



Sociedade Portuguesa de Cirurgia  
Cardio-Torácica e Vascular

Sociedade Portuguesa  
de Radiologia e Medicina Nuclear



PROGRAMA

# XIII

**REUNIÃO ANUAL SPCCTV &  
REUNIÃO CONJUNTA SPRMN**

26-28 Novembro 09

GRANDE REAL SANTA EULÁLIA HOTEL  
ALBUFEIRA ALGARVE



# Patrocinadores

A Comissão Organizadora agradece a colaboração das seguintes Empresas:

---

BAYER PORTUGAL

B. BRAUN SURGICAL

BIOSAÚDE

BOEHRINGER INGELHEIM

COOK MEDICAL

COVIDIEN PORTUGAL

CSL BEHRING

DISPROMEDI

EXPOMEDICA

ETHICON - A Johnson & Johnson Company

JUZO - PORTUGAL

LEO FARMACÊUTICOS

LUSOPALEX

MAQUET PORTUGAL

MEDI BAYREUTH

MEDICINÁLIA CORMÉDICA /  
W.L. GORE Y ASOCIADOS S.L.

MEDTRONIC PORTUGAL

SANOFI-AVENTIS

SERVIER PORTUGAL

SIGVARIS

SYNTHES PORTUGAL



## ORGANIZAÇÃO CONGRESSO

### Presidente

**do Congresso**  
Luís Mota Capitão

### Direção

Luís Mota Capitão  
Luís Vouga  
José Neves  
M<sup>º</sup> do Sameiro Pereira  
Gonçalo Sobrinho  
Francisco Félix  
Ana Catarina Garcia

### Colaboração

Sociedade Portuguesa de  
Radiologia e Medicina Nuclear

## CORPOS GERENTES SPCCTV

### Direção

Presidente:  
Luís Mota Capitão

Vice-Presidente:  
Luís Vouga

Secretário-geral:  
José Neves

Tesoureira:  
M<sup>º</sup>. do Sameiro Pereira

Vogais:  
Gonçalo Sobrinho  
Francisco Félix  
Ana Catarina Garcia

### Mesa da

#### Assembleia Geral

Presidente:  
Paulo Pinho

Secretários:  
Carlos Moura  
João Mota

### Conselho Fiscal

Presidente:  
Américo Dinis da Gama

Secretários:  
Fernando Martelo  
José Miranda



Sociedade Portuguesa de Cirurgia  
Cardio-Torácica e Vascular  
Fundada em 1984

### Anteriores Presidentes

J. Celestino da Costa  
L. Teixeira Dias  
M. E. Machado Macedo  
António Braga

L. Leite Noronha  
Armando Farrajota  
M. Rodrigues Gomes  
A. Vilar Queiroz

José Roquette  
A. Dinis da Gama  
Paulo Pinho

## PARTICIPANTES

ADRIANO MOREIRA  
ALBANO RODRIGUES  
ALDA CATELA  
ALFREDO GIL AGOSTINHO  
AMÉLIA GARCIAS  
AMÉRICO DINIS DA GAMA  
ANA CATARINA GARCIA  
ANA SOARES  
ÂNGELO NOBRE  
ANTÓNIO MADUREIRA  
ANTÓNIO PEDRO MACHADO  
ARAGÃO MORAIS  
CARLA SÁ  
CARLA SARAIVA  
CARLOS PEREIRA  
CELSO CARRILHO  
CLARA VITAL  
CLÁUDIA LAMEIRA  
CLOTILDE BENTO  
DÁRIO ANTUNES  
DIOGO CUNHA E SÁ  
DUARTE MEDEIROS  
EDITE PEDRO  
EURICO CASTRO ALVES  
FERNANDO GONÇALVES  
FRANCISCO FÉLIX  
FRANS OEI  
FREDERICO GONÇALVES  
GIL MARQUES  
GONÇALO SOBRINHO  
HÉLDER SANTOS  
IAN LOFTUS

ISIDRO FAUSTINO  
JOANA SILVA  
JOÃO A. CASTRO  
JOÃO BERNARDO  
JOÃO FERNANDES  
JOÃO MOTA  
JOÃO QUEIRÓS  
JORDI MAESO  
JORGE CRUZ  
JOSÉ APOLINÁRIO  
JOSÉ FRAGATA  
JOSÉ MIRANDA  
JOSÉ NEVES  
L. CASTRO E SOUSA  
LEONOR VASCONCELOS  
LÚCIA LOPEZ  
LUÍS BAKERO  
LUÍS FREDERICO  
LUÍS MOTA CAPITÃO  
LUÍS SEMEDO  
LUÍS VOUGA  
M<sup>ª</sup>. ANA SAMPAIO NUNES  
M<sup>ª</sup>. EMÍLIA FERREIRA  
M<sup>ª</sup>. JOÃO BAPTISTA  
M<sup>ª</sup>. DO SAMEIRO PEREIRA  
M<sup>ª</sup>. JOSÉ FERREIRA  
MANUEL ANTUNES  
MANUEL FONSECA  
MANUEL MAGALHÃES  
MIGUEL ABECASSIS  
MIGUEL LOBO  
NUNO BANAZOL

NUNO MEIRELES  
NUNO PIMENTEL  
NUNO RAPOSO  
PATRÍCIA GONÇALVES  
PAULA CAMPOS  
PAULO BATISTA  
PAULO FRANCO  
PAULO PINHO  
PAULO VALENTE  
PEDRO ANTUNES  
PEDRO BRAGA  
PEREIRA ALBINO  
R. RONCON DE ALBUQUERQUE  
RAQUEL ALVES  
RICARDO VALE PEREIRA  
ROCHA E SILVA  
ROSA MIRANDA  
ROSA SANTOS  
RÚBEN MIGUEL TEIXEIRA  
RUI ANJOS  
RUI MACHADO  
RUI RODRIGUES  
SALOMÉ CASTELO BRANCO  
SANDRA FERNANDES  
SANTOS SIMÕES  
SÉRGIO EUFRÁSIO  
SÉRGIO SAMPAIO  
SÉRGIO SILVA  
TERESA GODINHO  
VASCO GAMA  
WALTER KLEPETKO

## CONDIÇÕES GERAIS

### SECRETARIADO CIENTÍFICO

Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular  
Av. da República, 34 1º - 1050-193 Lisboa  
Tef: 217957129 / Fax: 217957129

### SECRETARIADO EXECUTIVO

SKYROS-CONGRESSOS  
Av. Dr. Antunes Guimarães, 554  
4100-074 PORTO  
Tel. 22 616 5450 Fax: 22 618 9539  
E-mail: spcctv@skyros-congressos.com  
Website: www.skyros-congressos.com

### INSCRIÇÕES

Sócios SPCCTV* / SPRMN	€ 220
Não Sócios	€ 320
Enfermeiros / Técnicos	€ 120

\* É obrigatória a regularização das quotas da sociedade



# 26 NOVEMBRO QUINTA-FEIRA

14h00 — **Abertura do Secretariado**

## SALA BALAIA

14h30 — **Abertura do Simpósio de Enfermagem**

Ana Soares - Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

15h00 — **Enfermagem de Cirurgia Cardiorácica. Novas tecnologias. Novas intervenções**

Presidente: João Fernandes

Comentadoras: Amélia Garcias e Clara Vital

**Cuidar o Doente Submetido a Transplante Pulmonar** - Alda Catela - CHLC, EPE (HSMarta)

**Regresso a Casa do Doente com Assistência Ventricular Externa Paracorporal** -

Joana Silva - CHLC, EPE (HSMarta)

**O regresso a Casa do Doente Submetido a Cirurgia Cardíaca. Que necessidades?** -

Lúcia Lopes - Hospital S. João, EPE

**Follow-up Cirurgia Cardíaca** - Sandra Fernandes - CHLC, EPE (HSMarta)

**A Criança Submetida a Transplantação Cardíaca** - Clotilde Bento - CHLC, EPE (HSMarta)

**Cirurgia Endovascular de Aneurisma da Aorta Torácica – Perspectivas de Enfermagem** -

Dário Antunes - CHLC, EPE (HSMarta)

16h30 — **Pausa para café**

17h00 — **Enfermagem de Cirurgia Vascular. Várias Perspectivas**

Presidente: Isidro Faustino

Comentadores: Edite Pedro e Paulo Valente

**Serviço Social. Uma Experiência de Equipa** - Luís Frederico - CHLC, EPE (HSMarta)

**Percurso Integrado do Doente em Cirurgia de Ambulatório** - Raquel Alves - CHLC, EPE (HSMarta)

**Aneurisma Aorta Abdominal – Cirurgia Convencional vs Cirurgia Endovascular**

**Que Cuidados no Pós-operatório?** - Rosa Miranda - CHLC, EPE (HSMarta)

**Endolaser Vascular - A Enfermagem Perioperatoria Acompanhando a Inovação** -

Claudia Lameira - CHLC, EPE (HSMarta)

**A Evolução dos Registos de Enfermagem em Cirurgia Vascular:**

**a Nossa Experiência com o SAPE** - Patrícia Gonçalves - Centro Hospitalar do Porto (H Santo António)

**Síndrome do Desfiladeiro Cervicotorácico – Estudo de Caso** - Carla Sá - Centro Hospitalar do Porto (H. Santo Antonio)

18h30 — **Encerramento do Simpósio**

# 26 NOVEMBRO QUINTA-FEIRA

## SALA ALGARVE

### 14h30 — **Simpósio de Cardiopneumologia**

Presidente: Hélder Santos (APTEC)

Moderadores: José Apolinário (HSC) e José Neves (HSC)

**Eco-Doppler Cervical em Doentes com Patologia Coronária** - Rosa Santos (HSJ)

**Eco-Doppler Periférico em Doentes com Patologia Coronária** - Albano Rodrigues (HSJ)

**Monitorização Cerebral Durante Revascularização Miocárdica** - Paulo Batista (CHLN, HSM)

**Perfusão em Cirurgia da Aorta e Protecção Cerebral** - Nuno Raposo (CHLO, HSC)

**Estratégias Poupadoras de Sangue** - Paulo Franco (CHLC, HSM)

**Lesões de Origem Embólica, Como Prevenir?** - Salomé Castelo Branco (CHP, HSJ)

### 17h00 — **Simpósio de Técnicos de Radiologia**

**Cardio RM** - Rúben Miguel Teixeira

**Coronariografia Por TC** - Fernando Gonçalves

**Radiologia de Intervenção** - João Queirós (HUC)

## SALA St.<sup>a</sup> EULÁLIA

### 14h30 — **Workshop (1º Grupo)**

**Medições e Planeamento de Endopróteses Aórticas EVAR e TEVAR**

Coordenadores: Jordi Maeso e João A. Castro

Tutores: Ricardo Vale Pereira, Sérgio Silva, Nuno Meireles, Rocha e Silva e Gonçalo Sobrinho



# 27 NOVEMBRO **SEXTA-FEIRA** MANHÃ

## SALA BALAIA

- 08h00 — **Sessão de Comunicações Orais**  
**Cardiorádica e Imagiologia (CO1- CO8)**  
Presidente: Teresa Godinho (HPV)  
Moderadores: Miguel Abecassis (HSC) e João Mota (CHVNG)
- 10h00 — **Intervalo para café**
- 10h30 — **Patologia do Arco Aórtico**  
Presidente: Dinis da Gama (HSM)  
Moderadores: Duarte Medeiros (CHLO) e Ângelo Nobre (HSM)
- Imagem Não Invasiva da Patologia da Aorta Torácica no Adulto:  
do Diagnóstico ao Seguimento** - Carla Saraiva (HSFX)  
**Intervenção Endovascular no Arco Aórtico** - Ian Loftus (St. George's, Univ. of London)
- 12h30 — **Cerimónia de Abertura**
- 13h00 — **Conferência do Presidente:** Luís Mota Capitão (HSMt)  
**A Árvore Genealógica da Cirurgia Vasculiar Portuguesa**

## SALA ALGARVE

- 08h00 — **Sessão de Comunicações Orais**  
**Vascular e Imagiologia (CO1-CO13)**  
Presidente: R. Roncon de Albuquerque  
Secretário: Sérgio Eufrásio  
Moderadores: Celso Carrilho, Aragão Moraes e M<sup>º</sup>. do Sameiro Pereira

# 27 NOVEMBRO SEXTA-FEIRA TARDE

13h30 — Almoço de Trabalho

## SALA BALAIA

15h00 — Sessão Válvula Aórtica

Presidente: Manuel Antunes (HUC)

Moderadores: Vasco Gama (CHVNG) e Nuno Banazol (HSMt)

**Perspectiva da Cirurgia Convencional** - Manuel Antunes (HUC)

**O Papel das Próteses Aórticas Percutâneas** - Pedro Braga (CHVNG)

**Prótese Valvular Aórtica "Off Pump"** - José Neves (HSC)

**O Futuro Para o Jovem Cirurgião** - João Mota (CHVNG)

16h30 — Intervalo para café

17h00 — Sessão Congénitos - S. Coração Esq. Hipoplásico

Presidente: José Fragata (HSMt)

Moderadores: Miguel Abecassis (HSC) e Manuel Magalhães (HCV)

**Diagnóstico Pré e Pós Natal** - M<sup>a</sup> João Baptista (HSJ)

**O 1º Estádio da Correção e a Questão do Melhor Shunt** - Manuel Magalhães (HCV)

**Intervenção Híbrida: Seleção e Manejo de Doentes** - Rui Anjos (HSC)

**A Cirurgia Híbrida e a Reconstrução das Artérias Pulmonares** - José Fragata (HSMt)

**Resultados a Longo Prazo** - M<sup>a</sup> Ana Sampaio Nunes (HCV)

18h30 — Assembleia Geral da SPCCTV

21h00 — Jantar de Comemoração dos 25 Anos da SPCCTV



# 27 NOVEMBRO **SEXTA-FEIRA** TARDE

## SALA ALGARVE

15h00 — **Angio TC/ RM da Isquemia dos Membros Inferiores – Uma Realidade Incontornável**

Presidente: António Madureira (HSJ)

Comentador: M<sup>o</sup>. José Ferreira (HGO)

Palestrante: Alfredo Gil Agostinho (HUC)

15h30 — **Contrastes Angiográficos – Boas Práticas de Utilização e Reações Adversas**

Presidente: Maria Emília Ferreira (HSMt)

Comentador: Carlos Pereira (HGSA)

Palestrante: Luís Semedo (HUC)

16h30 — **Intervalo para café**

17h00 — **EVAR – Situação Actual**

Presidente: João A. Castro (HSMt)

Palestrante: Gonçalo Sobrinho (HSMt)

Comentadores: Sérgio Sampaio, Rui Machado e Frederico Gonçalves

## SALA St.<sup>a</sup> EULÁLIA

15h00 — **Workshop (2<sup>o</sup> Grupo)**

**Medições e Planeamento de Endopróteses Aórticas EVAR e TEVAR**

Coordenadores: Jordi Maeso e Rui Machado

Tutores: Ana Catarina Garcia, Leonor Vasconcelos, Gil Marques, Sérgio Sampaio e Miguel Lobo

# 28 NOVEMBRO **SÁBADO** MANHÃ

## SALA BALAIA

### 08h00 — Sessão de Comunicações Orais

#### Cardio-Torácica e Imagiologia (C09-C011)

Presidente: Pedro Antunes (HUC)

Moderador: Rui Rodrigues (HSC)

### 09h30 — Imagiologia do Cancro do Pulmão: O que há de Novo?

Presidente: Jorge Cruz (HSMr)

Moderador: José Miranda (CHVNG)

Palestrante: Paula Campos (HSMr)

### 10h00 — Intervalo para café

### 10h30 — Actualização em Cirurgia Cardíaca

Presidente: Paulo Pinho (HSJ)

Moderador: Pedro Antunes (HUC)

"SYNTAX Trial" – Impacto na Actualidade - Frans Oei (Roterdão)

"STITCH Trial" – Implicações na Prática Clínica - Ângelo Nobre (HSMr)

Assistência Circulatória Definitiva – Para Quando? - Luís Bakero (HSMt)

### 11h30 — Conferência: A Importância do tempo

Palestrante: Adriano Moreira

### 12h30 — Sistema Nacional de Avaliação de Qualidade - SINAS

Presidente: Luís Vouga (CHVNG)

Palestrante: Eurico Castro Alves (Entidade Reguladora de Saúde)

### 13h00 — Cerimónia de Encerramento



# 28 NOVEMBRO **SÁBADO** MANHÃ

## SALA ALGARVE

- 08h00 — **Sessão de Comunicações Orais**  
**Vascular e Imagiologia (CO14-CO26)**  
Presidente: Pereira Albino  
Secretário: L. Castro e Sousa  
Comentadores: Diogo Cunha e Sá, Santos Simões e Manuel Fonseca
- 10h00 — **Simpósio Satélite: Biosaúde**  
**Vestir e Despir Vasos**  
Palestrante: António Pedro Machado (HSM)
- 10h30 — **Intervalo para café**
- 11h00 — **Síndrome da Veia Cava Superior**  
Presidente: Francisco Félix  
Moderador: João Bernardo (HUC)
- Radioterapia** - Nuno Pimentel (HSMr)  
**Angioplastias e Stenting da VCS** - Nuno Meireles (HPV)  
**Ressecção e Reconstrução VCS** - Walter Klepetko (Viena)



**XIII** REUNIÃO ANUAL SPCCTV &  
REUNIÃO CONJUNTA SPRMN

# Abstracts

**SIMPÓSIO  
ENFERMAGEM**

## Simpósio Enfermagem

### REGRESSO A CASA DO DOENTE COM ASSISTÊNCIA VENTRICULAR PARACORPORAL

Alda Catela; Clotilde Bento; Joana Silva; Magda Pereira.

