

Comunicações Livres 01

GESTÃO DE LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA (LEC) EM CIRURGIA VASCULAR – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

João Rocha Neves¹, Mário Vieira², Joel Sousa³, Sandrina Braga¹, Marta Casal Moura³, José Oliveira Pinto³, Luis Gamas³, Pedro Paz Dias³, José Teixeira³

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Departamento de Biomedicina – Unidade de Anatomia / 2. Hospital De Braga / 3. Hospital São João

INTRODUÇÃO / OBJETIVOS

Na especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular a referência é maioritariamente para decisão e tratamento, secundariamente aconselhamento, sendo rara a referência diagnóstica.

A área de referência do SACV-HSJ envolve diretamente 600000 habitantes, apresentando >95% da população médico de família atribuído. O processo de referência dos cuidados de saúde primários para consulta externa é realizado informaticamente via ALERT-P1®.

O principal objetivo deste trabalho é descrever intervenções capazes de otimizar a eficiência e a saúde geral da população na consulta externa de Angiologia e Cirurgia Vascular. É descrito adicionalmente diversos índices de qualidade e eficácia de consulta externa de Angiologia e Cirurgia Vascular.

MATERIAL / MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo das referências/doentes pré e pós intervenção nos cuidados de saúde primários (guias de referência, ações de formação, interface, workshops). A população deste estudo compreende os doentes referenciados dos cuidados de saúde primários para o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular- HSJ, via ALERT-P1® entre 2009 e 2016.

Diversos índices de qualidade foram aplicados à consulta externa do SACV-HSJ de modo a avaliar a qualidade da referência e a sua repercussão na eficiência da consulta.

Parte da colheita de dados foi realizada com recurso à ferramenta Business intelligence®

O controlo dos FRCV foi analisado pesquisando consecutiva e manualmente 50 referências/ano por doença arterial periférica com prescrição de estatina e anti-agregante plaquetário, assim como nos doentes com mais de 60 anos: antecedentes pessoais e medicação habitual por ano.

RESULTADOS

Durante o os períodos pré e durante intervenção o número total de primeiras consultas permaneceu estável – média 4596 (2009-2012) para 4824 (2013-2016), verificando-se um aumento do índice de consultas subsequentes 1,5 (2009-2012) para 1,68 (2013-2016). O índice consulta cirurgia baixou estavelmente de 6,14 (2009-2012) para 5,61 (2013-2016).

O ratio de cirurgias eletivas/urgentes aumentou 7,6 (2009-2012) para 11,4 (2013-2016), assim como o ratio AK para BK em decrescendo de forma sustentada de 3:1 para 1,5:1 (eletivas), assim como a proporção de amputação primária aumentou.

Verificou-se melhoria acentuada no controlo médico de FRCV (estatina+Anti-agregante 25%»80%), assim na descrição de antecedentes (12%»<90%) e medicação habitual (8%»50%).

A percentagem e número absoluto de eco-doppler venoso realizado no SACV decresceu de forma marcada (62%»28%). A taxa de recusa de consultas decresceu estavelmente de 27% para 20%.

CONCLUSÕES

As intervenções permitiram um ganho de saúde da população marcado, com diminuição do desperdício de recursos e escaladas de cuidados desnecessárias com aumento dos custos diretos e indiretos.

PREVALÊNCIA DE AAA EM DOENTES COM PATOLOGIA CORONÁRIA

Rita Soares Ferreira, Frederico Bastos Gonçalves, Rogério Ventura, Rodolfo Abreu, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira, Luís Mota Capitão, João Albuquerque e Castro

Hospital de Santa Marta, CHLC

INTRODUÇÃO / OBJECTIVOS

Em Portugal, estima-se que a prevalência de AAA na população masculina > 65 anos ronda os 2,5%. No entanto, esta prevalência pode ser significativamente superior em indivíduos com patologia coronária conhecida, dada a co-existência de factores de risco. Os objectos dos autores foram definir a prevalência de AAA em doentes com patologia coronária conhecida e caracterizar esta população.

MATERIAS/MÉTODOS

Foi desenhado um estudo prospectivo em que os doentes internados no Serviço de Cardiologia por Síndrome Coronária Aguda ou realização de coronariografia electiva, entre Junho de 2012 e Dezembro de 2013, foram submetidos a ecografia abdominal. Foi medido e registado o diâmetro antero-posterior máximo da aorta (outer-to-outer) em corte longitudinal e transversal. Os restantes dados foram colhidos através da consulta dos processos clínicos. AAA foi definido como um diâmetro \geq 30mm. O endpoint primário avaliado foi a prevalência de AAA. As relações entre a prevalência e as características demográficas, co-morbilidades e motivo de internamento também foram exploradas.

RESULTADOS

Foram incluídos 394 doentes, com uma mediana de idades de 68 anos (58; 74) e 63 eram do sexo feminino (16%). 176 doentes tinham história de tabagismo (44,6%), 318 de HTA (81%), 142 de DM (36%), 53 de DRC (13,5%), 38 de DPOC (9,6%) e 231 tinham doença coronária > 1 vaso (58,9%).

Os diâmetros medidos em corte longitudinal e transversal estão fortemente correlacionados ($p=0,977$ $p<0,05$), sendo a mediana de 18 mm.

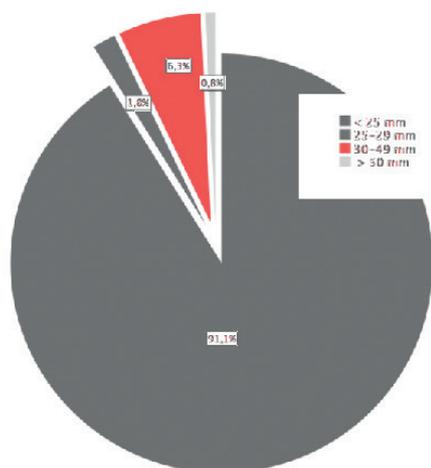
A prevalência de AAA encontrada foi de 7,6%. Destes 30 doentes, apenas 3 tinham um diâmetro >50 mm (0,8%), tendo sido operados posteriormente, sem complicações no follow up. 7 doentes (1,8%) tinham um diâmetro sub-aneurismático (25-29 mm).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à prevalência de AAA com tabagismo ($p=0,002$), DPOC ($p=0,013$) e idade superior a 55 anos (1,5 vs. 8,8%, $p=0,043$). Não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género ($p=0,164$) e doença coronária em > 1 vaso ($p=0,45$).

CONCLUSÃO

A prevalência de AAA encontrada nos doentes com patologia coronária conhecida é cerca de três vezes superior à esperada na população em geral. Tendo em conta a idade, existe uma diferença significativa na prevalência aos 55 anos, o que pode justificar um rastreio de doença aneurismática neste subgrupo aos

55 anos. A maioria dos doentes não atingem o limiar para reparação cirúrgica, mas a atempada identificação da patologia aneurismática permite a integração num programa de vigilância e a adopção de medidas de redução do risco.



TRANSPOSIÇÃO DA VEIA BRAQUIAL: UMA NOVA TÉCNICA CIRÚRGICA

António Norton de Matos¹, Paulo Almeida¹, Clemente Neves Sousa², Gabriela Teixeira¹, José Queirós³, Luís Loureiro¹, Duarte Rego¹, Sérgio Teixeira¹

1. Grupo de Estudos Vasculares – GEV, Porto, Portugal; Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar do Porto, Portugal / 2. Grupo de Estudos Vasculares – GEV, Porto, Portugal; Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal; CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research Faculty of Medicine, Porto University / 3. Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar do Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

As veias superficiais são a primeira escolha para a criação de fístulas artério-venosas para hemodiálise, quando disponíveis. Contudo, o aumento da sobrevida dos pacientes em tratamento de hemodiálise, condicionou os cirurgiões de acesso vascular com cada vez mais casos de exaustão das veias superficiais. Na literatura, a técnica descrita para a transposição da veia braquial é com uma longa incisão da axila até à prega do cotovelo. Apresentamos uma inovação técnica cirúrgica para este procedimento.

MÉTODOS

Descrevemos uma nova abordagem para a transposição da veia braquial, com três incisões de 2cm e com a utilização de um tunelizador especialmente adaptado para o procedimento e criado por nós.

RESULTADOS

A FAV braquio-braquial é criada em dois tempos cirúrgicos. Ambos os procedimentos são realizados com anestesia local e sedação em regime ambulatorio. No primeiro tempo, é criada uma FAV braquio-braquial na prega do cotovelo com uma incisão de 1,5cm. No segundo tempo, procede-se à transposição veia após a sua maturação por 8 a 12 semanas. A primeira incisão (2cm) é feita a nível da anastomose. A veia arterializada é então isolada e as colaterais são ligadas em sentido proximal, elevando a pele

com pequenos retractores. A segunda incisão é feita na face medial do braço. A veia é isolada, suavemente puxada, e todas as colaterais são ligadas e divididas com seda 3/0 em sentido proximal e distal até que a veia fique completamente livre a este nível.

A terceira incisão é feita na axila para ligar os colaterais em sentido distal. A FAV no cotovelo é então encerrada, seccionada a veia e exteriorizada pela incisão axilar. Após isso, reintroduzimo-la subcutaneamente e por um trajeto lateral e afastado da incisão intermédia, usando o nosso tunelizador (Matos Tunneler®).

CONCLUSÕES

A nossa experiência mostra que esta técnica é muito menos agressiva, não aumenta os tempos cirúrgicos e permite bons locais de punção e um bom acesso para a canulação. Esta técnica é uma boa opção para o acesso autólogo após a exaustão das veias superficiais.

INOVAÇÃO TÉCNICA DE TRANSPOSIÇÃO DA VEIA FEMORAL PARA ACESSO DE HEMODIÁLISE

António Norton de Matos¹, Paulo Almeida¹, Clemente Neves Sousa², Luís Loureiro¹, Gabriela Teixeira¹, Duarte Rego¹, Sérgio Teixeira¹

1. Grupo de Estudos Vasculares – GEV, Porto, Portugal; Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar do Porto, Portugal / 2. Grupo de Estudos Vasculares – GEV, Porto, Portugal; Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal; CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research Faculty of Medicine, Porto University

INTRODUÇÃO

A transposição da veia femoral como último recurso de acesso autólogo para hemodiálise, implica uma cirurgia mais agressiva do que todo o manancial de acessos nos membros superiores, que são correntemente usadas. Na literatura, a técnica descrita para a transposição da veia femoral é com uma longa incisão da prega inguinal até ao canal de Hunter na coxa. Apresentamos uma inovação técnica cirúrgica para este procedimento.

MÉTODOS

Descrevemos uma nova abordagem para a transposição da veia femoral, com duas incisões de 6cm e com a utilização de um tunelizador especialmente adaptado para o procedimento e criado por nós.

RESULTADOS

A fistula arteriovenosa femoro-femoral é criada com um único tempo cirúrgico. Este procedimento é realizado com anestesia geral. Com a primeira incisão (6cm) a partir da prega inguinal a veia femoral é isolada e as colaterais são laqueadas em sentido distal. A segunda incisão (6cm) é realizada a nível do canal de Hunter na coxa e a veia femoral é isolada e as colaterais são laqueadas em sentido proximal. A veia femoral é seccionada no canal de Hunter e exteriorizada pela incisão inguinal. Após o que é reintroduzida subcutaneamente e por um trajeto mais lateral, afastado das incisões, usando o nosso tunelizador (Matos Tunneler®).

CONCLUSÕES

A nossa experiência mostra que esta técnica é muito menos agressiva, não aumenta os tempos cirúrgicos ou dificuldades técnicas. Esta técnica é uma boa opção para o acesso autólogo após a exaustão das veias dos membros superiores em doentes sem arteriopatía periférica.



TROMBOSE ARTERIAL MESENTÉRICA: REVISÃO DE 10 ANOS

Vanda Pinto, Tiago Ferreira, Augusto Ministro, Luís Silvestre, Gonçalo Sobrinho, Ruy Fernandes, Pedro Amorim, Carlos Martins, Luís Mendes Pedro

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – Hospital de Santa Maria – CHLN

INTRODUÇÃO

A isquémia mesentérica aguda é uma entidade clínica rara responsável por apenas 0.1% das admissões hospitalares, mas que se mantém ainda associada a elevadas taxas de morbi-mortalidade. As técnicas de cirurgia aberta de revascularização mesentérica permanecem tradicionalmente como o gold standard, sobretudo sustentadas nas suas melhores taxas de permeabilidade a médio e longo prazo. A intervenção endovascular e/ou híbrida poderão contribuir para uma melhoria dos resultados, conforme as séries mais recentes publicadas na literatura têm sugerido.

OBJECTIVO

Estudo retrospectivo dos casos de isquémia mesentérica aguda de etiologia trombótica operados no serviço urgência de um hospital central nos últimos 10 anos e análise das complicações peri-operatórias e mortalidade aos 30 dias.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise dos processos clínicos de todos os doentes operados de urgência com o diagnóstico de isquémia mesentérica aguda no período compreendido entre Março de 2007 e Março de 2017. Foram excluídos os casos de embolia arterial, isquemia mesentérica não oclusiva, trombose venosa e disseção aórtica. Foram analisados dados demográficos, diagnósticos, cirúrgicos e pós operatórios.

RESULTADOS

Foram incluídos 23 doentes, com rácio masculino: feminino de 1:1,3 e idade média de 73,1 anos. A abordagem terapêutica mais frequente (73,9%) foi a cirurgia aberta, seguida pela intervenção endovascular (17,4%) e pela cirurgia híbrida (8,7%). Em 10 doentes foi efectuada ressecção intestinal associada e 6 foram submetidos a second look. As complicações mais frequentes foram a pneumonia nosocomial (21,7%) e a falência da revascularização (21,7%). Cinco doentes foram submetidos a nova revascularização mesentérica e um necessitou de duas re-intervenções. A taxa de mortalidade aos 30 dias foi de 39,1%.

CONCLUSÕES

Embora elevada, a mortalidade observada nesta série é aceitável em relação ao reportado na literatura. O elevado índice de suspeição diagnóstica, o diagnóstico mais precoce suportado pela generalização da Angio-TC, a multidisciplinaridade crescente que inclui equipas de cirurgia vascular, cirurgia geral, anestesia, imagiologia e cuidados intensivos, assim como uma atitude terapêutica agressiva quer em termos de revascularização, quer de ressecção intestinal (quando necessária), parecem contribuir para reduzir as taxas de morbilidade e de mortalidade associadas a esta patologia.

TRAUMATISMOS FECHADOS E LESÕES DA AORTA

Rita Augusto¹, Jacinta Campos¹, Andreia Coelho¹, Nuno Coelho¹,
Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Daniel Brandão¹, Alexandra Canedo¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Portugal

2. Clínica da Sagrada Esperança – Angola

INTRODUÇÃO

As lesões da aorta decorrentes de traumatismos fechados estão associadas a alta mortalidade. A mortalidade pré-hospitalar é estimada em cerca de 75%, sendo que dos doentes que chegam vivos às instituições de saúde cerca de 50% morre nas primeiras 24h após o trauma. Estes doentes apresentam frequentemente lesões de outros órgãos, estando descrito atingimento abdominal major em 29% e traumatismo crânio-encefálico major em 31% dos casos. Os traumas aórticos podem manifestar-se num espectro que vai desde disrupção da íntima até à ruptura completa do vaso. No sentido de uniformizar a gravidade destas lesões e orientar o tratamento, os traumas aórticos encontram-se atualmente categorizados da seguinte forma: grau I (disrupção da íntima), grau II (hematoma intramural), grau III (pseudoaneurisma) e grau IV (ruptura). As mais recentes recomendações da Society for Vascular Surgery, sugerem o tratamento endovascular para traumas da aorta torácica grau II-IV, não tecendo orientações terapêuticas no que concerne aos traumas aórticos abdominais, que representam uma minoria dos casos. Neste contexto, os autores pretendem descrever três casos de lesão aórtica decorrentes de traumatismos fechados e respectiva orientação terapêutica.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1 – Sexo masculino, 66 anos de idade, admitido no Serviço de Urgência após queda de árvore. Apresentava queixas de dor abdominal. Efectuou AngioTC que demonstrou hematoma intramural da aorta abdominal infra-renal. Decidida correcção endovascular urgente com endoprótese aórtica abdominal tubular por acesso percutâneo, com bom resultado imagiológico e clínico final. AngioTC de controlo demonstra prótese bem posicionada, com resolução da lesão aórtica.

Caso 2 – Sexo masculino, 23 anos de idade, admitido após acidente de viação de alta cinética. À entrada, queixas de dor abdominal, sem queixas dos membros. Efectuou AngioTC que demonstrou hematoma retroperitoneal esquerdo e imagem compatível com laceração intimal circunferencial com hematoma intramural de pequenas dimensões da aorta justa bifurcação. Foi submetido a laparotomia exploradora por suspeita de lesão de víscera oca, que se confirmou. Na sequência, tendo em conta a lesão aórtica verificada e a presença de lesão de víscera oca, optou-se por colocação de endoprótese aórtica abdominal tubular por acesso percutâneo, com bom resultado imagiológico e clínico final. AngioTC de controlo demonstra prótese bem posicionada, com resolução da lesão aórtica.

Caso 3 – Sexo masculino, 45 anos de idade, vítima de atropelamento. Hemo-dinamicamente instável à admissão, com fraturas de múltiplos arcos costais, lesão hepática e pseudoaneurisma da aorta torácica na região do istmo. Foi efectuada colocação de endoprótese aórtica torácica após o óstio da artéria carótida esquerda, com exclusão da artéria subclávia esquerda, por acesso percutâneo. AngioTC de controlo demonstra prótese bem posicionada, com resolução do pseudoaneurisma.

CONCLUSÃO

Atualmente, os métodos auxiliares de diagnóstico associados a uma elevada suspeição clínica permitem o diagnóstico de possíveis lesões aórticas decorrentes de traumatismos fechados. Adicionalmente, as técnicas endovasculares permitem a sua correcção de um modo minimamente invasivo e com baixa taxa de mortalidade pós operatória. Contudo, os dados relativos aos resultados a longo prazo ainda são escassos. Neste contexto, é ainda foco de debate a forma mais adequada de seguir estes doentes, devendo provavelmente ser ajustada caso a caso.

TRAUMA VASCULAR PEDIÁTRICO

Sofia Morão¹, Rita S Ferreira², Nelson Camacho², Frederico B Gonçalves²,
M Emília Ferreira², L Mota Capitão²

1. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal / 2. Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

As lesões vasculares traumáticas não iatrogénicas em idade pediátrica são raras e pouco descritas na literatura. As lesões vasculares nas crianças impõem uma série de desafios sobretudo devido ao seu crescimento contínuo. O objectivo deste estudo é caracterizar as estratégias de abordagem cirúrgica, os resultados a curto e longo prazo, morbilidade e mortalidade associadas a lesões vasculares, por trauma penetrante ou contuso, na cabeça, pescoço, tronco e extremidades.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de doentes com menos de 18 anos admitidos num centro hospitalar pediátrico terciário, com lesões vasculares agudas traumáticas não iatrogénicas, no período compreendido entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2015. Foram analisadas as características demográficas dos doentes, as características das lesões, a abordagem cirúrgica, complicações e o seguimento dos doentes a longo prazo.

RESULTADOS

Durante o período analisado, foram tratados no centro hospitalar 149 traumatismo vasculares, 21 (14%) dos quais em idade pediátrica. A maioria era do sexo masculino (n=16) e a mediana da idade foi 14 anos (entre os 1 e 16 anos). O mecanismo dominante foi o traumatismo penetrante (n=21), principalmente por vidro (n=13). Na apresentação, 4 doentes estavam instáveis do ponto de vista hemodinâmico, 3 dos quais em choque hipovolémico. Foram tratadas no total 23 lesões vasculares, 17 arteriais e 6 venosas. Todos os doentes foram submetidos a cirurgia. As intervenções para as lesões arteriais incluíram anastomoses primárias, 4 anastomoses com enxerto venoso, 8 laqueações, 1 fasciotomia, 8 tenorrafias e 11 neurorrafias. As intervenções para as lesões venosas consistiram em 4 laqueações e 2 anastomoses primárias. Não foram registadas complicações no intra ou no pós-operatório imediato. O tempo mediano de internamento hospitalar foi de 6 dias (entre os 2 e os 23 dias). O tempo mediano de seguimento foi 52 meses (entre os 20 e os 94 meses). Dez doentes estavam assintomáticos e 11 doentes referiam limitações na mobilidade e/ ou alterações da sensibilidade. Não foi necessário realizar qualquer amputação e não houve nenhuma morte.

CONCLUSÕES

O trauma vascular pediátrico é pouco frequente. O traumatismo penetrante é o mais frequente. As extremidades são a localização anatómica mais frequentemente atingida. A anastomose arterial primária deve ser feita sempre que possível, sendo o enxerto venoso autólogo uma boa alternativa. De uma forma geral, a morbilidade advém principalmente das lesões tendinosas e nervosas associadas a este tipo de trauma.

NUTCRACKER SYNDROME A RARE OR UNDERDIAGNOSED PATHOLOGY? OUR EXPERIENCE.

Miguel Machado¹, Rui Machado¹, Daniel Mendes², Rui Almeida¹

1. ICBAS/CHP / 2. CHP

INTRODUCTION

The Nutcracker syndrome (NCS) result from the left renal vein compression between the superior mesenteric artery and the aorta (Anterior NCS), or more rarely by compression of the LRV between the aorta and the lumbar vertebra when the vein passes behind the aorta, (posterior NCS). The association of the two anomalies can occur when a circumaortic renal vein exists. The prevalence of NCS is unknown, but it appears to be rare and underdiagnosed.

MATERIALS AND METHODS

We retrospectively evaluated our experience in the treatment of patients with the diagnosis of NCS between 2012 –2016. The diagnoses was made by clinical suspicion ,after exclusion of other more common etiologies, and the observation of a significant hemodynamic stenosis of the venous kidney drainage by computed tomography. We observed 7 patients, 57,1%(4) females , with a mean age of 21,7 years with 85,7% in their second or third decade of life. Anterior NCS were observed in 42,9%(3), posterior NCS in 28,6% (2), antero-posterior NCS in 14,3%(1) ,and compression of a left side vena cava by the aorta when it cross to right side in 14,3%(1) .The most common symptom was macroscopic hematuria (71,4%), follow by flank pain exacerbated by exercise(28,6%) and congestion pelvic syndrome in 14,3% . Tree patients were submitted to surgery, two realized a renal autotransplant and one a left ilio-caval stenting. The other four patients followed a conservative management and surveillance. In all patients their symptoms were solved, but one patient submitted to an autotransplant necessitate a nephrectomy do to a renal venous thrombose.

DISCUSSION/CONCLUSION

The diagnose of NCS can be made at any age, particularly in the second and third decade of life and is reported to be more frequent in females. In our experience we observed a female /male ratio of 1,3, and a low proportion of anterior NCS (42,9%). A police of wait and see, decreased the necessity of surgery to near one half of the patients (42,9%) The choice of the autotransplant was do our long and good experience in kidney transplantation, with more than 2500 cases done. The nephrectomy was done by laparoscopy to reduce the invasiveness, and we should pay attention of the tension free of the renal vein, as it can result in thrombose. Despite the recent reports of good results with stenting of the renal vein we keep concern about the durability of the stents in this young population.

REVAS – AINDA HÁ LUGAR PARA A RELAQUEAÇÃO DA CROSSA DA SAFENA?

M Jose Ferreira, Ana Gonçalves, Pedro Barroso, Luísa Bernardo, Ana Raquel Afonso, Antonio Gonzalez, Gil Marques, Hugo Rodrigues, João Vieira

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da recorrência de varizes por recidiva da crossa é complexo, pelo que a maioria das guidelines atuais remetem a relaqueeação da crossa para a derradeira técnica a utilizar, quando comparadas com a menor invasibilidade de outras alternativas. Guidelines baseadas em meta-análises reservam a relaqueeação das crossas apenas para os casos impossíveis de resolver ou após falência da escleroterapia com espuma, flebotomias eletivas ou ablação térmica.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos os doentes submetidos a re-laqueeação da crossa das safenas (grande ou pequena) entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016, na nossa



Unidade de Cirurgia do Ambulatório. Registaram-se dados demográficos, topografia das varizes, sintomatologia, origem dos refluxos, assim como fatores gerais e específicos conforme classificação REVAS.

Foi registado a duração da cirurgia, necessidade de pernoita, complicações precoces e tardias. Os doentes foram operados por 3 cirurgiões seniores, com a técnica de relaquação da crossa modificada e protocolada. Todos os doentes efectuaram ecodopler pre-operatório no Laboratório Vascular do Serviço, para mapeamento adequado.

RESULTADOS

Foram operados 56 doentes, 83 % do sexo feminino e média 48,8 anos.

Todos os doentes tinham varizes tronculares no território dependente, com diâmetro > 3 mm e o ecodopler comprovou recidiva da crossa significativa. O estadio clínico incluía CEAP 3 e 4.

Foram submetidos a relaquação bilateral da crossa 20 %, 23,5 % a cirurgia unilateral e os restantes a relaquação da crossa de uma lado, associado a cirurgia do outro. O tempo médio de cirurgia foi de 42,9 minutos (tempo total: membro contralateral, trajetos).

Todos os doentes foram intervencionados em cirurgia do ambulatório, tendo ficado 4 doentes em pernoita (7,3 %) por prevenção (2 doentes pela distância de residência e 2 pela extensão dos trajetos).

Não houve complicações major precoces que motivasse reinternamento ou recurso à urgência. Como complicações mais tardias, 1 doente referiu queixas de parestesias da coxa, que motivou consulta e medicação.

CONCLUSÃO

Consideramos determinante a seleção adequada dos doentes para a “redo” cirurgia, baseada na comprovação inequívoca ultrasonográfica de recidiva da crossa da safena, associada à existência de varizes tronculares em território dependente e CEAP > 3.

A técnica que adoptámos permite o tratamento dos doentes em ambulatório e a deambulação precoce.

A relaquação da crossa das safenas continua a ter lugar no tratamento da recorrência de varizes, não prolongando o tempo operatório e com taxa de complicações comparável com outras técnicas.

Comunicações Livres 02

O TRATAMENTO DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL EM OCTAGENÁRIOS: QUAL O PAPEL DA CIRURGIA CONVENCIONAL?

Mafalda Correia¹, Juliana Varino¹, Pedro Lima¹, Mário Moreira¹, Bárbara Pereira¹, Roger Rodrigues¹, André Marinho¹, Carolina Mendes¹, Cândida G. Silva², Luís Antunes¹, Óscar Gonçalves¹

1. *Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra* / 2. *Centro de Química de Coimbra, Departamento de Química, Universidade de Coimbra; Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria*

INTRODUÇÃO

Atualmente, o EVAR (Endovascular Aneurysm Repair) é o tratamento preferencial na abordagem do doente com Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) em octogenários. A cirurgia convencional do AAA pode, em casos selecionados, constituir uma alternativa no tratamento destes doentes. O objectivo deste trabalho é comparar os “outcomes” da cirurgia convencional e do EVAR no tratamento do AAA em octogenários.

MATERIAL E MÉTODOS

Consulta dos processos clínicos dos doentes octogenários submetidos a cirurgia eletiva de AAA assintomáticos, entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2016. Foram recolhidos dados sobre sexo, idade, antecedentes, procedimento e complicações associadas, necessidade de reintervenção e sobrevida. Foi efectuada posteriormente a análise estatística dos dados recolhidos utilizando o programa IBM SPSS Statistics versão 23.

RESULTADOS

No período em análise, foram operados 50 doentes, 21 por cirurgia convencional e 29 por tratamento endovascular. Do total de doentes, 47 são do sexo masculino. A mediana de idades no grupo de cirurgia convencional foi de 82 anos e no grupo tratado por EVAR foi de 83 anos. Os doentes operados por cirurgia convencional tinham um número inferior na escala ASA do que os doentes tratados por via endovascular ($p < 0,002$). O número de dias de internamento foi menor no grupo tratado por via endovascular ($p < 0,001$). As complicações aos 30 dias verificaram-se em 2 doentes tratados por cirurgia convencional e em 5 por tratamento endovascular. Só houveram reintervenções no grupo tratado por EVAR. A sobrevida em ambos os grupos foi semelhante, não se verificando diferenças estatisticamente significativas durante o período de *follow-up*.

CONCLUSÃO

Em doentes octogenários selecionados a cirurgia convencional do AAA ainda constitui uma opção terapêutica a equacionar.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE UNI OU BI-ILÍACA. EXISTEM DIFERENÇAS NAS INDICAÇÕES E RESULTADOS?

Daniel Mendes, Rui Machado, Duarte Rego, João Gonçalves, Vítor Ferreira, Gabriela Teixeira, Inês Antunes, Carlos Veiga, Rui Almeida

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

O EVAR no tratamento do Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) tem vindo a ter aceitação crescente, sendo atualmente realizado em cerca de 80% dos doentes nos EUA. A opção lógica consiste no uso preferencial de uma endoprótese bi-ilíaca, sendo a endoprótese uni-ilíaca reservada para as situações de anatomia adversa ou oclusão de um eixo íleo-femoral. Este estudo pretende avaliar as indicações e consequentes resultados decorrentes da utilização de ambas as endopróteses na nossa instituição.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional retrospectivo recorrendo à consulta do processo clínico eletrónico e exames imagiológicos. Foi efectuada uma avaliação dos doentes com AAA tratados com EVAR uni- e bi-ilíaco no período de 2001 a 2013 num total de 168 doentes tratados com endoprótese bi-ilíaca (grupo I) e 56 doentes tratados com endoprótese uni-ilíaca (grupo II). As endopróteses utilizadas foram a Excluder®, Talent® bi-ilíaca, Endurant® bi-ilíaca, Talent® uni-ilíaca e Endurant® uni-ilíaca. Os critérios levados em conta para a implantação de endoprótese aorto-uni-ilíaca associada a pontagem femoro-femoral cruzada foram a presença de um diâmetro da aorta terminal <20mm em particular se calcificada, presença de grande tortuosidade aorto-ilíaca e a oclusão de um eixo ilíaco.

RESULTADOS

Os doentes tratados eram predominantemente do sexo masculino, correspondendo a 91% dos indivíduos no grupo I e 84% no grupo II. As complicações intra-operatórias ocorreram em 35 doentes do grupo I (20,8%) e 11 doentes do grupo II (19,6%) ($p=0,8$), estando em grande parte relacionadas com a libertação da endoprótese. O tempo médio de internamento foi de 6,0 dias no grupo I e de 9,8 dias no grupo II ($p=0,03$). No período de seguimento, a taxa de *endoleaks* foi de 21,4% e 19,6% ($p=0,8$) e a taxa de trombose mural da endoprótese foi de 16,7% e 21,4% ($p=0,4$), respetivamente para os grupos I e II. A taxa de reintervenção global foi de 14,9% e 12,5% ($p=0,7$) e a sobrevida estimada foi de 8,9 anos e 6,7 anos ($p=0,14$), para os grupos I e II respetivamente.

CONCLUSÃO

O presente estudo não demonstrou diferenças significativas na comparação entre a utilização de endopróteses bi-ilíacas e uni-ilíacas em relação às complicações intra-operatórias, ao tempo de internamento, à taxa de *endoleaks*, à taxa de reintervenção cirúrgica global e ao tempo de sobrevida. O tempo de internamento foi significativamente superior nos doentes do grupo II o que poderá ser explicado pela associação da pontagem femoro-femoral cruzada.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS APÓS EVAR – UMA NECESSIDADE?

Rego Duarte, Rui Machado, Paulo Almeida, Sérgio Teixeira, João Gonçalves, Vítor Ferreira, Gabriela Teixeira, Inês Antunes, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Rui Almeida

Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

O EVAR associa-se a reduzida morbimortalidade apesar de ser realizado em doentes de elevado risco. A admissão pós-operatória, por rotina, em Unidade de Cuidados Intermédios (UCIm) é atualmente discutível.

MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo, de doentes com AAA infra-renal submetidos a EVAR eletivo no período entre 4/2007 e 3/2015, com internamento UCIm pós-operatório, num total de 146 casos. Foram analisadas as intercorrências clínicas e as atitudes terapêuticas complementares. Foram analisados fatores cirúrgicos, comorbilidades e o seu impacto na ocorrência das referidas intercorrências.

RESULTADOS

A média de idades foi de $74 \pm 8,5$ anos, 9,6% do sexo feminino. 85% dos doentes apresentava classificação ASA 3 com uma prevalência de cardiopatia isquémica de 50%, 17,1% dos doentes estavam hipocoagulados previamente ao procedimento. 60,4% dos doentes foi intervencionado sob anestesia loco-regional e 36,1% sob anestesia geral (AG). Em 92,4% dos doentes foi realizada exposição arterial cirúrgica. O tempo mediano de internamento em UCIm foi de 1 dia. Foram observadas complicações em UCIm em 20 doentes (13,7%) com necessidade de suporte adrenérgico/ventilatório em 4 doentes (2,7%; mortalidade de 0,7%, 1 doente). Observaram-se 6 casos de hipotensão arterial com suporte adrenérgico em 3 doentes; 3 casos de SCA, 1 caso de insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório invasivo e 1 caso de EAP com necessidade de suporte ventilatório não invasivo. Observou-se correlação entre a ocorrência de complicações no internamento em UCIm e status de hipocoagulação (OR 7,4, IC95%:12,6–20,7; $p<0,01$), disritmia prévia a cirurgia ($p<0,01$) e realização de AG ($p=0,2$).

CONCLUSÕES

O EVAR apresenta excelentes resultados em doentes de elevado risco tal como observado nesta série (85% dos casos ASA 3). O internamento pós-cirúrgico em UCIm resulta do elevado risco global destes doentes e da potencial complexidade das cirurgias, apesar da sua mínima invasibilidade. Alguns centros cirúrgicos desenvolvem esta cirurgia em ambulatório estando a decorrer um estudo multicêntrico que avaliará essa estratégia (LIFE). As vantagens resultam de menor tempo de internamento, melhor gestão de camas de UCI, redução de custos e de infeções nosocomiais. Observámos uma baixa incidência de complicações em UCIm (13,7%) com medidas de suporte avançado em apenas 2,7% dos casos. Verificou-se que os doentes hipocoagulados apresentaram maior risco destas complicações. Os outros dois fatores (disritmia e AG) estão relacionados com a necessidade de hipocoagulação, quando excluídos estes doentes a correlação perde significado estatístico. Os nossos resultados sugerem que o internamento protocolar em UCIm será desnecessário, exceto nos doentes hipocoagulados. No entanto, estudos prospetivos são necessários para melhor esclarecer esta questão. Em última análise, a avaliação do risco individual, pelo cirurgião e anestesista, deverão condicionar a decisão final.

SÍNDROME PÓS-IMPLANTE NO EVAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS RANDOMIZADOS E NÃO RANDOMIZADOS

Rita Soares Ferreira, Frederico Bastos Gonçalves, Rodolfo Abreu, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta, CHLC

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

O Síndrome Pós-Implante (SPI) caracteriza-se por febre, sintomas semelhantes aos gripais, leucocitose e elevação da Proteína C Reactiva (PCR). Apesar de já ser conhecido, a sua definição, incidência e consequências ainda não são claras. Os autores têm como objectivos definir SPI e estimar a incidência e eventuais consequências deste.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática de artigos publicados nos últimos 10 anos, em língua inglesa e não inglesa, na MEDLINE, Cochrane Controlled Trials Register e EMBASE. As palavras utilizadas para pesquisa foram EVAR e Postimplantation Syndrome. Estudos adicionais foram encontrados nas referências bibliográficas.

RESULTADOS

Oito artigos, sete estudos prospetivos, um randomizado, e um estudo retrospectivo (801 doentes), foram analisados.

A definição de SPI variou, mas a mais consensual foi a que está de acordo com os critérios do SIRS: febre ($>38^\circ\text{C}$) e leucócitos $>12000/\text{ml}$ nos 5 dias de pós-operatório de EVAR. 2 estudos utilizaram a PCR em vez da contagem leucocitária, sendo que num deles o cutoff foi 10 mg/L e noutra 75 mg/L.

A incidência de SPI variou entre 17,9 e 92%. Dois estudos revelaram uma incidência maior com as próteses de poliéster relativamente às de ePTFE (56,1% vs 17,9%; $p<0,001$ e 28,1% vs. 7,7% $p=0,24$). O único ensaio randomizado avaliou o efeito da metilprednisolona administrada no preoperatório, com uma diminuição do SPI de 92 para 27% ($p<0,001$).

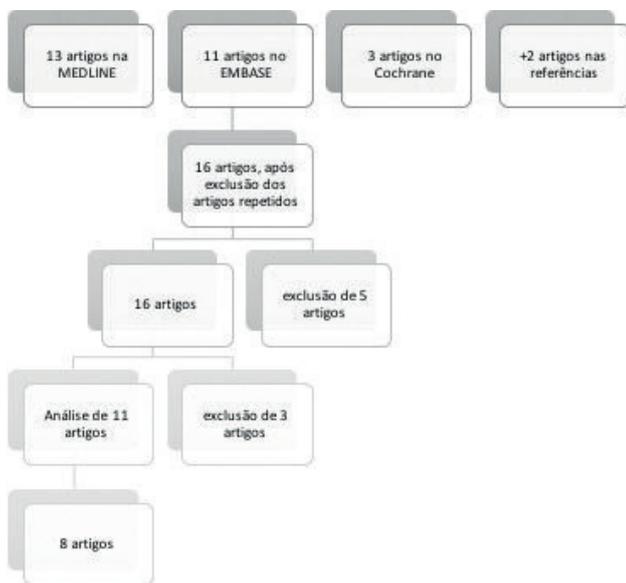
As eventuais consequências a longo prazo deste Síndrome foram analisadas em 2 ensaios. Num dos ensaios (44 meses de *follow-up*) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à sobrevida (0,761) e outros eventos adversos ($p=0,562$);



foi encontrada, contudo, uma diminuição no número de *endoleaks* tipo II. No outro ensaio (1 ano de *follow-up*), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos eventos adversos cardiovasculares maior bem como noutros eventos adversos, como Insuficiência renal aguda, reinterna-mentos e morte por qualquer causa ($p=0,007$ e $p=0,005$).

CONCLUSÃO

Apesar de não existir uma definição universal para SPI, a mais utilizada e que está de acordo com o SIRS é febre ($>38^{\circ}\text{C}$) e leucócitos $> 12000/\text{ml}$ nos 5 dias de pós-operatório de EVAR. Esta definição impõe, num entanto, uma limita-ção aos futuros ensaios que se realizarão para testar o efeito dos corticóides no período peri operatório. A incidência de SPI é muito variável, mas a mais frequentemente encontrada foi entre os 20-35%. Relativamente às even-tuais consequências a longo prazo, os 2 estudos existentes têm resultados contraditórios.



É O TROMBO NO COLO ANEURISMÁTICO PREDITOR DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO RENAL APÓS EVAR?

Inês Antunes, Rui Machado, Vítor Ferreira, Duarte Rego, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Carlos Pereira, Rui de Almeida

Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

As características do colo aneurismático, em particular a presença de trombo, podem limitar o tratamento por EVAR.

OBJETIVOS

Estudar se a presença de trombo no colo aneurismático e o tipo de endoprótese utilizada (fixação supra ou infra-renal) têm impacto na função renal dos doentes tratados na nossa Instituição.

MATERIAIS/MÉTODOS

Análise retrospectiva d base de dados de doentes com AAA tratados por EVAR na nossa instituição entre dezembro de 2001 e dezembro de 2013. Foram excluídos do estudo os doentes insuficientes renais crónicos em hemodiálise à data do procedimento e aqueles em que não dispúnhamos de análises com

função renal no pré e pós-operatório. Para cada doente avaliamos o valor de creatinina e clearance nos pré e pós-operatório. Dos doentes com agravamento da função renal, selecionamos aqueles que tiveram lesão renal aguda (LRA) pelos critérios de RIFLE modificados, e estudamos a relação entre LRA e trombo do colo aneurismático e tipo de endoprótese utilizado. Relativamente ao estudo da relação entre endoprótese utilizada e função renal: 127 doentes foram tratados com endopróteses de fixação supra-renal e 74 com endoprotese de fixação infra-renal. Relativamente ao estudo do trombo do colo aneurismático, conseguimos esse dado para 190 doentes.

RESULTADOS

Relativamente ao impacto do trombo do colo aneurismático na função renal verificamos que dos 190 doentes estudados, 21 (11%) desenvolveram LRA no pós-operatório e a presença de trombo no colo apresentou relação estatisticamente significativa com o desenvolvimento de LRA ($p=0,049$). Dos doentes que tiveram agravamento da função renal no pós-operatório, não obtivemos relação estatisticamente significativa entre alteração da função renal aos 6 e aos 12 meses (com mudança de estadio de doença renal crónica) e percentagem de trombo no colo aneurismático. Relativamente ao estudo das endopróteses utilizadas, 14.2% dos doentes tratados com endopróteses de fixação supra-renal e 5.4% dos tratados com endopróteses de fixação infra-renal desenvolveram LRA no pos-operatório, no entanto esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,052$).

