

# XI CONGRESSO

SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA  
VASCULAR

UISEU  
HOTEL MONTEBELO  
23 / 25 JUNHO 2011

## LIVRO DE RESUMOS

ABSTRACT BOOK

23 / 25 JUNHO 2011

Armando Mansilha  
SECRETÁRIO-GERAL  
Gabriel Anacleto  
TESOUREIRO  
Ana Gonçalves / Leonor Vasconcelos  
Daniel Brandão VOGAIS

[www.spacv.org](http://www.spacv.org)



# **XI CONGRESSO**

**SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA  
VASCULAR**

---

**UISEU  
HOTEL MONTEBELO  
23 / 25 JUNHO 2011**

---

## **LIVRO DE RESUMOS**

**ABSTRACT BOOK**



# ÍNDICE

P. 4      **CORPOS DIRIGENTES – PARCERIAS – SECRETARIADO**

P. 5      **PARTICIPANTES**

P. 6  
P. 9      **PROGRAMA**

P. 10  
P. 21      **SESSÃO MELHOR COMUNICAÇÃO SPACV**

P. 22  
P. 31      **SESSÃO COMUNICAÇÕES LIVRES 1**

P. 32  
P. 41      **SESSÃO COMUNICAÇÕES LIVRES 2**

P. 42  
P. 51      **SESSÃO COMUNICAÇÕES LIVRES 3**

P. 52  
P. 61      **SESSÃO COMUNICAÇÕES LIVRES 4**

P. 62  
P. 99      **SESSÃO MELHOR POSTER SPACV**

## Direcção

–  
Presidente  
**Dr. Rui Almeida**  
–  
Vice Presidente  
**Dra. Isabel Cássio**  
–  
Secretário Geral  
**Prof. Doutor Armando Mansilha**

–  
Tesoureiro  
**Dr. Gabriel Anacleto**  
–  
Vogais  
**Dra. Ana Gonçalves**  
**Dra. Leonor Vasconcelos**  
**Dr. Daniel Brandão**

## Assembleia Geral

–  
Presidente  
**Dr. António Guedes Vaz**  
–  
Secretário  
**Dra. Teresa Vieira**  
–  
Vogal  
**Dra. Joana Carvalho**

## Conselho Fiscal

–  
Presidente  
**Dra. Angélica Damião**

–  
Vogais  
**Dr. José Aragão Morais**  
**Dr. João Correia Simões**

## Editor da Revista

–  
**Prof. Doutor Luís Mendes Pedro**

## Comissão Organizadora Local

–  
**Dr. António Simões**  
–  
**Dra. Carla Joana Rodrigues**

## Secretariado

Acrópole  
–  
Rua de Gondarém, 956 - R/C  
4150-375 Porto  
Tlf: +351 226 199 687  
Fax: + 351 226 199 689

Tlm: + 351 968 491 215  
Tlm: + 351 913 267 645  
–  
spacv@sapo.pt  
susanapacheco@acropole.pt  
–  
[www.spacv.org](http://www.spacv.org)

## Parceiros

### Parceiros Platinum

–  
**SERVIER**  
**MEDTRONIC**  
**BAYER**  
**LEO**  
**PHARMACEUTICS**  
**BIOSAUDE**

### Parceiros Gold

–  
**C.R. BARD**  
**MEDI BAYEREUTH**  
**MEDICINÁLIA**  
**CORMÉDICA**  
**MSD**  
**SANOFI-AVENTIS**  
**SIGVARIS**  
**TECNIFAR**

### Parceiros Silver

–  
**BAUERFIND**  
**CORDIS**  
**COOK-BIOSONDA**  
**DECOMED**  
**ESTEVE FARMA**  
**GE**  
**JUZO**  
**MAQUET**  
**PORTUGAL**  
**PIERRE FABRE**

### Apoios

–  
**ABBOTT**  
**GRIFOLS**

## Participantes

A. Guedes Vaz  
Albuquerque de Matos  
Alexandra Canedo  
Almeida D'Eça  
Amílcar Mesquita  
Ana Evangelista  
Ana Gonçalves  
Anabela Simões  
Angélica Damião  
António Braga  
Antonio Rosendo  
António Simões  
Arkadiusz Jawien  
Arlindo Matos  
Armando Mansilha  
Carla Joana Rodrigues  
Carlos Pereira  
Carlos Vaquero  
Carolina Vaz  
Celso Carrilho  
Daniel Brandão  
Dinis da Gama  
Diogo Cunha e Sá  
Ebehard Rabe  
Elsa Azevedo  
Francisco Lozano  
Felizitas Pannier  
Fernando Gallardo  
Frans Moll  
Frederico Gonçalves  
Gabriel Anacleto  
Gil Marques  
Giuseppe Camporese  
Inês Pinheiro  
Isabel Cássio  
Isabel Vilaça  
Ivone Silva  
Javier Alvarez  
Joana Carvalho  
Joana Ferreira  
Joana Moreira  
João Albuquerque e Castro  
João Correia Simões  
João Martins Pisco  
João Pedro Almeida Pinto  
João Silva Castro  
Joaquim Barbosa  
Jordi Maeso  
José Aragão Morais  
José Carlos Vidoedo  
José Daniel Menezes  
José Fernandes e Fernandes  
José França  
José Teixeira  
Leonor Vasconcelos  
Luís Mendes Pedro  
Luís Mota Capitão  
Manuel Fonseca  
Manuel Martinez  
Marc Cairols  
Marcelo Araújo  
Maria do Céu Rueff  
Maria do Sameiro Caetano Pereira  
Maria Emilia Ferreira  
Maria José Ferreira  
Mário Macedo  
Martin Landaluze  
Mergulhão Mendonça  
Miguel Salazar  
Norton de Matos  
Nuno Meireles  
Óscar Gonçalves  
Paulo Barreto  
Paulo Correia  
Paulo Dias  
Paulo Pimenta  
Paz Dias  
Pedro Brandão  
Pedro Sá Pinto  
Pereira Albino  
Peter Lamont  
Pier Luigi Antignani  
Ramon Segura  
Ricardo Vale Pereira  
Roncon de Albuquerque  
Rui Almeida  
Rui Machado  
Rupert Bauersachs  
Ruy Fernandes e Fernandes  
Sérgio Sampaio  
Silva Nunes  
Teresa Vieira  
Tiago Costa  
Vincent Riambau

# 23

# JUNHO / JUNE

## 8H00 **ESVS Infringuinal Bypass Workshop**

**Coordenação /**  
**Coordination** Martin Landaluce  
Armando Mansilha

**Tutores /**  
**Tutors** Alexandra Canedo  
Celso Carrilho  
Diogo Cunha e Sá  
Rui Machado  
Fernando Gallardo

## 8H00 - 10H00 **Introdução / Introduction**

**Modelos de simulador, instrumentos e técnicas básicas /**  
*Simulator models, instruments and basic techniques*

**Anastomose distal de um bypass femoro-distal**  
**com enxerto venoso / Distal anastomosis of a femoro-distal**  
*vein bypass graft*

**Demonstração e treino "hands-on" /**  
*Demonstration and Hands-on Training*

**10H00 - 16H00 Técnicas adjuvantes: Anastomose distal de**  
**um bypass infra-inguinal com prótese /**  
*Adjunctive Techniques: Distal anastomosis*  
*of an infringuinal prosthetic bypass*

**10H00 - 12H00 Miller Cuff**  
Demonstração e treino "hands-on" /  
*Demonstration and Hands-on Training*

**12H00 - 13H00 Almoço / Lunch**

**13H00 - 15H00 St. Mary's Boot**  
**Demonstração e treino "hands-on" /**  
*Demonstration and Hands-on Training*

**15H00 - 16H00 Distaflo® Mini-Cuff Graft**  
**Demonstração e treino "hands-on" /**  
*Demonstration and Hands-on Training*

**10H00 - 16H00 Rastreio Nacional AAA / AAA National Screening**

**12H00 Reunião da Direcção da SPACV /**  
*SPACV Council Meeting*

**16H00 Café / Welcome Coffee**

**16H30 Sessão "A Mesa do Interno" / Trainees session**

**Presidentes /**  
**Presidents** António Braga  
Mergulhão Mendonça

**Secretário /**  
**Secretary** Joana Moreira

## TEMA 1 **Direito médico / Medical law**

**Introdução /**  
**Introduction** Inês Pinheiro

**Prática clínica - interesses conflitantes e confidencialidade**  
*Clinical practice - conflicting interests and confidentiality*  
**Maria do Céu Rueff**  
DISCUSSÃO / DISCUSSION

## TEMA 2 **Estágios Médicos / Medical fellowships**

**Introdução /**  
**Introduction** Tiago Costa

**Palestrantes /**  
**Speakers** Daniel Brandão  
Frederico Gonçalves  
DISCUSSÃO / DISCUSSION

## TEMA 3 **Exame Europeu de Cirurgia Vasculiar /** *Examination of the European Board* *of Vascular Surgery*

**Introdução /**  
**Introduction** Carolina Vaz

**Palestrantes /**  
**Speakers** Sérgio Sampaio  
Luís Mendes Pedro

**Estrutura do Exame e importância do título de FEBVS**  
*Exam structure and importance of FEBVS title*  
**Armando Mansilha**  
DISCUSSÃO / DISCUSSION

# 24 JUNHO / JUNE

**8H30 Sessão de Comunicações Livres 1 /**  
*Oral Presentations 1*

**Presidente /**  
**President** Maria José Ferreira

**Secretário /**  
**Secretary** Ana Evangelista

**Moderadores /**  
**Moderators** Ricardo Vale Pereira  
Carla Joana Rodrigues

**9H30 Sessão de Comunicações Livres 2 /**  
*Oral Presentations 2*

**Presidente /**  
**President** Luís Mendes Pedro

**Secretário /**  
**Secretary** Isabel Vilaça

**Moderadores /**  
**Moderators** Pedro Sá Pinto  
João Correia Simões

---

**10H30**      **Café / Coffee Break**

---

**11H00**      **Cerimónia de Abertura / Opening Ceremony**

---

**11H30**      **Simpósio SPACV / ESVS**  
*SPACV / ESVS Symposium*

---

Doença Aneurismática / Aneurismal Disease

---

**Presidentes /**  
**Presidents**      Vincente Riambau  
                                 Rui Almeida

**Secretário /**  
**Secretary**      Paulo Dias

**Moderadores /**  
**Moderators**      João Albuquerque e Castro  
                                 Nuno Meireles  
                                 Rui Machado

---

**Destaques da ESVS - recomendações para AAA**  
*Highlights from ESVS' AAA guidelines*  
**Frans Moll**

---

**O que há de novo relativamente ao EVAR**  
*What's new in Abdominal Endografting*  
**Vincent Riambau**

---

**O real benefício do EVAR nos AAAr**  
*The real benefit of EVAR for rAAA*  
**Marc Cairols**

---

**Uma técnica simplificada para cirurgia aberta dos aneurismas toraco-abdominais / A simplified technique for open surgery of thoraco-abdominal aneurysms**  
**Dinis da Gama**

---

**Rastreio do AAA no Reino Unido / AAA screening in UK**  
**Peter Lamont**

---

**Rastreio do AAA em Portugal / AAA screening in Portugal**  
**Armando Mansilha**

---

**13H00**      **Almoço / Lunch**

---

**14H30**      **Trombose Venosa Profunda /**  
*Deep Venous Thrombosis*

---

**Presidente /**  
**President**      Luís Mota Capitão  
                                 António Guedes Vaz

**Secretário /**  
**Secretary**      Joana Ferreira

**Moderadores /**  
**Moderators**      António Rosendo  
                                 Arlindo Matos

---

**Novos anticoagulantes orais: evidência actual e desafios clínicos / NOACs: Current evidence and clinical challenges**  
**Rupert Bauersachs**

---

---

**Estratégias de prevenção da recorrência da TVP**  
*Management strategies for the prevention of DVT recurrences*  
**Giuseppe Camporese**

---

**Tratamento da TVP em Portugal / DVT treatment in Portugal**  
**José Daniel Menezes**

---

**Tratamento da TVP em Espanha / DVT treatment in Spain**  
**Javier Alvarez**

---

**15H30**      **Doença Arterial Periférica /**  
*Peripheral Arterial Disease*

---

**Presidentes /**  
**Presidents**      Roncon de Albuquerque  
                                 João Martins Pisco

**Secretário /**  
**Secretary**      Ruy Fernandes e Fernandes

**Moderadores /**  
**Moderators**      Óscar Gonçalves  
                                 Manuel Martinez  
                                 José Teixeira

---

**Exercício e metabolismo muscular nos claudicantes**  
*Exercise training and calf muscle metabolism in claudicants*  
**Peter Lamont**

---

**Prevenir para não amputar**  
*Preventing to avoid amputation*  
**Ivone Silva**

---

**Presente e futuro do stenting fémoro-poplíteo**  
*Present and future of femoro-popliteal stenting*  
**Daniel Brandão**

---

**Fios-guia no tratamento endovascular infra-genicular**  
*Guidewires in below-knee endovascular treatment*  
**Jordi Maeso**

---

**16H30**      **Café / Coffee Break**

---

**17H00**      **Assembleia Geral da SPACV /**  
*SPACV General Assembly*

---

# 25

# JUNHO / JUNE

**8H00** **Sessão de Comunicações Livres 3 /**  
*Oral Presentations 3*

**Presidentes/**  
**Presidents** António Simões

**Secretário/**  
**Secretary** Paz Dias

**Moderadores /**  
**Moderators** Maria do Sameiro Caetano Pereira  
João Pedro Almeida Pinto

**9H00** **Sessão de Comunicações Livres 4 /**  
*Oral Presentations 4*

**Presidente /**  
**President** Angélica Damião

**Secretário/**  
**Secretary** Anabela Simões

**Moderadores /**  
**Moderator** Carlos Pereira  
Paulo Barreto

**10H00** **Doença Carotídea / Carotid Disease**

**Presidentes/**  
**Presidents** Albuquerque de Matos  
Pereira Albino

**Secretário/**  
**Secretary** Paulo Pimenta

**Moderadores /**  
**Moderator** Ramon Segura  
Maria Emília Ferreira

**Fibrinólise e cirurgia carotídea precoce**  
*Fibrinolysis and early carotid surgery*  
**Elsa Azevedo**

**Quando e como tratar a reestenose carotídea**  
*When and how to treat carotid restenosis*  
**José Fernandes e Fernandes**

**Quando efectuar cirurgia síncrona cardíaca e carotídea**  
*When to perform synchronous coronary and carotid surgery*  
**Luís Mendes Pedro**

**Complicações do stenting carotídeo**  
*Carotid stenting complications*  
**Carlos Vaquero**

**11H00** **Café / Coffee Break**

**11H30** **Simpósio SPACV / UIP**  
*SPACV / UIP Symposium*

Doença Venosa Crónica - *Chronic Venous Disease*

**Presidentes/**  
**Presidents** Eberhard Rabe  
Armando Mansilha

**Secretário/**  
**Secretary** Joana Carvalho

**Moderadores /**  
**Moderator** Mário Macedo  
Paulo Correia  
Marcelo Araújo

**Epidemiologia da doença venosa crónica e implicações futuras na prevenção e educação**  
*Epidemiology of Chronic Venous Disease and implications for future education and prevention*  
**Eberhard Rabe**

**Papel da bomba muscular na doença venosa crónica**  
*Role of calf muscle pump in chronic venous disease*  
**Arkadiusz Jawien**

**Eficácia da terapêutica medicamentosa na doença venosa crónica: dos sintomas à fisiopatologia**  
*Efficacy of drugs on Chronic Venous Disease: from symptoms to pathophysiology*  
**Francisco Lozano**

**Novos desenvolvimentos e resultados da ablação endovenosa por laser**  
*New developments and results in endovenous laser ablation*  
**Felizitas Pannier**

**Avaliação de resultados pelo médico**  
*Physician reported outcomes*  
**Pier Luigi Antignani**

**Avaliação de resultados pelo doente**  
*Patient reported outcomes*  
**Armando Mansilha**

**13H00** **Almoço / Lunch**

**14H30** **Prémio Melhor Comunicação SPACV**  
*SPACV Best Oral Presentation Prize*

**Presidentes/**  
**Presidents** Joaquim Barbosa  
Isabel Cássio

**Secretário/**  
**Secretary** João Silva e Castro

**Moderadores /**  
**Moderator** Norton de Matos  
Teresa Vieira

**Júri /**  
**Jury** Gil Marques  
José Carlos Vidoedo  
Leonor Vasconcelos  
Manuel Fonseca  
Pedro Brandão

**16H00** **Café / Coffee Break**

**16H30** **Prémio Melhor Poster SPACV**  
*SPACV Best Poster Prize*

---

**Presidentes/** Amílcar Mesquita  
**Presidents** José França

**Secretário/** José Aragão Morais  
**Secretary**

**Moderadores /** Almeida d'Eça  
**Moderator** Silva Nunes

**Júri /** Ana Gonçalves  
**Jury** Frederico Gonçalves  
Gabriel Anacleto  
Miguel Salazar  
Sérgio Sampaio

---

**18H30** **Encerramento / Closure**

---

**20H30** **Entrega de prémios e bolsas /**  
*Awards Ceremony*



—  
SESSÃO  
MELHOR  
COMUNICAÇÃO  
SPACV

# EVAR E O SÍNDROMA PÓS-IMPLANTE: A INFLUÊNCIA DO MATERIAL IMPLANTADO

**Frederico Bastos Goncalves, MD<sup>1,2</sup>;**  
**Michiel T. Voûte, MD<sup>1</sup>;**  
**Casper G.A. Klein Nulent<sup>1</sup>;**  
**S.E. Hoeks, PhD<sup>1</sup>;**  
**K. van de Luijngaarden, MD<sup>1</sup>;**  
**Niels J.C. Ravenbergen, MD<sup>1</sup>;**  
**Hence J.M. Verhagen, PhD<sup>1</sup>;**  
**Don Poldermans, PhD<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Departamento de Cirurgia Vascular, Erasmus University Medical Center, Roterdão, Holanda

<sup>1</sup> Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, CHLC, Lisboa, Portugal

## Objectivo

Em doentes submetidos ao tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal (EVAR) é frequente a ocorrência de febre, cansaço e mal-estar que pode durar dias a semanas - situação genericamente designada como "síndrome pós-implante". O objectivo deste estudo é investigar as possíveis causas para esta ocorrência, tendo em conta as características do material implantado.

## Material e Métodos

Foi realizada uma análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes submetidos a EVAR num centro terciário, de 2003 a 2010. Foram excluídos doentes com aneurismas supra-renais, admissão urgente, uso concomitante de diferentes endopróteses no mesmo doente e procedimentos híbridos (incluindo pontagens femoro-femorais). Temperatura corporal e valores serológicos de proteína-C reactiva (PCR) foram avaliados antes da intervenção e diariamente durante 4 dias pós-intervenção. Febre foi definida como temperatura auricular  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ . A superfície de material implantado foi calculada de acordo com os registos cirúrgicos.

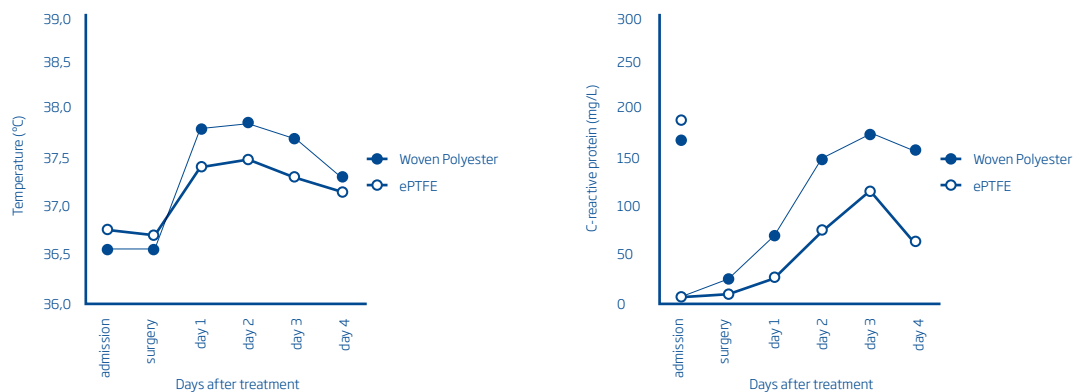
## Resultados

Duzentos e vinte e nove doentes foram incluídos. Todos foram implantados com endopróteses bifurcadas, cuja composição era politetrafluoroetileno expandido (ePTFE) em 117 e polyester em 112 dos casos. Verificaram-se diferenças significativas entre estes dois grupos, no que respeita a temperatura média pós-operatória ( $37,6^{\circ}\text{C}$  para o grupo de ePTFE vs.  $38,1^{\circ}\text{C}$  para o grupo de poliéster;  $p < 0,001$ ) e níveis de PCR (56 vs. 151 mg/L, respectivamente;  $p < 0,001$ ). Febre ocorreu em 52 doentes (46,4%) tratados com endopróteses de poliéster e em 26 (22,2%) com ePTFE. Também encontramos associações entre a superfície de material protésico em contacto com a circulação e a ocorrência de febre ( $p = 0,005$ ) e elevação de PCR ( $p = 0,001$ ).

## Conclusões

Os resultados deste estudo sugerem que o tipo de material protésico utilizado na composição de endopróteses e a quantidade de material implantado são parcialmente responsáveis pela ocorrência do síndrome pós-implante em doentes submetidos a EVAR. A sua importância prognóstica, no entanto, não está ainda demonstrada.

**Figura**  
Resposta inflamatória após EVAR



## Legenda

O gráfico demonstra temperatura auricular (A) e níveis circulatórios de PCR (B) antes, durante e 4 dias depois de implantação da endoprótese, de acordo com a sua composição.

Observações

# A DISFUNÇÃO ENDOTELIAL COMO FACTOR DE RISCO DE COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES NO FENÓMENO DE RAYNAUD

**Ivone Silva,**  
**Tiago Loureiro,**  
**Isabel Almeida, \***  
**Carlos Vasconcelos ,**  
**Armando Mansilha,**  
**Rui Almeida**  
—  
**Serviço de Angiologia**  
**e Cirurgia Vascular**  
**/ Unidade de**  
**Imunologia Clínica -**  
**UIC; HSA-CHP - Porto**

## Objectivos

O Fenómeno de Raynaud (FR) pode ser a primeira manifestação de microvasculopatia periférica. Inicialmente uma vasculopatia funcional, mas que em alguns doentes apresenta alterações estruturais da microcirculação que se manifesta por isquemia digital. O objectivo deste trabalho é analisar um cohort de doentes com Fenómeno de Raynaud primário ou secundário com e sem úlceras digitais e compará-los com um grupo controle saudável, no sentido de identificar factores de risco preditivos de aparecimento das complicações microvasculares. São analisados dados epidemiológicos e demográficos, estudo serológico, proteínas de fase aguda, estudos não invasivos da microcirculação periférica: a capilaroscopia , Eco-doppler para medição do diâmetro e fluxo da artéria umeral pré e pós 5 minutos de isquemia (avaliador de disfunção endotelial)- "flow mediated dilation- FMD" –e o estudo de vários biomarcadores de disfunção endotelial.

