

# ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

www.elsevier.pt/acv



## POSTERS

### XIII Congresso da SPACV

Coimbra, 13-15 de Junho de 2013

#### Sessão 1

##### P01. FALSO ANEURISMA DA ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Lobo Mendes, R. Vale Pereira, V. Carvalheiro, A. Matos

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** Os falsos aneurismas da artéria femoral profunda são raros, podendo no entanto, ocorrer como complicação tardia de diversos tipos de trauma. Os sintomas mais frequentes são dor ou hematoma da coxa, de origem súbita, em relação com evento hemorrágico. A experiência no tratamento dos falsos aneurismas da artéria femoral profunda é limitada, sendo classicamente cirúrgica. Actualmente as técnicas endovasculares assumem uma boa alternativa de tratamento.

**Caso clínico:** Doente de 73 anos de idade, hipertensa e obesa, apresentava queixas algicas ao nível da raiz da coxa direita. Realizou ecografia que demonstrou “massa pulsátil”, pelo que foi pedida uma Angio TC dos membros inferiores. Confirmada a presença de falso aneurisma da artéria femoral profunda direita com aproximadamente 9 cm de maior diâmetro por 9 cm de extensão. Eco-Doppler realizado no Serviço, para melhor caracterização da lesão. Foi proposta para tratamento endovascular. Realizou-se punção femoral esquerda com colocação de Amplatz/Plug no colo do volumoso falso aneurisma, na dependência do primeiro ramo da artéria femoral profunda. Sem registo de complicações peri-procedimento e sem preenchimento do falso aneurisma no final da intervenção.

**Discussão:** Os falsos aneurismas geralmente ocorrem na sequência de iatrogenia, trauma, infecção, uso de drogas endovenosas ou até prática desportiva. No caso apresentado a etiologia é desconhecida, havendo como único possível factor desencadeante uma queda ocorrida há 15 anos. A apresentação clínica mais comum é uma massa pulsátil com expansão durante a sístole e sopro audível à auscultação. Por compressão podem ainda surgir sintomas de dor, parestesia, oclusão venosa por trombose e edema. O diagnóstico de falso aneurisma da artéria femoral profunda nem sempre é fácil, devido em grande parte à sua localização. Os métodos de diagnóstico mais frequentes incluem o Eco-Doppler, TC, RM e

angiografia. O tratamento poderá ser por cirurgia convencional ou por método endovascular, com utilização de agentes embólicos como coils, ocluders, PVA ou NBCA, dependendo da sua localização e acessibilidade.

##### P02. SÍNDROMA DO MARTELO HIPOTENAR – ANEURISMA DA ARTÉRIA CUBITAL

P. Pinto Sousa, S. Braga, J. Vasconcelos, R. Gouveia, J. Campos, P. Monteiro, J. Meira, G. Vaz

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

**Introdução:** Apesar de raro, o aneurisma da artéria cubital é uma das principais causas de isquemia digital isolada. Considerada uma doença ocupacional, ocorre quase sempre no membro dominante de pessoas que utilizam a eminência hipotenar em movimentos repetitivos como puxar, empurrar, de rotação ou traumáticos. Neste caso descreve-se uma doente de 65 anos, trabalhadora durante 18 anos numa linha de montagem de uma fábrica de enchidos.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 65 anos de idade, com antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia. Referenciada à consulta externa de Angiologia e Cirurgia Vascular por tumefação pulsátil no punho esquerdo com seis meses de evolução. Referia dor persistente e aumento da sensibilidade na eminência hipotenar. Negava parestesias ou arrefecimentos dos dedos. Ao exame físico apresentava pulso radial e cubital palpáveis, este último de amplitude aumentada. Sem cianose, atrofia muscular, hemorragia subungueal ou úlceras. Realizou-se teste de Allen que foi inferior a três segundos, o que confirmou permeabilidade da arcada palmar. Foi realizado *eco Doppler* arterial do membro superior esquerdo que identificou aneurisma sacular da artéria cubital esquerda com 10 × 6 × 11 mm parcialmente trombosado. Posteriormente confirmado por ressonância magnética e definida a sua localização a 9 mm do osso pisiforme. Foi proposta correção cirúrgica e a doente submetida a aneurismectomia total com anastomose topo a topo. O procedimento decorreu sem intercorrências. Teve alta no primeiro dia pós-operatório. Um mês depois, na consulta de *follow up*, mantinha permeabilidade vascular com pulso cubital palpável e ausência de queixas algicas ou alterações da sensibilidade.

**Discussão:** O primeiro caso de aneurisma de artéria cubital foi descrito em 1934 por Van Rosen. Posteriormente Conn et al atribuiu o nome de síndrome de martelo hipotenar a vasospasmo, trombose ou aneurisma das artérias cubital ou digitais associados a história repetitiva de trauma da região hipotenar. O aneurisma da artéria cubital tem maior incidência em doentes do sexo masculino com idade inferior a cinquenta anos. Ocorre, geralmente, na porção superficial da artéria quando esta passa o canal de Guyon até à aponeurose palmar. O trauma repetido da artéria cubital nesta área vulnerável causa degeneração mural. Quando ocorre lesão isolada da íntima o resultado é um processo trombótico local, enquanto se a lesão for na camada média desenvolve-se um aneurisma. É necessário sempre ponderar a doença de Buerger e fenómeno de Raynaud como diagnósticos diferenciais. Alguns autores questionam a etiologia traumática equacionando a hipótese de se tratar duma manifestação de displasia fibromuscular cubital ou que o aparecimento da doença pressupõe uma anomalia preexistente. Apesar de a angiografia se manter como método *gold standard* para o diagnóstico de aneurisma da artéria cubital, este pode ser diagnosticado e caracterizado com recurso a ecodoppler arterial, apresentando-se actualmente a angioressonância magnética como alternativa à angiografia no diagnóstico e caracterização do aneurisma bem como do leito distal. O tratamento desta patologia é cirúrgico: aneurismectomia e laqueação arterial, aneurismectomia com reconstrução – anastomose topo-a-topo ou interposição de enxerto venoso. Se eventualmente o doente se apresentar sem sinais e sintomas de isquemia com aneurisma trombosoado pode não ser necessária revascularização. Apesar de não haver uma clara evidência de qual a melhor alternativa de tratamento, a aneurismectomia com reconstrução vascular é recomendada pela maioria dos autores. Este procedimento elimina a fonte tromboembólica, a massa aneurismática dolorosa e adiciona os benefícios de uma simpaticectomia periarterial local. Todos estes doentes deverão ser aconselhados, no futuro, a evitar movimentos que causem trauma da região hipotenar e cessação tabágica.

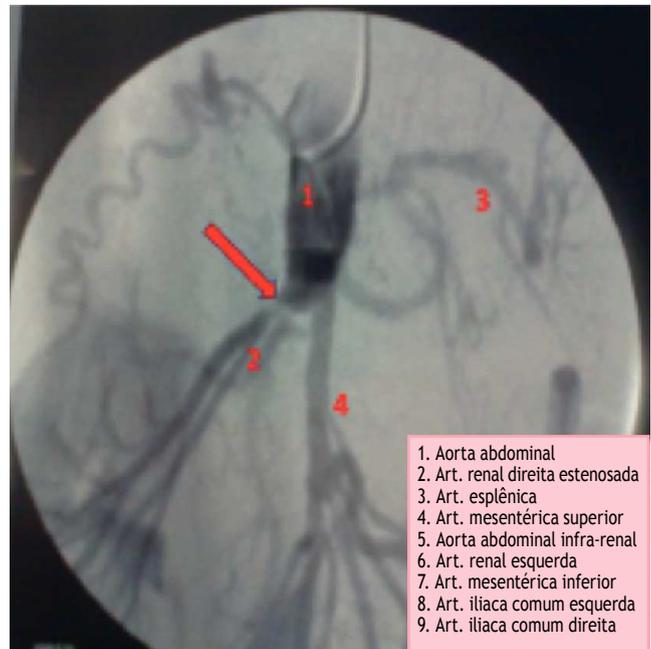
### P03. ESTENOSE DA ARTERIA RENAL EM DOENÇA AORTO-ILIACA OCLUSIVA

A.S. Ferreira, D. Azevedo, A. Cerqueira, A. Rocha Silva, J. Teixeira  
Centro Hospitalar de S. João do Porto.

**Introdução e objetivo:** A estenose da artéria renal é uma patologia maioritariamente aterosclerótica afectando o óstio renal. Enquadra-se num quadro de aterosclerose generalizada, sendo que na doença aorto-iliaca está presente em até 40% dos casos. Pretende-se a apresentação sob a forma de poster de um caso clínico de tratamento de estenose renal direita por angioplastia com colocação de stent em doente com doença aórtica oclusiva infra-renal.

**Caso clínico:** Paciente de 47 anos, grande fumadora, dislipidémica e com uma hipertensão com 4 anos de evolução, refratária ao tratamento médico, complicada em último de edema agudo do pulmão. Clinicamente tinha ainda uma claudicação intermitente que evoluiu favoravelmente sob tratamento conservador. O diagnóstico de estenose renal direita foi efetuado por ecografia, sendo confirmado angiograficamente onde se observou oclusão aórtica infra-renal concomitante. A estenose renal foi corrigida com sucesso através de acesso braquial esquerdo, com a colocação de stents metálicos expansíveis por balão.

**Discussão:** As indicações mais frequentes para o tratamento endovascular de uma estenose renal incluem: hipertensão refratária ao tratamento médico, insuficiência renal em progressão, descompensação cardíaca com ICC ou angina instável. A angiografia permanece o *gold-standard* de diagnóstico sendo que nos doentes com estenose renal bilateral ou rim único o benefício do tratamento endovascular parece ser mais evidente quando comparado ao tratamento médico isolado.



**Figura P03.** Angiografia e representação esquemática da paciente ilustrando oclusão aórtica a nível das renais com “implantação” baixa das renal direita, estenose renal proximal e mesentérica superior e artéria esplênica hiperdesenvolvidas, alimentado a rede colateral para os M. inferiores. Oclusão concomitante das artérias mesentérica inferior e renal esquerda.

### P04. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EM DOENTE COM PRESENÇA DE AR EM PRÓTESE VASCULAR

L. Borges, E. Dias, F. Oliveira, I. Cássio

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

**Introdução:** As fístulas aorto-entéricas secundárias complicam menos de 1% das intervenções cirúrgicas aórticas, mas são frequentemente fatais. A localização entérica mais frequente é a terceira ou quarta parte do duodeno e a manifestação clínica mais comum é a hemorragia gastrointestinal. A etiologia destas fístulas pode ser infecciosa, por pressão pulsátil contínua da prótese ou por lesão duodenal, podendo desenvolver-se por comunicação direta entre o lúmen intestinal e o aórtico, através da anastomose aorto-protésica, ou entre o lúmen intestinal e a prótese, por erosão desta. A investigação diagnóstica deve basear-se em esofagogastroduodenoscopia e TC, quando o doente encontra-se estável, e na arteriografia para planeamento cirúrgico. O tratamento é cirúrgico e variado e cada vez mais se têm vindo a publicar casos bem sucedidos de terapêutica por via endovascular.