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Na nossa experiência a presença de trombo do colo aneurismático teve relação com o desenvolvimento de LRA no pós-operatório imediato mas não parece ter impacto na função renal aos 6 e 12 meses. Os doentes tratados com endopróteses de fixação supra-renal desenvolveram mais LRA no pós-operatório mas esta diferença não se mostrou estatisticamente significativa.

ENDOLEAK TIPO II: TRATAR OU VIGIAR? – A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Carlos Veiga, Rui Machado, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Inês Antunes, Daniel Mendes, Rui Almeida

Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

O *endoleak* tipo II ocorre em cerca de 24% dos doentes submetidos a EVAR. Este é o tipo mais comum correspondendo a mais de metade dos casos.^{1,2} O seu curso geralmente benigno tem taxas de resolução espontânea até os 80%, e um risco global de rotura de 1%, tornando discutível o seu tratamento.³ O aumento do saco aneurismático é atualmente o principal indicativo da necessidade de re-intervenção, sem que haja no entanto uma correlação estabelecida entre este aumento e o risco de rotura.⁴ Quando indicado o tratamento, a abordagem endovascular é preferida como método inicial. A embolização do saco pode ser conseguida por via transarterial ou translombar, com taxas de sucesso de 63% e 81%, respetivamente.¹ Aqui apresentamos três casos de doentes que desenvolveram *endoleak* tipo II, propostos para intervenção na nossa instituição.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão da bibliográfica e análise dos registos clínicos e imagiológicos dos doentes.

RESULTADOS

Caso clínico 1 – Mulher de 91 anos, *endoleak* tipo II sob vigilância, com crescimento de 23mm do saco ao 3º ano de *follow-up*. Embolização via translombar com coils. Recidiva precoce do tipo II e diagnóstico de novo *endoleak* tipo III.

Novo procedimento com colocação de extensor ilíaco e injeção direta de trombina no saco por mini-laparotomia. Reaparecimento de endoleak tipo II, sem aumento do saco no restante *follow-up*.

Caso clínico 2 – Homem de 76 anos, endoleak tipo II sob vigilância. Ao 5º ano de *follow-up* apresenta crescimento do saco >10mm, tendo sido efetuada embolização translombar do saco com coils. Manteve contudo endoleak tipo II com crescimento progressivo do saco, aguardando cirurgia convencional.

Caso clínico 3 – Homem de 75 anos, endoleak tipo II sob vigilância. Ao 3º ano de *follow-up* crescimento do saco de 18mm tendo sido proposto tratamento que o doente recusou. Ao 6º ano de *follow-up* crescimento de mais 8mm do aneurisma. O doente faleceu aos 14 anos de *follow-up* de causa não relacionada com o aneurisma.

CONCLUSÕES

O tratamento do endoleak tipo II está atualmente indicado quando se verifica um crescimento aneurismático >10mm. Não há contudo evidência clínica conclusiva que a embolização do endoleak tipo II promova de forma segura a regressão do saco aneurismático, e os casos de rotura aneurismática associada ao endoleak tipo II são raros. Na nossa experiência não houve rotura aneurismática associada ao endoleak tipo II mesmo na presença de crescimentos significativos.

1. Chaer, R. and Avgerinos, E. (2017). Endoleak following endovascular aortic repair. [online] Uptodate.com. Available at: <http://www.uptodate.com> [Accessed 14 Mar. 2017].
2. Avgerinos, E., Chaer, R. and Makaroun, M. (2014). Type II *endoleaks*. *Journal of Vascular Surgery*, 60(5), pp.1386-1391.
3. Sidloff, D., Brown, A., Saggu, G., Bown, M. and Sayers, R. (2016). Type II *endoleaks*: challenges and solutions. *Vascular Health and Risk Management*, p.53.
4. Sharif, H. and Ellozy, M. (2017). Type II Endoleaks: Will They Ever Be Conquered?. *Endovascular Today*, 16(3), pp.78-80.

ANEURISMAS DA AORTA E INFEÇÃO VIH/SIDA. AS PARTICULARIDADES FISIOPATOLÓGICAS DO DESENVOLVIMENTO ANEURISMÁTICO INFLUENCIAM OS RESULTADOS?

Daniel Mendes, Rui Machado, Paulo Almeida, Carlos Pereira, Arlindo Matos, Duarte Rego, Vitor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Inês Antunes, Carlos Veiga, Rui Almeida

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

O VIH é um vírus de elevada prevalência a nível global, podendo levar a alterações vasculares nos estádios mais avançados. O mecanismo fisiopatológico do desenvolvimento aneurismático associado a esta infeção não se encontra totalmente esclarecido, contudo, existe forte associação a uma vasculite leucocitoclástica dos vasa vasorum. Estes aneurismas ocorrem predominantemente em indivíduos jovens, do sexo masculino, sendo geralmente múltiplos e em localizações atípicas. A decisão terapêutica é discutível, tendo em conta que não existem indicações claramente estabelecidas para esta população. O presente estudo descreve a nossa experiência no tratamento de Aneurismas da Aorta em doentes com infeção VIH.

MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo com recurso ao processo clínico eletrónico e exames imagiológicos dos doentes com Aneurisma da Aorta associado a infeção VIH/SIDA.

RESULTADOS

Caso clínico 1 – Homem de 63 anos com diagnóstico de infeção pelo VIH em 2000, sob terapêutica HAART. Em 2007 diagnóstico de AAA com 4,1cm de diâmetro seguido em consulta de *follow up*. Proposto para EVAR em 2017 com 5,3 cm de diâmetro.

Caso Clínico 2 – Mulher de 47 anos com diagnóstico de infeção pelo VIH em 1985 em terapêutica HAART intermitente. Diagnosticado Aneurisma da Aorta Torácica com compressão do brônquio esquerdo em 2016, tendo sido submetida a tratamento híbrido com pontagem carotido-carotídea + carotido-subclávia e TEVAR. Morte após 8 meses na sequência de complicações de fístula brônquio-mediastínica.

Caso clínico 3 – Homem de 59 anos com o diagnóstico de infeção pelo VIH em 1999 com fraca adesão à terapêutica antirretroviral. Em 2008 diagnóstico de AAA com 10 cm de diâmetro, tendo sido submetido a EVAR. Apresentou regressão completa do saco aneurismático aos 8 meses de *follow-up*, tendo ocorrido o óbito em 2014 consequente a AVC.

Caso clínico 4 – Homem de 47 anos com o diagnóstico de infeção pelo VIH em 2000 com fraca adesão à terapêutica HAART. Em 2016 diagnóstico de AAA com 5,6cm de diâmetro, tendo sido submetido a EVAR. No *follow up* observou-se uma regressão completa do saco aneurismático aos 6 meses que se mantém atualmente.

CONCLUSÃO

De acordo com a nossa experiência o tratamento endovascular do Aneurisma da Aorta, associado ao controle da infeção com antirretrovirais, representa uma excelente opção neste grupo de doentes. Foi mesmo observada regressão completa do saco aneurismático num curto espaço de tempo após o tratamento, algo não observado no AAA degenerativo.

RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM IN THE ERA OF ENDOVASCULAR REPAIR – TOWARDS SINGLE CENTER VALIDATION OF TWO NEW RISK PREDICTION ALGORITHMS

Andreia Coelho¹, Miguel Lobo¹, Ricardo Gouveia¹, Jacinta Campos¹, Rita Augusto¹, Nuno Coelho¹ Ana Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Alexandra Canedo¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho / 2. Hospital Sagrada Esperança, Luanda, Angola

INTRODUCTION

Despite significant advancements, ruptured abdominal aortic aneurysm (rAAA) remains a life-threatening condition, and the decision whether or not to proceed with surgical intervention is extremely difficult in daily practice. Previous risk prediction models of rAAA mortality developed before EVAR was an option, had their validity questioned in an era where both open repair (OR) and EVAR are available. In 2017, Healey CT et al and von Meijenfeldt GC et al (Dutch Aneurysm Score) published two new mortality prediction models, both based on easily obtained clinical variables and validated in a population submitted to either OR or EVAR. The purpose of this paper was to describe the evolving experience in rAAA management in our center, and to validate the applicability of the aforementioned scores in our practice.



METHODS

The clinical data of all patients admitted in our hospital from 2010 to 2016 with the diagnosis of rAAA were retrospectively reviewed and statistical analysis using SPSS V.22 was performed.

RESULTS

A total of 71 patients were considered, including 19 EVARs and 52 ORs. There was a significant increase over time in repairs performed by EVAR, and in 2015 the annual rate of EVAR exceeded that of OR.

The population of patients submitted to EVAR and OR were comparable in gender, age and co-morbidities with the exception of smoking, more common in the EVAR group (73.7% Vs 36.5%; $p=0.005$).

No cases of intra-operative mortality were registered in the EVAR group, as opposed to 17% in the OR group ($p=0,049$). 30-day mortality reached 49% in the OR group and 31% in the EVAR group ($p>0.05$).

Several predictors of outcome were identified: smoking ($p=0.005$), pre-operative and post-operative hemodynamic instability ($p=0.003$ and $p<0.0001$), elevated international normalized ratio (INR) at admission ($p<0.0001$) and intra-operative blood loss ($p=0.011$). Binary logistic regression concluded elevated INR and post-operative instability were independent risk predictors of outcome ($p<0.05$).

The mortality score prediction models aforementioned were applied to our population and estimated mortality significantly correlated with real mortality (estimated mortality 41% and 45.3% Vs real mortality 45%; both $p<0.0001$). Pearson correlation was applied to compare scores and concluded a correlation coefficient of 1 ($p<0.001$), describing a significant positive linear correlation between scores.

CONCLUSIONS

In recent years, EVAR has increasingly become the procedure of choice for rAAA in our institution. With this evolving approach to rAAA, both score prediction models were retrospectively applied and both accurately predicted mortality in the study population ($p<0.001$).

SÍNDROME DO COMPARTIMENTO ABDOMINAL E ISQUÊMIA DO CÓLON NO PÓS-OPERATÓRIO DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL EM ROTURA.

Mariana Moutinho, Luís Silvestre, Ruy Fernandes e Fernandes, Emanuel Silva, Augusto Ministro, Pedro Amorim, Gonçalo Sobrinho, Carlos Martins, Luís Mendes Pedro

Departamento de Cirurgia Vasculiar, Hospital Santa Maria, Universidade de Lisboa. Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

O síndrome do compartimento abdominal (SCA) surge como complicação do tratamento do aneurisma da aorta abdominal em rotura (AAA), sobretudo nos casos de maior gravidade. A isquémia do colón (IC) é também uma complicação grave e frequentemente sub-diagnosticada nestes doentes e pode ou não estar relacionada com o SCA. O objetivo deste trabalho é analisar a frequência de ambas estas situações clínicas e avaliar a relação entre si bem como respetiva morbimortalidade num período de 5 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo mediante análise de registos dos processos de doentes com AAA infrarenal, pararenal ou justarenal em rotura, operados no nosso serviço no período de 1-1-2012 a 31-12-2016. O diagnóstico de isquémia do

colón (IC) foi confirmado por endoscopia e/ou observação intra-operatória. O diagnóstico de SCA foi determinado por pressões intra-abdominais sustentavelmente superiores a 20 mmHg associadas a disfunção de órgão "de novo". Foram analisados fatores de risco e determinantes de morbi-mortalidade associados a estas complicações assim como o seu tratamento, usando o programa estatístico SPSS 17.0.

RESULTADOS

Dos 75 doentes com AAA operados, foram analisados os 58 que sobreviveram mais de 24 horas. Destes, quinze ficaram com laparostomia primária mediante decisão do cirurgião e de acordo com critérios estabelecidos. Entre os doentes com encerramento primário, 11 (25%) desenvolveram SCA, dos quais, 5 (42%) necessitaram de laparostomia secundária.

A IC foi mais frequente nos doentes com laparostomia primária do que naqueles com encerramento primário (33% vs. 14%, $p=0,01$), mas não nos doentes com SCA ou necessidade de laparostomia secundária.

A mortalidade no internamento foi superior nos doentes com laparostomia secundária (80%) versus doentes com laparostomia primária (33%), ou encerramento primário (30%) ($p=0,02$). Já a presença de IC não teve influência na mortalidade.

Dos vários fatores avaliados, a hipotensão arterial à entrada foi predisponente para IC (108 vs. 85, $p=0,02$). O número de transfusões no intra operatório esteve relacionado com uma maior mortalidade (9,3 vs. 5,9, $p=0,01$).

CONCLUSÃO

O SCA com necessidade de realização de laparostomia secundária está associado a uma elevada mortalidade. Quando aplicada em casos selecionados, a laparostomia primária permite, para além da prevenção do SCA, o diagnóstico e tratamento atempados da IC.

Comunicações Livres 03

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA EM CLAUDICANTES – A MUDANÇA DE UM DOGMA?

Joel Sousa, José Pinto, José Almeida-Lopes, Joana Ferreira, Paulo Barreto, Daniel Brandão, Armando Mansilha

Hospital CUF Porto, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

A doença arterial periférica é uma patologia ubiqüitária, intimamente relacionada com o envelhecimento, e cuja prevalência se encontra em rápido crescimento. Se a indicação de revascularização é clara nos casos de isquemia crítica, a intervenção em claudicantes continua a gerar controvérsia. A generalização das opções terapêuticas endovasculares aumentou, contudo, o leque de alternativas disponíveis.

Este trabalho pretende avaliar os resultados do tratamento endovascular primário de lesões aorto-ilíacas e femoro-poplíteas TASC A-D em doentes claudicantes referenciados à nossa instituição.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva e unicêntrica dos doentes com DAOP aorto-ilíaca e femoro-poplíteia, em isquemia Rutherford III, tratados por via endovascular. Todos os doentes apresentavam claudicação limitante para atividades diárias, tendo sido inicialmente submetidos a treino de marcha e

best medical therapy, e referenciados para intervenção por intolerância ou ausência de melhoria. Como endpoints primários consideraram-se a distância de claudicação, a patência primária e a necessidade de re-intervenção.

RESULTADOS

44 doentes consecutivos foram referenciados e tratados no período selecionado (72,1% homens; idade média 65,1 anos[51-81]). Destes, 69,8% (n=30) apresentavam doença obstrutiva do sector femoro-poplíteo (Grupo1) e 30,2% (n=13) aorto-ilíaco (Grupo2). Follow-up médio foi de 20,61 meses.

No Grupo1 constatou-se um predomínio de lesões TASC B (36,7%), com calcificação circunferencial da lesão-alvo observada em 73,3% dos casos. 58,6% dos doentes apresentavam 3 vasos tibiais de runoff. Acesso retrógrado percutâneo foi a via de eleição (86,7%), com recanalização intraluminal na maioria das intervenções (69%). Revascularização foi conseguida por via de POBA (n=2), DEB (n=1) e stenting primário (bare-metal- n=24; dispositivos vasculares miméticos - n=3).

Também no Grupo2 houve um predomínio de lesões TASC B (46,2%). Revascularização foi alcançada por via de kissing stent em 38,5% dos casos e stenting ilíaco unilateral nos restantes.

Todos os procedimentos decorreram sem intercorrências, com melhoria da distância de claudicação observada em 100% dos casos. 51,2% readquiriram pulsos distais pós-intervenção.

A taxa de patência primária foi de 100% para o *follow-up* considerado. A taxa de re-intervenção foi de 7% (n=3), com dois procedimentos de patência primária assistida. Em um caso houve necessidade de re-intervenção por agravamento da doença de base em sector previamente não tratado. Freedom from reintervention foi de 100% aos 34 meses de *follow-up*.

CONCLUSÃO

O tratamento endovascular de lesões aorto-ilíacas ou femoro-poplíteas, TASC A-D, em doentes com claudicação limitante, constitui uma opção terapêutica eficaz que garante melhorias significativas da qualidade de vida dos doentes, com excelentes taxas de patência primária e re-intervenção para o *follow-up* considerado.

REVASCLARIZAÇÃO FEMORO-DISTAL – HEPARIN-BONDED EPTFE VERSUS VEIA, UMA ANÁLISE COMPARATIVA

Tiago Silva Costa, Diogo Cunha e Sá, José Luis Gimenez, Gonçalo Cabral, José Manuel Tiago, Afonso Cardoso

Hospital Beatriz Angelo

OBJETIVO

Na revascularização aberta femoro-distal, nem sempre se dispõe de um conduto venoso de diâmetro e extensão adequados. Os enxertos de PTFE são os mais vulgarmente utilizados, mas os resultados da sua utilização não têm sido encorajadores. O objectivo deste estudo é comparar a performance destes enxertos de PTFE com os enxertos venosos na isquemia crítica em topografia femoro-distal.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo envolvendo 120 doentes (grupo 1: 60 doentes com conduto exclusivamente venoso; grupo 2: 60 doentes com conduto de heparin-bonded ePTFE) submetidos a cirurgia de revascularização aberta femoro-distal, realizada numa única instituição hospitalar, entre Março de 2012 e Fevereiro de 2017. Os resultados são objecto de uma análise estatística através de curvas de Kaplan-Meier em termos de permeabilidade e de sobrevida livre de amputação.

RESULTADOS

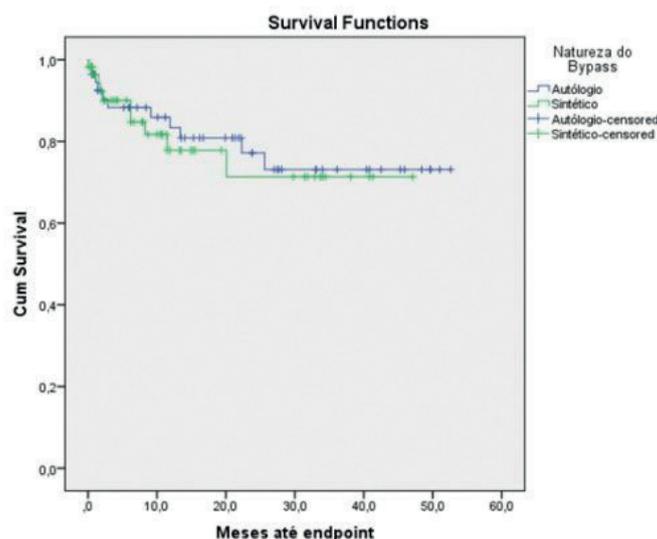
Durante este período foram realizados um total de 159 *bypasses* distais, 66 dos quais no grupo 1 (63 revascularizações primárias e 3 reintervenções) e 93 no grupo 2 (65 revascularizações primárias e 28 reintervenções). Nos grupos 1 e 2 os achados foram, respectivamente: idade média 72,98 anos vs 74,88 anos; sexo masculino 73,33% vs 73,33%; diabetes 71,67% vs 68,33%; IRC em hemodiálise 10,00% vs 3,33%; *follow-up* médio 20,09 meses vs 14,73 meses.

A anastomose distal nos grupos 1 e 2 foi realizada no tronco tibio-peroneal em 3 vs 3, na tibial anterior em 11 vs 19, na tibial posterior em 18 vs 13, na peroneal em 19 vs 48 (28,79% vs 51,61%), na pediosa em 12 vs 5 e na plantar em 3 vs 5. Nos grupos 1 e 2 a taxa de amputação precoce foi de 3,03% vs 2,15% e de mortalidade precoce de 3,03% vs 5,38%.

A taxa de permeabilidade total no grupo 1 foi de 73,78% e no grupo 2 foi de 80,00%. A sobrevida livre de amputação não é estatisticamente significativa na comparação dos dois grupos (ver curvas de Kaplan-Meier).

CONCLUSÃO

Neste estudo retrospectivo, a permeabilidade total e a sobrevida livre de amputação não diferem significativamente nos dois grupos. A escolha da artéria peroneal como outflow, poderá favorecer os resultados nas revascularizações femoro-distais com heparin-bonded ePTFE (grupo 2). Estes resultados indicam que estas próteses poderão ser utilizadas neste grupo de doentes com confiança, em particular na artéria peroneal, sempre que não se dispuser de conduto venoso autólogo adequado.



INFLUXO FEMORAL VERSUS INFRAGENICULAR NOS BYPASSES VENOSOS DISTAIS: ESTUDO COMPARATIVO

Diogo Cunha e Sá, José Luis Gimenez, Tiago Silva Costa, Gonçalo Cabral, José Manuel Tiago, Afonso Cardoso

Hospital Beatriz Angelo

OBJECTIVOS

Avaliar e comparar os resultados da cirurgia de revascularização distal com conduto venoso, de acordo com o influxo femoral (grupo 1) versus o influxo infragenicular (grupo 2), em doentes portadores de isquemia crítica.



MATERIAL E MÉTODOS

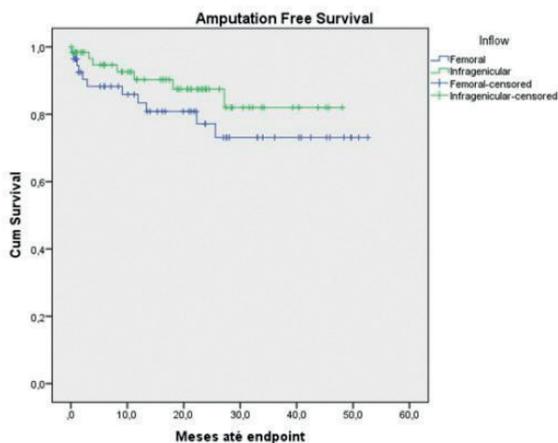
Estudo retrospectivo envolvendo todos os doentes admitidos neste Hospital entre Março de 2012 e Fevereiro de 2017 com isquemia crítica nos estádios 5 e 6 da classificação de Rutherford, submetidos a cirurgia aberta de revascularização distal com substituto venoso, divididos em 2 grupos: um grupo com influxo femoral (grupo 1); outro grupo com influxo infragenicular (grupo 2). Os resultados são objeto de uma análise estatística comparativa em termos de dados epidemiológicos, mortalidade, permeabilidade da revascularização, preservação de membro e sobrevida livre de amputação (SLA) com curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Durante este período foram realizados um total de 141 *bypasses* distais com substituto exclusivamente venoso (66 no grupo 1 e 75 no grupo 2), num total de 133 membros em 125 doentes (8 revascularizações bilaterais e 8 revascularizações «de novo»). No grupo 1 e 2 os dados epidemiológicos e resultados são respetivamente: média de idade 72,98 anos vs 68,60 anos; sexo masculino 73,33% vs 81,54%; diabetes 71,67% vs 92,31%; hemodiálise 10,00% vs 13,85%; outflow ultradistal 22,73% vs 61,34% ($p < 0.001$); *follow-up* médio 20,09 meses vs 20,11 meses; amputação precoce 3,03% vs 1,35%; mortalidade precoce 3,03% vs 1,33%; permeabilidade total 71,21% vs 92,19%; SLA (gráfico 1).

CONCLUSÕES

Os doentes que são submetidos a revascularização distal com influxo infragenicular (grupo 2) são mais novos ($p < 0.002$), têm uma maior prevalência de diabetes ($p < 0.002$), os *bypasses* são mais frequentemente dirigidos às artérias do pé ($p < 0.001$), têm melhores taxas de permeabilidade ($p < 0.16$) e uma maior sobrevida livre de amputação. É, portanto, um grupo mais favorável, em termos de resultados, quando comparado com o grupo de revascularização distal com influxo femoral (grupo 1).



CHRONICALLY OCCLUDED INFRA-INGUINAL VEIN BYPASSES: ARE THEY DEFINITELY LOST?

Nuno Henriques Coelho, Victor Martins, Daniel Brandão, Ricardo Gouveia, Jacinta Campos, Andreia Coelho, Rita Augusto, Carolina Semião, Alexandra Canedo

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

INTRODUCTION/OBJECTIVES

Notwithstanding all the advances in the endovascular field, surgical infrainguinal lower limb revascularization is still a widely-performed treatment for Critical

Limb Ischemia (CLI). Vein grafts outperforms all other conduit choices in terms of patency rates. However, they are prone to developing stenosis that may lead to graft occlusion. In spite of the amount of publications regarding failing grafts, chronically occluded vein grafts (> 2 weeks) are commonly seen as lost and reports advocating their recanalization are scarce.

Herein we report six cases of successful recanalization of chronically occluded vein *bypasses*, performed in our institution between 2013 and 2017.

METHODS

Retrospective analysis of six male patients admitted due to CLI and infrapopliteal vein *bypass* occlusion, submitted to *bypass* recanalization. Median time between *bypass* construction and occlusion was 226 (227) days. Median time between occlusion or clinical deterioration and *bypass* recanalization was 50 (47) days. In the Duplex US examination, although many segments were collapsed, in others, permeability and compressibility were observed, with no significant thrombotic content. Recanalization of proximal anastomosis was performed endovascularly in five patients (four antegrade and one retrograde, by vein puncture) and surgically in one patient. The entire length of the vein was submitted to angioplasty (plain balloon in five cases and spot drug-eluting balloon in one case). Due to significant residual stenosis, it was necessary to place a stent in the proximal anastomosis in one case. In 50% of the procedures, concomitant outflow improvement was simultaneously performed.

RESULTS

During *follow-up* (median 155 (707) days) there was an improvement in Rutherford scale in all patients (five patients achieved total ulcer healing and one achieved resolution of rest pain). Reintervention rate was 33% (two patients submitted to repeated angioplasty, due to proximal anastomosis restenosis). Reocclusion was confirmed in two cases (one after ulcer healing without clinical deterioration, another in a patient who abandoned *follow-up* after achieving initial ulcer healing, stopping all medication and ending with major amputation, 418 days after recanalization procedure).

CONCLUSIONS

Redo *bypass* is still considered the gold standard for the treating chronically occluded *bypasses* in patients with CLI. Nevertheless, not all chronically occluded *bypasses* are lost and some of them may be handled as failing grafts. Recognizing those that are still salvageable allows an intervention associated with far less morbimortality, without precluding a future redo procedure. Moreover, in patients with CLI and in which redo *bypass* is not a viable option (failed native artery intervention, poor choices for vein conduit, contralateral advanced limb ischemia or patients unfit for open surgery) recanalization could really be the last resort for limb salvage.

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA NA POPULAÇÃO AUTO-IMUNE: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Catarina Afonso, Donzilia Silva, Joao Gonçalves, Jose Davide, Rui Almeida, Ivone Silva

CHUP

INTRODUÇÃO

O sistema imunitário está envolvido na etiopatogénese da aterosclerose, doença imuno-inflamatória. Em doentes auto-imunes a aterosclerose é mais prevalente e o risco de doença cardiovascular está aumentado comparativamente com a população saudável. A disfunção endotelial e os danos causados pelos radicais livres são eventos primários nas doenças auto-imunes e na

esclerodermia em particular, resultando na estenose/oclusão micro e macrovascular com diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos envolvidos. A calcificação e a fibrose inerentes à esclerodermia reduzem a complacência vascular sugerindo que desempenham um papel importante no desenvolvimento da doença vascular periférica nestes doentes.

MÉTODOS

Foram recolhidos retrospectivamente dados clínicos e demográficos de todos os doentes com esclerose sistémica e doença macrovascular avaliados durante o período decorrido entre Janeiro de 2010 e Janeiro de 2017.

RESULTADOS

A amostra é constituída por um total de 16 doentes com uma mediana de idades de 67.5 anos (50:85), sendo maioritariamente do sexo feminino (81.25%; n=13). 87.5% (n=14) dos doentes apresentam hipertensão arterial, 37.5% (n=6) dislipidemia, 25% (n=4) diabetes mellitus e 26.67% (n=4) são fumadores.

De referir que a trombose de aneurisma poplíteo foi motivo de admissão em 2 doentes, tendo sido submetidos a cirurgia de revascularização e posterior amputação do membro; os restantes foram admitidos por arteriopatía periférica.

A maioria dos doentes (81.25%; n=13) foi submetida a procedimentos cirúrgicos, dos quais 7 (53.85%) necessitaram de nova intervenção. Ab initio, 3 indivíduos foram submetidos a amputação, 1 major e 2 minor, 4 a simpaticectomia, 2 a procedimentos endovasculares e 4 a cirurgias de *bypass* vascular.

Relativamente ao estudo imunológico, 6 doentes apresentavam positividade para os anticorpos ANA anti-centrómero e outros 6 com positividade para os anticorpos ANA anti-centrómero e RO, somando-se 1 doente anti-SCL70 positivo e outro anti-U1 RN positivo.

CONCLUSÃO

A doença arterial periférica nos doentes com doença autoimune é agressiva, com um prognóstico reservado e uma taxa de amputação major primária/secundária muito superior à população não autoimune (25%).

HIPOCOAGULANTES ORAIS EM DOENTES COM PATOLOGIA VASCULAR ARTERIAL: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Luís Loureiro¹, Ana Silva², Ana Barros², Ana Ribeiro², António Costa², Catarina Fonseca², Dulce Pereira², Francisca Tavares², Olímpia Alves², Rafael Rocha², Sara Santos², Sofia Teotónio², Susana Laranjeira², Victor Henriques², Jorge Neves dos Santos², Rui de Almeida³

1. Centro Hospitalar do Porto / 2. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto / 3. Centro Hospitalar do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A patologia vascular arterial (PVA) tem um impacto profundo na qualidade de vida dos doentes. O seu tratamento passa por terapia não farmacológica, farmacológica e intervencional. A terapêutica hipocoagulante é utilizada em doentes com eventos tromboembólicos arteriais e após cirurgias de pontagem. O presente estudo compara a qualidade de vida dos doentes com PVA hipocoagulados e não-hipocoagulados.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre Dezembro de 2014 e Abril de 2015 foram convidados a participar todos os doentes com PVA internados num Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular de um Centro Hospitalar Universitário. Foi registado se o doente estava hipocoagulado previamente ou se iniciou hipocoagulação após o internamento,

idade, sexo, motivo de internamento, comorbilidades, foram aplicados os questionários Short Form Health Survey 12 (SF-12) a todos os participantes e o Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS) aos doentes hipocoagulados. Um mês após a alta foram repetidos por via telefónica os questionários SF-12 e DASS aos doentes hipocoagulados. A amostra foi dividida para análise em 2 grupos: doentes hipocoagulados e doentes não-hipocoagulados. A qualidade de vida destes 2 grupos foi comparada entre si. A qualidade de vida de toda a amostra foi comparada com um grupo de indivíduos saudáveis e com um grupo de indivíduos sobreviventes a enfarte agudo de miocárdio (EAM).

RESULTADOS

Neste intervalo de tempo 80 doentes assinaram o consentimento informado e aceitaram responder aos questionários. A maioria era homens (80%) e internados por DAP (75%). As comorbilidades com maior prevalência foram hipertensão arterial (71%), DM (54%), insuficiência renal crónica (31%) e cardiopatia isquémica (30%). Antes do internamento 20% dos doentes estavam hipocoagulados e após o internamento 14% iniciaram hipocoagulação, sendo que 66% dos doentes tiveram alta não hipocoagulados. A qualidade de vida avaliada pelo SF-12 apenas apresentou diferença com significado estatístico entre os grupos não-hipocoagulados e hipocoagulados no parâmetro vitalidade ($p=0,026$), apesar de o grupo não-hipocoagulado apresentar melhores pontuações em todos os outros parâmetros (Fig. 1). Relativamente à comparação dos doentes vasculares arteriais com o grupo de saudáveis, a qualidade de vida é inferior nos primeiros nas componentes saúde mental e física, com significado estatístico. Quanto à comparação dos doentes vasculares arteriais com o grupo de sobreviventes de EAM, a qualidade de vida é inferior na componente saúde física nos doentes com PVA, sendo semelhante na componente saúde física (Fig. 2).

CONCLUSÃO

A qualidade de vida dos doentes com PVA é baixa. A hipocoagulação tem um impacto negativo na qualidade de vida desta população.

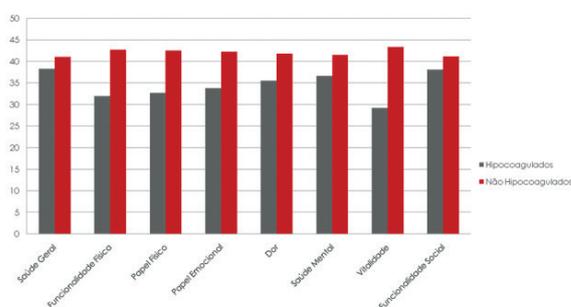


Fig.1 – Parâmetros do SF-12 de toda a amostra, hipocoagulados vs não-hipocoagulados

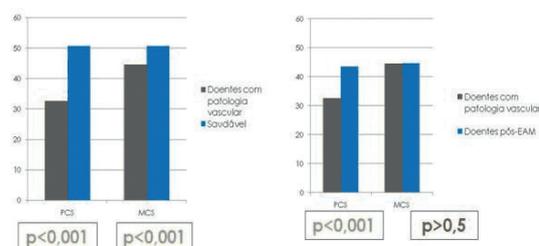


Fig.2 – Comparação da qualidade de vida dos doentes com PVA vs indivíduos saudáveis e PVA vs sobreviventes de EAM



PROGNÓSTICO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA POR ISQUÉMIA AGUDA DE MEMBRO

Ricardo Correia, Ana Catarina Garcia, Frederico Bastos Gonçalves, Gonçalo Rodrigues, Rodolfo Abreu, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Joana Catarina, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta, CHLC

INTRODUÇÃO

A associação de neoplasia com o tromboembolismo venoso (TEV) está bem caracterizada. No entanto, 10-30% das complicações tromboembólicas que ocorrem no doente oncológico são eventos arteriais. A relação entre isquémia e neoplasia encontra-se menos reconhecida atualmente, apesar ser mais frequentemente responsável por sequelas catastróficas e requerer um tratamento mais agressivo que o TEV.

O estudo apresentado tem como objetivos estudar a associação entre neoplasia e isquémia aguda, procurando comparar as taxas de reintervenção vascular, de amputação e de morte nos doentes submetidos a cirurgia de revascularização por isquémia aguda de membro na amostra estudada.

MÉTODOS

Foram avaliados retrospectivamente todos os doentes intervencionados num hospital terciário, durante o ano de 2015, com o diagnóstico de isquémia aguda de membro. Destes, os doentes com neoplasia foram comparados com o grupo-controlo de doentes sem neoplasia. Foram avaliados os seguintes endpoints primários: morte durante o *follow-up*, reintervenção vascular e amputação.

RESULTADOS

Em 2015, foram submetidos a cirurgia de revascularização arterial por isquémia aguda de membro 118 doentes. A mediana das idades foi de 80 anos, e 54% eram mulheres. A maioria das isquémias agudas apresentaram uma etiologia embólica (66% vs 34% trombótica). Quinze doentes (13%) apresentaram um diagnóstico de neoplasia. Comparativamente ao grupo-controlo, os doentes oncológicos apresentaram uma taxa de mortalidade superior (60% vs 38%; $p=0,103$), bem como uma taxa de reintervenção vascular superior (20% vs 13%; $p=0,427$). Os doentes com neoplasia foram submetidos a cirurgia de amputação com frequência semelhante aos doentes sem neoplasia (13 vs 15%; $p=1,000$). Dos 15 doentes com diagnóstico oncológico, 12 tinham neoplasia ativa à apresentação do quadro de isquémia aguda e 3 desenvolveram neoplasia no ano seguinte ou apresentavam neoplasia oculta não conhecida à data da cirurgia. A análise dos referidos subgrupos revelou uma associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de neoplasia no ano que se seguiu à apresentação do quadro de isquémia e a taxa de reintervenção vascular (66% vs 12%; $p=0,048$). O subgrupo de doentes com neoplasia ativa ao diagnóstico de isquémia aguda apresentou a maior taxa de mortalidade (67% vs 38%; $p=0,067$).

CONCLUSÃO

O estudo apresentado sugere que os doentes com neoplasia que são submetidos a cirurgia por isquémia aguda de membro tem um pior prognóstico vital e maior taxa de reintervenção, embora não tenham um risco aumentado de amputação. Uma pesquisa ativa de neoplasia em doentes com isquémia aguda e uma terapêutica médica mais agressiva podem ser justificadas para este subgrupo de doentes.

ISQUÉMIA AGUDA DE MEMBRO INFERIOR: 7 ANOS DE TROMBO-EMBOLECTOMIAS EM DOENTES COM IDADE AVANÇADA

Mário Moreira, Pedro Lima, Mafalda Correia, Bárbara Pereira, Roger Rodrigues, André Marinho, Carolina Mendes, Joana Moreira, Óscar Gonçalves

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

A isquémia aguda de membro inferior é uma emergência frequente em Cirurgia Vascular, com morbi-mortalidade significativa. Este risco parece ser superior em doentes de idade avançada. Apesar de existirem outras alternativas de tratamento, a trombo-embolctomia mantém-se uma opção válida. Pretende-se avaliar os resultados obtidos no tratamento desta patologia, focando nesta opção terapêutica.

MATERIAL/MÉTODOS

Foram avaliadas as trombo-embolctomias realizadas, num único centro, entre 2010 e 2016 por isquémia aguda de membro inferior em doentes com idade igual ou superior a 80 anos. Excluíram-se os doentes com isquémia aguda bilateral, revascularização prévia e necessidade de outros procedimentos de revascularização no evento avaliado. As variáveis demográficas avaliadas foram a idade e o sexo. As variáveis clínicas foram o tempo de isquémia (<12h, 12-24h, >24h), grau de isquémia aguda (classificação de Rutherford), hipertensão arterial, diabetes mellitus, arritmia e toma de anti-coagulantes. Os outcomes avaliados foram a mortalidade e amputação major no 1º mês de pós-operatório.

RESULTADOS

Foram identificados 254 doentes. A idade média foi 86 anos (80-101). 70.1% eram do sexo feminino. O tempo de isquémia foi superior a 24 horas em 52.7% dos casos; 40.4% dos casos com isquémia IIa na classificação de Rutherford. 65% com hipertensão arterial; 19.7% com diabetes mellitus; 69.7% com arritmia; 12.6% sob hipocoagulação. A taxa de amputação major foi 9.4% e a de mortalidade foi 5.9%, aos 30 dias. Maior tempo de evolução das queixas e estadios mais avançados de isquémia conferem maior risco de amputação. O diagnóstico prévio de arritmia e a toma de hipocoagulantes conferem um outcome mais favorável em termos de amputação. Não se apuraram relações significativas entre as variáveis estudadas e a mortalidade.

CONCLUSÕES

Apesar da morbi-mortalidade associada, a trombo-embolctomia representa uma opção terapêutica válida em doentes com idade avançada e múltiplas comorbilidades.

UMA DÉCADA DE TRATAMENTO ENDOVASCULAR NOS ANEURISMAS POPLITEUS

Pedro Garrido¹, Ruy Fernandes e Fernandes², Luís Silvestre², Augusto Ministro², Ana Evangelista², Carlos Martins², Luís Mendes Pedro², J. Fernandes e Fernandes²

1. Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte / 2. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CHLN (Hospital de Santa Maria), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria popliteia(AAP) têm uma prevalência de 1% nos homens de 60-80 anos. Associam-se a elevada incidência de fenómenos tromboembólicos e cerca de metade dos doentes apresenta sintomas isquémicos. A ausência de tratamento associa-se a elevado risco de amputação major pelo que o tratamento cirúrgico electivo (laqueação-exclusão associada a *bypass* venoso) constitui o gold standard.

A introdução do tratamento endovascular trouxe a possibilidade de uma opção terapêutica menos invasiva embora com resultados controversos.

O presente estudo pretendeu analisar a experiência e os resultados no tratamento endovascular de aneurismas da artéria popliteia(TEAP) em dois centros e nos últimos 10 anos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram identificados retrospectivamente os casos de TEAP entre 2007-2017. Em todos foram usadas endopróteses GORE®-VIABAHN®. O endpoint primário do estudo foi a taxa de sucesso técnico precoce(30 dias) e tardio(permeabilidade e exclusão aneurismática), tendo sido referenciadas complicações como trombose, kinking e endoleak(EL). Como endpoints secundários foi considerada a mortalidade e a amputação major.

Adicionalmente foram colhidos dados como a idade média, sexo, forma de apresentação(sintomática ou assintomática) o runoff e a terapêutica com antiagregantes(AAG) e anticoagulantes(AC) instituída.

RESULTADOS

Neste período foram tratados por via endovascular 29 AAP em 24 doentes, todos do sexo masculino, com idade média de 76 anos e com follow up(FUP) médio de 34 meses(1-88). O sucesso técnico precoce foi de 93%, tendo ocorrido 2 tromboembolismos precoces (uma resolvida com trombectomia e relining com stent auto-expansível (R+SAE) e outra por kinking do segmento distal que não selou totalmente o aneurisma, resolvido com *bypass* venoso popliteu-pedioso.

Ocorreram três tromboembolismos tardios (10%) – uma (6ºmês pós-op) submetida a trombectomia e R+SAE e a segunda (12ºmês pós-op) a *bypass* venoso femoro-popliteu. O terceiro doente (6ºmês pós-op) foi submetido a amputação primária por isquemia irreversível(3,4%). No FUP determinaram-se 2EL sem crescimento do saco.