## Métodos

O cohort é constituído por um grupo de 140 doentes com idade média de 54 anos ( 14 - 79 anos) que frequentam a nossa Consulta de Raynaud A maioria é do sexo feminino. (86%). Dividiu-se o cohort em 4 grupos a estudar: 1- Raynaud primário; 2- Raynaud secundário sem complicações; 3 - Raynaud secundário com complicações; 4 - Grupo controle. Todos os doentes são submetidos a um inquérito cuidadoso, exame físico,

rastreio serológico auto-imune, capilaroscopia, FMD e é feita pesquisa de vários biomarcadores. Pretende-se estudar a disfunção endotelial medindo a endotelina (ET-1) e a dimetilarginina assimétrica (ADMA). que avalia a biodisponibilidade de óxido nítrico (vasodilatador).

## Resultados

Os resultados preliminares apontam para um aumento da ET-1 nos doentes com Raynaud face ao grupo controle e um aumento significativo nos secundários face aos primários. Relativamente ao ADMA parece estar apenas aumentado nos doentes com Raynaud secundário com complicações associadas. Estes resultados associados aos estudos hemodinamicos e estruturais vão ajudar a definir um perfil de risco nos doentes com Raynaud de desenvolverem complicações microvasculares.

## Conclusões

O diagnóstico de RP, de doença associada com complicações microvasculares pode ser um desafio na nossa prática clínica. O diagnóstico precoce poderia prevenir a incapacidade funcional da mão, dor, e amputação. Pretendemos com este estudo definir um perfil de risco preditivo (%) de aparecimento de complicações microvasculares nos doentes com Fenómeno de Raynaud.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# GRAVIDEZ E LESÃO ENDOTELIAL

**Carlos Veríssimo,  
José Campillo,  
Teresa Matos,  
Ana Cristina Costa,  
Isilda Rocha**

**Serviço de Obstetria,  
Hospital Prof. Doutor  
Fernando Fonseca**

## Objectivos

Avaliar o complexo íntima-média (CIM) em grávidas hipertensas e determinar se um CIM aumentado está relacionado com o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Material e Métodos.

Elaborou-se um estudo prospectivo, descritivo e controlado na Unidade de Medicina Materno-Fetal de um hospital de nível II com apoio perinatal diferenciado. Durante seis meses, 48 grávidas aleatoriamente seleccionadas foram distribuídas por três grupos (A - grupo controlo, n=17; B - grupo de hipertensão gestacional, n=17; C - grupo de hipertensão pré-gestacional, n=14). Todas as mulheres foram submetidas a entrevista clínica, exame objectivo, ecografia obstétrica, avaliação analítica, CTG e medição do CIM na parede distal de ambas as artérias carótidas comuns a 1 cm da bifurcação, pelo mesmo operador, de quem o diagnóstico era oculto, com recurso a ultrassonografia de alta definição e uma sonda linear de 7,5 MHz. O seguimento incluiu o desfecho obstétrico e neonatal.

## Resultados

O CIM médio foi 0,43 mm com um desvio-padrão (dp) de 0,09 mm no grupo A; 0,52 (dp=0,11), p=0,034 no grupo B; 0,58 (dp=0,11), p=2,3x10<sup>-4</sup> no grupo C. Os resultados não foram estatisticamente diferentes nas grávidas hipertensas com e sem pré-eclâmpsia (0,52 (dp=0,11) vs 0,57 (dp=0,11), p=0,20).

## Conclusões

Apesar da existência de diversos trabalhos publicados acerca do CIM, poucos dizem respeito a grávidas. Não se encontrou nenhum estudo português com a metodologia implementada. A lesão endotelial tem sido implicada na patogénese da patologia hipertensiva da gravidez e na restrição do crescimento fetal. O CIM carotídeo, marcador validado de disfunção endotelial, encontra-se aumentado não apenas nas grávidas hipertensas crónicas mas também em mulheres com hipertensão gestacional cuja instalação é temporalmente recente.

## Referências

- Touboul P-J, Hennerici MG, Meairs S, Adams H, Amarencu P, Bornstein L, et al. Mannheim carotid intima media thickness consensus (2004-2006). *Cerebrovasc Dis* 2007;23:75-80.
- Roberts JM. Endothelial dysfunction in preeclampsia. *Semin Reprod Endocrinol* 1998;16:5-15.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# MONITORIZAÇÃO POR DOPPLER TRANSCRANIANO DURANTE A ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA

**Luís Silvestre<sup>1</sup>,  
Paulo Batista<sup>2</sup>,  
Luís M. Pedro<sup>1</sup>,  
Ruy Fernandes  
e Fernandes<sup>1</sup>,  
José L. Giménez<sup>1</sup> e  
J. Fernandes e Fernandes<sup>1</sup>**

**(<sup>1</sup>)  
Centro Hospitalar Lisboa  
Norte- Hospital de Santa  
Maria**

**–  
Serviço de Cirurgia  
Vascular I (Director: Prof.  
A. Dinis da Gama)**

**(<sup>2</sup>)  
Centro Hospitalar Lisboa  
Norte- Hospital de Santa  
Maria**

**–  
Serviço de Neurologia  
(Director: Prof. José Ferro)**

**–  
Hospital de Santa Maria  
Avenida Prof. Egas Moniz  
1649-035 Lisboa  
luis.m.silvestre@gmail.com**

## **Introdução**

A monitorização com Doppler transcraniano (DTC) durante a endarterectomia carotídea (CEA) permite a identificação de sinais microembólicos (MES) e de hiperperfusão persistente que podem associar-se a complicações cerebrais peri-operatórias. Por outro lado, a redução relativa da velocidade sistólica (PSV) na cerebral média após clampagem tem sido utilizada na avaliação da necessidade de shunt e na monitorização do seu funcionamento.

## **Objectivo**

Avaliar os resultados da monitorização por DTC intra-operatório de uma série de doentes submetidos a CEA. Material e métodos: Foi efectuado um estudo retrospectivo em 175 doentes submetidos a 180 procedimentos. Eram sintomáticas 110 lesões (61%): acidente vascular cerebral (AVC)-67, acidente isquémico transitório-38; amaurose fugaz-10. Dezanove doentes tinham oclusão carotídea contralateral. O critério para utilização de shunt foi a pressão residual  $\leq 50$ mmHg, a qual foi comparada com redução de 50% da PSV na cerebral média após clampagem.

## **Resultados**

Durante a dissecação carotídea, registaram-se MES em 22% dos casos. Nesta fase, a ocorrência de mais de 10 fenómenos microembólicos foi significativamente superior nos doentes com AVC prévio (9%), em relação aos assintomáticos (1,4%) ( $p < 0,05$ ). No período de funcionamento do shunt identificaram-se MES em 30% dos casos.

Quanto à necessidade de utilização de shunt, o critério de pressão residual mostrou indicação em 51%

dos casos, sendo significativamente mais elevada nos doentes com oclusão contralateral (84%) ( $p < 0,005$ ). A comparação da avaliação por DTC (queda da PSV  $> 50\%$ ) com a pressão residual (gold standard) mostrou sensibilidade de 71,4% e especificidade de 95,4%.

De acordo com os critérios de DTC, houve necessidade de reposicionar o shunt em 24% dos casos.

Nesta série, a morbilidade neurológica ipsilateral foi de 0,6%, correspondente a um caso de transformação hemorrágica de enfarte cerebral prévio, no qual o DTC identificou hiperperfusão persistente. Não ocorreu mortalidade.

## **Conclusões**

A monitorização por DTC constitui um adjuvante útil nos procedimentos de CEA.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# DESAFIOS ENDOVASCULARES AÓRTICOS - EXPERIÊNCIA INSTITUCIONAL

**Alves, Gonçalo R.;  
Vasconcelos, Leonor;  
Rodrigues, Hugo;  
Valentim, Hugo;  
S. Castro, João; Ferreira,  
M<sup>a</sup> Emília; Castro, João  
A.; Capitão, Luis M.**

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

## Bibliografia

- 1- Mario Zanchetta et al; Funnel Technique for First-Line Endovascular Treatment of an Abdominal Aortic Aneurysm With an Ectatic Proximal Neck; J ENDOVASC THER 2006;13:775-778
- 2- Tomas Ohrlander et al, The Chimney Graft: A Technique for Preserving or Rescuing Aortic Branch Vessels in Stent-Graft Sealing Zones; J ENDOVASC THER August 2008, Vol. 15, No. 4, pp. 427-432
- 3- Kevin J. Bruen et al, Endovascular chimney technique versus open repair of juxtarenal and suprarenal aneurysms; Journal of Vascular Surgery Volume 53, Issue 4, Pages 895-905, April 2011

## Objectivos

A técnica endovascular é hoje uma alternativa à cirurgia convencional no tratamento da patologia aneurismática aorto-ílica, sobretudo nos doentes de elevado risco cirúrgico. Em alguns casos, no entanto, pelas suas especificidades anatómicas e/ou clínicas, nenhuma das alternativas se apresenta como uma boa opção terapêutica. Estes doentes constituem desafios técnicos, que requerem soluções pouco comuns no seu tratamento.

Os autores apresentam uma série de casos clínicos, tratados na sua Instituição, onde foram encontradas soluções pouco usuais no tratamento endovascular de aneurismas da aorta torácica, aorta abdominal e ilíacos, utilizando alternativas como a técnica de "Chimney" e de "Funnel" e o acesso complementar pela artéria axilar para colocação de endoprótese bifurcada para a artéria ilíaca interna.

## Material e Métodos

A nossa Instituição utilizou pela primeira vez a técnica de "Chimney" em 2009, para resgate da artéria carótida comum esquerda após a oclusão inadvertida durante a exclusão endovascular de um aneurisma da aorta torácica. Foi colocado um stent auto-expansível, repermeabilizando esta artéria, não se verificando endoleaks no final do procedimento. Realizaram-se desde então mais dois procedimentos, em aneurismas envolvendo o arco aórtico. Num dos doentes foram colocados dois stents auto-expansíveis, na artéria carótida comum esquerda e na artéria subclávia esquerda, e no outro doente foi colocado um stent auto-expansível na artéria subclávia esquerda. Realizaram-se ainda três procedimentos abdominais, dois em aneurismas juxtarenais, utilizando dois stents auto-expansíveis revestidos por ePTFE nas artérias renais esquerda e direita e num aneurisma toraco-abdominal tipo IV roto, onde foram utilizados 2 stents auto-expansíveis revestidos por ePTFE, um na artéria renal direita e outro na artéria mesentérica superior.

O primeiro caso com utilização da técnica de "Funnel", utilização de uma endoprótese torácica como cuff proximal de uma endoprótese abdominal bifurcada em aneurisma com colos proximais ectasiados, foi realizado em 2008, num aneurisma da aorta abdominal infra-

renal assintomático e com um elevado risco cirúrgico. Posteriormente esta técnica foi utilizada em mais dois doentes com aneurisma da aorta abdominal infrarenal, um sintomático e o outro com uma rotura contida.

"Endoprótese com ramificação para a artéria ilíaca interna com cateterização por via axilar" : Em dois doentes com aneurismas da aorta abdominal infrarenal infra-renal prévios tratados por EVAR e dilatação aneurismática das artérias ilíacas primitivas detectada no follow-up foram utilizadas endopróteses com ramificação para a artéria ilíaca interna. Estes casos apresentam-se como um desafio técnico, uma vez que, a cateterização da artéria ilíaca interna através artéria femoral contralateral não é exequível, sendo a alternativa a artéria axilar. Em ambos os casos, foi utilizada como via de acesso a artéria axilar esquerda. Os procedimentos decorreram sem intercorrências, verificando-se permeabilidade dos ramos ilíacos internos, em ambos os casos, no final da cirurgia.

## Resultados

A taxa de sucesso técnico dos procedimentos realizados foi de 100%. Não foi registada mortalidade. O follow-up médio dos seis doentes submetidos à técnica de "chimney" é de 11,2 meses. Não se verificaram até à data endoleaks ou oclusão dos ramos arteriais cateterizados. O follow-up médio dos três doentes submetidos à técnica de "Funnel" é de 16,2 meses. Foi observado um endoleak tipo II sem expansão do saco aneurismático, tendo-se optado pela sua vigilância. O follow-up médio dos dois doentes submetidos à cateterização por via axilar do ramo da artéria ilíaca interna para exclusão de aneurisma ilíaco é de 6,3 meses. Não se registou trombose de qualquer dos ramos ou endoleaks.

## Conclusões

As três técnicas anteriormente apresentadas, constitui desafios cirúrgicos, exigindo uma elevada experiência da Instituição. As duas primeiras técnicas descritas, apesar de não serem consensuais na literatura, são admissíveis como recurso em casos clínicos complexos, nos quais as outras opções cirúrgicas não se apresentam como uma boa alternativa

Observações

# IMPORTÂNCIA DOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS DE RECONSTRUÇÃO ARTERIAL NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DOS ANEURISMAS DA AORTA

**Luís Loureiro,  
Rui Machado,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Rui Almeida**  
—  
**Hospital de Santo  
António - CHP;  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## **Objectivos**

Avaliar os resultados de medições arteriais em doentes com aneurismas da aorta abdominal, utilizando 3 programas de computador: Sectra Image Viewer (Sectra-Imtec AB, Linköping, Sweden); 3Mensio (Medical Imaging, Bilthoven, The Netherlands); Osirix medical imaging (OsiriX, Atlanta, GA, USA).

## **Materiais e Métodos**

Análise cega e prospectiva de 20 doentes efectuada por um membro júnior do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, recorrendo a medições da aorta abdominal infra-renal, aorta 15mm abaixo das renais, distância renais-bifurcação aórtica, artérias ilíacas externas, distância bifurcação aórtica-bifurcação ilíaca, artéria ilíacas internas.

## **Resultados**

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as medições efectuadas pelos diferentes programas de computador na: aorta abdominal infra-renal, aorta 15mm abaixo das renais, distância renais-bifurcação aórtica, artérias ilíacas externas, distância bifurcação aórtica-bifurcação ilíaca. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as medições das artérias ilíacas internas.

## **Conclusão**

Dependentemente do programa de computador utilizado há variações significativas entre as medições realizadas. A experiência individual é fundamental para a construção de uma metodologia de análise terapêutica na escolha das endopróteses. Parece-nos necessário a escolha e manutenção continuada da análise apenas num programa de computador para que a experiência obtida possa colmatar as variações inter-programas.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# A TRANSPLANTAÇÃO RENAL E O SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO CHP-HSA

**Pedro Sá Pinto,  
A. Castro Henriques,  
Rui de Almeida**  
—  
**Centro Hospitalar  
do Porto - Hospital  
Santo António, Serviço  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Objectivo**

Apresentação da casuística e resultados do Programa de Transplantação Renal do CHP-HSA.

## **Material e Métodos**

Consulta de processo clínico, arquivos e relatórios de actividade do Conselho de Transplantação relativos à transplantação renal.

## **Resultados**

Entre Julho de 1983 e Dezembro de 2010 foram efectuados 1922 transplantes renais, sendo que, destes, 132 foram de dador vivo, 130 transplantes pediátricos e 138 transplantes duplos (122 rim-pâncreas e 16 rim-fígado).

No transplante rim-fígado para um follow-up de 4,4 anos (0,5 a 8,8 anos) a sobrevivência do doente foi de 81,8%, do fígado de 75% e do rim 72,7%.

No transplante rim-pâncreas (TRP) as taxas de sobrevivência, aos 10 anos, foram: doente 94%; pâncreas e rim censurados (morte com enxerto funcionante) 68% e 66%, respectivamente; e TRP censurado 52%.

No transplante renal pediátrico (pacientes < 18 anos) as taxas de sobrevivência, aos 20 anos, foram: paciente 93%; rim censurado de 64%; e rim 57%.

A sobrevivência global do transplante renal, aos 25 anos, foi de 66% para o doente, 49% do rim censurado e 31% para o enxerto renal.

Tempo médio de internamento do transplante rim-pâncreas 17,6 dias (min. 9; max. 46) e do transplante rim isolado 15,6 dias.

As principais causas de perda de enxerto renal foram: rejeição crónica 12,2% (235 enxertos); morte do paciente 7,5% (144 enxertos); vascular 3,6% (69 enxertos); e outras 3,0% (58 enxertos).

## **Conclusão**

Os resultados apresentados equiparam-se aos resultados de todos os outros centros de referência de transplantação revelando a excelência técnica da equipa multidisciplinar e a logística criada pelo Gabinete Coordenação e Colheita de Órgãos e Transplantação do CHP-HSA.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# A VASODILATAÇÃO MEDIADA PELO FLUXO E A SEVERIDADE CLÍNICA DO FENÓMENO DE RAYNAUD

**Tiago Loureiro,  
Ivone Silva,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Luís Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Rui Almeida**

—  
**Centro Hospitalar  
do Porto - Hospital  
Geral de Santo António  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## **Introdução**

A dilatação da artéria umeral mediada pelo fluxo é uma medida fisiológica que tem servido como ferramenta de investigação não invasiva e indicador válido da disfunção endotelial. O fenómeno de Raynaud resulta, entre outros, da associação entre um compromisso da vasodilatação e a vasoconstricção exacerbada nas artérias digitais.

Pretende-se com este estudo avaliar o grau de disfunção endotelial em doentes com fenómeno de Raynaud, através da medição da dilatação mediada pelo fluxo na artéria umeral.

## **Material e Métodos**

Realizada avaliação morfológica e hemodinâmica da artéria umeral com ecodoppler a uma população de doentes seguidos em consulta dedicada: 31 com Raynaud primário; 36 com Raynaud secundário sem ulcerações digitais / 37 com ulcerações digitais; e um grupo de controlo. Foram medidos os diâmetros basal e máximo da artéria, em repouso e após 5 minutos de compressão do braço com manga de esfigmomanómetro. Os registos foram efectuados durante o período de hiperémia reactiva e a 1 minuto após descompressão. A partir dos mesmos calculada a percentagem de dilatação mediada pelo fluxo.

## **Resultados**

Os doentes com fenómeno de Raynaud primário obtiveram os maiores valores de dilatação arterial após descompressão - média de 21% acima do valor de diâmetro basal após 1 minuto. Por sua vez os doentes com ulceração digital são os que apresentam taxas de resposta inferiores - vasodilatação média de 8,1%. Os valores de velocidade diastólica do fluxo, medida no período de hiperémia reactiva, são também inferiores nestes doentes traduzindo uma maior resistência periférica.

## **Conclusões**

Os primeiros resultados indicam uma provável relação directa entre o grau de disfunção endotelial e a gravidade dos sintomas associados ao fenómeno de Raynaud. Neste sentido, a medição por sonda de ecodoppler da dilatação da artéria umeral em resposta ao fluxo sanguíneo torna-se uma ferramenta de acesso fácil e não invasiva, preditiva do grau de complicações nesta população de doentes e orientadora da estratégia terapêutica.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# REVASCULARIZAÇÃO ENDOVASCULAR DA ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL

Sandrina Figueiredo  
Braga,  
Joana Ferreira,  
João Vasconcelos,  
Ricardo Gouveia,  
Pedro Brandão,  
Miguel Lobo,  
A. Guedes Vaz  
–  
Centro Hospitalar de Vila  
Nova de Gaia/Espinho EPE  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular

## **Objectivo**

Avaliar o sucesso da revascularização endovascular da Artéria Femoral Superficial, definido pela permeabilidade, variação do Índice Tornozelo-Braço e morbi-mortalidade da técnica. Determinar os factores que condicionam a permeabilidade dos procedimentos efectuados.

## **Material e Métodos**

De Janeiro de 2006 a Dezembro de 2010 foram tratadas 112 lesões femorais superficiais em 103 doentes (60% do sexo masculino), com Isquemia Crónica de Grau IIb, III e IV de Leriche-Fontaine e média de idades de 69 anos. Estudaram-se as características demográficas da população, presença de factores de risco vascular, indicações, características angiográficas das lesões, variação do Índice Tornozelo-Braço, complicações e mortalidade. Relacionou-se a permeabilidade com o procedimento efectuado, runoff, indicação terapêutica e classificação TASC.

## **Resultados**

Foram colocados 105 stents e realizada angioplastia isolada em 26% dos procedimentos. Os doentes estudados apresentavam claudicação intermitente incapacitante em 26% dos casos e Isquemia Crítica em 74%; 38% apresentavam doença distal. O sucesso técnico imediato foi de 91%. A variação média do Índice

Tornozelo-braço foi de 0,25. O follow-up médio foi de 14,9 meses. A permeabilidade foi de 88%, 80%, 66% e 58%, respectivamente à data de alta, ao mês, ao ano e aos dois anos. A taxa de complicações foi de 3,7% e a mortalidade de 7,8%, não relacionada com a técnica. A permeabilidade ao ano foi afectada pelo procedimento realizado (angioplastia 46% versus stenting 71%,  $p=0.013$ ), presença de doença distal (50% versus 72%,  $p=0.015$ ), indicação terapêutica (IIb 93% versus Isquemia Crítica 57%,  $p=0.001$ ) e classificação TASC (A+B 75% versus C+D 54%,  $p=0.017$ ).

## **Conclusões**

Os procedimentos endovasculares realizados constituíram uma opção terapêutica segura e eficaz na revascularização da artéria femoral superficial, com resultados semelhantes aos descritos noutras séries publicadas. A permeabilidade ao ano foi afectada de forma estatisticamente significativa pela técnica utilizada, runoff, indicação terapêutica e características angiográficas das lesões.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# TECIDO ADIPOSO E DOENÇA ATEROSCLERÓTICA OCLUSIVA VERSUS ANEURISMÁTICA DA AORTA ABDOMINAL

---

**Joana Ferreira,  
Alexandra Canedo,  
Daniel Brandão,  
Sandrina Braga,  
João Vasconcelos,  
Ricardo Gouveia,  
Rui Pedro Santos,  
Rosário Monteiro,  
António Guedes Vaz**

–  
**Instituições**  
**Centro Hospitalar  
de Vila Nova de Gaia/  
Espinho Departamento  
de Bioquímica da  
Faculdade de Medicina  
da Universidade do Porto**

–  
**Serviços**  
**Angiologia e Cirurgia  
Vascular Radiologia**

## Objectivos

Pretende-se testar a hipótese de que os indivíduos com doença arterial periférica oclusiva (DAPO) e os com aneurisma da aorta abdominal (AAA) apresentam uma distribuição central de tecido adiposo

Material e métodos:

Foi realizado um estudo prospectivo de Janeiro a Dezembro de 2010. Incluídos indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 50 anos e com doença aterosclerótica oclusiva do sector aorto-iliaco e doentes com aneurisma aterosclerótico da aorta abdominal. Variáveis determinadas: peso, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal e anca e quantificação do tecido adiposo por tomografia computadorizada (TC).

