

SESSÃO 6: 16007 - DEB AND STENTS? WHAT WE HAVE LEARNED FROM THE FREEWAY STENT STUDY AND THE PACUBA TRIAL

Josef Tacke¹; **Rembert Pogge Von Strandmann**²; Johannes Lammer³

1 - Klinikum Passau, , Germany; 2 - Eurocor Gmbh, , Germany;
3 - Medical University Of Vienna, , Austria

Background Drug-eluting balloons (DEB) have been tested in several randomized trials compared to standard PTA and proved superiority. However, randomized data of DEB in combination with stenting in de novo lesions and DEB for treatment of in-stent restenosis (ISR) are missing. Stents are needed in up to 50 % of all peripheral interventions where PTA with plain or drug-coated balloons alone will not reopen the vessel sufficiently. Nevertheless, the restenosis rate of stents is still a major limitation of peripheral arterial interventions. DEB potentially overcome the problem of in-stent restenosis when used for postdilatation after primary nitinol stenting in the SFA and P1 segment and may provide an efficient treatment method for ISR. Methods The Freeway Stent Study is a prospective, randomized, international trial started in 15 centers in Germany and Austria. 200 patients were enrolled and randomized equally to primary nitinol stenting followed by either DEB (Freeway™, Eurocor GmbH) or plain balloon postdilatation in de novo lesions in the SFA and P1 segment. Primary endpoint is clinically driven target lesion revascularization (TLR) at 6 months, secondary endpoints include further clinical and safety evaluations like shift in Rutherford classification and ABI, LLL, patency rate and MAE. The Pacuba Trial is a prospective, single blind randomized trial conducted in the Medical University of Vienna. 74 patients were enrolled and randomized equally to DEB (Freeway™, Eurocor GmbH) or plain balloon dilatation of ISR lesions in the SFA and P1 segment. Primary endpoint is primary patency at 12 months, secondary endpoints include further clinical and safety evaluations like shift in Rutherford classification and ABI, TLR rate and MAE. Results The enrollment of the Freeway Stent Study has been finished beginning of 2016. Over 170 patients have finished the 6 months and almost 140 the 12 months follow-up. The results highly favor the use of Freeway™ DEB over plain balloon based on clinically driven TLR at 6 and 12 months. This is supported by statistically significant better clinical outcomes for PAD patients treated with DEB as postdilatation device. The Pacuba trial has been completed. Patients treated with DEB had

a significantly higher primary patency rate versus standard PTA at 12-months. The TLR rate for the DEB arm also shows a positive trend compared to the PTA group. Conclusion The Freeway Stent Study shows that the usage of DEB as a restenosis prophylaxis seems to be safe and feasible. Though the final study results are not available yet, the interim analysis gives significant and positive trends in all parameter in favor of DEB. The Pacuba trial highly favors the use of DEB in ISR. The usage of DEB seems to be an efficient treatment option for patient with ISR.

SESSÃO 6: 16047 - THE IMPACT OF ACUTE HORMONAL ADMINISTRATION IN AN ISCHEMIA-REPERFUSION MEDULLARY INJURY EXPERIMENTAL MODEL IN RATS

Leonardo Pessoa Cavalcante; Sueli Gomes Ferreira; Ana Cristina Breithaupt Faloppa; Daniel Romano Pereira; Sergio Rodrigues De Moraes; Rafael Simas; Paulina Sannomiya; Luiz Felipe Pinho Moreira

