



42° Congresso Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia Vascular
Natal - Brasil

42° CBACV - Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

O **Jornal Vascular Brasileiro** é publicado trimestralmente pela **Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular**. O Jornal Vascular Brasileiro é o sucessor da revista Cirurgia Vascular e Angiologia. O Jornal Vascular Brasileiro reserva-se todos os direitos, inclusive os de tradução, em todos os países signatários da Convenção Panamericana e da Convenção Internacional sobre Direitos Autorais. O Jornal Vascular Brasileiro não se responsabiliza por conceitos emitidos em matéria assinada. A publicação de propaganda não significa garantia ou apoio do Jornal Vascular Brasileiro ou da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular ao produto ou serviço anunciado, assim como a alegações feitas pelo anunciante. O Jornal Vascular Brasileiro não aceita matéria paga em seu espaço editorial. Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados por © Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que em qualquer circunstância agirá como detentora dos mesmos.

Indexação



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Jornal vascular brasileiro : cirurgia vascular, endovascular e angiologia : J Vasc Bras / [editada por] Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. – Vol. 1, n. 1 (jun. 2002)- . – Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, 2002- .
v.Trimestral
Continuação de: Cirurgia vascular & angiologia, 1985-2001.
Até o vol. 5, n. 1, mar. 2006, o título abreviado era: J Vasc Br, passando para J Vasc Bras no vol. 5, n. 2, jun. 2006.

Indexada SciELO Brazil, LILACS e no PubMed Central® (PMC).
ISSN 1677-5449

1. Medicina – Periódicos. 2. Cirurgia Vascular – Periódicos. 3. Doenças Cardiovasculares – Periódicos.
I. Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

CDD 610.05

Iara Breda de Azeredo – CRB 10/1379

O Jornal Vascular Brasileiro é o órgão oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular para publicações científicas. O Jornal Vascular Brasileiro também está disponível em versão eletrônica nos endereços www.scielo.br/jvb e www.jvascbr.com.br.

Contato

Secretaria Editorial do Jornal Vascular Brasileiro – Organiza - Secretaria Executiva
+55 (51) 99977.3480 (Veridiana Fraga) – veridiana@organizasecretaria.com.br

O jornal aceita propagandas nas faces internas das capas da revista impressa.
Print version of Journal accepts advertisements in the internal faces of covers and last face cover.

Tradução

Scientific / SciBooks
www.scientific.com.br

Produção e Assessoria Editorial
editora cubo
soluções para o universo acadêmico



Rua Estela, 515, bloco E, conj. 21 – Vila Mariana, CEP 04011-904, São Paulo – SP, Brasil
+55 (11) 5084-3482 / 5084-2853 – secretaria@sbacv.com.br – www.sbacv.com.br

<https://www.facebook.com/jvascbras>



42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular Natal - Brasil

Comissões

Diretoria da SBACV- Rio Grande do Norte Biênio 2016-17

Presidente: Dr. Márcio Villar de Freitas
Vice-Presidente: Dra. Liana Berúcia Freire de Oliveira
Secretário: Dr. Dâmaso de Araújo Chacon
Tesoureiro: Dr. Edison Barreto de Souza
Diretora de Defesa Profissional: Dra. Nara Medeiros Cunha de Melo Cavalcanti
Diretora de Publicação: Dra. Sânzia Pereira Bezerra de Melo Rosado
Diretor Científico: Anísio Virgolino da Silva

Diretoria da SBACV Biênio 2016-17

Presidente: Dr. Ivanésio Merlo (RJ)
Vice-Presidente: Dr. Marcelo Rodrigo de Souza Moraes (SP)
Secretário-Geral: Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles (RJ)
Vice-Secretário: Dr. Manuel Julio José Cota Janeiro (RJ)
Tesoureiro-Geral: Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira (RJ)
Vice-Tesoureiro: Dr. Eraldo Arraes de Lavour (PE)
Diretor Científico: Dr. Roberto Sacilotto (SP)
Vice-Diretor Científico: Dr. Rossi Murilo da Silva (RJ)
Diretor de Publicações: Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)
Vice-Diretor de Publicações: Dr. Adamastor Humberto Pereira (RS)
Diretor de Patrimônio: Dr. Paulo Martins Toscano (PA)
Vice-Diretor de Patrimônio: Dr. Ronald José Ribeiro Fidelis (BA)
Diretor de Defesa Profissional: Dr. Francesco Evangelista Botelho (MG)
Vice-Diretor de Defesa Profissional: Dr. Antonio Carlos de Souza (DF)

Comissão Organizadora Nacional

Ivanésio Merlo – Presidente SBACV
Altino Ono Moraes – (PR)
Angelo Lobato Campos Tonussi – (MT)
Carlos Clementino dos Santos Peixoto – (RJ)
Carmelo Silveira Carneiro Leão Filho – (CE)
Daniel Mendes Pinto – (MG)
Fabiana Lo Presti Mendonça Rosas – (AM)
Felipe Coelho Neto – (DF)
Fernando Motta – (TO)
Frederico Araújo Oliveira – (GO)
Francisco Chavier Vieira Bandeira – (PB)
Gilberto do Nascimento Galego – (SC)
Guilherme Maldonado Filho – (MS)
Jorge de Paula Pessoa Seraphim – (PE)
Kelston Paulo Felice de Sales – (MA)
Marcelo Fernando Matielo – (SP)
Márcio Fernando Costa Medeiros – (AL)
Márcio Villar de Freitas – (RN)
Maurício Amorim Aquino – (BA)
Nilo Luis de Macedo Filho – (PI)
Reinaldo Sérgio Monteiro Franco – (PA)
Renan Roque Onzi – (RS)
Ronaldo Conforti Costa – (ES)
Wilson Antonio Barbosa Leão – (SE)

Comissão Organizadora Local – SBACV-RN

Edison Barreto de Souza – (RN)
Glenda Myriam de Souza Rocha – (RN)
Gutenberg do Amaral Gurgel – (RN)
Jânio Cipriano Rolim – (RN)
Liana Berúcia Freire de Oliveira – (RN)
Marcio Villar de Freitas – (RN)
Nara Medeiros Cunha de Melo Cavalcanti – (RN)

Presidentes de Honra

Anísio Virgolino da Silva – (RN)
Dâmaso de Araújo Chacon – (RN)
Jamil Varela Cardoso – (RN)

Comissão Executiva

Gutenberg do Amaral Gurgel- (RN) – Presidente do Congresso
Ivanésio Merlo – (RJ) – Presidente da SBACV
Márcio Villar de Freitas – (RN) – Presidente da Regional –RN – Tesoureiro do Congresso
Edison Barreto de Souza – (RN) – Secretário do Congresso
Roberto Sacilotto – (SP) – Presidente da comissão Científica

Comissão de Temas Livres

Adenauer Marinho de Oliveira Goes Júnior – (PA)
Adriana Ferraz de Vasconcelos – (PE)
Altino Ono Moraes – (PR)
Edison Barreto de Souza – (RN)
Fausto Miranda Jr – (SP)
Francisco Chavier Vieira Bandeira – (PB)
Gustavo Paludetto Oliveira – (DF)
Henrique Jorge Guedes – (SP)
Janio Cipriano Rolim – (RN)
Jorge de Paula Pessoa Seraphim – (PE)
José Maria Gomez Perez – (ES)
Liana Berúcia Freire de Oliveira – (RN)
Kelston Paulo Felice de Sales – (MA)
Marcelo Araújo – (BA) – Coordenador
Maurício Amorim Aquino – (BA)
Marcelo Fernando Matielo – (SP)
Marcelo Rodrigo de Souza Moraes – (SP)
Marcos Arêas Marques – (RJ)
Nara Medeiros Cunha de Melo Cavalcanti – (RN)
Paulo Roberto da Silva Lima – (PB)
Robson Barbosa de Miranda – (SP)
Rina Maria Pereira Porta – (SP)
Sidnei José Galego – (SP)
Walter Jr Boim de Araújo – (PR)

Comissão Científica

Roberto Sacilotto – (SP) – Presidente
Adalberto Pereira de Araújo – (RJ)
Adamastor Humberto Pereira – (RS)
Adenauer Marinho de Oliveira Goes Júnior – (PA)
Adnan Naser – (SP)
Adriana Ferraz de Vasconcelos – (PE)
Alexandre Maiera Anacleto – (SP)
Alberto Coimbra Duque – (RJ)
Altino Ono Moraes – (PR)
Álvaro Razuk Filho – (SP)
Ana Terezinha Guillaumon – (SP)
Anacleto Rodrigues de Carvalho – (PE)
André Valença Guimarães – (PE)
Antonio Augusto Barbosa de Menezes – (ES)
Armando de Carvalho Lobato – (SP)
Arno von Buettner Ristow – (RJ)
Bonno van Bellen – (SP)

Bruno Leonardo de Freitas Soares – (AL)
Calógero Presti – (SP)
Carlos Alberto Rover – (PR)
Carlos Clementino Peixoto – (RJ)
Carlos José de Brito (RJ)
Charles Esteves Pereira – (GO)
Carmen Lúcia Lascasas Porto- (RJ)
Charles Esteves Pereira – (GO)
Dino Fecci Colli Júnior – (SP)
Edison Barreto de Souza – (RN)
Edwaldo Edner Joviliano (SP)
Eliud Garcia Duart Junior (ES)
Erasmo Simão da Silva – (SP)
Elias Arcenio Neto – (PR)
Fabio Luiz Costa Pereira – (ES)
Fausto Miranda Jr – (SP)
Felipe Coelho Neto – (DF)
Francisco Chavier Vieira Bandeira – (PB)
Francisco Humberto de Abreu Maffei – (SP)
Glenda Myriam de Souza Rocha – (RN)
Gustavo Paludetto Oliveira – (DF)
Gutenberg do Amaral Gurgel – (RN)
Henrique Jorge Guedes Neto – (SP)
Igor Rafael Sincos – (SP)
Ivan Benaduce Casella – (SP)
Ivanésio Merlo – (RJ)
Jackson Silveira Caiafa (RJ)
Janio Cipriano Rolim – (RN)
João Luiz Sandri – (ES)
Jorge de Paula Pessoa Seraphim – (PE)
José Fernando Macedo – (PR)
José Luís Camarinha do Nascimento Silva – (RJ)
José Maria Gomez Perez (ES)
Julio Cesar Peclat de Oliveira – (RJ)
Liana Berúcia Freire de Oliveira – (RN)
Liberato Karaoglan de Moura – (BA)
Luis Francisco Machado Costa – (RS)
Kelston Paulo Felice de Sales – (MA)
Maurício Amorim Aquino – (BA)
Marcelo Araújo – (BA)
Marcelo Martins da Volta Ferreira – (RJ)
Marcelo Fenando Matielo – (SP)
Marcelo Ruettimann Liberato de Moura – (BA)
Marcelo Rodrigo de Souza Moraes – (SP)
Marcio Arruda Portilho – (RJ)
Márcio Villar de Freitas – (RN)
Marcos Arêas Marques – (RJ)
Marcos Rogério Covre – (MS)
Maria Elisabeth Rennó de Castro Santos – (MG)
Marília Duarte Brandão Panico – (RJ)
Nara Medeiros Cunha de Melo Cavalcanti – (RN)
Nelson de Luccia – (SP)
Nelson Wolosker – (SP)
Paulo Roberto da Silva Lima – (PB)
Paulo Roberto Mattos da Silveira – (RJ)
Pedro Pablo komlós – (RS)
Pierre Galvagni Silveira – (SC)
Renan Roque Onzi – (RS)
Rina Maria Pereira Porta – (SP)
Ricardo Aun – (SP)
Roberto Kasuo Miyake – (SP)
Roberto Teodoro Beck – (SC)
Robson Barbosa de Miranda – (SP)
Rodrigo Kikuchi – (PR)
Rossi Murilo da Silva – (RJ)
Samir Velleda Pacheco – (RS)
Sergio Silveira Leal de Meirelles (RJ)
Sidnei José Galego (SP)
Solange do Carmo Neto Gomes – (PE)
Túlio Pinho Navarro – (MG)
Vasco Lauria da Fonseca Filho – (RJ)
Walter Campos Jr – (SP)
Walter Jr Boim de Araújo – (PR)
Winston Bonetti Yoshida – (SP)

Corpo Editorial

EDITOR-CHEFE

Winston B. Yoshida (SP)

EDITORES HONORÁRIOS

Adib Salem Bouabci

Emil Burihan

Mário Degni

Rubens Carlos Mayall

Telmo Pedro Bonamigo

EDITORES ASSOCIADOS

Antonio Carlos Alves Simi (SP)

Bonno van Bellen (SP)

Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)

Fausto Miranda Junior (SP)

Francisco Humberto de Abreu Maffei (SP)

EDITORES ESPECIALIZADOS

Doenças Arteriais

Carlos José Monteiro de Brito (RJ)

Doenças Venosas

George Carchedi Luccas (SP)

Métodos Diagnósticos

Nostradamus Augusto Coelho (RJ)

Cirurgia Endovascular

Pedro Puech Leão (SP)

Cirurgia Experimental

Carlos Eli Piccinato (SP)

Pesquisa Clínica

Paulo Roberto Mattos da Silveira (RJ)

CONSULTORES

Estatística: Helio Miot (SP)

Texto e Inglês: Ricardo César Rocha Moreira (PR)

Redes Sociais: Marcos Areas Marques (RJ)

Conselho Editorial

Adamastor H. Pereira (RS), Alberto Coimbra Duque (RJ), Ana Terezinha Guillaumon (SP), André Marchiori (SP), Antonio J. Monteiro da Silva (RJ), Armando Lobato (SP), Arno Von Ristow (RJ), Bonno van Bellen (SP), Calógero Presti (SP), Carlos A. Engelhorn (PR), Carlos Chagas (RJ), Carlos José Monteiro de Brito (RJ), Cid Sitrângulo Jr. (SP), Edda Maria Bernardini (RJ), Edwaldo Joviliano (SP), Erasmo Simão da Silva (SP), Fabio Menezes (SP), Fausto Miranda Jr. (SP), Francisco Humberto de Abreu Maffei (SP), George Carchedi Luccas (SP), Hamilton A. Rollo (SP), Henrique Jorge Guedes Neto (SP), Henrique Murad (RJ), Ivanésio Merlo (RJ), Jackson Silveira Caiafa (RJ), João Luiz Sandri (ES), Jorge R. Ribas Timi (PR), Jose Aderval Aragão (SE), Jose Bitu Moreno (SP), José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ), Liberato Karaoglan de Moura (BA), Luiz Francisco Costa (RS), Marcelo Jose de Almeida (SP), Marcio Arruda Portilho (RJ), Marcio Leal de Meirelles (RJ), Marcone Lima Sobreira (SP), Maria Elisabeth Rennó de Castro Santos (MG), Marília Duarte Brandão Panico (RJ), Mauro de Andrade (SP), Nelson De Luccia (SP), Newton de Barros Jr. (SP), Nilo Izukawa (SP), Paulo Eduardo Ocke Reis (RJ), Paulo Kauffman (SP), Paulo Marcio Goulart Canongia (RJ), Paulo Roberto Mattos da Silveira (RJ), Pedro Pablo Komlós (RS), Pedro Puech-Leão (SP), Pierre Galvagni Silveira (SC), Regina Moura (SP), Ricardo Aun (SP), Ricardo César Rocha Moreira (PR), Roberto Augusto Caffaro (SP), Roberto Sacilotto (SP), Sérgio Meirelles (RJ), Sílvio Romero Marques (PE), Tulio Pinto Navarro (MG), Vanessa Prado Santos (BA).

Corpo Editorial de Consultores Internacionais

AMÉRICO DINIS DA GAMA – Lisboa, PORTUGAL

ANDREW NICOLAIDES – Nicósia, CHIPRE

CORRADINO CAMPISI – Gênova, ITÁLIA

DIDIER MELLIERE – Créteil, FRANÇA

EDOUARD KIEFFER – Paris, FRANÇA

ENRICO ASCHER – Nova Iorque, EUA

FRANCISCO VALDÉS – Santiago, CHILE

FRANK VEITH – Nova Iorque, EUA

GEOFFREY H. WHITE – Sidnei, AUSTRÁLIA

GREGORIO A. SICARD – St. Louis, EUA

GUSTAVO S. ODERICH – Rochester, EUA

HERBERT DARDIK – Englewood, USA

JACK COLLIN – Oxford, REINO UNIDO

JAN JANZEN, Berna, SUÍÇA

JOHN HALLETT – Bangor, EUA

JONATHAN D. BEARD – Sheffield, REINO UNIDO

JOSE M. CAPDEVILA MIRABET – Barcelona, ESPANHA

JOSEPH S. COSELLI – Houston, EUA

JUAN CARLOS PARODI – Buenos Aires, ARGENTINA

K.W. JOHNSTON – Toronto, CANADÁ

PANAGIOTIS P. E. BALAS – Atenas, GRÉCIA

PETER GLOVICZKI – Rochester, EUA

PETER R.F. BELL – Leicester, REINO UNIDO

PHILIP D. COLERIDGE SMITH – Londres, REINO UNIDO

RAMON BERGUER – Detroit, EUA

RAMON J. SEGURA IGLESIAS – La Coruña, ESPANHA

RALF KOLVENBACH – Dusseldorf, ALEMANHA

RAUL COIMBRA – San Diego, EUA

ROBERTO C.R. CHIESA – Milão, ITÁLIA

VINCENT RIAMBAU – Barcelona, ESPANHA

Diretoria Nacional SBACV

PRESIDENTE

Dr. Ivanésio Merlo (RJ)

VICE-PRESIDENTE

Dr. Marcelo Rodrigo de Souza Moraes (SP)

SECRETÁRIO GERAL

Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles (RJ)

VICE-SECRETÁRIO

Dr. Manuel Júlio José Cota Janeiro (RJ)

TESOUREIRO GERAL

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira (RJ)

VICE-TEOUREIRO

Dr. Eraldo Arraes de Lavor (PE)

DIRETOR CIENTÍFICO

Dr. Roberto Sacilotto (SP)

VICE-DIRETOR CIENTÍFICO

Dr. Rossi Murilo da Silva (RJ)

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)

VICE-DIRETOR DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

Dr. Adamastor Humberto Pereira (RS)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Dr. Paulo Martins Toscano (PA)

VICE-DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Dr. Ronald José Ribeiro Fidelis (BA)

DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

Dr. Francesco Evangelista Botelho (MG)

VICE-DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

Dr. Antonio Carlos de Souza (DF)

CONSELHO SUPERIOR

Antonio Carlos Alves Simi (SP)

Bonno Van Bellen (SP)

Calógero Presti (SP)

Carlos José Monteiro de Brito (RJ)

Francisco Humberto de Abreu Maffei (SP)

Guilherme Benjamin Brandao Pitta (AL)

José Fernando Macedo (PR)

José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ)

Liberato Karaoglan de Moura (BA)

Marcio Leal de Meirelles (RJ)

Maria Elisabeth Rennó de Castro Santos (MG)

Merisa Braga de Miguez Garrido (RJ)

Oswaldo Cilurzo (SP)

Pedro Pablo Komlós (RS)

Reinaldo José Gallo (RJ)

CONSELHO FISCAL

Titulares

Reginaldo Boppré (SC)

Clovis Altair Diehl (RS)

Aldo Lacerda Brasileiro (BA)

Suplentes:

Renan Roque Onzi (RS)

Guilherme Napp (RS)

Regis Fernando Angnes (RS)

CONSELHO DA ORDEM RENÉ FONTAINE

Bonno Van Bellen (SP)

Carlos José Monteiro Brito (RJ)

Francisco Humberto de Abreu Maffei (SP)

José Fernando Macedo (PR)

Liberato Karaoglan de Moura (BA)

Pedro Pablo Komlós (RS)

COMISSÃO DE ÉTICA

Indicados Pela Diretoria

Dr. Rubem Rino (SP)

Dr. Ricardo Cesar Rocha Moreira (PR)

Indicados Pelo Conselho Superior

Dr. José Fernando Macedo (PR)

Dr. Pedro Pablo Komlós (RS)

Dr. Reinaldo José Gallo (RJ)

CONSELHO CIENTÍFICO

Presidente da Diretoria Nacional - Dr. Ivanésio Merlo (RJ)

Diretor Científico da Diretoria Nacional - Dr. Roberto Sacilotto (SP)

Vice-Diretor Científico da Diretoria Nacional -

Dr. Rossi Murilo da Silva (RJ)

Dr. Adamastor Humberto Pereira (RS)

Dr. André Valença Guimarães (PE)

Dr. Armando de Carvalho Lobato (SP)

Dra. Carmen Lúcia Lascasas Porto (RJ)

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira (RJ)

Dr. Fausto Miranda Junior (SP)

Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)

Dr. Henrique Jorge Guedes Neto (SP)

Dr. João Luiz Sandri (ES)

Dr. José Fernando Macedo (PR)

Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ)

Dr. Marcelo Rodrigo de Souza Moraes (SP)

Dr. Marcio de Arruda Portilho (RJ)

Dr. Marcos Arêas Marques (RJ)

Dr. Marcos Rogério Covre (MS)

Dra. Maria Elisabeth Rennó de Castro Santos (MG)

Dra. Marília Duarte Brandão Panico (RJ)

Dr. Nelson de Luccia (SP)

Dr. Newton Roesch Aerts (RS)

Dr. Rossi Murilo da Silva (RJ)

COMISSÃO EXAMINADORA DOS CONCURSOS

Diretor Científico da Diretoria Nacional - Dr. Roberto Sacilotto (SP)

COMISSÃO EXAMINADORA PARA CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA VASCULAR

Coordenador: Dr. Fausto Miranda Júnior (SP)

Relator Secretário: Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)

Membros da Comissão: Dr. Marcelo Rodrigo de Souza Moraes (SP) e Dr. Nelson de Luccia (SP)

COMISSÃO EXAMINADORA PARA CONCURSO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA EM ANGIOLOGIA

Coordenador: Dra. Marília Duarte Brandão Panico (RJ)
Relator Secretário: Dr. Marcos Arêas Marques (RJ)
Membros da Comissão: Dr. Carmen Lucia Lascasas Porto (RJ)

COMISSÃO EXAMINADORA PARA CONCURSO DE OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Coordenador: Dr. Liberato Karaoglan de Moura (BA)
Relator Secretário: Dr. Adalberto Pereira de Araujo (RJ)
Membros da Comissão pela SBACV: Dr. Bernardo de Vasconcellos Massiere (RJ),
Dr. Claudio Yokoyama (SP), Dr. Tulio Pinho Navarro (MG) e Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho (RJ)

COMISSÃO EXAMINADORA PARA CONCURSO DE OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER

Coordenador: Dr. Adriano José de Souza (MG)
Relator Secretário: Dr. Marco Aurélio Grüdtner (RS)
Membros da Comissão pela SBACV: Drª. Alessandra Fois Câmara (RJ), Drª. Gina Mancini de Almeida (RJ),
Dr. Marcone Lima Sobreira (SP) e Dr. Marden Rodrigues Spindola (AL) e Dr. Igor Rafael Sincos (SP)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

DOENÇAS ARTERIAIS

Dr. Cláudio de Melo Jacques (ES), Dr. José Carlos Costa Baptista Silva (SP), Dr. Luiz Henrique Coelho (RJ), Dr. Paulo Kauffman (SP),
Dr. Roberto Teodoro Beck (SC) e Dr. Sergio Quilici Belczak (SP)

DOENÇAS VENOSAS

Dr. Adilson Ferraz Paschoa (SP), Dr. Guilherme Peralta Peçanha (RJ), Dr. Manuel Júlio José Cota Janeiro (RJ), Dr. Rodrigo Kikuchi (SP), Dr. Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro (RJ) e Dra. Solange Seguro Meyge Evangelista (MG)

DOENÇAS LINFÁTICAS

Dr. Antonio Carlos Dias Garcia Mayall (RJ), Dr. Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes (RJ), Dr. Henrique Jorge Guedes Neto (SP), Dr. Mauro Figueiredo Carvalho de Andrade (SP) e Dra. Solange do Carmo Neto Gomes (PE)

DOENÇAS VASCULARES DE ORIGEM MISTA

Dr. Felipe Francescutti Murad (RJ), Dr. José Luiz Orlando (SP), Dr. Raimundo Luiz Senra Barros (RJ) e Dr. Silvio Romero de Barros Marques (PE)

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NÃO INVASIVOS

Dra. Adriana Rodrigues Vasconcelos (RJ), Dr. Gilberto Gonçalves de Souza (RS), Dr. Gina Mancini de Almeida (RJ), Dr. Ivan Benaducce Casella (SP) e Dr. Marco Aurélio Grüdtner (RS)

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

Dr. Adalberto Pereira de Araújo (RJ), Dr. Adamastor Humberto Pereira (RS), Dr. Álvaro Razuk Filho (SP), Dr. Eugenio Carlos de Almeida Tinoco (RJ), Dr. Jose Dalmo de Araujo Filho (SP), Dr. Liberato Karaoglan de Moura (BA), Dr. Marcelo Martins da Volta Ferreira (RJ),
Dr. Marcus Humberto Tavares Gress (RJ) e Dr. Pedro Puech Leao (SP)

CIRURGIA EXPERIMENTAL, PESQUISA E MICROCIRCULAÇÃO

Dr. Abdo Farret Neto (RN), Dr. Fabio Hüsemann Menezes (SP), Dr. Francisco Chavier Vieira Bandeira (PB), Dr. José Marcelo Corassa (ES),
Dr. Mauri Luiz Comparin (MS) e Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis (RJ)

TRAUMA VASCULAR

Dr. Adenauer Marinho de Oliveira Goes Junior (PA), Dr. Alexandre Maiera Anacleto (SP), Dr. Ricardo Aun (SP) e Dra. Rina Maria Pereira Porta (SP) e Dra. Rita de Cássia Proviett Cury (RJ)

DOENÇAS VASCULARES COM COMPROMETIMENTO ESTÉTICO

Dr. Charles Esteves Pereira (GO), Dr. José Ben Hur Ferraz Parente (SP), Dr. Miguel Francischelli Neto (SP) e Dr. Roberto Kasuo Miyake (SP)

ACESSOS VASCULARES E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Dr. Fabio Linardi (SP), Dr. Hermógenes Petean Filho (RJ), Dr. Marcos Augusto de Araujo Ferreira (SP), Dr. Paulo Martins Toscano (PA) e Dr. Renan Roque Onzi (RS)

COMISSÕES e GRUPOS DE TRABALHO

COMISSÃO PARA PROGRESSÃO DE CATEGORIA DE ASSOCIADOS

Coordenador: Dr. Rossi Murilo da Silva (RJ)
Membros: Dr. Armando de Carvalho Lobato (SP), Dr. José Carlos Costa Baptista Silva (SP),
Dr. Marcos Areas Marques (RJ) e Dr. Nelson de Luccia (SP)

COMISSÃO DE DIRETRIZES

Coordenador: Dr. Calógero Presti (SP), Dr. André Echaime Valientsists Estenssoro (SP), Dr. Edwaldo Edner Joviliano (SP),
Dr. Fausto Miranda Junior. (SP) e Dr. Marcondes Antônio de Medeiros Figueiredo (MG)

COMISSÃO DE ESTATUTO, REGIMENTOS E REGULAMENTOS

Dr. Adnan Nesar (SP), Dr. Gilberto Ferreira de Abreu Junior (BA), Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN),
Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ) e Dr. Marcelo Calil Burihan (SP)

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE RESIDÊNCIAS E ESTÁGIOS

Dr. Adnan Nesar (SP), Dr. Antonio Augusto (ES), Dr. Antonio Carlos de Souza (DF), Dr. Bruno Morrisson (RJ),
Dr. Carlos Eduardo Virgini Magalhães (RJ), Dr. Cid José Sitrângulo Junior. (SP), Dr. Francesco Evangelista Botelho (MG),
Dr. Francisco Humberto de Abreu Maffei (SP), Dr. Marcelo Calil Burihan (SP), Dr. Roberto Augusto Caffaro (SP), e Dr. Silvestre Savino Neto (PA)

COMISSÃO PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO GLOBAL AO PÉ DIABÉTICO

Dr. Cícero Fidelis Lopes (BA), Dr. Eliud Garcia Duarte Junior (ES), Dr. Jackson Silveira Caiafa (RJ) e Dr. Nelson de Luccia (SP)

COMISSÃO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Coordenador: Dr. Fausto Miranda Junior (SP)

Membros: Dr. Adamastor Humberto Pereira (RS), Dr. Armando de Carvalho Lobato (SP), Dr. Arno Von Buettner Ristow (RJ), Dr. Calógero Presti (SP), Dr. Francisco Reis Bastos (MG), Dr. Jose Ben Hur Ferraz Parente (SP), Dr. Júlio Henrique Galelli Ferreira (RS) e Dr. Tulio Pinho Navarro (MG)

COMISSÃO DE HONORÁRIOS

Coordenador: Dr. Francesco Evangelista Botelho (MG)

Membros: Dr. Eraldo Arraes de Lavor (PE), Dr. João Augusto Bille (RJ), Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira (RJ), Dr. Marcelo Rodrigo de Souza Moraes (SP) e Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho (RJ)

COMISSÃO PARA INCORPORAÇÕES DE NOVAS TECNOLOGIAS

Coordenador: Dr. Antonio Carlos de Souza (DF)

Membros: Dr. Adalberto Pereira de Araujo (RJ), Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto (RJ), Dr. Dino Fecci Colli Junior (SP), Dr. Gustavo Braga Murta (MG), Dr. Manuel Júlio José Cota Janeiro (RJ), Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles (RJ)

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Coordenador: Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)

Membros: Dr. Aldo Lacerda Brasileiro (BA), Dr. Bruno de Lima Naves (MG), Dr. Carlos Enaldo de Araujo Pacheco (RJ), Dr. Paulo Martins Toscano (PA), e Dr. Rodrigo Kikuchi (SP)

COMISSÃO PARA O PROGRAMA DE ESTUDO DA TROMBOSE VENOSA

Membros: Dr. Ivan de Barros Godoy (SP), Dr. Joé Gonçalves Sestello (RJ),

Dr. Ney Abrantes Lucas (RJ), Dr. Paulo Ricardo Camilo de Vasconcelos (PE) e Dr. Ricardo de Alvarenga Yoshida (SP)

SUMÁRIO

42º CBACV - Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Índice de Autores dos Orais IX

ORAIS

Resumos S1

ÍNDICE DE AUTORES

A	pg.				
ABDALA N.	90	ANTUNES B.E.F.	79, 89, 91	BARROS O.C.	6, 7, 93
ABREU D.B.O.	71,86	AOYAMA R.N.	36	BASNIAK L.	72
ABREU G.C.G.	10, 13, 40, 57, 64, 79, 82, 83, 84, 87, 88, 90	APPOLÔNIO F.	30, 49, 57, 58, 70, 85	BASTOS A.F.	44, 94
ABREU H.	35, 36	AQUINO M.A.	15, 41, 71, 86	BASTOS A.M.P.A.	6
ABREU M.F.M.	10	ARAGÃO J.A.	29, 50, 52	BASTOS B.T.O.	65
ABREU M.F.M.	23, 38, 40, 57, 63, 83, 84, 87, 88	ARAÚJO A.A.S.	29, 50, 52	BASTOS M.C.	2, 86
ADABO M.Z.	40	ARAÚJO D.D.	55, 57	BASTOS M.L.S.	22
AERTS N.R.	10, 21, 23, 96	ARAÚJO FILHO J.S.	11, 13, 22, 41, 46, 69, 81, 86, 91	BASTOS P.S.	77
AGNE G.R.	10	ARAÚJO G.A.B.	92	BATISTA L.L.	49, 70, 85
AHMAD T.G.	93	ARAÚJO H.A.	20	BEDETI A.C.M.	28
ALBUQUERQUE A.V.	49	ARAÚJO I.V.D.	9, 49, 73	BEER F.	52
ALBUQUERQUE G.S.C.	8, 18, 87	ARAÚJO M.	17, 18, 20	BEGTSON K.L.	60
ALBUQUERQUE L.A.	45, 68	ARAÚJO M.E.F.	3, 14, 53, 65, 94	BELCZAK C.Q.	24, 33, 53, 62, 96
ALBUQUERQUE M.S.C.	22	ARAÚJO M.S.	18	BELCZAK S.Q.	28, 47, 89, 93
ALBUQUERQUE P.M.B.	50, 63, 76, 85	ARAÚJO P.P.V.	55	BELLEN B.V.	48
ALEDI L.B.	93	ARAÚJO S.P.	59	BELZACK S.Q.	24, 33, 53, 62, 96
ALENCAR C.R.P.	14, 46, 84	ARAÚJO S.T.	36	BENGTSON K.L.	60
ALENCAR I.C.	7, 8	ARAÚJO W.B.	23, 29	BERGAMINI A.K.D.	25, 56
ALENCAR M.J.C.	41, 71, 81, 86	ARAÚJO W.J.B.	45, 48	BERLATTO F.	81
ALFAIA J.L.	9	ARGENTA R.	31, 54, 58, 78	BERMEJO T.N.	87
ALFARO A.J.Y.	78	ARGOLO ML	85	BERNARDI F.F.	30, 67, 83, 92
ALIOTI M.	88	ARRUDA A.C.B.	61, 63, 91	BERNARDI W.H.	14, 24, 33, 53, 62, 96
ALMEIDA B.L.	26, 28, 42	ASSIS P.P.C.	48	BERNARDO J.G.	82
ALMEIDA B.M.	56	ATTIE G.A.	36	BERRIEL J.A.M.	74
ALMEIDA C.C.	30, 49, 57, 58, 70, 85	AUN R.	18	BERTANHA M.	22, 23, 45, 53, 69, 71, 75
ALMEIDA F.P.B.F.	1	AVILA R.B.	56	BETELI C.B.	26, 28, 42
ALMEIDA G.B.C.	4	AZEREDO G.C.	6, 11, 20, 21, 33, 34, 35, 43, 80, 82	BEZ L.G.	21, 95
ALMEIDA J.G.	3, 12	AZEVEDO L.G.	20, 24, 57, 68	BEZERRA F.M.P.	63
ALMEIDA K.C.A.	17, 18			BIAGIONI L.C.	6, 7, 39, 93
ALMEIDA L.C.	20, 24, 45, 46, 57, 59, 66, 68, 85, 90	B	pg.	BIAGIONI R.B.	6, 7, 39, 93
ALMEIDA L.R.	70	BACELAR A.C.C.	46, 91	BIANCHINI L.	43, 50
ALMEIDA L.T.	62, 87	BAJERSKI J.C.M.	43	BILMAN V.	38, 47, 92
ALMEIDA M.J.	46	BALBELA A.C.P.	7, 8	BILOBRAN A.S.	83
ALVES A.M.N.	60	BANDEIRA F.C.V.	37, 92	BISCARDI J.M.	81
ALVES C.A.S.	41, 71, 81, 86	BANDEIRA L.L.B.	1	BISCARO P.S.	6, 11, 21, 34, 35, 43, 80, 82
ALVES E.C.	49	BANDEIRA R.N.	1, 32, 37, 41	BLANCO D.H.	36
ALVES JUNIOR R.F.C.	39	BAPTISTA JUNIOR A.	7	BLOIS R.R.	28, 32, 59, 65, 69, 72
ALVES L.C.F.	41	BAPTISTA M.S.	61	BOCCALETTI M.C.	4
ALVES L.M.	69	BAPTISTELLA C.D.P.A.	79, 89, 91	BOLDO M.G.	15, 31, 57, 71, 75, 83, 87
ALVES L.M.S.	91	BARBERINO M.G.M.A.	81	BOLDO MG	87
ALVES R.F.	28, 32, 59, 65, 69, 72	BARBOSA JUNIOR L.V.	18, 31, 67	BOPPRÉ FLOR E.A.	68
AMARAL R.C.	19	BARBOSA L.S.P.	24, 46, 68	BOPPRÉ R.	68
AMATO A.C.M.	48	BARBOSA M.I.F.L.	8, 18, 87	BORGES A.M.G.	43
AMORIM FILHO D.S.	45, 66	BARCELAR F.S.	57	BORGES J.O.	71, 86
AMORIM H.F.	9, 87	BARISIC L.M.O.	41	BORGES JÚNIOR M.	73
AMORIM J.E.	29, 36, 56, 66	BARRETO J.L.W.	44	BORGES K.T.	43, 58, 80
ANACLETO A.M.	8, 78	BARRETO P.V.C.	57	BORGES M.A.	58
ANDRADE B.T.	26, 27, 40, 48, 55	BARRETO R.L.S.M.C.	4	BOSNARDO C.A.F.	7, 8, 13, 19, 81
ANDRADE C.G.S.	21, 62, 95	BARRETO T.L.D.	32	BOTELHO F.E.	21, 62, 95
ANDRADE D.C.	30, 55, 71	BARROCAS J.E.	5, 27	BOZOLLA M.A.	43
ANDRADE F.A.	5, 52	BARROS F.L.	95	BRAGA F.B.	47
ANDRADE F.N.	17, 25, 70	BARROS J.L.	95	BRAGA JUNIOR S.	19
ANDRADE G.H.V.	10	BARROS J.W.S.	16, 51, 54, 60, 70, 75	BRANDÃO A.M.	62
ANDRADE V.D.M.	63, 73	BARROS L.G.L.	95	BRANDÃO G.D.	7
ANDRETTA M.A.	18, 30	BARROS L.G.O.	92	BRANDAO M.E.S.	9
ANGELELI P.	75	BARROS M.G.F.	92	BRANDÃO N.A.	11
ANGELI B.	14, 53	BARROS M.V.L.	95	BRANDÃO S.C.	39
ANGELO B.Z.	6, 12, 30, 82, 84, 92, 96			BRANDÃO S.C.S.	58
ANJOS J.C.S.	10			BRASIL C.A.	22
				BRASIL E.A.	11, 13, 22, 46, 69, 86
				BRASIL I.B.V.	52

BRAVO F.H.	31, 67, 83, 92	CASTRO L.C.	12, 84	DE SOUZA I.C.	96
BRAZÓES F.A.S.	48	CATTO R.B.	10, 16, 19	DEL VALLE C.E.	54
BRENDOLAN L.F.	55, 71	CAVALCANTE F.T.	91	DELAZERI M.V.	18, 30, 31, 67
BRENO F.	70, 85	CAVALCANTE K.S.	12	DELMONTE N.F.	44, 50, 82
BRIGIDIO E.A.	6, 11, 20, 21, 33, 34, 35, 43, 80, 82	CAVALCANTE N.C.	54	DEMIER B.	38, 47, 92
BRINGHENTI T.	35, 96	CAVALCANTE S.F.A.	26, 28	DEMUNER M.S.	66
BRITO C.M.	12	CAVALCANTI D.E.T.	70	DENOBI M.M.	27
BRITO FILHO S.B.	26, 27, 37, 73, 88	CAVALIERE V.H.O.	76	DETONI C.T.	81
BRITO L.C.M.	47	CECHINATTO R.H.	54, 58	DEZOTTI N.R.A.	15, 55
BRITO M.V.H.	60	CERANTO R.M.	22	DIAS A.P.	6, 21
BROCHADO NETO F.C.	3, 61, 64, 79, 93	CETTOLIN Q.C.	13, 15, 22, 46, 86	DIAS F.M.P.	34
BROFMAN P.R.S.	81	CHACON A.C.M.	3, 61, 78	DIAS M.G.	95
BUCHATSKY D.	10, 16, 19	CHACON B.P.	14	DINAMARCO B.A.	12
BURIHAN M.C.	6, 7, 39, 93	CHAGAS NETO D.P.	73, 79	DINIZ J.C.S.	37, 55
BURIL G.	36	CHAHESTIAN C.	11	DINIZ K.F.A.	28, 32, 59, 65, 69, 72
C	pg.	CHALÁ F.	15, 71, 87	DINIZ L.T.	92
CACCIACARRO G.F.	78	CHARAMBA J.C.S.	30	DINIZ M.A.	33, 34, 65, 74, 78
CACIONE D.G.	29, 36, 56	CHAVES JUNIOR J.B.P.	52	DJALÓ A.C.N.N.	10, 14, 46, 84
CADORIN T.	50	CHEQUI M.T.M.	10, 16, 23, 24, 26, 38, 40, 57, 64, 77, 79, 80, 82, 83, 87, 88, 90	DOMINGES G.S.	57
CAFFARO R.A.	14, 24, 33, 62	CHERUBIM FILHO C.A.	9, 62	DOMINGUES N.P.	28, 47, 89
CAIAFA J.	5, 27	CHIO Y.H.P.	69	DORNELAS I.M.C.F.	92
CAIAFA J.S.	76	CHRISPIN A.C.G.	88	DORNELLES A.L.	93
CAMARA M.V.C.R.	36	CID L.C.	9	DUAILIBI T.O.	37, 74
CAMARGO JUNIOR O.	2, 10, 13, 16, 23, 24, 26, 36, 38, 40, 57, 63, 64, 79, 77, 79, 80, 82, 83, 84, 87, 88, 90	CIDADE T.M.R.	9	DURANS M.S.B.	37, 73, 88
CAMARGO P.A.B.	23, 40, 53	CIRINI J.H.	2, 13	DUTRA C.A.A.	14, 49, 90
CAMASSA NETO R.H.	7, 8	CISCADO JUNIOR J.G.	9, 41, 62, 87	DUTRA C.F.	15, 31, 57, 71, 83, 87
CAMASSA R.H.	78	COELHO A.A.S.	4, 5, 47, 67	E	pg.
CAMBOIM A.O.	32	COELHO NETO E.	50, 93	EMERENCIANO L.E.C.	19
CAMBRUSSI A.K.	29, 45	CONDE B.N.S.S.	12, 76, 77	ENGELHORN A.L.D.V.	49
CAMPACCI A.H.	24, 33	CORAL F.E.	49	ENGELHORN C.A.	49
CAMPOS C.P.	42	CORDEIRO M.C.	15	ERICEIRA M.A.L.	45, 68
CAMPOS G.G.	23	CORNÉLIO T.R.M.	61, 63	ERLING JR. N.	10, 23, 96
CAMPOS G.S.	22	CORRALO D.	31, 75, 87	ERZINGER FL.	29, 45, 48
CAMPOS J.R.M.	89	CORRÊA A.L.C.	18	ESPINDOLA D.L.P.	49
CAMPOS R.C.A.	26, 27, 73	CORRÊA E.M.	68	ESPINDOLA M.G.S.	90
CANÇADO G.H.G.M.	21, 62, 95	CORREA J.A.	32, 60, 61	ESTEVES F.P.	24, 79, 89
CANDIOTO C.A.	13	CORRÊA L.O.B.A.	58	EVANGELISTA M.S.	35, 71
CANGUÇU B.D.S.M.	20, 45, 46, 59, 66, 68, 90	CORRÊA M.P.	43, 50, 75	EWALD E.	14, 53, 74
CANTELLI F.M.	79	COSTA A.M.A.	75	F	pg.
CARDERELLI J.T.	44, 94	COSTA C.R.V.	23	FAGUNDES EB.	31, 38, 50, 63, 76, 82, 85
CARDOSO H.C.	20	COSTA G.H.R.	52	FAINA L.	5, 27
CARDOSO K.P.O.	3, 94	COSTA J.A.	12, 47	FARIA J.L.F.	7
CARDOSO M.C.M.	77	COSTA J.C.M.	73	FARIAS U.F.	17
CARDOSO S.S.	31, 71, 87	COSTA J.S.P.	21, 62, 95	FAVERO C.S.	21
CARMO L.G.R.	5, 27, 76	COSTA R.F.B.	51, 61, 68, 83, 94	FEDERICO R.	36, 40, 80, 83, 87
CARMO M.B.	48	COSTA R.R.	2, 8, 89	FEITOSA JUNIOR D.J.S.	60
CARMO R.C.	3, 12	CREPALDI E.M.	32	FELIPE A.F.S.	77
CARMO T.S.	65	CRHISPIN A.C.G.	2, 38, 57, 73, 84, 87, 88, 90	FERNADES M.A.	77
CARNEIRO F.C.F.	66	CRUZ A.C.	64	FERNANDES B.L.	23
CARON F.C.	29, 45, 81	CUNHA A.C.	16, 51, 54, 70, 75	FERNANDES FL.	76, 77
CARRIJO E.N.A.	29, 56	CUNHA C.F.	57	FERNANDES JUNIOR N.	83
CARVALHO A.T.Y.	20, 24, 45, 46, 57, 59, 66, 68, 85, 90	CUNHA C.H.	29	FERNANDES L.F.	12
CARVALHO B.V.P.	3, 61, 78, 79	CUNHA C.S.	28, 58	FERNANDES L.T.	3
CARVALHO C.E.R.	42	CUNHA R.P.D.	54	FERNANDES R.F.M.	60
CARVALHO E.A.	9, 73	CURTARELLI A.	23, 27, 40, 45, 51, 53, 69, 71, 75	FERNANDES S.J.M.	11
CARVALHO G.B.	91	CURY B.B.	38	FERNANDES S.O.	14, 49, 73
CARVALHO G.C.D.F.	71, 86	CURY M.V.M.	3, 61, 64, 79	FERNANDES W.R.M.A.	49, 58, 85
CARVALHO G.O.S.	17	CURY M.V.M.	61, 64, 79	FERNÁNDEZ M.M.	6, 16
CARVALHO H.N.Q.	51	D	pg.	FERRARI A.L.L.	23, 63, 88
CARVALHO L.C.N.	12	D'ÁVILA R.	79	FERRAZ P.A.	1
CARVALHO NETO C.A.	19, 34, 38, 63	DA CUNHA C.F.	55	FERRAZ P.A.L.	74
CARVALHO R.H.	13, 19	DA SILVA G.P.	90	FERREIRA C.C.	2, 8, 89
CARVALHO R.J.V.	25	DA SILVA V.P.	11	FERREIRA G.P.V.	23, 88
CASONATO M.	92	DALIO M.B.	15, 37	FERREIRA I.F.S.	71, 86
CASTELLI JÚNIOR V.	14, 24, 33, 53, 62, 96	DAMASCENA F.	53	FERREIRA J.M.A.	12
CASTELLI JUNIOR W.	24	DAMASIO F.M.R.A.	12	FERREIRA J.C.M.	64, 73
CASTRO A.A.	59	DAMIÃO J.H.F.	27	FERREIRA L.M.	60
CASTRO L.	92	DANIEL R.F.	77	FERREIRA N.G.T.	11, 15, 41
		DANTAS G.O.	55	FERREIRA S.R.C.	63
		DAYCHOUN M.	44	FERREIRA T.C.	26
		DE ANDRADE D.C.	96		

FERREIRA T.C.C.	79	GONÇALVES L.A.	63	KOPKE A.G.C.	62
FERREIRA T.T.	21, 55, 82	GONÇALVES S.C.	36	KOTZE L.R.	23
FERREIRA W.S.	4, 5, 67	GONDIM C.C.L.	32, 39	KRAFT G.	96
FERREIRA Z.M.C.C.	55	GONDIM L.F.O.	1	KRAFT G.M.	10, 21, 23
FERRERIA E.C.	11	GOUVÊA R.M.	25	KRIGER G.	10
FERRONATTO G.F.	4, 5, 30, 37, 84, 96	GRANATO R.R.	4, 5, 47, 67	KROHLING V.E.P.	51
FIDELIS C.	41, 81, 91	GRANELLA V.H.	71	KUDO EA.	2, 86
FIDÉLIS R.J.R.	13, 15, 22, 41, 46, 69, 81, 86	GRESS M.H.T.	76	KUHNEN J.O.	14, 53, 74
FIGUEIRA K.K.S.	30	GUBERT A.P.N.	82	KURTZ G.S.T.	43, 50, 75
FIGUEIRÊDO B.L.	34, 38, 63	GUEDES H.J.	29	KURUMOTO R.	36
FIGUEIREDO L.J.	59	GUEDES NETO H.J.	36, 56, 66	KUZNIEC S.	91
FIGUEIREDO M.A.M.	59	GUERRA N.M.	7, 8, 78		
FIGUEIREDO M.F.	59	GUERREIRO M.G.U.	51	L	pg.
FIGUEIREDO O.F.P.	1, 37, 41	GUILLAUMON A.T.	7, 8, 81	LACERDA A.F.	38
FIORANELI A.	79	GUIMARÃES A.	25	LACERDA C.	59
FLORES J.L.	66	GUIMARÃES A.M.	17	LADEIRA F.N.	48
FLUMIGNAN R.L.G.	29, 36, 56, 66	GUIMARÃES D.C.	9, 62, 88	LAGO J.M.	76
FONSECA FILHO V.L.	4	GUIMARÃES L.A.N.	52	LAIN V.V.	15, 31, 57, 71, 75, 83, 87
FONSECA J.L.T.	8, 89	GUIMARÃES L.C.	66	LAMY G.B.	32
FONSECA L.M.	74	GURGEL C.S.	14, 55, 90, 95	LANDIM N.G.	80
FONSECA M.M.	31, 42, 53, 54, 58, 78	GURGEL G.A.	9, 49, 73, 95	LAPEZAC R.K.	9, 62
FONTENELE C.T.M.	34, 35, 82			LAROCCA T.F.	81
FONTENELE R.A.	1, 65, 66	H	pg.	LEAL D.	38, 47, 92
FORTES R.	21, 62, 95	HADDAD A.P.K.	32, 60	LEAL G.A.	10, 96
FORTUNATO G.	20	HADDAD S.G.	52	LEANDRO M.N.	6, 16
FRAGOSO P.F.D.	4	HAFNER L.	46	LEÃO A.F.	77
FRANCA C.M.	20, 33	HAMILTON N.N.	1	LEÃO R.J.	16
FRANÇA F.M.P.	87	HARA F.T.S.L.	9, 77	LEÃO S.E.G.	69
FRANÇA J.E.R.	48	HAYDU G.C.	69	LEE J.	66
FRANCISCHELLI NETO M.	13, 19	HECK R.	31, 75, 83, 87	LEITÃO L.	35, 36
FREGUGLIA L.F.	28, 58	HELENE R.	83	LEITÃO-BATISTA L.	59
FREITAS B.P.	56	HOSHINO K.	56	LEITE A.M.	62
FREITAS C.D.	75	HUBNER F.S.	13, 19	LEITE C.O.N.	37
FREITAS FILHO O.	1	HUK A.S.	7, 8, 50, 78	LEITE FILHO G.A.A.	61
FREITAS J.G.G.	20			LEITE G.S.	19, 38, 63
FREITAS L.H.L.	26, 27, 76	I	pg.	LEITE LIMA M.A.	1, 11
FREITAS R.F.	28	IBIAPINO M.K.	18	LEITE P.H.C.M.	22, 63, 91
FREITAS T.D.	51	INGRUND J.C.	6, 7, 39, 93	LEMBRANÇA L.	79, 89, 91
FREITAS V.M.	9	INOGLUTI R.	7, 93	LEMO JUNIOR A.N.	17, 25, 56, 91
FRIAS NETO C.A.S.	37, 73	IORIO L.J.	9, 77	LEMO P.C.	70, 85
FROTA FILHO D.	21	ISSA M.C.F.	15, 19	LEMO S.D.	17, 25, 56, 91
FULGIAMI A.Y.	79	IVO C.S.	3	LENZI L.P.	31, 67
FURTADO J.	35	IWAMOTO B.M.	23	LICHTENFELS E.	10, 23, 96
G	pg.	IYAMOTTO M.	96	LIMA A.A.S.	49, 88
GABRIEL S.A.	42	IZUKAWA N.M.	26, 28, 42	LIMA C.A.	10, 16, 19
GAIOTTO F.A.	1			LIMA C.E.F.	2, 80
GALEGO S.J.	32, 60	J	pg.	LIMA E.C.	16, 51
GALHARDO A.	89	JACKES C.M.	11	LIMA FILHO A.V.	16, 51, 54, 60, 75
GALVÃO A.F.O.	14	JACOME D.C.	52	LIMA JÚNIOR R.C.	40
GARDENGHI L.A.	41, 74	JALDIN R.G.	22, 32, 39, 75	LIMA M.R.F.	10
GASPARINI A.F.	48	JATAI' J.A.	55	LIMA N.G.B.	51
GASPERIN G.	21	JATENE F.B.	1	LIMA P.R.S.	22, 32, 37, 39, 52
GEIGER M.A.	46	JESUS R.M.	28, 47, 89	LIMA T.L.	27
GERMANI NETO J.	9, 62, 87	JORDÃO I.A.	48	LIMA T.N.	91
GIBIN R.	51, 53	JOVILIANO E.E.	11, 15, 19, 37, 41, 42, 46, 55, 74	LINARDI F.	12, 47
GIBIN R.J.	40	JOVILIANO R.D.	42	LINS E.	35, 36
GODOY J.M.P.	24, 33, 53, 62, 96	JR A.M.O.G.	94	LINS E.M.	16, 30, 49, 51, 54, 57, 58, 60, 70, 75, 85
GOÉS JUNIOR A.M.O.	35, 40			LIRA N.R.T.	8, 18, 87
GOLIN A.R.	36, 64	K	pg.	LONGHI J.A.	78
GOMES C.A.P.	20, 24, 45, 46, 57, 66, 90	KAESTNER P.M.M.	14, 53, 74	LOPES C.F.	13, 22, 69, 86
GOMES C.F.A.	31, 38, 63	KAMADA D.M.	48	LOPES EL.	16, 24
GOMES CAP	85	KAMBARA A.M.	26, 28, 42	LOPES M.	96
GOMES FR.	82	KARAKHANIAN W.K.	14, 24	LOPES P.M.	31, 38, 44, 50, 76, 82, 85
GOMES JÚNIOR S.V.	75	KAUFMANN O.G.	18	LOPES V.H.G.	39
GOMES NETO D.S.	51, 61, 68, 83, 94	KIGER G.	16	LOPEZ G.E.	2, 8, 89
GOMES T.C.	17, 25, 70	KLEINSORGE G.H.D.	33, 34	LORENZO M.	12
GOMES V.M.S.	1, 5, 22, 41, 42, 52, 65, 66	KOBAYASHI A.R.	30	LOUREDO R.S.M.	43, 58, 80
GOMES W.C.	62	KOBAYASI M.A.M.R.	32	LOUREIRO E.V.S.	4, 5, 47, 67
GONÇALVES B.D.	35, 94	KOHL R.	93	LOURENÇÃO P.L.T.A.	32
GONÇALVES B.M.	40			LOURENÇO H.K.	53, 74
GONÇALVES J.	93			LOURENÇON R.A.V.	79
GONÇALVES JUNIOR A.M.	6, 16			LOZZO B.P.	21, 30, 84

LUCAS M.L.	10, 21, 23	MENDES C.A.	91	NASCIMENTO D.D.F.	2, 80
LUCCHESI F.A.	21	MENDES FILHO S.	36	NASCIMENTO D.V.	52
LUCENA B.	35	MENDES G.S.	43	NASCIMENTO G.T.	93
LUCENA G.L.F.	61	MENDES J.R.B.	22	NASCIMENTO J.F.	17, 18
LUCIO FILHO C.E.P.	22	MENDES M.V.G.	45, 68	NASCIMENTO J.F.B.	17, 25, 70, 80
LUDUVICE F.M.	15	MENDONÇA C.T.	27	NASCIMENTO M.C.	25, 39
LUNA M.A.	91	MENDONÇA L.R.	9, 62, 87	NASCIMENTO P.C.	2, 13, 16, 24, 36, 40, 57, 63, 77, 79, 80, 82, 83, 84, 88, 90
LUTTERBACH A.C.T.M.	60	MENDONÇA S.A.	53	NASSAR FILHO A.	34, 35
LUZ A.R.	3	MENEGAT E.	21	NASSER F.	6, 7, 39, 93
LUZ A.V.T.	48	MENEZES FILHO P.	68	NAVARRO T.P.	3, 12, 25
LUZ L.L.	92	MENEZES L.H.S.	87	NAVES B.L.	3
LUZ Y.S.	22	MESQUITA R.C.S.	6, 11, 21, 34, 35, 43, 80, 82	NESEI M.A.T.	54, 58
LYRA F.	36	METZGER P.B.	46	NETTO M.C.P.F.	4, 5, 47, 67
M		MICHAELIS T.	18, 67	NETTO M.S.	94
	pg.	MICHAELIS W.	18, 30, 31, 67, 83, 92	NEVES B.S.	2
MACEDO F.R.C.	85	MIGUEL M.T.	18, 67, 83	NEVES C.A.P.	90
MACEDO V.S.O.	51, 61, 68, 83, 94	MILLIAN F.	20	NEVES C.R.	31, 38, 63, 76, 85
MACHADO J.R.M.	61, 63	MIQUELIN D.G.	29, 46, 62	NEVES G.C.S.	4, 5, 21, 35, 37, 54, 55, 71, 81, 82, 96
MACHADO R.M.	37, 81, 84, 96	MIRANDA B.A.	22	NEVES O.M.G.	29, 50, 52
MACIEL R.E.M.	80	MIRANDA D.P.M.	27	NISHIYAMA M.P.	12
MAGALHÃES C.B.S.	9, 77	MIRANDA F.G.G.	50	NOEL R.S.	43, 75
MAGALHÃES L.R.O.	10, 19, 34, 38, 63	MIRANDA G.C.	6	NOGUEIRA A.M.	77
MAIA A.L.	30	MIRANDA J.A.N.S.	52	NOGUEIRA M.R.S.	63
MALACARNE G.D.	50, 75	MIRANDA JUNIOR E.	39	NOGUEIRA R.D.	32
MANDINGA W.B.	49	MIRANDA R.L.S.	36	NOVAES A.E.M.	41
MANGOLINI J.P.	13	MIRANDA RMS	85	NOVAES G.S.	24, 89
MANZONI R.	78	MIYAMOTTO M.	6, 4, 12, 21, 30, 35, 37, 55, 71, 81, 82, 84, 92, 96	NUNES B.F.	14, 74
MARAFON F.C.	43, 50	MODENESI C.	11	NUNES C.E.S.	29, 50
MARCOLIM L.M.	42	MOITA A.	35	NUNES J.T.	44
MARCONDES G.B.	29	MONTEIRO A.F.G.	72	NUNES M.E.A.	70
MARCUSSO G.S.	84, 96	MONTEIRO C.M.	1	NUNES M.P.S.F.	65
MARDEGAN C.	12	MORAD J.F.M.	47	NUNES P.S.	29, 50, 52
MARINHO A.C.O.	2, 8, 89	MORAES C.A.	14, 90	NUNES Q.P.	6, 16
MARINHO D.F.S.	30, 49, 57, 58, 70, 85	MORAES E.V.	69	NUNES S.A.	95
MARINS E.	93	MORAES F.V.D.	11	O	
MARIUBA J.V.O.	40	MORAES JUNIOR A.R.	6, 11, 21, 34, 35, 43, 80, 82		pg.
MAROUN J.J.	31, 63, 50, 76, 85	MORAES NETO F.A.	50, 75	ODA J.M.M.	42
MARQUES A.F.N.	48	MORAES R.D.S.	14, 35, 36, 32, 55	OKABE C.M.	30, 37
MARQUES E.W.G.	76	MORAIS F.R.	32	OLIVEIRA C.C.A.L.	52
MARQUES F.A.L.	62	MORALES M.M.	8, 78	OLIVEIRA C.H.	29, 32
MARQUES S.P.R.	57, 77, 80	MOREIRA B.D.	4, 71, 96	OLIVEIRA D.A.C.	28, 58
MARTINI M.P.	57	MOREIRA E.S.	5, 4, 47, 67	OLIVEIRA E.R.R.S.	22
MARTINS B.B.	76, 88	MOREIRA G.M.M.	51	OLIVEIRA F.A.C.	12, 76, 77
MARTINS E.N.	18	MOREIRA J.V.	10, 19, 34, 63	OLIVEIRA E.J.M.	31, 54, 58, 78
MARTINS H.Z.	48	MOREIRA M.H.F.	45	OLIVEIRA F.P.	72
MARTINS I.M.	31, 38, 63, 76, 85	MOREIRA NETO A.A.	90	OLIVEIRA FILHO J.A.	76, 88
MARTINS J.	53, 74	MOREIRA R.C.R.	4, 5, 12, 30, 37, 54, 55, 92	OLIVEIRA H.B.	23
MARTINS R.C.	20	MOREIRA R.W.C.	9	OLIVEIRA I.B.	2
MARTINS Y.L.D.	37, 92	MORIMITSU A.	32, 39	OLIVEIRA J.V.L.	19, 37
MASSIÈRE B.	38, 47, 92	MORIYA T.	42	OLIVEIRA J.V.P.	26, 27, 64
MATHIAS U.U.M.	51, 61, 68, 83, 94	MORREALE S.	60	OLIVEIRA JUNIOR J.	6, 21, 35, 43, 80, 82
MATIELO M.F.	3, 61, 64, 79	MOTA C.G.G.	17, 25, 70	OLIVEIRA M.B.	21, 28, 32, 59, 62, 65, 69, 72, 95
MATOS J.G.V.	77	MOTA R.S.	11, 13, 46, 59	OLIVEIRA M.H.B.	35, 40, 60, 85, 86, 94
MAZZEO A.	18	MOURA A.O.	76	OLIVEIRA M.J.C.	3, 94
MAZZINI E.A.	1, 74	MOURA C.A.G.G.	57	OLIVEIRA M.M.B.	48
MAZZONI C.A.	48	MOURA F.C.	69	OLIVEIRA NETO V.B.	73, 76
MEDEIROS D.L.	1	MOURA G.L.C.	5	OLIVEIRA R.	90
MEDRONHA E.	58	MOURA R.	45, 53, 71	OLIVEIRA R.A.	24, 45, 59, 66, 68
MEIRA K.B.M.	32	MOURA S.P.	51	OLIVEIRA R.G.	50
MELANI A.R.A.	12, 35, 37	MUNDIN R.N.	22	OLIVEIRA R.T.	74
MELO A.P.F.	1	MUNHOZ M.M.	47	OLIVEIRA T.	17, 29, 25, 70
MELO B.M.	16	MUSSE P.I.P.	80	ORDINOLA A.A.M.	48
MELO B.M.	51, 54, 60, 70, 75	N			pg.
MELO D.L.	4, 5, 47, 67		pg.		
MELO G.	9, 49, 73	NABESHIMA R.Y.	36	PAES M.S.	71, 86
MELO I.S.G.	24, 73	NAGAO M.K.	29	PAIVA A.L.	58
MELO L.C.	41	NAHAS E.A.P.	75	PAIVA J.V.E.	66
MELO L.O.S.	6, 16	NAKANO L.C.	29, 36, 66	PAIVA P.F.	41
MELO L.S.B.S.T.	64	NAKANO L.C.U.	56		
MELO R.A.	5, 27, 76	NASCIMENTO A.	89		
MELO V.N.S.	15	NASCIMENTO A.L.A.	79		
MELO V.S.C.	5				
MELONIO C.E.C.	26, 27, 64, 73				

		R	pg.	S	pg.
PAIVA V.W.			9, 77		
PAIXÃO D.R.M.I.			4		
PANAZZOLO G.			36		
PANÇAN B.F.			7, 8, 78		
PAOLUCCI L.B.			34, 65, 74, 78		
PARENTE T.S.			96		
PARK J.			24, 89		
PASSOS T.U.			91		
PASTANA L.B.			9, 77		
PATRICIO NETO A.E.			43		
PATURY S.S.			69, 86		
PAULA B.H.A.			22		
PAULA M.S.			28, 47, 89		
PAULA R.D.			48		
PAULA V.P.			18		
PAULUCCI L.B.			33		
PAVAN A.C.B.			69		
PECEGO C.S.			64		
PÊGO FERNANDES P.M.			1		
PEREIRA A.A.			43, 80		
PEREIRA A.F.V.			69		
PEREIRA A.H.			59		
PEREIRA C.N.			14, 53		
PEREIRA E.M.			2, 13		
PEREIRA L.A.			32, 60		
PEREIRA M.T.G.			19		
PEREIRA P.C.			43, 50, 75		
PEREIRA T.C.A.			56		
PERETTI N.			10, 13, 16, 23, 24, 26, 36, 38, 73, 77, 79, 84, 88		
PEREZ L.C.R.			20, 33		
PEREZ S.T.			20, 33		
PERRONE R.T.			44, 94		
PERSEGUM A.B.			10, 36, 63		
PESSOA B.			82		
PESSONI H.C.			38		
PESSUTTI B.U.			56		
PETEAN FILHO H.			44		
PFANNES C.C.B.			33, 34, 65, 74, 78		
PICCINATO C.			42		
PICCININI L.B.			44, 94		
PIMENTA R.E.F.			23, 71		
PIMENTEL L.L.			92		
PIMPÃO A.H.P.			30		
PINHAL M.A.S.			61		
PINHEIRO L.G.S.			55		
PINHEIRO S.P.			68, 94		
PINTO C.R.R.			63		
PINTO C.S.			31, 83		
PINTO D.M.			34, 65, 74, 78		
PINTO D.S.R.			26, 27, 40, 48, 55		
PINTO L.M.C.			2, 8, 89		
PINTO W.O.D.			42		
PIRES A.C.			6, 16		
PIRES G.B.B.			28, 47, 89		
PIRES G.L.O.			16, 51, 54, 60, 70, 75		
PITTA G.B.			59		
PITTA G.B.B.			3, 88, 94		
POLTRONIERI L.R.			31, 42, 53, 54, 58, 78		
PONGILUPPI R.			75		
PONTES D.G.			66, 72		
PORTO A.O.			39		
PORTO C.L.L.			31, 38, 44, 82		
POSTAL G.P.			64, 73		
PRETTE JUNIOR P.R.			50, 63, 76, 82, 85		
PROCÓPIO R.J.			3, 12, 25		
PUGINA J.			93		
Q			pg.		
QUEIROGA H.C.			52		
QUEIROZ A.B.			11, 13, 22, 41, 46, 69, 81, 86		
RADAELI G.R.			93		
RAMALLI JUNIOR E.L.			15, 19, 41, 55, 74		
RAMOS D.V.			24, 85		
RAMOS K.P.P.			29		
RAMOS R.N.			53, 62, 96		
RAMOS V.P.			26, 27, 45, 64, 68, 73, 76, 88		
RAYMUNDO C.L.			6, 12, 81, 96		
RAYMUNDO S.R.O.			29, 46, 62		
RAZUK FILHO A.			14, 24, 79, 89		
REBELATTO C.L.K.			81		
REBELLO D.M.			65		
REBOLHO E.C.			6, 35, 81		
REGERT R.			10, 23, 96		
RÊGO L.R.			95		
REGO M.A.			31, 78		
REIS G.C.F.			58		
REIS J.M.C.			2, 60, 85, 86,		
REIS L.F.			62		
REIS NETO F.			62		
REIS R.			5, 27		
REZENDE C.P.			10, 16		
REZENDE JÚNIOR D.S.			43, 58, 80		
REZENDE L.R.			47		
RHODEN T.B.			93		
RIBAS B.M.			4, 6		
RIBEIRO A.			20, 45, 46, 66, 68		
RIBEIRO F.M.			81		
RIBEIRO G.			71		
RIBEIRO J.M.			65		
RIBEIRO J.M.S.			1		
RIBEIRO M.S.			11, 15, 19, 37, 41, 42, 55		
RIBEIRO R.N.			31, 42, 53, 78		
RIBEIRO R.V.G.			91		
RIGUETTI-PINTO C.R.			31, 38, 44, 50, 76, 82, 85		
RIGUETTI-PINTO E.R.			44, 50, 82		
RIJO M.V.P.			42, 53		
RIOS R.P.			26		
RISTOW A.			38, 47, 92		
RIZERIO R.L.			64		
ROCHA A.K.L.			65		
ROCHA C.N.			79		
ROCHA C.R.O.			60		
ROCHA F.E.S.			48, 55		
ROCHA I.R.O.			60, 85, 86		
ROCHA J.K.S.L.			63		
ROCHA L.C.F.S.			28, 32, 59, 65, 69, 72,		
ROCHA L.P.			6, 35, 81		
ROCHA M.G.			17, 25, 56, 91		
RODOVALHO L.F.F.			16, 51, 54, 60, 70, 75		
RODRIGUES E.M.S.			60		
RODRIGUES P.G.R.			88		
RODRIGUES R.M.			30		
RODRIGUES T.O.			26, 28		
RODRIGUES V.A.C.			8, 18, 87		
RODRIGUES-MACHADO M.G.			65		
ROLDI M.S.			92		
ROLIM J.C.			51		
ROLIM L.A.D.M.M.			51		
ROLIM N.R.F.			2, 80		
ROLLO H.A.			39		
ROMITI M.			93		
ROSA F.D.			32, 75		
ROSCHER T.G.			51, 61		
ROSO A.C.B.			9, 77		
ROSSETTI L.P.			81		
ROSSI F.H.			26, 28, 42		
ROSSI L.B.			52		
ROSSI M.F.			23, 96		
ROSSONI B.P.			19, 55, 74		
RUSSEFF G.J.S.			29		
SÁ I.C.C.			5		
SÁ M.F.M.			79		
SACILOTTO R.			3, 61, 64, 78, 79		
SAKAMOTO P.Y.			13		
SALAH B.			28		
SALEH J.N.			75		
SALEH J.N.S.			43		
SALES F.T.			81		
SALES K.P.F.			37, 45		
SALES M.C.			21		
SALIBA JUNIOR O.A.			39		
SALIBA L.F.			6, 12, 21, 30, 35, 82, 92, 96		
SALLES A.G.			12		
SALLES-CUNHA S.X.			3, 49, 94, 65		
SANCHES B.A.C.			32		
SANCHES S.M.V.			15		
SANCHES T.R.A.			66		
SANCHES V.C.			13, 24, 26, 36, 64, 77, 82		
SANCHES V.C.D.			40, 80, 83, 87, 90		
SANDRI J.L.			11		
SANGUINETTE JUNIOR J.			28, 58		
SANTAROSA M.B.			11, 37, 74		
SANTIAGO G.C.			21		
SANTINI P.H.B.			79, 89, 91		
SANTOS A.B.F.S.			72		
SANTOS A.J.			24, 45, 46, 66, 85, 90		
SANTOS EL.			95		
SANTOS FILHO A.L.			18, 30, 31, 67, 83, 92,		
SANTOS FILHO P.C.M.			59, 90		
SANTOS J.R.S.			12		
SANTOS JUNIOR C.R.			11		
SANTOS JÚNIOR J.R.B.			22		
SANTOS M.E.R.C.			28, 58		
SANTOS M.S.			28, 47, 89		
SANTOS N.J.N.			66		
SANTOS N.L.			9		
SANTOS P.M.			60		
SANTOS R.B.			57		
SANTOS R.C.			13, 15, 86		
SANTOS R.F.F.N.			49, 88		
SANTOS R.P.			4		
SANTOS RB.			85		
SANTOS T.J.S.			8, 18, 46, 87		
SANTOS T.S.			1		
SANTOS T.V.			45, 68		
SANTOS V.P.			41, 81		
SANVIDO L.V.			55		
SAPUCAIA R.L.P.C.B.			51, 61		
SARDENBERG J.P.			2, 8, 89		
SATO D.Y.			29		
SCHINKO E.B.			93		
SCHMELZER B.			92		
SCHREINER C.A.			11, 19, 55, 74		
SCUDELLER P.G.			1		
SECONDO M.			51		
SEGUNDO F.A.S.			1		
SEGURA L.F.			90		
SEGURO E.F.			30, 83, 92		
SEIDEL A.C.			53		
SEMBENELLI M.			51, 75		
SENA I.M.			61, 63		
SENEGAGLIA A.C.			81		
SENNÁ R.O.			69		
SERAPHIM J.P.P.			14, 84		
SILVA A.B.			44		
SILVA A.K.M.			22		
SILVA A.M.			22, 61, 63, 91		
SILVA A.N.			88		
SILVA A.P.			10, 14, 19, 34, 46, 63, 84		
SILVA A.P.P.			33, 34, 65, 74, 78		
SILVA A.R.			43, 58		
SILVA B.L.P.			26, 27, 37, 45, 64, 68, 73, 76, 88		

SILVA B.M.L.	51, 68, 94	SORDI A.E.	14, 74	VASCONCELOS A.	35
SILVA C.N.P.	11	SOTOLANI F.A.	28	VASCONCELOS B.G.	68
SILVA C.R.S.	2	SOUZA A.C.G.	39	VASCONCELOS F.L.	8, 87
SILVA D.F.F.	29	SOUZA A.G.M.R.	26, 28	VASCONCELOS FILHO J.O.M.	59
SILVA D.F.T.	20, 33	SOUZA E.C.	17, 25, 70	VASCONCELOS L.A.R.	59
SILVA D.S.	11, 46	SOUZA E.M.N.	86	VASCONCELOS P.R.C.	38, 60
SILVA E.W.G.M.	5, 27	SOUZA A.J.	3	VASCONCELOS V.T.	66
SILVA F.H.P.	39	SOUZA B.O.	14	VEIGA D.W.S.	36
SILVA G.L.	62	SOUZA C.S.	1, 5, 22, 41, 42, 52, 65, 66	VELASCO F.C.G.	20
SILVA G.P.	14	SOUZA E.B.	9, 49, 73	VELOZA M.C.	20, 33
SILVA G.S.	2, 13, 23, 26, 38, 63, 73, 77, 80, 82, 84, 88	SOUZA G.C.	31, 54, 58, 78	VENTURA M.R.	20, 33
		SOUZA I.C.	4, 55, 84	VÉRAS FILHO L.B.	10
SILVA G.S.A.	65	SOUZA L.A.	3	VERGARA R.M.	12
SILVA I.M.R.	2, 80	SOUZA M.F.M.F.	3	VESCOVI A.	38, 47, 92
SILVA J.A.C.	1, 5, 22, 41, 42, 52, 65, 66	SOUZA R.P.A.	30, 58	VETTER H.A.	55
SILVA J.E.	51	SOUZA-LEÃO A.R.	59	VIANA NETO R.E.	37, 64, 73
SILVA J.R.	50, 75			VIARENGO G.	2, 10, 13, 16, 24, 26, 36, 40, 63, 64, 77, 80, 82, 83, 88, 90
SILVA JUNIOR O.F.	1, 41	T	pg.	VIDERES FILHO A.S.	91
SILVA K.Q.	64	TAKATA V.C.	5	VIÉGAS L.A.D.	52
SILVA L.C.	42	TAKEMOTO D.	19	VIEIRA A.N.	26, 27, 40
SILVA L.E.A.	11, 45, 74	TANAKA C.M.	3, 61, 64, 78, 79	VIEIRA B.F.	76
SILVA L.F.	14, 74	TARDIVO J.P.	61	VIEIRA C.B.	26, 27, 37, 64, 73
SILVA L.F.B.	54	TAVARES A.C.F.R.	54	VIEIRA M.S.	42, 53
SILVA L.G.	49	TAVARES I.S.	6, 16	VIEIRA NETO S.D.	65
SILVA L.L.	66	TAVARES L.N.	51	VIEIRA R.M.	87
SILVA L.M.F.	2, 8, 89	TEIVELIS M.P.	79, 89, 91	VILELA S.P.	8, 18
SILVA L.O.R.	47	TEIXEIRA B.S.R.S.	28, 47, 89	VIVAS P.M.	38, 47, 92
SILVA L.P.C.	71	TEIXEIRA E.G.R.M.	95		
SILVA M.A.M.	24, 33, 96	TEIXEIRA B.S.R.S.	93	W	pg.
SILVA M.J.	79, 89	TELLES G.J.P.	24, 89	WARZOCHA V.N.M.	12, 76, 77
SILVA M.M.Q.	25	TEODORO C.	45	WOLFF L.	45
SILVA M.W.L.A.	42	TERRA FILHO M.	1	WOLOSKER N.	18, 79, 89, 91
SILVA N.A.C.	28, 47, 89	TERRA S.A.	32		
SILVA NETO A.F.	9, 77	TERRES D.M.	15, 31, 57, 71, 83, 87	Y	pg.
SILVA Q.F.	30, 58, 70	TIMI J.R.R.	23, 29, 81	YAMAKAMI T.L.O.	19, 41
SILVA R.B.	7, 8, 78	TINOCO A.C.A.	44, 94	YASOJIMA E.Y.	60
SILVA S.A.	54	TINÓCO R.K.O.	95	YOKOYAMA R.A.	18, 30, 67, 92
SILVA S.C.R.	43, 58, 80	TODESCHINI A.C.	11, 21, 43, 80	YOSHIDA R.A.	32, 45, 71
SILVA T.S.	65	TOLEDO B.C.	76, 77	YOSHIDA W.B.	22, 32, 40, 45, 53, 69, 71
SILVA V.A.F.	8	TOMAZ A.M.	93	YOSHIKO F.M.	41
SILVA V.D.	54	TORRES E.B.	95		
SILVA V.P.	1	TRAINOTTI G.O.	40	Z	pg.
SILVA W.P.	74	TRAJANO A.D.	61	ZACARIAS S.P.A.	48
SILVEIRA G.M.O.K.	52	TRENTIN B.C.	28, 32, 59, 65, 69, 72	ZAMPIERI E.H.S.	11, 15, 37, 55
SILVEIRA L.D.F.	77	TRENTIN C.	37	ZAMPOLLI P.R.P.	13
SILVEIRA S.R.	15, 18, 87	TRIGUEIRO G.C.	39	ZASTROW J.B.	27
SILVESTRE S.S.R.	8	TRINCADO M.M.	56	ZEILMANN E.	10, 16, 19
SIMÕES C.R.C.	2, 13, 16, 23, 38, 57, 84, 87, 88, 90	TRISTÃO F.R.	4, 5, 54, 96	ZILLE G.P.	21, 62, 95
		TRISTÃO H.M.	52		
SIMONS S.A.	6, 11, 21, 43, 80	V	pg.		
SINCOS A.P.W.B.	18, 93	VALENTE G.	52		
SINCOS I.R.	18, 93	VALLE L.E.G.F.	58, 80		
SOARES A.M.R.	31, 67, 92	VAQUEIRO A.C.	56		
SOARES B.L.F.	49	VARGAS A.	13, 64		
SOARES M.C.D.V.	57	VASCONCELLOS Y.P.U.	36		
SOARES R.A.	3, 61, 64, 79				
SOARES R.C.R.	4, 5, 47, 67				
SOBREIRA M.L.	22, 23, 32, 39, 40, 45, 46, 51, 53, 69, 71, 75				



42° Congresso Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia Vascular
Natal - Brasil

Orais

O-001

CIRURGIAS DE CARÓTIDAS - A ESTATÍSTICA OPERACIONAL DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR

LEITE LIMA M.A.; SILVA V.P.; FERRAZ P.A.; MAZZINI E.A.

Centro Médico Hospitalar de Vila Velha; Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha - ES

Contexto: A endarterectomia convencional de carótida é uma técnica cirúrgica bem estabelecida e segura para os padrões atuais. **Objetivo:** Apresentar os números referentes às cirurgias, a segurança do método, o tipo de anestesia, o número total, o número de cirurgias por ano, por mês e por dia, bem como as complicações na cirurgia convencional de endarterectomia de carótidas realizadas em um hospital do Estado do Espírito Santo nos últimos 34 anos. Durante o exercício de nossa vida profissional e observando a quantidade de usuários portadores da síndrome isquêmica cerebral de origem extracraniana pensa-se neste caso, que a elaboração de uma estatística a este respeito poderá produzir um texto relevante. **Métodos:** Análise do banco de dados entre os anos de 1982 e 2016, pormenorizando os dados estatísticos e comparando com a literatura. Foram analisados prontuários, fichas ambulatórias manuais e informatizadas de pacientes submetidos à endarterectomia convencional de carótida. A técnica usada é a endarterectomia aberta com anestesia local quando foi cirurgia única e anestesia geral quando a cirurgia foi realizada no mesmo tempo da revascularização do miocárdio. **Resultados:** Os números principais totalizam 771 procedimentos sendo 19,7 cirurgias/ano, 1,21 cirurgias/mês e 0,054 cirurgias/dia em termos totais, muito embora se analisadas os últimos 10 anos os números aumentam para 42,9 cirurgias/ano; 3,4 cirurgias/mês; 0,11 cirurgias/dia e fazendo uma apreciação dos últimos 5 anos os números evoluem para 89,7 cirurgias/ano; 12,85 cirurgias/mês e 0,42 cirurgias/dia. As principais complicações foram hematomas, linfoceloses, infecção, lesão de nervo periférico, cefaleia pós-operatória, hipertensão pós-operatória, ataque isquêmico transitório 2,0%, acidente vascular cerebral 1,90%, óbitos 1,76%. **Conclusão:** após realizar 771 cirurgias de endarterectomia de carótidas observa-se que o número de cirurgias é compatível com a população assistida, o método é seguro para o tratamento da estenose cirúrgica das artérias carótidas cervicais, apresentado complicação inerente à técnica em níveis estatisticamente aceitáveis, quando comparado com a literatura médica.

O-002

A CIRURGIA ENDOVASCULAR COMO PROCEDIMENTO DE ESCOLHA PARA O TRATAMENTO DE AFECÇÕES VASCULARES: O QUE OS ÍNDICES APONTAM?

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; FONTENELE R.A.; RIBEIRO J.M.S.; SANTOS T.S.; MONTEIRO C.M.; BANDEIRA L.L.B.; SILVA J.A.C.

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina - PI; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE; Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju - SE; Universidade Severino Sombra (USS), Vassouras - RJ

Contexto: A cirurgia endovascular traz, como principais benefícios, menores incisões e cicatrizes, baixo risco de infecções e menor permanência hospitalar após o procedimento, sendo cada vez mais indicada por diretrizes internacionais de respaldo. Dessa forma, é importante conhecer o panorama da realização desta técnica no Brasil, como forma de avaliar avanços, deficiências e necessidade de novos investimentos. **Objetivo:** Analisar os procedimentos endovasculares mais empregados para o tratamento das afecções vasculares no âmbito do sistema único de saúde. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, conforme os registros do DATASUS. **Resultados:** De 2012 a 2016, foram realizadas 9.957 internações para procedimentos endovasculares pelo SUS, sendo que 8.251 (82,8%) delas ocorreram no eixo Sul-Sudeste. Os pacientes permaneceram em média 7,9 dias internados. A maioria dessas internações se deveu a correções de aneurisma/dissecção de aorta abdominal e ilíacas (4.408), ou torácica (2.484), com endoprótese (bifurcada na abdominal e ilíacas; reta ou cônica na torácica). A taxa de mortalidade média nesses anos fechou em 4,67%, sem disparidades largas entre as regiões. Pode-se destacar entretanto a região Centro-Oeste, que, apesar de ter apresentado a maior taxa do país (6,30%), conseguiu reduzi-la após registrar 10% de mortalidade em 2012. Cirurgias de aneurisma/dissecção com inserção de endoprótese reta ou cônica se alternaram como detentoras da maior da taxa de mortalidade, terminando em 7,23% para as de aorta abdominal e 7,29% para as de aorta torácica. O valor médio de uma internação para procedimento endovascular foi de 18.457,36 reais. As cifras não oscilaram significativamente em nenhuma das regiões. As internações mais caras foram aquelas para correção de aneurisma/dissecção de aorta abdominal e ilíacas com endoprótese bifurcada (26.698,37 reais), enquanto que as internações para tratamento endovascular de fistulas arteriovenosas custaram em média 1.789,78 reais. **Conclusão:** É necessário promover uma maior capacitação das equipes médicas, bem como disponibilizar mais recursos para as regiões Norte-Nordeste e Centro-Oeste, de forma a permitir a realização de mais procedimentos endovasculares, trazendo maiores benefícios aos pacientes atendidos pelo SUS e primando, sempre, por uma taxa de mortalidade cada vez menor.

O-003

A INCIDÊNCIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E O COMPORTAMENTO CLÍNICO-HEMODINÂMICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR POR HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA

HAMILTON N.N.; FREITAS FILHO O.; SCUDELLER P.G.; GAIOTTO F.A.; TERRA FILHO M.; PÊGO-FERNANDES P.M.; JATENE F.B.

Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP

Contexto: Pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) foram avaliados para tromboendarterectomia pulmonar: partes deles não tiveram eventos tromboembólicos prévios como embolia pulmonar aguda ou trombose venosa profunda (TVP); já outro grupo maior de pacientes apresentou algum histórico. Segundo o registro europeu de HPTEC, as três principais causas relacionadas foram presença de trombofilias, embolia pulmonar aguda e TVP. Embora os pacientes com HPTEC sejam um grupo heterogêneo, em relação ao estado hemodinâmico e acessibilidade cirúrgica de trombos pulmonares, eles também apresentaram muitas semelhanças no diagnóstico, sugerindo um processo subjacente de doença comum. **Objetivo:** Analisar a incidência de eventos tromboembólicos prévios à resposta ao tratamento cirúrgico da HPTEC, como também o comportamento clínico-hemodinâmico de ambos grupos. **Métodos:** Estudo retrospectivo, baseado em uma série de casos, realizado em um hospital especializado em cirurgia cardiotorácica. No banco de dados eletrônico foram adicionados 199 pacientes, destes foram analisados 174 pacientes que tiveram avaliação diagnóstica para TVP com Doppler venoso. Foram separados dois grupos: com diagnóstico de TVP prévio a HPTEC com tratamento cirúrgico e outro grupo sem TVP prévia. **Resultados:** O grupo de pacientes que foram submetidos a tromboendarterectomia pulmonar com história de TVP é de 62,6%, enquanto que sem TVP é de 37,4%. O grupo com TVP prévia apresenta diferença significativa em relação a classe funcional no pré-operatório, maior porcentagem de casos na classe funcional 3 e 4, 85,33% contra 62,50% (p = 0,0027) quando comparado com grupo sem TVP prévia. Não há diferença estatística entre os dois grupos quanto ao tempo de tratamento com anticoagulantes (p = 0,106). A presença de trombofilias no grupo com TVP prévia apresentou diferença significativa em relação ao grupo sem TVP, 58,44% contra 35,09% (p = 0,0075). Os dados hemodinâmicos pré-operatórios, pressão média da artéria pulmonar (PAPm) e resistência vascular pulmonar (RVP), não apresentaram diferença significativa (p = 0,310 e p = 0,790). Quanto a melhora hemodinâmica no pós-operatório ambos grupos com e sem TVP apresentaram decréscimo significativo da PAPm e RVP (p < 0,001 e p < 0,001). **Conclusão:** A incidência de TVP prévia nos pacientes que fazem tromboendarterectomia pulmonar por HPTEC é de 62,6%, associando ao predomínio de trombofilias e classe funcional piores. Diante dos resultados hemodinâmicos no pós-operatório ambos grupos se beneficiam com o procedimento cirúrgico.

O-004

A SÍNDROME DE COMPRESSÃO DA VEIA ILÍACA: RELATO DE CASO

FIGUEIREDO O.F.P.; BANDEIRA R.N.; GONDIM L.F.O.; SEGUNDO F.A.S.; MEDEIROS D.L.; ALMEIDA F.P.B.F.; MELO A.P.F.; SILVA JUNIOR O.F.

Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE); Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

A Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca (SCVI), também chamada Síndrome de Cockett (SC), é uma rara apresentação clínica, mais predominante em mulheres entre a 2ª e 4ª décadas de vida, na qual a artéria ilíaca comum direita (AICD) comprime extrinsecamente a veia ilíaca comum esquerda (VICE). A constante compressão e trauma causados pela pulsação da artéria sobre a veia, favorece a lesão da camada íntima venosa, causando a formação de trombo. Quando investigada em portadores de trombose venosa profunda (TVP) do membro inferior esquerdo (MIE), é encontrada em 18-49% dos pacientes. Já a trombofilia, tendência hereditária de coagulação do sangue, na presença de um fator desencadeante, resulta em risco aumentado de eventos tromboembólicos. Discute-se a possibilidade dos marcadores de trombofilia terem como fator de gatilho a alteração anatômica da SCVI. Paciente feminina, 50 anos, admitida em 2015 com queixas de microvarizes e varizes em membros inferiores, principalmente em MIE. Ao exame físico, apresentava-se com pulsos periféricos palpáveis e normais, índice tornozelo-braquial (ITB-1). Relata antecedente de TVP ileo-femoral-poplítea esquerdo e diagnóstico de trombofilia, com positividade para fator II, inibidor do ativador do plasminogênio tipo 1 (PAI 1) e mutação metileno tetra hidro folato redutase (MTHFR) (mais de 3 coletas), ambos aos 35 anos, quando estava em 3º mês de gestação. Em 2013, um segundo caso de TVP no MIE. Tem histórico familiar de trombofilia (primos de 1º grau). Novos exames de US eco-Doppler venoso mostraram que havia uma compressão extrínseca da AICD sobre a VICE, evidenciando a presença da SC. Paciente vem mantendo tratamento anticoagulante e meias de compressão elástica até os dias atuais. Após relato de TVP ileo-femoral-poplítea, investigou-se e confirmou-se a SC através de US eco-Doppler venoso. Além da SCVI, a paciente apresenta trombofilia para fator II, PAI 1 e mutação MTHFR, o que torna o caso bastante raro. No entanto, o subdiagnóstico da SC ainda é muito comum, pois poucos médicos a investigam nos indivíduos com TVP em MIE. É necessário reconhecer que TVP no MIE do paciente trombofílico pode também estar relacionada à SC como um agente etiológico oculto. A anticoagulação pode ser utilizada como opção terapêutica não invasiva, com o intuito de diminuir a estase sanguínea venosa. Portanto, levando-se em consideração as suas possíveis complicações, deve-se reconhecer, diagnosticar e tratar a SCVI antes do surgimento de alterações irreversíveis no sistema venoso do paciente.

O-006

ABORDAGEM CIRÚRGICA EM VASOS SUBCLÁVIO E AXILARES: REVISÃO DE LITERATURA

SILVA I.M.R.; BEZERRA D.S.; NASCIMENTO D.D.F.; ROLIM N.R.F.; LIMA C.E.F.; OLIVEIRA I.B.; NEVES B.S.; SILVA C.R.S.

Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras - PB; Centro Universitário Cesmac, Maceió - AL; Faculdade de Medicina de Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - PB

Contexto: O trauma das artérias subclávias (ASC) e axilar (AA) é incomum, mas potencialmente grave. A dificuldade de acesso à topografia afetada torna as lesões de AA um desafio para os cirurgiões. A AA tem início na borda inferior da primeira costela, podendo ser abordada proximalmente por incisão infraclavicular, ou mesmo no sulco delto-peitoral em lesões mais distais. Os ferimentos penetrantes por projétil de arma de fogo e por arma branca constituem o mecanismo habitual. **Objetivo:** Abordar condutas cirúrgicas em traumas de vasos axilares. **Métodos:** O presente estudo consiste em uma revisão sistemática de artigos disponibilizados na Scientific Electronic Library Online (SciELO), que resultou primeiramente em 112 artigos e após aplicação de filtros e mediação de operadores booleanos AND e OR, finalizando com 13 artigos que preencheram os critérios de elegibilidade. Os descritores utilizados foram: surgery, subclavian artery, axillary artery. **Resultados:** As abordagens às artérias AA e ASC dependem do local e extensão da lesão. De maneira geral o acesso em lesões ao lado direito do hemitórax são abordadas com a associação de uma esternotomia medial com incisão clavicular, enquanto do lado esquerdo a melhor abordagem é a toracotomia anterolateral em "livro aberto", que expõe completamente o arco aórtico e os grandes vasos. De acordo com alguns autores, a toracotomia na sala de emergência é um procedimento com alta mortalidade de 73-100%. É importante que o primeiro objetivo cirúrgico seja sempre a realização do controle proximal para se evitar a hemorragia, e a seguir, sempre que possível, a reconstrução arterial. **Conclusão:** Os traumas de AA e ASC são lesões graves que devem ser tratadas com prontidão com alto potencial de mortalidade se não tratados precocemente. O atendimento de trauma torácico com lesão de AA e ASC, quando avaliados e tratados precocemente, o prognóstico é extremamente favorável, geralmente evoluindo com sobrevida e sem sequelas do trauma.

O-007

ABORDAGEM ENDOVASCULAR NO PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA POPLÍTEA PÓS FRATURA DE STENT: RELATO DE CASOREIS J.M.C.; KUDO F.A.; BASTOS M.C.
Hospital do Coração do Pará, Belém - PA

A terapêutica endovascular na oclusão da artéria poplítea é um procedimento comum na prática vascular e sempre que possível deve ser evitado o implante de stent neste segmento arterial, entretanto, por vezes se faz necessário em virtude de recuo elástico significativo ou dissecação. As fraturas de stent na artéria poplítea podem ser assintomáticas ou causar mais frequentemente reestenose ou oclusão. Apresentamos o caso de um homem de 78 anos, hipertenso e diabético com uma fratura de stent de nitinol auto-expansível locado em artéria poplítea há 18 meses e que evoluiu com formação de pseudoaneurisma na artéria poplítea. Realizou Doppler e angiogramografia arterial para definição de acometimento e programação de correção. O paciente foi submetido a colocação de endoprótese para exclusão de segmento acometido. Este relato de caso visa ilustrar esta possível complicação não usual da fratura de stent na artéria poplítea e a possibilidade de gerenciá-la por abordagem endovascular.

O-008

ACESSOS CIRÚRGICOS VASCULARES NÃO-CONVENCIONAIS PARA HEMODIÁLISE - CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (HUCFF), UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

SARDENBERG J.P.; MARINHO A.C.O.; LOPEZ G.E.; SILVA L.M.F.; PINTO L.M.C.; COSTA R.R.; FERREIRA C.C.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ

Contexto: Os avanços da medicina e das terapias de substituição renal tem acarretado mudanças no perfil dos pacientes com insuficiência renal crônica dialítica. O aumento da sobrevida e na expectativa de vida desses pacientes nas últimas décadas é evidente. Sendo assim, muitos deles não conseguem manter o mesmo acesso vascular para hemodiálise por muito tempo, devido a evolução natural para estenose central e trombose das fistulas. Desse modo, novas técnicas e novos acessos vasculares para hemodiálise têm sido propostos de modo a garantir a terapia dialítica. **Objetivo:** Relatar os acessos vasculares cirúrgicos não-convencionais realizados ao longo dos últimos dez anos no serviço de Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), hospital universitário e centro de referência de doenças de alta complexidade, com ênfase nas indicações, durabilidade e suas complicações. **Métodos:** O trabalho foi realizado através de levantamento de dados em prontuários eletrônicos, no período de julho de 2006 a dezembro de 2016. Foram, então, avaliados 1005 casos de cirurgias de confecção de FAV realizadas, sendo 2% destas FAV consideradas não-convencionais. Dentre essas, foram documentadas alças do tipo colar cervical; superficializações de veia femoral superficial; alças de safena; fistula ilíaca-renal; alças arterio-arterial axilar; alça arterio-arterial femoral e fistula femoro-femoral. **Resultados:** Na avaliação dos dados dos pacientes submetidos a tais cirurgias, foram avaliadas a presença do diagnóstico de falência de acesso vascular; as diversas etiologias da insuficiência renal e suas prevalências; história progressiva de transplante renal e/ou diálise peritoneal; e, como objetivo principal, as complicações das cirurgias e dos acessos em si, além da perviedade dos mesmos. **Conclusão:** A confecção desses acessos ditos não-convencionais é possível, uma vez que se tenha estudo flebográfico confirmando a patência dos vasos a serem envolvidos no acesso. Além disso, cuidados peri e pós-operatórios são essenciais no que tange a diminuição das complicações pós-operatórias nessas cirurgias, pois nesses casos elas podem ser fatais. Como perspectiva, o objetivo é ampliar o estudo e dar seguimento a observação e documentação dos novos acessos a serem confeccionados, focando no perfil epidemiológico dos pacientes.

O-009

AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR: RELATO DE CASO

CAMARGO JÚNIOR O.; PEREIRA F.M.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; NASCIMENTO P.C.; CIRINO J.H.; VIARENGO G.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A agenesia da veia cava inferior é uma malformação congênita que apresenta prevalência de até 0,5% da população. A gênese da veia cava tem como origem 3 pares de veias: cardinais posteriores, subcardinais e supracardinais. Esses pares de veias regredem e fazem anastomoses, formando a veia cava. Durante esse período, pode acontecer de segmentos da veia cava inferior não se formarem ou não realizarem anastomose. Em tais circunstâncias, o sangue dos membros inferiores e pelve retornam ao átrio direito através de veias uterinas, veia gonadal e principalmente através do sistema ázigos e hemiázigos. A alteração na drenagem venosa do segmento caudal do corpo, em pacientes com a agenesia de veia cava inferior, pode proporcionar maior tempo de estase sanguínea devido aos diversos caminhos alternativos que o sangue deve percorrer para que retorne ao átrio cardíaco. Paciente do sexo feminino de 35 anos de idade procurou auxílio médico devido a dor de forte intensidade em região lombar, coxa, perna e pé. Foi avaliada inicialmente em serviço secundário com hipótese diagnóstica de oclusão arterial aguda, sendo medicada com heparina de baixo peso molecular e encaminhada em caráter de emergência ao serviço terciário. Na chegada ao hospital, paciente apresentava dor em membro inferior direito, edema e empastamento de musculatura da coxa, discreta diminuição de temperatura distal, e dificuldade de palpação dos pulsos distais devido a intensidade do edema. Foi submetida a exame de ultrassonografia que constatou extensa trombose venosa profunda com início em veia poplítea até veia ilíaca comum sem visibilização da calda do trombo. Ao exame de tomografia computadorizada multislice, foi possível identificar com precisão a extensão da trombose e mais, diagnosticado também ausência do segmento infrarenal da veia cava inferior, intensa de circulação venosa e anastomoses pélvicas direcionadas para o hemitórax esquerdo, calibre aumentado de veia gonadal, ázigos e hemiázigos. Paciente foi submetida a tratamento clínico com heparina e repouso em posição de Trendelenburg apresentando melhora significativa da dor e edema. Apesar da incidência ser baixa, em pacientes jovens que desenvolvem trombose venosa profunda extensa, sem fator de risco aparente, pode ser útil a realização de exame tomográfico para avaliação da drenagem venosa e diagnóstico de agenesia de veia cava inferior.

O-010

AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR INFRARRENAL: RELATO DE CASO

SOUZA L.A.; NAVES B.L.; IVO C.S.; FERNANDES L.T.; SOUZA A.J.; SOUZA M.F.M.F.

Hospital Madre Teresa (HMT); CONRAD Diagnóstico Por Imagem, Belo Horizonte - MG

A agenesia da veia cava inferior é uma malformação incomum, causada devido à anomalia congênita proveniente de alterações no processo de formação embriológica ou por trombose intrauterina ou perinatal. A ausência do segmento infra-renal da veia cava inferior é uma anormalidade extremamente rara, presente em 0,005 a 1% da população. A melhora da qualidade dos exames de imagem e a crescente utilização desses métodos resultam em detecções mais frequentes de variações anatômicas e anomalias de veia cava inferior. O diagnóstico desta patologia é considerado difícil por meio da ultrassonografia, e os melhores métodos de imagem diagnósticos nesses casos são a angiografia por tomografia computadorizada e por ressonância nuclear magnética. Paciente ACOS, feminina, 21 anos, G1P1A0, com relato de dor e edema de membros inferiores em 02/05/2017 com surgimento desde varicectomia realizada em janeiro/2017 e histórico de trombose venosa profunda de segmento fêmoro poplíteo de membro inferior esquerdo em março/2017. Encaminhada ao departamento de imagem para realização de duplex scan de segmento cavo-iliaco, por meio do qual não foi visualizada porção infra-renal de veia cava inferior. Confirmou-se o diagnóstico por angiotomografia. Angiotomografia apresentou agenesia de veia cava inferior infra-renal, ectasia difusa de veias gonadais, varizes pélvicas, veias do segmento ilíaco à esquerda não visualizadas. O conhecimento das anomalias da veia cava inferior é fundamental na avaliação dos exames de imagem do abdome, evitando erros de interpretação e indicando a possibilidade de anomalias associadas, implicações clínicas e cirúrgicas. Embora boa parte delas seja assintomática, é imperativa a detecção da afeção, já que o seu não-reconhecimento tem implicações médico-legais sérias e sua descrição é de importância pré-operatória para o cirurgião, visando evitar lesão/ligadura iatrogênica das vias de derivação.

O-011

ALTA PREVALÊNCIA DE DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS NAS PRESSÕES DE BRAÇO E TORNOZELO DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS

CARDOSO K.P.O.; ARAÚJO M.G.F.; OLIVEIRA M.J.C.; SALLES-CUNHA S.X.; PITTA G.B.B.

Departamento de Nefrologia, Hospital Universitário de Maceió, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL

Contexto: Projeto sobre índice tornozelo-braquial (ITB) de pacientes renais crônicos enfatizou deficiência mundial em técnica diária de medidas de pressão: entre outras falhas, medidas de pressões em ambos os braços é infrequente. Em contraste a esta prática diária mundial, a literatura salienta que: a) diferença de pressões entre membros superiores (MS) indica risco cardiovascular, inclusive cerebral, e b) diferença pressórica de membros inferiores (MI) aumenta a sensibilidade de detecção de tais riscos. **Objetivo:** Identificar risco vascular de pacientes renais crônicos atendidos no ambulatório de doença renal crônica de nefrologia de hospital universitário de Maceió - AL, em função de diferenças direita-esquerda de pressões sistólicas ou diastólicas de braço ou tornozelo. **Métodos:** Coleta de pressões com esfigmomanômetro automático, e estimativas de diferenças de pressões entre braços ou tornozelos. Variações pressóricas > 10% foram consideradas significativas. **Resultados:** A amostra incluiu 43 pacientes com 53±16 (20-85) anos de idade, sendo 23 diabéticos e 26 hipertenso. Pressão unilateral forçou 6 exclusões. A) Diferenças de pressões braquiais ocorreram em 9 (24%) pacientes, 5 sistólicas e 7 diastólicas; nestes 9 casos, diferenças de pressões de tornozelo foram detectadas em 3 pacientes, sendo 3 sistólicas e 2 diastólicas. B) Diferenças de pressões de tornozelo acrescentaram 9 pacientes ao grupo de risco, sendo 9 sistólicas e 3 diastólicas. **Discussão:** Revisão da literatura pubmed.gov revelou 22 artigos desde 2009 descrevendo riscos associados a diferenças de pressões braquiais. Questões técnicas como simultaneidade de medidas bilaterais e síndrome do avental branco foram relatadas. Menção da pressão de tornozelo originou a análise adicional. Medidas de pressões em ambos os braços deveria ser rotina, ao menos inicialmente. Pesquisas adicionais indicariam o diagnóstico específico das medidas pressóricas. **Conclusão:** Diferenças de pressões braquiais foram expostas em ¼ dos pacientes. Cerca de ½ dos pacientes apresentaram diferenças de pressões nos MS ou MI. Esfigmomanômetros automáticos permitem medidas de pressão nos 4 membros de maneira simples e econômica.

O-012

AMPUTAÇÕES MAIORES DE MEMBROS INFERIORES POR DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E DIABETES REALIZADAS EM 2016 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO RISOLETA TOLENTINO NEVES

NAVARRO T.P.; LUZ A.R.; PROCÓPIO R.J.; CARMO R.C.; ALMEIDA J.G.

Hospital das Clínicas, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG

Contexto: A amputação de membros inferiores é uma complicação frequente nos pacientes diabéticos, com grande prejuízo à qualidade de vida destes. A presença de doença arterial periférica concomitante é fator de risco para maior taxa de amputação. Apesar dos avanços nos tratamentos para salvar os membros, as amputações continuam a representar um desafio para saúde pública. Estudos relatam que nos Estados Unidos ocorrem cerca de 1,6 milhões de amputações por ano com previsão de duplicar para ano de 2050. Recentemente tem sido discutido e pesquisado para reduzir esses números. **Objetivo:** Estimar a incidência de amputações maiores de membros inferiores devido a doença arterial periférica e diabetes realizadas no Hospital Universitário Risoleta Neves (HRTN) em Belo Horizonte - MG, no ano de 2016 e compará-las com as taxas dos anos anteriores. **Métodos:** Análise retrospectiva dos pacientes submetidos a amputação maior no HRTN no ano de 2016. Os seguintes dados foram coletados: idade, sexo, comorbidades, nível de amputação, taxa de mortalidade intra-hospitalar. **Resultados:** No ano de 2016, foram admitidos 654 indivíduos em 769 internações. Ocorreram 68 amputações maiores de forma geral (nível de perna e coxa), 71% eram homens (n = 49) com média de idade de 67,9 anos. Amputações maiores primárias ocorreram em 51 indivíduos, dentre estes, maioria diabético (72,5%), hipertensos (62,7%), acidente vascular encefálico (25%), doenças cardíacas (29,4%) e fumantes e abstêmicos (39,2%). Amputação acima do joelho (50,9%) e abaixo (49%), a razão acima/abaixo joelho foi de 1,04:1. Mortalidade intra-hospitalar de 13,7% (n = 7), a principal causa choque séptico (71,4%). Há variabilidade na incidência global de 0,4 e 116 amputações por 10.000 pessoas, este estudo apresenta redução de taxas do próprio serviço, sendo de 25% entre os anos de 2007 e 2012, passando para 7,7% no ano de 2016, aproximadamente a taxas de países como Japão e Estados Unidos, e inferiores a outros países como Tailândia e outros serviços de cirurgia vascular no Brasil. **Conclusão:** Este estudo demonstra que a taxa de amputação do serviço reduziu significativamente ao longo dos anos, inferindo boa efetividade da assistência prestada, considerando a ampliação da equipe de cirurgiões vasculares, introdução de equipe multidisciplinar, uso do Sistema para salvamento de membro - Classificação Wifil, como uma ferramenta para decisão clínica, novas tecnologias no tratamento de lesão como terapia por pressão subatmosférica.

O-013

ANÁLISE COMPARATIVA DOS DESFECHOS DAS INTERVENÇÕES INFRA-POPLÍTEAS ENTRE DOIS PERÍODOS DE TRATAMENTO EM UM ÚNICO CENTRO

CARVALHO B.V.P.; CHACON A.C.M.; TANAKA C.M.; SOARES R.A.; CURY M.V.M.; MATIELO M.F.; BROCHADO NETO F.C.; SACILOTTO R.

Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, São Paulo - SP

Contexto: O avanço tecnológico, associado ao desenvolvimento da cirurgia endovascular consolidaram essa técnica como a abordagem preferencial no tratamento da isquemia crítica crônica por aterosclerose infra-poplíteia. Contudo, a derivação arterial com veia ainda permanece como um recurso fundamental no tratamento cirúrgico das lesões ateroscleróticas extensas, ou no insucesso do tratamento endovascular. **Objetivo:** A presente série examina os desfechos das intervenções infra-poplíteas (Infra-Po) realizadas em um único centro em dois períodos distintos. **Métodos:** Em um período de 14 anos (2000-2013), 232 pacientes foram submetidos a revascularização Infra-Po primariamente por angioplastia (n = 148) ou derivação arterial com veia (n = 84), exclusivamente para tratamento da isquemia crítica crônica. Os dados clínicos e desfechos foram coletados dos registros médicos, estabelecendo uma coorte retrospectiva com dois intervalos de interesse: período 1 (P1) - 2000 a 2008 e período 2 (P2) - 2009 a 2013. Os principais desfechos pesquisados foram: perviedade cumulativa (PC), salvamento de membro (SM) e sobrevida (SV), acessados por curvas Kaplan-Meier com log-rank teste. A significância estatística foi atribuída quando valor de p < 0,05. **Resultados:** A média de seguimento ambulatorial foi de 25,8±23,6 meses. No grupo total (n = 232) houve predominância do sexo masculino (59%) e média de idade de 71,5±8,7 anos. Os grupos foram comparáveis quanto às principais comorbidades, com exceção da maior prevalência de tabagistas no P1 (37,1% vs. 18,6%; p = 0,002). A indicação predominante para revascularização foi a presença de lesão trófica (93,9%) e houve um aumento significativo das intervenções endovasculares entre os períodos (P1 = 48,9% vs. P2 = 74,6%; p = 0,0001). As curvas Kaplan-Meier demonstraram erro padrão aceitável (< 10%) até o 30º mês. Aos 30 meses, não houve diferenças entre as estimativas de PC e SV entre os períodos (PC: P1 = 57,6% vs. P2 = 35,2%; p = 0,056 e SV: P1 = 77,8% vs. P2 = 68,9%; p = 0,278). Entretanto, no mesmo período, as estimativas de SM foram superiores no P2 (P1 = 67,1% vs. P2 = 82,4%; p = 0,041). **Conclusão:** Ao longo dos últimos 14 anos, houve um aumento significativo da abordagem endovascular no segmento infra-poplíteo. Além disso, a presente série identificou uma melhora significativa no salvamento de membro, sem contudo, ocorrer um aumento das estimativas de perviedade cumulativa e sobrevida global.

O-014

ANÁLISE COMPARATIVA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO CONVENCIONAL E ENDOVASCULAR DA DOENÇA CAROTÍDEA EXTRA-CRANIANA

PAIXÃO D.R.M.I.; FONSECA FILHO V.L.; FRAGOSO P.F.D.; BARRETO R.L.S.M.C.; BOCCALETTI M.C.; ALMEIDA G.B.C.; SANTOS R.P.

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro - RJ

Objetivo: Avaliar, comparativamente, a casuística do tratamento cirúrgico convencional e endovascular da doença carotídea extra-craniana no Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, entre o período de março 2009 a agosto de 2017. **Método:** Estudo retrospectivo de prontuários. **Resultados:** Foram realizadas 186 cirurgias no total, sendo 130 cirurgias convencionais e 56 cirurgias endovasculares. Dos pacientes submetidos a cirurgia endovascular, 49 o acesso foi punção femoral e 7 por punção carotídea. No período estudado, houve 4 óbitos dos quais 1 pela técnica endovascular e 3 pela cirurgia convencional, o que representa uma taxa de mortalidade global de 2,15% e discriminada de 1,61% para cirurgia convencional e 0,53% para endovascular. **Conclusão:** A cirurgia convencional permanece como primeira escolha no tratamento da doença aterosclerótica carotídea, sendo a técnica endovascular uma opção terapêutica de grande importância em determinadas situações, mesmo que as discussões sobre suas indicações ainda não estejam bem estabelecidas.

O-015

ANÁLISE DA POPULAÇÃO SUBMETIDA A IMPLANTE DE CATETER NUM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

TRISTÃO F.R.; MOREIRA R.C.R.; MIYAMOTTO M.; SOUZA I.C.; MOREIRA B.D.; RIBAS B.M.; NEVES G.C.S.; FERRONATTO G.F.
Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Contexto: Os cateteres venosos centrais são hoje amplamente utilizados para diversos fins: acesso para infusão de medicações em pacientes internados, acesso para hemodiálise, tratamento quimioterápico, acesso para o transplante de medula óssea e também para nutrição parenteral. Para cada propósito existe um cateter adequado. Analisamos neste trabalho uma série de pacientes que foram submetidos ao implante de cateteres venosos centrais de curta e longa permanência em um serviço de referência no período entre abril e julho de 2017. **Objetivo:** Mostrar o perfil dos pacientes atendidos, as indicações clínicas e as dificuldades técnicas relacionadas ao implante. **Métodos:** Análise dos pacientes do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Nossa Senhora das Graças em Curitiba - PR submetidos a implante de cateter de longa permanência no período determinado. Analisadas as indicações, as dificuldades técnicas relacionadas ao implante, o tipo de cateter implantado e o perfil dos pacientes. **Resultados:** Entre abril e julho de 2017 foram analisados 103 pacientes dos quais 51% eram do sexo feminino e com idade média de 54 anos (variando de 1 a 89 anos). Os cateteres implantados foram totalmente implantáveis em 39,42% dos casos, em 35,58% dos pacientes foram implantados cateteres para hemodiálise e em 25% dos casos foram implantados cateteres semi-implantáveis. Doze pacientes necessitaram de transfusão de plaquetas previamente ao procedimento. Em 59% dos pacientes havia história de algum tipo de cateter prévio e em 15,5% dos pacientes havia alguma alteração ao exame físico sugestiva de trombose venosa central prévia ou alterações ósseas no local de punção. Em 7,7% dos pacientes houve complicações relacionadas a punção arterial e em 16,5% dos casos a punção foi guiada por eco-Doppler. **Conclusão:** A cada dia mais pacientes são beneficiados pelo uso dos cateteres centrais com diminuição de morbidade em seu tratamento e maior sobrevida. Apesar de os critérios de indicação e técnicas de implante já estarem bem estabelecidos, observa-se que os pacientes mais graves, com dificuldades técnicas relacionadas a anatomia e a história de cateteres prévios, a técnica de implante torna-se mais complexa e requer o uso de eco-Doppler para guiar a punção e uma equipe treinada em punções em anatomias desfavoráveis.

O-016

ANÁLISE DAS CAUSAS DE AMPUTAÇÕES NO HOSPITAL GERAL DE ALTAMIRA - PA

GRANATO R.R.; NETTO M.C.P.F.; SOARES R.C.R.; MELO D.L.; MOREIRA E.S.; COELHO A.A.S.; LOUREIRO E.V.S.; FERREIRA W.S.

Hospital Regional Público da Transamazônica, Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus Altamira, Belém - PA

Contexto: Usuários que possuem diabetes mellitus, podem sofrer amputações devido a avanços da doença (pé diabético), em que os pacientes apresentam uma menor capacidade de cicatrização dos tecidos devido a menor irrigação. Além disso, as causas das amputações podem, também, ser por traumas decorrentes de acidentes de trânsito e de trabalho. **Objetivo:** Este trabalho busca determinar as causas das amputações de membros inferiores no Hospital Geral de Altamira. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de junho de 2016 a maio de 2017. As amputações foram divididas em dois subgrupos: grupo I (grandes amputações: perna e coxa) e grupo II (pequenas amputações: dedo e pé). Foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, diagnóstico (pé diabético e traumatismo) e comorbidades (DM, HAS e tabagismo). **Resultados:** Foram analisados 52 pacientes com um total de 54 amputações, 22 no grupo I (40,74% do total) e 32 no grupo II (59,26% de todos os procedimentos). A média de idade foi 58 anos. A principal causa de amputação foi por traumatismo com 35 casos (64,8%), contra 16 (29,62%) por Pé-DM e 3 por outras causas (5,55%). Dos amputados por traumatismo, 29 pacientes (82,85%) eram homens e 6 (17,14%) mulheres, sendo no grupo I com 9 indivíduos e o grupo II com 26 indivíduos. Dos amputados por pé DM, 12 pacientes (75%) eram homens e 4 (25%) mulheres. Avaliando-se o tipo de amputação com as comorbidades, temos a HAS e o DM como principais doenças de base, sendo ambas mais relevantes no grupo II. No grupo I encontraram-se 9 indivíduos diabéticos, 7 hipertensos e 4 tabagistas; no grupo II, havia 17 diabéticos, 27 hipertensos e 9 tabagistas. Relacionando o tipo de amputações com as principais causas, temos uma grande relação entre pequenas amputações com o traumatismo (26 das 54 amputações) e com o pé DM (11 das 54 amputações); enquanto por outras causas apresentam números próximos nos dois tipos de amputação (2 grandes e 1 pequenas). Analisando o sexo dos pacientes pelo total de amputações vimos que os homens sofreram mais amputações do que as mulheres, 43 amputações (79,62%) neles e 11 (20,37%) nelas. Dos 16 pacientes amputados por pé diabético 12 (75%) possuíam DM e HAS; 2 (12,5%) DM e tabagismo e 2 (12,5%) apenas DM. **Conclusão:** As principais causas de amputações no Hospital Geral de Altamira são por traumas e por pé diabético, sendo ambos os principais diagnósticos nas pequenas amputações.

O-017

ANÁLISE DAS CAUSAS DE AMPUTAÇÕES NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA EM ALTAMIRA - PA

GRANATO R.R.; NETTO M.C.P.F.; COELHO A.A.S.; MOREIRA E.S.; FERREIRA W.S.; MELO D.L.; LOUREIRO E.V.S.; SOARES R.C.R.

Hospital Regional Público da Transamazônica, Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus Altamira, Belém - PA

Contexto: Cerca de 75% das amputações de ordem vascular são em pacientes com obstrução arterial, sendo a população com idade superior a 60 anos a mais afetada. As principais causas da amputação vascular são: o tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia e obesidade. Os pacientes com este tipo de amputação apresentam uma menor capacidade de cicatrização dos tecidos devido a menor irrigação. **Objetivo:** Este trabalho busca determinar as causas das amputações de membros inferiores no Hospital Regional Público da Transamazônica (HRPT). **Métodos:** análise retrospectiva dos prontuários de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. As amputações foram divididas em dois subgrupos: grupo I (grandes amputações: perna e coxa) e grupo II (pequenas amputações: dedo e pé). Foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, procedência, diagnóstico e comorbidades, como diabetes (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e tabagismo. **Resultados:** 49 amputações, num total de 48 pacientes, 19 no grupo I (38,77% do total) e 30 no grupo II (61,22% de todos os procedimentos). A média de idade foi 68 anos. A principal causa de amputação foi o pé DM com 30 casos (61,22%), contra 18 (36,73%) por oclusão arterial e 1 (2,04%) por outras causas. Dos amputados por pé DM, 18 pacientes (60%) eram homens e 12 (40%) mulheres. Avaliando-se o tipo de amputação com as comorbidades, temos a HAS e o DM como principais doenças de base, sendo ambas mais relevantes no grupo II. No grupo I encontraram-se 12 indivíduos diabéticos, 17 hipertensos e 2 tabagistas; no grupo II, havia 25 diabéticos, 22 hipertensos e 5 tabagistas. Relacionando o tipo de amputações com as principais causas, temos uma grande relação entre pequenas amputações e pé DM (23 das 49 amputações); enquanto a oclusão arterial apresenta números próximos nos dois tipos de amputação (10 grandes e 8 pequenas). Analisando o sexo dos pacientes pelo total de amputações vimos que os homens sofreram mais amputações do que as mulheres, 36 amputações (73,46%) neles e 13 (26,54%) nelas. Cerca de 75% eram provenientes do município de Altamira e o restante de localidades vizinhas. Dos 30 pacientes amputados por pé diabético 26 (86,66%) possuíam DM e HAS; 2 (6,66%) DM e tabagismo e 2 (6,66%) apenas DM. **Conclusão:** As principais causas de amputações no HRPT são pé diabético e oclusão arterial, sendo o primeiro a principal causa nas pequenas amputações, e a segunda torna-se a principal causa nas grandes amputações.

O-018

ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA, ALTAMIRA - PA

GRANATO R.R.; NETTO M.C.P.F.; COELHO A.A.S.; MELO D.L.; MOREIRA E.S.; SOARES R.C.R.; LOUREIRO E.V.S.; FERREIRA W.S.

Hospital Regional Público da Transamazônica, Universidade Federal do Pará (UFPA), Campus Altamira, Belém - PA

Contexto: A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) pode ocorrer devido ao acúmulo de gordura nas artérias localizadas na região da perna dificultando a circulação normal do sangue. Seu desenvolvimento é lento e progressivo, e é necessário haver uma obstrução arterial significativa, de cerca de 75% do calibre de uma artéria, para que surjam os primeiros sintomas isquêmicos. A DAOP possui uma prevalência de 15 a 25% na população acima de 60 anos. **Objetivo:** Este trabalho busca apresentar as principais complicações da DAOP no Hospital Regional Público da Transamazônica (HRPT). **Métodos:** Análise dos prontuários de março de 2016 a abril de 2017. Os dados analisados foram: idade, sexo, e complicações, como lesão trófica, trombose arterial aguda, amputação menor (dedo e pé) e amputação maior (perna e coxa). **Resultados:** Foram analisados 68 pacientes (42 do sexo masculino e 26 do sexo feminino), em um total de 72 complicações. A média das idades foi de 67 anos. A complicação com maior incidência foi de amputação maior com 30 pacientes (41,16% do total de complicações), sendo 20 neles e 10 nelas. Com amputação menor houve 22 pacientes (30,55% do total de complicações), sendo 14 homens e 9 mulheres. Além disso, houve 2 pacientes que sofreram ambas as complicações (maior e menor), os quais já foram contabilizados acima. Já em relação à trombose aguda, encontraram-se 15 pacientes (20,83% do total de complicações), os quais eram 6 homens e 9 mulheres. Os pacientes com lesão trófica foram 5 (6,94% do total de complicações), dentre os quais 2 homens e 3 mulheres. **Conclusão:** Os membros inferiores (pés e pernas) são as localizações mais comuns de manifestação da doença arterial obstrutiva em questão. As principais complicações da DAOP, de acordo com os prontuários do HRPT, são por amputação maior, seguido por amputação menor.

O-019

ANÁLISE DAS TAXAS DE MORBIMORTALIDADE POR EMBOLIA E TROMBOSE ARTERIAIS NOS ESTADOS BRASILEIROS

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; SÁ I.C.C.; MELO V.S.C.; MOURA G.L.C.; ANDRADE F.A.; TAKATA V.C.; SILVA J.A.C.

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza - CE; Centro Universitário Cesmac, Maceió - AL; Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas - TO; Universidade Anhanguera (Uniderp), Campo Grande - MS; Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), São João del-Rei - MG

Contexto: Com o aumento da idade da população brasileira, a incidência de doenças como a embolia e a trombose arteriais também vêm crescendo, podendo ser responsáveis por importante mortalidade. **Objetivo:** Ponderar acerca das taxas de morbimortalidade por embolia e trombose arteriais nos estados brasileiros. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com dados obtidos pelo DATASUS, referentes aos anos de 2012 a 2016. **Resultados:** No período estudado, foram 97.386 internações hospitalares no país, com crescimento constante, sendo 18.012 em 2012, 18.758 em 2013, 19.043 em 2014, 20.731 em 2015 e 20.842 em 2016. O Sudeste apresentou maior número de casos - 47.786 (58,8% ou 28.125 em São Paulo e 27,2% ou 13.007 Minas Gerais); seguido do Sul, com 25.114 casos (13.607 ou 54,1% no Rio Grande do Sul); Nordeste, com 16.834 casos (4.304 em Pernambuco, 4.295 na Bahia, 3.277 no Ceará e 2.245 no Piauí), Centro-Oeste, com 6.165 (2.354 em Goiás) e Norte, com 1.487 (654 no Pará e 307 em Tocantins). A mortalidade total foi de 9,36, mantendo-se mais ou menos estável no decorrer dos anos estudados, com 12,91 para o Norte, 10,98 para o Centro-Oeste, 10,48 para o Nordeste, 9,76 para o Sudeste e 7,24 para o Sul, destacando-se Amazonas (14,86) e Roraima (14,29), com maiores taxas, e Acre (3,7) e Rio Grande do Sul (6,7), com menores. Os estados com maior média de internação foram Tocantins (21,9) e Distrito Federal (16,0), e com menor, Paraná (5,5) e Alagoas (6,0). Em relação ao valor médio de cada internação, o Mato Grosso do Sul (R\$ 3.197,93) e Tocantins (R\$ 2.905,92) foram os estados que tiveram mais gastos, enquanto Roraima (R\$ 1.328,96) e Mato Grosso (R\$ 1.446,73) foram os que gastaram menos. Em relação à faixa etária, houve maior número de internações dos 60-69 anos (26,083) e mortalidade \geq 80 anos (19,33). Houve mais internações para o sexo masculino (55,562) e mortalidade para o feminino (10,92). Em relação à raça, registram-se mais internações de brancos (43.253) e maior mortalidade para amarelos (11,67). O regime público foi o que mais internou (40.992) e apresentou maior mortalidade (10,04). **Conclusão:** Não necessariamente os estados com maiores valores gastos foram os que apresentaram melhores índices. O maior número de casos foi registrado no Sudeste e Sul, porém a mortalidade foi maior para o Norte e Centro-Oeste. Internaram mais homens, de 60-69 anos e brancos, porém tiveram maior mortalidade mulheres \geq 80 anos e amarelas.