## Resultados

35 indivíduos, 24 com DAPO e 11 AAA. A idade média do primeiro grupo: 62,36±7, 56 anos e do segundo de 70,00±8,40 anos. No grupo DAPO registaram-se as seguintes medidas antropométricas: peso:74,00±8,97 kg; IMC: 25,18±3,17 kg/m<sup>2</sup>; perímetro abdominal 94,40±19,63 cm. No grupo dos doentes com aneurisma: peso: 71,77±13,34 kg; IMC: 24,97±3,89 kg/m<sup>2</sup>; perímetro abdominal: 85,60±26,30 cm. Comparando os dois grupos relativamente a estas variáveis verificou-se que diferem relativamente à triglicéridemia e à razão perímetro abdominal/perímetro da anca (ainda que

esta última diferença não seja estatisticamente significativa). Procurou-se relacionar, através do coeficiente de relação de Spearman, a gravidade da DAPO variáveis antropométricas e perfil lipídico. A triglicéridemia, foi a única que apresentou relação estatisticamente significativa. 60% dos indivíduos com DAPO e 20% dos doentes com AAA apresentavam uma área de tecido adiposo visceral superior a 130 cm<sup>2</sup>, medida esta que é considerada factor de risco para doença cardiovascular.

## Conclusão

A obesidade central inferida pelo perímetro abdominal e tecido adiposo visceral, quantificado por TC, e não a obesidade generalizada, está associada a DAPO. Destes, 60% apresentam uma área de tecido visceral superior a 130 cm<sup>2</sup> e uma média de perímetro abdominal superior a 94 cm. Pelo contrário tais medidas, neste trabalho, não parecem estar associadas à patologia aneurismática.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



—  
SESSÃO  
COMUNICAÇÕES  
LIVRES 1

# VOLUME DE GORDURA ABDOMINAL (VISCERAL VS. SUBCUTÂNEA) E RESULTADOS APÓS O TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DA AORTA ABDOMINAL: DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS E O EFEITO DE ESTATINAS PERIOPERATORIAS

**Frederico Bastos Goncalves, MD<sup>1,2</sup>;**  
**Sanne E. Hoeks, PhD<sup>1</sup>;**  
**Michiel T. Voûte, MD<sup>1</sup>;**  
**Koen van de Luijtgarden, MD<sup>1</sup>;**  
**Hence J.M. Verhagen, PhD<sup>1</sup>;**  
**Don Poldermans, PhD<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Departamento de Cirurgia Vascular, Erasmus University Medical Center, Roterdão, Holanda

<sup>2</sup> Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, CHLC, Lisboa, Portugal

## Objetivos

A gordura abdominal tem sido sugerida como factor prognóstico em doentes submetidos a intervenções vasculares. O presente estudo tem como objectivo correlacionar os volumes de gordura abdominal com eventos adversos após o tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal (EVAR).

## Material e Métodos

Tomografias computadorizadas de 296 doentes (83% homens) propostos para EVAR num centro terciário foram analisadas. Foi utilizada uma ferramenta informática de segmentação automatizada para quantificar (em cc) a gordura visceral (VAT) e subcutânea (SAT) desde o diafragma até à sínfise púbica. O rácio volume total/visceral (VTFR) foi subsequentemente calculado. Aos 30-dias o endpoint escolhido foi morte ou evento isquémico cardíaco. Durante o seguimento apenas a morte foi usada como endpoint.

## Resultados

Aos 30-dias foram registados 48 eventos. A ocorrência de eventos não se correlacionou com VAT, SAT ou VTFR mesmo levando em conta o género ou o nível de risco cardiovascular pré-operatório. Durante o seguimen-

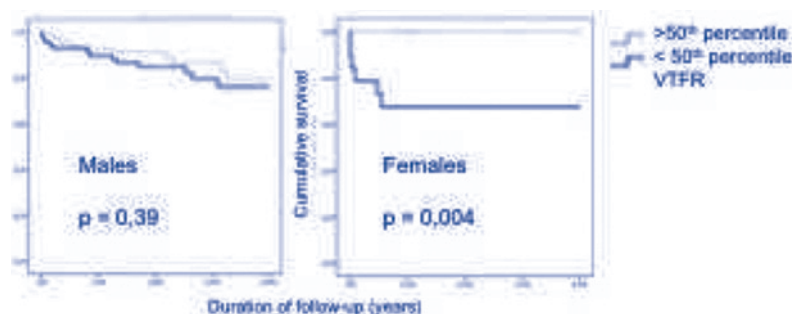
to (média 2,1 anos) verificaram-se 40 mortes. Doentes que morreram tinham VTFR médio de 0,5 (desvio padrão:0,07) vs. 0,47(0,08) para os sobreviventes ( $p=0,02$ ). Esta diferença deveu-se principalmente a uma ampla divergência nas mulheres (VTFR de 0,47 vs. 0,36,  $p=0,002$ ). As curvas de sobrevivência (Kaplan-Meier) para alto vs. baixo VTFR apenas foram estatisticamente significativas nas mulheres ( $p=0,004$ ). Em doentes não tratados com estatinas antes da intervenção foi encontrada uma associação entre VTFR e morte tardia, mas isto não se verificou naqueles sob estatinoterapia pré-operatória. Valores absolutos de VAT ou SAT demonstraram ausência de capacidade prognostica a curto ou longo prazo.

## Conclusão

Neste estudo a adiposidade abdominal não influenciou a taxa de eventos adversos nos primeiros 30 dias após EVAR. No entanto, uma proporção elevada de gordura visceral em doentes com aneurismas da aorta elevou o risco de morte durante o seguimento, em especial nas mulheres e naqueles sem uso pré-operatório de estatinas.

## Imagem

Curvas de sobrevivência (Kaplan-Meier) após EVAR



## Legenda

As curvas são apresentadas em função do rácio de volume visceral / total de gordura abdominal (acima ou abaixo do percentil 50). À esquerda estão as curvas para a população masculina e à direita para a população feminina.

Observações

# DEMORA MÉDIA EM CIRURGIA VASCULAR COMO UM CRITÉRIO DE QUALIDADE ASSISTENCIAL- DÚVIDAS E CONTROVÉRSIAS

M<sup>a</sup> José Ferreira,  
Pedro Barroso,  
Luis Pombo\*,  
Gil Marques,  
Ana Gonçalves  
e António Gonzalez.

–  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular do  
Hospital Garcia de Orta

–  
\*Administrador  
Hospitalar do Hospital  
Garcia de Orta

## **Introdução**

Vários critérios de qualidade têm sido considerados na avaliação de qualidade de um serviço nas suas várias vertentes e um dos que é mais valorizada é a “demora média”, que mede a média do número de dias de internamento. Esta pode ser influenciada por vários factores, inclusivamente por inovações terapêuticas e traduz qualidade e empenho dos médicos, mas também nível de organização da estrutura hospitalar e do tecido social em que o serviço está envolvido.

## **Objectivos**

Neste estudo pretendemos avaliar quais os factores associados ao prolongamento da “demora média” específica da cirurgia vascular, assim como avaliar a evolução do tempo de internamento de algumas patologias vasculares.

## **Material e Métodos**

Analisámos dados do internamento de um serviço de cirurgia vascular, comparando os anos de 2006 a 2010, ajustando ao índice de complexidade, mortalidade, taxa de complicações e taxa de readmissão.

Avaliámos ainda a “demora pré cirurgia” entre doentes internados pela urgência e de forma programada. Foram utilizados dados de bench-marking, incluídos na análise do IASSIST dos anos referidos.

Análise da demora média dos diferentes códigos de isquémia tratados no Serviço no ano de 2010 (440.21; 440.22; 440.23; 44024 da CID-9-MC), ajustando à patologia.

## **Resultados**

Os factores que mais contribuem para o aumento da “demora média” foram a existência de lesões tróficas e o internamento pela urgência, esta última condicionada por factores de logística da instituição e de estrutura dos Cuidados de Saúde Primários. Não houve correlação significativa entre a demora média e a mortalidade, taxa de complicações ou taxa de readmissão.

## **Conclusão**

A “demora média” não deve ser usada isoladamente mas ajustada ao risco e à complexidade do doente. Depende essencialmente de aspectos organizativos dos hospitais e da resposta dos cuidados de saúde primários. Estes aspectos nem sempre são bem traduzidos pelo GDH atribuído ao doente, pelo que outros mecanismos de medição devem ser integrados.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# DOENTE DIABÉTICO EM HEMODIÁLISE - RISCO/ BENEFÍCIO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR

**Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Luís Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Pedro Azevedo,  
Ana Maia Silva,  
Amândio Mutaquia,  
Joana Martins,  
André Carvalho,  
Cláudia Freitas,  
Cláudia Amaral,  
Helena Neto,  
José Muras,  
Isabel Gonçalves,  
Rosa Guimarães,  
José Tavares,  
Rui Almeida,  
Rui Carvalho**  
–  
**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular  
Centro Hospitalar do  
Porto - Hospital de Santo  
António, Porto, Portugal**

## Objectivo

A doença renal crónica terminal (DRCT) no doente diabético associa-se a elevada incidência de lesões tróficas, com morbilidade e mortalidade significativas.

Os autores propõem-se avaliar o resultado da cirurgia de revascularização no diabético com arteriopatía grau IV e DRCT em hemodiálise (HD).

## Material e Métodos

Avaliação retrospectiva dos diabéticos de uma Consulta de Pé Diabético, com lesão trófica e DRCT em HD, submetidos a cirurgia clássica de revascularização do membro inferior entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2008 (Grupo A). Utilizado um grupo controlo de diabéticos sem DRCT (Grupo B).

## Resultados

Foram revascularizados 39 membros: 19 no grupo A e 20 no grupo B, todos com úlcera ou gangrena no pé.

A idade média foi de 67 anos no Grupo A e 66 anos no Grupo B, com 26% e 65% de homens, respectivamente ( $p=0,0248$ ). Os doentes do grupo B tinham uma duração média de diabetes de 16 anos, comparando com 26 anos no grupo A ( $p=0,0163$ ), que apresentavam uma mediana de 2,6 anos de tratamento dialítico.

A patência primária aos 30 dias foi de 84% no grupo A

e 100% no Grupo B ( $p=0,068$ ). No grupo A as taxas de patência primária e secundária ao ano foram de 58% e 63%, respectivamente, e no Grupo B ambas foram de 70% ( $p > 0,05$ ).

A sobrevida foi de 74% no grupo A e 85% no grupo B ( $p=0,265$ ), com tempo médio de seguimento de 84 (16-182, min-max) e 62 (0-172, min-max) semanas, respectivamente ( $p=0,223$ ).

Os dados demográficos, as comorbidades e a duração da diabetes não tiveram um impacto significativo na permeabilidade das pontagens.

## Conclusões

A revascularização do membro inferior no diabético em HD pode ser realizada com taxas aceitáveis de patência, apesar de significativa morbilidade pós-operatória e menor sobrevida.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# AUTO TRANSPLANTE DE RIM, QUANDO E COMO? ANÁLISE DA NOSSA EXPERIÊNCIA

Rui Machado,  
Paulo Almeida,  
Luís Loureiro,  
La fuente Carvalho,  
Araldo Lhamas,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Rui Almeida  
–  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular , H. St.  
António , Porto , Portugal;  
Serviço de Urologia , H.  
St. António

## **Objectivo**

Análise dos resultados obtidos com a realização do auto-transplante de rim no período de 2000 a 2010

## **Método e Material**

Análise retrospectiva através dos processos clínicos e consulta clínica de seis doentes propostos para tratamento cirúrgico por autotransplante renal. A técnica cirúrgica consistiu em nefrectomia, preservação do rim com soluto Eurocollins, reconstrução ex-situ e reimplantação renal na fossa ilíaca homolateral.

Dos seis doentes propostos foram tratados cinco, 4 mulheres e um homem com idades compreendidas entre 21 e 35 anos. Um doente portador de aneurisma da artéria renal esquerda realizou aneurismectomia e angioplastia in situ não tendo tido necessidade de realizar auto transplante.

Indicação cirúrgica foi em 3 casos doença aneurismática da artéria renal direita não acessível a reconstrução in situ, um caso reposicionamento renal na pélvis pós traumatismo com lesão ureteral e ureterostomia, sendo esta recuzada pelo doente, e em um caso reposicionamento renal pélvico por lesão iatrogenica com avulsão do uréter durante cirurgia por laser de síndrome juncional.

Em quatro doentes foi utilizada a veia safena interna para a reconstrução arterial e em 1 caso para prolongamento da veia renal.

## **Resultados**

A mortalidade foi de 0%, tendo havido necessidade de nefrectomia no primeiro doente tratado por trombose da veia renal.

Não houve outra morbilidade associada a curto e médio prazo, mantendo-se a integridade renal.

## **Conclusão**

O auto transplante renal apesar de ser um procedimento cirúrgico major, representa uma forma terapêutica versátil com excelentes resultados e aplicável a uma série de doenças do foro vascular e urológicas, evitando a nefrectomia.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# ANÁLISE DO IMPACTO DO ESTÁGIO PARCELAR DE CIRURGIA GERAL NO INTERNATO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

**Lisa Borges <sup>(1)</sup>,  
Nelson Oliveira,  
Isabel Cássio**  
–  
**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular,  
Hospital do Divino  
Espírito Santo de Ponta  
Delgada, E.P.E.**

## **Objectivos**

Comparação dos conteúdos e estrutura do Internato Complementar (IC) de Angiologia e Cirurgia Vascular entre Portugal, alguns países europeus e os Estados Unidos da América (EUA).

Avaliação do impacto do Estágio Parcelar de Cirurgia Geral no IC de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Comparação entre o Estágio Parcelar de Cirurgia Geral realizado num Hospital Distrital e num Hospital Central.

## **Material e Métodos**

Consulta das Estruturações do IC de Angiologia e Cirurgia Vascular de países europeus e dos EUA.

Consulta dos Regulamentos do IC de Angiologia e Cirurgia Vascular e do IC de Cirurgia Geral em Portugal.

Análise pessoal do Estágio Parcelar de Cirurgia Geral.

## **Resultados**

A estrutura do IC de Angiologia e Cirurgia Vascular difere entre os diversos países europeus e entre estes e os EUA.

A realização do Estágio Parcelar de Cirurgia Geral num Hospital Distrital confere maior diversidade na prática de intervenções cirúrgicas e procedimentos invasivos e na abordagem de patologias no âmbito do Serviço de Urgência.

## **Conclusão**

A redução do Estágio Parcelar de Cirurgia Geral constituiu uma medida benéfica, porque proporciona uma maior duração do período de formação concentrado na patologia vascular e no desempenho de procedimentos e técnicas cirúrgicas relacionados com esta patologia, sem prejuízo dos requisitos e objectivos exigidos pelo Regulamento do IC de Angiologia e Cirurgia Vascular relativamente ao referido estágio.

A realização do Estágio Parcelar de Cirurgia Geral num Hospital Distrital permite um currículo cirúrgico equivalente ou superior ao de um interno dum Hospital Central e possibilita a prática clínica e cirúrgica noutras especialidades, facilitando a interligação entre estas e a Cirurgia Vascular.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

# TRATAMENTO ENDOVASCULAR INFRA- POPLÍTEO- REVISÃO DE UM ANO

---

**João Vasconcelos,  
Joana Ferreira,  
Sandrina Braga,  
Ricardo Gouveia,  
Victor Martins,  
Guedes Vaz**

—  
**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular  
Centro Hospitalar Vila  
Nova de Gaia/Espinho,  
EPE**

## Objectivo

Efectuar uma revisão retrospectiva dos doentes submetidos a tratamento endovascular dos sectores arteriais infra-poplíteos no ano de 2010

Material e Métodos: Efectuada recolha de dados de todos os doentes submetidos a revascularização dos eixos distais por via endovascular entre o dia 1 de Janeiro de 2010 até ao dia 31 de Dezembro de 2010, através do apuramento de dados de processos clínicos, revisão de arteriografias e de seguimento de follow-up em consulta externa de doença arterial periférica. A preservação do membro inferior tratado foi tida como o outcome primário.

## Resultados

Dos 36 doentes submetidos a tratamento endovascular dos eixos distais no ano 2010, o factor de risco cardiovascular mais frequente foi a Diabetes Mellitus (78%), sendo que 94% dos casos apresentaram um quadro de isquemia crónica grau IV de Leriche-Fontaine. Em cerca de 86% (n:31) houve preservação do membro inferior (não sujeitos a amputação major). Existiu um caso de mortalidade (3%) aos 20 dias por choque séptico.

## Conclusão

Em 86% de casos houve preservação do membro inferior. O número crescente de doentes submetidos a estas técnicas e um follow-up mais alargado é necessário para o apuramento de sucesso terapêutico.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

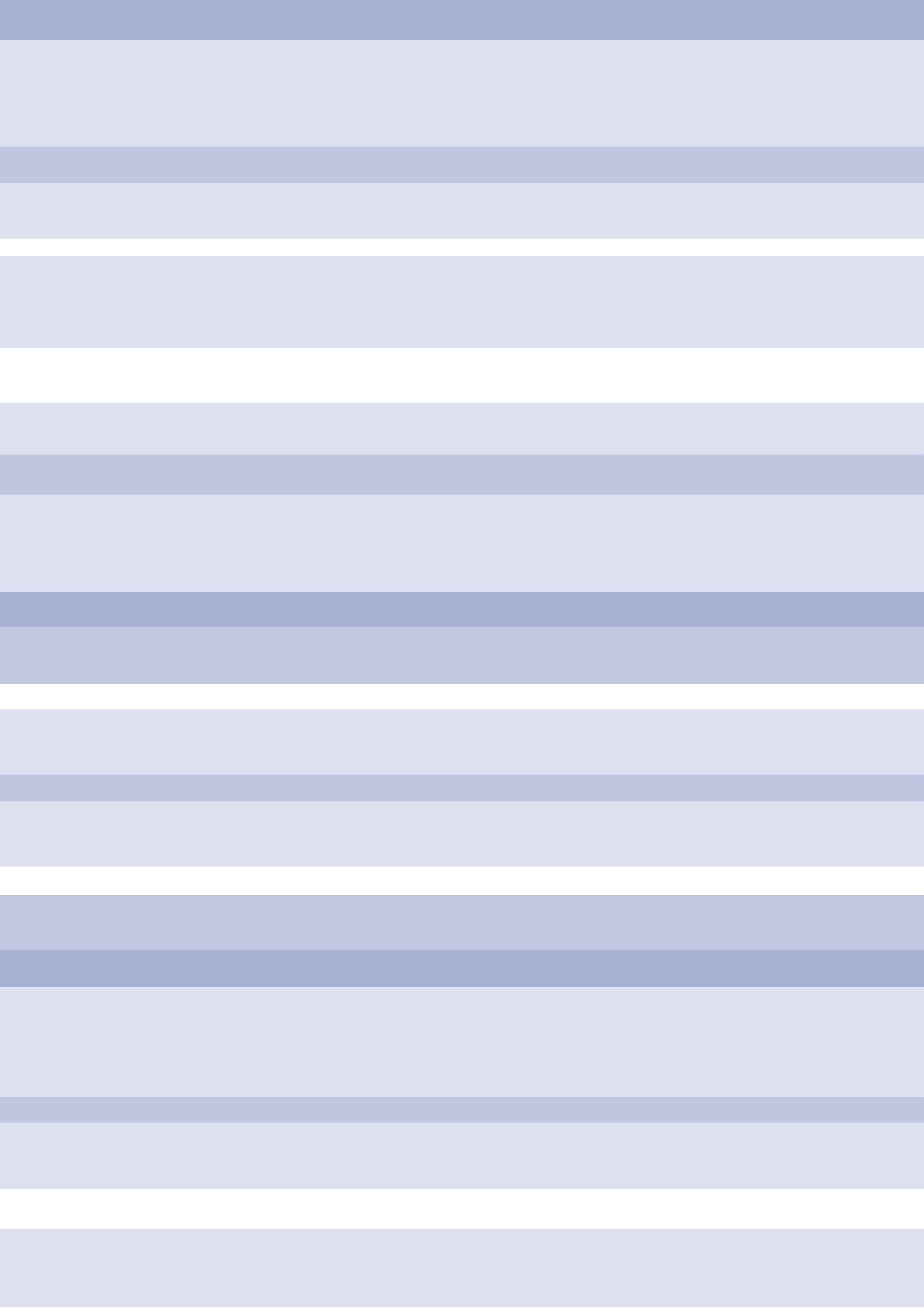
.....

.....

.....

.....

.....



—  
SESSÃO  
COMUNICAÇÕES  
LIVRES 2

# RESISTÊNCIA BACTERIANA NAS INFECÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DA CIRURGIA ARTERIAL NUM SERVIÇO EM 2010

**Müller Pinheiro, Inês;  
Diogo, José;  
Duarte, Nádia;  
Afonso, Raquel;  
Gonzalez, António;  
Barroso, Pedro;  
Marques, Gil;  
Rodrigues, Ana;  
Nascimento, Isabel;  
Ferreira, Maria José**

## Objectivos

Avaliar a prevalência da resistência bacteriana, factores associados e padrões de resistência nas infecções pós-operatórias das cirurgias arteriais no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta no ano de 2010.

## Material e Métodos

Os autores estudaram retrospectivamente 33 doentes submetidos a cirurgia arterial entre Janeiro 2010 e Dezembro de 2010 que vieram a desenvolver infecção pós-operatória confirmada laboratorialmente. Analisaram-se os registos clínicos para obter os resultados positivos, a partir de diversos tipos de amostras biológicas (identificação de microrganismos e estudo da susceptibilidade aos antimicrobianos).

## Resultados

Foram analisados 33 doentes com uma idade média de 67.7 anos e predomínio do sexo masculino (66.6%). Nesta amostra, 42.4% eram diabéticos e 24.2% apresentavam insuficiência renal crónica. Em 18.2% dos casos ocorreram óbitos, 48.5% dos casos foram necessárias reintervenções cirúrgicas e destas 62.5% consistiram em amputações. As amostras mais frequentemente estudadas foram os exsudados purulentos de diversas proveniências (ferida operatória, pele e tecidos moles, etc. ...). Nestes, os microrganismos mais frequentemente isolados foram: Staphylococcus aureus 28.4%, Enterobacteriaceae 24% e Pseudomo-

nas aeruginosa 19%. Avaliaram-se as resistências das bactérias mais prevalentes a diversos tipos de antimicrobianos e verificaram-se alguns casos de agentes multirresistentes, como um caso dentro de Enterobacteriaceae e metade de S. aureus eram "Meticillin Resistant" (MRSA). Em 26% dos casos de P. aeruginosa ocorreu resistência à Gentamicina e a resistência das Enterobacteriaceae revelou ser de 83% para a Ampicilina e de 66.7% quer para a Cefalotina como para a Amoxicilina + Ácido Clavulânico. Embora Enterococcus faecium não tenha sido dos microrganismos mais prevalentes, é de destacar que nos dois casos isolados, foram identificadas resistências à Vancomicina, sendo apenas sensíveis ao Linezolid.

## Conclusão

A infecção pós-operatória tem elevada morbimortalidade na cirurgia arterial e tem-se vindo a assistir a um aumento da prevalência de microrganismos multirresistentes com consequências catastróficas para os doentes. O estudo dos padrões de infecção dos microrganismos e da respectiva susceptibilidade aos antimicrobianos, que variam geograficamente, é essencial para uma melhor utilização das armas terapêuticas que se encontram ao nosso dispor e uma melhor prevenção da infecção no pós-operatório.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E SUA RELAÇÃO COM TROMBOFILIAS E NEOPLASIAS – ESTUDO RETROSPECTIVO

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

**–  
Hospitais da Universidade  
de Coimbra - Serviço  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular do Hospital  
Garcia de Orta**

## **Objectivos**

Avaliação dos resultados obtidos nos protocolos instituídos no Serviço para despiste de trombofilias e de neoplasias em doentes internados nos últimos 5 anos com o diagnóstico de trombose venosa profunda.