**OBJECTIVOS:** Apresentar programa de transição do doente com assistência ventricular paracorporal da UCI para o domicílio.

**METODOLOGIA:** Reflexão baseada na nossa experiência profissional; revisão bibliográfica.

**INTRODUÇÃO:** As doenças cardiovasculares continuam a ser uma das principais causas de morte em Portugal. O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas aliado ao desenvolvimento da tecnologia, possibilita que os doentes com falência cardíaca sobrevivam e saiam das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para domicílio com o apoio de dispositivos de Assistência Ventricular Paracorporal portáteis. Para que esta situação seja conduzida com sucesso é imprescindível o desenvolvimento de um programa de educação para o doente/família.

**DESENVOLVIMENTO:** Os sistemas de Assistência Ventricular destinam-se a conferir suporte em situações de falência cardíaca. Estão indicados para três tipos de aplicações clínicas, falência cardíaca, mas com possibilidade de recuperar a função cardíaca após "repouso do coração", ou seja, ponte para recuperação; aguardar transplante cardíaco; ou como terapia definitiva, em doentes com insuficiência cardíaca refractária e sem indicação para transplante cardíaco.

Na Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta, a implantação de dispositivos de Assistência Ventricular Paracorporal teve início em 2003, utilizando os dispositivos Berlin Heart® EXCOR e Thoratec®.

Actualmente o serviço implantou este dispositivo em treze doentes, dos quais, dez adultos e três crianças. Dez doentes com assistência mecânica pelo dispositivo Thoratec® e três doentes com assistência pelo dispositivo Berlin Heart® EXCOR. De realçar que dois dos doentes adultos tiveram alta para o domicílio com assistência mecânica com dispositivo Thoratec® portátil até à realização do transplante cardíaco.

As complicações mais frequentes na fase pós-implantação são, a hemorragia; infecção, tromboembolismo, arritmias, hemólise.

Actualmente é possível, que doentes dependentes destes dispositivos para manterem as suas funções vitais, regressem ao domicílio, aumentando a mobilidade do doente, preservando as suas rotinas diárias, bem como as suas relações sócio-familiares, possibilitando aguardar no domicílio o momento do transplante cardíaco. Pela complexidade que estes dispositivos envolvem, torna-se necessário preparar o doente/família para o regresso a casa de forma a facilitar a adaptação à sua nova circunstância.

Na transição da UCI para o domicílio é imprescindível ter em conta a situação clínica do doente, deverá não depender de suporte ventilatório, de suporte inotrópico, não evidenciar sinais de hemorragia ou sinais de sépsis e deverá ter sinais vitais estáveis. Por outro lado, o doente/família terá de reunir condições psicológicas, físicas e socioeconómicas.

Novas exigências fazem surgir novas necessidades de aprendizagem. Neste âmbito estamos a desenvolver um programa de educação do doente/família para uma transição para o domicílio bem sucedida, que engloba uma parceria entre o doente, a família e a equipa de saúde.

Alguns autores descrevem programas de apoio ao doente/família com Assistência Ventricular Paracorporal, nos quais consideram importante que os doentes e familiares após a aquisição de conhecimentos treinem o manuseamento na manutenção do dispositivo e actuação em situações de urgência bem como, demonstrem competência nas actividades da vida diária. É também prevista uma visita prévia dos profissionais de saúde envolvidos no processo de alta ao domicílio do doente, bem como excursões fora do hospital com o doente e cuidador informal. A permanência do cuidador no hospital durante as 24 horas que antecedem a alta é outro aspecto contemplado, com vista a uma maior autonomia.

Todos estes aspectos estão previstos no nosso programa de apoio, salientando que o doente e cuidador informal deverão ser capazes de desenvolver as actividades da vida diária com o mínimo de assistência como, auto-cuidado; alimentação; actividade física; cuidados a ferida cirúrgica; medicação; avaliação de sinais vitais; funcionamento do dispositivo.

Neste processo é imprescindível o trabalho de equipa dos diferentes profissionais de saúde de forma a garantir a segurança do doente no domicílio.

**CONCLUSÃO:** A prevalência das doenças cardíacas, nomeadamente a falência cardíaca, criou uma necessidade de dispositivos de assistência ventricular e, enquanto portáteis, tornam possível aumentar a qualidade de vida dos doentes, tendo em conta que podem regressar ao domicílio, sem compromisso de grande parte das suas vivências familiares.

O papel de enfermagem é de grande relevo, na Educação e preparação desta transição, para que seja bem sucedida, diminuindo medos, ansiedades ou problemas que possam surgir quer para o doente, quer para a família.

A utilização deste tipo de assistência mecânica colocou um desafio à equipa de enfermagem, não só ao nível técnico-científico mas sobretudo relacional no acompanhamento do doente e família na sua adaptação a uma nova situação de vida. ■

## Simpósio Enfermagem

### CUIDAR O DOENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE PULMONAR

Alda Catela; Clotilde Bento; Joana Silva; Magda Pereira.

**OBJECTIVOS:** Descrever a intervenção de enfermagem ao doente/família submetido a transplante pulmonar.

**METODOLOGIA:** Reflexão baseada na nossa experiência profissional; revisão bibliográfica.

O Transplante Pulmonar está indicado nos doentes com doenças pulmonares em fase terminal, com severa limitação funcional, sem outras alternativas terapêuticas e com uma expectativa de vida menor que 18 meses.

Para dar resposta a estas situações, em Portugal, no ano de 2001, foi realizado no Hospital de Santa Marta o primeiro transplante pulmonar.

No Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta, durante o ano de 2009 já se realizaram 11 transplantes pulmonares que têm exigido, por parte da equipa multidisciplinar uma intervenção de complementaridade que tem como objectivos a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e atingir níveis elevados de satisfação do doente e família.

A intervenção da equipa de enfermagem no cuidar o doente submetido a transplante pulmonar, no período pós-operatório imediato, é caracterizada por cuidados intensivos de alta complexidade, que exige dos profissionais o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais para promover o cuidado individualizado e competente.

Esta intervenção exige a vigilância de todos os parâmetros e o rápido despiste de complicações pelo que o enfermeiro procede á:

- Monitorização dos parâmetros ventilatórios;
- Monitorização hemodinâmica;
- Avaliação e Controlo da Dor;
- Manutenção do Equilíbrio hídrico - electrolítico e função renal;
- Monitorização do drenado torácico;
- Manutenção do Sistema Gastro-intestinal;
- Avaliação Neurológica;
- Integração da Família;
- Implementação de medidas de Segurança para o doente.

As complicações mais frequentes são:

Edema pulmonar de reperfusão associado á sobrecarga hídrica ou pela isquémia/preservação do órgão por aumento da permeabilidade capilar que exige a realização de balanço hídrico rigoroso, restrição de líquidos e administração de diuréticos.

Atelectasias por inibição do reflexo da tosse, devido á desnervação vagal e dano no nervo recorrente laríngeo, exigindo a realização de uma toilette brônquica eficaz e um programa de cinesioterapia respiratória.

A intervenção de enfermagem contempla outros aspectos particulares como utilização de isolamento protector, medicação imunossupressora e educação para a saúde.

Uma das áreas mais significativas é a educação para a saúde, que tem como objectivos ajudar o doente e família a compreender e a lidar com o seu estado de saúde, assim como, a assumir a responsabilidade no seu auto-cuidado.

Por tudo isto, há que garantir um atendimento humanizado e personalizado que vá de encontro á satisfação das necessidades do doente e que promova uma adaptação do doente e família á nova situação da sua vida.

**CONCLUSÃO:** O transplante pulmonar, desde a sua introdução em Portugal em 2001, de uma forma progressiva, tem sido uma boa alternativa para os doentes que apresentam pneumopatias terminais, com índices crescentes de sobrevida a longo prazo e melhoria da qualidade de vida dos doentes.

O papel da enfermagem no cuidar o doente submetido a transplante pulmonar é essencial na monitorização contínua de um conjunto de parâmetros com a finalidade de prevenir ou despistar complicações que podem surgir no pós-operatório imediato, no estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente e família, bem como na educação para a saúde relativamente a vários aspectos, para promover a satisfação, o bem estar e o autocuidado do doente. ■

## Simpósio Enfermagem

### TRANSPLANTAÇÃO CARDIACA EM PEDIATRIA

Alda Catela; Clotilde Bento; Joana Silva; Magda Pereira.

**OBJECTIVO:** Apresentar a realidade de transplantação cardíaca pediátrica no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta.

**METODOLOGIA:** Revisão de três casos de crianças submetidas a transplantação cardíaca.

O transplante cardíaco em pediatria apresenta como principais indicações as cardiopatias congénitas complexas, miocardiopatias refractárias aos tratamentos médicos e cirúrgicos disponíveis, com sintomas incapacitantes ou com alto risco de morte dentro de um ano.

Dos utentes com diagnóstico de miocardiopatias, com necessidade de transplante cardíaco, os utentes pediátricos são os que apresentam menores perspectivas de obtenção de órgão compatível, especialmente pelo menor peso e pela menor disponibilidade de dadores compatíveis, em idade pediátrica.

A transplantação cardíaca em crianças constitui uma realidade no HSM. Foram realizados três transplantes cardíacos em crianças com diagnóstico de miocardiopatia dilatada, com idade compreendida entre os dois anos e os onze anos de idade, no período de 2005 a 2009.

O sucesso da transplantação implica a perfeita articulação da equipa multidisciplinar, incluindo os pais/cuidador afectivo principal, a criança, cardiologista pediátrico, cirurgia cardiotorácica, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, fisiatra e fisioterapeuta, nutricionista, e os cuidados de saúde primário.

A intervenção de enfermagem no pós-operatório imediato de transplante cardíaco envolve a vigilância da monitorização hemodinâmica com atenção especial à perfusão de drogas cronotrópicas, uma vez que o coração é desnervado; e drogas inotrópicas. Monitorização do suporte ventilatório; drenagem torácica; débito urinário; equilíbrio hidroelectrolítico. Há, no entanto, aspectos particulares a considerar que estão relacionados com a utilização de isolamento protector, medicação imunossupressora e educação para a saúde.

O isolamento protector utiliza-se para prevenir as infecções em utentes imunocomprometidos, quer pela natureza da sua própria doença, quer por terapêuticas imunossupressoras a que são submetidos.

A medicação imunossupressora a administrar para prevenção da rejeição do enxerto após o transplante, como Ciclosporina/Tacrolimus, Micofenolato de Mofetil/Azatioprina e Prednisolona, requer vigilância específica relativamente aos efeitos adversos que são frequentes e potenciam a morbidade.

A educação para a saúde tem como objectivos ajudar a criança/família a compreender o seu estado de saúde, assim como, a assumir a responsabilidade no seu auto-cuidado, nomeadamente na adesão ao regime terapêutico e na promoção de um estilo de vida saudável. Os aspectos a reforçar são: Regime Dietético, incluindo segurança alimentar; Regime Medicamentoso, com especial atenção para a medicação imunossupressora; Medidas de Autoprotecção (exposição solar, animais de estimação, utilização de máscara); Higiene Pessoal; Vigilância da Saúde, vacinação; Avaliação de Parâmetros Vitais; Exames Complementares de Diagnóstico; Sinais e Sintomas de Alerta (despiste de complicações), actividades escolares e lúdicas.

A criança/família necessita de ser acompanhada no ambulatório após a alta hospitalar recorrendo a articulação com os recursos na comunidade, no sentido da prevenção e tratamento das potenciais complicações.

Na Convenção dos Direitos da Criança é realçado o direito à sobrevivência, por exemplo os direitos aos cuidados adequados. No entanto não será a criança a decidir o tratamento, principalmente nos casos de crianças de menor idade. Essa autonomia será exercida através dos pais. Por isto, o transplante pediátrico apresenta uma particularidade pelo facto dos pais decidirem pela aceitação ou não da cirurgia, mas também pela responsabilidade de promover os cuidados necessários à criança, tendo em conta o rígido protocolo imunossupressor a cumprir, controle e tratamento de rejeição ou outras comorbilidades adquiridas ao longo do tempo.

O transplante cardíaco nas crianças tem possibilitado a sobrevida e melhoria da qualidade de vida em crianças com diagnóstico de miocardiopatias refractárias, constituindo uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento da criança em harmonia. ■

## Simpósio Enfermagem

### SÍNDROME DO DESFILADEIRO CERVICOTORÁCICO - ESTUDO DE CASO

Oliveira Sá, Carla Daniela; Ribeiro Lourinho, Nuno; Marques Valente; Paulo Manuel

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculár; Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António

O Síndrome do Desfiladeiro Cervicotorácico tem sido amplamente estudado no âmbito da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vasculár. Esta síndrome pode ser definida como sendo um complexo conjunto de sinais e sintomas resultantes da compressão de vasos e nervos na região do canal cervicotorácico. O diagnóstico e tratamento desta patologia requerem um grande envolvimento e perícia de todos os profissionais de saúde. A enfermagem cada vez mais é um elo fulcral para a recuperação do doente. A utilização dos Sistemas de Informação e Documentação da CIPE/SAPE permitem utilizar uma linguagem uniformizada para a prática dos cuidados de enfermagem. Assim, continuamente se tem reforçado a autonomia e responsabilidade do enfermeiro no sentido da segurança e qualidade dos cuidados e a satisfação do doente. O estudo de caso a apresentar refere-se a uma senhora de 43 anos

com Síndrome de Desfiladeiro Cervicotorácico internada no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculár para realizar cirurgia electiva.