O-020

ANÁLISE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A INSERÇÃO DE CATÉTER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

TRISTÃO F.R.; MOREIRA R.C.R.; FERRONATTO G.F.; NEVES G.C.S.

Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Contexto: Os cateteres venosos centrais totalmente implantáveis são hoje amplamente utilizados em pacientes em tratamento quimioterápico e também em pacientes cronicamente doentes com necessidade de medicação parenteral ou internações frequentes. O baixo índice de complicações relacionados ao procedimento auxiliam na menor morbidade dos referidos pacientes. **Objetivo:** Avaliar os resultados destes implantes no Serviço. **Métodos:** Foram analisados os pacientes submetidos a implante de cateter totalmente implantável para quimioterapia avaliando as complicações relacionadas ao procedimento e também as dificuldades relacionadas ao cateter em um prazo de 6 meses. **Resultados:** Foram analisados 53 pacientes com idade média de 52 anos, 85% eram do sexo feminino. A patologia de base foi a neoplasia de mama em 54% dos pacientes, os demais eram portadores de neoplasia de colon, pâncreas, leucemia, entre outras. Não houve complicação relacionada ao procedimento. Perdeu-se o seguimento de nove pacientes após o primeiro dia de pós-operatório. Dos demais, o seguimento médio foi de 85 dias (variação entre 7 e 180 dias). Durante o seguimento, 4 pacientes evoluíram para óbito por agravamento da doença de base. Dentre as intercorrências observadas houve duas pacientes com fluxo do cateter posicional e três com dor em túnel do cateter para veia jugular por mais que 5 dias. Não houve infecção registrada ou pneumotórax. **Conclusão:** O uso de cateter totalmente implantável em população oncológica é seguro com morbidade mínima e que assegura tratamento a longo prazo para o paciente.

O-021

ANÁLISE DE SÉRIE DE CASOS DE FÍSTULA AÓRTICA EM 5 ANOS

CARMO L.G.R.; MELO R.A.; FAINA L.; REIS R.; BARROCAS J.E.; SILVA E.W.G.M.; CAIAFA J.

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ

Contexto: A fístula aorto-brônquica (FAB) aorto-esofágica (FAE) é uma rara e complexa doença da aorta que evolui de forma letal se não tratada. Sua apresentação clínica consiste em dor torácica, hemorragias sentinela e evolução para hemorragia maciça mortal (triade de Chiari). O tratamento cirúrgico dessa patologia é complexo e muito discutido na literatura, sendo o padrão-ouro, a cirurgia convencional com desbridamento da fístula e reconstrução arterial extra-anatômica. No entanto, nos últimos anos, as técnicas endovasculares principalmente nos casos que abrangem somente a aorta torácica, têm sido vistas como alternativas nesse tratamento, com importante sucesso no pós-operatório imediato. Entretanto, trabalhos de acompanhamento a médio e longo prazo mostram que a manutenção da fístula e retorno do sangramento podem ocorrer em até 40% dos casos, evoluindo com morte caso não sejam reabordados de forma convencional. **Objetivo:** Apresentação de série de quatro casos de FAB e FAE tratados nos últimos 5 anos. **Métodos:** Análise retrospectiva de série de 5 casos de FAB/FAE tratados por um mesmo grupo de 2012 a 2017. **Resultados:** Três pacientes foram tratados com técnica endovascular com implante de endoprotese em aorta torácica. Todos os 3 pacientes evoluíram com recidiva do sangramento em até 4 semanas, havendo óbito em dois casos (66,6%). O terceiro caso endovascular foi submetido a toracotomia posterior com desbridamento do trajeto fistuloso e ligadura de intercostais com boa evolução. Dois pacientes foram tratados com cirurgia convencional com desbridamento e reconstrução aórtica. Apresentaram complicações pós operatórias como hepatite isquêmica (1) e empiema (2), porém com boa evolução. **Conclusão:** As FAB/FAE são doenças graves, letais e de manejo cirúrgico complexo. A cirurgia endovascular é vista como uma solução emergencial satisfatória ao curto prazo porém, tendo em vista seu alto índice de recidiva de sangramento e sua mortalidade a médio prazo, deve ser considerada, na grande maioria dos casos, como ponte para o tratamento definitivo.

O-022

ANÁLISE DESCRITIVA DOS ACHADOS CLÍNICOS DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL SANTA MARCELINA - SP

BIAGIONI L.C.; MIRANDA G.C.; BIAGIONI R.B.; INGRUND J.C.; BURIHAN M.C.; NASSER F.; BARROS O.C.

Hospital Santa Marcelina, São Paulo - SP

Contexto: O linfedema é uma doença crônica, caracterizada pela deficiência ou ausência de drenagem linfática, que cursa com edema de um ou mais membros associados ou não ao tronco ipsilateral e até genitálias. Afeta milhões de pessoas no mundo todo, secundária a infecções de pele, filariose e câncer. Pode ser primário, afetando um em cada 6000 nascidos vivos. Apesar da prevalência, ainda é uma doença estigmatizante e muitas vezes os pacientes não encontram o diagnóstico e o tratamento adequado. **Objetivo:** Avaliar os achados destes casos no Serviço. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, realizado por meio de análise dos prontuários eletrônicos de 106 pacientes portadores de linfedema, atendidos no ambulatório de cirurgia vascular do Serviço pelo Sistema Único de Saúde, no período de janeiro de 2014 a junho de 2017. **Resultados:** Foram avaliados dados de 106 pacientes com diagnóstico clínico de linfedema, 76,4% do sexo feminino, idade média de 58 anos, idade média do início do edema 28 anos (linfedema primário) e 42 anos (linfedema secundário). Em relação à etiologia, 52,8% linfedema secundário à erisipela, 20% linfedema primário, 13% linfedema associado ao lipedema, 4% secundário à neoplasia e cerca de 10% associado a outras causas. Não houve nenhum caso de linfedema secundário à filariose. Dentre as comorbidades associadas, as mais prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica (73 %), obesidade (44,74 %), diabetes (32,2 %), lipedema (19%). A maior parte dos pacientes apresentou estágio clínico II (International Society of Lymphology - ISL) (94,2%) e 14,5% apresentavam úlceras em atividade. Vinte e dois pacientes foram submetidos à linfocintilografia, evidenciando alterações compatíveis com linfedema. O tratamento recomendado foi a terapia física complexa (85%), meia elástica de alta compressão (15%) e em dois pacientes, cirurgia plástica para correção de lipodistrofias. **Conclusão:** O linfedema foi mais prevalente no sexo feminino, de etiologia secundária pós-infecciosa, associado à hipertensão arterial sistêmica e obesidade. Quanto à forma clínica, a classificação mais encontrada foi o grau II (ISL). A maior parte dos pacientes foi tratada com terapia física complexa.

O-023

ANÁLISE DO EFEITO DA IRRADIAÇÃO DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE EM VEIA POPLÍTEA E MODULAÇÃO DE ENZIMA GERADORA DE ÓXIDO NÍTRICO INDUZIDA EM PACIENTES COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA SUBAGUDA

BRIGIDIO E.A.; MORAES JUNIOR A.R.; BISCARO P.S.; AZEREDO G.C.; SIMONS S.A.; MESQUITA R.C.S.; OLIVEIRA JUNIOR J.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

Contexto: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma patologia importante por ser muito frequente e tem como característica, sintomas pouco específicos, o que muitas vezes dificulta o seu diagnóstico. O TEV acomete cerca de 2.000.000 de pessoas ao ano sendo que aproximadamente, 100.000 morrem por embolia pulmonar. O óxido nítrico modula reações inflamatórias ou anti-inflamatórias, dependendo do tipo celular e do estímulo, é liberado mais em artérias do que em veias. O laser de baixa intensidade exerce efeitos anti-inflamatórios importantes nos processos iniciais da cicatrização como, redução de mediadores químicos, de citocinas, diminuição da migração de células inflamatórias e incremento de fatores de crescimento, contribuindo diretamente para o processo de reabilitação tecidual. **Objetivos:** Avaliar o efeito da irradiação laser na veia poplítea com trombose venosa. **Métodos:** Foram utilizados 2 grupos de pacientes do ambulatório de trombose venosa profunda do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, com trombose subaguda em território femoropoplíteo, sendo analisado o efeito do laser de baixa intensidade, na topografia da veia poplítea, em relação ao diâmetro de veias femorais, poplíteas, gastrocnêmias medial e lateral e safenas parvas e também por meio da expressão de RNA mensageiro (RNAm) de iNOS (sintetase de óxido nítrico induzida) no sangue antes e depois da aplicação do laser. **Resultados:** O laser de baixa intensidade resultou em vasodilatação da veia gastrocnêmia medial, embora este efeito não foi observado nas outras veias analisadas, mostrando que apesar da veia comprometida pela trombose não apresentar os efeitos da irradiação laser, o sistema vascular é responsivo ao estímulo laser e possivelmente ao óxido nítrico gerado pela estimulação do laser. A expressão de RNA mensageiro (RNAm) de iNOS mostrou-se aumentada no sangue coletado após a irradiação com laser. **Conclusão:** Sugerimos que a irradiação laser provocou uma vasodilatação nos vasos menos acometidos pela trombose e aumento da expressão gênica de iNOS em pacientes com trombose venosa profunda.

O-024

ANÁLISE DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL E DO ÍNDICE BRAQUIO-BRAQUIAL COMO FATOR PREDITIVO DE LESÃO ARTERIAL TRAUMÁTICA DE EXTREMIDADES

SALIBA L.F.; MIYAMOTTO M.; RIBAS B.M.; RAYMUNDO C.L.; ROCHA L.P.; REBOLHO E.C.; DIAS A.P.; ANGELO B.Z.

Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba - PR

Contexto: As lesões arteriais traumáticas podem ocasionar sequelas importantes se não forem diagnosticadas e tratadas prontamente, na ocasião do trauma. O cálculo do índice tornozelo-braço (ITB) e do índice braquio-braquial (IBB) é fundamental na avaliação de pacientes com suspeita de lesão vascular de extremidade além de possibilitar a avaliação do paciente na ocasião da admissão hospitalar, sendo uma manobra semiológica obrigatória e de fácil execução. **Objetivo:** Avaliar a acurácia desses índices (ITB e IBB) em comparação com exames de imagem (eco-Doppler, angiogramografia e arteriogramografia) e exploração cirúrgica. **Método:** O estudo foi realizado de modo prospectivo em um centro de referência de trauma. No período de janeiro a dezembro de 2016, todos os pacientes com suspeita de lesão vascular traumática de extremidades foram avaliados com aferição do ITB e do IBB como parte da avaliação vascular de rotina. Os resultados dessa avaliação inicial foram comparados com os achados dos exames complementares de imagem ou com os achados operatórios, sendo que os índices abaixo de 0,9 foram considerados anormais. **Resultados:** Foram analisados 122 membros em 105 pacientes dos quais 95% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 29 anos (falta o DP). O principal mecanismo de trauma foi ferimento por arma de fogo em 67% dos casos e a extremidade mais comumente envolvida foram os membros inferiores em 60,6% das vezes. O ITB e o IBB abaixo de 0,9 apresentaram uma acurácia de 81% para a presença de qualquer lesão arterial nos exames complementares ou correlacionados com os achados operatórios. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) nessa amostra foram de 60%, 87%, 55% e 89%, respectivamente. Considerando apenas as lesões arteriais maiores, que necessitaram de algum tipo de intervenção médica, a acurácia do ITB e do IBB no reconhecimento dessas lesões foi de 85%. A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN foram 71%, 88%, 55%, 93%, respectivamente. **Conclusão:** A realização do ITB e do IBB apresentou-se como um método simples e eficaz para o diagnóstico de lesões arteriais traumáticas de extremidades, sendo sua realização obrigatória na avaliação vascular do paciente politraumatizado.

O-025

ANÁLISE DOS CASOS DE AMPUTAÇÃO POR DIABETES MELLITUS NO ESTADO DO PARÁ

FERNÁNDEZ M.M.; GONÇALVES JUNIOR A.M.; BASTOS A.M.P.A.; TAVARES I.S.; PIRES A.C.; NUNES Q.P.; LEANDRO M.N.; MELO L.O.S.

Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa), Hospital Beneficente Portuguesa, Belém - PA; CLINCER, São Paulo - SP

Contexto: O diabetes mal controlado responde por 70% das cirurgias de amputação de membros inferiores no Brasil, chegando a quase 60 mil amputações anuais. Uma de suas complicações mais frequentes é o pé diabético, caracterizado pela presença de lesões nos pés em decorrência das alterações vasculares e/ou neurológicas peculiares do DM. **Objetivos:** Verificar o número de amputações decorrentes do agravamento de diabetes no estado do Pará, no período de janeiro de 2002 a abril de 2013. Estabelecer a faixa etária predominante, a relação dos pacientes com pé diabético que evoluíram para amputação, e os fatores de risco associados (sobrepeso, sedentarismo e tabagismo). **Métodos:** Estudo epidemiológico de corte transversal, através de registros de amputações decorrente de pé diabético no Estado do Pará entre janeiro de 2002 e abril de 2013 disponibilizados pela plataforma de dados do Ministério da Saúde (DATASUS). Busca-se identificar associações com fatores relacionados às pessoas e à morbidade no estado do Pará. **Resultados:** Foram encontrados 2182 casos de amputação por diabetes mellitus (DM) no período de 2002 a 2013, sendo 1772 de pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes, 282 de diabetes tipos 1 e 2. Em 1141 casos (52%), houve a presença de pé diabético; distribuídos em 917 hipertensos e diabéticos, 159 com DM tipo 2 e 65 com DM tipo 1. De cerca de 4155 pessoas com pé diabético levantado no mesmo período, 27% evoluíram para a amputação. Nota-se expressivamente a taxa de amputações em indivíduos que apresentam concomitantemente hipertensão arterial sistêmica e DM. O tabagismo, esteve presente em um total de 746 casos de amputação, sendo que 394 também apresentaram pé diabético. O sobrepeso esteve presente em 833 casos de amputação por DM, enquanto que o sedentarismo alcançou 1065 indivíduos. **Conclusão:** Houve um número significativo de amputações por DM no Estado do Pará, estando em sua grande parte relacionados aos fatores de risco não controlados dos indivíduos. Dentre os fatores de risco o pé diabético, o tabagismo e o sedentarismo, foram os mais expressivos numericamente nos casos de evolução para a amputação. Esta análise demonstra a importância do pé diabético como a principal causa das amputações não traumáticas no Estado do Pará.

O-026

ANÁLISE DOS ENXERTOS FÊMORO-POPLÍTEOS INFRAGENICULARES COM PRÓTESE, REALIZADOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, NO PERÍODO DE FEVEREIRO DE 2012 A JUNHO DE 2017

BAPTISTA JUNIOR A.; BOSNARDO C.A.F.; GUILLAUMON A.T.
Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas - SP

Contexto: A cirurgia vascular restauradora por meio de pontes femoro-poplíteas com próteses é uma operação consagrada com bons resultados de médio e longo prazo. **Objetivos:** Estudo dos resultados das revascularizações de membros inferiores no território fêmoro-poplíteo infrageniculares, com o uso de próteses sintéticas, pela disciplina de Moléstias Vasculares do Hospital de Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, transversal, realizado do período de fevereiro de 2012 a junho de 2017. Foram avaliados os prontuários dos pacientes com doença arterial em território fêmoro-poplíteo infragenicolar, submetidos a revascularização desse segmento, com prótese, dos quais foram coletados dados como: idade, comorbidades, doença de base, oclusão ou perviedade dos enxertos no pós-operatório precoce, bem como no seguimento ambulatorial pós-operatório. **Resultados:** 22 pacientes, sendo 14 homens (63,6%) e 8 mulheres (36,4%). Dentre as doenças desencadeantes, tivemos a obstrução arterial crônica com lesão trifurca em 63% dos casos, aneurismas periféricos em 36% dos casos (desse, 7 de poplíteia e 1 de femoral). No seguimento desses pacientes houve 2 óbitos, sendo 1 no pós-operatório precoce por choque séptico refratário, e outro, 3 meses após cirurgia, por acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi). Houve sucesso do tratamento em 65,2% dos casos, com perviedade do enxerto e ganho no Índice tornozelo-braquial, e falha em 34,7%, com oclusão dos mesmos, sendo 5 no pós-operatório precoce e 3, no pós-operatório tardio. **Conclusões:** Pelo presente estudo, pôde-se conhecer a taxa de sucesso da revascularização de membros inferiores, em território fêmoro-poplíteo infragenicolar, com o uso de prótese, em pacientes que não dispõem de veia safena nativa como primeira opção, no período considerado, no HC-UNICAMP, dados compatíveis com a literatura.

O-027

ANÁLISE DOS ENXERTOS FÊMORO-POPLÍTEOS INFRAGENICULARES, EM PACIENTES COM ANEURISMAS DE ARTÉRIA POPLÍTEA, REALIZADOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, NO PERÍODO DE FEVEREIRO DE 2012 A JUNHO DE 2017

BAPTISTA JUNIOR A.; ALENCAR I.C.; BOSNARDO C.A.F.; GUILLAUMON A.T.
Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas - SP

Contexto: A cirurgia vascular restauradora aberta de aneurismas de artéria poplíteia é uma operação consagrada com bons resultados de médio e longo prazo. **Objetivos:** Estudo do tratamento de aneurisma de artéria poplíteia com revascularização do membro, usando enxerto fêmoro-poplíteo infragenicolar, pela disciplina de Moléstias Vasculares do Hospital de Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, transversal, realizado do período de fevereiro de 2012 a junho de 2017. Foram avaliados os prontuários dos pacientes com aneurisma de artéria poplíteia, submetidos a revascularização do membro, com enxerto, dos quais foram coletados dados como: sexo, idade, comorbidades, apresentação clínica ao diagnóstico, tipo de conduto utilizado no enxerto, oclusão ou perviedade dos mesmos no pós-operatório precoce, bem como no seguimento ambulatorial pós-operatório. **Resultados:** 24 pacientes, todos homens (100%), com idade média de 71,4 anos, 8 deles com aneurismas de artéria poplíteia bilateral. Em relação à apresentação ao diagnóstico, 20,8% deles foram em caráter de urgência, estando 3 rotos e 2 em obstrução arterial aguda. Houve oclusão de enxerto no pós-operatório precoce, em 12,5% deles, e sucesso do tratamento em 87,5% dos casos, com manutenção ou ganho no Índice tornozelo-braquial. **Conclusões:** Pelo presente estudo, pôde-se conhecer a taxa de sucesso da revascularização de membros inferiores, com enxerto, no tratamento dos aneurismas de artéria poplíteia, no período considerado, no HC-UNICAMP, dados compatíveis com a literatura.

O-028

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E TÉCNICOS PARA O TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO SETOR FEMOROPOLÍTEO TASC II D

BIAGIONI R.B.; BRANDÃO G.D.; BIAGIONI L.C.; BARROS O.C.; INOGUTI R.; NASSER F.; BURIHAN M.C.; INGRUND J.C.
Hospital Santa Marcelina, São Paulo - SP

Contexto: A cirurgia endovascular do setor femoropoplíteo é uma operação consagrada com bons resultados de médio e longo prazo. **Objetivo:** Avaliar os fatores de risco e técnicos associados a perviedade, salvamento de membro e sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento endovascular TASC II D femoropoplíteo. **Métodos:** Avaliados retrospectivamente 90 pacientes no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016. Utilizado prontuário eletrônico MV sistemas e a análise da arteriografia e vídeos de cada procedimento. 44,4% são homens e média de idade de 67,3 anos. Em relação aos fatores de risco 92,3%; 66,6%; 7,6%; 25,6%; 62,8% e 21,7% são hipertensos, diabéticos, renais crônicos, portadores de insuficiência coronária, ICC e em tabagismo ativo; respectivamente. Em 11,5%; 84,6% e 3,8% eram Rutherford 4, 5 e 6; respectivamente. O TASC II D por oclusão da artéria femoral superficial com mais de 20cm ocorreu em 20% dos casos e em 80% a oclusão de artéria poplíteia com envolvimento da trifurcação. **Resultados:** Houve insucesso técnico imediato em 3 pacientes (incapacidade de ultrapassar a lesão). A perviedade primária em 30 dias, 6 meses, 1, 2, 3 e 4 anos foi de 91%; 69,9%; 60,1%; 55,7%; 50,6% e 38,6%; respectivamente. Para a perviedade secundária para 30 dias, 6, 1, 2, 3 e 4 anos de 92,4%; 76,7%; 65,9%; 60,6%; 53,9% e 46,2%; respectivamente. Para o salvamento de membro em 30 dias, 6 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos e 4 anos foi de 95,2%; 88,3%; 82,2%; 76,9%; 71,8% e 63,7%; respectivamente. Reintervenção ocorreram em 17,9%. O acesso retrógrado foi necessário em 11,1%. Em 2 casos houve trombose arterial necessitando fibrinolítico, em 2 pacientes houve slow-flow e em 3 perfuração da artéria femoral superficial ou poplíteia. Analisando os fatores de risco e técnicos, os que evidenciaram significância estatística foram: sexo feminino para pior sobrevida OR: 8,942 (IC: 1,105-72,36) e maior incidência de amputação com o uso de stents para a oclusão de poplíteia que envolve a trifurcação (Log-Rank: p = 0,033). Quando se compara os dois tipos de TASC II D, o que envolve a poplíteia com a trifurcação apresenta melhor perviedade primária assistida e secundária (p = 0,025 e p = 0,036; respectivamente). **Conclusão:** No tratamento endovascular do TASC II D a perviedade primária assistida e secundária para a oclusão de poplíteia com envolvimento da trifurcação é melhor que no caso de oclusão maior que 20cm da artéria femoral superficial. O sexo feminino apresenta pior sobrevida e o uso de stents em pacientes com doença na trifurcação estão associados a maior risco de amputação.

O-029

ANÁLISE DOS RESULTADOS E CUSTOS DA ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA NO CENTRO DE TREINAMENTO EM CIRURGIA VASCULAR DE LONDRINA - VASCULON

HUK A.S.; SILVA R.B.; CAMASSA NETO R.H.; GUERRA N.M.; PANÇAN B.F.; FÁRIA J.L.F.; BALBELA A.C.P.
Irmãdade Santa Casa de Londrina, Grupo VASCULON, Londrina - PR

Contexto: A angioplastia de carótida (ATP) tem sido defendida como uma alternativa minimamente invasiva e barata para o tratamento de estenose de carótida, comparada com a endarterectomia de carótida. Entretanto, uma análise comparativa a curto prazo dentro do nosso serviço de cirurgia vascular nos mostra resultados diferentes. Nosso serviço, organizado há 10 anos, é responsável pelas cirurgias vasculares de grande e médio porte da região. Em relação a cirurgias de carótidas temos uma relação de 70% de endarterectomias de carótida e 30% de angioplastias realizadas durante o período de janeiro de 2015 a abril de 2017. **Objetivo:** Mostrar os menores custos e os melhores resultados da endarterectomia de carótida, evidenciando tempo de internamento e custo operacional. **Método:** Analisamos o custo médio de todas as endarterectomias de carótida (109 endarterectomias) realizados dentro do período 2015-2017 no nosso serviço. Analisamos os seguintes dados: custos processuais imediatos e a curto prazo, levando em consideração dias de internamento, as complicações imediatas (mortalidade, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio) e a curto prazo (infecção de ferida operatória, lesão nervosa, acidente vascular cerebral tardio) e os custos do material utilizado. **Resultados:** Foi observado que a endarterectomia de carótida apresentou melhores resultados, assim como um menor custo total, levando em consideração o valor dos materiais utilizados. O tempo de internamento de uma endarterectomia de carótida foi de dois dias, o mesmo observado após o procedimento de angioplastia. Fizemos uma projeção de quanto custaria cada procedimento cirúrgico se fosse optado por uma intervenção endovascular (angioplastia de carótida) e tivemos como resultado um custo médio endovascular 3,2 vezes maior, incluindo materiais e complicações, comparado com a endarterectomia de carótida. **Conclusão:** Observamos que há uma economia de custos realizando endarterectomia de carótida, e isso está relacionado às maiores taxas de acidente vascular cerebral (AVC) durante o procedimento de angioplastia e ao alto custos dos stents e materiais de proteção. As angioplastias de carótidas devem ser realizadas em pacientes sem condições clínicas ou com indicações absolutas para angioplastia. Dessa forma, concluímos que a endarterectomia de carótida mostra-se com uma menor taxa de complicações, menores custos, devendo ser a primeira opção para tratamento das estenoses de carótidas.

O-030

ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONFECCIONADAS PELO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DA DISCIPLINA DE MOLÉSTIAS VASCULARES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

SILVA V.A.F.; ALENCAR I.C.; BOSNARDO C.A.F.; GUILLAUMON A.T.

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas - SP

Contexto: A doença renal crônica está cada vez mais frequente, sendo o transplante renal, a diálise peritoneal e a hemodiálise opções na fase terminal dessa condição. O transplante, e a diálise peritoneal não são de acesso à grande parte dos pacientes, assim, a hemodiálise é a alternativa mais viável. As fístulas arteriovenosas são acessos de longa permanência que garantem bom fluxo sanguíneo e baixos índices de complicações. **Objetivo:** Analisar a variedade e complexidade das fístulas arteriovenosas confeccionadas pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). **Métodos:** Análise das cirurgias para confecção de fístulas arteriovenosas (FAVs) realizadas no hospital das Clínicas da UNICAMP de outubro de 2011 a outubro de 2015 em pacientes com doença renal crônica, dialíticos ou pré-dialíticos. Foram avaliados sexo, tipo de FAV, membro utilizado, uso de prótese e as complicações. **Resultados:** Foram realizados 166 procedimentos, em 139 pacientes, 79 homens (56%) e 60 mulheres (44%), 22 pacientes (15,8%) necessitaram de 2 ou mais procedimentos. Os membros superiores foram os mais utilizados, 156 vezes (94%). A técnica mais realizada foi a rádio-cefálica, 70 procedimentos (42%), seguida de braquio-cefálica, 45 (27,1%). Foram realizadas 10 fístulas nos membros inferiores (6%) e em 22 procedimentos foram utilizadas próteses (13,3%). Houve 1 caso de embolização distal (0,6%) e 3 casos de síndrome do roubo (1,8%). **Discussão:** Notou-se que grande parte dos pacientes já realizavam diálise por cateter central ou possuíam falência da FAV anterior. Preconiza-se em alguns serviços que a FAV seja realizada quando o paciente possui função renal residual, já que a presença de cateter central pode interferir na maturação da FAV. A confecção precoce diminui a necessidade de punção não programada, fator que pode levar à falência da fístula. Observou-se ainda que um grande número de pacientes retorna ao serviço de origem após procedimento, perdendo o seguimento e dificultando o diagnóstico de falência do acesso. **Conclusão:** A Cirurgia Vascular da UNICAMP, referência para outros serviços, possui experiência em confecção de FAVs, com baixo índice de complicações, englobando procedimentos complexos que beneficiam os pacientes. Concluindo, a maioria das fístulas foram realizadas antes da punção por cateter central, como é preconizado. O nosso Serviço pretende aumentar o número de FAVs precoces e melhorar o seguimento pós-operatório desses pacientes, através do controle de Doppler seriado.

O-031

ANÁLISE RETROSPECTIVA DO TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA CEAP 5 E 6 COM ESCLEROTERAPIA NO PERÍODO DE 1 ANO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (HUCFF)

COSTA R.R.; FONSECA J.L.T.; MARINHO A.C.O.; SILVA L.M.F.; LOPEZ G.E.; SARDENBERG J.P.; PINTO L.M.C.; FERREIRA C.C.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ

Contexto: A escleroterapia com espuma consiste na injeção intraluminal de espuma densa produzida a partir de uma mistura gás:líquido. A substância utilizada como esclerosante pode ser o polidocanol, tetradecil sulfato de sódio e o oleato de etanolamina em diferentes concentrações dependendo da veia a ser tratada. Dados da literatura mostram que este método é efetivo, com taxa de oclusão dos vasos tratados em cerca de 85% dos pacientes, cicatrização de úlceras em 84,5% dos casos e uma taxa de recidiva de 27,8%. **Objetivo:** Apresentar o número de casos e os resultados de tratamento com espuma de pacientes com insuficiência venosa crônica (IVC) de membros inferiores CEAP 5 e 6 tratados no Serviço no período de 1 ano. **Métodos:** Através do nosso banco de dados avaliamos retrospectivamente os pacientes classificados como IVC CEAP 5 e 6. Esses pacientes foram tratados de acordo com a insuficiência do vaso previamente analisado através de eco-Doppler colorido. Foi utilizado como agente esclerosante o polidocanol a 1%, 2% e 3% (de acordo com o vaso tratado), com volume máximo de 10 ml por sessão. As punções foram guiadas com eco-Doppler e utilizado elastocompressão com meia ou atadura elástica. Foram excluídos pacientes com doença arterial associada, história de trombose venosa profunda (TVP), doença maligna, trombofilias, forame oval patente. **Resultados:** Neste período não foram observadas complicações clínicas de grande relevância como TVP, ataque isquêmico transitório (AIT) ou acidente vascular encefálico (AVE), tromboembolia pulmonar (TEP) ou anafilaxia. A principal complicação foi a formação de coágulos e hiperemia no trajeto do vaso esclerosado. Observamos recanalização das veias insuficientes em alguns pacientes, redução significativa ou cicatrização das úlceras, porém todos relataram melhora da dor e edema nos membros inferiores. **Conclusão:** O tratamento com espuma se mostra eficaz na tentativa de fechamento da úlcera venosa. Este tipo de tratamento se revela promissor principalmente para pacientes com insuficiência venosa de membros inferiores complicada por úlcera e pacientes com comorbidades que dificultaria a realização de um procedimento anestésico.

O-032

ANÁLISE RETROSPECTIVA NO TRATAMENTO CONVENCIONAL DO ANEURISMA DE AORTA TORACOABDOMINAL NO CENTRO DE TREINAMENTO EM CIRURGIA VASCULAR DE LONDRINA - VASCULON

GUERRA N.M.; ANACLETO A.M.; MORALES M.M.; SILVA R.B.; CAMASSA NETO R.H.; PANÇAN B.F.; HUK A.S.; BALBELA A.C.P.

Irmandade Santa Casa de Londrina, Grupo VASCULON, Londrina - PR

Contexto: O aneurisma de aorta é a 13ª causa de morte nos EUA, sendo a 3ª causa de morte súbita. É subdividido em aneurismas torácicos, toracoabdominais (ATA) e abdominais (AAA). Os Aneurismas toraco-abdominais apresentam uma incidência de 6-10/100.000 pacientes-ano e apresentam alto potencial de letalidade. O tratamento do ATA, tipo III, IV e pararenais, pode ser realizado por cirurgia aberta ou endovascular, sendo que nesse tipo de aneurisma o tratamento convencional apresenta melhor resultado em morbimortalidade e custo operatório atualmente. **Objetivo:** Analisar a mortalidade, tempo de internamento e aspectos financeiros no tratamento do aneurisma de aorta toracoabdominal (III, IV e pararenais) no Centro de Treinamento em Cirurgia Vascular de Londrina - Vasculon no ano de 2016 e 2017. **Método:** Foi realizada uma análise retrospectiva, unicêntrica, observacional e transversal, com base na revisão de prontuários de 16 pacientes submetidos ao tratamento aberto (TA) com clampamento supra celíaco, sendo observado mortalidade pós operatória, tempo de internação e custo do procedimento, associado a revisão de literatura nos mesmos itens em relação ao tratamento endovascular. **Resultados:** Foi observado durante a análise retrospectiva dos pacientes submetidos ao tratamento convencional mortalidade de 0%, com tempo de internamento médio de 4 dias e um custo total (R\$ 90.867,36). Segundo alguns autores, o custo médio de uma cirurgia endovascular seria de aproximadamente R\$ 34.277,76 e mortalidade de 4,71%, sendo assim, seria gasto R\$ 548.444,16, no tratamento de 16 casos, um custo 6 vezes maior do que TA e com maior mortalidade em 30 dias. **Conclusão:** Concluímos que o TA quando realizado por equipe vascular e equipe multidisciplinar capacitada, apresenta uma baixa mortalidade e um baixo custo ao sistema único de saúde, sendo dessa forma a terapia de escolha no tratamento do ATA tipo III, IV e pararenais.

O-033

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM RISCO IMINENTE DE FISTULIZAÇÃO PARA DUODENO: RELATO DE CASO

BARBOSA M.I.F.L.; LIRA N.R.T.; SILVESTRE S.S.R.; RODRIGUES V.A.C.; SANTOS T.J.S.; ALBUQUERQUE G.S.C.; VILELA S.P.; VASCONCELOS F.L.

Hospital Getúlio Vargas, Recife - PE

A dilatação da aorta abdominal quando atinge um diâmetro 50% maior do que o esperado é chamado de aneurisma. Aneurismas de aorta abdominal (AAA) são encontrados incidentalmente com frequência, sobretudo na população idosa, sendo responsáveis por 90 a 95% de todos os casos de aneurismas de aorta. O principal risco relacionado aos aneurismas é a ruptura, evento com alta letalidade. A fistula aorto-entérica (FAE) é uma doença rara caracterizada pela comunicação entre a aorta abdominal e uma alça intestinal, 80% dos casos no duodeno distal. É classificada em primária ou secundária, a última mais frequente, incidência entre 0,6% e 2,4% em indivíduos submetidos à cirurgia por AAA. Relato do caso de uma paciente, admitida no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Getúlio Vargas em março de 2017, com AAA, submetida à by-pass axilobifemoral com prótese de PTFE, devido achado de aderência firme entre aneurisma e duodeno, com risco iminente de fistulização. Realizada revisão de prontuário e da literatura. LCS, 73 anos, hipertensa, tabagista há 58 anos, admitida com história de dor abdominal há 15 dias, inicialmente em FID. Realizada tomografia de abdome evidenciando imediatamente abaixo das renais, dilatação de aorta abdominal e bifurcação ilíaca de 10 x 5cm; ausência de sinais de dissecação; dilatação aneurismática de artéria ilíaca direita de 3,8cm. Submetida à cirurgia cujo achado foi AAA com aderência a 2ª e 3ª porções do duodeno, com risco iminente de fistulização. AAA de parede bastante frável, aspecto infeccioso (no histopatológico, reação gigantocelular tipo Langhans, com aspecto caseoso). Material enviado para imunohistoquímica, excluído Mycobacterium tuberculosis. Realizado by-pass extra-anatômico (axilobifemoral com prótese de PTFE anelada nº 8) pelo risco de infecção da prótese ou lesão duodenal, com aneurismectomia da aorta e ilíaca comum direita, ligadura 2cm abaixo das artérias renais e ligadura da ilíaca comum E externa D. Pós-operatório em UTI, extubada, sem droga vasoativa, mantendo boa perfusão distal, com uso de SNG. Encaminhada à enfermaria no 2º DPO, com início da dieta 5ª, com boa aceitação. Alta hospitalar no 8º DPO, para acompanhamento ambulatorial. O achado de iminente fistulização aortoentérica secundária à AAA é infrequente, sendo importante ter alternativas ao planejamento cirúrgico inicial diante este achado inesperado, bem como a disponibilidade de material adequado para tal.

O-034

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: CASUÍSTICA DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO (HSF)/HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA (HBP) – RIBEIRÃO PRETO, MARÇO 2015 A FEVEREIRO DE 2016

GUIMARAES D.C.; AMORIM H.F.; LAPEZAK R.K.; GERMANI NETO J.; CISCATO JUNIOR J.G.; MENDONÇA L.R.; BRANDAO M.F.S.; CHERUBIM FILHO C.A.

Hospital Beneficência Portuguesa (HBP), Hospital São Francisco (HSF), Ribeirão Preto - SP

Contexto: O aneurisma da aorta abdominal (AAA) consiste na dilatação maior que 50% no diâmetro dessa artéria. Entre os fatores de risco encontramos a idade avançada, o sexo masculino, o tabagismo e o histórico familiar. O diagnóstico geralmente é incidental já que os pacientes geralmente são assintomáticos e o exame de escolha para indicação e programação cirúrgica é a angiotomografia. **Objetivos:** Apresentar a casuística do serviço de cirurgia vascular e endovascular dos Hospitais Beneficência Portuguesa e São Francisco em Ribeirão Preto. **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários de 48 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico aberto (CA) ou endovascular (CE) do AAA em 2015 e 2016. Foram analisados dados demográficos e morbimortalidade pós-operatória. **Resultados:** Todos os pacientes foram submetidos à angiotomografia pré-operatória e fizeram pós-operatório em unidade fechada. O seguimento foi feito com consultas periódicas e exames de imagem conforme protocolo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV). A maioria das intervenções foi eletiva (87%). Os homens foram mais submetidos a intervenção e a média de idade foi de 70,3 anos. As principais comorbidades encontradas foram: hipertensão, tabagismo, dislipidemia, doença arterial coronariana, diabetes, doença arterial obstrutiva periférica, Parkinson e hipotireoidismo. A maioria dos pacientes foi operada pela técnica endovascular, que apresentou um menor período de internação. No grupo CE observou-se endoleak (II) com necessidade de reintervenção em apenas 1 caso e a mortalidade em 30 dias foi de 7%. Entre os pacientes submetidos a CA não houve óbitos. **Conclusão:** A principal indicação cirúrgica no AAA é o diâmetro e a técnica escolhida deve levar em conta a anatomia do aneurisma e as condições clínicas do paciente. No nosso serviço a principal modalidade foi a CE sendo que a CA foi indicada em pacientes com anatomia desfavorável, principalmente com relação ao colo. Tanto a modalidade cirúrgica quanto os dados demográficos (idade, sexo, comorbidades) desta casuística acompanha o descrito a literatura.

O-035

ANEURISMA DE AORTA JUSTA-RENAL - TRATAMENTO ENDOVASCULAR PELA TÉCNICA DE CHAMINÉ

FREITAS V.M.; HARA F.T.S.L.; SILVA NETO A.F.; PAIVA V.W.; PASTANA L.B.; MAGALHÃES C.B.S.; IORIO L.J.; ROSO A.C.B.

Hospital Municipal Salgado Filho, Rio de Janeiro - RJ

O tratamento cirúrgico do aneurisma de aorta abdominal justa-renal configura um importante desafio para o cirurgião vascular, principalmente nos pacientes com alto risco operatório. A terapia endovascular representa uma boa alternativa nesses casos, já que é um procedimento minimamente invasivo, com menor tempo cirúrgico e menor perda sanguínea. Todavia, a falta de colo infrarrenal adequado torna necessário o uso de técnicas endovasculares modificadas, como as endopróteses fenestradas ou ramificadas ou a técnica de chaminé ou snorkel. Neste relato de caso apresentamos um paciente masculino, 67 anos, HAS e tabagista que é admitido na emergência do hospital com quadro de dor abdominal e lombar há aproximadamente 10 dias. O exame físico evidenciou massa abdominal pulsátil e a angiotomografia confirma a presença de aneurisma justa-renal de 7cm de diâmetro estendendo até a bifurcação das ilíacas, bem como íliaca interna esquerda aneurismática. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico endovascular pela técnica de chaminé com implante de stent Fluency em ambas as artérias renais e de endoprótese bifurcada Zenith para correção do aneurisma. Além disso, realizamos embolização com mola da artéria íliaca interna esquerda. No pós-operatório, o paciente evoluiu com nefropatia por contraste de resolução espontânea e recebeu alta hospitalar após 10 dias do procedimento cirúrgico.

O-036

ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA COMO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE PARALISIA DE CORDAS VOCAIS

ALFAIA J.L.; CID L.C.; SANTOS N.L.

Hospital Militar do Exército de Fortaleza (HGEF), Fortaleza - CE; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE

Apresentação do caso paciente do sexo feminino, 77 anos, hipertensa, apresentando disfonia progressiva há 04 meses e leve disfagia a líquidos, sem dispneia ou dor torácica. Foi realizada avaliação pela Otorrinolaringologia que demonstrou avaliação vocal Voz: G2 R1 B2 A0 S0 I0, pitch agravado, loudness diminuído, tempo máximo fonatório diminuído + laringoscopia evidenciou-se paralisia de prega vocal esquerda em posição paramediana. Foi dado prosseguimento à investigação diagnóstica com tomografia de crânio, cervical e torácica e ecocardiograma, quando foi achado volume cardíaco aumentado e aneurisma sacular de arco aórtico após emergência da artéria subclávia esquerda de 8,0 x 5,2 mm. A paciente foi encaminhada para avaliação da cirurgia vascular, sendo submetida ao preparo renal preconizado (função renal era limitrofe) e angiotomografia de arco aórtico e vasos cervicais, tórax, abdome e pelve, confirmando os dados do aneurisma e mostrando a extensão do mesmo, com indicação de correção endovascular da lesão. A cirurgia foi realizada sem intercorrências, porém ao controle final apresentou "endoleak tipo IV", que foi corrigido após administração da protamina para reversão do efeito da heparina não fracionada. Foi realizada angiotomografia de controle após 48 horas de cirurgia que mostrou prótese bem posicionada e sem vazamentos. A paciente ainda em pós-operatório na UTI se manteve hipertensa e de difícil controle. Foi diagnosticada estenose bilateral de artéria renal, sendo otimizados os antihipertensivos e preparada o tratamento endovascular das estenoses. Porém, entrou em insuficiência renal aguda, sendo necessária a realização de sessões de hemodiálise. A paralisia de prega vocal pode ser uni ou bilateral e ter sua origem central ou periférica. Anamnese, exame físico e laringoscópico detalhados foram essenciais na suspeição clínica de outros diagnósticos diferenciais pois na ausência de achados estruturais no exame específico especializado, fez-se necessária a avaliação multidisciplinar do paciente. A presença de aneurismas de aorta torácica perfaz apenas 5% de todos os diagnósticos diferenciais de paralisia de pregas vocais, recente), tornando imprescindível avaliação de todo o trajeto do nervo vago. Faz-se necessária a intensificação do rastreamento diagnóstico em pacientes que perfazem os critérios e fatores de risco para a doença aneurismática da aórtica.

O-037

ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA - DESAFIO TERAPÊUTICO: RELATO DE CASO

ARAÚJO I.V.D.; CIDADE T.M.R.; MOREIRA R.W.C.; MELO G.; CARVALHO E.A.; GURGEL G.A.; SOUZA E.B.

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS), Universidade Potiguar, Natal - RN

Aneurismas de artérias viscerais são relativamente raros, os sítios mais acometidos são artéria esplênica e artéria hepática. Os aneurismas de artéria esplênica são tipicamente solitários, saculares e localizados no terço distal da artéria, na região de bifurcação e no hilo do baço. Ocorrem principalmente em mulheres (4:1), múltiplas, na sexta década de vida. Geralmente estão associados com aneurismas abdominais de outras artérias viscerais. Comumente ocorrem em situações de aumento de fluxo sanguíneo, tais como gravidez, fístulas arteriovenosas e malformações. Em pacientes sintomáticos e em muitos assintomáticos o tratamento deve ser instituído para diminuir o risco de ruptura. A abordagem pode ser endovascular ou aberta, de acordo com a história natural da doença. Este trabalho relata um caso de uma paciente, sexo feminino, 45 anos, nulípara, que apresentava dor em hipocôndrio esquerdo, cujo exame ultrassonográfico evidenciou artéria esplênica de calibre aumentado e presença de trombo mural. Posteriormente foi submetida a angiotomografia computadorizada que revelou artéria esplênica com trajeto tortuoso, apresentando várias dilatações aneurismáticas em seu trajeto. O tratamento instituído foi a embolização da artéria esplênica com resultado satisfatório.

O-038**ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÊNICA COM 15 CM COMO CAUSA DE DOR ABDOMINAL CRÔNICA**

REGERT R.; AGNE G.R.; LEAL G.A.; KRAFT G.M.; LUCAS M.L.; LICHTENFELS E.; ERLING JUNIOR N.; AERTS N.R.

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

Aneurisma micótico é o termo utilizado para descrever uma dilatação focal anormal de uma artéria, sendo essa, causada por algum microrganismo na parede do vaso. Dentre os possíveis patógenos causadores dessa doença, *Listeria monocytogenes* é uma entidade rara, acometendo a aorta e pacientes imunocomprometidos, sem relatos de acometimento de artérias de menor calibre. Este trabalho consiste em um relato de caso de um paciente com volumoso aneurisma de artéria esplênica causado por *Listeria monocytogenes* que foi submetido a endoaneurismorráfia. A *Listeria monocytogenes* é um bacilo gram-positivo que acomete principalmente mulheres grávidas, idosos, imunocomprometidos; A cirurgia é indicada em casos de aneurismas micóticos devido ao risco de rotura e catástrofe hemorrágica. A relevância desse artigo ocorre pela singularidade do caso, visto que, não há relatos na literatura caso semelhante. Entretanto, devido a elevada mortalidade, os aneurismas micóticos devem prontamente entrar no diagnóstico diferencial de dor abdominal crônica.

O-039**ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA APÓS REPARO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE BI-ILÍACA: RELATOS DE CASOS**

CATTO R.B.; KRIGER G.; LIMA C.A.; BUCHATZKY D.; ZEILMANN E.

Universidade do Vale do Itajaí, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Itajaí - SC

O presente trabalho tem como objetivo relatar dois casos de pacientes com aneurismas de artéria ilíaca após reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal com endoprótese bi-ilíaca. Análise de prontuário e documentação de arteriografia e angiogramografia helicoidal. Caso 1: AAS, 77 anos, sexo masculino, assintomático, em acompanhamento anual por AAA com tratamento endovascular prévio (2001) com prótese bi-ilíaca. Em 2008 a angiogramografia computadorizada evidenciou ectasia de aorta de 3,2 x 3,1 cm desde tórax até a prótese. Mantido tratamento expectante até 2012, quando o exame evidenciou ponte aorto bi-ilíaca com enchimento retrógrado de ilíaca direita e aneurisma próximo da ligadura, confirmado por arteriografia. Realizada embolização endovascular de AAI, com tomografia computadorizada (TC) de controle evidenciando exclusão total do aneurisma. Caso 2: JAC, 84 anos, sexo masculino, busca atendimento em 2016 com quadro de dor abdominal e abaulamento em abdome. Apresentava histórico de correção de endoprótese aorto ilíaca em 2006. Ao exame físico: regular estado geral, sinais vitais estáveis, abdome com massa abdominal localizada em quadrante inferior direito e região inguinal, não pulsátil, com flogose local, dolorosa à palpação, sem sopro à ausculta, pulsos femorais presentes e diminuídos. A TC evidenciou massa heterogênea envolvendo artéria ilíaca comum direita, elencando o diagnóstico de AAI roto, optado por realizar tratamento endovascular. Durante o procedimento, o aneurisma era íntegro, tratado com embolização de ilíaca interna e colocação de oclisor. Após avaliação da cirurgia geral, foi diagnosticado abscesso pélvico próximo ao aneurisma, com correção cirúrgica. Os casos apresentados relatam complicações da correção endovascular de AAA, o primeiro e o segundo caso com 4 e 10 anos de evolução, respectivamente. Segundo a literatura, a maioria dos casos apresentam intervalo de 5 anos de evolução. A frequência de AAI após reparo de AAA é subestimada (0,6-1,2%) devido à dificuldade na detecção clínica, já que cerca de 50% dos AAI são assintomáticos, assim como os casos relatados. O primeiro em acompanhamento anual e o segundo como um achado tomográfico, corrigido inicialmente devido à suspeita de aneurisma roto, com posterior elucidação diagnóstica de abscesso próximo à região do aneurisma, responsável pelos achados clínicos.

O-040**ANEURISMA DE ARTÉRIA ISQUIÁTICA COM ISQUEMIA AGUDA DO MEMBRO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

DJALÓ A.C.N.N.; SILVA A.P.; LIMA M.R.F.; ANDRADE G.H.V.; VÉRAS FILHO L.B.; ANJOS J.C.S.; MAGALHÃES L.R.O.; MOREIRA J.V.

Hospital da Restauração, Recife - PE

A persistência da artéria isquiática é uma rara má-formação congênita, em que o tronco vascular primitivo persiste como principal suprimento sanguíneo aos membros inferiores (mmii). Pode evoluir para dilatação aneurismática, para isquemia de membros, para compressão neuromuscular local ou até mesmo para sua ruptura. A persistência da artéria isquiática pode ser completa, em que essa artéria continua-se diretamente com a artéria poplítea e geralmente está associada com hipoplasia ou ausência da artéria femoral, enquanto no tipo incompleta a artéria isquiática é hipoplásica, de modo que predomina o sistema femoral. A arteriografia é necessária para o diagnóstico e para o planejamento cirúrgico. Mulher de 76 anos com história de massa palpável, pulsátil e indolor em região glútea direita há 1 ano. História prévia de claudicação intermitente dos mmii. Relatava frialdade e dor em perna direita há 3 semanas, e cianose em hálux direito há 7 dias. Negava história de trauma local ou parestesia em mmii. Ao exame identificamos massa pulsátil em região glútea direita, indolor, com frêmito discreto e sopro sistólico 4+/4+. Pulsos presente em femoral direita, diminuído em poplítea direita e distais ausentes, pulsos normais em membro inferior esquerdo. O eco-Doppler evidenciou aneurisma arterial em região glútea direita com trombo parietal. A tomografia computadorizada revelou tumoração de 7,7 cm x 4,2 x 5,0 cm de dimensões. A arteriografia mostra a artéria isquiática com aneurisma próximo à cabeça do fêmur esquerdo. O terço médio da artéria femoral superficial era hipoplásico e a isquiática se continuava como artéria poplítea, com oclusão de tibial anterior e tronco tibio-fibular. Nosso paciente tratava-se de persistência completa da artéria isquiática, na qual é indicada a revascularização do membro inferior associada à exclusão do aneurisma porém como o mesmo evoluiu com isquemia irreversível de mid foi realizado amputação de coxa direita e embolização do aneurisma da artéria isquiática, através de acesso femoral contralateral, com 8 mL de histoacryl, em maio de 2017. No pós-operatório, o paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar decorridos 3 dias. O paciente está em acompanhamento ambulatorial. O tratamento cirúrgico gera risco pela dificuldade de exposição e pela proximidade com o nervo isquiático. O tratamento endovascular foi uma opção possível e menos invasiva no tratamento do aneurisma.

O-041**ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA E FEMORAL PÓS REVASCULARIZAÇÃO ILIO-FEMORAL**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; REZENDE C.P.; CHEQUI M.T.M.; VIARENGO G.; PERSEGUIM A.B.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Os aneurismas verdadeiros de artéria femoral comum são pouco frequentes, porém, depois dos aneurismas de artéria poplítea são os mais encontrados. Com etiologia complexa, provavelmente com muitos aspectos etiopatogênicos do aneurisma da aorta abdominal apresenta como outras possíveis causas as arterites inflamatórias, infecção e doença de Behçet. Com muito mais frequência podemos encontrar os pseudoaneurismas por apresentar-se numa região muito exposta a traumatismos e os iatrogênicos por esta ser a via principal para os procedimentos diagnósticos e endovasculares. Os aneurismas verdadeiros de artéria poplítea são os mais frequentemente encontrados entre todos os aneurismas periféricos, porém, estima-se que sua frequência na população em geral seja de apenas 0,1% com predileção importante pelo sexo masculino e apresentando-se bilateralmente em cerca de 50% das vezes. Paciente do sexo masculino, 87 anos, encaminhado de outro serviço, vaga zero, apresentando dor e abaulamento em região inguinal esquerda, com diagnóstico ultrassonográfico de aneurisma de artéria femoral direita e endoprótese em artéria ilíaca e femoral direita. Ao exame físico foi evidenciada massa em região inguinal direita e muita dor na região com piora à palpação. Tendo o paciente vindo com ultrassom com laudo de endoprótese em artérias ilíaca e femoral devido ao quadro clínico, foi tentada a transferência do paciente para o serviço que teria efetuado a cirurgia. O serviço que havia realizado o suposto tratamento vascular se recusou a aceitar o paciente. Paciente submetido à cirurgia de exploração cirúrgica do aneurisma de artéria femoral, sendo encontrado aneurisma verdadeiro de artéria femoral comum e superficial logo após anastomose de prótese de dacron. Realizada revascularização com prótese de PTFE amada da prótese de dacron, anastomose término-terminal, para artéria poplítea após segmento aneurismático da mesma e implante da artéria femoral profunda na prótese de PTFE. Apesar de o paciente vir com exame de outro serviço acreditamos ser de importância relevante repetir o exame para se ter o diagnóstico do próprio serviço que vai realizar a cirurgia.

O-042**ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA ROTO: RELATO DE CASO**

MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; BISCARO P.S.; AZEREDO G.C.; SIMONS S.A.; BRIGIDIO E.A.; TODESCHINI A.C.; CHAHESTIAN C.

Conjunto Hospitalar Mandaqui, São Paulo - SP

O aneurisma de artéria poplítea (AAP) é o mais comum dos aneurismas periféricos (70-80%). Sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, na sexta década de vida, sendo 50 % destes bilaterais. Apresentam etiologia multifatorial: aterosclerose, traumas, pseudoaneurismas anastomóticos, infecções e traumas penetrantes. As manifestações clínicas incluem sintomas isquêmicos pela trombose ou embolizações distais, sintomas compressivos ou rotura, sendo esta última uma complicação rara. O presente estudo relata o caso de um paciente do sexo masculino, 58 anos, que deu entrada na Emergência do Conjunto Hospitalar do Mandaqui, no dia 27/03/2017, com hematoma pulsátil na fossa poplítea esquerda associado a dor com 1 mês de evolução e sinais e sintomas compressivos como edema e déficit sensitivo e motor do pé esquerdo, com piora há 1 dia da internação, mantendo pulsos e perfusão normais. Realizou angiogramografia que confirmou a hipótese de AAP roto. Foi submetido a um enxerto femoro-poplíteo infrapatelar com veia safena magna (VSM) reversa ipsilateral com esvaziamento do Hematoma, aneurismotomia e arteriorrafia de geniculares. No pós-operatório apresentou boa evolução clínica, com manutenção dos pulsos e reversão completa dos déficits neurológicos. A rotura de AAP é uma urgência vascular rara de tratamento cirúrgico, sendo o enxerto autólogo com VSM a alternativa com melhores resultados em termos de perviabilidade e funcionalidade do membro segundo a literatura.

O-043**ANEURISMA DE ARTÉRIA RADIAL DE CAUSA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO**

BRASIL E.A.; SILVA D.S.; QUEIROZ A.B.; MOTA R.S.; ARAÚJO FILHO J.S.; MORAES F.V.D.; SANTOS JUNIOR C.R.; SILVA C.N.P.
Hospital Ana Nery, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador - BA

Aneurismas de membros superiores são pouco comuns, quando se trata de aneurisma distal da artéria radial são ainda mais raros. Os relatos apresentam como etiologia do aneurisma de artéria radial um processo traumático local, ou aneurismas falsos, secundário a causas penetrantes ou iatrogênicas. Os fatores de risco para tal patologia são infecção local, principalmente pelo *Staphylococcus aureus*, doença vascular pré-existente, doença do colágeno, formação de hematoma e idade avançada. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de aneurisma de artéria radial por causa idiopática. Trata-se de uma paciente feminina, 61 anos, hipertensa, que procurou serviço de cirurgia vascular por um abaulamento pulsátil em face radial no dorso da mão esquerda. Com início há 2 anos, crescimento progressivo, dor discreta e esporádica em membro superior esquerdo. Paciente negou histórico de trauma local, atividade laborativa com impacto repetitivo na região ou qualquer doença vascular prévia. Ultrassonografia revelou imagem nodular pulsátil, circunscrita, com provável trombo no interior, medindo 2,9 x 1,6 cm, preenchida por fluxo turbilhonado ao Doppler colorido. Arteriografia revelou presença de aneurisma da artéria radial em segmento distal, com ramo distal enchendo o arco palmar, artérias ulnar e interossea de fino calibre, pérvias, arco palmar bem opacificado, através da artéria radial. Considerando os resultados dos exames optou-se por tratamento cirúrgico. Foi feito teste de Allen intra-operatório com manutenção de boa perfusão na mão. Foi procedida arteriotomia longitudinal com retirada de trombos murais e identificação e sutura dos óstios proximal e distal da artéria radial no interior do aneurisma. Verificado pulso ulnar e extremidade com perfusão adequada ao final do procedimento. A paciente apresentou boa evolução com boa perfusão da mão, sem déficits motores ou sensitivos e resolução dos sintomas prévios, em seguimento com 30 e 60 dias. A ligadura é a uma de artéria radial pode ser uma opção segura e factível na resolução dos aneurismas de artéria radial, especialmente quando há uma arteriografia pré-operatória, que dê segurança a tal procedimento.

O-044**ANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL COM FÍSTULA PARA A VEIA CAVA INFERIOR**

SANTAROSA M.B.; SILVA L.E.A.; SCHREINER C.A.; ZAMPIERI E.H.S.; FERREIRA N.G.T.; FERNANDES S.J.M.; RIBEIRO M.S.; JOVILIANO E.E.

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP

O aneurisma não traumático de artéria renal (AAR) é uma doença rara, sendo apenas o quarto aneurisma visceral mais comum, com uma incidência estimada em 0,1%. A ruptura do AAR é incomum, com apresentação de 5,6% ou menor e elevada mortalidade (80%). Apresentar o caso de um paciente encaminhado com suspeita de aneurisma de aorta toracoabdominal sintomático, que a angiogramografia forneceu o diagnóstico preciso. Paciente masculino, 38 anos, hipertenso e drogadito, encaminhado com história de dor abdominal inespecífica há 2 meses, associado a hematúria. Realizou ultrassom de abdome, que revelou dilatação aneurismática acima da emergência das artérias renais, com extensão de 16,4 cm e diâmetro médio de 7,8 cm. Na admissão, apresentava piora da dor abdominal há 1 semana, agora de forte intensidade, irradiada para epigástrico e flanco direito, associada a náusea e vômitos e sem relato de febre. Ao exame físico, regular estado geral, hipocorado, afebril, normocárdico e eupneico, PA 130 x 90 mmHg, massa pulsátil em epigástrico, sem peritonismo. Os exames complementares demonstraram HB 9,3; hematúria 306 hemácias/campo. Angiotomografia de abdome, evidenciou aneurisma roto de artéria renal direita, contido. Foi submetido laparotomia exploradora, com achados intra-operatórios que corroboraram as informações fornecidas pela angiogramografia. Adicionalmente, o procedimento revelou fístula do aneurisma para veia cava inferior. Foi realizado o reparo da fístula, seguido da aneurismectomia. No pós-operatório o paciente evoluiu satisfatoriamente, apresentando apenas ileo parilítico prolongado. Apesar de ser uma doença rara e de difícil diagnóstico, pode-se dizer que o paciente apresentou as manifestações clínicas mais típicas, como dor abdominal irradiada para dorso e hematúria. Nesse contexto, a Angiotomografia foi de fundamental importância para o diagnóstico da doença e sua complicação, bem como determinante para urgência da abordagem cirúrgica.

O-045**ANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL: TRATAMENTO EXPECTANTE, UMA VISÃO RELATIVISTA DA ENTIDADE PATOLÓGICA**

LEITE LIMA M.A.; SANDRI J.L.; JACKES C.M.; BRANDÃO N.A.; DA SILVA V.P.; MODENESI C.; FERRERIA E.C.

Centro Médico Hospitalar de Vila Velha, Vila Velha Hospital, Vila Velha - ES

Relatar um caso de aneurisma da artéria renal direita, onde o tratamento expectante relativista revela uma realidade que a medicina nacional ainda não pode dizer que trata o assunto com naturalidade, então vamos apreciar os fatos, as condutas e procedimento que são descritos a seguir. O.C.C, 55 anos, sexo feminino, parda, casada, natural e residente de Cariacica/ES. Relata dor flanco direito há 6 meses. HPP: nega hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, homocisteinemia, alergia medicamentosa, tabagismo e etilismo. Antecedentes cirúrgicos: dois partos normais, duas cesareanas, cirurgia de ombro, cirurgia de joelho, hemorroidectomia, CPRE, colecistectomia e angiografia de artéria renal. Histórico familiar negativo para aneurismas em geral. Medicamentos em uso regular: omeprazol, clonazepam, e atenolol. Optado por tratamento endocirúrgico com dois stent solitaire e 14 molas para embolização ou um stent solitaire e 18 molas. Ao passar na análise da câmara técnica do plano saúde que concordou com tratamento cirúrgico e liberou parcialmente o material, amarrando os demais materiais com liberação a posteriore baseado no envio de laudos técnicos relatando a necessidade do uso. Alteração de conduta em tempo, devido as possibilidades de evoluções múltiplas, com técnica já estabelecida na neurocirurgia mas ainda sem precedentes para o aneurisma da artéria renal na nossa casuística, opta-se por tratamento expectante com seguimento com exame de imagem de seis em seis meses. O paciente evolui há 12 meses sem ruptura, até 30 dias antes deste congresso (Brasil - Natal/RN - outubro de 2017 - Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular). Com a possibilidade de insucesso no procedimento e a dependência de liberação do restante do material após o procedimento, opta-se por analisar as indicações vigentes. 1) Associação com hipertensão reno-vascular; 2) tomo mural com microembolização evidente; 3) sinais clínicos e/ou radiológicos de ruptura; 4) possibilidade de gravidez associada; 5) calibre de 2,5 cm. O tratamento endocirúrgico está com boa indicação, muito embora a realidade financeira possa limitar nossa ação.

O-046

ANEURISMA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA - SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO

NAVARRO T.P.; VERGARA R.M.; PROCÓPIO R.J.; SALLES A.G.; NISHIYAMA M.P.; CARMO R.C.; ALMEIDA J.G.; BRITO C.M.

Hospital das Clínicas, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG

Aneurismas do segmento subclávio-axilar são raros, 0,4% dos aneurismas periféricos, devem ser tratados em razão do risco de complicações isquêmicas, devido aos fenômenos tromboembólicos, tanto em membro superior quanto em território carotídeo-vertebral, pela possibilidade de embolização retrógrada. Neste caso a causa foi compressão nervosa e vascular por anomalia congênita das vértebras cervicais "costela cervical", levando a compressão arterial caracterizada por fenômenos de isquemia no membro superior, caracterizando a Síndrome do Desfiladeiro Torácico. Descrever o caso de aneurisma de artéria subclávia direita (ASD) no Hospital Risoleta Tolentino Neves. Caso: Mulher, 56 anos, hígida, admitido com nodulação dolorosa, pulsátil, em região supra clavicular direita, há 4 meses. Referia piora da dor com movimentação do membro superior direito (MSD) e melhora com repouso. A elevação do braço surgia frialdade e parestesia até cotovelo, melhora após adução do braço. Episódio de isquemia aguda de MSD classe 1, há 4 anos - tratamento conservador com marevan por 6 meses. Desde então, assintomática. Angiotomografia cervical e torácica evidenciou arco costal rudimentar em c7, articulando-se com 1º arco costal a direita, dilatação fusiforme da subclávia direita em s2-s3, com diâmetro Máximo de 14,4 mm. Duplex scan arterial de MSD, evidenciou aneurisma em terço médio de ASD, com trombo intraluminal. Demais artérias pérvias. Optado por tratamento cirúrgico aberto - acesso supraclavicular para controle proximal, e acesso infra-clavicular, para controle distal - artéria axilar. Realizada ressecção de costela cervical direita. Aneurismectomia de artéria subclávia direita, seguida de interposição de prótese de PTFE 6. Paciente permaneceu estável durante procedimento. O pós-operatório em unidade intensiva, após 24 horas foi para enfermagem sem déficits neurológicos ou sangramentos. Alta com melhora total dos sintomas em seis dias após procedimento. Cerca de 60% desses aneurismas são ateroscleróticos e 10% ocorre associação com Síndrome de Marfan ou outra doença do colágeno. Em jovens, esses aneurismas podem ser traumáticos, infecciosos, congênitos e associados à Síndrome do Desfiladeiro Cérvico-Torácico, indicação de tratamento cirúrgico para evitar as complicações. A via de acesso deve ser individualizada. Neste caso, optou-se por exploração cirúrgica convencional, acesso combinado supra e infra clavicular, obtendo bons resultados imediatos.

O-047

ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA CERVICAL: RELATO DE DOIS CASOS

CONDE B.N.S.S.; FERREIRA J.M.A.; FERNANDES L.F.; OLIVEIRA F.A.C.; WARZOCHA V.N.M.; CAVALCANTE K.S.; SANTOS J.R.S.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia - GO

O aneurisma de carótida interna extracraniana corresponde a menos de 1% dos aneurismas arteriais. Sua principal etiologia é a doença aterosclerótica perfazendo cerca de 37-42% de todos os casos, com predileção pela bifurcação seguida pela carótida interna. Outras etiologias são lesões traumáticas, dissecções, displasia fibromuscular, infecções, radiação e algumas doenças do colágeno. Por ser uma condição clínica rara, é de difícil estabelecimento da exata história natural, indicações de tratamento e melhor técnica a ser usada. Geralmente assintomático e descoberto por achado de exame de imagem. Pode se apresentar como massa cervical pulsátil e em casos pode até provocar efeito de massa sobre a via aérea. A ruptura é rara, exceto em casos de origem infecciosa. A principal complicação é a embolização distal, que ocorre em cerca de 50-70% dos aneurismas não tratados. Os casos objetos do seguinte relato foram tratados nos Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no ano de 2016 pelo serviço de Cirurgia Vascular. No caso 1, paciente feminina, com quadro de massa pulsátil em região cervical cuja investigação demonstrou aneurisma sacular de 2,5 cm associado à redundância tipo "coil" da carótida interna cervical em seu terço médio. Foi tratada com ressecção do aneurisma e anastomose termino-terminal. No caso 2, paciente também feminina e clínica similar, que revelou aneurisma sacular de carótida interna aos exames. Devido à redundância tipo "kinking", foi tratada com ressecção do aneurisma e anastomose termino-terminal, apesar da necessidade de secção do músculo digástrico para melhor exposição do coto distal da carótida interna. Ambos os casos sem intercorrências no pós-operatório hospitalar e ambulatorial. Hoje o tratamento convencional consiste na excisão do saco aneurismático e revascularização da carótida distal. Com a vantagem de evitar dissecação cervical e consequente lesão de nervos cranianos e ser mais bem tolerada nos pacientes com alto risco cardíaco, o tratamento endovascular tem se tornado uma opção terapêutica eficaz. Portanto, apesar de raro, o aneurisma de carótida extracraniana deve ser tratado devido à sua alta morbidade, e hoje, o cirurgião vascular conta com um arsenal terapêutico variado e eficaz.

O-048

ANEURISMA DE VEIA POPLITEA: RELATOS DE DOIS CASOS

MIYAMOTTO M.; RAYMUNDO C.L.; MOREIRA R.C.R.; LORENZO M.; CASTRO L.C.; ANGELO B.Z.; SALIBA L.F.; MELANI A.R.A.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Serviço de Cirurgia Vascular Elias

Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Quando comparado à incidência de aneurismas arteriais, os aneurismas venozos são muito raros e na maioria das vezes diagnosticados de forma incidental. Os aneurismas de veia poplítea são os mais comuns e apresentam uma forte associação trombose venosa profunda e com embolia pulmonar recorrente. Os autores relatam dois casos de aneurisma de veia poplítea associados com trombose venosa profunda. No caso 1, TAON, 15 anos, sexo masculino, com queixa de massa atrás do joelho direito associada a dor com início há um mês. Apresentava também história prévia compatível com malformação vascular em região posterior de coxa. Ao exame físico apresentava uma massa de consistência firme em fossa poplítea direita associada a um aumento de volume difuso em região posterior de coxa direita. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica e reconstrução, seguido de anticoagulação sistêmica no pós-operatório. No caso 2, MG, 66 anos, sexo feminino. Apresentou quadro compatível com trombose venosa profunda de membro inferior esquerdo com edema intenso desde raiz de coxa. Relatava história de imobilização de poucas horas como único fator de risco detectável na anamnese. O eco-Doppler mostrou, além da trombose venosa de veias profundas, presença de aneurisma na veia poplítea. A paciente foi manejada com anticoagulação sistêmica com rivaroxabana, além de cuidados locais e terapia compressiva. Embora raros, os aneurismas da veia poplítea podem estar associados a sérias complicações tromboembólicas e devem ser considerados em pacientes com episódios de embolia pulmonar de repetição e ausência de fatores de risco para tromboembolismo.

O-049

ANEURISMA E PSEUDO ANEURISMA EM FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E PROPOSTA DE UMA DIRETRIZ PARA REALIDADE BRASILEIRA

CARVALHO L.C.N.; DAMASIO F.M.R.A.; MARDEGAN C.; LINARDI F.; DINAMARCO B.A.; COSTA J.A.

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo - SP

Contexto: O acesso vascular (AV) ideal para hemodiálise (HD) continua sendo a fístula arteriovenosa autóloga, porém com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevida dos pacientes renais crônicos em HD, a criação do AV, assim como sua manutenção tem sido um grande desafio para os cirurgiões vasculares que se dedicam a essa prática. A taxa de perviabilidade primária das fístulas arteriovenosas (FAV) em cinco anos é de apenas 40 a 50% e a necessidade de reintervenção para tratamento das complicações está aumentando com a finalidade de se manter a FAV funcional por maior tempo possível. As complicações mais frequentes das FAV são: trombose, estenose, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome do roubo, aneurisma e infecção. Os aneurismas (AN) e os pseudo aneurismas (PAN) podem ocorrer em 6 a 60% dependendo do método e do critério de identificação. Apesar da gravidade, existe uma falta de informação sobre AN e PAN na literatura e ainda não há consenso sobre a definição, classificação e tratamento. **Objetivo:** Apresentar uma revisão bibliográfica sobre o tema, a experiência do autor e propor uma diretriz para a realidade brasileira. **Método:** Realizada uma revisão da literatura utilizando o PubMed e levantamento do banco de dados de cirurgias relacionadas a acesso vascular para HD entre janeiro de 2004 a dezembro de 2016. **Resultados:** Na revisão de literatura, encontramos aspectos básicos como sua definição, mecanismo de formação, propostas para classificação, diagnóstico, complicações, técnicas cirúrgicas. Na experiência deste serviço, foram realizadas 3170 cirurgias. Desse total, foram realizadas 2830 cirurgias para construção das FAVs e 340 (10,72%) procedimentos relacionados a complicações do acesso. As cirurgias referentes a AN e PAN somaram 138 procedimentos (4,35% do total e 40,48% das complicações). **Conclusão:** O acesso vascular continua sendo um desafio do tratamento dialítico e, portanto, sua manutenção tem sido buscada de forma intensa pelos profissionais da área. A literatura atual enfatiza o tratamento das complicações do acesso com o objetivo de tratar e tentar, quando possível, mantê-lo funcional por mais tempo, evitando assim o uso de cateteres que podem ocasionar estenoses de veias centrais que comprometem a criação de novos acessos. No Brasil, a grande maioria dos centros de HD tem dificuldade de conduzir as complicações dos acessos. Sendo assim, uma diretriz para nossa realidade deve ser considerada.

O-050**ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA POPLÍTEA ROTO: RELATO DE CASO**

MANGOLINI J.P.; CARVALHO R.H.; HUBNER F.S.; CANDIOTO C.A.; ZAMPOLLI P.R.P.; BOSNARDO C.A.F.; FRANCISCHELLI NETO M.
Santa Casa de Limeira, Limeira - SP

Os aneurismas de artéria poplítea apresentam maior prevalência em relação aos aneurismas periféricos, são de difícil diagnóstico quando possuem pequeno diâmetro, o que aumenta o risco de perda de membro. A prevalência é maior no sexo masculino, sendo a aterosclerose o principal fator de risco; outros fatores são traumas, infecções e iatrogenias. Neste relato apresentamos o caso de um paciente de 86 anos, hipertenso e pneumopata que deu entrada no pronto socorro da Santa Casa de Limeira, com quadro de edema importante em fossa poplítea esquerda. Ao exame físico apresentava abaulamento em região poplítea, pulsátil, expansível do membro inferior esquerdo sem pulsos distais com índice tornozelo-braquial (ITB) de 0,76 (pedioso) e 0,82 (tibial posterior), membro viável, referia piora há 4 dias, negava trauma local. Exames complementares diagnosticaram aneurisma de artéria poplítea de 13,4 cm de diâmetro, com sinais de rotura. Paciente foi submetido a confecção de um enxerto com veia safena magna ipsilateral invertida entre a artéria femoral superficial e artéria poplítea infra genicular, com exclusão do aneurisma. A recuperação se deu em ambiente de unidade de terapia intensiva e enfermaria clínica, sem intercorrências. Paciente apresentou evolução satisfatória e, após 7 dias da cirurgia recebeu alta hospitalar, mantendo seguimento ambulatorial.

O-051**ANEURISMA ISOLADO DE ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA: RELATOS DE QUATRO CASOS**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; VARGAS A.; SIMÕES C.R.C.; NASCIMENTO P.C.; ABREU G.C.G.; VIARENGO G.; PEREIRA F.M.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

O aneurisma isolado de artéria ilíaca pode acometer uma ou mais artérias ilíacas, sem associação com aneurismas em outras regiões. São pouco frequentes e de difícil diagnóstico devido a sua localização na pelve. Estão mais associados com doença aterosclerótica, semelhante aos aneurismas de aorta. São mais frequentes no sexo masculino, entre a 6ª e 7ª década de vida e à direita, estando os sinais e sintomas relacionados à compressão de estruturas pélvicas adjacentes, embolização distal e ruptura. Relatar o tratamento cirúrgico realizado em quatro pacientes que apresentaram aneurisma isolado de artéria hipogástrica. No Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital e Maternidade Celso Piirro (HMCP) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas acompanhamos quatro pacientes com diagnóstico de aneurisma isolado de artéria hipogástrica. Um caso de uma paciente de 66 anos, com diagnóstico ao USG por queixa de cólica abdominal frequente, submetida à cirurgia com ligadura proximal e distal da artéria, apresentando boa evolução. O segundo de um paciente de 67 anos, também diagnosticado ao USG por suspeita de litíase renal, sendo corrigido através da colocação de endoprótese, também com boa evolução. No terceiro caso, o paciente deu entrada no pronto socorro com dores de forte intensidade em fossa ilíaca esquerda, onde apresentava massa pulsátil, com irradiação para a coxa. Submetido a tomografia e cirurgia de ligadura de artéria hipogástrica proximal e exeresse da massa aneurismática com boa evolução e assintomático. O quarto paciente chegou no PS do hospital com quadro de abdômen agudo, sendo submetido a tomografia computadorizada com diagnóstico de aneurisma de artéria ilíaca direita roto, submetido a cirurgia de urgência. Acompanhamos quatro pacientes com diagnóstico de aneurisma de artéria hipogástrica, sendo três submetidos a procedimento cirúrgico convencional e um a procedimento endovascular, três tratados eletivamente e um aneurisma roto em caráter de urgência, todos com boa evolução no pós-operatório. O aneurisma isolado da artéria ilíaca é pouco frequente, sendo o de hipogástrica ainda mais raro e com risco de complicações graves. Após realização do diagnóstico o tratamento deve ser realizado para evitar complicações como a ruptura.

O-052**ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

MOTA R.S.; CETTOLIN Q.C.; QUEIROZ A.B.; SANTOS R.C.; BRASIL E.A.; FIDÉLIS R.J.R.; ARAÚJO FILHO J.S.; LOPES C.F.
Hospital Ana Nery, Salvador - BA

Infecções associadas a aneurismas de aorta abdominal (AAA) são raras com incidência de 0,7-2,6%. Seu tratamento é desafiador, associado a prognóstico ruim e alta taxa de complicações. Relatamos um caso de AAA micótico com evolução favorável. Paciente sexo feminino, 17 anos, sem comorbidades, febre diária, de origem indeterminada durante 2 meses. Evoluiu com oclusão arterial aguda em membro inferior direito, submetida a embolectomia (08/03/17), mantendo sequela motora e necrose seca delimitada, sem sinais flogísticos, em falange distal de hálux. Identificada vegetação em valva mitral de 3,8 mm com insuficiência mitral importante; submetida a troca de valva mitral por prótese biológica (14/03/17) e isolado em culturas de tecido e hemoculturas Staphylococcus aureus sensível a oxacilina, que foi mantida por mais de 6 semanas. Testes para tuberculose, HIV, HTLV, sífilis e hepatites negativos; negava uso de drogas. No pós-operatório da cirurgia cardíaca, iniciou quadro de dor abdominal com piora progressiva; angiotomografia de aorta (30/03/17) evidenciou dilatação aneurismática sacular, maior diâmetro 5,8 cm no nível da bifurcação aórtica, colo 1,3 cm de diâmetro e 4,6 cm de extensão, associado a oclusão de artérias ilíacas comuns reabitando na bifurcação das últimas; diâmetro de AICD 1 cm e AICE 0,65 cm. Pulsos femorais ausentes. Transferida para unidade de referência na Bahia. Submetida a aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal em 20/04/17 (mesmo dia da admissão). Identificada ruptura da parede posterior de aorta com exposição das vértebras; não foi visto secreção purulenta ou tecidos desvitalizados. Optado por tratamento com interposição de prótese de dacron bifurcada 14 x 7 mm em aorta e ilíacas comuns, após trombectomia de ilíacas. Abertura de pulsos femorais bilaterais. Culturas de fragmentos de parede de aorta negativas para aeróbios. Ampliado esquema antimicrobiano para piperacilina + tazobactam e vancomicina, mantido por 14 dias. Extubada no pós-operatório imediato, uso de droga vasoativa por curto período, função renal normal. Alta hospitalar no 27º PO. Mantém acompanhamento ambulatorial assintomática. O tratamento desta patologia se mantém controverso. Este caso levanta a possibilidade de se evitar o uso de enxerto extra-anatômico quando o intra-operatório não evidencia sinais de infecção ativa, associando o uso de antibioticoterapia prolongada guiada previamente a abordagem cirúrgica abdominal.

O-053**ANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA HIPOGÁSTRICA: RELATO DE CASO**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; SANCHES V.C.; CIRINI J.H.; NASCIMENTO P.C.; SAKAMOTO P.Y.; VIARENGO G.; SILVA G.S.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

O aneurisma isolado de artéria ilíaca pode acometer uma ou mais artérias ilíacas, sem associação com aneurismas em outras regiões. São pouco frequentes e de difícil diagnóstico devido a sua localização na pelve estando mais associados com doença aterosclerótica, semelhante aos aneurismas de aorta. São mais frequentes no sexo masculino e à direita, estando os sinais e sintomas relacionados à compressão de estruturas pélvicas adjacentes, embolização distal e ruptura. Relatar o caso de um paciente do sexo masculino de 68 anos que chegou no PS do hospital com aneurisma roto de artéria ilíaca interna. No Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital e Maternidade Celso Piirro (HMCP) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas operamos um paciente de 68 anos que chegou no PS do hospital com quadro de abdômen agudo. Ao exame físico apresentava PA de 130 x 70 mmHG, FC de 80 bpm, descorado, desidratado, com abdômen globoso e Blumberg positivo. Solicitado tomografia de abdômen com diagnóstico de aneurisma roto de artéria ilíaca interna. Paciente submetido a cirurgia de urgência. Acompanhamos um paciente com diagnóstico de aneurisma de artéria hipogástrica roto, sendo submetido a procedimento cirúrgico com ligadura dos cotos proximal e distal do saco aneurismático, que apresentou isquemia de membro inferior direito no intra-operatório sendo submetido a embolectomia com cateter de Fogarty sem progressão proximal do cateter sendo então submetido a revascularização extra-anatômica fêmoro-femoral cruzada. O aneurisma isolado da artéria ilíaca é pouco frequente, sendo o de hipogástrica ainda mais raro e com risco de complicações graves. Após confirmação diagnóstica o tratamento adequado apresenta bons resultados, evitando complicações graves como a ruptura.

O-054

ANEURISMA ROTO EM AORTA ABDOMINAL SUPRARENAL: RELATO DE CASO

GURGEL C.S.; CHACON B.P.; FERNANDES S.O.; GALVÃO A.F.O.; SILVA G.P.; MORAES C.A.; DUTRA C.A.A.; MORAES R.D.S.
Universidade Potiguar, Natal - RN

O aneurisma arterial é definido como uma dilatação focal de pelo menos 50% do diâmetro normal de uma artéria, sendo a aorta abdominal o vaso mais acometido. Tipicamente são aneurismas degenerativos, causados por processo aterosclerótico. A grave complicação da progressão da dilatação é a ruptura, um evento com prevalência ascendente na prática clínica e que confere alto índice de morbimortalidade à doença, requerendo uma abordagem cirúrgica imediata. Estudo descritivo tipo relato de caso. Paciente, sexo feminino, 93 anos, admitida no Pronto Socorro com queixa de dor abdominal há 3 dias. Apresenta um histórico de aneurisma de aorta abdominal (AAA) há 20 anos. Ao exame físico foi constatada massa abdominal pulsátil. Foi solicitada tomografia computadorizada abdominal com contraste e angiogramografia, a qual revelou AAA suprarrenal, com sinais de ruptura, maior diâmetro de aproximadamente 9,24 cm e presença de calcificação em aorta abdominal, tronco celiaco, renal esquerda e direita. A correção cirúrgica foi impossibilitada de ser realizada devido às condições clínicas da paciente e do aneurisma, que envolvia as artérias renais, mesentérica superior e tronco celiaco. Após 36 horas de internação, a paciente evoluiu para o óbito. O AAA é o mais habitual na prática clínica, sua prevalência é de 2 a 4%. Apesar de mais comum em homens e indivíduos de idade avançada, o sexo feminino é um fator de risco associado à sua ruptura. A tríade clássica é encontrada em 26% dos casos e inclui dor abdominal, dor lombar e massa abdominal pulsátil, dentre as quais a paciente apresentou dor abdominal e massa abdominal pulsátil, motivo pelo qual, associado ao histórico do AAA há 20 anos, levantou-se a hipótese diagnóstica de ruptura do AAA. Os aneurismas rotos apresentam melhor prognóstico quando diagnosticados na fase de expansão aguda, devido a uma mortalidade menor comparado com a fase pós-ruptura, que se trata de uma urgência e necessita de tratamento cirúrgico. Sendo assim, a paciente, admitida durante a fase pós-ruptura, apresentava indicação de abordagem cirúrgica imediata, a qual não foi realizada. A ruptura de um AAA é um evento cada vez mais frequente e apresenta elevada taxa de mortalidade. Nesse sentido, é de fundamental importância a realização de um diagnóstico precoce, além de intervenção adequada em período hábil, a fim permitir aos pacientes maiores chances de um bom prognóstico.

O-055

ANEURISMA SACULAR ROTO DE AORTA TORÁCICA COM FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA: RELATO DE CASO

RAZUK FILHO A.; SOUZA B.O.; KARAKHANIAN W.Z.; KARAKHANIAN W.K.; ANGELI B.; BERNARDI W.H.; CAFFARO R.A.; CASTELLI JÚNIOR V.

Serviço de Cirurgia Vasculard, Hospital Central, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo - SP

Paciente JRS, 58 anos, deu entrada em outro serviço com história de dor abdominal irradiada para região torácica, com início há um mês e piora há 3 dias. Evoluiu com hematêmese. Foi realizada endoscopia digestiva alta com evidência de abaulamento pulsátil tamponado por coágulo ao nível do estreitamento aórtico, em esôfago médio, a 34 cm da arcada dentária superior. A angiogramografia evidenciou dilatação saculiforme com contornos irregulares comprometendo as paredes lateral esquerda e anterior da transição toracoabdominal da aorta, de 7,8 cm de diâmetro e 5,3 cm de extensão. Realizado no primeiro dia de internação tratamento endovascular da aorta torácica (TEVAR), e no 16º dia colocação de prótese esofágica. Angiogramografia torácica controle mostra endoprótese bem local e sem endoleaks, e RX contrastado do esôfago estômago e duodeno controle apresenta prótese esofágica pérvia e sem trajeto fistuloso. O tratamento conservador da fistula aorto esofágica é fatal. O tratamento cirúrgico consiste em impedir a comunicação entre esôfago e aorta. Sabe-se que as principais causas de fistulas aorto esofágicas são: aneurisma de aorta torácica, ingestão de corpo estranho, tumores, cirurgias do esôfago e da aorta torácica. Em pacientes com boas condições gerais, uma opção consiste na abordagem do aneurisma de aorta por cirurgia aberta e isolamento do esôfago no mesmo tempo cirúrgico por esofagectomia ou esofagoplastia. Fato baseado na elevada taxa de complicações infecciosas provenientes do esôfago, como fistulas esôfago pleurais e mediastinite. No caso em questão optou-se por abordagem endovascular do aneurisma sacular roto, como uma alternativa à cirurgia aberta, associado a prótese esofágica para tratamento da fistula aorto esofágica. A associação de aneurisma roto de aorta torácica e fistula aorto esofágica é rara, com poucos casos relatados na literatura. O caso reportado chama atenção devido associação de técnica endovascular e endoscópica com desfecho satisfatório.

O-056

ANEURISMAS DE ARTÉRIAS ILÍACAS COM ANATOMIA COMPLEXA - Z-BIS BILATERAL SEM USO DE ENDOPRÓTESE DE AORTA BIFURCADA

KUHNEN J.O.; EWALD E.; KAESTNER P.M.M.; SORDI A.E.; NUNES B.F.; SILVA L.F.; PEREIRA C.N.; ARAÚJO M.E.F.

Hospital Santa Catarina de Blumenau, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau - SC

Contexto: Os aneurismas das artérias ilíacas isolados são incomuns, compreendendo menos de 2% de toda a doença do aneurisma abdominal. Porém, a ruptura dos aneurismas em território ilíaco está associada à morbidade e mortalidade significativas. Ao longo da última década, as opções de tratamento intervencionista tornaram-se alternativas estabelecidas para o reparo cirúrgico aberto. Com este avanço tornou-se possível algumas vezes a preservação da artéria ilíaca interna. **Objetivo:** Relatar um caso de implante de endoprótese bifurcada de artéria ilíaca comum bilateral com preservação da circulação das ilíacas internas. **Métodos:** Relato de caso de implante de endoprótese bifurcada de ilíaca (Z-Bis Cook) bilateral sem implante de endoprótese em aorta infrarenal com diâmetro normal com acompanhamento de três anos. Paciente masculino, 63 anos, procurou atendimento vascular com queixa de insuficiência venosa crônica de membros inferiores. Durante a investigação com ultrassom Doppler venoso em região pélvica evidenciou-se dilatação das artérias ilíacas bilateralmente. A complementação da investigação vascular com angiogramografia de aorta abdominal e pelve confirmou aneurisma de artérias ilíacas comum e ilíacas internas. **Resultados:** Considerando os riscos de embolização da artéria ilíaca interna, colo proximal da artéria ilíaca comum bilateral e idade do paciente optamos por implante de endopróteses bifurcadas bilateral em artérias ilíacas. O procedimento não teve intercorrências e não foram visualizados vazamentos ("endoleaks") nas angiografias de controle. Tem prazo superior a 3 anos de acompanhamento com angiogramografia e ultrassom Doppler com bom posicionamento das endopróteses e ausência de endoleaks. Paciente assintomático e praticante de atividade física regular como maratona. **Conclusão:** Conforme levantamento de literatura, métodos endovasculares como embolização da artéria ilíaca interna, técnica de sanduíche e uso de endoprótese de bifurcada em território ilíaco associado à endoprótese de aorta abdominal, são descritos para alternativa ao tratamento cirúrgico aberto dos aneurismas de artérias ilíacas comum e interna isolados. Apresentamos uma opção factível de implante de endoprótese de ilíaca bilateral (Z-Bis Cook) sem uso de endoprótese de aorta com acompanhamento superior a três anos de evolução.

O-057

ANEURISMAS MÚLTIPLOS EM PACIENTE ADULTO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

DJALÓ A.C.N.N.; ALENCAR C.R.P.; SILVA A.P.; SERAPHIM J.P.P.

Hospital Unimed Recife, Recife - PE

Aneurisma é definido como uma dilatação focal e permanente da artéria com um aumento de pelo menos 50% do diâmetro normal do vaso. Aneurismas aórticos múltiplos, ou seja, a presença de dois ou mais aneurismas em artérias diferentes, estavam presentes em 12,6% dos 1510 pacientes com reparação de aneurismas da aorta por Crawford e Cohen. Nosso objetivo é relatar caso de aneurismas múltiplos em paciente adulto. SRS, masculino, 67 anos, hipertenso, diabético, ex-fumante e com doença coronariana grave, com história de aneurismas múltiplos, acompanhado em consultório desde 2013. Foi evidenciado em angiogramografia a presença de aneurisma em artéria subclávia direita, artéria femoral comum e origem da profunda direita, ilíaca direita, aorta torácica e abdominal, origem do tronco celiaco e renal direita e aneurisma gigante em artéria renal esquerda. Foi submetido a implante de endoprótese na aorta torácica em 2013 recebendo alta hospitalar. Porém após 3 anos o mesmo apresentou dor abdominal sendo submetido a angiogramografia e arteriogramografia onde foi evidenciado a expansão do aneurisma gigante da artéria renal esquerda. Optou-se pela colocação de stent graft (Fluency 6 x 40 mm) em artéria renal esquerda em julho de 2016. Em outubro de 2016, retorna ao hospital com dor em região inguinal direita com aneurisma de ilíaca externa e femoral comum gigante em expansão sendo submetido a aneurismectomia e ponte ileo-femoral profunda com prótese de dacron, pois o mesmo apresentava oclusão de femoral superficial. Evoluiu com infecção da prótese de dacron em abril de 2017, onde foi submetido a retirada da mesma e realizado ponte da ilíaca comum para a poplítea com prótese de PTFE anelada pelo forame obturador. SRS evoluiu com boa perfusão periférica sem dor e estável hemodinamicamente, e permanece aguardando tratamento do aneurisma de subclávia direita, aneurismas proximal e distal a endoprótese aórtica torácica, aneurisma em emergência do tronco celiaco e aneurisma em aorta abdominal infrarenal. Após a doença arterial coronariana, o principal responsável pelo aumento da mortalidade após o reparo de um aneurisma da aorta é o risco de ruptura de um segundo aneurisma aórtico. Dessa forma, o planejamento do tratamento cirúrgico para aneurismas múltiplos da aorta é influenciada pela localização, diâmetro e sinais e sintomas dos aneurismas, os quais predizem o tipo do tratamento, se endovascular ou aberto, e a sequência de reparo.

O-058

ANGIOPLASTIA DE VEIA RENAL E EMBOLIZAÇÃO GONADAL NA SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES: RELATO DE CASOBOLDO M.G.; DUTRA C.F.; LAIN V.V.; TERRES D.M.; CHALÁ F.
Universidade de Caxias do Sul (UCS), Hospital Geral, Caxias do Sul - RS

A Síndrome de Quebra-nozes ou Nutcracker syndrome se caracteriza por uma alteração anatômica na qual a artéria mesentérica superior e a artéria aorta abdominal provocam uma compressão em formato de pinça na veia renal esquerda, culminando com o aumento da pressão desse segmento venoso. A sintomatologia é pouco específica, porém, habitualmente manifesta-se por dor lombar esquerda e dor abdominal, com ou sem hematúria macroscópica, microscópica ou proteinúria. Devido ao quadro inespecífico, o diagnóstico, em geral, é tardio. É relatado nesta publicação o implante de stent endovascular em veia renal esquerda para o tratamento da Síndrome de Quebra-nozes em uma mulher de 37 anos, portadora de anemia falciforme, com histórico de hematúria macroscópica associada à dor em flanco esquerdo há cerca de um ano. Os objetivos desse relato são discutir a evolução clínica da paciente, os achados clínicos e laboratoriais, assim como sintomas correlacionados possibilitando a revisão de dados na literatura que versam sobre essa patologia, que se enquadra no quesito de hematúria a esclarecer, alertando o médico assistente sobre tal possibilidade diagnóstica.

O-059

ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL COM STENT DE VEIA RENAL ESQUERDA NA SÍNDROME DE NUTCRACKER

RAMALLI JUNIOR E.L.; ISSA M.C.F.; FERREIRA N.G.T.; ZAMPIERI E.H.S.; DALIO M.B.; DEZOTTI N.R.A.; RIBEIRO M.S.; JOVILIANO E.E.

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP; Faculdade de Medicina, Universidade de Araraquara (UNIARA), Araraquara - SP

A Síndrome de Nutcracker (NCS) foi descrita em 1950 por El Sadr e consiste na compressão da Veia Renal Esquerda (VRE) entre a Aorta Abdominal e a Artéria Mesentérica Superior. Hematúria, proteinúria, dor pélvica crônica, dor lombar, varizes pélvicas, varicocele são alguns dos sintomas relacionados a compressão da VRE. Relatar o tratamento endovascular com stent de 2 casos de NCS com apresentações clínicas distintas. Caso 1: feminino, 25 anos, com queixa de hematúria e dor pélvica crônica, durante investigação com urologia foi identificado compressão de VRE em CT de abdome. Submetida a angioplastia intraluminal de VRE com Wallstent®. No pós-operatório apresentou remissão completa dos sintomas. Caso 2: masculino, 15 anos, com queixa de dor testicular intensa e varicocele a esquerda. Em investigação com urologia foi identificado refluxo em veia gonadal esquerda ao US Doppler e compressão de VRE a CT de abdome. Submetido a angioplastia de VRE com stent Protege®. No pós-operatório evoluiu com melhora dos sintomas e aguarda abordagem da varicocele com a urologia. Apesar de descrita há mais de 50 anos, a epidemiologia, os critérios diagnósticos e métodos terapêuticos da NCS ainda não estão bem estabelecidos. Sua prevalência não é definida, no entanto é mais comum em jovens na 2-3 décadas de vida e em mulheres. Não há critérios diagnósticos objetivos, todavia, a presença de sintomas sugestivos associado a detecção de alterações anatômicas em exames de imagem são suficientes para o diagnóstico. O tratamento pode variar desde o tratamento conservador com melhora dos sintomas até a nefrectomia nos casos de hematúria refratária. O tratamento aberto clássico é a transposição da VRE, no entanto o tratamento endovascular é promissor nesse território. Os dois casos relatados, tratados pela técnica endovascular apresentaram melhora dos sintomas com menor morbidade e menor tempo de internação. O tratamento endovascular da NCS é uma opção terapêutica com menor morbimortalidade, associado a menor tempo de internação. Contudo, mais estudos sobre a patência e o seguimento em longo prazo de stents em território venoso visceral são necessários.

O-060

APLICAÇÕES DA IMPRESSÃO 3D NA CORREÇÃO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DE AORTABOLDO M.G.; SILVEIRA S.R.; DUTRA C.F.; LAIN V.V.
Hospital Geral, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul - RS

Contexto: O tratamento endovascular (EVAR) de aneurisma de aorta abdominal (AAA) tornou-se o método de escolha na maioria dos pacientes. Limitações técnicas ainda existem por indisponibilidade de material, inexperiência cirúrgica ou anatomias complexas que não permitem a exclusão adequada do saco aneurismático. A prototipagem rápida tridimensional (3D) tem demonstrado um grande potencial para o aperfeiçoamento cirúrgico em casos desafiadores. **Objetivo:** Selecionar casos desafiadores e gerar a prototipagem rápida de um AAA complexo. **Métodos:** Aquisição do arquivo DICOM através de angiotomografia abdominal e processamento para análise em CAD (computer-aided design). Sequenciamento e finalização gerando arquivos compatíveis com impressão tridimensional. **Resultados:** O modelo 3D foi impresso com sucesso, permitindo o estudo de seus potenciais benefícios na correção endovascular do aneurisma de aorta. **Conclusão:** A modelagem 3D do aneurisma de aorta abdominal é promissora no meio acadêmico para formação dos novos especialistas, de modo que corrobore para auxiliar o entendimento espacial dos casos mais complexos. Na indústria, permite gerar modelos rápidos e reais no intuito de desenvolvimento de novas tecnologias e próteses mais eficazes, ampliando a gama de pacientes que podem ser tratados pelo método endovascular.

O-061

ARCO AÓRTICO À DIREITA, INOMINADA ABERRANTE E DIVERTÍCULO DE AORTA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURASANCHES S.M.V.; CORDEIRO M.C.; CETTOLIN Q.C.; SANTOS R.C.; AQUINO M.A.; MELO V.N.S.; FIDELIS R.J.R.; LUDUVICE F.M.
Hospital Santa Izabel, Santa Casa de Misericórdia da Bahia; Hospital Ana Nery, Salvador - BA

Anomalias de aorta são alterações anatômicas raras, geralmente assintomáticas ou relacionadas a sintomas compressivos de órgãos adjacentes, e seu tratamento geralmente está associado a diâmetro das dilatações pelo risco de ruptura. Aneurismas de arco aórtico à direita tem incidência em torno de 0,05%; os achados anatômicos variam, desde o padrão de distribuição dos troncos supra-aórticos, a localização da aorta descendente (direita ou esquerda), a relação da aorta com origem anômala de um dos vasos envolvidos, até a relação da traqueia e esôfago com o arco aórtico e anomalias cardíacas associadas. Objetivo deste trabalho é relatar de um caso raro envolvendo anomalias da aorta e apresentar revisão de literatura para discutir propostas terapêuticas. Paciente 63 anos, sexo masculino, com sintomas dispépticos de início recente, sem queixa de dor torácica ou disfagia. Endoscopia digestiva alta não evidencia lesões em mucosa, porém apresentava sinais de compressão extrínseca do esôfago. Angiotomografia de aorta torácica evidenciava arco aórtico e aorta descendente à direita, artéria inominada à esquerda aberrante (oriunda da aorta ascendente) e divertículo de aorta. Revisão de literatura realizada em base de dados PubMed, com a busca de trabalhos publicados no período de 2004 a 2017, utilizando palavras-chave "Kommerell's diverticulum", "ductus diverticulum" e "Right aortic arch". Os divertículos de aorta foram classificados por Salomonowitz em três tipos: (1) em arco aórtico à esquerda com subclávia esquerda aberrante; (2) em arco aórtico a direita com subclávia esquerda aberrante; (3) de aorta na junção aorto-ductal ("ductus diverticulum"). Este último é um ducto remanescente da parte infundibular do ducto arterioso; é comum na infância (até 33% das crianças) que pode envolver com o tempo ou manter-se ao longo dos anos. Com aprimoramento das tomografias computadorizadas com possibilidade cortes finos, são cada vez mais frequentes estes "achados" nos exames de imagem. Toma-se clinicamente importante quando há dilatação do divertículo em relação a aorta, especialmente os maiores de 3 cm pelo risco de ruptura para órgãos adjacentes, e necessita de tratamento. É importante se conhecer as anomalias da aorta, variações anatômicas, classificações e riscos para se avaliar indicações terapêuticas, evitando-se, assim, evoluções desfavoráveis.

O-062

ARTERIOMEGALIA DE MEMBRO SUPERIOR

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; SIMOES C.R.C.; LOPES F.L.; NASCIMENTO P.C.; REZENDE C.P.; CHEQUI M.T.M.; VIARENGO G.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

As fístulas artério - venosas (FAV) de membros superiores são acessos vasculares definitivos, realizadas de maneira terapêutica para a realização de hemodiálise ou de maneira profilática quando a função renal limitrofe exigirá sessões futuras de hemodiálise. Uma vez que o alto fluxo arterial flui pelo conduto de baixa resistência e alta complacência venosa, o paciente portador de FAV evolui com a arterialização do segmento venoso e a formação de aneurismas único ou múltiplos no corpo venoso da FAV. As punções repetitivas da FAV associada a dilatação aneurismática da mesma aumentam o risco de rotura da FAV. Paciente do sexo feminino de 37 anos, renal crônica dialítica, tinha sido submetida a FAV em outro serviço e também submetida a outros dois procedimentos cirúrgicos pós FAV. Apresentava ao exame físico massa pulsátil na região da FAV de aproximadamente 5 cm com cicatrizes de cirurgias anteriores. Paciente submetida a ressecção de massa aneurismática e anastomose termino-terminal de artéria braquial com boa evolução no pós-operatório. O paciente evoluiu bem com pulsos radial e ulnar palpáveis após a realização da cirurgia de reconstrução. Dois anos após o procedimento cirúrgico a paciente retornou ao serviço com presença de massa pulsátil no mesmo local da cirurgia anterior. Ao exame angiográfico foi verificado arteriomegalia de artéria subclávia, axilar e artéria braquial. As FAV para hemodiálise apresentam alta incidência de complicações, tais como aneurismas, infecção, trombose e oclusão. Devido ao risco de infecção local, o uso de próteses para reconstrução arterial deve ser evitado. Os aneurismas de FAV podem ser tratados com interposição de enxerto venoso ou reconstrução termino-terminal na eventualidade porém deve-se manter vigilância das complicações das mesmas podendo desenvolver dilatação arterial mesmo depois de corrigido o aneurisma.

O-063

ARTERITE CANNABINÓIDE: RELATO DE CASO

PIRES G.L.O.; CUNHA A.C.; MELO B.M. RODOVALHO L.F.F.; BARRROS J.W.S.; LIMA FILHO A.V.; LIMA E.C.; LINS E.M.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE

A cannabis é a droga ilícita mais utilizada do mundo. O abuso pode gerar consequências cardiovasculares, como a arterite canabinóide (AC). O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de AC. GCS, 34 anos, masculino, usuário crônico de maconha por 20 anos, com disfunção cardíaca, trombose venosa profunda (TVP) e claudicação intermitente, tendo evoluído com dor em membro superior e inferior direito associado a cianose e livedo reticular. A arteriografia demonstrou achados de tromboangeite obliterante (TAO). Após evoluir com síndrome coronariana aguda, foi realizado ecocardiograma que evidenciou trombo em ventrículo esquerdo, cintilografia demonstrou hipocinesia segmentar e disfunção sistólica grave. A cineangiocoronariografia excluiu coronariopatia. Exames laboratoriais foram negativos para trombofilias e doenças autoimunes. Foi tratado com AAS, heparina, treinamento de marcha e combate ao uso da maconha. Embora tenha melhorado consideravelmente, houve períodos de piora após abuso da droga. AAC é uma variante da TAO, tendo clínica e imagem arteriográfica indistinguível, exceto pelo abuso da cannabis, a qual além de induzir a trombose arterial e venosa, pode cursar com vasoconstricção periférica e coronariana, como ocorreu no caso. O diagnóstico deve ser suscitado em adultos jovens com doença venosa e arterial periférica, principalmente nos membros inferiores, com achados clássicos de TAO na arteriografia acometendo dois ou mais segmentos, principalmente infrageniculares, após excluir doenças autoimunes, trombofilias e diabetes. Manifestação clínica é variada. No caso, embora tenha trombo no VE, podemos atribuir este fenômeno aos efeitos trombogênicos, e na doença periférica a etiologia é mista envolvendo embolia e trombose arterial justificada pela arteriografia característica de TAO, recidiva dos sintomas após o abuso e a TVP. A biópsia deve ser evitada por agravar o quadro inflamatório. O tratamento é clínico envolvendo o combate ao abuso da droga, AAS, e em casos severos pode realizar a simpatectomia ou infusão de iloprostadil. Os bloqueadores de canais de cálcio e compressão pneumática intermitente melhoram a dor por aumenta o fluxo sanguíneo. A cirurgia de revascularização é uma exceção e a amputação ocorre em até 40%. Assim, a AC é uma entidade pouco comum, principalmente com tantas repercussões cardiovasculares que merece mais estudos, e medidas preventivas por meio de políticas públicas.

O-064

ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

CATTO R.B.; KIGER G.; LIMA C.A.; BUCHATZKY D.; ZEILMANN E.

Universidade do Vale do Itajaí, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Itajaí - SC

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de arterite de Takayasu (AT). Análise de prontuário e documentação de arteriografia, angiogramografia helicoidal e exame anatomopatológico. Paciente feminina, 34 anos, apresentou-se em consulta com queixa de claudicação intermite de membros inferiores (MMII) - 100 m, com história prévia de endarterectomia e patch de veia cava superior em artéria femoral comum direita (AFCD) há 3 anos. Ex-tabagista há um ano, em uso de Atorvastatina e AAS. Ao exame físico: ausculta cardíaca e exame das carótidas sem particularidades. Pressão arterial de 200/110 mmHg; sopro em aorta abdominal (4+/4+) e ausência de pulsos em MMII. US Doppler prévio do ano anterior demonstrava AFCD pérvia. Exames complementares descartaram hiperhomocisteinemia; a angiogramografia mostrou estenose de 70% da aorta distal, > 50% da artéria renal direita e < 50% da artéria renal esquerda, estenose difusa de 50% da artéria ilíaca comum direita com espessamento parietal. O anatomopatológico demonstrou aterosclerose. Provas inflamatórias: VHS 12mm e PCR 12,2 (normal até 10). Após revisão da lâmina do anatomopatológico, constatou-se compatibilidade com AT. Fez uso de prednisona para remissão da doença e metotrexate para manter estabilidade. Após 1 mês apresentou hipertensão refratário ao uso pleno de enalapril, espironolactona, atenolol e anlodipino. Ao exame físico, apresentou pulsos em membros inferiores ausentes, fluxos bifásicos ao Doppler portátil, pressão arterial sistólica divergente entre membros, com índice tornozelo-braquial de 0,66 à direita e 0,61 à esquerda. A Arteriografia demonstrou lesão renal à direita; aorta distal de 90% e regressão das lesões da artéria renal esquerda e ilíacas. Evoluiu clinicamente com parestesia e dor de membros inferiores sendo suscitado de oclusão de aorta e confirmada numa segunda arteriografia, sendo submetida a angioplastia de aorta sem stent e programado angioplastia de artéria renal direita, realizada posteriormente com sucesso. A angiogramografia de controle mostrou remissão da doença. A paciente evoluiu com claudicação em MSD e oclusão de braquial no sítio cirúrgico com trombose secundária de toda artéria radial. A arterite de Takayasu é uma vasculite granulomatosa crônica, de etiologia desconhecida, mais prevalentes em mulheres. Possui como principal característica a inflamação transmural do vaso; que gera espessamento, estenose, dilatação e ou formação de aneurismas.

O-065

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS EM INTERAÇÕES POR VEIAS VARICOSAS NAS EXTREMIDADES INFERIORES NO ESTADO DO PARÁ

FERNÁNDEZ M.M.; GONÇALVES JUNIOR A.M.; LEÃO R.J.; TAVARES I.S.; PIRES A.C.; NUNES Q.P.; LEANDRO M.N.; MELO L.O.S.

Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa), Hospital Beneficente Portuguesa, Belém - PA; CLINCER, São Paulo - SP

Contexto: A insuficiência venosa crônica (IVC) dos membros inferiores (MMII) é a mais prevalente das doenças venosas. Essa anormalidade causa dor e desconforto e pode evoluir para formação de úlceras de estase venosa. Vários fatores de risco têm sido associados ao seu desenvolvimento, como idade, sexo, estilo de vida, dieta, uso de hormônios, gravidez, história familiar e outros. Na prática clínica, os pacientes geralmente são jovens, mulheres, e têm história familiar de veias varicosas. A IVC é uma afecção muito comum, embora de mortalidade praticamente nula, apresenta morbidade importante e leva a piora da qualidade de vida dos doentes. **Objetivo:** Descrever a epidemiologia de interações por veias varicosas nas extremidades inferiores segundo o sexo e idade no Estado do Pará. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal cujos dados foram obtidos por consulta às bases de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. A população do estudo foi constituída por todos os casos de interações por veias varicosas nas extremidades inferiores, em pessoas de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 69 anos, com registrado no período de janeiro de 2008 a abril de 2015 no estado do Pará. Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** No período de 2008 a abril de 2015 foram constatados um total de 17.244 interações por veias varicosas nas extremidades inferiores no Estado do Pará; sendo 1.822 casos em indivíduos do sexo masculino, 15.422 casos em indivíduos do sexo feminino; a faixa etária mais acometida está entre 30 e 49 anos. **Conclusão:** Através dos dados obtidos pode-se afirmar que os episódios de veias varicosas nas extremidades inferiores apresentam números relevantes no estado do Pará, sempre lembrando a necessidade das notificações para estudos como este e para elaboração de estratégias de saúde adequadas. Além disso, foi possível confirmar que esta afecção é mais frequente entre as mulheres. Por fim, observou-se sua associação com a idade, estilo de vida, uso de hormônios e gravidez, já que acomete principalmente a faixa etária entre 30 e 49 anos.

O-066

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: DESAFIO NA CRIAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO

GOMES T.C.; NASCIMENTO J.F.B.; ANDRADE F.N.; OLIVEIRA T.; SOUSA E.C.; FARIAS U.F.; CARVALHO G.O.S.

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria - RS

Contexto: A neuropatia é a complicação crônica mais comum e precoce do diabetes mellitus (DM), configurando o pé diabético. A progressão do quadro pode acarretar em amputação do membro acometido, causando importante redução na qualidade de vida do portador. As altas taxas de amputações secundárias ao pé diabético ensejam medidas preventivas como estratégia de saúde coletiva. Assim, objetivou-se conhecer os fatores de risco associados a amputações por pé diabético e identificar entraves na prevenção dessa complicação. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, nas bases de dados virtual SciELO e LILACS com o auxílio dos operadores Booleanos e dos seguintes descritores: Pé Diabético, Amputações, Diabetes Mellitus, Envelhecimento na População, Assistência ao Idoso, realizada no período entre março e abril de 2016. Os filtros utilizados como critérios de inclusão foram: ser artigo científico, disponíveis na íntegra, publicados entre 2008 e 2015, de acesso livre e gratuito, que abordasse a faixa etária como fator de risco. Nas duas bases encontramos cinco artigos que versavam sobre o tema e buscavam responder a questão norteadora inicial. **Resultados:** Os estudos apontam que a amputação de membros inferiores decorrente do pé diabético é mais incidente em idosos. Além da idade, fatores associados, como a doença arterial oclusiva periférica, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência venosa crônica e tabagismo são condições comumente associadas. Afora isso, corroboram entre si que os portadores de DM negligentes ao tratamento têm pior prognóstico, sendo o rastreamento, o acompanhamento periódico e a educação importantes medidas de prevenção. Nota-se uma dificuldade de prevenção, associadas principalmente a baixa escolaridade e a idade avançada. **Conclusão:** Os estudos apontam para existência de uma grande necessidade de educação, articulando a capacitação profissional e dos diabéticos, especialmente sobre a doença, diagnóstico precoce, co-responsabilização no tratamento, métodos preventivos e autocuidado. Dessa forma, espera-se impactar de maneira positiva na redução de amputações de membros inferiores.

O-067

ATENÇÃO PRESTADA AO PACIENTE PORTADOR DO PÉ DIABÉTICO EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO

GOMES T.C.; NASCIMENTO J.F.B.; ANDRADE F.N.; OLIVEIRA T.; SOUSA E.C.; MOTA C.G.G.

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria - RS

O diabetes mellitus (DM) é problema de saúde pública e suas complicações acarretam uma redução importante na qualidade de vida do portador. A avaliação de fatores relacionados ao paciente, bem como as constantes reavaliações acerca do controle das taxas glicêmicas e evolução clínica das complicações são necessárias para intervenções e melhorias no atendimento e seguimento desses. Este trabalho teve como objetivo conhecer a atenção à saúde oferecida ao paciente quanto à prevenção do pé diabético. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, transversal, com abordagem quanti-qualitativo realizado em um município de pequeno porte do interior paraibano paciente portadores de DM (n = 48) tipo I e tipo II. Utilizou-se de um questionário semiestruturado, composto por questões acerca de assistência ao paciente e orientações recebidas sobre prevenção de complicações. Houve predominância do sexo feminino (60,4%) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais frequente (54,2%). Os pacientes compareceram à consulta médica no último ano (79,2%), contudo, não tiveram os pés examinados em sua maioria (64,6%) e não receberam orientações sobre cuidados com os pés (56,2%). Entretanto, as orientações eram relacionadas à lavagem dos pés, uso de hidratante e corte adequado das unhas. Apenas um paciente havia passado pelo Teste do Monofilamento. Quanto à dieta e exercício físico foram orientados para 66,7% e 72,9% dos entrevistados, respectivamente. Diminuir o consumo de açúcar foi a orientação mais frequente (56,2%), seguida de redução da ingestão de massas e arroz (40,6%). A caminhada de trinta minutos diária foi à atividade física mais orientada. Apesar da boa frequência às consultas médicas, percebe-se que os pacientes não possuem os pés examinados adequadamente e não recebem orientação personalizada aos seus hábitos diários de vida. Sabe-se que modificação de comportamentos e adesão aos cuidados preventivos dos pés diminui a instalação de complicações. Já os profissionais de saúde devem intervir na realidade dos portadores de DM com medidas educativas, além de prestar uma atenção integral com vistas a reduzir alterações que predisõem ulcerações e amputações.

O-068

ARTERIOVENOUS MALFORMATION ON THE THORACIC AREA: CASE REPORT AND TECHNICAL ISSUES

LEMONS JUNIOR A.N.; LEMONS S.D.; ROCHA M.G.; GUIMARÃES A.M.

Faculdade de Medicina, Faculdade São Leopoldo Mandic, Serviço de Cirurgia Vascular, Irmandade de Misericórdia de Campinas, Campinas - SP

Arteriovenous malformation is an anomaly of the capilar development that results in a straight connection between branches of an artery and veins, without none intervening capillary web. The vascular malformations of the mediastinum that presents as mediastinal masses are rare. We report a case histologically comproved of a previous mediastinal arteriovenous malformation on a 22 years old man that was diagnosed by an US of the thorax during an investigation of a nodulation on the chest area. We discussed the arteriovenous malformation and reviewed the literature findings. Male patient, 22 years old, without comorbidities, referred to the vascular surgery ambulatory by presenting a nodule on the anterior pre-sternal thoracic wall for one year, asymptomatic, denying trauma. On the examination presented: nodulation of approximately 5 cm with irregular edges painless to the palpation with absence of logistics signals. Requested chest US Doppler (05/05/2016): nodular image of precise limits, solid, slightly heterogeneous, measuring 2,1 x 1,6 x 1,1 cm showing abundant arterial vascularization with nourishing artery on the anterior wall coming from the thoracic wall. Chest angiogram (05/31/2016): nodular injury hypervascularized in between the major paramedian chest musculature at left, adjacent to the medium third of the external body, measuring about 1,9 x 1,5 cm. Such injury apparently is nourish by fine arterial branches, with the origin on the left subclavian artery and also by thin branches originating from the internal thoracic artery called mammary artery. Arterial embolization was performed without complications. He remains asymptomatic in outpatient follow-up in 1, 3, 6 months and after 1 year. Results and discussion: Embolization was performed by puncture of the right femoral artery, through the insertion of a guide 0.035 x 180 cm and A 6Fr introducer, followed by mammary and Bern 5Fr catheteres to selective the left subclavian artery and then the internal mammary artery. Hydrophilic guides 0.035 x 180 cm were used followed by Renegade Hiflow 3 Fr micro catheter with Choice guide extra-support 0,014 x 182 cm. Branching angiographies were performed to identify the site of AVM, and Particles Contour embolization 710-1000 nm. Control angiography showed expected results.

O-069

ATRITE SÉPTICA E OSTEOMIELEITE NA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR: RELATO DE CASO

ARAÚJO M.; NASCIMENTO J.F.; ALMEIDA K.C.A.

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus - BA

A artrite séptica na articulação esternoclavicular (AEC) é uma condição rara, que ocorre em apenas 1 % das atriites sépticas. Nós relatamos um caso de artrite séptica na AEC esquerda decorrente de um foco infeccioso no pé esquerdo, com posterior evolução para osteomielite. Uma mulher de 42 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 1 há 30 anos. A paciente tinha história de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, osteomielite e polineuropatia sensitiva, autonômica e motora. Ao exame físico referiu dor a palpação e foi notada uma tumefação de 4 cm no raio maior, localizada na região de transição cervico-torácica esquerda. As imagens da tomografia do tórax e ressonância magnética revelaram focos gasosos de perneio que se iniciavam em topografia da AEC esquerda, associado a erosões ósseas, distensão cápsulo-sinovial, estendendo-se para a porção superior do mediastino anterior e indica nessa região aérea de abaulamento, respectivamente. Os exames foram sugestivos de um processo inflamatório e infeccioso na AEC devido à artrite séptica que evoluiu para osteomielite. No tratamento cirúrgico observou-se a presença de abscessos na AEC e destruição óssea de parte do esterno e da clavícula, corroborando assim para o diagnóstico de osteomielite, uma das principais complicações evolutivas da artrite séptica. O ato transoperatório constituiu-se de uma esternotomia parcial, ressecção do terço medial da clavícula esquerda e desbridamento dos abscessos. A paciente foi tratada de acordo com o diagnóstico clínico de artrite séptica e osteomielite, no qual realizou o uso de meropenem, vancomicina e fluconazol até a análise histológica. No exame citopatológico, não se observou a presença de um patógeno, sendo esse resultado atribuído à antibioticoterapia prévia para o tratamento da infecção no pé esquerdo. Durante o pós-operatório ocorreu recidiva dos abscessos, que provocou mudança de antibiótico. A artrite séptica é descrita como uma infecção da articulação causada por microorganismo. Essa inflamação pode ser desencadeada por contiguidade de um processo infeccioso periarticular, pela inoculação direta ou pela via hematogênica. No presente relato, a partir do foco infeccioso no pé esquerdo e por disseminação hematogênica a paciente adquiriu artrite séptica na AEC esquerda. Por ser portadora de diabetes mellitus, a paciente apresenta insuficiência vascular e déficit imunológico, fatores estes que contribuem para predisposição de infecções.

O-070

AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO COM ESPUMA DE POLIDOCANOL ECOGUIADO DE PACIENTES CEAP C5 - C6

SILVESTRE S.R.; MARTINS E.N.; RODRIGUES V.A.C.; ALBUQUERQUE G.S.C.; LIRA N.R.T.; BARBOSA M.I.F.L.; SANTOS T.J.S.; VILELA S.P.

Hospital Getúlio Vargas, Recife - PE

Contexto: A insuficiência venosa crônica (IVC) de membros inferiores é caracterizada por sintomas e sinais produzidos pela hipertensão venosa, como resultado de alterações estruturais ou funcionais das veias. Sua prevalência na população ocidental adulta varia de 25% a 33% em mulheres e de 10% a 20% em homens. A escleroterapia guiada por ultrassonografia tem tornado-se uma alternativa minimamente invasiva cada vez mais aceita para substituir a cirurgia convencional, principalmente em pacientes sem possibilidades de submeterem-se à cirurgia. A microespuma promove o preenchimento de grandes espaços dentro das veias sendo visualizado uma boa ecovisibilidade por US Doppler, o que torna o método bastante seguro, além de promover uma estabilidade prolongada dentro do vaso, garantindo, assim, uma melhor eficácia terapêutica. **Objetivo:** Avaliar eficácia e segurança do tratamento de insuficiência venosa crônica com espuma de polidocanol. **Métodos:** Trata-se de um estudo individualizado, intervencionista, longitudinal, do tipo série de casos. Foram incluídos no estudo 21 pacientes portadores varizes com classificação clínica C5 ou 6 de CEAP provenientes do Hospital Getúlio Vargas em Recife, Pernambuco. A eficácia do tratamento foi avaliada com a mensuração da regressão do tamanho da úlcera, aspecto da lesão e diminuição da sintomatologia dos pacientes. Foi realizado eco-Doppler venoso colorido antes do tratamento e com 7, 15, 30 e 90 dias, para avaliar a oclusão do sistema venoso superficial e complicações. A microespuma era preparada com solução de polidocanol a 3% e ar ambiente na proporção de 1:4. **Resultados:** Foram analisados 21 pacientes, portadores de IVC com CEAP C5 e C6 e tratados com espuma de polidocanol ecoguiado. Destes, 14 eram do sexo feminino e sete masculinos, com idade entre 35 a 78 anos. No que se refere as comorbidades, 61% correspondia a pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), e tabagistas ou ex-tabagistas, já 39% apresentavam passado erisipela. De acordo com a classificação CEAP, seis pacientes foram classificados como C5 (28,6%) e quinze como C6 (71,4%). **Conclusão:** Com base neste estudo, conclui-se que, a escleroterapia com espuma deve ser tida como uma boa opção terapêutica no arsenal de métodos disponíveis para o tratamento de varizes dos membros inferiores, considerando-se seu baixo custo, pouca complexidade técnica, fácil execução, boas taxas de sucesso e pequena curva de aprendizado. Além disto permite o retorno precoce do paciente às suas atividades habituais e melhora na qualidade de vida.

O-071

AVALIAÇÃO DOPPLER FLUXOMÉTRICA E ANATOMOPATOLÓGICA DA ISQUEMIA RENAL: MODELO EXPERIMENTAL DE KIDNEY-KIDNEY CROSSTALK

SINCOS A.P.W.B.; SINCOS I.R.; WOLOSKER N.; KAUFMANN O.G.; PAULA V.P.; MAZZEO A.; AUN R.

Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo - SP

Contexto: A insuficiência renal aguda (IRA) pós-isquêmica correlaciona-se diretamente com o tempo de intervenção cirúrgica, gravidade da patologia instalada e complexidade do procedimento. IRA pré-renal relacionada a procedimentos cirúrgicos é agravada pela reperfusão. Estudos experimentais demonstraram que a isquemia renal pode estar associada ao surgimento de lesões em órgãos à distância, tais como fígado, pulmão, coração e cérebro, num mecanismo conhecido como organ crosstalk. Estudamos a relação entre as alterações morfológicas e estruturais sofridas pelo rim em diferentes tempos de isquemia e tipos de clampeamento, com o uso do Doppler vascular. **Objetivo:** A finalidade do estudo é analisar os efeitos da isquemia no rim contralateral, em dois tipos de clampeamento e identificar parâmetros dopplerfluxométricos capazes de prever a lesão renal. **Método:** 18 suínos foram divididos randomicamente em dois grupos: Grupo AV; no qual foi realizado clampeamento unilateral da artéria e da veia renal esquerda. O rim direito (contralateral) foi mantido não isquêmico. Grupo A; no qual houve clampeamento unilateral da artéria renal esquerda. O rim direito foi usado como controle (sham) não isquêmico. Após o clampeamento dos vasos, todos os animais foram submetidos a biópsias e mapeamentos com ecografia vascular em intervalos de 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 e 90 minutos. Além disso, após 30 e 60 minutos de reperfusão (120 e 150 minutos de procedimento cirúrgico total), nova avaliação ecográfica e biópsia foi realizada. Os tecidos foram submetidos à análise histopatológica por microscopia óptica e os dados encontrados comparados com os parâmetros ecográficos registrados no intra-operatório: índice de resistência (IR) e índice de pulsatilidade (IP). **Resultados:** A análise ecográfica do rim contralateral mostrou elevação além dos valores normais do IR e IP no grupo A, a partir de 30 minutos ($p < 0,001$) de isquemia. O clampeamento da artéria e veia simultaneamente está relacionado a um menor número de alterações histológicas e ausência de trombose. **Conclusão:** A avaliação do IR e IP do rim contralateral à isquemia é um elemento útil na previsão da instalação de dano renal. O rim não isquêmico sofre de forma aguda em decorrência da isquemia contralateral e o tipo de clampeamento do hilo parece ter influência sobre o fenômeno de crosstalk, representado pela piora da perfusão, aumento do IR e IP, e tendência a trombose.

O-072

AVALIAÇÃO DOS MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA VENOSA CRÔNICA NO BRASIL

ARAÚJO M.; CORRÊA A.L.C.; NASCIMENTO J.F.; ALMEIDA K.C.A.; ARAÚJO M.S.; IBIAPINO M.K.

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus - BA, Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador - BA

Contexto: A doença venosa crônica (DVC) é uma condição gerada principalmente pela disfunção valvular no sistema venoso dos membros inferiores. Dentre as medidas terapêuticas, encontra-se o uso de medicamentos para aliviar esses sintomas. Clinicamente, estas substâncias são denominadas flebotrópicos, e podem ser de origem natural como alguns fitoterápicos, moléculas sintéticas ou associações entre elas, com farmacocinética e mecanismos de ação diferentes. **Objetivo:** Conhecer quais destas substâncias são homologadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e quais possuem respaldo científico demonstrados através de trabalhos publicados na literatura médica internacional. **Métodos:** A legislação classifica essas medicações como fitoterápicos, similares, específicos, dinamizados e medicamentos novos, e as características que permitem a substituição entre eles, como ocorrem no caso dos medicamentos de referência e genéricos, usualmente não se aplicam a este campo. Os princípios ativos foram pesquisadas no Bulário, na Lista de Medicamentos e na Farmacopeia Brasileira disponíveis na ANVISA. Os estudos científicos foram pesquisados nas bases de dados PubMed, SciELO, MEDLINE e Bireme. **Resultados:** Foram encontrados 15 princípios ativos de flebotrópicos (Aminaftona, Cumarina, troxerutina, Diosmina, hesperidina, Dobesilato de cálcio, Hidrosmina, Tribenosídeo, Rutina, Escina, Aesculus hippocastanum, Pycnogenol, Vitis vinifera, Melilotus Officialis, Centella asiática) e 57 marcas homologadas, com algum dos princípios ativos na sua composição química. Onze medicamentos apresentam classe terapêutica diferente de antiviróticos e 19 estão disponíveis para consulta no bulário eletrônico. Algumas das drogas são destinadas para outra conduta terapêutica segundo a ANVISA, e alguns flebotrópicos não são cadastrados no bulário eletrônico. As substâncias pesquisadas têm estudos publicados na literatura, entretanto a análise preliminar dos mesmos sugere melhora parcial em alguns dos sintomas. Sabe-se que para as regras de intercâmbio entre medicamentos de referência com os genéricos e com os similares são exigidas provas de bioequivalência farmacêutica, mas não de equivalência clínica. **Conclusão:** No caso dos flebotrópicos, que não integram estes grupos, temos um cenário complexo, com diversas medicações que embora possuam princípios iguais ou semelhantes, não foram devidamente testados. Isso torna mais difícil a condução clínica segura na DVC.

O-073

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL TRATADOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA ENDOVASCULAR - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA EM 15 ANOS

MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; MIGUEL M.T.; MICHAELIS T.; YOKOYAMA R.A.; DELAZERI M.V.; ANDRETTA M.A.; BARBOSA JUNIOR L.V.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba - PR

Contexto: O aneurisma de aorta abdominal (AAA) é definido como um alargamento de pelo menos 1,5 vezes o tamanho considerado normal. O tratamento endovascular tem se demonstrado seguro e eficaz em pacientes com AAA com diâmetro maior que 55 mm e, em alguns casos seletivos, abaixo deste. **Objetivo:** Analisar a epidemiologia e resultados dos pacientes com AAA tratados no serviço de cirurgia vascular e endovascular do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba entre os anos de 2002 e 2017. **Método:** Foram analisados os prontuários dos pacientes com aneurisma em território aorto-ilíaco e excluídos os que apresentavam-se rotos na admissão, os aneurismas dissecantes, os decorrentes de trauma ou que já haviam sido submetidos a tratamento prévio. Foram analisados aspectos como idade, sexo, comorbidades, tipo de prótese utilizada, presença de endoleak e óbito. **Resultados:** Dentre os 196 pacientes, 79,1% eram do sexo masculino, com idade média de 69 anos, 89% assintomáticos e as principais comorbidades encontradas foram hipertensão arterial em 73%, tabagismo em 73%, dislipidemia em 47%, diabetes em 22%, coronariopatia em 21% e insuficiência renal em 9%. Em todos os pacientes foi realizada angiogramia pré-procedimento para o estudo da anatomia do aneurisma e definir a prótese a ser utilizada. As próteses utilizadas foram: Apollo®, Ella®, Excluder®, Zenith®, Aorfix®, Endurant® e E-Vita®. O seguimento proposto foi de 1 mês, 3 meses, 6 meses e anualmente, com auxílio de angiogramia. 21,8% perderam acompanhamento, 18,6% evoluíram em algum momento com Endoleak. A mortalidade antes de 30 dias pós-procedimento foi de 3,06%. **Conclusões:** O tratamento endovascular dos aneurismas do território aorto-ilíaco continua sendo uma alternativa com baixa mortalidade. O acompanhamento destes pacientes por longos períodos é fundamental mas, infelizmente, muitos acabam não retornando. A maioria dos óbitos documentados neste período foram de causas diversas não diretamente consequência do AAA.

O-074

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM ISQUEMIA CRÍTICA APÓS USO DE ALPROSTADIL (PROSTAVASIN®)

CATTO R.B.; PEREIRA M.T.G.; BUCHATSKY D.; LIMA C.A.; ZEILMANN E.

Universidade do Vale do Itajaí, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Itajaí - SC

Contexto: A condição denominada doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) acomete as artérias fazendo uma obstrução ou estreitamento do fluxo arterial. Inicialmente pode ser assintomático, evoluindo claudicação intermitente, sintoma caracterizado pela dor e fraqueza em grupo muscular ativo, precipitado por quantidades semelhantes de exercício e aliviado pelo repouso, avançando com isquemia crítica. Além disso, pode desencadear trauma por lesão trófica, causando gangrena. Os fatores associados à doença são: tabagismo, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e idade superior a 50 anos. Nos portadores de DAOP severa com dor de repouso ou lesões tróficas não elegíveis à revascularização ou os que obtiveram insucesso, indica-se Prostavasin® (Alprostadilalfacilodextrina) como medida de salvação do membro. **Objetivo:** Avaliação dos resultados do tratamento de pacientes com indicação ao prostavasin® no hospital de referência da região norte do estado de SC. **Métodos:** Realizou-se um estudo analítico transversal prospectivo do tipo observacional em que todos os pacientes internados portadores de DAOP em condição avançada que preencheram os critérios de inclusão, responderam a um questionário específico. **Resultados:** Analisou-se uma amostra de 18 pacientes, houve prevalência masculina, intervalo médio de idade dos 65-81 anos. O fator de risco hipertensão apresentou maior frequência e a diabetes mellitus obteve maior média de duração. Majoritariamente foi encontrada a classificação TASC D (47,1%) e 73,3% obtiveram melhora da dor com o uso da medicação. A classificação clínica Rutherford 5 foi representada pela maioria da amostra (77,7%). **Conclusões:** O alprostadil se mostrou eficaz como redutor do índice de amputação além da melhora da dor.

O-075

AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES COM ENDOLASER EM UM HOSPITAL DE ENSINO: DETERMINAÇÃO DA ENERGIA IDEAL POR VOLUME DE VEIA SAFENA MAGNA - VEED

CARVALHO R.H.; HUBNER F.S.; AMARAL R.C.; TAKEMOTO D.; BRAGA JUNIOR S.; EMERENCIANO L.E.C.; BOSNARDO C.A.F.; FRANCISCHELLI NETO M.

Santa Casa de Limeira, Limeira - SP

Contexto: Insuficiência venosa crônica é uma patologia prevalente na população. A fleboexatração da veia safena magna associado a ligadura da croça é o padrão ouro no tratamento. A termoablação a LASER está se difundindo, mas algumas questões necessitam de esclarecimento como a quantidade ideal de energia a ser utilizada e complicações. **Objetivos:** Avaliar prospectivamente o tratamento cirúrgico com endolaser e determinar o VEED ideal. **Métodos:** Avaliamos pacientes no serviço de cirurgia vascular da Santa Casa de Limeira entre março de 2014 a março de 2016. Os critérios de inclusão foram: CEAP 2,3; safena com refluxo hemodinamicamente significativo e croça de até 12 mm e os de exclusão foram portadores de doenças crônicas, tabagistas, obesidade grau III, gestação, TVP prévia e tromboflebite; selecionamos 20 pacientes (18 mulheres e 2 homens), com idade entre 24-56 anos, todos submetidos a crosssectomia e termoablação venosa com LASER diodo 1470 nm e fibra radial em toda a sua extensão. Acompanhamos por 2 anos. Um questionário pré e pós cirúrgico avaliou aspectos funcionais e de satisfação. Determinamos o VEED (Volumetric Endovenous Energy Density) estabelecendo a densidade de energia por volume venoso e o LEED (Linear Endovenous Energy Density). **Resultados:** Não foram observadas complicações intraoperatórias. O VEED médio, a energia mínima e máxima para o segmento de coxa, joelho e perna foram respectivamente: 413,4 J/cm³ (102,0-905,0 J/cm³); 463,1 J/cm³ (148,9-1111 J/cm³); 1054,3 J/cm³ (195-2222 J/cm³). O LEED médio foi de 48,9 J/cm, enquanto que para cada segmento de safena a média e a variação foi de 60,4 J/cm (21,3-114,1 J/cm) na coxa; 50,7 J/cm (21,8-80 J/cm) no joelho e 35,3 J/cm (12,7-70 J/cm) na perna. O ultrassom de controle realizado ao final do segundo ano evidenciou oclusão de todo segmento venoso. **Conclusão:** O endolaser, associado a crosssectomia mostrou-se eficaz e sem complicações importantes com oclusão de 100% de veia safena magna. O LEED foi compatível com o sugerido para os segmentos venosos e o VEED foi desproporcionalmente alto, principalmente na perna. O VEED determina mais precisamente a energia necessária para oclusão venosa. Podemos antever que fluências menores podem ser utilizadas em veias menores com bons resultados e menos complicações. Afirmamos que o cálculo de energia mínima para o fechamento é mais adequado baseado no volume do que no comprimento. O VEED previamente determinado por ultrassom deve substituir o LEED futuramente.

O-076

BY-PASS AORTOBIILÍACO COM VEIA FEMORAL SUPERFICIAL PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA AORTODUODENAL APÓS EVAR

RAMALLI JUNIOR E.L.; OLIVEIRA J.V.L.; ROSSONI B.P.; SCHREINER C.A.; ISSA M.C.F.; YAMAKAMI T.L.O.; RIBEIRO M.S.; JOVILIANO E.E.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP; Universidade de Araraquara (UNIARA), Araraquara - SP

As fístulas aortoentéricas (FAE) são complicações raras e com alta mortalidade nas correções de aneurisma de aorta abdominal (AAA). Apesar de mais frequente na correção aberta dos aneurismas, também podem ocorrer após o tratamento endovascular de AAA (EVAR). No entanto há poucos estudos relatando sua incidência, investigando a sua etiologia ou comparando seu tratamento. Relatar um caso de FAE no pós-operatório tardio de EVAR, submetido ao explante da endoprótese e correção aberta com by-pass aortobiilíaco com veia femoral superficial. Masculino, 69 anos, admitido com dor abdominal difusa, mais intensa a esquerda com irradiação para dorso há 20 dias. Associado ao quadro apresentou episódio de febre e evacuações enegrecidas e fétidas há 8 dias. Ao exame apresentava PA 90 x 40 mmHg, FC 70 bpm, dor a palpação do abdome sem peritonismo e pulsos de membros inferiores amplos e simétricos. Os exames complementares da admissão evidenciaram hemoglobina de 7,7 mg/dL, a endoscopia digestiva alta apresentava esofagite erosiva leve sem focos de sangramentos e a angiogramografia de aorta total não apresentava extravasamento de contraste com volumoso saco aneurismático com focos gasosos de permeio e imagem sugestiva de trajeto fistuloso com duodeno. O paciente foi submetido a abordagem cirúrgica com achado de fístula aortoduodenal e presença de secreção purulenta em saco aneurismático. Foi realizado o explante da endoprótese infectada e by-pass aortobiilíaco com veia femoral superficial e rafia duodenal primária. Ao final do procedimento o paciente apresentava os pulsos femorais presentes bilateral e necessitava de suporte ventilatório e droga vasoativas. O pós-operatório foi realizado em unidade de terapia intensiva, evoluindo com insuficiência renal aguda, necessitando de hemodiálise, pneumonia associada a ventilação e sepse. No 19 pós-operatório apresentou novo choque refratário (provavelmente cardiogênico) evoluindo a óbito. As FAE são complicações raras dos EVAR e seu tratamento é complexo e com alta taxa de morbimortalidade. O explante da prótese infectada é mandatório e a realização de by-pass aortobiilíaco com enxerto autólogo é uma opção factível com provável menor risco de reinfeção. A veia femoral superficial é uma alternativa para enxerto autólogo na substituição da aorta distal, principalmente como opção a próteses sintéticas em sítios infectados.

O-077

BY-PASS CAROTÍDEO-SUBCLÁVIO COM PRÓTESE SINTÉTICA NO TRATAMENTO DE OCLUSÃO ARTERIAL TROMBÓTICA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA

CARVALHO NETO C.A.; MAGALHÃES L.R.O.; LEITE G.S.; SILVA A.P.; MOREIRA J.V.

Hospital da Restauração, Recife - PE

A oclusão do segmento da artéria subclávia é um evento relativamente incomum sendo, de acordo com diferentes autores, encontrada em menos de vinte por cento dos pacientes portadores de aterosclerose. Sua localização é mais frequente no terço proximal do vaso e mais comumente à esquerda. Os sintomas relacionados frequentemente são claudicação, lesões tróficas em membros superiores ou sintomas relacionados à embolização distal. Relatar um caso de oclusão arterial trombótica de artéria subclávia utilizando com tratamento definitivo o by-pass carotídeo-subclávio com prótese sintética. Realizada coleta de dados em prontuário médico e pesquisa em base de dados LILACS, SciELO, PubMed para formular o caso. FMFN, 60 anos, sexo feminino, hipertensa e tabagista, com queixa de claudicação incapacitante em membro superior esquerdo, apresentando necrose seca e superficial em segundo quirodátilo e cianose não fixa em terceiro e quarto quirodáticos à esquerda, iniciadas há um mês. Os pulsos ulnar, axilar e radial estavam ausentes em membro superior esquerdo e os pulsos contra laterais presentes 3+. Realizada internação hospitalar no serviço de cirurgia vascular do Hospital da Restauração de Pernambuco mantendo uso de sinvastatina, heparina de baixo peso molecular em dose profilática, AAS e analgesia durante toda internação hospitalar. Paciente realizou arteriografia de vasos cervicais, arco aórtico e membro superior esquerdo que evidenciou oclusão de artéria subclávia esquerda em seu terço proximal logo após a sua emergência. Indicado realizar by-pass carotídeo-subclávio à esquerda com prótese de PTFE anelada. Paciente evoluiu no pós-operatório com melhora da cianose e claudicação, tendo evolução benigna de lesão necrótica em 2º quirodátilo à esquerda recebendo alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório, assintomática e com pulso radial presente. As técnicas extratorácicas de correção da oclusão da artéria subclávia que evitam esternotomias ou toracotomias mostraram-se eficazes e de baixa morbi-mortalidade em comparação com as técnicas transtorácicas. A utilização de próteses sintéticas quando comparada ao uso de enxerto autólogo, nestes casos, mostrou-se como uma alternativa mais eficaz tendo em vista a anatomia do pescoço e o risco de deformidade do enxerto.

O-078

CARACTERIZAÇÃO DE AMOSTRA DE PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO INFECTADO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI EM SÃO PAULO

AZEREDO G.C.; PEREZ S.T.; VENTURA M.R.; SILVA D.F.T.; VELOZA M.C.; FRANCA C.M.; PEREZ L.C.R.; BRIGIDIO E.A.
 Conjunto Hospitalar do Mandaqui; Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo - SP

Contexto: O diabetes mellitus é o principal problema de saúde pública da atualidade, com projeção de 300 milhões de afetados em 2030. A úlcera no diabético é uma das complicações mais frequente e o não tratamento pode levar à amputação de membros inferiores. Cerca de dois terços dos indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de afetados em grupos etários mais jovens. O Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM) é um Hospital Geral, de ensino, em nível terciário, sendo referência para cirurgia vascular, que recebe um número grande de pacientes com pé diabético infectado para avaliação e tratamento. **Objetivo:** Caracterizar uma amostra desta população e demonstrar a evolução dos casos que continuaram em acompanhamento ambulatorial nos últimos 7 anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo realizado a partir informações obtidas nos prontuários de pacientes atendidos a partir de 2008. Os dados dos prontuários foram compilados para uma ficha específica, adaptada da ficha da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) com dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes. **Resultados:** Dentre os 238 prontuários avaliados, 63,9% (n = 152) eram de pacientes do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 32 e 91 anos. Em relação ao diabetes, 60,9% (n = 145) dos pacientes disseram ser portador da doença, 19,3% (n = 46) não apresentavam a doença e 19,7% (n = 47) relataram não saber. Com relação ao histórico de saúde, 19,3% pacientes apresentavam amputação prévia, 25,6% (n = 61) apresentavam histórico de tabagismo e 60,9% (n = 145) hipertensão arterial. **Conclusões:** Os pacientes com pé diabético infectado atendidos no Serviço de Cirurgia Vascular do Complexo Hospitalar do Mandaqui são em sua maioria homens, com hipertensão associada ao diabetes, uma porcentagem considerável (39%) não tinham diagnóstico prévio de DM, o que mostra a necessidade de implementar o diagnóstico precoce do DM para melhor prevenção e manejo das úlceras nos pés diabéticos.

O-079

CARATERIZAÇÃO EXPERIMENTAL DE TRANSDUTORES ULTRASONICOS DE ALTA POTENCIA (HIFU)

ARAÚJO M.; MILLIAN F.; FREITAS J.G.G.; VELASCO F.C.G.
 Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus - BA

Contexto: O emprego do ultrassom focalizado e alta intensidade (HIFU) tem sido testado no tratamento de diversas doenças, inclusive em estudos experimentais para ablação de varizes dos membros inferiores. A caracterização da relação dose-reposta ainda não está bem estabelecida. **Objetivo:** Determinar as tensões de saída do gerador de sinais que podem ser aplicadas nos transdutores ultrassônicos sem danificá-los, e utilizar os dados mostrados no amplificador de potência como referência no trabalho com os transdutores. Materiais Gerador de sinais modelo Agilent capaz de gerar ondas sinusoidais, quadradas, triangulares e pulsos de até 200 MHz, e com amplitudes de até 1 mV até 5 V, incluindo offset e assimetria na onda. Amplificador de potência 350 L Broadband Power Amplifier que tem um fator de 50 dB uma ampla estabilidade e pouca distorção para a faixa de frequências trabalhada. A tensão máxima de entrada permitida é de 1 Volt porém é recomendável não ultrapassar os 500 mV. A potência máxima de saída é de 50 W. Transdutor ultrassônico de alta potência (HiFu). O osciloscópio permite a medição de sinais de até 200 MHz e o mesmo será utilizado para a medição da forma na saída do gerador de sinais, assim como do amplificador de potência. No segundo caso será utilizada uma ponta atenuadora de 10 vezes como proteção. **Métodos:** Os dispositivos foram interconectados segundo um esquema predefinido. O objetivo principal foi controlar a tensão de saída do gerador de sinais, assim como a tensão ministrada aos transdutores mediante a saída do amplificador de potência. **Resultados:** As medições da tensão de saída do gerador e de saída do amplificador foram feitas de forma simultânea utilizando-se os dois canais de medição do osciloscópio. O experimento foi feito inicialmente no ar, porém depois de chegar aos 100 volts para o transdutor de 60 mm optou-se por continuar os testes na água, meio este onde foi feita a sua caracterização pelo fabricante. Foi possível notar que o fato de estar submerso na água diminuiu tanto a tensão de saída no amplificador, assim como a potência de retorno, o que demonstra que a água é um meio de dissipação de energia mais eficiente que o ar. **Conclusões:** Para o transdutor de 60 mm sempre que se mantém uma tensão de saída do gerador abaixo dos 450 mV o mesmo não chegar aos 300 V de tensão máxima permitida. Porém dado a possibilidade de aquecimento seria recomendável trabalhar na faixa entre os 200 mVpp e os 300 mVpp para a saída mostrada no gerador de sinais.

O-080

CASO ATÍPICO DE SÍNDROME DA COSTELA CERVICAL ASSOCIADA A ANEURISMA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA E EMBOLIA ARTERIAL

RIBEIRO A.; ALMEIDA L.C.; GOMES C.A.P.; FORTUNATO G.; CANGUÇU B.D.S.M.; AZEVEDO L.G.; MARTINS R.C.; CARVALHO A.T.Y.

Hospital Geral Roberto Santos, Salvador - BA

O aneurisma de artéria subclávia pós estenótico é uma complicação rara da Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT), e pode levar a eventos tromboembólicos de membro superior, levando ao risco de perda do membro. O tratamento cirúrgico da SDT é indicado em cerca de 15% dos casos, principalmente quando há compressão vascular ou falha na terapêutica clínica. O tratamento consiste em descomprimir o desfiladeiro torácico, podendo ser com procedimentos de tecidos moles, ressecção de costela cervical ou o tratamento combinado. As complicações mais comuns do tratamento cirúrgico são relacionadas à abertura da cavidade pleural e lesões nervosas. Paciente do sexo feminino, 54 anos, foi admitida no Hospital Geral Roberto Santos em julho de 2016 com quadro de dor, frialdade e cinose não fixa de membro superior direito (MSD) com 3 dias de evolução, associada à massa pulsátil em região supracalvaricular direita e ausência de pulsos braquial, radial e ulnar à direita. À angiogramografia apresentava aneurisma de artéria subclávia direita (ASCD) com trombo mural após estenose por compressão extrínseca de ASCD por costela cervical, além de imagem de trombo luminal, em transição subclávio-axilar direita. Foi prontamente submetida à tromboembolectomia de MSD com sucesso, iniciada anticoagulação plena e encaminhada para o tratamento cirúrgico eletivo. Realizada ressecção da costela cervical e primeira costela com secção da clavícula, seguida de aneurismectomia e interposição de prótese de PTFE em ASCD e, por fim, drenagem torácica fechada em selo d'água. Evoluiu com persistência de secreção hemática pelo dreno torácico e coagulotórax no segundo PO, sendo então submetida à pleuroscopia, drenagem dos coágulos, limpeza da cavidade pleural, e nova drenagem torácica, não evidenciando sangramento ativo. A paciente então evoluiu com boa recuperação clínica, estabilização hematómica e Pulso radial amplo mantido. Recebeu alta no 13º pós-operatório. A SDT é um desafio diagnóstico e terapêutico e pode levar a complicações graves. A compressão arterial ocorre em apenas 1% dos casos. Nos casos em que há compressão vascular o tratamento deve ser o mais precoce possível, objetivando evitar complicações.

O-081

CATETERES VENOSOS CENTRAIS PARA QUIMIOTERAPIA: EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO

CARDOSO H.C.; ARAÚJO H.A.

Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia - GO, Hospital das Forças Armadas

Contexto: Os cateteres venosos centrais de longa permanência totalmente implantáveis são usados para quimioterapia, nutrição parenteral, coleta de sangue para exames e hemotransfusão. Esses possuem inúmeros benefícios para o doente, contudo podem estar associados à morbimortalidade significativa. **Objetivo:** Estudar retrospectivamente os resultados obtidos com a implantação de cateteres totalmente implantáveis em pacientes submetidos à quimioterapia. **Métodos:** Foram colocados 50 cateteres totalmente implantáveis em 49 pacientes submetidos ao regime de quimioterapia, preferencialmente utilizando-se a veia cefálica, sendo avaliadas as complicações precoces e tardias. **Resultados:** Em 47 (94%) cateteres não se observou nenhuma complicação. Não houve complicações precoces (pneumotórax, mau posicionamento de cateter, punção arterial, sangramento, hemotórax, hemomediastino ou hematomas na loja de implantação). Entre as complicações tardias, ocorreu uma infecção no sítio cirúrgico e troca de duas obstruções de cateteres implantados em outro hospital. **Conclusão:** Os cateteres totalmente implantáveis para quimioterapia são meios seguros para a administração de substâncias, em vista do baixo número de complicações observadas neste estudo.

O-082**CERVICOTOMIA EXPLORADORA COM RESSECÇÃO EM BLOCO NO PARAGANGLIOMA CERVICAL COM INVASÃO NERVOSA**

CANÇADO G.H.G.M.; BOTELHO F.E.; BEZ L.G.; ANDRADE C.G.S.; OLIVEIRA M.B.; ZILLE G.P.; COSTA J.S.P.; FORTES R.

Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Belo Horizonte - MG

O tumor de corpo carotídeo é uma neoplasia rara, derivada de células paragangliônicas, geralmente benigna com potencial de malignização e metastatização, com predominância entre a quarta e quinta décadas de vida. Caracteriza-se por massa cervical endurecida, aderida a planos profundos, frequentemente pulsátil e com possibilidade de evolução e crescimento local causando compressão de pares cranianos, dor, síndrome do seio carotídeo, alterações na fonação e deglutição. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com quadro de tumor de corpo carotídeo submetida à cervicotomia, com acometimento dos nervos hipoglosso e vago, em que foi realizada ressecção em bloco. OTB, 62 anos, sexo feminino, procurou o Hospital IPSEMG em julho de 2017 com quadro de nodulação cervical em zona II à esquerda, dolorosa, de crescimento lento e progressivo. Ao exame, notou-se massa endurecida, aderida a planos profundos com aproximadamente 3 cm de diâmetro. Submetida à angio ressonância com identificação de lesão sugestiva de paraganglioma sobre a bifurcação de artéria carótida esquerda, sem sinais de obstrução arterial ou invasão da base do crânio. Optado por realização de cervicotomia esquerda. Identificada tumoração sólida, hipervascularizada, aderida à bifurcação carotídea com extensão ao trajeto da artéria carótida interna esquerda com acometimento dos nervos hipoglosso e vago. Devido à ausência de planos de clivagem com os nervos citados procedeu-se ressecção em bloco da massa. A paciente evoluiu com estabilidade durante todo o per e pós-operatório, entretanto apresentou quadro de ptose palpebral unilateral, rouquidão, disfagia para sólidos e desvio da língua para a esquerda. Recebeu alta no 9º dia pós-operatório com melhora parcial dos sintomas. Tendo em vista a possibilidade de malignização, invasão peritumoral e metastatização, o tumor de corpo carotídeo apresenta indicação cirúrgica como tratamento de escolha. A propedêutica por imagem é fundamental para planejamento pré-operatório podendo oferecer ao cirurgião a possibilidade de embolização em caso de tumores volumosos.

O-083**CIRURGIA COMBINADA DE ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA E REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO AUMENTA OS RISCOS EM PACIENTES COM IDADE AVANÇADA?**

KRAFT G.M.; LUCAS M.L.; AERTS N.R.; LUCHESE F.A.; SALES M.C.; FROTA FILHO D.; MENEGAT E.; SANTIAGO G.C.

Serviços de Cirurgia Vasculare e Cirurgia Cardíaca, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

Contexto: A prevalência de doença carotídea em pacientes candidatos à revascularização do miocárdio (RM) varia de 3 a 10% (ECA + CRM 2011 2). Apesar dos avanços da técnica endovascular, a endarterectomia carotídea (EAC) combinada à RM ainda tem demonstrado bons resultados; no entanto, seu papel no tratamento de pacientes com idade avançada ainda não está bem definido. **Objetivo:** Avaliar os resultados imediatos da cirurgia combinada (EAC + RM) em pacientes com idade avançada, comparando com pacientes mais jovens. **Métodos:** De forma retrospectiva, foram analisados os dados de 64 pacientes submetidos à EAC + CRM entre janeiro de 2007 a fevereiro de 2017. Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo < 75 anos (n = 39) e grupo > 75 anos de idade (n = 25). Características demográficas, comorbidades bem como dados cirúrgicos e resultados pós-operatórios imediatos foram analisados. As diferenças entre os grupos foram calculadas pelos testes t de Student ou pelo teste exato de Fisher, considerando-se diferença estatística para p < 0,05. **Resultados:** A idade média do grupo < 75 foi significativamente inferior ao grupo > 75 (64,4±5,7 vs. 78,7±3,1 anos; p < 0,05). As frequências de todas comorbidades foram similares entre os dois grupos, exceto o tabagismo, que foi mais presente no grupo mais jovem (79,5% vs. 56%; p = 0,043). Complicações maiores ocorreram em 5 pacientes do grupo < 75 e em 7 pacientes do grupo > 75 (12,8% vs. 28%; p = 0,131). Óbito hospitalar ocorreu em dois pacientes do grupo < 75 e em apenas um paciente do grupo > 75 (5,1% vs. 4%; p = 0,809). **Conclusão:** A cirurgia combinada EAC + RM apresenta índices de morbi-mortalidade aceitáveis e não parece aumentar os riscos nos pacientes com idade avançada.

O-084**CIRURGIA CONVENCIONAL DE ANEURISMA DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA: RELATO CASO**

MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; BISCARO P.S.; AZEREDO G.C.; SIMONS S.A.; BRIGIDIO E.A.; TODESCHINI A.C.; OLIVEIRA JUNIOR J.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

A incidência de aneurisma de artéria carótida extra craniano (AAEC) é extremamente baixa, menor que 1% em relação a todas patologias carotídeas e representa apenas 1 a 1,5% de todos procedimentos realizados na doença cerebrovascular nos maiores centros. Suas causas mais frequentes são a degeneração aterosclerótica, eventos traumáticos, dissecação, infecção local e complicação pós endarterectomia. Este é um relato de caso de um paciente masculino, 72 anos, portador de aneurisma de artéria carótida interna, manifesto por quadro de acidente vascular encefálico isquêmico. Optado por ressecção do aneurisma e interposição de enxerto com veia safena magna, haja visto, a limitação técnica para o tratamento endovascular, pela característica anatômica do aneurisma. O paciente apresentou boa evolução pós operatória, sem déficit neurológico ou sequelas associadas ao procedimento. O que corrobora os achados bibliográficos, os quais demonstram resultados positivos da abordagem cirúrgica, seja por técnica convencional ou endovascular. A conduta deve ser individualizada e não é isenta de complicações devido complexidade da doença e destaca-se nesse contexto a importância da programação cirúrgica para o melhor resultado.

O-085**CIRURGIA DE PALMA - INDICAÇÕES NA ERA ENDOVASCULAR**

MIYAMOTTO M.; NEVES G.C.S.; SALIBA L.F.; LOZZO B.P.; FAVERO C.S.; FERREIRA T.T.; GASPERIN G.; DIAS A.P.

Liga Acadêmica de Medicina Vasculare (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vasculare, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Serviço de Cirurgia Vasculare Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Quadros importantes de hipertensão venosa de extremidades são geralmente secundários a obstruções no território ilíaco-femoral, comumente causadas por trombose venosa nesse segmento e suas sequelas tardias. Outras causas incluem trauma e compressões extrínsecas. As recanalizações por técnicas endovasculares vem sendo consideradas como primeira opção de tratamento em pacientes com sintomas restritivos, sendo que as reconstruções cirúrgicas abertas são raramente indicadas. Ou autores apresentam e discutem três situações onde a técnica de revascularização venosa extra-anatômica, conhecida como Cirurgia de Palma, pode ser utilizada como opção terapêutica. Caso 1: paciente masculino, 57 anos, dor e edema em membro inferior esquerdo devido a presença de hipertensão venosa. O Doppler mostrou oclusão de veia femoral comum até veia ilíaca comum, com recanalização discreta e a flebografia confirmou os achados além de evidenciar a presença de circulação colateral abundante. Manejado através da Cirurgia de Palma e confecção de fistula arteriovenosa adjuvante. Caso 2: paciente feminino, 40 anos, com histórico de trombose venosa ilíaco-femoral há 4 anos, sem recanalização adequada e sintomas importantes de hipertensão venosa sem resposta ao tratamento clínico. Submetida a Cirurgia de Palma há 9 anos, com boa evolução. Caso 3: paciente feminino, 31 anos, com quadro de síndrome pós-trombótica e úlcera em membro inferior esquerdo. História prévia de recanalização endovascular do mesmo território há dois anos, com implante de stent. O Doppler e a angiogramografia evidenciaram oclusão dos stents. A paciente foi tratada através de Cirurgia de Palma, com alívio dos sintomas e fechamento da úlcera. Caso 4: paciente masculino, 29 anos, vítima de múltiplos ferimentos por arma de fogo. Submetido a ligadura da veia ilíaca comum esquerda e desenvolvimento posterior de hipertensão venosa no membro. Planejamento de correção através de Cirurgia de Palma. A Cirurgia de Palma apresenta uma indicação restrita atualmente, considerando o avanço nas técnicas endovasculares. No entanto, em algumas situações, essa técnica deve ser considerada como uma importante alternativa de tratamento em pacientes com sintomas severos relacionadas a hipertensão venosa por obstrução de veias ilíacas.

O-086

CIRURGIA DE PALMA NA OCLUSÃO DE VEIAS ILÍACAS: RELATO DE CASO

LEITE P.H.C.M.; ALBUQUERQUE M.S.C.; SILVA A.K.M.; SILVA A.M.; MENDES J.R.B.; BASTOS M.L.S.; PAULA B.H.A.; LIMA P.R.S.
 Centro Universitário de João Pessoa (UNIFE), João Pessoa - PB;
 Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

A cirurgia de Palma foi descrita pela primeira vez em 1958, como uma opção terapêutica para a síndrome pós-flebitica. Este procedimento tem como finalidade aliviar a alta pressão venosa estabelecida devido à uma oclusão crônica de grandes veias que drenam do membro inferior, e também prevenir a recorrência de síndrome pós-trombótica, sendo reportadas na literatura taxas de sucesso de 90% e patência de 83% em seguimento de quatro anos. A técnica visa realizar um by-pass venoso femorofemoral, onde a veia safena interna do membro contralateral é mobilizada, por via suprapúbica, para o membro afetado, quando então é anastomosada com a veia comprometida e pode realizar o desvio do fluxo sanguíneo. Esta modalidade cirúrgica é reservada para aqueles casos resistentes ao tratamento farmacológico por mais de 12 meses; com uma veia femoral profunda patente no lado afetado; e gradiente de pressão entre as duas veias femorais comuns acima de 10 mmHg. Revisão nas bases BIREME e PubMed. Paciente do sexo masculino, 43 anos, encaminhado com história de lesão cutânea em coxa direita, com anatomopatológico já realizado indicando melanoma maligno ulcerado, em fase de crescimento vertical, apresentando índice de Clark IV, Breslow de 2,5 mm, com invasão angiolinfática e perineural presentes. Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome inferior com contraste, evidenciando processo expansivo em cavidade pélvica à direita, medindo 9,0 x 7,0 centímetros nos maiores diâmetros transversos, com presença de componente necrótico intra-lesional. A lesão exerce efeito compressivo sobre ureter, causando moderada hidronefrose à direita, e envolve os vasos ilíacos ipsilaterais, causando oclusão das veias ilíacas à direita. A conduta adotada, devido à irremediabilidade do tumor, foi a realização da cirurgia de Palma, com uso de enxerto de veia safena interna autóloga para correção do fluxo sanguíneo. O presente relato torna-se relevante, já que ter acesso à uma veia que cursa através do tumor, por via endovascular, é praticamente impossível, assim é necessário realizar este procedimento para desviar o fluxo e permitir a drenagem do membro afetado. A cirurgia de Palma, apesar de ser antiga, ainda é uma excelente opção terapêutica para evitar as apresentações mais graves da obstrução venosa, como a flegmasia.

O-087

CLASSIFICAÇÃO SVS WIFI PARA AVALIAÇÃO DE MEMBROS SOB RISCO EM PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NA BAHIA

QUEIROZ A.B.; CETTOLIN Q.C.; BRASIL E.A.; BRASIL C.A.; FIDÉLIS R.J.R.; ARAÚJO FILHO J.S.; LOPES C.F.; CAMPOS G.S.
 Hospital Ana Nery, Salvador - BA

Contexto: A isquemia crítica de membro (ICM) está relacionada a alto risco de amputação e complicações associadas. Sistemas de estadiamento são desenvolvidos para avaliar a ICM e determinar o risco de perda de membro, porém não caracterizam todos os fatores que influenciam negativamente o quadro. O sistema de classificação Wifi da Society of Vascular Surgery (SVS, 2014) avalia os três principais aspectos relacionados ao risco de perda de membro: extensão da ferida ("Wound"), grau de isquemia ("Ischemia") e infecção ("foot Infection"). **Objetivo:** Avaliar o perfil e estratificar o risco de perda de membro, a partir do sistema de classificação SVS Wifi, dos pacientes encaminhados para realização de arteriografia de membros inferiores em serviço de referência em Salvador-Bahia, durante 4 meses. **Métodos:** Realizada análise de variáveis clínicas e demográficas, além da avaliação dos membros sob risco, incluindo as lesões tróficas (extensão/profundidade e grau infeccioso) e o grau de isquemia (pulsos e índice tornozelo-braço). Ao associar os três critérios da Wifi, com notas de 0 a 3 por critério, foi estratificado o risco de amputação maior em um ano, encaixando a combinação de cada paciente na tabela pré-estabelecida. **Resultados:** Dos 89 pacientes encaminhados para arteriografia, 78 (87,6%) foram analisados e, destes, 70 (89,7%) realizaram arteriografia. Nesta amostra, 41 (52,6%) eram do sexo feminino, 54 (68,3%) procedentes de cidades do interior do estado, 60 (76,9%) diabéticos e 8 (10,1%) com amputação prévia do membro contralateral. Pela Classificação SVS Wifi, 50 (63,3%) pacientes já se apresentavam com risco moderado a alto de amputação do membro em um ano. O benefício de revascularização precoce foi considerado moderado a alto em 55 (69,6%) indivíduos. Não foi encontrada significância entre tempo de lesão e risco de amputação ($p = 0,301$), houve relação direta entre o tempo de lesão e o benefício de revascularização precoce ($p = 0,012$). Valores menores dos ITB tibial posterior estiveram relacionados a maior risco de amputação em um ano ($p = 0,001$), sem relação relevante com ITB pediosa ($p = 0,155$). **Conclusão:** Os pacientes já se apresentam ao centro de referência com padrão grave de isquemia de membro, com moderado a alto risco de amputação em um ano. Quanto maior o tempo de lesão trófica, maior o benefício de revascularização precoce. Menores valores de ITB TP estão relacionados a um maior risco de perda de membro em um ano.

O-088

COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DE DIFERENTES TIPOS DE ESCLEROTERÁPICOS UTILIZADOS ROTINEIRAMENTE NA TRATAMENTO DE TELANGIECTASIAS E VEIAS RETICULARES: ESTUDO EXPERIMENTAL EM COELHOS

LUCIO FILHO C.E.P.; BERTANHA M.; JALDIN R.G.; CERANTO R.M.; SOBREIRA M.L.; YOSHIDA W.B.

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: A escleroterapia é um procedimento usado para ocluir varizes. Esse tratamento, em geral de fim estético, pode apresentar complicações. Devido à escassez e heterogeneidade de estudos clínicos no tratamento de telangiectasias e veias reticulares, estudos em modelo animal podem trazer respostas sobre eficácia e segurança dos agentes esclerosantes. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e segurança de agentes escleroterápicos, utilizando a veia dorsal marginal da orelha do coelho como modelo experimental. **Métodos:** Estudo experimental randomizado aberto utilizando 30 coelhos (60 orelhas) da raça Norfolk. As orelhas foram divididas em 5 grupos, sendo injetado polidocanol líquido a 1%, polidocanol espuma a 1%, solução de polidocanol 0,2% com glicose 70%, glicose 75% e salina a 0,9%. Foram realizadas fotografias nos momentos antes da injeção, no 7º, 14º e 21º dias após a escleroterapia. A análise macroscópica foi conduzida por cirurgião vascular sem conhecimento prévio dos grupos. Como parâmetros macroscópicos, avaliaram-se a eficácia do agente (presença de esclerose do vaso), e suas complicações (flebite, neovascularização, úlcera em sítio de punção, necrose e processo inflamatório). No 21º dia, procedeu-se à biópsia da orelha do coelho para avaliação histológica e imuno-histoquímica com os marcadores endoteliais CD31 e CD34. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. **Resultados:** Quanto ao resultado de eficácia, a presença de esclerose foi observada em 76,9% das orelhas tratadas com espuma, sendo superior estatisticamente a todos os grupos ($p < 0,001$), exceto o grupo polidocanol (33,3%). Quanto à segurança, o grupo espuma teve o maior número de efeitos adversos somando 30,7% de orelhas com necrose ($p = 0,003$), 46,15% com úlcera ($p = 0,003$) e 69,2% com processo inflamatório ($p < 0,0001$). A flebite no 21º dia esteve presente em 38,46% no grupo espuma e em 8,33% no grupo glicose. A microscopia, o grupo espuma foi superior em relação aos demais quanto ao número de casos de esclerose - eficácia ($n = 9$, $p = 0,0024$) e de necrose - segurança ($n = 3$, $p = 0,03$). **Conclusão:** O presente estudo apontou eficácia macroscópica semelhante entre o polidocanol líquido a 1% e espuma de polidocanol a 1% em promover a esclerose da veia. Microscopicamente, o grupo espuma foi o mais eficaz, porém foi o esclerosante que apresentou mais reações adversas neste modelo experimental.

O-089

COMPARAÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DOENÇA VARICOSA ENTRE O RIO GRANDE DO NORTE E DEMAIS ESTADOS DO NORDESTE E BRASIL

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; MIRANDA B.A.; SANTOS JÚNIOR J.R.B.; MUNDIN R.N.; OLIVEIRA E.R.R.S.; LUZ Y.S.; SILVA J.A.C.
 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), Volta Redonda - RJ; Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto - MG; Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Açu - RN; Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Araguaína - TO

Contexto: As veias varicosas são veias salientes, dilatadas, tortuosas e superficiais que medem no mínimo 3mm de diâmetro. Ocorrem como manifestações da doença venosa crônica, sendo a mais comum das alterações vasculares. Acometem cerca de 10-20% da população mundial, sendo 20-25% constituído de mulheres e 10-15% de homens. O principal fator de risco para o surgimento é a hereditariedade, porém gravidez, longos períodos de ortostatismo, uso de contraceptivos orais e obesidade também podem contribuir. **Objetivo:** Comparar a incidência da doença varicosa entre o Rio Grande do Norte e demais estados do Nordeste e do Brasil. **Métodos:** Pesquisa e análise de dados encontrados no DATASUS acerca da variável varizes de membros inferiores (CID-183). **Resultados:** Nos últimos 5 anos, foram registrados 416.628 internamentos pela afecção no país, sendo 77% do sexo feminino. A região com maior número de internamentos foi o Sudeste, com 53% do total dos casos notificados e a região Nordeste (NE) ficou na terceira posição, com 12%. O Rio Grande do Norte (RN) foi o 3º estado com maior número de casos na região NE (5845 casos), sendo 82% em mulheres, ficando atrás apenas de Pernambuco e da Bahia. Os municípios de maiores índices no RN foram Alexandria com 55% dos casos, Natal com 11% e Mossoró com aproximadamente 10%. A raça mais acometida foi a branca, com 45% do total no país e 54% no RN. Aproximadamente 80% dos atendimentos no país foram feitos em caráter eletivo, com uma média de internação de 2,5 dias, sendo o ano com maior percentual de internamentos o de 2014, dados que se repetiram no Rio Grande do Norte. A faixa etária dos 40-49 anos foi a que mais contribuiu com as estimativas, correspondendo a cerca de 26% do total de casos no Brasil e no RN. A taxa de mortalidade foi de 0,31 óbitos a cada 1000 habitantes no RN, abaixo dos 0,36 do Brasil e dos 0,72 do NE. Houve um total de 1506 óbitos em valor absoluto no país, sendo 377 no Nordeste e destes, 18 no RN, com predomínio do sexo feminino. Estima-se que foram gastos mais de 297 milhões de reais no Brasil, sendo 14% destinados ao NE e 1,2% ao RN. **Conclusão:** Evidencia-se relevante incidência de doença varicosa no Rio Grande do Norte principalmente em mulheres, quando comparado aos outros estados da região NE, o qual possui protagonismo a nível nacional.

O-090

COMPARAÇÃO DE DESFECHOS ENTRE OS DIFERENTES TIPOS DE TRATAMENTO REALIZADOS EM PACIENTES COM AVC: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE MORBIMORTALIDADE E PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

ROSSI M.F.; KRAFT G.M.; OLIVEIRA H.B.; REGERT R.; LUCAS M.L.; LICHTENFELS E.; ERLING JUNIOR N.; AERTS N.R.

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

Contexto: Devido a importância do impacto do acidente vascular encefálico (AVC) na mortalidade geral e morbidade da população, criam-se medidas de prevenção e tratamento para o manejo destes pacientes. A Santa Casa de Porto Alegre possui uma Unidade de Cuidados Intensivos para pacientes pós AVC na qual a Cirurgia Vascular atua realizando o tratamento cirúrgico. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes da unidade e comparar, através de escalas de função e de gravidade, os grupos submetidos aos diferentes tratamentos.

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo e longitudinal que incluiu pacientes pós AVC internados na Unidade de AVC da Santa Casa durante os meses de março a agosto de 2015, totalizando 178 casos. Avaliou-se aspectos demográficos, perfil de comorbidades e etiologia do AVC. Definiu-se como desfecho a mortalidade, NIHSS (escala de morbidade) e Rankin (escala de status funcional) na chegada, na alta e no acompanhamento ambulatorial. **Resultados:** Dos pacientes analisados, 57% eram do sexo masculino e 84,3% foram diagnosticados com hipertensão arterial. Em 58% dos casos não foi definida etiologia para o AVC. Totalizaram 12 óbitos e a maioria teve como causa primária o AVC. A maior parte dos pacientes (139) seguiu o tratamento clínico. O grupo que realizou trombólise apresentou maior índice de mortalidade e maiores médias da escala de NIHSS correspondentes com pior gravidade em todas as fases de análises em relação ao grupo clínico: NIHSS na alta ($p = 0,03$), Rankin na chegada ($p = 0,0002$), Rankin na alta ($p = 0,0002$). Apenas o Rankin ambulatorial não apresentou diferença entre os grupos ($p = 0,74$). Na comparação do tratamento clínico com endovascular, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Em relação a endarterectomia de carótida, o grupo de tratamento clínico obteve média de NIHSS e Rankin maiores na chegada, $p = 0,0094$ e $p = 0,0414$, respectivamente. A endarterectomia carotídea foi realizada, em média, 21 dias após o episódio de AVC, com bons resultados. **Conclusão:** Os pacientes encaminhados para tratamento com trombolítico eram de maior gravidade na admissão e apresentaram desfechos compatíveis. A média de tempo para endarterectomia foi acima do preconizado pelos últimos trabalhos. Chama a atenção o número de pacientes sem seguimento ambulatorial, que correspondem a 54,5%, o que abre uma grande falha nos resultados de acompanhamento.

O-091

COMPARAÇÃO DE EFICÁCIA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA GRAVE (CEAP 6): ABLAÇÃO ENDOVENOSA POR RADIOFREQUÊNCIA VS. ABLAÇÃO ENDOVENOSA POR LASER VS. ELASTOCOMPRESSÃO

PIMENTA R.E.F.; SOBREIRA M.L.; BERTANHA M.; CAMARGO P.A.B.; FERNANDES B.L.; CAMPOS G.G.; IWAMOTO B.M.; CURTARELLI A.

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: A doença venosa em sua apresentação mais grave, úlcera venosa, pode atingir até 6 milhões > 70 anos de pessoas no Brasil, causando impacto negativo na qualidade de vida deste paciente. A terapia de compressão é o tratamento clínico mais eficaz mas, há evidências que sugerem que a recorrência da úlcera é diminuída com a cirurgia venosa superficial convencional, especialmente as endovenosas minimamente invasivas, como laser (EVLA) ou ablação por radiofrequência (RF). **Objetivo:** Comparar a eficácia e a segurança dessas técnicas minimamente invasivas com o tratamento clínico (elastocompressão) em pacientes com doença venosa crônica grave (CEAP 6). **Métodos:** Estudo prospectivo, controlado e randomizado sendo incluídos membros inferiores com úlcera venosa ativa, randomizados em 3 grupos: I) RF + elastocompressão, II) EVLA + elastocompressão, III) elastocompressão. Foi realizado controle fotográfico das úlceras, assim como mensuração do diâmetro, além do controle ultrassonográfico realizado em D0, D7 e em 1 ano. O desfecho primário foi a cicatrização da ferida. As complicações foram registradas mensalmente durante o seguimento. **Resultados:** 88 pacientes, sendo 69,3% mulheres, idade média de 61,3 anos, com tempo médio de ulceração de 11 anos (30 dias - 48 anos) e diâmetro variando de 1,5 a 28 cm. A pontuação no VCSS (Venous Clinical Severity Score) variou entre 9 - 26 pontos. Como complicações, observamos no grupo EVLA 04 casos de neurite pós operatória e um caso de EHIT tipo III; no grupo de RF, dois casos de neurite pós operatória, um caso de trombose venosa profunda em veia perforante. Não foi observada diferença estatística na taxa de cicatrização entre as técnicas após 6 meses de seguimento ($p > 0,05$), com melhora significativa no score do VCSS no mesmo período ($p < 0,001$). **Conclusão:** Em nossa casuística, EVLA, RF e elastocompressão apresentaram resultados semelhantes em relação a taxa de cicatrização da úlcera ao final de 6 meses, com impacto positivo na gravidade da doença, sem diferença entre as técnicas.

O-092

COMPARAÇÃO DOS EFEITOS DO LASER ENDOVENOSO UTILIZANDO COMPRIMENTO DE ONDA 1470 NM VS. 1940 NM E DIFERENTES DENSIDADES DE ENERGIA

ARAUJO W.B.; TIMI J.R.R.; KOTZE L.R.; COSTA C.R.V.

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Laboratório Biópsia, Curitiba - PR

Contexto: O tratamento de veias varicosas com laser vem se impondo como alternativa válida para pacientes com insuficiência venosa crônica. **Objetivos:** Avaliar as alterações histológicas e imuno-histoquímicas da veia safena magna (VSM) utilizando aparelhos de laser com diferentes comprimentos de onda (1470 nm e 1940 nm) e diferentes densidades de energia linear endovenosa (LEED). **Métodos:** Foram selecionados cinco pacientes submetidos a fleboexatração da VSM. Um total de 10 segmentos com cerca de 20 cm foram preparados e encaminhados para a realização da termoablação experimental. Cada segmento de veia foi irradiado com 4 configurações de parâmetros diferentes (Grupo A: 1470 nm e 50 J/cm; Grupo B: 1470 nm e 100 J/cm; Grupo C: 1940 nm e 50 J/cm e Grupo D: 1940 nm e 100 J/cm). Foram analisadas 40 peças de veia, sendo 10 segmentos pertencentes a cada grupo do estudo. As alterações foram classificadas em 4 categorias: alterações de temperatura baixa (LTCs), moderada (MTCs), alta (HTCs) e muito alta (VHTCs). Posteriormente foram reagrupadas para análise estatística em 2 categorias: lesões desejadas (LTCs + MTCs) e lesões indesejadas (HTCs + VHTCs). **Resultados:** Na camada íntima foram analisados 208 fragmentos. O grupo A foi o que apresentou a maioria das lesões desejadas (65,4%) com diferença significativa na comparação A x C ($p = 0,019$) e A x D ($p = 0,001$). O grupo D foi o que apresentou a maioria das lesões indesejadas (68,5%) com diferença significativa na comparação com o grupo A ($p = 0,001$). Na camada média foram analisados 207 fragmentos. Os grupos A e C foram os que apresentaram a maioria das lesões desejadas (77,4% e 75,0% respectivamente) sem diferença significativa entre eles porém com diferença significativa quando foram comparados os grupos A x B ($p = 0,031$), A x D ($p = 0,001$) e C x D ($p = 0,001$). O grupo D foi o que apresentou a maioria das lesões indesejadas (55,6%) na camada média. Com diferença significativa quando foi comparado ao grupo A ($p = 0,001$) e C ($p = 0,001$). Na camada adventícia foram analisados 65 fragmentos. No grupo A 100% das lesões foram desejadas. O grupo C foi o que apresentou a maioria das lesões indesejadas, com diferença significativa quando comparada ao grupo A ($p < 0,001$). **Conclusões:** A utilização dos parâmetros de laser com comprimento de onda 1470 nm e LEED 50 J/cm resultou em mais lesões desejadas em todas as camadas (íntima, média e adventícia). O laser 1940 nm evidenciou um maior poder de destruição da camada íntima e adventícia da parede da veia gerando lesões indesejadas quando considerado os LEEDs utilizados nesse estudo (50 J/cm e 100 J/cm).

O-093

COMPLICAÇÃO DE RADIOTERAPIA: ESTENOSE ACTÍNICA

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; FERREIRA G.P.V.; SIMÕES C.R.C.; ABREU M.F.M.; CHEQUI M.T.M.; FERRARI A.L.L.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Diversas são as complicações possíveis da radioterapia no tratamento de neoplasias. Lesões actínicas de artéria em pacientes submetidos a este tipo de tratamento para neoplasia são complicações conhecidas, porém com poucos relatos de casos publicados. Os efeitos da radiação ionizante em tecidos humanos vêm sendo estudados exaustivamente, já que é uma das opções terapêuticas para o tratamento de diversas neoplasias malignas. Um dos efeitos colaterais bem conhecidos da radiação ionizante é a lesão de tecidos sadios contíguos a tumorações malignas devido à irradiação terapêutica. Lesões do sistema linfático, trombose venosa de veias e retração cicatricial limitante são complicações bem conhecidas e relatadas na literatura médica. Na prática oncológica, estenose arterial como complicação da radioterapia é considerada muito rara, mesmo tendo sido relatada em estudos experimentais que a evidenciaram. Na maioria das publicações as lesões histológicas causadas pela radiação não são específicas e estão frequentemente associadas a fatores de risco para aterosclerose. Diversos tipos de lesão já foram descritos como rupturas, aneurismas, oclusões, estenoses e trombose. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 61 anos, que apresentou estenose actínica nas artérias carótidas pós radioterapia para tratamento de neoplasia de cavo nasal que foi submetido a tratamento endovascular de angioplastia das artérias carótidas com colocação de stent. Paciente submetido a angioplastia de carótida esquerda, após dois meses submetido a angioplastia de carótida direita com boa evolução e sem complicações em acompanhamento ambulatorial. A estenose actínica é uma complicação possível pós radioterapia de neoplasias, já tendo sido relatadas em estudos experimentais. Estenose actínica em artéria carótida pode apresentar complicações isquêmicas para o sistema nervoso central e a angioplastia carotídea com colocação de stent apresenta-se como o melhor tratamento para se evitar tais complicações.

O-094**COMPLICAÇÃO EM ENDARTERECTOMIA DE ARTÉRIA FEMORAL**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; SANCHES V.C.; LOPES F.L.; NASCIMENTO P.C.; CHEQUI M.T.M.; MELO I.S.G.; VIARENGO G.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Classificada como uma das doenças mais frequentes na clínica diária da cirurgia vascular, a oclusão crônica do segmento fêmoro poplíteo, é responsável por cerca de metade dos casos de distúrbios isquêmicos de membros inferiores, sendo a aterosclerose responsável por mais de 90% dos casos. Na grande maioria das vezes a obstrução é unilateral, porém, aproximadamente 75% dos pacientes desenvolvem obstruções no membro contralateral em 4 anos. A primeira cirurgia de revascularização infrainguinal para tratamento de isquemia de membro inferior foi uma tromboendarterectomia realizada em 1946 pelo cirurgião português João Cid dos Santos. A primeira revascularização com veia safena invertida foi realizada em 1949 pelo francês Jean kunlin, sendo até hoje uma das melhores opções para tratamento dessas oclusões extensas. Atualmente o território infrainguinal é também constantemente tratado por cirurgia endovascular, tanto os pacientes com isquemia crítica, quanto os pacientes claudicantes que podem ter seus sintomas eliminados por um tratamento minimamente invasivo. Paciente do sexo masculino de 64 anos, hipertenso, tabagista e ex-etilista foi consultado no PS do hospital apresentando lesão trófica infectada em região dorsal de pé direito. Ao exame físico apresentava pulso femoral palpável e demais ausentes nesse membro e índice tornozelo-braço de 0,47. Submetido a desbridamento cirúrgico com programação de arteriografia. Exame arteriográfico com estenose de 90% em região de transição fêmoro-poplíteo, artéria poplíteo pévea, fibular pévea e oclusão de artérias tibial anterior e posterior em terço médio. Submetido a endarterectomia de artéria femoral superficial com melhora discreta da dor e da lesão no pós-operatório. Submetido a US Doppler que evidenciou estenose significativa no local da endarterectomia. Devido ao resultado do exame ultrassonográfico Doppler foi realizado exame angiográfico e angioplastia do local da estenose com colocação de stent. Paciente apresentou boa evolução com amputação transmetatarsica recebendo alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. A tromboendarterectomia no segmento infrainguinal é restrita a casos em que a oclusão ou estenose seja segmentar, ao nível da artéria femoral comum em que esteja indicado profundo plastia ou restrita ao canal de Hunter com dificuldade ou impossibilidade de tratamento endovascular.

O-095**COMPLICAÇÃO RARA DE IMPLANTE DE CATETER VENOSO CENTRAL: RELATO DE CASO**

BARBOSA L.S.P.; SANTOS A.J.; CARVALHO A.T.Y.; GOMES C.A.P.; RAMOS D.V.; AZEVEDO L.G.; ALMEIDA L.C.; OLIVEIRA R.A.
Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador - BA

O cateterismo venoso central é comumente usado para diagnóstico e tratamento, especialmente em pacientes críticos, podendo apresentar complicações graves mesmo para profissionais experientes. Embolização do fio-guia é uma complicação rara, potencialmente grave e quando ocorre é necessário um procedimento invasivo para a sua remoção. Trata-se de um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, de 53 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e feocromocitoma, acompanhada no Hospital Geral Roberto Santos no último ano com relato de passagem de cateter venoso central em veia subclávia direita em junho de 2015, em unidade de pronto atendimento, tendo descoberto, após três meses do procedimento, corpo estranho (fio-guia) intra-torácico. Entretanto após aproximadamente um ano, começou a cursar com cefaléia diária e parestesia em membros superiores, com aparecimento de lesão nodular em couro cabeludo, observando exteriorização do fio-guia pela região frontal direita sendo então encaminhada ao nosso serviço. À tomografia foi observado fio de material metálico com extremidade proximal na topografia do bulbo da veia jugular interna direita, apresentando exteriorização parcial pela calota craniana na região frontal; corpo-estranho em território de veia cava superior e átrio direito, além de fragmento em provável território de veia ilíaca direita. À arteriografia cerebral, ausência de fistula arteriovenosa e presença de corpo estranho sem contato com vasos sanguíneos intracranianos. Realizado retirada manual do fio guia em segmento cefálico sob tração contínua com visão direta por radioscopia sem intercorrências. Paciente submetida posteriormente à flebografia, confirmando presença de um fragmento em veia cava superior, sendo removido com auxílio de sistema de laço endovascular e, um segundo em trajeto de veia ilíaca direita em trajeto extraluminal, entretanto sem sucesso na captura. A paciente evoluiu com remissão da cefaléia e da parestesia. Em acompanhamento ambulatorial, notado fragmento em região cervical alta, retromandibular, fora dos vasos cervicais à direita na angiotomografia além de fragmento remanescente em pelve observado em radiografia de abdome. A inserção de um cateter venoso central, apesar de ser um procedimento rotineiro em unidades de saúde, está sujeito a complicações, devendo ser realizada com cautela e segurança.

O-096**COMPORTAMENTO DO SACO ANEURISMÁTICO APÓS CORREÇÃO ENDOVASCULAR DOS ANEURISMAS DE ARTÉRIA POPLÍTEA**

ESTEVES F.P.; RAZUK FILHO A.; PARK J.; TELLES G.J.P.; NOVAES G.S.; KARAKHANIAN W.K.; CAFFARO R.A.; CASTELLI JUNIOR W.
Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo - SP

Contexto: A artéria poplíteo é o segundo sítio mais comum de incidência de aneurismas arteriais, representando a principal artéria dos membros a ser acometida por essa patologia. O tratamento endovascular com o emprego de stents revestidos é uma alternativa técnica para a correção dos aneurismas de artéria poplíteo. Tal procedimento tem o intuito de excluir o aneurisma da circulação, prevenindo as principais complicações apresentadas pelos pacientes com essa condição. Apesar disso, pouco se conhece a respeito do comportamento do saco aneurismático desses aneurismas após o tratamento endovascular. **Objetivo:** Nesse contexto nossa proposta é avaliar retrospectivamente o comportamento dos diâmetros de saco aneurismático de pacientes submetidos a correção endovascular de aneurisma de poplíteo em nosso serviço. **Métodos:** Para isso foram analisados retrospectivamente os resultados do tratamento endovascular de 38 aneurismas de poplíteo em 32 pacientes, realizados no período de 2008 a 2014. Foi avaliada a perviedade, complicações pós-operatórias e os diâmetros máximos de saco aneurismático no período pré e pós operatório. Foi considerada como significativa toda variação > 3 mm de diâmetro do aneurisma após o tratamento endovascular. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 68,3 anos (47-87), com predominância do sexo masculino (92%). O diâmetro médio dos aneurismas foi de 29,57 mm. Cinco pacientes evoluíram a óbito não relacionado ao aneurisma no período e 4 pacientes apresentaram oclusão dos stents no período de acompanhamento, com uma perviedade primária de 82,8% em seguimento médio de 38 meses (12-70 meses). Foram verificados 6 endoleaks, sendo 1 do tipo 1, tratado com implante de novo stent proximal e 5 tipo 2, visualizados no intra-operatório com resolução espontânea. A redução significativa do diâmetro do saco aneurismático foi verificada 45,9% dos pacientes após 6 meses de acompanhamento, 84,8% após 18 meses e 85,3% após 24 meses de seguimento. **Conclusão:** Concluímos que a correção endovascular do aneurisma de artéria poplíteo promove adequada exclusão do aneurisma, com boa perviedade a longo prazo, promovendo também significativa redução dos diâmetros do saco aneurismático na grande maioria dos pacientes.

O-097**COMPRESSION STOCKINGS HAVE A SYNERGISTIC EFFECT WITH WALKING IN THE LATE AFTERNOON TO REDUCE EDEMA OF THE LOWER LIMBS**

BELZACK S.Q.; BELCZAK C.Q.; GODOY J.M.P.; SILVA M.A.M.; BERNARDI W.H.; CAMPACCI A.H.; CAFFARO R.A.; CASTELLI JÚNIOR V.

Universidade de São Paulo (USP); Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto - SP; Hospital Santa Marcelina, São Paulo - SP; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo - SP

Background: Studies show that a single immersion exercise session is a safe, effective, and enjoyable complement, or alternative, to compression stockings. **Objective:** The aim of this study was to evaluate whether an association of elastic stockings and walking for a short period in the late afternoon reduces leg edema. **Methods:** Volume changes of the legs of sixteen patients (32 limbs), who walked on a treadmill for 30 minutes using elastic compression stockings, were analyzed in a quasi-randomized clinical trial. They were submitted to volumetry using the water displacement technique and subsequently required to put on 20/30 made-to-measure compression stockings (Sigvaris). The patients walked on a treadmill for 30 minutes and after removing the stockings volumetry of the legs was again performed. Legs were assessed using the CEAP classification and divided into groups. Analysis of variance was used for statistical analysis with an alpha error of 5% being considered acceptable. **Results:** When participants walked wearing compression stockings, there was a reduction in leg volume. When the CEAP classification was evaluated, it was noted that there was a statistically significant difference for the CEAP C0, C1 and C2 categories of legs using stockings compared to those that did not use. **Conclusion:** Compression stockings have a synergistic effect with walking in the late afternoon to reduce edema of the lower limbs.

O-098

CONDUTAS EM OCLUSÕES DE ENDOPRÓTESE NA CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL

GOUVÊA R.M.; SILVA M.M.Q.; CARVALHO R.J.V.; PROCÓPIO R.J.; NAVARRO T.P.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG

Trabalho visa discutir o manejo de oclusões de endopróteses no seguimento de pacientes submetidos à correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (EVAR), seja dos ramos ilíacos ou corpo principal. Apresentamos dois relatos de caso de pacientes submetidos a EVAR no Hospital das Clínicas da UFMG que evoluíram com oclusão de endoprótese no pós operatório. Primeiro caso trata-se de paciente, 68 anos, sexo masculino, que apresentou quadro de isquemia aguda (classe 2A) em membros inferiores após oclusão total de endoprótese no 16º DPO de EVAR (monoilíaca) + by-pass cruzado da artéria ilíaca externa direita para artéria femoral comum esquerda. Abordado com fibrinólise dirigida por cateter de aorta infrarrenal e setor ilíaco direito e posterior angioplastia transluminal percutânea de artéria ilíaca comum e externa direitas com cateter balão e stent. O segundo caso trata-se de paciente 67 anos, sexo masculino, que apresentava 6 meses de realização de EVAR e surgiu um quadro de claudicação limitante em membro inferior direito há 20 dias. Realizada angiogramografia que evidenciou oclusão de ramo direito de endoprótese. Tratado com angioplastia transluminal percutânea com stent de ramo esquerdo e direito de endoprótese (técnica de Kissing) e angioplastia com cateter balão e stent de artéria ilíaca comum direita abaixo da ancoragem de endoprótese que apresentava estenose de 80%. Relato de dois casos descritos com uso de material de prontuário e arquivos de imagem do pré, intra e pós operatório. Revisão de literatura sobre ocorrência de oclusões de endoprótese e seu manejo. Ambos os casos apresentaram sucesso angiográfico imediato com boa evolução em pós operatório e mantendo perviabilidade de endopróteses até o momento. Tanto a fibrinólise dirigida por cateter para o caso de oclusão aguda quanto a angioplastia transluminal percutânea para a oclusão crônica foram eficazes. Ambos os casos foram necessários a correção endovascular de estenoses significativas em artérias ilíacas receptoras e em ramo da endoprótese. Revisão da literatura demonstra que esta é uma complicação incomum, mas potencialmente grave que não apresenta uma conduta bem estabelecida. A oclusão de endoprótese é complicação incomum mas potencialmente grave que deve ser abordada o mais precoce possível e sempre deve-se procurar identificar e corrigir possíveis lesões que possam ter favorecido a ocorrência deste evento.

O-099

CONGESTÃO PÉLVICA COMO CAUSA DE VARICOCELE RECIDIVADA - ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS

LEMOS JUNIOR A.N.; LEMOS S.D.; ROCHA M.G.; GUIMARÃES A.; BERGAMINI A.K.D.

Faculdade São Leopoldo Mandic; Irmandade de Misericórdia de Campinas, Campinas - SP

A varicocele recidivada apresenta uma relação importante com compressão da veia renal esquerda (síndrome de nutcracker). A incidência de varicocele varia com a idade, sendo de 7,2% em indivíduos entre 2 e 19 anos. Após os 20 anos, a incidência é de 10% a 25%. Em pacientes idosos > 60 anos, a varicocele está presente em até 42,9%. Nessa faixa etária, não existem estudos adequados que demonstrem existir relação entre varicocele e compressão renal. A incidência de varicocele é maior nos homens com infertilidade, situando-se ao redor de 40%. O objetivo deste relato foi descrever casos de compressão venosa e varicocele recidivada, mostrando sua evolução clínica, exames de imagem e dados da literatura, a fim alertar aos urologistas sobre a possibilidade diagnóstica dessa síndrome, ao se deparar quadro de varicocele recidivada. Caso 1: Paciente sexo masculino, 18 anos, encaminhado da urologia para o serviço de cirurgia vascular com queixa de dor em testículo. Relata ter realizado duas vezes varicocelectomia, sem sucesso. Nega traumas. Angiotomografia com compressão de veia renal esquerda e da veia ilíaca comum esquerda com veia gonadal esquerda vicariante. Ao exame: CHAAE. Dor na palpação dos testículos, principalmente no esquerdo. US Doppler pélvico diagnosticou compressão das veias renal esquerda de 53%, e ilíaca comum esquerda de 63%. Realizado Flebografia por cateterismo pélvico confirma compressão da veia ilíaca comum esquerda e veia renal esquerda com refluxo de gonadal grau III. Caso 2: Paciente sexo masculino, 18 anos, encaminhado da urologia para o serviço de cirurgia vascular por apresentar varicocele recidivada. Relata ter operado duas vezes, sem sucesso. Apresenta dor em testículo esquerdo com irradiação para flanco esquerdo, que melhora com repouso. Nega sintomas em membro inferior esquerdo e traumas. Angiotomografia mostra compressão da veia renal esquerda maior de 60%, com refluxo da veia gonadal. Flebografia confirma a compressão da veia renal esquerda com refluxo importante da veia gonadal e veia ilíaca comum esquerda. O diagnóstico precoce evita procedimentos e complicações desnecessários. A abordagem endovascular com implante de stent tem sido utilizada de maneira satisfatória, principalmente em razão de ser minimamente invasivo. É importante solucionar a compressão da veia renal esquerda e restabelecer o fluxo venoso para diminuir o refluxo pela veia Gonadal. Somente após isto avalia-se a necessidade de realizar a embolização da Gonadal.

O-100

CONHECIMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS SOBRE PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO

GOMES T.C.; NASCIMENTO J.F.B.; ANDRADE F.N.; OLIVEIRA T.; SOUSA E.C.; MOTA C.G.G.

Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras - PB

Contexto: Estudos apontam que portadores de diabetes mellitus (DM) possuem quinze vezes mais chance de amputação de membro inferior. Alterações neurológicas periféricas, anatomopatológicas vasculares, infecciosas e mistas podem sinalizar um quadro inicial, denominado pé diabético. Essas alterações podem levar a abertura de úlceras que predisõem as amputações. **Objetivo:** Nesse sentido, objetivou-se conhecer o conhecimento do paciente sobre pé diabético e as medidas preventivas de autocuidado. **Métodos:** Delineou-se uma pesquisa investigatória, não observacional e descritiva, envolvendo 48 diabéticos em um município de pequeno porte no sertão paraibano, que responderam um questionário semiestruturado acerca de conhecimentos envolvendo o autocuidado do pé diabético. Os dados foram tabulados e analisados à luz da estatística descritiva e literatura pertinente. **Resultados:** A média de idade desses pacientes foi de 60 anos, sendo mais frequente o sexo feminino (n = 29). Dos 23 pacientes que conceituaram o que é pé diabético, 82% responderam ser uma ferida no pé e 18% associaram-no a dormência no membro. No tocante a prevenção, 17 desconheciam medidas preventivas. Entretanto, 64,6% referiam conhecimento sobre prevenção, através da lavagem dos pés diariamente (64,5%), uso de sapato fechado (35,5%) e uso de cremes hidratantes (25,8%). Apenas 2 pacientes mencionaram o uso correto da medicação e dieta balanceada como medida preventiva. Acerca da inspeção dos pés, 35,4% dos pacientes observam diariamente o pé, 25% faz isso vários dias na semana e 12,5% nunca observaram. Nos cuidados com as unhas, 47,9% desconheciam o corte correto, 64,6% secam entre os dedos, 79,2% usam creme hidratante nos pés e 83,3% não andam descalços para evitar feridas. Apesar dos pacientes saberem da importância do cuidado com o pé (91,7%), apenas 77,1% sabiam como realizar esse cuidado. **Conclusões:** É de grande importância para a prevenção de complicações da DM o conhecimento dos pacientes sobre cuidados com os pés, bem como o exercício do autocuidado na redução de atitudes que venham predispor ulcerações e amputações. É dever da equipe multidisciplinar de saúde (re)orientar sobre as medidas preventivas e a importância do autocuidado.

O-101

CONSEQUÊNCIAS E COMPLICAÇÕES DO USO DE FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

NASCIMENTO M.C.

Universidade Federal do Cariri (UFCA), Juazeiro do Norte - CE

A ocorrência de tromboembolismo venoso permanece com uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, com destaque para o tromboembolismo pulmonar (TEP) e a trombose venosa profunda (TVP). Apenas nos Estados Unidos da América são notificados 422 casos para cada 100.000 habitantes anualmente. Quando o uso de anticoagulantes, escolha primária para prevenção de distúrbios de coagulação, são contraindicados devido à ineficácia, à existência ou à possibilidade de hemorragias significativas ao paciente, a utilização de filtros de veia cava inferior (FVCI) apresenta-se como uma alternativa eficaz para a profilaxia dessas enfermidades. Contudo, apesar dos recentes avanços desse método de prevenção, consequências e complicações são documentadas e merecem atenção. Foram utilizados 55 artigos, textos originais e revisões da literatura, publicados no período de 30 de julho de 2012 a 30 de julho de 2017. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura do período de 30 de julho de 2013 a 30 de julho de 2017 na base de dados PubMed com os descritores "inferior vena cava" (MeSH), "complications" (MeSH) e "filter" (MeSH), sendo utilizados artigos originais e revisões. O critério de exclusão foi a correlação das complicações com o processo de colocação, permanência e retirada do FVCI. Dentre as complicações mais frequentes e mais relevantes, pode-se destacar a penetração da veia cava, variando de 0 a 41%, com ocorrência de 8 a 20% desses pacientes com evolução sintomática. A perda da integridade do filtro aparece entre 2 e 10% dos casos. Oclusão da veia cava inferior por trombos representa de 2% a 30%. Já o movimento do filtro chega a 18% e a ocorrência de embolismo pelo filtro ocorre em até 1%. Casos de perfuração duodenal, pancreatite secundária à colocação do FVCI e sangramento Retroperitoneal são descritos. Os dados demonstram que, apesar de uma alternativa que avançou nos últimos anos, a colocação de filtro de veia cava inferior ainda apresenta números preocupantes no que tange à existência de complicações, mesmo que com evolução assintomática. Tais casos necessitam de constantes avaliações e modificações com o intuito de tornar o procedimento ainda mais eficiente e seguro.

O-102

CONTRATURA ISQUÊMICA DE VOLKMANN

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; SANCHES V.C.; RIOS R.P.; FERREIRA T.C.; CHEQUI M.T.M.; VIARENGO G.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A contratura de Volkmann é rara e ocorre mais frequentemente na fratura sacodilar do úmero, resultando em lesão ou oclusão da artéria braquial com isquemia aguda dos músculos do antebraço. Pode ser causada pela lesão da artéria braquial, uso inadequado de torniquete, imobilização inadequada ou síndrome compartimental. A contratura do compartimento flexor puxa os dedos em flexão e o punho em flexão e pronação. Entretanto, a extensão ativa dos dedos é possível quando o punho é passivamente fletido, indicando que a contratura é no antebraço. Pode haver lesão do nervo mediano. A contratura Isquêmica de Volkmann é uma contratura permanente de flexão da mão sobre o punho resultando em uma deformidade em forma de garra da mão e dos dedos. O diagnóstico da Síndrome Compartimental é clínico, porém existem métodos para monitorizar a pressão intracompartimental. Laboratorialmente pode-se ter um aumento da creatina-quinase (CK) num valor de 1000-5000 U/mL demonstrando uma mioglobinúria que pode sugerir o diagnóstico. Descrevemos o caso de um paciente do sexo masculino de 64 anos com quadro de dor em membro superior esquerdo, perda da motricidade e mão caída há quatro dias pós arteriografia em artéria braquial. Ao exame físico foi notado massa pulsátil em braço em trajeto de artéria braquial. Paciente com antecedente de angioplastia coronária há dois anos e correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal. Paciente submetido a cirurgia, com retirada de hematoma e sutura de lesão em artéria braquial com boa recuperação no pós-operatório. Nove meses após a cirurgia apresenta boa recuperação dos movimentos de membro superior esquerdo. A contratura de Volkmann é rara e pode apresentar lesões graves e irreversíveis se não tratada a tempo e a cirurgia de descompressão dos compartimentos e restabelecimento da circulação é imprescindível e deve ser realizada o mais rápido possível.

O-103

CONTRIBUIÇÃO DOS GRADIENTES PRESSÓRICOS VENOSOS À FLEBOGRAFIA ASCENDENTE NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE MAY-THURNER EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA AVANÇADA DOS MEMBROS INFERIORES

ALMEIDA B.L.; ROSSI F.H.; CAVALCANTE S.F.A.; BETELI C.B.; RODRIGUES T.O.; SOUSA A.G.M.R.; IZUKAWA N.M.; KAMBARA A.M.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo - SP

Contexto: A flebografia ascendente (FA) foi, por muito tempo, considerada o exame padrão-ouro no diagnóstico da Síndrome de Compressão da Veia Ilíaca (SCVI). Entretanto, sua acurácia já foi questionada quando comparado ao ultrassom intravascular (UI). Acredita-se que a avaliação das pressões venosas durante a execução da FA possa auxiliar no diagnóstico, melhorando a acurácia desse método. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo avaliar a contribuição dos gradientes pressóricos venosos (GPV) à FA, para o diagnóstico da SCVCI significativa em pacientes portadores de insuficiência venosa crônica (IVC) avançada dos membros inferiores. **Métodos:** Foram incluídos 50 pacientes com IVC avançada (Classificação CEAP 3 ou superior) sem melhora após um ano de tratamento clínico, totalizando 100 membros inferiores. Todos os membros foram submetidos aos exames de FA com medidas de pressão intravenosa e UI, sendo divididos em dois grupos: Grupo 1: obstrução < 50% ao UI e Grupo 2: obstrução ≥ 50% ao UI. **Resultados:** Os gradientes fêmoro-cava após hiperemia (GFC-h) e o gradiente femoral hiperemia-reposo (GFh-r) apresentaram correlação significativa com o grau de estenose ao UI, pelo coeficiente de Spearman (GFC-h 0,302, p = 0,002; GFh-r 0,218, p = 0,029) e o melhor desempenho diagnóstico entre os gradientes estudados, pela análise das curvas ROC. A associação dos GPV com a FA provoca melhoria na sensibilidade e valor preditivo negativo da FA, com perda de especificidade e valor preditivo positivo, levando a diminuição das discordâncias desproporcionais entre a FA e o UI, especialmente quando utilizado o GFC-h e o GFh-r. Pela análise por regressão logística, apenas o GFC-h é significativamente independente da FA para diagnóstico das obstruções significativas ao UI (OR 8,1; p = 0,011). **Conclusão:** A associação dos GPV à FA, provoca melhora na sensibilidade e valor preditivo negativo, com perda de especificidade e valor preditivo positivo, sem interferir significativamente na acurácia do método. A associação do GFC-h à FA parece ser a mais eficaz medida para melhorar o índice diagnóstico da SCVCI através desse método, levando ao acréscimo significativo de informação diagnóstica para identificação dos casos com obstrução ≥ 50% ao UI.

O-104

CORREÇÃO ABERTA DE PSEUDOANEURISMA VOLUMOSO PÓS TRAUMA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA

ANDRADE B.T.; VIEIRA A.N.; PINTO D.S.R.

Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza - CE

Lesões vasculares nem sempre se apresentam com sinais marcantes de sangramento ou isquemia aguda. No território subclávio, um ambiente relativamente protegido, de acesso difícil, estas características favorecem o retardo em seu reconhecimento e complicações potenciais. Homem, 32 anos, hígido quando há 41 dias do internamento atual sofreu acidente motociclístico colidindo a face lateral da cabeça e ombro direitos contra muro. Apresentou deformidade na região da clavícula direita, com dor leve, sem restrição de movimento. Logo após evento, realizou em outro serviço cirurgia de fixação aberta da fratura de clavícula e notou no pós-operatório surgimento de massa em região infraclavicular de crescimento progressivo. Foi encaminhado à emergência com sintomas de frialdade, parestesias e redução da força em membro superior direito, associado com aumento importante da massa. Apresentava abaulamento de coloração violácea em região infraclavicular direita com extensão até região axilar, pulsátil, com frêmito. Pulsos ausentes em membro superior direito, no entanto cheios em membro contralateral. Angiotomografia com pseudoaneurisma medindo 16,4 cm x 9,4 cm, subclávio com secção completa, compressão venosa, do plexo braquial e gradil costal. Realizada correção aberta, acesso infra-clavicular estendido para manubriotomia e minicervicotomia auxiliar com evacuação de hematoma e interposição de safena magna reversa entre cotos arteriais. No pós-operatório apresentou pneumotórax à esquerda e paralisia do nervo frênico à direita tratados com drenagem torácica, ventilação não invasiva sob pressão positiva, analgesia e fisioterapia intensiva. Recebeu alta sem outras complicações. A abordagem endovascular foi excluída pela impossibilidade de cateterização do coto distal da artéria subclávio devido sua completa secção e sua não visualização pelos métodos de imagem. A abordagem aberta, exigiu anestesia geral, transfusão de hemoderivados, esternotomia, maior tempo operatório, oscilações hemodinâmicas e maior tempo de hospitalização, no entanto obteve completo êxito. Os pacientes vítimas de trauma devem ser permanentemente reavaliados na busca de lesões de surgimento tardio. A melhor abordagem cirúrgica deve se basear nas características da lesão e do paciente, pesando-se riscos operatórios, objetivando o melhor resultado.

O-105

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA FEMORAL PÓS-TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO

VIEIRA C.B.; SILVA B.L.P.; RAMOS V.P.; BRITO FILHO S.B.; CAMPOS R.C.A.; MELONIO C.E.C.; OLIVEIRA J.V.P.; FREITAS L.H.L.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

A fístula arteriovenosa (FAV) é a comunicação entre artéria e veia de origem congênita, cirúrgica ou por lesões penetrantes. Estas lesões acarretam outras complicações como hematoma e pseudoaneurisma. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os traumas vasculares correspondem a 8% dos traumas, sendo a incidência de lesões vasculares graves relacionadas à alta mortalidade. Objetiva-se relatar o caso de um paciente que, após uma lesão por arma branca, desenvolveu uma FAV entre a artéria e veia femorais superficiais. Estudo transversal descritivo com relato de caso de correção cirúrgica de FAV femoral pós-traumática realizado no Hospital Universitário da UFMA através de análise prontuário, entrevistas ao paciente, acompanhamento do procedimento e revisão de literatura. Relato de caso. Paciente AECF, masculino, 19 anos, FAV femoral pós-traumática por arma branca no terço superior da coxa esquerda em região anterior. Após trauma houve grande perda sanguínea e síncope. Após 20 dias, foi ao ambulatório de cirurgia vascular queixando-se de pulsação na área da perfuração, com déficit na extensão da perna seguida por dor em pontada e parestesia em pé esquerdo. Ao exame físico: nodulação palpável e com frêmito em terço superior de coxa esquerda. Pulsos pediosos e tibial posteriores à esquerda reduzidos. Índice tornozelo-braquial (ITB) esquerdo: 0,35. Realizado parecer neurológico, atribui-se parestesia em pé esquerdo a lesão nervosa. Foi realizada angiotomografia de vasos ilíacos e femorais esquerdos, evidenciando: enchimento precoce e retrógrado das veias femoral e ilíaca comum, relacionado à FAV, estando associada a pseudoaneurisma (8,8 cm x 3,4 cm x 4,5 cm), nutrido através de peritúo na margem medial do terço proximal da artéria femoral superficial a 2,5 cm da bifurcação femoral comum. Optou-se pela cirurgia aberta, com desligamento da FAV e de by-pass fêmoro-femoral com enxerto de veia safena magna reversa de membro inferior direito. No 1º dia de pós-operatório (DPO) evoluiu com melhora da dor em região poplitea, mas persistência da dor em pé esquerdo. Pulsos simétricos, perfusão normal, sem frêmito. ITB: 1,15. Recebeu alta no 2º DPO para acompanhamento ambulatorial. O procedimento optado demonstra a importância da abordagem individual na escolha da terapêutica. Nesse caso, o a cirurgia aberta obteve êxito com resultados satisfatórios, evidenciando melhora clínica e funcional da região lesada.

O-106**CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA INTERÓSSEA**

PINTO D.S.R.; ANDRADE B.T.; VIEIRA A.N.; DAMIÃO J.H.F.; MIRANDA D.P.M.; LIMA T.L.

Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza - CE

Pseudo-aneurismas são uma afecção arterial rara. Os autores destacam a raridade da ocorrência de pseudo-aneurisma da artéria interóssea do antebraço, sendo causado, no caso abaixo, devido perfuração traumática. Paciente de 64 anos, masculino, previamente hígido, deu entrada na emergência devido abaulamento doloroso em região anterior do terço proximal do antebraço direito. Paciente informou que há 2 meses teve, durante o trabalho, um trauma perfurante na região. Ao exame físico, notava-se abaulamento pulsátil de 9,6 cm no maior diâmetro. US Doppler realizado evidenciou pseudoaneurisma com fístula arteriovenosa, porém, com dificuldade para identificar vaso acometido. Foi realizada arteriografia que demonstrou bifurcação alta de artéria radial e pseudoaneurisma de artéria interóssea. Foi diagnosticado o pseudoaneurisma de artéria interóssea, sendo optado por abordagem cirúrgica para resolução do quadro. Foi realizado ressecção do pseudoaneurisma com ligadura de artéria interóssea. Paciente evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar. O pseudoaneurisma é consequente a uma ruptura traumática da parede do vaso, sendo a parede do constituída principalmente por tecido cicatricial tamponado da lesão. O exame de escolha inicial para investigação é a US Doppler, reservando arteriografia para casos duvidosos em que o exame clínico associado a ultrassom não foram necessários para elucidar o diagnóstico. O pseudoaneurisma de artéria interóssea é incomum. O tratamento é cirúrgico sendo endovascular ou cirurgia aberta. Os pseudoaneurismas são complicações que necessitam de uma abordagem rápida e eficaz para evitar outras complicações ao paciente.

O-107**CORREÇÃO CONVENCIONAL DE ANEURISMA TORACOABDOMINAL TIPO III ROTO CONTIDO, COM TÉCNICA DE PERFUSÃO VISCERAL PASDICA**

CARMO L.G.R.; MELO R.A.; FAINA L.; REIS R.; BARROCAS J.E.; SILVA E.W.G.M.; CAIAFA J.

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ

Aneurismas de aorta toracoabdominal (AATA) são doenças relativamente raras que atingem simultaneamente a aorta torácica e abdominal. Apresentam alto risco de rotura quando assumem diâmetros maiores que 6,5 cm com mortalidade de mais de 90% quando rotos. A estratégia cirúrgica no seu tratamento é complexa e a cirurgia convencional, apesar de sua morbimortalidade variável, ainda se apresenta como técnica de escolha nos grandes centros do mundo. Relato de caso do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, de tratamento convencional de aneurisma toracoabdominal tipo III roto contido, com técnica de perfusão visceral passiva. Relato de caso de paciente masculino, 70 anos, apresentando dor abdominal súbita e imagem compatível com AATA tipo III de 10 cm roto contido. Foi tratado com cirurgia convencional e técnica de perfusão passiva de viscerais com ponte axilo-femoral esquerda associada a perfusão "quente" de artéria mesentérica superior e "fria" das artérias renais. Paciente com boa evolução pós-operatória imediata, alta do CTI com 72 h, sem alterações neurológicas, boa função renal, nenhum sinal de isquemia visceral, porém com internação prolongada por íleo paralítico e taquipneia por derrame pleural bilateral, resolvidos com fisioterapia diária. O tratamento dos AATA fornecem um desafio cirúrgico importante. As estratégias de proteção contra isquemia visceral e medular contribuem significativamente para a maior sobrevida e menor morbidade desses pacientes.

O-108**CORREÇÃO DE OCLUSÃO SEGMENTAR DA ARTÉRIA FEMORAL PÓS-TRAUMA: RELATO DE CASO**

OLIVEIRA J.V.P.; SILVA B.L.P.; RAMOS V.P.; BRITO FILHO S.B.; CAMPOS R.C.A.; VIEIRA C.B.; MELONIO C.E.C.; FREITAS L.H.L.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Uma oclusão arterial ocorre quando o sangue coagula dentro dos vasos, obstruindo a irrigação. Ocorre principalmente no contexto da arteriosclerose, mas também pode ser provocada por traumas vasculares. Isso pode levar à isquemia, formação de trombos secundários e, caso não se aplique tratamento adequado, à gangrena. A incidência de isquemia aguda dos membros inferiores (MMII) é de 14/100.000 pessoas/ano. A obstrução pode ser causada por um êmbolo ou por um trombo, sendo este correspondente a 59% dos casos. Objetiva-se relatar o caso de um paciente que após trauma por arma de fogo, desenvolveu oclusão segmentar da artéria femoral superficial e passou por correção cirúrgica de by-pass com a veia safena ipsilateral realizada no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD). Os dados foram obtidos por revisão de prontuário, entrevista com o paciente e a equipe cirúrgica e revisão de literatura. Relato de caso. Paciente ECP, masculino, 23 anos, nega comorbidades e tabagismo, etilista social. Refere que há 1 ano sofreu trauma por perfuração de projétil de arma de fogo (PAF) na região anterior da coxa esquerda. Foi feito primeiros socorros, sem grandes procedimentos. Refere que após cerca de 1 semana do trauma evoluiu com dor em membro e edema principalmente noturno, quando iniciou-se investigação e foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Vascular. Ao exame físico: MMII frios, sem edema, apresentando petéquias, pequena lesão em hálux do pé esquerdo, em cicatrização. Sem outras lesões. Pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso reduzidos à esquerda. ITB: 0,71. Solicitou-se arteriografia do MIE, que evidenciou artéria femoral superficial apresentando oclusão segmentar no terço médio da coxa. Doppler colorido venoso dos MMII: sistemas venosos superficial e profundo pérvios e competentes, sem trombos. Doppler colorido arterial do MIE: artéria femoral superficial pérvia, com fluxo monofásico no segmento médio-distal sugerindo oclusão segmentar. Optou-se por realizar anastomose fêmoro-femoral com safena para correção da oclusão de artéria femoral superficial. No 1º dia de pós-operatório (DPO) apresentava bom estado geral, sem queixa de dor, ausência de edema e boa perfusão. No 2º DPO recebeu alta, sem complicações, deambulando, com pulsos em MMII cheios bilateralmente e ITB: 0,85. O procedimento optado obteve êxito com resultados satisfatórios, evidenciando melhora clínica da região lesada.

O-109**CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA SINTOMÁTICO DA ARTÉRIA POLAR SUPERIOR DO RIM DIREITO: RELATO DE CASO**

CURTARELLI A.; DENOBI M.M.; ZASTROW J.B.; MENDONCA C.T.

Universidade Positivo, Curitiba - PR; Universidade Estadual Paulista (UNESP), Presidente Prudente - SP

Aneurisma da artéria renal (AAR) é uma doença silenciosa, oligossintomática, e que vem aumentando sua incidência (0.1%) por achados incidentais após realização de exames de imagem. Hipertensão arterial de difícil controle, fístulas arteriovenosas, trombose, embolizações renais ou ruptura arterial são complicações possíveis. Paciente do sexo masculino, 49 anos, com queixa de dor em flanco direito, esporádica, com dois anos de duração e piora com atividade física. A persistência de sintomas não justificáveis ao exame físico exigiu ampliação da investigação com exames de imagem que concluíram diagnóstico de AAR. Em decorrência à tortuosidade da artéria polar superior, foi optado por tratamento endovascular. Após acesso endovascular habitual via artéria femoral comum foi implantado em artéria polar superior do rim direito um Neuroform EZ® stent system de 4.5 x 30 mm (Striker® Neurovascular) iniciando 1 centímetro proximal e terminando 1 centímetro distal ao aneurisma sacular seguido de embolização com 4 micromolas destacáveis de platina implantados com microcateter Excelsior SL-10 pre-shaped 45 2-tip marker com 150 cm de comprimento (Striker® Neurovascular) através das malhas do stent. O procedimento foi encerrado sem intercorrências. Uma angioCT-3D realizada após um seguimento de 6 meses confirmou permeabilidade da artéria polar superior do rim direito e do stent, e a ausência de endoleaks. O paciente informou melhora dos sintomas prévios após o procedimento. Aneurismas de artéria renal (AAR) ou de suas tributárias polares tem baixa incidência e sintomatologia frustra. O advento da abordagem endovascular contribuiu de forma significativa para o tratamento desta doença de forma segura, resolutiva e com baixa morbimortalidade.

O-110

CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE DISSECÇÃO DE AORTA TIPO B DE STANFORD EM HOSPITAL ESCOLA, NO INTERIOR DO ESTADO DO TOCANTINS: RELATO DE CASO

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.; SOTOLANI F.A.

Hospital Regional de Araguaína; Centro Universitário Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína (FAHESA), Araguaína - TO

Na dissecação de aorta tipo B a suspeita clínica é a chave do diagnóstico e fundamental para realização das medidas terapêuticas. Além da suspeita clínica, o diagnóstico deve ser confirmado por exames de imagem. O tratamento cirúrgico deve ser utilizado quando existe presença de complicações ou persistência dos sintomas após tratamento clínico, a técnica endovascular é uma maneira menos invasiva e útil, principalmente nos pacientes estáveis clinicamente e com dissecação tipo B de Stanford. Trata-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo, com busca em prontuário, analisando as condutas adotadas no caso do paciente no Hospital Regional de Araguaína. Paciente VJS, 68 anos, sexo masculino, residente de Araguaína - TO. Procurou atendimento por causa de uma dor abdominal de início súbito, excruciante que irradiava para a carótida esquerda e para o dorso, sem fatores de alívio ou piora. Negou hipertensão, diabetes e cirurgias prévias. Após a realização da tomografia computadorizada foi confirmada a hipótese de dissecação de aorta tipo B de Stanford. O paciente permaneceu sintomático após instituição do tratamento clínico e foi submetido a uma cirurgia endovascular com objetivo de interromper o fluxo na falsa luz pelo implante de uma endoprótese. A oclusão da fenda intimal tem como finalidade reduzir a pressão na falsa luz, favorecendo a sua trombose e, dessa forma, reduzindo o risco de ruptura. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e teve alta. O tratamento cirúrgico ou endovascular está indicado quando existem complicações ou até mesmo persistência da sintomatologia. O paciente deste relato de caso permaneceu sintomático mesmo após o tratamento clínico, justificando a indicação do procedimento cirúrgico. O tratamento é eficaz quando bem indicado e bem executado, mas a suspeita diagnóstica deverá sempre existir diante de um caso de dor atípica, pois pode mudar o curso da história do paciente.

O-111

CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA ESPONTÂNEO DE ARTÉRIA POPLÍTEA EM CORREDOR: RELATO DE CASO

SILVA N.A.C.; DOMINGUES N.P.; PAULA M.S.; JESUS R.M.; SANTOS M.S.; TEIXEIRA B.S.R.S.; PIRES G.B.B.; BELCZAK S.Q.
Instituto Belczak; Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba - SP

Paciente masculino de 24 anos, corredor, procurou atendimento devido a dor e nódulo palpável em fossa poplíteia iniciado a 4 semanas. Relatava piora dos sintomas ao praticar exercício. Ao exame físico, apresentava massa palpável e não pulsátil em oco poplíteo. Realizado Doppler com laudo de provável massa cística em região poplíteia sem fluxo no seu interior. Realizado ressonância magnética que evidenciava imagem hipercaptante com extravasamento de contraste na mesma região, causando dúvidas sobre a presença de fluxo na lesão. Paciente em todo o momento estável, apenas com leve queixa de dor. Optado pela realização de arteriografia que evidenciou um pseudoaneurisma de 4,5 cm da artéria poplíteia. Procedido com a correção endovascular da lesão. A terapêutica consistiu em: locar um microcateter no interior do pseudoaneurisma, insuflar um balão em artéria poplíteia para proteção e em seguida realizar o preenchimento da lesão com Onyx. Paciente evoluiu sem intercorrências no intra e pós-operatório e segue com acompanhamento ambulatorial. A incidência de pseudoaneurisma de poplíteia oscilam de 0 a 3,5% geralmente de etiologia traumática. Estes traumas são geralmente penetrantes e não resultados de contusões. Intervenções cirúrgicas são indicadas nestes casos para prevenir ruptura ou tromboembolismo. Podem ser realizados enxertos com interposição de veia safena ou técnicas endovasculares para exclusão do pseudoaneurisma com stents revestidos. Stents são pouco recomendados em idade jovem pela alta taxa de remodelação e baixa patência a longo prazo. No caso descrito, foi optado pelo preenchimento e exclusão do pseudoaneurisma com Onyx. Esta técnica é geralmente usada em aneurismas saculares de artérias cerebrais. Desta forma, foi obtido resolução da lesão evitando-se uma abordagem cirúrgica mais invasiva, sem as desvantagens de colocação de stent em região articular em paciente jovem.

O-112

CORREÇÃO PERCUTÂNEA DE ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA: RELATO DE CASO

SANGUINETTE JUNIOR J.; SANTOS M.E.R.C.; BEDETI A.C.M.; SALAH B.; OLIVEIRA D.A.C.; FREGUGLIA L.F.; FREITAS R.F.; CUNHA C.S.

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte - MG

O aneurisma da artéria esplênica é de ocorrência rara, embora seja o mais frequente entre os aneurismas viscerais. Sua prevalência na população é em torno de 0,8%. Geralmente assintomáticos, possuem incidência quatro vezes maior em mulheres do que em homens. O seu diagnóstico, é frequentemente acidental e feito por meio de exames de imagem, solicitados para o diagnóstico de outras doenças. O tratamento cirúrgico eletivo está indicado para aneurismas a partir de dois centímetros de diâmetro, que tenham crescimento rápido. Atualmente as técnicas endovasculares têm gradualmente substituído a cirurgia clássica para o tratamento de aneurismas esplênicos. Verdadeiros aneurismas da artéria esplênica são de relevante importância clínica, por apresentarem uma elevada mortalidade quando da ruptura. Este trabalho é sobre o relato de caso atendido e tratado na Santa Casa de Belo Horizonte por via percutânea. Paciente VAF 67 anos, ao realizar tomografia computadorizada de tórax, devido acompanhamento de DPOC apresentou achado de aneurisma de artéria esplênica (L x A x P = 2,3 x 1,5 x 1,6 cm). O mesmo foi estudado por angiotomografia de abdome superior e programado intervenção cirúrgica por técnicas endovasculares minimamente invasivas. Foi realizada dissecação braquial esquerda com passagem de bainha de MULLINS 9F sob fio-guia 0,035. Utilizando cateter JR, realizamos cateterismo seletivo do tronco celiaco, seguido de artéria esplênica. Ultrapassamos o segmento aneurismático com fio-guia 0,035, posicionamos o stent perihilar. Após injeções de contraste, liberamos stent recoberto para artéria periférica 6,0 x 40 mm com exclusão completa do aneurisma e preservação do fluxo da artéria esplênica. Paciente com boa evolução no pós-operatório recebendo alta hospitalar em dois dias e acompanhamento ambulatorial, após quatro meses permanece assintomática. Este relato serve para documentar o caso de um aneurisma de artéria esplênica corrigido por via endovascular no SUS e de permitir a discussão em torno da abordagem terapêutica mais atual, englobando as técnicas endovasculares minimamente invasivas.

O-113

CORRELAÇÃO ENTRE OS GRADIENTES PRESSÓRICOS E O ULTRASSOM INTRAVASCULAR NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE MAY-THURNER EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA AVANÇADA DOS MEMBROS INFERIORES

ALMEIDA B.L.; ROSSI F.H.; CAVALCANTE S.F.A.; BETELI C.B.; RODRIGUES T.O.; SOUSA A.G.M.R.; IZUKAWA N.M.; KAMBARA A.M.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo - SP

Contexto: A Síndrome de Compressão Venosa Cavo-Iliaca (SCVCI) é frequente causa da insuficiência venosa crônica (IVC) avançada. Os gradientes pressóricos venosos (GPV) podem ser usados como ferramenta de diagnóstico da SCVCI, entretanto, os mesmos ainda não foram comparados ao método padrão-ouro atualmente disponível, o ultrassom intravascular (UI). **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo avaliar a correlação entre os GPV e o UI, para o diagnóstico da SCVCI significativa em pacientes portadores de IVC avançada dos membros inferiores. **Métodos:** Foram incluídos 50 pacientes com IVC avançada (Classificação CEAP 3 ou superior) sem melhora após um ano de tratamento clínico, totalizando 100 membros inferiores. Todos os membros foram submetidos aos exames de flebografia multiplanar ascendente (FMA) com medidas de pressão intravenosa e UI, sendo divididos em dois grupos: Grupo 1: obstrução < 50% ao UI e Grupo 2: obstrução ≥ 50% ao UI. **Resultados:** Os gradientes fêmoro-cava após hiperemia (GFC-h) e o gradiente femoral hiperemia-reposou (GFh-r) mostraram-se significativamente mais elevados no Grupo 2 (p = 0,002 e 0,006, respectivamente). Os mesmos gradientes apresentaram correlação significativa com o grau de estenose ao UI, pela análise do coeficiente de Spearman (GFC-h 0,302, p = 0,002; GFh-r 0,218, p = 0,029), e o melhor desempenho para diagnóstico entre os GPV, pela análise de curvas ROC. Entretanto, o desempenho diagnóstico isolado dos GPV, quando comparados ao UI, apresenta baixos valores de sensibilidade (< 40%), valor preditivo negativo (< 60%) e acurácia (< 30%), bem como, valores de concordância baixos ao Kappa (< 0,3) e discordância desproporcional com o UI pelo teste de McNemar (p < 0,05). **Conclusão:** Existe correlação significativa entre os GPV e o grau de estenose aferido ao UI. Os gradientes que utilizaram a manobra de hiperemia apresentaram a melhor correlação com o UI, entre os gradientes estudados. Entretanto, essa correlação não se traduz em bom desempenho diagnóstico, utilizando os parâmetros pré-estabelecidos na literatura, para identificação dos casos com obstrução ≥ 50% ao UI.

O-114

CORRELAÇÃO ENTRE SUSPEITA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E ESPECIALIDADE MÉDICA SOLICITANTE DE ULTRASSOM DOPPLER VASCULAR EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

OLIVEIRA C.H.; OLIVEIRA T. SILVA D.F.F.; RUSSEFF G.J.S.; CUNHA C.H.; SATO D.Y.; MIQUELIN D.G.; RAYMUNDO S.R.O.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto - SP

Contexto: A trombose venosa profunda (TVP) caracteriza-se pela formação aguda de trombos em veias do sistema profundo. Pode desencadear complicações como insuficiência venosa crônica e embolia pulmonar. Anamnese e exame clínico são fundamentais em quadros sugestivos, para estabelecimento de terapia. A confirmação diagnóstica se dá por exames de imagem como flebografia e ultrassom Doppler vascular (USV). Tem-se aumentado significativamente o uso de USV por especialidades que não a cirurgia vascular, o que tem resultado em grande número de exames desnecessários e aumento de custos ao sistema de saúde. **Objetivo:** O objetivo do estudo é avaliar a correlação entre suspeita de TVP e especialidade médica solicitante, com resultado do exame ao USV. **Métodos:** Análise retrospectiva de exames com suspeita clínica de TVP entre março de 2015 e fevereiro de 2016. O diagnóstico de TVP aguda foi realizado através de USV. Foi realizada análise estatística utilizando-se Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Foram avaliados 784 exames, sendo 284 deles solicitados pela cirurgia vascular, com 102 positivos para TVP (35,9%). Dos exames solicitados pelas outras especialidades, apenas 18,4% confirmaram o diagnóstico ($p < 0,0001$). Ao avaliar exames positivos para TVP solicitados pela cirurgia vascular (35,9%), comparando com os solicitados por equipes cirúrgicas apenas (20,2%) e com equipes clínicas (17,9%), evidenciou diferença estatística significante ($p < 0,003$ e $p < 0,0001$ respectivamente). Ao analisar especialidades como um todo, 31,7% dos exames positivos foram solicitados pelas cirúrgicas, contra 17,9% solicitados pelas equipes clínicas ($p < 0,0001$). No entanto quando excluídos os exames solicitados pela equipe vascular, não houve diferença significativa entre especialidades cirúrgicas e clínicas (20,2% e 17,9%; $p = 0,57$). Pode-se observar ainda que as especialidades clínicas solicitaram maior número de exames (396) porém com menor índice de confirmação diagnóstica (17,9%). **Conclusão:** Concluindo, diante da suspeita clínica de TVP são necessários anamnese e exame clínico minuciosos, preferencialmente pela equipe da cirurgia vascular, para depois solicitar USV que confirme o diagnóstico, evitando-se exames desnecessários e onerosos para o sistema de saúde.

O-115

DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E PÉ DIABÉTICO

NEVES O.M.G.; NUNES P.S.; ARAGÃO J.A.; RAMOS K.P.P.; NUNES C.E.S.; ARAUJO A.A.S.

Universidade Federal de Sergipe (UFS); Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), Aracaju - SE

Contexto: Viver com diabetes esta associado com o aumento das taxas de sofrimento emocional e depressão. A doença arterial periférica (DAP) possui no Diabetes, um importante e bem conhecido preditor independente de amputação maior. Pacientes com diabetes possuem um risco aumentado de desenvolvimento da depressão, existindo inclusive uma bidireccional associação entre as duas condições. **Objetivo:** Avaliar as alterações biopsicossociais, a qualidade de vida, independência funcional e prevalência de depressão e ansiedade em pacientes portadores de DAP e pé diabético tentando ainda identificar possíveis fatores de risco. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal, por meio de aplicação de questionários (sociodemográfico; HADS, Whoqol) e entrevista com pacientes portadores de DAP e síndrome do pé diabético internados numa enfermaria de cirurgia vascular de um hospital terciário num período de 18 meses. **Resultados:** 261 indivíduos foram selecionados e possuem uma média de idade de 66,95anos ($\pm 12,0931$) sendo a maior parte (58,2%) composta por indivíduos casados com ensino fundamental apenas (65,6%). Foi encontrado prevalência de 30,2% de depressão em pacientes com pé diabético e 28% em pacientes com DAP, valores menores aos encontrados por Fejfarová e colaboradores. A média de ansiedade atingida foi de 5, mesmo numero encontrado por Grenon 2014 quando estudou homens com DAP. **Conclusão:** Apesar de uma melhor qualidade de vida geral (54,37), quando comparamos a Vaz 2013 (46,7), encontramos um biopsicossocial com qualidade muito inferior no domínio físico 34,7 quando comparamos a Mcdonald 2014 (71,4).

O-116

DESCRIÇÃO DE UM MODELO EXPERIMENTAL PARA REALIZAÇÃO DE TERMOABLAÇÃO DA VEIA SAFENA EX VIVO

ARAUJO W.B.; TIMI J.R.R.; ERZINGER F.L.; CARON F.C.; CAMBRUSSI A.K.

Universidade Federal do Paraná (UFPR); Instituto da Circulação, Curitiba - PR

Contexto: Modelos experimentais podem simular tratamentos endovenosos de termoablação como alternativa aos procedimentos in vivo ou em modelos animais. **Objetivos:** A proposta desse estudo é descrever um modelo experimental viável para análise das alterações macroscópicas, histológicas e imunohistoquímicas após a realização de termoablação da veia safena ex vivo. **Métodos:** É descrito um modelo confeccionado com tubos de vidro e introdutores valvulados, capaz de reproduzir condições fisiológicas dos procedimentos de termoablação tais como tumescência e fluxo sanguíneo. Para validação desse modelo experimental foi realizado um estudo piloto através da termoablação ex vivo de um segmento de VSM insuficiente com aparelho de laser diodo com comprimento de onda de 1470 nm, fibra radial, utilizando de 7 Watts de potência e mecanismo de tração automática. O segmento de veia obtido foi avaliado macroscópicamente e analisado pelas técnicas de hematoxilina e eosina (HE), histoquímica de fibra elástica, histoquímica de tricrômio de Gomori e imunohistoquímica de actina de musculo liso. **Resultados:** Esse modelo mostrou-se adequado para utilização em investigações científicas e também para fins de treinamento médico quanto a utilização dos diferentes parâmetros de termoablação endovenosa. Além disso pode ser utilizado em testes pré-clínicos tendo como base achados macroscópicos, histológicos e imunohistoquímicos. Não foram observados perfurações macroscopicamente; e na porção central da veia foram observados os seguintes achados: as células musculares não se apresentaram aderidas, evidenciando uma desorganização do tecido (HE); baixa quantidade de marcação de fibras elásticas (histoquímica de fibra elástica); baixa quantidade de coloração vermelha, fibras musculares (histoquímica de Tricrômico de Gomori) e desorganização das fibras musculares e também baixa expressão do marcador específico desse tipo de célula (imunohistoquímica de actina de musculo liso). **Conclusões:** Esse modelo mostrou-se adequado para utilização em investigações científicas e também para fins de treinamento médico quanto a utilização dos diferentes parâmetros de termoablação endovenosa. É portanto uma alternativa de baixo custo podendo proporcionar condições experimentais padronizadas e resultados reprodutíveis.

O-117

DESENVOLVIMENTO DE SIMULADOR DE COLETA DE GASOMETRIA EM ARTÉRIA RADIAL

NAKANO L.C.; CARRIJO E.N.A.; GUEDES H.J.; MARCONDES G.B.; FLUMIGNAN R.L.G.; CACIONE D.G.; NAGAO M.K.; AMORIM J.E.

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP

Contexto: O uso de simuladores para treinamento é uma realidade no meio acadêmico. O alto custo desses simuladores muitas vezes torna difícil o emprego destas novas ferramentas. Cabe aos serviços que ainda se preocupam com a formação dos nossos médicos desenvolverem alternativas viáveis para a falta de recursos. A Disciplina de Cirurgia Vascular começou a desenvolver projetos de simuladores que possam ser produzidos de forma fácil e com baixo custo. Um dos primeiros projetos foi o simulador para coleta de gasometria arterial. É essencial o treinamento prático desse tipo de procedimento antes de realizá-lo na prática diária. **Objetivo:** O objetivo foi o desenvolvimento de um simulador para coleta de gasometria e realizar um protocolo de avaliação de treinamento. **Método:** Fase 1 Simulador: idealização e confecção de dispositivo para simulação repetitiva de coleta de gasometria que fosse de baixo custo e fácil reprodutibilidade. Material para mão e punho foi o silicone industrial de baixo custo e fácil manuseio e luvas de latex para moldes. Para artéria foi utilizado sonda nasoesofaral de silicone. Acooplado-se uma seringa de 20 mL pressionando-se de forma intermitente simula-se o pulso arterial que é perceptível a palpação. Fase 2 Protocolo: teste de efetividade do simulador na prática de ensino. Aplicou-se uma prova em formato de caso clínico e pedia-se para realizar a coleta de gasometria. Checklist avaliou desde postura frente ao paciente; escolha de materiais adequados e realização no simulador. No simulador avaliamos parâmetros relativos a técnica: palpação do pulso; higienização; local da punção; ângulo de punção; volume coletado; compressão e curativo. **Resultados:** O desenvolvimento e produção do simulador se deu sem intercorrências sendo produzidos 5 peças a um custo de menos de R\$ 100,00 por peça. No protocolo foram avaliados 107 internos do 5º ano de medicina, 55% homens e 45% mulheres, nenhum havia feito o procedimento antes em pacientes só tendo a base teórica do procedimento. Em relação a escolha do material 65% acertaram o material para o procedimento. Com relação a técnica 72% realizaram adequadamente o procedimento. **Conclusão:** O desenvolvimento e confecção do simulador foram realizados com sucesso a um custo baixo. A aplicação em larga escala mostrou-se efetiva na complementação do ensino do procedimento, introduzindo o treinamento prático em situação que outrora só se dava o conhecimento teórico para o aluno.

O-118

DIÂMETRO DA VEIA CEFÁLICA E PERVIEDADE DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISE

FIGUEIRA K.K.S.; LINS E.M.; ALMEIDA C.C.; APPOLÔNIO F.; MAIA A.L.; MARINHO D.F.S.; SILVA Q.F.; SOUZA R.P.A.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE

Contexto: A doença renal crônica (DRC) apresenta-se como um importante problema de saúde pública no mundo. Os pacientes em hemodiálise (HD) necessitam de um acesso vascular que permita o processo dialítico. O acesso preferencial para HD definitiva é a fistula arteriovenosa (FAV) autóloga, sendo a radiocefálica considerada a primeira opção. A escolha do acesso prioritário para confecção da FAV deve ser realizada após avaliação clínica detalhada e avaliação da anatomia do paciente. A utilização da US Doppler para avaliação da anatomia é fundamental para o planejamento cirúrgico. A literatura recomenda um diâmetro da veia cefálica superior a 2,5 mm para uma maior possibilidade de sucesso da fistula. **Objetivo:** Avaliar a associação entre diâmetro da veia cefálica (VC) e perviedade precoce da FAV para HD. **Método:** Foram avaliados 41 pacientes submetidos à confecção de FAV para HD, realizadas no hospital das clínicas de Pernambuco, no período entre janeiro e dezembro de 2016. Foram coletadas informações clínicas dos pacientes no pré-operatório, realizado exame físico detalhado e todos foram submetidos à US Doppler dos membros superiores, para obtenção de dados referentes ao diâmetro e/ou presença de flebite da VC. Os pacientes foram reavaliados no 30º dia de pós operatório quanto a presença ou ausência de frêmito na FAV. Foi utilizado o teste exato de Fisher para verificação de diferenças entre frequências, determinando a probabilidade de haver ou não associação. **Resultados:** Entre os 31 pacientes que possuíam diâmetro da VC igual ou superior a 2,5 mm, 21 (67,74%) apresentaram frêmito na fistula após 30 dias e 10 (32,26%) tiveram falência precoce da fistula. Dos 10 pacientes que apresentaram diâmetro da VC inferior a 2,5 mm, 7 não apresentaram frêmito (70%). **Conclusão:** Este estudo mostrou associação estatística significativa entre o diâmetro da veia cefálica superior a 2,5 mm e a perviedade precoce da fistula arteriovenosa.

O-119

DIÂMETRO DA VEIA CEFÁLICA NO ANTEBRAÇO DOS PACIENTES CANDIDATOS À FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISE

CHARAMBA J.C.S.; LINS E.M.; APPOLÔNIO F.; ALMEIDA C.C.; MARINHO D.F.S.; SILVA Q.F.; RODRIGUES R.M.; KOBAYASHI A.R.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE

Contexto: A avaliação do diâmetro das veias superficiais dos membros superiores (MMSS) através da US Doppler é fundamental para o planejamento do local ideal, sucesso e eficácia na realização da fistula arteriovenosa (FAV) em um paciente candidato a hemodiálise (HD). A veia cefálica (VC) é a mais utilizada na confecção da FAV, sendo a região do antebraço o primeiro local escolhido para a realização desta cirurgia. Entretanto, ainda é comum que esta cirurgia, principalmente a primeira FAV, seja feita sem o prévio estudo da anatomia venosa através do US Doppler. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar, através da US Doppler, o diâmetro da VC no antebraço dos pacientes candidatos a HD em pré-operatório para a realização da primeira FAV. **Método:** Foram avaliados 45 MMSS de 34 pacientes provenientes do ambulatório de cirurgia vascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), portadores de insuficiência renal crônica, com indicação para realização da primeira FAV para HD, no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Os pacientes foram submetidos à UD dos MMSS no serviço de Radiologia do HC-UFPE e o diâmetro da veia cefálica do antebraço foi avaliado em três segmentos (distal, médio e proximal). O modelo do estudo empregado foi transversal prospectivo. **Resultados:** Entre os MMSS avaliados, foram encontrados 6 (13,3%) que apresentaram todos os segmentos da VC do antebraço adequados para realização da FAV (diâmetro maior ou igual a 2,5 mm), 19 (42,2%) com todos os segmentos inadequados (diâmetro menor que 2,5 mm), enquanto que 39 (87%) apresentaram pelo menos um segmento inadequado. **Conclusão:** Neste estudo em apenas 13% dos MMSS, a veia cefálica do antebraço apresentou, através da UD, todos os seus segmentos adequados para a realização da FAV.

O-120

DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DA ARTÉRIA RENAL: RELATO DE CASO

MIYAMOTTO M.; OKABE C.M.; LOZZO B.P.; ANGELO B.Z.; FERRONATTO G.F.; ANDRADE D.C.; SALIBA L.F.; MOREIRA R.C.R.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Serviço de Cirurgia Vascular Professor Dr. Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

A dissecção espontânea da artéria renal é uma patologia rara que, na maioria dos casos ocorre de forma idiopática. Em alguns casos, pode estar associada a presença de alterações arteriais prévias. Os sintomas geralmente são discretos e inespecíficos, dificultando o diagnóstico. Paciente RAS, sexo masculino, 40 anos, com quadro de hipertensão não-controlada de início recente. Na investigação da hipertensão, foi realizado um eco-Doppler de artérias renais que revelou a presença de estenose (> 80%) no terço médio da artéria renal esquerda. Foi submetido a angiografia para tratamento da lesão, onde foi evidenciada a dissecção da artéria renal, com "flap" de íntima protruído-se em direção a luz arterial no terço médio da artéria, provocando uma estenose importante nesse segmento. O paciente foi submetido ao tratamento através do implante de stent, com boa evolução. A dissecção espontânea da artéria renal é um evento raro e pode estar relacionada com o início súbito de hipertensão arterial em pacientes jovens. O tratamento endovascular para dissecção espontânea de artéria renal é o tratamento de escolha, sendo um método seguro e eficaz.

O-121

DISSECÇÃO AÓRTICA STANFORD B: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DE LITERATURA

MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; PIMPÃO A.H.P.; ANDRETTA M.A.; YOKOYAMA R.A.; DELAZERI M.V.; BERNARDI F.F.; SEGURO E.F.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC); Hospital do Trabalhador de Curitiba, Curitiba - PR

O complexo tratamento de dissecção de aorta ainda apresenta controvérsias, visto a gravidade do caso e necessidade de individualização da terapêutica. A gravidade relaciona-se com o difícil diagnóstico pelas queixas inespecíficas, bem como pelas graves complicações inerentes à evolução da doença (ruptura aórtica, síndrome de má perfusão, dissecção retrograda, dor ou hipertensão refratária). O tratamento clínico otimizado permanece como o tratamento de escolha inicial para pacientes com evolução favorável. Nos casos complicados, o tratamento endovascular apresenta menor morbimortalidade que o tratamento cirúrgico aberto convencional. O relato em questão apresenta um homem, de 61 anos, tabagista e hipertenso mal controlado, que evoluiu para dissecção aórtica Stanford B. Após falha do tratamento clínico inicial, foi indicado o tratamento cirúrgico. O paciente foi abordado através de técnica endovascular com uso de endoprótese Valiant Captivia® para correção do flap proximal da dissecção. Seis dias após o procedimento, devido a piora clínica, houve necessidade de novo procedimento com colocação de stent de aorta X-EL ao nível de artérias viscerais, com boa evolução clínica após. O tratamento endovascular mostrou-se como uma ferramenta eficaz para o tratamento definitivo da dissecção aórtica tipo B complicada, com boa taxa de sobrevida ao final do primeiro ano após o procedimento.

O-122**DISSECÇÃO BILATERAL DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA POR TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA**

MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; DELAZERI M.V.; BARBOSA JUNIOR L.V.; LENZI L.P.; PINTO C.S.; BRAVO F.H.; SOARES A.M.R.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC); Hospital do Trabalhador de Curitiba, Curitiba - PR

A lesão contusa da artéria carótida interna ocorre em aproximadamente 1% de todos os traumas contusos e 13-39% dos casos de trauma cervical e de crânio. Está associada a taxa de mortalidade de 20-40% e seqüela neurológica permanente em 40-80%. As lesões de vasos cervicais passam despercebidas com frequência, apresentando suspeição apenas quando inicia com sinais e sintomas secundários à isquemia cerebral, na maioria das vezes irreversíveis. O relato em questão refere-se a um homem de 40 anos, vítima de queda de moto, diagnosticado com dissecação de carótida interna bilateral após angiotomografia cervical. O paciente foi submetido a tratamento endovascular com angioplastia de artéria carótida interna bilateral com stent Protégé® 7 x 40 mm, com boa evolução clínica no seguimento. A possibilidade de screening e identificação de pacientes politraumatizados com fatores de risco identificáveis para lesões contusas de carótida possibilitam o tratamento de lesões que previamente passavam despercebidas. A técnica endovascular mostrou-se eficaz para o tratamento da dissecação de carótida bilateral no caso relatado.