À apresentação 7(29%) eram sintomáticos, tendo 3 doentes sido submetidos previamente a amputação major do membro contralateral por trombose de PAA. Não houve registo de mortes precoces. Houve três mortes tardias não relacionadas com o AAP.

CONCLUSÃO

Na nossa experiência o TEAP é uma opção aceitável, que comporta pouca morbidade. Os resultados a curto e médio prazo são satisfatórios com taxas de permeabilidade que se assemelham à cirurgia convencional.

A via endovascular é assim hoje, para nós, a primeira opção em doentes de risco cirúrgico elevado e de anatomia favorável.

1. CHUC / 2. Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC) e Clínica Universitária de Cirurgia III da FMUC

INTRODUÇÃO

A hiperhidrose primária afeta 1-3% da população. É uma patologia que resulta da desregulação simpática, caracterizando-se por uma sudorese excessiva com prejuízo grave nas relações inter-pessoais e profissionais. O tratamento inicialmente é conservador, contudo os resultados ficam muito aquém do desejado. O estudo pretende avaliar a qualidade de vida dos doentes antes e depois da cirurgia.

MÉTODOS

Análise retrospectiva de todo os casos dos doentes submetidos a simpaticectomia toracoscópica desde janeiro 2002 até setembro 2016. Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) é um score validado que avalia, através de uma única pergunta com 4 hipóteses de resposta, o grau de comprometimento da qualidade de vida causado pela hiperhidrose. Realizámos um inquérito telefónico para avaliar o grau de satisfação dos doentes.

RESULTADOS

Avaliámos 57 doentes (66,7% sexo feminino), com idade média de 27,95 ± 9,11 anos. 56,1% (32 doentes) padeciam de hiperhidrose axilar, 86% (49 doentes) palmar e 66,7% (38 doentes) plantar. Tempo de *follow-up* médio de 68,64 ± 59,19 meses. Obtivemos 44 respostas telefónicas válidas. Através do teste de Wilcoxon foi possível estabelecer uma melhoria estatisticamente significativa (Z -5,744; p < 0,001) da qualidade de vida em 97,7% doentes. A hiperhidrose compensatória surgiu em 64,9% dos casos. A maioria dos doentes referiu ser pouco incomodativa. Uma doente não realizaria de novo a cirurgia. Observámos pneumotórax residual em 11 doentes (19,3%) e toracalgie ligeira em três (5,3%).

CONCLUSÃO

Em todos os casos houve uma resolução da sintomatologia inicial. A hiperhidrose compensatória é uma complicação frequente, contudo a maioria refere ser pouco incomodativa. Houve uma melhoria significativa da qualidade de vida no pós-operatório pelo que apenas uma doente não realizaria de novo a cirurgia.

A simpaticectomia por toracoscopia constitui uma técnica simples, rápida, reprodutível, pouco invasiva, com baixa morbidade e com resultados efetivos. O grau de satisfação dos doentes foi elevado.

HIPERIDROSE PALMO-AXILAR PRIMÁRIA: REPERCUSSÃO DA EXTENSÃO DA SIMPATICECTOMIA NA HIPERIDROSE COMPENSATÓRIA E QUALIDADE DE VIDA

Sandrina Maria Pereira Figueiredo Braga¹, Mafalda Sousa², João Rocha Neves³, Joana Ferreira⁴, Ricardo Marta⁵, Pedro Mendes², Celso Carrilho⁴, João Correia Simões⁴, Amílcar Mesquita⁴

1. Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães EPE / 2. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal Ano Comum – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculosa / 3. Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculosa / 4. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculosa; / 5. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal Serviço de Ortopedia

Comunicações Livres 04

EXPERIÊNCIA DE 15 ANOS EM SIMPATICECTOMIA TORACOSCÓPICA PARA O TRATAMENTO DA HIPERHIDROSE

Manuel Fernandes Lourenço e Gonzalez Rosete¹, Mónica Martins², José Carlos Campos², Francisco Castro e Sousa²



INTRODUÇÃO

A hiperidrose primária define-se como uma sudação excessiva de etiologia desconhecida, associada a hiperactividade simpática, mais frequente nas mãos, axilas e pés e cursa com grande impacto na qualidade de vida. O tratamento de eleição da hiperidrose palmo-axilar (HPA) é a simpaticectomia torácica torascópica (STT). Simpaticectomias mais extensas e superiores (T2) cursam com mais hiperidrose compensatória (HC). Procurou-se avaliar a qualidade de vida na HPA antes e após STT, aparecimento de HC e satisfação do doente com a cirurgia, de acordo com os níveis de simpaticectomia realizados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada amostragem sistemática e consecutiva de doentes submetidos a STT num hospital nos últimos cinco anos. De 77, compareceram para entrevista 49 doentes submetidos a STT há mais de um mês: 23 de três níveis (T2-4), 18 de dois níveis (T3-4) e 8 doentes de um nível (T3 ou T4). O questionário aplicado incluía avaliação da gravidade de HPA (HDSS, validado em português), presença de HC e avaliação da qualidade de vida na HPA (validado em português, com permissão dos autores Campos J et al) com perguntas do tipo Likert-Scale. Os dados foram registados numa base de SPSS 22.0.0.0.

RESULTADOS

O questionário apresentou boa consistência interna (alpha cronbach: 0,877). Dos doentes operados 95,2% apresentavam HPA grave ou muito grave, com qualidade de vida má ou muito má em 90,2%. Os grupos não revelaram diferenças estatisticamente significativas (SS) relativamente à idade e género, tendo-se observado diferenças no *follow-up* (T2-T4/T3-T4/T3ou4 38,6, 15 e 5 meses, $p=0,000$). 90,3% dos doentes apresentaram melhoria SS da qualidade de vida em todos os domínios (funcional-social, pessoal, emocional e condições especiais), mais evidente nos grupos T3ouT4 e T3-4 que no grupo T2-4, sem diferença SS. A HC esteve presente em 95,6%, 88,8% e 87,5% em T2-T4/T3-T4/T3ou4, respectivamente ($p=0,187$), aceitável em 43,5%, 93,8% e 100% em T2-T4/T3-T4/T3ou4, respectivamente ($p=0,0143$).

CONCLUSÕES

A HPA afecta gravemente a qualidade de vida dos doentes e a STT é eficaz na melhoria da qualidade de vida, em todos os seus espectros. A HC é muito frequente, embora aceitável na maioria dos casos. Embora sem SS em todos os parâmetros, provavelmente por pequeno tamanho amostral, os resultados indicam uma tendência para maior grau de melhoria da qualidade de vida e menor incidência de HC nas STT menos extensas e de nível mais inferior. Quando ocorre HC, esta é mais aceitável nos grupos de STT mais conservadora.

CLINICAL AND MOLECULAR CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH PARAGANGLIOMAS OF THE CAROTID BODY-MULTICENTRIC STUDY

Roger Rodrigues¹, Maria R. Almeida², João Carreiro³, António Assunção⁴, Sandrina Braga⁵, Joel Sousa⁶, Nelson Camacho⁷, Carolina Mendes¹, Juliana Varino¹, André Marinho¹, Bárbara Pereira¹, Mário Moreira¹, Mafalda Botelho¹, Pedro Lima¹, Gabriel Anacleto¹, Óscar Gonçalves¹

1. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / 2. Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra / 3. Serviço de Cirurgia Maxilofacial, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / 4. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Hospital de Braga / 5. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães / 6. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Centro Hospitalar do São João / 7. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

INTRODUCTION

Paragangliomas (PGLs) are neuroendocrine neoplasms that can occur throughout the body wherever there is paraganglia. Representing 0.03% of all tumours, PGLs are extremely rare. Although predominantly benign and amenable to cure by surgical resection, up to 6% can be malignant. About 50% are found in the head and neck region, most commonly as a highly vascularised carotid body tumors (CBT), which represent approximately 65% of head and neck paragangliomas. Due to their potentially infiltrating and disseminating growth, CBTs should be regarded as semi-malignant. Therefore, early detection, proper investigation, and effective treatment are imperative. The authors provide the clinical and genetic characterization of a cohort of patients with CBTs under a multi-centre collaborative initiative.

MATERIAL AND METHODS

Forty two patients with the clinical diagnosis of Paraganglioma of the carotid body followed in five different centres have already been enrolled in the study. Their clinical history and PGLs features have been assessed. Patient's demographic data as well as their family history have been obtained from medical records or direct interviews. Blood sample have been collected from all recruited individuals and genetic analysis of the succinate dehydrogenase (SDHx) genes have been requested. Informed consent was obtained from the participants prior to obtaining their blood samples for the genetic study.

RESULTS

Thus far, two pathogenic mutations have been identified in five out of the fifteen individuals tested for the SDHD gene. These mutations are novel, not reported yet in the literature. At the present the genetic analysis was focused only in the germline mutations of the SDHD gene because they are the commonest genetic cause of PGLs. However the study will be extended to other PGLs causative genes.

CONCLUSIONS

With this project, we expect to establish phenotype-genotype correlations to potentially improve the surgical treatment outcome and reduce the number of complications associated with these type of tumours. In addition, the multi-centric nature of the study will led to a unique collection of patients with CBTs well clinically and genetically characterized with a long *follow-up* period, enabling us to accumulate a sufficient number of cases to report and evaluate their outcomes with confidence.

ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA – EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO (2010-2015)

Gabriela Teixeira, Pedro Sá Pinto, Ivone Silva, João Gonçalves, Sérgio Teixeira, Duarte Rego, Vítor Ferreira, Inês Antunes, Carlos Veiga, Daniel Azevedo, Arlindo Matos, Rui de Almeida

Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO/ OBJECTIVOS

Em doentes sintomáticos, a endarterectomia carotídea (EC) tem algum benefício em doentes com estenose carotídea de 50-69%, e é altamente benéfica em estenoses de 70-99%, devendo a taxa de mortalidade/AVC ser <7%. O máximo benefício é observado quando a cirurgia é realizada dentro de duas semanas após o evento cerebrovascular. A EC em doentes assintomáticos, deverá ser oferecida a homens com <75 anos="" estenoses="" > 70%, com complicações perioperatórias < 3%. O benefício da endarterectomia em mulheres assintomáticas é inferior, pelo que deve ser oferecida a mulheres

mais jovens, na ausência de risco cirúrgico acrescido. A lesão de nervos periféricos é a complicação mais comum e a sua incidência varia de 5 a 20%. A incidência de complicações hemorrágicas na ferida operatória varia de 1.2-12%. Infecção complica < 1% dos procedimentos. O objectivo deste estudo é examinar a nossa prática clínica, rever os doentes tratados e os tempos de referência, e analisar os resultados da nossa prática institucional.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a endarterectomia carotídea numa instituição, entre 2010-2015.

RESULTADOS

404 doentes foram submetidos a EC, 76% homens, com média de idades 69 anos para ambos os sexos. Co-morbilidades: 53.6% tabagismo; 38.6% diabetes; 88,6% hipertensão; 72.1% dislipidemia. O grau de estenose foi avaliado por ecodoppler, sendo necessário recurso a angioTAC em 20% e a angiografia em 2.2% dos casos. A maioria dos doentes (54,2%) era sintomática (AVC/AIT < 6 meses). Nos doentes com evento cerebrovascular diagnosticado neste hospital, o tempo até cirurgia foi de 10 dias (mediana). Para encerramento arterial foi usado, sistematicamente, patch de dacron e o método de anestesia foi, invariavelmente, anestesia geral. Foi usado shunt em 4.6% dos casos (n=18). O tempo médio de cirurgia foi 101 minutos e o tempo médio de clampagem 40 minutos. Foi realizada reversão da hipocoagulação com protamina em 48,3% doentes. Morbi-mortalidade: 9 AVC com sequelas no pós-operatório (AVC major), 7 AVC com défices mínimos/transitórios (AVC minor) e 4 mortes. Nos doentes sintomáticos (n=219), as taxas de AVC major foram de 3.6% e AVC minor de 3,2%. Nos assintomáticos (n=185), taxas de AVC minor de 1,1%. Outras complicações: hematoma 5,9% (n=24); infecção 0.2% (n=1); disfunção nervo periférico 16,1% (n=65); falso aneurisma 0,5% (n=2).

CONCLUSÕES

Os nossos resultados encontram-se dentro dos valores de referência. Este estudo permitiu conhecer a nossa realidade, comprovar a nossa capacidade de resposta, e servir de base para aprimorar técnicas e formas de actuação.

ANEURISMAS CAROTÍDEOS, UMA PEQUENA GRANDE SÉRIE

Carla Joana Rodrigues, António Santos Simões

Centro Hospitalar Tondela Viseu

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de aneurisma carotídeo degenerativo é uma realidade crescente, embora só encontremos descritos na literatura mundial poucos milhares, maioritariamente em casos isolados ou pequenas séries. São uma patologia agressiva causando sintomas ou sinais – neurológicos ou compressivos – em até 80% dos doentes: acidente vascular cerebral (AVC), disfunção dos nervos cranianos (síndrome de Horner, paresia do hipoglossos ou do glossofaringeo, compressão do vago), disfagia, dispneia, rouquidão, massa cervical pulsátil. A ruptura é rara mas potencialmente fatal. A sua etiologia é variada embora seja encabeçada, na atualidade, pela aterosclerose/patologia degenerativa arterial, relegando para 2º plano a infecção, restrita quase em exclusivo à toxicoddependência, havendo ainda casos descritos em associação a disseções, displasia fibro-muscular e traumatismos, incluído a agressão cirúrgica, nomeadamente a endarteriectomia.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores analisaram uma série de 5 aneurismas carotídeos operados entre 2010 e 2017, correspondendo a 3 doentes, todos do sexo masculino e com idade média de 77 anos (66-87 anos). 3 aneurismas eram sintomáticos: 2 AVCs minor e 1 caso de disфонia. Os 2 aneurismas assintomáticos eram contra-laterais dos 2 aneurismas que causaram AVCs e a TAC (Tomografia axial computadorizada) craniana destes doentes revela lesões isquémicas antigas hemisféricas ipsilaterais. O diagnóstico foi realizado por ecodoppler dos vasos do pescoço e confirmados por angioTAC. 4 casos são aneurismas tipo III e 1 caso é tipo II (classificação de Attigah et al). O doente mais jovem apresenta como antecedentes doença coronária, hipertensão arterial e síndrome metabólico (diabetes mellitus tipo2, dislipidemia e hiperuricemia) e os outros dois são hipertensos.

RESULTADOS

Os 4 aneurismas tipo III foram submetidos a aneurismectomia e anastomose topo-a-topo carótida primitiva-carótida interna e o aneurisma tipo II foi submetido a embolização com coils e laqueação da carótida interna. O tempo médio de *follow-up* é de 42,6 meses (entre 2-77 meses). Os doentes encontram-se livres de doença e não há novos eventos neurológicos a registar.

CONCLUSÕES

Os aneurismas carotídeos podem ser classificados em verdadeiros – degenerativos, associados a fibrodysplasia ou a necrose cística da média - ou falsos - infecciosos ou traumáticos. A taxa de mortalidade cirúrgica é superior à da endarteriectomia, rondando os 4% mas sobe para os 70% nos aneurismas não tratados. As opções cirúrgicas são variadas: aneurismorrafia, ressecção e reconstrução topo-a-topo ou interposição de enxerto, exclusão e confecção de um *bypass* e implantação de endoprótese.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS AÓRTICOS COMPLEXOS POR CH-EVAR – A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Ryan Gouveia e Melo, Ruy Fernandes e Fernandes, Luís Silvestre, Pedro Garrido, Augusto Ministro, Gonçalo Sobrinho, Pedro Amorim, Carlos Martins, Luís Mendes Pedro

Hospital de Santa Maria– Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO/ OBJECTIVOS

O CH-EVAR (Chimney-EndoVascular Aortic Repair) consiste no tratamento de aneurismas aórticos complexos utilizando endopróteses paralelas. Recentemente, tem tido uma utilização crescente em doentes não aptos/indicados para outras técnicas. O objectivo deste trabalho foi rever a experiência institucional sobre a utilização do CH-EVAR e avaliar os seus resultados.

MATERIAL E MÉTODOS

Todos os doentes tratados por CH-EVAR entre 2014 e 2017 foram analisados retrospectivamente. A técnica foi utilizada em doentes com elevado risco cirúrgico e sem indicação para F-EVAR ou B-EVAR.

RESULTADOS

Durante o período abrangido, trataram-se 11 doentes: 2 *endoleaks* tipo 1a após EVAR (1 sintomático); 2 *endoleaks* tipo 1a após TEVAR (1 em rotura contida); 1 aneurisma do arco aórtico e aorta torácica descendente em rotura contida; 1 aneurisma tóraco-abdominal tipo IV e 5 aneurismas juxta-renais. A idade média dos doentes foi 80 anos (67-87) e 10 eram homens. O tamanho médio dos aneurismas foi 80.5mm (58-110). Colocaram-se 18 chimney



grafts (CG) (10 artérias renais; 3 troncos arteriais braqu岸o-cefálicos; 4 artérias mesentéricas superiores e 1 carótida primitiva esquerda), em 11 dos quais foram utilizadas endopróteses cobertas auto-expansíveis, 6 endopróteses cobertas expansíveis-por-balão e 1 em que foram utilizadas ambas no mesmo CG. A taxa de sucesso técnico foi 100%. O *follow-up* médio foi 18,6 meses (0–36), durante o qual nenhum doente foi re-intervencionado. A taxa de permeabilidade primária dos CG foi 17/18 e a taxa de *endoleaks* foi 3/11 (tipo 1a): 1 resolveu conservadoramente e 2 doentes faleceram antes de realizar nova TC. A mortalidade hospitalar foi 2/11 (doentes operados por rotura contida) e a mortalidade relacionada com o aneurisma foi 1/11. No seguimento faleceram 2 doentes respectivamente por EAM aos 4 meses e por pneumonia aos 11 meses.

CONCLUSÃO

A técnica de CH-EVAR utiliza próteses off-the-shelf pelo que permite tratar doentes selecionados, com aneurismas de anatomia difícil, evitando o tempo de espera por endopróteses fenestradas/ramificadas custom-made, ou ainda em contexto de urgência. No entanto, o seu uso crescente e a ausência de materiais especificamente desenhados têm levantado preocupações pela maior taxa de *endoleaks* e de complicações relacionadas com os CG. Recentemente, foram sugeridas combinações ideais de endopróteses que parecem diminuir estas complicações.

Esta série vem demonstrar a aplicabilidade e a versatilidade da técnica.

Tabela I. Resumo dos 11 doentes submetidos a CheVAR

Idade/sexo	Indicação	Apresentação	Diámetro máximo (mm)	Arteríal(s) alvo	Nº CG	Endoprótese CG	Relining (S/N)	Endoprótese aórtica
1. 87 M	EL 1a (EVAR)	Assintomático	58	ARD	1	Viabahn®	S	Zenith LP®
2. 85 M	AArcA e AATD	Rotura contida	85	TABC; CPE	2	Zenith®; Viabahn®	S; S	Zenith Alpha®
3. 75 M	EL 1a (TEVAR)	Rotura contida	100	TABC	1	Zenith®	N	Zenith Alpha®
4. 74 M	AATA IV	Assintomático	96	AMS	1	Viabahn®	S	Zenith Alpha® + Zenith TX2®
5. 84 M	EL 1a (TEVAR)	Assintomático	60	TABC	1	Zenith®	N	Zenith Alpha®
6. 67 F	AAJxR	Assintomático	83	ARE; ARD; AMS	3	Viabahn® (x3)	S; S; S	Zenith Flex®
7. 76 M	AAJxR	Assintomático	72	ARE	1	Viabahn®	S	Zenith Flex®
8. 83 M	AAJxR	Assintomático	110	ARE; AMS	2	Viabahn® + Advanta®	S; S	Zenith LP®
9. 82 M	EL 1a (EVAR)	Sintomático	82	ARE; ARD	2	Adanta® (x2)	N; N	Zenith LP®
10. 79 M	AAJxR	Assintomático	65	ARE	1	Advanta®	N	Endurant®
11. 87 M	AAJxR	Assintomático	75	ARE; ARD; AMS	3	Advanta® (x3)	N;N;N	Zenith LP®

Ch-EVAR: Chimney-Endovascular Aortic Repair; EL: Endoleak; AArcA: Aneurisma do Arco Aórtico; AATD: Aneurisma da Aorta Torácica Descendente; AATA: Aneurisma Aorta Tóraco-Abdominal; AAJxR: Aneurisma Aorta Juxta-Renal; TEVAR: Thoracic Endovascular Aortic Repair; EVAR: Endovascular Aortic Repair; ARD: Artería Renal Direita; ARE: Artería Renal Esquerda; TABC: Tronco Arterial Braqu岸ocefálico; CPE: Carótida Primitiva Esquerda; AMS: Artería Mesentérica Superior; S: Sim; N: Não.

DOENÇA POLIANEURISMÁTICA – A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

João Pedro Barbosa Gonçalves

Hospital Santo António; Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

Na doença ectásica arterial, importa distinguir entre arteriomegalia e doença polianeurismática. A primeira é definida como uma ectasia difusa, envolvendo múltiplos segmentos arteriais, tortuosos, alongados e com irregularidades lúminais difusas, que condicionam um fluxo lento e turbulento, resultando num alto nível de complicações trombo-embólicas. Doença polianeurismática ou aneurismose consiste em aneurismas síncronos, em segmentos arteriais diferentes, com segmentos interpostos considerados normais. Existe em 20 a 50% dos doentes com aneurismas periféricos. Os aneurismas múltiplos têm etiologias muito próprias, nomeadamente vasculites auto-imunes (ex Bechet), infecciosas (ex Salmonelose, HIV) e associados a doenças do

tecido conjuntivo (ex Ehlers Danlos, Loeys-Dietz syndrome (LDS)). Embora ainda não tenha sido definido e identificado um factor genético específico, existe uma forte componente familiar nos doentes com essa patologia. A doença polianeurismática é classificada de acordo com a extensão e localização em Tipo I: aneurismas aorto-iliacos e femoral comum com potencial megalia femoro-poplíteia. Tipo II: aneurisma femoral superficial e poplíteo, com megalia aorto-iliaca. Tipo III: aneurismas aorto-iliacos e femoro-poplíteos, com potencial megalia interposta. A descrição de casos na literatura de pacientes com patologia polianeurismática é escassa. Desse modo, expomos aqui 3 casos.

MATERIAL/MÉTODOS

Caso 1 – Doente com 77 anos, com antecedentes de HTA e ex-tabagismo. Pontagem aortobifemoral em 1998 por AAA, complicado com exclusão funcional do rim esquerdo. Por progressão da doença proximal, substituição aórtica com prótese de Dacron com pontagem aorto-renal direita, em 2008. Submetido a EVAR AUI + pontagem femoro-femoral em 2015 para exclusão de falso aneurisma aórtico e de aneurisma gigante ilíaco esquerdo. Em 2016 submetido a pontagem AFS distal-Apop3P e injeção de trombinha para exclusão de aneurisma poplíteo esquerdo. Por clínica de isquemia aguda com sinais de embolização distal, submetido em 2017 a trombectomia de pontagem e fibrinólise de leito distal. Neste momento assintomático a agendar tratamento de aneurisma poplíteo direito.

Caso 2 – Doente com 81 anos, HTA, ex-fumador, com antecedentes de tratamento de aneurismas poplíteos bilaterais (ePTFE esquerda ocluída e VGSinv direita permeável). Por aneurisma aorto-iliaco bilateral, sendo submetido a aneurismectomia e pontagem aorto-biliaca. Sem complicações.

Caso 3 – Homem de 73 anos, DM, HTA, Ex-fumador. Em 2005, trombose de aneurisma poplíteo direito com necessidade de amputação major. Ectasias femorais bilaterais, AAA e aneurisma poplíteo com dimensões consideradas infraterapêuticas. Em 2016, isquemia aguda por trombose do aneurisma poplíteo, com necessidade de trombectomia e pontagem femoro-pediosa composta. A agendar tratamento do AAA.

RESULTADOS/CONCLUSÕES

O curso clínico destes pacientes é extremamente complexo, por vezes com apresentações agudas graves, com necessidade de múltiplas revascularizações, em doentes com diversas co-morbilidades. Dever-se-á ponderar tratamentos múltiplos simultâneos? Diminuir o limiar de tratamento nestes pacientes?

SOLUÇÕES ENDOVASCULARES EM ANEURISMAS ILÍACOS – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Tiago José Pires Ferreira¹, Augusto Ministro², Vanda Pinto², Luís Silvestre², Pedro Amorim², Ruy Fernandes e Fernandes², Gonçalo Sobrinho², Carlos Martins², Luís Mendes Pedro²

1. Hospital de Santa Maria – CHLN / 2. Clínica Universitária de Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Maria – CHLN; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

Os aneurismas ilíacos isolados são pouco frequentes; contudo a sua coexistência com aneurismas da aorta abdominal (AAA) pode ocorrer em até 40% dos casos. A presença de aneurismas ilíacos torna necessária a adopção de estratégias complementares para viabilizar um tratamento endovascular eficaz e duradouro dos AAA. Os autores apresentam uma revisão de todos os

aneurismas ilíacos e aorto-ilíacos submetidos a tratamento endovascular na instituição num período de 5 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão dos processos clínicos, exames de imagem e registos de consulta de todos os doentes submetidos a tratamento endovascular de aneurismas ilíacos ou aorto-ilíacos no período compreendido entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2016. Artérias ilíacas primitivas com diâmetro igual ou superior a 20 mm foram consideradas aneurismáticas. Os outcomes analisados foram as taxas de mortalidade intra-hospitalar, re-intervenção, endoleak, claudicação glútea e isquémia pélvica.

RESULTADOS

Foram incluídos 43 doentes, dos quais 84% apresentavam aneurismas aorto-ilíacos e 16% apresentavam aneurismas ilíacos isolados. Em 32% dos casos os aneurismas ilíacos eram bilaterais. Foram tratados 55 aneurismas ilíacos, com um diâmetro médio de 36 mm (20-90 mm), sendo que em 27% foi efetuada embolização ou cobertura unilateral da artéria hipogástrica. Nos casos em que foi preservada a permeabilidade da artéria hipogástrica, as estratégias adoptadas foram a utilização de extensões ilíacas bell-bottom (40%) e de iliac branch devices (60%). A taxa de sucesso técnico foi de 96%, com uma mortalidade intra-hospitalar de 4,7% e uma mortalidade relacionada com o aneurisma de 2,3%. A mediana de *follow-up* foi de 16 meses, tendo-se verificado 7 casos de endoleak (5 tipo II, 1 tipo Ia e 1 tipo Ib), dos quais somente 1 com origem num aneurisma ilíaco. Apenas 1 dos casos de endoleak necessitou de reintervenção. O desenvolvimento de claudicação glútea ocorreu em 2 doentes (4,7%) e não se registaram casos de isquémia pélvica ou medular. A taxa global de reintervenção foi de 4,7%.

CONCLUSÕES

A ocorrência simultânea de aneurismas ilíacos e AAA não deve constituir actualmente um entrave à abordagem endovascular, dada a possibilidade de adoptar múltiplas soluções técnicas para o seu tratamento com boas taxas de sucesso técnico e durabilidade.

pathology, scans were divided into three groups: AAA (n=140), atherosclerotic aorta (n=104) and non-aortic pathology (controls, n=108). Ruptured and thoracoabdominal aneurysms were excluded from analysis together with incomplete scans and aortic stents/grfts in situ. Primary outcome was density of PAAT measured as the average number of pixels, whose Hounsfield units (HU) were within the range of adipose tissue, in a predefined region around the infrarenal aorta as previously described. Secondary analysis was performed by stratification of PAAT density upon gender, age categories (<59, 60-69, 70-79 and ≥80 years), diabetic status and CT-measured visceral adiposity categories based on the ratio of visceral and subcutaneous adipose tissue (VAT/SAT ratio; <1, ≥1 to <2, ≥2 to <3 and ≥3). An interobserver reproducibility assessment of two analysts was performed (n=50).

RESULTS

A lower PAAT density was found in atherosclerotic aortas than in AAA (60.32 vs. 81.68, $P<0.001$). Further analysis showed that these results account for both diabetic and non-diabetic patients. Although a trend of lower PAAT is found in AAA than in control aortas, this was not statistically significant, except for the subgroups of males (82.47 vs 90.90, $p=0.024$) and patients with VAT/SAT ratio ≥1 to <2 (87.39 vs 98.24, $p=0.039$). Finally, lower PAAT densities were observed in women than in men. Interobserver reproducibility of PAAT density showed correlation coefficients of 0.97-0.99 in different groups. Interobserver reproducibility of subcutaneous and visceral adipose tissue showed correlation coefficients of 0.89-0.99 and 0.89-0.98, respectively.

DISCUSSION/CONCLUSION

To our knowledge, this is the first time PAAT density is measured in a standardized and reproducible manner in AAA. We found a significant lower PAAT density in atherosclerotic aortas compared to AAA and controls. These preliminary results are contrary to earlier findings in atherosclerotic coronary arteries, suggesting another role for perivascular adipose tissue in aortic pathology than in coronary atherosclerosis.

EVAR PARA CORREÇÃO DE ANEURISMAS DA AORTA ABOMINAL ROTOS É ELETIVO: DIFERENÇAS NO OUTCOME E DINÂMICA DO SACO ANEURISMÁTICO

José Oliveira-Pinto¹, Néilson Oliveira², Frederico Bastos Gonçalves³, Sanne Hoeks⁴, Marie Josee Van Rijn⁵, Sander Ten Raa⁵, Hence Verhagen⁵, Armando Mansilha⁶

1. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de São João, Porto; Departamento de Cirurgia e Fisiologia, FMUP; Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital CUF Porto; Department of Vascular Surgery, Erasmus Medical Center, Rotterdam / 2. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Açores; Department of Vascular Surgery, Erasmus Medical Center, Rotterdam / 3. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta, Lisboa; Department of Vascular Surgery, Erasmus Medical Center, Rotterdam / 4. Department of Anesthesiology, Erasmus Medical Center, Rotterdam / 5. Department of Vascular Surgery, Erasmus Medical Center, Rotterdam / 6. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de São João; Departamento de Cirurgia e Fisiologia, FMUP; Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital CUF Porto

INTRODUÇÃO

O tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal rotos (r-EVAR) expandiu significativamente nos últimos anos. Os aneurismas rotos da aorta

Sessão Melhor Comunicação

ABDOMINAL PERIAORTIC ADIPOSE TISSUE IN AORTIC PATHOLOGY

Marina Dias-Neto¹, Jorn Meekel², Kak Khee Yeung²

1. Centro Hospitalar de São João e Faculdade de Medicina do Porto, Porto, Portugal / 2. Departments of Vascular Surgery, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

OBJECTIVE

Periaortic adipose tissue (PAAT) is a metabolically active visceral fat, anatomically surrounding the aorta. Recent evidence suggests that changes in PAAT quantity and composition induce vascular remodeling of the aorta. However, PAAT has not been investigated in abdominal aortic aneurysms (AAA) yet and most studies have only focused on the composition of PAAT in atherosclerosis. This study was designed to evaluate PAAT density in different aortic pathologies using reproducible standardized CT-based measurements.

METHODS

In this case-control study, a total of 352 patients who underwent CT scans in VU Medical Center and Hospital de São João were selected. Based on aortic



abdominal (rAAA) apresentam habitualmente uma anatomia mais hostil e o planeamento é realizado sob pressão de tempo. Consequentemente, mais complicações durante o *follow-up* serão expectáveis. Adicionalmente, devido a falha na integridade da parede, diferenças na dinâmica do saco aneurismático poderão emergir entre r-EVAR e EVAR eletivo (el-EVAR).

OBJETIVO

Avaliar diferenças no outcome e na dinâmica do saco aneurismático entre el-EVAR e r-EVAR.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo centrado numa base de dados prospetiva incluindo todos os pacientes submetidos a EVAR de 2000 a 2015 numa instituição terciária da Holanda. rAAA foi definido pela presença de sangue no espaço retroperitoneal na tomografia computadorizada (TC) pré-operatória. Complicações relacionadas com o procedimento (CRP) foram definidas num outcome composto de endoleak tipo I ou III, crescimento do saco aneurismático, migração > 10mm, mortalidade relacionada com o aneurisma, rotura pós-implante ou necessidade de reintervenção.

O volume do saco aneurismático foi medido num sistema semi-automático de análise de imagem em center lumen line. Alterações nos volumes do aneurisma foram expressas percentualmente em relação ao volume de referência - TC realizado < 30 dias pós EVAR.

RESULTADOS

O estudo incluiu 572 doentes (483 el-EVAR e 89 r-EVAR). Mortalidade hospitalar foi de 0.8% vs 24.7% (P<.001, el-EVAR vs. r-EVAR). No subgrupo de pacientes que sobreviveram aos primeiros 30 dias o *follow-up* mediano foi de 4.28 anos ((IQR)[2.11-6.98]), sem diferença entre grupos. Não foram verificadas diferenças entre grupos relativamente a incidência de CRP a longo prazo [Hazard Ratio (HR):1.47; Intervalo de confiança (IC) 95% 0.94-2.31; P=.093] nem à sobrevida aos 6 anos (67.4% vs. 64.6%; el-EVAR vs r-EVAR, respetivamente; P=.259).

A diminuição do saco aneurismático foi mais pronunciada no grupo r-EVAR durante o período de *follow-up* (-13.42%, IQR [1.18-36.02] - el-EVAR vs. -28.1% IQR [3.79-52.51] r-EVAR, P=.018), principalmente no primeiro ano após EVAR (-11.86%, IQR [0-27.08] vs. -25% IQR [12.47-37.50], P<.001). A incidência de endoleak tipo I/III (11% el-EVAR vs 12 % r-EVAR, p=0.829) e tipo II (18,7% vs 19.2%; el-EVAR vs r-EVAR, P=.925) foi idêntica entre grupos.

CONCLUSÃO

Pacientes submetidos a r-EVAR que sobrevivem ao período pós-operatório apresentam risco de complicações e sobrevida semelhantes aos doentes tratados eletivamente. A diminuição do saco aneurismático revela-se mais pronunciada após r-EVAR, podendo a falta de integridade da parede contribuir para uma mais rápida despressurização do saco aneurismático.

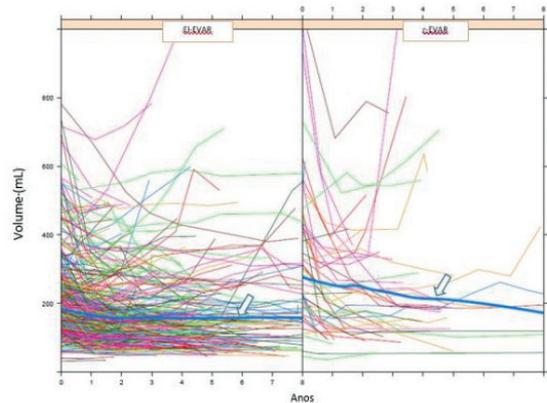


Figura 2. Spaghetti-Plot das Curvas de Regressão Representativa da variação de Volume entre el-EVAR e r-EVAR (seta).

PAVING AND CRACKING STRATEGY IN HEAVILY CALCIFIED FEMOROPLOPLITEAL LESIONS

Marina Dias-Neto¹, Manuela Matschuck², Andrej Schmidt²

1. Centro Hospitalar de São João / 2. Interventionelle Angiologie – Universitätsklinikum Leipzig

INTRODUCTION

To analyze the outcome following paving and cracking strategy in calcified femoropopliteal artery lesions.

METHODS

This is a single-center retrospective and prospective observational study of consecutive patients submitted to femoropopliteal paving and cracking technique due to infrainguinal peripheral artery disease from September 2011 to February 2017.

RESULTS

Sixty-seven-limbs were included. Mean age was 71.4 years and 80.6% were male. Most lesions were TASC D (77.6%) or TASC C (16.4%) with median lesion length of 30cm (interquartile range of 19cm). Total or segmental occlusions were present in 92.4%. The highest degree of Peripheral Arterial Calcium Scoring System was present in 62.5%. Patients were followed for a median of 14 months. Primary patency at 6 months and 12 months were, respectively, 85.4% (standard error, SE of 5.6%) and 78.6% (SE 6.9%) and secondary patency 94.46% (SE 3.7%) and 91.0% (SE 5.0%); freedom from target lesion revascularization at 6 and 12 months were 93.3% (3.7%) and 85.3% (6.4%); freedom from major amputation was 100% at 6 months and 96.6% (SE 3.4%) at 12 months (Figure 5) and global survival was 93.1% (SE 3.9%) and 89.5% (SE 5.1%).

CONCLUSION

This paper adds a new strategy to deal with heavily calcified femoro-popliteal lesions. Patients from this series present very long and extremely calcified lesions, nevertheless, recanalization could be achieved with high immediate success and safety and durable results were obtained at 12 months.

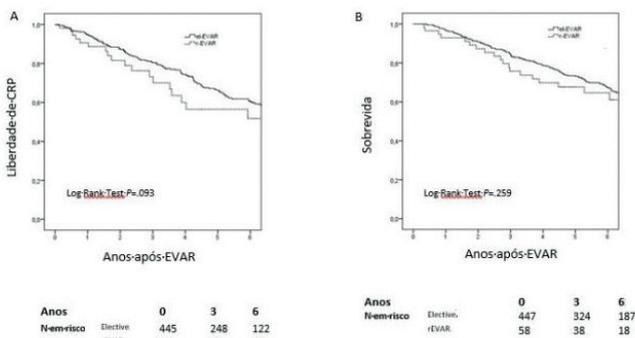


Figura 1. Estimativas Kaplan-Meier para liberdade de Complicações-Relacionadas com o Procedimento (CRP) (A) e Sobrevida entre el-EVAR and r-EVAR (B).

UTILIDADE DO ANGIO-TC DE CONTROLO AOS 12 MESES PÓS-EVAR, EM DOENTES COM COLO AÓRTICO FAVORÁVEL E SEM ENDOLEAK PÓS-OPERATÓRIO PRECOCE

Joel Sousa, João Rocha-Neves, Marina Neto, Tiago Soares, José Teixeira, Armando Mansilha

Hospital de S. João, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

Vigilância imagiológica periódica é essencial à deteção precoce de complicações pós-EVAR. O angio-TC (CTA) permanece o método de imagem mais utilizado, apesar dos efeitos adversos conhecidos da exposição recorrente à radiação.

Embora protocolos estandardizados de *follow-up* tenham sido desenvolvidos, o risco de eventos adversos varia de acordo com as características anatómicas de base. Como tal, a modalidade de vigilância poderá adaptar-se aos fatores de risco pré e pós-operatórios, reduzindo assim custos e efeitos adversos. Na nossa instituição, o *follow-up* segue as guidelines da SVS.

Este trabalho pretende avaliar a utilidade da reavaliação por angio-TC aos 12 meses, em doentes com boa anatomia do colo aórtico e sem *endoleaks* precoces.

MATERIAIS/MÉTODOS

Doentes com AAA infra-renal isolado, tratado por EVAR, com pelo menos 2 CTA pós-operatórios (1º e 12º meses) e sem *endoleaks* intra-operatórios, foram incluídos. Anatomia pré-operatória do colo e *endoleaks* pós-operatórios foram avaliados. Colos cónicos, curtos (<15mm) ou angulados (>60º) foram definidos como hostis. Patência da artéria mesentérica inferior e lombares foram também avaliadas.

Doentes com *endoleak* no 1º CTA (E1º) foram incluídos num Grupo *Endoleak* (GE1º) e comparados com os restantes. Doentes com E1º e colo hostil foram incluídos num Grupo de Risco (GR) e comparados com os restantes (Grupo baixo risco, GbR). Como endpoints primários consideraram-se o crescimento significativo do saco (CSS) (>5mm) e taxa de re-intervenção.

RESULTADOS

Noventa doentes tratados por EVAR foram analisados retrospectivamente (94,4% homens; idade média 73,27). *Follow-up* médio foi de 30 meses [12-107]. 22 doentes (24,4%) morreram durante o *follow-up*, com uma morte relacionada com aneurisma. A taxa de *endoleak* foi de 28,9%, com 88,5% destes diagnosticados no controlo ao 1º mês. Em apenas 3 casos, *endoleaks* tardios foram identificados (2 tipo 1a; 1 tipo 2).

Análise univariada demonstrou que E1º está associado a maior taxa de CSS ($p=0,000$) e re-intervenção ($p=0,017$). Colo hostil também está associado a maior taxa de re-intervenção ($p=0,022$), mas não de CSS ou E1º.

Com base nisto, pacientes com E1º foram então analisados independentemente (GE1º, $n=23$) e comparados com os restantes ($n=67$). Verificou-se que 64,3% dos CSS (9/14) ($p=0,000$) e 66,7% das re-intervenções (4/6) ($p=0,017$) ocorreram no primeiro grupo.

Uma vez que colo hostil e E1º estão independentemente associados à taxa de re-intervenção, pacientes com colo hostil e/ou E1º foram depois selecionados e incluídos num grupo de risco (GR, $n=41$), e comparados com os restantes (GbR, $n=49$). Todas as re-intervenções (6/6) e 85,9% dos CSS (12/14) foram identificados neste grupo.