## **Material e Métodos**

Estudo retrospectivo, através da consulta dos processos hospitalares, de todos os doentes com idade igual ou inferior a 50 anos internados no Serviço entre 01 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2010 com o diagnóstico de trombose venosa profunda, e análise dos resultados obtidos nos protocolos de despiste de trombofilias e de neoplasias.

## **Resultados**

De um total de 89 doentes, 64 (71,9%) eram do sexo feminino e 25 (28,1%) do masculino, sendo a média de idades de 33,3 ±10,0 anos. 14,6% dos doentes já haviam tido, pelo menos, um episódio prévio de trombose venosa profunda e 78,7% apresentava, pelo menos, um factor de risco. Em 65 doentes (73,0%) foi feito o protocolo de despiste de trombofilias e de neoplasias, tendo sido detectadas trombofilias em 41 doentes (63,1%), 2 casos de síndrome anti-fosfolipídico, um

caso de gamapatia monoclonal, um de neoplasia do pulmão e um de cordoma do sacro. 49 dos doentes que realizaram os protocolos (75,4%) foram orientados para a Consulta de Hemostase (Serviço de Hematologia), sendo que em 40 desses doentes (81,6%) foi sugerido manter a anticoagulação oral por um período superior a 12 meses.

## **Conclusão**

Dada a elevada prevalência de polimorfismos genéticos que conferem risco trombótico acrescido e os não raros casos de neoplasias ocultas presentes nesta população de doentes, considera-se que, apesar dos elevados custos, se deverá continuar a fazer o despiste deste tipo de patologias.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# REPARAÇÃO ENTÉRICA NAS FISTULAS AORTODUODENAIAS: ASPECTO ESQUECIDO MAS POR VEZES LETAL. UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Catarina Rodrigues dos Santos<sup>1,3</sup>, Rui Casaca<sup>1</sup>, JC Mendes Almeida<sup>1,3</sup>, Luís Mendes Pedro<sup>2,3</sup>**  
 —  
<sup>1</sup>Serviço Cirurgia Geral Instituto Português Oncologia Lisboa, Francisco Gentil;  
<sup>2</sup>Serviço Cirurgia Vascular 1 (Hospital de Santa Maria), Centro Hospitalar Lisboa Norte,  
<sup>3</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Introdução**

A fístula aorto-entérica consiste numa comunicação entre a aorta e o lúmen intestinal. Pode ser primária ou secundária e envolve o duodeno em cerca de 75% dos casos. O tratamento implica a correcção da lesão vascular e do defeito intestinal.

**Objectivos**

- 1- caracterizar os métodos de correcção entérica mais utilizados nas fístulas aortoduodenais(FAD);
- 2- determinar o seu impacto na morbi-mortalidade.

**Método**

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na PUBMED usando as palavras "aorto-enteric fistula(s)" e "aortoduodenal fistula(s)"; sem limite temporal ou de linguagem. Obtiveram-se 614 referências. Seleccionaram-se os casos de FAD e excluíram-se aqueles sem menção da localização entérica. A análise incidiu na demografia, causa da FAD, procedimento cirúrgico, mortalidade e respectiva causa. A análise dos dados foi realizada em SPSS-statistics 17.0®.

**Resultados**

Estudaram-se 791 casos de FAD (80% homens; idade mediana-76 anos(3-88)). A FAD era primária em 253(32%), secundária em 491(62.1%) e desconhecida em 47(5.9%). Foram operados 531(65%) doentes sendo o procedimento vascular descrito em 515(96,9%) e o entérico apenas em 322(62,5%).

Os métodos utilizados para reparação entérica (n=322) foram: encerramento directo isolado (156casos-48,5%) ou adjuvado pela interposição de epíplon (110casos-34.2%); reconstruções complexas (envolvendo ressecção intestinal e/ou, pelo menos uma anastomose)-52casos(16.2%); drenagem e antibioterapia-4 casos(0.01%).

A mortalidade total foi de 32.9% e a mortalidade operatória de 30.1%. No entanto, a causa de morte é conhecida apenas em 75 casos(9.5% do total) sendo as etiologias mais comuns a recorrência da FAD(29,3%) e a sépsis (24%).

Nos 283 casos em que é conhecido o tipo de procedimento entérico e a mortalidade operatória, há uma discreta associação positiva entre as técnicas mais complexas e a sobrevida (OR 1.02; IC95%).

**Conclusão**

A literatura é omissa na descrição detalhada dos procedimentos de reconstrução entérica nas FAD. Este facto impede análises que suportem a escolha da técnica mais adequada. Observou-se uma fraca associação positiva entre técnicas de reparação mais complexas e a sobrevida.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



---

# RADIOABLAÇÃO DA VEIA SAFENA INTERNA

---

**C. Joana Rodrigues,  
António Santos Simões**  
–  
**Hospital de S. Teotónio,  
Viseu - Unidade  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Introdução**

A explosão das intervenções cirúrgicas minimamente invasivas atravessa todas as especialidades cirúrgicas e reflecte a visão actual de procura crescente de melhoria da qualidade de vida do doente operado. Procuram-se métodos que, sem reduzirem as taxas de eficácia associadas às cirurgias convencionais, permitam uma redução significativa do impacto de uma intervenção cirúrgica na vida dos doentes.

## **Material e métodos**

Os autores analisaram um grupo de 36 doentes submetidos a radioablação da veia safena interna como método primário do tratamento da doença varicosa dos membros inferiores, em regime de cirurgia de ambulatorio, sob anestesia local, ao longo de um período de 17 meses.

## **Resultados**

Foi possível efectuar a radioablação da veia safena interna em 34 dos 36 doentes (94,4%). Nos dois doentes excluídos não foi possível fazer progredir a sonda por um trajecto com extensão suficiente para realizar a intervenção. Dos 34 doentes operados, 21 são do sexo feminino (61,8%), 13 são do sexo masculino (38,2%), com uma idade média de 56,3 anos (entre 31 e 76 anos). Em 27 doentes a intervenção foi unilateral (79,4%) e em 7, bilateral (20,6%). Todos os doentes foram operados sob anestesia local e apenas 3 (8,8%)

necessitou de nova intervenção cirúrgica para fleboex- trações complementares. O tempo cirúrgico médio ron- da os 30 minutos nos doentes unilaterais e os 45 minu- tos nos bilaterais. A abstenção laboral resume-se ao dia da intervenção em todos os doentes e a necessidade de analgesia pós-intervenção só se prolongou até ao 3º dia pós-operatório num caso (2,9%) com os restantes a realizarem uma toma de anti-inflamatório cerca de 3h após a intervenção (97,1%).

## **Conclusões**

A radioablação da veia safena interna é um método efi- caz de tratamento de varizes dos membros inferiores em doentes seleccionados, pouco dolorosa e com pou- co impacto no estilo de vida do doente, que retoma a sua actividade diária ao 1º dia de pós-operatório.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

# ANEURISMAS POPLITEOS EM CRESCIMENTO APÓS EXCLUSÃO NO CONTEXTO DE DOENÇA POLIANEURISMÁTICA

---

**Diogo Silveira,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Luis Loureiro,  
Sérgio Teixeira,  
Joana Martins,  
Rui Machado,  
Arlindo Matos,  
Pedro Sá Pinto,  
Maria do Sameiro  
Caetano Pereira,  
Rui Almeida**

–  
**Serviço de Angiologia e  
Cirurgia Vascular, Hospital  
de Santo António - Centro  
Hospitalar do Porto**

## **Objectivos**

Os autores apresentam uma breve revisão clínica sobre aneurismas poplíteos, o seu enquadramento na doença polianeurismática, opções de tratamento e complicações, tendo por base a apresentação de um caso clínico raro.

## **Material e métodos**

81 anos, masculino, múltiplos FRCV. Admitido em Janeiro/2008 por isquemia crítica do membro inferior direito. Angio-TAC relevou doença polianeurismática: aneurisma hipogástrico esquerdo (6 cm), femoral comum e profunda esquerdas, femoral profunda direita e poplíteos bilateralmente (6.7 e 6.3 cm) com embolização distal bilateral. Submetido a exclusão de aneurismas femorais e poplíteos com bypass infra-genicular (eP-TFE) em ambos os membros inferiores e tromboectomia distal á direita. Sem complicações pos-operatórias, teve alta hipocoagulado. Embolização de aneurisma hipogástrico posteriormente.

Seguimento em consulta, manteve crescimento dos aneurismas poplíteos confirmado por TAC (15.1 e 11.1cm), sem sintomatologia compressiva. Em Maio/2010 realizada aneurismotomia bilateral com laqueação de artérias geniculares. Ao 10º dia pós-operatório isquemia aguda esquerda por oclusão iliaca, tendo-se realizado bypass femoro-femoral cruzado

D>E por insucesso de tromboembolectomia proximal. Ao 14º dia abscesso poplíteo direito, drenado cirurgicamente.

Re-internado em Novembro/2010 por abscesso poplíteo esquerdo com fistulização, sem envolvimento prótético, também submetido a drenagem cirurgica. Continua seguimento em consulta, sem outras intercorrências ou crescimento dos aneurismas e boa perfusão distal.

## **Resultados / Conclusões**

O caso exposto está de acordo com a casuística apresentada na literatura uma vez que a apresentação clínica mais frequente é a de isquemia aguda, as complicações surgem nos aneurismas de maiores dimensões (> 2cm), estando descrito que no tipo de tratamento efectuado - abordagem medial com laqueação dos topos e revascularização - até cerca de 30% dos aneurismas não trombosa, podendo continuar a crescer através do preenchimento por colaterais (endoleak tipo 2), originando complicações.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# RECONSTRUÇÃO COM PROTESE DE KINKING CAROTIDEO COMUM COMBINADO COM ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA INTERNA POR EVERSÃO

**Mário Vieira,  
Pedro Paz Dias,  
Luís Machado,  
Rui Chaves,  
Roncon de Albuquerque**

**Hospital São João,  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## Objectivo

Apresentação, sob a forma de comunicação oral, de um caso clínico de kinking da artéria carótida comum esquerda combinada com estenose acentuada intra-kinking e da ACIE com especial atenção para o diagnóstico e tratamento cirúrgico.

## Material e métodos

Faz-se referência a um caso clínico de um doente do sexo masculino, 78 anos de idade, com antecedentes de pacemaker por BAV, estenose aórtica, doença coronária isquémica e HTA. Internado por isquemia crítica do membro inferior direito, realizou no estudo pré-operatório Eco-doppler carotídeo com sinais sugestivos de curvatura acentuada da ACC esquerda associada a estenose >90% da ACIE. O Angio-TAC dos TSA confirmou alongamento com kinking do segmento proximal da ACCE associado a estenose >90% na sua porção média com prolongamento da placa aterosclerótica para origem da ACI e ACE, condicionando estenose justabulbar >90% da ACIE. O doente foi submetido a correcção do kinking com ressecção da ACCE e construção de enxerto de interposição com prótese PTFE associado a endarterectomia carotídea interna por eversão.

## Resultados

O procedimento decorreu sem complicações. Confirmou-se, por exame anatomo-patológico, presença de doença aterosclerótica grave dos eixos carotídeos. O doente não apresentou no período peri-operatório e até 6 meses após a cirurgia sintomas ou complicações locais ou neurológicas de novo, nem sinais de reestenose ao Eco-doppler cervical.

## Conclusão

Alongamento com kinking das artérias carotídeas são entidades raras, mais frequentes a nível carotídeo interno como causa de insuficiência cerebrovascular ou em associação com doença aterosclerótica. Não obstante o tratamento de doentes assintomáticos tenha sido alvo de controvérsia nos últimos anos, optou-se por realizar a reconstrução da artéria carótida comum com prótese combinada com endarterectomia interna por eversão, não apenas por apresentar compromisso hemodinâmico grave, como pelas evidências actuais de baixa morbi-mortalidade deste procedimento e diminuição do risco de eventos cerebrovasculares associados, em comparação com o melhor tratamento médico existente.

## Referências

1. Ballotta E, et al. Surgical vs medical treatment for isolated internal carotid artery elongation with coiling or kinking in symptomatic patients: A retrospective randomized clinical study. *J Vasc Surg* 2005; 42: 838-46.
2. Ballotta E, et al. The Elongation of the Internal Carotid Artery: Early and Long-Term Results of Patients Having Surgery Compared with Unoperated Controls. *Ann Vasc Surg* 1997; 11:120-128.
3. Tetik O., Yurekli I., Akhan G., Yilik L, Gurbuz A., Surgical Treatment of Symptomatic Coiling or Kinking Internal Carotid Artery. *Vascular* 2010; 18, 5:294-296.

Observações





—  
SESSÃO  
COMUNICAÇÕES  
LIVRES 3

# 1500 CASOS DE ISQUÉMIA AGUDA DO MEMBRO. O QUE APRENDEMOS SOBRE A PATOLOGIA MAIS OPERADA EM URGÊNCIA? MORBILIDADE E MORTALIDADE NO MUNDO REAL.

**H. Rodrigues,**  
**J. Pereira,**  
**G. Alves C. Amaral,**  
**J. Albuquerque Castro,**  
**L. Mota Capitão**  
–  
**Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascolar do Hospital de Santa Marta - CHLC**

## **Introdução e Objectivos**

A isquémia aguda do membro, causada por cardioateroembolismo ou por agudização de doença ateromatosa obstrutiva crónica dos membros permanece a patologia que mais vezes requer intervenção cirúrgica em contexto de urgência.

No entanto, o conhecimento publicado nos últimos anos é escasso, tanto na literatura médica Portuguesa como na Internacional, reflectindo alguma falta de interesse e investimento nesta área, que contrasta com a ainda elevada taxa de mortalidade e morbilidade associadas a esta patologia.

O objectivo deste trabalho é determinar a taxa de mortalidade, eventos cardiovasculares secundários e amputação de membro, após episódio de IAM, numa amostra de doentes intervencionados por este diagnóstico em contexto de urgência.

## **Métodos**

Os autores seleccionaram doentes consecutivos de uma população de 1500 casos de IAM reflectindo 11 anos de actividade do serviço.

Obteve-se uma amostra de 260 casos divididos por 3 intervalos: 2, 4 e 6 anos.

Os casos seleccionados foram contactados telefonicamente ou em entrevista clínica para determinar: mortalidade e causa, evento cardiovascular secundário, amputação e terapêutica com anti-agregante ou anti-coagulante oral.

## **Resultados**

A média de idades na altura do procedimento é de 76 anos. 53% são do sexo masculino.

A taxa de mortalidade global é de 57% a 6 anos, 37% a 4 anos e 28% a 2 anos.

Dos sobreviventes, 75% estão anti-agregados ou anti-coagulados, e > 10% estão amputados. 10% dos sobreviventes sofreram novo evento cardiovascular, 50% dos quais nova IAM.

## **Conclusão**

A IAM acompanha-se de elevada taxa de mortalidade e morbilidade, como sugerem os resultados.

A investigação etiológica em internamento e a abordagem multidisciplinar do doente devem ser implementadas de forma sistemática na tentativa de otimizar as co-morbilidades e reduzir os eventos cardiovasculares secundários.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# CORRECÇÃO CIRÚRGICA DE ANEURISMA VENOSO POPLITEO - CASO CLÍNICO

**Mário Vieira,  
Pedro Paz Dias,  
Rui Chaves,  
Roncon de Albuquerque**

**Hospital São João,  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## Objectivo

Apresentação, sob a forma de comunicação oral, de um caso clínico de aneurisma sacular da veia poplítea direita com especial atenção para apresentação clínica, diagnóstico e abordagem cirúrgica.

## Material e Métodos

Faz-se referência ao caso clínico de uma doente de 65 anos de idade, com antecedentes de gastrite crónica e cirurgia de varizes há 26 anos. Admitida no SU por suspeita de TVP do membro inferior direito, a doente apresentava sinais de insuficiência venosa grave desse membro, com varizes tronculares extensas, edema e alterações tróficas marcadas. Realizou Ecodoppler venoso que revelou extensos trajectos venosos superficiais, ausência de sinais de trombose e aneurisma da primeira porção da veia poplítea na dependência do qual se observava uma veia perfurante de grande calibre. Confirmou-se posteriormente por Angio-TAC como aneurisma sacular da veia poplítea direita com 3x3x2cm. A doente iniciou hipocoagulação e foi proposta para correcção cirúrgica do aneurisma, por abordagem posterior.

## Resultados

O procedimento decorreu sem complicações. Optou-se pelo isolamento arterial e venoso posterior, com controlo proximal e distal, laqueação da veia perfurante e aneurismectomia tangencial com venorrafia lateral. A doente não apresentou qualquer complicação, nomeadamente nervosa ou tromboembólica, no período perioperatório e ao 60º dia pós-operatório, onde se manteve sem hipocoagulação e com compressão externa do membro por meia elástica.

## Conclusão

Os aneurismas venosos poplíteos são patologias raras mas potencialmente fatais devido á alta probabilidade de fenómenos tromboembólicos. São na sua maioria aneurismas verdadeiros, assintomáticos, saculares em até 72%1 e associados em 40%1 dos casos a trombo endoluminal. Dado o elevado risco de fenómenos tromboembólicos graves, que pode chegar aos 80%2, optou-se pelo tratamento cirúrgico com aneurismectomia e venorrafia lateral com controlo venoso proximal, procedimento com baixa taxa de mortalidade e morbidade associadas, com sucesso terapêutico e sem complicações registadas.

## Referências

1. Sessa C., Nicolini P., Perrin M., Farah I., Magne J.C., Guidicelli H. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: A retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. J Vasc Surg 2000; 32:902-12.
2. Coffman, S.W., Leon S.M., Gupta S.K. Popliteal Venous Aneurysms: Report of an Unusual Presentation and Literature Review. Ann Vasc Surg 2000; 14:286-290.
3. Christenson J.T. Popliteal venous aneurysm: a report on three cases presenting with chronic venous insufficiency without embolic events. Phlebology 2007; 22:56-59.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DA AORTA ABDOMINAL: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

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

**Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular**

## **Objectivos**

Apresentação sob a forma de comunicação oral da análise retrospectiva de casos de aneurismas da aorta abdominal infra-renal tratados por via endovascular no período de Janeiro de 2000 a Fevereiro de 2011.

## **Material e Métodos**

A análise foi feita por colheita de dados nos processos clínicos dos doentes. Avaliaram-se os resultados clínicos imediatos, complicações e evolução clínica em follow-up.

## **Resultados**

Foram operados neste período 95 doentes. Verificou-se sucesso técnico intra-procedimento em todos os doentes seleccionados para este tipo de tratamento, excepto num que foi convertido para cirurgia convencional por trombose da endoprótese. Dos doentes tratados, 90 foram electivos, 4 apresentavam-se sintomáticos e apenas um em rotura hemodinamicamente estável. Registou-se uma mortalidade global aos 30 dias de 4,2% (4/95). Verificou-se a presença de endoleaks em 9 doentes, 4 deles precoces e os restantes tardios. Um dos endoleaks precoces era de tipo I, foi detectado ao 2º dia pós-operatório e corrigido com extensão proximal. O tempo médio de follow-up foi 33,5 meses (1 a 132 meses).

## **Conclusões**

O tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal infra-renal é uma alternativa válida à correcção cirúrgica clássica, em doentes seleccionados e com anatomia favorável à colocação da endoprótese. Verificou-se uma baixa taxa de morbi-mortalidade, comparável a outras séries publicadas. O follow-up obriga a uma vigilância com realização frequente de exames imagiológicos, no sentido de detectar e corrigir complicações, nomeadamente endoleaks e crescimento do saco aneurismático.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# TRATAMENTO PERCUTÂNEO DAS LESÕES ARTERIAIS OBSTRUTIVAS NO SEGMENTO INFRA-INGUINAL EM DOENTES COM LESÕES TRÓFICAS POR ISQUÊMIA CRÍTICA: RESULTADOS INICIAIS

**Nádia Duarte<sup>1</sup>,  
Ana Gonçalves<sup>2</sup>,  
Gil Marques<sup>2</sup>,  
Pedro Barroso<sup>3</sup>,  
António González<sup>3</sup>,  
Marco Zamora<sup>4</sup>,  
Inês Pinheiro<sup>1</sup>,  
Ana Afonso<sup>1</sup>,  
Maria José Ferreira<sup>5</sup>**

–  
<sup>1</sup> **Interno do Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular do Hospital  
Garcia de Orta (HGO)**

–  
<sup>2</sup> **Assistente hospitalar  
graduado de Angiologia e  
Cirurgia Vascular do HGO**

–  
<sup>3</sup> **Assistente hospitalar  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular do HGO**

–  
<sup>4</sup> **Especialista de  
Cirurgia Vascular pela  
Universidade da Costa  
Rica**

–  
<sup>5</sup> **Directora do Serviço  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular do HGO**

## **Objectivo**

Descrever e analisar os resultados imediatos, intra-hospitalares e ao fim de um mês do tratamento endovascular de doentes com lesões no segmento arterial infra-inguinal, assim como a sua eficácia como método de salvamento de membros de doentes portadores de lesões tróficas por isquémia crítica.

## **Material e Métodos**

Entre Janeiro e Março de 2011 foram tratados 9 doentes e 22 lesões no segmento infrainguinal, sendo 5 (23%) em artérias femorais superficiais, 4 (18%) em artérias popliteias, 5 (23%) em artérias tibiais anteriores, 5 (23%) em artérias tibiais posteriores, 3(13%) em artérias peroneanas. Todos os doentes apresentavam isquémia crítica com lesão trófica - Grau IV da classificação Leriche-Fontaine. Foram analisadas também as prevalências em relação ao sexo (78% sexo masculino vs 22% sexo feminino), idade (média de idades 66 anos) e principais comorbilidades (diabetes mellitus presente em 40% seguida da HTA presente em 25%).

## **Resultados**

Foram implantados stents em 3 das intervenções, a nível da artéria femoral superficial. Obteve-se sucesso em todas as intervenções, sendo que se considerou sucesso quando se conseguiu dilatação do segmento arterial com ou sem estenose residual pouco significativa e sem complicações e o nível de amputação se limitou ao antepé ou dedos, sem ter havido necessidade de procedimento cirúrgico de revascularização (bypass), independentemente da terapêutica associada e números de desbridamentos realizados. Não houve eventos adversos major intra-hospitalares (óbito por qualquer causa, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral ou necessidade de reintervenção).

## **Conclusão**

O tratamento endovascular do segmento infra-inguinal é seguro e efectivo (baixa morbilidade e elevado grau de resolubilidade), constituindo-se numa boa alternativa terapêutica em doentes com lesões tróficas isquémicas. Estudos adicionais são necessários para determinar a permeabilidade a médio e longo prazo dos dispositivos nesse segmento arterial.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

---

# ANGIOACESSOS PARA HEMODIÁLISE

---

**António Santos Simões,  
C. Joana Rodrigues**  
–  
**Hospital de S. Teotónio,  
Viseu**  
**Unidade de Angiologia e  
Cirurgia Vascolar**

## **Introdução**

A Insuficiência renal crónica é uma patologia de incidência crescente nos países desenvolvidos e atinge uma população maioritariamente envelhecida com múltiplas co-morbilidades e um património vascular degradado. Este grupo de doentes constitui um desafio constante ao Cirurgião Vascolar na confecção e manutenção de um acesso funcional.