**Caso clínico:** Homem de 66 anos, submetido a laqueação de aneurisma ilíaco comum e interno esquerdo por rutura do mesmo e bypass aorto-iliaco externo, em 2006, e extensão do mesmo à femoral comum, em 2007, por falso aneurisma anastomótico distal, o qual foi ressecado. Em 2008, necessidade de ressecção parcial da prótese do bypass aorto-femoral e construção de bypass femoro-femoral direito-esquerdo, por infecção da prótese com abscesso do psoas e fistulização cutânea a nível inguinal. Ainda em 2008, o doente foi submetido a transversostomia por fístula entre o cólon descendente, a loca da prótese removida e a parede abdominal. A reconstrução do trânsito intestinal foi subsequentemente protelada por evidência de persistência da fístula nos exames de reavaliação. Em 2013, recorre à urgência por hemorragia através do estoma e

retorragia, apresentando-se hemodinamicamente estável. O doente foi submetido a investigação diagnóstica por suspeita de fístula aorto-entérica. A TC abdominopélvica inicialmente levantou suspeita de fístula protésico-entérica, pela presença de ar intraluminal em local de adjacência com ansa de delgado. No entanto, este achado corresponde ao segmento protésico proximal excluído após ressecção parcial da prótese do bypass aorto-femoral, o qual apresentava os topos trombosados com presença de ar residual no seu interior. O doente foi submetido a colonoscopia que revelou hemorragia do estoma e hemorragia difusa do cólon excluído, sem outras alterações. Após internamento no Serviço de Gastrenterologia para vigilância, o doente teve alta sem recidiva de hemorragia.

**Discussão:** A hemorragia gastrointestinal é uma manifestação com diversas etiologias, no entanto, num doente com antecedentes de cirurgia aórtica tem que ser sempre considerada a possibilidade de fístula aorto-entérica secundária.

### **PO5. 10 ANOS DE SEGUIMENTO DE EVAR E 3 ENDOPRÓTESES COLOCADAS – IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO E DA AVALIAÇÃO**

L. Loureiro, R. Machado, C. Pereira, C. Vaz, T. Loureiro, D. Silveira, S. Teixeira, D. Rego, V. Ferreira, J. Gonçalves, R. de Almeida

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

**Introdução:** Desde 1991 com o aparecimento do EVAR os riscos do tratamento do aneurisma aórtico diminuíram, mas a importância do seguimento destes doentes aumentou. A necessidade de re-intervenções para tratamento das complicações é considerada um dos grandes problemas desta técnica. Apresentamos o caso de um doente que ao longo de 10 anos de seguimento necessitou de colocar 3 endopróteses na aorta abdominal.

**Caso clínico:** Doente de 83 anos, seguido em consulta externa de Angiologia e Cirurgia Vascular por AAA de 63 mm. Apresentava como co-morbilidades doença cardíaca isquémica, ICC e DPOC. Em 2002 foi submetido a EVAR com endoprótese Gore+ Excluder™, sem intercorrências. Em angioTC de controlo em 2005 é detectado uma endofuga tipo Ia associada a oclusão de ramo assintomática, com crescimento do saco aneurismático para 84 mm. Dadas as características anatómicas foi submetido a tratamento da endofuga com colocação de endoprótese Medtronic® Talent™ aorto-uni-iliaca associada a pontagem femoro-femoral cruzada com ePTFE de 8 mm. Em 2009 em angioTC de seguimento é detectada nova endofuga tipo Ia com crescimento de novo do saco aneurismático apresentando agora 98 mm. É submetido a tratamento da endofuga com colocação de nova endoprótese Medtronic® Endurant™ aorto-uni-iliaca, sem intercorrências. O doente foi seguido em consulta externa com angioTC anual até 2011, sem qualquer evidência de endofuga e com regressão do saco aneurismático para 85 mm. O doente faleceu em Fevereiro de 2012 com 94 anos de causa não relacionada com o aneurisma.

### **PO6. ANEURISMA DE ARTÉRIA CIÁTICA PERSISTENTE COMO CAUSA DE ISQUEMIA AGUDA NÃO DIAGNOSTICADA PRIMARIAMENTE**

L. Loureiro, R. Machado, C. Pereira, C. Vaz, T. Loureiro, D. Silveira, S. Teixeira, D. Rego, V. Ferreira, J. Gonçalves, R. de Almeida

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

**Introdução:** A persistência da artéria ciática é uma anomalia congénita rara da árvore arterial dos membros inferiores, estando associada a graus variáveis de hipoplasia do sector femoral.

A degenerescência aneurismática é uma das formas de diagnóstico desta anomalia, sendo a manifestação clínica de isquemia aguda uma causa extremamente rara.

**Caso clínico:** Doente 82 anos de idade, submetida a tromboembolotomia transpoplíteia do membro inferior direito por isquemia aguda em 2011. No estudo realizado não foi encontrada causa etiológica para a embolia. Um ano depois é internada com dor em repouso no membro inferior direito, realiza arteriografia que mostra doença obstrutiva infra-poplíteia difusa com más condições para revascularização. É submetida a simpactectomia lombar direita com resolução da dor em repouso. Durante a intervenção é constatada tumefacção pulsátil e expansível na região nadegueira direita com cerca de 7 cm de diâmetro. Realiza angioTC que revela a aneurisma com 7 cm de diâmetro em artéria ciática direita persistente. A doente é submetida a tratamento cirúrgico, tendo realizado pontagem femoral comum - poplíteia supragenicular com prótese de ePTFE e simultaneamente embolização retrógrada, proximal e distal, do aneurisma da artéria ciática, seguida de laqueação distal da artéria ciática. Constatou-se hipoplasia da artéria femoral superficial sem ligação à artéria poplíteia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. A doente encontra-se em seguimento na consulta externa há 7 meses, estando neste momento assintomática, sem tumefacção pulsátil e o angioTC mostra o aneurisma trombosado.

### **PO7. ROTURA DE AAA TRATADO POR VIA ENDOVASCULAR EM 2003 – A IMPORTÂNCIA DE SOLUÇÕES TÉCNICAS ALTERNATIVAS**

L. Loureiro, R. Machado, C. Pereira, M. Salazar, C. Vaz, T. Loureiro, D. Silveira, S. Teixeira, D. Rego, V. Ferreira, J. Gonçalves, R. de Almeida

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

**Introdução:** O EVAR apresenta-se como uma modalidade de tratamento com risco mais baixo, mas necessita de seguimento a longo prazo. A repressurização do saco aneurismático por endofuga é a causa de rotura dos aneurismas tratados por EVAR. As técnicas endovasculares tem limitações técnicas e anatómicas difíceis de ultrapassar e que podem exigir soluções de recurso.

**Caso clínico:** Doente de 86 anos transferido de outra instituição para o nosso SU por dor abdominal e imagem em angioTC de rotura aneurismática de AAA. À entrada referia dor abdominal intensa no mesogastro, apresentava tumefacção abdominal pulsátil e expansível com cerca de 20 cm de diâmetro de predomínio no mesogastro e hipocôndrio direito, estava hemodinamicamente estável e apresentava uma hemoglobina de 8,2 g/dl. No angioTC observa-se AAA com 17cm de diâmetro associado a hematoma peri-aneurismático em doente com prótese aorto-bi-iliaca com endofuga tipo Ia de grande dimensão por provável migração da endoprótese (diâmetro da aorta infra-renal variando entre 32 e 38 mm e endoprótese coberta a cerca de 2 cm das artérias renais). Nos antecedentes do doente realça-se o tratamento em 2006 de endofuga tipo II com laqueação de artérias lombares e mesentérica inferior por laparotomia, tratamento em 2012 de endofuga tipo Ib com colocação de extensor ilíaco esquerdo e como comorbilidades HTA, EAM em 1996, AVC em 1999, IRC e síndrome ventilatório restritivo grave. Em face da debilidade do doente opta-se pela colocação de extensor aórtico Medtronic® Endurant II™ com 36 mm de diâmetro em posição justa-renal sob anestesia geral, tendo desaparecido a dor abdominal e a pulsatilidade da tumefacção no pós-operatório. O doente é mantido em vigilância na unidade de cuidados intermédios. Durante este período apresenta agravamento da função renal com necessidade de iniciar hemodialise ao 4º dia pós op. Realiza angioTC de controlo 1 semana depois que mostra endofuga tipo Ia de menor dimensão. Opta-se

por realizar nova intervenção, com dilatação forçada do extensor aórtico com balão expansor de 46 mm de diâmetro insuflado com 50 ml. O procedimento decorre sem intercorrências, mantendo-se o doente assintomático. Realiza angioTC de controlo 1 semana depois, não apresentando evidência de endofuga. Tem alta ao 30º dia de internamento, assintomático em programa regular de hemodiálise.

### P08. FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA CONGÉNITA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Tiago, V. Manuel, C. Martins, J. Fernandes e Fernandes

*Serviço de Cirurgia Vasculiar I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** Descritas pela primeira vez em 1757 por William Hunter as fístulas arterio-venosas (FAV) correspondem a uma comunicação anómala entre uma artéria e uma veia. As FAV podem ser congénitas ou primárias, traumáticas ou secundárias ou ainda adquiridas cirurgicamente como acesso vascular para a hemodiálise.

**Caso clínico:** Doente de 16 anos, encaminhado para observação por cirurgia vascular devido a quadro de dor, tumefacção pulsátil e edema do membro superior direito com 5 anos de evolução, sem história de traumatismo prévio. Na observação clínica todo o exame objectivo era normal à excepção do aumento do diâmetro circunferencial do membro superior direito, presença de massa pulsátil com cerca de 3 cm de diâmetro no terço médio do braço, sobre a qual erapalpável frémiteo audível sopra. Não eram visíveis nevus de dimensão aumentada, angiomas ou telangiectasias, não existiam assimetrias dos membros inferiores. Os exames complementares realizados, ecodoppler e angio-TC, revelaram a presença de uma fístula artério-venosa com 2,2 cm de maior diâmetro entre a artéria umeral e a veia umeral no seu terço médio, a mesma condicionava erosão do úmero. Face aos sintomas do doente e aos sinais clínicos compatíveis com FAV congénita os autores decidiram proceder à laqueação da fístula por abordagem cirúrgica, realizando o isolamento da artéria umeral desde a sua origem até à fossa antecubital. Foram isolados todos os ramos colaterais da artéria umeral e uma volumosa fístula artério-venosa no terço médio do braço entre a artéria umeral e a veia umeral. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e o doente teve alta às 48h sem queixas. Aos 3 meses do pós-operatório não existiam evidências de FAV a nível umeral, contudo na avaliação clínica constatou-se o aparecimento de novo de frémiteo ao nível da veia cefálica.

**Discussão:** As FAV congénitas isoladas são uma entidade rara, devem ser corrigidas sempre que condicionem sintomas. Apresentam elevadas taxas de recidiva, uma vez que a exclusão de FAV proximais não impede o aparecimento de novas FAV distais.

### P09. FAILING GRAFT E ENDO SALVAGE — A PROPÓSITO DE CINCO DOENTES

P. Martins, T. Ferreira, A. Ministro, J. Tiago, A. Evangelista, C. Martins, J. Silva Nunes, J. Fernandes e Fernandes

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Hospital Santa Maria.*

**Introdução:** O conceito de enxerto em falência hemodinâmica (*failing graft*) evoluiu nos anos 90 associado aos programas de vigilância dos procedimentos de revascularização. O doente com *failing graft* identificado está em risco de trombose do *bypass* e isquémia iminente, sendo prioritário o tratamento precoce das lesões responsáveis, intrínsecas do *bypass* ou das artérias de *inflow/outflow*, para manter a permeabilidade. Os autores apresentam cinco casos clínicos de tratamento endovascular de *failing graft*.