O-123**DISSECÇÃO DE PLACA ATEROSCLERÓTICA APÓS MÚLTIPLAS PUNÇÕES FEMORAIS: RELATO DE CASO**

LOPES P.M.; MAROUN J.J.; NEVES C.R.; MARTINS I.M.; PORTO C.L.L.; GOMES C.F.A.; FAGUNDES F.B.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

A punção da artéria femoral comum (AFC) é a principal via de acesso para tratamentos arteriais endovasculares cardíacos e periféricos. A taxa de complicações vasculares relacionadas à punção gira em torno 3,5%, sendo a dissecação arterial uma condição rara (0,45%). Apresentamos relato de caso de paciente atendido pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto, cuja evolução clínica foi compatível com dissecação de placa aterosclerótica em artéria femoral comum. Paciente de 74 anos, masculino, pardo, portador de HAS, apresentando lesão trófica traumática em hálux direito, com 2 meses de evolução em piora progressiva e dor em repouso. Ao exame do membro inferior direito (MID) apresentava pulsos femoral e poplíteo amplos, com podais ausentes, ITB 0,52 à D. Em 03/03/17 foi submetido à arteriografia diagnóstica por punção retrógrada (Pr) de artéria femoral comum (AFC) direita (D), sendo identificadas múltiplas lesões críticas em artéria tibial anterior (ATA). Em 15/03/17, com objetivo de realizar angioplastia de ATA (APT), via punção anterógrada (Pa) de AFS D, houve punção acidental de AFP, a qual foi prontamente corrigida para Pa de AFS. Após APT de ATA, o paciente recebeu alta hospitalar, com ITB 0,64, mantendo-se assintomático, e realizando com curativo local com álcool 70% em necrose seca do hálux D. Durante seguimento ambulatorial, apresentou recidiva da dor em hálux, sendo identificado ao eco-Doppler colorido arterial do MID (26/04/17) placa móvel pedunculada, não restritiva de fluxo, com iminente risco embólico. Em 08/05/17, à arteriografia do MID via Pr de AFC E foi visualizada falha de enchimento em AFC D não estenótica. Após preparo pré-operatório adequado, em 12/05/17 foi realizado procedimento cirúrgico híbrido consistindo em endarterectomia de AFC D com APT de ATA. Recebeu alta hospitalar em 16/05/17, com melhora da dor. É descrito que a punção anterógrada aumenta consideravelmente o risco de complicações, devendo, portanto, ser reservada aos casos de isquemia crítica do membro e boa anatomia para esta técnica. Em nosso caso, foram realizadas 3 punções na região femoral direita, o que pode ter levado à fragmentação com dissecação da placa, cuja correção mais apropriada foi a cirúrgica convencional. Revendo a literatura sobre o tema, notamos uma tendência à utilização da punção guiada por ultrassom para redução de todos os tipos de complicações.

O-124**DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM: RELATO DE DOIS CASOS**

RIBEIRO R.N.; FONSECA M.M.; ARGENTA R.; POLTRONIERI L.R.; SOUZA G.C.; OLIVEIRA F.J.M.; REGO M.A.

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre - RS

Dissecção isolada da artéria ilíaca comum sem envolvimento da aorta representa uma patologia rara com poucos casos relatados na literatura. Sua apresentação pode variar de assintomático para sintomático com o risco de perda de membro. O tratamento cirúrgico aberto (convencional) ou endovascular podem ser usados para o manejo dessa condição. Nós relatamos dois casos de dissecação isolada de artéria ilíaca comum com apresentação e tratamento heterogêneos, porém com sucesso terapêutico.

O-125**DISSECÇÃO TRAUMÁTICA DE ARTÉRIA RENAL EM CRIANÇA DE 11 ANOS DE IDADE: RELATO DE CASO**

BOLDO M.G.; DUTRA C.F.; LAIN V.V.; TERRES D.M.; HECK R.; CORRALO D.; CARDOSO S.S.; CARDOSO S.S.

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Hospital Geral, Caxias do Sul - RS

A dissecação de artéria renal isolada é uma apresentação rara, e por vezes associada a patologias com acometimento arterial, como: doença aterosclerótica, desordens do tecido conjuntivo, displasia fibromuscular, trauma e causas iatrogênicas. A tríade clássica geralmente apresenta-se com quadro de dor em flanco, hematuria e hipertensão persistente. Paciente de 11 anos de idade, é admitido no OS do Hospital Geral com quadro de dor abdominal em flanco direito após queda da própria altura. Ao exame físico havia escoriações superficiais, com dor à palpação abdominal à direita. Ecografia abdominal constatou hematoma em parênquima hepático direito subcapsulado de 3,6 cm e redução do fluxo renal à direita. Angiotomografia evidenciou dissecação traumática da artéria renal direita, a 1 cm de sua origem. Angiografia confirmou oclusão da artéria renal direita com ausência de preenchimento distal do rim direito. Mantido com analgesia e repouso relativo, recebeu alta hospitalar no quarto dia. Evoluiu com manutenção da função renal, pressão arterial inalterada e melhora gradual da dor nos dias subsequentes. Embora a recanalização renal na dissecação traumática com colocação de stent possa ser realizada, esse procedimento não apresenta evidência literária em crianças. A maioria das oclusões e dissecações da artéria renal após trauma abdominal fechado podem ser tratadas com sucesso através de recanalização e colocação de stent. No entanto, a longo prazo, não evidencia-se um bom prognóstico renal e, além disso, existe um grande potencial para o desenvolvimento de hipertensão renovascular o que gera, por consequência, a nefrectomia tardia.

O-126

DOENÇA ATEROSCLERÓTICA: A MELHOR CONDUTA É A PREVENÇÃO

CAMBOIM A.O.; PEREIRA L.A.; LAMY G.B.; CREPALDI F.M.; SANCHES B.A.C.; HADDAD A.P.K.; GALEGO S.J.; CORREA J.A.
Faculdade de Medicina do ABC, Santo André - SP

O processo aterosclerótico é o principal responsável pelas manifestações clínicas das doenças cardiovasculares, importante causa de morte no Brasil. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio devida a diversos fatores de risco: história familiar de doença arterial, dislipidemia, HAS, DM, obesidade, tabagismo e sedentarismo. A aterosclerose é uma doença sistêmica que pode atingir as coronárias o território carotídeo, cerebral, aorto-ilíaco e dos membros. EM, masculino, 61 anos, apresenta: DM II, dislipidemia e HAS. Ex-tabagista. QD: Paciente encaminhado da oftalmologia para cirurgia vascular por obstrução de artéria da retina esquerda. HPMA: Paciente refere há um ano que acordou com visão periférica escurecida (SIC) e com movimentos da face no lado esquerdo alterados associado a dor incômoda no membro inferior (MI) esquerdo. Interrogado refere: claudicação intermitente para 500 m em ambas as panturrilhas e impotência. Refere um episódio de AVC prévio há 5 anos com sequelas de hemiparesia do membro superior (MS) e MI esquerdo. Exame físico: pulso carotídeo presente bilateralmente, na ausculta carotídea presença de sopro à direita. Diminuição dos pulsos: axilar, braquial, radial e ulnar do (+4), pulsos presentes em MS direito 4+/4. Ausência de pulsos nos MMII desde o femoral. Ausência de lesões tróficas nas extremidades, diminuição da plificação e discreta diminuição da temperatura em pé esquerdo. Realizada aferição de pressão arterial MS esquerdo PA 110 x 70 mmHg e no MS direito 160 x 90 mmHg. Ao exame de Duplex-Scan de carótidas e vertebros: oclusão de artérias carótidas comum e interna à direita, presença de placa calcificada com estenose proximal ao redor de 60% em artéria carótida comum esquerda. Artéria vertebral esquerda com fluxo invertido, sugestivo de estenose proximal da artéria subclávia. Diagnósticos: doença obstrutiva arterial periférica e carotídea com Síndrome de Leriche e Síndrome do Roubo da subclávia. Diagnóstico etiológico: aterosclerose. A aterosclerose é considerada uma doença multifatorial e o tratamento em geral é dirigido para as complicações. Muitas vezes o paciente apresenta sinais e sintomas que passam despercebidos sendo imprescindível o exame clínico para um diagnóstico precoce. Desta forma medidas preventivas podem evitar drásticas complicações que levam a danos irreversíveis como perda de membros e até mesmo a morte do paciente.

O-127

DOENÇA DE BUERGER EM PACIENTE JOVEM COM HISTÓRIA FAMILIAR: RELATO DE CASO

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.
Hospital Regional de Araguaína, Araguaína - TO

A doença de Buerger ou tromboangeíte obliterante (TAO) é uma doença vascular oclusiva, inflamatória, não aterosclerótica, de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as pequenas e médias artérias, veias e nervos. Apesar de um caso típico não ser de diagnóstico difícil, tendo em conta que não existem sintomas, sinais, anormalidades radiológicas, laboratoriais ou patológicas específicas, não existem critérios de diagnóstico uniformes. Trata-se de um estudo observacional descritivo cujas informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetida e revisão de literatura. ADS, masculino, 47 anos, pardo, procedente de Araguaína - TO, agricultor, casado deu entrada no PS do HRA no dia 01/05/2016 com quadro de dor intensa em MSD, principalmente em mão direita, com cianose de 2º, 3º e 5º quirodáctilo. Relata que há 3 dias teve início a cianose nos quirodáctilos, com formigamento, esfriamento e dormência na mão direita. Relata ser e tabagista há 25 anos (carga tabágica = 30/dia - convencional) e episódios semelhantes com os irmãos, também tabagistas. O membro superior direito estava frio com presença de formigamento, cianose no 2º, 3º e 5º quirodáctilo, pulsos palpáveis, perfusão preservada, sem edema e Teste de Allen negativo. Durante internação hospitalar, foi realizado heparina plena, analgesia e vasodilatador arterial. Com melhora da cianose no 2º, 3º e 5º quirodáctilo, pulsos palpáveis e melhora da perfusão. No terceiro dia de internação a cianose estava apenas em falanges distais, logo no quarto dia a heparina foi suspensa e ele teve alta hospitalar. Paciente foi orientado a parar de fumar, aquecer e movimentar o membro superior direito ate resolução da cianose, foi prescrito cilostazol e acompanhamento ambulatorial. No presente relato o paciente, sexo masculino, preencheu os critérios de Shionoya para a doença de Buerger. Após a suspeita clínica de doença de Buerger devem excluir-se outras condições que possam causar sintomas semelhantes como: aterosclerose, doença tromboembólica, diabetes mellitus, doenças do colágeno, estados hipercoaguláveis, arterite necrotizante e outras.

O-128

DOENÇA POLIANEURISMÁTICA: RELATO DE CASO

MEIRA K.B.M.; BANDEIRA R.N.; BARRETO T.L.D.; NOGUEIRA R.D.; MORAIS F.R.; GONDIM C.C.L.; MORIMITSU A.; LIMA P.R.S.
UNIPÊ - Centro Universitário de João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

A incidência, nos Estados Unidos, de múltiplos aneurismas é de 0.01% a 3.9%, com pico entre 60 e 70 anos. Esses aneurismas são causados por aterosclerose, alterações nas fibras elásticas, poliarterite nodosa, arterite de Takayasu, doença de Behçet, síndrome de Marfan, trauma e infecção. Relato de caso assente em revisão bibliográfica. Foram pesquisados nas bases PubMed e Bireme os DeCS: polianeurysmal, polianeurysmatic e multiple aneurysms, cujos resultados renderam 14 artigos publicados entre 1963 e 2017, todos incluídos no trabalho. Paciente masculino, 79 anos, ex-tabagista, hipertenso, iniciou com dor em panturrilha direita há um mês. Realizou US Doppler arterial colorido que evidenciou aneurismas fusiformes em poplíteas (AAP) e femorais (AAF) bilaterais. Angiotomografia de aorta abdominal, ilíacas e MMII evidenciou AAA tipo IV de 4,5 cm de diâmetro, ilíacas e femorais comuns ectasiadas. No 15º dia, apresentou lesão fúngica em pé direito evoluindo com isquemia crítica. Devido a grande extensão dos aneurismas nos membros inferiores, foi feita cirurgia convencional. No trans-op, identificou-se aterosclerose difusa e ectasia de femorais. Realizou-se by-pass femoro-pedioso com safena ex-vivo devalvulada, em MID, com exclusão do AAF e AAP, além de amputação de 5º pododáctilo direito. USG arterial do MID no 30º DPO evidenciou exclusão de AAF, by-pass pérvio, AAP com baixo fluxo e trombos. Evoluiu com dor, palidez e hipotermia em MIE. US Doppler arterial do MIE evidenciou oclusão aguda da artéria poplíteia e de AAF. Realizado by-pass femoro-pedioso em MIE com safena ex-vivo devalvulada emergencial, com exclusão dos AAF e AAP à esquerda. No 10º DPO, após queda da própria altura, evoluiu com hematoma em região proximal da ferida operatória, sendo submetido à exploração vascular com drenagem de hematoma. Cerca de três meses da última abordagem, paciente apresentava ITB de MID de 0,94 e de MIE de 0,66; estável, sem queixas e oclusão dos aneurismas em membros inferiores. Encaminhado para o cirurgião torácico para correção de aneurisma de aorta ascendente. A correção dos aneurismas, pela técnica aberta, foi realizada com sucesso, confirmada pela imagem ultrassonográfica pós-operatória. O paciente evoluiu bem, com pulsos periféricos preservados e sem intercorrências. A literatura possui poucos relatos disponíveis, sendo necessários novos estudos para esclarecer sua etiopatogenia e tratamento.

O-129

EFEITO DA ISQUEMIA-REPERFUSÃO NO PLEXO NERVOSO SUBMUCOSO DE PORCOS: RESULTADOS DE UM ESTUDO EXPERIMENTAL COMPARANDO TRÊS ABORDAGENS CIRÚRGICAS PARA O CLAMPEAMENTO DA AORTA

ROSA F.D.; JALDIN R.G.; LOURENÇO P.L.T.A.; TERRA S.A.; KOBAYASI M.A.M.R.; YOSHIDA R.A.; SOBREIRA M.L.; YOSHIDA W.B.

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: A cirurgia aberta tem sido a técnica mais empregada para a correção de doenças cirúrgicas da aorta. No entanto, a abordagem endovascular e laparoscópica tem se mostrado uma boa alternativa para o tratamento de doenças aórticas. O intestino é possivelmente o órgão mais sujeito aos efeitos danosos da isquemia-reperfusão, especialmente seu sistema nervoso, com alteração nas propriedades, quantidade e funcionalidade dos neurônios. **Objetivo:** O presente estudo procurou avaliar alterações histopatológicas no plexo nervoso entérico do cólon esquerdo de suínos submetidos a um modelo experimental de interrupção do fluxo aórtico, comparando três diferentes abordagens cirúrgicas: aberta; laparoscópica e endovascular. **Métodos:** Trinta porcas pesando entre 15-30 kg foram randomizadas e alocadas em três grupos: cirurgia aberta, por meio de laparotomia mediana (C); cirurgia laparoscópica com pneumoperitônio (L); cirurgia endovascular (EV). Todos os grupos foram submetidos a um clampeamento da aorta por 60 minutos, sendo que no grupo endovascular, este clampeamento se deu por meio da insuflação de balão aórtico, seguido de desclampeamento e perfusão por 60 minutos. A seguir os animais foram submetidos a laparotomia mediana, com retirada de fragmento de sigmóide de aproximadamente 1 cm de diâmetro, seguido de eutanásia por meio de agentes anestésicos. Essas amostras foram processadas de acordo com o método de imuno-histoquímico Caspase-3 e analisadas de acordo com o número de células que sofreram apoptose e número de neurônios no plexo nervoso submucoso. A comparação entre os grupos foi realizada de acordo com a análise de variância (ANOVA) pelo teste de Tukey, utilizando nível de significância de 5% (p < 0,05). Utilizou-se para análise estatística o software SAS, versão 9,2 para Windows. **Resultados:** O grupo endovascular foi o que mais apresentou alterações histopatológicas precoces, subsequentes à isquemia aguda: taxa elevada de apoptoses (2,00±1,25; p = 0,6356) e diminuição na contagem de neurônios no plexo submucoso (5,87±1,89; p = 0,0211). **Conclusão:** A interrupção do fluxo sanguíneo, mesmo que pela técnica endovascular, pode causar alterações na quantidade de neurônios do plexo submucoso com aumento de apoptose dessas células no período pós-reperfusão, indicando que a isquemia precoce da mucosa intestinal na técnica endovascular é comparável a de outras técnicas cirúrgicas.

O-130

EFEITO SINÉRGICO DA ERISPELA NA AGRESSÃO AO SISTEMA LINFÁTICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À EXCIÇÃO DA VEIA SAFENA MAGNA

BELZACK S.Q.; BELCZAK C.Q.; GODOY J.M.P.; SILVA M.A.M.; BERNARDI W.H.; CAMPACCI A.H.; CAFFARO R.A.; CASTELLI JÚNIOR V.

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto - SP; Hospital Santa Marcelina, São Paulo - SP; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo - SP

Contexto: A erisipela pode contribuir para agressão ao sistema linfático. **Objetivo:** Avaliar as alterações linfocintilográficas semiquantitativas pós-erisipela nos membros inferiores de pacientes submetidos à excisão de veia safena magna. **Método:** Foram selecionados 21 pacientes (42 membros) atendidos no Centro Vascular João Belczak de Maringá/PR em um período de 15 anos, com antecedente de episódio de erisipela em membros inferiores somente após terem sido submetidos à excisão de veia safena magna, para tratamento de varizes ou para revascularização de miocárdio. Outros 21 pacientes (42 membros) que também tiveram um ou dois de seus membros inferiores submetidos à excisão de veia safena magna, porém sem apresentar qualquer complicação clínica, foram escolhidos aleatoriamente, compondo uma amostra total de 42 pacientes (84 membros). Estes membros foram divididos em 3 grupos. O grupo I constituído por membros que nunca foram operados, o II por membros safenectomizados, mas que nunca apresentaram qualquer manifestação clínica de erisipela e o III com membros operados e que apresentaram o primeiro episódio de erisipela após o ato cirúrgico. Realizou-se linfocintilografia de ambos os membros inferiores. Para comparar os resultados numéricos de ISQ foram utilizados os testes não paramétrico de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, o teste de razão de verossimilhança e o teste Exato de Fisher. Foi utilizado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Analisaram-se no grupo I (sem antecedente de manipulação cirúrgica) 22 membros, e nos grupos II e III (antecedente de safenectomia) 62 membros, sendo 10 para revascularização do miocárdio por técnica de incisões escalonadas e 52 para tratamento de varizes por fleboexatracão invertida. No grupo I, de membros não operados e sem erisipela, a média de ISQ foi 2,3 (desvio padrão de 3,6) e os valores variaram de 0,2 a 14,5. No grupo II, de membros operados sem erisipela a média de ISQ foi 2,9 (desvio padrão de 4,2) e os valores variaram de 0,2 a 19,5. No grupo III, de membros operados com erisipela a média de ISQ foi 10,7 (desvio padrão de 8,0) e os valores variaram de 0,3 a 38,3. Na comparação dos grupos com relação à ISQ numérica, foi observada diferença significativa entre os grupos não operados, operados sem erisipela e operados com erisipela ($p < 0,001$). **Conclusões:** Pacientes submetidos à excisão de veia safena magna e que foram acometidos por episódio de erisipela apresentam alterações linfocintilográficas semiquantitativas importantes.

O-131

EFEITOS DA FOTOTERAPIA EM CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA PÓS-AMPUTAÇÃO EM PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 E DOENÇA ARTERIAL CRÔNICA: RELATO DE CASO

AZEREDO G.C.; PEREZ S.T.; VENTURA M.R.; SILVA D.F.T.; VELOZA M.C.; FRANCA C.M.; PEREZ L.C.R.; BRIGIDIO E.A.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui; Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo - SP

O diabetes é um grande problema de saúde pública, com elevadas prevalências e morbimortalidade, com complicações crônicas incapacitantes (retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia) e de alto custo sócio-econômico (pelos tratamentos e sequelas). Estima-se uma prevalência global em torno de 120 milhões de indivíduos, e que entre 4 a 10% destes desenvolvem lesões no pé, que podem levar as amputações não-traumáticas de membro inferior (ANTMI). No Brasil, dados do Ministério da Saúde (2016) mostram que 80% das ANTMI são devidas às complicações de DM. Embora a neuropatia seja a causa mais frequente do pé diabético, a doença vascular periférica foi a maior causa de amputação. Então, o tratamento da vasculopatia, no pé diabético, deve ser avaliado. Desde a década de 90 tem-se relatado resultados positivos na introdução da fotobiomodulação na cicatrização dessas feridas. Verificar os efeitos da fotobiomodulação na cicatrização de úlceras em pé diabético com doença arterial crônica. DMS, 68anos, feminino, diagnóstico de DM II (insulinodependente) e hipertensão arterial, extabagista 50 anos-maço, com pé diabético misto. Submetida a revascularização arterial de membro inferior esquerdo e amputação de quarto e quinto pododactilos com fasciotomia plantar em fevereiro de 2016. Em maio de 2016 iniciou tratamento com laser, que consiste em limpeza da ferida, seguida de irradiação com laser (Therapy XT, DMC, Brasil, 660 nm, 100 mW, 4 J/cm², 40 s) uma vez por semana, com aplicação pontual a cada 1 cm sobre as bordas da lesão e curativo oclusivo (Membracel®, Brasil), compressa algodoadada e atadura crepe. Cicatrização total da lesão após 10 aplicações (área inicial: 23,20 cm², perímetro: 24,86 cm) e diminuição da temperatura local de 31,7°C para 29°C, ausência do relato de dor, utilizando-se a Escala Visual Numérica de Dor (EVND) após a terceira aplicação. Durante o tratamento monitorou-se a glicemia capilar (resultados acima de 250 mg/dL) e hemoglobina glicosilada (15%). O relato de caso sugere que a fotobiomodulação laser promove uma melhor analgesia local e acelera o processo de cicatrização de úlceras em pés diabéticos.

O-132

EFEITOS DA FOTOTERAPIA EM CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERA PÓS-AMPUTAÇÃO EM PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: RELATO DE CASO

AZEREDO G.C.; PEREZ S.T.; VENTURA M.R.; SILVA D.F.T.; VELOZA M.C.; FRANCA C.M.; PEREZ L.C.R.; BRIGIDIO E.A.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui; Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo - SP

A Federação Internacional de Diabetes (IFD) estima que há 415 milhões de pessoas portadoras de diabetes mellitus (DM) no mundo (2015). Uma das complicações mais frequentes do DM são as amputações não-traumáticas de membro inferior (ANTMI). No Brasil, dados do Ministério da Saúde (2016) mostram que 80% das ANTMI são devidas às complicações de DM. Desde a década de 90 tem-se relatado resultados positivos na introdução da fotobiomodulação na cicatrização de feridas, o que pode minimizar tais amputações. Verificar os efeitos da fotobiomodulação na cicatrização de úlceras em pé diabético. Trata-se de um relato de caso: SSS, 54 anos, masculino, com diagnóstico de DM tipo 2 - não insulino dependente e hipertensão arterial sistêmica, com história de pé diabético há 07 anos, pós-operatório tardio de amputação transmetatarsica aberta de pé direito (2010), com total cicatrização em mais de um ano. Em fevereiro de 2017, internou para amputação de hálux com fasciotomia de pé esquerdo (necrose e infecção), em 21/03/17 feita amputação transmetatarsica em pé esquerdo por progresso da infecção. Iniciou tratamento com laser no POI. O tratamento consiste em limpeza da ferida, seguida de irradiação com laser (Therapy XT, DMC, Brasil, 660 nm, 100 mW, 4 J/cm², 40 s) uma vez por semana, com modo de aplicação pontual a cada 1 cm sobre as bordas da lesão, seguido de curativo oclusivo (Membracel®, Brasil), compressa algodoadada e atadura crepe. Houve fechamento total da lesão com área inicial de 44,281 cm² e perímetro inicial de 42.417 cm, redução da temperatura da lesão de 31,9°C para 30,3°C, após 8 aplicações, ausência do relato de dor, utilizando-se a Escala Visual Numérica de Dor (EVND), e diminuição do uso de analgésicos via oral após a segunda aplicação. Durante o tratamento monitorou-se a glicemia capilar onde manteve resultados em torno de 200 mg/dL e PCR inicial de 15,9 mg/dL para 0,8 mg/dL. O relato de caso sugere que a fotobiomodulação (laser) promove uma melhor analgesia local e acelera o processo de cicatrização de úlceras em pés diabéticos, mais pacientes estão sendo monitorados para que seja realizado estudo mais aprofundado relacionados ao processo de cicatrização pós amputações em pacientes diabéticos.

O-133

EFETIVIDADE DA EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA NO TRAUMA CONTUSO

SILVA A.P.P.; KLEINSORGE G.H.D.; DINIZ M.A.; PFANNES C.C.B.; PAULUCCI L.B.

Hospital Felício Rocho; Hospital João XXIII, Belo Horizonte - MG

Contexto: O baço é a víscera maciça mais comumente afetada nos traumas contusos. O manejo da lesão esplênica tem melhorado nos últimos anos devido às novas técnicas e evolução dos métodos de imagem. A embolização endovascular da artéria esplênica tem contribuído para o aumento das taxas de preservação do baço, no tratamento não operatório do traumatismo esplênico fechado. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é avaliar a efetividade da embolização no traumatismo esplênico fechado em adultos, analisando os dados como sexo, idade, grau da lesão esplênica, esplenectomia e tempo de internação hospitalar. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes submetidos a embolização de artéria esplênica pela equipe de cirurgia vascular em hospital de referência em trauma de alta complexidade. Feito uma análise de dados de prontuário e estatística descritiva dos dados no período entre fevereiro/2010 a julho/2017. **Resultados:** Todos os pacientes submetidos a embolização apresentavam-se estáveis hemodinamicamente a admissão, totalizando 29 pacientes. A maioria foi do sexo masculino, correspondendo a 87%. A idade média dos pacientes foi de 30,87±15,37 anos. Do grupo, 17 apresentavam lesão grau IV na tomografia (TC) de admissão e 12 apresentavam lesão esplênica grau III. Além disto, 48% apresentavam extravasamento de contraste na TC de abdômen. Houve 3 casos que evoluíram para esplenectomia devido a queda hematimética mantida e TC de controle com lesões residuais. A média do tempo de internação hospitalar foi 12,9 dias. Pacientes com lesão esplênica grau III apresentaram internação mais prolongada que os de grau IV. Média de 17,62 nos de grau III e 8,53 nos de grau IV. Não houve óbito entre os casos. **Conclusão:** Neste estudo podemos concluir que obtivemos bons resultados com a embolização da artéria esplênica em adultos após trauma contuso, com alta taxa de sucesso (90%), nenhum caso de mortalidade e baixo tempo de internação hospitalar. Lesões de grau III apresentaram maior tempo em horas do trauma até a intervenção cirúrgica, acarretando assim em maior tempo de internação neste grau de lesão.

O-134

EFICÁCIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO E ENDOVASCULAR NO TRAUMATISMO DAS ARTÉRIAS SUBCLÁVIA E AXILAR

PAOLUCCI L.B.; DINIZ M.A.; PFANNES C.C.B.; SILVA A.P.P.; KLEINSORGE G.H.D.

Hospital João XXIII, Belo Horizonte - MG

Contexto: O trauma das artérias subclávia e axilar é incomum e muitas vezes se torna um desafio para o cirurgião vascular. A revascularização cirúrgica imediata é indispensável para salvamento do membro quando há isquemia. Em casos selecionados, pode-se avaliar possibilidade de correção endovascular. Identificamos os casos submetidos a tratamento cirúrgico e endovascular das artérias subclávia e axilar em hospital de referência em trauma de alta complexidade e comparamos os achados com os dados da literatura. **Métodos:** Foi feita uma análise retrospectiva em prontuário para identificar os pacientes com trauma em artérias subclávia e axilar tratados pela equipe de cirurgia vascular no período de Outubro de 2013 a Julho de 2017. **Resultados:** Identificados 28 casos no período de 46 meses, dentre eles 25 homens (89%), com idade média de 27,2 anos ($\pm 8,51$ anos). Traumatismo da artéria subclávia foi identificado em 7 casos (25%). O trauma por Projétil de Arma de Fogo foi o mecanismo predominante, ocorrido em 50% dos casos, seguido por trauma contuso (7 casos) e por arma branca (5 casos). Vinte e um paciente apresentavam isquemia à admissão, sendo 14 por secção total da artéria. Desses, 17 pacientes (60%) foram submetidos a revascularização por interposição com veia e o restante, devido a trauma de alta gravidade, submetidos a shunt temporário (3 casos) ou amputação primária (1 caso) e evoluíram para óbito. Abordagem endovascular ocorreu em 3 pacientes, dentre elas, embolização, angioplastia com stent e endoprótese. O pseudoaneurisma foi identificado como complicação tardia de trauma penetrante em 4 casos e foi realizado tratamento endovascular em um caso, rafia primária da artéria em dois casos e um tratamento por by-pass com veia. O tempo de internação média foi de 15,35 dias (1-80 dias). Óbito ocorreu em 7 casos, sendo que 4 pacientes apresentavam Revised Trauma Score (RTS) < 4 pontos. A taxa de salvamento do membro foi de 85%, duas amputações tardias relacionadas a tempo prolongado de isquemia e uma primária por esmagamento do membro. **Conclusão:** A decisão pelo tipo de abordagem no trauma das artérias subclávia e axilar deve ser rápida e a revascularização cirúrgica na isquemia apresenta altas taxas de salvamento do membro quando o paciente é avaliado a tempo pela equipe vascular. Em casos de pseudoaneurismas, a abordagem endovascular depende da experiência do cirurgião e disponibilidade do serviço e é opção menos invasiva com redução do tempo de internação.

O-135

EFICÁCIA DO TRATAMENTO DO PSEUDOANEURISMA BRAQUIAL COM INJEÇÃO PERCUTÂNEA DE TROMBINA

PAOLUCCI L.B.; PINTO D.M.; PFANNES C.C.B.; SILVA A.P.P.; DINIZ M.A.

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte - MG

Contexto: O pseudoaneurisma (PSA) é definido como a principal complicação de punções arteriais para procedimentos endovasculares diagnósticos ou terapêuticos. O tratamento do PSA femoral com injeção de trombina é opção pouco invasiva e com altas taxas de sucesso. Nas artérias dos membros superiores, o baixo número de casos desse tipo de complicação dificulta o estudo sobre o melhor tipo de tratamento. Os autores relatam dois casos de PSA braquial tratados com injeção percutânea de trombina guiada por ultra-som. **Objetivo:** Identificar os casos de PSA braquial nos pacientes submetidos a intervenções vasculares periféricas e comparar os achados com os dados da literatura. **Métodos:** Foi feita uma análise retrospectiva para identificar os pacientes com pseudoaneurismas tratados pela equipe de cirurgia vascular no período de Janeiro de 2010 a Agosto de 2016. **Resultados:** Foram identificados dois casos de PSA braquiais no período estudado. Neste período de 78 meses, foram realizados 625 casos de procedimentos endovasculares. Destes, foram feitos 58 acessos braquiais, para tratamento. Desta forma, a incidência nesta amostra do PSA braquial foi de 3,4% para os acessos braquiais e de 0,32% para todos os procedimentos realizados. Ambos os pacientes receberam infusão de alteplase intra-operatória e faziam uso de antiagregante plaquetário. Os volumes dos PSA foram semelhantes, com diâmetro maior entre 2,1 e 2,5 cm. Ambos os casos foram tratados com injeção de pequeno volume de trombina guiada por ultra-som. O seguimento dos pacientes foi de 1 ano com manutenção de déficit neurológico em território de nervo mediano em um dos casos. Não houve trombose da artéria braquial ou recorrência do pseudoaneurisma. **Conclusão:** A incidência de PSA em artéria braquial é pouco comum. Apesar de o tratamento percutâneo com trombina para o PSA braquial não estar padronizado como o que ocorre na artéria femoral, este tratamento pode ser realizado de maneira segura e com altas taxas de sucesso, como mostrado nestes casos. Os dados encontrados são comparáveis com a literatura médica em termos de incidência e sucesso.

O-136

EMBOLIA BALÍSTICA EM TOPOGRAFIAS ARTERIAIS DISTINTAS, ARTÉRIA BRAQUIAL DIREITA E RAMOS DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RELATO DE CASO

FIGUEIRÉDO B.L.; SILVA A.P.; MOREIRA J.V.; CARVALHO NETO C.A.; MAGALHÃES L.R.O.

Hospital da Restauração (HR), Recife - PE

A embolia balística é uma entidade rara que pode cursar com repercussões hemodinâmicas importantes. Ela ocorre quando um projétil de arma de fogo penetra no sistema cardiovascular e migra em seu interior. Seu quadro clínico varia com manifestações isquêmicas, hemorrágicas e trombóticas, mas também pode ser silenciosa. O diagnóstico na maioria das vezes necessita de exames de imagem como raio-X, ultrassonografia e tomografia computadorizada. A escolha do tratamento está diretamente relacionada com o local de impactação do projétil, o vaso acometido e a sintomatologia do paciente. Relatamos nesse trabalho, através de dados colhidos em prontuário médico, o caso de um paciente do sexo masculino, 25 anos, internado no Hospital da Restauração de Pernambuco, vítima de múltiplas perfurações por arma de fogo. O paciente apresentou quadro de irritação peritoneal horas após sua admissão sendo submetido a laparotomia exploradora, com achado cirúrgico de isquemia intestinal comprometendo segmento de cerca de 240 cm de íleo, sem penetração do projétil na cavidade abdominal. No 10º dia de internamento evoluiu com dor, edema, diminuição de pulsos distais e claudicação em membro superior direito. Realizado US Doppler do membro e evidenciado projétil metálico dentro da luz da artéria braquial direita. Diagnóstico confirmado com arteriografia. O paciente foi submetido a correção cirúrgica da isquemia intestinal com ressecção do segmento acometido e ileostomia. Assim que o diagnóstico da embolização para artéria braquial foi confirmado, realizamos a exploração vascular com retirada do projétil e do segmento arterial lesado. A reconstrução arterial foi confeccionada com interposição venosa com veia safena magna reversa. Posteriormente, em revisão do caso, foi identificado artefato metálico em topografia cardíaca na tomografia realizada na admissão que não foi visualizado em eco cardiograma subsequente, sendo então definido que os êmbolos foram de origem cardíaca. A embolia balística é uma condição clínica rara e pouco vivenciada pelas equipes médicas de urgência. O diagnóstico deve ser suscitado a partir do momento em que não há uma correlação entre as perfurações no corpo do paciente, a provável trajetória do projétil e o local em que projétil foi encontrado. Não há uma conduta padrão para o tratamento da embolia balística, cada caso deve ser estudado e planejado individualmente.

O-137

EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DIREITA EM CARÁTER EMERGENCIAL NO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

AZEREDO G.C.; BISCARO P.S.; MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; NASSAR FILHO A.; BRIGIDIO E.A.; DIAS F.M.P.; FONTENELE C.T.M.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

Os pseudoaneurismas de artéria hepática são raros e pouco descritos na literatura médica. A incidências vem aumentando ao longo das duas últimas décadas devido ao aumento crescente de procedimentos invasivos no trato hepatobiliar, com o advento e melhora das técnicas de Radiologia Intervencionista. Paciente IASS, 42 anos, sexo feminino, hipertensa deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Conjunto Hospitalar do Mandaqui, com história de dor em hipocôndrio direito com irradiação para dorso de forte intensidade, de início súbito, que irradiava para dorso. Relatava episódios semelhantes com melhora com uso de analgésicos orais. Exame ultrassonográfico de abdome total da admissão sem alterações. Durante internação apresentou queda hematócrita importante em dois dias consecutivos. Tomografia de abdome e pelve com imagem sugestiva de pseudoaneurisma em segmentos hepáticos V e VI. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica sendo encaminhada em caráter emergencial ao serviço de hemodinâmica do hospital. Realizado aortografia com cateterização seletiva do tronco celiaco, artéria hepática direita e identificação de pseudoaneurisma em artéria hepática direita. Realizado embolização seletiva do mesmo com fragmentos de geofam. Arteriografia de controle evidenciando exclusão da área de sangramento e do ramo hepático embolizado. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e recebe alta da unidade de Terapia Intensiva em três dias. No momento, em seguimento ambulatorial com ausência de novos episódios de sangramentos e assintomática. A técnica endovascular (embolização) em caráter de emergência é uma alternativa eficiente e factível, mesmo com a escassez de recursos do Sistema Único de Saúde e com menor morbidade do que a cirurgia aberta, no tratamento de pseudoaneurismas.

O-138**EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA ILÍACA INTERNA DIREITA EM CARÁTER EMERGENCIAL NO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI**

AZEREDO G.C.; BISCARO P.S.; MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; NASSAR FILHO A.; BRIGIDIO E.A.; OLIVEIRA JUNIOR J.; FONTENELE C.T.M.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

Os pseudoaneurismas de artéria ilíaca interna são raros, e usualmente estão relacionados a lesões traumáticas, tendo diversas opções terapêuticas, incluindo cirurgia endovascular, aberta e tratamento clínico. Paciente LAF, 15 anos, sexo feminino, sem comorbidades, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Conjunto Hospitalar do Mandaqui, com história de politrauma grave após acidente automobilístico (auto x moto) com instabilidade hemodinâmica e fratura instável de pelve. Realizado fixação externa de pelve na admissão. Durante o pós-operatório imediato, observou-se isquemia crítica (oclusão arterial aguda) do membro inferior direito, sendo submetida a tromboembolectomia com reversão do quadro de isquemia. Após 01 mês de internação, abordada pela equipe da Ortopedia para fixação definitiva de pelve. Evoluiu com queda hematimétrica importante por dois dias consecutivos, sendo realizado angiogramografia computadorizada de abdome e pelve. Exame com imagens sugestivas de pseudoaneurisma de ramo de artéria ilíaca interna direita. Encaminhada em caráter emergencial ao serviço de hemodinâmica do hospital. Realizado aortografia com cateterização seletiva de artéria ilíaca direita e embolização seletiva da mesma com fragmentos de geofóam (torpedos). Arteriografia de controle evidenciando exclusão da área de sangramento e do ramo arterial embolizado. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e recebe alta da unidade de Terapia Intensiva após 7 dias, segue assintomática no ambulatório. A técnica endovascular, se estabelece como um procedimento menos invasivo, com menor tempo cirúrgico, melhor recuperação pós operatória, por evitar cirurgias abertas extensas e em locais de difícil acesso.

O-139**EMBOLIZAÇÃO DA PERSISTÊNCIA DE PERFUSÃO DO SACO ANEURISMÁTICO APÓS CORREÇÃO ABERTA DO ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLÍTEA: RELATO DE DOIS CASOS**

MIYAMOTTO M.; SALIBA L.F.; REBOLHO E.C.; BRINGHENTI T.; EVANGELISTA M.S.; NEVES G.C.S.; MELANI A.R.A.; ROCHA L.P.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Serviço de Cirurgia Vascular Professor Dr. Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

O aneurisma de artéria poplítea (AAP) é o mais frequente dentre os aneurismas periféricos, representando cerca de 80% dos mesmos, e em cerca de 50% dos casos, a apresentação é bilateral. O tratamento clássico dos AAPs compreende a exclusão do aneurisma por ressecção parcial ou total do saco aneurismático, seguida de revascularização por interposição de enxerto venoso. Uma complicação incomum desse tratamento é a persistência da perfusão do saco aneurismático por ramos secundários não ligados durante a cirurgia, podendo levar a sua ruptura em casos raros ou expansão do mesmo, causando sintomas compressivos locais. Caso 1: Paciente VP, sexo masculino, 81 anos, com quadro de embolização distal de membro inferior esquerdo devido à um aneurisma de artéria poplítea. Foi submetido a tratamento cirúrgico com ligadura proximal e distal do aneurisma e revascularização com veia safena magna reversa. Cinco meses após tratamento paciente evoluiu com sintomas locais e aumento do aneurisma evidenciado no eco-Doppler, além de persistência de fluxo no interior do saco aneurismático. A arteriografia revelou perfusão do aneurisma através de uma artéria genicular. O tratamento foi realizado através de cateterização superseletiva do ramo nutridor com embolização utilizando-se o agente embolizante líquido Ônix. Caso 2: Caso semelhante embolizado com torpedos de Gelfoam. A persistência da perfusão do saco aneurismático após a correção aberta do aneurisma da artéria poplítea e um evento raro. As consequências dessa perfusão incluem a ruptura do aneurisma em raros casos ou sintomas relacionados ao efeito de massa nas estruturas vizinhas. Nesses casos o tratamento endovascular com embolização das artérias nutridor do saco aneurismático oferece uma solução minimamente invasiva a ressecção cirúrgica do saco aneurismático.

O-140**EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA ESPLÊNICO COM PRESERVAÇÃO O BAÇO: SÉRIE DE 10 CASOS**

MORAES R.D.S.; LEITÃO L.; ABREU H.; FURTADO J.; MOITA A.; VASCONCELOS A.; LUCENA B.; LINS E.

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE;
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

O aneurisma esplênico pode ser verdadeiro, crescendo na gravidez; de hiperfluxo, acontecendo na esplenomegalia da hipertensão portal (HP), ou falso aneurisma, que ocorre no trauma, infecção (endocardite) ou inflamação (pós pancreatite). Nosso grupo não trata rotineiramente o aneurisma de hiperfluxo da HP; só trata o aneurisma verdadeiro sintomático que cresce após uma gestação, e trata todos os pseudoaneurismas esplênicos, já que a mortalidade é altíssima. Relatamos uma série consecutiva de aneurisma/pseudoaneurisma esplênicos, destacando diferentes modalidades e estratégia de embolização. Séries de casos: dez pacientes, sendo seis homens, foram avaliados nesse estudo; havia 07 pseudoaneurismas e 03 aneurismas verdadeiros. Suas idades variaram de 26 a 54 anos. O tamanho das lesões variou de 1,6 cm a 15 cm. A etiologia dos pseudoaneurismas incluía pancreatite, trauma abdominal e cirurgia abdominal prévia. O follow up clínico variou entre 3 meses a 14 anos, sendo superior a 3 anos em 08 casos. Realizamos exclusão por "trapping" da lesão em 05 casos; stent graft em 01; oclusão do próprio caso em 01 caso, e oclusão arterial proximal em 03 casos. Houve exclusão angiográfica e tomográfica em todos os casos. O baço foi preservado em todos os pacientes, sem degeneração para abscesso. Molas 01,8 e balão destacável, além da mola fibrada de Giantuco 0,35 foram materiais utilizados nos casos de oclusão proximal e trapping. Stent recoberto com pTFE, 4 x 20 mm, foi utilizado para excluir um pseudoaneurisma pós transplante hepático, com preservação da artéria esplênica e baço, num paciente sem circulação colateral devido à oclusão prévia da artéria gastroduodenal. Arteriografia esplênica foi realizada em todos os casos, avaliando a perviedade do eixo gástrica esquerda-gástricas curtas, e gastroepiplóica direita- esquerda. Antibiototerapia venosa foi realizada por 72 horas no PO, continuada por oral até 30 dias.

O-141**EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA ILÍACA INTERNA POR PUNÇÃO DIRETA DURANTE LAPAROTOMIA PARA CONTROLE DE DANOS NO SANGRAMENTO PÉLVICO: NOTA TÉCNICA**

GOÑÇALVES B.D.; OLIVEIRA M.H.B.; GOÉS JUNIOR A.M.O.

Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa), Belém - PA

A artéria ilíaca interna e seus ramos são frequentemente acometidos por traumatismos e a embolização transcaterter, guiada por angiografia, se estabeleceu como uma importante ferramenta terapêutica neste contexto. Os relatos de embolização por punção direta da artéria ilíaca interna são escassos e nenhuma descrição anterior empregando esta técnica em paciente vítima de trama pélvico foi detectada após revisão da literatura. Este trabalho descreve a aplicação da embolização com Iodo de Gelfoam por punção direta da artéria ilíaca interna durante laparotomia em uma re-operação de um paciente vítima de ferimentos por arma de fogo que apresentava sangramento pélvico difuso de difícil controle. Os autores descrevem a técnica utilizada e a comparam com outras opções para obtenção da hemostasia nas hemorragias pélvicas.

O-142

EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIAS BRONQUICAS POR HEMOPTISE: ESTUDO DE 40 CASOS

NAKANO L.C.; GUEDES NETO H.J.; FLUMIGNAN R.L.G.; CACIONE D.G.; ATTIE G.A.; CAMARA M.V.C.R.; ARAUJO S.T.; AMORIM J.E.
Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP

Contexto: O tratamento das hemoptises por embolização é seguro e menos invasivo que leva ao controle de sangramento. **Objetivo:** Este estudo demonstra as principais causas de hemoptises num hospital terciário universitário e o sucesso imediato pós procedimento de embolização de artérias brônquicas. **Métodos:** Foram avaliados no período de 2005 a 2016, 40 pacientes atendidos em nosso serviço que apresentaram quadro de hemoptise persistente com repercussão hemodinâmica. Todos foram submetidos a arteriografia sob anestesia local e quando possível realizado a embolização com geofano ou microespumas. Nos casos que não se conseguiu cateterizar as artérias brônquicas ou não se localizou ramos passíveis de embolização o procedimento não foi realizado. **Resultados:** Dos 40 pacientes, 30 eram do sexo masculino e 10 femininos, representando 75 e 25% respectivamente. A idade variou de 21 a 74 anos com média de 50,37 anos. Ao analisarmos as principais causas de hemoptises 60% eram portadores de tuberculose pulmonar seguido de 12% tumores primários dos pulmões. O cateterismo das artérias brônquicas foi indicado em 29 (72%) casos do lado direito e apenas 11 (27%) a esquerda, mostrando maior prevalência de alterações em pulmão direito. Na casuística não houve indicação bilateral. Ao analisarmos o lado direito verificamos que o cateterismo foi realizado com sucesso em 86% (25 casos) com apenas 14% (4 casos) de insucessos. Destes 25 casos de cateterização com sucesso, 21 foram passíveis de embolização (84%). Ao analisarmos o lado esquerdo os 11 casos (100%) conseguiu-se a cateterização mas apenas em 7 casos foi possível realizar a embolização. Nesta série não encontramos nenhuma complicação inerente ao procedimento e todos que realizaram a embolização apresentaram melhora clínica satisfatória com parada dos episódios de sangramento. **Conclusão:** Na nossa casuística a hemoptise com instabilidade hemodinâmica foi mais frequente nos homens, tendo como causa principal a tuberculose pulmonar seguida de neoplasia primária de pulmão. Em alguns casos não foi possível a cateterização das artérias brônquicas o que impossibilitou o procedimento. Além da não cateterização outra falha na realização da embolização se deveu a não localização de ramos passíveis de embolização. Nos casos em que a embolização é realizada existe uma melhora angiográfica e clínica do paciente, sem complicações graves do procedimento.

O-143

EMBOLIZAÇÃO DE ENDOLEAK TIPO IIB APÓS TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA - RENAL: RELATO DE CASO

VEIGA D.W.S.; GONÇALVES S.C.; MIRANDA R.L.S.; KURUMOTO R.; NABESHIMA R.Y.; AOYAMA R.N.; BLANCO D.H.; VASCONCELLOS Y.P.U.

Hospital Norte Paranaense (HONPAR), Arapongas - PR

O endoleak do tipo II é causado por fluxo sanguíneo colateral retrógrado para o saco aneurismático a partir de ramos aórticos através da artéria mesentérica inferior, artérias lombares ou artéria sacral mediana. O seu manejo varia desde expectante por alguns profissionais até tratamentos mais invasivos seja por cirurgia aberta, embolizações endovasculares por cateterização seletiva das artérias que o nutrem ou punção translombar do saco aneurismático guiadas por tomografia ou ultrassonografia. Relatamos o caso do paciente AAD, masculino, 81 anos, com aneurisma de aorta abdominal infra-renal com 8,7 cm no maior diâmetro tratado através de reparo endovascular em 2012, apresentando no seguimento ambulatorial endoleak tipo II complexo envolvendo a artéria mesentérica inferior e artérias lombares. Após acompanhamento mesmo não apresentando aumento do saco aneurismático, em janeiro de 2015 optou-se pela abordagem com técnica de embolização endovascular com Onyx® obtendo acesso ao endoleak tipo IIB ou complexo por cateterismo seletivo da artéria mesentérica inferior através da arcada de Riolan os exames de controle evidenciaram oclusão total das artérias mesentérica inferior, lombar e o saco aneurismático não apresentando complicações até a presente data de seguimento.

O-144

EMBOLIZAÇÃO DE SHUNTS ARTERIO-VENOSOS DA FACE E COURO CABELUDO: SÉRIE DE 10 CASOS

MORAES R.D.S.; LEITÃO L.; PANAZZOLO G.; ABREU H.; LYRA F.; BURIL G.; MENDES FILHO S.; LINS E.

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE;
Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

Os shunts arterio-venosos da face e couro cabeludo são devido à fístula arterio-venosa (FAV) ou à malformação arterio-venosa (MAV). As MAVs são de aparecimento espontâneo, e as FAVs são adquiridas, habitualmente, após um trauma. Dez pacientes, com idade variando entre 09 e 61 anos, sendo 06 homens, são demonstrados nessa série. Há 07 FAVs e 03 MAVs; nove pacientes foram tratados com cola (Histoacryl® ou Glubran® e 01 com cola e balão destacável). Três pacientes foram tratados em única sessão, 02 pacientes em duas sessões, e 03 pacientes em três sessões. Em todos os casos, o objetivo foi injeção intra-nidal do agente embolizante, seja por punção e injeção direta, por microcateter ou mista. Todos os pacientes realizaram seus procedimentos sob sedação profunda ou anestesia geral. O seguimento clínico dos pacientes variou de 6 meses a 12 anos; 7/10 pacientes com seguimento de mais de 3 anos. Nove pacientes obtiveram cura anatômica, sem shunt AV residual; 01 paciente já reduziu seu shunt em 90%, e realizará em breve nova sessão de embolização. Não houve recidiva do shunt AV nos pacientes já tratados. Não houve complicação relacionada ao procedimento do tipo alergia, isquemia/necrose de pele, infecção, ou hematoma no sítio da punção. A pele e couro cabeludo em humanos são bastante irrigados, com rica rede colateral, sendo muita rara sua necrose isquêmica, mesmo nos casos de traumatismo craniano com perda de substância. Quando existe um shunt AV nessa região, embora no início possa haver um (ou poucos ramos aferentes), quando a lesão se cronifica, habitualmente, múltiplos ramos da carótida externa ipsi- e/ou contralateral (artéria facial, temporal superficial, occipital, etc.) irrigam a lesão, e drenam por veias ectasiadas. Normalmente, o paciente procura tratamento por sintomas como zumbido incapacitante, "nódulo" pulsátil, dor local, ou estético. Assim, nas lesões crônicas, artérias e veias estão anormalmente dilatadas, sendo desafiador trata-las por cirurgia aberta. Por outro lado, a embolização intra-nidal, proporciona oclusão do shunt com desaparecimento imediato da lesão e tardio dos sintomas e normalidades estéticas. Em casos selecionados, a cirurgia eletiva estética está indicada para retirada de possível cast endurecido da cola/granuloma subjacente.

O-145

EMBOLIZAÇÃO DE URGÊNCIA EM HEMANGIOMA HEPÁTICO

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; SANCHES V.C.; FEDERICO R.; NASCIMENTO P.C.; GOLIN A.R.; VIARENGO G.; PERSEGUIM A.B.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

O tratamento minimamente invasivo tem demonstrado uma fundamental importância terapêutica. Os tratamentos endovasculares tem se tornado cada dia mais resolutivos e eficazes, sendo a emboloterapia para tratamento de tumores e hemorragias um exemplo disso. O diagnóstico e localização de uma lesão é realizado por métodos de imagem como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. O exame angiográfico hepático, por ser um exame invasivo, fica restrito a casos em que outros exames deixam dúvidas ou em casos que exista a possibilidade de embolização. Paciente do sexo masculino, 51 anos, deu entrada no PS do hospital com quadro de dor abdominal há 2 dias, em cólica, principalmente em hipocôndrio direito, com constipação intestinal há dois dias referindo anteriormente hábito intestinal diário. Ao exame físico apresentava-se corado, hidratado, anictérico e afebril. Abdome globoso, distendido, doloroso à palpação, principalmente em hipocôndrio direito. Ultrassom de abdome com hepatomegalia leve, nódulo hepátocompatível com hemangioma, colelístite, espessamento peripartal associado a hepatopatia. RX de abdome agudo com distensão de colon e tomografia (TC) com achados sugestivos de colelístite aguda. Paciente submetido a colecistectomia videolaparoscópica, sendo evidenciado no intra-operatório vesícula biliar edemaciada e friável. Realizada ligadura com clipe metálico em artéria cística e 3 cliques metálicos em ducto cístico e posterior dissecação completa da vesícula. Em revisão hemostática leito hepático apresentava sangramento contínuo em local de hemangioma, refratário a tentativa hemostática mecânica, com cliques ou sutura simples com vicryl, optado então por conversão para cirurgia aberta. Tentado hemostasia com sutura simples com catgut sem sucesso, optado então por drapeado control, colocado 5 compressas e paciente encaminhado a UTI. No dia seguinte paciente submetido a angiografia e embolização com micropartículas no segmento V5 de artéria hepática direita. Em seguida paciente encaminhado ao CC submetido a cirurgia de retirada das compressas, sendo identificado o leito hepático curento sem sinais de sangramento ativo. Paciente evoluiu favoravelmente, recebendo alta hospitalar no quarto pós-operatório. A emboloterapia tem se mostrado um excelente tratamento como terapia pré-operatória para tumores e para reparo de hemorragias de difícil controle.

O-146

EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE HEMODIÁLISE COM COLA: RELATO DE CASO

FRIAS NETO C.A.S.; SALES K.P.F.; BRITO FILHO S.B.; VIEIRA C.B.; VIANA NETO R.E.; SILVA B.L.P.; DURANS M.S.B.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Uma fístula arteriovenosa (FAV) para hemodiálise pode desenvolver hipertensão venosa no membro devido a estenose ou oclusão de veia profunda. Como consequência, o paciente apresenta edema do membro, associado à presença de circulação colateral. O problema pode ser resolvido por cirurgia aberta, ligadura da FAV, ou por técnicas percutâneas com o objetivo de restabelecer o fluxo adequado no sistema venoso central. A embolização da FAV pode se apresentar como opção viável de oclusão da FAV em casos selecionados. Objetiva-se demonstrar através de relato de caso, os resultados obtidos com embolização com cola de uma FAV braquio-basílica com oclusão venosa central importante no membro acometido, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os dados foram obtidos por revisão de prontuário, entrevistas com a equipe cirúrgica e o paciente e revisão de literatura. Paciente MGP, 69 anos, feminino, HAS, DM, IRC em hemodiálise, FAV braquio-basílica em MSE associado à oclusão de veia braquiocefálica, dor e edema importante do membro. Devido ao edema volumoso, associado à linfostase, foi optado realizar oclusão endovascular da fístula. Utilizou-se cianoacrilato, diluído em Lipiodol na proporção de 2:1 para a embolização. Ao término do procedimento, o membro foi avaliado, com abolição total do frémito na região da FAV. No 1º dia de pós-operatório (DPO) o paciente se apresentava em BEG, melhora da dor e diminuição do edema. No retorno ambulatorial observou-se melhora acentuada do edema ao exame físico e oclusão da fístula e da tributária da veia basílica ao eco-Doppler. A oclusão de FAV com complicações pode ser um procedimento de execução difícil podendo apresentar obstáculos como edema, fibrose, necrose, processo infeccioso e etc. A oclusão por técnicas percutâneas pode evitar grande parte desses obstáculos, diminuindo a complexidade e a morbidade do procedimento. Conforme esperado e observado, houve melhora importante do edema e da dor já no 1º DPO, demonstrando o sucesso do procedimento com a diminuição da pressão hidrostática pela oclusão do tronco principal da FAV. É reconhecida a necessidade de aprimoramento da técnica com cola, com a oclusão da FAV desde seu terço proximal até seu terço distal, evitando embolização de veias profundas, da artéria e a persistência de tributárias. Espera-se que a realização de novos procedimentos resulte em aprimoramento da mesma.

O-147

EMBOLIZAÇÃO POR MOLA DE ANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL TIPO II COM USO DE BALÃO: RELATO DE CASO

BANDEIRA R.N.; LIMA P.R.S.; LEITE C.O.N.; FIGUEIREDO O.F.P.; MARTINS Y.L.D.; BANDEIRA F.C.V.

Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

Aneurismas de artéria renal (AAR) são relativamente raros, com uma incidência estimada de 0.1% na população geral; incidência de ruptura de aproximadamente 30% e mortalidade consequente de 80%. A etiologia mais comum é a displasia fibromuscular e a aterosclerose. O tratamento é indicado quando: tamanho > 3 cm, aneurisma sintomático (hipertensão, hematúria, dor abdominal ou em flanco) e aneurismas de qualquer tamanho em mulheres em idade fértil. Divergência e controvérsia sobre o critério de tratamento para AAR com tamanho > 2 cm está presente na literatura. Paciente de sexo masculino, 62 anos, ex tabagista, hipertenso. Foi diagnosticado, através de angiogramografia, aneurisma de artéria renal direita (ARd) de 2,1 cm de diâmetro. Optou-se pelo tratamento endovascular. Após punção, passagem de introdutor e fio guia hidrofílico Road Runner, foi introduzido cateter mikaelson para cateterização de ARd. Angiografia evidenciou aneurisma sacular na trifurcação da ARd. Para a cateterização superseletiva foi utilizado o microcater Echelon, passado através de Microguia silverspeed, até o interior do saco aneurismático. Realizada a cateterização dos ramos médio e inferior, utilizou-se os balões hyperglide, 4 mm x 30 mm e 4 mm x 20 mm para proteção de colo aneurismático e artérias adjacentes, evitando possível migração de micromolas. Através do microcater foram liberadas no interior do aneurisma, sequencialmente, seis Micromolas Axiom, destacadas por meio de destacadador mecânico. Arteriografia de controle demonstrou obliteração completa do aneurisma, preservando o fluxo sanguíneo pela ARd e seus ramos. A correção do aneurisma da artéria renal direita pela técnica endovascular com colocação molas e uso de balões foi realizada com sucesso, confirmada pela imagem angiográfica transoperatória. O paciente evoluiu bem, com função renal preservada e sem intercorrências. Recebeu alta da UTI após 24 h e hospitalar no 3º dia de pós-operatório. Permaneceu em uso de aspirina 100 mg por 30 dias e clopidogrel 75 mg ao dia por tempo indefinido. O paciente foi acompanhado com Duplex scan arterial em 30 dias, 60, seis meses e anualmente. Falta evidências a longo prazo sobre a eficácia do tratamento endovascular para AAR. Porém, dados atuais apoiam a alta segurança dos dispositivos usados neste tratamento. Evidências a curto prazo demonstram exclusão do AAR com sucesso e melhora da hipertensão e da função renal.

O-148

EMBOLIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DO TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO

OKABE C.M.; MIYAMOTTO M.; FERRONATTO G.F.; MELANI A.R.A.; NEVES G.C.S.; MACHADO R.M.; TRENTIN C.; MOREIRA R.C.R.

Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Curitiba - PR

Contexto: O tumor do corpo carotídeo é um tumor hipervascularizado e está relacionado a maior possibilidade de sangramento intra-operatório e suas consequências. A embolização pré-operatória tem como objetivo diminuir o sangramento e tornar a ressecção cirúrgica menos complexa tecnicamente. **Objetivos:** Os autores analisam uma série de pacientes submetidos a embolização pré-operatória do tumor do corpo carotídeo, bem como a evolução do da ressecção cirúrgica comparada com pacientes no submetidos a embolização prévia. **Métodos:** No período de março de 2011 a julho de 2017, 11 pacientes foram submetidos à embolização prévia à ressecção do tumor. Sete pacientes eram do sexo masculino e a média de idade foi de 42,9 anos, variando entre 27 e 63 anos. As embolizações foram realizadas com microesferas ou partículas de PVA através de técnicas de cateterismo superseletivo. O tamanho do tumor variou de 20 mm até 74 mm medido no seu maior diâmetro e não houve diferença entre o lado direito e esquerdo. Os principais parâmetros avaliados foram o tempo cirúrgico, a necessidade de procedimentos adjuvantes de revascularização, a necessidade de transfusão sanguínea, além das complicações relacionadas à ressecção do tumor bem como da embolização prévia. **Resultados:** O sucesso técnico da embolização foi de 81,9%. Em dois pacientes não houve condições para um cateterismo superseletivo de forma segura e estável, devido a presença de ramos nutridores anômalos. Não houve nenhuma complicação relacionada a técnicas da embolização ou nos locais de punção. O tempo médio dos procedimentos cirúrgicos foi de 219,4 minutos variando de 130 a 330 minutos e não houve necessidade de transfusão sanguínea ou procedimentos adjuvantes para revascularização do território carotídeo. Três complicações relacionadas ao ato cirúrgico foram dois casos de necessidade de ressecção do gânglio simpático que resultou em discreta ptose palpebral e em um caso houve déficit pela necessidade de ressecção do nervo vago. A comparação com o grupo pareado de pacientes que foram submetidos a ressecção do tumor sem embolização prévia mostrou vantagens significativas nesses itens analisados. **Conclusão:** O embolização pré-operatória do tumor de corpo carotídeo é um procedimento seguro e com baixos índices de complicação utilizando-se técnicas de cateterismo superseletivo. Uma embolização efetiva diminui o tempo de cirurgia e o sangramento intra-operatório, além de tornar a ressecção tecnicamente menos complexa.

O-149

ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO: 2 RELATOS DE CASO

ZAMPIERI E.H.S.; SANTAROSA M.B.; DUAILIBI T.O.; DINIZ J.C.S.; OLIVEIRA J.V.L.; DALIO M.B.; JOVILIANO E.E.; RIBEIRO M.S.

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP

A endarterectomia de carótida eletiva é uma intervenção efetiva para paciente com estenose carotídea significativa. Se mostrou eficaz em diminuir o risco de acidente vascular encefálico e morte em pacientes sintomáticos e assintomáticos. Há evidência de que a endarterectomia precoce traria mais benefícios a aqueles pacientes sintomáticos nas duas primeiras semanas após o acidente vascular. Relatamos 2 casos de pacientes com quadro de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico com estenose carotídea significativa, submetidos a endarterectomia de artéria carótida na mesma internação nas primeiras semanas após o evento agudo. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e intra-operatório; e revisão da literatura. Dois pacientes submetidos a endarterectomia de carótidas após AVC no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto em 2017, ambos com apresentação inicial de hemiparesia esquerda e estenose de artéria carótida direita maior que 70%. AR, 75 anos, masculino, com NIHSS inicial de 5, submetido a endarterectomia de carótida 8 dias após o evento. Apresentou novo AVC em região cerebelar a esquerda, submetido a angioplastia de artéria vertebral esquerda durante a internação; JCO, 73 anos, masculino, internado por neutropenia febril, portador de síndrome mielodisplásica, apresentou déficit neurológico com NIHSS inicial de 14, submetido a endarterectomia de carótida 24 dias após o AVC. Ambos receberam alta hospitalar em boas condições clínicas.

O-150**ENDARTERECTOMIA DUPLA DE CARÓTIDA: RELATO DE CASO**

MAGALHAES L.R.O.; CARVALHO NETO C.A.; FIGUEIRÊDO B.L.; LACERDA A.F.; VASCONCELOS P.R.C.; LEITE G.S.

Hospital da Restauração (HR), Recife - PE

A endarterectomia de carótida consiste num procedimento cirúrgico para remoção da placa ateromatosa obstruindo a artéria carótida. O procedimento está indicado em pacientes com obstrução carotídea e tenham tido algum acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório (AIT) nos últimos 6 meses (sintomáticos) ou que sejam assintomáticos. A indicação cirúrgica depende do grau de estenose carotídea causado pela placa ateromatosa, sendo indicada nos casos sintomáticos em estenoses maiores que 70% e nos casos assintomáticos em estenoses maiores que 80%. O relato de caso apresenta um paciente do sexo masculino, 55 anos, hipertenso e tabagista, admitido em nosso serviço com quadro compatível com AVC isquêmico a esquerda, com déficit motor a direita. Submetido a investigação diagnóstica onde foi evidenciada, através de duplex scan e arteriografia de vasos cervicais, estenose de 70% em terço médio de artéria carótida comum esquerda e placa ulcerada ocasionando estenose de 50% em artéria carótida interna esquerda, próximo a bifurcação. Devido as duas lesões apresentadas, foi decidido por realizar endarterectomias separadas, com aposição de patch de PTFE, de ambas as lesões, no mesmo tempo cirúrgico. Paciente evoluiu com níveis pressóricos elevados no pós-operatório em UTI, sendo o controle obtido através da introdução de dois anti-hipertensivos. Recebeu alta no 3º dia pós-operatório da UTI e encaminhado a enfermaria, onde recebeu alta no 5º dia pós-operatório. Não houveram novos déficits neurológicos e/ou outras complicações cirúrgicas. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, não tendo apresentado novos quadros de AVC e/ou AIT. Os casos relatados na literatura de pacientes submetidos a tratamento de estenose carotídea são em geral de lesões carotídeas únicas, mais comumente em bulbo carotídeo. O caso relatado apresentou como diferença, o fato de o paciente apresentar duas lesões distintas, tanto em carótida comum, quanto em carótida interna, tendo as duas indicações de tratamento.

O-151**ENDARTERECTOMIA SEMI-ABERTA UTILIZANDO ANEL DE VOLLMAR**

VIVAS P.M.; DEMIER B.; BILMAN V.; LEAL D.; MASSIÈRE B.; VESCOVI A.; RISTOW A.

CENTERVASC, Rio de Janeiro - RJ

ASN, masculino, 67 anos, hipertenso, diabético e tabagista, apresentou história de claudicação dos membros inferiores progressiva com progressão rápida, tendo evoluído com dor de repouso. Apresentava ITB menor que 0,4. Submetido a investigação complementar, realizou angiogramografia que evidenciou oclusão das artérias ilíacas comum e externa a esquerda e oclusão da ilíaca comum direita, além de oclusão das artérias femorais comuns e femorais superficiais, com reabilitação da artérias femorais profundas. Foi realizado tratamento híbrido, com realização de acessos braquial esquerdo e femoral bilateral. Procedeu-se a recanalização da artéria ilíaca externa direita, por via braquial, com fio guia Terumo® 0,35 x 260, seguida da introdução de balão de angioplastia 8 x 40 para suporte. Seguiu-se a endarterectomia semi-aberta das artérias ilíaca externa e femoral a esquerda com anel de Vollmar. Foi implantado de stent Zilver® 8 x 40 mm na origem da artéria ilíaca externa direita. Realizado profundoplastia bilateral e ponte femorofemoral cruzada. Paciente evoluiu com resolução da dor de repouso (ITB 0,7) e melhora das feridas dos membros inferiores. A técnica de endarterectomia semi-aberta com anel é uma opção no arsenal terapêutico do cirurgião vascular e pode ser utilizada com sucesso quando houver uma indicação precisa.

O-152**ENDOCARDITE MARÃNTICA**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; ABREU M.F.M.; CHEQUI M.T.M.; CURY B.B.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A endocardite trombotica não-infecciosa, conhecida também como endocardite marântica, é caracterizada pela formação de trombos nas valvas cardíacas na ausência de infecção sobrejacente. Está associada a quadros inflamatórios crônicos e apresenta embolizações frequentes. Geralmente ocorre no contexto de neoplasia maligna (sítio indeterminado) ou doença auto-imune (SAAF). Apresenta maior incidência de fenômenos embólicos quando comparada à endocardite infecciosa, tendo como sítios mais frequentes o baço, o rim e extremidades. A febre pode também estar presente na endocardite trombotica não-infecciosa, funcionando como um sinal confundidor com a endocardite bacteriana; no entanto, apresenta comumente hemoculturas sistematicamente negativas. Paciente do sexo masculino de 36 anos, foi encaminhado de outro serviço com quadro de dor, cianose e diminuição da temperatura de mão e pé direitos. Paciente evoluiu com quadro febril, cianose e isquemia em quirodactilos de mão direita, pododactilos e antepé. Apresentava como antecedente trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo há 16 anos, tendo feito tratamento com varfarina por seis meses. Referia também internação progressiva de 11 dias na Bahia por dor abdominal, secundária a uma colelitíase, diagnosticada no serviço, sem conduta cirúrgica e que apresentava o quadro de dor abdominal há cerca de 2 meses, de caráter intermitente, que piorava com a alimentação, acompanhada de vômitos e calafrios. Emagrecimento progressivo de 10 kg nesse período. Exame físico: MSD: Pulso braquial palpável, pulsos radial e ulnar não-palpáveis com fluxo monofásico ao Doppler, cianose reversível a digitopressão da falange distal de 2 e 3 quirodactilos; MID: Pulso femoral e poplíteo palpáveis, TA e TP ausentes e sem fluxo ao Doppler, terço distal de pé com gangrena seca; MIE: Pulsos palpáveis e cheios, sinais de SD pós-trombótica. O paciente foi submetido a heparinização, pulsoterapia de corticoide e amputação transmetatársica após delimitação da necrose com alta hospitalar em bom estado geral. O paciente foi submetido a heparinização, pulsoterapia de corticoide e amputação transmetatársica após delimitação da necrose com alta hospitalar em bom estado geral.

O-153**ENDOLEAK TIPO II APÓS TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA PERIFÉRICO - ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA**

LOPES P.M.; NEVES C.R.; MARTINS I.M.; PORTO C.L.L.; GOMES C.F.A.; PESSONI H.C.; FAGUNDES F.B.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

O aneurisma de artéria subclávia é raro, com incidência de 1% em relação aos aneurismas periféricos. Apesar do tratamento por cirurgia aberta ainda ser considerado o de escolha, há muitos relatos na literatura de excelentes resultados pela técnica endovascular, com a vantagem desta apresentar menor morbi-mortalidade. A eficácia do tratamento endovascular ocorre em 90% dos casos, sendo a trombose precoce a complicação mais comum. Apresentamos o caso de um paciente de 24 anos, que durante exercício físico extenuante evoluiu com dor e massa pulsátil supra clavicular direita, associado a síndrome de Horner, diagnosticado como aneurisma de artéria subclávia direita de 6 cm. Devido a anatomia favorável, colo proximal e distal presentes, foi submetido a implante de stent recoberto com exclusão total do aneurisma. Evoluiu com trombose precoce do stent na mesma internação, sendo optado por conduta conservadora visto que o mesmo encontrava-se oligossintomático. No seguimento ambulatorial, apresentou retorno dos sintomas - massa pulsátil supraclavicular direita, com confirmação do reenchimento do aneurisma ao eco-Doppler colorido. No estudo angiográfico, foi evidenciado trombose total do stent previamente implantado e reenchimento retrogrado do aneurisma pela artéria vertebral direita, caracterizando um vazamento similar ao endoleak tipo II pós tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal. Devido a oclusão dos colos proximal e distal pelo stent trombosado, optamos por técnica percutânea de injeção direta de trombina no saco aneurismático, com sucesso. Discutiremos as opções e técnicas terapêuticas. O tratamento endovascular minimamente invasivo dos aneurismas periféricos é uma opção terapêutica interessante, porém, como na aorta abdominal, deve ser acompanhado rigorosamente para que os insucessos terapêuticos sejam diagnosticados e devidamente tratados.

O-154

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DOENÇA OBSTRUTIVA INFRAPATELAR EM PACIENTES COM LESÃO TRÓFICA: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA REVASCULARIZAÇÃO DE UMA VS. MAIS DE UMA ARTÉRIA DISTAL

BIAGIONI R.B.; BIAGIONI L.C.; NASSER F.; BURIHAN M.C.; INGRUND J.C.; MIRANDA JUNIOR F.

Hospital Santa Marcelina; Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP

Contexto: Existem poucos estudos randomizados do tratamento endovascular em doença infrapatelar. **Objetivo:** Avaliar a taxa de cicatrização e salvamento de membro no tratamento de uma (1AD) ou mais (+1AD) artérias distais no mesmo procedimento. **Método:** Foram randomizados 80 procedimentos (78 pacientes): 40 para o grupo de 1AD e 40 para o grupo de +1AD. O momento da randomização foi após a angioplastia com sucesso da primeira artéria. Os pacientes foram seguidos por 3 anos. Foram armazenados e avaliados dados relacionados a fatores de risco e técnicos dos procedimentos. Utilizado o programa SPSS-20 para análise dos dados ($p < 0,05$). **Resultados:** Não houve diferença entre os grupos em relação a idade, sexo, hipertensão arterial, diabetes melito, tabagismo, insuficiência renal dialítica, insuficiência coronária e acidente vascular encefálico. A artéria femoral superficial e poplítea foram tratadas em 38,8% dos casos e o acesso retrógrado em 6,9% dos casos. A taxa de sucesso na recanalização das artérias foi de 95,8%; 86,2%; 86,9% e 92,5% para o TTF, ATA, ATP e AF, respectivamente. O uso de stent foi realizado em 13,7% dos casos. A concordância do tratamento de lesões com o angiossoma foi de 41% no grupo de 1AD e 75% no grupo de +1AD. Não houve diferença na função renal antes e depois de 30 dias do procedimento ($p = 0,165$). Em relação ao grupo de 1AD o sucesso clínico em 1, 2 e 3 anos foi de 50,7%; 43,4% e 43,4%; para o grupo de +1AD considerando 1, 2 e 3 anos foi de 59,0%; 35,8% e 35,8%; respectivamente. A curva de Kaplan Meier para análise de salvamento de membro identificou que não há diferença entre os dois grupos ($p = 0,09$ - Log Rank). A curva de Kaplan-Meier para a cicatrização de feridas evidenciou uma diferença entre os grupos com uma taxa de cicatrização mais rápida no grupo de +1AD em comparação com o de 1AD ($p = 0,006$ - Log Rank). A sobrevida livre de amputação de membros em 30 dias e 1, 2, 3 e 4 anos foi de 3,8%, 85,4%; 73,0%; 57,9% e 38,6%; respectivamente. Não houve diferença entre os grupos ($p = 0,191$). Na análise de regressão logística com teste de risco de Cox foi observado que havia um menor salvamento de membro para os pacientes em que foi utilizado o stent em artérias distais ($p = 0,004$). **Conclusão:** O tratamento do angiossoma não teve correlação com menor taxa de cicatrização de lesões e de salvamento de membro. O tratamento endovascular de mais de +1AD diminuiu o tempo de cicatrização de feridas isquêmicas quando comparado com 1AD na evolução até 1, 2 e 3 anos. Essa abordagem, todavia, não altera o salvamento de membro em até 3 anos.

O-155

ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO PARA AVALIAÇÃO DO EFEITO DO USO DE MEIA DE COMPRESSÃO NOS DIÂMETROS DAS VEIAS SAFENA MAGNA E SAFENA PARVA EM GESTANTES

SALIBA JUNIOR O.A.; ROLLO H.A.; JALDIN R.G.; SOBREIRA M.L.
Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: Os tratamentos mais comuns para a insuficiência venosa na gravidez são meias de compressão, entretanto ainda não há evidência científica sobre sua eficácia. **Objetivos:** Avaliar o efeito do uso de meias de compressão no diâmetro das veias safena magna (VSM) proximal, VSM distal e veia safena parva (VSP), em gestantes. **Métodos:** Realizou-se um ensaio clínico randomizado, controlado, cego, prospectivo, com gestantes. O ensaio foi registrado na plataforma REBEC - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (número do UTN U1111-1175-7723). Foram incluídas na pesquisa 60 gestantes, com 10 a 13 semanas de gravidez e pulsos distais normais. As gestantes foram divididas em 2 grupos: grupo 1- meias ($n = 30$) usou meia de compressão por 8 horas diárias e grupo 2 - controle ($n = 30$) não fez uso da meia. Foram realizados exames de eco-Doppler, nos 120 membros inferiores, no início e no final da gestação, no laboratório vascular da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. De acordo com a natureza dos dados os Teste de Wilcoxon e teste t foram realizados, ao nível de significância de 5%. **Resultados:** Os diâmetros da VSM proximal, do grupo 1, no início e no final da pesquisa, foram respectivamente 0,37 cm e 0,32 cm ($p < 0,0001$) na perna direita e 0,37 cm e 0,30 cm ($p < 0,0001$) na perna esquerda e no grupo 2, foram 0,28 cm e 0,38 cm ($p < 0,0001$) na perna direita e 0,27 cm e 0,37 cm ($p < 0,0001$) na perna esquerda. Os valores do diâmetro da VSM distal, do grupo 1, no início e no final da gestação foram respectivamente 0,32 cm e 0,26 cm ($p < 0,0001$) na perna direita e 0,29 cm e 0,23 cm ($p < 0,0001$) na perna esquerda e no grupo 2, foram 0,21 cm e 0,30 cm ($p < 0,0001$) na perna direita e 0,22 cm e 0,33 cm ($p < 0,0001$) na perna esquerda. Os valores do diâmetro da VSP, do grupo 1, no início e no final da gestação foram respectivamente 0,24 cm e 0,19 cm ($p < 0,0001$) na perna direita e 0,26 cm e 0,21 cm ($p < 0,0001$) na perna esquerda e no grupo 2, foram 0,17 cm e 0,28 cm ($p < 0,0001$) na perna direita e 0,17 cm e 0,29 cm ($p < 0,0001$) na perna esquerda. Foram encontradas também diferenças significantes nas comparações entre os grupos. **Conclusão:** Os diâmetros da VSM e da VSP aumentaram significativamente nas gestantes que não usaram meia de compressão, enquanto que no grupo que fez uso das meias houve diminuição.

O-156

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE FILTROS DE VEIA CAVA EM UM SERVIÇO VASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NA CIDADE DE BARBALHA - CE

NASCIMENTO M.C.; ALVES JUNIOR R.F.C.; LOPES V.H.G.; BRANDÃO S.C.; TRIGUEIRO G.C.; SOUSA A.C.G.; PORTO A.O.; SILVA F.H.P.

Universidade Federal do Cariri (UFCA), Juazeiro do Norte - CE

Contexto: O tromboembolismo pulmonar (TEP) em indivíduos com trombose venosa profunda (TVP) representa um grave problema de saúde, com elevados índices de morbimortalidade. No Brasil, estima-se que cerca de 180.000 novos casos de TVP surgem a cada ano. O procedimento de colocação percutânea de filtro de veia cava (FVC) é uma importante alternativa terapêutica para prevenção do TEP e de seus malefícios quando existe contraindicação à anticoagulação. **Objetivo:** Realizar um estudo transversal de prevalência por meio da análise de prontuários. **Métodos:** Foram analisados todos os prontuários de pacientes submetidos à colocação percutânea de FVC no serviço de atenção terciária do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, no município de Barbalha - CE, durante o período de 10 anos, julho de 2007 a julho de 2017. Foi realizado um estudo transversal de prevalência por meio da análise de prontuários, sendo correlacionados os fatores sexo, idade, média anual de procedimentos, via de acesso para a colocação, indicação para o uso de FVC e período de permanência no serviço vascular. **Resultados:** O estudo compreendeu a análise de 40 prontuários, predominando o gênero feminino (65%). A idade média foi de 53,92 anos e a faixa etária mais incidente situada entre 40 a 69 anos, representando 60% dos pacientes. Existiram 4 procedimentos, em média, por ano e a via femoral representou 73,68% das vias de acesso contra 26,32% da via jugular. Quanto às indicações para uso de FVC, o tratamento oncológico representou 57,5%, neurocirurgias 20%, acidentes vasculares encefálicos 10% e outras causas 12,5%. O tempo de internação no serviço vascular variou de 0 a 25 dias, sendo o período de 0 a 3 dias responsável por 55% dos casos. O percentual de FVC profiláticos foi de 5% contra 95% de filtros terapêuticos. Não houve intercorrências na realização dos procedimentos e todos os pacientes evoluíram estáveis e sem complicações relativas ao procedimento. **Conclusão:** Os resultados demonstraram a colocação percutânea de FVC como um procedimento com relativa segurança e efetividade em curto prazo nos casos analisados, sendo preferível a via de acesso femoral e os tratamentos oncológicos como os maiores fatores que o indicaram como alternativa ao tratamento com anticoagulantes. Com a crescente utilização dos FVC, questões de segurança e indicações de uso vêm sendo levantadas, sendo, portanto, necessários mais estudos regionais para o fornecimento de maiores dados sobre o assunto.

O-157

ESCLERODERMIA MORFEIA GENERALIZADA COM CALCIFICAÇÕES EM PLACA: RELATO DE CASO

GONDIM C.C.L.; MORIMITSU A.; LIMA P.R.S.

UNIPÊ - Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa - PB

Esclerodermia designa um conjunto de colagenoses crônicas monofásicas, provavelmente de etiologia autoimune, caracterizadas por fibrose cutânea, podendo acometer múltiplos órgãos em sua forma sistêmica. Afeta principalmente mulheres (3 a 15 para cada homem), com incidência anual em adultos estimada em 20 casos por milhão de habitantes. As anormalidades microvasculares encontradas, como redução do número de capilares na pele, com dilatação e proliferação dos remanescentes, são decorrentes de isquemia tecidual e acúmulo de colágeno. A partir da desregulação do processo biológico de formação de tecido fibroso ocorre maior estímulo à secreção de colágeno e deposição de matriz conjuntiva. Há forte relação entre os níveis de autoanticorpos e a gravidade da doença. Relato de caso retrospectivo, assente em revisão bibliográfica, baseado na análise de dados de exames laboratoriais e de imagem, perfil de autoanticorpos, anatomopatológico e manifestações clínicas apresentadas através de acompanhamento do paciente. Paciente do sexo masculino, 57 anos de idade, diagnosticado com esclerodermia em 1995. Após 7 anos do diagnóstico, surgiram calcificações supurativas em perna direita, com disseminação progressiva ao longo de membros, tórax e abdome. Em 2008, foi realizada tomografia de MMII evidenciando calcificações em placa na pele das faces lateral e medial das pernas, notadamente em terços médio e inferior. Encontra-se em fase ativa da doença relatando uso de diversas medicações com relativa melhora e consequente dano de efeitos. Foram realizados debridamentos em decorrência de placas dolorosas, com amostras enviadas à biópsia, cujo anatomopatológico confirmou esclerodermia com calcificações em placa. Manifestou episódio único de fenômeno de Raynaud em infecção de leito ungueal. Apresenta FAN e Anti-Scl-70 positivos. Faz uso de Tadalafila, AAS, metotrexato, calcipotriol, dipropionato de betametasona e ácido fólico. É uma condição responsável por intensa morbidade e representa um desafio no que diz respeito ao manejo adequado do paciente, dadas as poucas opções terapêuticas disponíveis, uma vez que, pela raridade da doença, não há amostra significativa para realização de estudos que padronizem seu tratamento.

O-158

ESCLEROTERAPIA ECOGUIADA NO TRATAMENTO DE VARIZES

CAMARGO JÚNIOR O.; FEDERICO R.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; SANCHES V.C.D.; CHEQUI M.T.M.; NASCIMENTO P.C.; VIARENGO G.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Contexto: A insuficiência venosa crônica (IVC) é caracterizada por alterações da pele e subcutâneo decorrentes da hipertensão venosa. A principal causa de IVC são varizes primárias dos membros inferiores. IVC tem alta prevalência, piora a qualidade de vida, causa limitação funcional e grande ônus econômico. A cirurgia de varizes é tratamento padrão, é eficaz mas apresenta necessidade de anestesia, incisões, formação de hematomas, risco de infecção e risco de lesões neuro- linfáticas. A EEEP é técnica minimamente invasiva, consiste na injeção endovenosa com controle ecográfico da espuma de polidocanol. A EEEP pode ser usada como alternativa ao tratamento cirúrgico, é mais rápido, com menores custos, não requer anestesia e permite retorno mais rápido dos pacientes a suas atividades. **Objetivo:** Com o objetivo de validar o método é necessário registrar, descrever e analisar a evolução dos pacientes. Objetivo principal do estudo é conhecer os efeitos da EEEP em termos de segurança e de eficácia. **Métodos:** Delineamento pré- experimental (intervenção sem grupo controle). Foi oferecido EEEP aos pacientes portadores de varizes e IVC considerados não candidatos ao tratamento cirúrgico convencional. Os critérios de exclusão foram: doença arterial obstrutiva periférica; antecedente de tromboembolismo venoso ou trombofilia; diagnóstico de forame oval pérvio, gestação, reação alérgica ao polidocanol; infecção ativa e condição clínica grave ou descompensada. Entre outubro de 2013 e maio de 2015 foram realizadas 60 aplicações em 45 pacientes com idade média de 54 +/- 10 anos. 9 pacientes masculinos (18 aplicações) e 36 pacientes femininos (42 aplicações). Treze pacientes apresentavam úlcera varicosa aberta C6 no membro inferior direito, 18 no esquerdo e 6 em ambos os membros. **Resultados:** Não houve reações anafiláticas embolia pulmonar ou sintomas neurológicos. Foram observadas complicações leves como flebites, pigmentação e ulceração cutânea. Houve um caso de trombose venosa profunda de veia gastrocnêmia. Foi observada cicatrização de 12 úlceras e redução da dimensão de 10. Houve melhora de sintomas e boa aderência ao tratamento. **Conclusão:** EEEP é método seguro e pode ser utilizado em pacientes não candidatos à cirurgia convencional. O índice de complicações é aceitável e a maioria delas é leve. Protocolos de seleção de pacientes e de tratamento seriado com múltiplas aplicações pode melhorar eficácia e segurança do procedimento.

O-159

ESTENOSE CAROTÍDEA: EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PACIENTES NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

PINTO D.S.R.; VIEIRA A.N.; ANDRADE B.T.; LIMA JÚNIOR R.C.
Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza - CE

Contexto: A doença cerebrovascular extracraniana engloba várias desordens que afetam as artérias que irrigam o cérebro, sendo uma importante causa de AVC e AIT. A principal condição patológica responsável pela doença carotídea extracraniana é a aterosclerose, responsável por cerca de 90% dessas lesões nos países ocidentais. O tratamento cirúrgico da estenose de carótidas pode ser realizado através da endarterectomia de carótida ou angioplastia com stent. Trabalhos demonstram que a abordagem cirúrgica agressiva à doença vascular encefálica pode estar justificada quando a intervenção puder ser realizada com taxas de mortalidade e morbidade aceitavelmente baixas para a longevidade e a qualidade de sobrevivência desses pacientes sejam alteradas expressivamente. **Objetivo:** Realizar estudo descritivo, documental e retrospectivo a partir de levantamentos de prontuários de pacientes internados. **Métodos:** Revisar prontuários de pacientes internados no serviço de cirurgia vascular do HGF com estenose de carótida acima de 70%, submetidos a procedimento cirúrgico eletivo de endarterectomia de carótida ou angioplastia com stent de carótida. **Resultados:** O procedimento foi realizado em 44 pacientes, sendo 35 homens. Com relação as comorbidades relacionou-se, 36 pacientes hipertensos, 18 diabéticos e 26 tabagistas. Nessa série foram incluídos 11 pacientes sem sintomas isquêmicos cerebrais ipsilaterais à doença carotídea e 33 com sintomas. Todos os pacientes realizaram eco-Doppler colorido como exame de triagem. Os pacientes sintomáticos apresentavam estenose superior a 70%, enquanto os assintomáticos, superior a 80%. O tempo médio de internação hospitalar foi de 32 dias. **Conclusão:** O serviço de cirurgia vascular do HGF está em 6 concordância com a literatura no que diz respeito à indicação cirúrgica, sendo considerados elegíveis para o tratamento cirúrgico pacientes sintomáticos com estenose carotídea acima de 70% ou assintomáticos com estenose maior que 80%. As recomendações clássicas para angioplastia e implante de stent, sempre com proteção cerebral, incluem: radioterapia cervical prévia, reestenose crítica após endarterectomia, estenoses altas e pacientes de alto risco. Após mais de seis décadas de experiência, o procedimento cirúrgico (endarterectomia de carótida) resiste bravamente ao teste do tempo.

O-160

ESTERNOTOMIA PARCIAL PARA TRATAMENTO DE LESÃO IATROGÊNICA DA ARTERIA INOMINADA

GOES JUNIOR A.M.O.; GONÇALVES B.M.; OLIVEIRA M.H.B.
Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa), Belém - PA

A esternotomia mediana é uma via de acesso que tem como característica atravessar longitudinalmente o esterno e pode ser subdividida em vertical total, parcial superior e parcial inferior. Na prática cirúrgica, o uso da esternotomia mediana parcial representa uma alternativa que proporciona uma menor agressão cirúrgica. A artéria braquiocéfálica é um dos grandes vasos torácicos mais acometidos em traumas e sua abordagem classicamente é feita por uma esternotomia mediana total. Neste trabalho apresenta-se o uso da esternotomia parcial superior em "T" invertido como possibilidade de via de acesso numa situação de lesão traumática iatrogênica da artéria inominada.

O-161

ESTUDO COMPARATIVO DAS ALTERAÇÕES ANGIOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO-DIABÉTICOS E COM ISQUEMIA CRÍTICA DE MEMBROS

TRAINOTTI G.O.; CURTARELLI A.; MARIUBA J.V.O.; ADABO M.Z.; GIBIN R.J.; CAMARGO P.A.B.; SOBREIRA M.L.; YOSHIDA W.B.
Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: A doença arterial obliterante periférica (DAOP) acomete, principalmente, pacientes idosos com fatores de risco para aterosclerose. Os diabéticos possuem risco aumentado em cerca de 5-15 vezes para desenvolver arteriopatia aterosclerótica em relação a não-diabéticos, as alterações arteriais são mais prevalentes nas artérias infra-poplíteas. Poucos estudos demarcaram a distribuição e gravidade das alterações arteriais dos diabéticos em comparação com não diabéticos. **Objetivos:** Comparar as alterações angiográficas entre pacientes diabéticos e não-diabéticos com isquemia crítica de membros, correlacionando-as com fatores de risco. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo de pacientes submetidos à arteriografia de membros inferiores por isquemia crítica, comparando as alterações arteriais periféricas entre diabéticos e não-diabéticos. Incluídas angiografias de boa qualidade e excluídas arteriografias de membros superiores, isquemia crítica por outras doenças, falta de informações no prontuário e pacientes submetidos a quaisquer restaurações vasculares prévias. As alterações angiográficas foram avaliadas por meio de escores angiográficos (TASC II e Bollinger). Foi utilizado teste de qui quadrado, teste de Fisher, e regressão logística para avaliação estatística (com nível de significância $p < 0,05$). **Resultados:** A amostra foi de 153 pacientes, sendo 50.9% do sexo feminino, com idade média de 67 anos com 58.2% de diabéticos. 125 pacientes (81.7%) eram hipertensos e 29.4% nunca haviam fumado e 27.4% (n = 42) tinha sofrido infarto do miocárdio previamente. Em relação ao grau clínico de isquemia, 50.3% (n = 77) apresentavam lesão trófica (Rutherford 5 ou 6) e 49.7% (n = 76) tinham apenas dor em repouso. Segundo o escore de Bollinger, o comprometimento das artérias infra-poplíteas foi mais grave (estenose > 50%) nos pacientes diabéticos: tibial anterior (p = 0,005) e tibial posterior (p = 0,29), enquanto que a gravidade da doença arterial foi maior na a. femoral superficial nos não diabéticos (p = 0,008). Pelo critério TASC II, o segmento femoro-poplíteo estava com alterações arteriográficas nos pacientes diabéticos (p = 0,019). **Conclusão:** Os diabéticos apresentaram mais alterações arteriográficas mais graves em segmentos infra-poplíteos do que os não diabéticos, que apresentaram comprometimento arteriográfico mais grave em segmentos ilíaco e femoral. Os escores Bollinger e TASC II apresentaram discordância na avaliação do segmento femoro-poplíteo.

O-162

ESTUDO COMPARATIVO DO PERFIL DE INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS EM CADA REGIÃO BRASILEIRA EM 5 ANOS

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; BARISIC L.M.O.; MELO L.C.; NOVAES A.E.M.; ALVES L.C.F.; PAIVA P.F.; SILVA J.A.C.

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Natal - RN; Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Araguaína - TO; Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal - RN; Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG

Contexto: A lesão vascular traumática (LVT) pode variar de uma simples laceração na camada íntima até a ruptura completa do vaso. Lesões como transecção e extravasamento são muitas vezes fatais antes das tentativas de terapia. A evolução do tratamento cirúrgico de LVT está atrelado à própria história de surgimento da cirurgia vascular como especialidade. Logo, é importante conhecer qual a situação epidemiológica das LVT no Brasil, analisando conquistas, deficiências e necessidade de novos investimentos. **Objetivo:** Comparar o perfil de internações para tratamento de LVT em cada região brasileira nos últimos 5 anos. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, via DATASUS. **Resultados:** Foram notificadas 23.296 cirurgias para LVT em 5 anos. O Nordeste foi destaque (7866), com 1963 em Pernambuco, 1529 na Bahia e 1129 no Ceará, além maior número em 2013 (1687) e menor em 2016 (1475). Em 2º lugar, veio o Sudeste, com 7256 procedimentos realizados, dos quais 3481 foram em São Paulo, 1864 em Minas Gerais e 1464 no Rio de Janeiro, sendo 2014 o ano com maior número (1534) e 2012, menor (1354). Em 3º lugar, veio o Sul (3506), com destaque para o Paraná (1495) e Rio Grande do Sul (1344) e para os anos de 2015 (771) e 2013 (673). Em 4º lugar, está o Norte, com 2519, dos quais 1126 foram registrados no Pará, em que 2013 apresentou mais internações (574) e 2014, menos (469). Por último, está o Centro-Oeste (2149), destacando-se Goiás (958) e os anos de 2012 (477) e 2014 (397). Em relação ao tipo de lesão traumática vascular, 7925 são de membro superior unilateral, 6333 de membro inferior unilateral, 5813 da região cervical, 2229 do abdômen, 589 do membro inferior bilateral e 407 do membro superior bilateral. Considerando o gasto médio por internação, o valor maior foi com tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas do abdômen de R\$ 2337,81, e menor para as de membro inferior bilateral R\$ 1035,80. A média de permanência foi maior para membro inferior unilateral (6,8 dias) e menor para membro superior unilateral (4,4). Já em relação à mortalidade, o Nordeste obteve taxa de 7,18, seguido do Sudeste (6,86), Centro-Oeste (6,47), Sul (6,19) e Norte (5,99). Houve um crescimento de 6,29 em 2013 para 7,02 em 2016, com destaque para o Rio de Janeiro (9,02), com maior mortalidade, e para a Paraíba (3,3), com menor. **Conclusão:** O Nordeste foi a região com mais internações por LVT e mortalidade, com destaque para as de abdômen, cujo gasto médio também foi o maior.

O-163

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE RESULTADOS PÓS-OPERATÓRIOS EM ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA COM STENT CÉLULA ABERTA VS. CÉLULA FECHADA

YAMAKAMI T.L.O.; YOSHIKO F.M.; RAMALLI JUNIOR E.L.; FERREIRA N.G.T.; GARDENGI L.A.; CISCADO JUNIOR J.G.; RIBEIRO M.S.; JOVILIANO E.E.

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP

A estenose carotídea de origem extracraniana é a maior causa de acidente vascular cerebral isquêmico no Ocidente e na era de procedimentos minimamente invasivos, a angioplastia de carótida vem se aperfeiçoando como alternativa terapêutica. O presente estudo tem por objetivo avaliar a influência dos diferentes designs de stent nos resultados nos primeiros 30 dias pós-operatórios. Foram analisadas 55 angioplastias de 2014 a 2017 realizadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, sendo 35 com stent célula aberta e 20 com stent célula fechada, todos com dispositivo de proteção cerebral associado. Tiveram 5 óbitos e 4 AVC no grupo de pacientes submetidos a angioplastia com célula aberta e nenhum desfecho desfavorável no grupo com stent célula fechada nos 30 dias seguintes ao procedimento. Os fatores de risco e comorbidades foram semelhantes entre os grupos. A pequena casuística não permite concluir sobre a influência específica do tipo de desenho do stent, mas a tendência em haver maior número de casos de complicação em pacientes com stents de célula aberta estimula a continuidade e aperfeiçoamento do estudo.

O-164

ESTUDO DA ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

FIGUEIREDO O.F.P.; BANDEIRA R.N.; SILVA JUNIOR O.F.

Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa - PB

Arterite de Takayasu (AT), também chamada Síndrome de Martorell (SM) ou Síndrome de Oclusão dos troncos Supra-Aórticos é uma rara vasculite que geralmente se apresenta entre a 2ª e 3ª década de vida, ocorrendo 8 vezes mais nas mulheres do que nos homens. Através de inflamação crônica arterial, principalmente da aorta e seus principais ramos, haverá um espessamento do endotélio, fibrose, estenose, culminando com formação de trombo. O resultado será isquemia ou formação de aneurisma no paciente. Diante da difícil caracterização da AT, inicialmente uma forma assintomática sem pulsos palpáveis ou manifestações inespecíficas de mal-estar e emagrecimento, e, tardiamente, por graves lesões estenóticas com possíveis prejuízos neurológicos, discute-se sobre a orientação da SM, cujo diagnóstico precoce é de grande importância pela mortalidade e morbidade inerentes. Paciente feminina de 67 anos com história de AT desde os 18 anos e crises até os 30 anos, chega ao consultório médico com queixa de fadiga e dor nos membros inferiores e superiores. Ao exame físico apresentava-se sem pulsos femurais e distais. Hipertensa, sedentária, e sem história familiar de AT. Relata antecedente de AVCi com dislalia e hemiplegia já recuperados. Laboratório vascular com funções aumentadas para homocisteína, proteína C reativa (PCR), paratormônio e velocidade de hemossedimentação (VHS). Exames complementares por US eco-Doppler mostraram padrão arterítico nas oclusões de carótida comum e subclávia esquerda, na estenose crítica de subclávia direita e na oclusão de axilar direita. Foi iniciado tratamento preventivo com anticoagulante e posterior encaminhamento para reumatologista. Levantou-se a hipótese diagnóstica da volta das crises inflamatórias de AT com base em critérios clínicos e laboratoriais e considerando que a paciente apresentava 3 critérios clínicos e angiográficos do Colégio Americano de Reumatologia, bem como os critérios de Ishikawa: o obrigatório, um maior e dois menores. AT é uma rara vasculite cujo tratamento durante suas crises são diminuir a inflamação e preservar as competências vasculares. O tratamento precoce das pessoas com doença complicada progressiva pode levar a um melhor prognóstico para este grupo. Como a inflamação é um fator de risco para a aterosclerose, complicações ateroscleróticas são prováveis no longo prazo desse doente.

O-165

ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E A MORTALIDADE EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

ALENCAR M.J.C.; SANTOS V.P.; FIDELIS R.J.R.; QUEIROZ A.B.; AQUINO M.A.; FIDELIS C.; ALVES C.A.S.; ARAÚJO FILHO J.S.

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Salvador - BA

Contexto: A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), é uma das principais causas de isquemia crítica em membros inferiores, relacionada fortemente a numerosas comorbidades e eventos cardiovasculares. **Objetivo:** Analisar a possível associação entre os fatores de risco cardiovascular e a mortalidade em pacientes com isquemia crítica por DAOP. **Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo, analisando 143 pacientes acompanhados no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), para tratamento de isquemia crítica por DAOP. Foram estudados os fatores de risco cardiovascular na história clínica (idade, sexo, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica/HAS e tabagismo) e dados do exame ecocardiográfico durante internação. As variáveis qualitativas foram avaliadas através do Teste do qui-quadrado e Exato de Fisher. As diferenças foram consideradas significantes quando $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra contou com 143 pacientes com idade média de idade de 68,3 anos, sendo 51% do sexo masculino. A maioria não referia antecedente de cardiopatia (89%), 80% eram hipertensos, 56% diabéticos e 71% tabagistas. No exame ecocardiográfico, a média de Fração de Ejeção (FE) foi de 63,4%, 79% apresentavam disfunção diastólica e 68% alteração valvar aórtica. Considerando as variáveis estudadas, observamos que idade, HAS, tabagismo, antecedente de cardiopatia e alterações ecocardiográficas não estiveram associados a uma maior mortalidade. A análise univariada mostrou que o sexo feminino ($p = 0,013$), o DM ($p = 0,013$) e a doença obstrutiva do território infrapatelar ($p = 0,005$) apresentaram maior mortalidade. **Conclusão:** Na nossa amostra, sexo feminino, diagnóstico de DM e doença obstrutiva do território infrapatelar estiveram associados à maior mortalidade de pacientes com isquemia crítica por DAOP.

O-166

ESTUDO DA MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS VASCULARES NO BRASIL ATENDIDAS EM REGIME DE URGÊNCIA

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; SILVA M.W.L.A.; MARCOLIM L.M.; SILVA L.C.; PINTO W.O.D.; CARVALHO C.F.R.; SILVA J.A.C.
 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, (UNCISAL), Maceió - AL; Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas - RS; Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju - SE; Centro Universitário UNINOVAFAPI - Teresina - PI

Contexto: Embolia pulmonar, trombose vascular e aneurisma de aorta são algumas das urgências vasculares, sendo responsáveis por elevados índices de morbimortalidade no Brasil. **Objetivos:** Verificar as principais patologias vasculares caracterizadas como urgências médicas e a repercussão na vida dos pacientes quanto a morbimortalidade. **Métodos:** Estudo retrospectivo quantitativo, de outubro 2012 a outubro de 2016, acerca dos tratamentos do Aneurisma da Aorta (AA), da Embolia Pulmonar (EP) e da Trombose Venosa Profunda (TVP), com base no DATASUS, a partir das perspectivas da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, taxa de mortalidade e média de permanência - em caráter de atendimento por urgência. **Resultados:** A análise das AIH aprovadas por ano de atendimento segundo procedimentos dos tratamentos do AA, da EP e da TVP revelou o maior número em TVP, tendo uma leve queda em 2016; e o menor número em AA. A menor quantidade foi verificada em 2012 com 775 AIH aprovadas por AA; já a maior quantidade foi constatada em 2015 com 33.849 AIH aprovadas por TVP. A soma dos valores de 2012 a 2016 do AA, da EP e da TVP apresenta, respectivamente, 12.099, 23.294 e 137.654 - o montante de 173.047 procedimentos da AIH aprovadas. Já a taxa de mortalidade dos tratamentos para AA, EP e TVP demonstrou maior taxa em EP, seguido de AA e após TVP. Ainda pode ser visto que a maior taxa foi em 2012 com 24,84 por EP; e a menor em 2013 com 2,32 por TVP. Nesse contexto, o conjunto da quantidade, de 2012 a 2016, do AA (14,78), da EP (22,02) e da TVP (2,44) mostra uma taxa de mortalidade de 5,93 no Brasil. Por fim, a média de permanência nos tratamentos do AA, da EP e da TVP retrata, por essa ordem, em 2012, 10,3; 11,5 e 7,3; em 2013, 8,3; 10,4 e 6,9; em 2014, 7,8; 10,1 e 7,0; em 2015, 7,9; 10,2 e 6,9; e, por último, em 2016, 7,6; 9,7 e 6,7 - assim, a média de permanência, de 2012 a 2016, do AA (8,1), da EP (10,2) e da TVP (6,9) apresenta 7,5. **Conclusão:** De acordo com os dados obtidos, a TVP é a principal responsável pelas internações, enquanto a EP apresenta a maior taxa de mortalidade dentre as patologias investigadas, bem como a maior média de permanência.

O-167

ESTUDO DA PERVIDADE E DO PERFIL DE MARCADORES INFLAMATÓRIOS NO IMPLANTE DE STENTS IMPREGNADOS COM CARBONO NO TERRITÓRIO VASCULAR PERIFÉRICO

CAMPOS C.P.; PICCINATO C.; MORIYA T.; RIBEIRO M.S.; JOVILIANO R.D.; ODA J.M.M.; JOVILIANO E.E.

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto - SP; Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Câmpus de Três Lagoas, Três Lagoas - MS; Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto - SP

Introdução: Um dos fatores mais comuns de falha da angioplastia com implante de stent é a reestenose. A inflamação vascular desempenha papel importante no processo de hiperplasia miointimal, tida como sua principal causa; vários marcadores têm sido referidos como potenciais preditores dessa complicação. Novos modelos de stents e modificações estruturais, tais como o revestimento da superfície dos mesmos, têm sido desenvolvidas. Em modelos animais, foi observado uma re-endothelialização precoce e proliferação miointimal reduzida quando utilizado stents com superfície impregnada com carbono (Carbostent). Apesar de resultados controversos em coronárias, não temos trabalhos clínicos prospectivos que mostrem o comportamento desse material no território periférico. **Objetivos:** Avaliar, prospectivamente, a perviedade do Carbostent no território ilíaco-femoro-poplíteo, descrevendo o comportamento dos marcadores inflamatórios nos diferentes tempos do procedimento. **Métodos:** Estudo prospectivo com 32 pacientes do ambulatório do HCFMRP/USP, submetidos à angioplastia e implante de Carbostent no segmento ilíaco-femoro-poplíteo. Foram estudados marcadores do sistema calcitrina-cininas, citocinas e NO, assim como dosagem sérica de PCR e leucócitos. Amostras de sangue foram coletadas antes, 24 horas e seis meses após o procedimento, quando foi realizado Doppler e/ou angiografia controle. O seguimento clínico aconteceu por 1 ano. **Resultados:** Cinco pacientes foram retirados do estudo devido aos critérios de exclusão. Dos 27 pacientes que completaram 6 meses, 26 (96,3%) mantiveram a perviedade do stent. Considerando os territórios separadamente, tem-se 93,3% de perviedade no território femoral e 100% no território ilíaco. No período de 1 ano, todos mantiveram a perviedade dos stents, com exceção do paciente em que houve reestenose no tempo 6 meses; O comportamento dos marcadores inflamatórios não foi diferente dos dados existentes na literatura nesta linha de pesquisa. **Conclusão:** Em nossa experiência, o dispositivo em questão mostrou-se superior aos dados existentes no período estudado, porém, trabalhos multicêntricos analíticos são necessários para confirmar essa informação. O perfil dos marcadores inflamatório poderá fornecer subsídios importantes à elucidação do processo de hiperplasia mio-intimal. Entender os fatores que contribuem à fisiopatologia da reestenose é a base para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas efetivas e para melhorar os resultados a longo prazo.

O-168

ESTUDO RANDOMIZADO DUPLO-CEGO COMPARATIVO ENTRE ELETROCOAGULAÇÃO E RADIOFREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA DE VEIA SAFENA MAGNA E VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES

ROSSI F.H.; BETELI C.B.; ALMEIDA B.L.; IZUKAWA N.M.; GABRIEL S.A.; KAMBARA A.M.

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo - SP

Introdução: A termoablação vem substituindo a cirurgia convencional no tratamento cirúrgico do refluxo da veia safena magna em pacientes portadores de varizes dos membros inferiores. A radiofrequência e o laser apresentam resultados semelhantes, porém com elevado custo. Os resultados clínicos da eletrocoagulação endovenosa para a ablação da veia safena magna nunca foram estudados previamente. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é comparar a eletrocoagulação e a radiofrequência no tratamento da insuficiência da veia safena magna, considerando eficácia, melhora dos sintomas e qualidade de vida. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico prospectivo, randomizado e duplo-cego. Os pacientes portadores de varizes de membros inferiores e refluxo de veia safena magna ao eco-Doppler colorido foram randomizados em dois grupos de tratamento: Radiofrequência ou Eletrocoagulação. O seguimento dos pacientes ocorreu após 1 semana, 3 meses e 6 meses do procedimento. O desfecho primário foi considerado como oclusão da veia safena magna e o desfecho secundário, como a melhora dos sintomas e da qualidade de vida. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 57 pacientes, totalizando 85 veias safenas magnas tratadas. Não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos em relação à idade ($p = 0,264$), sexo ($p = 0,612$), diâmetro ($p = 0,880$) e profundidade ($p = 0,763$) da veia safena magna tratada. A média da energia utilizada pelo método da eletrocoagulação foi de 71,8 W por 7,7 segundos (552 J). Não identificamos complicações intraoperatórias nos pacientes submetidos a ambos os métodos. Imediatamente após a realização da termoablação, todos os membros inferiores submetidos à eletrocoagulação apresentaram ausência de fluxo no segmento tratado e incompressibilidade da veia, enquanto 12 membros ainda exibiam fluxo em sua veia safena magna tratada ($p = 0,000$) e 9 veias apresentavam-se compressíveis ($p = 0,000$), quando submetidos à radiofrequência. A principal complicação pós-operatória encontrada foi a parestesia, não havendo significância estatística quanto à sua presença entre os grupos ($p = 0,320$). Não houve também diferença entre os grupos em relação à oclusão da veia safena magna no seguimento de 3 e 6 meses ($p = 0,157$), bem como na qualidade de vida ($p = 0,401$). **Conclusões:** A eletrocoagulação revelou-se um método eficaz para ablação da veia safena magna, com taxa de oclusão venosa e impacto na qualidade de vida semelhantes àqueles encontrados na radiofrequência.

O-169

ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE A INFLUÊNCIA DA TROMBÓLISE ENDOVENOSA PRÉVIA SOBRE O DESFECHO PRECOCE APÓS A REALIZAÇÃO DE ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA

RIBEIRO R.N.; FONSECA M.M.; POLTRONIERI L.R.; RIJO M.V.P.; VIEIRA M.S.

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre - RS

Contexto: A cirurgia de endarterectomia de carótida (ECA) logo após um evento neurológico isquêmico agudo está sendo realizada com maior frequência em centros de referência para o tratamento do acidente vascular cerebral agudo (AVC) com o objetivo de reduzir o risco de AVC recorrente. A trombólise endovenosa com o ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA) quando administrada nas primeiras 4 horas e 30 minutos em pacientes com sintomas de AVC isquêmico mostrou melhores desfechos funcionais quando comparada ao placebo. No entanto, há uma escassez de dados quanto ao fato da trombólise com rt-PA seguida por ECA apresentar um potencial risco aumentado de complicações, especialmente a hemorragia intracerebral (HIC). **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo comparar os resultados do tratamento por ECA nos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico (AVC) que realizaram previamente trombólise com rt-PA comparativamente aos pacientes que não realizaram trombólise. **Métodos:** Estudo retrospectivo de casos no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015 no Hospital Nossa Senhora da Conceição com relação à mortalidade em 30 dias, novo evento isquêmico cerebral, infarto agudo do miocárdio, evento hemorrágico intracerebral e sangramento no período pós-operatório (PO) imediato (24 horas). **Resultados:** No período, 139 pacientes foram submetidos à endarterectomia carotídea por AVC sintomáticos no serviço. Destes, em 11 pacientes o procedimento foi realizado após trombólise por AVC isquêmico. Apenas um paciente foi a óbito no período de 30 dias pós-operatório, sendo no grupo que não realizou trombólise. Ocorreram 6 casos de novo AVC, sendo um no grupo que realizou trombólise. Apenas um paciente evoluiu com IAM após procedimento cirúrgico. Nenhum paciente que realizou trombólise e ECA necessitou de nova abordagem cirúrgica ou transfusão de hemoderivados por sangramento após ECA. A grande maioria dos pacientes realizou procedimento em até 15 dias do evento índice. **Conclusão:** Nossos dados sugerem que a realização de endarterectomia carotídea após acidente vascular cerebral isquêmico pode ser realizada no período recomendado de até 15 dias do evento inicial sem aumento de sangramento, novo evento isquêmico, IAM ou mortalidade.

O-170

EXÉRESE DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO

LOUREDO R.S.M.; REZENDE JÚNIOR D.S.; BORGES K.T.; SANTOS F.M.; SILVA S.C.R.; PEREIRA A.A.; BORGES A.M.G.; SILVA A.R.

Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Goiânia - GO

O corpo carotídeo está localizado na região posteromedial da bifurcação carotídea, atua como quimiorreceptor, sendo estimulado por hipoxia, hipercapnia e acidose, mas também como barorreceptor, estando envolvido no controle da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração. O tumor de corpo carotídeo é um tipo de tumor paraganglionar, sendo o mais frequente paraganglioma envolvendo cabeça e pescoço, com incidência inferior a 0,5% de todos os tumores, sendo benigno em sua grande maioria. É um tumor bem delimitado, embora não apresente cápsula verdadeira, tem coloração vermelho-escura e é altamente vascularizado. A causa do mesmo é desconhecida, mas a hipertrofia e a hiperplasia têm sido associadas à hipoxemia crônica. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento de escolha para esse tipo de tumor, a complicação mais comum é a lesão nervosa, entre os nervos mais afetados estão os nervos hipoglosso e laríngeo superior. MSB, 60 anos, portadora de hipotireoidismo em uso de Puran T4, ex-tabagista. Relata que há dois meses percebeu nódulo em região cervical esquerda, com aumento de diâmetro no período, porém permanecendo assintomática. Exame físico com palpação de nódulo pulsátil, deslocando-se apenas lateralmente (sinal de Fontaine), indolor, consistência borrachosa e ausência de sinais flogísticos na região cervical esquerda. Tomografia do pescoço mostrou lesão expansiva na bifurcação carotídea (1,9 x 1,6 x 1,2 cm); Angiotomografia mostrou lesão expansiva hipervascularizada em bifurcação carotídea esquerda (1,5 x 1,5 x 1,8 cm). Foi submetida à ressecção cirúrgica com sedação e anestesia local sendo possível a ressecção periadventicial completa do tumor, após clampeamento da artéria carótida interna, comum e externa nessa sequência, sem lesões iatrogênicas de nervos, vasos (apesar de ter classificação Shamblyn II) ou qualquer tipo de descompensação hemodinâmica da paciente no intra-operatório, a qual evoluiu bem e recebeu alta no 2º PO sem intercorrências, após saque do dreno à vácuo com débito sero-hemático menor que 60 mL desde a cirurgia. Anatomopatológico: paraganglioma, margens circundadas com tecido conjuntivo denso. Embora os resultados do tratamento cirúrgico sejam excelentes, o acompanhamento destes pacientes deve ser pelo menos anual, na tentativa de se surpreenderem complicações da cirurgia ou possíveis metástases.

O-171

EXPANDINDO O USO DA TÉCNICA CLACS: RESULTADOS INICIAIS DE UM ESTUDO DA SUA UTILIZAÇÃO EM VEIAS MAIORES QUE 4 MM

BAJERSKI J.C.M.; BIANCHINI L.; SALEH J.N.S.; NOEL R.S.; MARAFON F.C.; KURTZ G.S.T.; PEREIRA P.C.; CORRÊA M.P.

Invasc - Instituto Vascular de Passo Fundo; Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo - RS

Contexto: O laser Nd:YAG de pulso longo (1064 nm) é um dos mais utilizados para o tratamento de telangiectasias e veias reticulares dos membros inferiores. Na literatura, somente há estudos avaliando o uso do laser transdérmico para vasos de até 4 mm. **Objetivo:** Esse trabalho objetiva avaliar a eficácia do laser Nd:YAG de 1064 nm associada à crioescleroterapia para vasos com diâmetro maior de 4 mm. **Métodos:** Nesse estudo inicial, 10 pacientes foram tratados com laser Nd:YAG de pulso longo (1064 nm) com associação de crioescleroterapia com glicose 60% + polidocanol 0,2%. Os diâmetros dos vasos selecionados foram mensurados por ecografia antes do procedimento. Utilizou-se realidade aumentada para guiar aplicação do laser, posteriormente ao resfriamento da pele. Documentação fotográfica foi realizada antes e após cada procedimento e os resultados obtidos comparados. **Resultados:** Dos dez pacientes avaliados, nove eram do sexo feminino e a idade média do grupo foi de 45,9 (29-65) anos. O diâmetro dos vasos tratados variou entre 4-11 mm. O spot size do laser 1064 nm Nd-YAG aplicado foi de 6 mm para todos os pacientes, o tempo de duração do pulso variou entre 40-60 ms e a fluência entre 70-100 J/cm². Não houve queixas de desconforto após os procedimentos. Após uma média de seguimento de 37,2 dias (15-90), todas as pacientes sintomáticas apresentaram alívio da dor em membro inferior, além de melhora estética significativa em todos os pacientes incluídos. Vários estudos demonstram benefício do laser transdérmico no tratamento de veias de até 4 mm. A técnica CLACS, descrita por Miyake, associa injeção de dextrose hipertônica 75% ao laser 1064 nm Nd:YAG para tratamento de telangiectasias e veias reticulares. Em nosso trabalho, além de utilizarmos glicose 60% + polidocanol ao invés de dextrose 75%, realizamos o procedimento em vasos de maiores dimensões do que o originalmente preconizado. **Conclusão:** A técnica utilizada mostrou-se promissora no tratamento de vasos entre 4-11 mm e deve ser mais explorada a fim de disponibilizar esta nova opção de tratamento aos pacientes.

O-172

EXPERIÊNCIA DO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI NO TRATAMENTO DE TROMBO FLUTUANTE ARTÉRIA CARÓTIDA

MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; BISCARO P.S.; AZEREDO G.C.; SIMONS S.A.; BRIGIDIO E.A.; TODESCHINI A.C.; OLIVEIRA JUNIOR J.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

Trombo flutuante de artéria carótida, é uma emergência médica, com baixa incidência (0,18%) dos pacientes com quadro de acidente vascular cerebral (AVC) agudo de causa não estenótica da artéria carótida interna. A terapêutica pode ser cirúrgica ou conservadora com anti-coagulação e/ou anti-agregação, tendo o manejo clínico menos estudos de controle. Este trabalho retrospectivo apresenta a experiência do serviço de Cirurgia Vascular do Conjunto Hospitalar do Mandaqui no período de março de 2016 a julho de 2017 com 5 casos de emergência vascular, manifestos por quadro sintomático de AVC isquêmico (3 casos de trombo flutuante, 01 caso de placa aterosclerótica com trombo instável tratados cirurgicamente e um caso de dissecação carotídea com formação de trombo instável evoluindo com oclusão carotídea após falha no tratamento clínico. Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, não tiveram agravamento do seu quadro clínico ou neurológico e apresentaram boa evolução pós operatória. Já no caso optado por tratamento clínico com anti-agregação plaquetária e anti-coagulação oral, o paciente apresentou novo quadro de AVC, após perda da faixa terapêutica da anti-coagulação por não aderência ao tratamento e abandono do seguimento ambulatorial. Na experiência do nosso serviço a conduta cirúrgica apresentou resultados positivos, muito embora não seja possível estabelecer uma relação de superioridade do tratamento clínico, devido a baixa incidência de casos.

O-173

EXPERIÊNCIA DO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI, REFERÊNCIA EM CIRURGIA VASCULAR, COM BY-PASS AORTOILÍACO E AORTOFEMORAL SOB ANESTESIA REGIONAL

AZEREDO G.C.; BISCARO P.S.; MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; BRIGIDIO E.A.; PATRICIO NETO A.E.; BOZOLLA M.A.; MENDES G.S.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

O by-pass aortobifemoral é considerado o mais durável de todos os by-pass para o sistema arterial periférico. Indicado na doença aorto-iliaca de etiologia aterosclerótica (TASC D) e aneurismática (não factível pela técnica endovascular), sendo a anestesia geral a opção mais frequentemente utilizada, justificada por um controle mais invasivo em cirurgias de grande porte. No entanto, a anestesia peridural e raquianestesia tem sido advogada como meio de apressar a recuperação pós-operatória, conferindo aos pacientes menor exposição a intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Além de promover uma analgesia mais prolongada no pós-operatório imediato (POI). Trata-se de uma série de 8 casos, com intuito de relatar a experiência do serviço de Cirurgia Vascular do Conjunto Hospitalar do Mandaqui em cirurgias de by-pass aortoiliaco e aortofemorais com anestesia peridural e raquianestesia em caráter eletivo. O tempo médio das cirurgias foram de 6 horas. Os pacientes evoluíram no POI com tempo médio de 01 semana de recuperação intensiva e com alta em tempo médio de 14 dias pós-cirurgia. Todos os pacientes seguem em acompanhamento em regime ambulatorial com boa evolução clínica e sem sintomas. Os relatos de caso sugerem que a anestesia regional se apresenta como uma opção em casos de by-pass aortoiliacos e femorais, com redução do tempo de exposição a ventilação mecânica, reduzindo os riscos de infecções pulmonares, propiciando uma recuperação mais breve no POI e permitindo uma melhor analgesia.

O-174

EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA ISQUEMIA POR OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA ATRAVÉS DO USO DE FIBRINOLÍTICO TRANSLUMINAL PERCUTÂNEO NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL SÃO JOSÉ

TINOCO E.C.A.; PERRONE R.T.; PICCININI L.B.; CARDERELLI J.T.; BASTOS A.F.; NUNES J.T.; SILVA A.B.

Hospital São José do Avaí, Itaperuna - RJ

Contexto: A oclusão arterial aguda (OAA) dos membros inferiores pode ser definida como deficiência súbita de perfusão sanguínea tecidual, levando ao risco de perda da capacidade funcional do membro. A revascularização precoce do leito arterial comprometido corresponde ao princípio terapêutico mais importante. Na atualidade, além da revascularização cirúrgica, a infusão de trombolíticos vem sendo utilizada com resultados satisfatórios em alguns estudos. Procuramos demonstrar os principais conceitos e o valor atual da terapia fibrinolítica. **Objetivo:** Apresentar o resultado do tratamento da esquemia por oclusão arterial aguda através do uso de fibrinolítico transluminal percutâneo realizado no Hospital São José do Avaí (Itaperuna - RJ). **Métodos:** Foram analisados prospectivamente 59 casos, no período de fevereiro 2009 a Junho de 2017, onde foi evidenciado que 41% eram do sexo masculino e 59% do feminino, com idade variando entre 9 a 88 anos (média de 49,6 anos). Todos os pacientes foram tratados com infusão contínua de fibrinolítico (alteplase), bolus inicial de 5 mg e infusão contínua variável, conforme condição clínica. Dos pacientes tratados todos foram acompanhados com arteriografia de controle seriado com intervalos de 12 horas. As indicações do uso do fibrinolítico neste estudo foram: embolização após angioplastia 21 casos, oclusão de enxerto cirúrgico 12 casos, embolização por fibrilação atrial 4 casos, embolização distal após troca de válvula cardíaca 1 caso embolização distal por aneurisma de artéria poplítea 2 casos, oclusão de FAV 1 caso, oclusão por agravamento de doença aterosclerótica prévia 18 casos. **Resultado:** As complicações relacionadas a técnica de infusão foram sangramento em 12 casos (20,8%) e hematoma retroperitoenal em 4 casos. Hemorragia digestiva alta em 1 caso, AVC hemorrágico 2 casos, IAM em um caso. Foi possível manter o membro viável em 43 casos, representando uma taxa de sucesso de 72,8%. Nove pacientes evoluíram para amputação suprapatelar e dois pacientes para amputação do hálux. Dos pacientes submetidos ao tratamento 11 foram a óbito no seguimento pós-operatório precoce. **Conclusão:** A impossibilidade de desobstrução mecânica cirúrgica completa dos vasos tem levado a altas taxas de amputações, sendo assim mostramos que o tratamento com infusão contínua de fibrinolítico mostrou-se eficaz, como terapia alternativa em situações de alta gravidade apresentando índices aceitáveis de morbimortalidade.