## **Material e Métodos**

Os autores prestam assistência a uma população flutuante de cerca de 350 doentes em programa regular de hemodiálise distribuídos por 4 centros (um público/hospitalar e 3 privados). Em 3 anos de actividade realizaram um total de 400 procedimentos distribuídos pela sala de hemodinâmica, hospital de dia cirúrgico (onde se realizam procedimentos em regime ambulatório) e bloco operatório central.

## **Resultados**

Foram realizados 45 procedimentos diagnósticos flebográficos e 355 intervenções cirúrgicas distribuídas por 260 acessos autólogos (73,2%), 38 acessos protéticos (10,7%), 36 revisões cirúrgicas do acesso (10,1%) e 21 angioplastias (angioplastias com balão e/ou implantação de stent; 6,0%).

## **Conclusões**

A actividade cirúrgica de um serviço de Cirurgia Vascolar é condicionada numa percentagem significativa pela assistência a doentes insuficientes renais com necessidade de um acesso funcional. A reflexão sobre este grupo de doentes deve ser periodicamente efectuada pelos Cirurgiões Vasculares de forma a manter um elevado padrão assistencial.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

# ABORDAGEM POR ECO-DOPPLER NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA PERIFÉRICA

---

**José Vidoedo,  
André Cruz,  
Miguel Maia,  
João Almeida Pinto**

A ecografia é um meio de diagnóstico não invasivo e inócuo. A ecografia arterial tem vindo a ganhar espaço no diagnóstico da doença arterial periférica, aliada a interesse crescente no seguimento desses doentes e no planeamento para tratamento invasivo. O seu interesse reside na possibilidade de aliar informação anatómica e, em simultâneo, hemodinâmica, em tempo real. As limitações conhecidas relacionam-se com a calcificação arterial, a experiência do operador, para além de consumir tempo de laboratório vascular.

Os autores apresentam a sua experiência inicial num serviço recentemente formado e correlacionam os achados ecográficos com os da arteriografia subsequente.

De Março de 2010 a Março de 2011 foi efectuado eco-Doppler arterial dos membros inferiores e arteriografia subsequente em 26 doentes. A indicação para estudo foi isquemia grau II (Lérische-Fontaine) em 7 doentes, grau III em 6 doentes e grau IV em 13 doentes. Dezasete doentes realizaram ecografia bilateral, os restantes unilateral. Nove doentes realizaram ecografia dos sectores aorto-ilíaco, femoro-popíteo e poplíteo distal, 7 realizaram de 2 sectores e 8 doentes apenas de 1 sector. A arteriografia subsequente foi realizada com intenção de tratamento endovascular em 21 doentes. Nas arteriografias realizadas verificou-se uma concordância com a ecografia na confirmação da existência de lesões estenóticas significativas e oclusivas, sendo

menor o grau de exactidão no comprimento das lesões. Nos sectores aorto-ilíaco e femoro-poplíteo observou-se maior congruência entre a informação obtida em ambos os exames.

A ecografia arterial é um método auxiliar fiável e exacto no estudo dos doentes com arteriopatía crónica oclusiva, podendo ser utilizado em primeira linha para guiar indicação terapêutica endovascular/convencional ou para complementar informação de outros estudos de índole anatómica (arteriografia, angio-TC, angio-RM).

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# TROMBOSE DO ANEURISMA AÓRTICO - UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA DE DOENÇA ANEURISMÁTICA

**Diogo Silveira,  
Rui Machado,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Luis Loureiro,  
Sérgio Teixeira,  
Paulo Almeida,  
Arlindo Matos,  
Maria do Sameiro,  
Caetano Pereira,  
Rui Almeida**

–  
**Serviço de Angiologia e  
Cirurgia Vascular, Hospital  
de Santo António - Centro  
Hospitalar do Porto**

## **Objectivos**

Os autores expõem três casos de aneurismas da aorta abdominal trombosados com apresentações clínicas distintas comparando-os no que diz respeito á sua fisiopatologia, características e formas de abordagem, com o descrito na literatura.

## **Material e métodos**

Caso 1: Homem, 66 anos, múltiplos FRCV. Em Janeiro/2011 referenciado ao serviço de urgência por lesões tróficas no pé direito diagnosticadas no contexto de estudo de AIT. Foi constatada oclusão carotídea direita, estenose carotídea esquerda > 70% e trombose de aneurisma aórtico infra-renal (3.2 cm). Submetido a endarterectomia carotídea esquerda a 20/01/2001. Aneurismectomia e bypass aorto-bifemoral em 31/01/2011.

Caso 2: Homem, 81 anos, múltiplos FRCV. Antecedentes de claudicação intermitente, admitido em Fevereiro/2004 por dor em repouso bilateral de início súbito. Angiografia revelou oclusão aórtica infra-renal. Detetado intra-operatoriamente AAA trombosado de 4cm, tratado com aneurismectomia e bypass aorto-bifemoral.

Caso 3: Homem, 66 anos. 105Kg. Síndrome metabólico. Endarterectomia carotídea direita em 2006. Desde o mesmo ano com claudicação incapacitante para actividades diárias, cujo estudo demonstrou AAA para-renal

trombosado com 7cm. Face ao elevado risco cirúrgico optou-se por manter tratamento médico e vigilância, o quadro clínico permanece estável.

## **Resultados / Conclusões**

A trombose espontânea de um aneurisma da aorta abdominal é pouco frequente. A sua apresentação varia desde isquemia aguda, claudicação intermitente, dor em repouso, até á ruptura. Estudos recentes apontam que o trombo do aneurisma não parece reduzir o risco da ruptura pela incapacidade de redução efectiva da pressão intraluminal e pela alteração da integridade estrutural da parede por hipoxia tecidual. Apesar disso, a nossa experiência com os casos descritos mostra que o aneurisma de maiores dimensões (7cm) se mantém estabilizado, sendo que os aneurismas mais pequenos foram clinicamente significativos. Não há neste momento uma clara definição sobre a melhor abordagem nestes casos, o que levanta questões relativamente ao tipo e “timing” do tratamento a ser preconizado.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# CATETERIZAÇÃO ACIDENTAL DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS - QUAL A MELHOR ABORDAGEM?

## REVISÃO DE 4 CASOS CONSECUTIVOS

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

**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular II  
Centro Hospitalar Lisboa  
Norte - Hospital Pulido  
Valente**

### Objectivos

A punção arterial acidental durante a colocação de cateteres venosos centrais é uma situação frequente e habitualmente não causadora de morbidade importante para o doente. Todavia, se não verificada por quem executa o procedimento pode levar à cateterização arterial acidental. Apesar de rara é uma situação que encerra riscos e uma morbi-mortalidade não desprezíveis.

### Métodos

Os autores apresentam uma série de 4 casos consecutivos de introdução de cateteres venosos centrais inadvertidamente nos troncos supra-aórticos: artéria carótida comum (2), sub-clávia (1) e tronco braquiocéfálico (1). Caso a caso, e em função da localização do cateter, das co-morbilidades, estado geral do doente e experiência acumulada, foi decidida e discutida a melhor estratégia para a sua remoção.

Em 2 doentes a opção cirúrgica foi primeira escolha. Nos outros 2 optou-se pela remoção e encerramento arterial percutâneo (Perclose®).

O calibre do cateter, o tempo decorrido até à sua remoção, o tipo de doente e o score de risco à entrada foram analisados retrospectivamente. Uma correlação directa com os resultados foi obtida.

### Resultados

Os dois primeiros casos tratados, o primeiro por via cirúrgica e o segundo por via percutânea, decorreram sem complicações. No terceiro doente a via percutânea revelou-se incapaz e houve necessidade de conversão para cirurgia arterial directa. No último doente a abordagem cirúrgica foi executada sem intercorrências intra-operatórias, porém o doente viria a falecer às 72 horas em consequência da agudização das suas co-morbilidades, eventualmente potenciadas pela intervenção.

### Conclusão

Apesar de banalizado, o procedimento de colocação de um cateter central tem uma taxa de iatrogenia importante. A sua colocação intra-arterial é uma complicação rara mas potencialmente fatal. A melhor estratégia deve ser discutida, ter em atenção a sua localização, o calibre do dispositivo introduzido, o tempo decorrido desde a sua introdução, o estado clínico do doente e a experiência da equipa cirúrgica para as diferentes técnicas. A colocação eco-guiada deve ser incentivada, nomeadamente em cateteres de maior calibre e em casos em que a anatomia não seja/esteja favorável.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

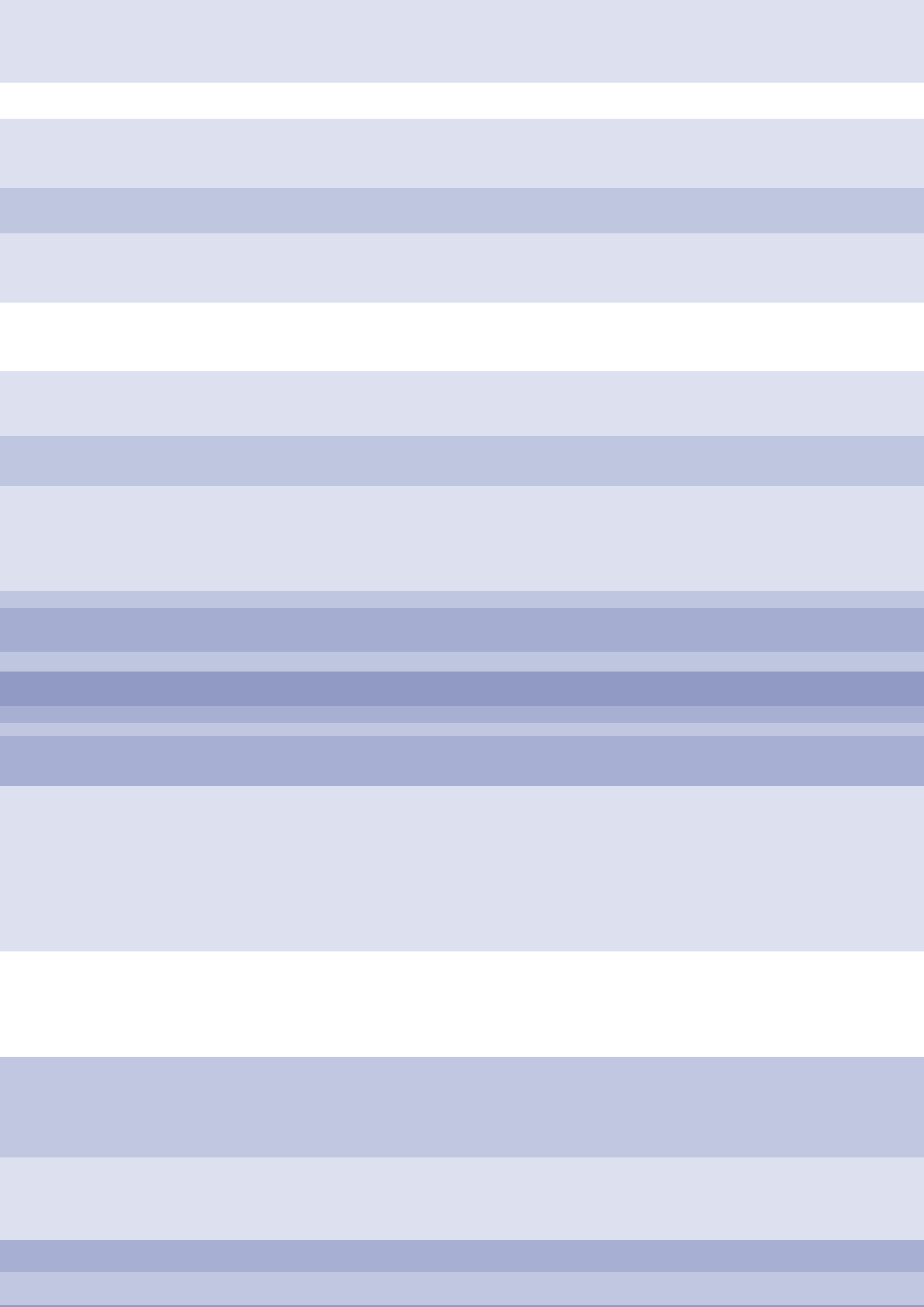
.....

.....

.....

.....

.....



—  
SESSÃO  
COMUNICAÇÕES  
LIVRES 4

---

# CONTRIBUTO DA CIRURGIA ENDOVASCULAR PARA O TRATAMENTO DOS PSEUDOANEURISMAS AORTO-ILÍACOS, A NOSSA EXPERIÊNCIA

---

**Rui Machado,  
Paulo Almeida,  
Luís Loureiro,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Rui Almeida**  
–  
**Serviço de Angiologia e  
Cirurgia Vascular ,  
Hospital St. António**

## **Objectivos**

Análise da experiência no tratamento dos pseudoaneurismas aorto-iliacos utilizando técnicas endovasculares isoladamente ou em associação com a cirurgia convencional

## **Método e Materia**

Análise retrospectiva através da consulta do processo clínico e realização de consulta clínica de 9 doentes, sete homens e duas mulheres, idades entre os 34 e 75 anos e com o diagnóstico de pseudoaneurisma aorto-iliaco

A localização anatómica e etiológica: três envolviam a aorta torácica descendente sendo a etiologia traumática em dois casos e uma infecciosa. Três casos envolviam a aorta visceral ou para-renal sendo a etiologia infecciosa em um caso, inflamatória em um caso e desconhecida num caso. Três envolviam as artérias ilíacas comuns sendo a etiologia traumática em dois casos e um caso de origem desconhecida.

Os pseudoaneurismas da aorta torácica foram submetidos a tratamento cirúrgico sob anestesia geral tendo sido colocado em todos a endoprotese captivia-medtronic.

Os pseudoaneurismas da aorta visceral ou pararenal foram submetidos a cirurgia híbrida sob anestesia geral com revascularização de 4 ,2 e 1 ramos respectivamente. Em 1 caso os procedimentos terapêuticos foram simultâneos e em dois casos diferidos.

Os pseudoaneurismas ilíacos foram submetidos a tratamento cirúrgico sob anestesia local tendo em dois casos sido colocada uma endoprotese wall-graft e num caso uma viabhann .

## **Resultados**

O sucesso tecnico foi de 100%, a mortalidade aos 30 dias 0%, e a morbidade de 22% (2 casos), um AVC num pseudoaneurisma infeccioso da aorta visceral e um caso de insuficiência renal necessitando diálise num pseudoaneurisma da aorta para-renal.

## **Conclusão**

Na nossa experiência a terapêutica endovascular isoladamente ou em associação com a cirurgia convencional permitiu minimizar a agressão fisiológica que normalmente a cirurgia convencional condiciona. A localização do pseudoaneurisma na aorta visceral ou para-renal foi o factor condicionante mais importante dos resultados.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ACESSO CONTROLATERAL NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DOENÇA OCLUSIVA INFRA-INGUINAL: VANTAGENS E ASPECTOS TÉCNICOS

**Ruy Fernandes e Fernandes, Luís Mendes Pedro, Ana Evangelista, Luís Silvestre, José P. Freire, Paulo Sousa e José Fernandes e Fernandes.**  
—  
**Instituto Cardiovascular de Lisboa**

## **Introdução**

O acesso femoral anterógrado percutâneo é a via de acesso mais frequentemente utilizada no tratamento endovascular da doença oclusiva infra-inguinal. No entanto, apresenta algumas desvantagens como necessidade de punção mais alta, mais complicações do acesso, não permitir o tratamento de lesões muito proximais da femoral superficial (FS) e implicar a compressão femoral ipsilateral.

A abordagem femoral controlateral com cross-over, foi muito facilitada com os novos materiais disponíveis e tem a vantagem de permitir acesso ao sector aorto-ilíaco para realização de angiografia diagnóstica e de eventual intervenção endovascular proximal.

**Objectivo:** Descrever aspectos técnicos e avaliar o sucesso imediato de procedimentos endovasculares do sector infra-inguinal por abordagem controlateral.

**Material e métodos:** 17 doentes (homens-13; claudicação-12; isquémia crítica-6) foram submetidos a procedimentos endovasculares infra-inguinais por via controlateral. A doença era multissegmentar em 6 casos (além da FS): 3-lesões ilíacas; 3-lesões crurais. O padrão angiográfico segundo a classificação TASC era: A-1, B-9, C-7. Em 8 casos verificava-se grave envolvimento do segmento inicial da femoral superficial.

A cateterização femoral controlateral foi efectuada com introdutor 5F e efectuada angiografia com pigtail.

O cross-over foi efectuado com cateterização selectiva utilizando guia hifrofilico e colocada bainha longa 6F ou 7F (Cook ANL ou Raabe) em posição variável do membro a tratar.

## **Resultados**

Todos os casos foram realizados com sucesso. As lesões ilíacas e da artéria femoral superficial foram tratadas por angioplastia e colocação de stent e as lesões da artéria popliteia por angioplastia com balão, com necessidade de colocação de stent por estenose residual em 2 casos. Não se verificaram complicações de acesso.

## **Conclusão**

A via controlateral no tratamento endovascular da doença infra-inguinal é uma alternativa válida com menos complicações de acesso, que simplifica o tratamento da doença multissegmentar, permite a abordagem de lesões proximais da femoral superficial e evita a necessidade de compressão femoral no membro tratado.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# RECANALIZAÇÃO DE OCLUSÃO CRÓNICA DA ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR POR PUNÇÃO RETRÓGRADA DA ARTÉRIA PEDIOSA

**João Correia Simões,  
Amílcar Mesquita,  
Celso Carrilho**

—  
**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascolar  
do Centro Hospitalar  
do Alto Ave, Unidade  
de Guimarães**

## Objectivo

Os autores apresentam um caso clínico em que foi efectuada uma abordagem retrógrada da artéria pediosa para recanalização de uma oclusão longa da artéria tibial anterior.

Dada a novidade e vantagens desta abordagem surge o interesse desta comunicação.

## Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 74 anos, diabética e hipertensa, com úlcera isquémica infectada do pé direito. Sem pulso poplíteo ou distais palpáveis. Índice T/B=0,53. O RX revelou osteomielite do 5º metatarsiano. A arteriografia dos membros inferiores mostrou doença aterosclerótica difusa com estenose severa da artéria femoral superficial/poplíteia e oclusão dos eixos distais. A artéria tibial anterior encontrava-se ocluída logo após a origem com reabitação na artéria pediosa. Foi efectuada tratamento endovascular. Por punção anterógrada da artéria femoral comum direita foi executada angioplastia com stent da artéria femoral superficial e da poplíteia supra-articular. Depois procedeu-se à recanalização da artéria tibial anterior. Por abordagem anterógrada foi possível progredir o fio guia e o cateter balão até meio da perna. Foi então efectuada a punção retrógrada da artéria pediosa e introduzido um guia 0.014" e outro cateter balão de baixo perfil (sem introduzido). Foi assim possível progredir retrogradamente

até os guias se encontrarem, fazer a angioplastia com balão e recanalizar toda artéria tibial anterior.

A doente ficou com pulso pedioso e índice T/B=0,74.

Foi complementarmente efectuada exérese parcial do 5º metatarso e antibioterapia.

## Discussão

A doença arterial periférica nos doentes diabéticos é caracterizada por lesões ateroscleróticas oclusivas nas artérias dos eixos distais. Actualmente a angioplastia das artérias abaixo do joelho faz parte do armamentário terapêutico do cirurgião vascular e é cada vez mais um tratamento de 1ª linha nos doentes com isquemia crítica e risco cirúrgico aumentado ou quando a cirurgia convencional não é uma opção por impossibilidade técnica. Apesar dos recentes avanços na tecnologia dos cateteres e guias a angioplastia dos eixos distais por via anterógrada tem uma significativa percentagem de insucesso técnico por impossibilidade de ultrapassar as oclusões com o guia. A técnica apresentada com abordagem anterógrada (femoral) e retrógrada (pediosa) pode aumentar a probabilidade de sucesso técnico e conseqüentemente a taxa de salvamento de membro.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....









# BIOCELOSE BACTERIANA: O FUTURO NOS SUBSTITUTOS ARTERIAIS?

I Silva\*,  
J Martins\*,  
L Loureiro\*,  
D Silveira\*,  
T Loureiro\*,  
P Pinto\*,  
R Almeida\*,  
M Faria\*\*,  
F Andrade\*\*\*,  
J Silva\*\*\*,  
M Gama\*\*\*

–  
\*Serviço de Angiologia e  
Cirurgia Vasculard, Hospital  
Santo António - Porto

–  
\*\*Instituto de Ciências  
Biomédicas do Porto

–  
\*\*\*Instituto de  
Biotecnologia e  
Bioengenharia -  
Universidade do Minho

## Introdução

Apesar das ofertas disponíveis em termos de próteses arteriais (por exemplo, poliuretano, Dacron e ePTFE) sabe-se que os atributos mecânicos e a biocompatibilidade não são ainda perfeitas. A falha dos enxertos vasculares é causada principalmente por trombose, infecção, hiperplasia/fibrose neointimal e fraco desempenho biomecânico.

A biocelulose bacteriana (BC) é um material altamente hidrofílico e de acordo com várias pesquisas poderá ser um substituto arterial promissor. Este biomaterial produzido por microorganismos Acetobacter, é um polímero de glicose com propriedades únicas, incluindo grande capacidade de retenção de água, alta cristalinidade, rede de fibras ultrafinas e elevada resistência à tracção. Tem sido utilizadas em várias aplicações na área de engenharia de tecidos, dada sua interacção inofensiva com as células de mamíferos “in vivo” e uma boa integração com tecidos do hospedeiro, não mostrando sinais de reacções de rejeição inflamatória aguda ou crónica. Nos dispositivos biomédicos concebidos para estar em contacto com sangue são frequentemente usando substâncias activas como heparina, para reduzir a trombogenicidade. No entanto, o sucesso limitado de tratamentos de superfície para melhorar a hemocompatibilidade tem incentivado os investigadores a procurar outras estratégias, nomeadamente a incorporação de moléculas que podem estimular a aderência e colonização da célula endotelial CE. É sabido que as

CE's cobrem o lúmen de vasos inibindo a trombose e hiperplasia neointimal, servindo também como anticoagulante superfície. Como tal a endotelização da superfície de enxertos protésicos é altamente desejável, possível nos enxertos de biocelulose.

## Metódos e Resultados

Apresentamos os resultados dos primeiros ensaios realizados com a colocação de patch de biocelulose na artéria femoral do porco, para avaliar a bio e hemocompatibilidade do enxerto e apresentamos os primeiros resultados anatomo-patológicos. Os animais foram sacrificados ao fim de um mês. A artéria femoral contralateral foi utilizada como controle.

O Estudo foi submetido e aprovado pela Direcção Geral de Veterinária e todos os animais receberam todos os cuidados de acordo com o Guia de Uso e Tratamento de Animais de Laboratório.