**Métodos:** Cinco doentes com *failing graft* foram identificados em programa de vigilância clínica eco-doppler; dois por estenose na artéria ilíaca dadora de *crossover* femoro-femoral, um por estenose no segmento médio de *bypass* venoso femoro-popliteu

infra-genicular, um por estenoses múltiplas no segmento médio e anastomótico distal de *bypass* venoso femoro-popliteu infra-genicular e um por estenose anastomótica distal em *bypass* venoso femoro-tibial anterior. Foram utilizadas as vias femoral anterógrada/retrógrada, umeral ou dissecação cirúrgica do enxerto. Em três doentes procedeu-se a angioplastia com balão e em dois doentes a implantação de stents auto-expansíveis.

**Resultados:** O sucesso técnico, clínico e hemodinâmico foi de 100% em todos os doentes, sem morbilidade associada, nomeadamente, oclusão ou ruptura de *bypass*. No *followup* detectou-se um caso de re-estenose aos seis meses na anastomose distal em *bypass* venoso femoro-tibial anterior submetido a re-intervenção endovascular com sucesso.

**Conclusões:** O *followup* dos procedimentos de revascularização é fundamental para manter a permeabilidade dos enxertos. O tratamento endovascular de *failing graft* é uma opção segura e eficaz em doentes selecionados e lesões favoráveis, com baixa morbilidade e reduzido tempo de internamento. No entanto, parece estar associado a maior frequência de re-estenose, que neste grupo, foi possível tratar por via endovascular.

### P10. PARAGANGLIOMA CERVICAL — CASO CLÍNICO

L. Antunes, J. Varino, C. Mendes, A. Marinho, G. Anacleto, A. Matos

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE—HUC.*

**Objectivo:** Apresentação de caso clínico de um doente com volumoso paraganglioma cervical.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 75 anos, com queixas de massa cervical direita não pulsátil de crescimento súbito nos últimos meses, sem défices neurológicos centrais ou periféricos, seguido em consulta de cirurgia após realização de hemicolectomia por perfuração do cólon. Apresentava antecedentes de fibrilação auricular e hipertensão arterial. A angio-TAC cervical mostrou formação nodular de limites bem definidos, com captação heterogénea de contraste, com 6,4 cm localizada à bifurcação carotídea direita sugestiva de paraganglioma, e vários gânglios cervicais, o maior com 7 mm. Foi submetido a cirurgia com ressecção do tumor do corpo carotídeo (Shamblin tipo II) e de adenopatias cervicais. Durante a cirurgia procedeu-se ao isolamento do nervo hipoglosso e glossofaringeo e secção do ventre posterior do músculo digástrico. O resultado anatomo-patológico confirmou o paraganglioma da bifurcação carotídea com 33 g e 5,5 × 4 × 2,2 cm. Os gânglios linfáticos mostraram hiperplasia folicular. No pós-operatório o doente desenvolveu ligeira disфонia, que mantém aos 6 meses de follow-up.

**Discussão:** Os paragangliomas cervicais são tumores raros, a maioria localizadas no corpo carotídeo e com evolução benigna (95%). O tratamento cirúrgico é opção terapêutica de primeira linha, sendo as lesões neurológicas periféricas a complicação mais frequente (variável conforme a extensão do tumor). A maioria das lesões neurológicas são secundárias a estiramento dos nervos durante a cirurgia, e resolvem a médio prazo. O exame anatomo-patológico é fundamental para excluir a invasão ganglionar.

### P11. SÍNDROME DE ROUBO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

L. Antunes, A. Marinho, J. Varino, C. Mendes, G. Anacleto, O. Gonçalves, A. Matos

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE—HUC.*

**Objectivo:** Apresentação de caso clínico de um doente com oclusão da artéria subclávia e que teve AVC (acidente vascular cerebral) do território cerebral anterior ipsilateral secundário a hipoperfusão.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 73 anos, com antecedentes de AVC (há 11 e 15 anos com hemiparesia esquerda sequelar) que teve episódio súbito de disartria e assimetria facial após refeição, da qual recuperou parcialmente. Ao exame objectivo tinha parésia facial de tipo central e hemiparesia esquerda grau 4. Não tinha pulso umeral à direita e tinha TA na braço esquerdo de 87/63 mmHg. Apresentava antecedentes de HTA, dislipidemia e prostatectomia. A TAC-CE mostrou discreta hipodensidade lenticulo-capsular direita com extensão à cabeça do caudado e corona radiata ipsilaterais sugestiva de lesão vascular em evolução. Pequenas lesões vasculares sequelares. O eco-doppler carotídeo vertebral mostrou estenoses carotídeas bilaterais sem significado hemodinâmico e inversão do fluxo na artéria vertebral direita. O Doppler transcraniano mostrou múltiplas estenoses intracranianas (artéria cerebral média (ACM) direita, cerebral anterior (ACA) esquerda, vertebral esquerda e artéria basilar). Angio-TAC cervical mostrou arco aórtico bovino, com oclusão da artéria subclávia pré-vertebral, artéria carótida interna (ACI) direita com calibre reduzido, circulação anterior direita de pequeno calibre e estenoses da ACM direita. O doente foi submetido a cirurgia sob anestesia geral, monitorização da oximetria cerebral e anti-agregação plaquetar, realizando-se bypass carótido-subclávio direito com prótese PTFE 8 mm com 1,5 cm de comprimento. Pós-operatório sem intercorrências, com recuperação do pulso radial. Teve alta ao 3º dia pós-operatório.

**Discussão:** O síndrome de roubo da subclávia é uma quadro clínico raro, na maioria das vezes sem necessidade de abordagem invasiva. Nas situações em que se desenvolvem sintomas de isquemia neurológica ou do membro, está indicada a revascularização. A existência de isquemia neurológica está associada a alterações da circulação intra-cerebral ou do território carotídeo que podem ser desencadeadas pelo esforço físico do membro superior ipsilateral. A abordagem cirúrgica tem bons resultados com baixa morbi-mortalidade e patências superiores relativamente ao tratamento endovascular. Os condutos protéticos têm patência superiores.

## P12. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MALFORMAÇÃO DIGITAL CONGÊNITA

N. Oliveira, L. Ferraz, L. Borges, E. Dias, F. Oliveira, I. Cássio

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular;  
Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva,  
Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.*

**Introdução:** As malformações arteriovenosas (MAV) podem ter uma apresentação clínica e evolução imprevisíveis. Por isso, o seu tratamento é ainda um desafio entre as várias patologias vasculares. MAV's das extremidades de localização muito periférica podem não ser amenizáveis por emboloterapia devido ao risco elevado de necrose. Os autores apresentam um caso clínico de uma malformação arteriovenosa congénita do membro superior que foi abordado exclusivamente por Cirurgia.

**Caso clínico:** Mulher de 27 anos sem antecedentes pessoais relevantes, seguida em consulta por malformação do 5º dedo, com agravamento progressivo de queixas de dor, impotência funcional e deformidade do dedo da mão. Submetida a ressecção da malformação arteriovenosa e laqueação da artéria palmar digital própria medial do 5º dedo. Após um seguimento de 8 meses, a doente apresenta a ferida cirúrgica cicatrizada, sem impotência funcional do dedo e sem evidência clínica de recidiva.

**Discussão:** O tratamento cirúrgico das malformações arteriovenosas digitais do membro superior pode ser realizado de forma curativa com conservação do dedo, com resultados estéticos e funcionais favoráveis.

## P13. EXTRAPOLAR INDICAÇÕES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

N. Duarte, A. Gonçalves, G. Marques, P. Barroso, A. González, A. Afonso, M.J. Ferreira

*Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Garcia de Orta (HGO).*

**Objectivo:** O objectivo deste poster é apresentar um caso de um doente submetido a uma primeira cirurgia de revascularização cuja indicação não é a mais consensual, tendo ocorrido falência da mesma após 6 anos, com necessidade de reintervenção por isquemia grau III.

**Caso clínico:** Doente de 51 anos, do sexo masculino, com antecedentes de tabagismo activo, HTA, CABG e status pós-angioplastia + stenting ilio-femoral bilateral, com implantação de 2 stents auto-expansíveis em cada lado, desde a origem da AIP até justa-bifurcação femoral bilateral em 2004. É internado com queixas compatíveis com isquemia grau III MIE, referindo sintomas de isquemia grau IIB bilateral com início há 2 anos. Objectivamente sem pulsos dos membros inferiores, sem alterações sensitivo-motoras e com índices sistólicos de 0,36 à esquerda e 0,65 à direita. Eco-doppler e Angio-TC revelaram trombose da aorta distal e stents ocluídos bilateralmente, com reabitação na AFC, existindo estenoses de 50% justa-bifurcação. É então submetido a bypass aorto-bifemoral com prótese de Dacron, sem intercorrências no intra ou pós-operatório e com recuperação dos pulsos distais bilateralmente, com alta no 5º dia pós-operatório.

**Discussão:** No tratamento da doença ilio-femoral, a endarterectomia femoral + stenting ilíaco surge como alternativa à abordagem tradicional do bypass aorto-bifemoral (ABF). Esta abordagem híbrida tem ganho aceitação pelos resultados favoráveis a longo prazo e diminuição da mortalidade comparando com o ABF. Embora a terapêutica endovascular tenha a sua maior indicação em lesões TASC A e B, a verdade é que cada vez mais se alargam indicações, no entanto, em doentes com doença obstructiva aorto-iliaca difusa (lesões TASC C e D), como era o caso deste doente, a permeabilidade é francamente inferior quando usados “bare stents”, relativamente ao bypass ABF e o uso desses stents a nível da femoral comum têm uma franca diminuição da permeabilidade quando comparado com endarterectomia do mesmo território.

## P14. EMBOLIA SÉPTICA POR ENDOCARDITE BACTERIANA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

N. Duarte, A. Gonçalves, G. Marques, P. Barroso, A. González, A. Afonso, M.J. Ferreira

*Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Garcia de Orta (HGO).*

**Introdução:** A isquemia aguda dos membros inferiores tem múltiplas etiologias possíveis, sendo a embolização séptica por endocardite bacteriana um diagnóstico pouco frequente desde a generalização da ecocardiografia e terapêutica com antibióticos. No entanto, existem grupos de doentes em risco, incluindo usuários de drogas intravenosas, doentes com linhas arteriais ou venosas e os imunocomprometidos.

**Caso clínico:** Doente de 53 anos, do sexo feminino, com antecedentes pessoais de cirurgia cardíaca com 3 anos de idade por doença congénita da válvula aórtica que não sabe especificar, referindo ter sido feita plastia com material biológico; doença crónica de dismotilidade digestiva desde a juventude submetida a gastroenterostomia aos 26 anos por ptose gástrica e 2 reintervenções com ressecção intestinal; múltiplos episódios de sub-oclusão intestinal, tendo o último há 5 meses motivado internamento para lise de bridas e colocada PEG para drenagem nos períodos de oclusão. Por síndrome de malabsorção, iniciou nutrição parentérica domiciliária (por catéter cental na subclávia direita), acompanhada de nutrição oral fora dos períodos de

oclusão e gastrostomia derivativa. Recorre ao serviço de urgência com isquemia aguda do pé esquerdo com cerca de 6h de evolução, referindo desde há 9 dias aparecimento de febre (39 °C). A doente realiza, além do ecodoppler que confirma trombo na popliteia e ausência de fluxo distal, um ecocardiograma transesofágico que revela endocardite da válvula mitral com vegetação de grande dimensão, iniciando de imediato antibioterapia empírica. É então submetida a embolectomia anterógrada via popliteia infragenicular, com saída de êmbolo com aspecto “cefalóide”, com recuperação dos pulsos distais. Enviado o êmbolo para microbiologia. Por síndrome compartimental, foi necessário proceder a fasciotomia no dia seguinte. As 3 hemoculturas e o êmbolo revelaram *Staphylococcus lugdunensis* sensível à Penicilina, pelo que foi iniciada antibioterapia dirigida associada a Gentamicina (cessando o último ao fim de 5 dias). Foi substituído o catéter venoso central no 9º dia de internamento. No 16º dia pós-operatório, quadro de HDA com origem em úlcera gástrica, tendo sido realizada terapêutica local com adrenalina que se repetiu no dia seguinte com repercussão hemodinâmica. Realizou EDA que revelou neoplasia gástrica – adenoma tubulo-viloso com displasia focal de alto grau com ulceração da mucosa, tendo ficado com mucosectomia agendada para pós-alta. ETE 54 dias pós-operatório revelou ausência de vegetações.