No GbR, por seu lado, não foram reportadas re-intervenções ou mortes relacionadas com aneurisma para o período de *follow-up* considerado. Dois casos de CSS foram identificados, contudo sem *endoleak* nem migração de prótese associados, e como tal passíveis de avaliação por ultrassonografia. Um caso de *endoleak* tardio (tipo 2, 4º CTA) foi também identificado, embora sem CSS para o *follow-up* atual.

CONCLUSÃO

Pacientes com boa anatomia pré-operatória do colo e sem *endoleak* no 1º CTA não apresentam re-intervenções, *endoleaks* tipo 1 ou 3 tardios ou mortes relacionadas com aneurisma para o *follow-up* considerado.

A reavaliação sistemática deste grupo específico de doentes por CTA aos 12 meses parece assim desnecessária, podendo a sua substituição por outro método de imagem ser equacionada.

OVERVIEW OF EVIDENCE ON EMERGENCY CAROTID STENTING IN ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO TANDEM OCCLUSIONS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Andreia Coelho¹, Miguel Lobo¹, Ricardo Gouveia¹, Jacinta Campos¹, Rita Augusto¹, Nuno Coelho¹, Ana Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Alexandra Canedo¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho / 2. Hospital Sagrada Esperança, Luanda, Angola

INTRODUCTION

The combination of cervical internal carotid artery (ICA) occlusion with synchronous intracranial thrombus represents 10–20% of all acute ischemic strokes (AIS), and such tandem occlusions are strongly associated with poor outcome.

Endovascular intracranial thrombectomy (IT) has established itself as the standard of care in treating large-vessel anterior circulation AIS. In patients with concomitant ICA occlusion distal access is hampered and controversy about simultaneous emergency ICA stenting ensues.

The purpose of this review was to evaluate the feasibility and safety of emergency ICA stent placement in combination with IT for AIS with tandem occlusions. To our knowledge this is the first meta-analysis to evaluate emergency ICA stenting in tandem occlusions, combining results from studies with a control group (IT with no simultaneous emergency stenting).

METHODS

A systematic review and meta-analysis was conducted according to the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement.

RESULTS

A total of 554 potentially relevant articles were initially selected. After reviewing the records at title or abstract level, 56 articles were read in full and 22 were judged eligible for inclusion. The 22 studies recruited 977 patients, 244 submitted to IT with no emergency ICA stenting and 733 submitted to IT and emergency ICA stenting.

Successful revascularization (TICI \geq 2b) was achieved in 48.6–100% of patients. Good outcome (mRS \leq 2) ranged from 18.2–100%. Symptomatic intracranial haemorrhage (sICH) ranged from 0–35.7%. Mortality at 90 days ranged from 0–45.4%. Time to recanalization was significantly superior in the stenting group with an overall odds ratio 1.76 (95% Confidence Interval: 1.59–1.93), but no difference in other outcomes was found.

DISCUSSION

In this meta-analysis time to recanalization was significantly superior in the emergency ICA stenting group, and increased time to recanalization of large-vessel anterior circulation is associated with worse outcome.

There was no benefit from emergency stenting in parameters such as successful revascularization (TICI \geq 2b), clinical outcome (mRS \leq 2) or 90-day mortality.

One of the major concerns of ICA emergent stenting is the risk of sICH, which



may be associated with the mandatory dual-antiplatelet medication or with the subsequent hyperperfusion syndrome. Data on sICH is scarce despite potential hazardous consequences.

Emergency stenting in this situation appears to increase time to revascularization and increase the risk of complications with no demonstrated clinical benefit.

Data on endovascular treatment for tandem occlusions is scarce, and no prospective, randomized controlled trials demonstrating relative efficacy and safety of concomitant ICA stenting has been published to date.

ÍNDICE DE FRAGILIDADE MODIFICADO COMO PREDITOR DA MORBI-MORTALIDADE EM DOENTES COM AAA E DOENÇA CEREBRO VASCULAR EXTRACRANEANA

Joana Catarino, Frederico Bastos Gonçalves, Gonçalo Alves, Rodolfo Abreu, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira

Hospital Santa Marta

INTRODUÇÃO

O conceito de fragilidade diz respeito a um declínio dos variados sistemas fisiológicos cumulativo com a idade e, segundo diversos estudos, encontra-se relacionado com maior morbimortalidade em doentes cirúrgicos. Apesar da evidência desta relação não existe uma definição standard que estabeleça objetivamente a fragilidade de cada doente no pré-operatório. Neste sentido, foi desenvolvido o índice de fragilidade modificado (mFI), calculado através de 11 critérios objetivos (Anexo) em doentes com >65 anos que, em diversos estudos, mostrou relação com aumento da mortalidade e complicações grau IV em doentes com AAA, DAOP e doença cerebro vascular extracraniana.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes do serviço submetidos a correção de AAA e tratamento de doença cerebro vascular extracraniana (DCVEC), no ano 2015. Para a associação entre variáveis categóricas foi utilizado o Fisher's Exact Test. Os dados foram tratados no STATA 14.2.

Em cada grupo (AAA e DCVEC) foram criados dois sub-grupos ($6 < mFI < 6$) e, determinado se um $mFI > 6$ correspondia a uma diferença com significado estatístico nos diferentes out-comes avaliados, nomeadamente mortalidade 30 dias, mortalidade 1 ano e complicações grau IV Clavien-Dindo.

RESULTADOS

No grupo de doentes com AAA, a média de idades foi de 73.55 anos, com desvio padrão 6.9. Num total de 65 doentes, a maioria 89.23% (n=58) receberam tratamento endovascular. Onze doentes tiveram $mFI > 6$ (16.92%), sendo a presença de HTA a co-morbilidade mais frequente (83.08%, n=54). A mortalidade aos 30 dias foi de 4.62%, a mortalidade a 1 ano de 13.85% e a taxa de complicações grau IV foi de 13.85% (n=9). Verificou-se correlação entre $mFI > 6$ e mortalidade a 1 ano ($p < 0.001$) assim como complicações grau IV ($p < 0.001$), mantendo-se a significância estatística nos doentes submetido a tratamento endovascular ($p < 0.001$ e $p = 0.004$, respectivamente). Não se verificou correlação estatisticamente significativa entre $mFI > 6$ e mortalidade aos 30 dias ($p = 0.432$), provavelmente devido á reduzida dimensão amostral.

No grupo com DCVEC, a média de idades foi de 72.2 anos, com desvio padrão 5.43. Num total de 46 doentes, 6 receberam tratamento endovascular (13.04%). Dois doentes apresentaram $mFI > 6$ (4.35%), sendo a HTA a co-morbilidade mais frequente (89.13%, n=41). Não houve nenhum caso de mortalidade aos 30 dias. A mortalidade a 1 ano foi de 4.35% (todos os casos em doentes que receberam

tratamento via clássica). A taxa de complicações grau IV foi de 2.17% (n=1). Verificou-se correlação entre $mFI > 6$ e mortalidade a 1 ano ($p = 0.001$) não se verificando significância estatística entre $mFI > 6$ e complicações grau IV ($p = 0.95$).

CONCLUSÕES

Nos doentes submetidos a tratamento de AAA, um $mFI > 6$ está associado a maior mortalidade a 1 ano e complicações grau IV. No grupo de doentes com DCVEC houve um menor número de doentes com $mFI > 6$ e menor mortalidade a 1 ano, provavelmente por serem doentes com menor número de co-morbilidades. Contudo, $mFI > 6$ mantém-se associado a aumento da mortalidade a 1 ano. O mFI poderá ser um instrumento útil e de fácil utilização, para avaliação do risco pré-operatório de cada doente, no sentido de melhorar os respectivos out-comes.

ANEXO

- Índice de fragilidade modificado -

História de HTA
Alterações sensoriais
História de AIT
História de AVC com déficeit neurológico
História de DAOP
História prévia de cirurgia cardíaca, cateterismo cardíaco ou angina
História de EAM
História de ICC
História de DPOC ou pneumonia
História de DM
Doente parcialmente ou totalmente dependente

EFICÁCIA E SEGURANÇA DO RIVAROXABA NO APÓS REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MEMBRO INFERIOR

Vitor Ferreira¹, Cristiana Freixo², Joana Martins¹, Duarte Rego¹, João Gonçalves¹, Gabriela Teixeira¹, Inês Antunes¹, Carlos Veiga¹, Daniel Mendes¹, Rui Almeida¹

1. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto / 2. Laboratório de Farmacologia Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO

A patência da revascularização cirúrgica do membro inferior depende de vários factores: indicação cirúrgica, conduto, artéria dadora e receptora. Antiagregantes e anticoagulantes têm sido estudados para melhorar a taxa de patência principalmente em pontagens com factores de risco para trombose precoce. Nos doentes a quem se opte por iniciar hipocoagulação a escolha tem sido um antagonista da vitamina K. Os novos anticoagulantes orais, dado as suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas, apresentam potenciais benefícios nas indicações aprovadas (maior comodidade para o doente, efeito hipocoagulante mais regular, dispensam a vigilância regular, e baixa interação com fármacos e alimentos). Com a introdução do rivaroxabano, a utilização deste como alternativa aos antagonistas da vitamina K foi gradual, apesar de não haver estudos comparativos de segurança e eficácia.

OBJECTIVO

Avaliar a eficácia (oclusão de pontagem e amputação major) e a segurança (hemorragia major e morte) do rivaroxabano como adjuvante da patência na revascularização do membro inferior comparativamente ao acenocumarol.

MATERIAL E MÉTODOS

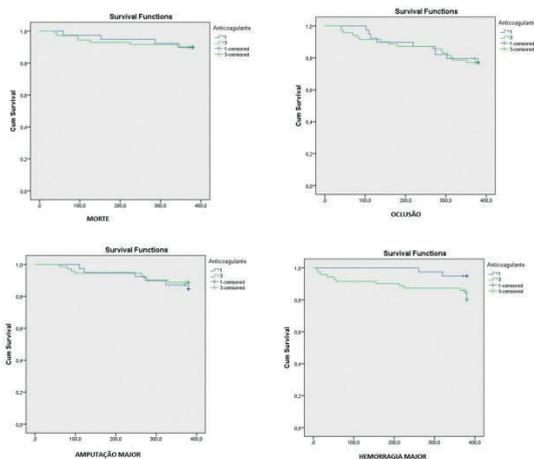
Procedeu-se à avaliação retrospectiva dos doentes submetidos a pontagem do membro inferior que foram medicados com hipocoagulação com acenocumarol ou rivaroxabano após alta hospitalar. Foram incluídos todos os doentes consecutivos tratados no período entre 01/2014 a 03/2016. Foram excluídos da análise doentes já previamente hipocoagulados e doentes com insuficiência renal em hemodiálise. Assim foram incluídos 110 doentes (87% do sexo masculino), com idade média 64,7 anos. A indicação mais frequente foi a DAP (73,6% por Leriche-Fontaine IV, 11,8% grau III e 7,3% grau II), 4,5% dos doentes por isquemia aguda e 2,7% por aneurisma periférico. Após alta hospitalar 39(35,5%) doentes foram medicados com rivaroxabano e 71(64,5%) doentes foram medicados com acenocumarol.

RESULTADOS

Com 1 ano de seguimento os doentes medicados com acenocumarol ou rivaroxabano apresentaram taxas de amputação (15,4%vs.11,3%, $p=0,56$), oclusão de pontagem (23,1%vs.22,5%, $p=0,979$), e mortalidade (10,3%vs.9,9%, $p=0,947$) sobreponíveis. A hemorragia major ocorreu em 5,1% dos doentes medicados com rivaroxabano e em 19,7% dos doentes sob acenocumarol ($p=0,038$).

CONCLUSÃO

O rivaroxabano apresenta eficácia sobreponível ao acenocumarol com taxa de amputação major e oclusão de pontagem sobreponíveis mas com melhor perfil de segurança devido a uma incidência significativamente menor de hemorragia major (5,1%vs.19,7%, $p=0,038$). No entanto a mortalidade a um ano é sobreponível. É fundamental o estudo com follow up mais prolongado de forma a avaliar as complicações tardia da hipocoagulação crónica. Este estudo representa a primeira avaliação publicada da utilização dos novos anticoagulantes após cirurgia de revascularização arterial do membro inferior.

**SÍNDROME PÓS-IMPLANTE NO EVAR**

Rita Soares Ferreira, Frederico Bastos Gonçalves, Rodolfo Abreu, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta, CHLC

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

O Síndrome pós-implante (SPI) caracteriza-se por febre, sintomas semelhantes aos gripais, leucocitose e elevação da PCR no pós-operatório de EVAR. Os autores têm como objectivo estimar a incidência de SPI pós-EVAR na sua instituição, identificar factores de risco e determinar a associação a eventos clínicos.

MATERIAIS/MÉTODOS

Foi desenhado um estudo retrospectivo num centro terciário. Todos os doentes submetidos a EVAR entre Julho de 2014 e Dezembro de 2016 foram incluídos. Os dados foram colhidos através da consulta dos processos electrónicos hospitalares, nomeadamente leucograma, PCR e temperatura corporal.

O endpoint primário avaliado foi a incidência de SPI, definido como febre $>38^{\circ}$ e doseamento de PCR $>75\text{mg/L}$. Foi avaliada a associação com características demográficas e do procedimento, tempo de internamento e eventos clínicos (morte ou complicações major) perioperatórias.

RESULTADOS

Foram identificados 205 doentes neste período. Após análise dos processos, foram excluídos 25 doentes por terem sido utilizadas endopróteses ramificadas ou fenestradas, 11 doentes por terem sido submetidos a EVAS, 17 doentes pela indicação para o EVAR não ser um aneurisma primário e 46 doentes pela cirurgia ser realizada em contexto de urgência. Nos 106 doentes restantes, a incidência de SPI foi de 19% ($n=20$). Foi encontrada uma relação estatística significativa em relação ao tabagismo ($p=0,005$), DPOC ($p=0,005$) e terapêutica com estatina ($p=0,031$). Após construção de um modelo de regressão logística multivariável, corrigindo para tabagismo e terapêutica com estatina, verificou-se que o primeiro é um importante factor de risco (OR 7,26; $p=0,03$) e a terapêutica com estatina um factor protector (OR=0,341; $p=0,049$). Relativamente a características do procedimento, abordagem percutânea, quantidade de contraste, complicações intra-operatórias e necessidade de procedimentos acessórios, não se verificaram diferenças.

Foi encontrada uma diferença significativa entre grupos no que respeita ao tempo de internamento, sendo a mediana de 5 dias no grupo sem SPI e 7 dias no grupo com SPI ($p=0,034$).

Não foram encontradas diferenças relativamente a eventos cardiovasculares, complicações ou morte nos 30 dias pós-operatório.

CONCLUSÃO

A incidência de SPI foi de 19% e está de acordo com o descrito na literatura. Os resultados sugerem que o tabagismo constitui um factor de risco. Verificou-se ainda um aumento de tempo de internamento em 2 dias nos casos de SPI. A terapêutica com estatina na altura da operação é um factor modificável e que se revelou protector em relação à incidência de SPI, reforçando o benefício desta terapêutica no período perioperatório de doentes com AAA.

Sessão Melhor Poster SPACV**P01 – FIBROSE RETROPERITONEAL SECUNDÁRIA À IMPLANTAÇÃO DE STENTS AORTOILÍACOS: RELATO DE 2 CASOS CLÍNICOS**

Daniel Mendes¹, Rui Machado², Duarte Rego¹, Vitor Ferreira¹, João Gonçalves¹, Gabriela Teixeira¹, Inês Antunes¹, Carlos Veiga¹, Rui Almeida¹

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto / 2. Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A fibrose retroperitoneal (FR) é uma doença rara, caracterizada por inflamação e fibrose na periferia da aorta abdominal com disseminação ao longo do espaço retroperitoneal, invadindo as estruturas contíguas. Em cerca de 2/3 dos casos esta condição é idiopática apresentando uma causa secundária nos restantes.



A idade média ao diagnóstico situa-se entre a 6ª e a 7ª décadas de vida sendo a incidência no sexo masculino cerca de 3 vezes superior ao sexo feminino.

As causas secundárias de FR podem estar relacionadas com um largo espectro de fatores. Mais frequentemente as formas secundárias estão associadas a fármacos e neoplasias no entanto muitas outras situações podem levar ao desenvolvimento da doença. Foi já demonstrada a associação à presença do alelo HLA-DRB*03 sendo este também encontrado em várias doenças autoimunes.

Apresentamos 2 casos de fibrose retroperitoneal que se desenvolveu após a colocação de stents aortoiliacos arteriais.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva do processo clínico eletrónico de dois casos clínicos de fibrose retroperitoneal que se desenvolveu após a colocação de stents aortoiliacos.

RESULTADOS

Caso clínico 1 – Homem de 52 anos fumador pesado, com antecedentes de doença cardíaca isquémica e diabetes mellitus tipo 2, referenciado à consulta de cirurgia vascular por arteriopatía periférica grau IIb. Após caracterização angiográfica da doença foi submetido a angioplastia com colocação de stent na artéria ilíaca comum (AIC) esquerda, com marcada melhoria da sintomatologia. Cerca de 3 anos após o tratamento doente inicia queixas de dor lombar incapacitante. Realizou angio-TC abdomino-pélvica tendo sido observada densificação periaórtica infrarenal a estender-se para as AICs sugestiva de fibrose retroperitoneal. Realizou tratamento com corticoide durante 6 meses com desaparecimento total da sintomatologia.

Caso clínico 2 – Homem de 67 anos com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e manifestações ateroscleróticas no território coronário, carotídeo e periférico, submetido a colocação de dois stentgrafts nas AICs por arteriopatía periférica grau IIb, com resolução da sintomatologia. 4 meses após o tratamento inicia dor lombar incapacitante com irradiação para o membro inferior direito. Foi realizada angio-TC toraco-abdomino-pélvica tendo sido observado espessamento circunferencial das paredes da aorta terminal. Efetuou corticoterapia durante 5 meses com resolução sintomatológica.

CONCLUSÃO

A fibrose retroperitoneal é uma entidade que tem merecido forte atenção médica nos últimos anos. Embora a sua forma idiopática seja a mais comum, pode ser secundária a um vasto leque de condições clínicas. Sabe-se muito pouco acerca da possibilidade desta condição poder estar associada à utilização de dispositivos endovasculares aortoiliacos. Na literatura existem apenas um relato de caso em que a fibrose retroperitoneal foi secundária à colocação de "kissing stent".

Aqui apresentamos 2 casos de fibrose retroperitoneal que se desenvolveu após a colocação de stents arteriais. Em ambos os casos a inflamação periaortica envolve o segmento tratado e estende-se proximalmente o que sugere que o stent pode funcionar como um "trigger" num indivíduo suscetível. De igual modo, nos dois casos o tratamento utilizado foi idêntico à forma idiopática da FR (corticoterapia) sem remoção dos dispositivos, com resolução completa das manifestações clínicas.

PO2 – TEVAR POR UPA COMPLICADA POR PSEUDOANEURISMA TARDIO

Andre Marinho, Carolina Mendes, Luís Antunes, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves

CHUC

INTRODUÇÃO

A patologia da aorta torácica contribui significativamente para a alta mortalidade da doença cardiovascular. Recentemente, estudos radiológicos de alta resolução têm fornecido perspectivas interessantes relativas à sua etiopatogenia e permitiram a identificação de diferentes entidades subjacentes à síndrome aórtica aguda (SAA), nomeadamente disseção aórtica clássica, hematoma intramural (HIM), úlcera penetrante da aorta (UPA) ou secção iatrogénica/traumática da aorta.

CASO CLÍNICO

Este trabalho tem como objetivo descrever o caso de um doente de 51A admitido na sala de emergência por quadro típico de dor torácica intensa, aguda, com irradiação dorsal e HTA associada.

Antecedentes de HTA não controlada, tabagismo, dislipidemia e obesidade.

Angio-TC revela UPA a nível da aorta torácica descendente, com espessamento parietal associado (compatível com HIM), que se inicia distalmente à artéria subclávia esquerda e termina pré bifurcação aórtica.

Internado em unidade de cuidados intermédios para terapêutica médica e vigilância. Angio-TC às 72 horas sobreponível, portanto, alta ao 5º dia de internamento assintomático. Aos 6M angio-TC revela regressão do HIM, contudo progressão da UPA com aparecimento de pseudoaneurisma. Portanto, decidido avançar para TEVAR (Gore TAG® 34x100mm). Alta ao 2º dia pós-operatório assintomático, com angio-TC de controlo, com aparente exclusão da lesão sem *endoleaks*.

UPA

Descrita inicialmente por Shennan em 1934, a UPA, responsável por 2.3-7.6% dos SAA, resulta, habitualmente, duma erosão da placa ateromatosa que permite a entrada de sangue na parede arterial, contudo, pode também ocorrer por disrupções da íntima (doentes mais jovens).

Imagiológicamente, surge como pequena erosão com deslocamento luminal da íntima calcificada pelo hematoma associado.

Pode ser complicada por HIM, formação de pseudoaneurisma, progressão para disseção aórtica ou rutura. De acordo com as orientações recentemente publicadas pela ESVS, doentes com HIM ou UPA não complicados devem ser submetidos a um plano de vigilância rigoroso. Relativamente à UPA, a ESVS sugere o tratamento de doentes complicados ou sintomáticos sem resposta ao tratamento médico, ou, ainda, caso a úlcera tenha diâmetro superior a 20mm ou 10mm de profundidade.

CONCLUSÃO

É de realçar que a evolução e conseqüente história natural destas patologias permanece por esclarecer. Este caso clínico reforça o entendimento do HIM, UPA e disseção aórtica como fases diferentes da mesma doença. A presença de múltiplos fatores de risco ateroscleróticos e disrupção da íntima com lesão contrastada a insinuar-se na parede aórtica sugerem a presença de UPA, contudo, concomitantemente, a ausência de placas ateroscleróticas, a idade do doente e a presença de espessamento parietal ao longo da aorta, são compatíveis com HIM.

Neste caso verificou-se progressão da doença com aparecimento de pseudoaneurisma, apesar de regressão do HIM, como tal, avançou-se para tratamento cirúrgico. Espera-se que surjam novos dados relativos à fisiopatologia da doença e respetivo tratamento.

PO3 – DESMOPLASTIC FIBROBLASTOMA ENTRAPPING BRACHIAL ARTERY – A RARE CASE REPORT

Nuno Henriques Coelho¹, José Meira¹, Victor Martins¹, Jacinta Campos¹, Andreia Coelho¹, Rita Augusto¹, Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Alexandra Canedo¹

1. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular / 2. Hospital Sagrada Esperança, Angola

BACKGROUND/OBJECTIVES

Desmoplastic fibroblastoma (DF), also known as collagenous fibroma, is a rare benign, slowly progressive fibrous soft tissue tumor. It occurs in all ages, predominantly in the upper part of the body. We report a case of a DF entrapping the brachial artery, causing compression of both venous and neurological adjacent structures.

METHODS

A 42-year-old woman, whose job involves repetitive left arm flexion and extension, presented with pain with exertion, paresthesia and a history of recurrent idiopathic left arm venous thrombosis involving basilic and axillary veins. On physical examination, left arm edema and venous superficial collateralization were marked. Brachial and distal pulses were palpable and Doppler signs were unaffected at rest, however they exhibit a drop after exercise. A well circumscribed and mobile mass, with firm consistency, was palpable in the medial aspect of left arm. Radiological findings were noteworthy for a heterogeneous, isodense with the muscle, non-vascularized, 50 x 25 mm mass that surrounded brachial artery and caused basilic vein compression. No clear separation between the mass and the arterial wall was noticeable. Due to the symptoms and the physical and radiological findings, we proceeded to the mass excision. Despite the laborious dissection, no clear cleavage plane between the arterial wall and the mass was noticed and en bloc resection with artery reconstruction using great saphenous vein was required. Histopathology analysis showed fibroblastic cells embedded in a hypovascular, densely fibrous stroma with no mitotic figures or necrosis. Immunohistochemistry was negative for SMA and S-100 and positive for vimentin and the final diagnosis was desmoplastic fibroblastoma.

CONCLUSIONS

DF are poorly recognized and may be mistaken for other benign or even malignant spindle-cell soft tissue tumors because of the small number of reported cases. Tumors of this type may often have an infiltrative growth pattern affecting adjacent skeletal muscle or fat tissue. Notwithstanding, this is the first case report of a DF entrapping large vessels.

PO4 – RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM POST-EVAR DUE TO COMBINED TYPE II AND IA ENDOLEAK – AN INVENTIVE SOLUTION TO A THERAPEUTIC CHALLENGE

Andreia Coelho¹, Miguel Lobo¹, Paulo Barreto¹, Ricardo Gouveia¹, Jacinta Campos¹, Rita Augusto¹, Nuno Coelho¹, Ana Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Alexandra Canedo¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho / 2. Hospital Sagrada Esperança, Luanda, Angola

INTRODUCTION

Endovascular aortic repair (EVAR) has significantly altered the therapeutic strategy for abdominal aortic aneurysm (AAA), due to less invasiveness and lower perioperative morbi-mortality. However, specific complications such as type 1 endoleak (T1E) and persistent type 2 endoleak (pT2E) have been associated with adverse outcomes including AAA rupture, which consists a significant therapeutic challenge. We present a case of AAA rupture due to both T1E and pT2E treated in our institution.

METHODS

Consult of clinical records and literature revision was performed.

RESULTS

The patient is a 73-year-old male, with a medical history of arterial hypertension and dyslipidaemia. In 2008 he was submitted to EVAR in another institution for infra-renal AAA with no apparent complications.

He was admitted in the emergency department with abdominal pain and loss of consciousness. A CTA was performed and revealed aneurysmal sac growth, spontaneous hiperdensity of the thrombus, high density in the fat in the right retroperitoneum and a T2E. Intra-operative findings included contained hematoma and after opening the aneurysmal sac, both pT2E and T1E were detected. He was submitted to partial aneurismectomy, suture of the ostia of the lumbar arteries, filling of the aneurysm sac with prothrombotic products and closure of the aneurysm sac with adjustment of the proximal sealing zone, therefore avoiding supra-celiac cross-clamping. The patient developed a pseudomonas aeruginosa pneumonia in the early post-procedure period treated with antibiotics and was discharged 15 days post-procedure with no other complications. CTA performed 1 month after the procedure revealed no endoleak, aneurysmal sac stability filled with prothrombotic products. At 2-year follow-up the patient was asymptomatic and the CTA findings remained unchanged.

DISCUSSION

Rupture post-EVAR is a significant therapeutic challenge for vascular surgeons. Treatment with complete endoprosthesis explantation is associated with elevated morbi-mortality even in elective setting, as supra-celiac cross-clamping is usually necessary and endoprosthesis removal without damaging arterial wall is not straightforward. In this specific case, pre-operative findings of rAAA due to pT2E lead to plan an open surgery with endoaneurismorrhaphy of lumbar arteries. However, intra-operative finding of T1E in the context of AAA rupture and consequent hemodynamic instability, lead to this variant of previously described proximal banding for type 1a endoleak, aiming to regain proximal neck sealing. Endoprosthesis explantation was considered too time-consuming and aggressive in an already unstable patient, so this inventive solution applied. Results at 2-year follow-up were encouraging.

PO5 – TRANSAPICAL ACCESS – A COMPLEMENTARY ACCESS FOR TEVAR IN A STANFORD TYPE A DISSECTION

Inês Antunes, Rui Machado, Carlos Pereira, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Rui de Almeida

Centro Hospitalar do Porto

INTRODUCTION/OBJECTIVES

Type A aortic dissection (AD) usually requires urgent surgical treatment and aortic segment replacement remains the gold standard. However, it is a very aggressive procedure and some patients are considered too frail for this



treatment. Nowadays, endovascular repair represents an alternative treatment but still without precise indications. Our objective is to present a case of hybrid treatment of a type A AD with resource a transapical cardiac access.

MATERIAL/METHODS

Clinical case and literature review.

RESULTS

A 65-year-old man with history of chronic pulmonary obstructive disease, atrial fibrillation and hypertension came to the emergency department with abdominal pain. He underwent angio-CT that revealed type A AD with an PAU in the ascending aorta (AA). After evaluation by cardiac surgery, he was considered too frail for conventional surgery (aortic segment replacement). Angio-CT was repeated after two weeks of medical treatment and revealed false aneurysm growth, with imminent risk of. We thought about endovascular treatment and different options were considered, the final decision was to propose the patient for an hybrid treatment. The procedure was started with a femoro-rigth axilar *bypass* and embolization of the brachyocephalic trunk. Then an endoprosthesis (Valiant®) was delivered below the left subclavian artery. Then two endoprotheses (Viabahn®) were progressed to left carotid and axillar arteries and the second endoprosthesis (Valiant®) was released into the aorta, inside the first, with coverage of the left common carotid and subclavian, and the Viabahn® were released. After multiple attempts, it was not possible to progress the third endoprosthesis to AA because of lack of support and hemodynamic instability whenever the guidewire was progressed for the left ventricle and the procedure was interrupted. Subsequently performed angio-CT revealed permeable AA dissection and untreated false aneurysm. We discussed other options and an anterograde (transapical) approach was considered not to progress the endoprosthesis but to progress a guidewire on through-and-through to achieve the support we need to progress the endoprosthesis. With the support of the cardiac surgery the cardiac apex was punctured and using the through-and-through technique the guide wire was progressed to femoral artery which allowed advancement of the endoprosthesis (Valiant®) through the retrograde pathway and release under rapid-pacing in the AA with good final result.

DISCUSSION/CONCLUSIONS

Endovascular treatment is an alternative in patients of high clinical risk and adequate anatomical characteristics, yet technically challenging. When the retrograde progression of the endoprosthesis is not achieved, the transapical cardiac approach is a minimally invasive alternative to be considered.

P06 – EXPERIÊNCIA INICIAL COM: HERO GRAFT

Gabriela Teixeira, Paulo Almeida, Luís Loureiro, Sérgio Teixeira, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Inês Antunes, Carlos Veiga, Daniel Mendes, A Norton de Matos, Rui Almeida

Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

A obstrução venosa central é uma realidade frequente nos doentes em hemodiálise, normalmente conseqüente ao uso de cateteres venosos centrais. O seu tratamento é difícil, normalmente por técnicas endovasculares, mas nem sempre bem-sucedido em situações de oclusão crónica, excluindo por norma, o uso do membro superior ipsilateral para construção de qualquer acesso de hemodiálise, o que na ausência de outra alternativa, condena o doente ao uso definitivo de CVC e de todas as morbilidades a eles associadas.

As próteses HeRO® (Hemodialysis Reliable Outflow) consistem num acesso híbrido, combinando as vantagens de uma prótese para punção conectado a um cateter venoso central totalmente tunelizado, colocado percutaneamente até à aurícula direita, permitindo assim ultrapassar extra-anatomicamente e/ou intraluminalmente as áreas de oclusão venosa, encontrando-se totalmente tunelizado.

MATERIAL E MÉTODOS

Apresentação de dois casos clínicos e da técnica de colocação de HeRO® Grafts como acesso de hemodiálise, numa instituição hospitalar.

RESULTADOS

Caso Clínico 1 – Mulher, 42 anos, raça negra, hipertensa desde os 17 anos de idade, com etiologia provável de doença renal crónica atribuída a nefrosclerose hipertensiva. História de múltiplas falências de acessos autólogos e heterólogos nos membros superiores e inferiores, em HD por CVC na veia jugular direita. Flebografia pré operatória com estenose do TVBC bilateral. Decide-se por implantar o HeRO Graft na veia subclávia esquerda.

Caso Clínico 2 – Mulher, 56 anos, raça caucasiana, diabética tipo 1, com doença renal crónica secundária a nefropatia diabética. História de múltiplas falências de acessos autólogos e heterólogos nos membros superiores, sem condições arteriais para construção de acesso AV nos membros inferiores, em HD por CVC na veia jugular direita. Flebografia pré-operatória com estenose do TVBC direito e veia subclávia esquerda. Opta-se pela implantação de HeRO Graft na veia subclávia esquerda

Técnica cirúrgica: Punção guiada por roadmap da veia subclávia esquerda. Passagem de fio guia sobre catéter até VCI. Abordagem cirúrgica do local de punção e dilatação sequencial do local de punção até 20Fr. Introdução do componente venoso (catéter silicone reforçado a nitinol) até aurícula direita. Conexão do componente venoso a prótese PTFE, sua tunelização e anastomose à artéria umeral em latero-terminal.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A colocação das próteses HeRO® é um procedimento híbrido - cirúrgico e endovascular - que pode ser uma útil possibilidade de acesso AV totalmente tunelizado em doentes com exaustão de património venoso e doença venosa central obstrutiva de difícil resolução convencional.

P07 – LACERAÇÃO IATROGÉNICA DO TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO E ARTÉRIA CARÓTIDA COMUM DIREITA – UMA INTERVENÇÃO CLÁSSICA

Joel Sousa, José Pinto, José Almeida Lopes, Joana Ferreira, Paulo Barreto, Daniel Brandão, Armando Mansilha

Hospital CUF Porto

INTRODUÇÃO

Lesões vasculares iatrogénicas são complicações potenciais de qualquer intervenção cirúrgica a nível cervical e com conseqüências dramáticas quando não controladas adequadamente.

Apesar da importância das estruturas vasculares localizadas a este nível, a literatura sobre este tipo de lesões é escassa, facto que reforça a sua raridade. Numa época em que o tratamento endovascular se tornou o método de eleição numa miríade de patologias, um bom domínio da técnica cirúrgica clássica continua a ser essencial para a resolução de quadros deste tipo.

MÉTODOS

Os autores apresentam um case report de uma laceração iatrogénica do tronco braquiocefálico e artéria carótida comum direita durante um procedimento de linfadenectomia cervical, corrigidos com sucesso por via cirúrgica clássica.

RESULTADOS

Sexo feminino, 49 anos de idade, com antecedentes tireoidectomia total e linfadenectomia cervical direita em 2011 por carcinoma papilar da tireoide, e em acompanhamento regular em consulta de Cirurgia Geral. Pelo aparecimento de nódulos cervicais de novo aos 4 anos de *follow-up*, foi submetida a angioTC que confirmou a presença de metastização ganglionar profunda bilateral, e proposta para re-intervenção.

Durante a dissecação cervical direita para excisão de gânglios metastizados, constatou-se hemorragia arterial abundante com origem na bainha carotídea, sem possibilidade de controlo dos eixos vasculares. Por falta de acesso para controlo vascular e identificação do tipo de lesão, procedeu-se a esternotomia do manúbrio esternal e acesso ao mediastino superior. Observou-se laceração do tronco braquiocéfálico e origem da artéria subclávia direita, assim como do segmento proximal da carótida comum ipsilateral. Dissecação, isolamento e controlo vascular foram rapidamente assegurados (Figura 1).

Pela natureza da lesão e atendendo à história de radioterapia e cirurgia prévia, determinou-se que não existiam condições para rafia arterial directa, pelo que houve necessidade de reconstrução dos eixos arteriais lesados. Procedeu-se assim a enxerto de interposição entre o tronco braquiocéfálico e artéria subclávia direita com prótese de PTFE, com realização de nova interposição entre esta e a artéria carótida comum (Figura 2). Findo o procedimento, excisão do tecido ganglionar metastizado foi efectuada.

No pós-operatório a doente apresentou-se clinicamente bem, com pulso radial direito palpável e sem quaisquer défices neurológicos a reportar.

A reavaliação ultrassonográfica ao 1º mês confirmou total integridade dos enxertos, sem evidência de estenoses anastomóticas.

CONCLUSÃO

As lesões vasculares iatrogénicas constituem importantes desafios cirúrgicos, atendendo à sua gravidade, imprevisibilidade e necessidade de intervenção imediata. Nesta era endovascular, o domínio apropriado de técnicas cirúrgicas clássicas mantem-se assim essencial à prática diária de qualquer cirurgião vascular.

PO8 – COLOCAÇÃO INADVERTIDA DE CATETER CENTRAL DE DIÁLISE NA ARTÉRIA SUBCLÁVIA: CASO CLÍNICO

Mariana Moutinho, Luís Silvestre, Miguel Gomes, Luís Mendes Pedro, José Fernandes e Fernandes

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Santa Maria. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

A punção arterial inadvertida na colocação de catéteres de diálise é pouco comum, ocorrendo em 4,2%-9,3% dos casos, e pode ser de difícil o reconhecimento imediato em doentes previamente instáveis e em choque. É uma situação grave que ocorre mais frequentemente na região femoral em relação à subclávia e não existe um tratamento padronizado recomendado. O objetivo desta comunicação é apresentar o método de tratamento utilizado num caso de colocação inadvertida de um cateter de diálise na artéria subclávia.

CASO CLÍNICO

Mulher de 58 anos de idade, com antecedentes de HTA e IRC em hemodiálise, internada no serviço de nefrologia com quadro de choque séptico com ponto de partida em cateter venoso central de diálise (CVCd) colocado na veia femoral esquerda e associado a endocardite. Após início de antibioterapia empírica com vancomicina e gentamicina, o CVCd da veia femoral esquerda foi removido

e tentada a colocação de novo catéter na veia subclávia esquerda. Por suspeita de localização intra-arterial do cateter, realizou uma angioTC que confirmou a presença do CVCd na artéria subclávia esquerda sem extravasamento de contraste ou trombose da mesma. À observação, a doente encontrava-se entubada e ventilada, com pulsos umeral, radial e cubital esquerdos amplos, sem evidência de hematoma, falso aneurisma ou frémio no local da punção. Foi submetida a colocação de um stent coberto autoexpansível Viabhan® na artéria subclávia esquerda, distal à emergência das artérias mamária interna e vertebral (excluindo local da punção do CVCd). O stent coberto foi colocado no local correcto e aberto imediatamente após a remoção do CVCd pelo anestesista, com controle e resolução da hemorragia. Ainda no intraoperatório foi colocado novo CVCd na veia femoral direita. Não ocorreram intercorrências vasculares e posteriormente foi isolado nas hemoculturas um *Enterobacter Cloacae* sensível ao ertapnem. A doente teve alta ao 24º dia com pulsos mantidos no membro superior esquerdo e sem complicações do acesso.

CONCLUSÃO

A remoção e compressão imediata do CVCd quando introduzido no sector arterial pode resultar em hemorragia incontrolável, pseudoaneurisma ou fístula AV, sobretudo se o local de entrada for numa zona de difícil acesso à compressão, como é o caso da artéria subclávia. O posicionamento endovascular de um stent coberto no local da entrada do CVCd e a sua abertura imediatamente após a remoção do mesmo constituiu um aspecto técnico interessante, inovador e cuja divulgação pode ser útil em casos semelhantes.

PO9 – ISCHAEMIA IN THE NEONATE – CASE REPORT

Roger Rodrigues, Gabriel Anacleto, Juliana Varino, Carolina Mendes, André Marinho, Bárbara Pereira, Mário Moreira, Mafalda Correia, Pedro Lima, Óscar Gonçalves

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

INTRODUCTION

Peripheral ischaemia and gangrene in a neonate is rare, with fewer than a hundred cases reported in the literature. Neonatal limb ischaemia present considerable challenges in diagnosis and management. The published literature is limited to case reports and case series and there are no large trials comparing different therapies.

MATERIAL AND METHODS

The authors describe the case of a 4-day newborn transferred to the Pediatric Hospital for a gangrene of the lower limb.

In this case the member was not salvageable. Treatment with Heparin was performed which is usually effective in cases of neonatal limb ischaemia, but in this case the evolution was not favorable. The newborn was treated with supportive therapy while awaiting the delimitation of ischemia.

RESULTS

The diagnosis was late and an amputation of the leg was performed. A multi-disciplinary team of surgeons, paediatricians, occupational therapists, physiotherapists, working together provided the best support network and best treatment for this child.

CONCLUSIONS

Neonatal limb ischaemia is uncommon, but can have devastating consequences on the patient. Successful management is dependent on early recognition and diagnosis of the etiology, rapid and effective clinical assessment and appropriate therapy.



Initial supportive therapy may be appropriate with aggressive interventional treatment reserved for selective cases.

Supportive treatment includes adequate intravenous hydration and antibiotics if infection is suspected.

Minimally invasive therapies which have been used include systemic anticoagulation, systemic or topical vasodilators and hyperbaric oxygen.

Interventional treatment includes thrombolysis using a tissue plasminogen activator which can be catheter directed or systemic, and surgical thrombectomy, particularly if larger vessels such as the abdominal aorta are involved.

Strategies for management are still evolving, and there is only a limited pooled experience available for review in the published literature.

P10 – LIAC BRANCH DEVICE BILATERAL NA CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS AORTO-ILÍACOS

Miguel Lemos Gomes, A. Lopes, G. Sobrinho, K. Ribeiro, L. Silvestre, R. Fernandes, L. Mendes Pedro

Serviço de Cirurgia Vasculár, Hospital de Santa Maria (CHLN), Lisboa

INTRODUÇÃO

Os aneurismas aorto-ilíacos envolvem ambas as artérias ilíacas primitivas em 30% dos casos. O seu tratamento por via endovascular pode ser efectuado com recurso a técnicas de revascularização e de embolização combinadas mas em alguns casos existe vantagem óbvia na preservação das duas artérias hipogástricas. Neste caso, torna-se necessário recorrer à utilização de endopróteses ilíacas ramificadas (iliac branch devices- IBD) bilaterais cuja utilização implica estratégias técnicas próprias e tem sido relatada pouco frequentemente na literatura.