Abordaremos quais os factores contribuintes para a compressão, quais os sinais e sintomas mais evidentes e as formas de tratamento. Na descrição do caso clínico, além da história clínica da doente, são apresentados na linguagem CIPE usada no aplicativo SAPE os diagnósticos de enfermagem pré e pós operatórios com especial realce às Intervenções de Enfermagem inerentes

**Palavras-Chave:** Síndrome Desfiladeiro Cervicotorácico, Angiologia e Cirurgia Vasculár, Enfermagem, CIPE/SAPE, Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem, Sistemas de Informação e Documentação. ■

## Simpósio Enfermagem

### CIRURGIA ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA - PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM

Dário Antunes; Isabel Colaço

Apresentação do programa de Cirurgia Endovascular de Aneurisma da Aorta Torácica do nosso centro, recorrendo à apresentação de um caso clínico, utente com alto índice de comorbilidades, com Aneurisma da Aorta Descendente, submetido a Cirurgia Endovascular de Aneurisma da Aorta Torácica. Apresentação do número de cirurgias realizadas desde a introdução do programa em 2008, com referência a tempos de ocupação de BO, de UCI e de internamento. A abordagem envolve a introdução deste programa e toda planificação desenvolvida pela equipa de enfermagem, integrada na equipa multidisciplinar responsável pelo Cirurgia Endovascular de Aneurisma da Aorta Torácica do nosso centro. Adoptando uma estratégia de apresentação das dificuldades e respectivas soluções aplicadas, a principal solução desenvolvida pela equipa foi a de elaboração de um

procedimento de enfermagem. Este procedimento descreve a abordagem anestésica, cirúrgica e a especificidade dos cuidados de enfermagem. A sua elaboração foi ainda baseada em check lists com vista à aplicação no momento do agendamento da cirurgia, na preparação da sala operatória e no dia da cirurgia. Pretende-se ainda apresentar a especificidade dos cuidados prestados pelo Enfermeiro de Anestesia, Circulante e Instrumentista.

#### Conceitos-chave:

- Cirurgia Endovascular de Aneurisma da Aorta Torácica
- Procedimento de Enfermagem
- Check List
- Cuidados de enfermagem ■

## Simpósio Enfermagem

### **ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL – CIRURGIA CONVENCIONAL VS CIRURGIA ENDOVASCULAR, QUE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO?**

Casado, Hélia; Martins, Rui; Miranda, Rosa

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar; Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE  
Hospital de Santa Marta

A palavra aneurisma deriva do grego “aneurysma” e significa dilatação. A Society of Cardiovascular Surgery definiu aneurisma “como a dilatação maior do que 50% do diâmetro esperado de um vaso em determinada localização”. Estas lesões são mais frequentemente diagnosticadas ao nível da aorta abdominal infra-renal (AAA), sendo na maioria dos casos assintomática, mas tendem para o crescimento e rotura, uma situação emergente e habitualmente mortal. O aneurisma da aorta abdominal é uma patologia de elevada prevalência - cerca de 5% dos homens entre 65 e 74 anos têm aneurisma na aorta abdominal, com prevalência seis vezes menor em mulheres. Quando ocorre uma situação de rotura, menos de metade dos doentes sobrevive até a chegada ao hospital e, daqueles que chegam com vida, 40-60% não sobrevivem até a alta, o que resulta em um índice de mortalidade geral em torno de 80%. O tratamento cirúrgico visa prevenir estas graves complicações.

No Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar do Hospital de Santa Marta são realizadas anualmente cerca de 100 operações por aneurisma da aorta. As opções cirúrgicas são o tratamento por abordagem directa do aneurisma e sua substituição por uma prótese sintética (cirurgia aberta) ou a colocação de endoprótese através das artérias femorais (cirurgia endovascular ou EVAR). A reparação aberta convencional, antes da ruptura, de aneurismas abaixo das artérias

renais (95% do total dos casos) apresenta índice de mortalidade médio de 9,5%. A reparação endovascular de aneurisma, nos 60-70% dos doentes para os quais o procedimento se revela anatomicamente adequado, apresenta mortalidade de 1,6%. O tratamento endovascular já demonstrou ser uma alternativa eficaz no tratamento electivo dos AAA, tanto na redução da mortalidade perioperatória e período de internamento como na redução da taxa de complicações pós-operatórias. No entanto, a relação custo-efectividade deste tipo de tratamento ainda não é clara, ainda existe alguma incerteza no que respeita à segurança e durabilidade das próteses a longo prazo.

A considerável experiência do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar do Hospital de Santa Marta no tratamento cirúrgico electivo dos doentes com AAA e, mais recentemente, a introdução do procedimento endovascular, veio motivar-nos para a realização deste trabalho que pretende dar a conhecer os cuidados de enfermagem que prestamos no pós-operatório destes doentes, no contexto de cirurgia convencional vs cirurgia endovascular. Posteriormente, apresentaremos uma breve análise retrospectiva dos doentes com AAA submetidos a tratamento cirúrgico ou endovascular no nosso Serviço, referente ao ano de 2007. Foram analisados os factores de risco, tempo de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos, procedimento realizado e complicações pós-operatórias. ■

## Simpósio Enfermagem

### **O REGRESSO A CASA DO DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA: QUE NECESSIDADES? QUE INTERVENÇÕES?**

Lúcia Maria Macedo Lopes; Maria Fernanda Neves Moreira; Raquel Elisabete Costa Moreira  
Serviço Cirurgia Torácica; Hospital S. João, EPE, Porto

**OBJECTIVOS:** Apresentar uma breve revisão de literatura sobre as necessidades de aprendizagem nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, após o regresso a casa, apresentando sugestões para futuras investigações.

**METODOLOGIA:** revisão da literatura.

**INTRODUÇÃO:** Nas últimas décadas, na área da cirurgia cardíaca, os seus avanços terapêuticos, clínicos e cirúrgicos, têm permitido uma diminuição do tempo de hospitalização dos doentes necessitando de um acompanhamento mais próximo devido às suas repercussões na sua qualidade de vida (custos incalculáveis no âmbito físico, emocional e finan-

ceiro). Verifica-se a existência de vários estudos relativamente à informação necessária a fornecer aos doentes bem como referência à falha na educação no que concerne às necessidades do doente submetido a cirurgia cardíaca.

Foi neste sentido, que foi elaborado esta comunicação.

**DESENVOLVIMENTO:** Durante o 1º mês após a cirurgia, uma das preocupações mais referidas neste grupo de doentes é o controlo da dor verificando-se uma falta de conhecimentos sobre as suas medidas não farmacológicas e auto-gestão dos analgésicos. Para além da dor, os doentes referem preocupação com a presença de diversos sintomas (fadiga, cansaço, edemas), distúrbios (gastro-intestinais, emocionais e do sono), aspectos práticos (relacionados com a condução, o uso de meia elástica, regresso à actividade laboral), problemas relacionados com a não-adesão ao regime terapêutico (confusão com os nomes dos medicamentos, má compreensão do próprio esquema), com repercussões nas suas actividades de vida diária, gerando ansiedade e frustração. Após o regresso a casa, os doentes sentem-se desprotegidos da equipa de saúde que o acompanharam durante o internamento sendo necessário apostar nos recursos de apoio (chamadas telefónicas, visitas domiciliárias, suporte educacional, grupos de apoio, apoio domiciliário) que visem a reabilitação deste grupo de doentes, a fim de diminuir a ansiedade do doente, aumentar a auto-eficácia, melhorar a detecção precoce de complicações pós-cirúrgicas, diminuir a taxa de re-hospitalização e o tempo de internamento bem como, aumentar a satisfação do doente. Verifica-se a existência de uma construção de um corpo de conhecimentos que se tem debruçado na análise das necessidades-chave dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca e na aplicação de intervenções de enfermagem como resposta ao combate dessas mesmas necessidades, de forma a facilitar a transição do regresso a casa e prevenir novos eventos cardíacos.

Os enfermeiros estão numa posição vantajosa para assumir a responsabilidade no que concerne à assistência da recuperação do doente após a alta hospitalar porque têm um maior contacto com o doente e a família em todas as fases da sua reabilitação.

**CONCLUSÃO:** A maioria dos estudos demonstrou a necessidade de um acompanhamento mais próximo dos doentes e o efeito positivo de programas de reabilitação específicos no âmbito físico, psicossocial, emocional e financeiro. Os doentes apresentam necessidades de aprendizagem em diversos níveis. O seu conhecimento contribui para a melhoria da prática dos enfermeiros, a melhoria da qualidade de vida dos doentes e para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina. Contudo, é necessário ainda de mais investigação nesta área para que os programas de reabilitação sejam mais dirigidos e eficazes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Hertzog M. Impact of a telehealth intervention to augment home health care on functional and recovery outcomes of elderly patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Heart Lung*, 2006; 35(4):225-33.
2. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schmadere, Carranza B, Reilly S, Nebraska L, Nebraska O. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. *Heart & Lung*, 2003; 32(3): 147-58.
3. Cooper AF, Jackson G, Weinman J, Horne R. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 2002; 16: 541-52.
4. Goodman H. Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 25: 1241-51.
5. Grap MJ, Savage L, Ball GB. The incidence of gastrointestinal symptoms in cardiac surgery patients through six weeks after discharge, 1996; *Heart & Lung*. 25(6): 444-50.
6. Hartford K. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 50(5): 459-68.
7. Hartford K, Wong C, Zakaria D. Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: Effects of anxiety. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care*, 2002; 31(3): 199-206.
8. Jiang X, Sit JW, Wong T. A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16(10):1886-1897.
9. Kemper JA. Pain Management of older adults after discharge from outpatient surgery. *Pain Management Nursing*, 2002; 3(4): 141-53.
10. Leegaard M, Näden D, Fagermoen MS. Postoperative pain and self-management: Women's experiences after cardiac surgery [Abstract]. *J Adv Nurs*, 2008; 63(5): 476-85.
11. Rosborough D. Cardiac surgery in elderly patients: Strategies to optimize outcomes. *Critical Care Nurse*, 2006; 26(5): 24-31.
12. Thurston N. What happens next? The role of cardiac rehabilitation in total patient care. *Heart, Lung and Circulation*, 2008; 17S: S63-S64.
13. Warrington D, Cholowski K, Peters D. Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 41(2): 121-29. ■

## Simpósio Enfermagem

### A EVOLUÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA VASCULAR: A NOSSA EXPERIÊNCIA COM O SAPE

Almeida Gonçalves, Patrícia Alexandra; Marques Valente, Paulo Manuel

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António

Os estudos desenvolvidos na área dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), demonstram que a informatização da saúde e o envolvimento dos enfermeiros na melhoria destes SIE permite não só gerir melhor o recurso tempo, como também potencia uma melhoria da continuidade de cuidados e da qualidade dos mesmos. Mostram também às entidades gestoras de saúde a importância do trabalho do enfermeiro, tanto quantitativamente como qualitativamente.

A criação de uma linguagem universal para a enfermagem (CIPE) constituiu a base necessária para o avanço do SIE.. As possibilidades que o SAPE (sistema de apoio a prática de enfermagem) oferece, desde a interacção com os programas informáticos médicos e de análises e exames complementares, até à organização do pensamento e do próprio trabalho dos enfermeiros através da elaboração de planos de trabalho individuais e completos (medicação, exames e análises do doente até às diversas intervenções de enfermagem), tornou-o numa ferramenta indispensável no

nosso serviço para a prestação de cuidados. Apresentaremos a experiência no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Santo António com o SAPE. Faremos uma viagem desde os registos de enfermagem utilizados a partir de 1972 até 2009, onde o programa SAPE se encontra totalmente operacional e em constante desenvolvimento para proporcionar ao enfermeiro o melhor registo no menor tempo dispensável. Demonstraremos o processo de aprendizagem realizado para a implementação deste programa e exaltaremos as suas vantagens. Hoje temos enfermeiros de diferentes idades a elaborar processos de enfermagem em linguagem CIPE e a registar o seu trabalho no SAPE.

O objectivo deste trabalho será demonstrar que a linguagem CIPE completada com o programa SAPE traz benefícios para a prática de enfermagem. É urgente cativar aqueles que ainda duvidam que a CIPE e o SAPE são essenciais ao futuro da enfermagem e reforçar a força de vontade daqueles que perante as dificuldades pensam desistir. ■

## Simpósio Enfermagem

### PERCURSO INTEGRADO DO DOENTE EM CIRURGIA DO AMBULATÓRIO

Alves, Raquel; Costa, Ana Cristina

Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Hospital Santa Marta

Considerada um desafio recente, a Cirurgia Ambulatória é contudo um conceito do passado que se está a tornar uma exigência do futuro, pelas diversas vantagens que apresenta para os utentes e para as unidades hospitalares.

Este “renovar” de um conceito antigo só é no entanto possível devido aos avanços que se verificaram nas técnicas cirúrgicas e de anestesia, que acresce a mudança de atitude dos profissionais no sentido da concepção do utente como um parceiro para a satisfação das suas necessidades de saúde.

Nas recomendações para o desenvolvimento de Cirurgia do Ambulatório o Ministério da Saúde (Abril, 2000:4) define Cirurgia de Ambulatório como “a intervenção cirúrgica pro-

gramada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia”.

Na Cirurgia Ambulatória o utente é um fim em si mesmo. Todos os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar são programados individualmente tendo como actores principais o utente e sua família.

Face à necessidade de instalação de uma unidade de Cirurgia do Ambulatório no âmbito do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, em resposta à solicitação do Conselho de

Administração do nosso hospital, foi criado um procedimento relativo ao percurso do doente em Cirurgia do Ambulatório. Através deste pretende-se implementar políticas e procedimentos para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente/acompanhante submetido a cirurgia em regime ambulatorio; estabelecer directrizes de actuação e de desempenho para as enfermeiras da unidade de cirurgia do ambulatório; distinguir áreas de intervenção autónoma e interdependente de enfer-

magem de forma ,a prestar ao doente e seu acompanhante a melhor qualidade de cuidados, promovendo a segurança e confiança no seu processo de recuperação de saúde.

Este procedimento é de fácil manuseamento, acessível a toda equipa, tem um carácter temporário e é avaliado permanentemente baseado na actualização teórica e nos avanços do conhecimento nesta área. ■

## Simpósio Enfermagem

### A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA

S. Borges<sup>1</sup>; H. Lima<sup>2</sup>; E. Martinho<sup>2</sup>; M. Feteira<sup>3</sup>; J. Fragata<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira Graduada CHLC - Hospital de Santa Marta E.P.E.

<sup>2</sup>Enfermeira CHLC - Hospital de Santa Marta E.P.E.

<sup>3</sup>Enfermeira Chefe, Serviço Cirurgia Cardiorácica, CHLC - Hospital de Santa Marta E.P.E.

<sup>4</sup>Director Clínico, Serviço Cirurgia Cardiorácica, CHLC - Hospital de Santa Marta E.P.E.

**INTRODUÇÃO E OBJECTIVO:** A mortalidade em Cirurgia Cardíaca é hoje baixa, A nossa intervenção centra-se no aumento da qualidade de vida do doente operado. Através do Follow-up da Consulta de Enfermagem de Cirurgia Cardíaca, estudamos o impacto desta cirurgia na qualidade de vida do doente: no estado geral, na actividade física, na actividade profissional e nos hábitos de vida.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foram seleccionados os doentes submetidos a cirurgia cardiaca no período de 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2008, num total de 346 indivíduos de ambos os sexos (132 F e 214 M), na faixa etária entre os 18 – 88 anos (média 65.7 anos, moda 77 anos).

Foram utilizados questionários adaptados do MOS SF 36 (Medical Outcome Study Short Form), aplicados em quatro momentos específicos após a alta hospitalar (ao 3º dia, ao 1 mês, ao 6 mês e ao 1 ano).

**RESULTADOS:** Dos 346 doentes, foram aplicados os 4 questionários a 308 doentes (89%). Os restantes 38 (10.9%) foram excluídos por impossibilidade de contacto (Reinternados 1%; Incontactáveis 4.1%; Óbitos 5.7%).

Dos resultados obtidos ao ano salientamos os seguintes: a referência à dor incisional passa de 56.3% aos 3 dias para 9.5% ao ano. Quanto à actividade física, 41% referem

sentir-se muito limitados a esforços vigorosos e 72% sentem-se pouco limitados a esforços moderados. A actividade sexual presente em 46.8% dos doentes no pré-operatório sofreu uma redução de 7.2% no 1º ano. A presença de actividade profissional prévia à cirurgia em 30.4% dos doentes decresce para 19.4% ao final de 1 ano e, nestes a rentabilidade profissional total mantém-se em 68% dos doentes. Cerca de 9.5% mantém hábitos alcoólicos frequentes relativamente aos 12.4% no pré operatório e dos 16.7% de doentes com hábitos tabágicos prévios, apenas 3.75% os mantiveram ao ano.