**Discussão:** Dada a vegetação de grandes dimensões e a agressividade conhecida do *S.lugdunensis*, com habitual necessidade de cirurgia e a presença de fenómenos embólicos, trata-se de uma doente de alto risco. A prevalência desta bactéria é baixa, variando de 0,6% a 13%, sendo um dos principais agentes causadores de endocardites nos doentes imunocomprometidos, com taxa de mortalidade até 70%. Será assim relevante o envio sistemático do trombo para bacteriologia.

### P15. ATEROEMBOLISMO PROVOCADO POR LESÃO ESTENÓTICA NA ARTÉRIA POPLÍTEA

J. Vidoedo, M. Maia, J. Almeida Pinto

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular,  
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.*

**Objectivo:** Apresentação de caso clínico de embolização periférica provocada por estenose acentuada da artéria poplítea e discussão desta forma de apresentação de doença arterial periférica.

**Caso clínico:** Doente de 48 anos, antecedentes de dislipidemia não tratada, história progressiva de hipertensão arterial até colocação de “stent” renal esquerdo 2 anos antes. Referenciado à consulta de cirurgia vascular com diagnóstico de causalgia do pé esquerdo. Queixava-se de dor no ante-pé esquerdo que teve início de forma súbita 10 meses antes. Desde essa altura referia alteração da coloração do ante-pé esquerdo e dor intensa intermitentes, com exacerbação em decúbito, renitente a analgesia. Negava história prévia de claudicação, no entanto desde o início das queixas referia claudicação no ante-pé para curtas distâncias. Trazia RM do pé sem alterações e cintigrafia óssea que revelou alterações tipo inflamatório localizadas no ante-pé (hipótese de causalgia pouco provável). Ao exame objectivo apresentava áreas de lívido de tom púrpura circunscritas na face posterior da perna, ante-pé e dedos do pé à esquerda. Apresentava pulsos dos MI palpáveis e simétricos. Sem edema ou outros sinais sugestivos de doença venosa crónica. Efectuou TAC toraco-abdominal para exclusão de lesões proximais, RM para exclusão de “entrapment”, ecocardiograma, Holter e ECG para exclusão de eventual etiologia embolígena cardíaca. Ao eco-Doppler detectou-se uma lesão irregular de aspecto iso-ecogénico no segmento retro-articular da artéria poplítea esquerda, com cerca de 1,5-2 cm de extensão, que condicionava turbilhonamento e aceleração importante do fluxo (11x), sugerindo estenose significativa. Não foram detectadas outras alterações a nível dos eixos principais e distais até ao pé.

**Discussão:** O ateroembolismo refere-se à oclusão de artérias resultante do destacamento e embolização de resíduos ateromatosos como fibrina, plaquetas, cristais de colesterol e fragmentos de cálcio, que ocluem arteríolas e pequenas artérias. A origem mais frequente é aórtica sendo mais rara a origem em artérias periféricas como neste caso. A maioria dos doentes é do sexo masculino, com mais de 60 anos e com evidência de aterosclerose, o que terá influenciado o adiamento de diagnóstico no caso apresentado. O tipo de tratamento deverá ser considerado caso a caso através de exclusão/remoção da lesão embolígena.

### P16. ANEURISMA DA ARTERIA CUBITAL

C.J. Rodrigues, A. Santos Simões

*Unidade de Angiologia e Cirurgia Vascular,  
Centro Hospitalar Tondela Viseu.*

**Introdução:** A primeira referencia a aneurismas envolvendo a artéria cubital remonta ao século XVIII, mas a 1ª descrição clínica desta patologia é de Van Rosen, em 1934. Embora seja uma patologia rara, constituem os aneurismas mais frequentes no membro superior. São mais frequentes no sexo masculino, até à 6ª década de vida e associam-se frequentemente a movimentos repetitivos durante a atividade profissional ou de lazer do doente, daí a designação de síndrome do martelo hipotenar. Causam uma miríade de sintomas desde queixas ligeiras de dor, parestesias ou arrefecimento digital até quadros graves de ulceração e necrose digital com impotência funcional.

**Caso clínico:** Os autores analisaram o quadro clínico de um doente, sexo masculino, 63 anos, com antecedentes de hipertensão arterial controlada, dextro e jardineiro de profissão. É referenciado à consulta de Angiologia e Cirurgia Vascular devido ao aparecimento de uma formação nodular a nível da eminência hipotenar esquerda, indolor, levemente pulsátil, com varias semanas de evolução. Apresenta queixas de parestesias do 5º dedo que não valoriza. Realiza um ecodoppler que confirma a presença de um aneurisma, permeável da artéria cubital com cerca de 2 cm de maior diâmetro. A pletismografia confirma que a perfusão digital se encontra preservada mas é reduzida significativamente a nível do 5º dedo com a compressão seletiva da artéria cubital. O doente foi submetido a ressecção do aneurisma e anastomose topo-a-topo da artéria cubital e retomou a sua atividade profissional às 3 semanas de pós-operatório. A permeabilidade da artéria cubital encontra-se preservada aos 12 meses de cirurgia, como confirmado pelo ecodoppler de controlo.

**Discussão:** Os aneurismas da artéria cubital incluem-se nas lesões vasculares de origem profissional. São frequentemente induzidos por movimentos repetitivos e podem afectar negativamente a capacidade funcional do doente e o exercício da sua atividade laboral, se não forem detectados e tratados precocemente. O seu tratamento cirúrgico inclui a trombose seletiva, a laqueação e a ressecção associada a procedimentos de revascularização.

### P17. ANEURISMA DA VEIA ILIACA COMUM

C.J. Rodrigues, A. Santos Simões

*Unidade de Angiologia e Cirurgia Vascular,  
Centro Hospitalar Tondela Viseu.*

**Introdução:** Os aneurismas venosos são uma patologia rara e envolvem maioritariamente veias superficiais dos membros superiores e veias centrais torácicas. Na literatura científica mundial encontram-se descritos menos de 20 casos de aneurismas isolados envolvendo as veias ilíacas. Cerca de 50% associam-se a traumatismos ou a fistulas arteriovenosas distais ao aneurisma mas os restantes casos têm uma etiologia obscura. Podem ser assintomáticos mas habitualmente associam-se a episódios recorrentes de trombose venosa profunda e embolia pulmonar (EP), mesmo sob hipocoagulação.

**Caso clínico:** Os autores analisaram o quadro clínico de um doente, sexo feminino, 73 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Realiza uma ecografia abdomino-pélvica de rotina para consulta de Ginecologia, que coloca o diagnóstico de suspeição de aneurisma da veia ilíaca esquerda. É referenciada à consulta de Angiologia e Cirurgia Vasculosa e realiza ecodoppler arterial e venoso dos membros inferiores – normal e angioTAC e ilio-cavografia que confirmam o diagnóstico de aneurisma da veia ilíaca comum esquerda, sem trombose mural. A doente foi submetida a ressecção do aneurisma e revascularização pela interposição de prótese PTFE 10 mm anelada entre a veia ilíaca comum e a ilíaca externa com laqueação da hipogástrica. Encontra-se assintomática, sob hipocoagulação oral e com o enxerto permeável aos 3 meses de pós-operatório.

**Discussão:** Os aneurismas da veia ilíaca têm uma história natural pouco esclarecida. Ainda assim, extrapolando os conhecimentos adquiridos pelo estudo de aneurismas venosos noutras localizações e atendendo aos sintomas que causam, têm indicação cirúrgica uma vez detectados. A incidência de embolia pulmonar em doentes com aneurismas da veia ilíaca é de 25-35%, constatando-se que uma correta hipocoagulação e a ausência de trombose mural não são protetoras. A 1ª opção terapêutica é de ressecção do aneurisma associada a revascularização quer por anastomose topo-a-topo, quer pela interposição de um segmento protético. Caso não seja possível, deve proceder-se pelo menos, à sua laqueação para reduzir a incidência de EP.

#### **P18. SÍNDROME DE DESFILADEIRO TORÁCICO EM ADOLESCENTE VIOLINISTA – CASO CLÍNICO**

J.P. Gonçalves, C. Pereira, C. Nogueira, C. Vaz, L. Loureiro, T. Loureiro, D. Silveira, S. Teixeira, D. Rego, V. Ferreira, R. Almeida

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

**Objectivo:** Descrever um caso clínico de síndrome de desfiladeiro torácico com apresentação atípica numa jovem violinista, tratado no nosso serviço de Cirurgia Vasculosa do Hospital de Santo António. **Caso clínico:** Menina de 16 anos, com dor local cervical/supraclavicular esquerda quando toca violino. Sem clínica de patologia arterial ou venosa. Pulsos distais presentes. Sem sintomas neurológicos no membro superior esquerdo. Costela cervical palpável. Submetida a Rx de tórax e angioTC. Submetida a costectomia parcial supraclavicular esquerda. Alta assintomática. Evolução favorável aos 2 meses pós-op.

**Discussão:** A síndrome de desfiladeiro torácico é uma entidade muito rara em jovens até aos 18 anos, com um quadro clínico diferente daquele habitual nos adultos. Habitualmente, divide-se a apresentação clínica em neurológica, arterial ou venosa. No entanto, por vezes, existem apresentações atípicas. Os métodos de diagnóstico estão relativamente bem definidos, exceto para a apresentação neurológica, a qual ainda levanta alguns problemas de diagnóstico. Devido à maior variabilidade de apresentação nos jovens, é fundamental uma mente arguta e questionar sempre uma apresentação atípica desta síndrome nesta faixa etária. Relatamos o nosso caso, com resolução extremamente satisfatória.

#### **P19. TROMBOSE AÓRTICA SUBAGUDA COM ENVOLVIMENTO SUPRA-RENAL EM DOENTE COM SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPÍDEO: CASO CLÍNICO**

E. Silva, A. Evangelista, A. Ministro, J. Fernandes e Fernandes

*Clinica Universitária de Cirurgia Vasculosa, Hospital de Santa Maria-CHLN. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Centro Académico de Medicina de Lisboa.*

**Introdução:** A síndrome do anticorpo antifosfolípídeo é definida pela associação entre a demonstração laboratorial da presença

de anticorpos antifosfolípídeos, trombose arterial ou venosa e perdas gestacionais recorrentes na mulher. A presença de anticorpos antifosfolípídeo está associada também a um risco aumentado de fenómenos tromboembólicos, como tromboflebite, tromboembolismo pulmonar, acidente vascular cerebral, oclusão da artéria da retina, enfarte do miocárdio, trombose placentária e síndrome de Budd-Chiari.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 40 anos, com a síndrome do anticorpo antifosfolípídeo e trombose aórtica com envolvimento supra-renal, suspeitada pela presença de hipertensão arterial refratária e insuficiência renal crónica de agravamento progressivo e confirmada por angio-TC. O doente foi submetido a cirurgia de revascularização visceral, renal e dos membros inferiores que consistiu em tromboendarterectomia da aorta para-renal e origem das artérias mesentérica superior e renais e bypass aorto-ilíaca primitiva direita-femoral comum esquerda. O pós-operatório foi complicado por hemorragia para-renal direita subsequente a lesão iatrogénica de ramo polar superior da artéria renal direita. O follow-up atual de 5 meses mostra uma normalização dos valores tensionais sem necessidade de terapêutica farmacológica hipotensora. O doente foi tratado conservadoramente para a síndrome do anticorpo antifosfolípídeo com terapia anticoagulante oral permanente.