Neste trabalho, os autores descrevem a técnica, discutem as suas particularidades e relatam dois casos clínicos operados recentemente.

CASOS

Os registos dos processos clínicos dos doentes submetidos a este procedimento foram revistos. Eram ambos do sexo masculino, com idades de 70 e 73 anos. Ambos os doentes tinham concomitantemente aneurisma da aorta abdominal infra-renal (diâmetros da aorta de 61mm e 37mm e artérias ilíacas primitivas de 37/38mm e 32/44mm respectivamente). Foi utilizado em ambos os casos acesso femoral bilateral e braquial esquerdo. No primeiro caso ordem das próteses foi EVAR, IBD esquerdo e IBD direito, e no segundo realizou-se primeiro o IBD direito, de seguida o EVAR e por fim o IBD esquerdo. O seguimento médio foi de 3 e 12 meses. O sucesso técnico foi obtido em 100% dos casos. Não ocorreram *endoleaks* ou oclusões de ramo. Não existiram complicações pós-operatórias.

CONCLUSÃO

Os IBD bilaterais podem ser utilizados com segurança em pacientes apropriadamente seleccionados, com excelentes taxas de sucesso técnico e de permeabilidade dos ramos.

Os aspectos técnicos a equacionar em cada caso são as vias de acesso e a ordem de abertura das endopróteses.

Posters Expostos no Congresso

P11 – TÉCNICA DE CHAMINÉ COM TRÊS VASOS, EM COMBINAÇÃO COM EVAS, PARA TRATAMENTO DE ENDOLEAK TIPO 1 A

Joana Catarino, Gonçalo Alves, João Albuquerque e Castro, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Ricardo Correia, Rodolfo Abreu, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO

Após qualquer exclusão endovascular de AAA, a presença de endoleak tipo 1 A é uma complicação que deve ser considerada e, o seu tratamento na maioria das vezes mandatário, no sentido de evitar o excessivo crescimento do saco aneurismático. Quando a anatomia aórtica não permite a utilização de próteses fenestradas ou ramificadas, a técnica da chaminé poderá corresponder a uma solução viável. A utilização desta técnica em simultâneo com o dispositivo Nellix® (Ch-EVAS) tem-se mostrado atrativa, já que apresenta como vantagem teórica a diminuição de endoleak através das goteiras.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 74 anos de idade, submetido a exclusão endovascular de AAA infra-renal com prótese aorto bi-ilíaca apresenta, ao 3º ano de *follow-up*, um endoleak tipo 1 A assintomático, que condicionou o crescimento do saco aneurismático (138mm), não podendo ser resolvido através da introdução de um cuff aórtico proximal dadas as dimensões do colo infra-renal (5mm). Assim, foi planeada uma solução endovascular off-label, consistindo na realização da técnica da chaminé com três vasos (artéria renal esquerda, artéria renal direita e artéria mesentérica superior) em combinação com o sistema EVAS Nellix® (Endologix, Irvinem CA, USA).

Foi feita exposição da artéria umeral esquerda, através da qual foi realizada a cateterização e libertação de um stent expansível por balão em cada artéria visceral (Bentley® InnoMed GmbH; dois 6x38mm, um 7x37mm). O dispositivo Nellix® foi introduzido e libertado através de acesso femoral bilateral. Todos os stents cobertos foram libertados imediatamente abaixo da emergência do tronco celíaco, permitindo criar uma zona de selagem proximal segura de aproximadamente 20mm. O angio TC realizado um mês após a cirurgia mostrou a resolução do endoleak e a normal patência dos três stents viscerais, assim como do tronco celíaco.

CONCLUSÃO

A utilização de Ch-EVAS pode representar uma solução viável na resolução de alguns desafios, tais como a presença de endoleak tipo 1 A na presença de aortas com anatomia complexa. No entanto, o *follow-up* a longo prazo é necessário para determinar a durabilidade e segurança desta alternativa.

P12 – SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO ARTERIAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Mendes, Andre Marinho, Juliana Varino, Luís Antunes, Joana Moreira, Albuquerque Matos, Óscar Gonçalves

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

O síndrome do desfiladeiro torácico com manifestações arteriais é uma condição rara, estando relatada em cerca de 1% de todos os casos descritos na literatura. O diagnóstico é realizado, em muitos casos, após o aparecimento de complicações tromboembólicas inerentes à patologia de base.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores relatam um caso de um jovem, com costela cervical bilateral identificada após episódios de isquemia aguda do membro superior esquerdo.

CASO CLÍNICO/RESULTADOS

Sexo masculino, 30 anos, enviado ao serviço de urgência por dor intensa nos dedos e impotência funcional da mão com horas de evolução. Quando observado, apresentava melhoria do quadro clínico, pulso umeral esquerdo palpável e ausência de pulsos distais, apresentando pulso radial direito palpável e rítmico. História progressiva de dois episódios idênticos, com resolução espontânea. Teve alta, sendo medicado com HBPM em dose terapêutica e nifedipina. Solicitou-se AngioTC torácica e do membro superior esquerdo para esclarecimento etiológico.

Regressa, dois dias depois, por agudização, com ausência de pulso umeral ao exame objectivo, arrefecimento dos dedos da mão e motilidade reduzida. A angiografia revela oclusão da artéria subclávia esquerda logo após a emergência da artéria vertebral, identificando-se também uma costela cervical. Submetido a trombectomia por abordagem umeral, realizada angiografia de controlo com subclávia e umeral patentes.

A radiografia do tórax evidenciou costela cervical incompleta com articulação com a primeira costela bilateralmente.

Alta ao 2º dia pós-operatório. Realizou-se proposta para cirurgia electiva de extracção de costela cervical e primeira costela.

Dois meses após cirurgia, ingressa por novo episódio de isquemia aguda do membro superior esquerdo, com ausência de pulso umeral. Submetido a trombectomia em contexto de urgência, recupera funcionalmente e fica assintomático. Ao 4º dia pós-operatório é submetido electivamente a exérese de costela cervical e primeira costela por via de Roos. Adicionalmente, realizou-se abordagem supraclavicular esquerda para exérese de aneurisma subclávio pós-estenótico com interposição de PTFE em posição termino-terminal na artéria subclávia. Recuperação de pulso umeral esquerdo e alta ao 4º dia pós-operatório. Assintomático ao ano e meio de seguimento.

CONCLUSÃO

A presença de costela cervical é uma condição que afecta menos de 1% da população, e em cerca de 5% dos doentes com síndrome do desfiladeiro torácico. As lesões arteriais estão estritamente associadas à presença de anormalidades ósseas. O tratamento destes doentes deve ser cirúrgico, sendo a cirurgia a efectuar dependente do tipo de lesão arterial que apresente.

P13 – SÍNDROME DE MÁ PERFUSÃO NA DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA TIPO B: 2 CASOS CLÍNICOS

Alice Cabral Lopes, Miguel Lemos Gomes, Gonçalo Sobrinho, Luís Mendes Pedro

Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria

INTRODUÇÃO

A dissecção aguda é uma das patologias aórticas mais catastróficas e, em 25-40% dos casos, a sua apresentação inicial é complicada por má perfusão de um ou mais leitos vasculares viscerais o que muitas vezes põe em risco a sobrevivência do doente. Neste tipo de dissecções agudas complicadas é necessário, dada a sua apresentação muitas vezes subtil e evolução num curto intervalo de tempo, um elevado índice de suspeição diagnóstica para que seja possível realizar atempadamente o tratamento cirúrgico.

MÉTODOS

O objectivo deste trabalho é apresentar dois casos clínicos recentes de síndrome de má perfusão tratados por cirurgia convencional.

RESULTADOS

Dois homens, com 55 e 70 anos, apresentaram-se com lombalgia e dor abdominal, respectivamente, de início súbito. Embora a dor fosse o sintoma dominante, o primeiro doente apresentava associadamente hemotoquémias e o segundo oligoano visceral e doram tratados, com sucesso, e forma urgente apresentava igualmente úria. O tempo de evolução do quadro foi de 18 horas no primeiro caso e de 8 horas no segundo. Ambos realizaram Angio-TC que revelou dissecção aórtica tipo B complicada por síndrome de má perfusão visceral (renal e entérica no primeiro caso e renal no segundo) e foram tratados por cirurgia convencional que incluiu fenestração aórtica e interposição aorto-biílica/bifemoral sendo que no primeiro doente foi também necessária a realização de *bypass* para a artéria mesentérica superior e enterectomia segmentar. Aos 8 e 3 meses de *follow-up*, respectivamente, ambos os doentes permanecem assintomáticos.

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce das complicações associadas às dissecções aórticas é essencial para o sucesso terapêutico. Neste trabalho são apresentados dois casos em que se optou por cirurgia convencional e em ambos verificou-se uma regressão da má perfusão visceral. Os doentes permanecem assintomáticos até à data o que representa mais uma evidência que o tratamento cirúrgico convencional é uma terapêutica válida e com bons resultados para o tratamento deste tipo de patologia.

P14 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO TRAUMA CONTUSO DA AORTA ABDOMINAL – UMA EVOLUÇÃO TARDIA

Mariana Moutinho, Carlos Martins, José Tiago, Emanuel Silva, Luís Silvestre, Luís Mendes Pedro

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Santa Maria. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

O trauma contuso da aorta abdominal (TCAB) é raro, apresentando um mau prognóstico com 24% de mortalidade intra-hospitalar. Têm-se registado mudanças no tratamento desta patologia estando o tratamento endovascular



(usado para patologia degenerativa da aorta) a ser aplicado, ainda que off-label, no tratamento do TCAB. O objetivo deste trabalho é apresentar várias vertentes do tratamento de um caso TCAB.

CASO CLÍNICO

Tratava-se de uma mulher de 26 anos, com história de acidente de viação em 2010, do qual resultou trombose da aorta infra-renal sintomática (ausência de pulsos femorais associada a isquemia grau IV dos membros inferiores). Foi desta forma submetida a colocação de stent expansível por balão Advanta® V12 na aorta infra-renal. Os primeiros 2 anos de *follow-up* decorreram sem intercorrências, com pulsos femorais e distais mantidos. Ao 3º ano de *follow-up* a doente desenvolveu novamente um quadro de isquemia grau IV dos membros inferiores com cianose de dedos e ausência de pulsos femorais. Realizou uma angioTC que revelou trombose intra-stent. Desta forma foi submetida, sob anestesia geral, a interposição de prótese de dacron recta 14 mm em posição aorto-aórtica sobre clampagem supra-renal direita e infra-renal esquerda, bem como à remoção de stent aórtico. O intra e pós operatório imediato decorreram sem intercorrências tendo alta ao 6º dia de pós operatório sem queixas de claudicação, a tolera dieta oral e com pulsos distais mantidos. No *follow-up* às duas semanas, a doente apresentava um quadro de ascite associada a saciedade precoce cuja paracentese diagnóstica foi compatível com ascite quilosa. Cumpriu uma semana de octreotido 100 mcg 8/8h e.v. assim como 4 semanas de dieta hipolipídica e hiperproteica com melhoria franca da sintomatologia. No 4º mês de *follow-up* a doente encontrava-se clinicamente bem, sem queixas, com pulsos distais nos membros inferiores, a tolerar dieta geral e sem ascite.

CONCLUSÃO

Atualmente, o tratamento endovascular parece ser uma alternativa adequada de primeira linha em certos casos de traumatismo aórtico contuso. Contudo, e uma vez que se trata de uma condição rara, a durabilidade dos stents aórticos no trauma ainda não foi bem estabelecida, sobretudo em doentes jovens. Mais estudos da biomecânica e do *follow-up* a médio/longo prazo destes casos devem ser realizados para um melhor esclarecimento do tratamento desta patologia à luz da tecnologia endovascular. Sendo teoricamente mais durável, o tratamento aberto é uma alternativa, apesar de, geralmente, associada a uma maior morbi-mortalidade a curto prazo, como o caso apresentado ilustrou.

P15 – ARTERITE DE TAKAYASU – DESAFIO DIAGNÓSTICO

Inês Antunes, Rui Machado, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Carlos Pereira, Rui de Almeida

Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

A arterite de Takayasu é uma doença inflamatória rara e idiopática, que atinge predominantemente artérias de grande e médio calibre. A inflamação condiciona um espessamento da parede dos vasos afetados o que pode condicionar estenose/oclusão, degeneração aneurismática ou, mais raramente, disseção. O tratamento na fase aguda de arterite é farmacológico para induzir a remissão da doença sendo posteriormente tratadas as lesões arteriais. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de disseção da aorta em doente com arterite de Takayasu tratado na nossa instituição.

MATERIAL/MÉTODOS

Revisão de um caso clínico e da bibliografia disponível.

RESULTADOS

Doente de sexo feminino, com 21 anos. Recorreu ao serviço de urgência por episódios recorrentes de dor torácica, astenia, perda ponderal e dispneia com duas semanas de evolução. Realizou angioTAC que revelou disseção/ulcera penetrante na aorta torácica descendente e ainda oclusão da artéria mesentérica superior, estenose da artéria renal direita e oclusão da artéria renal esquerda. Estes achados em conjunto com o espessamento marcado da parede da aorta na angioTAC levantaram a suspeita clínica de arterite de Takayasu e foi iniciado tratamento com corticoterapia. Ao 4º dia de internamento repetiu angioTAC com estabilidade das lesões e iniciou terapêutica com imunossupressor. Durante o internamento realizou estudo imunológico (sem alterações) e foram excluídas causas infecciosas, tendo-se assumido o diagnóstico de arterite de Takayasu como definitivo. Após 15 dias de terapêutica médica procedeu-se ao tratamento da disseção da aorta através da implantação de endopróteses TAG (Gore®) 26/26/100 com bom resultado final. Apresentou boa evolução clínica durante o internamento tendo tido alta com corticoterapia e imunossupressor.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A arterite de Takayasu é causa rara de disseção aórtica, devendo ser suspeitada na presença de sintomas constitucionais, espessamento da parede da aorta e doença em outras artérias, nomeadamente de médio calibre. A suspeição diagnóstica é fundamental uma vez que o tratamento médico é fundamental na indução da remissão. Neste caso, o tratamento endovascular foi feito passados 15 dias e decorreu sem complicações.

P16 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA AORTA TÓRACO-ABDOMINAL EM DOENTE COM MÚLTIPLAS ARTÉRIAS RENAIS

Rodolfo Abreu, João Monteiro e Castro, Frederico Bastos Gonçalves, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO

O tratamento endovascular de aneurismas da aorta abdominal permite uma redução no número de complicações e menor mortalidade peri-operatórias. A maioria das endopróteses, apresenta pré-requisitos anatómicos que devem ser respeitados de modo a reduzir a incidência de complicações a longo prazo e a necessidade de re-intervenção. Um quarto dos AAA apresenta características anatómicas que impedem o tratamento endovascular através do uso de endopróteses “convencionais”. Nestes doentes, as opções incluem o tratamento conservador, a cirurgia convencional ou a reparação endovascular através do uso de endopróteses fenestradas ou ramificadas.

A avaliação imagiológica pré-operatória permite, entre outras coisas, avaliar a existência de variações anatómicas. A presença de artérias renais suprarenais é a forma mais frequente.

Os autores pretendem reportar um caso clínico onde o doente apresentava um AAA e simultaneamente a presença de uma artéria renal acessória em cada um dos rins.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, com 77 anos. Submetido há 11 anos a interposição aorto-aórtica para reparação de AAA infra-renal. Apresentava-se assintomático mas foi identificado em TC abdomino-pélvico um AAA a nível suprarrenal com diâmetro máximo de 70 mm. Concomitantemente notava-se a presença de duas artérias renais direitas e duas artérias renais esquerdas (das quais a mais superior apresentava estenose ostial de cerca de 50%).

Associadamente o doente apresentava hipertensão arterial, DM 2 e obesidade severa. Após o planeamento optou-se então, por uma prótese Zenith Fenestrated tetramodular, com um total de 5 fenestras e conformação aorto bi-iliaca. É introduzido inicialmente o módulo principal da endoprótese (com 4 fenestras). Após cateterização do TC, AMS, artéria renal direita superior e artéria renal esquerda inferior é aberto completamente o módulo e são colocados os stents cobertos através de cada uma das fenestras para os ramos viscerais acima referidos. Em seguida é colocado o módulo aorto bi-iliaco que apresenta uma fenestra. Após cateterização da artéria renal direita inferior é colocado o stent coberto. Por último é realizada a extensão ilíaca bilateralmente com colocação de uma endoprótese em cada um dos lados.

Na arteriografia final todos os ramos viscerais e as artérias hipogástricas encontravam-se permeáveis não havendo evidência de endoleak. O doente evoluiu favoravelmente, sem intercorrências (nomeadamente agravamento da função renal).

CONCLUSÃO

A evolução do tratamento endovascular ao longo dos últimos 20 anos permitiu criar soluções eficazes para o tratamento da patologia aórtica aneurismática complexa. No caso apresentado, revelou-se uma solução minimamente invasiva para um problema difícil, resultando num tratamento eficaz.

P17 – UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA CHIMNEY-STENT GRAFT NA REPARAÇÃO ENDOVASCULAR DE RUTURA DE FALSO ANEURISMA ANASTOMÓTICO

Ricardo Correia, Rodolfo Abreu, Ana Garcia, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Joana Catarina, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta, CHLC

INTRODUÇÃO

Os falsos aneurismas anastomóticos são complicações tardias raras dos procedimentos de reconstrução aorto-ilíaca. Podem ameaçar a vida do doente pelo risco de rutura associado.

A habitual localização justa-renal da anastomose proximal da interposição ou *bypass* aorto-bifemoral (ABF) dificulta a reparação endovascular em caso de falso aneurisma anastomótico.

A utilização de próteses fenestradas ou ramificadas veio expandir o número de doentes selecionáveis para reparação endovascular de aneurismas aórticos justa-renais. No entanto, a complexidade e morosidade destas intervenções, associadas ao fabrico custom-made das próteses utilizadas, tornam-nas pouco adequadas ao contexto de urgência. A utilização de stents, largamente disponíveis em stock hospitalar, para manter a permeabilidade de colaterais da aorta ao longo da prótese utilizando a técnica de chimney-stent graft, tem permitido aumentar o número de procedimentos de reparação endovascular de aneurismas (EVAR) em contexto de rutura aórtica justa-renal.

CASO CLÍNICO

Trata-se de um doente do sexo masculino de 80 anos, com antecedentes de AVC em 2009 com hemiparesia esquerda sequelar, HTA renovascular, leucemia linfocítica crónica desde 2006, interposição ABF em 2007 por doença aneurismática aorto-bi-ilíaca, com trombose tardia do ramo esquerdo, bem tolerada. Recorreu ao SU de um hospital distrital com um quadro de dor epigástrica intensa de início súbito associado a lipotimia. Apresentava-se hemodinamicamente estável e analiticamente com anemia. Realizou angio-TAC (Fig.1).

Fig.1. Angio-TAC pré-operatória: rutura de falso aneurisma anastomótico proximal (#) pós-interposição ABF (*), com ramo direito permeável (+).

Após transferência para o hospital central de referência para Cirurgia Vascular, mantinha dor abdominal à palpação, com pulso femoral à direita.

Foi submetido a cirurgia urgente:

1. Chimney para a artéria mesentérica superior (AMS) com colocação de stent coberto 8x56mm Lifestream (acesso artéria umeral esquerda);
2. Exclusão de rutura e das artérias renais com prótese aorto-uni-ilíaca (AUI) Endurant II (acesso ramo direito de prótese aorto-bifemoral);
3. Angiografia final: exclusão de falso aneurisma, com tronco celíaco e AMS permeáveis.

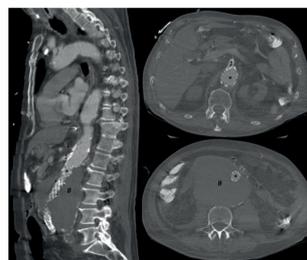
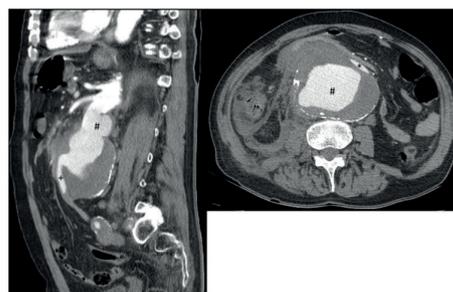
Fig.2. Angio-TAC pós-operatória: exclusão de falso aneurisma (#) com prótese AUI Endurant II (*) e permeabilidade de tronco celíaco (+) e AMS com stent coberto (1).

No pós-operatório apresentou evolução favorável. Encontra-se atualmente internado na UCI, tendo iniciado hemodiálise.

CONCLUSÃO

O caso apresentado constitui o único caso descrito na literatura da utilização da técnica de chimney-stent graft na reparação de rutura de falso aneurisma da anastomose proximal de uma interposição aorto-bifemoral.

A técnica chimney-stent graft é uma alternativa válida off-the-shelf em contexto de urgência em doentes com doença aneurismática da aorta justarenal complicada de rutura.



P18 – ETIOLOGIA INUSITADA DE UMA TUMEFACÇÃO INGUINAL

Catarina Longras¹, Sandrina Braga², Celso Carrilho³, Joana Ferreira³, João Correia Simões³, Eva Campos Pereira⁴, André Magalhães¹, Diana Brito¹, Amílcar Mesquita³

1. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Cirurgia Geral
2. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Unidade de Anatomia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
3. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular
4. Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal – Serviço de Ortopedia



INTRODUÇÃO

A endometriose acomete a região inguinal em apenas 0,3-0,6% dos casos. A história clínica é fundamental para a sua suspeição e a exérese cirúrgica das lesões é o tratamento de eleição. O diagnóstico é feito geralmente pelo exame anátomo-patológico da peça cirúrgica.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 42 anos, sem antecedentes relevantes, com tumefacção inguinal direita com cerca de 1 ano de evolução, associada a episódios de dor coincidentes com os cataménios. Após estudo ecográfico inconclusivo, realizou TC que revelou: "lesão inguinal direita, anterior aos vasos femorais, de limites irregulares e infiltrativos e etiologia não esclarecida". A RM complementou: "... lesão inguinal direita, com sinal heterógeno em T2 e hipersinal em T1, sugerindo conteúdo hemorrágico, achados que corroboram a suspeita clínica de foco de endometriose...". A doente foi submetida a exploração da região inguinal direita, constatando-se foco de endometriose e gânglios reativos aderentes à artéria e veia femorais e VGS; exérese da lesão com preservação das estruturas arteriais e venosas. Identificou-se ainda presença de hérnia femoral corrigida por hernioplastia Tipo Plug Repair. Pós-operatório complicado de linfocelo recidivante, submetido a diversas aspirações, pensos compressivos, várias injeções de agentes esclerosantes (etoxisclerol, etanol a 95%, iodopovidona), sem resolução. Optou-se por re-intervenção com marcação pré-operatória linfática através da injeção de azul patente interdigital, remoção em bloco das estruturas ganglionares, da junção safeno-femoral e cápsula do linfocelo. Sem evidência de recidiva aos 3 meses de seguimento.

DISCUSSÃO

Existem diversas teorias sobre a fisiopatologia da endometriose e vários locais descritos para a sua ocorrência. Apesar de ser rara na região femoral deve ser considerada como diagnóstico diferencial nas tumefacções inguinais, sobretudo em mulheres em idade fértil que referem queixas associadas ao cataménio. A presença de hérnia femoral concomitante explica o trajeto de migração do foco de endometriose da cavidade pélvica para a região femoral. Os exames de imagens auxiliam no seu diagnóstico diferencial, na avaliação da extensão local da lesão, e a RM parece ser o melhor exame.

As disseções extensas da região inguinal apresentam uma elevada morbidade, podendo associar-se a infeções da ferida operatória, linforragias ou linfocelos recidivantes, cuja incidência pode chegar aos 11%. Os linfocelos são geralmente autolimitados, mas de difícil tratamento nos casos recidivantes, existindo diversas abordagens, mas com resultados pouco consistentes. A abordagem cirúrgica com identificação e laqueação dos linfáticos recorrendo à injeção de azul patente pode ser considerada uma boa opção de tratamento.

P19 – PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA HEPÁTICA DIREITA SECUNDÁRIO A COLECISTITE AGUDA

Pedro Lima, Mafalda Correia, Mário Moreira, Bárbara Sousa, Roger Rodrigues, André Marinho, Carolina Mendes, Anabela Gonçalves, Óscar Gonçalves

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

ABSTRACT

Os pseudoaneurismas da artéria hepática são entidades raras, que ocorrem geralmente no contexto de trauma ou iatrogenia, estando, no entanto, descritos casos esporádicos com etiologia inflamatória subjacente.

Os autores propõem-se a apresentar um caso clínico de pseudoaneurisma da artéria hepática direita secundário a colecistite aguda.

Trata-se de um homem com 66 anos, com antecedentes de *bypass* aorto-bifemoral (BABF) e femoro-popliteo, que recorre ao SU por um quadro de dor abdominal intensa e difusa, mais pronunciada no hipocôndrio direito, associada a anemia. A hipótese inicial de diagnóstico terá sido isquemia mesentérica e, na sequência do seu estudo, é objectivado um hemoperitoneu, sem hemorragia activa ou causa identificáveis em AngioTC, e verifica-se um espessamento parietal vesicular com colecções sugestivas de abscessos na sua dependência.

O doente foi internado no Serviço de Cirurgia Geral para vigilância, sob tratamento médico empírico para colecistite aguda e com controlo imagiológico por AngioTC, que foi sobreponível ao primeiro. Teve alta, após período sustentado de estado assintomático, com posterior nova admissão em SU com dor abdominal, e que tendo em conta o internamento anterior, motivou nova realização de AngioTC. Neste momento foi possível identificar um hematoma subcapsular hepático com hemoperitoneu associado, secundário a um pseudoaneurisma da artéria hepática direita. Mantinham-se os achados de abscessos justa-vesiculares. O doente foi submetido a exclusão da lesão por angioplastia com stent por punção femoral direita, e realizou terapêutica médica para o quadro de colecistite aguda com sucesso. Desenvolveu um quadro de isquemia aguda do membro inferior direito no dia seguinte ao procedimento endovascular, associado a trombose de ramo de BABF. Foi submetido a trombectomia do ramo de BABF, com reversão do quadro isquémico. Encontra-se sob *follow-up*, sem queixas.

P20 – EMBOLIZAÇÃO DE FALSO ANEURISMA DE COTO AÓRTICO – ADIAR O INEVITÁVEL?

Tiago Ferreira, Augusto Ministro, Vanda Pinto, Ruy Fernandes e Fernandes, Luís Mendes Pedro, José Fernandes e Fernandes

Clínica Universitária de Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Maria – CHLN; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Centro Académico de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

A fístula aorto-entérica é uma grave complicação da cirurgia aórtica, cujo tratamento passa habitualmente pela laqueação da aorta e revascularização extra-anatómica dos membros inferiores. A rotura do coto aórtico é uma possível consequência tardia desta abordagem, que comporta uma elevada mortalidade e cujo tratamento é dificultado pela presença de um abdómen hostil. O tratamento endovascular apresenta-se como uma hipótese atractiva em situação *life-saving*.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 58 anos com história prévia de interposição aorto-bifemoral por doença oclusiva, que recorreu ao serviço de Urgência por tumefacção não pulsátil na região femoral esquerda. Efetuou Angio-TC que revelou uma colecção em redor do ramo esquerdo da prótese, assim como a presença de ar na vizinhança da anastomose proximal. O doente foi submetido a remoção total da prótese com laqueação da aorta infra-renal e *bypass* axilo-bifemoral. Intra-operatoriamente constatou-se orifício fistuloso na terceira porção do duodeno, que levou à realização de gastrojejunostomia em Y de Roux. O pós-operatório foi complicado de fístula anastomótica, que motivou múltiplas revisões de laparostomia. Teve alta clinicamente bem ao 38º dia de pós-operatório. Após quatro meses foi readmitido por dor abdominal com quatro dias de duração. Na Angio-TC evidenciava um volumoso falso aneurisma do coto aórtico. Dadas as múltiplas cirurgias e sépsis abdominais prévias, uma nova abordagem cirúrgica foi considerada inexequível e a opção recaiu numa estratégia endovascular.

RESULTADOS

A artéria mesentérica superior e as artérias renais foram cateterizadas por via umeral bilateral. Foram colocados dois stents Viabahn® nas artérias renais e um stent Advanta V12® na artéria mesentérica superior (técnica de chimney), após o que se procedeu à oclusão do coto aórtico com coils e um plug Amplatzer®. Durante o internamento nos Cuidados Intensivos foi documentado compromisso grave da função ventricular, assim como oclusão do stent renal direito (sem repercussão na função renal). O doente teve alta ao 46º dia de pós-operatório; contudo foi reinternado três semanas depois por recidiva do falso aneurisma. A situação foi considerada inoperável e o doente veio a falecer.

CONCLUSÕES

A oclusão do coto aórtico em rotura juntamente com a revascularização das artérias viscerais por via endovascular é exequível e pode ser considerada como alternativa transitória no contexto life-saving em doentes sem condições para cirurgia aberta. A baixa sobrevida e a ausência de resultados a médio e longo prazo levantam dúvidas sobre a sua aplicação a título definitivo.

P22 – CERAB NO TRATAMENTO DA DOENÇA OCLUSIVA AORTO-ILÍACA GRAVE – CASO CLÍNICO

Ryan Gouveia e Melo, Mariana Moutinho, Teresa Netta, Mariana Cachita, André Rodrigues, Ruy Fernandes e Fernandes, Luís Mendes Pedro

British Hospital XXI, Lisboa

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

A doença oclusiva aorto-ilíaca é frequentemente causadora de claudicação incapacitante ou contribui para formas mais avançadas de isquemia. Nas lesões complexas (TASC-II C e D) o tratamento cirúrgico aberto ainda tem lugar embora seja cada vez mais substituído por abordagens endovasculares, particularmente em doentes de maior risco. Uma destas técnicas consiste na “reconstrução” da bifurcação aórtica e é denominada de CERAB (Covered Endovascular Reconstruction of Aortic Bifurcation) que tem demonstrado ótimos resultados, competindo desta forma para uma mudança de paradigma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Apresentamos um caso de uma doente com doença aorto-ilíaca grave (TASC-II D) tratada pela técnica de CERAB.

RESULTADOS

Uma mulher de 75 anos foi referenciada por queixas de claudicação intermitente gemelar muito incapacitante para menos de 50 metros.

A doente era fumadora activa e tinha como antecedentes pessoais: HTA; DPOC; cirurgia a quistos hidáticos hepáticos na infância e depressão. Clinicamente apresentava ausência de pulsos femorais e distais bilateralmente, sem lesões tróficas. O estudo por AngioTC demonstrou: placa ateromatosa calcificada na bifurcação aórtica e presença de trombo mural excêntrico, estenose pré-oclusiva da origem da artéria ilíaca comum esquerda e oclusão segmentar da artéria ilíaca comum direita.

Foi submetida a tratamento endovascular por acesso femoral percutâneo bilateral (8F à direita e 7F à esquerda), sob raqui-anestesia, pela técnica de CERAB através da colocação de stents-cobertos expansíveis-por-balão (SCEB) na aorta (Atrium Advanta® V12 12x59mm, seguida de pós-dilatação dos seus 2/3 proximais com balão 14x40mm) e bifurcação ilíaca (Atrium Advanta® V12 8x59 em ambos os ramos por técnica de kissing). O procedimento decorreu sem intercorrências, com excelente controlo angiográfico final.

A doente teve alta no primeiro dia pós-operatório, recuperou pulsos femorais e distais amplos e apresentou resolução da sua claudicação intermitente.

CONCLUSÃO

A utilização de stents-cobertos nas lesões complexas da bifurcação aórtica tem demonstrado vantagens face à utilização de stents-descobertos relativamente a taxas de permeabilidade e prevenção de complicações como rotura. O CERAB, através da utilização de SCEB de PTFE, permite a construção endovascular de uma neobifurcação aórtica que, comparativamente a outras técnicas, é a que melhor permite restaurar a sua conformação anatómica e função dinâmica. Comparativamente à cirurgia aberta, apresenta menor morbi-mortalidade a curto prazo e ausência das complicações a longo prazo relacionadas com a laparotomia. No entanto, visto ser uma técnica recente, as taxas de permeabilidade a longo prazo ainda não são passíveis de avaliação e ainda não existem estudos randomizados que nos permitam comparar claramente com os resultados da cirurgia aberta. O caso apresentado é um exemplo da aplicabilidade deste tratamento, com resultado positivo conforme demonstrado.

P24 – BANANA TECHNIQUE: UMA SOLUÇÃO SIMPLES PARA UMA QUESTÃO COMPLEXA – ANEURISMA ILÍACO METÁCRONO PÓS CIRURGIA ABERTA DE AAA

Rita Augusto¹, Jacinta Campos¹, Andreia Coelho¹, Nuno Coelho¹, Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Daniel Brandão¹, Alexandra Canedo¹

1. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - Portugal /

2. Clínica da Sagrada Esperança - Angola

INTRODUÇÃO

Cerca de 5% dos doentes submetidos a correção aberta de aneurisma da aorta abdominal (AAA), ao fim de 5 anos de seguimento, desenvolve outros aneurismas – a maioria relacionados com a aorta torácica ou a região proximal da aorta abdominal. Neste contexto, os aneurismas ilíacos são menos comuns estando a sua rutura associada a elevada mortalidade.

Reporta-se um caso clínico de um doente submetido a correção endovascular de um aneurisma da artéria ilíaca comum (AIC), 10 anos após uma interposição de enxerto aorto-bifemoral com prótese de Dacron por AAA.

CASO CLÍNICO

Sexo masculino, 82 anos de idade, com antecedentes de AAA infrarrenal, corrigido por interposição de enxerto aorto-bifemoral com prótese de Dacron em 2006. Dez anos após a cirurgia, no AngioTC pedido para rastreio de falsos aneurismas e aneurismas metácronos, foi diagnosticado de novo um aneurisma da AIC direita de 32 mm distal à laqueação efetuada na cirurgia prévia.

Na sequência, foi decidida correção endovascular do aneurisma ilíaco, com preservação da artéria ilíaca interna (AII) direita.

Foi efetuada punção arterial ecoguiada na artéria femoral comum nativa ipsilateral. Após seletivação, foi colocada uma endoprótese Viabahn® 10x50 mm (W. L. Gore & Associates, Flagstaff, Arizona) da artéria ilíaca externa (AIE) para a AII. Por persistência de endoleak tipo 1 após angioplastia com balão, foi decidida a colocação de uma segunda endoprótese Viabahn® 10x50 mm apenas na AIE, com bom resultado imagiológico final – exclusão do aneurisma, sem imagens de *endoleaks*.

O AngioTC efetuado 1 mês após, demonstra correto posicionamento das endopróteses, sem imagens sugestivas de *endoleaks* e diminuição do saco aneurismático ilíaco para 27 mm.



CONCLUSÃO

O presente caso clínico demonstra com sucesso a utilização da técnica endovascular external-to-internal iliac artery endograft implantation no tratamento de um doente com aneurisma ilíaco, no sentido de preservar a AII, evitando potenciais complicações associadas a uma nova cirurgia aberta. Adicionalmente, enfatiza a importância do seguimento e vigilância do doente no pós-operatório de AAA.

P25 – REVASCULARIZAÇÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA A PARTIR DA AORTA ASCENDENTE: CASO CLÍNICO

Rodolfo Abreu, João Monteiro e Castro, Frederico Bastos Gonçalves, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO

A doença arterial oclusiva dos troncos supra-aórticos é, muitas vezes, assintomática. Contudo, alguns doentes podem apresentar sintomatologia decorrente de insuficiência vertebro-basilar ou devido a isquemia nos membros superiores. As opções de tratamento incluem cirurgia aberta – revascularizações transtorácicas e extratorácicas – e intervenções endovasculares. Apesar de as técnicas endovasculares serem uma modalidade de tratamento cada vez mais popular, a não aplicabilidade a todas as situações e a aparente maior probabilidade de complicações a longo prazo limitam o seu uso em alguns doentes. Neste caso clínico, descrevemos o caso clínico de um doente que apresentava simultaneamente oclusão do tronco braquiocefálico e estenose pré-oclusiva ao nível do bulbo carotídeo homolateral.

CASO CLÍNICO

Tratava-se de um doente do sexo masculino, de 56 anos. Clinicamente apresentava episódios de lipotímia relacionada com a realização de esforço físico ao nível do MS direito. Havia já sido submetido a angioplastia ilíaca e *bypass* femoro-femoral. A angio-TAC demonstrou a existência de oclusão do tronco braquiocefálico, de estenose pré-oclusiva ao nível do bulbo carotídeo homolateral e estenose de cerca de 50% da origem da artéria carótida comum esquerda. O ecodoppler arterial evidenciava a inversão de fluxos ao nível da artéria vertebral e zona proximal da artéria subclávia direitas. Optou-se por realizar um *bypass* da aorta ascendente para a bifurcação carotídea com utilização de prótese de Dacron. O procedimento foi realizado sem necessidade de circulação extra-corporal sendo a realização da anastomose proximal possível através da clampagem tangencial da aorta ascendente. Foi realizada concomitantemente endarterectomia do bulbo carotídeo. O doente evoluiu favoravelmente tendo alta hospitalar ao 8º dia pós-operatório. Seis meses após a cirurgia apresentava-se assintomático e o *bypass* estava permeável.

CONCLUSÃO

Apesar da maior complexidade das cirurgias de revascularização transtorácica por comparação com os procedimentos endovasculares ou procedimentos de revascularização extra-anatómicos, estas proporcionam um tratamento muito eficaz no tratamento dos sintomas, com excelente taxa de permeabilidade a longo prazo e com baixa morbidade e mortalidade pós-operatória.

P26 – UMA NOVA INDICAÇÃO PARA AUTOTRANSPLANTE RENAL – FALÊNCIA DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR NO TRATAMENTO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL: A PROPÓSITO DE UM CASO

Carlos Veiga, Rui Machado, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Inês Antunes, Daniel Mendes, Carolina Vaz, Rui Almeida

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

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria renal (AAR) são um achado raro e geralmente acidental. A sua incidência estimada é de 0.1% e em 10% dos casos podem ser bilaterais. A maioria dos doentes são assintomáticos, no entanto até 80% apresentam Hipertensão Arterial (HTA) associada. As principais indicações para tratamento são o diâmetro superior a 2cm e mulheres em idade gestacional. Várias técnicas cirúrgicas abertas e endovasculares estão atualmente disponíveis. A localização e complexidade do aneurisma, assim como o tempo previsto de isquemia renal são fatores preponderantes na escolha da abordagem. Aqui descrevemos um caso de autotransplante renal para reparação ex-vivo de um AAR, numa doente previamente submetida a um procedimento endovascular falhado.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão bibliográfica sobre o tema e dos registos clínicos e imagiológicos do caso apresentado.

CASO CLÍNICO

Mulher de 39 anos, com antecedentes de HTA e diagnóstico de AAR bilateral. Anteriormente havia efetuado tratamento endovascular noutra instituição com embolização com coils de aneurisma renal direito e tentativa não conseguida de tratamento de aneurisma renal esquerdo através da libertação de stent multilayer. Transferida para o nosso serviço para tratamento do aneurisma renal esquerdo. Na TAC visualizava-se aneurisma localizado na bifurcação da artéria renal, apresentando a extremidade do stent livre no saco aneurismático, com diâmetro de 18/13.5mm. Foi realizado autotransplante renal esquerdo, com nefrectomia realizada por via endoscópica, arrefecimento renal com soluto de Wisconsin e tratamento em banca do aneurisma (aneurismectomia e plastia arterial) após remoção do stent intra-arterial. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, sem alterações da função renal à data de alta.

CONCLUSÕES

Na nossa experiência, o autotransplante renal é o tratamento de eleição para aneurismas da artéria renal complexos em que se prevejam tempos de isquemia prolongados na cirurgia in situ, ou em caso de impossibilidade ou falência do tratamento endovascular.

BIBLIOGRAFIA

1. Orion, K. and Abularrage, C. (2013). Renal artery aneurysms: movement toward endovascular repair. *Seminars in Vascular Surgery*, 26(4), pp.226-232.
2. Coleman, D. and Stanley, J. (2015). Renal artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*, 62(3), pp.779-785.
3. Berloco, P., Sandri, G., Guglielmo, N., Lai, Q., Gentile, V. and Rossi, M. (2014). Bilateral ex vivo repair and kidney autotransplantation for complex renal artery aneurysms: A case report and literature review. *International Journal of Urology*, (21), pp.219-221.