**CONCLUSÃO:** Os doentes estudados mantêm algumas alterações da sua qualidade de vida um ano após a cirurgia, sendo que 48% referem sentir-se muito melhor e 35% referem algumas melhoras em relação ao seu estado geral de saúde.

Dos resultados obtidos, sabemos hoje que a intervenção da Consulta de Enfermagem de Cirurgia Cardíaca, contribui positivamente para a melhoria da qualidade de vida do doente operado, nomeadamente nos hábitos de vida diários, na adesão terapêutica e no controlo da dor, na medida em que proporciona momentos de ajuda e partilha permitindo a optimização do tempo de recuperação, promovendo o regresso do doente e família para a sua vida quotidiana. ■



**XIII** REUNIÃO ANUAL SPCCTV &  
REUNIÃO CONJUNTA SPRMN

# Abstracts

COMUNICAÇÕES ORAIS

**CARDIOTORÁCICA  
E IMAGIOLOGIA**

## Comunicações Cardiotorácica

**C01**

### O PAPEL DA TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA NA ABORDAGEM DO DERRAME PERICÁRDICO

Lima, Rui Pedro<sup>1</sup>; Lima, Rui<sup>1</sup>; Bettencourt, Nuno<sup>1</sup>; Carvalho, Mónica<sup>1</sup>; Fonseca, Conceição<sup>1</sup>; Vouga, Luís<sup>2</sup>; Gama Ribeiro, Vasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cardiologia; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia cardíaca é o gold standard para o tratamento de muitas patologias cardiovasculares; no entanto, não está isenta de complicações. O derrame pericárdico, complicação frequente neste contexto, impõe muitas das vezes a realização de pericardiocentese. Quando realizado por pessoas experientes, este procedimento é geralmente rápido e seguro no qual os meios auxiliares de imagem assumem um papel preponderante.

**OBJECTIVO:** Expor a metodologia utilizada na abordagem ao derrame pericárdico, em doentes com indicação para pericardiocentese, internados no serviço de Cirurgia Cardio-Torácica do nosso hospital e salientar o papel da tomografia computadorizada como meio auxiliar de imagem neste procedimento.

**MÉTODOS:** Entre 1/06/2008 e 31/10/2009 todos os doentes internados no Serviço de Cardio-Torácica com indicação para pericardiocentese e considerados de risco elevado para a realização de pericardiocentese percutânea guiada por ecocardiografia foram referenciados para

pericardiocentese guiada por tomografia computadorizada (64 – Slice CT Scanner - Somaton Sensation 64, Siemens).

**RESULTADOS:** Foram incluídos 7 doentes (4 homens, 3 mulheres), com média etária de 65+/-9 anos. Em 5 doentes, o derrame pericárdico surgiu após cirurgia cardíaca, num intervalo de 13,8+/-6,9 dias. Em 2 doentes, o derrame pericárdico surgiu no contexto de neoplasia pulmonar e poliserosite. Em todos os doentes foi possível realizar com sucesso a pericardiocentese percutânea, via sub-xifoideia, guiada por tomografia computadorizada. A radiação efectiva média foi estimada em 4,75 +/- 3,11 mSv. Não houve complicações relacionadas com o procedimento.

**CONCLUSÃO:** A tomografia computadorizada poderá desempenhar um papel importante na abordagem do doente com derrame pericárdico, podendo ultrapassar as limitações da ecocardiografia. A sua abordagem verdadeiramente tridimensional pode revelar-se uma mais valia importante no aumento da taxa de sucesso e redução das complicações associadas. ■

## Comunicações Cardiotorácica

**C02**

### EMBOLIA AÓRTICA INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIA PULMONAR - CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

Rodrigues, Cristina<sup>1</sup>; Félix, Francisco<sup>1</sup>; Matos, Ana Rita<sup>1</sup>; Pereira Albino, José<sup>2</sup>; Vieira, Teresa<sup>2</sup>; Amorim, Pedro<sup>2</sup>; Godinho, Teresa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Torácica; Hospital Pulido Valente; CHLN

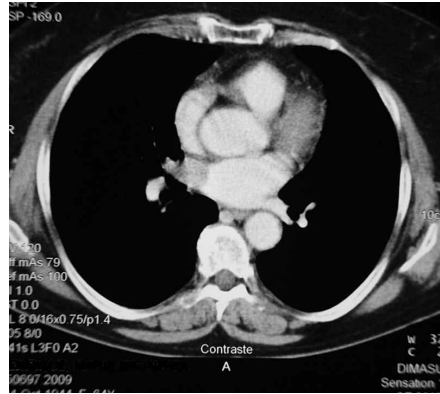
<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Vasculuar; Hospital Pulido Valente; CHLN

**INTRODUÇÃO:** O potencial embólico de tumores com invasão das veias pulmonares e aurícula esquerda foi há muito reconhecido e pode ser o sintoma inaugural de uma neoplasia pulmonar. No entanto a oclusão aguda da bifurcação aórtica por um êmbolo tumoral é um achado raro.

Caso clínico: Apresentamos um caso de obstrução aguda intra-operatória da aorta abdominal infra-renal, no decurso de uma lobectomia média por metástases de leiomiossarcoma renal. A doente foi prontamente diagnosticada, submetida a cirurgia de emergência e recuperou sem sequelas.

**COMENTÁRIO:** Numa revisão da literatura encontramos apenas 11 casos descritos associados com neoplasia pulmonar e nenhum devido a um leiomiossarcoma renal. O tratamento de eleição quando a obstrução é completa é a embolectomia nas primeiras 6 horas. A mortalidade pode atingir os 70% se o diagnóstico for tardio, apesar de haver descrições de intervenções cirúrgicas com bons resultados até 12 horas após o início dos sintomas.

**CONCLUSÃO:** As doenças malignas do pulmão podem estar associadas à presença de tecido tumoral nas veias pulmonares ou na aurícula esquerda. Sintomas de obstrução arterial devem levar à incessante procura de um êmbolo arterial. O tratamento cirúrgico oferece os melhores resultados. ■



## Comunicações Cardiotorácica

**CO3**

### BRONCOPLASTIA E SLEEVE, UMA BOA FORMA DE POUPAR PARÊNQUIMA EM "TEMPOS DE CRISE"

Matilla, Jose Ramon<sup>1</sup>; Francisco J Felix; Teresa M Godinho  
<sup>1</sup>Cirurgia Torácica; Hospital Pulido Valente

**Palavras-chave:** broncoplastia, sleeve.

**INTRODUÇÃO:** Crise é uma palavra muito frequente nos últimos meses. Em Cirurgia Torácica oncológica crise significa valores baixos de FEV1, CV e índice Tiffeneau que contra-indicam ressecções pulmonares com intenção curativa. Broncoplastias e sleeves são técnicas cirúrgicas alternativas às pneumectomias e lobectomias em doentes com neoplasias que envolvem brônquios principais.

**MÉTODOS:** Estes procedimentos cirúrgicos foram analisados retrospectivamente nos últimos 5 anos na nossa Instituição. Mediastinoscopia e/ou PET foram realizados pré-operatoriamente para correcto estadiamento.

**RESULTADOS:** Um total de 12 doentes foi submetido a técnicas de broncoplastia ou sleeve. A mortalidade perioperatória foi 0%. Num doente houve uma estenose ligeira da anastomose. Outro doente teve uma metástase homolateral no lobo remanescente 3 anos depois do procedimento e, o único doente falecido até a data, teve recidiva local aos 18 meses; nestes dois últimos casos tratava-se de neoplasias com envolvimento ganglionar N1 e N2 respectivamente.

**CONCLUSÕES:** Tumores de baixa malignidade podem ser tratados aplicando este tipo de técnica cirúrgica com excelentes resultados e significativa poupança de parênquima pulmonar. Broncoplastias e sleeves são procedimentos cirúrgicos com baixa taxa de complicações. Estádios N1 e N2 estão associados a pior prognóstico. ■

## Comunicações Cardiotorácica

C04

### IMPACTO DO 'PATIENT PROSTHESIS MISMATCH' EM DOENTES SUBMETIDOS A SUBSTITUIÇÃO VALVULAR AÓRTICA

Ferreira, Ricardo; Gallego, Javier; Pereira, Filipe; Lemos, Alberto; Mendes, Samuel; Nobre, Ângelo; Cravino, João  
Serviço de Cirurgia Cardiotorácica; Hospital de Santa Maria

**INTRODUÇÃO:** O tema Patient prosthesis mismatch (PPM) é, actualmente, algo de controverso na cirurgia de substituição valvular. Existe PPM quando a área efectiva da prótese inserida no doente é demasiado pequena em relação com a sua superfície corporal, ou seja, quando a área efectiva indexada à superfície corporal é  $0,8-0,9 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ .

**OBJECTIVOS:** Avaliar o impacto da PPM nos resultados a curto prazo e follow-up de 2 anos.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo envolvendo 343 doentes com uma média de idades de 64,68  $\pm$  12,4 anos que foram submetidos a substituição valvular aórtica entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2007. Foram obtidos dados e follow-up desses doentes, comparados os grupos de doentes com e sem PPM correlacionando-os em termos de factores de risco (Euroscore), demografia, tipo de prótese implantada, tempos

cirúrgicos, estadia na unidade de cuidados intensivos e internamento. Os dados relativos a mortalidade a curto prazo e aos 2 anos de follow-up bem como evolução da sintomatologia (NYHA) também foram estudados.

**RESULTADOS:** Usando um cut-off relativo ao effective orifice área index  $0,9 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  para definir PPM verificou-se a sua existência em 101d (29,4%). Comparando os grupos com e sem PPM verificou-se que esta está associado a doentes de idade mais avançada ( $p=0,001$ ), utilização de próteses biológicas ( $p=0,01$ ) e com aplicação de próteses de tamanho inferior a 21 ( $p<0,05$ ).

Existe uma diferença estatisticamente significativa: 1) na mortalidade aos 30 dias nos doentes com PPM ( $p<0,001$ ) não havendo no entanto diferenças em termos de mortalidade aos 2 anos e evolução de classe NYHA; 2) em termos de tempos de clampagem da aorta e circulação extracorporal ( $p=0,047$  e  $p=0,036$ , respectivamente). ■

## Comunicações Cardiotorácica

C05

### RISCO CIRÚRGICO ASSOCIADO A INTERVENÇÃO AORTA ASCENDENTE EM ASSOCIAÇÃO COM SUBSTITUIÇÃO VALVULAR AÓRTICA

Ferreira, Ricardo; Gallego, Javier; Pereira, Filipe; Pereira, Ricardo; Mendes, Mário; Nobre, Ângelo; Cravino, João  
Serviço de Cirurgia Cardiotorácica; Hospital de Santa Maria

**INTRODUÇÃO:** Os aneurismas da aorta ascendente são cada vez mais objecto de intervenção precoce. Os limiares para intervenção cirúrgica têm vindo a ser reduzidos sobretudo em doentes com intervenção cirúrgica programada por outra patologia cardíaca, como por exemplo, substituição valvular aórtica.

**OBJECTIVOS:** Estudo comparativo entre doentes submetidos a substituição valvular aórtica isolada e doentes com substituição da válvula aórtica e da aorta ascendente por prótese tubular.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 116 doentes submetidos a cirurgia combinada a válvula aórtica e aorta ascendente e de 343 doentes com substituição isolada da válvula aórtica entre Janeiro 2005 e Dezembro 2007. Os dados foram recolhidos através de consulta do processo clínico dos doentes. Foi efectuada uma análise comparativa dos grupos em termos de demografia, tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos (UCI), tempo de internamento, mortalidade intra-operatória e pós-operatória e existência de "patient prosthesis mismatch" (PPM) e sua relação com a mortalidade.

**RESULTADOS E CONCLUSÃO:** Após comparação dos dois grupos não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativa, excepto em termos de existência de PPM, isto é, o grupo de doentes submetidos a cirurgia da aorta ascendente não apresenta diferenças em termos de mortalidade ( $p=0,21$ ), internamento ( $p=0,83$ ), permanência na UCI ( $p=0,228$ ) com o grupo submetido a substituição valvular aórtica isolada. Em relação à existência de PPM verificou-se que esta é menos frequente no grupo de doentes

com substituição da aorta ascendente ( $p = 0,05$ ). Estes dados vêm corroborar a tendência actual de diminuição do limiar para cirurgia de substituição aorta ascendente, sobretudo quando associada a cirurgia de substituição valvular aórtica. Os dados mostram que não existem riscos cirúrgicos ou complicações pós operatórias significativamente mais elevados neste tipo de cirurgia combinada permitindo evitar complicações a longo prazo com necessidade de reintervenção. ■

## Comunicações Cardiororácica

**CO6**

### **CIRURGIA DA RAZ DA AORTA COM CONSERVAÇÃO DA VÁLVULA AÓRTICA - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO**

Marques, Marta Pereira Marques; Rodrigues, Rui; Boshoff, Sérgio; Abecasis, Miguel; Moradas Ferreira, Manuel João; Neves, José Pedro; Queiroz e Melo, João  
Serviço de Cirurgia Cardiororácica, Hospital de Sta Cruz- CHLO

A ectasia anuloaórtica pode condicionar incompetência valvular ou aneurisma da raiz da aorta ou ambas mantendo folhetos valvulares quase normais. Quando o tratamento cirúrgico é necessário a operação de David (reimplantação da válvula aórtica) pode ser uma alternativa válida à substituição da raiz da aorta (Operação de Bentall).

Num período compreendido entre Junho de 2004 e Outubro de 2009 esta cirurgia foi realizada em 9 doentes (d) com idade média  $32\pm 9$ , 7 d sexo masculino, 1 d com Síndrome de Marfan, 1 d com dissecação da aorta; todos os doentes apresentavam ectasia anuloaórtica com insuficiência valvular aórtica moderada a grave e aneurisma da raiz da aorta; 85% dos doentes em insuficiência cardíaca grau I-II New York Heart Association (NYHA).

Em todos os doentes foi aplicada a mesma técnica cirúrgica, conservando a válvula nativa; procedeu-se a reimplantação da válvula aórtica no conduto de dacron e

anastomose das coronárias na prótese. Foi realizado ecocardiograma (ECO) transesofágico (ETE) intraoperatório em todos os doentes.

Não houve mortalidade hospitalar; em nenhum doente houve necessidade de conversão do procedimento; tempo médio de circulação extracorporeal  $172\pm 15$ , hemorragia à 8ª hora pós-operatória 330cc; tempo médio de ventilação 10 horas, tempo médio de internamento 8 dias; no ECO realizado antes da alta 4 doentes apresentam insuficiência aórtica ligeira; até ao momento todos os doentes se encontram livre de reoperação e todos os doentes se encontram em follow up em insuficiência cardíaca grau I da NYHA.