**Discussão:** Este caso evidencia uma complicação rara desta síndrome, a importância da decisão cirúrgica rápida e adequada, que permitiu recuperar a função renal, sem necessidade de tratamento dialítico, controlar a hipertensão arterial e proporcionar qualidade de vida e retoma da vida profissional activa.

#### **P20. TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS SACULARES DA AORTA ABDOMINAL E DA ARTÉRIA ILÍACA ISOLADOS – CASO CLÍNICO**

J. Almeida Lopes, D. Brandão, P. Barreto, A. Mansilha

*Unidade de Angiologia e Cirurgia Vasculosa do Hospital CUF, Porto.*

**Introdução:** Os aneurismas da aorta abdominal (AAA) são os aneurismas abdominais mais frequentes, por sua vez os aneurismas isolados da artéria ilíaca comum (AIC) representam menos de 2% de todos os aneurismas intra-abdominais. Quando os AAA são saculares a sua reparação é frequentemente recomendada dada existir uma perceptível predisposição para a rotura apesar da pouca evidência científica.

**Caso clínico:** Neste contexto os autores propõem-se apresentar um caso clínico de um doente de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, que apresentava em simultâneo dois aneurismas saculares isolados. Um aneurisma da AIC esquerda de 3 cm que envolvia a bifurcação ilíaca, foi corrigido por via endovascular através embolização com diversos coils da artéria ilíaca interna (All) ipsilateral com a subsequente colocação de uma extensão ilíaca de endoprótese Endurant II (Medtronic Inc, Minneapolis, Minn) de 13 × 80 mm. No mesmo procedimento foi também corrigido um AAA sacular de 3,8 cm, igualmente por via endovascular, com a colocação de uma endoprótese tubular Endurant II de 23 × 70 mm. O procedimento teve a duração de 130 minutos, tendo o doente tido alta no dia seguinte à intervenção, sem intercorrências. Durante o seguimento o doente apresentou queixas transitórias de claudicação nadequeira esquerda, porém sem outras queixas de isquemia pélvica como disfunção eréctil. O angio-TC de controlo revelou integridade e permeabilidade das endopróteses colocadas, ausência de *endoleaks* e redução do volume dos sacos aneurismáticos.

**Discussão:** A embolização com coils da All é frequentemente usada para a correção de aneurismas ilíacos que envolvem a sua bifurcação, de modo a colocar com segurança, uma endoprótese para exclusão dos referidos aneurismas evitando assim o *endoleak* tipo II. Este procedimento porém, não está isento de complicações que estão decorrentes da diminuição do aporte

sanguíneo para a região pélvica que nas embolizações unilaterais apresentam taxas de claudicação nadegueira de cerca de 31% e de 17% de disfunção erétil. Serve este caso para documentar o tratamento simultâneo e singular de 2 aneurismas saculares intra-abdominais isolados, com recurso às técnicas endovasculares, prestigiando esta abordagem como acto de menor invasibilidade e morbi-mortalidade.

## Sessão 2

### P21. EXCLUSÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARTÉRIA RENAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Almeida Lopes, D. Brandão, P. Barreto, A. Mansilha

*Unidade de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Hospital CUF, Porto.*

**Introdução:** Os aneurismas da artéria renal são entidades patológicas extremamente raras, apresentando uma incidência estimada de 0,01-0,09% na população e estando a sua rotura associada a elevada mortalidade.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino de 33 anos de idade, sem antecedentes médicos de relevo, a quem na sequência de uma ecografia de rotina, lhe foi detetado um aneurisma da artéria renal direita. De seguida realizou um angio-TC de rotina que confirmou a presença de um aneurisma sacular da bifurcação da artéria renal direita com 2,1 cm de diâmetro máximo. Dado a localização distal do aneurisma na artéria renal direita envolvendo já a primeira artéria renal segmentar e de modo a manter a perfusão de todo o rim, o tratamento proposto e realizado passou pela exclusão aneurismática através da colocação de um *stent* de nitinol auto-expansível Xpert (Abbott Vascular Devices, Abbott Park, IL) de células abertas de 5 x 20 mm na região do aneurisma e embolização com a libertação de um *coil* tridimensional e vários *coils* bidimensionais no saco aneurismático através da malha do *stent*. O procedimento demorou cerca de 160 minutos, sem intercorrências, tendo o doente tido alta no dia seguinte ao procedimento, assintomático, com um débito urinário normal e sem se ter verificado deterioração da função renal. Durante o seguimento do doente, este manteve uma adequada função renal e perfil tensional e o angio-TC de controlo aos 7 meses revelou total exclusão aneurismática, assim como permeabilidade das duas artérias renais segmentares, integridade do *stent* colocado, sem sinais de enfarte ou atrofia renal.

**Discussão:** Serve este caso clínico para documentar um tipo raro de tratamento endovascular na literatura anglo-saxónica desta patologia e a experiência crescente do nosso Hospital como tratamento de primeira linha na correção de aneurismas de artérias viscerais por via endovascular. A abordagem endovascular selecionada demonstrou portanto ser uma técnica tanto eficaz como segura, evitando assim as possíveis comorbilidades decorrentes da utilização de outros meios de tratamento endovasculares e da tradicional abordagem cirúrgica inevitavelmente mais complexa, demorada e invasiva. Manter a perfusão do rim é vital na escolha da melhor opção endovascular para a exclusão aneurismática. Desta forma, a opção por nós selecionada teve em vista a manutenção da perfusão renal, minurando as possíveis complicações decorrentes do tratamento endovascular causadas pela embolização com *coils* ou pela colocação de um *stent* coberto. Discutimos também o nível de evidência que suporta a opção endovascular por nós selecionada e os riscos inerentemente associados.

### P22. FÍSTULAS AORTO-CAVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Almeida Lopes, A. Mansilha, J. Fernando Teixeira

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

**Introdução:** As fístulas aorto-cava (FAC) são uma complicação rara que envolvem menos de 1% de todos os aneurismas da aorta abdominal (AAA) e estão frequentemente associados a significativa morbi-mortalidade.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino de 68 anos, com antecedentes tabágicos, etílicos, HTA, DM, dislipidemia, IRC, EAM, cirurgia de revascularização do miocárdio, DAP com claudicação intermitente não incapacitante e AAA de 5 cm, recorre ao SU do nosso hospital queixando-se de dor lombar intensa, febre e tosse produtiva, tendo tido alta medicado com amox/ac. clavulânico 875/125 mg. Dois dias depois entra na Sala de Emergência com queixas de agravamento da dor lombar e astenia, com estabilidade hemodinâmica, hiperlactacidémia, edema e sinais de isquemia dos MIs, leucocitose, IRC agudizada e hematuria. Efectuou um angio-TC abdominal que revelou um AAA de 6,9 cm e uma fístula aorto-cava associada. Foi realizada a sua correção cirúrgica urgente por via clássica, com a construção de enxerto de interposição aorto-aórtico com uma prótese tubular de Dacron® de 20 mm onde se observaram perdas hemáticas significativas, com necessidade de ser politransfundido. No dia seguinte por isquemia do MIs é realizada trombectomia ilio-femoro-distal bilateral, tendo o MID evoluído para isquemia irreversível e sido necessário *a posteriori* realizar uma amputação acima do joelho. Após um internamento prolongado de 30 dias, que cursou com quadro de disfunção multi-orgânica inicial e infeção do trato urinário tardio tratados com sucesso, o doente teve alta hospitalar. O doente protetizou, tornando-se autónomo para as actividades de vida diária. Três anos após esta cirurgia, morre vítima de neoplasia esofágica metastizada.

**Discussão:** Pelo seu potencial de devastação e de fatalidade, as FAC devem ser abordadas com alto nível de suspeição, tendo sempre em consideração que a sobrevida destes doentes depende grandemente do seu estado clínico na admissão, diagnóstico assertivo e pronta resposta cirúrgica.

### P23. CASO CLÍNICO – ANEURISMAS SÍNCRONOS DAS ARTÉRIAS RENAI E MESENTÉRICA SUPERIOR

L. Castro e Sousa, G. Sobrinho, G. Queiroz de Sousa, J. Vieira, P. Amorim, K. Ribeiro, T. Vieira, N. Meireles, J.A. Pereira Albino

*Serviço de Cirurgia Vasculard 2, Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital Pulido Valente.*

**Introdução:** Os aneurismas viscerais são entidades clínicas muito raras sobretudo em idades jovens. Podem apresentar-se em qualquer dos ramos viscerais abdominais, sendo que os da mesentérica superior correspondem a 5,5% do total. Mais rara ainda, é a presença de doença aneurismática concomitante das artérias renais e da mesentérica superior.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 27 anos, hipertenso, insuficiente renal crónico, que recorreu à urgência com quadro de hipertensão maligna e agudização da insuficiência renal com necessidade de hemodiálise. O estudo realizado identificou a presença de aneurismas síncronos das artérias renais e mesentérica superior. A artéria renal esquerda já se encontrava ocluída e o rim atrofiado. Após cuidada avaliação das hipóteses de tratamento possíveis, foi submetido a nefrectomia direita e ressecção de aneurisma mesentérico com interposição de enxerto protésico. O doente teve um pós-operatório sem intercorrências, tendo tido alta cerca de 15 dias após o procedimento, devido ao facto de ter havido necessidade de realizar um acesso de hemodiálise.

**Discussão:** O caso que apresentamos é uma situação clínica muito pouco frequente, única em Portugal, que foi tratada por via cirúrgica convencional. Os autores finalizam analisando as hipóteses etiológicas em presença com base nos achados histológicos encontrados e a análise de casos semelhantes da literatura.

#### P24. SÍNDROME DE BOCKENHEIMER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Rego, I. Silva, P. Almeida, C. Nogueira, C. Vaz, L. Loureiro, T. Loureiro, D. Silveira, S. Teixeira, J. Gonçalves, V. Ferreira, R. Almeida

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António.*

**Introdução:** A síndrome de Bockenheimer caracteriza-se por uma extensa malformação venosa das extremidades associada a veias, ingurgitadas e irregularmente dilatadas, presentes na derme profunda e superficial, geralmente do membro superior (mais frequente) e inferior podendo envolver o tronco. A bilateralidade é rara, mas está descrita. Trata-se de uma síndrome rara também denominada de flebectasia difusa genuína. A sua apresentação clínica é congénita demonstrando evolução progressiva ao longo da vida podendo complicar-se por dor nos membros afetados e ulceração cutânea. O eco-doppler, angioTAC, RMN e flebografia são importantes no diagnóstico diferencial com as síndromes de Parkes-Weber e Klippel-Trenaunay excluindo a existência de fístulas arterio-venosas (FAVs) e as assimetrias do desenvolvimento esquelético. O diagnóstico definitivo advém da análise histológica de biópsia que revela ectasia venosa, diminuição da quantidade de elastina e células musculares na parede da veia e frequentemente presença de flebolitos. As opções de tratamento incluem a ressecção cirúrgica, embolização, escleroterapia e compressão elástica.