P27 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DISSECÇÃO AÓRTICA TIPO B COMPLICADA

Vanda Pinto, Tiago Ferreira, Augusto Ministro, Luís Mendes Pedro, José Fernandes e Fernandes

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar – Hospital de Santa Maria – CHLN

INTRODUÇÃO

A disseção aórtica aguda é o evento catastrófico que mais frequentemente afeta a aorta e, apesar dos avanços na terapêutica médica e cirúrgica, a mortalidade permanece elevada. Na fase aguda, está preconizada terapêutica médica e vigilância para os casos de disseção tipo B (DAB) não complicada, estando a terapêutica cirúrgica (endovascular e aberta) reservada para os casos refratários ao tratamento médico e/ou na presença de complicações (ruptura, síndrome de malperfusão (SMP) e progressão proximal ou distal).

MATERIAL E MÉTODOS

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 45 anos, com antecedentes de hipertensão, dislipidemia e tabagismo ativo. Em Agosto de 2016 recorreu ao S.U. por dor torácica aguda, com irradiação dorsal (interescapular), precipitada por esforço físico. A Angio-TC mostrou DAB com origem ao nível da artéria subclávia esquerda e extensão até à bifurcação aórtica. As artérias mesentérica superior, tronco celíaco e renal direita emergiam do verdadeiro lúmen, que se apresentava permeável, e a artéria renal esquerda do falso lúmen. Dada a ausência de complicações, foi internado no serviço de Cirurgia Vasculiar para vigilância e terapêutica médica. Durante o internamento apresentou hipertensão de difícil controlo (necessidade de 7 anti-hipertensores) e ao 5º dia de internamento, por agravamento da dor e da função renal (creatinina máxima 2,1 mg/dl) realizou nova angio-TC que mostrou compressão do verdadeiro lúmen e atraso na perfusão do rim direito.

RESULTADOS

Ao 8º dia de internamento foi submetido a *bypass* carótido-subclávia esquerdo, seguido de colocação de endoprótese torácica (TEVAR) na zona 2, com o objetivo de cobrir a porta de entrada e alargar o verdadeiro lúmen, melhorando a perfusão visceral. No pós-operatório observou-se a melhoria da perfusão renal direita (creatinina à data da alta 0,8 mg/dl) e da pressão arterial (controlo óptimo com 4 fármacos). A angio-TC de controlo antes da alta mostrou a expansão do verdadeiro lúmen, a trombose parcial do falso lúmen e perfusão adequada das artérias viscerais e renais.

CONCLUSÕES

O TEVAR tem demonstrado bons resultados no tratamento da SMP na DAB com desvio do fluxo para o verdadeiro lúmen e aumento secundário do seu diâmetro, resolvendo a maioria das SMP dinâmicas. Esta abordagem tem demonstrado resultados favoráveis em relação à cirurgia aberta, apresentando taxas de mortalidade aos 30 dias inferiores a 10%. Apesar de ser ainda limitado o conhecimento do resultado a longo prazo, a tendência atual favorece sempre que possível uma abordagem endovascular.

P28 – ANEURISMAS DAS ARTÉRIAS VISCERAIS: UMA ENTIDADE RARA

Alice Cabral Lopes, Miguel Lemos Gomes, Gonçalo Sobrinho, Luís Mendes Pedro

Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria

INTRODUÇÃO

Os aneurismas artérias viscerais (AAV) são uma entidade rara mas potencialmente letal mais comumente localizada na artéria esplénica (60%) e na artéria hepática (20%). As opções terapêuticas incluem vigilância clínica e tratamento médico, ressecção cirúrgica e técnicas minimamente invasivas endovasculares ou mesmo laparoscópicas. Ao longo da última década os procedimentos endovasculares, nomeadamente a utilização de coils e stents cobertos, têm sido progressivamente mais utilizados.

MÉTODOS

O objectivo deste trabalho é apresentar dois casos clínicos recentes de AAV tratados com sucesso através de técnicas endovasculares.

RESULTADOS:

São apresentados dois casos de AAV, um de um colateral da artéria esplénica e outro da artéria hepática. A primeira doente apresentou-se com dor abdominal e o segundo com choque hemorrágico por hemorragia gastrointestinal após ter sido submetido a duodenopancreatectomia cefálica. Ambos realizaram Angio-TC que revelou as dilatações aneurismáticas e foram tratados por via endovascular que incluiu embolização do saco aneurismático com coils no primeiro caso e embolização com coils da artéria hepática esquerda e colocação de stent coberto na transição entre as artérias hepática própria e hepática direita no segundo caso. Durante o pós-operatório o segundo doente apresentou novo episódio de hematoquezias associado a agravamento do quadro séptico pelo que foi submetido a laparotomia exploradora com drenagem de hematoma infectado da loca de duodenopancreatectomia. Actualmente, ambos os doentes permanecem assintomáticos.

CONCLUSÃO

As indicações terapêuticas variam consoante se tratem de verdadeiros ou falsos aneurismas. A maioria das séries advoga apenas vigilância clínica para os verdadeiros aneurismas em oposição ao tratamento urgente preconizado para os falsos aneurismas dada a sua propensão para a ruptura. No entanto, dada a sua potencial letalidade e história natural pouco esclarecida, consideramos que os verdadeiros aneurismas de dimensões consideráveis em relação à artéria adjacente devem ser também tratados cirurgicamente. Dada a raridade desta patologia ainda não foi possível determinar de forma inequívoca qual o melhor tratamento. Contudo, as técnicas endovasculares têm-se revelado uma opção cada vez mais fiável, com elevadas taxas de sucesso e baixas taxas de reintervenção ao mesmo tempo que demonstram uma menor morbidade em relação à cirurgia aberta.

P29 – FALSO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL EM DOENTE COM MAL DE POTT – ABORDAGEM ENDOVASCULAR

Pedro Maximiano, Isabel Vieira, Emanuel Dias, Lisa Borges, Fernando Oliveira, Isabel Cássio, Nelson Oliveira

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

INTRODUÇÃO

O mal de Pott é uma das manifestações extrapulmonares da tuberculose. O atingimento da aorta pela erosão do corpo vertebral pode levar ao desenvolvimento de falsos aneurismas ou mesma à rotura. Apresentamos o caso clínico de uma doente na qual se procedeu à exclusão endovascular de falso aneurisma da aorta visceral secundário a uma osteomielite tuberculosa da coluna dorsal.



CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 72 anos, HTA e dislipidemia. Há mais de 20 anos, a doente teve uma osteomielite tuberculosa dos corpos 11^a e 12^a vértebras dorsais (D11 e D12). Desde então foi seguida inicialmente em consulta de ortopedia por queixas de dorsalgia. Na investigação subsequente, realiza tomografia-computorizada contrastada (TC) em 2007, onde se verifica a presença de falso aneurisma da parede posterior da aorta abdominal associada a erosão dos corpos vertebrais de D11 e D12, imediatamente abaixo da emergência do tronco celíaco. Por este motivo foi avaliada por Cirurgia Vascular. Ao exame objectivo, a doente não tinha massa abdominal palpável nem sopros audíveis, mantendo todos os pulsos palpáveis nos membros superiores e inferiores.

Na altura, foi proposta à doente a reparação cirúrgica convencional do mesmo noutra Instituição, tendo a doente recusado. Desde então, manteve seguimento em consulta de Cirurgia Vascular verificando-se progressivo agravamento das queixas toracalgias, acompanhadas em angio-TC de progressiva dilatação do falso aneurisma e erosão dos corpos vertebrais de D11 e D12.

Em 2016, foi discutida com a doente a possibilidade de exclusão endovascular do falso aneurisma. Dado o progressivo agravamento clínico, e a hipótese de tratamento menos invasiva, a doente aceitou ser intervencionada. Foi então submetida à exclusão endovascular do falso aneurisma com implantação de uma endoprótese Endurant II® (Medtronic, Minneapolis, MN, EUA) recta de 28mm acompanhada de revascularização do tronco celíaco com stent coberto Viabahn® 9mmx100mm (Gore, Flagstaff, AZ, EUA) reforçado por stents auto-expansíveis Complete SE® (Medtronic, Minneapolis, MN, EUA) 9mmx60mm e 9mmx40mm. A angiografia de finalização demonstrou boa permeabilidade do tronco celíaco. Após o procedimento, a doente apresentou melhoria das dorsalgias. A TC de controlo, que demonstrou a completa exclusão do falso aneurisma, sem evidência de *endoleaks* directos ou tardios e boa permeabilidade das endopróteses, com preservação das artérias gástrica esquerda e ramos terminais do tronco celíaco.

CONCLUSÃO

A exclusão endovascular revelou-se uma opção eficaz e pouco invasiva para o tratamento de um falso aneurisma da aorta visceral, suportando a sua utilização em alternativa à cirurgia convencional.

P30 – PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL – CASO CLÍNICO

Carolina Mendes, Andre Marinho, Juliana Varino, Luís Antunes, Joana Moreira, Albuquerque Matos, Óscar Gonçalves

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Os aneurismas traumáticos da artéria temporal superficial foram descritos pela primeira vez por Thomas Bartolin em 1740 após um traumatismo craniano contuso. Os pseudoaneurismas da artéria temporal superficial são raros, sendo responsáveis por cerca de 1% de todos os pseudoaneurismas.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho tem como objectivo relatar o caso de um jovem com um pseudoaneurisma da artéria temporal superficial após traumatismo contuso prévio.

CASO CLÍNICO

Jovem do sexo masculino, 18 anos, recorre ao serviço de urgência por apresentar massa palpável e indolor da região fronto-temporal direita com crescimento recente e agravamento nos últimos dias. Sem antecedentes patológicos

conhecidos, refere história de traumatismo contuso na referida localização em jogo de futebol cerca de 5 semanas antes.

Ao exame objectivo apresentava uma massa pulsátil palpável, com cerca de 1 cm de maior diâmetro, sem sinais inflamatórios locais ou lesões erosivas da pele associadas. Realizado eco-doppler para confirmação diagnóstica, foi objectivado um falso aneurisma do ramo frontal da artéria temporal superficial direita, com cerca de 1,3x1,2 cm, sem sinais de trombose parietal.

Submetido a laqueação dos topos proximal e distal arteriais com exérese do falso aneurisma. Sem intercorrências a registar peri-operatoriamente. Assintomático ao ano de *follow-up*.

CONCLUSÃO

Os traumatismos contusos são a causa mais comum deste pseudoaneurisma, correspondendo a 75% dos casos descritos na literatura.

A maioria destes aneurismas apresenta-se como uma massa pulsátil fronto-temporal, associada a cefaleia ou desconforto ao nível do ouvido.

As queixas geralmente ocorrem em média 2 a 6 semanas após o evento traumático que lhe deu origem. Para além da história clínica e exame físico apropriados, o eco-doppler é um exame não invasivo muito apropriado para o diagnóstico e possível tratamento desta patologia

As opções terapêuticas actuais incluem compressão extrínseca eco-guiada do pseudoaneurisma, injeção de trombina eco-guiada, tratamento endovascular com exclusão aneurismática, nomeadamente através de coils, e abordagem cirúrgica convencional com laqueação dos topos arteriais.

P31 – ESOPHAGEAL NECROSIS – A RARE COMPLICATION AFTER TEVAR FOR RUPTURED THORACIC AORTIC ANEURYSM

Rita Augusto¹, Andreia Coelho¹, Jacinta Campos¹, Nuno Coelho¹, Carolina Semião¹, Evelise Pinto², Daniel Brandão¹, Alexandra Canedo¹

1. *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Portugal* /
2. *Clínica da Sagrada Esperança – Angola*

INTRODUCTION

Esophageal necrosis is an extremely lethal complication after thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) for ruptured thoracic aortic aneurysm (rTAA), and it may go unrecognized due to its rare occurrence.

Up to date only 6 cases have been described in the literature, with ubiquitous delayed diagnosis until sepsis resumed and in all but one case it resulted in fatality. Nowadays with the increasing prevalence of TEVAR, awareness for the possible additional complications is critical.

We report a case in which esophageal necrosis occurred complicating TEVAR procedure for a rTAA.

CASE REPORT

A 55 year-old woman was admitted with increasing left thoracic pain, lasting for 3 days. She had no relevant medical history. On admission, the patient had normal blood pressure, but presented already tachycardia. The initial chest roentgenogram showed enlargement of the mediastinum with a large left pleural effusion. An angio CT scan was then performed demonstrating an aneurysm of the ascending (71mm) and descending (64mm) thoracic aorta, with an image of rupture of the latter, a mediastinal hematoma and a hemothorax. Emergent TEVAR was performed percutaneously. Three endografts (Medtronic Valliant - 34*150 mm; 42*150 mm; 46*100 mm - Medtronic Vascular, Santa Rosa, CA) were inserted without incident and a final angiogram

showed no evidence of endoleak. A left chest tube was placed after the procedure and a CT scan performed to check its adequate position. Three days later the patient developed an intermittent low-grade fever, mild leukocytosis and an increasing C-reactive protein level. A high fever ensued on postoperative day 9. A CT scan after oral contrast showed extravasation of contrast and gas bubbles in the posterior mediastinum next to the esophagus. There were no signs of endoleaks and the endografts were in the correct position, without any evident gas around. The diagnosis of esophageal ischemia/perforation resulting from the hematoma compression, with mediastinal fistula, was suspected. An upper endoscopy confirmed mucosal necrosis and perforation to the mediastinal space at 23 to 30 cm from the incisors. Based on the above findings and the sepsis developed by the patient due to mediastinitis, esophageal exclusion by cervical esophagotomy and division of the gastroesophageal junction was performed on postoperative day 22, along with concomitant jejunostomy feeding. At the same time, thoracoscopic decortication and additional hematoma removal were performed. Progressively, the patient's condition improved after this procedure. The patient was discharged 5 months after the admission. Unfortunately, she died 1 month after, with no recognized cause of death. The postmortem examination was not performed.

CONCLUSION

TEVAR is becoming the first choice of therapy in ever more complex aortic cases, including the urgent setting of rTAA. Rupture of the thoracic aorta is frequently associated with hemothorax and mediastinal hematoma, which may lead to major complications that compromise the post-operative survival. In this case, it is possible that the esophagus injury had resulted from the pressure due to the hematoma. Management of hemothorax after TEVAR has been on debate, although there is still uncertainty on indication and timing of its treatment - placement of a chest tube or surgical evacuation. In the future the rising prevalence of TEVAR will likely increase the number and complexity of complications physicians will have to deal with.

P32 – ROTURA DE VOLUMOSO ANEURISMA DA ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA EM DOENTE COM ANEURISMAS PERIFÉRICOS SÍNCRONOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Correia, Pedro Lima, Mário Moreira, Bárbara Pereira, Roger Rodrigues, André Marinho, Carolina Mendes, Luís Antunes, Óscar Gonçalves

Angiologia e Cirurgia Vasculardo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria femoral profunda (AFP) são raros, estando apenas descritos na literatura menos de 30 casos de rotura. Os autores reportam o caso clínico de um doente com rápido crescimento de aneurismas da artéria femoral comum (AFC) e AFP e, inclusive, com rotura do aneurisma da AFP.

MATERIAL E MÉTODOS

Doente do sexo masculino, raça caucasiana, de 75 anos, com antecedentes de HTA e safenectomia por stripping bilateral da veia grande safena há 15 anos, não-fumador, recorreu ao Serviço de Urgência por dor súbita em local de tumefação inguinal esquerda. O doente apresentava tumefações inguinais bilaterais com 2 meses de evolução e claudicação gemelar esquerda com início 4 meses antes. Ao exame objectivo apresentava tumefações inguinais pulsáteis bilateralmente, a esquerda de maior volume e dolorosa; tumefação poplíteia esquerda, não pulsátil; pulsos poplíteos e distais não palpáveis bilateralmente; baqueteamento digital do pé esquerdo.

Do estudo realizado por angioTC toraco-abdomino-pélvica e dos membros inferiores é de destacar: rotura contida de aneurisma da AFP esquerda, com diâmetro de 10 cm; aneurisma poplíteo esquerdo com diâmetro de 6,5 cm, trombosado; oclusão da artéria femoral superficial (AFS) esquerda no canal de Hunter com recanalização no terço distal da perna, através de colateralidade; aneurisma da AFC direita com diâmetro de 5 cm.

RESULTADOS

O doente foi submetido a aneurismectomia da AFP e AFC esquerdas, com anastomose topo-a-topo entre a AFC e AFS; e aneurismectomia da AFC direita com interposição de enxerto de PTFE entre a porção terminal da artéria ilíaca externa e a AFS, com reimplantação da AFP no enxerto. O exame microbiológico dos aneurismas foi negativo e a análise anatomopatológica confirmou a etiologia degenerativa dos aneurismas. No pós-operatório detetou-se ecograficamente uma zona de disseção na porção inicial da AFS esquerda, tendo posteriormente sido realizada angioplastia com Stent Absolute Pro 10x60mm. O controlo angiográfico final confirmou a correção da disseção. À data atual, o doente encontra-se assintomático, sem claudicação intermitente incapacitante, e o controlo ecográfico realizado revela a manutenção da permeabilidade do stent sem sinais de disseção.

CONCLUSÕES

Os aneurismas da AFP ocorrem frequentemente no contexto de múltiplos aneurismas arteriais, sendo fundamental o despiste de aneurismas da aorta abdominal e periféricos. Apesar de incomuns, estes aneurismas apresentam frequentemente um rápido crescimento, sendo relevante o seu risco de rotura.

P33 – TRATAMENTO DE ENDOLEAK EM DOENTE PREVIAMENTE SUBMETIDO A REPARAÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL

Rodolfo Abreu, João Monteiro e Castro, Gonçalo Alves, Frederico Bastos Gonçalves, Rita Ferreira, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emilia Ferreira

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria renal (AAR) apesar de raros, são a segunda causa mais frequente de aneurismas das artérias viscerais. As suas principais consequências resultam da ocorrência de hipertensão renovascular, eventos tromboembólicos ou rutura. Uma vez que o tratamento desta patologia por cirurgia aberta convencional implica a realização de um procedimento invasivo, um cada vez maior número de casos é tratado por via endovascular. Estes procedimentos podem ser tecnicamente muito complexos uma vez que a maioria dos AAR estão presentes numa zona distal da artéria renal ou ao nível da bifurcação. O uso de stents cobertos permite excluir o fluxo sanguíneo do saco aneurismático. Contudo, a utilização desta técnica implica inevitavelmente o risco de endoleak o qual irá manter a pressurização do aneurisma.

Apresentamos assim, o caso clínico de uma doente que havia sido submetida a tentativa de tratamento endovascular de aneurisma da artéria renal, através da colocação de stent coberto.

CASO CLÍNICO

Tratava-se de uma doente de 50 anos. Havia sido identificado um aneurisma sacular da artéria renal esquerda com cerca de 35 mm de diâmetro.

A doente não apresentava outras patologias nomeadamente complicações relacionadas com o AAR. Dois dias antes de nos ser referenciada havia sido



realizada uma tentativa de exclusão endovascular do saco aneurismático através da colocação de um stent coberto expansível por balão (Bard, LifeStream 7x37). Optamos então, por realizar uma angiografia diagnóstica por via femoral onde se demonstrou a existência de um kinking significativo entre a artéria renal e a zona proximal do stent e a presença de um endoleak distal que permitia a manutenção da permeabilidade do aneurisma. Devido à angulação, optamos por realizar o procedimento por via umeral esquerda. Assim, fez-se o deployment de um stent coberto expansível por balão (Bard, LifeStream 8x26) em zona distal ao fim do stent já previamente colocado. Houve necessidade de pós-dilatar este stent com um balão de diâmetro 10 de modo a eliminar o leak existente. Optou-se também, por tratar o kinking existente através da colocação de um stent auto-expansível (Medtronic, Complete SE 7x40) realizando assim o realignment do vaso. A angiografia final demonstrou a ausência de endoleak, de rutura ou kinking. A data teve alta no primeiro dia de pós-operatório. A angio-TC realizada 3 meses após o procedimento demonstra trombose do aneurisma e a permeabilidade da artéria renal e dos stents.

CONCLUSÃO

O tratamento endovascular de AAR através da exclusão destes com stents cobertos é uma opção terapêutica segura e eficaz quando estes aneurismas estão localizados na porção proximal ou média da artéria renal.

P34 – LESÕES AORTO-ILÍACAS IATROGÉNICAS DURANTE APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM ADOLESCENTES – RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

José Oliveira-Pinto¹, Joel Sousa¹, Ricardo Castro-Ferreira², Pedro Almeida³, Jorge Costa-Lima³, José Teixeira³, Armando Mansilha¹

1. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de São João; Departamento de Cirurgia e Fisiologia, FMUP; Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital CUF, Porto / 2. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de São João; Departamento de Cirurgia e Fisiologia, FMUP / 3. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de São João

INTRODUÇÃO

Lesões iatrogénicas dos vasos retroperitoneais em procedimentos laparoscópicos representam a mais grave complicação da técnica com uma incidência de 0.05% e uma mortalidade que varia entre 9 e 17%.

CASO CLÍNICO 1

MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente do sexo feminino, 17 anos, sem antecedentes relevantes.

Durante apendicectomia laparoscópica em Hospital periférico, desenvolve quadro de instabilidade hemodinâmica, tendo sido convertida em laparotomia exploradora. Constatação de hematoma retroperitoneal e laceração da aorta abdominal, proximal à bifurcação aórtica. Foi realizada clampagem proximal da aorta e rafia.

Realizou angio-TC pós apendicectomia que revelou pequena laceração de 2 mm de diâmetro na vertente esquerda da aorta abdominal, logo acima da bifurcação. Foi entretanto transferida para a nossa instituição por necessidade de avaliação por cirurgia vascular, tendo repetido angio-TC que confirma falso aneurisma em relação com parede posterior da aorta imediatamente proximal à sua bifurcação.

RESULTADOS

Doente foi reintervencionada com abertura de laparotomia prévia e identificação de laceração na aorta na sua vertente pósterio-lateral esquerda. Foi realizada nova rafia com sutura contínua e laqueação de lombar nessa localização. Após correção de pseudoaneurisma constatou-se pulso amplo ilíaco bilateralmente.

Realizou-se inspeção do meso-cólon, colon transverso e mesentério, sem sinais de hemorragia. Efetuou novo angioTC de controlo no primeiro dia pós-operatório que demonstrou integral resolução do pseudoaneurisma.

No período pós-operatório a doente manteve estabilidade hemodinâmica e da hemoglobina, sem necessidade de suporte transfusional.

Iniciou nutrição parentérica total (NPT) no 1º dia pós-operatório. Teve alta para o internamento ao 3º dia. Reinicia alimentação oral em D5 pós-intervenção.

CASO CLÍNICO 2

MATERIAIS E MÉTODOS

Sexo feminino, 14 anos. Sem antecedentes relevantes.

Durante apendicectomia laparoscópica em hospital periférico, constata-se volumoso hematoma retroperitoneal, convertida imediatamente em laparotomia exploradora. Perante impossibilidade de identificar local de hemorragia, foi realizada compressão manual do local do hematoma, embora ineficaz. Adolescente é transferida para o nosso hospital, hemodinamicamente estável. Realiza angio-TC que revela hemorragia ativa com provável origem na vertente proximal da artéria ilíaca comum direita.

RESULTADOS

Doente foi submetida a nova laparotomia exploradora verificando-se hemorragia com ponto de partida em artéria e veia ilíaca comum direita. Rafia com ponto transfixivo na veia ilíaca conduz a resolução do quadro hemorrágico e subsequente melhoria hemodinâmica. No pós-operatório doente manteve-se hemodinamicamente estável, sem necessidade de suporte transfusional. Inicia dieta oral no 10º dia pós-operatório, tendo tido alta para o domicílio no 15º dia.

CONCLUSÃO

Os casos apresentados evidenciam a possibilidade de ocorrer uma complicação potencialmente fatal num procedimento que geralmente é seguro. A iatrogenia vascular com hemorragia retroperitoneal em cirurgia laparoscópica não deve ser esquecida e medidas rápidas de diagnóstico e tratamento cirúrgico devem ser providenciadas.

P35 – TRATAMENTO DE ESTENOSE ANASTOMÓTICA COM STENT DILUIDOR DE FÁRMACO BIABSORVÍVEL

Inês Antunes, Luís Loureiro, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Carlos Pereira, Rui de Almeida

Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

Os stents são amplamente utilizados no tratamento de doença arterial periférica. Inicialmente utilizados na revascularização coronária, os stents bioabsorvíveis começaram a ser aplicados na doença arterial periférica, mas ainda sem indicações precisas. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de implantação de stent diluidor de fármaco bioabsorvível em estenose de anastomose distal de pontagem arterial ultradistal.

MATERIAL/MÉTODOS

Revisão de um caso clínico de falência de *bypass* por estenose da anastomose distal tratado na nossa instituição com recurso a stent diluidor de fármaco bioabsorvível.

RESULTADOS

Doente de sexo masculino, de 60 anos submetido a pontagem femoro-tibial posterior (ATP) retromaleolar com veia grande safena (VGS) invertida em junho de 2016, por arteriopatia grau III. Ao terceiro mês (setembro/2016) recorre ao serviço de urgência com isquemia aguda do membro inferior tendo sido submetido a trombectomia do *bypass* e angiografia onde se constatou estenose morfológicamente significativa do segmento distal da VGS e do

segmento pós-anastomótico da ATP tendo sido submetido a angioplastia com balão de 3mm de diâmetro na VGS e de 1.5mm na ATP com bom resultado final. Ao terceiro dia de pós-operatório por novo episódio de isquemia aguda realizou angiografia que revelou re-estenose dos segmentos previamente tratados. Dada a localização da estenose e recidiva precoce decidiu-se implantar dois stents Absorb GT1 (Abbott®) de 2.5x28mm no segmento distal da veia da pontagem, anastomose e segmento pós-anastomótico da ATP com ótimo resultado final. O doente teve alta antiagregado e hipocoagulado. Três meses após (dezembro/2016) recorre novamente ao serviço de urgência com isquemia aguda do membro inferior; ao estudo com ecodoppler apresentava *bypass* funcional mas com fluxos monofásicos de baixa amplitude e estenose intra-stent tendo sido submetido a angioplastia com balões de 2.5 e 3mm de diâmetro e angioplastia da ATP pós-anastomótica com balão de 2mm de diâmetro. Três meses após (março/2017), recorre novamente ao serviço de urgência com isquemia do membro inferior, ecodoppler com fluxos monofásicos e recidiva da estenose previamente tratada; submetido a angioplastia com balões de 3mm de diâmetro na anastomose distal e de 2mm na ATP.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

No caso descrito optou-se pela colocação de stent biabsorvível diluidor de fármaco dada a re-estenose em três dias e de forma a não inviabilizar a possibilidade de novo *bypass* no futuro. No entanto, verificou-se estenose intra-stent ao 3º mês de seguimento. A utilização destes stents na doença arterial periférica é ainda controversa e sem indicações claras a ponderar apenas em casos específicos.

P36 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DA ARTÉRIA ESPLÉNICA PELA TÉCNICA DE SANDWICH

Joel Sousa, José Pinto, José Almeida-Lopes, Joana Ferreira, Paulo Barreto, Daniel Brandão, Armando Mansilha

Hospital CUF Porto

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria esplénica são a causa mais comum de aneurisma visceral, com uma prevalência estimada de 0,1-2% e história natural pobremente definida. O seu tratamento por via endovascular, embora desejável, é frequentemente hostil, em virtude da posição variável dos aneurismas na artéria nativa e elevada tortuosidade da mesma, com consequentes más condições de navegabilidade e selagem. Embora várias opções terapêuticas endovasculares estejam disponíveis no tratamento destas lesões, a embolização terminal constitui por muitas vezes a única técnica viável nos casos de anatomia mais hostil.

MÉTODOS

Os autores apresentam dois casos de aneurisma esplénico, de anatomia hostil e sem zonas apropriadas para selagem, tratados com sucesso com recurso à técnica de sandwich.

RESULTADOS

Caso 1 – Sexo feminino, 49 anos de idade, sem antecedentes médicos relevantes. Admitida por aneurisma sacular justa-hilar da artéria esplénica, com 2,1 cm de maior diâmetro e sem selagem distal apropriada. Atendendo à anatomia hostil da lesão, decidiu-se pela embolização terminal da artéria esplénica segundo a técnica de sandwich, com implante de coils no saco aneurismático, artéria nativa a jusante e a montante do mesmo. Total exclusão foi alcançada, sem enfartes esplénicos reportados.

Caso 2 – Sexo feminino, 67 anos de idade, sem antecedentes médicos relevantes. Admitida após descoberta acidental de dois aneurismas da artéria esplénica em angioTC abdominal: um proximal, localizado a aproximadamente 3 cm da bifurcação do tronco celíaco e com 2,5cm de maior diâmetro; um outro mais distal, de localização justa-hilar e 2,0cm de maior diâmetro. Ausência de zonas apropriadas de selagem e elevada tortuosidade da artéria nativa eram evidentes, pelo que, pela anatomia hostil encontrada, decidiu-se pelo tratamento endovascular das lesões segundo a técnica de sandwich. Procedeu-se assim a embolização selectiva com coils de ambos os sacos aneurismáticos, artéria nativa a jusante e a montante. AngioTC de controlo confirma total exclusão dos aneurismas, sem enfartes esplénicos a reportar.

CONCLUSÃO

O domínio de um armamentário terapêutico amplo permite hoje o tratamento endovascular da maioria dos aneurismas esplénicos, de forma eficaz e duradoura. Embora várias técnicas estejam descritas no tratamento desta patologia, a técnica de sandwich surge como a opção de eleição nos casos de anatomia mais hostil e proibitiva a outro tipo de manobras.

P37 – DOR NA FACE POSTERIOR DA PERNA – “ALWAYS LOOK BEYOND WHAT YOU CAN SEE”

Marina Dias-Neto, José Fernando Ramos, José Fernando Teixeira

Centro Hospital de São João

ABSTRACT

Os aneurismas micóticos periféricos são raros e descritos na literatura como relatos de casos. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de aneurisma micótico salientando a importância da avaliação holística do doente no esclarecimento diagnóstico. O doente de 73 anos, autónomo, recorreu ao serviço de urgência por dor na região gemelar esquerda com dois dias de evolução, que melhorava com o descanso e agravava com a deambulação. Referia ainda desforto torácico inespecífico episódico há cerca de uma semana. Negava história de traumatismo ou febre. Era hipertenso, ex-fumador (abstinente há 40 anos), portador de pacemaker implantado 16 anos antes por bloqueio aurículo-ventricular completo, substituído 5 anos e normofuncionante na última avaliação. Hipocoagulado com Xarelto 20mg id por fibrilação auricular paroxística (CHADSVASC2=2). Analiticamente, apresentava-se sem leucocitose e com PCR ~80U/dL. Foi submetido a angiodinografia (a) que demonstrava dilatação da porção P3 da artéria poplítea e do tronco tibioperoneal com cerca de 2 cm de maior diâmetro, onde se verifica fluxo turbulento. Esta dilatação apresentava bordos pouco definidos sendo compatível com pseudoaneurisma. Os achados ecográficos aliados à apresentação clínica e analítica levaram ao diagnóstico diferencial de aneurisma micótico. Realizou no Ecocardiograma no serviço de urgência no sentido de despistar patologia cardíaca como fonte embólica séptica tendo sido diagnosticado endocardite com insuficiência aórtica severa e achados sugestivos de vegetação aórtica. Este despiste modificou a atitude terapêutica na medida em que uma cirurgia contemporizada foi preferida em relação a uma intervenção de urgência. Colheu hemoculturas e foi proposto internamento sob antibioticoterapia empírica com gentamicina, flucloxacilina e ampicilina. Após identificação do agente - Streptococcus do grupo viridans (Streptococcus gallolyticus), o esquema foi alterado para gentamicina e Ceftriaxone (que cumpriu durante 32 dias). O restante estudo em contexto de internamento permitiu a confirmação de estruturas nodulares compatíveis com vegetações (ecocardiograma trans-esofágico), de enfarte dois terços superiores do baço e abscesso esplénico



(ecografia abdominal). Ao sexto dia de internamento foi submetido a esplenectomia. Ao décimo a aneurisectomia com laqueação da origem da artéria tibial anterior e confecção de enxerto de interposição entre a porção P3 da poplítea e o tronco tibioperoneal com veia grande safena invertida homolateral. Dois dias depois após cerca de 2 semanas de antibioterapia foi submetido a substituição de válvula aórtica com remoção de material de pacemaker e posterior colocação de pacemaker epicárdico. Teve alta após 32 de internamento. Recebeu vacinas pneumocócicas, a Prevenar 13 antes da alta e a Pneumo 23, 3 meses depois. Realizou EDB para despiste de carcinoma do colon devido ao agente isolado que foi negativo. Aos 6 meses de seguimento o doente encontra-se bem e sem necessidade de reintervenção. Os aneurismas de artéria poplítea infetados são incomuns, com alto risco de rutura e amputação de membros. A intervenção cirúrgica com excisão e reconstrução utilizando enxerto de veia autóloga é o tratamento standard. Antibioterapia prologada é mandatória.

P38 – IMPACTO DA FUNÇÃO ENDOTELIAL NA MATURAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE – COMO PREVER

Maria Jose Ferreira, Antonio Gonzalez, Ana Afonso, Ana Bernardo

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

Tem sido realçado, o património venoso como factor limitante para construção de acesso vascular definitivo. No entanto, o património arterial é factor limitante da maturação do acesso, nomeadamente, pela calcificação e pela disfunção endotelial. Vários métodos têm sido descritos para selecionar pre-operatoriamente estes doentes, entre eles o teste da hiperémia reativa. Este teste tem sido descrito como um bom reflexo da função endotelial e pode ser aplicado ao estudo das artérias do antebraço.

A descrição mais habitual é utilizando a prova de oclusão com pletismografia, mas torna-se complexo e agressivo em doentes mais idosos. Neste estudo, alterámos a técnica para a tornar mais simples e fácil de executar e procurámos verificar se permitia obter a resposta de hiperémia reativa, conforme os achados que são descritos a nível do fluxo arterial da artéria umeral.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram testados 20 doentes antes da construção do primeiro acesso vascular, com tempo de hemodialise inferior a 30 dias, através de ecodopler arterial da artéria umeral. Foi registada a curva de pressão e depois pedido prova de esforço, com exercício de "hand-grip" durante 1 min. Foi registada então a resposta, comparando-se a velocidade sistólica, diastólica, diâmetro da artéria e tempo de retoma da curva normal. Foi calculado ainda o coeficiente de distensibilidade, através da percentagem da variação do diâmetro da artéria.

RESULTADOS

Em 18 dos 20 doentes verificou-se uma resposta hiperémica adequada, com a alteração da curva de pressão e subida da velocidade diastólica, que se torna positiva. O coeficiente de distensibilidade médio foi de 12,3%, sendo que em dois doentes foi de zero, coincidindo com os doentes que não tiveram resposta diastólica.

CONCLUSÃO

O exercício de "hand-grip" permite provocar a resposta de hiperémia de uma forma simples e reprodutível, permitindo avaliar a função endotelial e o coeficiente de distensibilidade da artéria umeral, fundamental para a maturação adequada de um acesso vascular.

P39 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE LESÃO IATROGÉNICA DO TRONCO TIBIOPERONEAL: CASO CLÍNICO

Rodolfo Abreu, João Monteiro e Castro, Nelson Camacho, Joana Catarino, Ricardo Correia, Maria Emília Ferreira, Gonçalo Alves

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO

Embora as lesões vasculares iatrogénicas sejam consideradas raras, estas apresentam uma incidência crescente relacionada com o maior número de procedimentos terapêuticos invasivos realizados.

O uso de procedimentos endovasculares para tratar algumas lesões vasculares está a aumentar e parece estar associado a menores taxas de morbidade e mortalidade.

Neste caso clínico, descrevemos o que parece ser um mecanismo nunca relatado, de lesão do tronco tibioperoneal e o tratamento endovascular desta lesão.

CASO CLÍNICO

Um homem saudável de 56 anos foi levado ao hospital da área após um acidente de motociclo a baixa velocidade. Não apresentava, inicialmente, qualquer evidência de hemorragia significativa ou isquemia do membro inferior. O exame físico, à entrada, revelou a presença de pulso arterial pedioso e tibial posterior. O raio-x demonstrou a presença de fratura do prato tibial. O doente foi submetido a fixação interna da fratura através de uma abordagem lateral. Durante o procedimento e imediatamente após a colocação de um dos parafuso, o doente desenvolveu sangramento significativo. Foi decidido realizar um "packing" para controle da hemorragia. Realizou angio-TC, que revelou a existência de rutura parcial ao nível do tronco tibioperoneal.

O tratamento endovascular, foi efetuado sob anestesia, na sala de hemodinâmica. Foi realizada a punção anterógrada da artéria femoral comum. A arteriografia confirmou a rutura na zona média do tronco tibioperoneal. Foram colocados dois stents coronários, cobertos, de 3,5 x 26mm, nessa localização, contudo a arteriografia que se seguiu, ainda demonstrou extravasamento de contraste. Decidimos então, implantar um stent auto-expansível coberto de 5x50mm. A arteriografia final não demonstrou extravasamento de contraste e mostrou a permeabilidade dos três vasos da perna. 1 mês depois encontrava-se assintomático e apresentava pulsos distais palpáveis.

CONCLUSÃO

Com o crescente número de lesões vasculares iatrogénicas e graças ao melhor conhecimento das técnicas endovascular e avanços na imagem e tecnologia de dispositivos, o papel dos procedimentos endovascular tende a crescer. Assim, será habitual o surgimento de opções de tratamento incomuns e "out of the box". Uma revisão da literatura encontrou alguns relatos de casos descrevendo a intervenção endovascular de pseudoaneurismas infrainguinais após trauma, mas não encontrou qualquer relato de uso de stents cobertos para tratar uma rutura na localização anatómica descrita, neste contexto.

A abordagem endovascular, permite evitar a dissecação de tecidos traumatizados, evitar lesões iatrogénicas das estruturas circundantes e diminuir o risco de infeção.

P40 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR EM CONTEXTO DE LESÃO ARETRIAL

Inês Antunes, Luís Loureiro, Duarte Rego, Vítor Ferreira, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Carlos Pereira, Rui de Almeida

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS

No contexto de lesões arteriais, a angiografia permite identificar e caracterizar anatomicamente a lesão, planejar o tratamento sendo em alguns casos terapêutica no mesmo momento. O nosso objetivo é apresentar um caso clínico de lesão iatrogénica de artéria radial tratada na nossa instituição.

MATERIAL/MÉTODOS

Revisão do processo clínico e da bibliografia disponível.

RESULTADOS

Doente de sexo masculino, de 91 anos, com antecedentes de insuficiência renal crónica em hemodiálise (por CVC jugular), dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crónica. Foi encaminhado ao serviço de urgência por tumefação no braço esquerdo associado a edema de todo o membro. Segundo o doente este quadro clínico teria começado três dias antes, após tentativa de punção venosa a esse nível. À nossa observação apresentava tumefação pulsátil na face interna do braço, dolorosa; mão bem perfundida, sem pulso radial palpável, com pulso cubital. Estudo analítico sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Ecodoppler de difícil realização por intolerância do doente. Realizou angioTAC que revelou trifurcação alta da artéria umeral com artérias cubital e interóssea sem lesões, artéria radial com rutura e extravasamento de contraste (falso aneurisma de 6cm). O doente foi proposto para tratamento endovascular que aceitou. Procedeu-se a punção retrograda da artéria femoral comum direita, progressão de fio guia hidrófilo pela aorta, cateterização seletiva da artéria subclávia esquerda, no entanto, sem cateteres disponíveis com comprimento suficiente para se conseguir ultrapassar a lesão pelo que se tentou progredir um balão Armada 35 (Abbott®), no entanto, sem suporte suficiente para ultrapassar a lesão tendo-se optado por embolizar a artéria proximalmente à lesão com 3 coils (5x5). Angiografia de controlo final com bom resultado. Pós-operatório decorreu sem intercorrências, sem sinais de isquemia da mão tendo tido alta ao terceiro dia de pós-operatório. Reavaliado 4 meses após em consulta externa sem queixas, sem hematoma, ecodoppler arterial sem evidência de falso aneurisma, tendo tido alta da consulta.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

O tratamento endovascular apresenta claras vantagens no tratamento destes casos em parte por evitar a distorção anatómica previsível de encontrar recorrendo a cirurgia convencional. Neste caso optou-se por tratamento endovascular pela simplicidade do procedimento e sua menor agressividade. Não se procedeu a drenagem do hematoma do braço e constatamos que ao fim de quatro meses tinha sido completamente reabsorvido. Consideramos o tratamento endovascular um método simples a ponderar nestes casos, complexos para exploração cirúrgica e que não a inviabilizam, em caso de não se conseguir o tratamento endovascular.