O-175

EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ESTENOSE DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ, ITAPERUNA - RJ

TINOCO E.C.A.; PERRONE R.T.; PICCININI L.B.; CARDERELLI J.T.; BASTOS A.F.

Hospital São José do Avaí, Itaperuna - RJ

Introdução: A prevalência da estenose de artéria subclávia na população geral varia de 0,5-6,8%, oscilando de 11,8-18,7% em pacientes com doença arterial obstrutiva periférica. Em doentes coronariopatas, onde 90% das cirurgias utilizam a artéria torácica interna para revascularização miocárdica, estas lesões adquirem maior importância devido à síndrome do roubo coronária-subclávia. A manifestação clínica pode ser por claudicação de membro superior ou através de síndrome do roubo pela artéria vertebral. Os exames propedêuticos para diagnóstico incluem o eco-Doppler colorido, a angiografia por cateter ou angiotomografia. O tratamento pode ser cirúrgico ou endovascular. **Objetivo:** Apresentar os resultados do tratamento endovascular de lesões estenosantes em território arterial subclávia, realizado no Hospital São José do Avaí (Itaperuna - RJ). **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva dos pacientes submetidos à revascularização de membros superiores através de angioplastia transluminal percutânea de artérias subclávias no período de janeiro de 2010 até junho de 2017. Foram realizados 41 procedimentos, sendo 14 (34,1%) à direita e 27 (64,1%) à esquerda. A média de idade foi de 68 anos (variando de 29 a 85 anos), sendo 20 (48,7%) do sexo masculino e 21 (51,3%) do sexo feminino. Em 33 (80,8%) casos foi utilizado stent e em 8 (19,2%) casos foi feito angioplastia simples com balão. As indicações dos procedimentos foram 35 (85,3%) casos por aterosclerose, 5 (12,1%) casos por lesão devido a projétil de arma de fogo e 1 (2,4%) caso de pseudoaneurisma após trauma. **Resultado:** O procedimento teve sucesso técnico em 36 (87,2%) pacientes. Em um caso houve falha devido à dissecção arterial durante o procedimento e a paciente foi tratada com cirurgia convencional. As demais falhas se deram devido à oclusão do segmento doente e não possibilidade de vencimento da lesão. Em 3 (7,3%) casos houve recidiva durante o seguimento ambulatorial, os quais foram tratados com angioplastia simples por balão. Excluindo-se hematomas, a única complicação arterial foi uma fistula arteriovenosa no sítio de punção do membro superior esquerdo em artéria braquial, sem repercussão clínica. **Conclusão:** A revascularização dos membros superiores por via transluminal percutânea é eficaz no tratamento de estenose em artéria subclávia. Têm menor morbidade que a cirurgia convencional e baixo índices de complicações e de recidiva.

O-176

EXPERIÊNCIA E RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PATOLOGIAS DA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ - ITAPERUNA - RJ

TINOCO E.C.A.; PERRONE R.T.; PICCININI L.B.; CARDERELLI J.T.; BASTOS A.F.

Hospital São José do Avaí, Itaperuna - RJ

Introdução: O tratamento endovascular das doenças da aorta torácica pode ser utilizado em um variado número de patologias, dentre as quais pode-se citar aneurismas, dissecções, lesões pós-traumáticas, hematomas intramurais e úlceras penetrantes. Os aneurismas são dilatações que surgem da fragilidade de determinada região da parede arterial. A dissecção do vaso se origina quando há solução de continuidade da camada íntima, permitindo que o sangue entre nas outras camadas, criando um novo trajeto. Trata-se de uma emergência médica com elevados índices de mortalidade. A úlcera dissecante de aorta é uma variante da dissecção onde a lesão se desenvolve a partir de placas ateromatosas ulceradas através da camada íntima. O tratamento cirúrgico possui elevada morbimortalidade em todas estas situações, sendo o tratamento endovascular uma nova opção terapêutica para determinados casos. **Objetivo:** Apresentar os resultados do tratamento endovascular de patologias da aorta torácica descendente, realizado no Hospital São José do Avaí (Itaperuna - RJ). **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva dos pacientes submetidos à correção endovascular de patologias da aorta torácica no período de janeiro de 2010 até março de 2015. Foram realizados 72 procedimentos. As indicações dos procedimentos foram aneurisma em 35 (48,6%) casos, dissecção arterial em 26 (36,1%) casos e úlcera em 11 (15,2%) casos. **Resultado:** Em todos os casos foi possível o tratamento endovascular. Houve um óbito inerente ao procedimento, devido a ruptura de úlcera de aorta no 11º dia pós-operatório, e duas complicações que foram oclusão de artéria subclávia esquerda tratada com by-pass carotídeo-subclávia com prótese de PTFE e laceração de artéria femoral direita durante a passagem da endoprótese tratada com by-pass femoro-femoral com prótese de PTFE. Houve rouquidão persistente em dois pacientes, embolização distal em um paciente, hemotórax volumoso onde foi necessário drenagem torácica em dois pacientes e acidente vascular encefálico isquêmico em um paciente. **Conclusão:** Com o avanço da área endovascular, o tratamento cirúrgico convencional para as doenças da aorta torácica vem decrescendo com o passar dos anos. O tratamento endovascular deste território é eficaz e possui um índice aceitável de complicações peri operatórias. Esta modalidade terapêutica é versátil pois permite o tratamento de patologias diferentes do vaso.

O-177

EXPERIÊNCIA INICIAL COM O STENT SUPERA NA REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES - SÉRIE DE CASOS

LOPES P.M.; BARRETO J.L.W.; PORTO C.L.L.; PETEAN FILHO H.; DELMONTE N.F.; RIGUETTI-PINTO E.R.; DAYCHOUN M.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda.; Hospital Balbino, Rio de Janeiro - RJ

A doença aterosclerótica nos membros inferiores apresenta desafios anatômicos que alavancam o desenvolvimento de novos dispositivos endovasculares. Este eixo arterial é submetido a forças de torção, estiramento e compressão, as quais comprometem a estrutura dos stents convencionais. Há necessidade de plataformas de stents resistentes à fratura e que mantenham a perviabilidade vascular. O stent Supera é um novo dispositivo trançado de nitinol, com liberação operador dependente, desenhado para apresentar melhor resistência ao estresse biomecânico, mimetizando o lúmen arterial. Relatamos uma análise retrospectiva inicial do implante de stent Supera em 15 pacientes de maio de 2016 a agosto de 2017, realizados pela equipe da Vascularis, no Rio de Janeiro. Doze indivíduos eram do sexo feminino, com idade média de 64 anos e hipertensão em 73% e diabetes mellitus em 67% dos casos. Todos foram diagnosticados com doença isquêmica descompensada do membro inferior acometido: seis com lesão trifásica, três com dor em repouso e o restante com claudicação incapacitante. O segmento arterial tratado mais frequentemente foi o femoropoplíteo até P2 (87%), excetuando-se um caso de poplítea até P1 e outro de íliaca externa. Todas as lesões, exceto duas, eram totalmente oclusivas e de longa extensão (> 10 cm). O implante deste dispositivo ocorreu com terapia única em mais da metade dos casos (60%), sendo associado ao implante de outros stents auto-expansíveis proximais em seis casos e balão com droga em 1 caso. O tratamento de lesões primárias ocorreu em 80% dos casos. Nos três casos restantes, todos com oclusão total tardia intra-stent, associou-se a trombectomia mecânica e o stent Supera foi implantado na artéria poplítea até P2, área distal ao stent previamente implantado. O diâmetro do Supera mais utilizado foi o de 5mm (53%). O seguimento foi realizado com eco-Doppler colorido no primeiro mês e semestralmente após, com uma média de 8 meses de acompanhamento (1 a 16) e perviabilidade de 87%. Os dois casos de falência tardia do Supera ocorreram naqueles implantados nas oclusões intra-stents. A experiência inicial com este dispositivo demonstra bons resultados, porém em uma amostra pequena e com muitas variáveis. Os estudos multicêntricos, controlados e randomizados ainda estão em andamento para confirmação dos resultados nesta população.

O-178

EXPERIÊNCIA INICIAL DA TERMOABLAÇÃO COM ANESTESIA TUMESCENTE NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA VENOSA

ERZINGER F.L.; CARON F.C.; ARAÚJO W.J.B.; CAMBRUSI A.K.; WOLFF L.

Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul - PR

Contexto: As varizes das extremidades inferiores são um problema comum que afeta aproximadamente 25% dos adultos ocidentais, e essa condição está associada ao refluxo da veia safena magna e/ou parva. O tratamento endovenoso do refluxo é preferível hoje em dia ao tratamento cirúrgico convencional e atualmente é considerado a primeira escolha no tratamento de varizes devido principalmente a menor número de eventos adversos pós-operatórios. **Objetivo:** Mostrar o resultado de um ano após o tratamento das veias safenas por termoablação de veias safenas, utilizando anestesia tumescente exclusiva. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo de pacientes portadores de insuficiência venosa troncular de veias safena magna e/ou parva, submetidos no período de julho de 2016 a julho de 2017, a termoablação com laser 1470 nm com fibra radial, sob anestesia tumescente exclusiva em caráter ambulatorial. **Resultados:** Após o período de 1 ano, foram realizados tratamentos de 172 safenas, sendo 139 magnas e 33 parvas, com LEED que variaram de 40-100 J/cm. Encontrados em 30 pacientes (17,44%) dor no trajeto da safena tratada (flebite), com melhora em 30 dias sem tratamento específico. Foi identificado Parestesia no trajeto da safena tratada em 44 pacientes (25,28%) sendo 65,90% destas quando utilizou-se LEED entre 81 e 100 J/cm. Ocorreram 3 casos de trombose venosa profunda (1,74%), sendo um paciente diagnosticado com doença neoplásica, apesar de tais complicações, não houveram alterações significativas ao retorno dos pacientes às suas atividades domésticas assim como laborais. **Conclusão:** Na termoablação das veias safenas, houveram complicações menores, como Parestesia e flebite quando utilizado LEED entre 80-100 J/cm, porém sem causar atraso do paciente ao retorno de suas atividades, demonstrando ser uma forma segura e eficaz de tratamento ambulatorial.

O-179

EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE 114 PACIENTES PORTADORES DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARENAL EM UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SALVADOR

OLIVEIRA R.A.; CARVALHO A.T.Y.; CANGUÇU B.D.S.M.; RIBEIRO A.; GOMES C.A.P.; SANTOS A.J.; ALMEIDA L.C.; AMORIM FILHO D.S.

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS); Hospital da Bahia, Salvador - BA

Contexto: O aneurisma da aorta abdominal infrarenal (AAA) representa doença vascular que merece constante atenção, tanto para os estudos de rastreamento como de aperfeiçoamento terapêutico. Sua importância clínica se baseia na alta taxa de mortalidade que ocorre com a sua ruptura, em contraste com a baixa taxa de mortalidade descrita com a correção cirúrgica eletiva em serviços especializados. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo reportar os resultados da correção endovascular do aneurisma de aorta infra-renal em pacientes eletivos, com seguimento de 12 meses. **Método:** Foram analisados prospectivamente 114 pacientes portadores de aneurisma da aorta abdominal infrarenal submetidos à correção endovascular eletiva no período de janeiro de 2006 a fevereiro de 2016. Desses, 80 pacientes eram do gênero masculino, com idade média de 70 anos (51 a 82 anos). As doenças associadas mais frequentes foram HAS (77%), tabagismo (70%), diabetes mellitus (49%) e coronariopatias (39%). A indicação cirúrgica foram diâmetros do aneurisma maiores que seis centímetros e crescimento de 0,5 cm/mês (um paciente). **Resultados:** Foram implantados com sucesso 112 endopróteses de aorta, sendo 104 bifurcadas e 8 monoilíacas com diâmetro médio dos aneurismas de 6 mm (45 mm a 105 mm). A mortalidade perioperatória foi de 1,7% e a sobrevida no período foi de 98%. Nos primeiros 30 dias pós-operatório foram observadas duas complicações maiores, sendo uma rotura da ílica externa direita, corrigida com reconstrução arterial e outra trombose de ramo da endoprótese, corrigida com revascularização extra-anatômica (áxilo-femoral). Durante o seguimento de um ano, três pacientes necessitaram de reintervenção, sendo dois por endoleak tipo III (desconexão ramo contralateral) e um por oclusão do ramo da endoprótese com dor em repouso. Observamos seis pacientes com endoleak tipo II acompanhados com conduta expectante. **Conclusão:** Experiência local foi similar a da literatura.

O-180

FATORES DE RISCO CORRELACIONADOS A AMPUTAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

SILVA B.L.P.; ERICEIRA M.A.L.; RAMOS V.P.; ALBUQUERQUE L.A.; MENDES M.V.G.; SANTOS T.V.; SALES K.P.F.; MOREIRA M.H.F.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Contexto: As amputações são consideradas um grave problema de saúde pública pois representam um grande impacto socioeconômico com perda da qualidade de vida, aumento da morbidade, mortalidade e incapacidade. **Objetivo:** Analisar os fatores de risco presentes em pacientes submetidos a amputações de membros inferiores em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e documental, utilizando abordagem quantitativa de dados secundários obtidos nos prontuários dos pacientes submetidos a amputação de membros inferiores realizadas entre 2013 e 2016 no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em São Luís - MA. Os pacientes foram estratificados segundo gênero, idade, nível e lateralidade da amputação, dados clínicos como presença de diabetes mellitus e hipertensão arterial e parâmetros laboratoriais presentes no momento da admissão, como creatinina e hematócrito. Os dados foram submetidos a análise estatística através do teste de correlação de Pearson e exato de Fisher (para variáveis categóricas). **Resultados:** Diabetes mellitus, sexo masculino e revascularização do membro apresentaram correlações positivas e significativas de maior força ($r = 0,99$) com a variável amputação, já a variável insuficiência renal apresentou menor força ($r = 0,96$). Quando categorizadas em amputações maiores e menores, as variáveis doença arterial periférica e presença de amputações prévias se apresentaram estatisticamente relacionadas apenas com amputações maiores ($p < 0,04$). As outras variáveis analisadas não apresentaram associação com uma ou outra categoria. **Conclusão:** Este estudo demonstrou conformidade com os principais fatores de risco para amputações em relação a outros estudos sobre essa temática.

O-181

FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR - EXPERIÊNCIA DE 30 ANOS EM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO

CURTARELLI A.; SILVA L.E.A.; TEODORO C.; BERTANHA M.; YOSHIDA R.A.; MOURA R.; SOBREIRA M.L.; YOSHIDA W.B.

Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: O tromboembolismo venoso (TEV) é importante causa de morbimortalidade no mundo e a embolia pulmonar (EP) é a sua complicação mais letal. Na maioria dos pacientes, a EP tem como fonte os trombos provenientes das veias profundas dos membros inferiores. A anticoagulação sistêmica é o tratamento de escolha para TEV porém existem contraindicações a este tratamento: quando o risco de sangramentos torna-se proibitivo, falhas terapêuticas com progressão da trombose venosa profunda (TVP) para veias proximais ou ainda EP na vigência de níveis adequados de anticoagulação. Nestes casos o implante de filtros de veia cava inferior (FVCI) torna-se a melhor opção. O implante de FVCI é um procedimento seguro e eficaz porém existem complicações inerentes ao implante ou uso do dispositivo que devem ser considerados. **Objetivo:** Definir o perfil epidemiológico da indicação de uso e do doente submetido ao implante de FVCI no HC/FMB, avaliar as taxas de complicações do serviço e sugerir meios para evitá-las. **Método:** Estudo transversal observacional realizado pela coleta de dados no prontuário médico dos pacientes que preencheram critérios de inclusão do ano de 1985 a 2015 no serviço de cirurgia vascular e endovascular do HC/FMB. Análise estatística das indicações de uso e das taxas de complicações do procedimento de implante e do uso do dispositivo. **Resultados:** Da totalidade de doentes avaliados 176 (100%) pacientes preencheram critério de inclusão. As indicações ao uso do FVCI seguiram as indicações já bem estabelecidas na literatura sendo a mais frequente a contraindicação ao uso de anticoagulantes orais. Dentre as complicações relacionadas ao implante do dispositivo ocorreram 0,6% de perfuração da veia cava inferior, 0,6% de óbito no procedimento, 1% de hemorragia no procedimento, 0,6% de infecção do FVCI, e 0% de migração do FVCI. Quanto as complicações relacionadas ao uso do dispositivo ocorreram 4% de desalinhamento do FVCI, 1,7% de trombose parcial do FVCI e 0,6% de oclusão da veia cava inferior, 3,4% de EP pós implante e 9,7% de óbito 30 dias após implante do FVCI sendo este relacionado ou não ao uso do dispositivo. **Conclusão:** O implante de FVCI foi utilizado em consonância as indicações da literatura. As taxas de complicação do procedimento de implante do dispositivo bem como do seu uso são baixas.

O-182

FILTRO DE VEIA CAVA: RESULTADOS DO REGISTRO MULTICÊNTRICO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO INTERIOR DE SÃO PAULO (RHEUNI)

ALMEIDA M.J.; SOBREIRA M.L.; MIQUELIN D.G.; RAYMUNDO S.R.O.; GEIGER M.A.; GUILLAUMON A.T.; HAFNER L.; JOVILIANO E.E.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília - SP; Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP; Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas - SP

Contexto: A embolia pulmonar é uma doença relativamente comum, com uma incidência variando de 60 a 112 por 100.000 habitantes nos Estados Unidos. Trata-se da terceira causa de morte mais comum entre os pacientes com doenças cardiovasculares. Patologia de difícil diagnóstico devido à grande variedade de apresentação clínica. Características demográficas nacionais são escassas. **Objetivos:** Analisar as características dos pacientes que são submetidos ao implante de filtro de veia cava em cinco hospitais universitários do Estado de São Paulo. **Método:** Um estudo de coorte prospectivo multicêntrico foi conduzido por cinco instituições acadêmicas diferentes, localizadas no interior do Estado de São Paulo, Brasil, de abril de 2012 a maio de 2017. Os dados de 207 pacientes submetidos ao implante de filtro de veia cava foram coletados, sendo avaliadas características demográficas, clínicas e do tratamento. **Resultados:** Um total de 207 pacientes foram submetidos ao implante de filtro de veia cava, sendo destes 55,3% dos sexo feminino, 68,9% dos procedimentos foram realizados devido à contra-indicação de anti-coagulação. 12,6% dos pacientes apresentaram hemorragia mesmo em uso corretor de anticoagulante sendo necessária a interrupção do mesmo. 63,2% dos pacientes não apresentaram embolia pulmonar previamente ao implante do filtro e apenas 1,2% dos pacientes apresentaram embolia pulmonar após o implante do filtro. 97,9% dos pacientes não apresentaram complicações relacionadas ao acesso. 7% dos pacientes evoluíram a óbito. **Conclusão:** Trata-se de um procedimento seguro com mínimas complicações relacionadas apresentando importância significativa na proteção do evento trombo-embólico pulmonar.

O-183

FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA EM PACIENTE JOVEM APÓS 14 ANOS DE TRAUMA PENETRANTE: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

DJALÓ A.C.N.N.; SILVA A.P.; SANTOS T.J.S.; ALENCAR C.R.P.
Hospital da Restauração (HR), Recife - PE

A fístula aorto-entérica (FAE) secundária ocorre quando a comunicação com o intestino faz-se através de uma prótese aórtica, relacionada à cirurgia reconstrutiva prévia. A causa mais comum de FAE secundária é a erosão intestinal pela prótese com uma incidência acima de 4%. O local mais comum de ocorrência é o duodeno (80%), jejuno ou íleo (10%), o cólon (6%) e o estômago (4%). O intervalo entre a implantação da prótese e o aparecimento dos sintomas de uma fístula varia de 2 a 96 meses, sendo o maior intervalo descrito entre tais eventos, de 27 anos 4 e o menor de 2 dias 2. Relatar um caso de hemorragia digestiva decorrente de FAE secundária à migração de prótese aórtica para o duodeno diagnosticado 14 anos após o implante da prótese aórtica. ALS, masculino, 29 anos, procedente de Caruaru - PE, admitido em 18/07/10, com história de hematêmese há 24 horas. Apresentava-se, descorado, FC: 120 bpm, abdômen doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com Hb 5,6g% e Ht 17,6%. Apresentou episódio semelhante há 6 meses, com endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia normais. Possuía histórico de ferimento por arma de fogo em abdômen, há 14 anos, sendo submetido, na ocasião, à laparotomia exploradora, com reparo de lesão de aorta abdominal através de interposição de prótese de dacron aorto-aórtica. Realizada EDA na admissão, que evidenciou a presença de corpo estranho erodindo a mucosa da 3ª porção duodenal. O paciente foi estabilizado hemodinamicamente, e submetido a by-pass axilo-bifemoral com prótese de PTFE anelada nº 08 e à laparotomia exploradora com duodenorrafia, retirada da prótese e ligadura de aorta abdominal. Permaneceu em UTI até o 3º dia de pós-operatório (DPO). No 4º DPO, foi identificado fístula duodenal, sendo tratada clinicamente com melhora do quadro e recebendo alta após 24 dias de internação hospitalar. Devido à rara incidência, 0,3-2,0% em indivíduos sujeitos a cirurgia da aorta abdominal, e à alta taxa de mortalidade, 100% nos casos não diagnosticados e 75% naqueles submetidos à correção cirúrgica. O sucesso do tratamento depende da cirurgia precoce e agressiva, baseando o diagnóstico no alto índice de suspeição, considerado em todo paciente com cirurgia aórtica prévia.

O-184

FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA NO PÓS-OPERATÓRIO DO TEVAR: RELATO DE CASO

MOTA R.S.; SILVA D.S.; CETTOLIN Q.C.; BRASIL E.A.; QUEIROZ A.B.; BACELAR A.C.C.; FIDÉLIS R.J.R.; ARAÚJO FILHO J.S.

Hospital Ana Nery, Salvador - BA

A correção endovascular da dissecação aguda de aorta complicada (TEVAR) é bem estabelecida e amplamente realizada. As principais complicações são paraplegia, AVC, dissecação retrógrada, endoleaks e fístulas. O objetivo deste trabalho é descrever um caso raro de fístula esofágica em pós-operatório tardio de TEVAR. 56 anos, feminina, hipertensa, diabética e cardiopata, em pós-operatório (PO) tardio (3 anos) de correção endovascular de dissecação aguda de aorta torácica descendente, readmitida com quadro de dor em dorso com irradiação para região anterior há 1 mês associada a episódios hemoptoicos e hematêmese. Possui história de PCR (2 minutos) no PO imediato do TEVAR há 3 anos, associada a tamponamento cardíaco e edema agudo de pulmão hipertensivo, além de internamento prolongado (4 meses) por múltiplas infecções. Angiotomografia evidenciava endoprótese na aorta torácica descendente após a origem da subclávia, de 15,8 cm e dilatação aneurismática em segmento distal da aorta torácica iniciada imediatamente após o final da endoprótese até a transição tóraco-abdominal de até 4,6 cm de diâmetro; material com densidade de partes moles de limites mal definidos e focos de gás de permeio a porção distal da endoprótese, não descartando processo infeccioso. Endoscopia digestiva alta mostrava duas formações diverticuloides de óstios pequenos e com discreta quantidade de sangue digerido, sem visualizar fundo, a 25-30 cm da arcada dentária superior. Submetida a Esofagectomia com esofagostomia cervical, gastrostomia e drenagem torácica em selo d'água, sendo visto no intra-operatório aderências em esôfago distal e orifício de 1cm em esôfago, além de aderência em esôfago médio, com saída de secreção purulenta durante a dissecação. Não havia exposição de prótese aórtica ou outras alterações em aorta torácica descendente. Paciente apresentou boa evolução no PO, mantendo marcadores inflamatórios elevados, sem foco infeccioso esclarecido. No 11º dia PO, apresentou hematêmese volumosa, sangramento por dreno torácico e óbito. Fístulas aorto-esofágicas/brônquicas no pós-operatório de TEVAR são complicações descritas, porém pouco frequentes (1,7%). As condutas na literatura divergem quanto a correta forma de tratamento para mudança do prognóstico, ainda desfavorável. Ocorrem de forma precoce e são fatais quando tratadas conservadoramente e associadas a alta mortalidade perioperatória (64%) na tentativa de correção.

O-185

FÍSTULA ARTERIOVENOSA COMPLEXA TRAUMÁTICA CRÔNICA: SÉRIE DE 2 CASOS

RIBEIRO A.; METZGER P.B.; SANTOS A.J.; CARVALHO A.T.Y.; GOMES C.A.P.; CANGUÇU B.D.S.M.; BARBOSA L.S.P.; ALMEIDA L.C.

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador - BA

Trauma arterial pode levar ao desenvolvimento de Fístula Arteriovenosa (FAV). O trauma penetrante é a principal causa das FAVs pós-traumáticas, sendo 63% causadas por armas brancas e 26% por armas de fogo. Aneurismas venosos são raros e tem como principal causa o trauma local prévio. Trata-se de dois casos tratados no Hospital Geral Roberto Santos no último ano. Ambos do sexo masculino, com 43 anos. O primeiro com edema assimétrico em membro inferior direito (MID) com cerca de 20 anos de evolução, cinco anos após ferimento por arma de fogo (FAF) em coxa direita, com piora importante há aproximadamente uma semana, acompanhado de diminuição da mobilidade do membro, restrição ao leito, astenia e emagrecimento. O exame físico apresentava edema assimétrico em MID, massa pulsátil em coxa D e frêmito em face ântero-medial de terço proximal de coxa. À angiotomografia evidenciado aneurisma venoso gigante de veia femoral comum direita (VFCD) associado à FAV com comunicação entre artéria femoral profunda direita (AFPD) e VFCD, com AFP vicariante (2,0 cm). Foi submetido à exploração vascular aberta dos vasos femorais, implante de filtro de veia cava e ligadura de AFPD cessando o frêmito, seguido de esvaziamento do aneurisma venoso de VFCD trombosado e ligadura dos vasos distais. O segundo, com história de FAF em coxa D há 25 anos, evoluindo com edema importante em MID há 15 anos, recebendo tratamentos repetidos para erisipela. O exame físico apresentava massa pulsátil em fossa ilíaca direita, MID com linfedema, dermatite ocre e frêmito em coxa. À angiotomografia evidenciada FAV entre AFPD e VFCD com aneurismas arterial e venoso ilíacos. Foi submetido à exploração vascular aberta dos vasos femorais, implante de filtro de veia cava, implante de balão aórtico em artéria ilíaca comum direita com o objetivo de diminuir o sangramento intra-operatório e ligadura de AFPD cessando o frêmito. Os pacientes evoluíram com melhora significativa e redução importante do edema com resolução da limitação motora. O Trauma vascular é uma patologia grave com alto de risco de perda do membro e alta morbimortalidade. Este trabalho mostra a necessidade de investigação no trauma perfurante em trajeto vascular, apesar da presença de pulsos. As formas de tratamento para FAVs traumáticas recentes estão bem sedimentadas na literatura, porém FAVs traumáticas de alto fluxo permanecem um desafio terapêutico.

O-186

FÍSTULA ARTERIOVENOSA FÊMORO-FEMORAL COM PRÓTESE DE POLITETRAFLUORETILENO PARA ACESSO EM HEMODIÁLISE: RELATO DE CASO

GRANATO R.R.; NETTO M.C.P.F.; SILVA L.O.R.; COELHO A.A.S.; MOREIRA E.S.; MELO D.L.; LOUREIRO E.V.S.; SOARES R.C.R.

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA; Hospital Regional Público da Transamazônica, Altamira - PA

A hemodiálise está diretamente vinculada a um bom acesso vascular. A fístula arteriovenosa (FAV) é o acesso mais comumente utilizado, a qual foi descrita por Brescia e Cimino em 1966. Contudo, devido a complicações frequentes de repetidas punções, como a tromboflebite e a oclusão acabam por levar a perda do acesso vascular. Nesse contexto, novos meios de acessos vasculares não habituais se fazem necessários enquanto os pacientes se encontram na fila para a realização de transplante renal. Estudo e análise descritiva e retrospectiva, baseado em coleta de informações através da revisão de prontuário do estudo de base. Paciente do sexo masculino, vinte e nove anos, realizando terapia substitutiva renal há oito anos no Hospital Regional Público da Transamazônica e submetido ao uso de vários cateteres venosos centrais e a diversos acessos vasculares para hemodiálise tanto em membros superiores e quanto inferiores. Como medida de exceção, optou-se pela realização de FAV fêmoro-femoral esquerda (artéria e veia femorais superficiais) com interposição de prótese de politetrafluoretileno (PTFE). Paciente apresentou moderado edema no membro logo após a intervenção cirúrgica com regressão gradual ao longo dos meses. Ainda se encontra em seguimento ambulatorial (seis meses da realização do procedimento) e com fístula patente e fluxo 400 mL/minuto de acordo com US Doppler realizada em julho de 2017. Este procedimento é uma alternativa para pacientes que já não possuem mais outras opções para acesso vascular convencional. O resultado desse procedimento foi satisfatório e tem se mostrado como alternativa para casos excepcionais.

O-187

FÍSTULA ARTERIOVENOSA RENAL PÓS-BÍOPIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

SILVA N.A.C.; DOMINGUES N.P.; PAULA M.S.; JESUS R.M.; SANTOS M.S.; TEIXEIRA B.S.R.S.; PIRES G.B.B.; BELCZAK S.Q. Instituto Belczak; Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba - SP

Paciente LAC, 28 anos, sem comorbidades, internou por quadro de insuficiência renal aguda. Supeitou-se de Síndrome Hemolítico-Urêmica e realizou biópsia renal esquerda por punção translombar. A paciente apresentou quadro de hematúria intensa desde então que permaneceu por 48 horas quando a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e hemoglobina de 5,8 g% (de entrada 12,6 g%). Foi então submetida a arteriografia renal que evidenciou rápido enchimento do sistema venoso renal, caracterizando Fístula arteriovenosa renal. Procedeu-se então com embolização com molas (3 unidades de molas tridimensionais de liberação controlada 3 x 10 mm (Trufill DCS Orbit Complex)). Na angiografia de controle evidenciou-se fechamento da fístula com contração normal da pelve renal e lento escoamento venoso. Primeiramente descrito em 1973 associando FAV e biópsia, angiografia percutânea e embolização é o método mais efetivo de tratamento para essas fistulas, com sucesso de 70% a 100% dos casos. A embolização pode ser por acesso via intra-arterial ou combinada, utilizando a arterial e vias venosas simultaneamente. As complicações são raras. O tratamento das fistulas e malformações arteriovenosas renais têm por objetivo erradicar os sintomas e os efeitos hemodinâmicos (hipertensão arterial e insuficiência cardíaca), com máxima preservação do parênquima renal funcional. A intervenção terapêutica invasiva é preconizada para todos os pacientes portadores de fístula que apresentem hematúria persistente ou efeitos hemodinâmicos clinicamente significativos. Cirurgia e embolização são as opções mais utilizadas, obtendo sucesso em cerca de 85% nos pacientes com fistulas adquiridas. A embolização é uma opção de tratamento bastante difundida, podendo ser utilizada como tratamento definitivo ou na tentativa de redução da fístula, caracterizando um procedimento cirúrgico menos invasivo. Desta forma, conclui-se que a intervenção endovascular de embolização com molas é bem indicado para tratamento da maioria das fistulas arteriovenosas renais, sendo um tratamento menos invasivo que apresenta elevados índices de sucesso.

O-188

FÍSTULA CAROTÍDEO-JUGULAR ADQUIRIDA APÓS TRAUMA CERVICAL PENETRANTE

MUNHOZ M.M.; BRAGA F.B.; BRITO L.C.M.; COSTA J.A.; MORAD J.F.M.; REZENDE L.R.; LINARDI F.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo - SP

Fístulas carotídeo-jugulares após traumas cervicais são entidades raras e, se identificadas tardiamente, podem causar alterações neurológicas e cardiovasculares irreversíveis. Neste relato, apresentamos caso de paciente do sexo masculino, 55 anos, vítima de trauma penetrante por arma branca em região cervical esquerda durante briga familiar. No primeiro atendimento médico foi submetido a exames complementares e recebeu alta após dermorráfia do ferimento. Passados dois anos, foi encaminhado ao Ambulatório de Cirurgia Vascular do Conjunto Hospitalar de Sorocaba com queixa de massa pulsátil dolorosa de tamanho progressivo na região cervical esquerda. Durante a anamnese, também referiu queixas diárias de cefaléia, tontura e perda progressiva da visão com início após o trauma. Negava comorbidades, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico constatada fácies depressiva, edema periorbitário esquerdo, deformidade em região cervical esquerda com massa pulsátil acometendo Zona II Cervical. À palpação, presença de frêmito em toda a extensão vertical, o qual sumia após compressão local. Presença de sopro à ausculta. Identificada amaurose esquerda e diminuição de acuidade visual à direita. Aventada suspeita de fístula arteriovenosa, realizado estudo ecográfico vascular e arteriografia diagnosticando fístula carotídeo-jugular esquerda. Após tentativas sem sucesso de encaminhamento para serviços de referência em tratamentos endovasculares do Sistema Único de Saúde, optou-se por tratamento cirúrgico em nosso serviço, com evolução satisfatória no pós-operatório. Diante do exposto, ressaltamos que os traumas cervicais penetrantes devem ser cuidadosamente avaliados devido a possibilidade de ocorrência de fístulas arteriovenosas, as quais devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente visando diminuir a morbimortalidade e para proporcionar melhor qualidade de vida a estes pacientes.

O-189

FLEBOEXTRAÇÃO E TÉCNICAS ABLATIVAS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA DA VEIA SAFENA INTERNA NOS GRUPOS CEAP 2 E 3. QUAL A MELHOR CONDUTA?

VIVAS P.M.; DEMIER B.; BILMAN V.; LEAL D.; MASSIÈRE B.; VESCOVI A.; RISTOW A.

CENTERVASC, Rio de Janeiro - RJ

Contexto: Mais de 25% da população mundial sofre com veias varicosas, apresentando-se em diversos estágios da doença venosa. Os pacientes classificados em CEAP 2 e 3 podem ser tratados cirurgicamente por fleboexatção da veia safena interna - ainda considerada o padrão-ouro de tratamento - e por técnicas ablativas endovasculares, como endolaser e radiofrequência. **Objetivo:** Revisão sistemática da literatura. **Métodos:** Foi realizada pesquisa no PubMed com as palavras-chave: fleboexatção; stripping; endolaser; radiofrequência. Foram selecionados doze artigos em inglês que comparavam as técnicas de fleboexatção, radiofrequência e endolaser entre si. Foram selecionados os artigos cujo tratamento com endolaser priorizavam os maiores comprimentos de onda. A técnica de espuma densa não foi incluída nesta revisão. Em cada artigo, foram avaliados as formas de tratamento utilizadas, objetivos primários e secundários, número de pacientes (pernas) tratados, período de acompanhamento, critérios de inclusão e exclusão, idade, CEAP, características anatômicas, incompetência da veia safena interna, taxa de refluxo patológico (acima de 0,5 segundos), taxas de oclusão da veia safena interna após tratamento, taxas de recorrência (neovascularização e recanalização), falha terapêutica, aspectos de melhora clínica, (principalmente de dor e qualidade de vida) e complicações em geral (sangramento, parestesia, infecção de ferida, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, flebites e hiperpigmentação). **Resultados:** Os métodos endovasculares apresentam vantagens sobre a fleboexatção, como altas taxas de oclusão da veia safena interna e menores taxas de recorrência. A curto prazo, o tratamento com radiofrequência cursa com as menores taxas de dor e edema, bem como menor índice de complicações em geral, apresentando uma tendência a melhores resultados. **Conclusão:** Após avaliação de vários estudos, pode-se perceber a superioridade das técnicas endovasculares em relação à fleboexatção para o tratamento da veia safena interna, principalmente em relação ao pós-operatório - mais breve e menos doloroso. Apesar da necessidade de estudos a longo prazo, nesta extensa revisão, a radiofrequência mostrou-se a melhor técnica endovascular disponível no arsenal terapêutico do cirurgião vascular, atualmente.

O-190

FLEGMASIA CERULEA DOLENS COMO MANIFESTAÇÃO DE PSEUDO SÍNDROME DE MAY-THURNER

ANDRADE B.T.; ROCHA F.E.S.; PINTO D.S.R.

Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza - CE

A investigação de pacientes com dor aguda e comprometimento vascular de membros deve ser a mais ampla possível no sentido de evitar fatores de confusão diagnóstica e facilitar a identificação de suas causas. Trombose venosa extensa com comprometimento arterial associado pode levar a isquemia grave do membro. Mulher, 47 anos, hipertensa, apresentou quadro súbito de edema de membro inferior esquerdo, progressivo, associado a dor intensa, redução da temperatura e cianose não fixa até região da coxa. Ao exame, possuía pulsos palpáveis em membro inferior direito e apenas pulso femoral palpável em membro contralateral. Realizado USG no setor de emergência que demonstrou TVP extensa do membro, inclusive setor ilíaco. Devido quadro de comprometimento arterial, realizada punção ecoguiada de veia poplítea e implante de cateter multiperfurado para fibrinólise intravenosa com alteplase. Após 36h de fibrinólise, no último controle, foi verificada recanalização de todo sistema ilíaco-femoral, com defeito segmentar de enchimento por contraste em veia ilíaca comum esquerda. Optado pela colocação de filtro de veia cava em topografia infra-renal e realizada angioplastia do segmento venoso com balão com redução marcante de colaterais. Não disponível no serviço stent adequado no dia da intervenção. A partir de então, foi suspensa a fibrinólise, mantida anticoagulação plena e dado seguimento a investigação. Diagnosticada tumoração uterina com múltiplas aderências em pelve que se mostrou no exame anatomopatológico após sua ressecção como leiomioma. Paciente não apresentou nenhuma complicação hemorrágica, nem complicações no local de punção, teve alta com todos os pulsos palpáveis no membro e melhora considerável do edema. A fibrinólise quando realizada dentro dos parâmetros técnicos recomendados possui segurança e eficácia. No caso apresentado, paciente possuía compressão extrínseca da veia ilíaca comum esquerda pela massa pélvica, de evolução lenta, com desenvolvimento de colaterais no retroperitônio, agudizada pela trombose de rápida evolução. O tratamento da flegmasia é uma urgência e qualquer atraso pode resultar em déficits permanentes ou perda do membro. A reavaliação frequente é fundamental nas primeiras horas para acompanhar a restauração do fluxo arterial periférico e garantir reintervenção precoce se necessário. A investigação etiológica é obrigatória e pode trazer grande benefício na sobrevida geral dos pacientes.

O-191

FLEGMASIA CERULEA DOLENS: RELATO DE CASO

ASSIS P.P.C.; ZACARIAS S.P.A.; BRAZÕES F.A.S.; MARQUES A.F.N.; PAULA R.D.; CARMO M.B.; OLIVEIRA M.M.B.; LADEIRA F.N. Hospital Vila da Serra, Instituto Materno-Infantil, Nova Lima - MG; Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte - MG

A flegmasia cerulea dolens (FCD) é uma complicação da trombose venosa profunda (TVP). Apresentando-se com edema agudo, dor isquêmica e cianose do membro. Possui taxas de mortalidade de 40% e amputação 40 a 60%. Levantamento de dados do prontuário e revisão da literatura sobre FCD. Paciente GS, feminino, 46 anos, diabética, hipertensa, portadora de mioma uterino com metrorragia crônica e anemia. Procurou atendimento com queixa de edema, dor e empastamento de panturrilha em MIE por 7 dias. Observado TVP em veias femoral comum, profunda, superficial, poplítea, tibial posterior e anterior ao duplex, sendo iniciada heparina não fracionada (HNF). Evoluiu com trombocitopenia, e implantado filtro de veia cava. Diagnosticada FCD em MIE e transferida ao Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) para avaliação da cirurgia vascular (CV). À admissão, MIE apresentava-se com gangrena, cianose fixa, flictenas e frialdade. Apenas pulsos femoral e poplíteo palpáveis, porém com fluxo trifásico em artérias distais. Paciente se recusou à amputação primária, sendo optado por fasciotomia, e iniciado Foundaparinux além de tomografia de pelve (observado mioma de 120 x 150 x 115 cm). Submetida à implante de DIU com Levonogestrel. Paciente evoluiu com edema e dor em MID, observado TVP em veias femoral, poplítea, tibial posterior e gastrocnêmicas ao duplex. Submetida à fibrinólise de MMII, com sucesso angiográfico apenas em MID. Evoluiu com gangrena em perna de MIE e antepé de MID. Submetida à desarticulação de joelho esquerdo e amputação de antepé direito. Evoluiu com choque hipovolêmico e óbito no 20º DIH. Não há diretriz sobre o tratamento da FCD. O principal objetivo do mesmo é a restauração do retorno venoso, prevenção de trombo, formação e preservação da circulação colateral. Assim, é realizado elevação do membro, anticoagulação e ressuscitação volêmica. Se não houver melhora em 6-12h, o tratamento é cirúrgico. Realiza-se trombólise ou tromboembolectomia com ou sem angioplastia. Indica-se fasciotomia em casos de gangrena progressiva ou síndrome do compartimento, podendo requerer amputação. Neste relato, o mioma poderia ter sido um fator de compressão e estase venosa do membro, sendo necessária a histerectomia. FCD requer diagnóstico e intervenção precoce com encaminhamento para CV. A avaliação da técnica e a indicação individualizada leva a preservação do membro e da vida.

O-192

FÓRUM VASCULAR: INTELIGÊNCIA COLETIVA NA RESOLUÇÃO DE CASOS CLÍNICOS VASCULARES

ERZINGER F.L.; AMATO A.C.M.; ARAUJO W.J.B.; ORDINOLA A.A.M.; GASPARINI A.F.; LUZ A.V.T.; KAMADA D.M.

Instituto da Circulação, Curitiba - PR; Faculdade de Medicina, Universidade de Santo Amaro (UNISA), Vitória - ES

Contexto: A inteligência coletiva apresenta-se com extrema importância em grupos coletivos de discussão de casos clínicos médicos, auxiliando tanto os profissionais na pronta tomada de decisão como seus pacientes. **Objetivo:** Avaliar resolutividade e características das discussões clínicas realizadas em grupo fechado de mensagens instantâneas e sua aplicabilidade clínica. **Método:** Análise retrospectiva de discussões clínicas e eventos no Fórum Vascular, grupo aberto para especialistas em dispositivos móveis. **Resultados:** No período de setembro de 2016 a junho de 2017, foram discutidos 268 assuntos diversos. Desses, relatos sobre curiosidades foram 8 (2,9%), dúvida de diagnóstico 28 (10,4%), dúvida de tratamento 132 (49,2%), dúvidas gerais 53 (19,7%), relato de caso 47 (17,5%). O número médio de interações por evento foi de 14 ($\pm 1,8$), e o tempo médio para a primeira resposta foi de 42,36 min, já o tempo médio para a primeira resposta correta, considerada a de maior consenso, foi de 130,71 min (± 35). Dessas discussões, incluem fotos 95 (35,4%), exames subsidiários 119 (44,4%) e o tratamento incluso na discussão em 171 (63,8%). Com relação à distribuição das horas, o grupo mostrou-se ativo principalmente das 8 h às 22 h. Avaliando os participantes da discussão com relação à característica, dúvidas em geral participaram 4,3 ($\pm 1,5$), relatos de caso 4,8 ($\pm 1,1$), curiosidades 2,9 ($\pm 1,7$), e dúvidas de diagnóstico 5,6 ($\pm 1,5$). Dúvidas de diagnóstico tiveram 13,3 ($\pm 4,8$) respostas, dúvidas de tratamento 16,4 ($\pm 2,9$), curiosidades 7,6 ($\pm 7,1$), dúvidas em geral 10,8 ($\pm 3,2$) e relato de caso 11,9 ($\pm 4,2$). Com relação aos assuntos discutidos, arterial liderou com 100 casos, participando desses 5,34 ($\pm 0,8$) integrantes do grupo, no assunto venoso, foram 90 relatos, participando 4,9 ($\pm 0,5$), sobre linfático foram 5, participando 2,7 ($\pm 5,7$) e sobre miscelâneas 64, participando 5,2 ($\pm 1,3$) ($p < 0,0001$). **Conclusão:** A interação entre especialistas com a tecnologia de troca de mensagens instantâneas mostrou-se capaz de levantar discussões e abordagens rapidamente. A resolutividade, considerada o tempo da primeira resposta correta também foi alta. O Fórum Vascular evidenciou-se uma ferramenta de grande valia clínica para seus participantes.

O-193

FRATURA DE STENT DE CARÓTIDA COM EMBOLIZAÇÃO DISTAL: RELATO DE CASO

MAZZONI C.A.; MARTINS H.Z.; JORDÃO I.A.; FRANÇA J.E.R.; BELLEN B.V.

Hospital Beneficência Portuguesa (HBP), São Paulo - SP

A angioplastia de carótida com implante de stent tem demonstrado ser uma alternativa viável à endarterectomia carotídea, mas também apresenta riscos e complicações. As fraturas de stents posicionados na bifurcação carotídea, ocorrem em 2 a 29% dos casos, podendo levar à reestenose da artéria. Dentre os fatores de risco para fratura estão a exposição do dispositivo a diferentes forças direcionais, calcificação da artéria, angulação interna da carótida e o trauma do pescoço. Além disso, parece haver maior ocorrência em stents de nitinol. Quando acarreta sintomas, a reintervenção é necessária, seja por cirurgia aberta, seja por procedimento endovascular. Na ausência de sintomas, o simples acompanhamento é, provavelmente, a conduta mais adequada. Paciente do sexo masculino, 41 anos, submetido a angioplastia de artéria carotídea comum (ACCD) e interna direita em outro serviço devido a um acidente vascular cerebral isquêmico e estenose de ACCD de aproximadamente 60%. A informação recebida é que foi utilizado um Carotid Wallstent (Boston Scientific) de 7 x 40 mm e balonamento com balão Sterling 6 x 20 mm. Em uso de AAS 100 mg, Plavix 75 mg e Rosuvastatina 10 mg. Sete meses após o procedimento apresentou novo evento isquêmico cerebral, seguido de acidente automobilístico. A investigação angiográfica mostrou sinais de fratura do stent e embolização de dois fragmentos metálicos para território da artéria cerebral média direita. A complementação angiotomográfica indicou deformidade parietal e hiperplasia intimal intra-stent com estenose moderada da ACCD bem como fragmentos metálicos em tireóide, músculo esternocleidomastoídeo e convexidade do hemisfério cerebral direito. Foi programada exploração cirúrgica para retirada do stent e dos fragmentos ainda não embolizados, e introduzido Rivaroxabana 20 mg/dia. No entanto, durante a demora de seis meses para que seu convênio autorizasse o procedimento, o paciente evoluiu sem novos sintomas e a estenose se manteve em 50-59%. Optou-se, então, em manter vigilância periódica, além da medicação já em uso. É o primeiro caso relatado em que, associado a fratura, ocorreu embolização de fragmentos do stent. Não ficou claro se o stent sofreu ruptura por trauma, porém o fato de ter havido embolização de fragmentos sugere que a re-entotelização não estava completa. Possivelmente, a conduta frente a esses casos deve somente ser cruenta se houver sintomas.

O-194

FRATURA DE STENT DE NITINOL SUPEFLEXIVEL EM ARTERIA POPLITEA

SANTOS R.F.F.N.; LIMA A.A.S.; MANDINGA W.B.; ESPINDOLA D.L.P.; ALVES E.C.; SOARES B.L.F.

Hospital Memorial Arthur Ramos, Maceió - AL

As intervenções endovasculares tem se mostrado como a primeira opção de tratamento na maioria dos casos de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), nos quais, quase metade, são no segmento fêmoro poplíteo. A utilização de stents nesse segmento é uma constante, tendo nos stents de nitinol superflexíveis uma alternativa consagrada contra problemas pós-operatórios comuns: a resistência à força muscular exercida e à mobilidade do membro, causando índices de reestenose significativos e até a fratura destes stents. Paciente de 44 anos, diabético, hipertenso, com queixas de dor leve em repouso e claudicação limitante de perna esquerda. O mesmo já foi submetido a duas intervenções endovasculares no segmento fêmoro poplíteo: angioplastia transluminal com colocação de stent e nova angioplastia devido fratura tipo IV, com colocação de stent de nitinol superflexível no seu interior. Foi realizado uma arteriografia do membro inferior esquerdo, evidenciando uma oclusão em artéria poplíteia esquerda, ao nível de P2, com um stent de nitinol prévio em segmento fêmoro poplíteo com fratura tipo III e um stent de nitinol superflexível (SUPERA) dentro deste, também fraturado, tipo III. Foi possível transpor a lesão com fio guia hidrofílico 0.018 mm, possibilitando angioplastia transluminal do segmento ocluído, reestabelecendo fluxo arterial imediato para o segmento infragenicular esquerdo. Embora os stents de nitinol superflexíveis apresentem maior resistência radial e melhores resultados em regiões articuladas, ainda não são imunes aos fatores mecânicos envolvidos no segmento, como a mobilidade e força muscular. É possível haver fratura nos mesmos, acarretando em prejuízos à vascularização do membro.

O-195

GANGRENA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR - UM CASO RARO OU POUCO DIAGNÓSTICADO?

ARAÚJO I.V.D.; DUTRA C.A.A.; FERNANDES S.O.; MELO G.; GURGEL G.A.; SOUZA E.B.

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS), Universidade Potiguar, Natal - RN

Flegmasia Cerulea Dolens é uma complicação incomum e grave da trombose venosa profunda. Dentre outras condições clínicas o câncer classifica-se como um importante estado de hipercoagulabilidade, variando com testes anormais de coagulação sem manifestações clínicas, tromboembolismo maciço ou fatal, com a prevalência de trombose em até 20% da população acometida por algum tipo de neoplasia. Tal efeito se deve pelo tumor expressar atividade pró-coagulante induzindo a geração de trombina, ou ainda por uma resposta dos tecidos não cancerígenos ao tumor desempenhado pelo fator tecidual. O presente artigo relata o caso de uma paciente, 55 anos, sexo feminino, portadora de hepatocarcinoma primário, sem tratamento, que progrediu subitamente com quadro de edema importante (4+/4+) em membro inferior direito e cianose fixa em todo pé ipsilateral. Apresentava ausência de pulsos distais a palpação, som bifásico ao Doppler nas artérias distais. Foi submetida a heparinização plena com heparina não fracionada e suporte clínico, evoluindo para o óbito no dia seguinte.

O-196

GEL E MEMBRANA DO BIOPOLÍMERO DA CANA-DE-AÇÚCAR EM ASSOCIAÇÃO NO CURATIVO DE ÚLCERAS VARICOSAS DOS MEMBROS INFERIORES

SILVA L.G.; LINS E.M.; ALBUQUERQUE A.V.; ALMEIDA C.C.; APOLÔNIO F.; MARINHO D.F.S.; BATISTA L.L.; FERNANDES W.R.M.A.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE

Contexto: A úlcera varicosa (UV) dos membros inferiores (MMII) atinge cerca de 3% da população adulta. Não existe um consenso, com relação a melhor cobertura a ser aplicada nos curativos empregados no tratamento da UV. **Objetivo:** Avaliar o uso do Gel do biopolímero de cana-de-açúcar (BCA), associado membrana do BCA, como curativo no tratamento da UV dos MMII. **Métodos:** Estudo experimental analítico, randomizado, realizado no ambulatório de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas-UFPE. Foram avaliados 34 pacientes e 115 UV dos MMII divididos em dois grupos: Experimental, que utilizou o curativo de Gel e a membrana de BCA e o Controle, com aplicação de compressa estéril impregnada de ácido graxo essencial (CEIAGE). Todos os pacientes foram acompanhados por 180 dias. **Resultados:** A redução da área da UV ocorreu nos dois grupos. A área média inicial era de 25,7 cm² no grupo experimental, e 24,5 cm², no controle, após 180 dias o grupo experimental apresentava área média de 19 cm² e o controle 23,8 cm² (p = 0,65). A cicatrização foi completa em 44,3% das UV no grupo experimental e 48,1% do controle (p = 0,677). Em ambos os grupos foi observada a redução da dor (p = 0,308). **Conclusão:** O uso do gel e da membrana do BCA, demonstrou qualidade clínica que o torna apto a ser empregado como opção de cobertura no tratamento de UVC, embora não tenha apresentado uma diferença estatística significativa na redução da área e cicatrização da UV além da redução da dor quando compara do ao grupo controle.

O-197

GREAT SAPHENOUS VEIN REFLUX IN MEN: INTRA AND INTER GENDER COMPARISONS

ENGELHORN C.A.; ENGELHORN A.L.D.V.; SALLES-CUNHA S.X.; CORAL F.E.

Angiolab Laboratório Vascular Não Invasivo; Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba - PR

Background: International consensus created CEAP criteria to address lack of cohesion noted in phlebologic literature. Modern publications, although describing proportions of patients per CEAP clinical classification, usually failed to analyze data according to specific subgroups. Objective: To analyze great saphenous vein (GSV) reflux according to male gender, and compared to women data previously published. Methods: GSV, saphenofemoral junction (SFJ), and segmental refluxes, detected by duplex Doppler ultrasonography, were estimated separately for men in the following CEAP clinical classes: C1-telangiectasias (n = 102), C2-varicose veins (n = 184), C3-edema (n = 40) and C4-skin changes (n = 34). Inclusion criterion: chronic venous valvular insufficiency without thrombosis or previous venous surgery. Results: a) Prevalence of GSV reflux increased from 40% for C1 to 84%, 88% and 100% for C2, C3 and C4 men (p < 0.05 by chi-square statistics); b) Prevalence of SFJ reflux increased from 3% for C1 to 26%, 50% e 65% for C2, C3 and C4 men (p < 0.05); c) Prevalence of segmental reflux decreased from 32% for C2 to 15% and 12% for C3 and C4 men (p < 0.05); d) Proportions of segmental reflux decreased from 54% of all refluxes for C1 to 37%, 17% and 12% for C2, C3 and C4 men (p < 0.05); e) Prevalence of GSV (40-44%), SFJ (3-3%), and segmental (22-28%) refluxes were not significantly different in C1 men and C1 women (p > 0.05); f) Prevalence of GSV (84-77%) and SFJ (26-12%) refluxes were higher in C2 men than in C2 women (p < 0.05); statistically, segmental reflux had similar prevalence (32-36%) (p = 0.26); and g) SFJ and GSV thigh diameters for reflux Positive Predictive Value (PPV) were 2 mm larger in men than in women; examples: 10 vs. 8 mm (SFJ) and 7 vs. 5 mm (thigh) for ~85% PPV. Conclusions: Worsening of GSV reflux according to CEAP clinical class was demonstrated quantitatively for a male sample referred to a noninvasive vascular laboratory. C2 men presented with worse GSV reflux prevalence than C2 women. Utilization of diameter as a complementary variable must consider a 2 mm difference between genders.

O-198

HIPERTENSÃO RENOVASCULAR EM PACIENTE PORTADOR DE ARTERITE DE TAKAYASU E DOENÇA DE MOYAMOYA

LOPES P.M.; MAROUN J.J.; ALBUQUERQUE P.M.B.; PRETTE JUNIOR P.R. DELMONTE N.F.; RIGUETTI-PINTO E.R.; FAGUNDES F.B.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

A arterite de Takayasu caracterizada por acometimento da aorta e seus ramos pode cursar com estenose renal, sendo relatada incidência de 60% para esta associação. A concomitância desta arterite com a síndrome de Moyamoya é bastante rara, com relatos esporádicos na literatura. Apresentamos o relato de caso de um paciente jovem com hipertensão arterial de origem renovascular atribuída a arterite de Takayasu associada a síndrome de Moyamoya. Paciente do sexo masculino, 16 anos, diagnosticado com doença de Moyamoya, sendo a manifestação inicial de acidente vascular cerebral isquêmico. Foi evidenciado no ano de 2007, à ressonância nuclear magnética (RNM), vascularização tipo "moyamoya" (nuvem de fumaça) além de hemiatrofia cortical. A partir de 2010 iniciou quadro de hipertensão arterial sistêmica (níveis de até 250 x 200 mmHg), associada a taquicardia, dor precordial, cefaleia, tonteira e vômitos. Notava-se diferença de pressão arterial (PA) entre os membros superiores e inferiores, sendo então sugerido o diagnóstico de Arterite de Takayasu. Foram então iniciados hidralazina, propranolol, anlodipina, sem resposta completa da redução da PA, a qual foi apenas controlada com o início do Metotrexate. Manteve-se estável durante os anos de 2012 a 2016, com perda de seguimento em diversos momentos, retornando para realização de novos exames complementares de rotina, cujos resultados mostraram estenoses em ARD em torno de 55% e da ARE em torno de 66%. Em janeiro de 2017 nova angiotomografia mostrou evolução das estenoses, para valores de 76% à D e 75% à E. Foi então indicada arteriografia armada para melhor avaliação e possível tratamento das lesões renais. Confirmadas as estenoses da artéria renal esquerda, o paciente foi submetido à angioplastia com colocação de stent em março de 2017. No momento em uso de hidralazina, propranolol, nifedipina, anlodipina, losartan e hidroclorotiazida, com redução dos níveis pressóricos. A associação de Arterite de Takayasu e Doença de Moyamoya não é bem descrita, o que faz com que os mecanismos fisiopatológicos não estejam elucidados. Sugere-se um componente genético para sua deflagração, decorrente de mutações. É importante o relato deste tipo de caso tendo em vista sua escassez na literatura, assim como o tratamento da hipertensão renovascular.

O-199

IMPACTO BIOPSISSOCIAL E FUNCIONAL EM PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO

NEVES O.M.G.; NUNES P.S.; NUNES C.E.S.; MIRANDA F.G.G.; ARAGÃO J.A.; ARAUJO A.A.S.

Universidade Federal de Sergipe (UFS); Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), Aracaju - SE

Contexto: Pacientes com diabetes possuem um risco aumentado de desenvolvimento da depressão, existindo inclusive uma bidirecional associação entre as duas condições. **Objetivo:** Nesta perspectiva, o objetivo desse estudo foi avaliar as alterações biopsicossociais, a qualidade de vida, independência funcional e prevalência de depressão e ansiedade em pacientes portadores de pé diabético e identificar possíveis fatores de risco. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, por meio de aplicação de questionários (sociodemográfico, HADS, Kats e Whoqol-Bref) em pacientes internados em um hospital terciário. A coleta desses dados foi realizada nos pacientes atendidos no serviço durante o período de 18 meses. **Resultados:** Dentre os 864 pacientes pesquisados 200 atenderam os critérios de inclusão. A média de idade foi de 67 anos e encontrada uma prevalência de 29% de depressão em pacientes com pé diabético e 23% de Ansiedade. **Conclusão:** A qualidade de vida geral determinada pelo Whoqol-Bref foi de 51,1, e entre os domínios, o domínio físico inserido ao aspecto psicossocial mostrou a menor média, igual a 32. Esse achado pode ser associado a baixa independência funcional encontrada em 31%.

O-200

IMPACTO DA ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA NO DIÂMETRO DA VEIA SAFENA MAGNA PARA TRATAMENTO DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

HUK A.S.; OLIVEIRA R.G.; COELHO NETO F.; CADORIN T.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba - PR

Contexto: Permanece a variação do diâmetro máximo de veia safena após tratamento com espuma. **Objetivo:** Este estudo prospectivo avaliou as alterações ultrassonográficas da veia safena magna (VSM) submetida ao tratamento através de escleroterapia com espuma de polidocanol em pacientes com varizes dos membros inferiores e classificação CEAP de C4-6 por um período de três meses. **Método:** 33 pacientes foram tratados e acompanhados por ultrassonografia vascular antes, durante, e com 7, 15, 30, 60 e 90 dias do após o procedimento. Avaliou-se o diâmetro da VSM, a taxa de oclusão venosa e a taxa de abolição do refluxo. **Resultados:** 30 pacientes seguiram o protocolo de estudo. Destes, 26 eram do sexo feminino e 04 do sexo masculino, com a média de idade de 62 anos. O diâmetro médio das veias safenas aferido no pré-operatório foi de 6,0 cm (3,6-11,2 mm) com desvio-padrão de 0,32 cm. Durante a escleroterapia, houve redução do diâmetro médio para 1,9 mm (0,6-3,8 mm) e o desvio-padrão de 0,15 mm. Em 7 dias, houve um aumento na média do diâmetro da VSM para 6,3 mm (3,9-9,7 mm), e desvio-padrão de 0,28 cm. Na avaliação de 90 dias observou-se redução no diâmetro da VSM para 4,0 cm (1,9-8,2 mm). O refluxo na VSM apresentou redução estatisticamente significativa entre o pré e o pós-operatório após 90 dias ($p < 0,0028$). **Conclusão:** A análise da VSM pela ultrassonografia vascular após tratamento da IVC através de escleroterapia com espuma de polidocanol mostrou redução significativa do diâmetro venoso quando comparado à avaliação antes do procedimento, bem como abolição do refluxo venoso promovida pelo tratamento.

O-201

IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE EXPRESSÕES SIMPLIFICADAS SOBRE DOENÇAS VASCULARES NA COMPREENSÃO DOS PACIENTES: RESULTADOS DE UM ESTUDO E CRIAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE

BIANCHINI L.; CORREA M.P.; KURTZ G.S.T.; MARAFON F.C.; MORAES NETO F.A.; SILVA J.R.; PEREIRA P.C.; MALACARNE G.D.

Invasc - Instituto Vascular de Passo Fundo; Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo - RS

Introdução: A compreensão dos pacientes sobre sua própria doença é essencial para adesão e tomada de decisão do tratamento. Considerando que os termos utilizados na explicação de doenças vasculares são específicos da área, pode ocorrer maior dificuldade no entendimento por parte dos pacientes. **Objetivo:** Esse estudo objetiva avaliar o grau de compreensão da população após aplicação de protocolo de explicação tanto de forma coloquial quanto técnica sobre doenças vasculares e a criação de um questionário para analisar os resultados. **Métodos:** Foram selecionados indivíduos usuários do Ambulatório da Universidade de Passo Fundo, durante maio e junho/2017. Foi criado com questionário com perguntas sobre as doenças vasculares mais prevalentes (trombose venosa e varizes e doença arterial periférica), sendo que cada resposta apresentava um determinado peso. Este questionário foi aplicado em usuários do ambulatório. A seguir, os interrogados foram randomizados para receber explanação sobre os principais aspectos dessas patologias com termos técnicos ou com expressões leigas. Após, o mesmo questionário foi reaplicado e os desempenhos entre os dois grupos comparados. Foram analisados os resultados somados (soma final do questionário), bem como as respostas erradas e corretas isoladamente. **Resultados:** O questionário foi aplicado em 41 pacientes, 75,6% do sexo feminino, com idade média de 45,6 (17-75) anos. Os pacientes apresentavam ensino fundamental incompleto em 29%, médio completo em 24% entre outros. 19 pacientes receberam a explicação técnica e 21 a leiga. Quando comparado o número médio de acertos e erros antes e após as explicações, não houve diferença significativa ($p = 0,65$ e $p = 0,352$, respectivamente). Analisando as respostas corretas antes e após cada modalidade de explicação separadamente, houve melhora no número de acertos tanto na explicação leiga (11,73 vs. 17, $p < 0,001$) quanto na técnica (11,68 vs. 18, $p < 0,001$). **Conclusão:** Receber a explicação leiga ou técnica não interferiu no número médio de acertos no questionário. Contudo, na análise individual, houve acréscimo dos acertos antes e após os dois tipos de explicações. Assim, se a explanação for realizada de modo coerente, há compreensão por parte dos pacientes mesmo com uso de expressões técnicas. O questionário criado pode ser utilizado com sucesso na avaliação da compreensão dos pacientes sobre as doenças vasculares mais prevalentes.

O-202

IMPACTO DO BALONAMENTO E DO SUPERDIMENSIONAMENTO DAS ENDOPROTESES DE AORTA ABDOMINAL NAS ZONAS DE ANCORAMENTO PROXIMAL E DISTAL NO TRATAMENTO DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL

SEMBENELLI M.; CURTARELLI A.; GIBIN R.; SECONDO M.; SILVA J.E.; KROHLING V.F.P.; LIMA N.G.B.; SOBRÉIRA M.L.

Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu - SP

Introdução: O resultado do balonamento e do superdimensionamento das endoprotéses no tratamento dos aneurismas de aorta abdominal ainda não possuem indicação exata, a temática ainda e amplamente discutida. **Objetivo:** Avaliar impacto do balonamento e do superdimensionamento das endoprotéses de aorta abdominal nas zonas de ancoramento proximal e distal no tratamento do aneurisma de aorta abdominal infra-renal. **Métodos:** Estudo clínico retrospectivo não controlado de 71 pacientes submetidos à correção endovascular do aneurisma de aorta abdominal infra-renal (AAA) entre dezembro de 2012 a janeiro de 2015. As variáveis anatômicas maior diâmetro, presença de trombo, presença de calcificação do colo proximal e do colo distal, assim como angulação do colo proximal e o diâmetro do saco aneurismático foram correlacionadas com o balonamento nas zonas de ancoragem, e com o sobredimensionamento das medidas da endoprótese. Os desfechos foram: variação do maior diâmetro nos colos proximal, distal e do saco aneurismático, e ocorrência de vazamento. **Resultados:** Entre os 71 pacientes incluídos, 75% eram do sexo masculino com média de 71,9 anos. O saco aneurismático apresentou maior redução com diâmetro e angulação do colo proximal favoráveis, bem como ausência de calcificação proximal e distal. O colo proximal apresentou aumento do seu maior diâmetro na presença de colo com diâmetro e angulação favoráveis, bem como na ausência de calcificação no colo proximal e distal e trombo no colo proximal; já o colo distal teve maior aumento quando havia características desfavoráveis em relação a seu maior diâmetro e angulação. A maior regressão do saco aneurismático ocorreu quando não houve o balonamento no colo proximal ($p = 0,26$) e nem no colo distal ($p = 0,025$) e quando o superdimensionamento da endoprótese no colo proximal foi $> 20\%$ ($p = 0,97$). Entretanto, o balonamento não influenciou na degeneração das zonas de ancoragem ($p > 0,05$). O superdimensionamento distal da endoprótese levou a um aumento do diâmetro do colo distal ao longo dos 12 meses ($p = 0,01$), sendo esse aumento mais pronunciado quando o superdimensionamento foi de 10-15% e houve o balonamento ($p = 0,02$). A calcificação em colo distal (odds ratio = 4,42. IC95% [1,08-18,18]) e o balonamento do colo distal (odds ratio = 10,41. IC95% [1,05-10,00]) mostraram-se significativos na ocorrência de vazamento. **Conclusão:** Houve maior diminuição do saco aneurismático quando o balonamento das zonas de ancoragem não é realizado e o superdimensionamento é da ordem de 20%; o superdimensionamento do colo distal associado ao balonamento e a calcificação da parede levou a aumento do colo distal e vazamento no seguimento de 12 meses.

O-203

IMPLANTE DE CATETERES PARA QUIMIOTERAPIA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS - SP

GOMES NETO D.S.; MACEDO V.S.O.; MATHIAS U.U.M.; COSTA R.F.B.; ROSCHEL T.G.; SILVA B.M.L.; SAPUCAIA R.L.P.C.B.

Hospital Heliópolis, São Paulo - SP

Contexto: O cateter totalmente implantável com reservatório (portocath) é um dispositivo de acesso venoso, amplamente utilizado em pacientes oncológicos. Oferece segurança para o acesso venoso de longa duração, mas não é isento de complicações a curto e a longo prazo. **Objetivo:** Visando minimizar tais complicações, através da punção ecoguiada. Contudo, na indisponibilidade desta ferramenta, torna-se imprescindível uma técnica cirúrgica acurada bem como bom conhecimento anatômico a fim de evitar eventos adversos. **Métodos:** Foram verificados os prontuários de 40 pacientes (18 homens) no período de nov/2016 a jul/2017. Analisou-se idade, diagnóstico oncológico, sítio de punção, tempo de internação e ocorrência de complicações. Todos pacientes foram avaliados previamente por assistentes da Clínica, e realizaram exames pré-operatórios para implante do portocath - hemograma, coagulograma, radiografia de tórax. Todos os procedimentos foram realizados em centro cirúrgico, com anestesia local, sem sedação, e o controle radiológico foi realizado em todos pacientes. **Resultados:** O sítio de punção preferencial da amostra foi a veia jugular interna direita. A neoplasia mais frequente foi o Linfoma Não Hodgkin. Não ocorreu nenhuma complicação imediata nos implantes de Portocath. **Conclusão:** Em vista do resultado obtido no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Heliópolis, podemos concluir que o implante do cateter com reservatório pode ser feito com segurança mesmo com indisponibilidade do US na sala cirúrgica. Os cuidados técnicos e o conhecimento anatômico são imprescindíveis para a realização do procedimento.

O-204

IMPLICAÇÕES DA VARIAÇÃO DE VEIA CAVA INFERIOR NO TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA

PIRES G.L.O.; MELO B.M.; CUNHA A.C.; RODOVALHO L.F.F.; BARROS J.W.S.; LIMA FILHO A.V.; LIMA E.C.; LINS E.M.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE

Anomalias congênitas da veia cava inferior (VCI) são pouco frequentes e podem ter graves implicações clínicas, podendo alterar o planejamento cirúrgico ao acessar a cavidade retroperitoneal. Relatamos o caso de um paciente com duplicidade de veia cava inferior submetido a tratamento cirúrgico do aneurisma de aorta infra-renal. VOL, 54 anos, masculino, branco, tabagista, hipertenso, natural de Campina Grande - PB, deu entrada, no serviço referenciado, por dor abdominal intensa irradiando para o dorso. A angiotomografia evidenciou aneurisma de aorta abdominal infrarenal de 7,5 cm de diâmetro com sinais de iminência de ruptura. O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico aberto, com grande dificuldade técnica pela presença da cava duplicada, identificada apenas no transoperatório, sendo necessária a ligadura e ressecção proximal da cava esquerda próximo a renal esquerda, facilitando o clampeamento proximal da aorta, seguida por interposição de prótese de dácron. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências, tendo alta no 5º dia. O desenvolvimento embriológico da VCI é extremamente complexo ocorrendo entre 6-8 semanas de idade gestacional, após diversos processos envolvendo as veias embrionárias cardinais. A maioria é assintomática, mas, se houver associação com outras anomalias, podem surgir sintomas de gravidade variada. No caso, foi identificada a duplicação da VCI que representa 0,2% das anomalias congênitas e decorre da persistência de ambas as veias supracardinais. O segmento a esquerda conflui para a veia renal, posteriormente cruza a linha média confluindo com o segmento da direita, o que culmina no aspecto em "h". Suas principais implicações são em relação à abordagem retroperitoneal, principalmente para o tratamento cirúrgico aberto de aneurisma de aorta abdominal, e na ocorrência de embolia pulmonar mesmo com filtro. Neste caso, o dispositivo de proteção pulmonar deve ser colocado nos dois segmentos da cava ou após a confluência dos mesmos. As variações da VCI podem acarretar ainda erro diagnóstico com linfodomegalia paraórtica e dificuldade no acesso transjugular para implante de filtro de VCI. Embora as anomalias congênitas da cava inferior sejam pouco comuns, o seu diagnóstico prévio a uma abordagem retroperitoneal e de grande relevância, permitindo o devido planejamento da tática cirúrgica e auxiliando na redução do tempo operatório e na prevenção das complicações.

O-205

IMPORTÂNCIA DA PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

GUERREIRO M.G.U.; TAVARES L.N.; MOURA S.P.; CARVALHO H.N.Q.; MOREIRA G.M.M.; FREITAS T.D.; ROLIM L.A.D.M.M.; ROLIM J.C.

Faculdades Integradas de Patos (FIP), Belo Horizonte, Patos - PB

Contexto: O tromboembolismo venoso consiste na coagulação sanguínea patológica em veias profundas do corpo, acometendo vasos dos membros inferiores em 90% dos casos. Essa afecção tem caráter silencioso e manifesta-se clinicamente com a embolia pulmonar e/ou com a trombose venosa profunda. **Objetivo:** Determinar a frequência de profilaxia adequada para o tromboembolismo venoso no Hospital Regional de Patos Deputado Janduhy Carneiro, Patos (PB). **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo, transversal e prospectivo com 500 pacientes internados. A pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada sob o protocolo CAAE: 58640416.0.0000.5181. Utilizou-se instrumento de coleta estruturado, baseado no protocolo de risco de Davinson-Capri para o tromboembolismo. Os dados obtidos foram organizados em planilhas e analisados em gráficos e tabelas no software IBM SPSS Statistics®. A amostra foi classificada em muito alto, alto, moderado e baixo risco para o tromboembolismo venoso. **Resultados:** Do total de pacientes incluídos, obteve-se que 82,2% (411) não receberam profilaxia para o tromboembolismo venoso, enquanto que apenas 17,8% (89) receberam. Quanto à classificação de risco, 18,8% (94) dos pacientes eram de baixo risco; 11,6% (58) de moderado risco; 18,4% (92) de alto risco e 51,2% (256) de muito alto risco. 49,2% (246) dos pacientes eram homens, enquanto que 50,8% (254) eram mulheres. Tiveram prescrição farmacológica 30,6% (153) dos pacientes. **Conclusões:** Concluímos que 17,8% dos pacientes internados no Hospital Regional de Patos tiveram a realização da profilaxia farmacológica do tromboembolismo venoso.

O-206

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS SÍNDROMES DE MAY-THURNER E CONGESTÃO PÉLVICA ANTES DAS COMPLICAÇÕES: RELATO DE CASO

NASCIMENTO D.V.; SILVEIRA G.M.O.K.; QUEIROGA H.C.; VIÉGAS L.A.D.; LIMA P.R.S.

Centro Universitário de João Pessoa (UNIFE), João Pessoa - PB

A Síndrome de May-Thurner (SMT), observada em 1851 por Virchow como uma variação anatômica da veia íliaca comum esquerda (VICE), teve sua fisiopatologia descrita por May e Thurner em 1956. Em 1965, Cockett e Thomas correlacionaram essa anatomia aos sintomas observados. Sua prevalência global varia de 18 a 49% em pacientes com trombose venosa profunda (TVP) de extremidade inferior esquerda e em até 25% dos indivíduos saudáveis. A complicação mais comum é a TVP ileofemoral aguda. Ao exame físico pode revelar sinais de insuficiência venosa crônica (IVC). A SMT está relacionada a varizes e à dor pélvica crônica (DPC), embora a DPC não seja um critério diagnóstico. Revisão nas bases BIREME e PubMed; e relato de caso. Mulher, 49 anos, queixando-se de dor nos membros inferiores (MMII), peso e cansaço no membro inferior direito (MID), edema nos tornozelos, machas amarronzadas nas pernas e varizes pélvicas. À ecoscopia presença de C1 em MID e C1,2 (CEAP) em MIE; sem arteriopatas. Realizado escleroterapia, meias 3/4 de 20-30 mmHg e diosmina. Ao Duplex Scan dos MMII, varizes superficiais. Na evolução, a paciente continuou com edema vespertino, amanhecia sem, mas com dor em MID. Foi realizado tratamento cirúrgico de varizes dos MMII. Progrediu com piora das varizes e surgimento de hemorroidas. Por suspeita de SMT, foi solicitado angioRNM dos vasos abdominais e pélvicos, a qual comprovou a SMT. Três meses após angioplastia da VICE, a paciente referia sensação de peso nas pernas, sem edema. Instituído tratamento clínico. Após um ano, USG de veias íliacas com stent pérvio e ausência de fraturas do mesmo. Pesquisa de vasculite negativa. Sintomas persistentes. Nova USG venosa de MMII e das íliacas evidenciaram estase venosa profunda intramuscular bilateral predominantemente à esquerda. Devido à persistência da dor pulsátil nas pernas, solicitou-se angiogramografia venosa das veias ovarianas e pélvicas, revelando veia ovariana esquerda de 23 mm e varizes em fundo uterino. Um ano após embolização das ovarianas, cessaram-se as queixas iniciais e atualmente é C1 (CEAP) em ambas as pernas. Ficou um ano em anticoagulação plena e agora apenas com antiplaquetário. O tratamento endovascular das síndromes de May-Thurner e Congestão Pélvica é seguro e com excelente perviidade primária a longo médio-longo prazo.

O-207

INCIDÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA COMO TRATAMENTO DE ESCOLHA PARA REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL NOS HOSPITAIS DO BRASIL

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; OLIVEIRA C.C.A.L.; ANDRADE F.A.; COSTA G.H.R.; HADDAD S.G.; GUIMARÃES L.A.N.; SILVA J.A.C.

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), Recife - PE; Universidade Anhangüera (Uniderp), Campo Grande - MS; Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul - RS; Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza - CE

Contexto: A ponte-tromboendarterectomia é um procedimento de excelente prognóstico para pacientes com oclusão arterial. O procedimento se dá a partir da inserção de um enxerto (by-pass) entre as extremidades do vaso, permitindo a revascularização do mesmo, enquanto é realizada a retirada de trombos e placas aderidas à íntima desse vaso. Haja vista que mudanças do estilo de vida aumentam, a cada ano, a incidência da doença aterosclerótica no Brasil, faz-se necessário promover uma atualização estatística acerca deste procedimento no Brasil. **Objetivo:** Analisar a incidência da realização de ponte-tromboendarterectomias em hospitais nacionais, avaliando evoluções, carências e necessidade de novos investimentos. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, via DATASUS. **Resultados:** Foram registradas 10.229 ponte-tromboendarterectomias de 2012-2016, das quais 2.004 foram em 2012; 2.086 em 2013; 2.111 em 2014; 2.012 em 2015; e 2.016 em 2016. O Sudeste registrou maior número de internações (5968), com destaque para São Paulo (3226) e Minas Gerais (1219). Foi seguido pelo Sul (2937), dos quais 1644 foram no Rio Grande do Sul. Em seguida, veio o Nordeste (823), destacando-se o Ceará (274); Centro-Oeste (405), com 216 casos apenas no Mato Grosso e 101 no Distrito Federal; e Norte (96), dos quais 66 procedimentos foram no Amazonas e 22 em Tocantins. Em relação ao tipo de ponte-tromboendarterectomia, a de carótida foi a mais realizada, com 6571 procedimentos, seguida pela aorto-femoral (1709), íliaca-femoral (1427) e aorto-íliaca (522). A ponte-tromboendarterectomia aorto-femoral foi a que registrou maior média de permanência hospitalar (12,4 dias) e maior gasto por internação (R\$ 4.359,44), enquanto a de carótida registrou menor permanência (8,8) e gasto (R\$ 2.777,92). Em relação à mortalidade, 2012 registrou 4,39; 2013, 4,99; 2014, 3,79; 2015, 4,62; e 2016, 4,61. O Centro-Oeste foi a região com maior taxa (6,17), seguido do Nordeste (5,1), Sudeste (4,49), Norte (4,17) e Sul (4,05), porém os estados com maior taxa foram Rondônia (33,33) e Pará (20,0). **Conclusão:** O Sudeste e Sul foram destaque em número de ponte-tromboendarterectomias, principalmente de carótida, a qual apresentou menor gasto. Acredita-se que a alta incidência deste procedimento nessas regiões está ligada ao estilo de vida, como sedentarismo, má nutrição e altos índices de estresse da população nessas regiões.

O-208

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO

NEVES O.M.G.; NUNES P.S.; ARAGÃO J.A.; CHAVES JUNIOR J.B.P.; ARAUJO A.A.S.

Universidade Federal de Sergipe (UFS); Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), Aracaju - SE

Contexto: A doença arterial periférica (DAP) possui no diabetes, um importante e bem conhecido preditor independente de amputação maior. Pacientes com diabetes e submetidos previamente à amputação possuem alterações na independência funcional e na própria qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e independência funcional em pacientes portadores de síndrome do pé diabético tentando ainda identificar possíveis fatores de risco. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, por meio de aplicação de questionários (sociodemográfico; Kats, Whoqol) e entrevista com pacientes portadores de Síndrome do pé diabético internados numa enfermaria de cirurgia vascular de um hospital terciário num período de 18 meses. **Resultados:** 261 indivíduos foram selecionados e possuem uma média de idade de 66,95anos ($\pm 12,0931$) sendo a maior parte (58,2%) composta por indivíduos casados com ensino fundamental apenas (65,6%). Cerca de 35% dos indivíduos estudados atingiram a independência funcional (classificação Ade Katz), um valor menor comparado ao de Duarte 2007 que encontrou 42% estudando pacientes idosos. Apesar de uma melhor qualidade de vida geral (54,37), quando comparamos a Vaz 2013 (46,7), encontramos um biopsicossocial com qualidade muito inferior no domínio físico 34,7 quando comparamos a McDonald 2014 (71,4). **Conclusão:** Esse achado pode ser justificado pela independência funcional ter sido encontrada apenas em 35,4%, número menor que os 42,2% encontrados em idosos sem comorbidades.

O-209

SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA EM PACIENTE COM ANASTOMOSE DE BLALOCK-TAUSSIG

ROSSI L.B.; JACOME D.C.; MIRANDA J.A.N.S.; VALENTE G.; BRASIL I.B.V.; D.; BEER F.; TRISTÃO H.M.

Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC), Rio de Janeiro - RJ

Síndrome do roubo da subclávia (SRAS) é a estenose severa ou oclusão da artéria subclávia ou, mais raramente, da denominada, proximal à origem da artéria vertebral, ocorrendo inversão do fluxo na mesma. O diagnóstico se dá pela demonstração angiográfica de fluxo retrógrado e identificado perfundindo o sistema subclávio-vertebral. Isso ocorre devido à diferença de pressão entre as artérias vertebral e subclávia ocluída, o fluxo se direciona para as regiões de menor pressão. O fluxo reverso pode causar insuficiência basilar causando sintomas de cefaléia, distúrbios visuais, parestesia, hemiparesia, vertigem e síncope. A primeira descrição angiográfica ocorreu em 1960, por Contorni. Mais comum em homens. A principal etiologia é a doença aterosclerótica, com prevalência três vezes maior à esquerda. No entanto, a anastomose da artéria subclávia com a artéria pulmonar tem sido realizada desde 1945 em pacientes com anomalias cardíacas associadas à estenose ou atresia da artéria pulmonar. Em 1961, foi realizado o primeiro estudo demonstrando opacificação da artéria subclávia distal ao sítio anastomótico. Desde então foram descritos casos de pacientes com anastomose de Blalock-Taussig com sintomas de síndrome do roubo da subclávia. O tratamento da SRAS é realizado através de abordagem cirúrgica com o objetivo de restaurar o fluxo anterógrado da artéria vertebral. Apresento caso de paciente de 56 anos com SRAS consequente a anastomose de Blalock-Taussig realizada quando a mesma possuía 7 anos. Paciente submetida a arteriografia de arco aórtico que identificou arco aórtico inverso, oclusão da primeira porção da artéria subclávia esquerda, fluxo reverso na artéria vertebral esquerda com re-habitação da artéria subclávia esquerda sendo que a mesma encontrava-se pérvia em todos os demais segmentos. Submetida, no segundo tempo, a ponte carotídea subclávia esquerda com prótese de PTFE 7 mm. Paciente evoluiu com boa cicatrização e pulsos radial e ulnar esquerdos presentes. Houve desaparecimento dos sintomas. Exames de controle evidenciaram ponte carotídea subclávia esquerda pérvia e artéria subclávia esquerda com bom fluxo. Após dois meses de seguimento, a paciente mantém-se sem queixas e com pulso radial esquerdo palpável. A cirurgia direta de confecção de ponte carotídea subclávia esquerda se mostrou uma alternativa simples e eficaz para o tratamento da patologia com melhora da sintomatologia a médio prazo.

O-210

INFECÇÃO POR SERRATIA MARCESCENS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS EM MEMBROS INFERIORES

KUHNEN J.O.; EWALD E.; KAESTNER P.M.M.; PEREIRA C.N.; ARAÚJO M.E.F.; LOURENÇO H.K.; MARTINS J.; MENDONÇA S.A.
Hospital Santa Catarina de Blumenau, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau - SC

As úlceras de membros inferiores são patologias muito comuns no atendimento médico vascular. Cerca de 70% das úlceras em membros inferiores são de origem venosa. Outras causas menos comuns como as de origem arterial, infecciosas, vasculites, traumáticas e neoplásicas formam importante diagnóstico diferencial das úlceras. Apresentamos um raro relato de caso de úlceras espontâneas em membros inferiores secundárias a infecção por *Serratia marcescens*. Descrição de relato de caso de múltiplas úlceras em membros inferiores decorrente de infecção oportunista por *Serratia marcescens*. Paciente feminina, 64 anos, hipertensa, dislipidêmica, tabagismo e etilismo ativos com cirrose hepática prévia. Interna devido múltiplas lesões pustulosas em membros inferiores associadas a úlceras dolorosas com fundo necrótico. Relata quadro prévio semelhante tratado em outro serviço. Ao exame físico não apresentava sinais de insuficiência venosa crônica, ausência de pulsos distais palpáveis porém com boa perfusão distal e pés aquecidos. Durante a internação foram realizados exames laboratoriais: provas reumatológicas negativas, VHS 21 mm, PCR 12,33, Albumina 2,81, CPK 98,10, gama-GT 247,80, TGO 61,80, TGP 50,80, Hb 10, Ht 29,4 e Leucograma 10.000 sem desvio à esquerda. Em ato contínuo realizado biópsia da úlcera que descartou vasculite e neoplasia e realizada cultura geral que evidenciou infecção por *Serratia marcescens*. Após o resultado da cultura da úlcera iniciou-se Tazocin dirigido por antibiograma com melhora significativa no aspecto da úlcera e alívio parcial da dor. Como terapia adjuvante seguiu os cuidados locais com comissão de curativos e terapia hiperbárica. Como mudanças de hábitos de vida cessou tabagismo e etilismo. Após 28 dias de internação hospitalar recebeu alta sem dor e com úlceras em fase final de cicatrização. *Serratia marcescens* é uma espécie de bacilos Gram negativos, classificada como membro das Enterobacteriaceae, envolvida principalmente em infecções oportunistas, particularmente no ambiente hospitalar. As infecções cutâneas raramente são relatadas na literatura e são predominantemente observadas em idosos ou em pacientes imunocomprometidos. As manifestações clínicas das infecções cutâneas incluem lesões granulomatosas, fascite necrosante, nódulos, celulite, úlceras e abscessos dérmicos.

O-211

INFLUÊNCIA DA POSTURA PREVALENTE DE TRABALHO NO EDEMA OCUPACIONAL DOS MEMBROS INFERIORES

BELZACK S.Q.; BELCZAK C.Q.; GODOY J.M.P.; SEIDEL A.C.; RAMOS R.N.; ANGELI B.; BERNARDI W.H.; CASTELLI JÚNIOR V.
Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São Paulo - SP; Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá - PR; Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá - PR; Hospital Central, Santa Casa de São Paulo, São Paulo - SP

Contexto: O edema de membros inferiores (MMII) de indivíduos normais, que se observa ao final da jornada de trabalho, pode ser mais intenso e frequente conforme a postura laboral prevalente no exercício da profissão. **Objetivos:** Comparar os volumes dos MMII de indivíduos alocados em três grupos, conforme a postura laboral prevalente adotada ao longo do dia trabalho. **Métodos:** Realizadas avaliações volumétricas de ambos os MMII de 51 indivíduos sem doença vascular, que foram alocados em três grupos de 17 indivíduos, considerando a postura prevalente: sentada, ortostática estática e alternada. As volumetrias foram realizadas no início e no término do dia trabalhado, e calculou-se a diferença dos volumes aferidos em cada grupo. Foram utilizadas as estatísticas inferenciais adequadas para comparações de médias e de frequências, e para determinação de coeficientes de correlação. **Resultados:** Os grupos se mostraram homogêneos em relação a gênero, idade, grupo étnico e IMC. Dados das volumetrias realizadas no início do dia revelaram diferenças significativas entre os três grupos, indicando maiores volumes em indivíduos que trabalham predominantemente sentados, seguidos daqueles que trabalham em pé e dos que alternam essas posições. A frequência de MMII com aumento de volume > 100 mL foi significativamente maior no grupo dos que trabalham sentados, adotando essa posição por longo tempo. **Conclusões:** O edema postural é mais frequente naqueles que trabalham sentados por longo tempo, nos quais parece ocorrer, inclusive, efeito cumulativo dessa postura, já que apresentam volumes significativamente maiores já ao início do dia.

O-212

INFLUÊNCIA DO DIABETES MELLITUS NO DESFECHO PRECOCE DOS PACIENTES SUBMETIDOS À ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA

RIBEIRO R.N.; POLTRONIERI L.R.; FONSECA M.M.; VIEIRA M.S.; RIJO M.V.P.

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre - RS

Contexto: O diabetes é um fator de risco para várias doenças que interferem com o resultado pós-operatório em cirurgia vascular. Pacientes diabéticos submetidos a endarterectomia de carótida (CEA) parecem ter maior risco de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio (IAM) e morte. **Objetivo:** O principal objetivo foi avaliar os resultados principais (AMI, acidente vascular cerebral e morte) em 30 dias depois da CEA, comparando pacientes diabéticos e não diabéticos. **Métodos:** Revisão de ficha médica do CEAs todas realizadas pela equipe de cirurgia vascular do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. **Resultados:** 159 CEA foram realizados em 6 anos, 35,2% eram diabéticos e 64,8% não-diabéticos. Idade média foi de 67,1 anos. Pacientes não diabéticos tiveram um maior número de fumantes (67% contra 42,9%, $p = 0,005$). Pacientes diabéticos tinham maior número de doença arterial periférica (35,7% x 11,7; $p = 0,001$) e havia uma tendência a um maior número de doença hipertensiva (96,4% x 85,4%, $p = 0,061$). Não houve diferença entre outras variáveis tais como idade, sexo, doença arterial coronariana e insuficiência renal crônica. Taxa de mortalidade foi de 1,3% e os principais resultados ocorreram em 8,9% dos diabéticos e 3,9% dos pacientes não-diabéticos e não houve diferença entre os grupos ($p = 0,280$). Resultados menores (hemorragia pós-operatória, reintervenção, infecção da ferida e lesão de nervo periférico) ocorreram em 16,1% dos diabéticos e 13,6% dos pacientes não-diabéticos com nenhuma diferença entre os grupos ($p = 0,850$). CEA foi um procedimento seguro e taxa de mortalidade é semelhante da literatura mundial. Não houve diferença nos resultados maiores ou menores resultados entre grupos de diabéticos e não diabéticos, apenas diferenças relacionadas com comorbidades associadas. **Conclusão:** O Diabetes mellitus é um fator de risco para aterosclerose e conseqüentemente doenças relacionadas a ele. Não encontramos diferenças entre os diabéticos e os pacientes não diabéticos relacionados aos desfechos maiores ou menores após a cirurgia de endarterectomia de carótida. Podemos sugerir outros estudos com uma amostra maior para esclarecer esta questão.

O-213

INJEÇÃO DE FIBRINA GUIADO POR ULTRASSOM - OPÇÃO NO TRATAMENTO DO PSEUDOANEURISMA IATROGÊNICO DA ARTÉRIA FEMORAL

CURTARELLI A.; DAMASCENA F.; GIBIN R.; BERTANHA M.; CAMARGO P.A.B.; MOURA R.; YOSHIDA W.B.; SOBREIRA M.L.

Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: Pseudoaneurisma da artéria femoral (PAF) e uma complicação comum pós procedimentos hemodinâmicos, ocorre em 0,05% a 6% dos procedimentos. O calibre do introdutor e o uso de antiagregante plaquetário estão associados a ocorrência da complicação. Formas terapêuticas clássicas como compressão local do PAF e cirurgia vem dando espaço a tratamentos mais efetivos, menos dolorosos e invasivos como injeções de fatores trombogênicos guiados por US. **Objetivo:** Avaliar injeção de fibrina guiado por US como opção no tratamento do pseudoaneurisma iatrogeno da artéria femoral. **Métodos:** Relato de série de casos. Incluídos pacientes portadores de PAF pós cateterismo vascular, excluídos doentes instáveis, com PAF infectado ou não advindo de intervenção vascular. Os pacientes foram divididos em dois grupos de tratamento: compressão exclusiva ou injeção de fibrina guiado por US (IFGU). Os procedimentos terapêuticos tiveram duração necessária ate resolução do PAF ou ate intolerância ao método. A aplicação da IFGU seguiu as orientações do fornecedor. Os doentes foram hospitalizados e seguidos com curativo compressivo, repouso absoluto em leito por 24 horas, avaliados com US de controle pós 24 horas, liberados do repouso e reavaliados com US de controle pós 48 horas do procedimento. **Resultados:** 35 pacientes preencheram critério de inclusão, 17 (48,6%) foram tratados por compressão exclusiva os outros 18 (51,4%) por IFGU. A amostra global tem média de 67,1 anos, 60% são mulheres e 100% tem fatores de risco para aterosclerose. O tempo médio de retirada do cateter pós procedimento variou de 6 a 12 horas, a identificação do pseudoaneurisma levou de 1 a 14 dias e o membro inferior direito foi o mais acometido, 95%. As intervenções que desencadearam o PAF tinham objetivo diagnóstico em 25% dos casos e terapêutica nos outros 75%, foram utilizados cateteres de calibre 6F, 7F e 8F em 40%, 40% e 20% dos acessos respectivamente. Todos os doentes estavam em uso de ácido acetilsalicílico na ocasião do diagnóstico, 60% deles associado a Ticlopidina e 35% a Clopidogrel. O grupo submetido a tratamento por compressão exclusiva teve falha terapêutica em 39% dos casos contra 0% de falha no grupo IFGU. **Conclusão:** Os PAFs são complicações esperadas pós-hemodinâmica. Acessos com objetivo terapêutico parecem ter maior associação com a complicação. O tratamento por IFGU parece ter vantagens em relação a compressão exclusiva, diminuindo dor e recidiva entretanto o valor do material utilizado ainda configura a limitação do método.

O-214**INJÚRIA HEPÁTICA INDUZIDA PELO CLOPIDOGREL: RELATO DE CASO**

MELO B.M.; CUNHA A.C.; LIMA FILHO A.V.; LINS E.M.; PIRES G.L.O.; BARROS J.W.S.; RODOVALHO L.F.F.; CUNHA R.P.D.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE

A hepatotoxicidade induzida por fármacos é a causa mais comum de insuficiência hepática aguda. A injúria hepática pode ocorrer através do uso de várias medicações e apresenta vários mecanismos fisiopatológicos. Diversas apresentações clínicas podem ser encontradas, variando de formas assintomáticas, apenas com alterações laboratoriais, até manifestações agudas como icterícia, assemelhando-se a uma hepatite viral. O reconhecimento do medicamento responsável pode ser difícil e o alto índice de suspeição na maioria das vezes é necessário para estabelecer o diagnóstico, especialmente por drogas com hepatotoxicidade incomum ou desconhecida. O presente trabalho relata um caso de hepatotoxicidade relacionada ao uso do clopidogrel. Realizada revisão bibliográfica através da pesquisa de trabalhos na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde sobre a ocorrência de injúria hepática induzida pelo clopidogrel. O trabalho descreve um caso de um paciente, 60 anos, sexo masculino, negro, admitido na emergência com quadro de déficit de força a esquerda e disartria. Os exames de imagem evidenciaram a presença de uma placa aterosclerótica com ulceração e a presença de um trombo que ocupava a luz da artéria carótida interna direita. O paciente foi submetido a trombectomia e optado pela dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e clopidogrel no pós-operatório. Durante internamento evoluiu assintomático, porém apresentou elevação das enzimas hepáticas. Em virtude do diagnóstico de hepatopatia relacionada ao uso do clopidogrel, o mesmo foi suspenso. O paciente evoluiu com melhora laboratorial das enzimas hepáticas, recebendo alta hospitalar. Durante segmento ambulatorial permaneceu assintomático e apresentou melhora do quadro neurológico. Os trabalhos sobre hepatotoxicidade por clopidogrel estão aumentando nos últimos anos após o incremento do uso desse medicamento. Devemos considerar cuidadosamente o risco de lesão hepática induzida por medicações quando o clopidogrel é prescrito, ressaltando a importância da história clínica e avaliação das medicações que estão sendo prescritas para o paciente.

O-215**INSERÇÃO INADVERTIDA DE UM CATETER VENOSO NA VEIA TORÁCICA INTERNA**TRISTÃO F.R.; MOREIRA R.C.R.; DEL VALLE C.E.; NEVES G.C.S.
Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

O uso de cateter totalmente implantável no tratamento quimioterápico está bem difundido e seu uso é rotineiro nos centros especializados. Dentre as complicações mais comuns, a disfunção do cateter é temida por levar a atraso no tratamento do paciente e pode ser causada por diversos fatores. Relatamos o caso de uma paciente com cateter posicionado em veia torácica interna direita com necessidade de reposicionamento do mesmo. Uma mulher de 41 anos foi internada em nosso hospital para o tratamento de um carcinoma ductal invasivo HER2 positivo em mama direita. Ela foi agendada para ser submetida a uma inserção de cateter venoso central de longa permanência e não tinha história prévia de cateter central. Ao exame físico, o pescoço e as veias não apresentavam anormalidades. Um cateter de tipo porth de 9 french foi inserido sob anestesia local e sedação sem qualquer intercorrência na veia subclávia esquerda. As imagens de radioscopia ao fim do procedimento não apresentaram movimento na ponta distal do cateter, mas houve fluxo e refluxo satisfatório. Dois dias depois, fomos chamados devido ao mau funcionamento do cateter, com dificuldade e dor durante a administração da medicação. RX de tórax era normal e uma tomografia computadorizada de tórax foi realizada. O exame mostrou que a ponta do cateter estava inserida na veia torácica interna direita. A paciente foi reconduzida à sala de operação e o cateter foi trocado sem intercorrências. A paciente se recuperou sem complicações e foi de alta para prosseguir com a quimioterapia ambulatorial. A inserção inadvertida de um cateter venoso na veia torácica interna direita pode ser negligenciada durante a inserção, devido ao posicionamento aparentemente normal na visão fluoroscópica anteroposterior. Um sinal que pode levar à suspeita é uma "ponta congelada" do cateter durante a radioscopia, o que significa que a ponta do cateter está dentro de um vaso de pequeno calibre em vez de uma grande veia central. O desvio de cateter também deve ser suspeitado em caso de mau funcionamento inexplicado e dor durante a infusão da medicação. O mau posicionamento do cateter totalmente implantável implica em atraso no tratamento quimioterápico e necessidade de reintervenção cirúrgica. O uso de radioscopia e cuidado com detalhes técnicos auxiliam na suspeição do desvio do cateter do local adequado e correção imediata.

O-216**INTRODUÇÃO ACIDENTAL DE PEEL-AWAY DURANTE CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME AÓRTICA AGUDA: RELATO DE CASO**

OLIVEIRA F.J.M.; FONSECA M.M.; SOUZA G.C.; POLTRONIERI L.R.; NESI M.A.T.; CECHINATTO R.H.; ARGENTA R.

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre - RS

A abordagem endovascular vem crescendo nas últimas décadas e mudando paradigmas na cirurgia vascular. Procedimentos historicamente realizados a partir da técnica aberta vem sendo substituídos por técnicas minimamente invasivas, a partir da evolução das guias, cateteres, stents e endopróteses. Nesse caso, relatamos uma complicação no tratamento endovascular de síndrome aórtica aguda torácica. Paciente feminina, 74 anos, procurou a emergência hospitalar com quadro de dor torácica aguda. Realizada angiogramografia que identificou úlcera de aorta torácica rota - Síndrome Aórtica Aguda Torácica. Submetida à correção endovascular com colocação de Endoprótese Reta Cônica (36 x 32 x 161 mm Alfa Cook Medical) com ancoragem em Zona 2 de Ishimaru. A introdução do corpo da endoprótese foi realizada pela artéria femoral comum direita e a aortografia de controle pela artéria braquial direita. Aortografia de término identificou selamento da lesão. Nenhuma anormalidade foi identificada após conclusão do procedimento. Paciente evoluiu favoravelmente, sem intercorrências. Em angiogramografia pós-operatório identificou-se imagem compatível com peel-away em aorta torácica. A paciente não apresentava queixas. Devido ao risco de embolização distal do material e de outras complicações que não podem ser previstas, foi realizada sua extração por procedimento endovascular, a partir de punção da artéria femoral comum direita e captura com cateter laço 30 mm. Paciente evoluiu bem, apresentando melhora importante dos sintomas, seguindo acompanhamento ambulatorial. Os cateteres pigtail são utilizados rotineiramente em procedimentos endovasculares pois permitem a realização de arteriogramia, a cateterização de vasos tortuosos e a troca de guias. O peel-away é uma bainha que facilita a introdução da guia nesses cateteres. Ao término do procedimento, não foi observada pela equipe assistente a introdução acidental do material que apresenta-se de difícil visualização no raio-X. Embora não tenham ocorridos danos maiores à paciente, enfatizamos a importância da verificação regular da integridade dos sistemas durante e após procedimentos.

O-217**ISQUEMIA DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDÁRIA AO DESLOCAMENTO DE PLACA DA AORTA TORÁCICA**

CAVALCANTE N.C.; SILVA S.A.; SILVA L.F.B.; TAVARES A.C.F.R.; SILVA V.D.

Universidade Federal do Tocantins (UFT), Araguaína - TO

A isquemia mesentérica é tida como uma emergência vascular e deve ser imediatamente diagnosticada e tratada. Sua taxa de mortalidade demonstra que se trata de uma morbidade temerosa. Demonstrar um caso de isquemia mesentérica aguda causada por descolamento de placa da aorta torácica, que foi tratada por laparotomia exploradora imediata, com ressecção das alças em sofrimento, em segundo momento a etiologia foi tratada com implantação de endoprótese torácica reta via femoral. As informações necessárias foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico de métodos de diagnóstico por imagem aos quais o paciente foi submetido. Paciente submetido em tempo hábil a tratamento cirúrgico tendo bons resultados, apesar de uma morbidade com acentuada taxa de mortalidade. Posteriormente foi submetido ao tratamento endovascular da etiologia da doença, evitando assim novos episódios.

O-218

ISQUEMIA DE MEMBRO INFERIOR SECUNDÁRIA A OCLUSÃO DE AORTA: RELATO DE CASOANDRADE B.T.; ROCHA F.E.S.; VETTER H.A.; PINTO D.S.R.
Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza - CE

Pacientes com doença arterial periférica podem apresentar quadros de agudização isquêmica ao longo da história natural de sua doença. Dependendo do nível de oclusão e da rede de colaterais existentes os sintomas poderão variar em intensidade. Mulher, 66 anos, hipertensa e diabética tipo 2, claudicante, apresentou quadro súbito de redução de temperatura e cianose não fixa do pé direito. Ao exame, ausência de pulsos em membros inferiores, força e sensibilidade preservadas, dor de repouso distal ao terço médio da perna direita. Membro contralateral assintomático. ECG da admissão com sinais de sobrecarga de ventrículo esquerdo. Iniciada heparinização plena, hidratação e optado por abordagem cirúrgica. Arteriografia realizada por acesso em A. braquial esquerda confirmou hipótese de oclusão de aorta infra-renal. Administrado Alteplase em dose de ataque através de cateter pigtail em coto de aorta visível e realizada infusão de manutenção. O segundo exame de controle evidenciou melhora de preenchimento na aorta distal e restauração da perviabilidade de múltiplas colaterais, no entanto, paciente mantinha dor e neste momento queixava-se de parestesias e discreta redução da força. Decidiu por realização de tromboembolotomia com acesso inguinal. Houve recuperação de bom pulso em artéria femoral comum acima da arteriotomia e refluxo satisfatório distal. Realizadas fasciotomias medial e lateral na perna. Após 6 horas, paciente já estava sem dor, sem cianose, força e sensibilidade normais. Podemos verificar como os métodos terapêuticos na oclusão arterial aguda devem ser vistos como complementares e não auto-excludentes. A doença possui um caráter dinâmico, devendo o profissional escolher no momento mais precoce possível a mudança de abordagem mais adequada àquele estado, objetivando a restauração do fluxo e reduzindo a morbimortalidade associada. A reavaliação seriada do paciente no pós-operatório é fundamental para um bom resultado. As oclusões arteriais podem apresentar diferentes graus e padrões de isquemia dependendo de fatores individuais relacionados ao leito arterial. No caso da oclusão de aorta infra-renal existe risco elevado de perda dos membros e o tratamento adequado não pode ser postergado. A fibrinólise intra-arterial é bem estabelecida mas pode ter papel limitado quando existe aterosclerose distal podendo ser complementada por tromboembolotomia ou revascularização com abordagem endovascular ou by-pass.

O-219

ISQUEMIA DE MEMBRO SUPERIOR CAUSADO POR PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA

MIYAMOTTO M.; NEVES G.C.S.; BRENDOLAN L.F.; SANVIDO L.V.; ANDRADE D.C.; FERREIRA T.T.; SOUZA I.C.; MOREIRA R.C.R.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Serviço de Cirurgia Vascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

A pseudoartrose de clavícula pode ser congênita ou pós-traumática, sendo esta a mais comum. Pode ocasionar sintomas de compressão arterial, forma mais rara da síndrome do desfiladeiro torácico. Os autores descrevem um caso de pseudoartrose de clavícula pós-traumática causando isquemia crítica do membro superior. Paciente do sexo feminino de 44 anos, artesã. Apresentou um quadro progressivo de dor de caráter isquêmico, diminuição de temperatura e parestesia de mão direita. Relatava história de fratura não tratada de clavícula direita aos nove meses de idade. A investigação com eco-Doppler e angioressonância evidenciou oclusão das artérias subclávia, radial e ulnar. Foi submetida à ressecção da pseudoartrose e tromboembolotomia tardia das artérias subclávia, braquial e distais. Houve boa evolução pós-operatória com melhora da perfusão, temperatura e dor. A compressão da artéria subclávia no desfiladeiro torácico é incomum. Anormalidades ósseas como a pseudoartrose de clavícula podem, raramente, comprimir a artéria e produzir sintomas isquêmicos.

O-220

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA E TRATAMENTO CONVENCIONAL, UM RELATO DE CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO

DINIZ J.C.S.; ROSSONI B.P.; ZAMPIERI E.H.S.; RAMALLI JÚNIOR E.L.; SCHREINER C.A.; DEZOTTI N.R.A.; RIBEIRO M.S.; JOVILIANO E.E.

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP

Responsável por cerca de 0,1% das admissões hospitalares de urgência, a isquemia mesentérica traz consigo altos índices de morbimortalidade devido ao infarto e necrose intestinal, que levam à falência orgânica múltipla. Embora o tratamento vascular precoce possa interromper o processo isquêmico, a dificuldade em obter-se rápido diagnóstico e a demora em instituir-se terapia adequada mantêm os índices de mortalidade acima de 50%, mesmo com os avanços terapêuticos recentes. Revisado o prontuário e relatado o caso de um homem de 33 anos portador de HIV, insuficiência cardíaca (IC), tabagista e drogadicto, que deu entrada no serviço de urgência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto a 24 de junho de 2017 com quadro clínico típico de IC descompensada perfil B, sendo internado e adequadamente tratado (Ecocardiograma "ECO" revelou trombo em ventrículo esquerdo "VE"). No dia seguinte apresentou dor abdominal pós-prandial intensa e difusa, além de náuseas e vômito. Ao exame tinha abdome difusamente doloroso e descompressão brusca positiva. Exames complementares mostraram elevações discretas das transaminases e da amilase, menores que 3 vezes o limite da normalidade, gasometria com alcalose respiratória, ritmo cardíaco sinusal e ultrassonografia de abdome normal. Houve discreta melhora do quadro, no entanto como persistisse dor abdominal, foi submetido à tomografia contrastada, que evidenciou trombo subocclusivo em artéria mesentérica superior (AMS). Realizada laparotomia exploradora emergencial, que mostrou palidez das alças intestinais, porém com manutenção do peristaltismo e viabilidade das alças. À dissecação de AMS inframesocólica e passagem de Fogarty nº 3, houve saída de trombos e retorno da pulsação da AMS. Evoluiu com hematoma em ileo terminal e foi mantido em peritoniotomia, permaneceu entubado e monitorizado, com necessidade de drogas vasoativas. Revisada cavidade abdominal e constatada viabilidade das alças intestinais, optou-se por fechamento da mesma. Iniciada dieta enteral após 36h, com boa aceitação. Seguiu com melhora progressiva de parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, novo ECO confirmou trombo no VE. Concluiu-se que para interromper o processo isquêmico intestinal e seus efeitos deletérios ao organismo, a cirurgia convencional com Tromboembolotomia (ou by-pass) permanece opção viável, apesar dos avanços da terapia endovascular. O rápido diagnóstico e o tratamento agressivo seguem como únicas maneiras de melhorar a sobrevida desses doentes.

O-221

ISQUEMIA MESENTÉRICA, QUANDO O VÍCIO É UM POTENCIAL INIMIGO: RELATO DE CASO

GURGEL C.S.; MORAES R.D.S.; DANTAS G.O.; JATAÍ J.A.; PINHEIRO L.G.S.; ARAÚJO P.P.V.; DA CUNHA C.F.; FERREIRA Z.M.C.C.; ARAÚJO D.D.

Universidade Potiguar, Natal - RN

A isquemia mesentérica crônica representa mais um desafio diagnóstico do que uma emergência cirúrgica, em virtude do quadro clínico insidioso com a tríade de dor abdominal pós-prandial, inapetência e perda de peso, podendo ocorrer ainda episódios de vômito e enterorragia. De etiologias diversas, sendo mais associada à doença aterosclerótica difusa, pode haver episódios de hipoperfusão intestinal constantes ou periódicos. Seu diagnóstico deve ser feito com base nos achados clínicos suspeitos associado a arteriografia, buscando reduzir riscos de agudização do quadro isquêmico e desnutrição grave. Paciente MJS, sexo feminino, 54 anos, deu entrada no serviço em julho de 2017 com quadro agudo de dor abdominal intensa que piorava com alimentação e perda ponderal de 15 kg em 30 dias. Em uso de morfina, sem melhora. Submetida a duas angioplastias por isquemia mesentérica e de tronco celíaco em 2014. Sem comorbidades. Tabagista crônica, constipação intestinal, hábito alimentar hiperlipídico. Ao exame físico: estado geral comprometido, emagrecida, hipocorada, afebril, anictérica, acianótica, boa perfusão tissular periférica, abdome flácido, sem sinais de peritonite, pulso tibial posterior e poplíteo (+2/+4), PA: 150 x 100 mmHG. Realizado tomografia de abdome, ultrassonografia, eco-Doppler transtorácico. Após avaliação, foi identificado oclusão dos stents. Paciente internada para realizar tratamento clínico, antibiótico-terapia e suporte nutricional. O quadro clínico de dor abdominal ocorre especialmente após refeições de grande volume e hiperlipídicas devido ao fluxo intestinal insuficiente, associado ao emagrecimento pois a paciente apresenta medo de se alimentar por ocorrer náuseas, vômitos e alterações do trânsito intestinal pós-prandial. Os exames de imagem, como a tomografia computadorizada e a angiogramografia auxiliam no diagnóstico e revelam estenose ou oclusão dos vasos mesentéricos. Contudo, devido à inespecificidade do quadro clínico, da lenta progressão da doença e da grande quantidade de vascularização colateral, muitos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. O manejo do paciente é com tratamento clínico, incluindo terapia antiplaquetária e cessação do tabagismo ou cirúrgico, os quais objetivam impedir a progressão da isquemia intestinal. Vale ressaltar que mesmo após orientações a paciente não cessou o tabagismo, comprometendo, assim, o tratamento.

O-222

KINKING DE ARTÉRIA VERTEBRAL OBSERVADOS EM ESTUDO ANATÔMICO EM CADÁVER HUMANO

PEREIRA T.C.A.; VAQUEIRO A.C.; FREITAS B.P.

Fundação Técnico Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro - RJ

Contexto: O kinking vascular é descrito como um defeito congênito em que a artéria se encontra mais alongada e angulada do que se espera em sua anatomia padrão. Esse defeito altera e dificulta o fluxo sanguíneo na artéria afetada e a predisposição a processos trombóticos e a maior deposição de placas de ateroma na angulação causada pelo kinking. Também muito relatado em artéria carótida direita ou esquerda, esse defeito vascular pode ocorrer na artéria vertebral (AV) e, assim, gerar complicações ao fluxo sanguíneo cerebral. A AV, em seu padrão de achado normal, é o primeiro ramo da artéria subclávia e segue trajeto ascendente até entrar no forame transversal da sexta vértebra cervical, seguindo até o encéfalo onde essa artéria bilateralmente se junta para formar a artéria basilar. Quando presente, o kinking da AV, em razão da insuficiência vertebrobasilar, pode gerar sinais clínicos como tonturas, alterações no equilíbrio, dores de cabeça, ataxia e náuseas, além de estar também relacionado a outras complicações vasculares como a formação de placas ateroscleróticas na parede desse vaso. **Objetivos:** Quantificar os kinkings existentes em cadáveres humanos tendo em vista sua importância clínica. **Métodos:** Através da dissecação de 40 AV em peças cadavéricas de ambos os sexos (27 em cadáveres femininos, 8 em masculinos e 5 em peças isoladas) pertencentes ao Departamento de Ciências Morfológicas da Escola de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. Todas as peças foram tratadas com a injeção de formol a 50% introduzidas na veia jugular interna e subsequente conservação em solução constituída de água e formol a 50%. **Resultados:** AAV esteve presente em 100% das peças dissecadas. Cinco AV (12,5%) apresentaram kinking, sendo que quatro (80%) foram observados do lado direito e somente uma (20%) do lado esquerdo. Uma AV direita apresentou kinking de aproximadamente 90°. Outro fator relevante é que 100% das AV com kinking possuíam o padrão normal de origem, sendo o primeiro ramo da artéria subclávia. **Conclusão:** A presença de kinking da artéria vertebral teve percentual significativo e foi mais frequente do lado direito, sendo fundamental que esses dados sejam lembrados por clínicos e cirurgiões vasculares, diante da sintomatologia neurológica de insuficiência vertebrobasilar.

O-223

KOMMERELL'S DIVERTICULUM, AORTIC ARCH ON THE RIGHT SIDE AND ANOMALOUS ORIGIN OF THE SUBCLAVIAN ARTERY: CASE REPORT AND TECHNICAL ISSUES

LEMOS JUNIOR A.N.; LEMOS S.D.; ROCHA M.G.; BERGAMINI A.K.D.

Faculdade de Medicina, Faculdade São Leopoldo Mandic, Serviço de Cirurgia Vascular, Irmandade de Misericórdia de Campinas, Campinas - SP

The aortic arch at the right side is a rare anomaly with an incidence of 0,05 to 0,10% reported in several cases. The Kommerell's diverticulum however can be discovered accidentally, in cases not related with the above described symptoms, as the following case. Description of a case report of Kommerell's diverticulum associated with the right sided aortic arch and anomalous origin of the subclavian artery at the left side. A 80-year-old male patient came to the vascular surgery ambulatory complaining of several vertigo episodes, previous case of dyslipidemia, no dialytical chronic renal failure, ex-smoker, with previous cerebral vascular accident in 2003, being submitted to a left carotid endarterectomy due to a 75% stenosis on the LCA showed by carotid angio-MRI (02/18/2003). The physical examination didn't reveal murmur or other alterations. Duplex of carotids (11/01/2016): carotid atheromatous, emphasizing stenosis minor than 50% on the left common carotid artery and left internal carotid artery (post endarterectomy status), 50-69% on the right internal carotid artery and bigger than 70% on the external right carotid artery. Cerebral angiography (12/09/2016): presence of the Kommerell's diverticulum (left subclavian artery lusingia), brachiocephalic trunk's absence and right common carotid artery with the origin in the aortic arch. Stenosis bigger than 70% on the internal left carotid artery and external right carotid artery; Absence atheromatous signals on the origin of the supra-aortic trunk vessels; Intracranial circulation preserved, without evidences of aneurysmatic dilatations or stenosis. We opted for conservative treatment, due to the patient didn't present neurological focal deficit and he expressed that he didn't want to be submitted to any surgical procedure. The Kommerell's diverticulum is a rare anomaly that is normally associated with the aortic arch at the right side, aberrant left subclavian artery, and, in general, diagnosed incidentally in asymptomatic patients. In this case, as the patient complained about vertigo symptoms, which wasn't related with those findings, some other aspects led to the suspect of an anomalous origin of the ASCE as the absence of the brachiocephalic trunk and the observation of an ascending arterial vessel emerging from the descending thoracic artery. Probably the symptoms told by the patient do not have relation to the radiological findings.

O-224

LASER 1064 NM ND-YAG COMBINADO COM ESCLEROTERAPIA (GLICOSE 75%) PARA VARIZES RETICULARES DE CAVO POPLÍTEO

NAKANO L.C.U.; CARRIJO E.N.A.; FLUMIGNAN R.L.G.; GUEDES NETO H.J.; PESSUTTI B.U.; TRINCADO M.M.; CACIONE D.G.; AMORIM J.E.

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP

Contexto: A escleroterapia é a técnica mais utilizada no tratamento das telangiectasias isoladas. Já nos casos de varizes reticulares a opção pela microcirurgia é a prática habitual. Em alguns serviços a escleroterapia de varizes reticulares apresentam resultados comparados a microcirurgia e mais recentemente a escleroterapia combinada de escleroterapia química com escleroterapia a laser tem mostrado resultados animadores. **Objetivo:** Demonstrar a experiência do serviço em realizar a escleroterapia combinada (laser + glicose 75%) com parâmetros fixos do laser de 1064 nm Nd-Yag, independente do tipo de pele ou calibre do vaso tratado. **Método:** A comparação original seria entre a escleroterapia combinada (laser 1064 nm Nd-Yag e glicose a 75%) vs. escleroterapia convencional apenas com glicose a 75%, portanto seriam selecionadas pacientes com varizes em cavo poplíteo CEAP 1 com varizes similares para uma perna ser a comparativa da outra. No entanto, após as 3 primeiras pacientes devido o resultado com esclerose convencional com glicose apresentar tromboflebitis acentuadas o protocolo foi interrompido e só continuamos com o estudo da escleroterapia combinada (laser e glicose a 75%) com parâmetros fixos do laser, fluência de 40 J duração 10 ms, spot size de 6 mm. Em todas as pacientes foi realizada primeiro a sessão com laser e depois a escleroterapia com glicose a 75% técnica convencional com curativo compressivo com faixa elástica que foi mantida por 24 hs e após retirada orientado ao uso de meia elástica. **Resultados:** Foram estudadas 43 pacientes, todas sexo feminino, idade de 23 a 54 anos, média de 34 anos. A distribuição étnica 27 brancas (63%), 13 orientais (30%) e 3 negras (7%). Das 43 pacientes, 21 (49%) apresentaram varizes reticulares em cavo poplíteo bilateralmente, logo estudaram-se 64 membros. Destes 64 membros estudados, 34 (53%) foram esquerdos e 30 (47%) membros direitos. Todas CEAP 1, confirmadas não haver refluxo profundo pelo estudo ultrassonográfico. A média de sessão até o desaparecimento total foi de 2 sessões variando de 1 a 4 sessões. Acompanhamento após término variou de 5 a 15 meses, média de 7 meses. Houve desaparecimento total das veias tratadas em todas as pacientes não apresentando recidiva até o momento. Complicações apenas 5 (11%) com hematomas que evoluíram sem sequelas. **Conclusão:** Nesta série a escleroterapia combinada com parâmetros fixos mostrou-se efetiva no tratamento de pacientes CEAP 1.

O-225

LASER DE BAIXA FREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS CRÔNICAS DE MEMBROS INFERIORES

NAKANO L.C.U.; ALMEIDA B.M.; GUEDES NETO H.J.; HOSHINO K.; FLUMIGNAN R.L.G.; CACIONE D.G.; AVILA R.B.; AMORIM J.E.

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP

Contexto: A úlcera de membros inferiores é caracterizada como perda do tegumento, geralmente relacionada ao sistema vascular, arterial, venoso ou linfático, podendo apresentar componente misto. O emprego de fonte de luz de baixa potência pode propiciar um recurso terapêutico acessível abreviando o período de cicatrização por aumento da taxa de proliferação celular e produção de fibroblastos, aumento de vascularização e variações na condução nervosa. **Objetivo:** Mostrar os resultados iniciais da utilização de laser de baixa frequência na cicatrização de úlceras vasculares. **Método:** O trabalho descreve o seguimento ambulatorial de 5 pacientes portadores de úlceras crônicas que não tiveram melhora com tratamento convencional por pelo menos 30 dias. Pacientes apresentavam úlceras de etiologia variada com evolução sem fechamento por mais de 6 meses. O tratamento proposto foi a adição no tratamento convencional de sessões de placas de led (light emitting diode) duas vezes ao dia com 30 minutos cada sessão (ondas de 625 nm). Após sessão realizavam curativo convencional com soro, gaze e atadura. Foram acompanhados por um período de 8 semanas e feito registro fotográfico das lesões. **Resultados:** Todos os 5 pacientes toleraram bem o tratamento não havendo desistência. Foi observado melhora em todos os casos com diminuição progressiva da profundidade e extensão das lesões, surgimento de ilhas de cicatrização e grande aumento de tecido de granulação. Todos os pacientes referem melhora importante da dor após 1 a 2 semanas das sessões, referiram um aumento da dor nos primeiros dias mas que foi controlado com analgésicos comuns. No período de acompanhamento de 8 semanas tivemos uma remissão do tamanho e profundidade das feridas da ordem de 70%. **Conclusão:** Os resultados preliminares mostraram resultados animadores do uso do laser de baixa frequência com comprimento de onda de 625 nm para melhora na cicatrização de feridas de origem vascular. Estudo prospectivo controlado está em andamento para ver o real efeito da terapêutica aplicada.