**Caso clínico:** Descrevemos o caso clínico de uma criança de 8 anos, sexo masculino, referenciada a CE de Cirurgia Vasculiar, sem qualquer outro antecedente médico ou cirúrgico, que apresentava, desde o nascimento, manchas de coloração azulada, confluentes e de evolução progressiva, envolvendo os membros superiores e inferiores, tronco e regiões peri-orbitárias. História de flebolitos de repetição nos membros e pescoço. O restante exame físico é normal. A avaliação ecográfica demonstrou ausência de refluxo venoso profundo ou superficial (safenas, cefálica e basílica) e fluxo de baixa velocidade nas lesões. O estudo com angioTAC e angioRMN revelou ectasias venosas difusas e irregulares, ausência de assimetrias ósseas e de preenchimento venoso precoce compatível com a existência de FAVs. Dada a ausência de incapacidade física ou de sintomas optou-se pelo tratamento conservador com contenção elástica dos membros inferiores e vigilância da evolução. Pelo mesmo motivo, atendendo à idade do doente, e por não se esperar alteração da estratégia terapêutica, não se realizou biópsia.

#### P25. DRUG-ELUTING BALLOON NO TRATAMENTO DE RESTENOSE CAROTÍDEA INTRA-STENT

S. Figueiredo Braga, D. Brandão, J. Vasconcelos, R. Gouveia, P. Pinto Sousa, J. Campos, M. Lobo, P. Brandão, A. Guedes Vaz

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

**Introdução:** O *stenting* carotídeo (CAS) é uma alternativa válida a endarteriectomia carotídea com indicações bem definidas, tais como a restenose carotídea e após irradiação cervical. A restenose intra-stent (RIS) é uma complicação possível, ocorrendo entre 3-20% dos casos. A RIS > 70% em ecodoppler (PSV > 300 cm/s) é uma indicação para revascularização. As opções terapêuticas são múltiplas, tais como *re-stenting*, angioplastia simples (PTA)

ou com *cutting balloon*. No entanto, apesar de elevadas taxas de sucesso imediato, a recorrência de RIS foi documentada em até 50% dos casos. O uso de *drug-eluting balloons* (DEB) tem evidência crescente como nova terapêutica endovascular em casos de RIS após CAS. Os autores descrevem um caso clínico de DEB PTA por RIS recorrente.

**Caso clínico:** Doente de 67 anos, ex-fumador, dislipidémico, hipertenso, submetido a radioterapia por carcinoma da laringe em 2006. Em 2007, apresentou AVC no território da artéria carótida interna (ACI) direita. O ecodoppler demonstrou oclusão ACI direita e estenose ACI esquerda > 70%. Foi submetido a CAS da ACI esquerda com protecção cerebral (*stent* 7 × 40 mm), sem complicações e com bom resultado imagiológico. Seguido em consulta externa, mantido sob *best medical therapy* (clopidogrel + rosuvastatina), com recuperação quase completa dos défices à esquerda. Em 2009, o ecodoppler revelou RIS > 70%, pelo que foi submetido a *re-stenting* (*stent* 8 × 30 mm + 7 × 30 mm), com protecção cerebral, sem estenose residual e sem intercorrências. Em 2012, documentada por ecodoppler recorrência de RIS > 70% (PSV = 453 cm/s), pelo que foi submetido a PTA sequencial (3 × 40 mm + 4 × 40 mm + 5 × 20 mm) e PTA com DEB (6 × 40 mm) com protecção cerebral, bom resultado imagiológico e hemodinâmico (PSV = 158 cm/s) e sem intercorrências. O doente apresenta 6 meses de seguimento, sem complicações e sem RIS documentada por ecodoppler.

**Discussão:** O uso de DEB no tratamento de RIS após CAS é uma estratégia emergente, com resultados promissores a curto e médio prazo.

#### P26. REVERSÃO DE EXTENSÃO ILÍACA DE ENDOPRÓTESE MEDTRONIC®: TÉCNICA OFF-LABEL PARA CONTORNAR O MISMATCH DE DIÂMETROS NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA ILÍACO

S. Figueiredo Braga, D. Brandão, J. Vasconcelos, R. Gouveia, P. Pinto Sousa, J. Campos, P. Brandão, A. Guedes Vaz

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

**Introdução:** O tratamento de aneurismas ilíacos configura um desafio terapêutico. A cirurgia convencional associa-se a taxas de morbi-mortalidade elevadas, o que conduziu ao desenvolvimento de alternativas menos invasivas, tais como técnicas endovasculares. É, por vezes, necessária alguma criatividade para aplicar os dispositivos actualmente disponíveis a configurações anatómicas desfavoráveis, sobretudo quando o risco cirúrgico é proibitivo para cirurgia convencional. No tratamento endovascular de um aneurisma da artéria ilíaca comum (AIC) é fundamental garantir boas *landing zones*, o que pode obrigar a estender a *landing zone* distal à artéria ilíaca externa (AIE), geralmente menor que a AIC. Para colmatar esta diferença de diâmetros entre as *landing zones* proximal e distal foi descrita a técnica *off-label* de reversão de extensão ilíaca cônica de endoprótese. Os autores descrevem um caso clínico de tratamento endovascular de aneurisma AIC, aplicando esta técnica.

**Caso clínico:** Doente de sexo masculino, 74 anos, antecedentes de dislipidemia, HTA, doença coronária e DPOC graves, IRC e aneurisma AIC esquerda com 3,6 cm e extensão à bifurcação ilíaca (AIC = 22 mm; AIE = 14 mm). Proposto para tratamento endovascular. Foi realizada a libertação extracorporeal de extensão ilíaca cônica de endoprótese *Medtronic*® 16 × 24 mm, reversão e reinserção no dispositivo de entrega. O doente foi submetido a abordagem percutânea femoral bilateral tendo-se procedido à embolização da artéria ilíaca interna. Realizou-se a libertação da endoprótese pela abordagem ipsilateral após reversão, permitindo adequada compatibilidade de diâmetros (proximal 24 mm e distal 16 mm). Foi efectuada compressão da punção femoral direita

(6F) e encerramento da punção femoral esquerda (16F) com 2 dispositivos Proglide®, colocados no início do procedimento. A arteriografia de controlo mostrou bom resultado imagiológico. Teve alta ao 2º dia pos-procedimento, sem intercorrências. Um mês após tratamento, o doente apresentou queixas de claudicação gemelar esquerda. A angio-TC de controlo mostrou deposição de trombo intra-endoprótese, que condicionava, na origem da AIE, uma estenose > 70%. Foi submetido a colocação de stent expansível por balão intra-endoprótese, sem estenose residual e sem intercorrências. Teve alta ao 1º dia, hipocoagulado por 1 mês. Decorridos 6 meses após a intervenção inicial, apresenta-se sem queixas e sem *endoleaks*, estenoses ou outras complicações na angio-TC de controlo.

**Discussão:** A técnica de reversão de extensão ilíaca cónica de endoprótese é uma opção viável em doentes com aneurisma AIC e discrepância significativa de diâmetros das *landing zones* proximal e distal. A aplicação da técnica descrita permite alargar o espectro de abordagens endovasculares disponíveis para tratar os aneurismas ilíacos.

### P27. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Figueiredo Braga, D. Brandão, J. Vasconcelos, R. Gouveia, P. Pinto Sousa, J. Campos, A. Canedo, P. Brandão, A. Guedes Vaz, J.C. Mota, L. Vouga

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculár; Serviço de Cirurgia Cardioráscica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE. Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

**Introdução:** A síndrome da veia cava superior (SVCS) surge quando há diminuição ou obstrução do fluxo de sangue através da veia cava superior (VCS) e pode cursar com manifestações clínicas muito debilitantes. Embora classicamente associada a etiologias malignas, o aumento do número de procedimentos endovenosos (cateteres venosos centrais, pacemakers, cardio-desfibriladores) fez aumentar a percentagem de casos de etiologia benigna, que actualmente correspondem a 27%. O tratamento endovascular tem ganho crescente popularidade, mas nem sempre é exequível ou conduz a melhoria clínica a longo prazo, pelo que por vezes o tratamento cirúrgico é necessário. Os autores descrevem um caso clínico de SVCS tratado cirurgicamente.

**Caso clínico:** Doente de sexo masculino, 65 anos, com antecedentes de DM, HTA, dislipidemia, trombose venosas superficiais (TVS) e trombose venosas profundas (TVP) de repetição do membro superior direito após colocação de pace-maker ipsilateral em 2010. O estudo protrombótico demonstrou défice de proteína S. Seguido em Consulta externa e hipocoagulado cronicamente desde 2011. Em 2012, iniciou quadro de edema progressivo da face e do pescoço, com posterior desenvolvimento de circulação colateral no tórax, alterações visuais, cefaleias, apneia do sono, disfagia e ortopneia. Realizou angioTC que demonstrou trombose das veias subclávia e jugular direitas e oclusão com atrofia da VCS e das veias braquiocefálicas. O restante estudo imagiológico e analítico excluiu malignidade. O doente foi submetido a tentativa de tratamento endovascular, sem sucesso por incapacidade de transpor quer a oclusão braquiocefálica esquerda pela abordagem braquial, quer a oclusão da VCS pela abordagem femoral. Por apresentar sintomatologia extremamente limitante, foi submetido a cirurgia, por esternotomia mediana. Foi realizado bypass confluência das veias jugular e subclávia esquerdas para o apêndice auricular direito, com prótese de ePTFE aramado de 14 mm. O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao 7º dia, com melhoria franca e gradual da sintomatologia. Aos 3 meses de pós-operatório apresenta bypass permeável, sem recorrência dos sintomas, mantendo hipocoagulação crónica.

**Discussão:** Embora várias técnicas cirúrgicas de reparação da VCS estejam descritas, as próteses de ePTFE externamente reforçadas constituem uma boa opção, pois estão facilmente disponíveis para utilização *off-the-shelf*. A cirurgia pode ser realizada com baixa morbi-mortalidade, conduzindo a alívio sintomático da SVCS, com boas taxas de permeabilidade a longo prazo.

### P28. TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE UM CASO DE DISSECÇÃO AÓRTICA TIPO B CRÓNICA

R. Fernandes e Fernandes, L. Mendes Pedro, L. Silvestre, P. Garrido, J. Fernandes e Fernandes

*Instituto Cardiovascular de Lisboa. Clínica Universitária de Cirurgia Vasculár, Hospital de Santa Maria-CHLN, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Centro Académico de Medicina de Lisboa.*

**Introdução:** A introdução da cirurgia endovascular para o tratamento da patologia da aorta torácica tem vindo a revolucionar a abordagem terapêutica da dissecção aórtica tipo B, sobretudo em casos agudos com complicações. No entanto a sua aplicação em casos não complicados de evolução crónica (> 1 ano) é ainda controversa. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 49 anos, fumador e com hipertensão arterial mal controlada, que teve episódio de dissecção aórtica do tipo B não complicada tratada medicamente. Observado em consulta 3 meses depois, realizou estudo por angioTC que mostrou dissecção confinada à aorta torácica descendente com trombose parcial do falso lúmen. Um ano depois, em nova angioTC comprovou-se expansão do falso lúmen com dilatação sacular pelo que, se procedeu a tratamento endovascular com colocação de endoprótese Zenith TX2 (Cook, Inc) sem complicações e exclusão do falso lúmen.

**Discussão:** O presente caso ilustra a possibilidade de tratamento endovascular da dissecção tipo B crónica com exclusão do falso lúmen, prevenindo a sua expansão futura e promovendo *remodelling* activo da aorta.