Os resultados apresentados confirmam os resultados publicados internacionalmente por serviços experientes. A selecção criteriosa destes doentes, a precisão e experiência da técnica são os principais factores para os resultados cirúrgicos. ■

## Comunicações Cardiorádica

C07

### IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE VALVULAR AÓRTICA TRANSPICAL - EXPERIÊNCIA INICIAL

Boshoff, Sérgio<sup>1</sup>; Neves, José<sup>1</sup>; Teles, Rui<sup>2</sup>; Brito, João<sup>2</sup>; Calquinha, Carmo<sup>3</sup>; Ribeiras, Regina<sup>2</sup>; Melo, João<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirurgia Cardiorádica, Hospital Santa Cruz

<sup>2</sup>Cardiologia, Hospital Santa Cruz

<sup>3</sup>Anestesiologia, Hospital Santa Cruz

**INTRODUÇÃO:** Um elevado numero de doentes com estenose aórtica grave, não são referenciados ou sujeitos a cirurgia convencional por idade muito avançada, alto risco operatório ou por alguma contra-indicação. A implantação de prótese aórtica transcaterter é uma opção para estes doentes. A via transapical tem indicações próprias ou pode ser alternativa às vias transfemoral e transaxilar.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Desde Fevereiro de 2009, intervencionámos 9 doentes (7 homens) com idade entre 57 e 88 anos (média 79± 9). Seis doentes por risco muito alto (Euroscore médio 40) e 3 por contra-indicações para cirurgia convencional (aorta de porcelana e cirrose hepática; Euroscore médio 13); 6 doentes eram reoperações cardíacas e 3 doentes tiveram intervenção coronária antes da implantação. Os procedimentos foram realizados sob anestesia

geral, com controle radiológico e ETE; os primeiros 6 casos foram tutelados. Um doente, por ter prótese aórtica biológica degenerada teve implantação "valve-in-valve".

**RESULTADOS:** Não houve mortalidade. Um doente teve necessidade de assistência circulatória femoro-femoral (20min) após implantação. Um doente colocou pacemaker por BAV. O internamento médio foi 8 dias. Dois doentes têm insuficiência aórtica residual grau I e II. O seguimento é de 0,5 a 9 meses (média 3,2) e todos os doentes se encontram em classe funcional I ou II.

**CONCLUSÃO:** Esta experiência inicial confirma que a implantação transapical de próteses aórticas é uma técnica promissora, cujas indicações no futuro parecem estar dependentes da durabilidade destas próteses. ■

## Comunicações Cardiorádica

C08

### TRATAMENTO PERCUTÂNEO DA ESTENOSE AÓRTICA SEVERA: IMPORTÂNCIA DA CURVA DE APRENDIZAGEM

Caeiro D.; Fontes-Carvalho R; Santos L; Melica B; Rodrigues A; Ribeiro J; Braga P; Gonçalves M; Vouga L; Gama V.

Serviço de Cardiologia e Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.

**INTRODUÇÃO:** A implantação da válvula aórtica por via percutânea (IVAP) é uma técnica em franca expansão, apresentando-se como uma alternativa terapêutica para os doentes com estenose aórtica severa sintomáticos, recusados para cirurgia de substituição valvular. Sendo um procedimento inovador e tecnicamente complexo, a experiência adquirida na selecção, execução técnica e seguimento parece obedecer a uma curva de aprendizagem.

**OBJECTIVO:** Comparar os resultados entre os primeiros 16 (Grupo 1) e os últimos 16 (Grupo 2) doentes tratados com a IVAP no nosso centro.

**MÉTODOS:** 32 doentes com estenose aórtica severa foram tratados com recurso a esta técnica. Foi utilizada uma bioprótese autoexpansível de entrega retrógrada. Foram avaliados retrospectivamente as diferenças entre o Grupo 1 e 2 quanto a variáveis clínicas e ecocardiográficas, preditores de risco do procedimento, complicações da técnica e mortalidade.

**RESULTADOS:** Os dois grupos não apresentavam diferenças estatisticamente significativas quanto à idade (Grupo 1 - 82,2 anos vs Grupo 2 - 77,9 anos), sexo (6 homens vs 5 homens) e Euroscore Logístico (23,7% vs 26,2%). Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao

gradiente máximo e médio e fracção de ejeção pré-procedimento. A IVAP foi efectuada com sucesso na totalidade dos doentes, ainda que em 25% dos doentes do Grupo 1 tenha sido necessário efectuar valvuloplastia com balão após colocação da prótese – 12,5% no Grupo 2.

No seguimento verificou-se uma diferença significativa na mortalidade hospitalar (12,5% vs 0%) assim como na incidência de infeções nosocomiais (50% vs 18,75%). Não

se verificaram diferenças no que diz respeito às complicações com acessos vasculares, nefropatia induzida por contraste ou necessidade de pacemaker.

**CONCLUSÃO:** O grupo 2 apresentou menor mortalidade intrahospitalar e aos 3 meses de seguimento, assim como menor número de complicações infecciosas. Não se verificaram diferenças significativas quanto aos outros parâmetros analisados. ■

**28** NOVEMBRO**Comunicações Cardiotorácica****CO9****ANGIOGRAFIA PULMONAR POR TC NA AVALIAÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO**

Ribeiro, Carla; Correia, Hugo; Guimarães, Luis; Ribeiro, Nuno; Carvalho, Joaquim  
Serviço de Radiologia, Hospital de S. Teotónio, Viseu

O tromboembolismo pulmonar é uma patologia comum, com uma incidência de 0.7 a 1 caso por 1000 indivíduos. Está associado a uma elevada mortalidade, calculada em cerca de 30% na ausência de tratamento. Um diagnóstico correcto, seguido de anticoagulação adequada, reduz a mortalidade para 2 a 8%. Assim, um diagnóstico correcto e precoce é de vital importância.

A Angiografia pulmonar por TC é actualmente um meio auxiliar de diagnóstico por imagem importante na abordagem do paciente com suspeita de tromboembolismo pulmonar. Esta técnica tem várias vantagens como o fácil acesso, aquisição de dados volumétricos e identificação de diagnósticos alternativos. A TC pode ainda permitir a avaliação das estruturas venosas dos membros inferiores e pélvicas.

Os autores fazem uma revisão dos principais achados em

angiografia pulmonar por TC no contexto de tromboembolismo pulmonar agudo. Esta técnica permite visualizar os êmbolos directamente, como defeitos de repleção nas artérias pulmonares, e por vezes avaliar a repercussão hemodinâmica dos mesmos. São apontados também exemplos de possíveis factores de erro na interpretação das imagens que podem levar a diagnósticos falsamente positivos de tromboembolismo pulmonar. Referem-se ainda os critérios tomodensitométricos que possibilitam o diagnóstico diferencial entre tromboembolismo pulmonar agudo e crónico.

Uma maior familiaridade com os achados tomodensitométricos característicos e principais factores de erro no diagnóstico imagiológico facilitam um diagnóstico precoce e correcto desta patologia permitindo um tratamento atempado com consequente diminuição da mortalidade associada. ■

## Comunicações Cardiotorácica

CO10

### TC DE TÓRAX NA AVALIAÇÃO DE PATOLOGIA AGUDA NÃO-TRAUMÁTICA DA AORTA TORÁCICA

Ribeiro, Carla; Guimarães, Luis; Correia, Hugo; Ribeiro, Nuno; Carvalho, Joaquim  
Serviço de Radiologia; Hospital de S. Teotónio, Viseu

A dissecção aórtica aguda, o hematoma intramural agudo e a úlcera aterosclerótica penetrante aguda são patologias que colocam em risco a vida do paciente, requerendo um diagnóstico e tratamento emergente.

A TC de tórax permite um diagnóstico de dissecção aórtica aguda com uma sensibilidade e uma especificidade de quase 100%. A diferenciação entre dissecção aórtica proximal (tipo A na classificação de Stanford) e dissecção aórtica distal (tipo B na classificação de Stanford) é importante, uma vez que o tratamento e prognóstico destes

dois tipos de dissecção são diferentes. Para além disso, a TC pode ainda diagnosticar e caracterizar outras entidades que têm características clínicas similares, como o hematoma intramural e a úlcera aterosclerótica penetrante.

Os autores fazem uma revisão sobre as principais patologias agudas não-traumáticas da aorta torácica, nomeadamente a dissecção aórtica, hematoma intramural e úlcera aterosclerótica penetrante, referindo as suas principais características imagiológicas. ■

## Comunicações Cardiotorácica

CO11

### RUPTURA DE AORTA TORÁCICA – DA CIRURGIA CONVENCIONAL À INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR

Nolasco, Tiago; Boshoff, Sérgio; Rodrigues, Rui; Neves, José  
Cirurgia Cardiotorácica; Hospital Santa Cruz

**INTRODUÇÃO:** A ruptura aguda da aorta torácica, de etiologia traumática, por dissecção ou por aneurisma, apresenta elevada mortalidade e constitui um desafio quer pela celeridade da abordagem quer pela complexidade da patologia. A utilização das endopróteses aórticas veio aumentar as opções terapêuticas disponíveis, e pode ser uma alternativa à cirurgia convencional.

Nos últimos 2 anos tivemos no serviço 6 emergências por ruptura aguda da aorta torácica, excluindo um doente falecido durante o transporte. Em três casos recorreu-se a cirurgia convencional com apoio de circulação extra corporal, e nos outros três casos optou-se por tratamento endovascular.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Apresentamos 3 doentes do sexo masculino, na 6ª e 8ª década de vida, tratados com endoprótese: 1- doente com ruptura de aneurisma do arco aórtico distal, em choque cardiogénico e hemotórax, sem “landing zone” proximal, tendo-se colocado endoprótese por via retrógrada após “debranching” do arco aórtico; 2-

doente com ruptura de aneurisma da aorta torácica descendente com oclusão da aorta abdominal e sem acessos femorais, tendo sido submetido a implantação de endoprótese por via anterógrada através do arco aórtico; 3- doente com lesão pulmonar hemoptizante transferido por ruptura de aorta após tentativa de embolização, tendo-se procedido a colocação de endoprótese por via retrógrada femoral percutânea.

**RESULTADOS:** Ocorreu um óbito precoce por choque cardiogénico inultrapassável, e os 2 restantes doentes tiveram alta com 7 e 14 dias. Têm follow-up de 6 meses sem intercorrências e sem endoleak.

**CONCLUSÃO:** No tratamento emergente dos doentes com ruptura aguda da aorta torácica, além da cirurgia convencional, o cirúrgico cardiotorácico deve considerar a utilização das endopróteses aórticas, nas diferentes vias de abordagem possíveis. ■

**XIII** REUNIÃO ANUAL SPCCTV &  
REUNIÃO CONJUNTA SPRMN

# Abstracts

COMUNICAÇÕES ORAIS

**VASCULAR  
E IMAGIOLOGIA**

## Comunicações Vasculares

**C01**

### ENDARTERIECTOMIA CAROTÍDEA: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Nunes, Nivaldo; Baptista, Ana; Antunes, Luís; Moreira, Joana; Fonseca, Manuel;  
Albuquerque Matos, António

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

**INTRODUÇÃO:** A endarteriectomia carotídea é, ainda hoje, e não obstante o papel crescente do “stenting”, o tratamento de eleição para a correcção da estenose carotídea em doentes sintomáticos e assintomáticos seleccionados.

**OBJECTIVO:** Análise da experiência recente do nosso Serviço naquele procedimento.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a endarteriectomia carotídea no período compreendido entre 2001 e 2008, inclusive.

**RESULTADOS:** Foram efectuadas 297 endarteriectomias carotídeas em um total de 285 doentes, maioritariamente homens (proporção 4:1), com uma idade média de 67 anos. A hipertensão arterial e a dislipidémia constituíram os factores de risco mais prevalentes. Um terço dos doentes apresentava outras manifestações de doença aterosclerótica. Cerca de

53% das estenoses eram sintomáticas, 54% das quais à esquerda. 10% dos doentes apresentavam lesões significativas contralaterais. Foi utilizada anestesia loco-regional em 7% dos procedimentos. Em nenhum caso houve recurso a shunt e/ou a patch. A duração do internamento variou entre 2 e 56 dias (média: 5,4) e o tempo de clampagem entre 7 e 41 minutos (média: 17,5). A morbi-mortalidade global aos 30 dias foi 5,7% nos doentes sintomáticos e 3,6% nos doentes assintomáticos. O follow-up médio foi de 34 meses e permitiu constatar uma taxa de re-estenose de 2,2%, sem mortalidade tardia atribuível à doença carotídea.

**CONCLUSÕES:** A endarteriectomia carotídea mantém-se uma opção terapêutica segura e eficaz. No entanto, os autores crêem que uma melhoria dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e do seguimento pós-operatório se poderá traduzir em uma melhoria da morbi-mortalidade. ■

## Comunicações Vasculares

**C02**

### CIRURGIA DOS ANEURISMAS DA CARÓTIDA INTERNA: RESULTADOS DE UMA EXPERIÊNCIA PESSOAL BASEADA EM 13 CASOS.

Dinis da Gama; Américo

Clinica Universitária de Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Maria

De Março a Setembro de 2009 (29 a.) o autor teve a oportunidade de tratar cirurgicamente 13 aneurismas da carótida interna. A série inclui 5 homens e 8 mulheres com uma idade média de 54 anos.

A etiologia foi diversa: 4 degenerativos, 4 pós-traumáticos, 2 displásicos, 2 infecciosos e 1 caso de doença de Behçet. As manifestações clínicas foram múltiplas e o diagnóstico foi feito por técnicas de imagem, que incluem angiografia convencional, angio TC e angio RM. Seis casos foram tratados

por ressecção e substituição por enxerto venoso (4 casos) ou por prótese (2 casos). Cinco doentes foram objecto de ressecção do aneurisma seguido de anastomose término-terminal. Finalmente dois aneurismas foram objecto de laqueação/exclusão. Não houve mortalidade operatória e três doentes sofreram deficits neurológicos periféricos reversíveis.

Os aspectos essenciais desta experiência são discutidos e confrontados com os dados da literatura referentes a esta patologia. ■

**Comunicações Vasculares****CO3****CIRURGIA URGENTE DA OCLUSÃO AGUDA DA CARÓTIDA INTERNA COM REVERSÃO INTEGRAL DA SINTOMATOLOGIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS**Martins, Carlos<sup>1</sup>; Cabral, Gonçalo; Fernandes, Ruy; Dinis da Gama, A.<sup>1</sup>Clínica Universitária de Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Maria

A eficácia da cirurgia urgente da oclusão aguda da carótida interna tem sido, ao longo dos tempos, alvo de controvérsia. Se há alguns anos se acreditava que este tipo de intervenção cursava com riscos proibitivos de transformação hemorrágica das lesões isquémicas em evolução, mais recentemente alguns estudos têm vindo a demonstrar a segurança, eficácia e mais valia que a intervenção precoce em doentes seleccionados pode representar. A oferta de métodos de diagnóstico imagiológico actualmente existente nos serviços de urgência permite uma criteriosa selecção dos

doentes que mais poderão beneficiar desta intervenção.

Os autores descrevem dois casos clínicos de oclusão aguda da artéria carótida interna, submetidos a cirurgia urgente, em que se verificou no pós-operatório uma reversão completa da sintomatologia neurológica que motivara o internamento. Baseados nesta experiência, os autores enaltecem os aspectos fundamentais da selecção dos doentes, da técnica cirúrgica, suas indicações e contra-indicações e a qualidade dos resultados a curto e médio prazo. ■

**Comunicações Vasculares****CO4****REVASCULARIZAÇÃO ISOLADA DA ARTÉRIA VERTEBRAL NO TRATAMENTO DA HIPOPERFUSÃO GLOBAL DO ENCÉFALO. CASO CLÍNICO.**

Cunha e Sá, Diogo; Silva Nunes, J.; Costa, Tiago; Dinis da Gama, A.

Clínica Universitária de Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Maria

A hipoperfusão global do encéfalo resulta da associação de lesões obstrutivas dos troncos supra-aórticos, causando sintomas variáveis de insuficiência cérebro-vascular, de natureza episódica ou transitória. A sua etiologia mais frequente é a aterosclerose.

Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 73 anos de idades, com antecedentes de dislipidémia e história de AVC 12 anos antes, sem sequelas, que foi referenciado para avaliação no contexto de AVC isquémico do hemisfério esquerdo. A investigação imagiológica, incluindo angiografia, documentou a existência de lesões obstrutivas múltiplas dos troncos supra aórticos e revelou que a perfusão cerebral directa estava dependente apenas da artéria vertebral direita, que apresentava uma estenose pré-oclusiva na origem. O

doente encontrava-se confuso, obnubilado, desorientado no espaço e no tempo, com disartria, mas sem sinais focais.