O-226

LEIOMISSARCOMA DE VEIA CAVA INFERIOR ASSOCIADO A SÍNDROME DE BUDD CHIARI

AZEVEDO L.G.; SANTOS R.B.; BARCELAR F.S.; DOMINGES G.S.; ALMEIDA L.C.; MOURA C.A.G.G.; CARVALHO A.T.Y.; GOMES C.A.P.

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador - BA

O leiomiossarcoma primário da veia cava inferior é uma neoplasia rara do músculo liso da parede do vaso, de origem mesenquimatosa. Representa cerca de 0,5% de todos os sarcomas em adultos. Os sintomas podem ser inespecíficos e o prognóstico geralmente é ruim, com uma média de sobrevivência de 2 anos. É mais comum em mulheres entre a quinta e sexta década de vida. O caso reportado trata-se de uma paciente do sexo feminino, 54 anos, evoluindo com quadro de dispnéia, aumento do volume abdominal e edema em MMII há 7 meses. Paciente inicialmente diagnosticada com Síndrome de Budd Chiari, sendo realizado anticoagulação e tratamento clínico para controle de ascite e dispneia. Durante investigação diagnóstica, angiogramografia de abdome evidenciou trombo tumoral em veia cava inferior invadindo átrio direito e se estendendo até bifurcação de veias ilíacas. Afastado neoplasias em outros sítios e trombofilias. Optado por biópsia transjugular de lesão em átrio direito, com resultado de neoplasia maligna fusocelular sugerindo sarcoma e confirmado o diagnóstico com imuno-histoquímica. Paciente encaminhada para tratamento quimioterápico, por falta de condições clínicas para tratamento cirúrgico. Paciente evoluiu para óbito após 4 meses do diagnóstico.

O-227

LESÃO TÉRMICA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA

CAMARGO JÚNIOR O.; MARQUES S.P.R.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; CHEQUI M.T.M.; NASCIMENTO P.C.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A artéria subclávia desempenha importante papel na circulação cerebral posterior, através da artéria vertebral, e na irrigação do membro superior. Devido sua localização intratorácica e protegida por arcabouço ósseo e muscular, as lesões vasculares neste segmento arterial representam um desafio para o cirurgião vascular. A dissecação de artéria subclávia constitui uma entidade vascular incomum, que pode ser proveniente de lesões traumáticas fechadas ou penetrantes ou complicações iatrogênicas de procedimentos endovasculares diagnósticos e terapêuticos. Relatamos o caso de um paciente de 19 anos do sexo masculino que deu entrada no PS com ferimento por arma de fogo, com orifício de entrada em região posterior de hemitórax direito, transfixante, com orifício de saída em região anterior de hemitórax direito há 2 cm abaixo da clavícula em terço medial. Ao exame físico o paciente apresentava MSD isquêmico e ausência de pulsos distais. Ao exame ultrassonográfico Doppler apresentava fluxo trifásico em artéria subclávia pré-lesão e ausência de fluxo pós-lesão. Paciente submetido a procedimento cirúrgico apresentando oclusão de artéria subclávia após local de lesão traumática. Realizado ressecção de segmento de artéria subclávia que apresentava lesão de íntima e revascularização com segmento de veia safena com reperfusão do membro que passou a apresentar pulsos palpáveis. A dissecação da artéria subclávia é incomum e deve ser suspeitada sempre que houver trauma em tórax e o paciente apresentar isquemia de membro superior. Exame de imagem é muito importante para o diagnóstico e o tratamento deve ser realizado o mais precoce possível.

O-228

LIPOASPIRAÇÃO PARA SUPERFICIALIZAÇÃO DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS EM PACIENTES COM DIFICULDADE DE CANULAÇÃO

BOLDO M.G.; MARTINI M.P.; TERRES D.M.; DUTRA C.F.; LAIN V.V.

Hospital Geral, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul - RS

Contexto: Doença renal em estágio final, pré-diálise, direciona o paciente com doença renal crônica a fazer uma fístula arteriovenosa. Em muitos casos, uma fístula profunda causa dificuldade de canulação, resultando em desconforto e morbidade para o paciente. **Objetivo:** O estudo avalia a segurança e eficácia da lipos aspiração para superficializar fístulas arteriovenosas profundas. **Métodos:** Entre agosto de 2016 e janeiro de 2017, sete pacientes participaram do estudo, no Hospital Geral de Caxias do Sul. Eles foram submetidos a uma ultrassonografia pré-operatória. Durante a cirurgia o trajeto da fístula foi marcado na pele guiado por US, foi usado Ropivacaína e Lidocaína para anestesia local e uma incisão foi feita para introduzir a cânula. Após o procedimento, os pacientes foram seguidos durante 1,4 e 8 semanas com ultrassonografias ambulatorialmente. **Resultados:** Cinco pacientes (71%) obtiveram uma canulação com duas agulhas com sucesso em uma média de trinta e sete dias após o procedimento. Um paciente apresentou hematoma e o outro teve dor após a canulação. Índice de massa corporal médio (IMC), foi 28,4 kg/m². O estudo mostrou que a intervenção reduziu a profundidade da fístula arteriovenosa nas três localizações estudadas. Os valores do terço médio e terço distal da veia se mostraram estatisticamente significativos, enquanto não houve significância quando foi estudado os resultados do terço proximal (em relação à anastomose). A correlação entre IMC e profundidade do terço médio não mostrou significância estatística. **Conclusão:** Não houve complicações severas. Lipos aspiração de fístula braquiobasílica é factível e apresenta bons resultados. Todavia, um número maior de pacientes deve ser incluído no estudo. Com melhora da curva de aprendizado e seleção dos pacientes, essa técnica deve substituir a transposição e lipectomia atualmente adotados.

O-229

LOCALIZAÇÃO INCOMUM DE ANEURISMA DE VEIA SUPERFICIAL: RELATO DE CASO

SOARES M.C.D.V.; APPOLÔNIO F.; LINS E.M.; ALMEIDA C.C.; MARINHO D.F.S.; ARAÚJO D.D.; CUNHA C.F.; BARRETO P.V.C.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE; Universidade Potiguar, Natal - RN

Aneurismas venosos (AV) são entidades raras e a maioria é de origem congênita, embora também possam ser adquiridos por trauma, processos inflamatórios e alterações degenerativas. Um estudo primário mostrou que apenas 10% dos aneurismas venosos são localizados nos membros superiores sendo a maioria do sistema profundo, apenas 17 casos de aneurisma em veia superficial foram relatados na literatura. AV podem ser erroneamente diagnosticados como veias varicosas, malformações arteriovenosas e tumores subcutâneos de tecidos moles. Nos casos suspeitos deve-se solicitar eco-Doppler não só para a confirmação do diagnóstico mas também para identificar condições associadas como trombozes ou compressões de estruturas próximas. JCRS, 42 anos, masculino, natural e procedente de Recife - PE, técnico em segurança do trabalho. Queixa de abaulamento em face ventral do antebraço esquerdo há mais de 15 anos, com aumento lento e progressivo desde então. Relata que o mesmo reduz à elevação do membro e aumenta quando o membro está pendente. Nega dor, edema ou punção venosa prévia no local. Refere que jogava vôlei na adolescência (treinava 5 x/semana por 4 anos). Ao exame físico apresenta abaulamento amolecido na região distal da face ventral do antebraço, de aproximadamente 2 cm de diâmetro, indolor, contíguo à rede venosa superficial da região, que diminui à compressão e elevação do membro e aumenta ao garroteamento. Solicitou-se um Doppler venoso que evidenciou dilatação fusiforme de uma veia superficial na tela subcutânea da flexora do antebraço distal, medindo cerca de 1,8 cm de extensão longitudinal e 1,4 x 0,7 cm de diâmetro transversos. Confirmado o aspecto de aneurisma venoso, foi indicada ressecção cirúrgica. Realizada disseção e ligadura das veias eferentes e aferentes, seguida da ressecção do aneurisma. Paciente evoluiu sem intercorrências. A ressecção simples é habitualmente utilizada nos AVS (aneurismas venosos superficiais), sendo uma técnica segura e eficaz, à qual demos preferência. O caso relatado acima coloca em voga discussão que, mesmo o AVS sendo uma entidade clínica rara, ainda há necessidade de estudos para endossar a base científica sobre o assunto, especialmente quanto à sua fisiopatogenia.

O-230**LOWER LIMBS LYMPHOSCINTIGRAPHIC ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH CHIKUNGUNYA FEVER**

ALMEIDA C.C.; LINS E.M.; BRANDÃO S.C.S.; APPOLOÔNIO F.; MARINHO D.F.S.; SILVA Q.F.; SOUZA R.P.A.; FERNANDES W.R.M.A.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE

Background: Chikungunya Fever (CHIKF) is an arbovirus characterized by acute fever, myalgia and polyarthralgia. Lymphedema in the lower limbs (LL) was observed in several patients during an outbreak of CHIKF in the state of Pernambuco (Brazil) in 2016. Lymphedema is usually diagnosed through a clinical evaluation but lymphoscintigraphy is a complementary exam that exhibits high sensitivity and specificity in the detection of abnormalities in the lymphatic vessels. No reports about lymphatic vessels disease due to Chikungunya Fever have been described. Objective: Using lymphoscintigraphy to document lymphatic abnormalities in the lower limbs (LL) of patients with CHIKF. Methods: An observational, prospective study with patients in the acute or subacute phase of CHIKF with LL edema submitted to clinical evaluation and lymphoscintigraphy at baseline and after 90 days. Results: Thirty-two patients (mean age 59.5±14.1 years, 84% females) participated in this study. All patients presented lower limb lymphedema, where 26 (81%) were bilateral. Of the 58 limbs affected by lymphedema, 55 (95%) presented abnormalities in lymphatic drainage from lymphoscintigraphy. The delay in visualization time of the pelvic lymph nodes was the most frequent lymphoscintigraphic abnormality, observed in 40 (62.5%) LL. Twenty-nine (90.6%) patients were clinically reevaluated after 90 days, and 16 (55.2%) remained with lymphedema. A second lymphoscintigraphy carried out in 20 patients showed 65% of the lower limbs altered. Conclusion: This study demonstrated lymphoscintigraphic changes in patients with CHIKF and LL edema for the first time. CHIKF can lead to lymphedema, and lymphedema may persist or progress after three months of the acute or subacute phases of the disease.

O-231**MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA EM REGIÃO FRONTAL**

LOUREDO R.S.M.; REZENDE JÚNIOR D.S.; VALLE L.E.G.F.; SANTOS F.M.; BORGES K.T.; SILVA S.C.R.; CORRÊA L.O.B.A.; SILVAA.R.

Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Goiânia - GO

As anomalias vasculares são tumores benignos com apresentações clínicas variadas e devem ser tratadas de forma multidisciplinar, o diagnóstico na maioria dos casos é clínico e os exames de imagem são auxiliares na definição da etiologia vascular e tratamento. A incidência em neonatos varia de 0,8 a 3% e aumenta para 10 a 12% em crianças até um ano. A classificação biológica de 1982 as divide em hemangioma e malformações vasculares, o primeiro é resultante de elevada taxa de mitoses das células endoteliais (proliferação vascular anormal), enquanto a segunda é decorrente de defeitos da formação vascular, podendo ser composta por vasos ectásicos que aumentam lenta e progressivamente seu calibre de acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança, estas não regredem. CGS, 36 anos, sem comorbidades prévias conhecidas, relata que apresenta lesão de coloração arroxeada em região frontal desde o nascimento tendo aumentado consideravelmente de tamanho no último ano, além de intensificação da coloração e variação do tamanho da lesão de acordo com a posição da cabeça, ao exame apresenta tumefação em região frontal esquerda, coloração violácea, indolor a palpação, consistência amolecida, compressível com a digitopressão, ausência de pulso ou frêmito palpável, ptose palpebral a esquerda. Duplex scan mostrou malformação arteriovenosa (9 x 6,5 cm) com fluxo turbilhonar e velocidade máxima de 40 cm/s. O paciente foi submetido a duas sessões de escleroterapia com Polidocanol (primeira a 1% e segunda a 3%) e punção guiada por ultrassonografia, evoluindo com diminuição do tamanho da lesão, seguida por ressecção cirúrgica sob anestesia geral com ligadura dos principais pedículos de irrigação da lesão e ressecção de pele redundante, sem intercorrências intra-operatórias, paciente recebeu alta no 2º pós-operatório apresentando como seqüela do procedimento apenas limitação dos movimentos da sobrancelha esquerda, evoluiu bem com desaparecimento quase completo da lesão e resolução da ptose palpebral. As anomalias vasculares devem ser avaliadas individualmente, em casos complexos é prudente que se adote uma conduta conservadora até investigação clínica detalhada e definitivo esclarecimento quanto a etiologia vascular, a decisão pelo tratamento cirúrgico deve estar alicerçada em uma classificação correta, planejamento detalhado e avaliação das possíveis seqüelas cirúrgicas.

O-232**MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA RENAL - TRATAMENTO ENDOVASCULAR**

OLIVEIRA F.J.M.; SOUZA G.C.; POLTRONIERI L.R.; FONSECA M.M.; NESI M.A.T.; CECHINATTO R.H.; ARGENTA R.; MEDRONHA E.

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre - RS

As malformações arteriovenosas renais (MAR) são patologias extremamente raras que consistem em comunicações anormais entre os sistemas arterial e venoso intraparenquimatoso. A principal sintomatologia é a hematúria, por vezes macroscópica, acompanhada de lombalgia. Elas podem ser congênitas ou adquiridas. O tratamento consiste geralmente em nefrectomia parcial. Neste trabalho, relatamos o caso de uma paciente submetida ao tratamento endovascular com sucesso. Paciente do sexo feminino, 35 anos, procurou atendimento médico devido quadro de lombalgia à esquerda e hematúria microscópica. Não apresentava histórico prévio de pielonefrite ou procedimento cirúrgico. Sem alteração de função renal. Queixas haviam iniciado há cerca de 06 meses. Durante investigação, realizou Angiotomografia de abdome e pelve a qual identificou presença de vasos dilatados e tortuosos com contração principalmente arterial (30 mm x 15 mm no diâmetro enterro-posterior) além de veia renal esquerda dilatada, achados compatíveis com MAR em polo superior renal esquerdo. Paciente submetido a arteriografia via punção retrógrada em artéria femoral comum direita e braquial direita (colocação de introdutores longos 6 fr). Cateterização de artéria renal esquerda e identificação de fístula arteriovenosa em polo superior renal. Realizada oclusão de terço proximal da artéria renal por balão 5 x 40 mm e realizada embolização com molas de liberação livre de tamanhos variados. Angiografia de controle com resultado satisfatório. Paciente segue acompanhamento ambulatorial apresentando melhora drástica do quadro clínico e regressão importante do tamanho da lesão em Angiotomografia de controle (15 mm x 8 mm). As MAR são lesões raras que podem levar a hematúria grave e déficit na qualidade de vida. O diagnóstico é baseado na presença de vasos tortuosos no parênquima renal somados a sua contração predominantemente arterial. O tratamento endovascular é uma opção atrativa pois cirurgias de ressecção - nefrectomia parcial ou total - são procedimentos de alta morbimortalidade.

O-233**MANEJO DE PACIENTE COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA ASSOCIADA A SÍNDROME DE MAY-THURNER: RELATO DE CASO**

SANGUINETTE JUNIOR J.; SANTOS M.E.R.C.; FREGUGLIA L.F.; OLIVEIRA D.A.C.; PAIVA A.L.; REIS G.C.F.; BORGES M.A.; CUNHA C.S.

Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte - BH

Rudolph Virchow, em 1851, descreveu que a compressão da veia íliaca esquerda era decorrente de uma variação anatômica comum, podendo gerar sintomas de hipertensão venosa crônica, como dor, edema, varizes, úlceras e trombose venosa profunda (TVP) de repetição. May e Thurner (1956) descreveram a fisiopatologia da doença ao estudarem cadáveres, mostrando que o estresse mecânico crônico decorrente da pulsação da artéria íliaca comum direita sobre a veia íliaca comum esquerda causava alterações vasculares fibrosas chamadas de spursna camada íntima venosa. Cockett e Thomas (1965) reportaram os achados anatômicos e clínicos dando o nome de Síndrome da Compressão da Veia Íliaca. Realizada trombectomia mecânica com dispositivo eletrônico e angioplastia da veia íliaca comum esquerda, sob proteção de filtro de veia cava. Efetuada revisão de literatura sobre evolução da Síndrome de May-Thurner pós procedimentos endovasculares. Paciente que apresentava Síndrome May-Thurner evoluiu com edema de membro inferior esquerdo e trombose venosa profunda. A trombectomia e a angioplastia com stent para tratamento da Síndrome de May-Thurner apresentaram bom resultado com regressão do edema.

O-234**MASSA ABDOMINAL PULSÁTIL DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO POR EXAMES DE IMAGEM: RELATO DE CASO**

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.; FIGUEIREDO L.J.

Hospital Regional de Araguaína; Centro Universitário, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína (FAHESA), Araguaína - TO

O aneurisma de aorta abdominal (AAA) trata-se de uma patologia de curso lento, assintomático, podendo provocar morte súbita. A incidência é maior em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 60 anos. Sua etiologia é multifatorial, onde se destaca a aterosclerose, mas a idade avançada, gênero masculino, tabagismo, histórico familiar positivo também possuem relevância. Quando sintomático, o quadro clínico do AAA é uma dor abdominal atípica. Esta patologia é geralmente encontrada em exames de imagem como ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM). O caso em questão trata-se de um paciente que apesar de extremamente jovem, possui dados que favorecem o diagnóstico de um aneurisma de aorta abdominal, mesmo sob a suspeita de neoplasia associada. Esta será uma pesquisa descritiva, com abordagem documental e retrospectiva ao prontuário, que proporcionará uma visão ampliada de uma determinada patologia. RFF, masculino, 44 anos, hipertenso, diabético, tabagista e etilista, apresentou quadro de dor abdominal há 6 meses, intermitente, intensa e associada a emagrecimento de 30 Kg. Ao exame físico abdome doloroso a palpação profunda, com a presença de massa abdominal pulsátil de aproximadamente 6,0 cm, fixa. Na investigação realizamos USG, angiotomografia e angioresonância de abdome total, sendo todos sugestivos de AAA. Ao parecer da oncologia cirúrgica, diante do quadro clínico de emagrecimento, apesar dos exames de imagem serem sugestivos de AAA, analisando as imagens, suspeitou-se da associação de uma neoplasia de retroperitônio de baixo grau, com envolvimento maior que 180° da aorta e sem plano de clivagem com a mesma, havendo indicação de ressecção agressiva. A conduta adotada foi abordagem cirúrgica através de laparotomia exploradora (LE). Assim, confirmou-se a presença do AAA, corrigido através da cirurgia convencional, e a existência de uma massa, sendo removida para a realização do histopatológico, para esclarecimento etiológico. Apesar da utilização dos exames diagnósticos, devido massa abdominal firme e fixa e ao quadro clínico exuberante de perda de peso, incomuns ao AAA, torna-se condizente a suspeita de neoplasia de retroperitônio associada. Portanto, a LE com correção do AAA e ampla ressecção da massa beneficiou o paciente propiciando realização da histopatologia e findou a possibilidade de rotura.

O-235**MEDIDAS DA DISTÂNCIA ENTRE VEIAS HEPÁTICAS DIREITA E MÉDIA PARA OS RAMOS DA VEIA PORTA, EM MOLDES VASCULARES DE RESINA, DE FÍGADOS HUMANOS CIRRÓTICOS**

VASCONCELOS FILHO J.O.M.; PEREIRA A.H.; PITTA G.B.; CASTRO A.A.; LEITÃO-BATISTA L.; SOUZA-LEÃO A.R.; LACERDA C.

Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Universidade de Pernambuco (UPE), Recife - PE; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre - RS; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió - AL

Contexto: O tratamento da hipertensão portal continua sendo um desafio e muitos desses pacientes necessitam até transplante de fígado, como tratamento definitivo. Nesse contexto a derivação porto-sistêmica intra-hepática transjugular (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt - TIPS) surgiu como uma alternativa atraente para esta complicação da doença hepática crônica, sobretudo por não requerer laparotomia e efetivamente reduzir a pressão portal. O conhecimento da distância entre as veias hepáticas e os ramos portais e outros dados anatómicos, no fígado cirrótico, são requisitos importantes no planejamento e execução desse procedimento. **Objetivos:** Determinar as distâncias e diâmetros das veias hepáticas direita e média para os ramos portais e para a bifurcação da veia porta, no fígado cirrótico humano, com vistas à construção do TIPS. Estudo anatómico descritivo e macroscópico em moldes vasculares de resina obtidos por corrosão de fígados humanos isolados e cirróticos. **Método:** O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOC/Procaped-UPE e todos os pacientes, ou seus representantes legais, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram obtidos 21 moldes de resina acrílica dos ramos portais e veias hepáticas de fígados cirróticos, de pacientes transplantados, dos hospitais Jayme da Fonte e Universitário Oswaldo Cruz, do Recife - PE. Após a completa corrosão do parênquima, foram medidas as distâncias e diâmetros das veias hepáticas e ramos da veia porta. Para testar a hipótese de diferença da média estimada em relação a um valor de referência, foi aplicado o teste t-Student para uma amostra. **Resultados:** A distância média da veia hepática direita para o ramo direito da veia porta e para a sua bifurcação foram, respectivamente, de 33 ($\pm 6,4$) e 36 ($\pm 7,4$) mm, ambos significativamente menores ($p < 0,0001$ e $p < 0,0002$) que os resultados encontrados na literatura, em fígados normais. A distância média da veia hepática média para o ramo direito e para o ramo esquerdo da veia porta foi, respectivamente, de 36 ($\pm 6,8$) e 26 ($\pm 8,8$) mm. **Conclusão:** As distâncias entre a veia hepática direita e o ramo direito da veia porta ou a bifurcação da mesma, em fígados cirróticos, foram significativamente menores que as anteriormente relatadas em fígados normais. A veia hepática média é confirmada como uma via alternativa adequada.

O-236**MÉTODO DE RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA DE VARIZES**

FIGUEIREDO M.A.M.; FIGUEIREDO M.F.; ARAUJO S.P.

Clinica de Angiologia Dr. Marcondes Figueiredo, Uberlândia - MG

O pós-operatório de cirurgia de varizes (safenectomia e ressecção de varizes colaterais) tem variadas condutas no que se refere a repouso, sendo indicado entre 10 a 30 dias entre a maioria dos colegas. Fizemos um estudo piloto para melhorar este tempo de recuperação e retorno as atividades normais utilizando uma bicicleta invertida, como o objetivo de melhorar a bomba da panturrilha no retorno venoso. Aplicamos o tratamento em 12 pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico de varizes com safenectomia em pelo menos em uma das pernas. Iniciando o trabalho com a bicicleta invertida, no segundo dia de pós-operatório, três vezes ao dia durante 30 min. Foi utilizado o escore de qualidade de vida. Foi observado a melhor recuperação do paciente no tocante a restabelecimento das atividades do dia a dia. E houve melhora dos escores clínicos de dor, edema, parestesia. Houve recuperação mais rápida do paciente com melhora dos escores. Mas um estudo comparativo com e sem o uso da bicicleta invertida precisa ser feito para melhores conclusões.

O-237**MIOMATOSE UTERINA COMO FATOR CAUSAL DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EXTENSA: TRATAMENTO CIRÚRGICO MULTIDISCIPLINAR**

OLIVEIRA R.A.; SANTOS FILHO P.C.M.; ALMEIDA L.C.; CANGUÇU B.D.S.M.; MOTA R.S.; VASCONCELOS L.A.R.; CARVALHO A.T.Y.

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS); Hospital Jorge Valente, Salvador - BA

O leiomioma uterino é o tumor pélvico mais frequente na mulher em idade reprodutiva. Não é comum observarmos essa entidade como um causador de trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores. Observa-se essa associação em pacientes portadoras de miomas gigantes. Apresentamos o caso de uma paciente portadora de um volumoso mioma uterino que evoluiu com extensa TVP em membro inferior esquerdo (MIE), sendo submetida a trombólise fármaco-mecânica e histerectomia total, com sucesso. Paciente do gênero feminino, 33 anos procurou atendimento médico por queixa de dor e edema em MIE. Referiu aumento do volume abdominal nos últimos 2 anos. Iniciado enoxaparina e realizado Duplex venoso de MIE que identificou TVP de membro inferior esquerdo. Realizado ressonância magnética de abdome e pelve evidenciando volumoso mioma subseroso com compressão de ureter esquerdo e demonstrando falha de enchimento das veias ilíacas esquerdas. Optado pelo tratamento endovascular, devido idade e possibilidade para desenvolvimento de Síndrome pós-trombótica (SPT). Realizado implante de FVC infra-renal temporário e trombectomia venosa mecânica do segmento ilíaco-femoro-poplíteo. Flebografia de controle ainda observando-se oclusão de veia ilíaca comum esquerda e circulação para veia ilíaca contralateral. Optado pela histerectomia total abdominal. Tomografia de controle pós-operatória demonstrou melhora importante da hidronefrose, porém veia ilíaca comum esquerda ainda ocluída. Aventou-se a possibilidade de Síndrome de May-Thurner associada. Feita angiografia de controle e no mesmo ato foi realizado angioplastia de veia ilíaca comum e externa esquerda com colocação de stent, com sucesso. Paciente recebeu alta após 3 dias, em uso de rivaroxabana e antiagregação plaquetária com AAS. Nos casos de grandes miomas com compressão vascular associada, a ressecção cirúrgica da massa faz-se necessária, para eliminação do fator compressivo. O tratamento multidisciplinar, mostrou-se eficaz, permitindo a remoção do trombo e proporcionando um menor risco de evolução para SPT.

O-238

MODELO ARTESANAL DE TREINAMENTO PARA ACESSO VASCULAR ECOGUIADO EM ADAPTAÇÃO DE GEL BALÍSTICO

REIS J.M.C.; OLIVEIRA M.H.B.; ROCHA I.R.O.; BEGTSON K.L.; ROCHA C.R.O.; FEITOSA JUNIOR D.J.S.

Laboratório de Cirurgia Experimental (LCE), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA

Contexto: A punção vascular é uma habilidade médica fundamental que reúne uma série de destrezas de cunho técnico e anatómico de seu executor e representa um momento crítico dos procedimentos de acesso vascular, pois não é isenta de potenciais riscos e complicações, mesmo em mãos treinadas, como pneumotórax e hemotórax. **Objetivo:** Desenvolver um modelo de baixo custo, com fins educacionais, para treinamento de punção ecoguiada. **Método:** O fantasma é feito com uma adaptação de gel balístico utilizando água, gelatina e glicerina. Para os vasos sanguíneos, são utilizados tubos de látex (drenos Penrose) para veias e politetrafluoretileno (PTFE) para artérias. Estes são preenchidos com gel incolor e fixados no manequim. Por fim, deve-se refrigerar o molde já com a mistura, por 6 horas. **Resultados:** No modelo proposto foi possível treinar habilidades de punção ecoguiada. As imagens obtidas utilizando o fantasma são de alta qualidade quando comparado com a anatomia sonográfica normal. **Conclusão:** Este modelo é uma alternativa didática e viável economicamente para a realização de treinamento de punção ecoguiada.

O-239

MODELO ARTESANAL PARA TREINAMENTO DE ACESSO VASCULAR PERIFÉRICO

ALVES A.M.N.; BRITO M.V.H.; YASOJIMA E.Y.; OLIVEIRA M.H.B.; ROCHA I.R.O.; BENGTON K.L.; RODRIGUES F.M.S.

Laboratório de Cirurgia Experimental (LCE), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA

Contexto: O acesso vascular é o procedimento mais comum realizado entre pacientes hospitalizados. Assim, na tentativa de minimizar complicações e aliar conhecimento técnico ao conhecimento teórico, os modelos de simulação são capazes de oferecer um ambiente seguro para profissionais em formação e evitar os dilemas éticos de treinamento direto em pacientes. Com esse objetivo, surgiram diversos manequins de treinamento, mas devido ao seu alto custo eles não são acessíveis a todos, e com frequência os profissionais em formação da área da saúde realizam procedimentos sem que tenham um treinamento prévio. **Objetivo:** Desenvolver um modelo de ensino e treinamento de acesso vascular periférico, utilizando um modelo de baixo custo para fins educacionais. **Método:** Para reproduzir a via periférica de acesso, utilizou-se um macarrão de polietileno com equipes de infusão, com uma extremidade em fundo cego e a outra conectada a duas bolsas de 500 mL de soro fisiológico acrescido de corante. A bolsa foi instalada em um suporte metálico. **Resultado:** O formato sugerido para o modelo apresentou semelhança com a anatomia do antebraço simplificada. O modelo se mostrou prático na punção e, devido à sua extensão, tem-se a possibilidade de puncionar diversas vezes o mesmo modelo, facilitando o treinamento. **Conclusão:** O modelo proposto permite o treinamento de acesso vascular periférico, sendo uma alternativa de baixo custo que pode ser utilizada para fins educacionais.

O-240

MÚLTIPLOS ANEURISMAS EM MEMBROS INFERIORES ASSOCIADO A SINTOMAS DE MÁ PERFUSÃO ARTERIAL: RELATO DE CASO

PEREIRA L.A.; MORREALE S.; FERNANDES R.F.M.; SANTOS P.M.; FERREIRA L.M.; HADDAD A.P.K.; GALEGO S.J.; CORREA J.A.

Faculdade de Medicina do ABC, Santo André - SP

O aneurisma de artéria poplítea é o aneurisma periférico mais frequente e se manifesta em geral com sintomas de isquemia por trombose ou embolia. Os aneurismas de poplítea são raros, porém representam 70% de todos os aneurismas periféricos. Predominam no sexo masculino (95-100%) e são bilaterais em 50% dos casos. Quando bilaterais 70% dos doentes apresentam também AAA. VSS, masculino, 71 anos. QD: dor em joelho direito há 5 meses. Há 2 anos paciente apresentava cansaço em membro inferior (MI) direito que evoluiu para dor e presença de tumoração pulsátil em joelho direito há 5 meses quando foi admitido no H. Anchieta para investigação. O paciente trazia consigo o resultado de Doppler arterial de MID que evidenciava aneurisma de artéria femoral superficial no canal de Hunter envolvendo a artéria poplítea com trombo mural medindo 5,5 cm. Referia: HAS, hipercolesterolemia, nagava tabagismo e etilismo. No momento de sua admissão apresentava no EF presença de veias varicosas em MMII, CEAP 3. Pulsos presentes: hiperpulsáteis em artérias poplíteas (+4/+4) e em artérias pediosas e tibias posteriores (+3/+4 em ambas). Para investigar outros possíveis aneurismas, foram solicitados Doppler arterial de MIE e uma angiogramografia de MMII e abdome. O Doppler arterial de MIE evidenciou artéria poplítea pérvia, com presença de aneurisma de 3,26 cm no diâmetro máximo, parcialmente trombosado. A angiogramografia mostrou dilatação aneurismática da ilíaca esquerda com diâmetro máximo de 2,9 cm, calcificação parietal de artérias femorais e artérias poplíteas apresentando dilatação aneurismática parcialmente trombosada de 5,5 cm à direita e de 3,6 cm à esquerda. Foi indicada a correção cirúrgica aberta do aneurisma da artéria poplítea direita com revascularização da artéria poplítea com derivação de veia safena magna invertida e ligadura do aneurisma com boa evolução pós-operatória. Importante alertar para o diagnóstico dessa doença que, muitas vezes silenciosa, pode levar a quadro de oclusão arterial aguda com perda do membro. Na suspeita um exame inóculo como o Doppler pode fazer o diagnóstico e prevenir complicações maiores, a indicação de tratamento se faz para aneurismas de 2 cm assintomáticos porém com trombo mural ou maiores que 2 cm, devido ao risco de trombose e embolia.

O-241

NECROBIOSE LIPOÍDICA DIABETICORUM

PIRES G.L.O.; LUTTERBACH A.C.T.M.; MELO B.M.; RODOVALHO L.F.F.; BARROS J.W.S.; LIMA FILHO A.V.; LINS E.M.; VASCONCELOS P.R.C.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Faculdade Pernambucana de Saúde; Hospital da Restauração, Recife - PE

Contexto: A necrobiose lipoidica diabeticorum (NLD) é uma dermatite granulomatosa crônica, rara e idiopática, primeiro diagnosticada em 1929 por Oppenheim, afetando preferencialmente os membros inferiores e com alta associação ao diabetes mellitus. **Objetivo:** Relatar um caso de NLD com boa resposta clínica à corticoterapia. **Métodos:** A partir da análise de dados do prontuário e consultas subsequentes. **Resultado:** APPN, 31 anos, feminina, hipertensa, com história de diabetes mellitus, mal controlado com hipoglicemiantes orais, de início há 8 meses, evoluindo, após 3 meses do diagnóstico, com lesões pruriginosas, dolorosas, discóides, hiperpigmentadas, centro atrófico, com tendência a confluência, após depilação em regiões pré-tibiais. Foram realizados internamentos para investigação e tratamento de infecção secundária. Observou-se progressão das lesões com drenagem de secreção gordurosa e linfática por múltiplos orifícios, com exames negativos para vasculites, colagenoses e tuberculose, sendo realizado biópsia incisional. O laudo histopatológico evidenciou: dermatite granulomatosa ulcerada com áreas de necrose coliquativa, sugestiva de NLD. Optado por corticoterapia sistêmica e tópica, controle glicêmico, atividade física regular, e terapia nutricional individualizada, havendo melhora das lesões. Essa doença ocorre em 0,3% dos diabéticos, principalmente em mulheres e sua etiologia e a fisiopatogênese não estão definidas. O diagnóstico é essencialmente clínico, e, em casos duvidosos, pode-se realizar biópsia. Frequentemente, as lesões acometem os membros inferiores em regiões pré-tibiais e podem ser dolorosas, especialmente se ulcerar ou infectar. O estudo microscópico evidencia degeneração do colágeno, inflamação granulomatosa do tecido subcutâneo e de vasos sanguíneos. Historicamente, o tratamento tem sido um desafio, uma vez que há poucos resultados satisfatórios. Sua terapia inicial envolve medidas comportamentais, corticoterapia tópica, intralesional e/ou sistêmica. Em casos mais graves ou refratários, pode-se utilizar antiagregantes plaquetários, ciclosporina, talidomida, terapia fotodinâmica, hidroxiquinona, tracolimus e infliximab. Em até 20% dos casos há remissão espontânea. **Conclusão:** NLD anseia por estudos que esclareçam e propiciem ferramentas mais resolutivas para o tratamento. Felizmente, a paciente em questão apresentou-se com resposta satisfatória à terapia proposta, com remissão quase completa de suas lesões.

O-242

NEOPLASIA GÁSTRICA AVANÇADA EM PACIENTE ADMITIDO COM OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DE MEMBRO INFERIOR: RELATO DE CASO, HOSPITAL HELIÓPOLIS - SP

GOMES NETO D.S.; MACEDO V.S.O.; MATHIAS U.U.M.; COSTA R.F.B.; ROSCHEL T.G.; SAPUCAIA R.L.P.C.B.

Hospital Heliópolis, São Paulo - SP

O aumento da expectativa de vida da população mundial traz consigo um aumento também na ocorrência de doenças mais frequentes em faixa etária mais elevada, como por exemplo as neoplasias. A doença neoplásica pode ser precedida ou até mesmo manifestar-se concomitantemente com sinais e sintomas variados e sistematizados que compõem a chamada síndrome paraneoplásica (SPN). Embora sua etiologia ainda seja obscura, é demonstrado em diversos estudos a existência de eventos vasculares atribuídos à SPN, sendo os mais comuns: tromboembolismo venoso e as oclusões arteriais agudas. No caso em questão a causa foi atribuída a neoplasia diagnosticada a posteriori. Paciente do sexo masculino, 77 anos, desnutrido, ex-tabagista 54 anos-maço, em pós-operatório tardio de gastrectomia subtotal por úlcera gástrica perfurada há 30 anos. Foi admitido no pronto socorro com dor e resfriamento de membro inferior esquerdo, iniciados há 1 semana, com piora progressiva. À arteriografia foi evidenciada embolia no segmento poplíteo esquerdo. Paciente submetido a embolectomia com sucesso e mantido em heparinização plena no pós-operatório. Evoluiu com piora da perfusão distal a partir do 3º DPO, sendo realizada angiogramia abdominal e de membros inferiores: Aorta de calibre normal, sem dilatações ou irregularidades; artérias ilíacas tortuosas, com oclusão abrupta da A. ilíaca comum esquerda; como achado adicional, foram identificadas múltiplas lesões hepáticas sugestivas de metástases. Paciente mantinha as artérias poplíteas e tibiais pérvias. Evoluiu com isquemia irreversível de pododáctilos com progressiva delimitação. Solicitadas endoscopia digestiva alta, colonoscopia e ressonância de abdome para investigação do sítio primário, sendo por fim identificado em biópsia endoscópica adenocarcinoma pouco diferenciado em gastroenteroanastomose e adenocarcinoma do tipo intestinal em esfago distal. Marcadores tumorais (CEA, CA19-9, CA 72-4) encontravam-se elevados. O paciente foi submetido a implante de portocath e transferido à oncologia para início da quimioterapia. A insuficiência arterial aguda de causa embólica depois de tratada deve ser sempre investigada para a detecção da causa. As neoplasias devem ser consideradas como causa de oclusão arterial aguda, ainda que tal etiologia não seja a mais frequente.

O-243

NOVO MÉTODO FÍSICO-QUÍMICO PARA TRATAMENTO DE PÉ DIABÉTICO INFECTADO

TARDIVO J.P.; CORREA J.A.; PINHAL M.A.S.; BAPTISTA M.S.

Faculdade de Medicina do ABC, Santo André - SP; Instituto de Química, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP

Contexto: Alta prevalência de diabetes na população e altos índices de úlceras nos pés devido neuropatia periférica. Essas úlceras, quando agravadas por infecção, levam a quadros clínicos graves. As úlceras nos pés são documentadas como precedentes em aproximadamente 85% de todas as amputações diabéticas. **Objetivo:** Avaliar novo método físico-químico para tratamento de pé diabético infectado. **Método:** 279 pés infectados de pacientes diabéticos, atendidos no Ambulatório do Hospital Anchieta FMABC, período de 2011-2016. Nenhum paciente com sinais de isquemia periférica. Todos tratados com Terapia Fotodinâmica, sendo utilizados como foto-antimicrobianos os fenotiazínicos azul de metileno e toluidina a 1% e fonte de irradiação LED 630 nm e fibra óptica FASA. Sessões semanais e ambulatoriais até o desfecho. **Resultados:** Cicatrização total das úlceras em 190 pés (68.10%). Amputações em 13 (4.65%). Em 116 pés tratados (41.57%), havia osteomielite. Remissão da osteomielite em 98 pés (84.48%); 4 pés (3.45%) sofreram amputação e 14 (12.06%) não cicatrizaram apesar da remissão da infecção. Não houve recidiva de osteomielite nos pés tratados. **Conclusão:** Pacientes com boa perfusão periférica, apesar do quadro clínico infeccioso grave, mesmo com a presença de osteomielite, se beneficiaram desse novo método de tratamento, tendo suas feridas curadas. Essa metodologia evita a indução de cepas bacterianas resistentes, combate bactérias resistentes a antibióticos e é toda ambulatorial. Evita o cruzamento de infecção hospitalar e garante melhor qualidade de vida ao paciente.

O-244

O PAPEL DA ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DOENÇA OCLUSIVA AORTOILÍACA

CHACON A.C.M.; SOARES R.A.; MATIELO M.F.; CURY M.V.M.; BROCHADO NETO F.C.; TANAKA C.M.; CARVALHO B.V.P.; SACILOTTO R.

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo - SP

Contexto: A artéria femoral profunda (afeprof) é conhecida por ser a mais importante do membro inferior, principalmente na irrigação da coxa, e na colateralização com eixo poplíteo assegurando um adequado suprimento sanguíneo para a perna. Porém, existem poucos estudos na literatura acerca do papel da afeprof nas angioplastias aortoilíacas (AAOI), principalmente em relação as estimativas de salvamento de membro (ESM) e perviades, quando da oclusão da artéria femoral superficial (afesup). **Objetivo:** Avaliar as ESM, perviade de primária (PM) e secundária (PS) e sobrevida (SB) dos pacientes submetidos a AAOI, na vigência da perviade das 2 artérias femorais, ou somente da afeprof, com oclusão da afesup. **Métodos:** Coorte retrospectiva, consecutiva, de pacientes com claudicação limitante e/ou isquemia crítica (IC) submetidos a AAOI do período de janeiro de 2008 até julho 2016. Foram identificados dois grupos de pacientes: grupo 1 (oclusão de afesup e perviade da afeprof) e grupo 2 (perviade da afesup e afeprof). Análises realizadas em 1800 dias. **Resultados:** Foram analisadas 69 AAOI, sendo 22 no grupo 1 e 37 no grupo 2. A média de idade foi de 65,8 anos. A prevalência do sexo masculino foi de 55,1%. As comorbidades mais prevalentes foram: hipertensão (85,5%), diabetes (49,3%) e tabagismo (60,9%). A principal indicação para angioplastia foi IC (76,8%), com predominância da classificação Rutherford 5 em 57,9%. Cerca de 81,3% apresentavam risco cardiológico elevado. Em relação as AAOI houve prevalência da artéria ilíaca comum (86,9%), sendo o kissing stent em 18,8%. Houve implante de stents em 97%, com predomínio do stent balão expansível (89,7%). O TASC B foi o mais prevalente (43,5%). Os dois grupos não apresentaram diferença estatística em relação as variáveis clínicas e cirúrgicas, exceto pelo índice tomoezelo-braquial pós-operatório, maior no grupo 2 (p = 0,003). As ESM nos grupos 1 e 2 respectivamente foram de 86,1% e 91,3% (p = 0,60). As estimativas de PM e PS em ambos os grupos 1 e 2 foram de 80,2%; 97,6% e 82,3%; 84,7% (p = 0,80/0,10). As estimativas de SB foram nos grupos 1 e 2 respectivamente de 74,8% e 78% (p = 0,80). Foi realizada a classificação de Bollinger nos grupos 1 (41,6) e 2 (17,6), demonstrando pior índice de escoamento no grupo 1. **Conclusão:** A afeprof como única artéria de escoamento da AAOI apresenta resultados semelhantes em relação as ESM e perviades, quando comparado ao escoamento pelas 2 artérias femorais, mesmo com pior score de Bollinger.

O-245

O PAPEL DA CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS NO TRAUMA VASCULAR DE EXTREMIDADES: REVISÃO EM LITERATURA

ARRUDA A.C.B.; SILVA A.M.; LUCENA G.L.F.; LEITE FILHO G.A.A.; SENA I.M.; MACHADO J.R.M.; CORNÉLIO T.R.M.; TRAJANO A.D.

Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - PB; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL

A definição de controle de danos no trauma utilizada em cirurgia visa primariamente reestabelecer os parâmetros fisiológicos no paciente em instabilidade hemodinâmica, postergando a correção anatômica definitiva para um segundo tempo cirúrgico. A tática foi desenvolvida com o objetivo de evitar a chamada tríade letal: hipotermia, acidose e coagulopatia, nas quais o trauma vascular, que resulta em hemorragia, continua sendo a principal causa de morte. Foi realizada revisão sistemática considerando nas bases de dados PubMed, SciELO, MEDLINE, durante os anos, de 2007 e 2017. Não houve restrição de idioma na busca e foram utilizados os seguintes descritores "damage control surgery" e "damage control surgery for vascular trauma of extremities". O desfecho será todo paciente que foi submetido à técnica de controle de danos nas lesões de extremidades. Dos 33 artigos encontrados na pesquisa 5 (15,15%) foram analisados com uma amostra total de 62 pacientes. Foi observado como principal ferramenta para cirurgia de controle de danos em trauma de extremidades a colocação de shunts intravasculares temporários, sendo sua principal indicação a redução do tempo de isquemia com reperusão de extremidades. Todos os artigos relataram que o tempo ideal para a reparação definitiva das lesões após inserção dos shunts seria de 24 horas, evitando-se assim complicações como trombose e amputação, entretanto, dois artigos relataram cirurgia reparadora sem complicações após 52 horas de colocação do shunt e um artigo relatou oclusão arterial após esse período, resultando em amputação do membro. Foram observadas também significativas reduções nas taxas de fasciotomias (65,7%), menor número de operações de repetição (52%) e menor tempo de internação hospitalar e taxa de amputação. A incidência real de complicações relacionadas com shunt tem sido baixa, entre as principais complicações estão deslocamento, oclusão, infecção, hemorragia e trombose. O conceito de cirurgia abreviada e o conhecimento das técnicas de controle de danos cirúrgicos em trauma vascular vêm aumentando na tentativa de reduzir a mortalidade em politraumatizados. Entretanto, ainda é necessário a percepção adequada das técnicas pelos profissionais, o monitoramento efetivo do paciente e a análise de resultados a longo prazo dos pacientes que se beneficiaram dessa técnica.

O-246

O QUE ACONTECE QUANDO O ÓSTIO DA ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA É COBERTO DURANTE ANGIOPLASTIA: RELATO DE CASO

OLIVEIRA M.B.; BOTELHO F.E.; KOPKE A.G.C.; ANDRADE C.G.S.; CANÇADO G.H.G.M.; ZILLE G.P.; COSTA J.S.P.; FORTES R.

Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Belo Horizonte - MG

Paciente IMSA, 68 anos, diabética, hipertensa, ex-tabagista, apresentando úlcera crônica de origem mista em perna direita. Foi submetida à escleroterapia ecoguiada com espuma em tributárias varicosas de membro inferior direito (MID) em 06/04/2017. Evoluiu com piora do aspecto da lesão, além de dor em repouso. Reinteração em 25/06/17, iniciada antibioticoterapia e programada angioplastia. Duplex scan prévio (06/06/16) mostrando oclusão arterial femoropoplíteia bilateral, seqüela de trombose venosa profunda em femoral direita, safenectomia magna radical direita. Em 26/06/17 arteriografia evidenciou oclusão de artérias femoral superficial (AFS), poplíteia (AP) e tronco tibiofibular, com recanalização de artérias tibial anterior, tibial posterior (ATP) e fibular (TTF) em terço proximal. Realizada angioplastia com stent de toda AFS, AP e angioplastia com balão de TTF e ATP. Arteriografia de controle com escoamento lento de contraste. No 1º dia pós-operatório houve melhora parcial da dor de repouso em MID e melhora discreta do índice tornozelo braquial. Já o Duplex scan arterial evidenciou estenose intra-stent em origem de AFS. Optado por nova intervenção cirúrgica no mesmo dia, realizada angioplastia com stent de AFC e AFS, com cobertura do óstio da artéria femoral profunda (AFP). Paciente evoluiu com melhora completa da dor em repouso e evolução satisfatória do aspecto da ferida. Pulso ATP 2+, ITB 1,0. Controle ambulatorial após 1 mês evidenciando melhora importante do aspecto da ferida, manutenção de pulso amplo em ATP. Duplex scan arterial mostrando aumento de velocidade em óstio de AFP, porém sem causar repercussão hemodinâmica. Paciente iniciou há anos quadro de úlcera venosa com componente arterial importante, sendo necessária a revascularização do membro para cicatrização da ferida. Apesar de a lesão ser considerada TASC D, optou-se por tratamento endovascular devido à ausência de enxerto venoso para by-pass. Após a primeira angioplastia o resultado não foi muito satisfatório. O Duplex scan arterial do 1º DPO sugeria estenose de origem de AFS. Optou-se por nova intervenção, com implante de stent na AFC e AFS, com cobertura do óstio da AFP. O resultado foi satisfatório. Controle ambulatorial após 1 mês evidenciando melhora importante do aspecto da ferida, manutenção de pulso amplo em ATP. Duplex scan arterial mostrando aumento de velocidade em óstio de AFP, porém sem causar repercussão hemodinâmica.

O-247

O USO DA ENPROTESE AFX NO REPARO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL ESCOLA

OLIVEIRA C.H.; REIS NETO F.; MIQUELIN D.G.; REIS L.F.; LEITE A.M.; SILVA G.L.; BRANDÃO A.M.; RAYMUNDO S.R.O.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São Paulo - SP

Contexto: A endoprótese AFX é utilizada para tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal sendo a única endoprótese de baixo perfil com fixação anatômica na bifurcação da aorta. **Objetivo:** Analisar o uso da endoprótese AFX nos últimos cinco anos em um hospital universitário. **Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente de junho de 2012 a maio de 2017, 131 prontuários de pacientes submetidos à correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal com a endoprótese AFX. Foram avaliadas as comorbidades, volume de contraste utilizado, tempo de cirurgia, tempo de internação e complicações pós-operatórias. **Resultados:** As comorbidades mais prevalentes na população estudada foi HAS (75%) seguido de tabagismo (62%). O tempo cirúrgico médio foi de 160,13 minutos. O volume médio de contraste utilizado foi de 238 mililitros. O tempo médio de internação foi de 4,06 dias. A mortalidade apresentada no estudo foi de 14,5%, e a principal causa foi sepse de foco pulmonar e a mortalidade relacionada à endoprótese foi de 2,4 % (dois pacientes com isquemia aguda de membro e um paciente com choque hipovolêmico). No acompanhamento tardio, houve perda de seguimento de 10 pacientes, sendo avaliados 121 pacientes. O aparecimento de endoleak foi de 8% sendo o mais prevalente o tipo II (60%), seguido do tipo I (30%), tipo III (10%) e tipo IV (10%). Necessitaram de nova abordagem endovascular os pacientes que apresentaram endoleak tipo I e III. **Conclusão:** O tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal com a endoprótese AFX mostrou-se eficaz por ser uma técnica rápida, prática e segura no serviço estudado.

O-248

OBESITY AND WORSENING OF CHRONIC VENOUS DISEASE AND JOINT MOBILITY

BELZACK S.Q.; BELCZAK C.Q.; GODOY J.M.P.; RAMOS R.N.; GOMES W.C.; BERNARDI W.H.; CAFFARO R.A.; CASTELLI JÚNIOR V.

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São Paulo - SP; Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá - PR; Hospital Central, Santa Casa de São Paulo, São Paulo - SP

Background: Obesity may worsen chronic venous disease and joint mobility. **Objective:** The aim of this study was to investigate a possible relationship between obesity and decreased mobility of the talocrural joint and in turn chronic venous disease. **Methods:** One hundred obese patients recruited at Hospital Santa Casa de Maringá - PR were enrolled by order of arrival at the hospital in a randomized quantitative cross-sectional study. Inclusion criteria were patients with a body mass index above 30 kg/m² and the exclusion criteria were infectious conditions that would interfere with the assessment. Patients were graded according to the clinical, etiological, anatomical and pathophysiological classification. Talocrural goniometry was performed to assess the degree of mobility of the legs. The Kolmogorov-Smirnov normality test, Kruskal-Wallis test, Dunn's Multiple comparison test and analysis of variance were used for statistical analysis tests with an alpha error of 5% being considered acceptable. **Results:** The increase in body mass index is correlated to the reduction in joint mobility (Kruskal-Wallis test: $p < 0.0001$) and increase in clinical, etiological, anatomical and pathophysiological classification is correlated to a decrease in joint mobility and the increase in age is associated with an increase in clinical, etiological, anatomical and pathophysiological classification (Kruskal-Wallis test: $p < 0.0001$). **Conclusion:** Obesity is associated with deterioration in joint mobility and worsening of chronic venous disease.

O-249

OBSTRUÇÃO ARTERIAL AGUDA CASUÍSTICA HSF/HPB - RIBEIRÃO PRETO CASOS DO ANO DE 2015 E 2016

GUIMARÃES D.C.; LAPEZAC R.K.; MARQUES F.A.L.; CHERUBIM FILHO C.A.; ALMEIDA L.T.; GERMANI NETO J.; CISCATO JÚNIOR J.G.; MENDONÇA L.R.

Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto; Hospital São Francisco, Ribeirão Preto - SP

Contexto: A obstrução arterial aguda (OAA) é uma síndrome clínica de início súbito causada pela diminuição da perfusão tecidual com risco de perda do membro e complicações sistêmicas. As principais causas são a embolia, a trombose e os traumas vasculares. Manifesta-se de maneira abrupta com dor, paralisia, parestesia, ausência de pulsos, frialdade. O diagnóstico é clínico e a conduta na maioria das vezes cirúrgica deve ser tomada o mais rápido possível. A OAA é cada vez mais prevalente já que a expectativa de vida tem aumentado e com isso as cardiopatias emboligênicas. **Objetivos:** Relatar a experiência do serviço de cirurgia vascular e endovascular dos hospitais Beneficência Portuguesa e São Francisco em Ribeirão Preto. Descrevendo as características dos pacientes e as complicações. **Métodos:** Estudo retrospectivo por meio da análise de prontuários de 2015 e 2016 dos pacientes submetidos a tromboembolotomia (n = 56). Os pacientes incluídos no estudo foram submetidos a cirurgia após exame clínico com diagnóstico de OAA por embolia. **Resultados:** Os dados obtidos permitem afirmar que a OAA é uma entidade comum cuja a principal causa, nesta casuística, foi embolia de foco cardíaco. Dentre as comorbidades presentes, a hipertensão arterial é a mais prevalente (42%). Os homens foram mais acometidos (54%), assim como os pacientes com mais de 70 anos de idade (54%). Os membros inferiores são quase a totalidade dos casos (89%). **Conclusão:** O diagnóstico clínico precoce associado a pronta intervenção cirúrgica nos casos de OAA são os principais aliados no tratamento desta entidade, auxiliando na preservação da extremidade e diminuindo a repercussão sistêmica do processo de isquemia e reperfusão. As principais complicações do pós-operatório são clínicas tendo em vista as comorbidades frequentemente encontradas.

O-250

OCCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DIAGNOSTICADA COMO INSUFICIÊNCIA ARTERIAL CRÔNICA

CAMARGO JÚNIOR O.; ANDRADE V.D.M.; ABREU M.F.M.; PERSEGUIM A.B.; NASCIMENTO P.C.; FERRARI A.L.L.; VIARENGO G.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Na oclusão arterial aguda ocorre interrupção repentina do fluxo sanguíneo com repercussão isquêmica importante nos órgãos irrigados pelos vasos ocluídos, tendo como principal causa a embolia, trombose e o trauma. Os sintomas são imediatos sempre levando o paciente a procura de um atendimento médico. Na insuficiência arterial crônica a oclusão da circulação tem como principal causa a aterosclerose, responsável por mais de 90% dos casos, apresentando um quadro clínico insidioso, caracterizado por fases distintas desde assintomático até lesões tróficas importantes. As doenças inflamatórias são menos frequentes, porém, podendo também levar a quadros isquêmicos importantes. Paciente do sexo masculino, 74 anos, foi encaminhado ao PS do hospital com quadro de gangrena úmida em 40 e 50 pododáctilo de pé esquerdo, referindo apresentar lesão no local há aproximadamente 60 dias. Ao exame apresentava pulso femoral E palpável e demais ausentes e ITB falso. Paciente internado e submetido a amputação de 40 e 50 pododáctilos. Apresentou melhora da dor e da infecção com tecido de granulação na ferida operatória. Paciente retorna no 240 pós-operatório com necrose e infecção na ferida operatória. Submetido a desbridamento cirúrgico. No pós-operatório paciente evoluiu com necrose de borda de ferida operatória, sendo indicado exame angiográfico. No exame angiográfico apresentava oclusão de artéria poplítea na linha articular com reabite em tronco tíbio-fibular sendo então programada revascularização fêmoro-poplítea distal. No procedimento cirúrgico foi dissecado acesso proximal em artéria poplítea supra-patelar e acesso distal em artéria poplítea infra-patelar. Feito arteriotomia em artéria poplítea infra-patelar com saída de trombo organizado no local da incisão, feito então retirada do coágulo com pinça e saída de fluxo em jato de artéria poplítea. Optado por colocação de patch de veia safena no local da incisão com pulso pré e pós incisão. Paciente evoluiu com melhora da dor e da infecção no pós-operatório recebendo alta no 40 dia pós-operatório. A oclusão arterial aguda apresenta sintomas exuberantes sendo a dor o principal deles, porém, eventualmente se o paciente não apresentar tal sintoma, provavelmente por apresentar circulação colateral, o diagnóstico pode ser retardado e tratamento pode ser comprometido.

O-251

OCCLUSÃO ARTERIAL AGUDA EM MEMBRO SUPERIOR: REVASCULARIZAÇÃO COM ENXERTO SINTÉTICO EM PÓS-OPERATÓRIO DE EMBOLECTOMIA

CARVALHO NETO C.A.; FIGUEIRÊDO B.L.; MAGALHÃES L.R.O.; LEITE G.S.; SILVA A.P.; MOREIRA J.V.; BEZERRA F.M.P.; GONÇALVES L.A.

Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho - RO; Instituto Doutor José Frota (IJF); Hospital da Restauração, Recife - PE

Contexto: A oclusão arterial aguda é uma condição em que ocorre redução súbita do suprimento sanguíneo aos tecidos que, como consequência, resulta em isquemia em intensidades variáveis até a necrose. As causas principais da oclusão são trombose, embolia e vasoespasmismo sem obstrução mecânica que, dependendo do local acometido e extensão, definirá o grau de isquemia e viabilidade do segmento corporal associado. A oclusão arterial aguda apresenta um potencial grave, com alta morbidade que podem evoluir para amputação do membro acometido e morte. **Objetivo:** Há como objetivo relatar um caso de oclusão arterial aguda em adulto abordado com tratamento cirúrgico de emergência por embolectomia e posteriormente revascularização do membro superior com técnica aberta e enxerto sintético devido a complicação trombótica. **Métodos:** Fram coletados dados e informações de prontuário médico e pesquisa bibliográfica em base de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Embase para para embasar o caso da paciente, 53 anos, sexo feminino, atendida e internada no Hospital da Restauração de Pernambuco apresentando quadro de hipotermia e cianose de mão e quirodáctilos esquerdos associada a claudicação prévia do membro há vários dias. Inicialmente abordado cirurgicamente com tromboembolectomia do membro superior esquerdo e evoluiu precocemente com trombose local e ausência de pulsos periféricos. Optado por estudo angiográfico para definição de terapêutica. **Resultados:** No 40º pós-operatório foi submetido a revascularização com by-pass carotídeo-axilar com enxerto sintético e, após 48 horas do procedimento, a paciente obteve alta hospitalar com pulsos periféricos presentes e assintomática. **Conclusão:** A oclusão arterial aguda tem como sinais e sintomas de hipoperfusão tecidual dor, hipotermia, parestesia, paralisia, ausência de pulsos que pode progredir para anestesia e perda da função motora nos casos mais graves. O diagnóstico é eminentemente clínico e com exames de imagem, como arteriografia, a qual é útil para melhor planejamento cirúrgico do caso. Deve-se destacar a importância da precocidade no diagnóstico a fim de que tenha uma intervenção imediata e um melhor prognóstico em relação à viabilidade do membro acometido e, assim, com menor mortalidade do paciente.

O-252

OCCLUSÃO DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA POR COMPRESSÃO DE COSTELA CERVICAL: RELATO DE CASO

SILVA A.M.; ARRUDA A.C.B.; SENA I.M.; FERREIRA S.R.C.; LEITE P.H.C.M.; MACHADO J.R.M.; CORNÉLIO T.R.M.; ROCHA J.K.S.L.; NOGUEIRA M.R.S.

Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - PB; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL

A Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) tem etiologia na compressão de estruturas neurovasculares por variações anatómicas ou estruturas anômalas. Os sintomas neurológicos como dor e parestesia e os arteriais, como oclusão arterial aguda, são desencadeados por posições que comprimam o feixe vaso-nervoso na saída do tórax. O espaço da saída torácica pode ficar ainda mais restrito com a presença de uma costela cervical e, nesse caso, os sintomas costumam prevalecer. Más formações podem estar presentes em patologias congênitas, como a Síndrome de Rokitsky, que causa agenesia mulleriana. É uma condição incomum e apresenta-se em três formas, sendo a terceira envolvendo malformações ósseas. Relato de caso baseado em anamnese, exame físico e exames complementares. MEL, 48 anos, sexo feminino, branca. Há 5 meses iniciou com claudicação, parestesia, diminuição da temperatura local e cianose em membro superior direito (MSD), que piora com a elevação, levando a incapacidade funcional. Foi diagnosticada aos 23 anos com a Síndrome de Rokitsky. Devido aos sintomas, procurou um angiologista que, ao exame físico observou diminuição do pulso periférico e redução da força do membro. Foi solicitada uma angiotomografia computadorizada com contraste do tórax e do MSD, que mostrou um espessamento da artéria subclávia direita, desde o seu terço médio, até a artéria axilar e braquial e falha de enchimento na fase arterial, compatível com trombo. Além da presença de costela cervical. Este achado predispõe a compressão da subclávia e é a causa da trombose, junto a compressão do plexo braquial, caracterizando a SDT. A paciente foi encaminhada a cirurgia no Hospital da Unimed, iniciou terapia com Rivaroxabana 20 mg uma vez a noite. Realizada angioplastia com implante de stent acedido de trombólise local. Evoluiu com melhora dos sintomas e pulsos periféricos palpáveis, mantendo-se medicação. Angiorressonância de região cervico-torácica no 20º dia pós-operatório evidenciou discreta irregularidade na endoprótese e compressão por costela cervical à elevação do MSD. Foi encaminhada a cirurgia torácica e aguarda o procedimento em casa. O caso descrito relaciona duas síndromes bastante incomuns, com destaque para a SDT, que acomete diretamente estruturas vasculares e independente de etiologia, necessita de diagnóstico precoce e conduta adequada no intuito de alterar o curso da doença e minimizar as possíveis complicações.

O-253

OCCLUSÃO DE ENDOPRÓTESE DE AORTA APÓS TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ILÍACAS: RELATO DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

MARTINS I.M.; NEVES C.R.; PRETTE JÚNIOR P.R.; MAROUM J.J.; ALBUQUERQUE P.M.B.; FAGUNDES F.B.; GOMES C.F.A.; PINTO C.R.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

O tratamento do aneurisma de aorta abdominal e ilíacas por técnica endovascular é o método minimamente invasivo mais utilizado atualmente e em constante evolução. Sua utilização requer exaustivo planejamento pré-operatório. O acompanhamento pós-operatório com imagens rotineiras semestrais ou anuais são essenciais para certificação da eficácia do método, visto que a remodelagem da aorta propicia alterações na relação endoprótes/aorta, passíveis de reintervenção. As complicações relativas a esta técnica devem ser precocemente identificadas e tratadas. A oclusão precoce de ramos da endoprótese de aorta ocorre em 2,7 a 7,8% dos casos, variando de acordo com o tipo de endoprótese. A oclusão tardia de ramos ou total do corpo principal e seus ramos é muito rara não existindo dados na literatura atual que nos apresentem a incidência real das mesmas. Considerando-se oclusão total da endoprótese (corpo e ramo) o dispositivo monoilíaco é mais acometido que o bifurcado. O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de oclusão de endoprótese monoilíaca de aorta abdominal, ambos do sexo masculino, indicadas para tratamento de aneurisma de ilíaca comum. Os pacientes apresentaram sintomas de oclusão arterial subaguda no período pós-operatório tardio e foram submetidos a recanalização por técnica híbrida. Discutiremos a etiologia e abordagem cirúrgica utilizada. O relato deste tipo de evento é raro e sua resolução complexa, devendo ser discutido visando a otimização das condutas a serem tomadas.

O-254

OCCLUSÃO DE STENT FÊMORO POPLÍTEO

CAMARGO JÚNIOR O.; POSTAL G.P.; SANCHES V.C.; ABREU G.C.G.; GOLIN A.R.; CHEQUI M.T.M.; VIARENGO G.; VARGAS A.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas),
Campinas - SP

A oclusão arterial aguda e crônica de stent fêmoro-poplíteo pode ser causa de isquemia crítica dos membros inferiores. Na oclusão arterial aguda ocorre interrupção repentina do fluxo sanguíneo com repercussão isquêmica importante nos órgãos irrigados pelos vasos ocluídos, tendo como principal causa a embolia, trombose e o trauma. Na insuficiência arterial crônica a oclusão da circulação tem como principal causa a aterosclerose, responsável por mais de 90% dos casos, apresentando um quadro clínico insidioso, caracterizado por fases distintas desde assintomático até lesões tróficas importantes. Com o aumento da utilização de técnicas endovasculares no tratamento desse grupo de pacientes, devemos considerar a hiperplasia intimal, que pode ser responsável pela trombose do stent no diagnóstico diferencial. A utilização de trombolíticos pode não ser a melhor opção terapêutica nesses casos. Relatamos dois casos de oclusão de stent fêmoro-poplíteo, um caso com quadro de oclusão arterial aguda e outro com quadro de insuficiência arterial crônica. Um dos pacientes chegou ao PS do hospital com quadro de oclusão arterial aguda, sem referência de cirurgia anterior, foi submetido a embolectomia femoral com saída de grande quantidade de coágulos e boa perfusão no pós-operatório imediato. No primeiro pós-operatório o paciente apresentou nova oclusão no segmento fêmoro-poplíteo, tendo sido submetido a nova embolectomia e arteriografia pós-operatória com visibilização de stent fêmoro-poplíteo em artéria femoral superficial. No pós-operatório da segunda embolectomia houve nova oclusão, sendo então optado por ponte fêmoro-poplíteo com veia safena. O segundo paciente veio ao ambulatório de cirurgia vascular com quadro de lesão trófica em pé esquerdo com cirurgia endovascular em outro serviço e reoperação aberta após dois dias, cirurgias realizadas há dois anos. Paciente submetido a revascularização fêmoro-poplíteo com veia safena. Os dois pacientes tiveram boa evolução no pós-operatório com resolução do quadro isquêmico. A hiperplasia intimal é a principal causa de oclusão do stent que ocorre devido a distúrbios hemodinâmicos no local de sua formação. A necessidade da identificação precoce das lesões obstrutivas que possam colocar em risco as revascularizações é imperativo no acompanhamento desses pacientes, sendo a revascularização fêmoro-poplíteo com veia safena ou com prótese uma ótima opção.

O-255

OCORRÊNCIA DE LINFEDEMA EM PACIENTE COM A RARA SÍNDROME DE COSTELLO: RELATO DE CASO

FERREIRA K.C.M.; SILVA B.L.P.; RAMOS V.P.; MELONIO C.E.C.; VIEIRA C.B.; VIANA NETO R.E.; SILVA K.Q.; OLIVEIRA J.V.P.
Hospital Universitário, Universidade Federal do Maranhão (UFMA),
São Luís - MA

A Síndrome de Costello é uma doença congênita-metabólica e multisistêmica, extremamente rara, de etiologia indefinida e incidência desconhecida, com poucos casos descritos na literatura médica. Estima-se que a prevalência seja de 200-300 casos no mundo, desde sua primeira descrição em 1977. Embora não exista um tratamento terapêutico curativo, até o momento, o diagnóstico precoce permite um tratamento de suporte e contribui para que as crianças afetadas atinjam seu potencial. Essa pesquisa se justifica pela relevância dos impactos de uma síndrome rara subdiagnosticada na população pediátrica, bem como a carência de pesquisas na literatura mundial. Os dados utilizados neste trabalho foram obtidos por meio de revisão de prontuário, entrevistas com a equipe da cirurgia vascular e com o paciente, registro fotográfico e revisão de literatura, preservando os direitos do paciente quanto ao consentimento livre e esclarecido. Paciente FSD, 13 anos, masculino, em acompanhamento multiprofissional desde o nascimento, diagnosticado com cardiomiopatia hipertrófica e nefropatia. Nasceu de parto cesáreo por placenta prévia, trabalho de parto prolongado, RN nasceu cianótico, com baixo APGAR, porém não necessitou de cirurgia cardíaca. Falou com 4 anos e andou com 6 anos de idade. Tem edema crônico em membros inferiores desde os 5 anos. Faz uso regular de Propanolol, Captopril, Espironolactona, Prednisona, Furosemida. Ao exame físico: fâscias sindrômica, eunéico, hidratado, anictérico. Baixo peso e estatura (abaixo percentil 3), baixa implantação de orelhas, hipertelorismo, macroglossia, crânio dolicocefalo, pescoço curto, raiz nasal baixa, pectus carinatum. Edema importante em MMII (+++/4+), indolor, inelástico, sem cacifo, sem alteração de cor e temperatura, com pulsos presentes simétricos e bilaterais. Foi solicitado eco-Doppler colorido venoso dos MMII sendo excluída a etiologia venosa, direcionando à suspeita de linfedema crônico. Iniciou-se o tratamento conservador com modificações do estilo de vida (atividade física, meias compressivas, elevação de membros) cursando com melhora da dor e capacidade funcional, porém pouca regressão do edema. A presença de linfedema foge do quadro geral da síndrome. Esse fato torna o caso ainda mais relevante. Portanto, a abordagem vascular desse paciente constitui-se em um desafio terapêutico e os esforços empreendidos contemplam a esfera multidisciplinar.

O-256

OS LIMITES DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ANGIOLOGISTA E CIRURGIÃO VASCULAR NA PRÁTICA DA ESCLEROTERAPIA

RIZERIO R.L.; CRUZ A.C.

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador - BA

Contexto: Todo procedimento médico resulta em um contrato que vincula o profissional. O descumprimento danoso pode implicar em tripla esfera de responsabilidade: administrativa, penal e civil. Isto decorre da premissa jurídica segundo a qual, ocorrido o dano material, moral, estético, existencial ou mesmo a perda de uma chance, nasce o direito à indenização civil bem como enseja punições pelo órgão fiscalizador e Justiça penal, quando ato subsumível. Na esfera administrativa, as consequências vão desde uma advertência à perda da licença profissional. Na penal, perquire-se uma pena contra o infrator, inclusive de prisão. **Objetivo:** A presente pesquisa, contudo, tem como objeto os limites da responsabilidade civil do médico na prática de escleroterapia. A escolha se justifica por residir neste âmbito civil a maior causa da judicialização da medicina no mundo. **Método:** No Brasil, há dois sistemas regentes da responsabilidade civil. O primeiro é a responsabilidade subjetiva, que exige do autor uma conduta senão dolosa, ao menos culposa na causa do dano. Aplica-se nos casos de tratamentos de saúde ou estético-reparatórios. Nestes, o objeto primordial contratado é o procedimento. O segundo sistema é o da responsabilidade objetiva, aplicável aos procedimentos exclusivamente estéticos. Por estes, o profissional se compromete com a melhoria da aparência do indivíduo e responde por eventuais danos independentemente de culpa. Uma vez estabelecido o liame entre a conduta e o dano, consubstancia-se o dever indenizatório. **Resultado:** A análise jurisprudencial em curso demonstra que a prática da escleroterapia tem implicado em responsabilidade indenizatória não só em maior número, a cada ano, como em condenações mesmo sem qualquer culpa do angiologista. Os tribunais têm reconhecido, contudo, três limites para a configuração da responsabilidade: o fortuito externo, caracterizado por causas que fogem à esfera de controle do médico; o fato de terceiro, em infrações provocadas por agentes alheios à relação médico-paciente e; a culpa exclusiva da vítima, que ciente e advertida das eventuais consequências do ato assume o risco ou, inquirida sobre suas especificidades físicas, se omite. **Conclusão:** Entende-se assim que, o cuidado de informação, aconselhamento quanto à adequação do procedimento, bem como vigilância para evitar danos por imperícia e, sobretudo, fortuitos internos são meios hábeis a evitar a responsabilização civil do angiologista.

O-257

OS MODELOS PREDITIVOS DE EXPECTATIVA DE VIDA SÃO ÚTEIS NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO INFRA-POPLÍTEA?

TANAKA C.M.; CURY M.V.M.; SOARES R.A.; MATIELO M.F.; MELO L.S.B.S.T.; BROCHADO NETO F.C.; PECEGO C.S.; SACILOTTO R.

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo - SP

Contexto: Em pacientes com isquemia crítica de membros inferiores (ICMI) a avaliação pré-operatória é fundamental na escolha do método de revascularização. Por vezes, pacientes com baixa expectativa de vida não se beneficiam de qualquer abordagem cirúrgica, sendo manejados com conduta conservadora. Contudo, a identificação dos pacientes que apresentarão desfecho adverso ainda é um desafio. Nesse sentido, os modelos preditivos de expectativa de vida podem auxiliar nessa decisão terapêutica. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho de três modelos preditivos de expectativa de vida, aplicados a uma população de pacientes com ICMI submetidos, exclusivamente, a revascularização infra-poplíteo (Infra-Po). **Métodos:** Em um período de 4 anos (2009-2013), 134 pacientes foram submetidos a revascularização Infra-Po primariamente por angioplastia (n = 100) ou derivação arterial com veia (n = 34). Os dados clínicos e desfechos foram pesquisados retrospectivamente por consulta a registros médicos. Três modelos de expectativa de vida foram aplicados: BASIL 24 meses (B24), Prevent III modificado (mPIII) e Finnvasc. O desempenho de cada modelo foi avaliado através da área sob a curva ROC (ASC), com seu intervalo de confiança 95% (IC95%). O modelo preditivo foi considerado válido quando seu IC95% não englobava o valor 0.5. As análises incluíram a avaliação da expectativa de vida, acessada por curvas Kaplan-Meier e log-rank teste para o modelo preditivo com melhor desempenho. **Resultados:** A média de seguimento ambulatorial foi de 32.7±23.8 meses. No grupo total (n = 134) houve predominância de pacientes do sexo masculino (56.7%) e média de idade de 72±8.6 anos. Na indicação cirúrgica, predominaram as lesões Rutherford 5 (67.9%) com mediana de índice tornozelo-braço de 0.5 (0.1-1.0). O modelo mPIII foi o escore com melhor desempenho, apresentando valor de ASC de 0.57 (IC95% = 0.48-0.67), ao passo que os modelos B24 e Finnvasc apresentaram valores de 0.53 (IC95% = 0.42-0.64) e 0.51 (IC95% = 0.43-0.60), respectivamente. Utilizando o modelo mPIII, dois grupos de pacientes foram identificados: baixo risco (n = 56) e médio/alto risco (n = 78). Aos 36 meses, não houve diferenças nas estimativas de expectativa de vida entre esses grupos (baixo risco = 68.7% x médio/alto risco = 72.6%, p = 0.58). **Conclusão:** Na população estudada, nenhum dos modelos preditivos aplicados apresentou-se válido na avaliação da expectativa de vida.

O-258

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB) NO TRATAMENTO ADJUVANTE DE TRAUMA VASCULAR COMPLEXO DE MEMBRO SUPERIOR: UM RELATO DE CASO

SILVA G.S.A.; SILVA T.S.; BASTOS B.T.O.; CARMO T.S.; SAMPAIO NETO S.P.; ROCHA A.K.L.

Hospital Geral de Vitória da Conquista, Vitória da Conquista - BA; Hypermed Medicina Hiperbárica, Campinas - SP; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Itapetinga - BA

Traumas graves são a principal causa de morte na população masculina até a 4ª década de vida, em regra, determinando compromisso funcional da extremidade, com sequelas limitantes ou mesmo incapacitantes. O atendimento pré-hospitalar e uma equipe multidisciplinar capacitada são fundamentais para a redução da morbimortalidade associada. Nesses casos, as isquemias traumáticas agudas com lesões arteriais tronculares demandam, além da pronta revascularização do membro acometido, terapias adjuvantes. Trata-se de um relato de experiência em paciente jovem, vítima de trauma corto-contuso extenso em face medial de antebraço esquerdo, com síndrome isquêmica aguda. Foi submetido a exploração vascular com identificação e reparo de avulsão de artéria braquial, com interposição de enxerto autólogo (veia safena magna invertida), além de neurorafia do mediano. Evoluiu com oclusão precoce do enxerto, infecção de sítio cirúrgico e síndrome compartimental, demandando fasciotomia ampla e ligadura de artéria braquial distal. O membro evoluiu com compensação gradativa por colateralização. Indicada terapia adjuvante por oxigênio hiperbárico (TOHB). Relatar os benefícios precoces da OHB adjuvante, associada a coberturas especiais em trauma vascular complexo de membro superior revascularizado, precocemente ocluído, com salvamento da extremidade. Relato de caso (abordagem qualitativa) acompanhado entre os meses de junho a agosto de 2017, em dois centros de referência - cirurgia vascular e medicina hiperbárica - em município do sudoeste baiano. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico da evolução da lesão. A TOHB é uma modalidade adjuvante à técnica cirúrgica no tratamento de extremidades sob isquemia aguda, potencializando os resultados da tríade "revascularização, antibioticoterapia e cobertura especial", com benefícios qualificáveis. A OHB atua no processo cicatricial, possibilitando a redução do tempo de internação e a minimização dos danos teciduais, com eficácia e custo-efetividade. A OHB destacou-se como terapia complementar à revascularização, mesmo na vigência de oclusão arterial troncular, potencializando os efeitos da antibioticoterapia associada a curativos especiais, contribuindo para a efetiva cicatrização com redução da morbimortalidade e do risco ablativo no caso relatado.

O-259

PACIENTE COM MASSA ABDOMINAL GIGANTE ASSOCIADA A TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: RELATO DE CASO

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.

Hospital Regional de Araguaína, Araguaína - TO

A trombose venosa profunda é uma entidade clínica potencialmente grave, responsável por elevada morbimortalidade. O conhecimento dos principais fatores relacionados ao surgimento do processo trombótico é de vital importância na anamnese do paciente, tais como cirurgia prévia, imobilização por mais de três dias, neoplasias e uso de hormonioterapia com estrogênio associado a um quadro de dor e edema em membro unilateral. A investigação da causa é imprescindível, sempre que possível. Trata-se de um estudo observacional descritivo cujas informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registros dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e revisão de literatura. ADB, 45 anos, sexo feminino, parda, com queixa de dor em coxa esquerda de forte intensidade e edema ascendente até raiz da coxa +3/+4, hiperemia e calor local. Ao exame físico, paciente com empastamento de panturrilha, porém evidenciada a palpação abdominal, massa volumosa, estendendo-se da pelve a região epigástrica, ainda não percebida pela paciente, que negava dor abdominal ou perda de peso. Paciente nega quadro anterior de TVP, viagens longas, trauma ou cirurgia de grande porte nos últimos 3 meses. Realizado Duplex-scan venoso do membro afetado, resultando em obstrução total (TVP total) do segmento femoro-poplíteo e ultrassonografia abdominal que evidenciou volumosa massa hipocóica heterogênea multinodular iniciando em topografia uterina estendendo-se até a região epigástrica, com diagnóstico de provável miomatose, medindo aproximadamente 28,0 x 13,0 x 18,8, comprimindo veia cava inferior. Portanto, instituída anticoagulação plena, porém paciente evoluiu com metrorragia importante. Foi-se necessário implante de filtro de veia cava, via jugular interna pela presença de compressão de veia cava inferior pela massa, para programação cirúrgica de laparotomia exploradora e posterior reinício de tratamento de trombose venosa profunda com anticoagulação plena. Paciente evoluiu bem após cirurgia com anatomopatológico confirmando a suspeita de miomatose uterina. Sendo a neoplasia de forte associação com a trombose venosa, é imprescindível a investigação agressiva mediante a presença de massa abdominal volumosa e trombose venosa profunda, sendo necessário, em alguns casos, o implante do filtro de veia cava antes que se faça a investigação cirúrgica da massa abdominal evitando evento embólico subsequente.

O-260

PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA VENOSA APRESENTAM RIGIDEZ ARTERIAL AUMENTADA?

PINTO D.M.; PAOLUCCI L.B.; SILVA A.P.P.; PFANNES C.C.B.; DINIZ M.A.; RIBEIRO J.M.; RODRIGUES-MACHADO M.G.

Hospital Felício Rocho; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte - MG

Contexto: O aumento da rigidez arterial está comprovadamente associado com aumento da mortalidade cardiovascular e parece também ter relação com doença arterial periférica. Porém, sua associação com a doença venosa crônica é algo novo na literatura e pode ser relacionada a disfunção endotelial sistêmica. A rigidez arterial é medida de maneira não-invasiva com aparelhos de oscilometria portáteis. Os principais indicadores de rigidez arterial são a velocidade de onda de pulso (VOP) e o índice de incremento (AIX). **Objetivo:** Analisar a relação entre os índices de rigidez arterial e o grau de insuficiência venosa crônica pela classificação clínica CEAP. **Métodos:** Foi realizada análise de subgrupo de pacientes com doença venosa a partir de um estudo transversal de rigidez arterial em pacientes com doença arterial periférica. Foram identificados os pacientes com insuficiência venosa crônica e medidos os índices de rigidez arterial. Apresentamos estatística descritiva, teste de correlação e regressão linear utilizando a classificação CEAP como variável independente e os índices de rigidez arterial como variáveis dependentes. **Resultados:** Foram analisados 66 pacientes entre 50 e 89 anos, idade média 71,70 (+/- 10,40) anos, 38 homens, com e sem doença venosa, classificados entre CEAP C0 e C6. Houve correlação positiva entre o aumento da CEAP e o aumento da VOP (coeficiente Spearman = 0,54; $p < 0,001$) e do AIX 75 (coeficiente Spearman = 0,6; $p < 0,001$). A análise de regressão univariada mostrou que pacientes com CEAP C4, C5 e C6 tiveram índices de rigidez arterial mais elevados. Nesses pacientes, foi identificada maior prevalência de hipertensão arterial e diabetes melitus e média de idade mais avançada (75,2 anos) em comparação com aqueles com CEAP C0 a C3 (67,3 anos). **Conclusão:** Houve relação positiva entre o grau de insuficiência venosa CEAP e o aumento da rigidez arterial. A hipótese de disfunção endotelial global do sistema vascular deve ser avaliada em estudos direcionados.

O-261

PANORAMA DO PERFIL DE INTERNAÇÕES POR FLEBITE, TROMBOFLEBITE, EMBOLIA E TROMBOSE VENOSA NAS REGIÕES BRASILEIRAS EM 5 ANOS

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; FONTENELE R.A.; REBELLO D.M.; ARAÚJO M.G.F.; VIEIRA NETO S.D.; NUNES M.P.S.F.; SILVA J.A.C.

Universidade de Fortaleza (Unifor); Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Universidade Federal de Grande Dourados, Dourados - MS

Contexto: As doenças trombóticas têm se tornado cada vez mais comuns, devido a mudanças no estilo de vida da população. A flebite, tromboflebite, embolia e trombose venosa são exemplos de tais doenças e possuem algumas condições patológicas acompanhadas de reações inflamatórias da parede do vaso e tecidos subjacentes. Podem ser causadas por traumas, distúrbios de coagulação, drogas endovenosas, pós-operatório, entre outros, e, em sua maioria, causam edema e dor, requerendo cuidados. **Objetivo:** Estabelecer o panorama do perfil de internações por flebite, tromboflebite, embolia e trombose venosa nos últimos 5 anos no país. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, via DATASUS. **Resultados:** Segundo o banco de dados do SUS, foram realizadas 203.160 internações por flebite, tromboflebite, embolia e trombose venosa entre 2012 e 2016 no serviço público brasileiro. 109.521 dessas ocorreram na região Sudeste e 47.817 no Sul. O Norte brasileiro fez apenas 4.777 internações nesse período. Centro-Oeste e Nordeste internaram 11.671 e 29.374 desses pacientes respectivamente. A taxa de mortalidade total foi de 2,44%, tendo o Sul registrado os menores números, decrescendo até chegar a uma média de 1,88%. O Nordeste, com 3,68%, e o Norte, com 3,87%, obtiveram a maior mortalidade do país. As internações custaram, em média, 661,02 reais, durando 6,5 dias. O Nordeste destoa da nação em termos de custos por internação (874,69 reais) e tempo de permanência (8,2 dias). O Norte teve o 2º maior tempo de internação, com 7,7 dias, custando em média 683,23 reais. Pacientes na quinta, sexta e sétima décadas de vida apresentaram mais da metade das internações no país. Quanto a mortalidade, os extremos (primeira infância e dos 60 anos em diante) concentraram as maiores taxas. Os homens morreram proporcionalmente mais que as mulheres; 2,72% contra 2,27%, porém as mulheres apresentaram uma parcela bem maior das internações (124.758). **Conclusão:** Preocupa o fato de as regiões Norte e Nordeste apresentarem os maiores gastos do país, considerando que não apresentam a maior parte das internações e nem as menores taxas de óbitos. Deve-se considerar também uma possível subnotificação por parte de alguns estados.

O-262

PARIDADE COMO FATOR NÃO PREDISPONENTE DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

NAKANO L.C.; VASCONCELOS V.T.; DEMUNER M.S.; LEE J.; FLUMIGNAN R.L.G.; GUEDES NETO H.J.; CARNEIRO F.C.F.; AMORIM J.E.

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo - SP

Contexto: As varizes de membros inferiores são patologia de alta prevalência principalmente no sexo feminino. Existem muitos fatores de risco descritos tais como sexo, idade, peso, terapia de reposição hormonal, familiares e gestações. A literatura é vasta de relatos que o número de gestações é fator de risco para o aparecimento de varizes. **Objetivo:** Demonstrar o comportamento da doença varicosa em relação ao número de gestações em população específica. **Método:** Foram examinadas 196 mulheres pertencentes a diversas comunidades ribeirinhas do Amazonas. Foram coletados dados quanto a número de gestações e idade das pacientes. Este grupo foi dividido em grupo 1 de 0 a 4 gestações; grupo 2 de 5 a 9 gestações e grupo 3 acima de 10 gestações. Pacientes foram classificadas em CEAP C0 a C6 por avaliação clínica. **Resultados:** A idade média foi de 32 anos com variação de 17 a 65 anos. Em relação ao número de gestações tivemos uma média de 3 gestações por paciente variando de 0 a 17 gestações. Ao analisarmos os grupos encontramos respectivamente para grupo I, II e III, 31,1±12,1 anos, 43,9±1,2 anos e 61,1±12,1 anos, sendo valores estatisticamente significativos com $p < 0,05$. Quanto a classificação de CEAP, houve predomínio de CEAP 0 em todos os grupos, grupo I = 71,1%, grupo II = 66,7% e grupo III = 60,0%, não havendo diferença estatísticas entre os grupos. O segundo grau de CEAP mais prevalente foi o CEAP C1, grupo I = 21,9%, grupo II = 27,1% e grupo III = 20,0%, também não apresentando diferença entre os grupos, $p = 0,5748$. Não encontramos nenhuma paciente com CEAP 5 e 6. **Discussão:** Existem muitos relatos que correlacionam o número de gestações ao comprometimento de varizes em membros inferiores. Nesta população específica não conseguimos encontrar diferença entre o número de gestações e a classificação de CEAP. Estes dados pode sugerir que a gestação como fator isolado para o comprometimento de varizes não é absoluta. Acreditamos que fatores hereditários e talvez ambientais possam influenciar neste comprometimento. Maiores estudos devem ser realizados para melhor esclarecimento e embasamento dos resultados apresentados.

O-263

PÉ DIABÉTICO INFECCIOSO: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

CANGUÇU B.D.S.M.; CARVALHO A.T.Y.; OLIVEIRA R.A.; RIBEIRO A.; ALMEIDA L.C.; GOMES C.A.P.; SANTOS A.J.; AMORIM FILHO D.S.

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador - BA

Contexto: O pé diabético representa importante problema de saúde pública, com alta taxa de morbimortalidade, principalmente da cidade de Salvador (BA). Para que este problema seja minimizado é necessário um maior conhecimento sobre vários aspectos desta patologia na referida Região, visando melhor planejamento de ações preventivas. **Objetivo:** Reportar a experiência da Equipe de Cirurgia Vascular do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) nos pacientes internados com pé diabético infeccioso. **Métodos:** Estudo descritivo prospectivo, realizado no HGRS, em Salvador - BA. Foram analisados os dados de 4480 pacientes internados com pé diabético infeccioso, no período de junho de 2009 a junho de 2016, e que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, procedência, raça, tipo de cirurgia, tempo de internação, mortalidade e Classificação de Wagner. **Resultados:** Foram avaliados 4480 pacientes com diagnóstico de pé diabético infeccioso, suas variáveis clínicas e epidemiológicas. Desses, 2380 (53,2%) eram do gênero masculino e 2100 (46,8%) do gênero feminino. A ocorrência da doença foi predominante em idosos. A distribuição de casos em relação à idade foi 21-30 anos (2%), 31 a 40 anos (3,6%), 41 a 50 anos (16,5%), 51 a 60 anos (26,3%), 61 a 70 anos (25,8%), 71 a 80 anos (14,1%), 81 a 90 anos (9,7%) e maior que 90 anos (2%). Quanto à procedência, 3760 (83,9%) pacientes residiam na capital e 720 (16,1%) em outros municípios do estado da Bahia. Em relação a cor, setenta pacientes eram brancos, 3880 pardos e 530 negros. A Classificação de Wagner foi utilizada, com a maioria dos pacientes apresentando as formas mais graves: classe 3 (38,8%), classe 4 (20,7%) e classe 5 (19,9%). As taxas de amputações foram de 43,8% para as menores, e 22,3% para as amputações maiores. Ocorreram 350 óbitos (taxa de letalidade de 14,1%), relacionados principalmente ao infarto agudo do miocárdio, broncopneumonia e sepse. A maioria dos pacientes permaneceu menos de 10 dias internado (50,4%). **Conclusões:** Agravidade do diabetes mellitus e suas complicações como o pé diabético infeccioso é reafirmada pela alta taxa de mortalidade, além de mutilações realizadas na maioria dos pacientes que necessitaram cirurgia. A realidade da saúde pública em nosso meio ainda é precária, refletida pelas formas graves observadas na admissão dos pacientes. Pequenas ações de planejamento e prevenção poderiam reduzir de forma significativa esse quadro.

O-264

PERFIL CLÍNICO E SOCIAL DOS PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO EM UM PRONTO SOCORRO-HOSPITAL DE MANAUS

SANTOS N.J.N.; PONTES D.G.; SANCHES T.R.A.

Universidade do Estado do Amazonas (UEA); Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus - AM

Contexto: O pé diabético, uma complicação mutilante do diabetes mellitus (DM), é uma das causas mais frequentes de internações hospitalares dos indivíduos com essa enfermidade. O presente projeto justifica-se pela importância em melhorar a abordagem da doença. **Objetivo:** O objetivo principal do trabalho foi identificar o perfil dos pacientes internados no Hospital 28 de Agosto com pé diabético. **Métodos:** Os dados foram coletados a partir das informações dos prontuários, no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016. A amostra foi composta por 214 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (64%). **Resultados:** Observou-se que o perfil clínico pela classificação de Wagner mais prevalente, no período da pesquisa, foi o grau 4 (42%), o qual indica Gangrena localizada (dedos, região plantar ou calcâneo). Notou-se, também, que a maioria da amostra era proveniente de Manaus (73%) e solteira (36%). A maioria dos participantes apresentavam apenas DM (46%); a terapêutica cirúrgica menor foi a comum (73%); e 77% dos doentes não reinternaram. **Conclusão:** Apesar da dificuldade na coleta, a pesquisa concluiu que pés diabéticos são mais prevalentes em pessoas acima de 55 anos e solteiras. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde tenham em mente que as complicações do pé diabético ocorrem por múltiplos fatores socioeconômicos. Então, os profissionais que atuam na atenção básica, precisam melhorar a abordagem para o tratamento do diabetes mellitus e suas complicações, como elaboração de palestras educativas, atividades físicas e mentais em grupo e individual, melhorando a qualidade de vida dessa população.

O-265

PERFIL DE INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO DE HEMANGIOMAS E OUTRAS MALFORMAÇÕES VENOSAS NOS ESTADOS BRASILEIROS EM 5 ANOS

SOUZA C.S.; GOMES V.M.S.; FONTENELE R.A.; SILVA L.L.; FLORES J.L.; GUIMARÃES L.C.; PAIVA J.V.F.; SILVA J.A.C.

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - CE; Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió - AL; Faculdade Integral Diferencial (FACID), Teresina - PI; Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas - RS; Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Araguaína - TO; Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - PB

Contexto: O hemangioma é uma das malformações venosas benignas mais comuns, afetando cerca de 5-10% das crianças. A conduta para boa parte dos hemangiomas é conservadora, por se tratar de um tumor sem risco de malignização. Porém, dependendo do tamanho e da localização do tumor, recomenda-se o tratamento cirúrgico. **Objetivo:** Estudar o perfil de internações para tratamento de hemangiomas e outras malformações venosas nos estados brasileiros de 2012 a 2016. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, via DATASUS, analisando a variável: alcoolização percutânea de hemangioma e malformações venosas, incluindo estudo angiográfico. **Resultados:** O SUS totalizou 589 internações para alcoolizações percutâneas de hemangioma e malformações venosas entre 2012 e 2016, sendo 524 de caráter eletivo e 65 de urgência. As regiões Sudeste e Nordeste dominam os números com 228 e 284 internações respectivamente. Apenas o estado de São Paulo é responsável por 273 internações. Pernambuco (93) e Sergipe (52) lideram no Nordeste, enquanto o Rio Grande do Norte e o Maranhão vem em seguida com 25 internações cada. A média de permanência é 1,9 dia no Brasil, 2 dias no Nordeste (1,2 dia no Rio Grande do Norte) e 1,2 dia no Sudeste (1 dia em São Paulo). Dos estados com número expressivo de internações, o Rio Grande do Sul se destaca com tempo de permanência médio de 4,2 dias em suas 59 internações no período estudado. As internações custaram em média 469,02 reais em todo o Brasil. O Rio Grande do Norte (297,23 reais) e São Paulo (355,03 reais) ficaram abaixo da média de custo nacional. Minas Gerais (3.162,58 reais) e o Espírito Santo (1.554,07 reais) registraram de longe as maiores médias de custo do país. **Conclusão:** O tratamento de um hemangioma é, em 89,7% dos casos, conforme os resultados obtidos, um procedimento eletivo e de excelente prognóstico, haja vista que a média de permanência hospitalar não foi longa. Sudeste e Nordeste são destaque em relação ao número de internações. Além disso, não foi encontrado nenhum registro em relação a óbitos ou taxa de mortalidade causada pelo procedimento.

O-266

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM ISQUEMIA CRÍTICA DOS MEMBROS INFERIORES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA - AVALIAÇÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; SOARES A.M.R.; MIGUEL M.T.; MICHAELIS T.; BARBOSA JUNIOR L.V.; LENZI L.P.; BERNARDI F.F.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba - PR

Contexto: Isquemia crítica de membro inferior é definida como dor no membro que ocorre em repouso ou presença de lesão trófica no mesmo, resultado de comprometimento severo do fluxo sanguíneo às extremidades, considerado quadro terminal da doença arterial obstrutiva periférica preexistente. Resulta em acentuada morbimortalidade. **Objetivo:** Avaliar perfil dos pacientes atendidos com isquemia crítica dos membros inferiores no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, por meio de revisão de prontuário de 171 pacientes com isquemia crítica atendidos no período de 5 anos. Foram excluídos os pacientes submetidos a revascularização prévia e avaliados os dados em relação à idade, sexo, comorbidades, hábito tabágico e terapêutica proposta. **Resultados:** A média de idade foi de 67,74 anos, sendo 33,11% do sexo feminino e 66,89%, do sexo masculino. Quanto a escolaridade, foram 17,61% analfabetos, 64,79% com ensino fundamental, 4,23% estudaram até o ensino médio, e somente 2,82% tinham ensino superior. História de tabagismo esteve presente em 72,11%, destes 58,49% ainda fumavam. Das comorbidades, em ordem decrescente: hipertensão arterial (72,85%), diabetes mellitus (53,64%), acidente vascular encefálico (21,19%), infarto miocárdico (17,22%), insuficiência renal crônica (10,6%), dislipidemia (9,93%). Havia claudicação prévia 66,23% dos pacientes, lesão trófica em 89,4%, e dor em repouso 39,74% dos pacientes. A conduta inicial foi manutenção do tratamento clínico otimizado por lesão estável em 7,38% dos pacientes, amputação primária em 9,38% e indicação de revascularização em 83,24%. **Conclusão:** A idade avançada, o tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus são os principais fatores de risco para isquemia crítica. O conhecimento dos fatores de risco da doença é essencial para o seu diagnóstico precoce e adequado tratamento.

O-267

PERFIL DOS PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA NO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA EM ALTAMIRA-PARÁ

GRANATO R.R.; NETTO M.C.P.F.; COELHO A.A.S.; MOREIRA E.S.; FERREIRA W.S.; MELO D.L.; LOUREIRO E.V.S.; SOARES R.C.R.

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA; Hospital Regional Público da Transamazônica, Altamira - PA

Contexto: A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é uma condição que ocorre em razão da obstrução dos vasos sanguíneos, os quais são responsáveis pela condução do sangue para as extremidades, como braços e pernas. O acometimento nos membros inferiores é mais comum do que nos superiores. A DAOP possui uma prevalência de 10 a 25% na população acima de 55 anos. **Objetivo:** Este trabalho busca apresentar as principais complicações da doença arterial obstrutiva periférica no Hospital Regional Público da Transamazônica (HRPT). **Métodos:** Análise dos prontuários de julho de 2016 a maio de 2017. Os dados analisados foram: idade, sexo, comorbidades (diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo e dislipidemia) e complicações: lesão trófica, trombose arterial aguda e amputações pequenas (dedo e pé) e grandes (perna e coxa). **Resultados:** A maioria dos pacientes com DAOP no atual estudo eram do sexo masculino e com média de idade de 67 anos. Comorbidades como HAS (89%) e DM (78%) foram frequentes e, em sua maioria, encontradas concomitantemente. As amputações foram a complicação mais comum, com prevalência dividida de forma igual entre grandes e pequenas. **Conclusão:** A DAOP em membros inferiores é causada principalmente pela aterosclerose, a qual está coligada com comorbidades como HAS e DM. Desse modo, faz-se necessário o controle rigoroso desses fatores de risco para evitar temíveis complicações como as amputações.

O-268

PERFIL DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA VENOSA ATENDIDOS NO HOSPITAL GERAL DE ALTAMIRA SÃO RAFAEL (HGASR) EM ALTAMIRA - PA

GRANATO R.R.; NETTO M.C.P.F.; COELHO A.A.S.; MOREIRA E.S.; FERREIRA W.S.; MELO D.L.; LOUREIRO E.V.S.; SOARES R.C.R.

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA; Hospital Regional Público da Transamazônica, Altamira - PA

Contexto: A insuficiência venosa crônica é uma doença com alta incidência e prevalência tanto na população mundial quanto brasileira. Diversos fatores têm sido implicados em sua etiologia, contudo ainda não há um consenso sobre a sua origem exata. As complicações mais comuns são varizes, úlceras e lesão trófica de membros inferiores, as quais causam morbidade significativa levando a um grande impacto na qualidade de vida das pessoas. **Objetivo:** Avaliar perfil dos pacientes com insuficiência venosa atendidos no Hospital Geral de Altamira São Rafael (HGASR) em Altamira - PA. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados dos prontuários de janeiro de 2016 a janeiro de 2017. Foram analisados os seguintes dados: gênero, faixa etária, fatores de risco como tabagismo, uso de anticoncepcional oral (ACO) e gestações e possíveis complicações: varizes hemorrágicas, úlceras, tromboflebite e trombose venosa profunda (TVP). **Resultados:** Foram analisados 46 prontuários, dos quais 87% eram do sexo feminino e com média de idade de 44 anos. 22% eram tabagistas, 26% faziam uso de ACO e 54% tiveram 2 ou mais gestações. Em se tratando de complicações, 13% apresentaram úlceras e 17% tiveram tromboflebite. Não houve casos de TVP nesse estudo. **Conclusão:** Após a análise dos dados colhidos pode-se inferir que a insuficiência venosa crônica nos pacientes atendidos no HGASR é mais comum em mulheres de meia idade e múltiparas

O-269

PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÃO PRIMÁRIAPOR ISQUEMIA CRÍTICA DOS MEMBROS INFERIORES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA - AVALIAÇÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

SOARES A.M.R.; MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; MICHAELIS T.; DELAZERI M.V.; YOKOYAMA R.A.; BARBOSA JUNIOR L.V.; BRAVO F.H.

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba - PR

Contexto: A isquemia crítica dos membros inferiores é estágio terminal da doença arterial obstrutiva periférica, considerada quando há dor ao repouso ou lesões tróficas. Dos pacientes com isquemia crítica, em 1 ano, 30% terão sido submetidos a amputação e 25% terão falecido. São indicações para amputação primária impossibilidade de revascularização, comprometimento local irreversível, expectativa de vida curta e estado clínico comprometido. Amputações primárias são necessárias, muitas vezes, devido a chegada tardia dos pacientes a serviços de referência, já com lesões irreversíveis. **Objetivo:** Avaliar perfil dos pacientes submetidos a amputação primária por isquemia crítica dos membros inferiores no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, por meio de dados obtidos do prontuário eletrônico de 171 pacientes com doença arterial obstrutiva periférica, definidos com isquemia crítica, no período de 01 de março de 2012 a 01 de março de 2017. Foram excluídos os pacientes submetidos a revascularização prévia, e avaliados os dados em relação à idade, sexo, nível de amputação, comorbidades, hábito tabágico, causa e indicação de amputação primária. **Resultados:** As amputações primárias de membros inferiores representaram 9,35% (16 pacientes) dos casos de isquemia crítica atendidos, sendo destas 75% amputações supracondiliana e 25% infracondiliana. A média de idade foi 70,12 anos, sendo 81,25% do sexo masculino e 18,75% do sexo feminino. História de tabagismo esteve presente em 68,75% dos pacientes, destes, 45,45% ainda fumavam. A prevalência de comorbidades, em ordem decrescente foi: hipertensão arterial (68,75%), diabetes mellitus (50%), acidente vascular encefálico (43,75%), dislipidemia (12,5%), infarto agudo do miocárdio (12,5%) e doença renal crônica (6,25%). Quanto às indicações para amputação primária, ausência de árvore arterial favorável à revascularização foi indicação em 56,25%, condições clínicas do paciente em 50% e lesões irreversíveis em 43,75%. **Conclusão:** A necessidade de amputação primária, bem como a isquemia crítica, estão relacionadas a idade avançada, sexo masculino, comorbidades relacionadas aterosclerose e tabagismo. Otimização do diagnóstico e tratamento da doença arterial obstrutiva periférica preveniria, em muitos casos, evolução para amputação primária.

O-270

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS COM TROMBOANGÉITE OBLITERANTE NO HNSC DE TUBARÃO - SC
BOPPRÉ R.; BOPPRÉ FLOR E.A.

Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão - SC

Contexto: O perfil dos pacientes internados com tromboangeíte obliterante possibilita uma avaliação e análise: do tipo de tratamento instituído, das artérias mais acometidas, da presença do tabagismo como principal fator de risco e dos desfechos relacionados às variáveis analisadas dentro do perfil epidemiológico dos pacientes. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com tromboangeíte obliterante no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) do município de Tubarão - SC, entre o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2015. **Métodos:** A coleta realizou-se por meio da revisão dos prontuários eletrônicos do HNSC, dos quais foram analisadas as variáveis: gênero, etnia, idade, escolaridade, tempo de internação, tabagismo, membro acometido, artérias acometidas e tipo de cirurgia. **Resultados:** Dos 50 casos analisados, 66% eram do sexo masculino, a média de idade dos pacientes foi de 43,46 anos. Destes, 62% possuem apenas o ensino fundamental incompleto. Quanto à etnia, a caucasiana representou 86% da amostra. Em relação ao acometimento arterial 72,1% representou artérias abaixo da articulação do joelho e 20% artérias acima da articulação do joelho. **Conclusão:** O perfil epidemiológico dos pacientes analisados é composto em sua maioria por indivíduos caucasianos, do gênero masculino, com ensino fundamental incompleto, tendo como média de idade 43,46 anos. Além disto, o total dos investigados é tabagista apresentando principalmente acometimento das artérias abaixo da articulação do joelho. Assim sendo, reforça-se neste estudo o elo entre tabagismo e TAO, assim como o seu conceito de acometimento do feixe vasculo nervoso distal.

O-271

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÕES DOS MEMBROS INFERIORES NO HOSPITAL HELIÓPOLIS

MACEDO V.S.O.; GOMES NETO D.S.; MATHIAS U.U.M.; COSTA R.F.B.; SILVA B.M.L.; PINHEIRO S.P.

Hospital Heliópolis, São Paulo - SP

Contexto: As amputações dos membros inferiores provocam alto impacto sócio-econômico, com interferência direta na dinâmica de vida do paciente e da própria família. Doenças relacionadas e outros fatores de risco influenciam nestas amputações. **Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes submetidos a amputações de membros inferiores em hospital terciário de São Paulo. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal, envolvendo 32 pacientes submetidos à amputação de membros inferior em um período de 6 meses, através da análise de registro de prontuários: gênero, idade, doenças de base e fatores de risco. **Resultados:** Das amputações realizadas, 14 foram maiores (perna/coxa) e 18 menores (nível do pé). 21 do gênero masculino, 10 amputações primárias. A média de idade foi de 63 anos (mín. 38, máx. 94). Estado nutricional: 12 desnutridos, 8 acima do peso e 12 eutróficos. Diabetes, 19 e DAOP (doença arterial obstrutiva periférica), 19 pacientes. De doenças/fatores de risco temos: tabagismo 13, hipertensão, 23, óbito, 01. **Conclusões:** Os níveis das amputações de membros inferiores estão relacionados a diferentes fatores de risco. DAOP e diabetes foram as doenças prevalentes. O elevado número de amputações num curto espaço de tempo e o número de amputações primárias necessita ser considerado um importante problema de saúde pública principalmente porque os principais fatores de risco são de alta prevalência e passíveis de controle na atenção básica.

O-272

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ERICEIRA M.A.L.; SILVA B.L.P.; RAMOS V.P.; VASCONCELOS B.G.; ALBUQUERQUE L.A.; MENDES M.V.G.; SANTOS T.V.; CORRÊA E.M.

Hospital Universitário, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Contexto: Amputação é a perda ou retirada, geralmente cirúrgica, de um membro por traumatismos ou doenças. As indicações para amputações são complexas, devendo ser avaliados aspectos fisiológicos e psicológicos do paciente. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico das amputações de membros inferiores realizadas em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e documental, utilizando abordagem quantitativa de dados secundários obtidos nos prontuários dos pacientes submetidos a amputação de membros inferiores realizadas entre 2013 e 2016 no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em São Luís - MA. Os pacientes foram estratificados segundo gênero, idade, nível e lateralidade da amputação, e comorbidades associadas. **Resultados:** Dos 64 pacientes submetidos a amputações no período estudado, a maioria era do sexo masculino (62,5%), e a média de idade verificada foi de 62,78 anos (mín. 17, máx. 95). Entre as comorbidades associadas, destacou-se a diabetes mellitus (80%), a doença arterial periférica (72%) e a hipertensão arterial (67%). Quanto ao nível da amputação, o que apresentou maior frequência foi a amputação de pododáctilos (34%), seguida pelas transfemorais (31%), transtibiais (22%) e transtibiais (13%), respectivamente. Em relação à lateralidade da amputação, houve predomínio do lado direito (55%). Cerca de 42% dos pacientes apresentavam amputação prévia e 59% foram submetidos a algum processo de revascularização do membro. **Conclusão:** Este estudo demonstrou correspondência do perfil dos pacientes submetidos a amputações de membros inferiores em relação a outros serviços e centros de cirurgia vascular.

O-273

PERFIL MICROBIOLÓGICO DOS PACIENTES DIABÉTICOS COM LESÕES INFECTADAS EM MEMBROS INFERIORES NO HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

CANGUÇU B.D.S.M.; RIBEIRO A.; ALMEIDA L.C.; MENEZES FILHO P.; OLIVEIRA R.A.; AZEVEDO L.G.; BARBOSA L.S.P.; CARVALHO A.T.Y.

Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador - BA

Contexto: Infecções nos pés são comuns em pacientes com diabetes mellitus, com incidência de 4% ao ano em pacientes na comunidade. O pé diabético infectado é o principal fator desencadeante de amputação de membros inferiores, correspondendo à 60% das amputações. Cerca de 50% dos pacientes diabéticos com infecção em pés será submetido à amputação. **Objetivo:** Avaliar perfil microbiológico dos pacientes diabéticos com lesões infectadas em membros inferiores no Hospital Geral Roberto Santos. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo, baseado na coleta de culturas de feridas de 70 pacientes diabéticos com úlceras em membros inferiores, em conjunto com a análise antimicrobiana destas amostras durante o período de junho a novembro de 2016. Os pacientes foram classificados conforme o grau de infecção (leve, moderada e grave), o tipo de cirurgia (debridamento, amputação menor ou amputação maior) e quanto ao desfecho (alta ou óbito), com o intuito de traçar o perfil microbiológico dos pacientes internados neste serviço e determinar quais microorganismos tiveram maior associação com amputação maior e mortalidade. **Resultados:** Dos 70 pacientes selecionados para o estudo 74% eram hipertensos e 31% tabagistas ou ex-tabagistas. 48% dos pacientes apresentavam isquemia crítica do membro associada. 125 amostras foram coletadas. As bactérias isoladas mais frequentemente foram *Morganella morganii* (10,4%) e *Escherichia coli* (7,2%). 42% dos pacientes foram submetidos à amputação maior (supra-patelar ou infra-patelar) e as bactérias mais isoladas nestes pacientes foram *Acinetobacter baumannii* e *Klebsiella spp*, presentes em 10% dos pacientes. A mortalidade entre os pacientes avaliados foi de 08%. As bactérias com maior associação à mortalidade foram *Acinetobacter baumannii* e *Enterococcus faecalis*, presentes em 20% dos pacientes que evoluíram para óbito, co-infecção em 1 dos casos. 20% das amostras não tiveram crescimento bacteriano. **Conclusão:** A infecção de membros inferiores em pacientes diabéticos é uma complicação grave com alta morbimortalidade, levando à amputação maior em quase metade dos pacientes internados no serviço. A bactéria mais isolada foi *Morganella morganii* e a bactéria com maior associação à amputação maior e mortalidade foi *Acinetobacter baumannii*. O levantamento estatístico da flora bacteriana dos pacientes internados no serviço e sua relação com a morbidade e mortalidade dos pacientes é de suma importância para o estabelecimento de estratégias de tratamento, desde a escolha do antibiótico inicial até a terapêutica cirúrgica adequada.

O-274

PERFIL MICROBIOLÓGICO DOS PÉS DIABÉTICOS INFECTADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SALVADOR - BAHIA

LEÃO S.E.G.; LOPES C.F.

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador - BA

Contexto: Pé diabético é uma das complicações de maior impacto na vida dos portadores de diabetes mellitus, sendo responsável por um grande número de internações hospitalares. As ulcerações nos pés são fatores predisponentes a infecções, possuindo relevante associação com amputações de extremidades inferiores. Diversos são os microrganismos que podem estar presentes nas feridas, tendo influência no quadro clínico dos pacientes, como também nas características da lesão. Logo, identificar os agentes microbianos e utilizar uma adequada antibioticoterapia são fundamentais para um sucesso terapêutico.

Objetivo: Avaliar perfil microbiológico dos pés diabéticos infectados em um Hospital Público de Salvador - BA. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo transversal, acerca do perfil microbiológico dos pés diabéticos infectados de uma instituição hospitalar. Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos e dos registros de culturas bacterianas, realizadas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, seguindo critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Considerou-se apenas as culturas dos fragmentos de osso e/ou tendão, obtidos por biópsia/amputação/debridamento, que seguiram a rotina implantada no laboratório de microbiologia do hospital. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e específicas. **Resultados:** Dos 61 pacientes analisados, 34 eram do sexo masculino e 27 do sexo feminino, com uma média de idade de 67,8 anos. Um total de 86 culturas foram realizadas, das quais 57 eram advindas de fragmentos de tendão e 29 de fragmentos ósseos. Foram isoladas 105 bactérias, de 24 espécies diferentes, sendo 72% bactérias Gram-negativas e 28% Gram-positivas. A grande maioria (79%) das culturas possuía um caráter monomicrobiano. A bactéria *Pseudomonas aeruginosa* foi a mais prevalente, estando presente em 20% dos dados coletados, seguida pelo *Enterococcus faecalis* (13%) e pela *Klebsiella pneumoniae* (12%). **Conclusões:** As infecções foram mais prevalentes em idosos entre 60-70 anos de idade. As bactérias Gram-Negativas prevaleceram nas culturas, sendo a *Pseudomonas aeruginosa* a mais frequente, refletindo provavelmente o fato da amostra ser composta por pacientes inicialmente internados ou transferidos para o local do estudo. Não foi possível avaliar o papel das bactérias anaeróbias nas infecções do pé diabético.

O-275

PERVIDADE DO DEBRANCHING DE ARCO AÓRTICO NO TRATAMENTO HÍBRIDO DE DISSECÇÕES E ANEURISMAS

BRASIL E.A.; FIDELIS R.J.R.; QUEIROZ A.B.; PATURY S.S.; MORAES F.V.; SENNA R.O.; LOPES C.F.; ARAUJO FILHO J.S.

Hospital Ana Nery, Salvador - BA

Contexto: A abordagem convencional aberta dos aneurismas e dissecções do arco aórtico implica predominantemente em uma conjunção de clameamento aórtico proximal, circulação extracorpórea e parada circulatória, envolvendo alto risco de complicações cardiovasculares e isquemia cerebral. A abordagem híbrida pauta-se na confecção de enxertos para desvio dos vasos sanguíneos e, em seguida, implante de uma endoprótese. A perviedade desses by-pass é necessária para a adequada perfusão dos órgãos, evitando, em alguns casos, toracotomia ou circulação extra-corpórea, reduzindo os índices de morbi-mortalidade. **Objetivo:** Determinar a perviedade inicial das derivações supra-aórticas realizadas no pré-tratamento de aneurismas e dissecções envolvendo o arco aórtico. **Métodos:** Estudo retrospectivo, longitudinal e observacional conduzido com os dados do Ambulatório de Doenças da Aorta e seus Ramos, situado no Hospital Ana Nery, no período de janeiro de 2006 até agosto de 2016. **Resultados:** O número total de pacientes submetidos consecutivamente aos procedimentos para debranching de arco aórtico foi de 20, sendo 14 do sexo masculino (70%) e 6 do sexo feminino (30%). A idade variou entre 63 e 82 anos com média de 72 anos. As técnicas cirúrgicas utilizadas se dividiram em enxertos: carótido-carotídeo-subclávia esquerda (45%), carótido-subclávia esquerda (35%), aorto-troncocoarctico-carotídeo-subclávia esquerda (15%) e transposição da artéria vertebral para carótida (5%), com sucesso técnico em todos os casos. Em todos os casos os pacientes foram submetidos ao implante de endoprótese para complemento do tratamento. As complicações dos procedimentos foram: um caso de rouquidão (5%) e um caso de hematoma com necessidade de re-operação (5%). Não houve casos de acidente vascular encefálico, paraplégico ou infecção de ferida operatória. Dentre os casos tratados, 17 deles (85%) foram realizados em dois momentos distintos e 3 casos foram realizados no mesmo tempo cirúrgico, com auxílio de Arco em C. A taxa de perviedade inicial dos enxertos foi de 95%, com oclusão somente da transposição da artéria vertebral para carótida. Não houve mortalidade operatória e a taxa de mortalidade perioperatória foi de três indivíduos (15%). **Conclusão:** A confecção do debranching de arco aórtico para abordagem híbrida dos aneurismas e dissecções apresenta uma taxa de perviedade inicial de 95% com uma taxa de morbidade de 10% e mortalidade de 15% em 30 dias.

O-276

PIOMIOSITE TROPICAL TENDO COMO COMPLICAÇÃO TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: RELATO DE CASO

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.; PEREIRA A.F.V.; ALVES L.M.

Hospital Regional de Araguaína; Centro Universitário, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína (FAHESA), Araguaína - TO

A piomiosite tropical (PT) é uma doença infecciosa bacteriana, supurativa, que rapidamente pode evoluir para abscessos podendo envolver um ou mais grupos musculares ricamente vascularizados. É comumente encontrada nos trópicos e tem como principal agente etiológico, encontrado em cerca de 75% dos casos, o *Staphylococcus aureus*. O prognóstico geralmente é favorável e as principais complicações são: empiema pleural, broncopneumonia, osteomielite, seps, síndrome compartimental, insuficiência renal e trombose venosa. Trata-se de um estudo observacional descritivo cujas informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e revisão de literatura. Paciente sexo feminino, 39 anos, obesa, alegando diagnóstico recente de ovário policístico e início de uso de anticoncepcional oral há uma semana deu entrada no Hospital Regional de Araguaína, com queixa de dor intensa em todo o membro inferior esquerdo de início súbito, associado a cianose do membro e quadro repentino de dispnéia. Ao exame físico constatou-se intenso edema de raiz de coxa a pé esquerdo, (+4/+4), cianose de todo membro, empastamento de panturrilha, dor a palpação em região suprapúbica e fossa ilíaca esquerda com franca dispnéia. Exames laboratoriais de entrada apontavam $20.380/\text{mm}^3$ leucócitos com desvio a esquerda. Paciente foi encaminhada para centro de tratamento intensivo, sendo realizado Duplex-Scan de membro inferior esquerdo que evidenciou trombose venosa profunda (TVP) ilio femoral a esquerda. Recebeu tratamento direcionado sem melhora evoluindo com piora da leucocitose e da dor em fossa ilíaca esquerda e suprapúbica. Solicitada Tomografia computadorizada de abdome total onde evidenciou-se edema de tecido celular subcutâneo em flanco direito com aumento dos músculos oblíquos e transversos, e presença de hematoma em musculatura coxo-femoral esquerda. Levantou-se a hipótese para Piomiosite Tropical. Iniciado antibioterapia, paciente apresentou melhora expressiva do quadro clínico. O caso em questão trata-se de uma Piomiosite Tropical que complicou com trombose venosa iliofemoral. Estudos recentes têm demonstrado que doença infecciosa aguda também é fator de risco em pacientes não cirúrgicos para TVP. Entre as principais complicações da Piomiosite Tropical temos: trombose venosa, caso da paciente em questão.

O-277

PREDIÇÃO DE ESTENOSE EM ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE PELA PRESSÃO INTRA-ACESSO ARTERIAL E VENOSA (PIA) E SUA CORRELAÇÃO COM A ULTRASSONOGRRAFIA VASCULAR - ESTUDO PROSPECTIVO

MOURA F.C.; PAVAN A.C.B.; CURTARELLI A.; CHIO Y.H.P.; HAYDU G.C.; BERTANHA M.; YOSHIDA W.B.; SOBREIRA M.L.

Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Introdução: A insuficiência renal crônica (IRC) é uma desordem metabólica de instalação lenta e irreversível muito prevalente. Condições clínicas como: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, lúpus, infecções, traumas são os principais causadores da IRC. Para a realização da hemodiálise são utilizados acessos temporários como os cateteres, ou confeccionada um acesso definitivo que são as fistulas arteriovenosas (FAVs), que podem apresentar complicações como trombose, hipertensão venosa, roubo de fluxo ou infecções, as quais podem contribuir para a perda do acesso. Para análise da condição funcional da FAV, pode-se utilizar o conhecimento da pressão intra-acesso (PIA) venosa e arterial, que podem ser correlacionadas com parâmetros hemodinâmicos como pressão venosa (PV) e o fluxo de sangue (QB) fornecidos durante a hemodiálise pela máquina. **Objetivo:** Determinar a acurácia, sensibilidade e especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo da PIA em predir estenoses subclínicas (estenose > 50%), correlacionando esses achados com dados ultrassonográficos. **Método:** baseia-se no isolamento da pressão do sistema e do dialisador visando aferir a pressão estática e coleta dos valores de PV e QB. Esses resultados serão correlacionados com parâmetros ultrassonográficos. **Resultados:** Foi encontrado discreta relação aumentada em homens a partir dos 50 anos, associação com condições deletérias para a função renal como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus parecem ter papel significativo na doença. A VDF eferente no segmento arterial e a aferição do volume de fluxo em segmento distal da FAV mostraram-se bons preditores a estenose, corroborando dados da literatura, especialmente o volume de fluxo assim como a VPS em FAV distal que demonstrou tendência como bom preditor de estenose subclínica. Entretanto, na análise das curvas ROC não foi possível estabelecer preditores com sensibilidade e/ou especificidade com as lesões. **Conclusão:** A sensibilidade, especificidade das variáveis avaliadas neste estudo não foram preditivas de estenose subclínica. A partir do que foi observado podemos concluir que a aferição das medidas da PIA arterial e venosa bem como de suas respectivas razões arterial e venosa não foram preditivas de estenose hemodinamicamente subclínica.

O-278

PRESENÇA DO ARCO AÓRTICO BOVINO EM PACIENTES PORTADORES DE DISSECÇÃO AGUDA E/OU ANEURISMA DE AORTA

LINS E.M.; CAVALCANTI D.E.T.; NUNES M.E.A.; BARROS J.W.S.; CUNHA A.C.; PIRES G.L.O.; MELO B.M.; RODOVALHO L.F.F.

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE

Contexto: As variações anatômicas do arco aórtico e seus ramos principais são muito frequentes, sendo o arco aórtico bovino (AAB) a mais comum dentre elas. Estudos recentes têm demonstrado que esta alteração pode estar associada ao desenvolvimento de doenças da aorta como a dissecção aguda e o aneurisma da aorta torácica, questões causas de atendimento emergencial e morte, porém estes relatos ainda são escassos e pouco realizados no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a presença do AAB em pacientes submetidos à cirurgia de implante de endoprótese para tratamento de dissecção aguda e/ou aneurisma da aorta torácica. **Método:** Foram avaliados 50 pacientes submetidos à cirurgia para implante de endoprótese da aorta torácica, no período de janeiro de 2012 a junho de 2016, no Serviço de Hemodinâmica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, para tratamento de dissecção aguda e/ou aneurisma da aorta torácica. O modelo do estudo empregado foi o transversal retrospectivo, baseado na análise dos prontuários no arquivo médico do hospital e nos exames de imagem disponibilizados pela própria instituição. Além da presença do AAB os pacientes foram avaliados quanto à presença de Diabetes Mellito (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o hábito do tabagismo. **Resultados:** Entre os pacientes avaliados, 17 (34%) apresentaram o AAB. Quarenta e oito (96%) pacientes apresentaram HAS, 8 (16%) apresentaram DM e 24 (48%) eram tabagistas. **Conclusão:** No presente estudo foi observada uma alta frequência do AAB nos pacientes submetidos à colocação de endoprótese para tratamento de aneurisma e/ou dissecção da aorta torácica.