### P29. TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE UM CASO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA TRAUMÁTICA PLANTAR POR FERIDA PENETRANTE

R. Fernandes e Fernandes, J. Fernandes e Fernandes, L. Mendes Pedro, A. Evangelista, P. Sousa, M. Cachita

*Instituto Cardiovascular de Lisboa.*

**Introdução:** A cirurgia endovascular abriu novas perspectivas no tratamento do trauma vascular, mediante procedimentos menos invasivos e com igual eficácia.

**Caso clínico:** Descreve-se um caso de uma doente de 35 anos que sofreu acidente com ferida punctiforme da face plantar do pé e que uma semana depois desenvolveu um quadro clínico de dor, eritrocianose e edema do pé, com ingurgitamento venoso do pé e terço inferior da perna com agravamento na posição ortostática e sopro sisto-diastólico audível no pé. O estudo por Triplex Scan demonstrou a presença de volumosa fístula arteriovenosa dependente de ramos da artéria plantar interna e arcada plantar. Foi tentada compressão ecoguiada sem sucesso, pelo que se decidiu proceder a tratamento endovascular por via femoral comum ipsilateral, cateterização selectiva das artérias da perna. Verificou-se que a fístula era dependente da artéria plantar interna (ramo terminal da tibial posterior) pelo que se procedeu à cateterização superselectiva da artéria plantar, localização precisa da comunicação arteriovenosa e encerramento da mesma com colocação de *coils*. O procedimento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta bem 24h depois. 6 meses depois encontra-se clinicamente bem e o exame Triplex Scan confirma a exclusão da fístula.

**Discussão:** O tratamento endovascular permitiu tratar com sucesso esta doente, evitando um procedimento cirúrgico convencional mais invasivo.

### P30. FÍSTULA ARTERIO-VENOSA RENAL DE ALTO DÉBITO – CASO CLÍNICO

G. Queiroz de Sousa, G. Sobrinho, J. Vieira, P. Amorim, L. Castro e Sousa, K. Ribeiro, T. Vieira, N. Meireles, J. Gouveia, C. Sousa, M. Carmo, H. Bento, R. Palma dos Reis, P. Albino

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar II; Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos; Serviço de Cardiologia II do CHLN; Serviço de Anestesiologia, Hospital Pulido Valente.*

**Introdução e objetivo:** As fístulas arterio-venosas (FAV) renais são raras, sendo divididas em congénitas e adquiridas, e podem ter repercussão clínica exuberante. Dentro do grupo das adquiridas, as traumáticas são as mais frequentes, correspondendo a cerca de 70% de todas as FAV renais.

**Caso clínico:** Doente com uma fístula arteriovenosa renal de alto débito, de provável etiologia iatrogénica num doente previamente submetido a hemicolecotomia direita, já com insuficiência cardíaca de alto débito e vários internamentos de urgência por descompensação da mesma. O doente foi inicialmente submetido a tentativa de tratamento (embolização) da fístula por via endovascular, sem sucesso. Optou-se então por abordagem cirúrgica, sob hipotensão controlada, com laqueação da artéria renal e da fístula a que se associou um bypass retrógrado ilio-artéria polar inferior (justa-hilo renal). O procedimento cirúrgico decorreu sem complicações. No pós-operatório verificou-se melhoria progressiva da função cardíaca, e consequentemente da qualidade de vida do doente.

**Discussão:** As complicações vasculares decorrentes de cirurgia intra-abdominal são raras, mas com consequências potencialmente graves para o doente. Devem ser tratadas sempre que o caso clínico assim o justifique, e o tratamento das FAV de alto débito é imperativo pelo risco inerente e por permitir a melhoria da qualidade de vida. A escolha da técnica a utilizar e a resolução destes casos implica um desafio tanto para a via endovascular como para a abordagem cirúrgica clássica, sendo o bom resultado só possível através de uma abordagem multidisciplinar.

### P31. FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA PRIMÁRIA EM RELAÇÃO COM FALSO-ANEURISMA AÓRTICO

P. Almeida, J. Costa Lima, M. Vieira, L. Machado, G. Faria, A. Taveira Gomes, J. Teixeira

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar; Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar S. João*

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 80 anos, com antecedentes de infecção a *Micobacterium bovis* em 2012 (isolamento do microorganismo na urina), de carcinoma urotelial (submetido a tratamento trans-uretral) e de dois episódios recentes de hemorragia digestiva de causa obscura visível (hematoquézias) sem identificação de ponto de partida hemorrágico. Admitido na sala de emergência em Setembro de 2012 por hemorragia digestiva (hematoquézias), com dor abdominal difusa, instabilidade hemodinâmica e presença de sangue digerido na sonda nasogástrica. Analiticamente apresentava anemia (Hb 7,3 g/dL). Realizou endoscopia digestiva alta e ileo-colonosopia que não mostraram lesões hemorrágicas. Realizou angio-TAC que revelou falso aneurisma da parede anterior da aorta abdominal, em contiguidade com a 3ª porção do duodeno e achados compatíveis com fístula aorto-entérica (achados inexistentes em TAC realizada em 2011). Neste contexto foi submetido a bypass axilo-femoral direito e a bypass cruzado femoro-femoral com origem no ramo do bypass axilo-femoral. Na laparotomia verificada fístula aorto-entérica em relação com falso-aneurisma da aorta infra-renal, tendo

sido realizada laqueação da aorta-infra-renal e das artérias ilíacas comuns e reparação duodenal. Ausência de complicações intra-operatórias. Boa evolução clínica imediata e a 30 dias. Sem isolamento de micobactérias nos exames anatomo-patológico e microbiológico da peça cirúrgica ou em hemoculturas.

**Discussão:** A fístula aorto-entérica primária é uma causa rara de hemorragia digestiva, nem sempre detectada em exame endoscópico, sendo necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico e tratamento atempado.

### P32. ANEURISMA VENOSO POPLITEO – CASO CLÍNICO

L. Machado, I. Vilaça, J. Teixeira

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar de S. João.*

**Introdução:** Apresentação de caso clínico de aneurisma sacular da veia poplitea, tratado cirurgicamente.

**Caso clínico:** Doente de 46 anos de idade, apresentava uma história desconforto na região poplitea esquerda com cerca de 2 anos de evolução. No último ano referiu episódios de parestesias na face posterior da perna que associou à prática de exercício físico. Sem história de traumatismo ou outros antecedentes relevantes. Recorreu a uma consulta de Ortopedia para despiste de patologia osteoarticular do joelho, tendo realizado uma RM, que detectou um aneurisma sacular da veia poplitea esquerda com dimensões de 31 × 27 × 23 mm, que se apresentava permeável mas com trombo endoluminal. Foi encaminhado para Cirurgia Vasculiar, tendo realizado ecoDoppler que confirmou o achado prévio e revelou competência do sistema venoso profundo e superficial. Iniciou hipocoagulação e foi proposto para correcção cirúrgica do aneurisma. Foi submetido a cirurgia, por abordagem posterior com isolamento da veia poplitea e controlo distal e proximal ao aneurisma. Procedeu-se a aneurismectomia tangencial com venorráfia lateral. Durante a cirurgia foi possível visualizar que o aneurisma se encontrava em contacto com nervo ciático. O procedimento decorreu sem complicações. O doente não apresentou qualquer complicação, nomeadamente nervosa ou tromboembólica, no período pós-operatório. Teve alta hipocoagulado e com compressão externa do membro com meia elástica.

**Discussão:** Os aneurismas venosos poplíteos são raros, geralmente assintomáticos, mas podem causar complicações tromboembólicas potencialmente fatais. Em cerca de 75% dos casos são saculares, associados em 40% a trombo endoluminal. Dado o risco de fenómenos tromboembólicos graves, optou-se pelo tratamento cirúrgico com aneurismectomia e venorráfia lateral, procedimento com baixa taxa de complicações.

### P33. SINDROME DE “ENTRAPMENT” POPLITEO

M. Vieira, P. Dias, J. Teixeira

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar de São João, EPE.*

**Introdução:** Apresentação de um caso clínico de entrapment poplíteo bilateral, com especial ênfase na apresentação clínico-imagiológica e tratamento.

**Caso clínico:** Doente de 43 anos, sexo feminino, operária fabril, sem antecedentes pessoais relevantes e medicada apenas com anticoncepcionais orais, recorreu à consulta por queixas de claudicação gemelar direita, progressiva, com 1 ano de evolução. Ao exame físico, destacava-se a ausência de pulsos poplíteo-distais no referido membro, com pulsos em repouso normais contralateralmente. Realizou eco-Doppler arterial, angiografia e Angio-TC com ausência de significativas calcificações ateroscleróticas, oclusão da segunda porção da poplíteia direita na sua posição normal, associada a estenose não significativa e dilatação

pós-estenótica na poplítea esquerda, com oclusão após manobras de flexão plantar, sugestivo de síndrome de “entrapment” poplíteo. O estudo pró-trombótico foi negativo. A doente foi proposta para revascularização arterial à direita e miotomia com avaliação da poplítea à esquerda. Realizou-se exploração cirúrgica, evidenciando inserção da cabeça do gêmeo medial entre veia e artéria poplítea, condicionando “entrapment” poplíteo do tipo II. Procedeu-se à libertação da cabeça gemelar bilateralmente, preservação arterial esquerda por ausência de sinais de lesão parietal e bypass poplíteo-poplíteo com veia pequena safena invertida à direita, via posterior. O procedimento decorreu sem complicações, apresentando-se a doente assintomática à data de alta.

**Discussão:** A verdadeira incidência do síndrome de “entrapment” poplíteo está ainda por determinar, sendo raro em mulheres com mais de 30 anos e sem história de actividade física intensa. 30% dos doentes referem sintomas bilaterais, 12%<sup>1</sup> apresentam dilatação poplítea pós-estenótica, cursando pouco frequentemente com oclusão arterial. O tratamento pode passar por miotomia isolada ou reconstrução arterial, dependendo do grau de lesão parietal ou oclusão arterial. Estudos recentes revelam taxas de patência de bypass de 80,9% no 1º ano, sendo superior em lesões poplíteas curtas, com enxerto venoso curto e utilizando a artéria poplítea proximal como artéria de inflow.

#### **P34. DO ISTMO AÓRTICO À FEMORAL — CASO INCOMUM DE ISQUEMIA AGUDA**

J. Vasconcelos, V. Martins, S. Braga, R. Gouveia, P. Sousa, J. Campos, A. Guedes Vaz

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

**Introdução:** Os trombos aórticos murais podem surgir em qualquer localização da aorta e são causas importantes de embolização distal.

**Caso clínico:** Doente de 44 anos, do sexo feminino que recorre ao Serviço de Urgência por dor súbita e arrefecimento do membro inferior direito com cinco horas de evolução. À entrada apresentava quadro de isquemia aguda do membro inferior direito com palidez, arrefecimento, sem pulsos femoral ou distais homolateralmente, com alterações sensitivo-motoras do pé. Tendo sido observado trombo hipocogénico a nível da bifurcação femoral ao eco-doppler, foi submetida a trombectomia e fasciotomia por síndrome compartimental, sem intercorrências. Durante estudo etiológico foi identificada placa aterosclerótica ulcerada no istmo aórtico que foi excluída com a colocação percutânea de uma endoprótese Valiant Captivia 28 × 100 mm. Ao nono mês de follow-up a doente apresenta pulsos pediosos e tibial posterior direitos palpáveis, com quase total recuperação das alterações sensitivo-motoras do pé. **Discussão:** No estudo etiológico de quadros de embolização distal deve ser excluída patologia mural aórtica, por forma minimizar danos subsequentes, daí decorrentes.