## Conclusão

Na era endovascular, em que nem todas as situações clínicas tem solução, a criação de próteses vasculares de calibre reduzido com características mecânicas favoráveis, bio e hemocompatíveis constituem um desafio que seguramente em breve teremos capacidade de responder.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

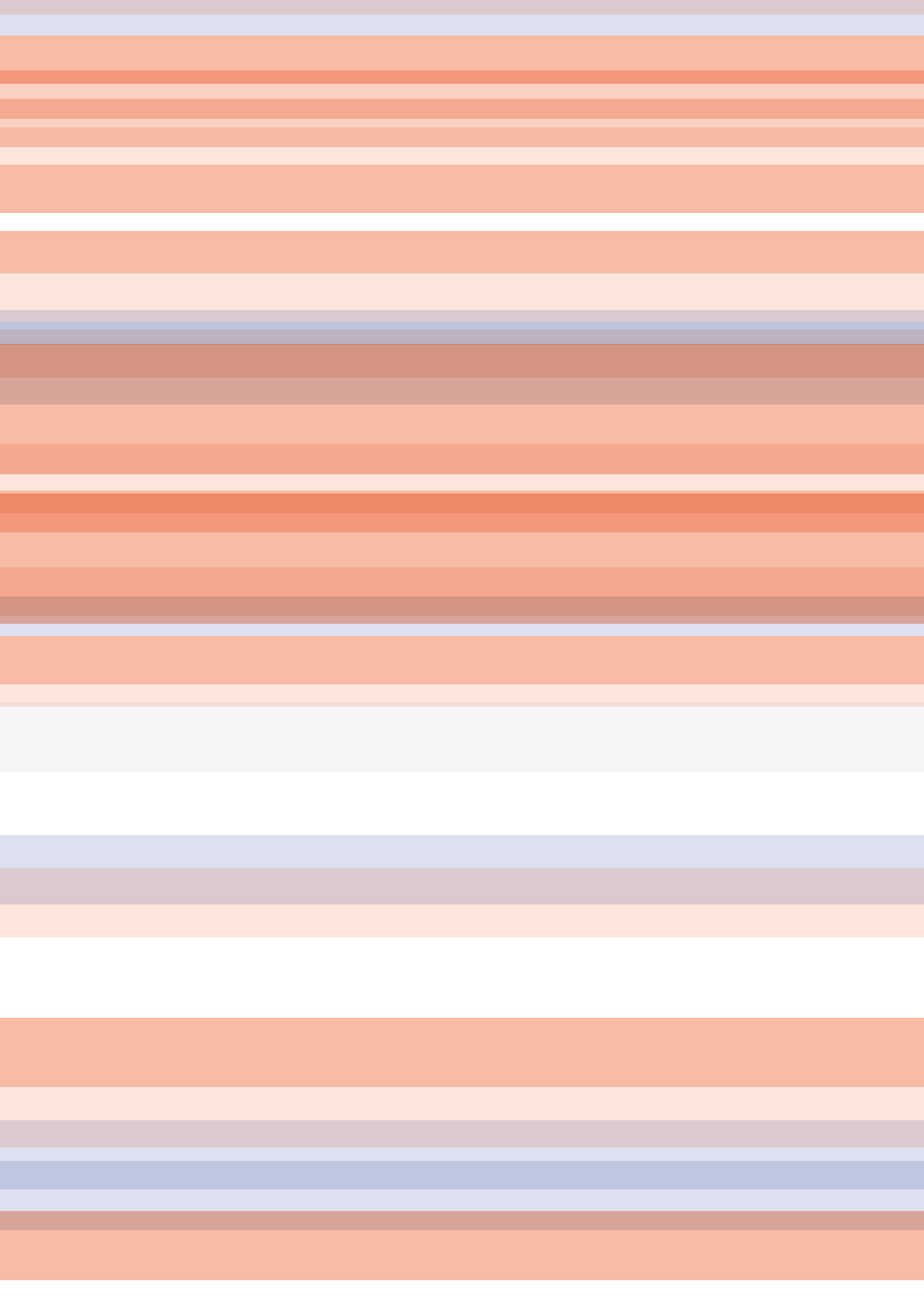
.....

.....

.....

.....

.....



—  
SESSÃO  
MELHOR  
POSTER  
SPACV

# QUANDO UM ANEURISMA TEM UMA FERRADURA - UM CASO CLÍNICO

**Müller Pinheiro, Inês;  
Marques, Gil;  
Duarte, Nádia;  
Afonso, Raquel;  
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 malformação congénita renal pouco frequente, um rim em forma de ferradura, associado a um aneurisma da aorta abdominal. Este poster revela a solução que se encontrou para o seu tratamento e uma revisão da literatura deste tema.

## Material e Métodos

Doente de sexo masculino, 71 anos, com antecedentes pessoais de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, fibrilhação auricular, cardiopatia isquémica grave com doença dos 3 vasos sem hipótese de revascularização coronária, insuficiência renal crónica não terminal (Creatinina 2 mg/dl) e ex-tabagismo. Foi diagnosticado aneurisma aortoiliaco infrarenal em angio-Tc que revelou coexistência de rim em ferradura com fusão a nível dos pólos inferiores (tipo II da classificação de Crawford et al.). O doente foi submetido a colocação de endoprótese aortobiliáca por abordagem directa femoral bilateral com bom resultado angiográfico e clínico, não se tendo verificado agravamento da insuficiência renal.

## Discussão

A correcção de um aneurisma da aorta abdominal na presença de uma anomalia renal é sempre um desafio. Um rim em forma de ferradura surge em cerca de 0,25% dos doentes que requerem cirurgia aórtica e

classicamente, nestes casos a abordagem cirúrgica retroperitoneal tem sido a mais utilizada.

Neste caso, o risco cirúrgico sobrepunha-se ao risco de agravamento da função renal e visto o doente apresentar uma anatomia favorável, duas artérias renais normais e artérias renais acessórias com um diâmetro inferior a 3 mm, optámos por uma correcção endovascular. A evidência na literatura sugere que vasos renais acessórios com diâmetros inferiores a 3 mm podem ser sacrificados na presença de duas artérias renais principais e existem relatos de correcção endovascular em doentes com disfunção renal preexistente sem que esta se tenha agravado.

## Conclusão

Perante a associação de um aneurisma da aorta abdominal com indicação para correcção e um rim em forma de ferradura, o objectivo é corrigir a doença aórtica com baixa morbimortalidade e evitar complicações renais. A escolha da técnica deve ter em conta as características do doente.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# CICATRIZAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA NO DOENTE VASCULAR

**João Anastácio;  
Helena Moreira;  
Luciana Ribeiro;  
Cândida Pereira;  
João Miranda;  
Ana Curado;  
Filipa Cabeças.**

**Instituição:  
Centro Hospitalar Lisboa  
Norte, Hospital de Santa  
Maria  
Serviço/Departamento:  
Serviço de Cirurgia  
Vascular I / Departamento  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular do CHLN, EPE**

## **Resumo do Poster**

A cicatrização da ferida operatória no doente vascular resulta da interacção de uma multiplicidade de factores, nomeadamente: doença arterial periférica, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, idade avançada e défice nutricional. (Turtiainen, et al., 2010)

Objectivo: Este poster pretende rever os factores que influenciam a cicatrização da ferida operatória no doente vascular, bem como as intervenções de enfermagem associadas.

## **Material e Métodos:**

Foi efectuada uma revisão da literatura sobre 50 artigos referentes ao tema, obtidos através de pesquisa em bases de dados electrónicas (Ebsco).

## **Resultados:**

De acordo com dados da literatura internacional, as taxas de infecção do local cirúrgico em Cirurgia Vascular são elevadas, valores apenas antecidos apenas pela cirurgia intestinal (Healthcare Associated Infection and Antimicrobial Resistance Programme, 2009).

Como factores de risco para desenvolvimento de infecção da ferida operatória encontra-se: idade, local operatório, tipo de cirurgia (urgente ou electiva, limpa ou contaminada), duração do procedimento cirúrgico, estado nutricional do paciente, hábitos tabagicos e comorbilidades associadas (diabetes mellitus, doença vascular periférica, entre outras) (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008). Neste contexto, a cirurgia infra-inguinal, a obesidade

e o local de punção para arteriografia em espaço cirúrgico, são apontados como principais factores de risco para o desenvolvimento de infecção do local cirúrgico (Turtiainen, et al., 2010).

Conclusões: A ferida operatória em cirurgia vascular assume uma complexidade própria. A prestação de cuidados de enfermagem deve envolver uma colheita de dados exaustiva sobre factores que possam afectar a cicatrização da ferida operatória. Os cuidados prestados devem ser dirigidos ao doente vascular, aumentando a sua qualidade de vida e contribuindo para a redução do número de reinternamentos por infecção da ferida operatória.

## **Referências**

- Healthcare Associated Infection and Antimicrobial Resistance Programme. (2009). Healthcare-Associated Infections in England: 2008-2009 Report. Londres: Health Protection Agency.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2008). Surgical Site Infection: prevention and treatment of surgical site infection. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Turtiainen, J., Saimanen, E., Partio, T., Kärkkäinen, J., Kiviniemi, V., Mäkinen, K., et al. (2010).
- Surgical Wound Infections After Vascular Surgery.
- Scandinavian Journal of Surgery , 167-172.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANEURISMA GIGANTE DA ARTÉRIA ESPLÊNICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Carolina Vaz,  
Rui Machado,  
Clara Nogueira,  
Tiago Loureiro,  
Luís Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Arlindo Matos,  
Rui de Almeida**

–  
**Centro Hospitalar do  
Porto, Hospital de Santo  
António, Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

A doença aneurismática intra-abdominal encontra-se bem documentada na literatura sendo as localizações mais frequentes por ordem decrescente de frequência, a aorta abdominal, as artérias ilíacas e a artéria esplénica.

## **Objectivos**

Análise de caso clínico de doente do sexo masculino com aneurisma intra-abdominal com 11 cm de maior diâmetro.

## **Material e Métodos**

Doente do sexo masculino com 76 anos de idade, antecedentes pessoais de HTA e dislipidemia. Enviado pelo médico assistente com o diagnóstico de Aneurisma da Aorta Abdominal com 11 cm de diâmetro diagnosticado por estudo ecográfico abdominal. Ao exame objectivo apresentava uma tumefacção pulsátil na transição dos quadrantes esquerdos do abdómen. Com presença de pulsos presentes em ambos os membros inferiores.

## **Resultados**

O estudo por AngioTAC abdomino-pélvico revelou a presença de um aneurisma da artéria esplénica com 11 cm de diâmetro. A aortografia com cateterismo selectivo do tronco celíaco confirmou a presença de um aneurisma esplénico localizado na vertente média da artéria esplénica. O doente foi submetido a tratamento cirúrgico programado, tendo-se realizado aneurismectomia parcial e anastomose topo a topo da artéria esplénica. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, o do-

ente teve alta ao 7º dia pós-operatório sob terapêutica com anti-agregação plaquetária. No follow-up clínico e imagiológico o doente está assintomático e o AngioTAC de controlo revela exclusão do aneurisma esplénico com patência da artéria esplénica. O estudo anatómopatológico da peça operatória revelou aspectos compatíveis com aneurisma degenerativo.

## **Conclusões**

A história natural dos aneurismas da artéria esplénica permanece pouco documentada na literatura. Estão descritos na literatura actual, apenas 15 casos de aneurismas da artéria esplénica com diâmetro superior a 8 cm. A terapêutica cirúrgica é mandatória desde que apresentem um diâmetro superior a 2 cm.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANEURISMA DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA CAUSADO POR FIBROPLASIA DA ÍNTIMA

**Emanuel Dias\***,  
**João Pereira\*\***,  
**Hugo Rodrigues\*\*\***,  
**José Aragão de Moraes\*\*\*\***,  
**João Albuquerque e Castro\*\*\*\*\***,  
**Luís Mota Capitão\*\*\*\*\***

**\* Interno de Angiologia e Cirurgia Vascular 6º ano**

**\*\* Interno de Angiologia e Cirurgia Vascular 3º ano**

**\*\*\* Interno de Angiologia e Cirurgia Vascular 4º ano**

**\*\*\*\* Assistente Graduado de Angiologia e Cirurgia Vasculara**

**\*\*\*\*\* Chefe de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculara**

**\*\*\*\*\* Chefe de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculara**

–  
**Instituição**  
**Centro Hospital de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta**

**Serviço**  
**Angiologia e Cirurgia Vasculara (Director: Dr. L. Mota Capitão)**

## Introdução:

Os aneurismas da artéria carótida interna secundários à displasia fibromuscular são extremamente raros. Apesar da sua história natural não ser bem conhecida pelo diminuto número de casos expresso na literatura, o seu tratamento cirúrgico (aneurismectomia e restabelecimento da continuidade arterial) aparece como intuitivo de maneira a prevenir complicações.

## Caso clínico

Caucasiana de 57 anos, com antecedentes de obesidade e de hipertensão arterial, foi referenciada à consulta de Cirurgia Vasculara deste Hospital por aneurisma da região cervical direita detectado por ecografia efectuada no contexto de investigação etiológica de disfagia. A avaliação por Angio-TC documentou um aneurisma da carótida interna direita com 2,6 cm de maior diâmetro, sacular e com uma extensão de 3,1cm. A arteriografia dos troncos supra-aórticos subsequente mostrou elongação e “kinking” acentuado da carótida interna direita proximal, com uma formação aneurismática sacular do seu segmento extra-craneario, iniciando-se 3 cm acima da bifurcação carotídea. A doente foi sujeita a tratamento cirúrgico que consistiu em aneurismectomia e reanastomose topo a topo da carótida interna direita. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo a doente alta ao 6º dia. O exame microbiológico do saco aneurismático revelou-se amicrobiano e o resultado histo-patológico da restante peça operatória descreve um aneurisma verdadeiro e aspectos compatíveis com fibroplasia intimal da carótida interna.

## Conclusões

A displasia fibromuscular pode afectar o território carotídeo, causando a sua distorção estrutural, podendo originar estenoses, oclusões, dissecções e aneurismas. Estes últimos devem ser tratados prematuramente de maneira a prevenir complicações locais ou eventos tromboembólicos neurológicos. A sua ressecção cirúrgica, neste caso, mostrou-se simples, adequada e sem intercorrências adversas.

## Referências

- [1]  
Olin J, Sealove B. Diagnosis, management, and future developments of fibromuscular dysplasia. J Vasc Surg 2011; 53: 826-36.
- [2]  
Srivastava S et al. Surgical repair of carotid artery aneurysms: a 10-year, single-center experience. Ann Vasc Surg 2010; 24: 100-105.
- [3]  
Rhee R et al. Two unusual variants of internal carotid artery aneurysms due to fibromuscular dysplasia. Ann Vasc Surg 1996; 10: 481-485.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# FRACTURA E MIGRAÇÃO DE “STENT” ILÍACO - CASO CLÍNICO

**Luís Antunes,  
R. Vale Pereira,  
Ana Baptista,  
Joana Moreira,  
Gabriel Anacleto,  
Albuquerque Matos**

–  
**Hospitais da Universidade  
de Coimbra, Serviço  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Objectivos**

Apresentação de caso clínico de um doente com antecedentes de angioplastia e “stent” ilíaco, em que ocorreu fractura e migração de “stent” para a artéria contra-lateral.

## **Material e Métodos**

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 38 anos, com antecedentes de oclusão da artéria ilíaca comum direita e submetido a angioplastia com “stent” Absolute Pro® 8x100mm. Dois meses após o procedimento é internado por isquémia subaguda do membro inferior esquerdo com uma semana de evolução, sem pulsos femorais palpáveis. O doente apresentava antecedentes de tabagismo e consumo de estupefacientes.

## **Resultados**

A angiografia evidenciou fractura do “stent” ilíaco direito com migração parcial para a ilíaca contra-lateral e oclusão de ambas. Foi submetido a laparotomia com abordagem transperitoneal, arteriotomia longitudinal aorto-ilíaca, extracção de “stent” e endarteriectomia ilíaca direita. Procedeu-se ao encerramento com “patch” de veia safena interna. Pós-operatório com boa evolução tendo alta ao 6º dia.

Em consulta de re-avaliação (1º mês) apresentava queixas de claudicação para perímetros de marcha longos à direita. Assintomático à esquerda. Apresentava pulsos distais à esquerda e pulso femoral à direita.

## **Conclusões**

O tratamento endovascular nas lesões aorto-ilíacas, apesar de minimamente invasivo, pode estar associado a complicações graves. A fractura de “stents” ilíacos é rara, mas está mais frequentemente associada a tratamento de lesões oclusivas. A migração parcial do “stent” para a ilíaca contra-lateral é ainda uma situação mais rara. Neste doente a não colocação de “kissing stent” poderá ter estado na origem de tal complicação. O tratamento destas complicações deve ser efectuado preferencialmente por via endovascular, mas nesta situação dada o posicionamento do “stent” e a trombose ilíaca, tal procedimento não foi possível.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANEURISMA VERDADEIRO DE ENXERTO VENOSO FEMORO-POPLÍTEO

**Ana Baptista,  
Albuquerque Matos,  
Luís Antunes,  
Joana Moreira,  
Gabriel Anacleto**

**Hospitais da Universidade  
de Coimbra - Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Objectivos**

Apresentação, sob a forma de poster, de um caso de aneurisma verdadeiro em enxerto venoso femoro-poplíteo realizado para exclusão de aneurisma da artéria poplíteo.

## **Material E Métodos**

Doente do sexo masculino, 62 anos, submetido, em 2007, a bypass femoro-poplíteo distal curto com veia safena interna homolateral invertida em trajecto anatómico para exclusão de aneurisma da artéria poplíteo. Em consulta de follow-up, aos 3 anos, constata-se a existência de uma massa pulsátil assintomática a nível do cavado poplíteo. Eco-doppler confirma a existência de um aneurisma com 3,95 centímetros. Estudo angiográfico mostra um aneurisma com anatomia semelhante à do aneurisma previamente excluído. Dadas as dimensões do aneurisma, o doente é proposto para cirurgia.

## **Resultados**

Abordagem cirúrgica do cavado poplíteo por via posterior, constatando-se a existência de um aneurisma verdadeiro do enxerto venoso. O aneurisma da artéria poplíteo previamente excluído encontrava-se trombosado. O aneurisma venoso é ressecado e o enxerto re-anastomosado em término-terminal. Intervenção cirúrgica e pós-operatório sem intercorrências, tendo o doente tido alta ao 5º dia de pós-operatório com pulsos distais palpáveis.

## **Conclusões**

As imagens do estudo angiográfico sugeriram a presença de trombose do bypass e recidiva do aneurisma da artéria poplíteo, apontando-se como causa mais provável a ocorrência de uma deficiente laqueação aquando da primeira intervenção cirúrgica. Intraoperatoriamente tal hipótese viria a ser refutada. Com este caso ilustra-se a necessidade da realização de um follow-up cuidadoso com recurso ao eco-doppler.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

# FALSO ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

---

**Tiago Loureiro,  
Ivone Silva,  
Rui Machado,  
Luís Loureiro,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Rui Almeida**  
–  
**Centro Hospitalar  
do Porto - Hospital  
Geral de Santo António,  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## **Introdução**

Os falsos aneurismas do istmo aórtico e da aorta torácica descendente proximal são uma entidade rara, podendo estar associados a eventos traumáticos ou, mais raramente, a patologias infecciosas como a tuberculose ou a sífilis. O tratamento cirúrgico convencional, apesar dos bons resultados em doentes de baixo risco, apresenta ainda taxas consideráveis de morbimortalidade.

## **Caso Clínico:**

Homem de 51 anos recorre ao serviço de urgência após uma viagem aérea de 12 horas, com quadro de cefaleias, tosse produtiva, hemoptises e toracalgia com 5 a 8 dias de evolução. De antecedentes refere tabagismo, dislipidemia e um acidente de viação grave aos 20 anos de idade. Além dum infecção respiratória, o angio-TC torácico colocou em evidência um falso aneurisma calcificado com 5,5 cm na transição do istmo aórtico para a aorta torácica descendente. Apesar das hemoptises e da compressão do brônquio principal esquerdo, imagiológicamente não havia evidência de fistulização. Realizada no próprio dia exclusão aneurismática com endoprótese MEDTRONIC/VALIANT® 30/30/150 mm, sem intercorrências. Os restantes estudos serológicos e bacteriológicos foram negativos. Excelente evolução clínica e analítica após instituição de antibioterapia empírica, com resolução do quadro infeccioso. No angio-TC de controlo era visível uma pequena endofuga tipo 1 proximal que resolveu espontaneamente ao fim de um mês.

## **Conclusões**

O diagnóstico de falsos aneurismas crónicos a este nível é habitualmente incidental. O arco aórtico e os troncos supra-aórticos impõem ainda um desafio importante aos tratamentos endovasculares. Contudo, ao nível do istmo aórtico e da aorta descendente proximal, a tecnologia actual com endopróteses mais flexíveis permite que estas sejam libertadas com segurança na maioria dos casos, tornando-as uma opção válida, menos invasiva e com morbilidade precoce inferior à do tratamento cirúrgico convencional deste tipo de lesões.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# ROTURA DE AAA INFRARRENAL EM PERITONEU LIVRE: SERÁ O EVAR UMA OPÇÃO?

**Tiago Loureiro,  
Ivone Silva,  
Rui Machado,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Luís Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Rui Almeida**  
—  
**Centro Hospitalar  
do Porto - Hospital  
Geral de Santo António,  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## **Introdução**

A mortalidade por rotura de AAA tem-se mantido relativamente inalterável nos últimos 50 anos, podendo atingir os 70%. Desde o primeiro caso em 1994 que tem crescido o número de relatos de tratamento endovascular de AAA roto em doentes seleccionados, assumindo-se em vários centros este como o tratamento de primeira linha.

## **Caso Clínico**

Homem de 59 anos, seguido em consulta externa por um AAA infrarrenal com 4,2 cm de diâmetro, é admitido no serviço de urgência, após transferência de outra unidade hospitalar por quadro de dor abdominal e choque. Na admissão consciente e hemodinamicamente estável com boa resposta a fluidoterapia (FC-90 bpm; TA-100/50 mmHg). O Angio-TC revelou a rotura em peritoneu livre do AAA, com anatomia favorável para EVAR. É realizada exclusão aneurismática com endoprótese uniilíaca MEDTRONIC/ENDURANT® 28/14/105 mm, extensor ilíaco esquerdo MEDTRONIC/ENDURANT® 16/13/95 mm, oclusor TALENT® no eixo ilíaco direito e pontagem femoro-femoral cruzada esquerda-direita com prótese de PTFE 8mm, sem intercorrências. O controle angiográfico não evidenciou qualquer endofuga. No fim do procedimento, por extensa dilatação abdominal e instabilidade hemodinâmica optou-se por conversão cirúrgica, constatando-se extensa hemorragia activa no saco aneurismático por 2 artérias lombares. Apesar do controle da hemorragia, o doente entrou em paragem cardíaca não revertendo a manobras de suporte avançado.