P41 – RECANALIZAÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLÍTEA COM TROMBOSE CRÓNICA

Daniel Mendes¹, Rui Machado², Duarte Rego¹, Vítor Ferreira¹, João Gonçalves¹, Gabriela Teixeira¹, Inês Antunes¹, Carlos Veiga¹, Rui Almeida²

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto / 2. Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

Os aneurismas da artéria poplítea (AP) são os aneurismas periféricos mais comuns. O tratamento consiste normalmente na sua laqueação associada a pontagem cirúrgica, no entanto, recentemente surgiu a possibilidade de tratamento por via endovascular. Este tratamento é realizado quando o aneurisma se encontra permeável ou é repermeabilizado após tratamento trombolítico, no entanto, nos casos de aneurismas com trombose crónica o tratamento endovascular não está descrito na literatura. Apresentamos aqui um caso complexo de recanalização endovascular e exclusão da circulação de aneurisma da AP cronicamente trombosado através da colocação de stentgraft.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva do processo clínico eletrónico de um caso clínico de recanalização endovascular de aneurisma da artéria poplítea com trombose crónica com a colocação de stentgraft.

RESULTADOS

Homem 72 anos com múltiplos FRCV, diabetes mellitus e antecedentes de doença cardíaca isquémica e cerebrovascular, submetido a EVAR por AAA infrarrenal em Agosto de 2010. Após 4 meses, apresentou trombose de ramo esquerdo a condicionar isquemia aguda de membro tendo sido submetido a trombectomia transfemorais associada a pontagem femoro-femoral cruzada direito-esquerdo com prótese de politetrafluoretileno (PTFE). 24 horas depois, apresentou novo quadro de isquemia aguda tendo realizado trombectomia femoro-poplítea-distal associada a angioplastia transluminal da artéria femoral superficial. Durante a investigação foi diagnosticado aneurisma da AP bilateral, tendo, à direita, sido excluído com laqueação dos topos proximal e distal associado a pontagem femoro-poplítea 3ª porção com VGS invertida.

Em Novembro de 2016 foi internado no serviço de cirurgia geral por melanoma do pé esquerdo tendo sido submetido exérese da lesão e posterior plastia com enxerto de pele autólogo. Má evolução da lesão com incapacidade de cicatrização. Realizado estudo vascular dos membros inferiores constatando-se trombose crónica do aneurisma da AP esquerda tendo sido submetido, em Janeiro de 2017, a recanalização da artéria poplítea ocluída com balão e colocação de stentgraft Viabahn® 8X100mm com recuperação do fluxo distal e evolução favorável da lesão no pé esquerdo.

CONCLUSÃO

Não existem indicações claras quanto à terapêutica endovascular dos aneurismas da AP com trombose crónica. O nosso caso clínico demonstra que em condições muito específicas a recanalização endovascular do aneurisma com a colocação de stentgraft poderá ser uma boa solução.



P42 – EMBOLIZAÇÃO DE TROMBO DA AORTA TORÁCICA – UMA CAUSA RARA DE ISQUEMIA AGUDA

Vítor Ferreira, Rui Machado, Duarte Rego, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Inês Antunes, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Joana Martins, Rui Almeida

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

INTRODUÇÃO

A presença de um trombo aórtico sem patologia prévia da aorta é um evento raro, habitualmente associado a estados de trombofilia, constituindo uma causa rara de embolização periférica. Apresentamos um caso clínico de isquemia aguda do membro inferior por embolização de trombo aórtico que após múltiplas tentativas de revascularização culminou em amputação transfemoral do membro.

MATERIAL E MÉTODOS

Apresentação e discussão de caso clínico

RESULTADOS

Caso clínico – Doente de 37 anos com antecedentes de hiperhomocisteinemia, factor V de Leiden e HTA. Puérpera, com parto por cesareana sem complicações, tendo realizado hipocoagulação profilática durante a gravidez. Duas semanas após o parto iniciou quadro de isquemia aguda dos membros inferiores bilateral mais intenso à direita. Foi submetida a trombectomia trans-poplítea direita noutra instituição, tendo ocorrido agravamento da isquemia do membro, motivo que levou a doente a procurar a nossa instituição. À admissão apresentava isquemia aguda grau III do membro inferior, sem pulsos no membro inferior direito. Fez AngioTAC no qual se observou trombo ao nível do istmo aórtico, enfartes renais bilaterais, oclusão do eixo ilíaco direito, oclusão femoro-poplítea e distal direita. Foi submetida a trombo-emblectomia trans-femoral e poplítea e pontagem femoro-poplítea infra-genicular com ePTFE. No primeiro dia pós-operatório, por isquemia irreversível do membro, foi submetida a exérese da prótese e amputação trans-tibioperoneal direita. Por má evolução do coto de amputação, foi submetida a amputação transfemoral. Durante este período manteve-se hipocoagulada com heparina não fraccionada. Foi ponderada a hipótese de colocar endoprótese aórtica para diminui o risco de nova embolização, mas após 1 semana de hipocoagulação observou-se o quase total desaparecimento do trombo. No AngioTAC de controlo realizado aos dois meses observou-se resolução completa do trombo, mantendo-se a doente hipocoagulada com rivaroxaban

CONCLUSÃO

A embolização com origem em trombo aórtico na aorta torácica é uma causa rara de isquemia aguda do membro inferior. O prognóstico da isquemia aguda grau III é desfavorável com risco elevado de amputação. Apenas hipocoagulação é um dos tratamentos possíveis, tendo se revelado uma opção eficaz no nosso caso.

P43 – OCLUSÃO DE PONTAGEM: EXISTE LIMITE PARA A REPERMEABILIZAÇÃO ENDOVASCULAR?

Daniel Mendes¹, Luís Loureiro¹, Duarte Rego¹, Vítor Ferreira¹, João Gonçalves¹, Gabriela Teixeira¹, Inês Antunes¹, Carlos Veiga¹, Rui Machado², Rui Almeida²

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto / 2. Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A introdução do tratamento endovascular na doença arterial periférica permitiu expandir a oferta terapêutica a um leque muito superior de doentes, possibilitando o tratamento de doentes que não apresentam condições para revascularização cirúrgica. Além disso, permitiu igualmente aumentar as taxas de patência de pontagens periféricas através da angioplastia de zonas de estenose, nomeadamente as áreas de anastomose, e da recanalização de pontagens ocluídas. Não existem indicações estabelecidas acerca do tratamento endovascular de pontagens periféricas pelo que é pertinente esclarecer qual é o limite da repermeabilização.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva do processo clínico eletrónico de um caso clínico de repermeabilização e reabilitação de pontagem periférica femoro-tibial anterior através de técnicas endovasculares.

RESULTADOS

Homem 76 anos com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, e antecedentes de doença cerebrovascular. Internado, em Junho de 2014, no serviço de angiologia e cirurgia vascular por lesão trófica com exposição articular do 3º dedo do pé direito. Submetido a pontagem femoro-tibial anterior direita com veia grande safena (VGS) invertida ipsilateral, sem intercorrências no pós-operatório. Em Abril de 2015, realizou angiografia que demonstrou oclusão da pontagem permanecendo clinicamente estável. O caso foi discutido em reunião de serviço tendo sido decidido que não teria condições para um novo procedimento de revascularização. Avaliado novamente em Março de 2016 por agravamento de lesões tróficas no pé tendo-se procedido à recanalização endovascular da pontagem com balão Pacific Plus® 3x12mm por punção retrógrada da artéria tibial anterior. Em Março 2017, internado novamente por apresentar a pontagem em falência constatando-se estenose anastomótica proximal em estudo angiográfico. Foi realizada uma tentativa de angioplastia da anastomose proximal por punção femoral contra-lateral sem sucesso. Fez-se então angioplastia ecoguiada da estenose por punção retrógrada da pontagem com dilatação utilizando o balão Pacific Plus® 3,5x60mm e posteriormente com “drug eluting balloon” (DEB) IN.PACT Pacific® 4x80mm. Pulso palpável na pontagem no final do procedimento.

CONCLUSÃO

Uma das principais limitações da patência de pontagens vasculares a longo prazo é a estenose dos seus segmentos nomeadamente nas áreas de anastomose. Este caso demonstra que os procedimentos endovasculares utilizados no tratamento destas complicações podem alargar de forma significativas os períodos de patência das pontagens periféricas. Estes procedimentos são na maioria das vezes guiados por fluoroscopia, no entanto o ecodoppler pode apresentar-se como uma boa alternativa com a vantagem de não necessitar de contraste nefrotóxico, podendo ser utilizado naqueles doentes que apresentam doença renal crónica. Existe ainda a vantagem adicional da ser um método isento de radiação ionizante sendo assim inócuo para o doente e para os profissionais de saúde.

P44 – ANEURISMA DISSECANTE DA AORTA ABDOMINAL – TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Rita Soares Ferreira, Frederico Bastos Gonçalves, Joaquim Barbosa

Hospital SAMS

INTRODUÇÃO

As dissecções da aorta infrarrenal são uma patologia vascular pouco frequente, que está relacionada com HTA, dislipidemia e aterosclerose e pode asso-

ciar-se a AAA (48,6%). Os autores têm como objectivo descrever o tratamento endovascular de um caso de dissecação da aorta abdominal infrarrenal complicada de aneurisma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Doente do sexo masculino de 59 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de HTA, dislipidemia, tabagismo e dissecação tipo A em 2006, submetido a interposição aorto-aórtica na aorta ascendente. Referenciado à consulta de Cirurgia Vascular por achado de aneurisma dissecante da aorta abdominal infrarrenal.

RESULTADOS

O doente foi submetido, sob anestesia local e sedação, por abordagem percutânea, a embolização da artéria hipogástrica esquerda com Amplatzer Plug II® e implante de endoprótese aorto-bi-ilíaca Endurant II® com extensão à ilíaca externa esquerda. O procedimento teve a duração de 2h40m, com tempo de escopia de 23 minutos e no total foram utilizados 140 cc de contraste; as perdas hemáticas foram inferiores a 50 cc. O pós-operatório decorreu sem complicações, permanecendo nas primeiras 24h sob vigilância numa Unidade Cuidados Intermédios. Teve alta ao 2º dia de pós-operatório e o AngioTC após 1 mês e 1 ano do procedimento revelaram exclusão do aneurisma e ausência de leaks.

CONCLUSÃO

Os autores descrevem um caso de tratamento endovascular de uma dissecação da aorta infrarrenal complicada de aneurisma. Apesar da dificuldade técnica que se pode acrescentar ao procedimento, a presença de dissecação não parece aumentar o risco de mortalidade ou complicações no tratamento endovascular de AAA.

P45 – EVAR E FALSO ANEURISMA AÓRTICO

Madalena Romero

Hospital Distrital de Santarém

ABSTRACT

Os falsos aneurismas da aorta abdominal de etiologia não infecciosa são entidades raras e por vezes associados a complicação de ulcera penetrante da parede aórtica ou ainda como degenerescência anastomótica tardia após cirurgia vascular. O risco de ruptura associado determina que a sua resolução seja célere e eficaz. Os autores descrevem dois casos de falsos aneurismas aórticos de etiologias diferentes, um ao nível da anastomose distal de prótese aórtica implantada 13 anos antes e o segundo resultante de complicação de ulcera penetrante presente numa aorta com doença aterosclerótica em estadio muito avançado. Sendo dois doentes com risco cirúrgico elevado devido a co-morbilidades associadas e cirurgias abomino-pelvicas prévias, optou-se pelo tratamento endovascular dos falsos aneurismas, uma alternativa segura, eficaz e menos invasiva em doentes com critérios morfológicos adequados como os autores demonstraram nos casos apresentados.

P46 – FALSO ANEURISMA DA ARTÉRIA RADIAL E SEPTICÉMIA: COMPLICAÇÃO RARA DE UM PROCEDIMENTO FREQUENTE

Isabel Vieira

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

INTRODUÇÃO

A artéria radial é comumente utilizada para monitorização cardiovascular, sendo um dos procedimentos invasivos mais comuns nas unidades de cuidados intensivos. Os falsos aneurismas da artéria radial são raros e geralmente secundários a traumatismos ou procedimentos invasivos. O diagnóstico é clínico, podendo ser complementado por exames de imagem, sendo o Eco-Doppler o exame de primeira linha. As taxas de infecção local e de bacteriemia associadas à cateterização radial têm uma incidência relatada de 1,75% e de 0,45%, respetivamente. Os microorganismos mais comuns são *Sthaphylococcus aureus*, *Sthaphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* e *Enterobacter*.

CASO CLÍNICO

Relata-se um caso clínico de um homem de 38 anos de idade com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e hábitos alcoólicos moderados. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, necessitando de monitorização cardíaca invasiva (linha arterial). Cindo dias após colocação da linha arterial na artéria radial direita, inicia quadro de febre e elevação anéfrica dos parâmetros inflamatórios. Ao exame físico apresentava lesões de embolia séptica no angiossoma da artéria radial direita, pulso radial e cubital palpáveis, sem massas pulsáteis. Removeu linha arterial, colheu hemoculturas e iniciou antibioterapia de largo espectro. Realizou ecocardiograma transthorácico, excluindo-se endocardite. Hemoculturas pedidas foram positivas para *Staphylococcus aureus* multissensível. Iniciou antibioterapia dirigida (Flucloxacilina). Sete dias após remoção de linha arterial, foi detectada uma massa pulsátil na face palmar do punho direito com cerca de 2,5x2cm e sopro à auscultação. Eco-Doppler TS arterial confirmou diagnóstico de falso aneurisma da artéria radial direita com cerca de 1,88x1,18cm de maiores eixos. Submetido a intervenção cirúrgica com ressecção do falso aneurisma e rafia directa da artéria radial. Procedimento decorreu sem intercorrências, mantendo artéria radial patente. Reavaliação aos 6 meses com pulso radial palpável com fluxo anterógrado trifásico em Eco-doppler e reversão completa de lesões de embolia séptica.

CONCLUSÃO

A cateterização da artéria radial é um procedimento cada vez mais frequente e, ainda que raro, não deverá ser ignorado o potencial de infecção local e de bacteriemia associado ao procedimento. Os falsos aneurismas da artéria radial são geralmente secundários a traumatismos ou procedimentos invasivos. A ressecção cirúrgica e a revascularização, quando possível, são considerados o tratamento de primeira linha. O reconhecimento precoce e o tratamento cirúrgico estão associados a um bom resultado.

P47 – BELOW-THE-ELBOW – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA DO MEMBRO SUPERIOR

André Graça Magalhães¹, João Correia Simões², Celso Carrilho², Sandrina Braga³, Joana Ferreira², Diana Brito¹, Catarina Longras¹, Ricardo Alves Marta⁴, Amílcar Mesquita²

1. Hospital Dist Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, EPE – Serviço de Cirurgia Geral / 2. Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, EPE – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular / 3. Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, EPE – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Unidade de Anatomia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / 4. Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, EPE – Serviço de Ortopedia rital de Santarém



INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Periférica (DAP) do membro superior raramente leva a necrose tecidual devido à extensa rede arterial colateral e ao baixo gasto metabólico do membro superior. Doentes com Doença Renal Crónica (DRC) terminal estão mais propensos a gangrena dos dedos da mão, principalmente aqueles que apresentam estenoses a vários níveis ou calcificações nas artérias do antebraço. Quando necessária intervenção, a cirurgia endovascular é considerada a terapêutica de primeira-linha, apresentando bons resultados para revascularização das extremidades superiores. Os autores apresentam um caso de isquemia do membro superior com gangrena dos dedos tratado com sucesso por angioplastia com balão.

CASO CLÍNICO

Doente de sexo masculino, 56 anos, DRC terminal em hemodiálise por FAV úmero-cefálica direita, DMIT, Doença coronária, seguido em consulta de Cirurgia Vascular por DAP dos membros inferiores e superiores e já submetido previamente a amputação abaixo do joelho à direita, acima do joelho à esquerda e de quatro dedos da mão direita (2^o-5^o). Recorre ao Serviço de Urgência por necrose da falange distal do 2^o dedo da mão esquerda.

Ao exame objectivo tinha pulso braquial palpável e radial e cubital ausentes. Fez arteriografia do membro superior esquerdo por punção braquial que revelou oclusão das artérias cubital e radial, com permeabilidade da artéria interóssea comum e posterior. Submetido a repermeabilização da oclusão cubital com guia hidrofílico e angioplastia com balão de 2*200mm da artéria cubital esquerda. Amputação diferida uma semana da falange distal do 2^o dedo da mão. Decorridos 8 meses, o doente apresenta pulso cubital, coto de amputação de dedo cicatrizado, sem outras queixas ou lesões tróficas.

DISCUSSÃO

As causas mais comuns de isquemia do membro superior são êmbolos, traumatismo, doenças vasculares do colagénio e Doença de Buerger. A doença aterosclerótica é a causa de apenas 12% das isquemias sintomáticas do membro superior. A cirurgia de revascularização, embora pouco frequente, está indicada quando existe dor em repouso ou necrose das extremidades. A terapêutica endovascular, por ser minimamente invasiva e ter bons resultados, é uma opção de primeira-linha, especialmente nestes doentes com múltiplas co-morbilidades.

P48 – SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER: UM CASO PECULIAR

Diana Souto Brito¹, Sandrina Braga¹, Joana Ferreira¹, Celso Carrilho¹, João Correia Simões¹, André Graça Magalhães¹, Ricardo Marta¹, Eva Pereira², Amílcar Mesquita¹

1. Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães / 2. Hospital Dr. Nélio Mendonça – Funchal

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Paget-Schroetter (SPS) refere-se a trombose primária da veia axilo-subclávia na junção costoclavicular, relacionada com compressão por anormalidades anatómicas, na intersecção da clavícula e primeira costela, entre o ligamento costoclavicular e escaleno anterior. É uma patologia relativamente rara: 1-2 casos/ 100000 habitantes/ ano. Afeta uma população jovem, principalmente homens (2:1) e habitualmente o braço dominante. É frequente uma história de exercício físico vigoroso ou atividades que impliquem elevação dos membros superiores (60-80%). Causas secundárias incluem

a presença de cateteres centrais, neoplasia, trombofilias, história pessoal de trombose e fatores predisponentes como cirurgia, trauma ou imobilização, gravidez, utilização de contraceptivos orais ou hiperestimulação ovárica. A clínica passa por edema, dor e cianose do membro superior. O diagnóstico pode ser realizado por eco-Doppler, mas a venografia é o “gold standard”; a tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética são complementares, para confirmar a trombose, verificar anormalidades anatómicas e excluir complicações, como tromboembolismo pulmonar. O tratamento é variável consoante a instituição e o tempo de instalação, passando por hipocoagulação, trombólise e descompressão cirúrgica.

CASO CLÍNICO

Homem de 33 anos, trabalha como transportador de bilhas de gás, sem antecedentes patológicos. Automedicado há 5 meses com etinilestradiol e ciproterona. Recorreu ao SU por edema e cansaço do membro superior (MS) direito e aparecimento de circulação colateral no ombro e parede torácica com 6 dias de evolução. Realizou eco-Doppler: TVP axilo-subclávia direita; AngioTC sugere compressão venosa. Recusou a realização de venografia, trombólise e eventual descompressão cirúrgica por preocupações estéticas com as incisões. Decidiu hipocoagulação com rivaroxabano e contenção elástica. Um mês após o internamento com recuperação sintomática e funcional.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

A utilização de derivado estrogénico foi um provável fator predisponente para a patologia, juntamente com o esforço do membro dominante pelo trabalho do doente. O tratamento proposto passaria por terapêutica trombolítica, que é o primeiro passo do tratamento agudo, quando o quadro tem menos de 14 dias de evolução, e descompressão cirúrgica do desfíladeiro torácico, como forma de resolver o problema anatómico e evitar recorrência e complicações. A hipocoagulação isolada associa-se a taxas variáveis de síndrome pós-trombótica (7-46%), com consequente impacto na qualidade de vida. Todavia, o respeito pela decisão do doente é irrevogável.

P49 – MAY-THURNER SYNDROME ASSOCIATED WITH A NUTCRACKER SYNDROME, CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

Miguel Machado¹, Rui Machado², Daniel Mendes³, Rui Almeida²

1. Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar /Oporto University / 2. Santo António Hospital, Oporto University Medical Center and Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar /Oporto University / 3. Santo António Hospital, Oporto University Medical Center

INTRODUCTION

The May Thurner syndrome (MTS), results from compression of left common iliac vein (LCIV) between the fifth lumbar vertebra, posteriorly, and the right common iliac artery (RCIA), anteriorly. This phenomenon can cause venous stasis in the pelvis and in the left lower limb.

The Nutcracker syndrome (NCS) result from compression of the left renal vein (LRV) between the superior mesenteric artery and the aorta, called Anterior NCS, or more rarely by compression of the LRV between the aorta and the lumbar vertebra, when the vein passes behind the aorta, called posterior NCS. The association of the two anomalies can occur when a circum-aortic renal vein exists. This phenomenon can cause stasis in the kidney and in the pelvis.

The MTS and NCS are rare clinical entities and the association of the two pathologies is extremely rare.

CLINICAL CASE

A 29-year-old female, complaints of bilateral leg pain, predominantly on the left side, left malleolar edema which increases in the end of the day, and dyspnea. These complaints interfere severely with the quality of life of the patient.

The physical examination reveals collateral varices in the posterior aspect of the left thigh, a right side vulvar varicose vein and mild left malleolar edema.

A phlebography of the ilio-cava system and the ovarian vein reveal a compression of LCIV by the RCIA with an extensive collateral pathway communicating the left and the right vein iliac system, the origin of a right side vulvar varicose vein in the right internal iliac vein and the compression of a posterior LRV by the aorta. A transluminal angioplasty with sequential dilatation with a 12, 14 and 16 mm balloon was done and an Optimed stent 16/100 mm was implanted in the LCIV. At 3 months of follow up, the patient called and informed that she was pregnant, so she stopped the rivaroxabane and maintained the elastics stockings. The pregnancy and the child birth had no interferences.

An abdomino-pelvic control CT at 12 months *follow-up* was done, showing the stent in a good position and patent, and posteriorly she was submitted to stab avulsion of varicose veins in the right thigh. At 18 months *follow-up*, the patient was clinically asymptomatic.

DISCUSSION/CONCLUSION

Insufficient knowledge about the natural history of NCS and MTS results from the uncertainty in the diagnostic criteria and treatment selection, particularly in the rare association of both. This association can be responsible for the amplification of the symptomatology of the venous obstruction.

In our case, we have seen the resolution of the complaints by treating only one of the obstructive lesion (MTS) and we haven't seen any effect of the pregnancy in the structure and patency of the ilio-caval stent.

P50 – TRATAMENTO DE ISQUEMIA AGUDA DA MÃO COM STENT DE NITINOL/ FLUOROPOLÍMERO NA ARTÉRIA UMERAL EM DOENTE COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Daniel Mendes¹, Luís Loureiro¹, Paulo Almeida¹, Norton de Matos¹, Duarte Rego¹, Vítor Ferreira¹, João Gonçalves¹, Gabriela Teixeira¹, Inês Antunes¹, Carlos Veiga¹, Rui Machado², Rui Almeida²

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto / 2. Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

O tratamento endovascular, através de angioplastia transluminal (ATL) com balão e colocação de stent, é hoje uma opção cada vez mais utilizada no tratamento da doença arterial periférica dos membros inferiores. Relativamente ao tratamento de lesões do território arterial dos membros superiores a angioplastia com a colocação de stent constitui a primeira linha no tratamento de estenoses da artéria subclávia, no entanto, a utilização de stents na artéria umeral raramente é realizado existindo apenas escassos casos clínicos descritos na literatura. O TIGRIS®, é um stent de nitinol de 3ª geração com interligações de politetrafluoroetileno (PTFE) revestido de heparina que combina flexibilidade com elevada tensão radial e baixo risco de fratura. Estas características permitem taxas de patência favoráveis a longo prazo quando colocado no território femoro-poplíteo. No entanto, não existem dados sobre o comportamento deste stent noutros territórios arteriais, nomeadamente, ao nível dos membros superiores.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva do processo clínico eletrónico de um caso clínico em que se optou pela colocação de um stent TIGRIS® na artéria umeral para tratamento de isquemia aguda da mão.

RESULTADOS

Homem de 78 anos com doença renal crónica estadio V sob terapêutica de substituição renal com hemodiálise. Nesse sentido foi submetido a construção de fístula arteriovenosa úmero-umeral com posterior superficialização da veia umeral em Março de 2017. Aproximadamente 2 semanas após o procedimento iniciou quadro de dor e arrefecimento do membro superior esquerdo sem défices sensitivo-motores. Foi observado em contexto de urgência constatando-se assimetria da temperatura das mãos sem lesões tróficas. O ecodoppler arterial demonstrou fluxo trifásico na artéria axilar, com estenose significativa na transição axilo-umeral, com fluxo monofásico anterógrado nas artérias do antebraço. O doente realizou angio-TC dos troncos supra aórticos observando-se trombo oclusivo da transição axilo-umeral. Iniciou hipocoagulação com heparina não fracionada em perfusão tendo sido submetido a angiografia, que confirmou a oclusão arterial. Posteriormente foi submetido a tratamento endovascular com recanalização de oclusão da artéria umeral, com fio-guia hidrofílico e dilatação com balão Abbott® Armada 35® 5X80mm e posterior colocação de stent Gore® TIGRIS® 6X60mm. Com melhoria marcada dos sintomas no período pós-procedimento.

CONCLUSÃO

O presente caso clínico demonstra a versatilidade do stent GORE TIGRIS® podendo ser utilizado noutros territórios vasculares diferentes do femoro-poplíteo com bons resultados a curto prazo. Seriam necessários mais dados acerca da patência e complicações a longo prazo com a utilização deste tipo de stents nos territórios arteriais dos membros superiores de forma a sustentar a sua utilização de forma sistemática.

P51 – ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA 29 ANOS APÓS LACERAÇÃO E REPARAÇÃO PRIMÁRIA

Margarida Silva Ferreira¹, Sofia Antunes², Maria José Ferreira¹, Gil Marques¹, Antonio Gonzalez¹, Gonçalo Sousa¹, João Vieira¹

1. Hospital Garcia de Orta / 2. Hospital Espírito Santo

INTRODUÇÃO

A lesão da aorta por trauma contuso é a segunda causa de morte mais frequente em doentes de trauma. Apesar disso, estima-se que constituirá menos de 1% das lesões dos doentes politraumatizados devido a acidente de viação.

Caracteriza-se por um elevada mortalidade: 80 a 85% dos doentes morrem em contexto pré-hospitalar. Entre os doentes admitidos em hospital, a mortalidade nas primeiras 24h é de 50%. Associando a estes dados a mortalidade por lesões associadas, a sobrevivência a este tipo de lesões é rara e escasseiam dados sobre o prognóstico a longo-prazo destes doentes.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 49 anos de idade. Identificou-se incidentalmente em exame de rotina a presença de aneurisma da aorta torácica.

Antecedentes Pessoais conhecidos de reparação primária de laceração da aorta torácica 29 anos antes por traumatismo torácico contuso no contexto de acidente de viação; VHC em provável relação com transfusão sanguínea no contexto citado; hipertensão arterial e Síndrome de Gilbert.



A localização do aneurisma da aorta identificado correspondia à localização da prévia reparação de laceração da aorta. Foi proposto para correção endovascular: submetido a TEVAR com colocação de endoprótese Valiant 32-28 por 150cm. O procedimento decorreu sem intercorrências e o doente teve alta às 48h.

DISCUSSÃO

A primeira reparação com sucesso de uma lesão traumática da aorta é atribuída a Klassen em 1958. Desde então as opções cirúrgicas passaram a incluir a reparação primária, interposição protésica e, mais recentemente, a reparação endovascular com taxas de sucesso até 80%.

A raridade destas lesões implica que as séries descritas na literatura sejam diminutas e apenas uma incluía *follow-up* a longo prazo (com 2 em 33 doentes a apresentar alterações angiográficas mais de 6 anos após a cirurgia inicial).

Por outro lado, os doentes que sobrevivem a estas reparações são frequentemente jovens, com esperança-média de vida até 60-70 anos após a cirurgia. Assim, interessa perceber quais as particularidades a longo-prazo das várias opções cirúrgicas e eventual necessidade de seguimento.

Está descrita a associação entre traumatismo torácico fechado (e lesão aórtica subclínica) e o desenvolvimento de aneurisma crónico da aorta torácica até três décadas após o traumatismo. Os estudos referentes a TEVAR em contexto de trauma preconizam a realização de angio-TC anual, espelhando as recomendações para TEVAR realizado em contexto de doença aterosclerótica.

CONCLUSÃO

Com este caso clínico pretende-se alertar para a possibilidade de desenvolvimento de lesões secundárias várias décadas após reparação primária da aorta e a necessidade de equacionar um plano de seguimento destes doentes.

P52 – ANEURISMA INFLAMATÓRIO DA AORTA ABDOMINAL TRATAMENTO CIRÚRGICO OU ENDOVASCULAR: QUAL A OPÇÃO?

Joana Ferreira, Sandrina Braga, Celso Carrilho, João Correia Simões, Eva Campos Pereira, Amílcar Mesquita

Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS

Os aneurismas inflamatórios da aorta abdominal(AIAA) caracterizam-se por uma reação inflamatória, com aderências aos órgãos adjacentes e fibrose perianeurismática. A sua correção visa não só impedir a rotura, mas também, diminuir a fibrose peri-aórtica. A técnica de correção é discutível. Se por um lado, o tratamento cirúrgico poderá estar associado a elevado número de iatrogenias, por outro, o tratamento endovascular(EVAR) pode perpetuar o processo inflamatório retroperitoneal.

MATERIAL E MÉTODOS

Caso1-Homem, 54 anos, admitido por dor abdominal. Realizou angioTC, que demonstrou a presença de AIAA de 6,3 cm e hidronefrose direita. Analiticamente: PCR=79,4 mg/L (N<3 mg/L). Foi medicado com corticoide até alívio da sintomatologia e submetido a aneurismectomia, endoaneurismorrafia e interposição de enxerto aorto-bi-ílica. Pós-operatório sem intercorrências. Aos seis meses de seguimento o doente encontrava-se assintomático.

Caso2-Homem, 81 anos admitido por insuficiência renal aguda. Realizou ecografia e TC que revelou AIAA de 6,5 cm. Procedeu-se a correção endovascular com endoprótese-aorto-mono-ílica- Endurant® e *bypass* cruzado femoro-femoral. Após a intervenção: creatinina sérica de 0,89 mg/dL. Dois meses depois é admitido com creatinina de 8,1 mg/dL. Realizou TC abdomi-

nal que revelou fibrose retroperitoneal, compressão ureteral e hidronefrose bilateral. Foi submetido a cateterismo ureteral bilateral, utilizando um cateter duplo “J”, com normalização da função renal.

RESULTADOS

O tratamento cirúrgico do AIAA constitui um desafio técnico devido à fibrose peri-aórtica e consequente risco de lesões iatrogénicas. De modo a minimizá-las, tem sido defendido um controlo proximal e distal do aneurisma “with as little dissection as possible”, conseguindo-se assim, resultados idênticos aos dos aneurismas não inflamatórios. Deste modo, no caso 1, procurámos: não mobilizar o duodeno, que se encontrava aderente à parede do aneurisma; controlar a aorta infrarenal numa área de menor fibrose e clampar as artérias ilíacas comuns distalmente, evitando a bifurcação aórtica (envolvida por fibrose). Pre-operatoriamente o doente foi medicado com corticoide, o que reduziu a inflamação e facilitou a disseção.

O EVAR é uma alternativa apelativa no tratamento dos AIAA. Contudo com esta técnica, a inflamação peri-aórtica pode progredir com consequente uropatia obstrutiva, como observado no caso 2. Dados da literatura demonstraram que a inflamação e a hidronefrose progrediram em 4% e 21 % dos doentes submetidos a EVAR versus 1% e 9% nos submetidos a cirurgia. Pensa-se, que a endoprótese e o trombo aneurismático potenciam uma reação inflamatória com agravamento da fibrose retroperitoneal.

CONCLUSÕES

O tratamento cirúrgico e o endovascular são opções válidas, devendo a estratégia terapêutica ser ponderada individualmente.

P53 – LESÃO IATROGÉNICA DA ARTÉRIA ILÍACA COMUM ESQUERDA DURANTE CIRURGIA AMBULATÓRIA DE HÉRNIA DISCAL

Daniel Mendes¹, Rui Machado², Duarte Rego¹, Vítor Ferreira¹, João Gonçalves¹, Gabriela Teixeira¹, Inês Antunes¹, Carlos Veiga¹, Rui Almeida²

1. Centro Hospitalar Universitário do Porto / 2. Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

As lesões vasculares durante a cirurgia da coluna lombar podem ser devastadoras, sobretudo quando não são identificadas atempadamente. O tratamento baseia-se classicamente em técnicas cirúrgicas convencionais, no entanto, o recurso à cirurgia endovascular tem vindo a assumir relevância crescente neste tipo de lesões pela sua menor morbilidade. Apresentamos um caso de correção de lesão iatrogénica da artéria ilíaca comum esquerda com stentgraft Viabahn®.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva do processo clínico eletrónico de um caso clínico de tratamento endovascular de laceração iatrogénica da artéria ilíaca comum esquerda através da exclusão da lesão arterial com stentgraft Viabahn®.

RESULTADOS

Jovem de 19 anos do sexo feminino submetida a tratamento ambulatório de discectomia lombar. Durante o decurso cirúrgico a doente entra em choque, sendo transferida para o serviço de urgência por suspeita de lesão vascular. À entrada apresentava-se em choque hemorrágico com hemoglobina de 5,2g/dL sob ventilação invasiva por tubo orotraqueal.

Realiza angio-TC abdomino-pélvico e é transferida de imediato para o bloco operatório. Após abordagem cirúrgica da artéria femoral comum esquerda realizada angiografia onde se constata lesão da artéria ilíaca comum esquerda tendo sido colocado stentgraft Viabahn® por via endovascular com exclusão da solução de continuidade. Pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo tido alta ao 9º dia.

CONCLUSÃO

Embora raras as lesões vasculares durante a cirurgia da coluna lombar podem ser de elevada gravidade. A cirurgia endovascular se possível poderá ser um meio menos invasivo de resolução do problema, não devendo contudo retardar, em caso de impossibilidade técnica, o tratamento da doente por cirurgia convencional.

P54 – SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA – A PROPÓSITO DE UM CASO DE RECIDIVA DE VARIZES DO MEMBRO INFERIOR

Isabel Vieira

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

INTRODUÇÃO

A síndrome de congestão pélvica (SCP) é uma entidade clínica que faz parte do diagnóstico diferencial da dor pélvica crónica (DPC), caracterizando-se pela presença de varizes pélvicas num cenário de DPC. A sua etiologia permanece mal definida, acreditando-se que um conjunto de factores contribuam para a sua patogénese. A incompetência valvular das veias pélvicas pode levar ao desenvolvimento de varizes primárias ou recorrentes nos membros inferiores pela ocorrência de refluxo venoso pélvico para a junção safeno-femoral. Varizes vulvares, no períneo, nádegas e membros inferiores são comumente encontradas ao exame físico. A SCP afecta tipicamente mulheres múltiparas em idade reprodutiva, sendo que a maioria apresenta dor pélvica não cíclica e de duração superior a 6 meses.

CASO CLÍNICO

Relata-se um caso clínico de uma mulher de 33 anos de idade com antecedentes pessoais de: 2 gestações e 2 partos eutócicos; cirurgia a varizes do membro inferior esquerdo - safenectomia interna há 7 anos. Referenciada à consulta externa de Cirurgia Vasculosa por recidiva de varizes no MIE. Apresentava também queixas de dor pélvica crónica, dispareunia e metrorragias com 2 anos de evolução. Ao exame objectivo: varizes tronculares na região inguinal, vulvar, glútea, face interna da coxa e face posterior da perna do MIE.

Por suspeição clínica de síndrome de congestão pélvica, pedido Angio-TC abdomino-pélvica que revelou: veias varicosas pélvicas uterinas com confluência na veia ovárica esquerda que se encontrava dilatada, sem evidência de compressão da veia renal esquerda. Doente foi proposta para flebografia selectiva e tratamento endovascular. Submetida, via veia femoral direita percutânea, a flebografia selectiva com introdução de cateter Cobra 5Fr para selectivar veia renal esquerda e, posteriormente, veia ovárica esquerda. Após injeção de contraste, verificou-se preenchimento imediato da veia ovárica esquerda e de veias pélvicas que se encontravam marcadamente dilatadas. Procedeu-se a embolização com micro-coils (Tornado Embolization Microcoil - Cook®) da veia ovárica esquerda. Procedimento de embolização sem intercorrências, tendo a doente alta clínica no dia seguinte. Submetida, 2 meses mais tarde, a nova cirurgia de varizes do MIE: laqueação/flebotomia de varizes vulvares, glúteas e face interna da coxa; laqueação da crosse de veia pequena safena e de comunicantes na sua dependência. Reavaliação em consulta aos 9 meses: doente satisfeita, referindo melhoria significativa dos sintomas prévios de congestão pélvica e sem recidiva actual de varizes nos membros inferiores.

CONCLUSÃO

A SCP é uma entidade clínica com um importante impacto na qualidade de vida das doentes, sendo a sua definição algo controversa e do desconhecimento de muitos clínicos no que respeita ao diagnóstico diferencial da DPC.

Os exames de imagem são essenciais para a confirmação do diagnóstico, juntamente com a suspeição clínica. O tratamento de embolização deve ser recomendado a pacientes com DPC e evidência de refluxo venoso pélvico, confirmado por flebografia. Os resultados do tratamento endovascular são encorajadores, com taxas de sucesso entre 60-100% no alívio sintomático significativo da DPC.

P55 – AGENESIA DA TIBIAL ANTERIOR OU A GÉNESE DO FALSO ANEURISMA PERONEAL

Carla Joana Rodrigues, António Santos Simões

Centro Hospitalar Tondela Viseu

INTRODUÇÃO

O conhecimento das variantes anatómicas da árvore arterial é fundamental para o sucesso das intervenções cirúrgicas, sejam vasculares sejam de outra natureza, nomeadamente ortopédica. A presença destas variantes nas artérias da perna, sobretudo se não reconhecidas atempadamente, acompanharam-se de um aumento das complicações hemorrágicas e isquémicas, da falência precoce de *bypass* ou da exclusão ineficaz de aneurismas.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores analisaram o quadro clínico de um homem, 52 anos, com antecedentes de tabagismo e doença renal crónica (DRC) estágio 3, de causa desconhecida, vítima de acidente de trabalho 2 meses antes - queda de um fardo de palha de 500kg em cima. Do acidente resultou traumatismo torácico com hemotórax e fratura dos ossos da perna direita. Foi submetido a cirurgia torácica com rafia da 5ª artéria intercostal direita e a estabilização da fractura da perna com fixadores externos. Assiste-se a uma hemorragia recidivante, de características arteriais a partir de um dos orifícios utilizados para implantar os fixadores externos (na face anterior da perna, na união do 1/3 médio com o 1/3 distal). Realiza ecodoppler que revela uma artéria inicialmente referenciada como sendo a tibial anterior embora com um trajeto mais anterior, com cerca de 4,5mm diâmetro e com uma imagem compatível com uma rotura, na projecção do orifício do fixador externo.

RESULTADOS

O doente é submetido a exclusão da lesão com a implantação de uma endoprótese Viabahn 5x50 mm guiada por ecodoppler. A angiografia diagnóstica, realizada no mesmo tempo operatório que a exclusão da lesão (opção relacionada com a DRC do doente) não revela o local da rotura da artéria mas expõe a razão da lesão arterial - a agenesia da artéria tibial anterior e a vicariância da artéria peroneal que adota o trajeto intermédio entre o trajeto normal das artérias tibial anterior e peroneal, coincidente com o local de implantação habitual dos fixadores externos.

CONCLUSÕES

Cerca de 10% da população apresenta uma variante anatómica dos vasos tibiais. A presença de uma agenesia da artéria tibial anterior com vicariância da artéria peroneal (variante IIIB da classificação de Kim et al) tem uma incidência inferior a 2%. A cirurgia ortopédica do traumatismo baseia-se nos achados do exame físico vascular periférico, realizando-se na ausência de exames complementares de imagem vasculares. Acompanha-se, por isso, de uma incidência superior de complicações hemorrágicas por rotura de artérias ou formação de falsos aneurismas nos doentes com variantes anatómicas vasculares.



P56 – SELAGEM DE COLO EM EVAS

João Rocha Neves¹, Marina Neto², José Pedro Pinto², Joel Sousa³, Tiago Soares³, Isabel Vilaça³, Mário Viera⁴, José Teixeira³

1. Faculdade de Medicina da universidade do Porto – Departamento de Biomedicina – Unidade de Anatomia / 2. Faculdade de Medicina da universidade do Porto – Departamento de Fisiologia e Cirurgia / 3. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar – Hospital São João / 4. Hospital de Braga, PPP

INTRODUÇÃO

A incidência e prevalência de *endoleaks* no EVAS é desconhecido. Atualmente a prótese é utilizada com regularidade no limite das IFU, o que associado à sua introdução recente no mercado dificulta a publicação de séries reprodutíveis. A complicação mais descrita em pubmed é o *endoleak* tipo 1 proximal. Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 75 anos, submetido previamente a exclusão de aneurisma da aorta com EVAS (prótese selecionada por ectasia do colo proximal, 6 lombares patentes, sem trombo aortico). No Angio TC de seguimento (1 ano) observou-se falha na selagem proximal de aneurisma sem preenchimento/crescimento do saco com aumento de diâmetro do colo. Confirmação de diagnóstico com angiografia pré-operatória.