#### **P35. CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARTÉRIA HEPÁTICA COMUM — A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

J. Vasconcelos, V. Martins, P. Monteiro, S. Braga, R. Gouveia, P. Sousa, J. Campos, A. Guedes Vaz

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

**Introdução:** Os aneurismas da artéria hepática representam cerca de 20% dos aneurismas esplâncnicos e apesar de diagnosticados maioritariamente em pacientes assintomáticos, têm a mais alta taxa de rotura dentro do grupo dos aneurismas esplâncnicos (44%) e frequentemente se tornam sintomáticos (60%).

**Caso clínico:** Doente de 68 anos, do sexo masculino, com história de hábitos tabágicos prévios e DPOC grave. Em TAC, foi observado achado de aneurisma da artéria hepática comum próximo da bifurcação hepática com diâmetro máximo de 2,5 cm, com indicação para correção. Foi efetuada exclusão do aneurisma da artéria hepática comum através da seletivação do tronco celiaco com colocação osteal de bainha Flexor® Check-Flo® 8F por acesso na artéria femoral comum direita. Colocada endoprótese Gore® Viabhan® 7 × 50 mm desde a origem da artéria hepática comum até à sua bifurcação. Foi efetuado controlo imagiológico final que demonstrou exclusão do aneurisma, permeabilidade dos sectores arteriais a montante e a jusante, sem evidência de endoleaks.

**Discussão:** O uso generalizado de meios auxiliares de diagnóstico levou ao crescente diagnóstico de aneurismas viscerais. Procedimentos endovasculares, como o neste trabalho apresentado, são uma opção terapêutica que se torna mais pertinente naqueles pacientes de alto risco cirúrgico.

#### **P36. AUTOTRANSPLANTE RENAL POR ANEURISMAS DA ARTÉRIA RENAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

T. Loureiro, A. Matos, J. Martins, I. Silva, C. Nogueira, C. Vaz, L. Loureiro, D. Silveira, S. Teixeira, D. Rego, J. Gonçalves, V. Ferreira, R. Almeida

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

**Introdução:** Os aneurismas da artéria renal são uma entidade rara (0,3-1,3%) e controversa do ponto de vista terapêutico. O tratamento cirúrgico está preconizado nos aneurismas sintomáticos, nos que expandem rapidamente e, embora não esteja descrita uma correlação direta entre o tamanho máximo e o risco de rotura, a literatura argumenta a favor da cirurgia para aneurismas com dimensões superiores a 1,5-2 cm.

**Caso clínico:** Mulher de 55 anos com história de múltiplas cirurgias abdominais por doença de Crohn com atingimento íleo-cólico. Submetida em dezembro de 2011 a hemicolectomia direita, complicada por deiscência de anastomose e peritonite tendo realizado ileostomia derivativa. Reconstrução de trânsito realizada em agosto de 2012. Em TAC de controlo constatado aneurisma da artéria renal esquerda com 17 × 15 mm. Em Março de 2013 realizada nefrectomia esquerda por lombotomia e reparação arterial extracorpórea com ressecção do aneurisma que se situava na primeira bifurcação da artéria renal. Constatado intraoperatoriamente na segunda bifurcação da artéria renal um outro aneurisma de menores dimensões, igualmente ressecado com concomitante reparação arterial simples. O rim foi em seguida transplantado na fossa ilíaca esquerda, com anastomoses à artéria e veia ilíacas externas, sem intercorrências. Pós-operatório com boa recuperação da função renal, sem eventos inesperados.

**Discussão:** Os aneurismas complexos da artéria renal, envolvendo ramos secundários ou terciários, excluem os tratamentos por técnicas in situ ou com recurso à terapêutica endovascular. Os resultados publicados na literatura e a experiência acumulada com estes casos raros tornam a nefrectomia (por via clássica ou laparoscópica), a reparação arterial extracorpórea e o autotransplante uma opção eficaz e segura no tratamento desta patologia.

#### **P37. RUPTURA DE ANEURISMA ILÍACO ISOLADO COM ANGULAÇÃO AÓRTICA EXTREMA**

A. Quintas, A. Garcia, G. Rodrigues, H. Rodrigues, N. Oliveira, R. Abreu, S. Eufrásio, M.E. Ferreira, L. Mota Capitão

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Marta CHLC.*

**Introdução:** Os aneurismas ilíacos isolados são raros, apresentando uma incidência estimada na população de 0,03%. Os aneurismas

iliacos associam-se habitualmente a aneurismas da aorta, coexistem com estes em 10 a 20% dos casos, e partilham a mesma etiologia e população. A sua apresentação sob a forma isolada na ausência de doença aneurismática noutras localizações é rara, representando 0,4 a 1,9% de todos os aneurismas arteriais. A degeneração aneurismática envolve mais frequentemente a artéria iliaca comum, e é bilateral em mais de metade dos casos. A sua história natural habitualmente indolente, envolve um risco significativo de ruptura quando se atinge dimensão considerável (> 5 cm). São frequentemente assintomáticos e o seu diagnóstico é elucidado habitualmente como achado em exames de imagem ou quando se verifica a sua ruptura. A mortalidade perioperatória da cirurgia convencional dos aneurismas iliacos em ruptura pode atingir os 60%. Reporta-se caso clínico de ruptura de aneurisma iliaco isolado associado a angulação aórtica significativa.

**Caso clínico:** Relata-se caso clínico de doente do sexo masculino com 89 anos, admitido no serviço de urgência com quadro súbito de dor abdominal intensa e hipotensão. Realizou angio-TC que evidenciou ruptura de aneurisma sacular da artéria iliaca comum esquerda isolado com 10 cm de maior diâmetro, associado a distorção da morfologia aórtica típica. No seu segmento distal a aorta apresentava angulação extrema, distribuindo-se até à bifurcação iliaca com segmento horizontal. Atendendo às características anatómicas pouco favoráveis a intervenção endovascular, optou-se pelo tratamento cirúrgico convencional através de aneurismectomia e interposição ilio-iliaca “in lay” com prótese de Dacron 12 mm. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências verificando-se exclusão aneurismática com manutenção de perfusão do eixo iliaco.

**Discussão:** Os aneurismas da artéria iliaca na sua forma de apresentação isolada são raros correspondendo a menos de 2% da doença aneurismática. Associam-se a elevada taxa de mortalidade quando o seu diagnóstico é elucidado em contexto de ruptura. O caso apresentado distingue-se pela sua relativa raridade e pela particularidade da configuração anatómica aórtica pouco usual.

### **P38. MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA DA ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

A. Afonso, P. Barroso, G. Marques, A. Gonçalves, A. Gonzalez, N. Duarte, M.J. Ferreira

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Hospital Garcia de Orta, Almada.*

**Introdução:** As malformações arteriovenosas (MAV) congénitas representam a persistência de elementos vasculares primitivos e podem ocorrer em qualquer território vascular. A sua localização pélvica é rara e representam um desafio terapêutico difícil.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 72 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, referenciado à consulta de Cirurgia Vasculard após achado em TC de MAV com origem na artéria hipogástrica esquerda e com drenagem para a veia iliaca interna. Clinicamente apresentava um quadro de disúria e desconforto pélvico vago. Objetivamente sem alterações. Foi proposto o tratamento da malformação por via endovascular com embolização. Foi então realizada angiografia via femoral esquerda e procedeu-se à embolização seletiva de pequenos vasos arteriais com coils e do ramo principal artéria hipogástrica. No follow-up, após 6 meses foi repetida a angio-TC que mostrou persistência da MAV. Foi então realizada novamente embolização com coils da malformação e na angio-TC de controlo, realizada 3 meses depois, verificou-se uma redução substancial das dimensões da MAV. O doente permanece assintomático.

**Discussão:** O tratamento das MAVs é indicado para lesões sintomáticas, com expansão ou crescimento progressivo e compressão de estruturas adjacentes. A correção cirúrgica é difícil devido à presença de múltiplas comunicações vasculares e que

podem envolver os órgãos locais e fica reservado para as lesões de pequenas dimensões e que requerem irradiação completa. O tratamento endovascular via embolização seletiva é eficaz e seguro. O princípio do tratamento é encerrar as conexões arteriais primárias que alimentam a malformação com embolização de substâncias que obstruem, de forma mecânica, estas conexões. O sucesso do tratamento é medido através da erradicação total da lesão ou melhoria dos sintomas. Os doentes necessitam de vigilância periódica para se identificar a recorrência de sintomas e/ou sinais e através de exames de imagem.

### **P39. FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS: UM CASO RARO DE UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DA TROMBOSE VENOSA**

R. Gouveia, A. Canedo, D. Brandão, S. Braga, J. Vasconcelos, P. Sousa, J. Campos, A. Vaz

*Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculard, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A trombose venosa profunda dos membros inferiores é uma entidade clínica comum, sendo múltiplos os contextos em que pode surgir (coagulopatias hereditárias, traumatismos vasculares, síndromes paraneoplásicas, imobilização prolongada, entre outros). Com o tratamento adequado cursa habitualmente sem complicações major, embora possa deixar sequelas importantes como a claudicação venosa. A *flegmasia cerúlea dolens* corresponde a uma complicação rara da trombose venosa com elevada morbi-mortalidade — complicações tromboembólicas, gangrena venosa dos membros ou morte. Parece estar associada a uma obstrução do *outflow* venoso por trombose oclusiva dos eixos venosos profundos e possíveis vias de colateralização, extravasamento de líquido para o espaço intersticial, síndrome de compartimento e distensão tecidual, pelo que se apresenta habitualmente por dor e edema, cianose fixa da extremidade do membro e por vezes necrose. O tratamento desta complicação, assim como na trombose venosa, tem por objectivo evitar a progressão do trombo e consequentemente o agravamento isquémico — implica o início precoce da hipocoagulação sistémica assim como o posicionamento dos membros em drenagem. Em casos selecionados poderá ser necessária a fasciotomia para alívio do síndrome compressivo, ou ainda trombólise selectiva por cateter ou trombectomia cirúrgica.

**Caso clínico:** Procedeu-se a uma revisão do tema no contexto de um caso clínico de uma situação de *flegmasia cerúlea dolens* com atingimento bilateral dos membros inferiores. Trata-se de um doente do sexo masculino, 85 anos de idade, com antecedentes de neoplasia prostática submetido a cirurgia e um episódio recente de trombose venosa gemelar unilateral para o qual iniciou hipocoagulação com HBPM em dose terapêutica. Foi trazido ao serviço de urgência por quadro de dor abdominal, hipotensão e cianose fixa dos pés e metade distal das pernas bilateralmente, associada a edema exuberante dos membros. Ao exame objectivo constatou-se a presença dos pulsos femorais e poplíteos, amplos e simétricos, sem pulsos distais palpáveis. Ausência de fluxos doppler audíveis distalmente, arteriais ou venosos. O *ecodoppler* revelou sinais sugestivos de trombose venosa aguda oclusiva dos territórios ilio-femoro-poplíteo bilateralmente. Realizou-se uma angiotomografia toraco-abdomino-pélvica que não demonstrou progressão proximal da trombose para a VCI mas identificou a presença de múltiplas lesões pulmonares e hepáticas sugestivas de metástases, assim como espessamento parietal da transição rectosigmoide (neoplasia de novo?). Atendendo ao estado geral débil do doente e à clínica compatível com *flegmasia cerúlea dolens* bilateral em provável contexto paraneoplásico, optou-se por manter a hipocoagulação terapêutica com HBPM e proceder à amputação fisiológica major dos membros inferiores. Verificou-se o agravamento progressivo do estado geral do doente e este acabou por falecer ao quarto dia de internamento.