Não obstante ter sido considerado um caso de elevado risco operatório, foi submetido à intervenção cirúrgica, que consistiu na implantação de um bypass subclávia-vertebral direita, utilizando veia safena autóloga. O pós-operatório decorreu normalmente, com excepção de um curto período de coma de duas horas que se seguiu à operação e que reverteu completamente. Teve alta, com franca melhoria do quadro clínico, autónomo, orientado e colaborante e revisto 6 meses após a operação encontrava-se bem e assintomático, com o bypass a funcionar em excelente condição. Os aspectos essenciais desta patologia e da solução cirúrgica encontrada são objecto de discussão. ■

## Comunicações Vasculares

C05

### LESÃO IATROGÉNICA DA CARÓTIDA PRIMITIVA DIREITA NO DECURSO DE CATETERISMO DA VEIA JUGULAR INTERNA. A PROPÓSITO DE UM CASO RARO

Castro e Sousa, Lourenço; Amorim, Pedro; Ribeiro, Karla; Gonçalves, Daniela;

Pereira Albino, José António; Vieira, Teresa; Meireles, Nuno

Serviço de Cirurgia Vascular 2; Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital Pulido Valente)

As lesões iatrogénicas da carótida no decurso de cateterismo da veia jugular sobretudo quando são usados cateters de grande calibre (superior a 7F) são situações raras rapidamente diagnosticadas e que podem ter consequências fatais.

Os autores descrevem o caso de uma doente de 38 anos de idade que deu entrada noutra instituição com um quadro de tetraplegia consequente a uma mielite de etiologia viral.

Em 7/09/09 foi colocado um cateter 11F supostamente na veia jugular interna direita para realização de plasmaférese.

Este tratamento foi realizado durante 8 dias, quando subitamente a doente piorou neurologicamente apresentando um quadro de AITs de repetição, que motivou a realização

de Tac e Angiotac dos vasos do pescoço que demonstraram que o cateter não se encontrava na veia jugular, mas sim na carótida primitiva, a nível de C6, estando envolvido por imagens compatíveis com a existência de trombos.

Foi então transferido para o nosso serviço tendo-se procedido à remoção cirúrgica do cateter e dos trombos subjacentes e ao encerramento da carótida com um "patch" de dacron. O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo a doente sido transferida para o hospital de origem onde continuou o tratamento da sua doença neurológica.

Os autores terminam fazendo uma revisão da literatura chamando a atenção para a raridade do caso em presença. ■

## Comunicações Vasculares

C06

### A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO RARO DE FÍSTULA CAROTIDO-JUGULAR DE NATUREZA CONGÉNITA

Amorim, Pedro<sup>1</sup>; Sousa, Lourenço C.<sup>1</sup>; Sobrinho, Gonçalo<sup>1</sup>; Pinto, Fátima<sup>2</sup>; Vieira, Teresa<sup>1</sup>;

Meireles, Nuno<sup>1</sup>; Albino, J. Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Cirurgia Vascular II; CHLN - Hospital Pulido Valente

<sup>2</sup>Serviço de Cardiologia Pediátrica; CHLC

As fístulas arterio-venosas (FAV) dos vasos do pescoço são situações clínicas extremamente raras. Na literatura encontram-se descritos cerca de 30 casos, sendo o envolvimento do eixo carotídeo pouco frequente e normalmente de forma adquirida.

Poucas teorias surgem na tentativa de explicação da etiologia congénita destas malformações, sendo o defeito de desenvolvimento embrionário aquando da formação e diferenciação dos vasos do pescoço, que ocorre entre o 29º e o 44º dias de gestação, a hipótese mais veiculada.

Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 7 anos de idade natural de Cabo-Verde com massa pulsátil pré-auricular, sem outros sintomas associados. A massa existia desde a nascença e vinha progressivamente aumentando de volume.

A clínica fortemente sugestiva da existência de FAV implicou a realização de um estudo angiográfico pré-operatório que confirmou o diagnóstico permanecendo no entanto a dúvida sobre o envolvimento da carótida interna,

pelo que se decidiu pelo tratamento convencional com cirurgia aberta em que se procedeu à laqueação alta da carótida externa assim como de todos os seus ramos, o que de imediato resolveu a situação. O pós-operatório decorreu sem complicações.

Apesar de terem sido discutidas as eventuais alternativas endovasculares estas foram afastadas pela anatomia existente e pela idade do doente.

Contudo, o resultado imediato desta opção cirúrgica não confere segurança quanto ao potencial curativo da fístula. Assim, aos 8 meses de "follow-up" foi decidido realizar uma RMN que não mostrou qualquer evidência de fístula. O doente encontra-se bem, com excelente evolução ponderal, e em vigilância periódica na nossa consulta.

A alternativa cirúrgica precoce deve ser encarada como escolha prioritária neste tipo de fístulas congénitas do território cervical tendo-se sempre o cuidado de não proceder à laqueação proximal do vaso mas sim o mais distal possível dada a possibilidade de recidiva precoce. ■

**Comunicações Vasculares**

**CO7**

**ANÁLISE RETROSPECTIVA DE DOENTES DO FORO DA CIRURGIA VASCULAR ADMITIDOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Ferreira, Joana<sup>1</sup>; Canedo, Alexandra<sup>1</sup>; Fernandes, Paula<sup>2</sup>; Garrido, Natália<sup>2</sup>; Rebelo, Humberto<sup>2</sup>; Brandão, Daniel<sup>1</sup>; Maia, Miguel<sup>1</sup>; Braga, Sandrina<sup>1</sup>; Vasconcelos, João<sup>1</sup>; Castelões, Paula<sup>2</sup>; Vaz, António<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

<sup>2</sup>Serviço de Anestesiologia; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;

**INTRODUÇÃO:** Presentemente, assistimos a um aumento do número de intervenções cirúrgicas em idosos, com elevado número de comorbilidades, que exigem em período pós-operatório uma monitorização em unidades especializadas. Objectivo: Análise retrospectiva dos doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) do CHVNG/E, no pós-operatório de intervenções do foro da Cirurgia Vasculuar.

**MÉTODOS:** Revisão de registos clínicos de 2002 a 2008. Resultados: De um total de 3054 doentes, 57 encontravam-se no período pós-operatório de intervenções do foro da Cirurgia Vasculuar. A idade média foi de 63.4 anos ± 14.8, a maioria era do sexo masculino e 36 (63.2 %) foram intervencionados electivamente. O tempo de internamento médio foi de 8.23 dias ± 69. O diagnóstico à admissão mais frequente foi insuficiência respiratória. O "score Apache II" era de 14.6 ± 6.2 e o "score SAPs" de 35.6 ± 15.6. Vinte e três doentes (40.4 %) foram submetidos a intervenções no sector aorto-ilíaco e 26

(45.6%) tinham doença coronária. A mortalidade global foi de 18.2 % e a principal causa infecção respiratória.

**DISCUSSÃO:** Comparando os resultados deste estudo com os publicados na literatura, verificamos que as características demográficas da nossa amostra são semelhantes, ainda que apresentem "scores" de gravidade superiores. Este dado pode justificar o facto de apresentarmos uma mortalidade global e um tempo médio de internamento superior. Este estudo mostra ainda que a insuficiência respiratória foi o principal diagnóstico de admissão e que a infecção respiratória a principal causa de morte, o que poderá ser explicado pelo elevado número intervenções no sector aorto-ilíaco.

**CONCLUSÃO:** É interessante reflectir, que numa população com factores de risco cardiovascular as complicações respiratórias tenham um peso tão importante, alertando o cirurgião para uma cuidadosa optimização da função ventilatória. ■

**Comunicações Vasculares**

**CO8**

**PORQUE SÃO CANCELADAS AS NOSSAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS? VALOR DA CONSULTA PRÉ-CIRÚRGICA EM CIRURGIA VASCULAR DE AMBULATÓRIO**

Caetano Pereira, M<sup>a</sup> do Sameiro; Vaz, Carolina; Nogueira, Clara; Loureiro, Luís; Oliveira, João; Almeida, Paulo; Almeida, Rui

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar; Hospital de Santo António

**INTRODUÇÃO:** O aumento crescente da complexidade clínica dos doentes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos em regime de ambulatório, a constatação de que a avaliação pré-operatória adequada dos doentes em regime de ambulatório se torna fundamental para o sucesso da marcação cirúrgica, o prolongamento do tempo entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico devido às longas listas de espera e a necessidade de melhorar a produtividade em qualidade da unidade de cirurgia vasculuar de ambulatório do

HSA – CHP, conduziu ao estabelecimento de uma consulta pré-cirúrgica.

**OBJECTIVOS:** Avaliar a eficácia da consulta pré-cirurgia em regime de ambulatório, numa população de doentes com insuficiência venosa superficial submetidos a terapêutica cirúrgica de varizes. Realização do estudo em dois períodos de tempo distintos, antes e após a instituição da consulta pré-cirúrgica no nosso hospital.

**MÉTODOS:** Estudo comparativo, efectuado durante o período de tempo compreendido entre Junho de 2008 a Agosto de 2008 e o mesmo período de tempo durante o ano de 2009.

**RESULTADOS:** As principais razões de cancelamento foram: a não comparência do doente no dia da intervenção, a falta de estudo pré operatório completo, contra indicação anestésica para regime ambulatório e incumprimento de jejum.

Foram estudados 132 doentes. Registou-se um predomínio superior a 80% do sexo feminino relativamente ao sexo masculino em ambos os períodos de tempo.

De um total de 132 doentes intervencionados, 48 doentes foram submetidos ao procedimento cirúrgico no período de tempo prévio à realização da consulta pré-cirúrgica. Os restantes 84 doentes avaliados foram submetidos ao procedimento entre o período de tempo de Junho a Agosto de 2009.

**CONCLUSÃO:** A introdução da consulta pré-cirúrgica em doentes submetidos a terapêutica cirúrgica de varizes, em regime de ambulatório, provou ser uma estratégia eficaz no nosso Hospital. ■

## Comunicações Vasculares

CO9

### AVALIAÇÃO ECOGRÁFICA COM ESTUDO DOPPLER NA SUSPEITA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DOS MEMBROS INFERIORES

Ribeiro, Carla<sup>1</sup>; Cavalheiro, Frederico<sup>2</sup>; Ribeiro, Nuno<sup>1</sup>; Pinto, A Paula<sup>2</sup>; Xavier, A Correia<sup>2</sup>; Pinto, Elisabete<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Radiologia; Hospital de S. Teotónio, Viseu

<sup>2</sup>Serviço de Radiologia; Hospitais da Universidade de Coimbra

A trombose venosa profunda dos membros inferiores é uma patologia comum e de etiologia multifactorial, atingindo em média 1/1000 indivíduos adultos por ano. Quando não diagnosticada e tratada, pode progredir para tromboembolismo pulmonar, com uma taxa de mortalidade estimada de 25 a 30%. O diagnóstico clínico desta patologia é muitas vezes difícil porque os sinais e sintomas não são específicos. O exame ecográfico, por sua vez, é altamente sensível e específico no diagnóstico de trombose venosa profunda dos membros inferiores, assumindo assim um papel muito importante no diagnóstico precoce desta patologia.

Os autores fazem uma revisão sobre o exame ecográfico na suspeita de trombose venosa profunda dos membros inferiores, referindo os principais achados em modo B, estudo

doppler cor e pulsado, avaliação da modulação respiratória e após manobras de aumento do retorno venoso. A diferenciação ente trombose venosa profunda aguda e crónica é por vezes possível através de achados ecográficos como ecogenicidade do trombo, diâmetro das veias, aderência do trombo à parede do vaso e presença de vasos colaterais. São ainda abordados alguns factores de erro no diagnóstico desta patologia bem como algumas controvérsias existentes na literatura actual.

A trombose venosa profunda é actualmente a indicação mais comum para avaliação ecográfica com estudo doppler venoso dos membros inferiores, permitindo um diagnóstico e tratamento precoces, com consequente diminuição das complicações associadas. ■

**Comunicações Vasculares****CO10****AValiação ECOGRÁFICA COM ESTUDO DOPPLER NA INSUFICIÊNCIA VENOSA DOS MEMBROS INFERIORES**Ribeiro, Carla<sup>1</sup>; Cavalheiro, Frederico<sup>2</sup>; Ribeiro, Nuno<sup>1</sup>; Pinto, A Paula<sup>2</sup>; Xavier, A Correia<sup>2</sup>; Pinto, Elisabet<sup>2</sup><sup>1</sup>Serviço de Radiologia; Hospital de S. Teotónio, Viseu<sup>2</sup>Serviço de Radiologia; Hospitais da Universidade de Coimbra

A insuficiência venosa dos membros inferiores é uma patologia frequente mas muitas vezes subdiagnosticada, estimando-se que atinja 25% dos indivíduos adultos do sexo feminino e 15% dos indivíduos adultos do sexo masculino. Existem vários factores etiológicos implicados na insuficiência venosa dos membros inferiores, como a falência muscular, obstrução por trombose venosa profunda e obstrução por compressão venosa extrínseca, sendo que a falência valvular venosa é a principal causa desta patologia. Precocemente os doentes com refluxo venoso podem apresentar apenas dor e edema, sem varicosidades óbvias. Estes sintomas são frequentemente exacerbados pela posição em pé e pelo calor. Cronicamente, a insuficiência venosa causa alterações da pele e tecidos moles, com sinais variando desde edema e descoloração cutânea, até à presença de úlceras venosas de estase.

Os autores fazem uma revisão sobre o exame ecográfico na avaliação da insuficiência venosa dos membros inferiores, nomeadamente a avaliação do sistema venoso profundo e superficial, com exclusão de trombose venosa, inspecção de veias varicosas com avaliação dirigida e avaliação de refluxo venoso. A avaliação da competência valvular pode ser efectuada com recurso a várias técnicas, nomeadamente o aumento do retorno venoso, a compressão proximal e a manobra de Valsalva.

O diagnóstico precoce de insuficiência venosa dos membros inferiores pode ser efectuado por ecografia com estudo doppler através de uma abordagem sistematizada e de uma técnica correcta. Este diagnóstico precoce pode ajudar a definir as estratégias de tratamento mais adequadas a cada indivíduo minimizando as complicações associadas e melhorando a qualidade de vida. ■

**Comunicações Vasculares****CO11****ANEURISMA VENOSO NO MEMBRO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**Figueiredo Braga, Sandrina; Ferreira, Joana; Ferreira Penêda, José Carlos  
Clínica Ferreira Penêda - Angiologia e Cirurgia Vascul

**INTRODUÇÃO:** Os aneurismas venosos primários são malformações vasculares raras cuja etiologia permanece por esclarecer. Apenas 4,2% dos aneurismas venosos descritos na literatura ocorrem no membro superior. Atingem de igual modo ambos os sexos e todos os grupos etários. Manifestam-se como tumefacções subcutâneas que aumentam com o exercício e a pedência e diminuem com a elevação do membro. Podem causar dor, desconforto, preocupação estética ou complicações mais graves, como compressão nervosa e tromboembolismo pulmonar.

**CASO CLÍNICO:** Doente sexo feminino, 39 anos, doméstica. Recorre à Consulta por tumefacção na face postero-lateral do antebraço esquerdo com 5 anos de evolução, com crescimento e aparecimento de dor nos últimos 2 meses. Sem história de traumatismo, punção ou administração de fármacos, toxico-

depência ou doenças do colagéneo. Ao exame, apresentava tumefacção compressível, não pulsátil, que aumentava com a pendência e diminuía com a elevação do membro superior. Restante exame físico normal. O Ecodoppler confirmou a existência de aneurisma de veia dorsal do antebraço, com 30x20 mm de diâmetro, sem sinais de trombose. Foi submetida a exérese do aneurisma com laqueação dos topos proximal e distal da veia. Decorridos 10 meses de seguimento, a doente mantém-se assintomática e sem evidência de recidiva da lesão.