Instituto Do Coração Do Hospital Das Clínicas - Fmusp,
São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO: A lesão medular isquêmica, manifestada clinicamente como paraplegia/paraparesia, continua sendo uma complicação devastadora da cirurgia da aorta torácica descendente e toracoabdominal, mesmo com a evolução das técnicas cirúrgicas e utilização de métodos de proteção medular. Até o momento, nenhuma substância/droga tem se mostrado eficaz na atenuação do insulto metabólico e inflamatório causado na medula espinhal, inicialmente pela hipoperfusão (durante o clampeamento) e, posteriormente, pela injúria de reperfusão. Diversos estudos pré-clínicos, utilizando modelos experimentais de lesão neurológica, incluindo trauma cerebral contuso, lesão medular traumática e isquemia cerebral, apontam para um provável efeito neuroprotetor dos hormônios gonadais circulantes das fêmeas. **OBJETIVO:** Analisar os efeitos neurológicos da administração aguda de hormônios “femininos” em modelo experimental de isquemia-reperfusão medular em ratos machos. **MATERIAL E MÉTODOS:** Os animais (ratos machos da linhagem wistar) foram divididos em 3 grupos, randomizados para a administração de 17 β -estradiol ou de progesterona ou de placebo, 30 minutos antes da oclusão transitória da aorta torácica descendente, por 12 minutos. A confirmação da oclusão efetiva aórtica deu-se através da monitorização contínua da pressão arterial média através de cateter colocado na artéria caudal dos animais. A oclusão da aorta torácica descendente deu-se através do posicionamento de um cateter de Fogarty no. 2, passado no sentido caudal, via dissecação da artéria carótida comum esquerda do animal. A função locomotora dos animais foi avaliada no pós-operatório por 14 dias. No 14º dia pós-operatório, após anestesia profunda, os animais foram sacrificados e tiveram suas medulas espinhais retiradas para análise histológica e imunohistoquímica. **RESULTADOS:** Do ponto de vista da funcional, no 1o dia pós-operatório houve comprometimento importante da função locomotora nos três grupos estudados, havendo recuperação parcial do déficit motor

semelhante nos 3 grupos ao final do período de observação (14º dia pós-operatório), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados. Em relação a análise imunohistoquímica, através da expressão de BCL-2 (proteína anti-apoptótica) no tecido medular, também não houve diferença entre os grupos estudados. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a administração aguda de 17 β -estradiol ou de progesterona não é capaz de atenuar a lesão neurológica, do ponto de vista clínico (função locomotora), causada pela oclusão transitória da aorta torácica descendente de ratos machos.

SESSÃO 6: 16057 - STEM CELL TRANSPLANTATION PROTOCOL FOR MANAGING SEVERE PERIPHERAL VASCULAR DISEASE

Paulo Eduardo Ocke Reis; Alfredo Cesar Pires Bartoly; Celso Luiz Muhlethaler Chouin; Luis Claudio Rosa Arantes; Marcio Jose Magalhaes Pires; Rodrigo Andrade Vaz De Melo; Victor Luiz Picão Correa

Universidade Federal Fluminense, Rio De Janeiro, Brazil

“O transplante intramuscular de células tronco da medula óssea em pacientes com arteriopatia periférica grave, sem possibilidade de tratamento cirúrgico ou percutâneo, viabiliza a melhora clínica destes pacientes, através da diferenciação destas células em células vasculares, gerando um processo de angiogênese capaz de diminuir a carga isquêmica e de promover a regeneração tecidual.”

SESSÃO 6: 16122 - COMPREHENSIVE IN VITRO BENCH TESTING AND LARGE IN VIVO CLINICAL ASSESSMENT OF THE EFFECT OF IMPLANTATION DEPTH ON HEMODYNAMICS AFTER VALVE IN VALVE: INSIGHTS OF THE VIVID REGISTRY

Matheus Simonato¹; Danny Dvir²

1 - Escola Paulista De Medicina Unifesp, Sao Paulo, Brazil; 2 - St. Pauls Hospital, , Canada

Background: Transcatheter valve implantation inside failed bioprosthetic surgical valves (Valve-in-Valve, ViV) may offer an advantage over reoperation. A major limitation of aortic ViV is stenosis of the implanted transcatheter heart valve (THV). Supra-annular THV position may be advantageous in achieving better hemodynamics after ViV. Objectives: Our objective was to utilize a large clinical database and in-vitro bench testing to examine whether high THV implantation is associated with lower post procedural gradients and to define optimal targets for implantation that would improve hemodynamics after ViV. Methods: In-vitro bench testing using pulse duplicators was performed with 18 implantation depths of 2 THV devices: Medtronic CoreValve Evolut (CVE) and Edwards SAPIEN XT (SXT). In addition, cases from the Valve-in-Valve International Data (VIVID) registry were analyzed using centralized corelab assessment for implantation depth, blinded to clinical events. Multivariate analysis was performed in an attempt to identify independent predictors of elevated post-procedural gradients. Results: In-vitro analysis for the CVE and SXT revealed that higher implantation is associated with significantly lower post-ViV gradients (CVE: $p < 0.001$, SXT: $p = 0.01$). A total of 292 consecutive patients (age 78.9 ± 8.7 years, 60.3% male, 157 CoreValve Evolut and 135 SAPIEN XT) were evaluated. High implantation was associated with significantly smaller incidences of elevated gradients in comparison to low implantation (CoreValve Evolut: 15% vs. 34.2%, $p=0.03$; SAPIEN XT: 18.5% vs. 43.5%, $p=0.03$, respectively). Optimal implantation depths were defined: CoreValve Evolut, 0 to 5mm; SAPIEN XT, 0 to 2mm (0 to 10% frame height); sensitivities 91.3% and 88.5%, respectively. The strongest independent predictor for elevated gradients after ViV was device position (high, OR 0.22, CI 0.1-0.52, $p=0.001$), in addition to type of device used (CoreValve Evolut, OR 0.5, CI 0.28-0.88, $p=0.02$) and surgical valve mechanism of failure (stenosis/mixed baseline failure, OR 3.12, CI 1.51-6.45, $p=0.002$). Conclusions: High implantation inside failed bioprosthetic valves

