha

Secretário-Geral

Amilcar Mesquita

Tesoureiro

Gabriel Anacleto, Alexandra Canedo, Sérgio Sampaio

Vogais

www.spacv.org

PARCEIROS

Parceiros Platinum



SILVERINFOR



Parceiros Gold

ACTELION

C R Bard

COOK – BIOSONDA

CORDIS

COVIDIEN

JUZO

LEO Farmacêuticos

MEDI BAYREUTH

MEDICINÁLIA + W.L. GORE

SIGVARIS

TECNIFAR

Parceiros Silver

BAUERFEIND

BOEHRINGER-INGELHEIM

DECOMED

ESTEVE FARMA

ETHICON

GRIFOLS

GRÜNENTHAL

SANOFI-AVENTIS

SMITH NEPHEW

Apoios

3M

GE

ABBOTT

SECRETARIADO

Porto:

ACROPOLE

Rua do Gondarém, 956, r/c

4150-375 Porto

telf: +351 226 199 687

fax: +351 226 199 689

telm: +351 968 900 301

telm: +351 913 267 645

e-mail: spacv@sapo.pt

Lisboa:

Av. João Crisóstomo, 30, 5º

1050-127 Lisboa

telm: +351 913 267 649

e-mail: spacv@sapo.pt