**DISCUSSÃO:** Os aneurismas venosos devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de tumefacções subcutâneas, ainda que raros. Uma vez suspeitado, o diagnóstico pode ser facilmente confirmado por Ecodoppler. A exérese cirúrgica configura a melhor opção terapêutica. ■

## Comunicações Vasculares

CO12

### COMPLICAÇÃO ARTERIAL IATROGÉNICA GRAVE DA CIRURGIA DAS VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES. CASO CLÍNICO.

Costa, Tiago; Silva Nunes, J.; Cunha e Sá, Diogo; Dinis da Gama, A.  
Clínica Universitária de Cirurgia Vasculár; Hospital de Santa Maria

O tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores assenta em procedimentos estandardizados que cursam geralmente sem complicações.

Quando ocorrem, são de natureza diversa e excepcionalmente atribuíveis a iatrogenia, que pode assumir aspectos e consequências extremamente graves para a saúde e integridade do doente, como é o caso que ora se apresenta.

Trata-se de um homem de 48 anos de idade, com antecedentes de laqueação da crosse e stripping de ambas as safenas internas, efectuadas vários anos antes e laqueação da crosse da safena externa esquerda 1 mês antes da observação. Foi referenciado ao Serviço de Urgência com um quadro de isquémia aguda do membro inferior direito, com 4 dias de evolução, na sequência de uma cirurgia de laqueação da crosse da safena externa desse membro. O exame físico confirmava a

existência de uma isquémia aguda grave do membro e uma arteriografia de urgência demonstrou a oclusão da artéria popliteia no seu terço médio. Uma exploração cirúrgica imediata revelou a existência de uma transecção e laqueação da artéria e também de veia popliteia. Procedeu-se à reconstrução dos vasos lesados através da interposição de segmentos de veia autóloga, colhida do membro superior.

No pós-operatório imediato assistiu-se à remissão completa da isquémia do membro e à oclusão da reconstrução venosa, sem consequências significativas. Seis meses após a operação encontrava-se bem, evidenciando manifestações de síndrome pós-trombótico, controladas com contenção elástica e com a reconstrução arterial a funcionar em excelente condição. ■

## Comunicações Vasculares

CO13

### FÍSTULA ARTERIOVENOSA IATROGÉNICA SECUNDÁRIA A TRATAMENTO POR ENDOLASER DE VEIA PEQUENA SAFENA INSUFICIENTE

Vaz, Carolina; Matos, Arlindo; Nogueira, Clara; Loureiro, Luís; Machado, Rui;  
Caetano Pereira, M<sup>a</sup> do Sameiro; Almeida, Rui  
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculár; Hospital de Santo António

**INTRODUÇÃO:** As técnicas endovasculares no tratamento da insuficiência venosa foram introduzidas recentemente, como uma alternativa minimamente invasiva à laqueação e Stripping das Veias Grande e Pequena Safenas.

As taxas de sucesso e de complicações no tratamento do refluxo da Veia Pequena Safena por via endovascular estão ainda pouco documentadas na literatura.

**CASO CLÍNICO:** Doente do sexo feminino com 51 anos de idade, admitida no serviço de urgência por quadro clínico de dor e edema no membro inferior direito com aproximadamente 2 meses de evolução. Estava documentada uma história prévia (4 meses antes) de terapêutica cirúrgica de varizes por Endolaser das Veias Grandes Safenas direita e esquerda e Veia Pequena Safena direita.

O estudo por Eco-Doppler e confirmado por angiografia demonstrou a presença de uma fístula arteriovenosa (FAV) entre um ramo genicular da artéria poplitea e uma veia genicular.

Procedeu-se a abordagem cirúrgica do cavado poplíteo

com dissecação proximal e distal tendo-se identificado o ramo genicular da artéria poplitea responsável pela FAV com concomitante laqueação da mesma.

A doente teve alta ao 3<sup>o</sup> dia pós-operatório com edema residual do membro afectado e medicada com terapêutica analgésica e compressão elástica Grau II.

No follow-up clínico e imagiológico, aos 24 meses, a doente está assintomática, sem edema ao exame objectivo e sem evidência de FAV ao Eco-Doppler.

**CONCLUSÃO:** A curva de aprendizagem relativamente à terapêutica por endolaser ainda se encontra na "infância da arte" sendo necessários mais estudos de forma a documentar potenciais riscos, complicações e a sua eficácia a longo prazo.

O tratamento endovascular da Insuficiência Venosa Superficial deve obrigar à realização, no período pós-operatório, de estudo imagiológico por EcoDoppler a fim de avaliar o sucesso do procedimento assim como excluir potenciais complicações. ■

**Comunicações Vasculares****CO14****ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA E ABDOMINAL INDEPENDENTES TRATADOS SIMULTANEAMENTE PELA "TÉCNICA SIMPLIFICADA". CASO CLÍNICO.**Perdigão, João; Ministro, Augusto; Evangelista, Ana; Damião, Angélica; Dinis da Gama, A.  
Clínica Universitária de Cirurgia Vasculard; Hospital de Santa Maria

Um doente de 65 anos de idade, foi objecto de uma ecografia abdominal, para estudo da etiologia de uma hipertensão arterial de difícil controlo. O exame revelou a existência de um aneurisma da aorta abdominal infrarenal, com cerca de 4 cms de diâmetro. Uma investigação complementar com TAC e angio-TC revelou a coexistência de um aneurisma da aorta torácica descendente, envolvendo a sua metade distal até ao tronco celiaco, com 6 cms de diâmetro e exercendo compressão sobre o coração.

O doente foi submetido a tratamento cirúrgico de ambos os aneurismas, simultaneamente, com recurso à "técnica

simplificada" e tolerou bem o procedimento, que decorreu sem complicações. No 2º dia do pós operatório houve necessidade de corrigir cirurgicamente uma evisceração gástrica torácica, transdiafragmática. O restante pós-operatório decorreu normalmente, sem complicações. Uma angio-TC efectuada um mês após a operação, mostra o procedimento de reconstrução vascular a funcionar em excelente condição.

Este caso clínico permite enaltecer o valor e alargar o campo de aplicação da "técnica simplificada", inicialmente concebida unicamente para o tratamento do aneurisma da aorta toracoabdominal. ■

**Comunicações Vasculares****CO15****ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE EM ROTURA CONTIDA SIMULANDO NEOPLASIA DO ESÓFAGO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ÊXITO.**Cabral, Gonçalo; Martins, Carlos; Dinis da Gama, A.  
Clínica Universitária de Cirurgia Vasculard; Hospital de Santa Maria

O aneurisma da aorta torácica é uma entidade clinica relativamente rara, com uma prevalência de cerca de 10/100.000 habitantes, sendo cerca de duas vezes mais frequente no sexo masculino. Aproximadamente 30 a 40% destes aneurismas limitam-se exclusivamente à aorta torácica descendente. Nos últimos 20 anos, face ao incremento da utilização de exames imagiológicos não invasivos, o seu diagnóstico aumentou em cerca de 50%. A grande maioria dos aneurismas torácicos são diagnosticados acidentalmente, aquando da realização de exames para investigação de outras patologias. Os restantes apresentam-se com sintomatologia dolorosa inespecifica ou, mais raramente, com sintomas de compressão das estruturas adiacentes à aorta.

Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 54 anos de idade, com queixas de disfagia para sólidos, epigastralgias e emagrecimento de 20 Kg em cerca de um mês, culminando no diagnóstico de aneurisma degenerativo da aorta torácica descendente com rotura contida. O doente foi submetido a ressecção parcial do aneurisma e interposição de prótese recta de dacron 30 mm de diâmetro, tendo tido uma excelente evolução clinica no pós operatório. Numa era em que se reconhece mérito à cirurgia endovascular no tratamento de patologia degenerativa e traumática da aorta torácica descendente, são realçadas as singulares virtudes da cirurgia convencional no tratamento deste tipo de aneurismas, quando associados a sintomatologia compressiva. ■

## Comunicações Vasculares

CO16

### **CORRECÇÃO DE AAA POR EVAR EM DOENTE COM RIM EM FERRADURA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Amorim, Pedro; Sousa, Lourenço C.; Ribeiro, Karla; Sobrinho, Gonçalo; Vieira, Teresa; Meireles, Nuno; Albino, J. Pereira

Serviço de Cirurgia Vascular II; CHLN - Hospital Pulido Valente

O rim em ferradura é a anomalia de fusão renal mais frequente na população. Estima-se que uma em cada 400 pessoas apresente esta malformação congénita que se caracteriza pela união dos pólos renais através de um istmo parenquimatoso (em 95% dos casos inferior) anterior aos grandes vasos abdominais. Os homens são duas a três vezes mais afectados do que as mulheres e parece haver uma predisposição familiar.

A associação desta anomalia com o aneurisma da aorta abdominal (AAA) é rara. Ainda assim, pensa-se que por cada 1000 doentes operados por AAA um terá rim em ferradura. Esta concomitância traz várias limitações na abordagem cirúrgica clássica do AAA. Da análise da literatura recente podemos constatar a tendência actual para a correcção endovascular nestes casos.

Descrevemos o caso de um doente de 71 anos de idade, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, dislipidémia, com AAA infra-renal, 5,3 cm de maior diâmetro e rim em ferradura.

A opção cirúrgica foi pela realização de um EVAR com endoprótese aorto-bilíaca. Vários desafios técnicos se puseram e a embolização de uma das artérias hipogástricas, inclusivamente, necessária. Da avaliação pré-operatória (e confirmado intra-operatoriamente) salienta-se a aparente não existência de artérias renais anómalas de calibre importante. A cirurgia decorreu como planeado, o aneurisma excluído com sucesso e não se verificaram endo-leaks imediatos. No pós-operatório não se registou a menor repercussão nos parâmetros de avaliação da função renal e o doente teve alta ao 3º dia. Aos cinco meses de follow-up mantém-se ausência de endo-leaks, normal função renal e estabilização das dimensões do aneurisma.

Na nossa opinião a técnica endovascular deve ser encarada como primeira linha no tratamento dos AAA em doentes com concomitante rim em ferradura, nomeadamente, nas situações em que não há vascularização anómala relevante a partir do aneurisma a ser excluído. ■

## Comunicações Vasculares

CO17

### **PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES AÓRTICOS – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL DE SANTA MARTA**

Alves, Gonçalo Ramalho; Vasconcelos, Leonor; Gonçalves, Frederico; Rodrigues, Hugo; Ferreira, M<sup>a</sup> Emília; Castro, João A.; Capitão, Luís M.

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Hospital de Santa Marta

**OBJECTIVOS:** O tratamento endovascular da aorta é hoje uma alternativa à intervenção cirúrgica aberta, aplicável em várias patologias aórticas tanto no contexto electivo como de urgência. Em casos anatomicamente favoráveis parece existir uma vantagem significativa a curto e médio prazo, pese embora a necessidade de um follow-up mais rigoroso e uma maior taxa de re-intervenções.

O programa de procedimentos endovasculares aórticos no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Marta iniciou-se em Julho de 2000 e desde então, tem

assumido um protagonismo crescente dentro dos procedimentos aórticos do serviço.

Os autores propõem-se a realizar uma análise retrospectiva de todos os procedimentos endovasculares aórticos realizados neste serviço até Novembro de 2009.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa de todos os registos de procedimentos endovasculares aórticos deste serviço realizados até Novembro de 2009. Analisaram-se um total de 302 doentes, dos quais 246 correspondem a

Um doente de 65 anos de idade, foi objecto de uma ecografia abdominal, para estudo da etiologia de uma hipertensão arterial de difícil controlo. O exame revelou a existência de um aneurisma da aorta abdominal infrarenal, com cerca de 4 cms de diâmetro. Uma investigação complementar com TAC e angio-TC revelou a coexistência de um aneurisma da aorta torácica descendente, envolvendo a sua metade distal até ao tronco celiaco, com 6 cms de diâmetro e exercendo compressão sobre o coração.

O doente foi submetido a tratamento cirúrgico de ambos os aneurismas, simultaneamente, com recurso à "técnica

simplificada" e tolerou bem o procedimento, que decorreu sem complicações. No 2º dia do pós operatório houve necessidade de corrigir cirurgicamente uma evisceração gástrica torácica, transdiafragmática. O restante pós-operatório decorreu normalmente, sem complicações. Uma angio-TC efectuada um mês após a operação, mostra o procedimento de reconstrução vascular a funcionar em excelente condição.

Este caso clínico permite enaltecer o valor e alargar o campo de aplicação da "técnica simplificada", inicialmente concebida unicamente para o tratamento do aneurisma da aorta toracoabdominal. ■

## Comunicações Vasculares

**CO18**

### FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA, UM CASO RARO DE RECORRÊNCIA

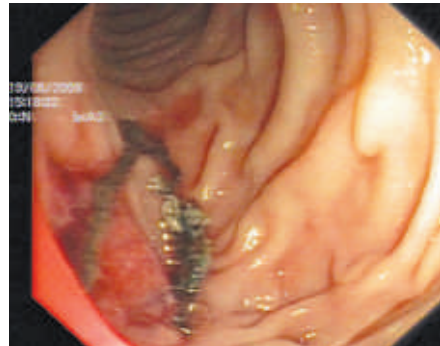
Vasconcelos, João; Martins, Vítor; Brandão, Daniel; Maia, Miguel; Ferreira, Joana; Figueiredo, Sandrina; Vaz, Guedes

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

**INTRODUÇÃO:** A fistula aorto-entérica secundária é uma complicação rara, que ocorre maioritariamente meses a anos após reconstrução abdominal aórtica. Após tratamento cirúrgico a morbilidade e mortalidade permanecem altas. Apresenta-se um caso clínico de um doente de 65 anos, sexo masculino, com antecedentes de bypass aorto-bifemoral no contexto de patologia arterial obstrutiva periférica. Por fistula aorto-duodenal, 8 anos após, foi efectuada exérese protésica e revascularização extra-anatómica. Passados 3 meses, deu entrada no Serviço de Urgência com episódio de epigastralgias e hematemeses tendo sido constatada recorrência de fistula aorto-duodenal. Na esofagogastroduodenoscopia foi visualizada protusão de fios de monofilamentos do coto aórtico. Procedeu-se a nova reparação com encerramento proximal aórtico infra-renal, duodenorrafia e epiplonplastia. Clinicamente o paciente mantém-se estável sem qualquer limitação.

Concomitantemente, é efectuada uma revisão da literatura das fistulas aorto-entéricas, nomeadamente: a forma de apresentação, diagnóstico e opções de tratamento.

**DISCUSSÃO:** Uma das menos frequentes, mas mais devastantes condições que o cirurgião vascular se pode confrontar é um paciente com fistula aorto-entérica. A erosão de prótese



aórtica tem uma incidência de 0,5% a 2,5% nas reconstruções aórticas. Sem intervenção cirúrgica os resultados são universalmente fatais. A recorrência desta patologia é uma condição rara, acrescido de grande morbimortalidade e dificuldades técnicas.

Trata-se do segundo caso clínico de recorrência de fistula aorto-entérica descrito na literatura. ■

## Comunicações Vasculares

CO19

### DOENÇA DE BUERGER: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO HSA

Vaz, Carolina; Loureiro, Luís; Pimenta, Paulo; Caetano Pereira, M<sup>a</sup> Sameiro; Nogueira, Clara; Loureiro, Tiago; Almeida, Rui  
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Hospital de St<sup>o</sup>. António - CHP

A doença de Buerger ou tromboangeíte obliterante, é uma vasculite sistémica primária, de etiologia desconhecida que afecta artérias e veias de médio e pequeno calibre, causando fenómenos trombóticos inflamatórios fundamentalmente em indivíduos jovens e fumadores.

Os autores apresentam uma revisão dos casos acompanhados na consulta desta patologia deste Serviço até 2009; pretendendo rever e interpretar os dados epidemiológicos mais relevantes, bem como as formas de apresentação e considerações clínicas da doença.