OBJETIVOS

Descrever um caso de falha na selagem de um EVAS e a discussão das possibilidades terapêuticas.

RESULTADOS

Decidiu-se corrigir falha na selagem do colo. Nas opções terapêuticas encontra-se descritas as hipóteses de prolongar proximalmente a correção com chEVAS ou prologamento de EVAS com stent coberto coberto mais embolização da falha na selagem coils e onyx. Considerou-se a segunda opção pela maior simplicidade técnica e do provável bom prognóstico do caso (sem crescimento do saco).

O paciente teve alta no dia seguinte ao procedimento, realizando controlo por angio TC ao primeiro mês. Artefacto criado pelo Onyx dificulta o seguimento por angio Tomografia do aneurisma, encontrando-se a fuga aparentemente corrigida e sem qualquer preenchimento do saco.

CONCLUSÃO

As falhas na selagem após EVAS é incomum dentro das IFU, não havendo séries extensas publicadas. As estratégias de bail-out habituais são desadequadas (cuff, balonamento, fenestrações). A embolização é um método eficaz de tratamento e com altas taxas de sucesso técnico.

P57 – COMPLICAÇÕES INVULGARES RELACIONADAS COM O ACESSO VENOSO PARA HEMODIÁLISE

Marina Dias-Neto, João Neves, Dalila Rolim, José Fernando Ramos, José Fernando Teixeira

Centro Hospitalar de São João

ABSTRACT

A insuficiência renal crónica tem-se tornado cada vez mais comum nos países desenvolvidos a par do envelhecimento da população e do aumento da incidência da diabetes. A construção de acessos para hemodiálise deve acompanhar-se da deteção precoce da sua disfunção, antes que a trombose ocorra,

bem como do conhecimento das suas complicações associadas. Nesta série apresentam-se duas complicações invulgares relacionadas com o acesso venoso para hemodiálise.

Caso 1 – Mulher de 50 anos com antecedentes de doença renal crónica secundária a nefrangiosclerose hipertensiva e submetida a transplante renal há 9 anos. Possuía acesso venoso para hemodiálise ao nível da prega do cotovelo esquerdo que tinha trombosado após o transplante. Deu entrada no serviço de urgência por volumosa tumefação na face medial do braço com sinais inflamatórios e áreas de necrose (Figura 1). Esta tumefação não apresentava flutuação. Consideram-se como diagnósticos diferenciais trombose de aneurisma venoso e neoplasia. O ecodoppler mostrava continuidade da lesão com as veias superficiais do antebraço e ausência de vascularização da tumefação em favor de aneurisma venoso trombosado. Procedeu-se à sua exérese de contexto de urgência diferida para além de um ciclo de antibioterapia com linezolid (alergia à vancomicina) com bom resultado. Sem intercorrências intra ou pós-operatórias imediatas. Doente satisfeita e com feridas cicatrizadas quando observada na consulta ao primeiro mês de pós-operatório.

Caso 2 – Homem de 60 anos com antecedentes de doença renal crónica secundária a doença renal policística autossómica dominante submetido a transplante renal há 4 anos. Possuía acesso venoso para hemodiálise ao nível do punho esquerdo ainda funcionante. Deu entrada no serviço de urgência por algias e cianose do primeiro ao terceiro dedo da mão esquerda bem como ferida peri-ungueal do primeiro dedo (Figura 2). Este aspeto mantinha-se mesmo após elevação dos dedos. Por suspeita de hipertensão venosa da mão, o doente foi submetido a laqueação da fistula arterio-venosa do punho, sem intercorrências intra ou pós-operatórias imediatas. Melhoria significativa e doente satisfeito quando observado na consulta ao primeiro mês de pós-operatório.

P58 – ASYMPTOMATIC CHRONIC MESENTERIC ISCHEMIA – WHEN TO TREAT?

Ana Carolina Semião

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho

INTRODUCTION

Chronic mesenteric ischemia (CMI) is a rare condition, caused by stenosis or occlusion of the mesenteric vasculature. The natural history has not been completely defined yet.

Patients can present with post-prandial abdominal pain, but some are completely asymptomatic. Nowadays, endovascular intervention is the first-line treatment for CMI and it is often selected for symptomatic patients.

CASE REPORT

59 years old male with a past history of smoking habits, dyslipidemia and gastric resection due to an adenocarcinoma, which was considered a curative procedure.

The patient was followed in outpatient clinic with severe intermittent claudication for about 50 meters, with an ankle brachial index of 0,36 bilaterally and no femoral pulses. He didn't report any improve after best medical treatment. Angio-CT confirmed the indication for aorto-bifemoral *bypass* and also revealed a critical stenosis of the celiac trunk (CT) and superior mesenteric artery (SMA).

Patient was first submitted to an endovascular visceral revascularization, through braquial access, with primary stenting of CT and SMA.

CONCLUSION

It is generally accepted that asymptomatic visceral arteries stenosis carry a benign course, not justifying prophylactic revascularization.

However, patients submitted to major abdominal surgery or aortic procedures (such as aortic aneurysm or aortic-iliac occlusive disease) have a higher risk of collateral network compromise, which can precipitate an acute worsening of visceral supply after surgery, associated with a dismal prognosis. According to Literature, concomitant treatment of CT and SMA stenosis improves visceral blood supply and prevents symptom recurrence in the event of restenosis of the other treated artery.

P59 – OCLUSÃO DE REDO DE BYPASS FEMORO-POPLITEU – UMA ABORDAGEM COMBINADA

Sofia Antunes¹, Margarida Ferreira², Maria José Ferreira², Antonio Gonzalez², Ana Gonçalves², João Vieira², Gonçalo Sousa²

1. Hospital do Espírito Santo de Évora / 2. Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A cirurgia de revisão de reconstrução vascular pode ser necessária por arteriosclerose progressiva, fibroplasia, oclusão de enxerto, formação de aneurisma ou infeção. A oclusão de um *bypass* é uma situação complicada, tendo frequentemente indicação cirúrgica, sendo esta normalmente difícil. Até 40% dos *bypass* infra-inguinais necessitam de re-intervenção no prazo de 5 anos. O risco de complicações isquémicas e necessidade de revascularização de membro de urgência são maiores com oclusão de enxertos protéticos quando comparado com enxertos venosos

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 57 anos, medicado com rivaroxabano, ex-fumador (agosto 2016) com antecedentes de DAP com *bypass* femoro-poplíteu do membro inferior direito por isquemia crítica em 2011, *bypass* femoro-poplíteu do membro inferior esquerdo por isquemia crítica em 2015 com necessidade de re-intervenção em agosto 2016 por oclusão do mesmo, tendo sido realizado redo do mesmo a nível supra-genicular com prótese de PTFE 8mm por inexistência de conduto autólogo adequado. O doente recorre ao SU em fevereiro 2017 por quadro de dor em repouso no MIE com 4 dias de evolução, constatando-se oclusão de *bypass* do MIE. Realizou terapêutica com prostaglandinas sem melhoria, com dor intensa em repouso, tendo sido inicialmente submetido a trombectomia de *bypass* e angiografia que documentou estenose proximal e distal do *bypass* tendo sido no mesmo tempo submetido a angioplastia com balão, com bom resultado no pós-operatório imediato. Às 24h pós-operatório inicia novo quadro de isquemia do MIE por nova oclusão do *bypass*. Foi submetido a nova trombectomia do enxerto e angioplastia proximal com stent coberto expansível por balão, mantendo *bypass* permeável até a data de alta, recuperando pulso tibial posterior amplo.

CONCLUSÃO

A trombectomia em combinação com angioplastia é uma abordagem possível na resolução de oclusão de *bypass* em doentes com DAP estabelecida, nomeadamente em casos de oclusão de *bypass* com prótese. A abordagem híbrida com tratamento das estenoses anastomóticas por via endovascular é particularmente importante por evitar abordar uma área já intervencionada, com áreas de fibrose, evitando possíveis lesões neurológicas ou complicações da ferida operatória.

P60 – ANEURISMA DA ARTÉRIA FEMORAL COMUM EM RUTURA SOB A FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ISQUEMIA AGUDA – CASO CLÍNICO

Tiago João Cardoso Soares¹, João Rocha Neves¹, Joel Sousa¹, José Pedro Pinto¹, Ricardo Castro Ferreira¹, Mário Vieira², Pedro Paz Dias¹, Sérgio Sampaio¹, José Fernando Teixeira¹

1. Hospital de São João / 2. Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O aneurisma verdadeiro da artéria femoral comum é uma entidade rara e está frequentemente associado a outros aneurismas periféricos ou aórtico. A maioria é de etiologia degenerativa e representa cerca de 60% dos aneurismas da artéria femoral. Associa-se ao tabagismo e hipertensão, sendo encontrado predominantemente em homens idosos. A apresentação clínica mais típica é a isquemia do membro inferior resultante de embolização, sendo que a rutura ocorre apenas em cerca de 4% dos casos.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de rutura de um aneurisma femoral comum salientando a sua apresentação clínica atípica bem como rever os aspetos mais relevantes desta entidade clínica.

RESULTADOS

Homem de 80 anos, com antecedentes de hipertensão, ex-fumador, fibrilhação auricular hipocoagulada e prostatectomia radical em 2009 por adenocarcinoma primário da próstata. Recorre ao serviço de urgência com história de dor súbita na perna direita com horas de evolução. Ao exame objetivo apresentava pulso da aorta abdominal amplo, massa pulsátil dolorosa na região inguinal direita, pé frio e pálido com défices sensitivos e ausência de pulso poplíteu e distais bilateralmente. Dado a suspeita de aneurisma da aorta abdominal e complicação de aneurisma da artéria femoral comum optou-se pela realização de Angio-TC abdomino-pélvico e dos membros inferiores que revelou "aneurisma da aorta abdominal (AAA) infra-renal de 62mm de calibre axial máximo, sem sinais de rutura e aneurisma da artéria femoral comum direita, com calibre de difícil determinação por indefinição parietal, demonstrando sinais de extravasamento de contraste. Trombose completa de ambas as artérias femorais superficiais com repermeabilização distal nas artérias poplíteas e artérias femorais profundas patentes, com atraso de preenchimento à direita".

Foi submetido de urgência a *bypass* ilio-poplíteu supra-articular com prótese PTFE com laqueação proximal e distal do aneurisma. No final da cirurgia tinha pulso poplíteu presente e sinal doppler trifásico nos eixos distais. Teve alta ao 5º dia pós-operatório.

CONCLUSÕES

A rutura de aneurisma da artéria femoral comum é uma entidade rara, sendo que neste caso em particular apresentou-se de forma atípica. Dado a sua frequente associação com outros aneurismas, o screening de outros aneurismas deve ser realizado nestes pacientes.



P61 – SÍNDROME DE HIPERPERFUSÃO CEREBRAL PÓS ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA

Joel Sousa, José Pinto, José Almeida Lopes, Joana Ferreira, Paulo Barreto, Daniel Brandão, Armando Mansilha

Hospital CUF Porto

INTRODUÇÃO

A síndrome de hiperperfusão cerebral constitui uma complicação séria, rara e potencialmente fatal que surge após revascularização carotídea por endarterectomia ou stenting. Perda dos mecanismos auto-regulatórios e alterações pós-revascularização da hemodinâmica cerebral estão na base desta complicação, a qual se pode revelar fatal caso hemorragia intracerebral se desenvolva.

MÉTODOS

Os autores apresentam um caso de síndrome de hiperperfusão cerebral pós endarterectomia carotídea, tratado com sucesso com recurso a medidas de controlo tensional apertado.

RESULTADOS

Sexo masculino, 68 anos de idade, hipertenso, diabético e ex-fumador. Admitido por quadro de acidente isquémico transitório, com disartria. Estudo ultrassonográfico carotídeo revelou presença de estenose carotídea esquerda de pelo menos 85%, com marcada repercussão hemodinâmica (530/239 cm/s; índice carotídeo 7,3), pelo que foi proposto para realização de endarterectomia carotídea. O procedimento decorreu sem quaisquer complicações e o pós-operatório evoluiu sem intercorrências, pelo que atendendo à estabilidade clínica verificada, teve alta para o domicílio ao 2º dia pós-operatório.

Ao 3º dia pós-operatório iniciou quadro de cefaleias intensas, afasia motora e agitação, pelo que foi reavaliado. Perfil tensional mal controlado com pressões arteriais sistólicas de 190 mmHg, apesar da medicação habitual instituída. Estudo imagiológico por angioTC cerebral e ecoDoppler carotídeo não demonstrou alterações de novo.

As queixas foram assim entendidas como quadro de síndrome de hiperperfusão, pelo que o doente foi internado para controlo tensional apertado. Ao segundo dia de internamento apresentava já reversão total das queixas que motivaram a admissão, sem défices neurológicos de novo a documentar.

Pela estabilidade clínica observada, teve alta para o domicílio ao 3º dia pós-evento.

CONCLUSÃO

A síndrome de hiperperfusão cerebral constitui uma complicação séria da revascularização carotídea, sendo consequência do efeito sinérgico da perda dos mecanismos autorregulatórios cerebrais e pressões arteriais elevadas no pós-operatório. O seu tratamento passa pelo controlo apertado da pressão arterial sistémica por forma a limitar a perfusão cerebral. Quando não tratado adequadamente, pode resultar em edema cerebral grave, hemorragia intracerebral e morte.

P62 – PÉ DIABÉTICO: O PODER DIAGNÓSTICO DA RADIOGRAFIA CONVENCIONAL

Eva Campos Pereira¹, Joana Ferreira², Celso Carrilho², Sandrina Braga³, João Correia Simões², Catarina Longras⁴, Diana Brito⁴, Ricardo Marta⁵, Amílcar Mesquita²

1. Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal, Serviço de Ortopedia / 2. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar / 3. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar; Unidade de Anatomia – Departamento de Biomedicina, Porto, Portugal, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / 4. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal, Serviço de Cirurgia Geral / 5. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal, Serviço de Ortopedia

INTRODUÇÃO

O pé diabético é uma complicação da Diabetes Mellitus (DM), tendo motivado 1250 amputações em 2015 em Portugal. É uma consequência da vasculopatia, imunopatia e neuropatia, sendo esta última o mecanismo mais importante da Neuroartropatia de Charcot (NC). A radiografia convencional permite uma primeira abordagem imagiológica, identificando os “6 D’s”: Dense subchondral bones; Degeneration; Destruction; Deformity; Debris, Dislocation.

OBJETIVOS

Salientar a importância clínica dos achados imagiológicos da radiografia convencional do pé diabético neuropático infetado.

MATERIAL E MÉTODOS

Homem de 59 anos, ex-fumador, com antecedentes de DM tipo 2 e hipertensão arterial não controlados, doença arterial periférica, amputação transmetatarsica à direita, amputação dos dedos do pé esquerdo e fratura cominutiva do calcâneo direito com uma semana de evolução. Doente recorreu ao Serviço de Urgência por dor, eritema e edema no pé e 1/3 inferior da perna direita e úlcera plantar com exsudato purulento. Apresentava pulsos femoral e poplíteo mas pulsos distais ausentes. Internou-se para antibioterapia endovenosa, cuidados de penso, descarga total, avaliação analítica, radiológica e multidisciplinar.

RESULTADOS

Na radiografia de perfil observa-se perda do arco plantar longitudinal e calcificação (encurtamento) do tendão de Aquiles, com aumento da pressão na face plantar que, associado à neuropatia sensitiva, contribuem para a formação de úlcera. Esta última é evidenciada pela lucência na zona média plantar. A ulceração na face medial do pé é patognomónica de NC. Verifica-se destruição óssea - fragmentos ósseos com fratura da tuberosidade do calcâneo e colapso sub-astragalino. A localização desta fratura é das menos frequentemente observadas na NC. A neuropatia sensitiva permite submeter o pé a extremos de stress com consequentes fraturas indolores. A neuropatia autonómica, a abertura de “shunts” arteriovenosos e a hipervascularização óssea, acarretam osteopenia e diminuição da resistência à fratura. Verifica-se edema e enfisema subcutâneo, tradutor de anaeróbios (90% das culturas) e calcificação da artéria tibial posterior, tipicamente uma mediocalcinose de Monckeberg, que está associada a elevada taxa de amputação e de mortalidade. Esta alteração vascular aumenta o grau de dificuldade técnica e compromete o prognóstico da revascularização. Apesar do controlo da infeção associada foi impossível o realinhamento do pé e restituição das relações dos ossos pela grande destruição óssea. O doente foi submetido a amputação abaixo do joelho.

CONCLUSÕES

Apesar da grande variedade de técnicas imagiológicas, o custo-efetividade na deteção das principais alterações patológicas tornam a radiografia convencional a primeira linha de diagnóstico do pé diabético.

P63 – SINAIS DE ISQUÉMIA DO MEMBRO INFERIOR NUM JOVEM DESPORTISTA

Sofia Antunes¹, Margarida Ferreira², Maria José Ferreira², Gil Marques², João Vieira², Gonçalo Sousa²

1. Hospital do Espírito Santo de Évora / 2. Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

O entrapment popliteu é uma situação pouco comum, que deve ser suspeitada quando um paciente novo, particularmente se for atleta, apresentar queixas clássicas de isquemia do membro inferior. A condição pode ser anatómica ou funcional, existindo 6 tipos. Na variante anatómica em 2/3 a condição é bilateral. Os pacientes sintomáticos devem ser tratados através da divisão da cabeça interna do músculo gêmeo e/ou reconstrução da artéria popliteia.

A abordagem cirúrgica também pode estar indicada no membro colateral assintomático sempre que a variante anatómica seja detectada.

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de um jovem do sexo masculino, 16 anos, jogador federado de futebol, com antecedentes pessoais irrelevantes, que recorreu ao SU em dezembro de 2016 por aparecimento súbito de sinais de hipoperfusão do pé direito associado a dor e parestesias, após treino de futebol, negando contudo traumatismo prévio. Apresentava assimetria da coloração e temperatura dos pés, com o pé direito frio e pálido, sem dor à palpação mas com diminuição da sensibilidade. Foi avaliado por Cirurgia Vasculard que efetuou ecodoppler dos membros inferiores que demonstrou fluxos monofásicos a nível tibial posterior e pedioso à direita. Teve alta anticoagulada, sendo reavaliado pela cirurgia vascular cerca de 1 semana depois, com melhoria dos sintomas, mantendo as alterações descritas no ecodoppler, em menor grau. Foi suspensa anticoagulação e iniciou antiagregação com AAS 150mg. Foi realizado estudo de patologias auto-imunes e da coagulação, sem alterações. Realizou Angio-TC que revelou oclusão da artéria popliteia direita a nível da interlinha articular, com desvio externo da popliteia bilateralmente e varismo dos joelhos, mais acentuado à direita, com visualização das artérias tibiais e peroneal abaixo do tornozelo.

Por as queixas serem incapacitantes optou-se por intervenção cirúrgica com abordagem por via posterior, o que permite a correção das alterações anatómicas. Intra-operatoriamente verificou tratar-se de um entrapment da artéria popliteia direita tipo 3 tendo sido submetido a desinserção do tendão do músculo gêmeo interno direito e trombectomia da artéria popliteia com fogarty, recuperando a artéria pulsatilidade e calibre normais, sem necessidade de reconstrução. À data de alta apresentava pulsos pedioso e tibial posterior palpáveis, com recuperação da temperatura, coloração e sensibilidade.

CONCLUSÃO

O entrapment da popliteia é uma situação pouco frequente, com indicação para tratamento cirúrgico se sintomática, de forma a evitar complicações como dilatação pós-estenótica com formação de aneurismas e trombose arterial, permitindo também melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional.

P64 – PRIMARY INFECTED DEEP FEMORAL ARTERY PSEUDOANEURYSM – A RARE CASE REPORT

Ana Carolina Semião

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho

INTRODUCTION

Femoral artery false aneurysm has been a common complication after the wide use of femoral artery access for diagnostic/therapeutic procedures or drug abuse. Primary infected aneurysms frequently involve the aorta, usually in heavily atherosclerotic segments.

Management of infected aneurysms is clinically challenging, and timely intervention is primordial for a successful resolution.

CASE REPORT

67 years old male, with multiple comorbidities: hypertension, diabetes and atrial fibrillation (under hipocoagulation with warfarine within the therapeutic range).

The patient reported a recent hospitalization of 12 days due to a respiratory infection. A Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) was identified on hemocultures. Three days after being discharged, he was re-admitted due to worsening of respiratory symptoms and fever. At that time, hemocultures revealed the presence of multi-resistant Pseudomonas aeruginosa.

Three weeks later, he was referred to the emergency room with a painful pulsatile mass on the left thigh, associated to leg swelling. He noticed a rapid swelling increase since the previous hospital discharge. All peripheral pulses were present. There was neither history of local trauma, nor abuse of injected drugs.

Ultrasonography revealed a bulky false aneurysm (9x6cm) from the deep femoral artery. Angio-CT confirmed the diagnosis and excluded any involvement of other arterial segments. Broadened antibiotic therapy (Imipenem, Linezolid and Gentamicin) was introduced, according to previous hemocultures (MRSA and multi-resistant Pseudomonas aeruginosa).

The patient was submitted to false aneurysm resection and distal ligation of the deep femoral artery.

Cultures were obtained from false aneurysm resection and distal ligation of the deep femoral artery. Both blood and tissue microbiology results were negative.

CONCLUSION

Primary infected pseudoaneurysms is a rare entity, and isolated involvement of the deep femoral artery is extremely uncommon.

Most patients with infected aneurysms are immunocompromised hosts, with heavily atherosclerotic arterial segments. Presentation is usually aggressive. The most commonly responsible microorganisms are Staphylococcus aureus and Streptococcus species, followed by Salmonella species.

Early diagnosis, surgical intervention plus extended antibiotic therapy are essential for an adequate treatment.

In this particular anatomic location, there was no need of revascularization procedures, with the advantage of not introducing any prosthetic graft. The required duration of oral antibiotic therapy after discharge is not well established. Recommendations range from 6 to 8 weeks, to lifelong.

P65 – FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE ISQUEMIA AGUDA DO MEMBRO SUPERIOR

José Oliveira-Pinto¹, Alfredo Cerqueira², Joel Sousa¹, Armando Mansilha¹, José Teixeira²

1. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de São João; Departamento de Cirurgia e Fisiologia, FMUP; Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital CUF, Porto / 2. Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de São João



INTRODUÇÃO

Oclusão da artéria axilar secundária a deformidades osteo-articulares pode ocorrer após traumatismos musculoesquelético. Contudo, a sua apresentação secundária a deformidades crónicas revela-se um evento raro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente do sexo feminino, 64 anos. Antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e luxação traumática do ombro direito há cerca de 20 anos. Apresenta associadamente um quadro demencial precoce. Sem história conhecida de Fibrilhação Auricular. Sem antecedentes cirúrgicos. É transferida de hospital periférico para urgência de cirurgia vascular por quadro de cianose e parestesias da mão direita, com diminuição marcada da força neste membro desde a manhã do próprio dia. Havia realizado TC cerebral para despiste de causa cerebrovascular que pudesse explicar os sintomas, que se encontrava normal. Ao exame objetivo o MID apresentava-se cianótico com diminuição marcada da temperatura. Pulsos braquial, radial ou cubital direito não palpáveis. Preservação de pulsos contra-laterais. Apresentava associadamente marcado défice sensitivo-motor. Fluxometria doppler sem sinal braquial, radial ou cubital. O ECG realizado no SU demonstrava ritmo sinusal, tendo sido apenas documentada Taquicardia Sinusal em ECG prévio do mesmo dia. O quadro foi, portanto, interpretado como isquemia aguda do braço grau IIB com etiologia indeterminada.

RESULTADOS

Foi realizada trombectomia cirúrgica da artéria braquial. Foi removida abundante saída de trombo da artéria braquial com recuperação de fluxo, ainda que sem pulso distal à arteriotomia. Constata-se da não progressão do cateter fogarty acima de 30cm. Realiza-se encerramento da arteriotomia e verificando-se que mão mantém sinais clínicos de isquemia crítica.

É realizado angio-TC pós-operatório que demonstra lesão compressiva da artéria braquial pela cabeça umeral direita com trombose distal ao local de compressão. Volta novamente ao BO com nova abordagem da artéria braquial na tentativa de repermeabilização da artéria braquial profunda.

Nova progressão de cateter fogarty, desta vez cerca de 3cm adicionais ao avanço prévio. Saída novamente de elevado conteúdo trombótico, com melhoria marcada do fluxo. Encerrada a arteriotomia, mantém ausência de pulso braquial ou distais. Contudo, constata-se progressiva evolução da coloração da mão com melhoria dos défices motor prévios. Doente mantém vigilância clínica – potencial alvo de revascularização endovascular. Dada melhoria da sintomatologia com reversão do défice sensitivo-motor decide-se por não intervenção. Doente tem alta com referência para a consulta externa de cirurgia vascular e ortopedia para correção de deformidade osteoarticular.

CONCLUSÃO

Apesar de rara, a trombose arterial consequente a deformidades ósseas pode ocorrer. No caso elencado decidiu-se resolver o quadro da isquemia aguda. Dado o quadro de melhoria clínica significativa decide-se protelar correção definitiva apenas após correção cirúrgica da luxação do ombro.

P66 – TRAUMA FECHADO COM LESÃO ORTOPÉDICA, VASCULAR E NEUROLÓGICA – UMA TRÍADE UMBRÍFERA

Ricardo Alves Marta¹, Sandrina Braga², João Correia Simões³, Celso Carrilho³, Joana Ferreira³, Maribel Gomes⁴, João Moura⁴, Amílcar Mesquita³

1. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Ortopedia /

2. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular;) Unidade de Anatomia – Departamento de Biomedicina, Porto – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto /

3. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular / 4. Hospital da Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães, Portugal – Serviço de Ortopedia

INTRODUÇÃO

As luxações do joelho são relativamente raras, com lesão vascular em 23-32% das situações e neurológica em 25%. A concomitância das três lesões encerra um prognóstico devastador, com taxas de amputação de 30-41%. A artéria poplítea é especialmente vulnerável a lesão no trauma fechado, dado encontrar-se fixa superiormente no hiato adutor e inferiormente no anel solear. De todas as lesões arteriais dos membros inferiores, a lesão poplítea é a que se associa a resultados mais desfavoráveis, sobretudo pelas lesões de tecidos moles coexistentes.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 60 anos, trazido ao SU uma hora após queda de 3m, por desabamento do chão de uma habitação, com traumatismo fechado do membro inferior esquerdo, do qual resultou luxação posterior do joelho KD-IV e isquemia aguda por lesão poplítea. Antecedentes de revascularização miocárdica (7 stents coronários), obesidade (IMC=43) e dislipidemia, duplamente antiagregado. Ao exame objetivo apresentava luxação do joelho, pé frio sem pulsos distais (presentes no membro contralateral), fluxos arteriais poplítea e distais inaudíveis. Submetido a redução fechada da luxação e tratamento cirúrgico: arteriografia intra-operatória que confirmou interrupção poplítea, *bypass* poplítea supra-infra articular com veia grande safena contralateral invertida, fasciotomias dos compartimentos da coxa e perna e osteotomia do joelho com fixadores externos Hoffmann2. Pós-operatório complicado por EAM, anemia com múltiplas transfusões e infeção das fasciotomias por Gram negativos, apesar de penso diário, antibioterapia inicialmente empírica, posteriormente dirigida e desbridamentos cirúrgicos no bloco. *Bypass* permeável com pulsos distais palpáveis durante todo o internamento. Déficit motor e sensitivo do território do nervo ciático, sem recuperação decorrido 1 mês, que permitiu o diagnóstico clínico de neurotome. Agravamento do estado geral do doente, com IRA e quadro séptico, pelo que em D37 foi submetido amputação acima do joelho esquerdo. Pós-operatório sem complicações, com recuperação clínica e analítica. Decorrido um mês, coto de amputação cicatrizado, em programa de reabilitação funcional.

DISCUSSÃO

Em doentes com luxação do joelho e secção poplítea, o objetivo primordial é revascularizar o membro, preferencialmente através de *bypass* com conduto venoso contralateral, pela probabilidade de lesão venosa ipsilateral associada. De acordo com a literatura, 73% das amputações ocorrem por isquemia secundária a revascularização mal sucedida, destruição muscular, infeção e lesão neurológica. No presente caso, apesar de *bypass* funcionante, o quadro séptico, a complexidade da lesão ortopédica e a ausência de funcionalidade do membro por lesão irreversível do nervo ciático conferiram indiscutíveis indicações para amputação acima do joelho.

P67 – FALSO ANEURISMA INFECTADO DA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE – REPARAÇÃO ENDOVASCULAR

Isabel vieira

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

INTRODUÇÃO

Os aneurismas infectados são raros e potencialmente ameaçadores de vida, com uma incidência de cerca de 0,65-2% de todos os aneurismas aórticos.

Os aneurismas infectados da aorta torácica são ainda mais incomuns e estão associados a um mau prognóstico pelo seu crescimento rápido e risco de ruptura. *Staphylococcus* são os microorganismos mais comuns, seguidos pela *Salmonella* e *Streptococcus*. A apresentação clínica depende da localização anatômica do aneurisma, da virulência da estirpe infecciosa e da duração da infecção, sendo frequentemente insidiosa e caracterizada por sintomas constitucionais.

CASO CLÍNICO

Relata-se um caso clínico de um homem de 32 anos de idade com antecedentes pessoais de hepatite C e consumo activo de drogas endovenosas. Admitido no serviço de urgência por febre e dor torácica anterior com características pleuríticas com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava-se: vigil, colaborante e orientado; hipotenso (PA 98/56 mmHg), taquicárdico (FC 121 bpm) e febril (38,2°C). Analiticamente: Hb 11,2 g/dL; leucocitose 13,6x10⁹/L, neutrofilia 78,7%, linfopenia 13,4%, PCR 21 mg/dl. Sem outras alterações de relevo. Internado no Serviço de Medicina Interna por sépsis com ponto de partida indeterminado. Iniciou antibioterapia de largo espectro (Vancomicina + Piperacilina/Tazobactam). Realizou ecocardiograma transtorácico excluindo-se endocardite. Hemoculturas pedidas foram positivas para *Staphylococcus aureus* multissensível. Iniciou antibioterapia dirigida (Flucloxacilina). Realizou TC de tórax, revelando falso aneurisma sacular da aorta torácica descendente com cerca de 3cm de extensão do colo. Proposto para exclusão endovascular, tendo sido submetido a TEVAR com endoprótese Valiant® de 24x100 mm de dimensões. A angiografia de controlo revelou exclusão completa do saco aneurismático e permeabilidade dos troncos supra-aórticos. Angio-TC de controlo aos 6 meses com correcto posicionamento da endoprótese e sem *endoleaks*, tendo o doente continuado sob antibioterapia dirigida.

CONCLUSÃO

Os aneurismas aórticos infectados são uma entidade complexa cujo tratamento se revela desafiante. O reconhecimento precoce e o tratamento cirúrgico associado a antibioterapia dirigida, são fundamentais para um bom resultado. O tratamento endovascular é uma alternativa minimamente invasiva à cirurgia aberta convencional, com reduzidas taxas de morbilidade e mortalidade precoces, exigindo um seguimento a longo prazo para detecção de infecção bacteriana recorrente ou de progressão do aneurisma.

P68 – TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: CAUSA RARA PARA UM DIAGNÓSTICO FREQUENTE

Ricardo Alves Marta¹, Sandrina Braga², Celso Carrilho³, Joana Ferreira³, João Correia Simões³, Eva Campos Pereira⁴, Catarina Longras⁵, André Magalhães⁵, Amílcar Mesquita³

1. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Ortopedia / 2. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Unidade de Anatomia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / 3. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular / 4. Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal - Serviço de Ortopedia / 5. Hospital Senhora da Oliveira, EPE, Guimarães – Serviço de Cirurgia Geral

INTRODUÇÃO

A agenesia da veia cava inferior (VCI) é uma patologia congénita rara, com uma prevalência de 0.005-1%. Pode estar associada a aumento do risco para Trombose Venosa Profunda (TVP), estando presente em 5% dos casos de trombose

venosa profunda em jovens. A sua etiologia é controversa. A maioria dos autores defende que esta resulta de uma disgenesia embrionária, mas outros admitem que é consequência de uma trombose intra-uterina ou perinatal.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 23 anos, com antecedentes de paralisia cerebral, epilepsia, TVP ilíaca esquerda em 2010.

Admitido no Serviço de Urgência por dor inguinal esquerda após esforço e edema progressivo do membro inferior ipsilateral até à raiz da coxa, com 4 dias de evolução. Ao exame objetivo, apresentava edema unilateral do MIE e circulação venosa colateral na parede abdominal. Realizou Eco-Doppler venoso que demonstrou TVP ilio-femoro-poplítea esquerda. Possuía também já RMN e AngioTC realizados em 2010: “malformação do terço proximal da VCI a nível supra-renal, circulação colateral venosa epidural e peri-renal - continuação da VCI inferiormente à confluência das supra-hepáticas, pela ázigos e hemiázigos. Varizes cavais e ilíacas trombosadas. Os achados imagiológicos permitem o diagnóstico de agenesia da VCI”. O despiste de trombofilias foi negativo.

Relativamente à orientação terapêutica optou-se por hipocoagulação e meia de contenção elástica cronicamente.

DISCUSSÃO

Na ausência de VCI, a drenagem venosa dos membros inferiores depende do sistema ázigos, ázigos lombar e veias da parede abdominal. Esta anomalia mantém-se assintomática enquanto a circulação colateral compensar o retorno venoso. A agenesia da VCI deverá ser equacionada em indivíduos jovens, com TVP proximal após exercício físico e doentes com insuficiência venosa grave e varizes de localização atípica. Habitualmente, a AngioTC e a RMN confirmam o diagnóstico. O screening de trombofilias não influencia a orientação terapêutica e não é custo-eficaz e o tratamento recomendado consiste em meia de contenção elástica e hipocoagulação oral prolongada.

P69 – STENTING CAROTÍDEO NO TRATAMENTO DE ESTENOSE CAROTÍDEA ASSOCIADA A RADIOTERAPIA E ESTOMA CERVICAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vitor Ferreira, Rui Machado, Duarte Rego, João Gonçalves, Gabriela Teixeira, Ines Antunes, Carlos Veiga, Daniel Mendes, Joana Martins, Rui Almeida

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

INTRODUÇÃO

A angioplastia associada a stenting carotídeo é uma opção no tratamento da estenose carotídea, tendo particular interesse no caso de lesões proximais ou distais de difícil abordagem cirúrgica, e quando associadas a alterações anastótmicas que aumentem o risco de lesão durante a disseção cirúrgica ou aumentem o risco de infecção tais como: sequelas de radioterapia cervical, cirurgia cervical prévia ou estomas cervicais. Apresentamos um caso clínico de um doente com AVC associado a estenose da artéria carótida comum, com antecedentes de radioterapia cervical, laringectomia e traqueostomia definitiva.

MATERIAL E MÉTODOS

Apresentação e discussão de caso clínico

RESULTADOS

Caso clínico – doente do sexo masculino, 79 anos de idade, com antecedentes de carcinoma da laringe submetido a laringectomia e radioterapia cervical em 1996.



Como factores de risco cardiovascular apresentava diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e ex-fumador. Recorre ao Serviço de Urgência onde é diagnosticado um AVC com enfarte cerebral em território carotídeo direito. Realiza ecodoppler onde se observou estenose da artéria carótida comum direita no seu segmento proximal, numa extensão de 20mm, isoecogénica, sem calcificação significativa, com aceleração sistó-diastólica (PSV 300cm/s, EDV 100cm/s). O fluxo no segmento pós-estenótico apresentava sentido anterógrado, mas muito baixa amplitude. Realiza AngioTAC onde se confirma um espessamento concêntrico da parede da artéria carótida comum direita e estenose focal de cerca de 76%. Realiza angioplastia e stenting da artéria carótida comum direita (Cordis Precise 8x40mm) sob anestesia local, sem intercorrências

CONCLUSÃO

A angioplastia e stenting carotídeo pode ser um método alternativo seguro e eficaz no tratamento de estenose da artéria carótida associada a problemas tecidulares cervicais.

P70 – ANEURISMA ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL – RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Andre Emanuel Barros Marinho, Carolina Lobo Mendes, Roger Rodrigues, Bárbara Pereira, Mário Moreira, Mafalda Correia, Pedro Lima, Luis Antunes, João Alegrio, Manuel Fonseca, Óscar Gonçalves

CHUC

INTRODUÇÃO/OBJECTIVO

Os aneurismas verdadeiros isolados da artéria femoral superficial (AFS) são raros. Sendo a prevalência de aneurismas femorais cerca de 3% dos aneurismas periféricos, destes apenas 15% correspondem a aneurismas isolados da AFS. Esta relativa raridade parece dever-se à proteção concedida pela musculatura envolvente e ausência de movimentos de flexão.

Deste modo, a sua história natural permanece ainda relativamente desconhecida. Este trabalho tem como objetivo descrever o caso de um doente com um aneurisma da AFS isolado, assim como, fazer uma revisão dos principais trabalhos publicados sobre esta patologia.

RELATO DO CASO

Trata-se de um doente de 76A, com queixas de dor na coxa direita associada a massa pulsátil palpável no terço proximal e médio da coxa direita, com alguma dificuldade na mobilização ativa do membro.

Realizou estudo complementar que confirmou a presença de aneurisma da AFS de grandes dimensões, com trombo mural e aparente rutura em duas zonas distintas. Sem sinais sugestivos de embolização distal.

Optou-se por avançar para tratamento cirúrgico encontrando-se aneurisma verdadeiro isolado da AFS roto e com hematoma associado. Realizada aneurismectomia parcial com interposição de enxerto de PTFE. Alta ao 12º dia de internamento sem queixas significativas.

DISCUSSÃO

Entre 1967 e 2012 apenas estão descritos na literatura 103 casos, a maior parte na forma de casos clínicos ou pequenas séries.

São afetados sobretudo doentes do género masculino (87%). Esta patologia surge maioritariamente na 8ª década de vida, ou seja, em doentes mais velhos que os aneurismas da artéria femoral comum ou poplítea (7ª década). O tamanho médio no momento do diagnóstico é de 8.4cm.

Cerca de 84% dos doentes apresentam aneurismas de outras localizações, com maior predominância dos aneurismas da aorta abdominal.

Ao contrário dos aneurismas da artéria femoral comum ou poplítea que são frequentemente assintomáticos, os aneurismas da AFS apresentam-se habitualmente com dor associada a massa pulsátil, além disso, rutura está presente em 26% dos casos (vs 3% nos aneurismas poplíteos).

O tratamento cirúrgico mais frequentemente realizado foi aneurismectomia total com interposição de enxerto protésico.

CONCLUSÃO

Os aneurismas da AFS não apresentam uma história natural totalmente esclarecida dada a sua raridade. Contudo, apesar de uma forma de apresentação muitas vezes exuberante e em rutura, os resultados são francamente favoráveis, com baixa morbimortalidade. Apesar da experiência ser escassa de acordo com a literatura, poderá, ainda, haver espaço para a terapêutica endovascular em casos selecionados.

71 – CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL TIPO IV TROMBOSADO RECORRENDO A TÉCNICAS DE PARALLEL GRAFT E CANDY-PLUG – CASO CLÍNICO

Tiago João Cardoso Soares, Ricardo Castro-Ferreira, João Rocha Neves, Joel Sousa, José Pedro Pinto, Marina Neto, Pedro Almeida, Sérgio Sampaio

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de São João

INTRODUÇÃO

O tratamento de aneurismas toraco-abdominais tem uma morbi-mortalidade associada importante. Nos últimos anos têm surgido diversos tipos de endopróteses e técnicas que têm revolucionado o tratamento desta patologia.

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo promover a discussão sobre as decisões terapêuticas tomadas neste caso clínico.

RESULTADOS

Homem de 75 anos, com antecedentes de AAA infra-renal e aneurismas das artérias ilíacas com correção por *bypass* aorto-bifemoral há 17 anos. Recorreu ao SU por isquemia aguda dos membros inferiores, pelo que realizou Angio-TC que revelou trombose do *bypass* aorto-bifemoral e aneurisma toraco-abdominal tipo IV com trombose distal justa-renal e patência dos troncos viscerais e artérias renais. Foi submetido a *bypass* axilo-bifemoral.

Re-internado eletivamente para correção do aneurisma toracoabdominal tipo IV de maior diâmetro 90mm (para-renal) com endoprótese Excluder através de técnica de parallel graft (CH-EVAR) para as artérias renais e artéria mesentérica superior e técnica de candy-plug com restrição do diâmetro distal da endoprótese na mesa cirúrgica utilizando dois pontos de sutura e oclusão com Plug Amplatzer. Realizou Angio-TC no pós-operatório que revelou migração do Plug. Foi submetido a colocação de novo Plug com sucesso. No pós-operatório imediato observa-se endoleak tipo Ia pelas goteiras. Teve alta com seguimento em consulta externa e vigilância imagiológica.

CONCLUSÕES

A utilização de técnicas como o parallel graft e candy-plug poderá ser um recurso importante em casos selecionados.