## **Conclusões**

O crescente entusiasmo pelo tratamento endovascular da rotura de AAA infrarrenal é justificado pela redução das taxas de mortalidade precoce e de complicações pós-operatórias. Os bons resultados parecem no entanto sofrer de um viés de selecção, sendo os doentes instáveis e com pior prognóstico tratados ainda preferencialmente por cirurgia convencional. As endofugas do tipo II são uma complicação pouco descrita na literatura do tratamento endovascular de AAA roto. Quando a rotura ocorre em peritoneu livre, a possibilidade de endofugas e a incapacidade de tamponamento das perdas hemáticas favorece a opção pelo tratamento cirúrgico convencional.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANEURISMA MICÓTICO DA ARTÉRIA ILÍACA COMUM EM ROTURA NUMA DOENTE TRANSPLANTADA RENAL

**Luís Loureiro,  
Pedro Sá Pinto,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Tiago Loureiro,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira**

–  
**Hospital de Santo  
António - CHP, Serviço  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Objectivos**

Descrição de um caso de aneurisma micótico da artéria iliaca comum em rotura numa doente transplantada renal. Revisão da literatura.

## **Material e métodos**

Revisão do processo clínico e meios complementares de diagnóstico. Pesquisa na PubMed, GoogleScholar e ScienceDirect das palavras “mycotic”, “aneurysm”, “iliac artery” e “renal transplant”.

## **Resultados**

Doente do sexo feminino, 32 anos, hipertensa, insuficiente renal crónica desde os 27 anos, transplantada renal há 11 meses noutra hospital, trombose da veia poplitea esquerda há 6 meses, hipocoagulada. Observada em hospital periférico, por dor súbita e tumefacção na fossa ilíaca direita e isquemia do MID. Realizou TC, que mostrou aneurisma iliaco direito roto. Foi transferida para o nosso hospital, onde foi submetida de urgência a aneurismectomia iliaca comum direita e re-implantação da artéria renal em pontagem aortofemoral direita com ePTFE de 8mm, por ausência de enxerto autólogo compatível para pontagem. Ao 5º dia foi isolado no trombo *Candida Albicans*, assim como na urina. Iniciou fluconazol 100mg/dia, terapêutica que cumpriu durante 3 meses. Teve alta ao 14º dia pós operatório com boa função renal, hipocoagulada com heparina de baixo peso molecular, sem queixas álgicas e com pontagem funcionante. A doente mantém-se em

seguimento há 5 meses sem queixas e sem evidência de infecções urinária ou protésica.

A literatura inglesa reporta apenas 2 casos de falsos aneurismas micóticos da artéria ilíaca comum em doentes transplantados renais, ambos sem sinais de rotura. Este caso é o primeiro relato de um aneurisma micótico verdadeiro roto da artéria ilíaca comum em doente transplantada renal.

## **Conclusão**

Apresentamos o primeiro caso de uma doente cuja primeira manifestação foi a rotura. Apesar de ser uma situação com prognóstico reservado e elevado risco de infecção, conhecido “à posteriori”, a opção por material protésico para substituir a artéria ilíaca mostrou-se viável possibilitando a preservação do enxerto renal e membro inferior.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# FALSO ANEURISMA PÓS-TRAUMÁTICO DA ARTÉRIA POPLÍTEA: CASO CLÍNICO

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

—  
**Hospitais da Universidade  
de Coimbra, Serviço  
de Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## Objectivos

Apresentação sob a forma de poster do caso clínico de doente com um quadro de falso aneurisma da 2<sup>a</sup> porção da artéria poplítea na sequência de traumatismo por projectil de arma de fogo.

## Material e Métodos

Caso clínico - Doente do sexo masculino de 42 anos, previamente saudável, biótipo atlético, vítima de agressão por arma de fogo, que é admitido no Serviço de Urgência com feridas perfurantes no membro inferior direito e edema tenso da perna com diminuição da motilidade do pé. Sem queixas algicas, parestesias ou arrefecimento. Ao exame objectivo com pulsos palpáveis em ambos os membros inferiores, sem massas pulsáteis. Fluxo venoso inaudível no cavado poplíteo direito. O ecodoppler revelou imagem sugestiva de falso aneurisma da artéria poplítea, com compressão do sistema venoso profundo. A arteriografia confirmou o falso aneurisma com 4.4cm. Foi submetido a tratamento cirúrgico, inicialmente com abordagem do cavado poplíteo e progressão trans-aneurismática. Por rotura completa do falso aneurisma e hemorragia de difícil controlo foi feito tamponamento e controlo da artéria femoral. Bypass femoro-poplíteo distal com veia safena interna homolateral invertida com exclusão do falso aneurisma.

## Resultados

Bom resultado técnico confirmado por angiografia per-operatória. Período pós-operatório sem complicações, com permeabilidade do bypass e redução do edema. Ao 13º dia alta medicado com anti-agregante plaquetário. Observado em consulta 1 mês depois, sem défices neurológicos e com o bypass permeável.

## Conclusões

As lesões arteriais nos membros inferiores com formação de falsos aneurismas estão mais frequentemente associadas a traumatismos, nomeadamente perfurantes, e iatrogenia em intervenções cirúrgicas ortopédicas. A detecção e tratamento precoce deste tipo de lesões é fundamental para prevenir complicações vasculares e do foro neurológico. A abordagem posterior, via trans-aneurismática, apesar de atractiva mostrou-se inexequível, não sendo a abordagem aconselhada em doentes com biótipo atlético e edema importante do membro.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# AGENESIA DA VEIA CAVA: APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS E REVISÃO DA LITERATURA

Joana Ferreira,  
Alexandra Canedo,  
Daniel Brandão,  
Sandra Braga,  
João Vasconcelos,  
Ricardo Gouveia,  
Victor Martins,  
José Meira,  
António Guedes Vaz

—  
Centro Hospitalar de Vila  
Nova de Gaia/Espinho,  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vasculár

## Introdução

A agenesia da veia cava (VC) é uma patologia congénita, resultante de disgenesia embriológica e com uma prevalência de 0.005-1%.

## Casos clínicos

1- Sexo feminino, 37 anos recorreu à consulta por varizes dos membros inferiores (VMI). Ao exame objectivo, para além das VMI, constatou-se circulação venosa exuberante a nível abdominal. Realizou angiotc que evidenciou ausência de VC inferior infra-renal e veias ilíacas e circulação colateral ao nível dos planos subcutâneos da parede abdominal. Foi medicada com meia de contenção elástica.

2- Sexo masculino, 29 anos admitido no Serviço de Urgência por trombose venosa profunda (TVP) ílio-femoral direita. Verificou-se em Angiotc agenesia da VC, proeminência da veia ázigos: Constatou-se heterozigotia da metiltetrahidrofolato-redutase. Foi mantido em hipocoagulação oral durante 6 meses.

## Discussão

Efectuamos pesquisa na Medline e Pubmed, utilizando as seguintes expressões: "inferior vena cava AND absence", "inferior vena cava AND anomaly" e "inferior vena cava AND agenesia". Identificamos 129 casos (excluímos 16 por apresentarem informação incompleta). Analisamos 75 homens e 38 mulheres, com idade média de 29.48 anos ± 15.98. A apresentação clínica inicial distribuiu-se da seguinte forma: 84 - doentes

TVP; 9 - diagnosticados em exames complementares; 8- embolia pulmonar; 4- insuficiência venosa dos membros inferiores; 3- circulação venosa abdominal; 2- ruptura de aneurisma venoso; 3- radiculopatia; 4- congestão pélvica; 1- hemoptise; 1- hemorragia digestiva alta; 1-hematúria.

Dos 84 doentes com TVP, 12 apresentavam factores de risco para TV e 13 como factor precipitante o exercício físico. Tratamento mais frequentemente: hipocogulação oral.

## Conclusões

A agenesia da VC deve ser equacionada em indivíduos com idade inferior a 40 anos, com TVP proximal após exercício físico ou com circulação venosa abdominal. O angiotac e a ressonância magnética confirmam o diagnóstico. O screening de trombofilias não é custo-eficaz. O tratamento recomendado é uso de meia de contenção elástica e hipocoagulação oral prolongada.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA SÍNDROMA DE PAGET-VON SCHROETTER: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Joana Ferreira,  
Alexandra Canedo,  
Daniel Brandão,  
Sandrina Braga,  
João Vasconcelos,  
Ricardo Gouveia,  
Pedro Brandão,  
António Guedes Vaz**

—  
**Centro Hospitalar de Vila  
Nova de Gaia/Espinho,  
Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular**

## **Introdução**

A Síndrome de Paget-vonSchroetter é definida como trombose primária da veia subclávia (VSC), resultante da compressão repetida no ângulo costo-clavicular. Tem uma incidência de 1-2 doentes por 100 000 pessoas/ano. É frequente nos indivíduos do sexo masculino (2:1), jovens, com actividades que exijam elevação repetida dos membros superiores e em particular no membro dominante

## **Caso clínico**

Sexo masculino, 51 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por edema, e circulação colateral no membro superior direito, com 24 horas de evolução. Realizou eco-doppler e posteriormente angiografia que revelou trombo hipoecogénico na VSC direita. Dois dias depois é submetido a trombólise dirigida por cateter com tenecteplase, durante 24 horas com reperfusão venosa. Procedeu-se à ressecção da primeira costela e venoplastia da VSC, com patch de veia grande safena. Controlo angiográfico mostrou estenose residual na VSC, corrigida com angioplastia com balão e stent.

## **Discussão**

O objectivo terapêutico é garantir uma permeabilidade duradoura da VSC. Hipocoagulação oral isolada, não é recomendável e resulta em síndrome pos-trombótico em 70% dos doentes. A trombólise dirigida, até 14 dias

após a ocorrência do evento trombótico, seguida de ressecção da primeira costela apresenta uma taxa de permeabilidade de 90-100%. Se outrora era defendido que o tratamento cirúrgico deveria ser protelado alguns meses após a trombólise, hoje é claro que este deve ser realizado de imediato. O doente retorna rapidamente a actividade diária, o período de hipocoagulação pode ser encurtado e evita-se a trombose recorrente. Apesar do sucesso da trombólise e tratamento cirúrgico, se existir uma estenose residual da VSC, esta é causa de trombose venosa recorrente, e deverá ser corrigida até 1 mês. Existem várias opções terapêuticas, como por exemplo o tratamento endovascular. A colocação de stent venoso é defensável em estenose residual após angioplastia com balão.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



---

# LINFOMA NÃO-HOGDKIN EM ANEURISMA DA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL

---

Joana Martins,  
João Oliveira,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Luís Loureiro,  
Tiago Loureiro,  
Carolina Vaz,  
Clara Nogueira,  
Cláudia Casais,  
Rui Almeida

–  
Hospital Santo António  
Centro Hospitalar  
do Porto, Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular

## **Objectivos**

Os autores apresentam um caso clínico de doença poli-aneurismática num doente transplantado renal que desenvolveu um linfoma na parede de um aneurisma da artéria femoral superficial esquerda.

## **Material e Métodos:**

Doente de 70 anos, transplantado renal e com antecedentes de tratamentos cirúrgicos de aneurisma da aorta em ruptura, de exclusão de aneurisma popliteo direito e de revascularização do membro inferior esquerdo por isquemia aguda, que desenvolveu subitamente tumefacção na face anterior da coxa esquerda com sinais inflamatórios.

Realizou TC e posteriormente exérese cirúrgica de uma massa envolvendo um pequeno aneurisma da artéria femoral superficial trombosado que revelou tratar-se de um linfoma não Hodgkin de grandes células com alto grau de malignidade.

## **Conclusões:**

O diagnóstico de linfoma da parede arterial é raro e apenas possível após realização de exame anatomopatológico. O tratamento é a quimioterapia.

O desenvolvimento do linfoma não-Hodgkin neste caso está muito provavelmente relacionado com a imunossupressão prolongada a que este doente esteve submetido após o transplante renal.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# EMBOLOGIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE ANEURISMA DA ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA, UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA

**Joana Martins,  
Rui Machado,  
Manuela Certo,  
Diogo Silveira,  
Sérgio Teixeira,  
Luís Loureiro,  
Tiago Loureiro,  
Carolina Vaz,  
Clara Nogueira,  
Rui Almeida**

**Hospital Santo António  
Centro Hospitalar  
do Porto, Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Objetivos**

Os autores apresentam o caso clínico de um doente com um aneurisma da artéria hipogástrica com 7,5 cm de diâmetro tratado por embolização percutânea com coils e spongostan.

## **Material e Métodos**

Doente submetido a tratamento de aneurisma aortoiliaco tendo sido submetido a pontagem aortobifemoral e laqueação proximal da artéria hipogástrica esquerda. O controlo revelou crescimento do aneurisma da artéria hipogástrica por permeabilidade distal através de dois ramos terminais (como uma endoleak tipo IIb), confirmado por ecografia e TC.

O procedimento consistiu na punção do saco aneurismático por via percutânea suprapúbica ecoguiada com agulha de 20 cm, 6,3F e embolização de coils e fragmentos de spongostan. A TC de controle ao fim de um mês revelou trombose completa do aneurisma.

## **Conclusões**

Os aneurismas da hipogástrica quando volumosos são de difícil acesso e portanto difíceis de tratar. Frequentemente trombosam com a laqueação proximal. Não foi o caso deste aneurisma com duas artérias distais que mantiveram a circulação e pressurização do saco, mantendo assim crescimento progressivo.

Nestes casos, em que a laqueação prévia da artéria hipogástrica impede o acesso endovascular, a embolização percutânea poderá ser uma excelente forma terapêutica neste grupo de doentes com elevado risco.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

# CORRECÇÃO DE ANEURISMA DO TRONCO BRAQUIO-CEFÁLICO, 10 ANOS APÓS TRAUMATISMO TORÁCICO FECHADO

## A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

---

**Almeida Lopes J<sup>1</sup>,  
Benjamin M<sup>2</sup>,  
Mansilha A<sup>1</sup>,  
Casanova J<sup>2</sup>,  
Carvalho J<sup>1</sup>,  
Ramos J<sup>1</sup>,  
Pinho P<sup>2</sup>,  
Roncon de  
Albuquerque R<sup>1</sup>**

**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular<sup>1</sup> e  
Serviço de Cirurgia Cardio-  
Torácica<sup>2</sup> do Hospital de S.  
João- Porto**

É apresentado o caso de um homem de 22 anos, que recorreu ao serviço de urgência por queixas algícas de início súbito no hemitórax esquerdo, que cederam à toma de paracetamol. Foi submetido a uma angio-TAC que evidenciou a presença de aneurisma do tronco braquio-cefálico do tipo A (classificação de Kieffer) de grandes dimensões (52mmx85mm). O doente não tinha antecedentes relevantes, para além de história de traumatismo toraco-abdominal por atropelamento de alta energia, 10 anos antes.

Neste contexto, foi submetido a cirurgia electiva por uma equipa conjunta pelas especialidades de Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardio-Torácica, com a exclusão do aneurisma e realização de bypass aorta ascendente - carótida comum/subclávia com prótese bifurcada de Dacron 14x7mm, que decorreu sem complicações. Tem alta hospitalar ao 7º dia pós-operatório, sem outras intercorrências para além de disfonía, tendo efectuada uma laringoscopia que confirmou paralisia da corda vocal direita.

Ao 20º dia após a cirurgia, o doente apresentou uma frebotrombose femoro-ílica esquerda (no local de cateter venoso central femoral prévio) acompanhada de embolia pulmonar, tendo ficado hipocoagulado com varfarina e uso diário de meia elástica compressão grau II. Aos 3 meses após a cirurgia o doente encontra-se bem, com bypass funcionante confirmado por angio-

TAC, demonstrando progressivas melhorias da disfonía. Kieffer e colaboradores ao longo de 3 décadas, descreveram 27 casos de aneurismas do tronco braquio-cefálico, dos quais 2 eram de etiologia traumática e apenas 1 do tipo A (aneurismas não envolvendo a origem do tronco braquio-cefálico) como o caso apresentado.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

# ABORDAGEM HÍBRIDA DA DOENÇA ANEURISMÁTICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

---

**Almeida Lopes J,  
Brandão D,  
Mansilha A.**  
-  
**Departamento de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular- Hospital CUF  
Porto**

Os aneurismas poplíteos e os aneurismas femorais são os aneurismas periféricos mais prevalentes. Neste contexto, os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino de 61 anos, com história prévia de correcção cirúrgica de varizes que iniciou dor e edema do membro inferior (MI) direito, tendo em sequência realizado um eco-Doppler venoso dos MIs que revelou a presença de uma flebotrombose poplíteia direita ipsilateral e ainda um volumoso aneurisma da artéria poplíteia direita. Seguidamente realizou uma angio-TC dos MIs tendo confirmado a presença de um aneurisma poplíteo supra-articular, de 4,6cm de maior diâmetro por 10cm de extensão longitudinal e ainda demonstrada a existência de um aneurisma da artéria femoral comum esquerda de 3,3cm de maior diâmetro do tipo 1. Dada a ausência de enxerto venoso adequado, foi decidido o tratamento endovascular do aneurisma poplíteo por abordagem femoral direita e foi colocada uma endoprótese de 5 x 150 mm (Viabhan protaten®). O procedimento decorreu sem complicações, tendo o doente tido alta no dia seguinte ao procedimento.

Realizou aos 3 meses uma angio-TC que demonstrou ausência de fugas, permeabilidade e integridade da endoprótese.

Posteriormente foi feita a correcção cirúrgica do aneurisma femoral esquerdo, por aneurismectomia e enxerto de interposição na artéria femoral comum, com

prótese de PTFE de 8mm (Fusion®). A cirurgia decorreu sem intercorrências tendo o doente tido alta hospitalar ao 3º dia pos-operatório.

Este caso clínico demonstra as diferentes possibilidades de abordagem (endovascular e clássica) no tratamento da mesma entidade patológica, em diferentes locais no mesmo doente.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# BYPASS INTER-CAVAS

**Sandrina Figueiredo  
Braga,  
Joana Ferreira,  
João Vasconcelos,  
Ricardo Gouveia,  
Pedro Brandão,  
A. Guedes Vaz**  
–  
**Centro Hospitalar de Vila  
Nova de Gaia/Espinho EPE  
Serviço de Angiologia e  
Cirurgia Vascular**

## Objectivos

A incidência de trombose venosa profunda (TVP) na população geral é de cerca de 0.1% e ainda menos frequente em doentes com menos de 40 anos. A trombose da Veia Cava Inferior (VCI) é uma condição clínica excepcionalmente rara, com factores etiológicos semelhantes aos da trombose venosa profunda dos membros inferiores. O objectivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de trombose venosa ilíaca bilateral e da veia cava inferior, com desenvolvimento de circulação venosa colateral exuberante.

## Material e Métodos

Doente do sexo masculino, sem antecedentes patológicos relevantes. Em 2001, aos 32 anos, recorre ao Serviço de Urgência por edema do membro inferior esquerdo desde há 4 dias e aparecimento de circulação colateral na fossa ilíaca e região inguinal ipsilaterais. O ecodoppler venoso revelou TVP ilio-femoral esquerda. Os estudos imunológico, protrombótico, genético e paraneoplásico foram negativos. Foi dada indicação para hipocoagulação oral e meia elástica. Em 2003, recorreu ao SU por quadro clínico compatível com TVP à direita. O ecodoppler revelou TVP ilio-femoral direita, com envolvimento da VCI. Repetiu estudos analítico e imagiológico que excluíram trombofilias, neoplasias, aneurisma da aorta abdominal, patologia hepática e malformações congénitas da VCI. Foram igualmente excluídos antecedentes de trauma, quimioterapia e radioterapia.

## Resultados

Manteve hipocoagulação oral, meia elástica e seguimento em consulta externa. Verificou-se desenvolvimento de circulação colateral exuberante na parede abdominal, para-aórtica e esplâncnica. Apresenta actualmente síndrome pos-trombótico bilateral, com úlcera à direita, em cuidados de penso.

## Conclusões

A TVP da VCI é uma entidade rara, frequentemente associada a condições locais ou patologias sistémicas. O diagnóstico pode ser confirmado por Ecodoppler ou angio-TC. No caso clínico apresentado, modelo anatómico vivo dos sistemas de colateralização inter-cavas, a riqueza semiológica do exame físico permite antever o diagnóstico.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# ANEURISMA VERDADEIRO E FÍSTULA ARTERIOVENOSA DA ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Nádia Duarte<sup>1</sup>,  
Ana Gonçalves<sup>2</sup>,  
Gil Marques<sup>2</sup>,  
Pedro Barroso<sup>3</sup>,  
António González<sup>3</sup>,  
Marco Zamora<sup>4</sup>,  
Inês Pinheiro<sup>1</sup>,  
Ana Afonso<sup>1</sup>,  
Maria José Ferreira<sup>5</sup>**

**<sup>1</sup> Interno do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta (HGO)**

**<sup>2</sup> Assistente hospitalar graduado de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO**

**<sup>3</sup> Assistente hospitalar de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO**

**<sup>4</sup> Especialista de Cirurgia Vascular pela Universidade da Costa Rica**

**<sup>5</sup> Directora do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO**

## Introdução

Os aneurismas verdadeiros da artéria femoral profunda (AFP) são raros, correspondendo a cerca de 0,5% de todos os aneurismas periféricos e a 1-6,6% de todos os aneurismas da artéria femoral.

A propósito desta entidade, apresenta-se e discute-se um caso clínico de aneurisma aterosclerótico da AFP síncrono com fístula arteriovenosa (FAV) entre a AFP e a veia femoral profunda (VFP), sob a forma de Poster.

## Caso Clínico

Um doente de 78 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de HTA e cirurgia prostática, encaminhado ao SU por aparecimento de massa pulsátil na coxa com cerca de 1 mês de evolução e agravamento nos últimos dias, com expansão da mesma e dor. Objectivamente com massa pulsátil na face anterior da coxa esquerda, com cerca de 5-6 cm, com frémito na face antero-interna; pulsos femoral, popliteu, pedioso e tibial posterior presentes bilateralmente. Eco-doppler revelou aneurisma da artéria femoral profunda com 5 cm, sem dilatações aneurismáticas noutras localizações. A exploração cirúrgica revelou aneurisma da AFP a nível da segunda porção com extensão distal com cerca de 5-6 cm e comunicação entre o aneurisma e a veia femoral profunda. Procedeu-se a laqueação da FAV entre aneurisma-VFP e aneurismectomia parcial com laqueação/exclusão do mesmo e endoaneurismorrafia. Constatou-se que o aneurisma estava roto a nível posterior, tendo-se removido trombo em grande quantidade.

## Resultados

A análise anatomopatológica confirmou tratar-se de aneurisma verdadeiro.

## Discussão E Conclusões

A possível subnotificação destes aneurismas pode dever-se ao facto de estarem protegidos da dilatação aneurismática pelo túnel formado pelo grande aductor, pela presença de sintomas ocorrer apenas quando o aneurisma atinge volume suficiente ou pela presença de manifestações clínicas decorrentes de complicações. A etiologia desses aneurismas é, na sua grande maioria, aterosclerótica (75 a 90%).

Doentes com aneurismas de AFP têm outros aneurismas identificados em 20 a 45% dos casos, sendo aorta abdominal, popliteias e femorais comuns as sedes mais frequentes.

A bilateralidade destes aneurismas é rara (5 %), em oposição aos aneurismas da artéria femoral que são frequentemente bilaterais. No caso descrito, o aneurisma da AFP apresenta-se como único. Estes tendem a ser de dimensões maiores e apresentar incidência de ruptura mais elevada (42 %) que os aneurismas femorais.