O-279

PREVALÊNCIA DE ANEMIA CRÔNICA EM PORTADORES DE ÚLCERA VARICOSA NOS MEMBROS INFERIORES

LEMO P.C.; LINS E.M.; APOLÔNIO F.; ALMEIDA C.C.; BRENO F.; MARINHO D.F.S.; SILVA Q.F.; BATISTA L.L.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE

Contexto: A úlcera varicosa (UV) representa o estágio mais avançado da doença venosa crônica (DVC) dos membros inferiores (MMII), está presente em cerca de 20% dos pacientes portadores desta enfermidade e tem grande impacto socioeconômico. A maioria destes pacientes apresenta acesso precário aos serviços de saúde e por isso só procuram o atendimento médico quando apresentam úlceras extensas que são frequentemente associadas a episódios crônicos de hemorragia, já que na maioria dos casos, se desenvolve sobre uma área contendo veias varicosas que facilmente sofrem ruptura. Estes episódios repetidos podem provocar anemia crônica (tipo ferropriva por sangramento crônico) e esta, por sua vez, pode retardar ou até impedir a cicatrização da úlcera. Não há na literatura recente, trabalhos que avaliem a prevalência da anemia crônica nos portadores de UV dos MMII. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da anemia crônica nos pacientes portadores de UV dos MMII. **Método:** Foram avaliados sessenta e sete pacientes portadores de UV de MMII, atendidos no ambulatório de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da UFPE, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Todos foram submetidos à eritrograma, dosagem da ferritina e ferro séricos, contagem de reticulócitos além da avaliação da saturação da transferrina. Foram excluídos do estudo pacientes que apresentavam história recente de sangramento gastrointestinal, genital, urinário, respiratório ou diagnóstico de anemia de outra etiologia (que não a ferropriva por sangramento crônico). **Resultados:** Entre os 67 pacientes avaliados, 27 (40%) apresentavam anemia crônica, do tipo ferropriva por sangramento crônico. A média de idade dos pacientes avaliados foi de 63 anos e o tempo médio de atividade da ferida era de 10 anos. **Conclusão:** No presente estudo foi encontrada uma alta prevalência de anemia crônica nos pacientes com úlceras varicosas dos membros inferiores.

O-280

PREVENINDO O PÉ DIABÉTICO: ATENÇÃO À SAÚDE NA ÁREA RURAL DE UM MUNICÍPIO NO ALTO SERTÃO PARAIBANO

GOMES T.C.; NASCIMENTO J.F.B.; ANDRADE F.N.; OLIVEIRA T.; SOUSA E.C.; MOTA C.G.G.

Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras - PB.

Contexto: alterações neurológicas, anatomopatológicas e infecciosas nos membros inferiores e pés de pacientes diabéticos conceituam o pé diabético. Para seu controle são necessárias ações como: diagnóstico precoce, conscientização sobre a doença, medidas preventivas, nutrição adequada e tratamento na fase inicial. Na desarticulação dessas estratégias, úlceras e amputações podem surgir com a negligência da atenção à saúde, trazendo grande custo em detrimento dos baixos custos despendido dos cuidados primários. **Objetivo:** conhecer as ações de cuidado primário à saúde direcionada ao portador de pé diabético. **Métodos:** É um estudo exploratório de campo junto a 15 diabéticos da área rural do município de Santa Helena - PB. A coleta se deu através de um questionário semiestruturado aplicado na Unidade de Saúde, posteriormente tabulado e analisado por meio da estatística descritiva. **Resultados:** O sexo feminino foi mais prevalente (66,6%). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) estava associada em 9 pacientes, 2 pacientes possuíam depressão e 4 tinham cardiopatias. Para o controle medicamentoso do diabetes, 93,3% usavam hipoglicemiantes orais, especialmente as Biguanidas e Sulfoniluréias e, 26,7% utilizavam Insulina NPH. Os respondentes disseram seguir dieta (73,3%), contudo, nenhuma havia sido orientada por nutricionista. Eles frequentam regularmente a Unidade de Saúde (86,7%), sendo que 69,2% frequente a menos vez ao mês para avaliação de glicemia capilar e pressão arterial e 86,7% referiram consultar-se pelo menos uma vez ao ano desde o diagnóstico da doença. Apesar disso, apenas 33,3% dos pacientes tiveram seus pés examinados nas consultas no último ano, e nenhum fez o Teste do Monofilamento. Dos entrevistados, 60% receberam orientações sobre cuidados com os pés e dieta, e 53,3% tinham sido informados sobre a importância do exercício físico. Quanto a alterações nos pés, 8 pacientes sentiam dormência, 5 sentiam dores e 4 possuíam algum tipo de calosidade/fissura no membro. 73,3% deles não usam sapato adequado e 66,6% não secam entre os dedos. Apesar de 93,3% dos pacientes saberem da importância do cuidado com o pé, apenas 66,6% deles sabiam como cuidar do membro. **Conclusões:** Torna-se evidente a necessidade de educar o paciente quanto a incidência das complicações pé diabético e métodos de prevenção. Faz-se necessário também um melhor acompanhamento do paciente portador de DM, sendo dever do profissional de saúde uma atenção integral.

O-281

PRIMEIRO "ENDPOINT" DE TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA VENOSA PÉLVICA CRÔNICA COM ESPUMA DENSA

ALMEIDA L.R.

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Vitória - ES

Contexto: A insuficiência venosa pélvica crônica é uma das causas mais frequentes de queixas ginecológicas tipo dor pélvica, dispareunia, dismenorréia e de recorrência de varizes de membros inferiores, acometendo entre 15% a 20% de todas as mulheres. Tais sintomas impactam negativamente na qualidade de vida destas mulheres e nos gastos do sistema de saúde. O tratamento percutâneo através de embolização com mola associada a microespuma se mostrou eficaz e foi amplamente reproduzido em estudos, porém são poucos os estudos analisando o tratamento com microespuma densa sem associação com mola. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do tratamento endovascular da insuficiência venosa pélvica crônica utilizando microespuma de oleato de monoetanolamina. **Métodos:** Os critérios de inclusão foram: pacientes entre 18-60 anos, com diagnóstico de insuficiência venosa pélvica através de sinais e sintomas clínicos e sinais ultrassonográficos, submetidos a tratamento endovascular no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM, Vitória - ES), por embolização com microespuma de oleato de monoetanolamina, entre os anos 2016 e 2017. O acompanhamento foi feito através de consultas periódicas, com investigação da remissão dos sintomas e avaliação do diâmetro e refluxo de vasos pélvicos por meio de US Doppler transvaginal. Os dados foram analisados em software Microsoft Excel. **Resultados:** Foram estudados 22 pacientes do sexo feminino. A média de idade foi de 38,6 anos. Em ordem decrescente de frequência, os sinais e sintomas mais relatados foram dor pélvica (72,7%), varizes de membros inferiores (68,1%), dispareunia (54,5%), dor em membros inferiores (36,3%), recidiva de varizes (22,7%), varizes em vulva (18,1%) e doença hemorroidária (13,6%). Após tratamento com microespuma 70% das pacientes apresentaram melhora da dor pélvica, 64,2% da dispareunia, 75% das varizes vulvares e 66,6% dos casos de doença hemorroidária. **Conclusão:** O uso de microespuma densa de oleato de monoetanolamina é uma opção eficaz no tratamento das varizes pélvicas, melhorando a sintomatologia dos pacientes, com possibilidade de repetição do tratamento em caso de recidiva.

O-282

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO, PODEMOS FAZER MELHOR?

CURTARELLI A.; SILVA L.P.C.; BERTANHA M.; MOURA R.; YOSHIDA R.A.; PIMENTA R.E.F.; SOBREIRA M.L.; YOSHIDA W.B.
Hospital das Clínicas, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: O tromboembolismo venoso (TEV) é uma doença silenciosa e letal que acomete parcela importante dos pacientes hospitalizados. Com alta morbimortalidade e custo financeiro para o sistema de saúde o TEV pode ser prevenido com uso da profilaxia estabelecida pela literatura. No mundo real a profilaxia para TEV possui média de adequação inferior a 50%. **Objetivo:** Definir o perfil epidemiológico do doente com TEV no HC/FMB, a taxa de adequação da profilaxia para TEV no referido serviço e determinar meios para melhorá-la. **Método:** Estudo transversal observacional realizado pela coleta de dados no prontuário médico dos pacientes que preencheram critérios de inclusão. Confrontado classificação de risco para TEV, segundo a SBACV, e a profilaxia para TEV prescrita. **Resultados:** A taxa global de adequação das prescrições de profilaxia encontrada foi de 42.1% contra 57.9% de inadequação. Pacientes clínicos obtiveram taxa de adequação de 52.9% enquanto pacientes cirúrgicos obtiveram taxa de 37.5% de profilaxia para TEV realizada de maneira adequada. **Discussão:** As taxas encontradas são ligeiramente inferiores as relatadas na literatura. As inadequações de prescrição ocorrem por motivos diferentes em doentes clínicos e cirúrgicos. Estas inadequações podem ser explicadas pelo fato de o médico assistente não lembrar da ocorrência da doença, por estratificar o risco do paciente de maneira inadequada não aplicando o protocolo de TEV instituído ou por acreditar em maior potencial de sangramento em pacientes cirúrgicos que recebam a profilaxia química. **Conclusão:** A profilaxia de TEV foi prescrita de forma inadequada em mais de 50% dos pacientes. Educação continuada, o estímulo a aplicação beira-leito da diretriz da SBACV e adequações no sistema de prescrição do HC/FMB orquestradas pela comissão de profilaxia do TEV (CPTEV) podem mudar as taxas de adequação de profilaxia do serviço.

O-283

PROGRAMA DE TREINAMENTO EM CATETERIZAÇÃO GUIADA POR ULTRASSOM

BOLDO M.G.; TERRES D.M.; DUTRA C.F.; LAIN V.V.; CARDOSO S.S.; CHALÁ F.
Hospital Geral, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul - RS

Contexto: Estudos vêm sugerindo que o uso de US está associado à redução da frequência de complicações e à redução de custos da cateterização venosa central (CVC). **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo avaliar o grau de aprendizado após realização de curso teórico/prático através de um questionário aplicado após curso. **Método:** Realizado curso seguindo a sugestão American College of Emergency Physicians (ACEP) com 1 hora de aula teórica seguido de 2 horas de aula prática em moldes de gelatina sendo uma das onze recomendações na prática médica pela agência norte americana responsável por pesquisa e qualidade em cuidados em saúde. Observa-se redução nos índices de complicações e aumento nas taxas de sucesso. **Conclusões:** Nossos resultados vão ao encontro da literatura, foi possível intervir no conhecimento dos participantes levando-os a adquirirem segurança para realizar a prática sem tutoria nos seus ambientes de trabalho, além de contribuir com o conceito de disponibilidade da tecnologia, menor custo e menor tempo de execução.

O-284

PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL: RELATO DE TRÊS CASOS

MIYAMOTTO M.; NEVES G.C.S.; EVANGELISTA M.S.; GRANELLA V.H.; BRENDOLAN L.F.; ANDRADE D.C.; MOREIRA B.D.; RIBEIRO G.

Instituto VESSEL de Aperfeiçoamento Endovascular; Liga Acadêmica de Medicina Vasculare (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vasculare, Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Serviço de Cirurgia Vasculare Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Pseudoaneurismas da artéria temporal superficial são raros. Ocorrem principalmente em homens jovens em decorrência de traumatismo craniano fechado. O quadro típico é o aumento de volume local após história de trauma. Os autores relatam três casos de pseudoaneurisma de artéria temporal superficial após trauma craniano fechado. Os três pacientes eram do sexo masculino com história de trauma de diferentes mecanismos. O primeiro caso resultou de colisão da região fronto-parietal contra o volante ocorrido há 45 dias. O segundo caso também resultou de acidente automobilístico, porém de maior intensidade. O terceiro caso foi em consequência de agressão direta local há 15 dias. Os três pacientes apresentavam pequena massa pulsátil em região fronto-parietal. Foram submetidos à ligadura e ressecção do aneurisma sem complicações. Os pseudoaneurismas da artéria temporal superficial são pouco relatados na literatura. Isso se deve ao baixo índice de complicações graves como rotura e déficits neurológicos. Apesar de apresentar baixa morbidade, deve ser reconhecido e tratado apropriadamente para prevenir sangramento e hematomas extensos.

O-285

PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA AXILAR ASSOCIADO A TRAUMA VASCULAR PRÉVIO: UM RELATO DE CASO

ALENCAR M.J.C.; AQUINO M.A.; ALVES C.A.S.; CARVALHO G.C.D.F.; PAES M.S.; ABREU D.B.O.; FERREIRA I.F.S.; BORGES J.O.

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Salvador - BA

Pseudoaneurismas de artéria axilar surgem de lesão parcial da artéria axilar e subsequente sangramento intraluminal para tecidos circunjacentes. Massa pulsátil em expansão na topografia axilar associada a história de trauma podem nortear a investigação diagnóstica. Exames de imagem são úteis na avaliação e planejamento terapêutico, já que componentes ósseo e muscular desta topografia tem a função protetora, dificultando a manifestação de sinais clínicos. Relatamos caso de paciente, 24 anos, feminino, com aumento de volume e massa pulsátil palpável em região axilar esquerda. Vítima de ferimento por arma branca em membro superior esquerdo há 07 anos, sem detecção ou abordagem da lesão na vigência do trauma. Angiotomografia de membro superior esquerdo, detectou pseudoaneurisma de artéria axilar esquerda. Realizada abordagem cirúrgica com anastomose da artéria braquial esquerda com axilar esquerda, usando seguimento de veia basilíca mediana invertida. Procedimento sem intercorrências e controle pós-operatório evidenciando boa perviada da anastomose e ausência do pseudoaneurisma.

O-286**PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA FEMORAL SECUNDÁRIO A PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO OCORRIDA HA 20 ANOS: RELATO DE CASO**

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.; BASNIAK L.; SANTOS A.B.F.S.

Hospital Regional de Araguaína; Centro Universitário, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína (FAHESA), Araguaína - TO

Pseudoaneurisma pode ser definido como um hematoma pulsátil que se comunica com uma artéria por meio de um perfúrio na parede arterial. A causa pode ser iatrogênica ou ocasionada por acidentes automobilísticos, lesões por armas brancas ou perfurações por projéteis de arma de fogo. O diagnóstico do pseudoaneurisma é confirmado por exames de imagem: angiografia e tomografia computadorizada e tratamento consiste em reparar a artéria por meio de cirurgia. Foi realizada uma revisão do prontuário do paciente para levantamento dos dados clínicos, bem como de informações relevantes ao estudo como anamnese, exame físico, exames complementares e descrição do procedimento terapêutico escolhido para resolução do quadro clínico. IMS, 58 anos, sexo masculino, admitido no pronto atendimento do Hospital Regional de Araguaína com queixa de dor na perna esquerda. Relata que há cerca de 20 anos iniciou com quadro de claudicação intermitente. Há 2 anos, evoluiu com quadro de dor constante em membro, em terço proximal de coxa, de forte intensidade, piorando aos esforços, limitando atividades diárias e melhorando ao repouso. O mesmo relata acidente com perfuração por arma de fogo há 20 anos, com entrada de projétil em fossa ilíaca E orifício de saída em região glútea. Ao exame físico presença de massa pulsátil com aproximadamente 3 polpas digitais, pulsos poplíteo e pedioso não palpáveis em MIE, índice tornozelo-braquial de 0,320. Realizado ultrassonografia de coxa proximal com presença de volumosa imagem hipocogênica, medindo 43 mm em seu maior diâmetro, pulsátil, sugestiva de aneurisma de artéria femoral esquerda. Solicitado então angiotomografia detalhou lesão. Decidiu-se por abordagem cirúrgica aberta, sendo optado por revascularização de membro com colocação de enxerto vascular de politetrafluoretileno (PTFE) de 6 mm. Pós-operatório sem queixas de dor em membro, pulsos distais presentes e palpáveis e ITB de 0,625. Paciente de alta em acompanhamento ambulatorial sem queixas. Pseudoaneurismas costumam ter uma longa evolução, por serem incomuns, o diagnóstico é difícil sem uma anamnese e exame físico realizados adequadamente, associados a exames de imagem. Devido ao escasso número de casos publicados na área médica, não foi possível realizar uma comparação da evolução clínica e tratamento cirúrgico utilizado em outras apresentações desta patologia.

O-287**PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA POLPÍTEA SECUNDÁRIO A PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO: RELATO DE CASO**

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.

Hospital Regional de Araguaína, Araguaína - TO

Pseudo-aneurismas são uma afecção arterial rara. Caracterizam-se, como dilatações fusiformes ou saculares, representando, como ruptura da artéria entre a camada média e adventícia da parede vascular. Por vezes, é contido somente pela adventícia ou pelos tecidos conectivos adjacentes, promovendo alterações locais de fluxo e a distância, podendo ocasionar uma série de complicações. Trata-se de um estudo observacional descritivo cujas informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e revisão de literatura. Paciente masculino, 58 anos, lavrador, relata história de lesão por arma de fogo (cartuchoeira) na região da fossa poplíteia direita quando praticava a caça, há 8 dias. Procurou o serviço de saúde de sua região, onde recebeu o primeiro atendimento e alta após avaliação médica com analgesia. Após dois dias, retorna referindo dor de início súbito na noite anterior, intensa, contínua, em aperto, estendendo-se do local do orifício de entrada do projétil até o pé direito, com edema. Encaminhado a Cirurgia Vascular do Hospital Regional de Araguaína que observa edema (3+/4+) localizado em MID, estendendo-se da fossa poplíteia até o pé, duro, frio, doloroso, presença de orifício de entrada do projétil presente em fossa poplíteia direita sem orifício de saída com evidencia de hematoma localizado da raiz da coxa direita até região medial da coxa em direção à fossa poplíteia, indolor. Pulsos poplíteo, tibial posterior e pedioso do membro ausentes. Demais pulsos presentes. Solicitada US arterial com Doppler que evidencia pseudoaneurisma extenso, ocupando toda fossa poplíteia e estendendo-se para a perna, comunicando-se com o segmento médio da artéria poplíteia por orifício de 3,3 x 5 mm. Solicitada arteriografia que resulta em imagem sugestiva de pseudoaneurisma de artéria poplíteia média. Indicada abordagem cirúrgica, aberta. Paciente evolui com boa perfusão do membro, melhora do edema e da dor e pulsos presentes. A região do cavo poplíteo é conhecida pelos cirurgiões vasculares como "Triângulo das Bermudas" pela sua grande dificuldade técnica de acesso devido a características anatómicas peculiares associadas a sua alta taxa de insucesso no reparo de patologias traumáticas e aneurismáticas, que resultam em elevadas taxas de amputação de membros inferiores se comparados a outras topografias.

O-288**PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA PÓS TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO**

PONTES D.G.; MONTEIRO A.F.G.; OLIVEIRA F.P.

Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus - AM

O pseudoaneurisma é uma ruptura contida da parede arterial com laceração total ou parcial de suas camadas. O sangue pulsante extravasa para o espaço perivascular e é encapsulado pela camada dos vasos ou pelos tecidos vizinhos formando sua parede, promovendo, por vezes, alterações locais de fluxo e a distância, podendo ocasionar uma série de complicações. Das circunstâncias mais comuns de ocorrência de pseudoaneurisma destaca-se, após cateterização e outras naturezas traumática dos vasos. O objetivo deste relato é descrever um caso de pseudoaneurisma de artéria poplíteia pós-traumatismo, corrigido por técnica cirúrgica aberta. Paciente masculino, 45 anos, pardo, autônomo procurou pronto atendimento referindo dor intensa em membro inferior direito associado à parestesia e massa de aumento progressivo em região distal de coxa e retro patelar direita. Relatava história prévia de ferimento por arma de fogo há 40 dias em face lateral de joelho direito, não houve exploração vascular na ocasião. Ao exame clínico apresentava: dor, edema e massa pulsátil em região pósterio-medial de fossa poplíteia direita. Pulso femoral, poplíteo, tibial posterior e pedioso palpáveis. O paciente foi submetido ao exame de US Doppler arterial, que evidenciou a presença de um pseudoaneurisma em artéria poplíteia direita de 6-8 cm em seu maior diâmetro. Optou-se pelo tratamento cirúrgico convencional. Este foi realizado com incisão de Szilagyí para abordagem de artéria poplíteia e vasos infra poplíteos, acesso e controle proximal e distal de artéria poplíteia. A seguir dissecado o pseudoaneurisma e corrigido com anastomose termino-terminal de artéria poplíteia com interposição de veia safena magna ipsilateral. Paciente teve boa evolução, melhora dos sintomas e mantido pulsos do membro anteriores à cirurgia, recebendo alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. Pseudoaneurisma de artéria poplíteia são raros e caso não haja trombose espontânea, ocorre formação de uma cápsula fibrosa com fluxo turbilhonado em seu interior. O adequado exame físico e o diagnóstico precoce do pseudoaneurisma é de extrema importância, visto que estes têm maior probabilidade de se expandirem e romperem do que aneurismas verdadeiros. Atualmente o tratamento endovascular vem sendo utilizado para este tipo de afecção, porém a cirurgia aberta ainda tem sido bastante efetiva, principalmente nas urgências, rotos e síndrome compartimental.

O-289**PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA SECUNDARIA A PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO TRATADA POR ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO**

ROCHA L.C.F.S.; ALVES R.F.; BLOIS R.R.; DINIZ K.F.A.; TRENTIN B.C.; OLIVEIRA M.B.

Hospital Regional de Araguaína, Araguaína - TO

Os pseudo-aneurismas apresentam causas multifatoriais, podendo resultar de traumas, como contusões, lesões por armas brancas, projéteis, fraturas, iatrogenas, atos cirúrgicos, tumores ósseos como osteocondromas, entre outras citadas na literatura. Podendo ocorrer desprendimento de êmbolos, pelo fluxo turbulento no local, ruptura e compressão vascular. Trata-se de um estudo observacional descritivo cujas informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida e revisão de literatura. DPS, 32 anos, masculino, admitido no dia 11/04/2014 vítima de ferimento por arma de fogo (FAF) em ápice do hemitórax esquerdo (HTE). Ao exame físico presença de orifício de entrada em 2º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular e saída e região escapular superior com sangramento local. Paciente com dispnéia, a ausculta diminuição do MV em base do hemitórax esquerdo e presença de sopro 3+/6+ infraclavicular, com frêmito local a palpação associada a discreto enfimema subcutâneo. Foi realizada toracostomia e drenagem em selo d'água, com saída de 350 mL de secreção sanguinolenta. Paciente submetido a US Doppler de vasos da base que evidenciou pseudoaneurisma de artéria subclávia esquerda adjacente a fístula artério-venosa entre artéria e veia subclávia. Realizada arteriografia do paciente que confirmou diagnóstico e após discussão da equipe da cirurgia vascular, foi decidido tratamento endovascular de urgência. Liberado stent GrallGraft 8 x 50, com liberação e oclusão do orifício de comunicação da fístula arteriovenosa e falso aneurisma, sob radioscopia. Logo após o procedimento, houve desaparecimento de frêmito e sopro local. Paciente recebeu alta hospitalar e manteve acompanhamento ambulatorial. No presente relato o paciente, jovem, estável hemodinamicamente, vítima de perfuração por arma de fogo, próximo a zona de Ziedler, em hemitórax esquerdo, por ter evoluído sem intervenções cirúrgicas de grande porte, foi-se optado pelo tratamento endovascular, pela característica minimamente invasiva, com ótimos resultados e baixa morbimortalidade.

O-290**PSEUDOANEURISMA INFECTADO DE ARTÉRIA POPLÍTEA - DESAFIO TERAPÊUTICO: RELATO DE CASO**

ARAÚJO I.V.D.; FERNANDES S.O.; BORGES JÚNIOR M.; MELO G.; CARVALHO E.A.; GURGEL G.A.; SOUZA E.B.

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS), Universidade Potiguar, Natal - RN

O aneurisma infectado é uma condição clínica grave associado a alta morbidade e mortalidade. O tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível e deve conter terapia antibiótica combinada, desbridamento cirúrgico agressivo do tecido infectado e reconstrução vascular, conforme necessário, avaliado individualmente caso a caso. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente, sexo feminino, 50 anos, que realizou há 120 dias cirurgia de revascularização com interposição de veia safena na artéria poplítea do MIE após cirurgia para correção de ruptura de ligamento cruzado anterior. Apresentou sangramento em ferida operatória de moderado volume. Ao exame físico em mie apresentava orifício com coágulo na ferida operatória, fasciotomia medial em perna com infecção, perda de movimentação ativa da perna com pé caído. Realizou angiogramografia que sugeriu pseudoaneurisma infectado em artéria poplítea proximal. Foi submetida a amputação em nível de coxa esquerda, sem intercorrências.

O-291**PSEUDOANEURISMA PÓS-TRAUMÁTICO DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA: RELATO DE CASO**

RAMOS V.P.; BRITO FILHO S.B.; VIEIRA C.B.; VIANA NETO R.E.; MELONIO C.E.C.; OLIVEIRA NETO V.B.; SILVA B.L.P.; DURANS M.S.B.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Aproximadamente 3% das lesões penetrantes do pescoço e tórax se acompanham de lesões dos vasos subclávios. Pseudoaneurisma é um hematoma formado por extravasamento de sangue após lesão arterial. O reparo cirúrgico aberto é tradicionalmente o método de escolha, entretanto, necessita de toracotomia ou esternotomia mediana para o acesso. Devido a essa natureza invasiva, métodos minimamente invasivos têm sido relatados no tratamento destes pseudoaneurismas. Objetiva-se relatar o caso de um paciente portador de pseudoaneurisma pós-traumático de artéria subclávia direita (ASD) que necessitou de by-pass extra-anatómico para manter perfusão do membro superior direito (MSD), destacando-se a importância da rede de colaterais dos membros superiores. Estudo transversal descritivo com relato de caso de paciente portador de pseudoaneurisma pós-traumático de ASD realizado no Hospital Universitário Presidente Dutra. Paciente GSC, 27 anos, vítima de ferimento por arma de fogo na região lateral do tórax direito. Ao ser admitido encontrava-se pálido, taquicárdico, queixando de dor e diminuição da mobilidade em MSD, estável hemodinamicamente e ausência de pulsos axilar, braquial, radial e ulnar em MSD, com frialdade no referido membro e perfusão lentificada. Realizada arteriografia do MSD, evidenciou-se pseudoaneurisma na 2ª porção da ASD. Optou-se por reparo aberto com ligadura da artéria e revascularização por ponte carotídeo-axilar interpondo enxerto de safena magna invertida retroclavicular. Evoluiu no 1º dia de pós-operatório (DPO) estável hemodinamicamente e queixando de dor à mobilização do membro. Arteriografia do 14º DPO evidenciou oclusão segmentar de artéria braquial direita, sendo a perfusão mantida às custas das artérias circunflexas umerais. Recebeu alta no 23º DPO. Nas lesões dos vasos subclávios a maioria dos cirurgiões têm experiência limitada. O tratamento de pseudoaneurismas tem sido classicamente cirúrgico e tratamento endovascular por via percutânea tem surgido como alternativa. No caso, optou-se por reparo aberto devido: forte suspeição de infecção do pseudoaneurisma; pseudoaneurisma volumoso com sinais de iminência de ruptura; dificuldade burocrática na aquisição de materiais para tratamento endovascular. A tomada de decisão sobre abordagem endovascular ou cirurgia aberta convencional deve ser individualizado, levando-se em consideração as possibilidades aplicáveis a cada paciente.

O-292**PSEUDOANEURISMA TARDIO DE ARTÉRIA GASTROCNÊMIA**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; CRHISPIN A.C.G.; ANDRADE V.D.M.; CHAGAS NETO D.P.; MELO I.S.G.; POSTAL G.P.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Pseudo-aneurismas ou falsos aneurismas são causados por rotura da parede arterial com extravasamento de sangue que é contido pelos tecidos vizinhos. A rotura parcial da parede do vaso impede retração e trombose das extremidades lesadas. Nessas condições, é frequente o sangramento ativo ou a formação de um pseudo-aneurisma, quando a hemorragia é contida pelas estruturas musculoponeuróticas, e o hematoma tem comunicação com a luz arterial, transmitindo pulsatilidade, podendo expandir-se progressivamente e comprimir estruturas vizinhas ou romper-se. Os pseudo-aneurismas traumáticos podem ser resultantes de traumas diretos, de projéteis ou instrumento perfurocortante, por traumas fechados ou iatrogenia, como por embolectomia, angioplastia e até mesmo por acupuntura. Nos pseudo-aneurismas traumáticos, pelo grande hematoma que em geral ocorre, a presença do pseudoaneurisma só é detectada tardiamente. Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino de 15 anos que apresentava pseudoaneurisma artéria gastrocnêmia que teve seu diagnóstico realizado por apresentar dor por compressão dos compartimentos adjacentes 15 dias após trauma no local. Paciente foi submetido a cirurgia de exploração no local do hematoma com drenagem do mesmo e descoberta de corpo estranho no local. Evoluiu sem queixas no pós-operatório e com pulsos distais palpáveis, diminuição do edema e melhora importante da dor. Pseudoaneurisma de artéria gastrocnêmia é raro e geralmente são secundários a traumatismos locais ou por ferimentos perfuro-contusos. O vaso mais frequentemente acometido é a artéria femoral comum, que comumente é alvo de procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos. Pseudo-aneurisma de artéria gastrocnêmia é raro e etiologias diversas são relatadas na literatura.

O-293**PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE AORTA ROTO: RELATO DE CASO**

MELONIO C.E.C.; SILVA B.L.P.; RAMOS V.P.; BRITO FILHO S.B.; CAMPOS R.C.A.; FERREIRA K.C.M.; FRIAS NETO C.A.S.; COSTA J.C.M.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

O pseudoaneurisma de aorta abdominal pós-traumático possui tempo variável de semanas a anos entre a ocorrência do evento traumático e o aparecimento de sintomas. O seu tratamento baseia-se no método expectante, cirurgia, compressão e injeção de salina ou trombina. Este caso pretende relatar a evolução de um paciente, com 21 anos diagnosticado com pseudoaneurisma roto de aorta abdominal após 9 meses do traumatismo por arma de fogo submetido à correção cirúrgica. Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuário, entrevistas com a equipe cirúrgica e paciente, registro fotográfico e revisão de literatura, preservando os direitos do paciente quanto ao consentimento livre e esclarecido. MCC, 21 anos, deu entrada no Hospital Universitário Presidente Dutra com o diagnóstico de pseudoaneurisma de aorta abdominal pós-traumático, que rompeu no primeiro dia de internação hospitalar. Na admissão, apresentava dor intensa em flanco direito irradiando para membro inferior ipsilateral, taquicardia e sudorese; ao exame físico apresentava abdome flácido, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com massa palpável abdominal na mesma topografia da dor. Após tomografia abdominal, diagnosticou-se pseudoaneurisma de aorta pós-traumático com maior diâmetro de 17 cm. Após ruptura, submeteu-se à correção cirúrgica objetivando by-pass aorto-aórtico. No perioperatório, após implantação de balão aórtico em artéria ilíaca comum esquerda, iniciou-se tentativa de dissecação do pseudoaneurisma, resultando em hemorragia abundante em retroperitônio, com parede arterial com destruição e frável. A partir disso, optou-se por enxerto axilobifemoral com prótese de politetrafluoretileno (PTFE), realizando, ligadura da artéria aorta infrarenal e revascularização dos membros inferiores (MMII) com enxerto. No pós-operatório imediato, o paciente evoluiu com oclusão arterial aguda de MMII com classificação 3 na escala de Rutherford por trombose de enxerto levando à amputação suprapatelar e desarticulação coxofemoral dos MMII direito e esquerdo. A trombose de enxerto é uma complicação prevista para o by-pass axilo-bifemoral e em procedimentos eletivos há estudos indicando taxas menores que 1% no pós-operatório imediato, a viabilidade do enxerto em 5 anos ultrapassa 95% em estudos americanos em pacientes eletivos, não foram encontrados estudos em pacientes de emergência devido à raridade dos casos relatados.

O-294

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

SILVA A.P.P.; PINTO D.M.; PAOLUCCI L.B.; PFANNES C.C.B.; DINIZ M.A.

Hospital Felício Rocho; Hospital João XIII, Belo Horizonte - MG

Contexto: A doença venosa crônica atinge os indivíduos em sua fase mais produtiva da vida acarretando dor, perda de mobilidade e afastamento de suas atividades, interferindo diretamente na qualidade de vida. Foram desenvolvidos diversos questionários com o objetivo de avaliar especificamente a qualidade de vida relacionada com a patologia venosa crônica. Um dos questionários mais utilizados é o "Chronic Venous Insufficiency Questionnaire" (CIVIQ). Este questionário encontra-se amplamente validado e o seu resultado correlaciona-se com a gravidade clínica da patologia venosa e com a qualidade de vida geral.

Objetivo: Apresentar a eficácia do tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores comparando o índice de qualidade de vida em dois momentos, no dia da cirurgia e após 30 a 60 dias. **Métodos:** Estudo prospectivo comparando a qualidade de vida pelo questionário CIVIQ obtido no momento da cirurgia e 30 a 60 dias após, analisando idade, sexo, CEAP (Clinical, Etiological, Anatomical and Pathological classification), VCSS (Venous Clinical Severity Score), tipo de cirurgia e anestesia utilizada. Realizada análise estatística entre as variáveis no tempo 1 (dia da cirurgia) e no tempo 2 (30 a 60 dias após o procedimento). **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 48,34±12,90 anos, maioria do sexo feminino, correspondendo a 81%. A média da classificação clínica CEAP foi de 2,28±0,81 e a média do VCSS 4±2,01. Sexo masculino apresentou CEAP e VCSS mais elevado, enquanto o sexo feminino apresentou valores CIVIQ mais elevados. O tipo de cirurgia mais realizada foi retirada de tributárias, seguida da safenectomia e endolaser de safenas, correspondendo a 40, 37 e 11 casos respectivamente. Tipo de anestesia mais realizada foi o bloqueio anestésico, seguida de anestesia com máscara laríngea e anestesia local, sendo 53, 23 e 12 pacientes respectivamente. No tempo 1 pacientes submetidos a safenectomia apresentaram uma média do CIVIQ mais alta do que os demais, sendo que os do grupo do endolaser a média do CIVIQ foi mais baixa. Houve redução significativa no CIVIQ após o tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores. No tempo 1, o CIVIQ médio foi 50,20±15,58; no tempo 2, o CIVIQ médio foi 27,52±8,9 (p < 0,01).

Conclusão: Neste estudo podemos concluir que tivemos alta eficácia do tratamento cirúrgico das varizes de membros inferiores com melhora significativa dos índices de qualidade de vida nos pacientes.

O-295

REESTENOSE INTRA-STENT DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DEVIDO A FRATURA DE STENT: RELATO DE CASO

OLIVEIRA R.T.; SILVA W.P.; BERRIEL J.A.M.; FERRAZ P.A.L.; FONSECA L.M.; MAZZINI E.A.

Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha - ES

O território carotídeo é sede comum de doença aterosclerótica principalmente em sua bifurcação, sabe-se que sua progressão resultara em graus variados de estenose que podem ou não gerar repercussões hemodinâmicas intracranianas. A etiopatogenia da estenose carotídea é fonte de estudo desde Wepfer que em 1658 associou lesões nas artérias carótidas como causa de óbito por acidente vascular cerebral. Neste artigo, os autores descrevem um caso de reestenose intra-stent de carótida interna esquerda devido a fratura de stent. A angioplastia de carótidas com implante de stent apresenta-se hoje como modalidade terapêutica e é recomendada para pacientes de alto risco para endarterectomia, com pescoço hostil, na reestenose da artéria carótida endarterectomizada e na doença da carótida provocada por displasia fibromuscular. MLVJ, sexo feminino, 67 anos, viúva, natural de Colatina - ES, brasileira, aposentada, parda, moradora de Cariacica - ES foi admitida em serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Evangélico de Vila Velha para tratamento de reestenose intra stent em carótida interna esquerda devido a fratura de stent em seu terço médio que condicionava estenose de 80% na luz do vaso de acordo com os critérios do estudo NASCET. O estudo angiográfico foi indicado pela análise do fluxo ao Doppler colorido e a quantificação das velocidades de fluxo ao Doppler pulsado nas carótidas comum, interna e externa. A lesão foi tratada por técnica endovascular, através de implante de stent intra-stent com filtro de proteção neuroembólica e acomodação com balão, apresentando sucesso angiográfico imediato. Paciente evoluiu sem intercorrência no período de permanência hospitalar recebendo alta com dupla antiagregação plaquetária e follow-up ambulatorial com 15 dias, 2 meses, 6 meses e anual sem complicações neurológicas/hemodinâmicas até o presente momento. As fraturas de stent das artérias carótidas não é evento raro porém sua repercussão hemodinâmica real não é estabelecida na literatura. Os autores entendem que há necessidade de estabelecer protocolos para rastreamento, diagnóstico e seguimento das fraturas afim de permitir tratamento adequado para casos como o apresentado.

O-296

RECANALIZAÇÃO ARTERIAL PRECOZE NÃO CIRÚRGICA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO APÓS EMBOLIA ARTERIAL

KUHNNEN J.O.; EWALD E.; KAESTNER P.M.M.; SORDI A.E.; MARTINS J.; LOURENÇO H.K.; NUNES B.F.; SILVA L.F.

Hospital Santa Catarina de Blumenau, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau - SC

A oclusão arterial aguda é uma complicação arterial com alta morbi-mortalidade. De acordo com o Inter-Society Consensus 2007, a isquemia aguda dos membros inferiores é definida como uma diminuição repentina da perfusão dos membros que causa uma potencial ameaça à viabilidade dos membros. Os pacientes que apresentam mais de duas semanas após o início do evento agudo são considerados como tendo isquemia crônica de membros. Relato de caso de OAA em membro inferior direito com diagnóstico tardio sendo optado por anticoagulação com Rivaroxabana e infusão de Alprostadil evoluindo com recanalização em 4 semanas. Paciente masculino, 67 anos, com diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal infra-renal com acompanhamento clínico por 6 anos. Evoluiu com OAA de membro inferior direito tendo procurado atendimento vascular após 4 semanas do evento agudo. Apresentava dor em repouso, frialdade distal e sem déficit neurológico. No US vascular existia apenas fluxo em artéria femoral superficial proximal, oclusão da artéria poplítea e território distal com fluxo monofásico. Realizou angiotomografia de aorta, ilíacas e membro inferior direito que revelou aumento do diâmetro do aneurisma de aorta, oclusão do terço médio da artéria femoral superficial, da artéria poplítea e opacificação filiforme de artérias distais. Devido à isquemia aguda ter ocorrido há mais de duas semanas, foi iniciado anticoagulação com Rivaroxabana associado a infusão de Alprostadil. Após o terceiro dia de tratamento recebeu alta hospitalar sem dor em repouso e com melhora da perfusão distal complementando tratamento ambulatorial por 4 semanas. Evoluiu com melhora completa da dor em repouso e sem claudicação. Realizado US vascular de controle que evidenciou recanalização precoce da artéria femoral superficial e poplítea. Em ato contínuo submetido a correção endovascular do aneurisma de aorta abdominal e arteriografia de membro inferior direito que confirmou os sinais de recanalização arterial precoce do membro inferior direito. O tratamento da OAA com diagnóstico tardio é um desafio para o cirurgião vascular. As opções terapêuticas incluem o tratamento clínico além das técnicas cirúrgicas como embolectomia, revascularização por pontes e procedimentos endovasculares. Apresentamos uma evolução incomum de recanalização arterial precoce de membro inferior direito com uso de Rivaroxabana e Alprostadil.

O-297

RECANALIZAÇÃO E ANGIOPLASTIA DE VEIAS SUBCLÁVIA, INOMINADA ESQUERDA E CAVA SUPERIOR COM STENT EM POSIÇÃO PARALELA A ANGIOPLASTIA PRÉVIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

DUALIBI T.O.; SCHREINER C.A.; RAMALLI JUNIOR E.L.; ROSSONI B.P.; SILVA L.E.A.; SANTANA M.B.; GARDENGLI L.A.; JOVILIANO E.E.

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP

Síndrome da Veia Cava Superior é uma complicação frequente nos pacientes dialíticos, relacionada a diversos acessos. Opções de tratamento incluem angioplastia com balão, implante de stent auto-expansível, by-pass venoso, ligadura da fistula. Recanalização de veia (v.) central ocluída é difícil e o sucesso nem sempre é possível. Infelizmente opções de tratamento têm curta perviidade, com necessidade de reintervenção precoce. O objetivo do estudo é relatar um caso de recanalização de v. subclávia esquerda (E), inominada E e cava, com stent antigo ocluído e liberação de stent paralelo a angioplastia prévia. Dados por revisão de prontuário, da literatura e registro fotográfico do pré, intra e pós-operatório. Relato de caso, masculino, 65 anos, doença renal crônica dialítica, fistula arterio-venosa (FAV) braquio-cefálica (Bra-Ce) membro superior esquerdo (MSE), edema de membro E, dor, peso. Histórico de flebografia armada 07/11, com estenose crítica de veia cava superior, angioplastia cava e v. jugular interna direita proximal com stent. Doppler seguimento 01/16: trombose parcialmente recanalizada de v. subclávia E, trombose de v. jugular interna E. Optado por observação dado funcionamento da FAV. Sete meses após, aumento cervical, de v. superficiais do tórax (Sd da veia cava superior). Realizou flebografia 08/16: FAV Bra-Ce E: estenose de 50% componente venoso, oclusão de v. braquiocefálicas, v. jugular interna direita terço proximal, v. subclávias e stents ocluídos. Manteve edema cervical, MSE, indicado flebografia com tentativa de recanalização em 04/2017: punção FAV MSE, imagem de oclusão proximal de v. subclávia E, de v. inominada E (drenagem por colaterais), pouca contrastação intra-stent. Realizado recanalização das oclusões, angioplastia de cava com stent em paralelo ao stent prévio, do óstio do átrio direito até v. inominada E, stent de v. inominada E e subclávia E. Flebografia controle: stents posicionados; contrastação das veias e rápido desague, redução da rede venosa colateral. Evolui com diminuição do edema de face, pescoço, MSE e mantém melhora no seguimento. Técnicas endovasculares permitem várias reintervenções no mesmo território. O caso apresentado foi exemplo de sucesso imediato após intervenções locais. Novos dispositivos e curva de aprendizado longa tem propiciado número maior de abordagens menos invasivas dos casos complexos.

O-298

REESTENOSE DE VEIA ILÍACA COMUM ESQUERDA APÓS IMPLANTE DE STENT PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME DE COCKETT-MAY-TURNER

FREITAS C.D.; BOLDO M.G.; LAIN V.V.; GOMES JÚNIOR S.V.; PONGILUPPI R.; CORRALO D.; HECK R.

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Hospital Geral, Caxias do Sul - RS

Síndrome de Cockett-May-Turner (SCMT) refere-se à compressão exercida pela artéria ilíaca comum direita, sobre a veia ilíaca comum esquerda sobre o corpo vertebral, gerando uma oclusão completa ou incompleta desse segmento vascular. Os sintomas geralmente recorrentes dessa síndrome são edema do membro inferior esquerdo, dor e, eventualmente trombose venosa profunda (TVP). Paciente na quinta década de vida admitida no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Geral relatando história de dor tipo cansaço, edema rizomélico e varizes no membro inferior esquerdo. Na investigação com US Doppler evidenciou-se o diagnóstico de SCMT. Sendo assim, a paciente foi manejada através do implante de Wallstent® 16 x 90 mm. Os sintomas entraram em remissão durante 14 anos. Na sequência, identificou-se reestenose significativa na borda distal do stent prévio. Em seguida, a paciente foi submetida a nova flebografia, a qual confirmou a presença de reestenose do segmento distal, sendo posteriormente executado o tratamento com Wallstent® 12 x 60 mm. Dessa forma, definitivamente houve regressão da sintomatologia. Para o tratamento a ser considerado na SCMT uma avaliação do contexto clínico do paciente, localização da lesão, comorbidades, severidade da doença venosa e sobrevida devem ser relevantes para a definição. Os principais tratamentos convencionais de SCMT são através de, enxerto enedovascular de stent sintético, anastomose após transecção artéria e veia ilíaca, ressecando segmento envolvido da veia e enxerto vascular in situ. Esses métodos cirúrgicos, no entanto, podem causar traumas severos com eficácia insatisfatória a longo prazo, o que geralmente é inaceitável para os pacientes. Optou-se por utilizar um stent de menor diâmetro devido ao calibre da veia ilíaca externa esquerda e, inclusive, realizou-se um overlap por cerca de 2 cm com o outro Wallstent® implantado previamente. O tratamento da doença venosa obstrutiva tem bom resultado com a utilização de stents. Raramente acontece a reestenose devido ao calibre da veia ser o dobro do diâmetro das artérias, da mesma forma que essas apresentam uma camada média mais afilada. Outro ponto a ser discutido é a força que o stent exerce sobre a parede venosa ao longo do tempo, sendo que a veia é um vaso complacente, talvez não deveríamos supradimensionar em demasia o diâmetro do stent a ser implantado e, dessa forma, evitamos a reestenose.

O-299

RELAÇÃO ANATÔMICA ENTRE A ARTÉRIA PUDENDA SUPERFICIAL EXTERNA E A CROSSA DA VEIA SAFENA MAGNA

LIMA FILHO A.V.; LINS E.M.; BARROS J.W.S.; CUNHA A.C.; PIRES G.L.O.; MELO B.M.; RODOVALHO L.F.F.; COSTA A.M.A.

Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE

Contexto: A crosssectomia da veia safena magna (VSM) é uma das técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento da doença venosa crônica (DVC) dos membros inferiores (MMII) e envolve a dissecação da região da crossa da VSM. A artéria pudenda superficial externa (APSE) é um ramo da artéria femoral e possui íntima relação com a crossa da VSM. O conhecimento da anatomia dessa região é fundamental para o emprego adequado da crosssectomia e menor risco de hemorragia intraoperatória; apesar disto há poucos trabalhos publicados sobre a relação anatômica entre a crossa da VSM e a APSE. **Objetivo:** Avaliar a relação anatômica entre a crossa da VSM e a APSE em pacientes submetidos a crosssectomia para tratamento de DVC dos MMII. **Métodos:** Foram avaliados 147 crossas de VSM, em 117 pacientes submetidos à crosssectomia da VSM para tratamento de DVC dos MMII, no IMIP, no período de janeiro de 2012 a julho de 2014. Os seguintes aspectos anatômicos foram avaliados: presença e localização da APSE. **Resultados:** A APSE foi visualizada em 85 (58%) crossas, sendo a posição posterior à VSM a mais comum, ocorrendo em 54 (63,5%) destas. **Conclusão:** A APSE foi visualizada na maioria das crossas e a sua posição mais comum foi posterior à VSM.

O-300

RELAÇÃO DE DIÂMETROS DA VEIA ILÍACA COMUM ESQUERDA NA ÁREA DE COMPRESSÃO E À MONTANTE: UMA OPÇÃO A SER CONSIDERADA NO DIAGNÓSTICO TOMOGRÁFICO DA SÍNDROME DE MAY-THURNER

KURTZ G.S.T.; CORREA M.P.; NOEL R.S.; SALEH J.N.; MORAES NETO F.A.; MALACARNE G.D.; PEREIRA P.C.; SILVA J.R.

Invasc - Instituto Vascular de Passo Fundo; Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo - RS

Contexto: A Síndrome de May-Thurner (SMT) é definida pela compressão da veia ilíaca comum esquerda (VIE) pela artéria ilíaca comum direita (AID) sobre a coluna lombar. O diagnóstico tomográfico da SMT ainda não é definido, não havendo um valor de corte validado. Realizamos previamente um estudo de tomografias de pacientes assintomáticos encontrando compressões maiores que 50% em 30% dos pacientes, concluindo que apenas a compressão na ATC não poderia ser considerada definitiva da presença de SMT. **Objetivo:** No presente trabalho testamos uma opção para a avaliação radiológica da SMT na angiogramia computadorizada (ATC) que se correlacione com manifestações clínicas da síndrome. **Métodos:** Foram analisadas séries de fase portal de ATC e medidas do diâmetro da VIE em seu ponto de maior compressão, o diâmetro da VIE em sua última imagem justaposta ao corpo vertebral da coluna lombar (CV) e a relação entre a primeira e segunda medida (RCCV) em dois grupos. O primeiro (G1) compreende pacientes não vasculares que realizaram ATC no período entre janeiro de 2016 e julho de 2016. O segundo grupo (G2) compreendia pacientes com diagnóstico clínico tratados para SMT que realizaram ATC na investigação pré-operatória entre 12/14 e 05/17. Foram excluídos pacientes com compressões não-vasculares e pacientes com trombose venosa de VIE. Após foi calculada a média da RCCV nos dois grupos e os resultados analisados. Foi avaliado também a presença de outras compressões vasculares da VIE e de varizes pélvicas. **Resultados:** Em G1 foram avaliadas 587 ATC consecutivas. A média de idade foi de 52 anos, sendo 354 (60,3%) mulheres com uma RCCV média de 0,61. No segundo grupo foram avaliados 13 ATC. A média de idade foi de 37 anos, sendo todas do sexo feminino e a RCCV média de 0,39. No segundo grupo 3 (23%) dos pacientes apresentavam outra compressão vascular da VIE, sendo que em um desses essa compressão era mais significativa que a da AID. Além disso, 8 pacientes (61,5%) apresentavam varizes pélvicas sendo que em metade as varizes apresentavam diâmetro > 6 mm. A análise das médias da RCCV entre os grupos usando o teste-t de student demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p = 0,01). **Conclusão:** A medida da RCCV se apresenta como um novo parâmetro radiológico para a avaliação radiológica da SMT tendo uma boa correlação com a manifestação clínica da síndrome. A presença de varizes pélvicas também deve ser considerada na investigação tomográfica.

O-301

RELAÇÃO ENTRE BIOMARCADORES ULTRASSONOGRÁFICOS E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

ROSA F.D.; CURTARELLI A.; SEMBENELLI M.; JALDIN R.G.; ANGELELI P.; BERTANHA M.; NAHAS E.A.P.; SOBREIRA M.L.

Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Botucatu - SP

Contexto: As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no mundo, inclusive entre mulheres. A busca por marcadores de risco cardiovascular, na tentativa de detecção precoce para intervenção ainda na fase pré-clínica é de interesse fundamental para prevenção da progressão da doença cardiovascular. **Objetivo:** Nossa hipótese é de que a avaliação morfológica da estrutura vascular (através da medida da espessura do complexo médio-intimal - CMI) e adaptação fisiológica a insulto isquêmico (distensibilidade arterial - DART), por meio da ultrassonografia vascular, permitiria a identificação de indivíduos com fatores de risco para cardiovasculopatias antes do surgimento de manifestações clínicas, relacionando-os aos principais grupos e fatores de risco para essas patologias. **Métodos:** Trata-se de estudo clínico, analítico e transversal, com pacientes atendidas no Ambulatório de Climatério e Menopausa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, de janeiro a dezembro de 2010 e a amostra, não-probabilística e por adesão, tem tamanho de 217 mulheres. Estas responderam perguntas referentes à idade, tabagismo, dislipidemias, diabetes. Por meio do exame físico foram mensurados peso, altura, índice de massa corpórea, circunferência abdominal. A medida da espessura do CMI e DART, foram realizadas por ultrassonografia vascular. Analisou-se a chance de DART e CMI anormal em função das variáveis independentes por modelo de regressão logística múltipla. Relações foram consideradas estatisticamente significativas se p < 0,05. Utilizou-se o software SPSS v.21.0 para análise estatística. **Resultados:** Há correlação estatisticamente significativa (p < 0,05) entre CMI alterado (ente 0,1-0,15 cm) e HAS, diabetes, idade e índice de massa corpórea. Não encontramos associação estatisticamente significante entre espessamento do CMI e tabagismo e circunferência abdominal. A análise da DART revela associação significativa com a idade, não se encontrou associação com significado estatístico com os demais fatores de risco relacionados. **Conclusão:** Os biomarcadores ultrassonográficos estão diretamente relacionados com fatores de risco para doença cardiovascular, especialmente o espessamento do CMI e podem ser preditores precoces (fase pré-clínica) de doenças cardiovasculares em mulheres pós menopausa.

O-302**BY-PASS AORTA-VENTRAL APÓS FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA/ TEVAR: RELATO DE CASO**

MARQUES E.W.G.; CAIAFA J.S.; MELO R.A.; GRESS M.H.T.; VIEIRA B.F.; CARMO L.G.R.; CAVALIERE V.H.O.

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ

Patient MSRL, 26 years old, female, with indeterminate vasculitis, with history of left carotid-subclavian by-pass + TEVAR, 4 years ago, because of ruptured aneurysm. In October 2016, the patient presented with thoracic pain and dyspnea being diagnosed with endoleak type Ia and Ib, with proximal and distal aneurismatic degeneration, including the celiac artery. The patient was submitted to a new TEVAR with the sandwich technique without problems. However, patient after 2 weeks, presented with fever and thoracic pain, being diagnosed with aortoesophageal fistula. Patient was submitted in november to an aorta-ventral by-pass + esophagectomy and aneurismectomy with success.

O-303**SÍNDROME DO DEDO AZUL ASSOCIADA A ATEROSCLEROSE QUE EVOLUIU COM ATEROEMBOLISMO PERI PROCEDIMENTO: RELATO DE CASO**

LOPES P.M.; ALBUQUERQUE P.M.B.; MAROUN J.J.; PRETTE JUNIOR P.R.; NEVES C.R.; MARTINS I.M.; FAGUNDES F.B.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

A síndrome do dedo azul é um exemplo clássico da embolização artérioarterial para membros inferiores em que as artérias terminais são ocluídas, causando isquemia do pododáctilo. A apresentação típica é dor súbita, esfriamento e cianose de pododáctilo associado a pulsos podais presentes. A embolia pode ser advinda de placas ateroscleróticas desde aorta até poplítea, estando nas femorais o sítio mais comum. Relatamos o caso de uma paciente de 80 anos, do sexo feminino, hipertensa, internada com lesão seca, muito dolorosa, em quinto dedo do pé direito, com ausência de pulso poplíteo e redução dos pulsos podais. Esta foi submetida a angiografia armada de membro inferior direito, que evidenciou doença aterosclerótica difusa, com placa excêntrica em transição femoropoplíteo. No controle angiográfico após angioplastia com stent da lesão, a mesma apresentou oclusão dos vasos distais, corrigida com aspiração mecânica. Evolui no pós procedimento com redução do índice tornozelo-braço a despeito da melhora da dor. A incidência de ateroembolia pós angioplastia é em torno de 3% em estudos clínicos, podendo chegar a 70% em alguns estudos de necropsia após manipulação aórtica. Alguns cuidados como troca de fios longos, mobilização do cateter apenas sobre fio-guia, acesso braquial e radial são relacionados a redução da incidência de fenômenos ateroembólicos peri operatórios. A correção da lesão causal, alívio sintomático, uso de anticoagulantes, tromboembolotomia e injeção intra-arterial de prostaglandinas E1 são as principais estratégias na condução dos eventos. A evolução varia de acordo com o segmento acometido, sua extensão e tempo de instalação, podendo evoluir benignamente ou chegar a necrose tecidual.

O-304**ABORDAGEM SIMULTÂNEA DE ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA BILATERAL: RELATO DE CASO**

MOURA A.O.; SILVA B.L.P.; RAMOS V.P.; LAGO J.M.; OLIVEIRA NETO V.B.; FREITAS L.H.L.; MARTINS B.B.; OLIVEIRA FILHO J.A.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Os aneurismas da artéria poplítea (AAP) surgem a partir de um enfraquecimento endotelial seguido por uma dilatação anormal de mais de 50% da parede arterial. Aproximadamente 50 a 70% dos pacientes tem APP bilateral. Atualmente, está indicada cirurgia pelo alto índice de perda de membro mesmo no paciente assintomático. O reparo aberto e a cirurgia endovascular são opções empregadas para o tratamento. Assim, este trabalho tem por objetivo apresentar o caso de paciente com aneurisma bilateral da artéria poplítea e doença arterial obstrutiva periférica, submetido à correção cirúrgica aberta, com abordagem simultânea. Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Caso, utilizando-se informações retrospectivas, obtidas diretamente do prontuário do paciente, utilizando informações de dados obtidos na anamnese, exame físico e evolução clínica do mesmo, além de resultados de exames e relatórios cirúrgicos. Destaca-se a viabilidade de abordagem simultânea de membros inferiores desde que se tenha uma equipe treinada. A recuperação mais rápida e a menor resposta ao trauma demonstraram uma boa alternativa e um melhor prognóstico. O aneurisma de artéria poplítea é o aneurisma periférico mais frequente, tem altas taxas de complicações embólicas e trombóticas, que se não diagnosticado precocemente, pode apresentar dor por compressão de estruturas vizinhas com um maior risco de rotura. Deve sempre ser diagnosticado precocemente, e se tiver indicação, tratado antes de apresentar complicações.

O-305**AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR: RELATO DE CASO**

WARZOCHA V.N.M.; TOLEDO B.C.; FERNANDES F.L.; OLIVEIRA F.A.C.; CONDE B.N.S.S.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia - GO

Agnesia da veia cava inferior (VCI) é uma malformação rara. Sua causa mais comum é a disgenesia durante a embriogênese, mas também pode estar relacionada a trombose intrauterina. Normalmente apresenta-se de forma assintomática, podendo estar em associação ou não com malformações congênitas, e cursar com maior risco de insuficiência venosa crônica e trombose venosa profunda (TVP). Paciente, 28 anos, sexo masculino, com queixa de dor em pernas e apresentando veias superficiais dilatadas em região abdominal. Realizado tomografia de tórax, abdome e membros inferiores com contraste iodado que mostrou opacificação de veias profundas da coxa esquerda, bem como das veias ilíacas externas e comum esquerdas, opacificação da veia cava inferior até o seu segmento no nível de L1-L2, notando-se ramo tributário ascendente à nível renal e suprarenal, com extensão ao segmento intra-hepático. Identificado segmento filiforme compatível com agnesia de veia cava inferior no seu segmento renal, suprarenal e intra-hepático. As anormalidades embriológicas da VCI e suas tributárias são raras. Existem 15 tipos diferentes dessas malformações, sendo as mais comuns a VCI à esquerda, a duplicidade da VCI, a continuação da veia ázigos, a veia renal esquerda retroaórtica e a agnesia completa da VCI. Tais variações anatômicas se originam entre a sexta e a oitava semanas do desenvolvimento embrionário. A embriogênese da VCI é um evento complexo que envolve formação, regressão e fusão de três pares de veias embrionárias. A agnesia da VCI, como descrita no presente relato de caso, sugere a ocorrência simultânea de defeito no sistema venoso dos três segmentos embrionários. A agnesia da VCI pode estar acompanhada por outras anormalidades congênitas, como anomalias esplênicas, má rotação intestinal, disgenesia pulmonar, agnesia renal ou outra doença cardíaca congênita. Na ausência total da VCI, a drenagem venosa por meio de veias toracolombares, pélvicas e abdominais pode ocasionar sintomas no tórax, hipogástrico e regiões lombar e genital, antecedendo episódio de trombose venosa profunda. Embora sendo tais sintomas inespecíficos, a possibilidade de sua detecção precoce em pacientes jovens poderia indicar a presença de uma malformação da VCI. A agnesia de VCI é rara, frequentemente assintomática e pacientes jovens com TVP não associada a fatores de risco devem ser alvo de suspeita diagnóstica de possíveis anomalias venosas congênitas.

O-306**DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL: RELATO DE CASO**

WARZOCHA V.N.M.; TOLEDO B.C.; FERNANDES F.L.; OLIVEIRA F.A.C.; CONDE B.N.S.S.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia - GO

A dissecção espontânea de aorta abdominal infrarrenal é uma entidade rara e que se manifesta classicamente com dor abdominal ou por isquemia de membros inferiores. Paciente, 70 anos, sexo masculino, hipertenso, com dor súbita em região de hipogástrico de forte intensidade, sendo internado em caráter de urgência. Realizou angiogramografia de tórax e abdome que evidenciou dissecção de aorta abdominal infrarrenal adjacente à emergência da artéria mesentérica inferior, estendendo-se até a bifurcação ilíaca. Foi submetido ao melhor tratamento clínico, evoluindo sem complicações e/ou necessidade de tratamento invasivo. A dissecção espontânea isolada da aorta abdominal infrarrenal é uma doença pouco frequente e diagnosticada. Na aorta abdominal, a etiologia ainda é desconhecida, porém é classificada como traumática, iatrogênica e espontânea. Em uma revisão da literatura feita por Mozes (2012), foram encontrados 41 casos de dissecção espontânea da aorta abdominal infrarrenal (DEAAI). A idade média foi de 58 anos, com 74% dos pacientes do sexo masculino e 62% hipertensos. A dissecção ficou limitada à aorta abdominal infrarrenal em 50% dos casos e estendeu-se às artérias ilíacas e femorais na outra metade dos casos. As DEAAIs são classificadas clinicamente em três grupos: assintomático (25% dos casos); grupo com dor abdominal (60% dos casos) e grupo com isquemia dos membros inferiores (15% dos casos). O orifício de entrada nas DEAAIs ocorre, mais freqüentemente, entre a artéria renal e a artéria mesentérica inferior. Em um número significativo de pacientes (40%), a DEAAI evolui para degeneração aneurismática. No caso relatado, provavelmente pelo pouco tempo de evolução, não houve formação de aneurismas e não ocorreu ruptura. As indicações clássicas para o tratamento cirúrgico são ruptura aórtica, isquemia dos membros inferiores, dor intratável, evolução para aneurisma e degeneração da falsa luz. O paciente relatado apresentou evolução satisfatória com tratamento clínico e resolução espontânea da dissecção, não sendo necessária a intervenção cirúrgica. A DEAAI é uma doença incomum que pode apresentar-se de múltiplas formas. O tratamento clínico deverá ser instituído em todos os casos e o tratamento cirúrgico fica reservado às complicações ou refratariedades.

O-307**SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA: RELATO DE CASO**

FERNADES M.A.; SILVEIRA L.D.F.; LEÃO A.F.; NOGUEIRA A.M.; MATOS J.G.V.; CARDOSO M.C.M.; DANIEL R.F.; FELIPE A.F.S.

Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto - SP

Tal como muitas doenças raras, a Síndrome do Roubo da Subclávia ainda é frequentemente negligenciada por profissionais de saúde. Trata-se de um transtorno vascular relacionado à oclusão da artéria subclávia ou do tronco braquiocéfálico. Aflige cerca de 6% dos pacientes com sopros cervicais assintomáticos. Tabagismo, fator de risco importante, está em 78-100% dos casos, e doença arterial coronariana em 27 a 65%. A prevalência em homens se sobrepõe à em mulheres. Devido ao entorpecimento na artéria subclávia o sangue flui anterógradamente, passando pelas artérias vertebral contralateral e basilar, para a artéria vertebral ipsilateral. Assim, há circulação colateral para o membro superior em detrimento do encefalo, condição que se acentua no esforço físico. Quando sintomática, o paciente pode referir vertigem, síncope e claudicação intermitente no membro superior ipsilateral. Aventa-se a hipótese da síndrome quando há diferença na pressão arterial sistólica, de pelo menos 30 mmHg, e nos pulsos, dos membros superiores. O diagnóstico pode ser feito pelo eco-Doppler de vasos cervicais. O tratamento indicado é cirurgia by-pass extra anatômico e extra torácico, de alta morbidade e mortalidade, ou angioplastia transluminal percutânea (PTA). O objetivo deste estudo é expandir o conhecimento dos médicos acerca da clínica dessa afecção para que, mediante diagnóstico precoce e tratamento adequado, fidelize-se a epidemiologia e diminua a mortalidade. Homem, 76 anos, hipertenso e tabagista, em acompanhamento no ambulatório de nefrologia por doença hipertensiva cardiorenal, refere cefaleia hemisferiana à esquerda. Esse quadro evoluiu com tontura às atividades diárias e síncope. Refere que ocasionalmente há cianose em mão esquerda acompanhado de parestesia e parastesia. Exame físico: PA (MSD) 162 x 80 e PA (MSE) 102 x 70, pulsos radial e braquial esquerdos diminuídos, fenômeno de Raynaud e Adson positivos à esquerda. Eco-Doppler de vasos cervicais evidenciou inversão do fluxo em artéria vertebral esquerda relacionada à síndrome do roubo da subclávia e aumento da velocidade em artéria vertebral direita (VPS 133 cm/s). Isto posto, verifica-se que tal sintomatologia, se não questionada, é altamente passível de desidia. Levando-se em consideração a inespecificidade dos sintomas iniciais dessa doença contrastados com sua gravidade, demanda-se alvitrar esse diagnóstico diferencial na presença dessas queixas.

O-308**TRATAMENTO DE ANEURISMA DE ARTÉRIA AXILAR POR TRAUMA CONTUSO: RELATO DE CASO**

PASTANA L.B.; HARA F.T.S.L.; PAIVA V.W.; SILVA NETO A.F.; ROSO A.C.B.; BASTOS P.S.; MAGALHÃES C.B.S.; IORIO L.J.

Hospital Municipal Salgado Filho, Rio de Janeiro - RJ

Os aneurismas da artéria axilar são raros e, em geral, causados por trauma contuso ou penetrante. Com frequência eles apresentam-se falsamente como aneurismas crônicos, devido em parte a um diagnóstico tardio. O presente relata o caso de GUS, 60 anos, sem comorbidades, que deu entrada no Hospital Municipal Salgado Filho, em 29/03/17, relatando queda do telhado há 4 dias, com trauma contuso em região axilar direita, onde apresentava hematoma pulsátil e ausência de pulsos braquial, radial e ulnar. Não apresentava fratura e o membro encontrava-se compensado, aquecido, sem sinais de isquemia, apenas com dor à mobilização. Realizado eco-Doppler arterial que evidenciou transição da artéria axilar para braquial preenchida por conteúdo de moderada ecogenicidade, compatível com hematoma em torno de 6 cm, que estendia-se para o tecido celular subcutâneo, sem fluxo no seu interior. As artérias radial e ulnar apresentavam-se com fluxo monofásico, sugerindo aneurisma trombosado. Realizada correção cirúrgica do aneurisma com by-pass axilo-braquial direito com veia safena magna reversa e ligadura do segmento aneurismático. O paciente saiu de sala com pulsos radial e ulnar amplos e apresentou boa evolução no pós-operatório.

O-309**RELATO DE DOIS CASOS DE DISSECÇÃO CAROTÍDEA**

CAMARGO JÚNIOR O.; MARQUES S.P.R.; SANCHES V.C.; PERETTI N.; NASCIMENTO P.C.; CHEQUI M.T.M.; VIARENGO G.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Aproximadamente 25% dos acidentes vasculares encefálicos isquêmicos em indivíduos com idade inferior a 45 anos são ocasionados por dissecção espontânea das artérias cervicais (DEAC), sendo que 5% das dissecções podem evoluir sem suspeita ou com manifestações inespecíficas. A DEAC é dividida em dissecção espontânea de artéria carótida interna (DEAC-CI) e dissecção espontânea de artéria vertebral (DEAC-V). Frequentemente a dissecção afeta uma das artérias carótidas internas, causando dor cervical, cefaleia, sintomas e sinais causados por isquemia cerebral em até 90% dos casos. A hipótese diagnóstica de dissecção surge com o aparecimento de déficit neurológico como alterações sensitivas, hemiparesia, dislalia e alterações visuais, sendo confirmado o diagnóstico com exames complementares de imagem. Paciente de 36 anos de idade que apresentou déficit neurológico isquêmico por dissecção de artéria carótida, pós acidente automobilístico em engavetamento. A paciente teve estiramento do pescoço após seu veículo sofrer batida na parte traseira. Caso 1: Paciente do sexo feminino de 36 anos de idade apresentou déficit neurológico após acidente automobilístico. Foi encaminhada pelo serviço móvel de urgência com quadro neurológico, com perda dos movimentos do lado esquerdo do corpo e confusão mental. Paciente submetida a eco-Doppler colorido com diagnóstico de dissecção de artéria carótida confirmado pela angiogramografia. Paciente acompanhada ambulatorialmente, em esquema de anticoagulação, ainda com déficit neurológico. Caso 2: Paciente do sexo feminino com 75 anos de idade foi submetida a eco-Doppler colorido com diagnóstico de dissecção de artéria carótida comum direita sem sintomas neurológicos. Paciente acompanhada ambulatorialmente, em esquema de anticoagulação, sem sequelas neurológicas. A dissecção espontânea das artérias cervicais (DEAC) deve ser suspeitada sempre que pacientes jovens e hígidos apresentarem sintoma ou sinal premonitório como cervicalgia, cefaleia, zumbido ou sinal de Horner e acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI). As dissecções espontâneas de artérias cervicais são eventos pouco descritos, causando dor cervical, cefaleia e sintomas e sinais causados por isquemia cerebral em até 90% dos casos.

O-310

REMOÇÃO DE ENDOPRÓTESES ABDOMINAIS: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR EM LONDRINA EM 2 ANOS

PANÇAN B.F.; ANACLETO A.M.; MORALES M.M.; SILVA R.B.; CAMASSA R.H.; HUK A.S.; GUERRA N.M.; ALFARO A.J.Y.

Irmandade Santa Casa de Londrina, Grupo VASCULON, Londrina - PR

As endopróteses constituem uma alternativa no tratamento de aneurisma da aorta abdominal (AAA), complicações que levam a sua remoção acarretam um desafio terapêutico devido ao risco cirúrgico e complexidade de reconstrução arterial. Caso 1: Paciente masculino, 54, com aneurisma de artéria ilíaca comum direita de 2,8 cm. Recebeu tratamento endovascular com endoprótese bifurcada de aorta com extensão para artérias ilíacas. Quatro meses depois, apresentava dor lombar, perda ponderal de 20 quilos, adinamia e dificuldade de deambulação. Na tomografia observou-se grande quantidade de gás ao redor da artéria aorta e do músculo psoas. Priorizou-se internar o paciente e, posteriormente, uma abordagem cirúrgica com acesso toracofrenolaparotomia. Retirou-se toda a endoprótese, corrigiu-se o segmento arterial com prótese de dacron e reimplante do tronco celíaco, artéria mesentérica superior e artéria renal direita em patch único e depois ponte com Ptfе anelada para artéria renal esquerda. A endoprótese foi encaminhada para realização de cultura que resultou em *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina. O paciente recebeu alta com antibioticoterapia por seis semanas, encontra-se em excelente estado geral. Caso 2: Paciente 80, apresentava um AAA sacular de 4 cm, o qual passou por tratamento endovascular. Depois da intervenção, permaneceu durante 6 meses em diálise. Após 6 anos, com perda de seguimento vascular, apresentou-se com AAA de 7,2 cm. A angiotomografia sugeriu endoleak II pela mesentérica inferior. Foi tentado embolização com copolímero de etileno e álcool vinílico (Onyx), porém não foi possível a identificação do endoleak. Se tratando, então, de um endoleak V optou-se por correção aberta. Tempo cirúrgico de 3 horas, com pinçamento supra celíaco, abertura do saco, identificando sangue proveniente da A. mesentérica superior. O paciente permaneceu 6 dias internado, sem diálise. A infecção de endoprótese abdominal e endoleaks tipo V são raros, no entanto, possuem complicações severas e alta mortalidade. É fato a predominância de procedimentos endovasculares para o tratamento de Aneurismas Abdominais. Seus benefícios são de conhecimentos de todos os cirurgiões, no entanto devida suas complicações, é legítimo e necessário que todo serviço que se habilite a procedimentos endovasculares seja capaz também de resolver problemáticas que culminem na retirada da endoprótese.

O-311

RESULTADOS DO TRATAMENTO DE VARIZES COM ENDOLASER

SILVA A.P.P.; PINTO D.M.; PFANNES C.C.B.; PAOLUCCI L.B.; DINIZ M.A.

Hospital Felício Rocho; Hospital João XIII, Belo Horizonte - MG

Contexto: A insuficiência venosa acomete cerca de 25% dos adultos ocidentais. Nos EUA a ablação a laser endovenosa (EVLA) é muito utilizada chegando a uma prevalência de 34%, sendo a anestesia local a mais utilizada (74%) e a nível ambulatorial (85%). Nos últimos anos a EVLA das veias safenas tornaram-se um tratamento bem estabelecido, porém no Brasil este método ainda esta incipiente. **Objetivo:** Relatar nossa experiência com o endolaser durante 54 meses, analisando segmentos tratados, taxas de complicações, tipo de anestesia e taxas de oclusão dos segmentos venosos em 4 anos de seguimento. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes operados para tratamento de doença varicosa entre novembro/2012 a abril/2017 com endolaser 1470 nm. Realizado uma análise de dados de prontuário e feito uma estatística descritiva dos dados. **Resultados:** Nossos dados indicam que a EVLA foi realizada em 28% dos pacientes. O local mais comum de refluxo foi veia safena magna (82%). Após 4 anos de seguimento os dados indicam baixas taxas de complicações, sendo a parestesia a mais encontrada (16,5%) e houve alta eficácia com taxas de oclusão próximas de 100%. Anestesia mais realizada foi bloqueio regional (47%) e local com sedação (45%). Taxa de oclusão dos segmentos venosos a médio prazo foi satisfatória, porém, avaliada em reduzida proporção dos pacientes devido ao abandono do seguimento ambulatorial. **Conclusão:** EVLA é uma opção de tratamento para a insuficiência venosa que está em ascensão de forma contínua. É um método seguro e eficaz com alta taxa de satisfação pelos pacientes.

O-312

RESULTADOS DO TRATAMENTO DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO BRASIL

REGO M.A.; LONGHI J.A.; ARGENTA R.; RIBEIRO R.N.; FONSECA M.M.; POLTRONIERI L.R.; OLIVEIRA F.J.M.; SOUZA G.C.

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre - RS

Contexto: O aneurisma da aorta abdominal (AAA) pode apresentar uma complicação grave, que é a ruptura, que está associada a uma alta taxa de mortalidade. Como resultado, a cirurgia precoce de ruptura do aneurisma da aorta abdominal pode proporcionar maior sobrevida para esses pacientes. Existem duas modalidades de tratamento disponíveis: cirurgia aberta (TA) e endovascular (TE). **Objetivo:** Comparar os resultados dessas duas modalidades de tratamento, entre 2013 e 2016, em um hospital terciário. **Métodos:** Análise retrospectiva comparando 9 pacientes submetidos ao TA e 20 pacientes submetidos ao TE, para correção de aneurisma de aorta abdominal roto. **Resultados:** O grupo submetido ao TE apresentou maior faixa etária (74 anos vs. 71 anos; $p < 0,147$), o grupo submetido ao TE exibiu mais hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica e menor colo proximal infrarenal (15,9 mm vs. 23,3 mm; $p < 0,154$). Entretanto, na classificação ASA (American Society of Anesthesiology) ($p < 0,150$) os pacientes submetidos ao TE apresentava maior gravidade e maior grau de choque ($p = 0,36$). O TE apresentou menor tempo de duração do procedimento (183,75 min vs. 278,12 min; $p < 0,003$), menor sangramento intra-operatório e menor necessidade de hemotransfusão (70% vs. 88,8%; $p < 0,633$), mais curta permanência em UTI (1,66 vs. 2,91 dias; $p < 0,167$) e menor tempo de internação hospitalar (9,54 vs. 11,72 dias; $p < 0,835$). A mortalidade em 30 dias foi semelhante (TA 44,8% vs. TE 55,2%; $p = 0,45$). Nas complicações pós-operatórias os pacientes submetidos a TE apresentaram mais insuficiência renal aguda não dialítica (30% vs. 11,1%), as demais complicações não apresentaram diferença estatística. **Conclusão:** As taxas de morbimortalidade foram semelhantes entre os dois grupos. A mortalidade para a cirurgia aberta foi muito menor do que o esperado, o que pode ser explicado pela otimização da logística, tomografia computadorizada pré-operatória e centralização de atendimento em centros especializados.

O-313

RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME AÓRTICA AGUDA E ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

CHACON A.C.M.; CACCIACARRO G.F.; MANZONI R.; CARVALHO B.V.P.; TANAKA C.M.; SACILOTTO R.

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo - SP

Contexto: A Síndrome Aórtica Aguda (SAA) inclui um espectro de doenças da aorta, com características clínicas e morfológicas semelhantes. A SAA é uma tríple composta por: hematoma intramural (HIM), úlcera penetrante aterosclerótica (UPA) e dissecação aguda de aorta (DAA). A abordagem cirúrgica da SAA está indicada para pacientes com hipertensão refratária, dor persistente ou recorrente, progressão da dissecação aneurisma em expansão, isquemia de órgão, má perfusão periférica ou ruptura. Aneurismas de aorta torácica descendente (AATD) corresponde a dilatação da aorta torácica desde a artéria subclávia esquerda até o diafragma. É resultado de um processo inflamatório crônico, com destruição da matriz celular, depleção da camada lisa da muscular da artéria e remodelação. **Objetivo:** Comparar o tratamento da SAA, no território da Aorta torácica descendente, e AATD através da técnica endovascular pelo implante de endoprótese vascular torácica (TEVAR), do inglês thoracic endovascular aneurysm repair), no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE - SP), no período de agosto de 2011 a maio de 2017, quanto a sua indicação, comorbidades e complicações nos primeiros trinta dias de pós operatório, com a literatura mundial. **Métodos:** Estudo retrospectivo em centro único, baseado na consulta de prontuários, no período de agosto de 2011 a maio de 2017. **Resultados:** Em análise de 18 pacientes, nossa principal indicação foi AATD com 44,44% dos casos, seis por SAA (33,33%), desses 66%, por DAA. Quando comparamos com a literatura, embora com amostragem pequena, a indicação maior para SAA é a DAA. A outra indicação observada foi aneurisma roto em 16,66%. A idade média foi de 72,6 anos. Contabilizamos 10 homens (55,5%) e 8 mulheres (44,44%). Nossa principal comorbidade foi a HAS com 77,78% dos pacientes. Tivemos dois casos de endoleak, sendo um do tipo II e outro do tipo IB. De acordo com a literatura, a paraplegia ocorre em 0,8-1,9% dos casos. Em nosso estudo não foi evidenciado caso de paraplegia (0/18) apenas uma parestesia. **Conclusão:** No período de agosto de 2011 a maio de 2017, a principal indicação de TEVAR foi AATD (44,44%), tivemos quase 2/3 do gênero masculino, HAS teve maior prevalência e a idade média de 72,6 anos, tivemos estatísticas próximas a média mundial, embora estejamos falando de uma amostra pequena.

O-314

RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR E CIRÚRGICO CONVENCIONAL NAS OCLUSÕES ARTERIAIS AGUDAS DE MEMBROS INFERIORES: EXPERIÊNCIA DE UM ÚNICO CENTRO

CARVALHO B.V.P.; TANAKA C.M.; FULGIAMI A.Y.; CURY M.V.M.; SOARES R.A.; MATELO M.F.; BROCHADO NETO F.C.; SACLLOTTO R.

Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, São Paulo - SP

Contexto: As oclusões arteriais agudas (OAA) representam uma das doenças de maior incidência dentro das urgências vasculares. O seu manejo representa um desafio para o cirurgião, tendo em vista a gravidade clínica e a vasta gama terapêutica disponível para o tratamento, visando garantir o salvamento do membro (SM) e uma maior sobrevida (SV) com menor morbimortalidade. **Objetivo:** Avaliar os resultados de SM e SV dos pacientes admitidos com OAA submetidos ao tratamento cirúrgico (grupo 1) versus endovascular (grupo 2). **Método:** Coorte retrospectiva, consecutiva, de pacientes admitidos no setor de urgência, com OAA, submetidos ao tratamento cirúrgico (grupo 1) e endovascular (grupo 2) de julho de 2010 até julho de 2016. **Resultados:** Foram analisados 86 pacientes admitidos com OAA, sendo 46 do grupo 1, 23 do grupo 2 e 17 pacientes submetidos a amputação maior primária por se tratar de casos graves Rutherford III (19,8%), nos quais houve prevalência da amputação transfemorária (85%). A média de idade foi de 73,5 anos e houve prevalência do sexo feminino (57%). Observamos que os grupos foram homogêneos, exceto pela maior prevalência de arritmias ($p = 0,013$), insuficiência renal crônica ($p = 0,04$) e classificação Rutherford IIb ($p = 0,003$) no grupo 1. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão (80,2%) e cardiopatia (58,9%). Foi observado um índice tornozelo braquial pós-operatório maior no grupo 1 ($p = 0,03$). Em relação a gravidade clínica, houve prevalência do Rutherford II (41,5%), sendo o setor arterial mais acometido o fêmoropoplíteo (63,5%). No grupo 1, a cirurgia mais realizada foi a tromboembolotomia (64,5%), com taxa de complicações cirúrgicas (CC) maiores que no grupo 2, cerca (35,5%), sendo a infecção de ferida operatória a mais prevalente (17,3%). No grupo 2 houve uma maior realização de fibrinólise seguida de angioplastia (60,9%), preferencialmente com uso de r-tpa intra-arterial (97,7%) e média de 12 horas de fibrinólise, com taxa de CC de 23,1%, sendo a broncopneumonia mais prevalente (8,69%). Importante salientar que houve 1 episódio de acidente vascular encefálico hemorrágico (AVCH). As estimativas de SM foram semelhantes ($p = 0,27$) nos grupos 1 (79,2%) e 2 (90,6%) em 720 dias. As estimativas de SV também foram semelhantes ($p = 0,45$) nos grupos 1 (53%) e 2 (60,8%) em 720 dias. **Conclusão:** O tratamento endovascular apresenta resultados semelhantes ao cirúrgico convencional em relação as estimativas de SM e SV, sendo um tratamento menos invasivo e de menor morbidade quando adequadamente indicado.

O-315

RESULTADOS INICIAIS DA IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA EM POPULAÇÃO DE IDADE AVANÇADA E ALTO RISCO CIRÚRGICO-ANESTÉSICO

ESTEVES F.P.; D'ÁVILA R.; SÁ M.F.M.; LOURENÇO R.A.V.; RAZUK FILHO A.; ROCHA C.N.; NASCIMENTO A.L.A.

Instituto Prevent Senior, São Paulo - SP

Contexto: A escleroterapia com espuma de polidocanol é um tratamento para refluxos venosos totalmente ambulatorial, de baixo custo e que mantém o paciente em suas atividades diárias. Essa modalidade tem permitido o tratamento de pacientes com insuficiência venosa avançada (ceap c4-6), idade elevada e alto risco cirúrgico-anestésico, outrora preferidos para o tratamento cirúrgico por conta desses fatores. **Objetivo:** Nesse contexto temos o objetivo de avaliar os resultados do primeiro ano de implantação de um ambulatório de escleroterapia com espuma voltado para população de idade elevada e com insuficiência venosa avançada em nosso serviço. Durante o período 21/04/2016 a 31/05/2017 foram tratadas 321 pernas de 239 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino (79,9%) e com média de idade de 71,3 anos (45 a 91 anos). A distribuição dos pacientes de acordo com a classificação CEAP foi de 49,2% ceap c6, 14,9% ceap c5, 17,7% ceap c4, 10,8% ceap c3 e 7,4% ceap c2. **Métodos:** Os pacientes foram submetidos a um número médio de 2,049 sessões (1-7), com infusão de um volume médio de espuma por tratamento de 6,12 mL (2-11,5 mL). **Resultados:** O sucesso técnico na obstrução venosa foi atingido em 100% dos pacientes e 93,7% deles relataram melhora clínica da sintomatologia. Até o momento da compilação de dados a taxa de cicatrização de úlceras na população ceap c6 da nossa experiência foi de 60,75%. Em 5 pernas de 4 pacientes foi realizada crosssectomia com injeção retrógrada de espuma devido impossibilidade de fechamento da veia safena magna com injeção de espuma apenas por punção, técnica útil em safenas de grosso calibre. Como complicações foram registrados 5 casos de trombose venosa profunda, um caso de alergia condicionando interrupção do tratamento, 3 casos de necrose do ponto de punção e 1 caso de tromboflebite muito sintomática necessitando drenagem sob narcose em centro cirúrgico. Nenhum sintoma neurológico foi registrado na experiência. **Conclusão:** A nossa experiência mostra que a escleroterapia com espuma é um tratamento valioso para pacientes de idade elevada, com alto risco cirúrgico-anestésico e doença avançada (ceap c4-6), dada a boa resolatividade e baixa taxa de complicações.

O-316

REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL BEM SUCEDIDA EM PACIENTES COM ISQUEMIA CRÍTICA MELHORA ÍNDICES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

BAPTISTELLA C.D.P.A.; ANTUNES B.F.F.; SANTINI P.H.B.; SILVA M.J.; LEMBRANÇA L.; TEVELIS M.P.; FIORANELI A.; WOLOSKER N.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo - SP

Contexto: As doenças cardiovasculares afetam grande parte da população e já existem estudos correlacionando os fatores psicológicos e transtornos de humor com surgimento e progressão de doenças cardiovasculares. Em relação às doenças arteriais periféricas, a grande maioria evoluiu com um quadro assintomático, 10 a 30% apresentam claudicação e cerca de 3% sofrem isquemia grave com manifestação de dor limitante em repouso e/ou lesões tróficas. Estes pacientes com isquemia crítica apresentam limitações físicas significativas que, muitas vezes, podem repercutir no aspecto mental. Dessa forma, uma avaliação psicológica criteriosa deve fazer parte do preparo pré-operatório destes pacientes. O questionário de Beck é uma das ferramentas para avaliação de ansiedade e depressão. **Objetivo:** Avaliar a presença de ansiedade e depressão em pacientes com isquemia crítica. **Método:** Os pacientes responderam ao inventário de Beck para ansiedade e depressão antes da cirurgia (até 3 dias antes) e 30 dias após o procedimento. Além dos dados demográficos, também avaliamos segmento arterial tratado, tipo de cirurgia realizada, e presença de amputações maiores nos primeiros 30 dias. **Resultados:** Foram avaliados 62 doentes sendo que 58 tiveram sucesso na revascularização. 4 doentes foram submetidos a amputação maior (acima do tornozelo) variando de 4 a 12 dias entre a revascularização e a amputação. Houve uma diminuição do escore de ansiedade de 12,48 antes da cirurgia para 4,89 após o procedimento. Em relação a depressão também houve uma significativa melhora, caindo de 16,92 para 6,52. Ao estratificarmos por subgrupos, apenas nos pacientes em que sofreram amputação em 30 dias houve uma piora na depressão após o procedimento. **Conclusão:** Existe uma significativa melhora nos índices de ansiedade e depressão após o tratamento cirúrgico de pacientes com isquemia crítica submetidos a tratamento cirúrgico.

O-317

REVASCULARIZAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR POR OTEOSSARCOMA

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; CANTELLI F.M.; ABREU G.C.G.; NASCIMENTO P.C.; CHEQUI M.T.M.; FERREIRA T.C.C.; CHAGAS NETO D.P.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

As revascularizações de membro superior por insuficiência arterial crônica são muito pouco frequentes, apresentando um número mais significativo nas lesões traumáticas. São também pouco frequentes as revascularizações por acometimento tumoral e dependendo da invasibilidade da tumoração na artéria esta deverá ser retirada com revascularização de preferência com veia safena. Paciente do sexo feminino, 65 anos, com antecedente de cirurgia em membro superior esquerdo por sarcoma em 2012, apresentou recidiva da massa tumoral 5 anos após a primeira cirurgia. Submetida a ultrassonografia foi constatado recidiva do tumor e realizado exame que comprovou acometimento de artéria umeral. Foi programada cirurgia de exeresse da massa tumoral com retirada também de segmento de artéria umeral e posterior revascularização com veia safena magna. Paciente foi submetida a ressecção de massa tumoral com retirada de segmento de artéria umeral e revascularização com veia safena apresentando bom pós-operatório com pulsos palpáveis e sem alteração na perfusão de membro superior. Paciente em acompanhamento ambulatorial com ótimo resultado cirúrgico. A revascularização de membro superior é uma cirurgia pouco realizada e a revascularização com veia safena magna em casos de necessidade de retirada de segmento arterial por comprometimento tumoral continua sendo uma ótima escolha.

O-318

REVASCULARIZAÇÃO EM ANEURISMA DE CARÓTIDA

CAMARGO JÚNIOR O.; MARQUES S.P.R.; FEDERICO R.; VIARENGO G.; SANCHES V.C.D.; CHEQUI M.T.M.; NASCIMENTO P.C.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Aneurismas de artéria carótida interna (ACI) representam menos de 1% dos aneurismas periféricos. Suas possíveis complicações incluem trombose, embolização distal com isquemia cerebral e rotura. Caso 1: Paciente do sexo masculino, 78 anos, com quadro de ataque isquêmico transitório com manifestação em membro inferior direito. Realizado eco-Doppler de artérias carótidas que evidenciou estenose crítica (> 70%) em ACIE, além de imagem sugestiva de aneurisma em ACIE (1.46 x 1.16 cm). Realizado angiogramografia cerebral que evidenciou aneurisma de ACIE com presença de trombos em seu interior (1.34 x 1.38 cm). Optado por tratamento cirúrgico com substituição do segmento aneurismático por prótese de PTFE com anastomose término-terminal da artéria carótida comum esquerda para ACIE; além de reimplante da artéria carótida externa esquerda na prótese. Não houve lesão de nervos cranianos e o paciente evoluiu sem déficits neurológicos focais. Caso 2: Paciente do sexo feminino com 64 anos de idade, consultada no PS com quadro de ataque isquêmico transitório. Realizado eco-color-Doppler com diagnóstico de aneurisma de artéria carótida interna direita. Realizado angiogramografia com evidência de aneurisma de artéria carótida interna direita. Paciente submetida a ressecção do saco aneurismático com ponte de veia safena, sem reinserção da artéria carótida externa com boa evolução pós operatória e sem déficits neurológicos. O aneurisma de artéria carótida interna é raro e o tratamento cirúrgico deve ser realizado para se evitar complicações como trombose, embolização distal com isquemia cerebral e rotura.

O-319

REVASCULARIZAÇÃO PROXIMAL DE MEMBRO SUPERIOR

LOUREDO R.S.M.; SANTOS F.M.; BORGES K.T.; REZENDE JUNIOR D.S.; VALLE L.E.G.F.; SILVA S.C.R.; PEREIRA A.A.; MUSSE P.I.P.

Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Goiânia - GO

A doença arterial obstrutiva dos membros superiores (MMSS) tem baixa prevalência em relação à doença dos membros inferiores (MMII), correspondendo a aproximadamente 2,8% das reconstruções arteriais. Os MMSS apresentam ampla rede de circulação colateral, massa muscular menor e são relativamente menos utilizados que os MMII, por isso os pacientes têm maior tolerabilidade a situações de isquemia dos MMSS e, em geral, são assintomáticos ou apresentam sintomas leves. A aterosclerose é a causa mais comum de doença oclusiva dos troncos supra-aórticos, as lesões nessa topografia ocorrem mais cedo do que aquelas envolvendo a bifurcação carotídea. A maioria dos pacientes com lesões ateroscleróticas dos troncos supra-aórticos tem obstruções também em outros territórios, que devem ser avaliados. DCF, 41 anos, tabagista, sem comorbidades prévias, há seis meses iniciou claudicação intermitente de membro superior direito e cianose de terceiro quirodáctilo direito, há dois meses houve piora do quadro evoluindo com dor em repouso do membro referido, frialdade de todo membro superior direito, necrose seca do terceiro quirodáctilo direito e necrose de polpas digitais de segundo e quarto quirodáctilos direito. O Doppler arterial desse membro apresentava fluxo monofásico em terço médio de artéria subclávia, axilar e braquial e ausência de fluxo em artéria radial e ulnar, angiogramografia mostrando oclusão na emergência da artéria subclávia direita. Paciente foi submetido à revascularização proximal do membro superior direito com confecção de ponte carótida-braquial utilizando-se veia safena magna direita, ao final da cirurgia foi observado que mão direita apresentava-se aquecida, hiperemiada e artéria braquial distal apresentava fluxo ao Doppler portátil. As revascularizações dos MMSS, apesar de realizadas menos frequentemente que as revascularizações dos MMII, obedecem aos mesmos princípios básicos de dissecação e técnica cirúrgica pormenorizada na confecção de anastomoses vasculares delicadas. Conhecendo bem as doenças que acometem essas artérias e atentos à indicação correta de cada tipo de procedimento, pode-se oferecer melhor tratamento aos pacientes. Tais procedimentos de revascularização são plenamente justificados pela melhora significativa da qualidade de vida desses pacientes no pós operatório.

O-320

REVASCULARIZAÇÕES ABERTAS ULTRADISTAIS NA ERA DA CIRURGIA ENDOVASCULAR: RELATO DE CASOS DO CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

SIMONS S.A.; MORAES JUNIOR A.R.; BRIGIDIO E.A.; TODESCHINI A.C.; MESQUITA R.C.S.; BISCARO P.S.; AZEREDO G.C.; OLIVEIRA JUNIOR J.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

O número de revascularizações abertas de membros inferiores vem reduzindo substancialmente em relação à cirurgia endovascular no tratamento de doentes com isquemia crítica (IC) de comprometimento infrapatelar. No entanto, na impossibilidade de abordagem endovascular ou na sua falência e existindo um padrão apropriado, podemos considerar a cirurgia de by-pass distal ou ultradistal como uma alternativa válida em casos selecionados, com intuito de salvamento do membro. Neste trabalho, relatamos dois casos de doentes com IC em risco de perda do membro, submetidos à revascularização com enxerto ultradistal, sendo um poplítea supra-genicular - pediosa e o outro femoral comum - tibial posterior retro-maleolar, ambos realizados pela equipe de Cirurgia Vascular do Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM). Nos dois casos, obteve-se êxito no salvamento do membro e os pacientes seguem em acompanhamento ambulatorial com enxerto pérvio. Em meio ao surgimento de novas tecnologias minimamente invasivas, o by-pass ultradistal se mantém conforme documentado pela literatura como uma alternativa viável em casos com disponibilidade de conduto autólogo, inflow e outflow favoráveis, associados a experiência do serviço.

O-321

REVISÃO ACERCA DA PROFILAXIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA PÓS-CIRÚRGICA

SILVA I.M.R.; BEZERRA D.S.; NASCIMENTO D.D.F.; LANDIM N.G.; ROLIM N.R.F.; MACIEL R.F.M.; LIMA C.E.F.; NASCIMENTO J.F.B.

Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras - PB

Contexto: A origem da trombose venosa profunda (TVP) pode ser analisada com base na tríade de Virchow: estase, lesão do endotélio e hipercoagulabilidade são os fatores envolvidos, em conjunto ou isolados, em sua gênese etiopatogênica. A TVP é uma doença frequente, principalmente como complicação de outras afecções cirúrgicas e clínicas. No entanto, também pode ocorrer de forma espontânea em pessoas aparentemente saudáveis. **Objetivo:** Apresentar informações atuais, através do uso de artigos científicos, acerca da profilaxia da TVP em pacientes pós-cirúrgicos. **Método:** Realizou-se uma revisão de literatura de artigos disponíveis na LILACS, SciELO e BVS, que resultou em 320 artigos, e após aplicação de filtros e mediação de operadores booleanos AND e OR, finalizando com 08 artigos pertinentes ao estudo. Os descritores utilizados foram: Trombose Venosa Profunda; Profilaxia da TVP; Tromboembolismo Venoso. **Resultados:** A profilaxia da TVP é necessária e fundamental para a prevenção de complicações, como o tromboembolismo pulmonar (TEP), e de sequelas, como a síndrome pós-trombótica. A profilaxia primária da TVP e TEP baseia-se em métodos físicos e/ou farmacológicos com o objetivo de impedir, ou pelo menos, diminuir a chance de um paciente desenvolver TVP ou TEP em situação de risco. Em virtude destes riscos serem altos, em alguns pacientes operados e ainda pelo caráter clinicamente silencioso da TVP, em pelo menos metade dos casos, a prevenção desta complicação pós-operatória atualmente se impõe. A profilaxia depende da presença de fatores de risco e dos tipos dos procedimentos cirúrgicos, quando adequada concede ao paciente mais proteção e menos risco de eventos hemorrágicos decorrentes do uso de anticoagulantes e evita mortes. Ela existe em várias modalidades, como deambulação precoce, uso de meias elásticas compressivas, compressão pneumática intermitente (CPI), filtros de veia cava e profilaxia farmacológica a depender se o risco é leve, moderado ou alto. **Conclusão:** Embora os roteiros de profilaxia de trombose venosa existam por mais de 15 anos, ainda continuam sendo cumpridos em menos de 55%. Consequentemente, um em cada seis casos de tromboembolismo poderia ser evitado. Uma possível explicação para a não-utilização da profilaxia em pacientes cirúrgicos é a preocupação dos cirurgiões quanto ao risco de sangramento durante a operação que, teoricamente, o uso de anticoagulante pode acarretar, a outra explicação seria o custo financeiro que ela pode acarretar.

O-322

RUPTURA DE ANEURISMA VERDADEIRO DE ARTÉRIA FEMORAL: RELATO DE CASO

MIYAMOTTO M.; MACHADO R.M.; DETONI C.T.; BISCARDI J.M.; REBOLHO E.C.; RAYMUNDO C.L.; ROCHA L.P.; NEVES G.C.S.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru; Serviço de Cirurgia Vascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Aneurismas verdadeiros isolados em artéria femoral são muito raros, representando, aproximadamente, 1% dos aneurismas que acometem esse território, e 0,5% de todos os aneurismas periféricos. A literatura indica que apenas 48 pacientes com aneurismas verdadeiros isolados em artéria femoral foram relatados até hoje, sendo a trombose, a embolização distal e a ruptura as principais complicações associadas. Paciente do sexo masculino, 55 anos com história de tabagismo (37 anos-maço). Apresentou quadro de dor intensa e progressiva com seis dias de evolução em coxa esquerda. Ao exame físico apresentava equimoses e massa pulsátil na transição do terço médio e distal da coxa esquerda e sinais de micro-embolização no pé esquerdo. O pulso femoral era presente e os pulsos poplíteo e distais era impalpáveis. A ecografia revelou aneurisma de 5,8 x 5,3 cm em artéria femoral esquerda, com sinais de ruptura. O paciente foi submetido a cirurgia de urgência através de ressecção do aneurisma e reconstrução com veia safena magna reversa, sem intercorrências. A investigação subsequente não revelou outros aneurismas e os exames laboratoriais não mostraram infecção concomitante. O paciente recebeu alta hospitalar no 12º dia de pós-operatório com uma infecção discreta de ferida operatória, manejada clinicamente. No seguimento após dois meses, não havia infecção na ferida pós-operatória e o índice tornozelo-braquial era de 0,75. A ruptura de aneurisma em artéria femoral isolado é rara. O quadro de ruptura é nítido na sua apresentação e constitui uma emergência vascular que deve ser considerada como diagnóstico diferencial.

O-323

SALVAMENTO DE MEMBRO COM ISQUEMIA CRÍTICA SEM POSSIBILIDADE DE REVASCULARIZAÇÃO COM INFUSÃO DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE MEDULA ÓSSEA

TIMI J.R.R.; BROFMAN P.R.S.; SENEGAGLIA A.C.; REBELATTO C.L.K.; CARON F.C.; LARocca T.F.; RIBEIRO F.M.; BERLATO F.

Núcleo Integrado de Cirurgia Endovascular e Pesquisa (NICEP), Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul - PR; Núcleo de Tecnologia Celular, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba - PR; Hospital São Rafael, Salvador - BA

Contexto: Pacientes que apresentam isquemia crítica sem possibilidade de revascularização direta ou por técnica endovascular apresentam índices de perda do membro superior a 95%. **Objetivo:** Um estudo multicêntrico nacional foi desenvolvido para avaliar o uso de infusão de células mononucleares de medula óssea na tentativa de salvamento do membro nesta situação. **Métodos:** Pacientes que já não tinham mais condições técnicas de revascularização aberta ou endovascular foram submetidos à punção de medula óssea, preparo de concentrado de células mononucleares e infusão guiada por eco-Doppler ao longo dos feixes vasculonervosos da perna. Todos eram Rutherford IV ou IV e foram acompanhados por 6 meses para avaliar o salvamento do membro afetado. Por ter critério de inclusão difícil de ser encontrado atualmente, um grupo de 31 pacientes puderam ser incluídos neste estudo. **Resultados:** Dos 31 pacientes que foram incluídos, 2 (6,4%) faleceram antes de completar o seguimento, porém o óbito não estava relacionado com a infusão das células. Dois outros não completaram o protocolo. Dos 27 pacientes que atingiram seis meses de seguimento, o salvamento de membro ocorreu em 14 casos (52%). **Conclusões:** A taxa de salvamento de membro de 52% nesta situação é bem superior à história natural destes pacientes, estimulando a novas pesquisas com o uso de células mononucleares de medula óssea não só no tratamento da isquemia crítica como também na insuficiência arterial crônica em fases menos graves.

O-324

SENSIBILIDADE DOS MICROORGANISMOS PRESENTES NAS LESÕES PROFUNDAS DE EXTREMIDADES AOS ANTIMICROBIANOS CIPROFLOXACINA E CLINDAMICINA

ALENCAR M.J.C.; SANTOS V.P.; ALVES C.A.S.; BARBERINO M.G.M.A.; QUEIROZ A.B.; FIDELIS R.J.R.; FIDELIS C.; ARAÚJO FILHO J.S.

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Salvador - BA

Contexto: As infecções profundas de extremidades potencializando o risco de perda do membro. **Objetivo:** Encontrar o perfil microbiológico e de sensibilidade, aos antimicrobianos clindamicina e ciprofloxacina, das infecções profundas de extremidades. **Métodos:** Foi realizado um estudo incluindo 95 pacientes internados com lesões tróficas profundas de extremidades, no Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. Incluímos os pacientes que realizaram coleta de tecido profundo para cultura e antibiograma durante o desbridamento em centro cirúrgico. Analisou-se o perfil microbiológico e de resistência dos microorganismos à Ciprofloxacina e à Clindamicina. **Resultados:** Entre os 95 casos, 71% apresentavam DAOP e 68% eram diabéticos. A média de idade foi de 63 anos e 82% das lesões se encontravam na Categoria 5 da Classificação de Rutherford. Em média, houve um crescimento de 1,62 microorganismos por cultura. Os Gram negativos foram mais prevalentes, estando presentes em 77% das culturas, e os Gram positivos presentes em 42% das amostras. Entre os 109 patógenos cultivados 69% foram resistentes a Ciprofloxacina. O *Proteus mirabilis* teve 47% de resistência à Ciprofloxacina, a *Escherichia coli* 89%, a *Klebsiella pneumoniae* 90% e a *Morganella morganii* 100% de resistência. Entre os 46 microorganismos Gram positivos cultivados, 30% eram resistentes à Ciprofloxacina e 20% à Clindamicina. O *Enterococcus faecalis* apresentou 25% de resistência à Ciprofloxacina e o *Staphylococcus aureus*, com 25% de resistência à Ciprofloxacina e 38% à Clindamicina. **Conclusão:** Nos pacientes portadores de lesões tróficas profundas de extremidades houve predomínio de infecções por microorganismos Gram negativos, com elevada resistência à Ciprofloxacina.

O-325

SÉRIE DE CASOS DE ANEURISMAS DE ARTÉRIA POPLÍTEA ROTOS

SALES F.T.; ROSSETTI L.P.; BOSNARDO C.A.F.; GUILLAUMON A.T.

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas - SP

Entre os aneurismas periféricos, o de artéria poplíteia é o mais frequente (80%), tendo incidência bilateral em até 50%. A ruptura aguda do aneurisma de artéria poplíteia é uma condição relativamente incomum, no entanto muito perigosa, por ameaçar a viabilidade do membro acometido e, por vezes, a vida. Esse trabalho consiste numa série de quatro casos, atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, entre 2015 a 2017. Caso 1: Sexo masculino, 75 anos, com história de dor e abaulamento na região da coxa esquerda há um dia. Submetido a angiotomografia, que evidenciou aneurisma de poplíteia roto tamponado de 2 cm à esquerda. Submetido a enxerto fêmoro-poplíteo com veia safena magna invertida. Evoluiu a óbito por choque séptico no PO27. Caso 2: Sexo masculino, 66 anos, com história de dor e edema em coxa à direita, evoluindo com hematoma no local durante esse período. Realizada angiotomografia, que evidenciou presença de aneurisma roto contido de artéria poplíteia direita de 4,0 cm. Submetido a enxerto fêmoro-poplíteo com veia safena magna invertida, com boa evolução. Doppler de controle no 1º, 3º e 6º mês de pós-operatório evidenciando patência do enxerto. Caso 3: Sexo masculino, 82 anos, com história de abaulamento em coxa esquerda após trauma, submetido à angiotomografia que evidenciou aneurisma de artéria poplíteia esquerda de 2,7 cm, roto e tamponado. Submetido a correção aberta (enxerto fêmoro-poplíteo com veia safena magna invertida). Doppler de controle no pós-operatório no 1º, 3º e 6º mês evidenciando patência do enxerto. Caso 4: Sexo masculino, 71 anos. Dor súbita em MID de 6 dias de evolução e hematoma progressivo associado, em face posterior de coxa e perna. Submetido a US Doppler na origem que evidenciava aneurisma de artéria poplíteia de 5,5 cm no maior diâmetro, com dissecação proximal e pseudoaneurisma associado. Submetido a angiotomografia em nosso serviço que confirmou a ruptura do aneurisma. Submetido a enxerto fêmoro-poplíteo com veia safena magna invertida ipsilateral. Doppler de controle no 1º mês de pós-operatório com enxerto pérvio. A ruptura de aneurisma de artéria poplíteia é uma complicação pouco frequente, sendo importante o relato desses casos, pelo alto risco de perda do membro e mortalidade. Obtivemos sucesso técnico em todos os casos, com um paciente evoluindo a óbito por complicações tardias (choque séptico) e os outros três casos mantem seguimento no ambulatório, com US Doppler de controle evidenciando a patência dos enxertos.

O-326**SIMPATECTOMIA LOMBAR COM RECONSTRUÇÃO COM ABDOMINOPLASTIA: UMA ALTERNATIVA AOS MÉTODOS MINIMAMENTE INVASIVOS**

AZEREDO G.C.; BISCARO P.S.; MESQUITA R.C.S.; MORAES JUNIOR A.R.; BRIGIDIO E.A.; OLIVEIRA JUNIOR J.; FONTENELE C.T.M.

Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo - SP

A hiperidrose é caracterizada pela sudorese excessiva e incontrolável que vai além das necessidades termorreguladoras do organismo. Ocorre mais frequentemente nas regiões palmares, axilares, plantares e face, mas pode manifestar-se em qualquer região do corpo. Ela é classificada em primária, a forma mais comum, e secundária. A hiperidrose primária ainda não tem sua fisiopatologia bem estabelecida, constituindo-se de uma alteração idiopática, crônica, geralmente focal, bilateral e simétrica. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. As alternativas clínicas são os agentes tópicos, drogas anticolinérgicas e betabloqueadoras, iontoforese e uso de toxina botulínica. Já o tratamento cirúrgico pode ser feito através da exérese das glândulas sudoríparas, curetagem do tecido subcutâneo e lipoaspiração. Todavia, o tratamento mais aceito e que apresenta melhores resultados é a simpatectomia realizada em diferentes níveis costais e lombares de acordo com a localização dos sintomas. As cirurgias realizadas por vídeo estão cada vez mais procuradas que as técnicas convencionais aberta pois, além de ser menos agressiva, com baixa morbidade (menor que 0,1%), fornecem excelentes resultados cosméticos e curta permanência hospitalar. Uma alternativa quando o paciente não quer incisões visíveis, principalmente mulheres, é combinar procedimentos cirúrgicos reconstrutores para alcançar o melhor resultado estético possível. Trata-se de relato de caso, paciente MCN, 34 anos, feminino, já submetida a simpatectomia videotoracoscópica por hiperidrose, apresentando hiperidrose residual em abdome e membros inferiores. Devido ao desejo da paciente de não ter incisões abdominais, foi submetida a simpatectomia bilateral com reconstrução por abdominoplastia, com resultado estético esperado pela paciente. O paciente evoluiu no pós-operatório com tempo de internação hospitalar de 01 dia e retorno às atividades laborativas em 02 semanas pós-cirurgia. Segue em acompanhamento em regime ambulatorial com boa evolução clínica e sem sintomas. A simpatectomia com reconstrução por abdominoplastia se mostra um procedimento seguro, eficiente e com resultados estéticos excelentes como uma alternativa a métodos minimamente invasivos.

O-327**SÍNDROME COMPARTIMENTAL PÓS CATETERISMO CARDÍACO**

CAMARGO JÚNIOR O.; PESSOA B.; SANCHES V.C.; ABREU G.C.G.; NASCIMENTO P.C.; CHEQUI M.T.M.; VIARENGO G.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Pseudoaneurisma iatrogênico ocorre em 0,5% a 2% dos procedimentos percutâneos diagnósticos e em até 7% a 8% dos procedimentos percutâneos terapêuticos. Tradicionalmente o reparo cirúrgico e a compressão guiada por US Doppler são as técnicas corretivas mais difundidas. A correção cirúrgica é o mais antigo método de tratamento que, por sua própria natureza, envolve inúmeras desvantagens, com significante parcela dos pacientes apresentando complicações como infecções e deiscência de sutura ou formação de fistulas linfáticas. A compressão guiada por US Doppler tem sucesso em torno de 90% e, por ser não-invasiva, elimina diversos inconvenientes do reparo cirúrgico; no entanto, nem todos os pacientes toleram o longo tempo de compressão necessário para obter a trombose, às vezes extremamente dolorosa, além de apresentar taxa de insucesso em cerca de dois terços dos pacientes em uso de anticoagulação. Paciente do sexo feminino, 66 anos de idade, foi submetida a cateterismo cardíaco curativo com implante de stent em artéria coronária descendente anterior no período da manhã. Nove horas após o procedimento fomos chamados para avaliar a paciente que apresentava síndrome compartimental em MSD. Realizado eco-Doppler colorido em MSD, que evidenciou presença de fluxo trifásico em artéria axilar e braquial proximal, ausência de fluxo em artéria braquial distal, radial e ulnar. Optado por fasciotomia e exploração cirúrgica arterial. No procedimento cirúrgico foi observado pseudoaneurisma de artéria radial, com sangramento ativo e em jato, após retirada do hematoma local. Realizado arteriorrafia, drenagem dos hematomas, fasciotomia com restabelecimento imediato do fluxo distal, perfusão e temperatura. Síndrome compartimental pós cateterismo cardíaco em membro superior não é uma complicação frequente, porém, deve ser suspeitado sempre que o paciente apresentar síndrome isquêmica.

O-328**SÍNDROME DA AORTA MÉDIA: RELATO DE 3 CASOS**

LOPES P.M.; PRETTE JUNIOR P.R.; PORTO C.L.L.; DELMONTE N.F.; RIGUETTI-PINTO E.R.; FAGUNDES F.B.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

A Síndrome da Aorta Média (SAM) é uma condição rara e idiopática, caracterizada pelo estreitamento da aorta abdominal associada à estenose dos ramos viscerais. A principal manifestação clínica é a hipertensão arterial sistêmica, geralmente grave e de difícil controle. Apresentamos três casos de síndrome da aorta média, uma em paciente de 55 anos e dois casos em criança. Todos apresentavam hipertensão arterial de difícil controle e dois tinham associação etiológica com arterite de Takayasu. Dois pacientes foram submetidos a tratamento endovascular com angioplastia para resgate da função renal e tratamento de hipertensão refratária ao tratamento clínico. Apenas um dos pacientes encontra-se em tratamento conservador com imunossupressão e uso de três drogas antihipertensivas. Dentre as séries de SAM, Sethna et al. fazem uma revisão de 102 pacientes com esta patologia. Estes concluem que o tratamento clínico deve ser a indicação primária, em especial em crianças visando aguardar um melhor momento com completo desenvolvimento físico para a intervenção definitiva. O tratamento cirúrgico por técnica minimamente invasiva está indicado quando o tratamento da hipertensão é ineficaz, há sofrimento renal ou sintomas de isquemia mesentérica ou dos membros inferiores.

O-329**SÍNDROME DE APRISIONAMENTO ISOLADO DE VEIA POPLITEA: RELATO DE CASO**

MIYAMOTTO M.; ANGELO B.Z.; BERNARDO J.G.; GUBERT A.P.N.; GOMES F.R.; FERREIRA T.T.; SALIBA L.F.; NEVES G.C.S.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru; Serviço de Cirurgia Vascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

O aprisionamento de veia poplítea é uma patologia rara. Pode ser explicada por variações musculares ou tendíneas dos músculos gastrocnêmios medial e lateral, ocasionando compressão extrínseca intermitente do feixe neurovascular. Os sintomas, quando presentes, estão relacionados a congestão venosa (edema, varicoses, hiperpigmentação) e geralmente são desencadeados por atividade física, com incidência aumentada em atletas jovens. Paciente feminina, 40 anos, sem comorbidades, encaminhada para avaliação com cirurgião vascular devido queixa de dor intensa em panturrilha direita, desencadeada pelo exercício físico, sem característica de claudicação intermitente. Ausência de parestesia, alteração de temperatura ou palidez associados. Ao exame físico, apresentava edema discreto do membro inferior direito em relação ao esquerdo, sem varizes visíveis a inspeção. Angiorressonância magnética e eco-Doppler demonstraram compressão extrínseca da veia poplítea por hipertrofia da musculatura adjacente, sem comprometimento arterial ou alterações anatômicas. Realizou-se uma flebografia dinâmica com confirmação diagnóstica, não sendo evidenciada passagem de contraste através da veia poplítea durante manobra de flexão ativa. A paciente foi tratada com medidas conservadoras. Foi recomendado evitar exercícios extenuantes e foram fornecidas orientações em relação a sinais de possíveis complicações. Em mais de um ano de seguimento, não se optou pela abordagem cirúrgica devido a característica intermitente dos sintomas, bem como sua baixa morbidade pequena repercussão na qualidade de vida da paciente. Por se tratar de uma patologia incomum, é necessário um alto grau de suspeita clínica para realizar o diagnóstico da síndrome de aprisionamento da veia poplítea. Seu manejo ainda é controverso, pois a oclusão dinâmica dos vasos poplíteos pode ser detectada em uma parcela significativa de indivíduos assintomáticos, podendo ser interpretada como um fenômeno fisiológico. A literatura mostra-se conflitante quando a eficácia do tratamento cirúrgico e atualmente não há evidências suficientes para recomendar uma modalidade terapêutica sobre outra, sendo necessário a avaliação individual de cada paciente.

O-330**SÍNDROME DE HIPERPERFUSÃO CAROTÍDEA**

CAMARGO JÚNIOR O.; FEDERICO R.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; SANCHES V.C.D.; CHEQUI M.T.M.; NASCIMENTO P.C.; VIARENGO G.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Uma das complicações conhecidas pós endarterectomia carotídea é a Síndrome de hiperperfusão cerebral pós-operatória, evento raro que acomete cerca de 0,3 a 1,2% dos pacientes submetidos a este procedimento. Esta síndrome ocorre devido a uma reperfusão súbita de um hemisfério cerebral com hiperperfusão crônica, podendo levar a um desfecho trágico. A Síndrome de hiperperfusão pós endarterectomia é uma complicação pouco conhecida entre os médicos e que se não tratada aguda e agressivamente pode levar a um quadro devastador. Caso 1: Paciente de 55 anos, sexo masculino, hipertenso, assintomático, que apresentava angioressonância com estenose de carótida interna direita de 90%, foi submetido a endarterectomia com bloqueio loco regional, sem intercorrências no pós-operatório imediato. Recebeu alta no terceiro pós-operatório em boas condições clínicas. No oitavo pós-operatório o paciente apresentou um quadro de AVC, confirmado por tomografia (TC) de crânio. AVC hemorrágico em hemisfério cerebral direito, com seqüela à esquerda. Caso 2: Paciente de 66 anos, sexo feminino, apresentava ao eco-Doppler estenose de 70% de bifurcação carotídea esquerda, confirmado o diagnóstico por angiografia digital, foi submetida a endarterectomia, sob anestesia geral, sem intercorrências no pós-operatório imediato. Recebeu alta no terceiro pós-operatório em boas condições clínicas. No quinto dia pós-operatório paciente é trazida ao PS com quadro neurológico de AVC, depois confirmado por TC ser hemorrágico em hemisfério esquerdo. Os dois pacientes foram internados na unidade de terapia intensiva e apresentaram boa evolução. A síndrome de hiperperfusão é caracterizada por cefaléia ipsilateral, hipertensão arterial, queda do nível de consciência e déficits neurológicos focais. Pode evoluir para edema cerebral, hemorragia intracerebral e subaracnóideia e morte. A fisiopatologia ainda não é bem conhecida, mas acredita-se que haja prejuízo da auto-regulação vascular intracraniana como resultado da disfunção endotelial mediada pela geração de radicais livres. Seu tratamento visa, principalmente, ao controle da hipertensão arterial.

O-331**SÍNDROME DE MAY-THURNER EM PACIENTE COM NEOPLASIA DE RETOSSIGMOÍDE: RELATO DE CASO, HOSPITAL HELIÓPOLIS - SP**

GOMES NETO D.S.; MACEDO V.S.O.; FERNANDES JUNIOR N.; COSTA R.F.B.; MATHIAS U.U.M.; HELENE R.

Hospital Heliópolis, São Paulo - SP

A Síndrome de May-Thurner (SMT) é caracterizada pela compressão extrínseca da veia ilíaca comum esquerda, entre a artéria ilíaca comum direita e a coluna lombar. Embora a compressão assintomática seja bastante comum, alguns pacientes podem sofrer repercussões clínicas, desde edema do membro inferior esquerdo, trombose venosa profunda (TVP) e síndrome pós trombótica (SPT). No presente estudo relatamos o caso de uma paciente portadora de SMT, que iniciou o quadro 1 ano após radioterapia e retossigmoidectomia por neoplasia colorretal. Paciente do sexo feminino, 39 anos, relata quadro de constipação iniciado há 06 anos. Após investigação, foi diagnosticada com adenocarcinoma de sigmóide. Seis meses após início da quimioterapia adjuvante e radioterapia, a paciente passou a cursar com edema em membro inferior esquerdo, que persistiu após a abordagem cirúrgica (retossigmoidectomia em 2014), e piorava progressivamente. Em julho de 2017, paciente atendida no nosso serviço de Cirurgia Vasculosa com edema 4+/4+ em membro inferior esquerdo. Angiotomografia evidencia compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita, sugestiva de Síndrome de May-Thurner Cockett; falha de enchimento da veia ilíaca externa esquerda, podendo corresponder a trombo; linfonodomegalia em goteira parietocólica esquerda. Programado tratamento endovascular no nosso serviço - angioplastia com stent em veia ilíaca comum E. Pacientes com SMT podem apresentar diferentes graus de morbidade, desde discreto edema assimétrico até a ocorrência de TVP e síndrome pós trombótica. No presente estudo, relatamos o caso de uma paciente que abriu quadro de SMT durante o tratamento para Adenocarcinoma de colo sigmóide. Efeito de massa do tumor de sigmóide, aderências pós operatórias e lesões actínicas secundárias a radioterapia podem ter influenciado o curso da doença, em que a compressão da veia ilíaca, antes assintomática, passou a desenvolver grande repercussão clínica.

O-332**SÍNDROME DE NICOLAU - RELATO DE CASO EM PACIENTE DE 10 ANOS E REVISÃO DE LITERATURA**

MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; PINTO C.S.; MIGUEL M.T.; BILBRAN A.S.; BERNARDI F.F.; BRAVO F.H.; SEGURO E.F.

Hospital Evangélico de Curitiba; Hospital do Trabalhador, Curitiba - PR

A Síndrome de Nicolau, também chamada "Êmbolos Cútis Medicamentosa" ou "Dermatite Lívode" é considerada uma entidade rara que se manifesta como uma reação adversa ou complicação dada pela administração de uma substância via intramuscular. Incide mais frequentemente em mulheres e obesos. Também há descrição com relação as crianças menores de 12 anos, as quais tornam-se mais suscetíveis ao desenvolvimento dessa doença após a administração de antibióticos. As manifestações clínicas podem ser locais ou sistêmicas. Os achados típicos compõem dor no local da injeção, eritema, lívode reticular, hemorragia e hematoma no local da aplicação. Alterações isquêmicas acometem a pele, tecido subcutâneo e muscular, podendo afetar todo o membro, evoluindo com possível necrose e amputação do membro. Relato de caso da Síndrome de Nicolau em um paciente admitido no Hospital do Trabalhador de Curitiba - PR. Paciente masculino, 10 anos, proveniente de Paranaguá - PR, encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador devido a lesão infectada em região dorsal do pé direito com 4 dias de evolução. Após aplicação de penicilina G benzatina 1.200.000 UI em região glútea a direita, paciente evoluiu com dor intensa e súbita em todo membro inferior ipsilateral. Exame físico com cianose, lívode e ausência de mobilidade em membro inferior direito mas com presença de pulsos femoral, popliteo, tibial posterior e pedioso. Angiotomografia de membros inferiores mostrou redução de calibre e lentificação de contraste em artérias infrageniculares à direita. Não havia evidência de oclusão arterial ou falhas de enchimento no sistema venoso. Realizado fasciotomia em perna direita e, após 24 horas, paciente teve piora do quadro clínico e laboratorial acompanhada de inviabilidade do membro. Optado por amputação supracondiliana de membro inferior direito, com expressiva melhora do quadro nos dias subsequentes. A Síndrome de Nicolau é uma doença rara, sendo importante o seu conhecimento para o diagnóstico diferencial em pacientes com dor e sinais isquêmicos após injeção intra-muscular, a fim de definir precocemente o diagnóstico e auxiliar na abordagem terapêutica.