O diagnóstico foi baseado nos seguintes critérios: história de tabagismo, aparecimento de sintomas antes dos 50 anos, doença arterial infrapoplíteia, envolvimento dos

membros superiores ou flebites migratórias e ausência de outros factores de risco aterosclerótico.

Avaliam e descrevem também, as opções terapêuticas utilizadas em todos os casos, tanto a nível de tratamento médico e abstinência tabágica bem como as opções cirúrgicas realizadas (revascularização, simpaticectomia ou amputação).

A progressão da doença e a sua importante relação com a manutenção do consumo de tabaco, foi também avaliada, comparando taxas e níveis de amputação realizados.

Após uma cuidada revisão da literatura actual sobre o tema, concluem que os resultados apresentados são similares a outras casuísticas publicadas e a etiopatogenia desta doença continua por esclarecer totalmente. ■

## Comunicações Vasculares

CO20

### INVULGAR FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ANEURISMA POPLÍTEO

Vasconcelos, João; Martins, Vítor; Brandão, Daniel; Maia, Miguel; Ferreira, Joana; Figueiredo, Sandrina; Vaz, Guedes  
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Os aneurismas poplíteos surgem maioritariamente no sexo masculino (95-99%). Tal como outros aneurismas periféricos, os aneurismas arteriais poplíteos (AAP) cursam com uma apresentação clínica de embolização e trombose. Num estudo recente, 60% dos AAP apresentam-se sintomáticos (39% com isquemia crónica, 21% com isquemia aguda do membro). Podem também ser identificados como uma massa pulsátil causando obstrução da veia poplíteia ou compressão do nervo tibial.

Apresento um caso clínico de um paciente, com 54 anos do sexo feminino, que recorre ao SU por dor abrupta enquanto deambulava e edema do membro inferior, com cerca de 10 horas de evolução. Ao exame físico podemos constatar tumefacção pulsátil do cavado poplíteo e tensão gemelar com dor à palpação no referido membro, com pulsos periféricos presentes. Foi efectuado eco-doppler tendo sido

constatado a presença de quisto de baker, ausência de trombose venosa e aneurisma poplíteo com 3,4cm de maior diâmetro. Foi submetida a angio-tac tendo sido observado, para além do aneurisma poplíteo supra-citado, um quisto de Baker em rotura com fluido disperso pela região posterior da perna. Após exclusão de outros focos aneurismáticos, foi submetida a correcção endovascular do AAP.

**DISCUSSÃO:** Os AAP são raros no sexo feminino e a rotura de quisto de Baker é uma forma pouco frequente da sua apresentação. A presença de quisto de baker embora não sendo causa etiológica coloca alguns problemas na correcção cirúrgica, sobretudo se em fase de rotura, em que o processo inflamatório local e o edema do membro a condicionam ainda mais. Deste modo, optou-se pela correcção endovascular. ■

**Comunicações Vasculares****CO21****ISQUEMIA AGUDA DO MEMBRO INFERIOR POR ENTRAPMENT DA ARTÉRIA POPLITEA**

Figueiredo Braga, Sandrina; Brandão, Pedro; Brandão, Daniel; Maia, Miguel; Ferreira, Joana; Vasconcelos, João; Canedo, Alexandra; Guedes Vaz, A.

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

**INTRODUÇÃO:** O Entrapment da Artéria Poplitea é uma entidade clínica pouco frequente, com uma prevalência de 0.16-3%, sendo uma causa rara de isquemia aguda do membro inferior. É mais frequente em homens entre 30-40 anos, praticantes de exercício físico. O quadro clínico é causado por compressão extrínseca da artéria poplitea por estruturas musculares ou tendinosas vizinhas. Os sinais e sintomas estão dependentes do grau de lesão arterial, num espectro que varia entre a claudicação intermitente e o risco de perda do membro.

**CASO CLÍNICO:** Doente do sexo masculino, 43 anos, fumador, praticante de exercício físico em ginásio. Recorre ao Serviço de Urgência por palidez, parestesias, dor e arrefecimento do membro inferior esquerdo com 24h de evolução. Ao exame objectivo apresentava pulso femoral palpável e ausência de pulsos ou fluxos doppler arteriais distais, com ginástica capilar prolongada. Realizou ecodoppler arterial que revelou aneurisma popliteo esquerdo com 2,2 cm,

trombosado. A TAC mostrou compressão da artéria poplitea esquerda por banda muscular com origem na cabeça medial do gastrocnémio. Perante o quadro de Isquemia aguda por trombose de aneurisma popliteo no contexto de Entrapment da Artéria poplitea, foi submetido a exclusão do aneurisma, interposição de enxerto popliteo-popliteo com veia safena interna homolateral invertida e miotomia parcial da cabeça medial do gastrocnémio. À data de alta apresentava pulsos pedioso e tibial posterior e Índice Tornozelo-Braço de 1, que mantém após 6 meses de seguimento.

**DISCUSSÃO:** O Entrapment da Artéria Poplitea deve ser considerada no diagnóstico diferencial de Isquemia Aguda em doentes jovens, com escassos factores de risco ateroscleróticos. Os aneurismas são encontrados em 13,5% dos casos. O diagnóstico requer elevada suspeição clínica e, se atempado, pode evitar lesões irreversíveis com compromisso da viabilidade do membro. A cirurgia mantém-se como tratamento de eleição. ■

**Comunicações Vasculares****CO22****FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA IATROGÉNICA DOS VASOS FEMORAIS MANIFESTADA POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA. CASO CLÍNICO.**

Ministro, Augusto; Costa, Tiago; Evangelista, Ana; Cunha e Sá, Diogo; Dinis da Gama, A.

Clínica Universitária de Cirurgia Vasculiar, Hospital de Santa Maria; CHLN

A ocorrência de uma fístula artério-venosa (FAV) é uma das potenciais complicações do cateterismo cardíaco. A maioria destas FAV encerra espontaneamente. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 70 anos de idade, com uma volumosa FAV femoral iatrogénica, responsável pela síndrome clínica de insuficiência cardíaca de alto débito. Os sinais e sintomas de congestão pulmonar e sistémica regrediram após o encerramento cirúrgico da FAV. Este caso

clínico ilustra o potencial lesivo sobre o território vascular de determinados procedimentos cirúrgicos/endovasculares e de monitorização intravascular. Quando um doente submetido a qualquer um destes procedimentos apresenta um quadro de insuficiência cardíaca de etiologia a esclarecer, um minucioso exame objectivo poderá conduzir ao diagnóstico de FAV iatrogénica, cujo tratamento habitualmente é seguido pela restauração de uma função cardíaca normal. ■

## Comunicações Vasculares

CO23

### A “CURIOSIDADE” PELA CIRURGIA VASCULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nunes, Nivaldo; Baptista, Ana; Antunes, Luís; Moreira, Joana; Fonseca, Manuel; Gonçalves, Óscar; Albuquerque Matos, António

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular; Hospitais da Universidade de Coimbra

**INTRODUÇÃO:** A vastidão e constante desenvolvimento científico e tecnológico da Medicina tem obrigado a uma fragmentação das suas diferentes áreas. Pelo tronco comum que partilham, não é de estranhar a sobreposição, por vezes, de campos de acção; no entanto, dado o grau de diferenciação que é inerente a cada especialidade, torna-se cada vez menos aceitável que sejam “ignoradas” naquilo que é o seu âmbito.

**OBJECTIVO:** Relato e reflexão sobre o caso clínico de um doente de 77 anos, transferido de um Hospital Distrital após exploração inguinal direita electiva por aneurisma femoral previamente documentado por ecografia. À entrada, apresentava massa pulsátil sob a ferida operatória e ausência de pulsos popliteo e distais naquele membro,

porém condicionando isquémia funcional. Internado sob tratamento médico, realizou angio-TC que confirmou a lesão; o agravamento precoce da isquémia ditou a terapêutica cirúrgica, a qual consistiu em aneurismectomia femoral comum, tromboectomia, interposição de enxerto protésico femoral comum-femoral superficial e re-implantação da femoral profunda. Boa evolução pós-operatória, mantendo seguimento regular em consulta.

**CONCLUSÕES:** Muitas outras situações são-nos deparadas no dia-a-dia: além de nos colocarem problemas técnicos acrescidos, acabam por ter, muitas vezes, influência no prognóstico. Cabe-nos, por isso, ter um papel formativo, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e, sobretudo, contribuir para o bem-estar do doente. ■

## Comunicações Vasculares

CO24

### PESEUDO-ANEURISMA TRAUMÁTICO DA MÃO

Vasconcelos, João; Martins, Vítor; Brandão, Daniel; Maia, Miguel; Ferreira, Joana; Figueiredo, Sandrina; Vaz, Guedes

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

**INTRODUÇÃO:** Os pseudo-aneurismas das extremidades superiores são raros. Ocorrem normalmente após lesão penetrante. A região palmar é motivo frequente de admissão hospitalar, requerendo uma adequada avaliação.

Apresenta-se um caso clínico de um paciente de 55 anos, sexo feminino, que recorre ao Serviço de Urgência por tumefacção na face anterior do 5º metacarpo direito com dor.

Apresentava história prévia de ferida corto-contusa há 3 semanas por traumatismo com objecto cerâmico, tendo sido submetida, na altura, a encerramento directo. Ao exame físico observou-se tumefacção pulsátil e expansiva na face palmar



mão direita com cerca de 2,5 cm de diâmetro, hipostesia do 5º dedo, sem alterações da mobilidade e prova de Allen normal.

Foi submetida a ecografia e posteriormente angiografia constatando-se falso aneurisma da artéria palmar comum digital dos 4º/5º dedos e artérias digitais dorsais permeáveis. Intra-operatoriamente foi observado que a região distal ao falso-aneurisma da artéria digital comum se encontrava laqueada. Procedeu-se a laqueação arterial proximal.

**DISCUSSÃO:** Uma tumefacção dolorosa da mão após uma lesão penetrante deve levar à suspeita clínica de pseudo-aneurisma. A massa pode apresentar-se com flutuação e eritema, podendo assemelhar-se a um abscesso, devendo ser cautelosa a decisão de drenagem. Uma adequada exploração da lesão penetrante pode prevenir a formação de pseudo-aneurismas, se obliterado o orifício arterial. A arteriografia com caracterização da circulação colateral é o exame gold standard para avaliação e posterior decisão terapêutica. ■

## Comunicações Vasculares

**CO25**

### TROMBOSE ARTERIAL AGUDA EM DOENTE COM HEMOGLOBINA VILA REAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nogueira, Clara; Machado, Rui; Vaz, Carolina; Loureiro, Tiago; Loureiro, Luís; Tavares, José; Almeida, Rui

Serviço Angiologia e Cirurgia Vascular; Hospital de Sto António

**INTRODUÇÃO:** A Hemoglobina Vila Real [ $\beta$ 36(C2)Pro His] é uma variante rara de hemoglobina, descrita pela primeira vez em 2000, numa doente do sexo feminino, de nacionalidade Portuguesa, havendo referências na literatura da presente mutação genética noutros países.

A Hemoglobina Vila Real é uma variante de hemoglobina com alta afinidade para o oxigénio, pelo que é necessário hematócrito elevado, de modo a evitar hipoxia tecidual.

Na literatura científica publicada não estão descritos fenómenos trombóticos associados a esta mutação genética.

**CASO CLÍNICO:** Doente de 75 anos, sexo masculino, com hemoglobina Vila Real diagnosticada em 2001 e história de dois episódios de trombose arterial aguda do membro inferior direito: o primeiro episódio ocorreu em 2000, com hematócrito de 41,2%. Foi submetido a tromboemblectomia ílio-femoro-poplítea, via transfemoral direita, com resolução completa do quadro. O segundo episódio ocorreu em Agosto de 2009 apresentando, nessa altura, hematócrito

de 52%. Foi submetido a tromboemblectomia ílio-femoro-poplítea, via transfemoral direita. Associou-se pontagem femoro-femoral, por mau inflow do eixo ilíaco direito. Actualmente, encontra-se sem queixas isquémicas do membro inferior direito. É conhecido que ambos os filhos do doente apresentam hemoglobina Vila Real.

**DISCUSSÃO:** Coloca-se a questão de qual será o hematócrito ideal nos doentes com Hemoglobina Vila Real, de modo a obter uma perfusão tecidual adequada e evitar potenciais complicações trombóticas.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. "Hb Vila Real [ $\beta$ 36(C2)Pro-->His]: a newly discovered high oxygen affinity variant", Bento MC, et al, Hemoglobin, 2000 Feb;24(1):59-63
2. "Hb Vila Real [ $\beta$ 36(C2)Pro-->His] in Italy: characterization of the amino acid substitution and the DNA mutation", Salzano AM, et al, Hemoglobin, 2002 Feb;26(1):21-31. ■

**RECONSTRUÇÃO BRAQUIOCEFÁLICA E CIRURGIA CARDÍACA SÍNCRONAS:  
CASO CLÍNICO**

Paulo Gonçalves Dias, Adelino Leite Moreira, Sérgio Sampaio, Rocha e Silva, Paulo Braga Pinho, Roncon de Albuquerque

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculare e Centro de Cirurgia Cardiorádica  
Hospital S. João, Porto

**INTRODUÇÃO:** Ao contrário da doença aterosclerótica da bifurcação carotídea, a doença oclusiva dos troncos supra-aórticos é rara e a sua revascularização pouco comum (<10% das cirurgias realizadas por doença cerebrovascular extracraniana). O seu tratamento pode ter abordagens distintas: transtorádica, cervical extra-anatómica e endovascular.

**CASO CLÍNICO:** Doente de 58 anos, hipertenso, fumador, com insuficiência mitral severa e aterosclerose multi-focal: doença coronária (tronco comum com estenose ostial de 30%, descendente anterior com irregularidades e coronária direita dominante com estenose de 60%), doença arterial periférica (multi-segmentar, de predomínio aorto-iliaco, com claudicação gemelar bilateral curta) e doença complexa dos troncos supra-aórticos (estenose calcificada pré-oclusiva do tronco braquiocefálico, estenose calcificada da carótida interna direita e oclusão da artéria carótida interna esquerda, oclusão bilateral das artérias subclávias). Não tinha sintomas cerebrovasculares, nem síndrome de roubo da subclávia. A claudicação dos membros superiores não era limitante, não tendo sintomas de isquemia crítica ou resultantes de embolização distal.

Foi submetido a revascularização braquiocefálica central e cirurgia cardíaca síncronas: bypass da aorta ascendente para a bifurcação carotídea direita (com endarteriectomia durante a qual foi utilizado shunt) e para a subclávia direita com prótese bifurcada de Dacron, valvuloplastia mitral e revascularização miocárdica (x2). No pós-operatório permaneceu sem défices neurológicos, tendo recuperado pulsos braquial e cubital direito. Teve alta assintomático, ao 14º dia pós-operatório.

**DISCUSSÃO:** No tratamento de doença dos troncos supra-aórticos o bypass extra-anatómico deve ser considerado em doentes com risco cardiopulmonar elevado e esperança de vida limitada. A cirurgia endovascular tem-se assumido como primeira opção terapêutica em lesões com anatomia favorável. Se existir necessidade de cirurgia cardíaca, a reconstrução central transtorádica é preferível, sendo que ambos os procedimentos devem ser combinados no mesmo tempo cirúrgico. Os bypasses com origem aórtica exibem melhor permeabilidade a longo prazo, especialmente quando estão envolvidos múltiplos vasos. É importante basear individualmente o tipo de estratégia cirúrgica, tendo em conta a anatomia das lesões e o risco operatório. ■



# XIII

**REUNIÃO ANUAL SPCCTV &  
REUNIÃO CONJUNTA SPRMN**

**Secretariado:**

SKYROS-CONGRESSOS

Av. Dr. Antunes Guimarães, 554 | 4100-074 PORTO

Tel. 22 616 5450 Fax: 22 618 9539

E-mail: [spcctv@skyros-congressos.com](mailto:spcctv@skyros-congressos.com)

Website: [www.skyros-congressos.com](http://www.skyros-congressos.com)