Logo é essencial uma avaliação rápida e planeamento do tratamento. Ultrassonografia e duplex têm prioridade diagnóstica nestes casos. A angiografia, tomografia computadorizada e angio-TC são realizadas em complemento da ultrassonografia para planeamento cirúrgico e follow-up após tratamento.

A revascularização no contexto de permeabilidade do eixo femoro-popliteu não é necessária, sendo fortemente recomendada quando existe doença oclusiva nesse sector. A laqueação simples da AFP é segura sempre que o outflow até ao pé não esteja comprometido.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# OUTRAS MALFORMAÇÕES ASSOCIADAS À SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**Nádia Duarte<sup>1</sup>,  
Ana Gonçalves<sup>2</sup>,  
Gil Marques<sup>2</sup>,  
Pedro Barroso<sup>3</sup>,  
António González<sup>3</sup>,  
Marco Zamora<sup>4</sup>,  
Inês Pinheiro<sup>1</sup>,  
Ana Afonso<sup>1</sup>,  
Maria José Ferreira<sup>5</sup>**

**<sup>1</sup> Interno do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta (HGO)**

**<sup>2</sup> Assistente hospitalar graduado de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO**

**<sup>3</sup> Assistente hospitalar de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO**

**<sup>4</sup> Especialista de Cirurgia Vascular pela Universidade da Costa Rica**

**<sup>5</sup> Directora do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do HGO**

## **Objectivo**

A Síndrome de Klippel-Trenaunay é uma anomalia congénita rara, caracterizada por uma tríade, malformações venosas (varizes ou ausência de veia cava inferior ou do sistema venoso profundo), hipertrofia de tecido mole/osso e hemangiomas, na maioria das vezes unilaterais e quase exclusivos aos membros inferiores (MI). Se coexistir presença de fístula arteriovenosa, toma o nome de Síndrome Parker-Weber. Com o objectivo de relembrar esta patologia, os autores apresentam como malformação vascular rara, associada a esta entidade, um aneurisma intra-cerebral manifestado por amaurose unilateral.

## **Caso Clínico**

Doente de 54 anos, do sexo feminino, com antecedentes pessoais de Síndrome de Klippel-Trenaunay diagnosticada aos 20 anos, dois episódios de erisipela do membro inferior direito, aneurisma cerebral diagnosticado por ressonância magnética (RMN) há 2 anos após episódios esporádicos de perda de visão do olho direito. Internada electivamente por agravamento da visão do olho direito, caracterizada por amaurose total do mesmo no último mês, para realização de angiografia cerebral. Objectivamente apresentava hemiface direita com angioma rosáceo/púrpura e correcção de visão do olho esquerdo com óculos; região cervical, tórax e abdómen com angiomas da mesma coloração; MID hipertrofiado desde a coxa ao pé, com flebolinfedema, angiomas dispersos e varizes na face antero-interna da coxa e perna. MIE de diâmetro menor relativo ao contralateral, sem varizes volumosas visíveis, presença de telangiectasias dispersas, apenas 2 angiomas de pequenas dimensões (2x5cm) a nível da coxa. Pulsos femoral, popliteu e distais presentes bilateralmente.

Submetida a angiografia encefálica, por punção da artéria femoral direita que revelou oclusão da porção cervical da ACI direita existindo preenchimento do segmento supraclinoideu da ACI direita por anastomoses: anastomose de alto fluxo com dilatação arterial, entre

a artéria meníngea média direita e a artéria oftálmica que preenchia de forma retrógrada repermeabilizando o segmento supraclinoideu; anastomose com a artéria comunicante posterior direita com preenchimento do segmento supraclinoideu. A circulação supraclinoideia e da artéria cerebral média era efectuada por estas anastomoses. A circulação da artéria cerebral anterior era efectuada pela ACI contralateral. Os tempos venosos cerebrais não estavam atrasados e o blush coroi-deu direito estava presente. Ectasia difusa arterial da artéria carótida externa direita e dos seus ramos com blush facial difuso (em relação com o "angioma" cutâneo).

Malformação arteriovenosa raquidiana (cervical alta C2) lateral esquerda alimentada por ramo muscular da AVE e com drenagem venosa perimedular posterior e paravertebral.

O procedimento não teve intercorrências e a doente teve alta no dia seguinte.

## **Resultados**

Esta doente apresentava malformação arteriovenosa raquidiana, pelo que o diagnóstico efectuado anteriormente de Síndrome de Klippel-Trenaunay, dá lugar ao de Parker-Weber.

## **Conclusão**

A síndrome de Klippel-Trenaunay/Parker-Weber é uma anomalia neurocutânea rara, crónica em que coexistem hipertrofia óssea, angiomas vasculares e anomalias dos vasos, associados a presença de fístula arteriovenosa. O envolvimento do osso craneano é raro e as anomalias intracranianas associadas são excepcionais. A abordagem destes doentes é complexa, devendo ser feita de forma multidisciplinar num centro vascular qualificado para que se possa analisar a possibilidade de tratamento operatório e melhor seguimento clínico, em caso de existirem complicações.

Observações

# ANEURISMA CAROTÍDEO, UMA CAUSA DE AVC

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

## **Introdução**

Os aneurismas carotídeos são uma entidade pouco frequente, não havendo mais de 3000 casos descritos na literatura mundial. Podem causar uma multiplicidade de sintomas neurológicos ou compressivos, sendo a ruptura mais rara mas potencialmente fatal. A sua etiologia é variada embora seja encabeçada, na actualidade, pela aterosclerose.

## **Material e métodos**

Os autores analisaram o quadro clínico de um doente, sexo masculino, 66 anos, com antecedentes de doença coronária, hipertensão arterial e síndrome metabólico (diabetes mellitus tipo2, dislipidémia e hiperuricémia). Apresenta como sintoma major acidentes vasculares cerebrais envolvendo o hemisfério esquerdo (dois eventos, o primeiro em 2006 e o segundo em 2010). Realiza um ecodoppler cervical que evidencia a presença de aneurismas carotídeos fusiformes bilaterais, hipótese confirmada por angioTAC.

## **Resultados**

O doente foi submetido ressecção do aneurisma e anastomose topo-a-topo carótida primitiva-carótida interna, num primeiro tempo à esquerda (aneurisma sintomático) e 5 meses depois à direita..

## **Conclusões**

Os aneurismas carotídeos podem ser classificados em verdadeiros, de origem degenerativa, associados a fibrodysplasia ou a necrose cística da média ou falsos, de origem infecciosa ou traumática. A taxa de mortalidade em doentes submetidos a cirurgia correctiva ronda os 4%, valor que sobe para os 70% quando não tratados. As opções cirúrgicas são variadas desde a aneurismorrafia, ressecção e reconstrução topo-a-topo ou pela interposição de enxerto, exclusão e confecção de um bypass até à implantação de endoprótese.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# FAILING GRAFT: BALÃO FARMACOLÓGICO, UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO ENDOVASCULAR

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

## Introdução

A taxa de permeabilidade de um bypass femoro-popliteo ronda os 75% aos 4 anos. Uma das causas mais frequentes para a falência deste tipo de revascularização é a hiperplasia neointimal, reacção inflamatória e fibrótica exagerada envolvendo as anastomoses e os 2-3cm de conduto adjacentes. A difusão das técnicas endovasculares aumentaram a taxa de permeabilidade dos bypass em falência de forma pouco agressiva para os doentes.

## Material e métodos

Os autores analisaram o quadro clínico de uma doente, sexo feminino, 75 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, hipercolesterolemia e isquemia crónica dos membros inferiores que é referenciada à Cirurgia Vascular por uma agudização no membro inferior direito. Apresenta queixas de dor em repouso e uma úlcera maleolar externa espontânea. É submetida a revascularização por bypass femoro-popliteo distal venoso em trajecto anatómico. Assiste-se a uma regressão dos sintomas e cicatrização da úlcera mas 7 meses depois a úlcera recidiva e o índice de pressão residual reduz-se para 0,4. Realiza angiografia selectiva do bypass que revela uma estenose de cerca de 40% da anastomose proximal e pré-oclusiva da anastomose distal.

## Resultados

A doente foi submetida a reimplantação proximal do bypass e a angioplastia da anastomose distal com ba-

lão farmacológico. Acessoriamente procede-se ainda a angioplastia com balão da artéria tibial anterior que apresenta 2 segmentos estenosados com 5 cm e 3 cm. O IPR aumenta para 0,7 e a lesão trófica cicatriza 1 mês após a intervenção cirúrgica

## Conclusões

A angioplastia de lesões de hiperplasia intimal é uma opção terapêutica para failing grafts há mais de uma dezena de anos. A associação com stenting não se revelou promissora no aumento das taxas de sucesso clínico e de permeabilidade dos bypass mantendo-se a procura de novas tecnologias capazes de responder com eficácia a este problema. A aplicação de fármacos inibitórios dos processos inflamatórios e da multiplicação celular tem provas dadas noutros territórios vasculares, nomeadamente coronário. A sua utilização em balões para angioplastia periférica está a dar os primeiros passos em Portugal mas os resultados além fronteiras permitem-nos acreditar que se encontrou um método capaz de aumentar significativamente a taxa de permeabilidade dos bypass femoro-popliteos e de limb salvage dos doentes.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# PSEUDOANEURISMA DA ARTERIA FEMORAL PROFUNDA: UMA SOLUÇÃO ENDOVASCULAR

**Ana Sofia. Ferreira,  
Pedro H. Almeida,  
Alfredo Cerqueira,  
Roncon de Albuquerque**

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

Os pseudoaneurismas da artéria femoral são uma entidade relativamente frequente quando associados a procedimentos de cateterismo (0.6-6%) ou iatrogenia cirúrgica, salientando-se neste campo a cirurgia ortopédica. No entanto quando idiopáticos são uma entidade rara, com descrição de casos pontuais na literatura. Apresenta-se um caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, 44 anos, com antecedentes de IRC, nefrectomizado bilateralmente e sob programa regular de hemodiálise por cateter femoral direito. Enviado ao SU por aparecimento espontâneo de tumefacção dolorosa não pulsátil na face interna da coxa esquerda.

Observou-se uma evolução clínica favorável, com redução das queixas algicas, e realização de eco-doppler de controle às 24 horas que mostrou exclusão do pseudoaneurisma com trombose intra-luminal.

A angio-TAC realizada evidenciou uma colecção bilocada hiperdensa e com preenchimento de contraste endovenoso compatível com hematoma, associado a hemorragia activa, na dependência de ramo da artéria circunflexa medial. A arteriografia confirmou a existência de um pseudoaneurisma na dependência de um ramo da artéria femoral profunda, tendo-se decidido por correcção endovascular, com cateterização selectiva e embolização por coils por acesso femoral contralateral - bom resultado angiográfico, com ausência de fluxo no pseudo-aneurisma no final da intervenção.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# ENDOPRÓTESE FENESTRADA

## UMA NOVA REALIDADE NO TRATAMENTO DE ANEURISMAS AÓRTICOS

**Almeida P.,  
Rocha e Silva A.,  
Vieira M.,  
Sampaio S.,  
Carvalho J.,  
Roncon Albuquerque R.**

**Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular do  
Hospital de S. João, Porto**

Sendo cada vez mais a terapêutica preferencial de aneurismas aórticos, a cirurgia endovascular tem evoluído à medida que as possibilidades técnicas vão ultrapassando as limitações inerentes a dispositivos mais antigos. Neste contexto, o desenvolvimento de endopróteses fenestradas permitiu ultrapassar a limitação imposta pela presença de ramos viscerais aórticos em zona a recobrir pela endoprótese.

Apresenta-se o primeiro caso de colocação de endoprótese aórtica fenestrada na nossa instituição.

Doente do sexo masculino, 68 anos, com antecedentes de cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, ex-fumador, obesidade de predomínio central. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor epigástrica ligeira, portador de ecografia que descrevia aneurisma da aorta abdominal. Realizou angio-TAC toraco-abdomino-pélvica que confirmou a existência de aneurisma da aorta abdominal justa-renal, com 6,8cm de maior diâmetro.

Face à ausência de sinais de rotura na angio-TAC, estabilidade clínica com resolução da dor abdominal durante o internamento, comorbilidades e biótipo do doente, foi decidido tratamento endovascular com endoprótese fenestrada.

A intervenção decorreu sob anestesia loco-regional, com exposição cirúrgica femoral bilateral, tendo sido utilizada uma endoprótese fenestrada Zenith Cook com três módulos: módulo proximal com duas fenestraçãoes para as artérias renais e um entalhe para a artéria mesentérica superior, módulo distal bifurcado com prolongamento para a artéria íliaca direita e módulo contralateral para a artéria íliaca esquerda; nas artérias renais foram colocados dois stents cobertos Advanta® V12 (Atrium®) 7x22mm. Houve sucesso técnico primário, com exclusão total do aneurisma, ausência de endoleaks e permeabilidade preservada das artérias renais, mesentérica superior e ílicas internas. Permaneceu um dia na Unidade Pós-Anestésica, com alta hospitalar ao sexto dia pós-operatório, sem intercorrências. Realizou angio-TAC ao 27º dia pós-operatório, confirmando os achados intra-operatórios.

Esta nova tecnologia endovascular apresenta-se como alternativa a cirurgias clássicas complexas e de risco elevado no tratamento de aneurismas da aorta abdominal sem colo infra-renal, aguardando-se evidência clínica que estabeleça o âmbito da sua aplicabilidade.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



---

# LEIOMIOSARCOMA DA VEIA POPLITEIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO

---

**Luís Silvestre,**  
**José L. Giménez,**  
**Ruy Fernandes e**  
**Fernandes,**  
**Luís Mendes Pedro,**  
**Dinis de Gama**  
—  
**Serviço de Cirurgia**  
**Vascular I do Centro**  
**Hospitalar Lisboa Norte**  
**(Hospital Santa Maria).**

## **Introdução**

Os sarcomas de origem vascular são entidades extremamente raras, que correspondem a 0,001% de todos os tumores malignos. O envolvimento venoso é cinco vezes superior ao arterial e a manifestação mais frequente é a trombose venosa.

Os autores reportam um caso de leiomioma da veia popliteia.

## **Caso Clínico**

Doente do sexo feminino, de 86 anos de idade, que recorreu à Consulta de Cirurgia Vascular por úlcera da perna direita. Apresentava antecedentes de trombose venosa profunda femoro-popliteia homolateral 6 meses antes, tratada com heparina de baixo peso molecular. O exame físico revelou a existência de uma tumefacção sólida no escavado popliteu direito e o eco-Doppler e a tomografia computadorizada mostraram tratar-se de um tumor multilobulado de 5 cm de maior diâmetro determinando desvio da artéria popliteia.

A doente foi submetida a ressecção cirúrgica em bloco da massa que englobou os vasos popliteus. A reconstrução arterial foi efectuada por interposição de veia safena interna contralateral invertida, e não se efectuou reconstrução venosa.

O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de um leiomioma de baixo grau de malignidade e as margens de ressecção foram negativas.

O estadiamento tinha revelado a existência de múltiplas metástases pulmonares micronodulares e na Consulta de Oncologia não foi proposta terapêutica adjuvante.

Dez meses após a cirurgia, a doente encontra-se clinicamente assintomática e com o enxerto funcionante.

**Discussão:** Os leiomiomas de origem venosa são doenças raras, geralmente revelados por quadros de trombose venosa profunda pelo que o diagnóstico é frequentemente tardio e já associado a disseminação neoplásica.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

# ARTERITE RÁDICA DA ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL PÓS-TRATAMENTO DE SARCOMA DE EWING

---

Sérgio Teixeira,  
Pedro Sá Pinto,  
Ivone Silva,  
Tiago Loureiro,  
Luís Loureiro,  
Clara Nogueira,  
Carolina Vaz,  
Diogo Silveira,  
Pedro Gomes,  
Ana Monteiro,  
Rui Almeida.  
—  
Centro Hospitalar  
do Porto, Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular.

## Objectivos

Apresentação de caso clínico de arterite rádica pós-tratamento de Sarcoma de Ewing (SE).

## Materiais e Métodos:

Consulta do processo clínico. Pesquisa na PubMed com os termos “Ewing sarcoma”, “radiation arteritis”, “angioplasty” e “stenting”.

## Resultados:

O SE é o segundo tumor ósseo maligno mais prevalente na idade pediátrica, apresentando um risco elevado de morbilidade e mortalidade. A radioterapia utiliza-se como um adjuvante no tratamento do SE.

O tratamento por irradiação pode estar associado ao aparecimento de lesões arteriais.

Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, 32 anos, submetida, aos 6 anos de idade, a cirurgia, radioterapia e quimioterapia para tratamento de SE do fémur direito. Passados 21 anos, iniciou claudicação intermitente para curtas distâncias que evoluiu, rapidamente, para quadro de isquemia crítica do membro inferior direito (MID). À inspecção do MID, apresentava distrofia grave da coxa, com tecidos endurecidos e varizes secundá-

rias, e elefantíase do pé e perna. No estudo pré-operatório identificou-se estenose pré-oclusiva da artéria femoral superficial (AFS) direita. A paciente foi tratada por angioplastia transluminal percutânea (ATL), necessitando de “stenting” devido ao intenso “recoil” pós-ATL. No decurso dos últimos 5 anos, consequência de reestenoses sucessivas “in-stent” com instalação sistemática de quadros de isquemia crítica do MID, a paciente foi submetida a 4 intervenções endovasculares: uma ATL com colocação de “stent-in-stent” e três ATL com “cutting balloon”. Houve resolução do quadro de isquemia crítica em todas as intervenções. A última intervenção complicou com a formação de um falso aneurisma da artéria femoral comum, que foi tratado com exérese e arteriorrafia. Actualmente, a doente encontra-se assintomática, com pulsos distais mantidos e índice tornozelo-braço de 1.

## Conclusões:

Neste caso, dada a impossibilidade de efectuar cirurgia clássica de revascularização, o tratamento endovascular tem sido uma opção válida na resolução do quadro de isquemia crítica e preservação do membro inferior.

Observações

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





---

# MEDICINA HIPERBÁRICA

## - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

---

**João Vasconcelos<sup>1</sup>,  
Joana Ferreira<sup>1</sup>,  
Sandra Braga<sup>1</sup>,  
Ricardo Gouveia<sup>1</sup>,  
Victor Martins<sup>1</sup>,  
Tiago Fernandes<sup>2</sup>,  
Óscar Camacho<sup>2</sup>,  
Guedes Vaz<sup>1</sup>**

–  
**<sup>1</sup>Serviço de Angiologia  
e Cirurgia Vascular  
Centro Hospitalar Vila  
Nova de Gaia/Espinho,  
EPE**

–  
**<sup>2</sup>Unidade de Medicina  
Hiperbárica  
Unidade de Saúde Local  
de Matosinhos**

**Objectivo**

Apresentar factores preditivos de sucesso para a cicatrização de lesões tróficas em doentes com isquemia crítica submetidos a oxigenoterapia hiperbárica.

**Material e Métodos**

A propósito de dois doentes com isquemia grau IV de Leriche-Fontaine sem possibilidade de revascularização, são analisados os valores de pressão transcutânea de oxigénio (PtcO<sub>2</sub>) perilesionais e de referência em ambiente com pressão de 1ATA e com 21% e 100% de oxigénio, assim como em teste protocolado de câmara hiperbárica com pressão de 2,1 ATA e 100% oxigénio. Efectuadas sessões de oxigenoterapia hiperbárica e correlação clínica concomitante.

**Resultados**

Observados valores basais de PtcO<sub>2</sub> < 30 mmHg O<sub>2</sub> com oxigénio e pressão ambientes. À exposição a O<sub>2</sub> 100% a 1ATA, ambos os casos apresentaram valores três vezes superior aos basais. A avaliação em teste protocolado em câmara hiperbárica revelou valores de PtcO<sub>2</sub> perilesionais > 200 mmHg nos dois casos. Ao 6º mês de seguimento, ambos os doentes apresentam boa evolução cicatricial.

**Conclusão :**

A oxigenoterapia hiperbárica é benéfica em seleccionados casos de isquemia crítica. A avaliação do incremento da pressão transcutânea de oxigénio com o aumento de oxigénio e pressão atmosférica auxiliam na selecção de doentes com melhor prognóstico.

Observações  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# FALSO ANEURISMA E FÍSTULA ARTERIO-VENOSA IATROGÉNICOS UMA ASSOCIAÇÃO RARA DE COMPLICAÇÕES DO CATETERISMO CARDÍACO

**Nelson Oliveira <sup>(1)</sup>,  
Emanuel Dias,  
Fernando Oliveira,  
Isabel Cássio.**

**<sup>1</sup> Hospital do Divino  
Espírito Santo EPE Ponta  
Delgada - Serviço de  
Angiologia e Cirurgia  
Vascular**

## **Objectivos**

Os Falsos aneurismas e Fístulas arterio-venosas são duas das complicações associadas ao cateterismo cardíaco. A sua abordagem terapêutica tem evoluído no sentido da preponderância das técnicas não invasivas sendo a Cirurgia Convencional cada vez menos frequentemente praticada. São discutidas as indicações da terapêutica cirúrgica a propósito de uma caso clínico.

## **Caso clínico**

Doente de sessenta e um anos, sexo masculino, com antecedentes de hipertensão arterial, miocardiopatia dilatada de etiologia isquémica, doença coronária com enfarte agudo do miocárdio prévio, fibrilhação auricular paroxística, portador de cardiodesfibrilhador, submetido a cateterismo cardíaco para ablação do Feixe de His, referenciado por desenvolvimento progressivo de massa pulsátil dolorosa acompanhada de hipostesia da face anterior da coxa. A Angiodinografia confirmou a presença de falso aneurisma da artéria femoral profunda direita com 3cm de maior diâmetro e a presença de uma fístula entre a artéria e a veia femorais superficiais direitas. Por abordagem cirúrgica aberta, foi realizada a exclusão do falso aneurisma e rafia artéria e veia femorais superficiais.

## **Conclusão**

A abordagem de primeira linha dos falsos aneurismas e das fístulas arterio-venosas iatrogénicos pós cateterismo cardíaco é não invasiva mas a Cirurgia Convencional detém ainda indicações para o seu tratamento.

Observações

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....







CAMPANHA NACIONAL DE RASTREIO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL (AAA)

# A AORTA NÃO AVISA,

RASTREIE PELA SUA VIDA!

“A AUSÊNCIA DE SINTOMAS NÃO REPRESENTA AUSÊNCIA DE DOENÇA”

**POPULAÇÃO ALVO**  
 MAIS DE 65 ANOS  
 SEXO MASCULINO  
 FUMADOR OU EX-FUMADOR  
 ATEROSCLEROSE  
 COLESTEROL ELEVADO  
 HIPERTENSÃO  
 DOENÇA CARDIOVASCULAR FAMILIAR COM AAA

Sociedade Portuguesa de ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Sociedade Portuguesa de  ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Porto  
 Rua de Gondarém, 956 - 1/c | 4150-375 Porto  
 tlf +351 226 199 687 | fax +351 226 199 689 | tlmv +351 913 267 645  
 spacv@sapo.pt | www.spacv.org

[www.spacv.org](http://www.spacv.org)



**Medtronic**

Aliviar a dor · Restabelecer a saúde · Prolongar a vida



**Bayer**



LEO

**BIO**SAÚDE