O-333**SÍNDROME DE PRADER-WILLI EM PACIENTE NEONATO ASSOCIADA A TVP: RELATO DE CASO**

BOLDO M.G.; DUTRA C.F.; LAIN V.V.; TERRES D.M.; HECK R.

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Hospital Geral, Caxias do Sul - RS

A Síndrome de Prader Willi (SPW) é a principal causa congênita de obesidade. É caracterizada por hipotonia neonatal, hiperfagia com consequente obesidade, hipogonadismo, déficit cognitivo e baixa estatura. O diagnóstico é feito a partir das características citadas e confirmado por testes genético, através da análise de DNA, que demonstra ausência de expressão do gene paterno ativo no braço longo do cromossomo 5. É relatado nesta publicação um caso de um paciente noventa e cinco dias de vida, branco, portador de Síndrome de Prader Willi (SPW), encaminhado ao Hospital Geral por disfunção respiratória e anasarca. Solicitados ecografia vascular do MID com Doppler, ecocardiografia e exames laboratoriais para pesquisa de trombofilia. O eco-Doppler evidenciou trombose venosa profunda em veia femoral comum superficial e profunda. Segundo Virchow, para o desenvolvimento da trombose, seria necessário haver alteração da parede vascular, do fluxo sanguíneo e de componentes do próprio sangue. Em relação a clínica o sintoma mais comum de TVP nos membros inferiores é a dor - causada pela própria distensão da veia - e por segundo o aparecimento de edema. No exame físico, podem ser vistos trajetos venosos superficiais, cianose, palidez em alguns casos, edema subcutâneo, edema muscular, dor à palpação muscular e à palpação dos trajetos venosos. O sinal de Homans - dorsiflexão dolorosa passiva do pé - é uma manobra feita para pesquisar os sinais descritos. O tratamento da síndrome de Prader-Willi visa melhorar as comorbidades decorrentes da doença como obesidade, baixa estatura e distúrbios comportamentais, assim como as possíveis repercussões cardiovasculares. Dieta e exercícios são os principais meios para controlar a obesidade; hormônio do crescimento pode normalizar a altura e ISRS são a escolha para os distúrbios de comportamento. A associação de TVP e Síndrome de Prader Willi em nosso paciente possui limitações para estabelecer relação direta de causa e efeito. Mais estudos são necessários para podermos associar tanto a SPW quanto a obesidade inerente a tal síndrome com a ocorrência de trombose venosa profunda.

O-334**SÍNDROME DO DESFILADEIRO CERVICO-TORÁCICO POR COSTELA CERVICAL BILATERAL NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

DJALÓ A.C.N.N.; ALENCAR C.R.P.; SILVA A.P.
Hospital da Restauração (HR), Recife - PE

Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) é o termo utilizado para descrever diversos sinais e sintomas causados pela compressão de estruturas neurovasculares (plexo braquial, artéria e/ou veia subclávia), que passam pelo estreito espaço entre a cintura escapular e a primeira costela, na região designada desfiladeiro cervicotoracobraquial, ocorrendo geralmente por anomalias ósseas e/ou musculoligamentosas. A síndrome da costela cervical que origina-se na 7ª vértebra cervical, ocorre em 1% da população, é mais frequente em mulheres (8:1). Raramente, se manifesta na infância e adolescência. É bilateral em 65% dos casos. Cerca de 10% manifesta sintomas, onde predominam os sintomas nervosos; por outro lado, é a causa mais frequente de dilatações arteriais pós-estenóticas. O diagnóstico da SDT deve ser suscitado e é essencialmente clínico. Nosso objetivo é relatar caso de uma adolescente com SDT por costela cervical bilateral. AMNL, feminina, 15 anos, procedente de Iguarassi - PE, admitida no HR em 29/03/12, com história de dor e parestesia em ombro e braço esquerdos, respectivamente 3 anos antes. Ao exame físico, apresentava as manobras de Adson e Wright positivas. Foram evidenciadas: presença de costela cervical bilateral na radiografia da coluna cervico-torácica e ressonância magnética nuclear; na eletro-neuromiografia presença de comprometimento do tronco inferior do plexo braquial esquerdo; e na arteriografia presença de dilatação pós-estenótica em artéria subclávia com oclusão de artéria e veia subclávias em suas porções médias em manobra de hiperabdução. O tratamento inicial foi conservador e devido a manutenção dos sintomas, a paciente foi submetida à cirurgia do membro esquerdo sintomático, com ressecção da 1ª costela, da costela cervical e escalenectomia anterior através de acesso supraclavicular. A paciente recebeu alta no 2º DPO. A paciente está em acompanhamento ambulatorial e encontra-se assintomática. O tratamento conservador com o alívio sintomático, a tonificação dos músculos da cintura escapular e a reeducação postural, é vital na SDT neurogênicas. O tratamento cirúrgico só tem indicação formal em 15% dos casos, quando há falha no tratamento conservador ou a síndrome é decorrente de anomalias ósseas sintomáticas ou de complicações vasculares.

O-335**SÍNDROME DO DESFILADEIRO CERVICO-TORÁCICO POR COSTELA CERVICAL COMPLETA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

DJALÓ A.C.N.N.; SERAPHIM J.P.P.; SILVA A.P.; ALENCAR C.R.P.
Hospital Unimed Recife, Recife - PE

Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) é o termo utilizado para descrever diversos sinais e sintomas causados pela compressão de estruturas neurovasculares (plexo braquial, artéria e/ou veia subclávia), que passam pelo estreito espaço entre a cintura escapular e a primeira costela, na região designada desfiladeiro cervicotoracobraquial, ocorrendo geralmente por anomalias ósseas e/ou musculoligamentosas. A síndrome da costela cervical que origina-se na 7ª vértebra cervical, ocorre em 1% da população, é mais frequente em mulheres (8:1). Raramente, se manifesta na infância e adolescência. É bilateral em 65% dos casos. Cerca de 10% manifesta sintomas, onde predominam os sintomas nervosos; por outro lado, é a causa mais frequente de dilatações arteriais pós-estenóticas. O diagnóstico da SDT deve ser suscitado e é essencialmente clínico. Nosso objetivo é relatar caso de mulher com SDT por costela cervical unilateral completa. TBM, feminina, 33 anos, procedente de Recife, com história de dor e parestesia em ombro esquerdo há 2 anos. Ao exame físico, apresentava as manobras de Adson e Wright positivas. Foram evidenciadas na radiografia da coluna cervico-torácica e na ressonância magnética nuclear a presença de costela cervical completa a esquerda. Na eletro-neuromiografia identificamos a presença de comprometimento do tronco inferior do plexo braquial esquerdo. No eco-Dopplerfluxometria identificamos a presença de fluxo tardus parvus em artéria axilar esquerda; e na arteriografia a presença de estenose de 80% de artéria axilar em manobra de hiperabdução. Devido a manutenção do quadro algico apesar do tratamento conservador, a paciente foi submetida à cirurgia do membro esquerdo, com ressecção da 1ª costela, da costela cervical e escalenectomia anterior através de acesso supraclavicular. A paciente recebeu alta no 3º DPO. O tratamento conservador com o alívio sintomático, a tonificação dos músculos da cintura escapular e a reeducação postural, é vital na SDT neurogênicas. O tratamento cirúrgico só tem indicação formal em 15% dos casos, quando há falha no tratamento conservador ou a síndrome é decorrente de anomalias ósseas sintomáticas ou de complicações vasculares.

O-336**SÍNDROME DO ENCARCERAMENTO DE ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR: RELATO DE CASO**

MIYAMOTTO M.; SOUZA I.C.; ANGELO B.Z.; FERRONATTO G.F.; MARCUSSO G.S.; CASTRO L.C.; MACHADO R.M.; LOZZO B.P.

Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru; Serviço de Cirurgia Vascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

A doença aterosclerótica é a causa mais comum de isquemia do membro inferior. Indivíduos mais jovens que não apresentem os fatores de risco relacionados com a aterosclerose raramente desenvolvem isquemia de extremidades. Uma etiologia incomum de isquemia em pacientes jovens é a compressão arterial extrínseca, como a que ocorre na artéria poplítea, na síndrome do aprisionamento. A artéria tibial anterior raramente é alvo de compressões. Os autores relatam um caso raro de claudicação de membro inferior por compressão extrínseca da artéria tibial anterior pela membrana interóssea. Paciente do sexo feminino, 33 anos, com quadro típico de claudicação intermitente de membro inferior direito para 300 m, relatando piora progressiva nas últimas semanas. Ao exame físico apresentava pulsos pediosos e tibiais posteriores com amplitude normal a palpação. À realização da manobra de dorsiflexão plantar ativa, havia diminuição da amplitude dos pulsos tibiais anteriores bilateralmente, mais acentuada à direita. O exame de eco-Doppler confirmou a presença de compressão da artéria tibial anterior, às manobras específicas. A angiorrressonância evidenciou estenose acentuada no segmento proximal da artéria tibial anterior, ao nível do cruzamento com a membrana interóssea, apenas durante as manobras de dorsiflexão do pé. O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico através da ressecção parcial da membrana interóssea. O procedimento foi realizado sem maiores intercorrências e a paciente apresentava-se com os pulsos pediosos e tibiais posteriores inalterados durante a dorsiflexão do pé, na avaliação pós-operatória. A angiorrressonância de controle mostrou ausências da compressão da artéria tibial anterior. O aprisionamento da artéria tibial anterior é uma rara causa de claudicação de membro inferior, mas deve ser considerada como um diagnóstico diferencial em pacientes jovens que apresentam dor durante exercícios, especialmente em indivíduos atletas e sem fatores de risco para aterosclerose. O diagnóstico é essencial para promover tratamento precoce, com o objetivo de diminuir a morbidade dessa doença.

O-337**SÍNDROME ISQUÊMICA INTESTINAL**

CAMARGO JÚNIOR O.; PERETTI N.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; NASCIMENTO P.C.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Uma das causas importantes de dor abdominal é a isquemia intestinal que pode ser determinada por obstrução aguda ou crônica do tronco celiaco, artéria mesentérica superior e ou inferior. Com o aprimoramento dos métodos propedêuticos tornou-se possível o diagnóstico de certeza das obstruções das artérias digestivas e realização com sucesso do tratamento clínico e cirúrgico de revascularização. A obstrução das artérias digestivas tem como sua causa mais comum a aterosclerose oclitante, que localiza-se preferencialmente no ósteo ou nos primeiros centímetros de sua origem, como propagação de aterosclerose da aorta abdominal. Relatos da literatura revelam que um terço dos adultos acima de 45 anos apresentam estenose na origem da artéria mesentérica superior, porém, as artérias digestivas apresentam inúmeras anastomoses entre si desenvolvendo uma rica circulação de suplência em caso de obstrução progressiva. Paciente de 88 anos com comprovado diagnóstico de claudicação intestinal vem sendo acompanhada com tratamento clínico há 10 anos e 8 meses. Paciente após diagnóstico clínico de claudicação intestinal, foi submetida à angiografia que evidenciou oclusão de tronco celiaco, artéria mesentérica superior e inferior. Paciente vem sendo tratada clinicamente há 10 anos e 8 meses apresentando ganho de peso e boa qualidade de vida sem claudicação intestinal. Com o aprimoramento dos métodos propedêuticos diagnósticos tem sido possível o tratamento clínico ou cirúrgico precoce da claudicação intestinal, evitando complicações como lesões tróficas na camada epitelial das vilosidades intestinais gerando a síndrome da má absorção, podendo evoluir com ganho de peso e boa qualidade de vida sem claudicação intestinal.

O-338

SULFATO FERROSO E PENTOXIFILINA NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS VARICOSAS DOS MEMBROS INFERIORES

LEMONS P.C.; LINS E.M.; APPOLÔNIO F.; ALMEIDA C.C.; BRENO F.; MARINHO D.F.S.; BATISTA L.L.; FERNANDES W.R.M.A.

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE

Contexto: As úlceras varicosas (UV) são frequentemente associadas a episódios crônicos de hemorragia. Estes episódios podem provocar anemia crônica (tipo ferropriva por sangramento crônico) que pode retardar ou até impedir a cicatrização da úlcera. O uso de drogas com ação antiinflamatória e hemorreológica apesar de defendido por alguns autores, ainda é feito de forma empírica pois são escassos os trabalhos que estudam adequadamente o seu uso na cicatrização deste tipo de ferida. Não há na literatura recente, trabalhos que avaliem o efeito do tratamento associado da anemia crônica para a cicatrização das UV dos MMII e poucos trabalhos analisam o uso das drogas hemorreológicas, como a Pentoxifilina, no tratamento das UV dos MMII. **Objetivo:** Avaliar a resposta terapêutica com o uso do Sulfato Ferroso e da associação de Sulfato ferroso com pentoxifilina no tratamento adjuvante das UV dos MMII. **Métodos:** Foram avaliados 27 pacientes portadores de UV de MMII e anemia crônica, tipo ferropriva por sangramento crônico, atendidos no ambulatório de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da UFPE, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. Os pacientes foram distribuídos de forma randomizada em dois grupos de tratamento via oral: o grupo controle, administrado Sulfato Ferroso (900 mg/dia) e o grupo estudo, empregando Sulfato Ferroso (900 mg/dia) e Pentoxifilina (1.200 mg/dia) e foram submetidos a reavaliação após 90 dias. Tanto na avaliação inicial quanto na reavaliação após 90 dias, os pacientes foram submetidos à avaliação laboratorial (eritrograma, dosagem da ferritina e ferro séricos, contagem de reticulócitos além da avaliação da saturação da transferrina) e avaliação clínica da ferida pelo método MEASURE. Todos os pacientes foram também submetidos ao curativo convencional, de acordo com os Procedimentos Operacionais padrão do ambulatório de Cirurgia Vascular do HC-UFPE. **Resultados:** Foi observado, após 90 dias, a diminuição da profundidade e da área das úlceras em ambos os grupos sem diferença estatística significante. Foi encontrada melhora da anemia, estatisticamente significante, após 90 dias, no grupo de estudo (Sulfato Ferroso + Pentoxifilina). **Conclusão:** A associação do Sulfato Ferroso com a Pentoxifilina não se mostrou mais eficaz do que o emprego isolado do Sulfato Ferroso no tratamento adjuvante da úlcera varicosa dos membros inferiores mas esta associação foi mais eficaz no tratamento da anemia crônica nestes pacientes.

O-339

SUPERFICIALIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA AUTÓGENA COM LIPECTOMIA EM PACIENTES OBESOS

REIS J.M.C.; MACEDO F.R.C.; ROCHA I.R.O.; OLIVEIRA M.H.B.

Hospital do Coração do Pará (HCor-PA); Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV); Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém - PA

Contexto: A canulação bem sucedida de uma fístula arteriovenosa (FAV) é um importante preditor da função de acesso vascular e muitos indivíduos, particularmente obesos, com doença renal terminal podem até possuir artérias e veias adequadas para a construção de uma FAV, entretanto o trajeto da fístula pode ser muito profundo e dificultar as punções devido ao tecido adiposo que se sobrepõe. A lipectomia pode remover barreiras, como a profundidade da veia e a obesidade dos membros, criando uma oportunidade para ter uma fístula funcional. **Objetivo:** Este estudo inicial avaliou perfil dos pacientes e a eficácia da lipectomia para superficializar FAVs profundas nos MMSS. **Método:** Entre janeiro de 2016 a julho de 2017, 09 pacientes participaram do estudo e foram submetidos a superficialização de veia cefálica, por dificuldades de punções nas sessões de hemodiálise. O estudo foi limitado às fístulas braquiocefálicas (7 pacientes) e radiocefálicas (2 pacientes). Foram coletados dados como: sexo, idade, tempo em hemodiálise, número de acessos prévios, tipo de fístula, índice de massa corporal, tempo para canulação adequada e uso do acesso, profundidade da veia ao ultrassom e complicações. **Resultados:** Houve predomínio do sexo masculino (77,7%), a média de idade foi de 52 anos. Em relação ao tempo em hemodiálise a média foi de 4 meses e 88,8% dos pacientes passaram por superficialização no primeiro acesso autólogo. O índice médio de massa corporal (IMC) foi de 35 kg/m² e 66,6% dos pacientes foram submetidos à canulação de duas agulhas com sucesso, uma média de 33 dias após o procedimento. As principais complicações observadas foram seroma (55,5%) e hematoma (33,3). A profundidade média da fístula ao US foi de 8 mm. Houve um óbito por infarto agudo do miocárdio durante o acopanhamento e um caso com hematoma e seroma significativo que só teve sua FAV liberada para punções após 90 dias. Aos 12 meses a permeabilidade primária após a lipectomia foi de 66,6% e a permeabilidade secundária foi de 75%. **Conclusão:** A lipectomia é uma alternativa de superficialização eficaz para permitir a funcionalidade de fístulas arteriovenosas nativas e profundas em pacientes obesos.

O-340

TÉCNICA DE REMODELAMENTO COM STENT PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL COMPLEXO: RELATO DE 02 CASOS E SEGUIMENTO EM 02 ANOS

MIRANDA RMS; CARVALHO ATY; SANTOS AJ; GOMES CAP; ALMEIDA LC; RAMOS DV; SANTOS RB; ARGOLLO ML

Hospital Geral Roberto Santos, Salvador - BA

Os aneurismas de artérias viscerais, apesar de raros, têm sido cada vez mais diagnosticados. Sua principal complicação é a rotura e consequente risco de vida. As propostas terapêuticas são cirurgia convencional aberta e abordagem endovascular. Descrevemos o tratamento endovascular de dois casos de aneurisma de artéria renal complexa utilizando 2 técnicas de remodelamento e o seguimento em 02 anos. As informações foram obtidas mediante revisão do prontuário, registros fotográficos dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed e SciELO. Caso 1: Mulher de 63 anos, hipertensa e diabética. Referia dor em flanco direito associada ao quadro hipertensivo de difícil controle. Arteriografia de artérias renais evidenciou aneurisma sacular em zona II à direita próximo de ramos segmentares renais. Realizou-se a técnica de remodelamento com uso do Stent Hipocampos associado a cateterização do saco aneurismático com microcateter progreed e embolização com molas AZUR, 18 x 10 mm x 14 cm + 18 x 10 mm x 10 mm (03 unidades cada). Imagem de controle evidenciou aneurisma ocluído, sem enchimento ou extravasamento e ramos segmentares prévios. Caso 2: Mulher de 50 anos, hipertensa de difícil controle, com achado incidental de aneurisma de artéria renal direita em ultrassonografia abdominal. Tomografia computadorizada de abdome confirmou a presença de um aneurisma renal complexo em zona II acometendo a bifurcação de artérias segmentares renais e a presença de um ramo polar inferior com origem no aneurisma. Optou-se por realização de técnica de remodelamento com stent intra-stent, com a correção deste aneurisma. Foram usados 2 stents Palmaz® Blue® 6 x 18 mm e 4 x 15 mm, sendo o primeiro posicionado no ramo renal principal e o segundo posicionado entre as malhas deste stent e o ramo polar inferior. Na sequência, um microcateter foi posicionado nas malhas do stent e molas AZUR, 18 x 10 mm x 14 cm + 18 x 10 mm x 10 mm (03 unidades cada) foram usadas para a embolização. A arteriografia final demonstrou perviedade de todos os ramos renais e oclusão do aneurisma. O tratamento endovascular dos aneurismas complexos da artéria renal demonstrou ser tecnicamente viável e associado a baixos índices de morbimortalidade, no curto e médio prazos.

O-341

TÉCNICA DE TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA REESTENOSE DE ANASTOMOSES ARTERIAIS COM ENXERTO AUTÓLOGO E HETERÓLOGO - QUANDO O MATERIAL FAZ A DIFERENÇA

LOPES P.M.; NEVES C.R.; ALBUQUERQUE P.M.B.; MAROUN J.J.; MARTINS I.M.; PRETTE JUNIOR P.R.; FAGUNDES F.B.; RIGUETTI-PINTO C.R.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE); Endocurso - Formação em Técnica Endovascular Ltda., Rio de Janeiro - RJ

A perviedade das derivações cruzadas femorofemorais em 5 anos varia de 74 a 85% nas séries mais recentes. A perviedade das revascularizações do setor femoropoplíteo em 5 anos é de 70%. O tratamento endovascular da reestenose de anastomose é o mais utilizado por ser minimamente invasivo, sem necessidade de reabordagem cirúrgica convencional na área com fibrose cicatricial. Devido a característica anatomopatológica altamente fibrótica deste tipo de estenose, a resposta a angioplastia convencional é ruim, com alto índice de insucesso técnico primário. O uso de dispositivos diferenciados para otimizar a angioplastia primária são atualmente a solução para este tipo de lesão. Relatamos dois casos de falência de pontes arteriais, a primeira extra-anatômica com enxerto heterólogo e a segunda, ponte femorodistal, com enxerto autólogo, ambas com estenose crítica na anastomose proximal. Após insucesso técnico primário com o cateter balão semicomplacente tradicional, utilizamos cateter balão não complacente, scoring balloon e a técnica dos fios guias múltiplos para vencimento das lesões. Apresentaremos as técnicas realizadas nos casos e discutiremos os resultados. O objetivo deste trabalho é apresentar a importância do conhecimento dos materiais e técnicas endovasculares para alcançarmos os melhores resultados com lesões de difícil resolução com as técnicas convencionais.

O-342

TERAPÊUTICA ENDOVASCULAR NA DOENÇA VENOSA OCLUSIVA CENTRAL PARA SALVAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO PARÁ

REIS J.M.C.; KUDO F.A.; BASTOS M.C.; ROCHA I.R.O.

Hospital do Coração do Pará (HCor-PA); Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém - PA

Contexto: A estenose ou a oclusão de veias centrais pode ocorrer não apenas como consequência da inserção de catéteres na população dialítica mas também de fístulas arteriovenosas, compressão tumoral e até trauma vascular. As repercussões clínicas são as mais variadas, podendo apresentar-se desde assintomática até casos expressivos de hipertensão venosa com clínica exuberante como verificado nos pacientes dialíticos com fístula arteriovenosa ipsilateral a lesão venosa central. **Objetivo:** Analisar o perfil demográfico dos pacientes e resultados obtidos nas angioplastias venosas centrais em nosso serviço. **Métodos:** Realizamos um estudo retrospectivo e descritivo, analisando os resultados obtidos nas angioplastias venosas centrais realizadas no Hospital do Coração do Pará no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2017. Verificamos o perfil demográfico dos pacientes tratados, as taxas de sucesso primário e secundário, a utilização ou não de stents e as complicações, analisadas durante um período de acompanhamento de 12 meses. **Resultados:** Foram realizadas um total de 36 angioplastias venosas centrais em 28 pacientes (18 homens e 10 mulheres), sendo 100% por hiperplasia intimal relacionada ao uso de catéteres. Os dados mostraram que 75% eram hipertensos e 57,1% diabéticos. Em relação as angioplastias, 24 (66,6%) foram por estenoses e 12 (33,3%) por oclusões. O stent foi implantado em 26 casos (72,2%). O sucesso técnico primário foi de 91,6% considerando todos os casos. Em 3 casos de oclusão não foi possível a recanalização da lesão por não progressão do fio guia e em seis houve a necessidade do emprego da técnica do varal para completar o procedimento. Ocorreu um óbito no pós-operatório imediato. Durante o seguimento de 12 meses, observamos perviade de 61,1%. **Conclusão:** As lesões venosas secundárias a introdução de cateters centrais requerem cada vez mais uma abordagem mais precoce e minimamente invasiva para manutenção e durabilidade do acesso definitivo.

O-343

TERAPÊUTICA ENDOVASCULAR NA SÍNDROME DE ROUBO CORONÁRIO-SUBCLÁVIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

REIS J.M.C.; KUDO F.A.; BASTOS M.C.; OLIVEIRA M.H.B.; SOUSA E.M.N.

Hospital do Coração do Pará (HCor-PA); Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém - PA

A Síndrome de Roubo Coronário-Subclávio (SRCS) é uma entidade clínica que consiste na inversão de fluxo na artéria mamária interna em doentes previamente submetidos a revascularização coronária com esta artéria como conduto. Isto ocorre devido a estenose significativa ou oclusão proximal a origem da artéria subclávia. Síndrome rara e que torna-se cada vez mais significativa em virtude do uso continuado da artéria mamária interna na revascularização coronária. Apresenta-se clinicamente com isquemia cardíaca e, mais raramente, infarto agudo do miocárdio. Desta forma, os autores descrevem o caso de um doente que realizou revascularização coronária com artéria mamária interna e mais duas pontes de veia safena há 05 anos e se apresentou recentemente com dor torácica recorrente com irradiação para o dorso relacionada a atividade física principalmente envolvendo os membros superiores. Ao exame físico, apresentava ausência de pulsos axilar, braquial, radial e ulnar de membro superior esquerdo e discrepância significativa de pressões arteriais entre os membros superiores: à direita 130/70 mmHg e à esquerda 80/60 mmHg, tendo-lhe sido diagnosticado síndrome de roubo coronário-subclávio. Foi submetido inicialmente à cintilografia miocárdica com achado sugestivo de área isquêmica de parede anterior. O cateterismo cardíaco, identificou permeabilidade de ambos as pontes e ausência de novas lesões nas artérias coronárias e identificou oclusão justa ostial da artéria subclávia esquerda. Foi submetido a angioplastia e implante de stent expansível por balão, verificando-se completa remissão dos sintomas. Assim, os autores concluem que atualmente, a terapêutica endovascular com angioplastia e implante de stent da artéria subclávia é o tratamento de escolha para a SRCS, devido às altas taxas de sucesso, minimamente invasivo e com baixas taxas de morbimortalidade e que deve sempre ser suspeitada em pacientes com histórico de revascularização miocárdica, clínica de angina e assimetria entre os pulsos nos membros superiores.

O-344

TRANSPOSIÇÃO DE VEIA CAVA INFERIOR E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: RELATO DE CASO

ALENCAR M.J.C.; AQUINO M.A.; ALVES C.A.S.; CARVALHO G.C.D.F.; PAES M.S.; ABREU D.B.O.; FERREIRA I.F.S.; BORGES J.O.

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Salvador - BA

Transposição da VCI ou VCI esquerda ocorre em 0,2% a 0,5% dos indivíduos, por persistência da veia supracardinal esquerda com regressão da direita. A literatura demonstra 5 a 7% de anomalias de VCI em pacientes com TVP e incidência aumentada em jovens e nas TVP bilaterais. Algumas dessas anomalias relevantes, associadas a alterações congênitas, hematúria e histórico de TVP em MMII, dificultam planejamentos cirúrgicos. Relatamos caso de paciente, 37 anos, feminino, queixa de peso em MMII e história de TVP à direita há 2 anos. Relatava uso regular de meia elástica com melhora dos sintomas. Ausência de varizes e boa perfusão em MMII. Pesquisa negativa para trombofilia. Eco-Doppler venoso evidenciava veia íliaca direita não recanalizada, veias femoral e poplítea pérvias. Angio-RM evidenciou veia cava à esquerda e veia íliaca direita ocluídas. As variações anatômicas vasculares, reconhecidas em exames de imagem, devem ser incluídas como fatores de risco no evento trombótico.

O-345

TRATAMENTO CIRÚRGICO CONVENCIONAL DO ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL: UM NOVO MODELO DE PERFUSÃO VÍSCERO-MEDULAR

BRASIL E.A.; FIDELIS R.J.R.; QUEIROZ A.B.; PATURY S.S.; CETTOLIN Q.C.; SANTOS R.C.; LOPES C.F.; ARAÚJO FILHO J.S.

Hospital Ana Nery, Salvador - BA

Contexto: O tratamento cirúrgico do aneurisma tóraco-abdominal tradicionalmente leva a um risco elevado de morbidade e mortalidade, principalmente pelo tempo de isquemia visceral necessário para o reparo. Durante décadas, os cirurgiões têm desenvolvido várias estratégias de perfusão para minimizar o dano isquêmico aos órgãos a jusante, enquanto a aorta é clamepada. Recentes avanços na técnica cirúrgica e adjuntos tem melhorado os resultados após correção aberta do aneurisma tóraco-abdominal. **Objetivo:** Determinar a taxa de mortalidade de um novo sistema de perfusão visceromedular durante correção aberta do aneurisma tóraco-abdominal. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os dados do Ambulatório de Doenças da Aorta e seus Ramos na Rede Pública da cidade de Salvador, através de revisão de prontuário. Todos os casos consecutivamente tratados de forma cirúrgica aberta para correção de aneurisma da aorta tóraco-abdominal foram incluídos. O modelo de percussão visceromedular proposto é intitulado Shunt Aorto Visceral (SAoV) e é confeccionado com um introdutor valvulado, poliflex e sondas vesicais de Foley. **Resultados:** A amostra foi composta por 44 indivíduos com média de idade de 63 anos (39-81). Houve predomínio do sexo masculino (68%). O diâmetro máximo das aortas tratadas variou entre 4,9 e 12 cm com média de 7,2 cm. A maior parte dos casos foi tratado de forma eletiva (75%) e o houve predominância do tipo IV (55%). As técnicas de proteção medular utilizada foram: Clamp-and-Go (57%), SAoV (27%), derivação átrio-femoral (9%) e debranching abdominal (7%). As morbidades mais relevantes foram paraplegia e a necessidade de terapia de substituição renal de forma definitiva, descritas cada uma em 2,2% da amostra. A taxa de mortalidade geral foi de 22,7% (10/44) com as causas mais comum a coagulopatia (40%) e isquemia visceral (40%). As taxas de mortalidade foram divididas em dois grupos: aqueles que não utilizaram o SAoV (8/32-25%) e o grupo que utilizou o novo sistema de proteção (2/12-16%). A mortalidade no grupo SAoV foi menor e teve risco relativo de 0,64 com redução de risco absoluto de 9%. **Conclusão:** O modelo de percussão visceromedular proposto é viável e acessível, apresentando uma taxa de mortalidade reduzida, sendo uma opção para abordagem cirúrgica dos aneurismas tóraco-abdominais.

O-346

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMA DE ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR EM PACIENTE COM RETROVIROSE: RELATO DE CASO

BOLDO MG; DUTRA CF; LAIN VV; TERRES DM; HECK R; CORRALO D; CARDOSO SS; CHALÁ F

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Hospital Geral, Caxias do Sul - RS

Os aneurismas viscerais são uma entidade rara, com uma prevalência inferior a 1%; dentre estes o aneurisma de artéria esplênica é o mais comum e o aneurisma de artéria mesentérica superior (MAS) bastante incomum. A apresentação mais comum do AMS é a dor abdominal de caráter progressivo, a qual varia de moderada a severa. Massa pulsátil pode estar presente em 50% dos casos. A associação de retrovírose com a formação de um aneurisma ainda não está totalmente explicada pela literatura médica, mas sabe-se que a associação é verdadeira, embora não sabe-se o real mecanismo fisiopatológico. Paciente masculino, 64 anos, portador de retrovírose em tratamento, hipertensão e acidente isquêmico transitório prévio com sequelas de paresia. Paciente admitido no serviço do Hospital Geral tinha como principal queixa a dor abdominal. Ecografia abdominal e, sequencialmente, Angiotomografia evidenciaram a presença de aneurisma de artéria mesentérica superior. Em dezembro de 2014, foi realizado endoaneurismorráfia com interposição de segmento de veia safena interna, anastomose termino-terminal e revascularização de uma colateral. O efeito da infecção pelo HIV/AIDS em patologias cirúrgicas tem recebido muita atenção. O comprometimento do sistema vascular pelo HIV pode compreender vasculites e perivasculites, arterites, doenças fibroproliferativas oclusivas e aneurismas. Entretanto, não se conhece exatamente a fisiopatologia de como o HIV promove a degeneração vascular. Não há relato específico na literatura até o momento de pacientes HIV positivos com aneurisma de artéria mesentérica superior como no nosso caso. O aneurisma de mesentérica superior é uma condição incomum, a qual entra no diagnóstico diferencial de dor abdominal a esclarecer. A associação desta patologia com a retrovírose está, com a publicação de casos clínicos, levando ao esclarecimento fisiopatológico do porquê do paciente HIV positivo ser mais predisposto à formação de um aneurisma. Mais estudos são necessários para o conhecimento do mecanismo responsável por esta associação.

O-347

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE CAROTÍDEA: SÉRIE DE CASOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE RIBEIRÃO PRETO E HOSPITAL SÃO FRANCISCO

ALMEIDA L.T.; BERMEJO T.N.; FRANÇA F.M.P.; VIEIRA R.M.; AMORIM H.F.; GERMANI NETO J.; CISCATO JUNIOR J.G.; MENDONÇA L.R.

Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto; Hospital São Francisco, Ribeirão Preto - SP

Contexto: A maioria dos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi) está relacionada a lesões das artérias carotídeas cuja principal etiologia é a aterosclerose. Os sintomas estão relacionados com hipofluxo e acidentes intraplaca. A estenose assintomática da artéria carótida interna (ACI) acomete principalmente indivíduos com mais de 50 anos em associação com HAS, doença coronariana, tabagismo e dislipidemia. O tratamento clínico e o controle de fatores de risco devem ser instituídos e as intervenções cirúrgicas, convencional (CC) ou angioplastia (CA), vem sendo avaliadas no seguimento destes pacientes. **Objetivo:** Descrever série de casos em pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico CC e CA comparando os resultados com estudos sobre indicação cirúrgica neste território. **Métodos:** Análise retrospectiva dos casos de estenose carotídea operados no serviço de cirurgia vascular e endovascular dos Hospitais Beneficência Portuguesa e São Francisco em Ribeirão Preto entre março de 2015 e fevereiro de 2017. Avaliando os dados demográficos, indicações, complicações e o seguimento pós-operatório. **Resultados:** Foram realizadas 36 intervenções cirúrgicas neste território sendo que a idade média dos pacientes foi de 72,5 anos. O sexo masculino foi o mais prevalente (n = 20). Com relação aos tipos de procedimentos foram 14 CA e 17 CC. Cinco pacientes foram indicados para CA após duplex, mas a arteriografia intra operatória mostrou oclusão da ACI. Em todas as CC foi realizado patch de pericárdio bovino e houve indicação de shunt em 3 casos. Em todas as CA foram utilizados filtros de proteção cerebral Emboshield Abbot e stent Xact Abbot. As principais indicações cirúrgicas foram: estenose carotídea sintomática e nos pacientes assintomáticos, estenoses maiores que 70%. Com relação as comorbidades, as mais prevalentes foram hipertensão arterial, diabetes mellitus, antecedente de AVC ou AIT. A taxa de mortalidade de 30 dias no grupo total foi 6%, 1 caso com AVC extenso e 1 caso com IAM. A média de dias internados foi de 7,5 dias e a principal complicação foi a dificuldade de controle pressórico no pós-operatório imediato. **Conclusão:** No pós-operatório imediato a dificuldade de controle pressórico foi frequente e a principal complicação. As indicações cirúrgicas e a taxa de mortalidade estão em concordância com a literatura. O tratamento das patologias deste território é controverso e ainda não existe consenso sobre a melhor forma de intervenção.

O-348

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOANEURISMA ANASTOMÓTICO DE ARTERIA FEMORAL PÓS BY-PASS AORTOFEMORAL TARDIO: RELATO DE CASO

SILVESTRE S.R.; ALBUQUERQUE G.S.C.; RODRIGUES V.A.C.; LIRA N.R.T.; BARBOSA M.I.F.L.; SANTOS T.J.S.; MENEZES L.H.S.; VASCONCELOS F.L.

Hospital Getúlio Vargas, Recife - PE

O pseudoaneurisma, mais conhecido como aneurisma anastomótico, é uma complicação tardia dos tratamentos cirúrgicos abertos, dos pacientes portadores de doença aorto-iliaca submetidos à by-pass. É responsável por 1-10% dos casos das complicações, e acomete com maior frequência a artéria femoral. Ocorre frequentemente por mudanças degenerativas da parede arterial, causando tensão excessiva, ruptura do fio de sutura, espessamento da parede arterial e infecção. No exame físico o paciente apresenta tumoração pulsátil com ou sem sintomas, no local de cirurgia prévia. O diagnóstico é feito através de angiotomografia e o tratamento pode ser conservador, por embolização, cirurgia aberta ou endovascular. As informações do presente trabalho foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico dos exames complementares e do ato operatório, além de revisão da literatura. ABSS, 56anos, masculino, pardo, portador de ICC grave, HAS, IRC não dialítico, deu entrada no hospital com massa tumoral de 5 cm em região inguinal E, associado a dor com irradiação para coxa e panturrilha com 2 dias de evolução, sem infecção, pulsos distais presentes de MMII, e passado de by-pass Aortofemoral esquerdo há 20 anos, angioplastia de artéria ilíaca externa direita há 8 anos e 2 revascularizações miocárdicas. Realizado angiotomografia, sendo identificado pseudoaneurisma de AFC. Evoluiu com expansão tumoral sendo submetido a by-pass prótese-prótese aorta-iliaca com AFC de urgência, evoluindo com infecção de ferida operatória (FO). Realizado desbridamento cirúrgico com identificação de exposição de prótese, sendo indicado a retirada de prótese. Paciente apresentou culturas negativas e FO com granulação e sem sinais de infecção, sendo optado por conduta expectante. Após 1 mês, o paciente retorna com secreção serohemática abundante pela FO sendo submetido a by-pass axilofemoral a esquerda + Retirada da prótese infectada evoluindo com pulsos distais bilaterais. O presente trabalho descreve o resultado cirúrgico de um paciente com alto risco de morbimortalidade, com benefícios e complicações a curto prazo, quando não é possível a retirada imediata da prótese, com posterior tratamento definitivo, visando uma maior sobrevida do paciente.

O-349

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ANEURISMA RARO DE MEMBRO SUPERIOR

CAMARGO JÚNIOR O.; FEDERICO R.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; SANCHES V.C.D.; CHEQUI M.T.M.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

Os aneurismas periféricos são pouco freqüentes. Nas extremidades superiores podem acometer as artérias axilar, umeral, radial, interóssea, ulnar ou artérias da mão. No território subclávio-axilar a etiologia mais freqüente é a aterosclerótica, porém, a partir da artéria umeral a principal etiologia é a traumática, que pode apresentar um período de latência entre o trauma e o aparecimento de sinais e ou sintomas. Paciente do sexo feminino, com 55 anos, apresentou massa tumoral pulsátil em trajeto de ramo de artéria radial em face extensora do carpo. Paciente referia crescimento espontâneo da massa por um período de um ano, sem relação com trauma. Ao exame físico foi identificado tumoração pulsátil em ramo de artéria radial em face extensora do carpo, sem dor à palpação, compatível com aneurisma, com pulsos radial e ulnar presentes e sem sinais de isquemia. Submetido a US Doppler, com diagnóstico de aneurisma verdadeiro de ramo de artéria radial em face extensora do carpo, medindo 8,8 mm x 6,6 mm x 1,31 mm. O paciente foi submetido a cirurgia de retirada da massa aneurismática com ligadura proximal e distal da artéria com manutenção da perfusão da mão. O estudo anátomo-patológico evidenciou um aneurisma verdadeiro. Os aneurismas periféricos de membro superior são raros e os mais distais tem como etiologia mais freqüente o traumatismo, podendo ser pseudoaneurisma. Sempre que diagnosticados devem ser operados pela possibilidade que apresentam de embolização para as artérias digitais. O tratamento é benigno e quando o arco palmar está pérvio o tratamento pode ser ligadura proximal e distal com anestesia local.

O-350**TRATAMENTO CLÍNICO EM INFECÇÃO DE PROTESE DE AORTA ABDOMINAL**

CAMARGO JÚNIOR O.; NASCIMENTO P.C.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; ABREU M.F.M.; ABREU G.C.G.; VIARENGO G.; FERREIRA G.P.V.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A infecção em prótese sintética vascular, apesar de ser um evento raro, é uma das complicações mais temidas da cirurgia vascular por representar uma complicação catastrófica. Ocorre em torno de 2% dos procedimentos e pode provocar deiscência das suturas arteriais, promovendo hemorragias de difícil controle, fistulas entre a prótese e as alças. Em caso de infecção de prótese, o objetivo do tratamento consiste habitualmente em remover o enxerto infectado e restabelecer a continuidade vascular com derivações extra-anatómicas ou novo enxerto in situ. A partir da década de 1980, a cirurgia com by-pass extra-anatómico e retirada total do enxerto infectado foi o tratamento mais utilizado. Essa técnica apresenta taxa de infecção entre 5 a 8%. Recentemente, a substituição do material infectado por enxertos venosos in situ tem sido empregada com sucesso, com vantagem de ser material autógeno e diminuir a chance de sangramento da sutura no coto aórtico remanescente. Atualmente com o avanço das técnicas cirúrgicas e antibioticoterapia, alguns autores têm preservado com sucesso as próteses arteriais colocadas. Relatamos o caso de um paciente de 69 anos do sexo masculino que deu entrada no PS com quadro de dor abdominal há 20 dias, não relacionada a alteração de hábito intestinal ou vômitos. Referia alguns episódios de febre não medida e inapetência nesse período. O paciente referia ter sido submetido a uma cirurgia de aneurisma de aorta abdominal em outro serviço há 8 anos. Submetido a tomografia na qual apresentava densificação dos planos adiposos adjacentes a prótese com linfonodos aumentados, sugerindo processo infeccioso. Paciente medicado com AB tendo alta uma semana após, com melhora do leucograma, sem febre com melhora do quadro geral. Onze dias após a alta hospitalar o paciente retornou ao hospital apresentando febre e piora do estado geral, tendo sido reinternado. Durante a internação foram repetidos os exames de imagem e ressonância magnética de abdome total também com suspeita de infecção. Paciente novamente medicado com AB apresentou melhora do quadro geral, sem apresentar febre teve alta hospitalar após 23 dias de internação. O paciente continua em acompanhamento ambulatorial há 4 meses da primeira internação sem complicações e em ótimo estado geral. O tratamento clínico de infecção de prótese é uma ótima opção de tratamento desde que o paciente seja acompanhado com exames laboratoriais e de imagem.

O-351**TRATAMENTO COMBINADO ABERTO E ENDOVASCULAR EM PSEUDOANEURISMA PÓS-TRAUMÁTICO DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA**

MARTINS B.B.; OLIVEIRA FILHO J.A.; RAMOS V.P.; BRITO FILHO S.B.; SILVA B.L.P.; GUIMARÃES D.C.; DURANS M.S.B.

Hospital Universitário (HU), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

Contexto: Os pseudoaneurismas resultam de lesão da parede arterial por inflamação, trauma ou iatrogenias. Tradicionalmente, têm sido tratados com cirurgia aberta. Entretanto, nos vasos subclávios, necessita de toracotomia ou esternotomia, sendo invasiva e associada a maiores taxas de morbidade e mortalidade. Nos últimos anos, abordagem radiológica minimamente invasiva foi desenvolvida como alternativa. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com pseudoaneurisma (PA) pós-traumático na transição da artéria subclávia (AS) com axilar esquerda, cujo tratamento utilizou combinação de técnicas aberta e endovascular. **Métodos:** Estudo transversal descritivo com relato de caso de paciente com pseudoaneurisma pós-traumático realizado no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD). **Resultados:** Paciente BPM, 27 anos, vítima de acidente motociclístico, com fratura exposta de úmero, submetido a cirurgia ortopédica e recebendo alta médica no 5º dia pós-operatório (DPO). Retornou no 37º DPO com massa pulsátil axilar, sendo transferido para unidade de maior complexidade. Realizou arteriografia que mostrou PA de transição de artéria subclávia-axilar esquerda e foi encaminhado ao HUPD. Na admissão, encontrava-se hipocorado, com massa pulsátil em região axilar anterior esquerda, pulsos distais não palpáveis em membro superior esquerdo (MSE), déficit sensitivo e motor discretos e boa perfusão. Foi submetido ao tratamento cirúrgico que incluiu controle distal aberto da artéria braquial e tentativa de controle proximal infraclavicular, sem sucesso. Optou-se por punção da artéria femoral comum direita, passagem de introdutor 5F, passagem de fio guia e colocação de balão PASSEO 7 x 60 x 130 em seguimento proximal da AS para controle. Abertura da cápsula do PA e esvaziamento do volumoso hematoma, com repercussão hemodinâmica. Visto gravidade do quadro e ausência de sinais de isquemia no MSE, optou-se por ligadura simples do coto proximal da AS. Seguiu em UTI por 2 dias e teve alta hospitalar no 7º DPO com fluxo ao Doppler portátil em artérias braquial e radial. Anteriormente, o único tratamento disponível para o pseudoaneurisma da artéria subclávia era a cirurgia aberta. **Conclusão:** Este procedimento é complicado e muitas vezes exige toracotomia ou esternotomia. Procedimentos menos invasivos foram desenvolvidos e este tipo de abordagem está sendo usada atualmente, no entanto, a experiência nas artérias subclávias permanece limitada devido à sua infrequência relativa.

O-352**TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DE ENDOCARDITE BACTERIANA**

CAMARGO JUNIOR O.; PERETTI N.; CHEQUI M.T.M.; ALIOTI M.; FERRARI A.L.L.; CHRISPIN A.C.G.; VIARENGO G.; SILVA G.S.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A endocardite bacteriana ou endocardite infecciosa é uma infecção com inflamação das válvulas cardíacas e do revestimento interno das câmaras cardíacas, o endocárdio. A endocardite ocorre quando microrganismos infecciosos, tais como bactérias ou fungos, entram na corrente sanguínea e se fixam no coração. Dependendo da agressividade (virulência) do germe infectante, a lesão do coração causada pela endocardite pode ser rápida e grave (endocardite aguda) ou mais lenta e menos dramática (endocardite subaguda). Os pacientes com complicações causadas pela endocardite infecciosa devem ser tratados cirurgicamente, pois o tratamento clínico tem mortalidade e morbidade elevadas. O tratamento cirúrgico deve ser considerado em todos os pacientes que apresentam episódios de falência cardíaca, tais como edema agudo de pulmão, nos pacientes com regurgitação aórtica aguda, lesões estruturais com destruição valvar, fistulas cardíacas, ou vários graus de anormalidades na condução atrioventricular causada por abscessos septais. Muitas complicações, como abscessos de anéis ou murais, aneurismas micóticos, comunicação interventricular, bloqueio atrioventricular e embolismo sistêmico recorrentes, podem decidir a indicação da operação. Caso 1: Paciente do sexo feminino de 53 anos, deu entrada no PS com quadro de oclusão arterial aguda em MIE, sendo submetida a embolectomia. Paciente com diagnóstico de endocardite infecciosa submetida a troca de válvula cardíaca, com boa evolução no pós-operatório. Caso 2: Paciente do sexo feminino com 57 anos, chegou no PS com quadro de isquemia em pododáctilos e quirodáctilos e ponta de nariz, tratada clinicamente com vasodilatador. Paciente submetida a tratamento clínico com antibioticoterapia, com boa evolução até o momento. A endocardite infecciosa continua com alta mortalidade, apesar de sofisticados meios diagnósticos e terapêuticos. Mesmo com o uso de novos antibióticos, a sua evolução continua muitas vezes desfavorável, levando o paciente ao óbito ou a lesões incapacitantes. A operação, quando indicada, deve ser realizada precocemente para evitar a alta mortalidade com o tratamento clínico isolado.

O-353**TRATAMENTO DE ANEURISMA AORTOILIACO COM A TÉCNICA SANDUICHE**

SANTOS R.F.F.N.; LIMA A.A.S.; SILVA A.N.; RODRIGUES P.G.R.; PITTA G.B.B.

Hospital Memorial Arthur Ramos, Maceió - AL

Os aneurismas de aorta abdominal (AAA) são os mais comuns, estando 80% localizado no segmento infrarrenal e 20% associado à aneurismas de artéria ilíaca comum. A presença de comprometimento ilíaco é um desafio na terapêutica endovascular, visto que compromete a fixação distal de endopróteses. A técnica sanduiche consiste na combinação de endoprótese aórtica e stents revestidos autoexpansíveis para garantir a perviabilidade da aorta e das artérias ilíacas, com reconstrução do segmento de forma endovascular. Paciente de 52 anos, hipertenso, assintomático, teve um diagnóstico de AAA através de um US de abdome total de rotina. Prosseguiu com angiotomografia aortoilíaca, evidenciando dilatações aneurismáticas tanto em aorta abdominal infrarrenal quanto em artéria ilíaca comum direita. Foi realizado implante por via femoral, de endoprótese bifurcada em aorta abdominal infrarrenal; cateterismo de artéria ilíaca interna direita através de acesso braquial esquerdo; implante de stent revestido em artéria ilíaca interna direita com sobreposição de ramo ilíaco, seguido de implante de ramo ilíaco direito da endoprótese; liberação de stent revestido em artéria ilíaca externa; implante do ramo ilíaco esquerdo da endoprótese, finalizando a técnica. Houve uma correção imediata das dilatações aneurismáticas, com controle angiográfico pós-operatório satisfatório e concentração do fluxo dentro da endoprótese e dos stents revestidos. A técnica sanduiche é uma alternativa viável no tratamento de aneurismas aortoilíacos, atingindo o objetivo primário, que consiste na manutenção de fluxo arterial satisfatório nos segmentos com aneurismas, sem representar um aumento na morbimortalidade do paciente submetido ao procedimento endovascular.

O-354

TRATAMENTO DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRARENAL AMBULATORIAL

RAZUK FILHO A.; PARK J.; TELLES G.J.P.; NOVAES G.S.; GALHARDO A.; NASCIMENTO A.; ESTEVES F.P.
Instituto Prevent Senior, São Paulo - SP

Contexto: Os benefícios do tratamento endovascular dos aneurismas da aorta abdominal infra-renal (EVAR) já estão estabelecidos. Destacam-se a baixa taxa de mortalidade (< 1% em 30 dias), menor tempo de internação hospitalar, menor tempo de internação em UTI e menor taxa de transfusão sanguínea. Nesse contexto o tratamento percutâneo tem sido realizado com bons resultados, com o objetivo de promover deambulação precoce, evitar hematomas e infecções nas regiões inguinais. As complicações mais frequentes e precoces do EVAR estão relacionadas ao acesso e costumam manifestar-se em até 3 horas após o procedimento. Sendo assim, a avaliação adequada do acesso e o tratamento percutâneo permite alta hospitalar mais precoce dos pacientes. **Objetivo:** Isso posto, o objetivo do presente trabalho é avaliar a segurança e viabilidade de um centro de referência para tratamento endovascular percutâneo e ambulatorial dos pacientes portadores de aneurisma de aorta infrarrenal. **Métodos:** Foram indicados para o tratamento pacientes portadores de aneurisma da aorta abdominal infra-renal maiores que 5,0 cm de diâmetro, ou que apresentaram crescimento maior que 1,0 cm em um ano. Além disso os pacientes incluídos não apresentavam comorbidades clínicas graves, eram assintomáticos e preenchiam os seguintes critérios anatômicos: colo proximal de até 26 x 10 mm, artérias ilíacas de até 18 x 20 mm e artérias femorais sem calcificações. Antes da alta, o paciente realizou ultrassonografia das artérias femorais a fim de descartar, oclusões, sangramentos e pseudo-aneurismas. Por fim os pacientes, foram avaliados no PO 3 pela equipe de vascular e submetidos a ECG e coleta de CPK, CK-MB. **Resultados:** De dezembro de 2015 a dezembro de 2016, foram incluídos 20 pacientes portadores de aneurisma da aorta abdominal infra-renal. Todos receberam alta com menos de 18 horas de internação. A média etária foi de 74,6 anos (63-85), sendo 90% do sexo masculino. A técnica percutânea foi realizada em 18 pacientes e, em dois deles realizamos inguinitomias. O tempo operatório médio foi de 96,85±26,4(65-180) minutos. Nenhum paciente necessitou transfusão sanguínea e o volume médio de contraste foi de 70 mL. O tempo de permanência foi de até 18 horas. Não houve necessidade de re-internação. Não houve infecção ou mortalidade em menos de 30 dias. **Conclusão:** Com os resultados obtidos até o momento, podemos concluir que o tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal infra-renal com alta ambulatorial precoce é um método factível e seguro.

O-355

TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARENAL PELO MÉTODO EVAR USANDO DIÓXIDO DE CARBONO COMO MEIO DE CONTRASTE NO PACIENTE RENAL CRÔNICO

COSTA R.R.; MARINHO A.C.O.; LOPEZ G.E.; FONSECA J.L.T.; SILVA L.M.F.; PINTO L.M.C.; SARDENBERG J.P.; FERREIRA C.C.
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ

Contexto: Sabe-se de forma bem consolidada atualmente que o método endovascular para correção dos aneurismas de aorta abdominal é um método eficaz e menos mórbido para os pacientes com alto risco cardiovascular. Cada vez mais o empecilho da anatomia vem sendo vencido através da evolução da indústria. Além da anatomia um outro entrave para o uso do método e o paciente com doença renal crônica em estágios avançados na iminência de se tornar candidato a terapia substitutiva renal seja por hemodiálise ou diálise peritoneal, devido ao uso de contraste a base de iodo. Visto isso, começou-se a utilizar o dióxido de carbono como meio de contraste, já que este é um gás extremamente solúvel e usa a expiração como principal meio de excreção, poupando assim o doente renal crônico da nefrotoxicidade do iodo. **Objetivo:** Apresentar o dióxido de carbono como alternativa de meio de contraste ao iodo para o tratamento de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal por EVAR nos pacientes com doença renal crônica não dialíticas. **Métodos:** Apresentar 3 casos clínicos de pacientes com doença renal crônica não dialítica comparando através de exames laboratoriais a função renal pré e pós-operatória. Usado dióxido de carbono medicinal microprocessado com dispositivo injetor específico. **Resultados:** Nestes pacientes a função renal não mostrou piora após o procedimento, mesmo naquele em que foi necessário uma tomada usando contraste a base de iodo para certificar a inexistência de endoleak tipo I. **Conclusão:** O uso de dióxido de carbono medicinal como alternativa ao iodo usado como contraste torna possível usar método EVAR para tratar aneurisma de aorta abdominal infrarrenal nos pacientes com doença renal crônica não dialíticas, minimizando os riscos de nefropatia por contraste o que poderia terminar com a evolução da doença renal crônica.

O-423

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A RESSIMPATECTOMIA PARA TRATAMENTO DE HIPERHIDROSE ESSENCIAL

ANTUNES B.F.F.; BAPTISTELLA C.D.P.A.; SANTINI P.H.B.; SILVA M.J.; LEMBRANÇA L.; CAMPOS J.R.M.; TEIVELIS M.P.; WOLOSKER N.

Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo - SP

Contexto: O tratamento cirúrgico preconizado para hiperhidrose essencial é a simpatectomia videotoroscópica (VATS). Contudo, parte dos pacientes não respondem satisfatoriamente a VATS e são submetidos a ressimpatectomia. **Objetivo:** Avaliar de maneira objetiva o grau de resposta a cirurgia e a melhora da qualidade de vida nos pacientes reoperados. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, onde num grupo total de 2300 pacientes submetidos a simpatectomia para tratamento de HH de 1999 até janeiro de 2014 foram avaliados 15 pacientes submetidos a ressimpatectomia por falha do tratamento primário. Dos pacientes analisados 11 (73,3%) eram mulheres. A média de idade foi de 23,29 (5,17) anos e média de índice de massa corpórea (IMC) de 20,92 (2,12). O sítio principal das queixas foram as mãos em 10 (66%) pacientes e axilas em 5 (33%). Para essa análise de qualidade de vida foi utilizado o questionário de Amir et al. Para a análise da resposta ao tratamento, pontuou-se melhora após quinze dias da cirurgia, quantificando de 0 (ausência de melhora) a 10 (melhora completa) e posteriormente estratificado em discreta (0-4), moderada (5-7) e grande (8-10). **Resultados:** Antes da realização da primeira cirurgia, todos os pacientes apresentavam qualidade de vida ruim ou muito ruim. Após primeira VATS, 12 (80%) pacientes obtiveram boa resposta, porém evoluíram com piora, voltando aos níveis anteriores à cirurgia. Sendo assim, antes da ressimpatectomia todos os pacientes tinham qualidade de vida muito ruim. Nas ressimpatectomias, a ressecção bilateral foi realizada em 73% dos casos, sendo o nível mais frequente a quarta cadeia ganglionar. Manteve-se o predomínio do uso do eletrocautério em 80% dos casos e foi utilizado intubação seletiva em 73% da amostra. O grau de resposta ao tratamento foi elevado em 73% da amostra com 14 (93,3%) pacientes apresentando uma melhora da qualidade de vida considerada muito boa após o procedimento. **Conclusão:** A VATS é um procedimento efetivo nos pacientes que necessitam de ressimpatectomia para o tratamento de hiperhidrose essencial.

O-424

HEMATÚRIA MACIÇA EM ADOLESCENTE COM SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES: RELATO DE CASO

SILVA N.A.C.; DOMINGUES N.P.; PAULA M.S.; JESUS R.M.; SANTOS M.S.; TEIXEIRA B.S.R.S.; PIRES G.B.B.; BELCZAK S.Q.
Instituto Belczak; Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba - SP

A Síndrome de Quebra-nozes ou Nutcracker syndrome é causada pela compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior e aorta e está associada a uma sintomatologia característica como dor no baixo ventre, varicocele e hematúria. O tratamento invasivo é controverso, especialmente nos pacientes pediátricos, no entanto, em casos de hematúria severa associada a anemia, insuficiência renal funcional, severa dor pélvica ou ineficácia de tratamento conservador, ele é indicado. É relatado o caso de uma criança do sexo masculino, 12 anos, com quadro de hematúria maciça por 12 horas, sem evidências de alterações à investigação inicial. Realizada inicialmente tomografia que retornou com laudo sem alterações paciente evoluiu com queda importante de hemoglobina e retenção urinária. Realizada ultrassonografia que evidenciou grande coágulo vesical. A cistoscopia mostrou saída de sangue ativamente pelo ureter esquerdo no interior da bexiga. Foi realizada então uma angiografia que descartou má formação arterio-venosa e fistulas. Neste mesmo exame evidenciou-se um escoamento venoso renal identificado em veia renal esquerda devido a compressão pela artéria mesentérica superior. Ao revisarmos as imagens tomográficas realizadas previamente pudemos identificar um ângulo agudo (13°) entre aorta e artéria mesentérica superior. Após falha inicial da angioplastia somente com balão, foi realizado implante de stent smart control com balonamento pós e bom controle angiográfico. Paciente cessou hematúria e segue assintomático em acompanhamento ambulatorial. Nos últimos anos, técnicas endovasculares com implante de stent têm sido utilizadas de maneira satisfatória para o tratamento de doenças obstrutivas do sistema venoso. Em estudo prévio foram publicados 37 casos tratados maneira satisfatória, porém seguimento pós-operatório curto. Em 2011, Shanwen acompanhou 61 pacientes e demonstrou uma eficácia satisfatória na técnica endovascular, além de baixo índice de complicações peri e pós-operatórias. Ainda não há consenso em relação ao tratamento endovascular na Síndrome de Quebra-nozes, uma vez que não existem na literatura trabalhos com follow-up a longo prazo.

O-425

ANALISE DOS FATORES ENVOLVIDOS NA AMPUTAÇÃO DAS EXTREMIDADES INFERIORES DE ETIOLOGIA VASCULAR

OLIVEIRA R.; CARVALHO A.T.Y.; CANGUÇU B.D.S.M.; SANTOS A.J.; GOMES C.A.P.; NEVES C.A.P.; ALMEIDA L.C.; SANTOS FILHO P.C.M.

Hospital Geral Roberto Santos, Hospital da Bahia, Salvador - BA

Contexto: A amputação dos membros inferiores de etiologia vascular representa importante causa de morbi-mortalidade e prejuízo econômico, com marcadores passíveis de correção. A falta de conhecimento sobre o tema e suas possíveis complicações, bem como a falta de acesso a serviços de referência, pode acarretar uma maior morbi-mortalidade. O presente estudo representa um instrumento importante de análise das condições clínicas e sociais sob as quais estão submetidos os pacientes que realizam amputação de membros inferiores no estado da Bahia. Na região metropolitana de Salvador, não se encontram dados relativos a esses indivíduos. Esse fato encorajou o nosso estudo. **Objetivos:** (1) Analisar os fatores determinantes para amputação das extremidades inferiores e sua evolução; (2) Descrever os aspectos clínicos e sociais desses pacientes identificando os fatores de risco para o procedimento. **Métodos:** Estudo descritivo, prospectivo, de análise quantitativa realizado no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Geral Roberto Santos entre agosto/2008 e agosto/2016, foram analisados 4840 indivíduos submetidos a amputação de membro inferior de etiologia vascular. A análise incluiu o preenchimento de protocolo pré-estabelecido e o acompanhamento pós-operatório. Para a análise estatística foram utilizados dados tabulados por porcentagem simples, técnica de regressão logística e regressão linear, sendo adotada um $p < 0,05$ para fatores relevantes. **Resultados:** Dos 4840 pacientes analisados, 56,3% eram do gênero masculino e a idade média foi 65,3 anos. Os fatores determinantes para amputação das extremidades inferiores envolveram indivíduos com baixo nível socioeconômico e atribuídos principalmente ao pé diabético infeccioso e doença arterial obstrutiva periférica (DAOP). Os aspectos clínicos e sociais da amostra foram representados por indivíduos idosos, negros, com baixo nível socioeconômico e portadores de múltiplas doenças associadas. Os fatores de risco para amputação maior foram idade, pé diabético infeccioso, DAOP e uso de insulina; para as complicações pós-cirúrgicas foram idade, uso de insulina e DAOP; e para óbito foi antecedente de insuficiência coronariana. A letalidade foi 15%, atribuída principalmente ao infarto agudo do miocárdio (IAM) (69%), sepse (16%) e insuficiência renal aguda (4%). **Conclusão:** Os dados encontrados pelo estudo reforçam os achados de trabalhos anteriores e chamam atenção para as implicações sociais das amputações no cenário regional.

O-426

REFLUXO TRANSITÓRIO DE VEIA SAFENA MAGNA EM PACIENTES COM SINTOMAS RELACIONADOS A DESORDENS CRÔNICAS VENOSAS PRECOSES (COS-C1) E SUA CORREÇÃO COM TRATAMENTO COM DIOSMINA-HEPERIDINA

ESPINDOLA M.G.S.; ABDALA N.; MOREIRA NETO A.A.; SEGURA L.F.

UMDI Medicina Diagnóstica, Mogi das Cruzes - SP

Pacientes definidos como C0s da classificação CEAP apresentam um ou mais sintomas relacionados à doença venosa crônica, mas sem sinais clínicos da doença durante o exame físico. Queixas como formigamento, câibras, dor, ardor, inchaço, sensação de peso ou latejante, pernas inquietas, cansaço e/ou fadiga, embora não patognômicos, podem ser sugestivos de doença venosa crônica (DVC). Com prevalência de cerca de 25-33% em mulheres e 10-20% em homens onde a história familiar, idade, raça, peso, ocupação, gravidez, contraceptivos orais e doenças cardiovasculares têm sido identificadas como possíveis fatores de risco. Foi encontrado também receptores de estrogênio e progesterona nas paredes venosas, sugerindo envolvimento hormonal na patogênese de varizes por mecanismos ainda não completamente esclarecidos. A associação de diosmina e hesperidina é utilizada para combater os sintomas da insuficiência venosa crônica (IVC), por ser considerado um agente venotrópico, melhorando drenagem linfática, protegendo a microcirculação, regulando a permeabilidade capilar, e fortalecendo a resistência vascular, bem como efeitos anti-inflamatório e antiplaquetário. Pacientes do sexo feminino C0s-C1, e que trabalham em posição ortostática foram submetidas ao Questionário de Qualidade de Vida -SF-36, sendo submetidos posteriormente a um eco-Doppler colorido venoso das extremidades inferiores na posição ortostática, duas vezes ao dia: antes e depois da jornada de trabalho. As mulheres com refluxo ao final do dia de atividades habituais receberam tratamento farmacológico durante 1 mês com Daflon® 1000 1 vez ao dia. No total foram incluídas no estudo 56 mulheres, destas 7 foram excluídas pois não aderiram ao tratamento ou engravidaram durante o período de observação. Dentre as 44 mulheres, a média de idade foi de 34,1±8,7, os sintomas mais frequentes foram cansaço (69,8%), câibra (48,8%) e dor (46,5%). Na croça foi observada diferença significativa no diâmetro antes e depois do expediente entre as mulheres com refluxo. Dentre 6 (13,6%) mulheres que apresentaram refluxo na croça antes e a depois do expediente, apenas 1 manteve refluxo após tratamento. Observamos melhora na qualidade de vida nos domínios de capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos sociais e emocionais.

O-427

DOENÇA DE BEHÇET COM ANEURISMA DE ARTÉRIA MESENTÉRICA: RELATO DE CASO

GURGEL C.S.; MORAES C.A.; DUTRA C.A.A.; DA SILVA G.P.

Universidade Potiguar, Natal - RN

As manifestações cardiovasculares são comuns na Doença de Behçet e, dentre elas, a degeneração aneurismática corresponde a um desafio para o cirurgião vascular, em virtude do seu risco de expansão e ruptura. O artigo relata o caso de um paciente, 41 anos, sexo masculino com Doença de Behçet, que corresponde a uma vasculite sistêmica, no qual após rotina de investigação para dor abdominal por meio da angiotomografia computadorizada do Abdomen, evidenciou aneurisma em porção proximal da artéria mesentérica superior. Diante disso foi submetido à correção endovascular do Aneurisma com endoprótese, sem intercorrências. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão da literatura. O diagnóstico da doença de Behçet é clínico e envolve uma diversidade sistêmica de acometimentos. Inclusive, de acordo com a apresentação de cada caso, é possível instaurar o regime terapêutico mais adequado. Dessa maneira, a correção endovascular se mostrou uma ferramenta importante para o tratamento dos aneurismas vasculares como o encontrado nesse paciente. Em razão de apresentar uma menor morbimortalidade quando comparada as demais técnicas. O tratamento foi realizado com êxito e o paciente evoluiu com melhora na sintomatologia e durante o seu seguimento não foi evidenciado crescimento do aneurisma ou vazamento (endoleak). A terapia endovascular é uma alternativa eficaz no tratamento dos aneurismas em pacientes com a doença de Behçet.

O-428

RELATO DE TRÊS CASOS DE ARTERITE DE TAKAYASU

CAMARGO JÚNIOR O.; CHEQUI M.T.M.; CRHISPIN A.C.G.; SIMÕES C.R.C.; SANCHES V.C.D.; ABREU G.C.G.; NASCIMENTO P.C.; VIARENGO G.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas - SP

A arterite de Takayasu é uma vasculite de etiologia desconhecida, sistêmica, crônica e progressiva que acomete a aorta e seus principais ramos. Apresenta um processo inflamatório causando estreitamento da parede arterial. Apresenta-se inicialmente com uma sintomatologia inespecífica, com febre, fadiga, evoluindo com manifestações de acordo com o local e o grau das lesões. Pela pouca especificidade da sintomatologia durante a fase inicial do acometimento vascular, seu diagnóstico é sempre tardio. O diagnóstico por imagem baseia-se na determinação do grau de espessamento da parede arterial, sendo mais efetivo que os achados laboratoriais que são pouco específicos. Caso 1: Paciente do sexo feminino de 14 anos, chegou ao hospital com febre acompanhada de sudorese e calafrios referindo quadro de fraqueza, inapetência e emagrecimento há cinco meses. No momento da internação foram feitas as hipóteses diagnósticas de doença autoimune, neoplasia e endocardite bacteriana sub-aguda. O resultado do ecocardiograma apresentava derrame pericárdico discreto, sem sinais de tamponamento, ausência de imagens sugestivas de vegetações, ritmo sinusal com taquicardia e anatomia cardíaca normal. Exames laboratoriais normais e hemoculturas negativas. Eco-Doppler de membros inferiores: artéria femoral direita com espessamento parietal e afilamento luminal com fluxo monofásico em artérias distais e afilamento de artéria femoral superficial esquerda, também com fluxo monofásico em artérias distais. Caso 2: Paciente do sexo feminino de 26 anos, encaminhada de outro serviço, com quadro de AVC há 8 anos, com diagnóstico de arterite de Takayasu, apresentando US Doppler com laudo de oclusão de artéria carótida interna direita (ACID) e suboclusão de artéria carótida comum esquerda (ACCE), confirmado na angiografia. Paciente vem sendo acompanhada ambulatorialmente com realização de novos exames. A arterite de Takayasu é uma vasculite de etiologia desconhecida, grave, que deve ser suspeitada sempre que o paciente apresentar pródomos inespecíficos como febre, fadiga, sendo que esses sintomas dificilmente fazem o clínico pensar nesta vasculite, sendo que esse diagnóstico pode ser retardado por meses e até anos. O tratamento cirúrgico da estenose pode ser necessário devendo ser evitado na fase aguda da doença, consistindo o tratamento na corticoterapia isolada ou associada a outros imunossuppressores.

O-429

RENAL ARTERY ANEURYSM - ASPECTS OF TECHNICAL APPROACH

LEMONS JUNIOR A.N.; LEMONS S.D.; ROCHA M.G.

Faculdade de Medicina, Faculdade São Leopoldo Mandic, Serviço de Cirurgia Vascular, Irmandade de Misericórdia de Campinas, Campinas - SP

The renal artery aneurysm represents 22% of the visceral aneurysms and 1% of all other aneurysms. The aneurysm appears when there is a renal artery dilatation, consisting of 50% larger caliber, decreasing the blood flow in the kidneys. Its main causes are: atherosclerosis, fibromuscular dysplasia, and, less frequently, there are: vasculitides, abdominal traumas, neoplasia, mycotic and iatrogenic aneurysms (post biopsy). In general, they are located in the primary or secondary extra-parenchymatous bifurcations. The treatment is surgical, and the most frequent procedures adopted are arterioplasty combined with embolization or orto-renal by-pass. White man, 76 years old, came to us with severe arterial hypertension 8 years ago, with significant worsening an year ago, presenting a BP of 190 x 150 mmHg, in use of Losartan, Enalapril and Nifedipin. He reports he had searched for medical assistance and had made several anti hipertensive treatments, unsuccessfully. The renal scintigraphy showed renovascular hypertension on the right kidney, then, we requested an angiogram, that presented a 7 mm diameter saccular aneurysm of the right arterial bifurcation. The endovascular procedure was performed with local anesthesia, in which was inserted a 5F introducer on the right common femoral artery under systemic heparinization. Through a Cobra Catheter of 5F used to a right renal artery selective catheterization, was inserted, in the aneurysm sac, a micro guide and a micro catheter. Via micro catheter, were released, sequentially, seven detachable springs in the aneurysm. A control arteriography was performed and demonstrated a total obliteration of the aneurysm, preserving the flow by the renal artery. The patient had a satisfying post operative recover. Hospital discharge's medications: use of Acetyl-salicylic acid and Clopidogrel for 6 weeks. A control angiogram, performed on the sixth month following, showed total aneurysm occlusion and renal circulation preservation. The renal artery aneurysm presents as an incidental finding, at image studies in the aim of other pathologies investigation. However it's closely related to hypertension. As we can see, with the micro catheter and micro guides systems, the renal artery aneurysms can be excluded without compromising the blood supply for the several segments of the renal tissue. The micro springs allows a precise release, leading to the best immediate result.

O-430

RESULTADOS PRELIMINARES DE ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA EM 70 PACIENTES

CARVALHO G.B.; BACELAR A.C.C.; RIBEIRO R.V.G.; FIDELIS C.; ARAÚJO FILHO J.S.

Hospital Ana Nery, Salvador - BA

Contexto: A coescleroterapia com espuma é a aplicação de um agente esclerosante em forma de espuma em uma determinada veia insuficiente com o objetivo de ocluir ou reduzir o diâmetro do vaso utilizando-se um aparelho de US. É considerada uma técnica simples, segura e eficaz, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial para o tratamento de varizes e úlceras venosas, permitindo ao paciente uma volta precoce às atividades laborais. **Objetivo:** Avaliar resultados preliminares de escleroterapia com espuma. **Métodos:** Foram selecionados 70 pacientes encaminhados da rede primária entre março e julho de 2017 sendo a maioria composta pelo gênero feminino, 58 mulheres (82%) e 22 homens (18%) com faixa etária variando entre 21 a 79 anos e uma média de idade de 55 anos. A classificação utilizada foi a CEAP com inclusão de pacientes desde o grau C2 com varizes calibrosas até C6 sendo encontrado 34 pacientes C2 (48,5%), 9 pacientes C3 (12,8%), 18 pacientes C4 (25,7%), 2 pacientes C5 (2,8%) e 8 pacientes C6 (11,4%). Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: insuficiência arterial periférica, trombose venosa profunda aguda ou tardia e CEAP 2 com veias reticulares e telangiectasias. Foi utilizado o polidocanol como esclerosante em concentrações de 1% em safenas com diâmetro menores que 8 mm e tributárias e 3% em safenas maiores que 8 mm sendo o volume aplicado até o espasma total da mesma, variando de 5 a 20 mL com uma média de 10,5 mL por sessão. **Resultados:** Foram tratados 70 membros com a realização da punção ecoguiada da veia safena magna em 34 pacientes, veia safena parva em 6 pacientes além da punção de tributárias sendo o diâmetro médio da VSP de 8,3 mm, VSM em coxa de 6,3 mm e da VSM em perna de 3,9 mm. Após o procedimento os pacientes foram submetidos a compressão com meia elástica de 20 a 30 mmHg. Após 1 semana a principal complicação encontrada foi a varicoflebite definida como uma inflamação superficial dolorosa de veias varicosas que necessitou de drenagem em 41% dos casos. Três pacientes (4%) evoluíram com TVP sendo 2 casos assintomáticos de trombose de gastrocnêmias e 1 caso sintomático de trombose da veia poplítea que foi anticoagulado com xarelto. A compressibilidade da veia safena magna e parva foi avaliada com 7 dias sendo que em 58% dos casos tivemos oclusão total da mesma e em 42% oclusão parcial. **Conclusão:** A escleroterapia com espuma é um procedimento eficaz para o tratamento de varizes tronculares e úlceras além de ter um baixo índice de complicações cuja maioria pode ser tratada em nível ambulatorial.

O-431

REVASCULARIZAÇÃO ENDOVASCULAR DE DOENÇA OCLUSIVA FÊMORO-POPLÍTEA TASC C E D COM O USO DE DIÓXIDO DE CARBONO COMO MEIO DE CONTRASTE

ANTUNES B.F.F.; SANTINI P.H.B.; BAPTISTELLA C.D.P.A.; LEMBRANÇA L.; MENDES C.A.; TEIVELIS M.P.; KUZNIEC S.; WOLOSKEK N.

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo - SP

Contexto: Contraste iodado pode causar alterações importantes na função renal. **Objetivo:** Analisar os resultados de dez angioplastias de lesões fêmoro-poplíteas TASC C e D utilizando CO2 como meio de contraste primário em pacientes sem restrição ao meio de contraste iodado com o objetivo de diminuir reações alérgicas e potencial de nefrotoxicidade em pacientes de alto risco. **Métodos:** Descrevemos os resultados de dez angioplastias de lesões fêmoro-poplíteas TASC C e D utilizando CO2 como meio de contraste primário em pacientes de alto risco para revascularização aberta e sem contra-indicação formal a iodo. Analisamos possibilidade de execução dos procedimentos, complicações, qualidade das imagens obtidas, desfechos clínicos e custos das lesões C e D tratadas com CO2 como meio de contraste. **Resultados:** O uso de CO2 nas lesões C e D necessitou de complementação de iodo na maioria dos casos (nove casos), porém reduziu o potencial de nefrotoxicidade do meio de contraste iodado, diminuindo seu volume nesse grupo de pacientes de alto risco. A extensão das lesões arteriais foi o fator que mais contribuiu para necessidade de suplementação de iodo, devido à dificuldade de visualizar o preenchimento após oclusão arterial longa. **Conclusão:** O uso de CO2 como contraste em pacientes com lesões C e D sem restrição ao meio de contraste iodado foi uma alternativa que não excluiu a necessidade de suplementação com iodo na maioria dos casos, porém pôde diminuir o potencial de nefrotoxicidade do meio de contraste iodado.

O-432

SÍNDROME DE LERICHE: ESTUDO EM CADÁVER

SILVA A.A.M.; LEITE P.H.C.M.; VIDERES FILHO A.S.; PASSOS T.U.; CAVALCANTE F.T.; LUNA M.A.; LIMA T.N.; ALVES L.M.S.; ARRUDA A.C.B.

Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - PB

Contexto: A Síndrome de Leriche é uma doença arterial periférica obstrutiva, a qual apresenta três padrões diferentes de lesões mais recorrentes: acomete somente a artéria aorta distal, sendo mais comum em mulheres de meia idade e fumantes; acometendo artéria aorta e as artérias ilíacas comuns e externas, sendo mais raro; e acometendo artéria aorta, artérias ilíacas e femorais, ocorrendo em 65% dos pacientes. Portanto esta doença apresenta sintomatologia compatível com quadros de isquemia dos membros inferiores e da pelve, como: claudicação intermitente, fadiga e atrofia de membros inferiores, palidez, frialdade e impotência sexual. **Objetivo:** O estudo foi realizado para descrever achados anatomopatológicos da Síndrome de Leriche em cadáver. **Métodos:** O estudo foi uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, em que foi realizada a dissecação de cadáver do sexo masculino, no laboratório de anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em busca de lesões arteriais características da patologia. **Resultados:** Durante a dissecação de cadáver do sexo masculino, que apresentava o pé direito amputado, foi encontrada uma prótese de Dacron unindo ambas as artérias femorais, as quais logo então foram dissecadas. Foram encontradas outras artérias mais comumente acometidas pela doença, assim foram observadas placas de ateroma nas artérias carótidas comuns, renais, coronárias e ilíacas comuns bilateralmente, além da artéria aorta abdominal. Também foi encontrada estenose importante na bifurcação das artérias ilíacas comuns, fato que mostra uma possível má circulação dos membros inferiores e da pelve, apoiado pela amputação do pé direito do cadáver. **Conclusão:** O reconhecimento da localização anômica específica dos ateromas é crucial para o entendimento da sintomatologia, realizar o diagnóstico mais preciso e instituir o melhor tratamento em pacientes com Síndrome de Leriche, assim estudo anômicos se configuram métodos relevantes para o maior conhecimento acerca desta doença.

O-433

SÍNDROME DE MAY-THURNER: RESULTADOS DE TRATAMENTO EM 115 PACIENTES

VIVAS P.M.; DEMIER B.; BILMAN V.; LEAL D.; MASSIÈRE B.; VESCOVI A.; RISTOW A.
CENTERVASC, Rio de Janeiro - RJ

Contexto: A Síndrome de May-Thurner (SMT) caracteriza-se pela compressão da veia ilíaca esquerda no cruzamento com artéria ilíaca direita. Está relacionada diretamente com hipertensão venosa crônica, trombose venosa profunda (TVP) e síndrome pós-trombótica, afetando o membro inferior esquerdo. **Objetivo:** Avaliar os resultados do tratamento da síndrome de May-Thurner. **Métodos:** Realizamos estudo retrospectivo de 115 pacientes (26 homens e 89 mulheres), entre 12 e 83 anos, tratados nos últimos 20 anos, divididos em três grupos e submetidos às respectivas formas de tratamento cirúrgico: I - tratamento eletivo de estenose de veia ilíaca esquerda, com restauração de fluxo venoso; II - trombose cavoilíacofemoral esquerda aguda, com trombectomia cirúrgica cavoilíaca esquerda com cateter balão, implante ou não de filtro de veia cava e confecção de fístula arteriovenosa com prótese de PTFE. III - síndrome pós-trombótica, com trombolise, utilizando cateter multiperfurado ou trombectomia com sistemas de trombectomia percutânea. **Resultados:** Os 115 pacientes foram divididos em três grupos: Grupo I - tratamento eletivo (41 pac/35,7%); Grupo II - trombose cavoilíacofemoral aguda (31 pac/26,9%); destes, doze apresentavam flebotomia coerulea dolens e Grupo III - síndrome pós-trombótica (43 pac/37,4%). A perviedade primária contemplou 100% dos casos eletivos. Dos casos de trombose aguda, 83% tiveram perviedade primária. O grupo com síndrome pós-trombótica apresentou sucesso primário em 88,3% dos casos. Houve um caso de trombose contra-lateral nesse grupo, após quatro anos de tratamento. Na maioria dos pacientes foi implantado Wallstent® (60%), seguido pelo Zilver Vena® (33%) e outros. **Conclusão:** O tratamento endovascular da SMT é uma alternativa segura e eficaz com taxas de perviedade secundária maiores de 91%. O tratamento com trombolise e implante de stent deve ser considerado como a primeira opção nos casos de tromboembolias extensas, modificando a história natural da síndrome pós-trombótica. Os pacientes eletivos apresentaram maior perviedade em comparação aos pacientes com trombose prévia. Se pretendemos diagnosticar a síndrome, devemos suspeitar dela.

O-434

TRATAMENTO ABERTO VS. TRATAMENTO ENDOVASCULAR DOS ANEURISMAS VISCERAIS

SALIBA L.F.; MIYAMOTTO M.; ANGELO B.Z.; ROLDI M.S.; SCHMELZER B.; CASONATO M.; CASTRO L.; MOREIRA R.C.R.
Instituto VESSEL de Aperfeiçoamento Endovascular; Curitiba - PR

Contexto: Aneurismas viscerais são relativamente incomuns. Sua ocorrência vem aumentando a medida que a utilização de exames de imagem torna-se mais frequente. **Objetivo:** Comparar aos tratamentos cirúrgico aberto e endovascular de pacientes portadores de aneurismas em artérias viscerais. **Método:** Entre o período de 2001 a 2017 foram avaliados 24 pacientes (16 mulheres) com 25 aneurismas esplâncnicos: sete aneurismas da artéria renal, sete aneurismas da artéria esplênica, três aneurismas da artéria mesentérica superior e quatro em outros vasos (um aneurisma de artéria gastroduodenal, dois em artéria hepática e cinco pancreato-duodenal). Dos 25 aneurismas submetidos ao tratamento, 13 (grupo I) foram manejados por diferentes técnicas endovasculares com embolização através de micromolas com ou sem remodelação do colo aneurismático. Os 12 casos restantes (grupo II) foram submetidos à correção cirúrgica aberta através de endoaneurismorrafia ou aneurismectomia com posterior revascularização. **Resultados:** Sucesso técnico foi obtido em 100% no grupo cirúrgico e em 92,3% no grupo endovascular. Os pacientes submetidos à correção endovascular dos aneurismas apresentaram menor morbidade pós-operatória e menor tempo de internamento hospitalar, porém não houve diferença significativa nos índices de mortalidade entre as duas abordagens. A perviedade primária (ausência de oclusão) no grupo I foi de 91,7% e no grupo II também foi a mesma, 91,7%. **Conclusão:** Aneurismas envolvendo as artérias viscerais e renais são incomuns. Apresentam complicações relacionadas ao território irrigado, principalmente em consequência de ruptura. O tratamento, tanto cirúrgico como endovascular, apresenta bons resultados e baixos índices de complicação.

O-435

TRATAMENTO DA ISQUEMIA CRÍTICA DE MEMBROS INFERIORES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA - AVALIAÇÃO DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

MICHAELIS W.; SANTOS FILHO A.L.; YOKOYAMA R.A.; SOARES A.M.R.; BERNARDI F.F.; SEGURO E.F.; PIMENTEL L.L.; BRAVO F.H.

Hospital Evangélico de Curitiba, Curitiba - PR

Contexto: A doença arterial obstrutiva periférica em seu estágio mais avançado se apresenta como isquemia crítica, com risco iminente de perda do membro. A fim de evitar a amputação, a revascularização (por via aberta ou endovascular) é necessária nessa fase. **Objetivo:** Avaliar o tratamento da isquemia crítica de membros inferiores em Serviço Universitário. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, por meio de revisão de prontuários de 124 pacientes com isquemia crítica (com 127 revascularizações realizadas), atendidos no período de 5 anos. Foram avaliados quanto ao tipo de abordagem, características do procedimento, complicações e taxa de salvamento de membro em 30 dias. **Resultados:** Das 127 revascularizações, foram 55% de membro inferior direito e 45% de membro inferior esquerdo. A maioria das revascularizações foi por via endovascular, 76%, enquanto as revascularizações por ponte corresponderam a 24% do total. Das angioplastias, 72% abordaram território femoro-poplíteo, 21%, território aorto-ilíaco e 17,5%, território infra-genicular, sendo que em 42% das angioplastias utilizou-se stent. Dos procedimentos cirúrgicos, 63% foram pontes femoro-poplíteas, 17%, pontes femoro-femorais cruzadas, 10%, pontes aorto-bifemorais, 7% pontes femoro-distais e 3% pontes axilo-bifemorais. Houve complicação em 14% dos casos, sendo 10% infecções de ferida operatória; 3%, complicações clínicas (cardiológicas e pulmonares) e 2%, pseudo-aneurismas. A taxa de mortalidade durante o internamento foi de 3,15%. Em 19% dos casos (5% de cirurgias abertas e 14% de angioplastias) ocorreu falha precoce de revascularização, sendo necessário segundo procedimento em 16%. Foi optado por cirurgia aberta na segunda abordagem em 60% dos casos e, por via endovascular, em 40%. A taxa global de salvamento de membro em 30 dias foi de 93%. Na primeira revascularização, para procedimento aberto a taxa de salvamento foi de 80%, e endovascular, 82%. Já após o segundo procedimento, a taxa de salvamento secundária foi de 89% para cirurgia aberta e 100% para via endovascular. **Conclusão:** Na isquemia crítica, a revascularização por via aberta ou endovascular mostram-se como opção terapêutica eficaz, com alta taxa de salvamento de membro no serviço do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

O-436

TRATAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PÓS-TRAUMÁTICA DE LONGA EVOLUÇÃO PELA TÉCNICA CONVENCIONAL

MARTINS Y.L.D.; ARAÚJO G.A.B.; LUZ L.L.; DORNELAS I.M.C.F.; BARROS L.G.O.; BARROS M.G.F.; BANDEIRA F.C.V.; DINIZ L.T.
Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), João Pessoa - PB

Contexto: A fístula arteriovenosa (FAV) pode ser congênita ou adquirida, sendo esta última mais frequente e, quase sempre, relacionada ao trauma. Provoca repercussões hemodinâmicas desde hipertensão venosa a insuficiência cardíaca. A USG duplex é atualmente o método mais utilizado para avaliação, e a arteriografia é o padrão ouro. O tratamento se baseia em cirurgia convencional ou endovascular, com embolização ou stents revestidos. **Objetivo:** Avaliar o tratamento de fístula arteriovenosa pós-traumática de longa evolução pela técnica convencional. **Métodos:** Estudo observacional, descritivo, baseado em análise de prontuário. **Resultados:** ALS, 56 anos, com história de úlcera supramaleolar dolorosa em face lateral de membro inferior direito (MID) há dez anos. Além de frêmito intenso em MID e assimetria de membros, às custas de edema e hiperpigmentação. Histórico: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca (NYHA III), doença aterosclerótica oclitante periférica e ferimento por projétil de arma de fogo em MID há 27 anos. Durante investigação diagnóstica, realizou Doppler venoso de MID que evidenciou fluxo turbulento e de alta amplitude em segmento femoropoplíteo. Indicada internação hospitalar, na qual realizou arteriografia: múltiplos artefatos metálicos em terço proximal de MID; artérias femoral comum, profunda e superficial ectasiadas, com enchimento venoso precoce; presença de FAV em artéria femoral superficial (AFS) e veia femoral superficial em terço proximal a cerca de 8 cm de sua origem. Ecocardiograma: miocardiopatia dilatada com função sistólica biventricular preservada, FE 57% e hipertensão arterial pulmonar (PSAP: 42 mmHg). Realizado nova USG para aferir diâmetro de AFS: pré-FAV 1,29 cm; pós-FAV: 0,75 cm. Diante da desproporção de diâmetros da artéria, foi optado por correção cirúrgica convencional, devido à indisponibilidade de prótese de dimensões correspondentes e de material embolizante. Realizada incisão oblíqua na região inguinal direita com dissecação das artérias femorais: comum, profunda proximal à FAV e femoral superficial, distal à FAV. Devido a intensa aderência e fibrose local, foi ressecado um segmento de cerca de 5 cm da artéria femoral superficial e, pela luz da artéria, foi feita rafia da comunicação venosa e anastomose de veia safena magna direita invertida. Evoluiu com regressão da úlcera, melhora da dor e dos sintomas cardiovasculares. **Conclusão:** Apesar dos avanços no tratamento minimamente invasivo, a cirurgia convencional, quando bem indicada, apresenta boa resolutividade e bons resultados pós-operatórios.

O-437

TRATAMENTO DE VARIZES COM ESCLEROTERAPIA DE ESPUMA Densa NO OESTE DE SANTA CATARINA: UMA ALTERNATIVA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO

KOHL R.; RHODEN T.B.; RADAELI G.R.; DORNELLES A.L.; SCHINKO F.B.

Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), Chapecó - SC

Contexto: As varizes são caracterizadas por sinais e sintomas produzidos por hipertensão venosa decorrentes de alterações funcionais ou estruturais das veias dos membros inferiores. A prevalência de varizes de membros inferiores é alta, podendo alcançar 70% da população se contabilizarmos as telangiectasias (vasos que não ultrapassam 1 mm). Se considerarmos somente as veias varicosas (maiores que 3 mm de diâmetro) a doença varicosa atinge 20 a 40% da população. Em janeiro deste ano, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) do Ministério da Saúde, incorporou no SUS a técnica de escleroterapia com espuma, visando proporcionar um tratamento de qualidade para um número maior de pacientes. **Objetivo:** Avaliar o tratamento de varizes com escleroterapia de espuma densa no oeste de Santa Catarina. **Métodos:** é um estudo quantitativo observacional transversal, no qual foram utilizados 256 prontuários de pacientes, da região AMERIOS. Estes, foram tratados em uma Unidade Básica de Saúde de Maravilha - SC pelo método de escleroterapia com espuma entre o período de maio 2015 a junho de 2017. **Resultados:** Dentre os 256 pacientes, a idade média foi de 52,85, sendo que 81,25% eram femininos. 75 pacientes receberam o tratamento bilateral e 181 unilateral. Realizou-se, em média, 2,66 aplicações por paciente e foram utilizados 19,57 mL de polidocanol. Destaca-se a presença de 38 casos de úlcera por insuficiência venosa. Houve 2 complicações: uma trombose venosa profunda distal e uma infecção decorrente do procedimento, ambas foram resolvidas. **Conclusões:** Percebe-se que existe uma prevalência de sexo feminino, e uma média de idade acima dos 40 anos, essa classificação é normal em pacientes portadores de varizes. O aparecimento de úlcera em 14,8% dos pacientes, não deixa de ser uma consequência fisiopatológica corriqueira diante de varizes não tratadas. Além de frequentes na população, as varizes interferem negativamente na qualidade de vida da população acometida e impõe gastos elevados no sistema de saúde. Assim, a escleroterapia guiada por US é uma alternativa para o tratamento, pois pode ser realizada em ambiente ambulatorial, favorecendo um retorno domiciliar imediato e um precoce reingresso às atividades laborais.

O-438

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DOENÇA CAROTÍDEA EXTRACEREBRAL

BROCHADO NETO F.C.; ROMITI M.; NASCIMENTO G.T.; GONÇALVES J.; TOMAZ A.M.; AHMAD T.G.

AngioCorpore; Hospital Beneficência Portuguesa de Santos, Santos - SP

Contexto: Angioplastias carotídeas vem se impondo como tratamento alternativo à endarterectomia carotídea, como bons resultados revistos na literatura. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar os resultados das angioplastias de carótidas realizadas em nosso serviço no período de 2010 a 2017, tendo como desfecho imediato AIT/AVC, IAM ou morte, e demais complicações em geral como hematoma sangramento e desfecho a médio e longo prazo sobrevida, AIT/AVC ou IAM. **Métodos:** Para alcançar o objetivo deste trabalho foram levantados dados dos anos de 2010 a 2017, das angioplastias de carótidas realizadas pelo serviço de Hemodinâmica da AngioCorpore. Onde foram realizados 43 procedimentos, em pacientes com faixa etária entre 50 e 70 anos; dos quais 16 pacientes eram do sexo feminino e 27 sexo masculino; com 25 pacientes possuindo acometimento de carótida direita e 18 pacientes com acometimento de carótida esquerda; do total, 11 pacientes já tinham antecedente cardiovasculares (63% hipertensão arterial sistêmica [HAS]; 40% tabagistas, 20% DM; 20% AVC prévio, 10% IAM prévio), dos quais 65% assintomático e 35% sintomáticos. Neste estudo os pacientes submetidos ao procedimento de angioplastia de carótida faziam uso de AAS e clopidogrel prévio, e aqueles que não faziam foi realizado dose de ataque de 300 mg de clopidogrel no procedimento; todos os procedimentos dentro da técnica de assepsia e antisepsia, foram indicados ao procedimento após estudo de carótida e arco aórtico com agiotomografia ou arteriografia para todos os pacientes. Foi aplicado um questionário padrão a todos pacientes, neste questionário, levamos em conta: indicação ao procedimento para todos os sintomáticos (vide a cima) e para os assintomáticos com estenoses mais graves, antecedentes cardiovasculares; sintomas prévios, caracterizando-os como leve, moderado ou grave. **Resultados:** Evidenciou-se todos os pacientes com estenoses > 70%, desses 15 eram suboclusões. Em todos foram utilizados filtro de proteção cerebral; sendo que em 3 pacientes foi realizada a técnica de punção por dissecação direta; e 40 pacientes por punção femoral; não sendo realizado pré-dilatação em nenhum paciente; 1 AVC maior com hemiplegia esquerda, com recuperação completa em 6 meses; 1 AIT com hemiparesia esquerda com recuperação completa; 1 óbito por HDA maciça no 2 pós operatório. **Conclusão:** Concluímos que das ATP de carótidas realizadas em nosso serviço, 4,65% dos pacientes apresentaram AVC/AIT no pós operatório, mostrando assim que nossos resultados imediatos e a longo prazo são semelhantes aos da literatura, sendo um método eficaz e seguro na prevenção do AIT/AVC.

O-439

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO TRAUMA PENETRANTE COM USO DE STENTS RECOBERTOS

BIAGIONI R.B.; BIAGIONI L.C.; NASSER F.; BARROS O.C.; BURIHAN M.C.; INOGUTI R.; INGRUND J.C.

Hospital Santa Marcelina, São Paulo - SP

Contexto: A lesão vascular no trauma penetrante é uma complicação frequente e grave. **Objetivo:** Analisar aspectos técnicos e evolução dos pacientes submetidos ao tratamento endovascular com uso de stents recobertos. **Métodos:** Os dados foram obtidos retrospectivamente de prontuário eletrônico (MV Sistemas). Foram revisados os dados de todos os pacientes com trauma arterial tratados em nossa instituição de janeiro de 2010 a dezembro de 2015. Um total de 223 traumas arteriais foram selecionados. Desses 88 (18%) foram traumas penetrantes e desses 18 (8,8%) foram tratados com o uso de implante de stents revestidos. Dados de apresentação clínica, características dos pacientes, aspectos técnicos do tratamento e seguimento foram analisados. Os dados estatísticos foram avaliados usando programa SPSS. Considerado significativo se p menor que 0,05. **Resultados:** A média de idade foi de 35,4±17,8 anos e 94% eram homens. A média do ISS (injury severity score) na chegada foi de 10,4±2,5. O mecanismo de trauma mais comumente observado foi o ferimento de arma de fogo em 10 casos (55%), seguido pela lesão por implante inadvertido de cateter (27%) e lesões por arma branca em 5 casos (27%). O principal sítio de lesão foi a artéria subclávia com 8 casos (44%), seguido da artéria femoral superficial e tronco tibiofemoral com dois casos cada (18%). A artéria tibial anterior, axilar, carótida comum, mesentérica superior e femoral profunda foram acometidas somente uma vez cada. Fistula arterio-venosa foi detectada em 9 casos (50%), pseudoaneurisma em 9 casos (50%) e oclusão completa em segmento pequeno em 2 casos (11%). A média de acompanhamento foi de 753 dias. A perviedade primária foi de 92,3% e 61,5% em 1 e 2 anos, respectivamente. A sobrevida em 1 e 2 anos foi de 94,4%. Infecção do stent e amputações não foram observadas no seguimento. **Conclusão:** O tratamento endovascular de trauma penetrante com stents recobertos é factível tecnicamente e com taxa de perviedade primária alta no primeiro ano. Devido as variações técnicas de cada área tratada, a escolha do método deve ser individualizada.

O-440

TRATAMENTO POR RADIOFREQUÊNCIA ENDOVENOSA VERSUS STRIPPING DE VEIA SAFENA INSUFICIENTE EM PACIENTES COM DOENÇA VENOSA CRÔNICA LEVE A MODERADA: UM ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

TEIXEIRA B.S.R.S.; SINCOS A.P.W.B.; COELHO NETO F.; BELCZAK S.Q.; MARINS E.; ALEDI L.B.; PUGINA J.; SINCOS I.R.

Hospital Geral de Carapicuíba, Carapicuíba - SP

Contexto: A insuficiência venosa crônica é uma condição frequente em nosso meio. A técnica padronizada para o tratamento de insuficiência de safenas, no Brasil, é a fleboextração ou stripping. No entanto, as técnicas endovenosas como a termoablação por Laser (EVLT) e a termoablação por Radiofrequência têm se mostrado como opções alternativas com bons resultados. Essa modalidade de tratamento apresenta a vantagem de ser menos invasiva e pode ser realizada em caráter ambulatorial. **Objetivos:** Comparar, pela primeira vez no Brasil, a técnica operatória utilizando o cateter de radiofrequência (RF) para termoablação de veias tronculares (safenas) superficiais com refluxo versus a técnica operatória clássica de ligadura alta e fleboextração da veia safena, em pacientes com IVC moderada, avaliando a taxa de sucesso a médio prazo, questionário de qualidade de vida, tempo de afastamento, complicações e tempo de internação. **Métodos:** 49 pacientes foram randomizados em 2 grupos e comparados quanto à técnica cirúrgica utilizada. **Resultados:** A taxa de sucesso técnico, complicações e melhora na qualidade de vida foi semelhante nos 2 grupos. O grupo tratado com radiofrequência apresentou retorno mais precoce ao trabalho e menor tempo de internação. **Conclusão:** Pacientes submetidos à técnica ablativa possuem impacto positivo na qualidade de vida, menor tempo de afastamento de suas atividades e menor tempo de internação. Entretanto, como a técnica de termoablação por radiofrequência utiliza dispositivo importado, ainda é necessário estudar o real custo-benefício da implantação dessa tecnologia no sistema de saúde do Brasil.

O-441

TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE PACIENTE COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO MEDIANO DO DIAFRAGMA COM ACOMETIMENTO DE ARTERIA RENAL DIREITA: RELATO DE CASO

TINOCO E.C.A.; PERRONE R.T.; PICCININI L.B.; CARDERELLI J.T.; BASTOS A.F.; NETTO M.S.; TINOCO A.C.A.

Hospital São José do Avaí, Itaperuna - RJ

A Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano (LAM), também denominada Síndrome da Compressão do Tronco Celiaco decorre normalmente da compressão do tronco celiaco pelo ligamento arqueado mediano, comprometendo o fluxo sanguíneo e causando sintomas. O grau de compressão varia com as fases do ciclo respiratório, devido a mobilidade das estruturas, sendo maior na expiração. O ligamento arqueado mediano é uma estrutura fibrosa em forma de arco que une as cruras diafragmáticas próximo ao hiato aórtico, localizando-se, na maioria das vezes, superiormente ao tronco celiaco, podendo apresentar variações anatômicas, onde se situa mais cefálico ou mais caudal. Apresentamos o caso de uma paciente de 20 anos com apresentação atípica dessa síndrome, onde as fibras do LAM se estendiam até a artéria renal direita, causando hipertensão secundária na paciente. O diagnóstico foi feito por exclusão de outras doenças e corroborado por angiogramas abdominais. A angiografia e a angiogramografia computadorizada do abdome demonstram uma identificação na porção proximal do vaso, com leve dilatação pósestenótica, caracterizando o típico aspecto "em gancho". O tratamento consistiu em ressecção deste ligamento por videolaparoscopia, retirando o tecido fibrótico que envolvia e estenosava a artéria renal direita. Apesar de controverso em muitos casos de compressão do tronco celiaco, nossa paciente apresentava hipertensão secundária pesquisada e documentada com possibilidade de cura se o tratamento fosse efetivo. A Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano do diafragma é uma condição rara que deve ser pesquisada em doentes com dor abdominal crônica pós prandial após exclusão de outros diagnósticos. A compressão da artéria renal por essa síndrome é uma condição raríssima e factível de tratamento com possibilidade de cura. Após a cirurgia, nossa paciente evoluiu com melhora espontânea da hipertensão arterial, não necessitando mais do uso de anti-hipertensivos.

O-442

TRAUMATISMO DE CARÓTIDA POR PROJÉTEL DE ARMA DE FOGO TRATADO COM TROMBOLÍTICO INTRA-ARTERIAL E STENT CORONARIANO: RELATO DE CASO

JR A.M.O.G.; GONÇALVES B.D.; OLIVEIRA M.H.B.

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém - PA

Apresenta-se o caso de um paciente de 53 anos de idade vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em zona cervical III esquerda. Chegou ao hospital sem défices neurológicos, realizou raio-X que confirmou a presença de fragmento de projétil próximo ao ramo da mandíbula esquerda. Logo após o raio-X o paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, afasia e hemiplegia direita. Foi feita a hipótese diagnóstica de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) secundário a trombose de carótida. Angiografias seletivas demonstraram oclusão total da carótida interna esquerda e seu terço proximal; não se observava reopacificação do território vascular intracraniano. Realizada injeção intra-arterial de trombolítico (tPA). Os controles angiográficos demonstraram desobstrução da carótida interna até acima do segmento cavernoso (C4) porém evidenciou também extravasamento de meio de contraste no terço distal do segmento ascendente, próximo à base do crânio e imediatamente sangramento em jato começou a se exteriorizar pelo ferimento cervical. Após 15 minutos novo controle angiográfico evidenciou ausência de extravasamento do meio de contraste, perviedade da carótida interna em toda a sua extensão bem como da artéria cerebral anterior esquerda também em toda a sua extensão. Percebia-se imagem de dissecação arterial no segmento carotídeo traumatizado. Um stent coronariano de 4mm de diâmetro e 1.5 mm de comprimento foi implantado. Os controles angiográficos demonstraram perviedade da carótida interna e cerebral anterior em toda extensão, opacificação do segmento M1 da cerebral média, resolução da dissecação e ausência de extravasamento de contraste na área lesionada.

O-443

TRIAGEM ARTERIAL PERIFÉRICA DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS COM ÍNDICE PRESSÓRICO TORNOZELO-BRAQUIAL SISTÓLICO E DIASTÓLICO

CARDOSO K.P.O.; ARÁUJO M.G.F.; OLIVEIRA M.J.C.; SALLES-CUNHA S.X.; PITTA G.B.B.

Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Maceió - AL

Contexto: Índice tornozelo-braquial sistólico (ITBs) ou diastólico (ITBd) é um método de útil aplicação na atenção primária para identificar pacientes com risco cardiovascular ou com doença vascular obstrutiva periférica (DAOP). ITB é simples, de baixo custo e facilmente reprodutível. **Objetivo:** Identificar risco vascular de pacientes renais crônicos em função dos ITBs e ITBd. **Métodos:** Estudo transversal com 35 pacientes atendidos no ambulatório de DRC de Nefrologia do Hospital Universitário de Maceió - AL. Pressurometria de braços e tornozelos foi feita com esfigmomanômetro automático. Interpretação de ITB anormal baseia-se em ITB < 0.9 ou 1.0 (DAOP), e ITB > 1.3 ou ITBd < ITBs indicando incompressibilidade parcial-rigidez arterial. Exclui-se da análise: casos de amputação, ou "erro de máquina" compatível com falta de pulso arterial causada por DAOP severa ou incompressibilidade arterial completa. **Resultados:** A) 16 pacientes com ITB anormal < 0.9; a1) 2 com ITBs < 0.9 em ambas as pernas; suspeita de obstrução não só bilateral mas de aorta também; clássico; a2) 7 com uma extremidade tendo ITBs < 0.9, 4 também com ITBd < 0.9 sugerindo obstrução arterial unilateral; a3) 6 com uma extremidade tendo ITBd < 0.9 < ITBs com suspeita de obstrução arterial unilateral e incompressibilidade-rigidez arterial (ITBd < ITBs), 2 tendo ITBs > 1.3; a4) 1 com ITBd < 0.9 < ITBs < 1.0 em ambas as pernas; suspeita de alguma incompressibilidade -rigidez arterial além de suspeita de obstrução bilateral e de aorta; B) 14 casos de ITBs e/ou ITBd > 1.3, 10 bilaterais, 4 unilaterais, com suspeita de incompressibilidade parcial de artérias dos MI; C) 3 indivíduos com ITB entre 0.9-1.0; não necessariamente normais pois a escolha do critério 0.9 vs. 1.0 para triagem é questionável; e D) 2 casos com ITBs and ITBd aparentemente normais entre 1.0 e 1.3. **Discussão:** A tradição de laboratórios vasculares originais nos casos C e D acima seria pressurometria pós exercício. Tal teste, atualmente, requer atenção cardíaca durante e após o exercício. A tendência moderna incluiria o exame duplex Doppler ultrassonográfico feito por especialista. **Conclusão:** Pacientes renais crônicos apresentaram alta prevalência de DAOP e/ou incompressibilidade-rigidez arterial. Triagem utilizando esfigmomanometria automática é recomendável em atendimento primário para referência do paciente ao especialista.

O-444

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PORTADOR DE DOENÇA DE BEHÇET

MACEDO V.S.O.; GOMES NETO D.S.; MATHIAS U.U.M.; COSTA R.F.B.; SILVA B.M.L.; PINHEIRO S.P.

Hospital Heliópolis, São Paulo - SP

A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistêmica que acomete artérias e veias de qualquer calibre e em qualquer órgão. De etiologia desconhecida, não apresenta alterações laboratoriais ou histopatológicas específicas. O diagnóstico clínico é realizado com base em um conjunto de achados, principalmente, na presença de úlceras orais recorrentes, úlceras genitais, manifestações oculares e cutâneas, intestinais, cardíacas, neurológicas e pulmonares. A presença de manifestações vasculares, onde tanto as artérias como as veias podem ser acometidas, é muito comum e pode atrasar o diagnóstico da DB. Em estudo descritivo apresentamos uma paciente de 61 anos diagnosticada com DB em 2000 pelo surgimento de úlceras aftoides, genitais, lesões cutâneas nodulares eritematosas e pustulosas em membros inferiores (MMII) e tromboflebite superficial. Apresentou um episódio de acidente vascular encefálico isquêmico em 2002 levando a hemiparesia direita. Em 2001, desenvolveu episódio de TVP em membro inferior esquerdo, devidamente tratada com anticoagulantes. Em abril de 2017 apresentou recidiva da TVP em ambas as pernas. A paciente foi internada para anticoagulação com heparina e em seguida warfarina com objetivo de manter o RNI em torno de 3.0. Paciente com DB apresentou quadro florido. Devido o vasto leque de manifestações e pelo fato da frequência de comprometimento vascular na DB (tromboses venosas superficiais e profundas, aneurismas arteriais) deve-se sempre manter vigilância sobre os novos sintomas. A anticoagulação é o tratamento proposto para os eventos tromboembólicos em pacientes com DB em diversos trabalhos, apesar de constar na literatura a possibilidade de recorrências de trombose, mesmo na vigência deste tratamento. A duração da terapia ainda é discutida. Deve ser ressaltada a importância da pesquisa de trombofilias adquiridas ou genéticas nos pacientes com TVP, bem como a importância da adesão ao tratamento anticoagulante.

O-445

TROMBOSE DE VEIA PORTA EM LACTENTE: RELATO DE CASO

GURGEL C.S.; GURGEL G.A.; TEIXEIRA E.G.R.M.; RÊGO L.R.; TINÔCO R.K.O.; DIAS M.G.

Universidade Potiguar, Natal - RN

A trombose de veia porta é qualificada quando ocorre a obstrução total ou parcial, por trombo, do fluxo sanguíneo nessa localidade ou em seus ramos intra-hepáticos. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso de trombose de veia porta decorrente a um quadro infeccioso de uma criança de 9 meses, masculino, que apresentou por 15 dias episódios de diarreia, com cerca de 6 eventos diários, sem febre. Fez uso de sulfametoxazol + trimetoprima, sem efeito. Foi encaminhado ao Hospital Varela Santiago, referência em pediatria, apresentando diarreia aquosa associada a vômitos e desidratação. Durante a internação apresentou diarreia com coloração esverdeada e outros episódios com muco, febre, edema de membros inferiores e evoluiu com dispneia sob máscara de Venturi a 50%. A hemocultura confirmou klebsiella pneumoniae. No 7º dia de internação foi realizada uma ultrassonografia de abdome total devido a uma ascite moderada persistente, evidenciando uma redução significativa do calibre da veia porta com sinais de vasos serpiginosos no hilo hepático sugerindo trombose portal com transformação cavernomatosa da veia porta. Após tratamento dos sintomas e da infecção foi conduzido ao atendimento ambulatorial para acompanhamento. De acordo com a teoria de Virchow, as trombozes venosas, em geral, ocorrem apenas quando vários fatores são conjugados. Que podem incluir distúrbios pró-trombóticos. Assim, concluímos que, uma adequada abordagem diagnóstica e terapêutica é importante para se reduzir a morbimortalidade.

O-446

BIT-SAUDE - UMA FERRAMENTA PARA RELACIONAMENTO ONLINE ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS PACIENTES

TORRES E.B.; BARROS F.L.; BARROS M.V.L.; BARROS J.L.; BARROS L.G.L.

Provedores de Serviços Internet Ltda.

O objetivo deste artigo é apresentar uma nova ferramenta para relacionamento online entre profissionais de saúde e seus pacientes de forma que as informações tenham conteúdos confiáveis e dentro das normas éticas de publicações de saúde na internet. O portal BitSaúde (www.bitsaude.com.br) se propõe a facilitar o relacionamento dos profissionais de saúde e seus pacientes contemplando as individualidades do trabalho de cada um, preservando a autonomia mercadológica dos profissionais. O método que escolhemos para o entendimento das funções mais importantes deste portal de saúde foi apresentando o cadastro dos principais itens que o compõe comentando os objetivos e funções de cada item. Concluímos com a convicção de que este software melhora significativamente o relacionamento online entre os profissionais de saúde e os seus pacientes e incrementa a efetividade da administração dos serviços de saúde.

O-447

UMA ANÁLISE DOS PACIENTES SUBMETIDOS A REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DE MEMBROS INFERIORES NO PERÍODO DE UM ANO, NO HOSPITAL INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS (IPSEMG)

ANDRADE C.G.S.; BOTELHO F.E.; BEZ L.G.; CANÇADO G.H.G.M.; OLIVEIRA M.B.; ZILLE G.P.; COSTA J.S.P.; FORTES R.

Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), Belo Horizonte - MG

Contexto: Estima-se que a prevalência da doença arterial oclusiva periférica (DAOP) seja de 3 a 10%, atingindo índices de 15 a 20% em indivíduos acima de 70 anos. Além da grande morbidade da doença, a presença de DAOP representa, isoladamente, um fator de risco independente para mortalidade, com grande impacto econômico em termos de saúde pública. **Objetivo:** Fazer uma análise dos pacientes submetidos a revascularização cirúrgica de membros inferiores no período de um ano. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários dos pacientes do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital IPSEMG, no período de 01/05/2016 a 31/04/2017. Inclusão de todos os pacientes com DAOP (seja na forma de isquemia crítica ou oclusão arterial aguda) submetidos a alguma forma de revascularização cirúrgica de membros inferiores. Seguimento por período de 30 dias pós procedimento cirúrgico e análise de índices de reabordagem, complicações e reinternações precoces. **Resultados:** O total de 107 pacientes foram tratados em virtude de DAOP no período analisado. Destes, 86 (80,4%) apresentavam à admissão isquemia crítica (IC) e 21 (19,6%) oclusão arterial aguda (OAA). Os pacientes com IC foram submetidos preferencialmente a intervenção via endovascular (53,5%), seguido pela abordagem cirúrgica convencional (39,5%) e amputação primária do membro em apenas 7% dos casos, com taxas de sucesso semelhantes nos primeiros dois grupos. Já os pacientes com OAA foram submetidos a tratamento cirúrgico aberto (tromboembolotomia ou by-pass) em 66,7% dos casos, seguido pela abordagem endovascular (angioplastia ou fibrinólise) em 23,8% dos casos e a amputação primária em 9,5%. Neste grupo, a abordagem por via aberta foi bem sucedida em 78,6% dos casos, contra apenas 40% dos casos submetidos à terapia endovascular. Conclusão: Este estudo evidenciou que os pacientes com oclusão arterial aguda submetidos à revascularização cirúrgica aberta apresentaram uma maior taxa de sucesso do que os submetidos a procedimentos endovasculares no nosso serviço. No entanto, os pacientes admitidos com isquemia crítica apresentaram taxa de sucesso semelhante, quer para procedimento de revascularização convencional ou por via endovascular.

O-448

VARIZES PÉLVICAS COM PONTO DE FUGA, UMA OPÇÃO PARA TRATAMENTO COM ESPUMA DENSA

NUNES S.A.; SANTOS F.L.

Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, Nova Iguaçu - RJ

Varizes pélvicas é uma doença de difícil interpretação para a decisão terapêutica que venha a trazer benefícios ao paciente. Ao mesmo tempo é negligenciada na avaliação da doença venosa dos membros inferiores e é uma causa importante de recidiva de varizes. Neste relato de caso mostramos a avaliação e tratamento de uma paciente que apresentava recidiva da doença venosa nos membros inferiores por pontos de fuga das varizes pélvicas. Optamos pelo tratamento com espuma densa eco guiada, trazendo uma nova alternativa para se tentar evitar o tratamento endovascular. Houve excelente resultado anatômico e de resolução dos sintomas pertinentes a doença.

O-449

RATE OF OCCUPATIONAL LEG SWELLING IS GREATER IN THE MORNING THAN IN THE AFTERNOON

BELZACK S.Q.; BELCZAK C.Q.; GODOY J.M.P.; RAMOS R.N.; SILVA M.A.M.; PARENTE T.S.; BERNARDI W.H.; CASTELLI JÚNIOR V.

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP); Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo - SP; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto - SP; Centro Vascular João Belczak; Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá - PR

The aim of this study was to investigate the rate of occupational leg swelling depending on the time period of the working day. Volumetric variations of the legs of 70 hospital employees, enrolled in three groups, were evaluated. Group I: 35 morning shift workers; Group II: 35 afternoon shift workers; and Group III: 15 individuals randomly selected from Groups I and II, who were evaluated on the day they worked 12 hours consecutively. Volumetry was performed before and after each shift for both legs of the participants in Groups I and II. For Group III volumetry was performed early in the morning, at noon and in the evening. For statistical analysis, the Student's t test and Mann-Whitney test were used with an alpha error of 5% being considered acceptable ($p = 0.05$). Significant increases in volume were recorded for the limbs in all three groups ($p = 0.001$). On comparing Groups I and II, the accumulation of fluids was significantly higher in the morning than in the afternoon ($p = 0.003$). Asymptomatic workers may present with oedema of the legs during their work with the rate of oedema being different for morning and afternoon shifts. The possibility of wearing compression stockings should be considered for this type of work.

O-450

TRATAMENTO DE DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA ENVOLVENDO ARTÉRIA POPLITEA

ROSSI M.F.; LOPES M.; LEAL G.A.; REGERT R.; KRAFT G.; LICHTENFELS E.; ERLING JR. N.; AERTS N.R.

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre - RS

Contexto: A doença arterial obstrutiva periférica é uma causa importante de isquemia grave dos membros inferiores e de amputações. Os tratamentos variam desde o tratamento clínico isolado até a cirurgia aberta e a cirurgia endovascular. **Objetivo:** Avaliar os resultados da angioplastia de artéria poplítea bem como o perfil clínico epidemiológico dos pacientes tratados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e longitudinal que incluiu 56 pacientes submetidos a angioplastia de artéria poplítea, com ou sem o uso de stent na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no período de janeiro de 2013 a julho de 2017. **Resultados:** Predominância de pacientes diabéticos (66%), hipertensos (84%), dislipidêmicos (42,8%), tabagistas ou ex-tabagistas (66%) e cardiopatas isquêmicos (32,1%). Pacientes apresentavam-se com isquemia crítica em 92,8% dos casos. Os pacientes em sua maioria foram classificados clinicamente como Rutherford IV (19,6%), V (44,6%) e VI (26,7%), e anatomicamente as lesões eram TASC C (27,2%) e D (43,6%), o que demonstra o grande desafio técnico em tratar estas lesões. Obteve-se sucesso técnico imediato satisfatório (95%). **Conclusões:** Os pacientes eram na sua maioria tinham diagnóstico de múltiplas comorbidades, o que denota a importância de uma adequada avaliação pré operatória do ponto de vista cardiológico. A grande maioria dos pacientes apresentavam indicação em casos de isquemia crítica sendo na sua quase totalidade classificados como Rutherford 4, 5 e 6. Alta taxa de sucesso técnico imediato (95%). Em seis meses diminui a taxa de patência do eixo fêmoro poplítea, porém a grande maioria destes pacientes saiu do quadro de isquemia crítica.

O-451

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME DA COMPRESSÃO DA VEIA RENAL ESQUERDA PELA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR (SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES)

MIYAMOTTO M.; RAYMUNDO C.L.; ÂNGELO B.Z.; DE ANDRADE D.C.; MARCUSSO G.S.; SALIBA L.F.; BRINGHENTI T.; DE SOUZA I.C.

Instituto VESSEL de Aperfeiçoamento Endovascular; Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru; Serviço de Cirurgia Vascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Contexto: A compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior, conhecida como Síndrome de Quebra-Nozes ou "Nut-cracker", pode apresentar-se com repercussões renais ou com sintomas relacionados à hipertensão venosa do território gonadal. O tratamento cirúrgico, quando indicado, baseia-se na reconstrução do fluxo venoso ou nas transposições arteriais mas é associado com maiores índices de morbidade. O tratamento endovascular minimamente invasivo tem se tornado a primeira opção de tratamento nos casos de compressões severas. **Objetivo:** Avaliar os resultados do tratamento desta afecção. **Método:** No período de 2012 a 2017, avaliados nove pacientes submetidos ao tratamento endovascular da Síndrome de Quebra-Nozes. A principal indicação do tratamento foi relacionada a hipertensão venosa no território gonadal (varizes pélvicas ou varicocele) em sete pacientes e dois pacientes apresentavam alterações renais (hematúria e/ou dor em flanco esquerdo). Seis pacientes necessitaram de procedimentos adjuvantes para embolização da veia gonadal. **Resultados:** Sucesso técnico foi obtido em 100% dos casos. Melhora dos sintomas, total ou parcialmente, foi obtido em 88,9% dos casos. Todos os oito pacientes permanecem com os stents pervios durante o seguimento e não houve recorrência dos sintomas. Houve uma complicação relacionada ao procedimento que foi a migração do stent auto-expansível, retirado através de cirurgia. **Conclusão:** A Síndrome de Quebra-Nozes pode apresentar-se com um quadro clínico restritivo devido aos sintomas relacionados com a hipertensão venosa em território renal e gonadal. O tratamento endovascular apresenta resultados satisfatórios e baixos índices de complicação relacionado ao procedimento. Extremo cuidado deve ser tomado na escolha das dimensões do stent a fim de evitar migrações e suas repercussões.

O-452

RATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR

IYAMOTTO M.; NEVES G.C.S.; SALIBA L.F.; FERRONATTO G.F.; MACHADO R.M.; DE SOUZA I.C.; TRISTÃO F.R.; MOREIRA B.D.

Instituto VESSEL de Aperfeiçoamento Endovascular; Liga Acadêmica de Medicina Vascular (LAMEV), Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital Universitário Cajuru; Serviço de Cirurgia Vascular Elias Abrão, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR

Contexto: A síndrome da veia cava superior (SVCS) causa sintomas importantes e limitantes. Além do risco de embolia pulmonar pode causar sintomas neurológicos e hipertensão venosa severa a montante da obstrução. O tratamento cirúrgico aberto, embora eficaz, é acompanhado de morbimortalidade considerável principalmente relacionado ao acesso. O tratamento endovascular permite o manejo menos invasivo desses pacientes, além do alívio sintomático em poucos dias, ou mesmo horas. **Objetivo:** Avaliar tratamento endovascular da síndrome de veia cava superior. **Métodos:** Os autores apresentam uma série consecutiva de 30 pacientes com SVCS tratados durante o período de 11 anos. Os pacientes foram submetidos a tratamento endovascular através de várias técnicas: trombolise farmacológica e/ou mecânica e angioplastia com ou sem implante de stents. A apresentação foi súbita em 40% dos casos e a grande maioria dos pacientes apresentava lesões venosas relacionadas a presença de acesso central (para quimioterapia ou hemodiálise). **Resultados:** Sucesso técnico foi obtido em 90% dos casos. Em dois casos de obstrução crônica de longa data não foi possível a recanalização. Nos pacientes de apresentação aguda, o índice de sucesso foi de 100%. Nos pacientes submetidos a intervenção com angioplastia e/ou implante de stent, a perviedade primária no período de seguimento médio de 18,6 meses foi de 82,4%, e a perviedade secundária foi de 94,1%. A mortalidade relacionada ao tratamento foi de 5,3% porém a mortalidade ao longo do seguimento foi 27,8%, refletindo a gravidade desse subgrupo de pacientes. **Conclusões:** A SVCS secundária à trombose da veia cava superior pela presença de cateteres centrais é cada vez mais comum. A apresentação clínica geralmente envolve sinais e sintomas exuberantes e limitantes. O manejo inicial por trombolise farmacológica/meccânica associada ou não a angioplastia com ou sem stent oferece um alívio rápido dos sintomas, com relativa segurança.