is a strong independent predictor of lower post-procedural gradients in both self- and balloon-expandable transcatheter valves. These clinical evaluations support specific implantation targets in order to optimize hemodynamics after ViV.

SESSÃO 6: 16145 - PRELIMINARY CLINICAL ESSAY OF MONONUCLEAR BONE MARROW CELL INFUSION IN NON-SUITABLE CLI

Jorge Rufino Ribas Timi; Paulo Said Brofman; Ticiania Larocca; Fabio Berlatto; Filipe Caron; Adriana Freitas Brandão; Viviane Milgioransa; Alan Cambrussi

Nucleo Integrado De Cirurgia Endovascular E Pesquisa, Curitiba, Brazil

INTRODUÇÃO; Apesar dos constantes avanços da terapia cirurgica direta e endovascular, ainda hoje, os Sereviços de Cirurgia Vascular e Endovascular se deparam com pacientes das classes IV, V e VI de Rutherford que não há mais qualquer change de revascularização do membro, sendo estes pacientes fadados a amputação em breve espaço de tempo. **OBJETIVO:** trata-se de ensaio clínico fase II, prospectivo, multicentrico de infusão de células mononucleares de medula óssea para tratamento de pacientes com isquemia crítica de membro inferior, nos quais não seja mais possível a utilização de qualquer técnica de revascularização aberta ou endovascular, visando o salvamento do membro **MATERIAL E MÉTODO:** São incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 30 a 80 anos, com expectativa de vida mínima de 12 meses, que se apresentem com isquemia crítica de membro inferior não revascularizável que recebem infusão de células mononucleares de medula óssea ao longo dos eixos vasculares da perna e acompanhados por 6 meses, tendo como end points obito ou amputação maior do membro inferior **RESULTADOS INICIAIS:**No período de 35 meses, em quatro centros, foram incluídos 22 pacientes com idade variando de 36 a 76 anos. destes 14 eram do sexo masculino e 8 do feminino. Todos não tinham condição de receber qualquer tratameto para revascularização do membro, por questões técnicas. Ocorrem dois óbitos precoces (9%). Dos vinte paceutes restantes, 8 foram submetidos a amputações maiores (40%) e 12 permanecem com o membro (60%) **CONCLUSÃO:** Apesar da dificuldade de inclusão de pacientes neste estudo, pois a população alvo de isquemia não revascularizável apresenta taxa proximas de 100% de amputação, os resultados iniciais apontam para um resultado satisfatório (acima de 50%) de salvameto de membro com a infusão de células mononucleares de medula óssea.

SESSÃO 6: 16181 - ASSESSMENT OF POST EVAR INFLAMMATORY RESPONSE USING PCR

Emanuel Junio Ramos Tenório; Eduardo De Lucca Dall Acqua; Felipe Mavignier Pereira França; Andre Felipe Farias Braga; Mauricio Serra Ribeiro; Carlos Eli Piccinato; Rafael Sampaio Vasconcelos; Cesar Augusto Cherubim Filho; Edwaldo Edner Joviliano

Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto, Ribeirao Preto, Brazil

INTRODUÇÃO: Aneurisma de aorta abdominal (AAA) afeta principalmente homens e é uma condição comum e com potencial risco de vida devido ao risco de ruptura do mesmo. Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos no desenvolvimento e crescimento de AAA são multifatoriais; Estudos anteriores têm mostrado associações com atividade inflamatória, alterações da coagulação, disfunção endotelial, bem como com os fatores de risco de aterosclerose clássicos. O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta inflamatória sistêmica e avaliar o impacto do tipo de endoprótese na resposta inflamatória após o reparo endovascular eletivo dos aneurismas da aorta abdominal. **Métodos:** Este foi um estudo prospectivo, incluindo pacientes consecutivos submetidos a correção endovascular eletiva para aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal, que não apresentaram infecção no seguimento de 12 meses. A PCR foi medida no pré-operatório, 30 dias após a cirurgia, e 180 dias de pós-operatório. A amostra do estudo foi dividida em dois grupos no que diz respeito ao tipo de endoprótese utilizado: grupo A (ePTFE), n = 15 e grupo B (POLIÉSTER), n=14. **Resultados:** o total de 29 pacientes foram incluídos (4 do sexo feminino, 13%; média de idade: 68 ± 9 anos; diâmetro médio AAA: 5,8 ± 0,8 cm). Características epidemiológicas, fatores de risco para aterosclerose, tipo de anestesia, a média de perda de sangue durante a cirurgia, e os níveis séricos basais de PCR não diferiu entre os dois grupos. Os níveis séricos de PCR foram significativamente menores ao longo do tempo e no comparativo de 30 dias x 180 dias (p<0,001). Não houve diferença significativa nos níveis de PCR entre os grupos A e B. **CONCLUSÃO:**A resposta inflamatória após correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal é mais intensa no primeiro mês de pós-operatório, com declínio importante após. O material que constitui a endoprótese parece não interferir na resposta inflamatória.

SESSÃO 6: 16194 - PLASMA LEVELS OF MIR-RNAS IN EVAR

Emanuel Junio Ramos Tenório; Andre Felipe Farias Braga; Daniela Pretti Da Cunha Tirapelli; Mauricio Serra Ribeiro; Carlos Eli Piccinato; Edwaldo Edner Joviliano

Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto, Ribeirao Preto, Brazil

INTRODUÇÃO: Os microRNAs (miRNAs) são pequenas sequências de RNAs não-codificantes, que controlam diversas funções celulares por promoção da degradação ou inibição da tradução do RNAm específico. Um perfil de expressão aberrante de miRNAs tem sido associada a doenças humanas, incluindo disfunção cardiovascular. O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta dos microRNAs à correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal (AAA) com base em dosagens séricas. Métodos: Este foi um estudo prospectivo, incluindo pacientes consecutivos submetidos a correção endovascular eletiva para aneurisma de aorta abdominal, sem vazamentos no seguimento de 180 dias. RNA total foi extraído a partir de amostras de sangue total de 30 pacientes com AAA, sendo a seguir feita a quantificação dos miR-191, miR-455-3p e miR-1281 (sabidamente hiperexpressos em pacientes portadores de AAA) com sondas específicas em dois momentos: pré-operatório e 180 dias após a cirurgia. Resultados: o total de 30 pacientes foram incluídos (4 do sexo feminino, 13%; média de idade: 68 ± 9 anos; diâmetro médio do AAA: $5,8 \pm 0,8$ cm). Os níveis séricos dos miRNAs avaliados foram significativamente menores após 180 dias de pós-operatório (miR-191 = $p < 0,0001$; miR-455-3p = $p < 0,0007$ e miR-1281 = $p < 0,0001$). **CONCLUSÃO:** A exclusão do aneurisma após tratamento endovascular leva a uma diminuição nos níveis séricos dos miRNAs estudados o que sugere uma possível utilização dos mesmos como biomarcadores de sucesso terapêutico.

SESSÃO 6: 16203 - LEFT COLON HISTOPATHOLOGIC CHANGES IN PIGS SUBMITTED TO EXPERIMENTAL AORTIC INTERRUPTION: COMPARISON OF DIFFERENT TECHNIQUES

Flavio Honorio Ruzafa Junior¹; Pedro Luiz Toledo De Arruda Lourenção¹; Simone Antunes Terra¹; Marccone Lima Sobreira¹; Ricardo De Alverenga Yoshida¹; Winston Bonetti Yoshida¹; Ralf Kolvenbach²; Rodrigo Gibin Jaldin¹

1 - Faculdade De Medicina De Botucatu - Unesp, Botucatu, Brazil; 2 - Augusta Krankenhaus,, Germany

Introdução: O Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) infrarrenal é uma importante causa de morte em adultos. Atualmente, as estratégias disponíveis para o seu tratamento incluem a cirurgia aberta convencional, a videolaparoscopia e o tratamento endovascular, sendo as duas últimas consideradas menos invasivas. A colite isquêmica é uma entidade clínica caracterizada pela insuficiência de circulação sanguínea no cólon, resultando em vários graus de necrose tecidual local e manifestações sistêmicas. Trata-se de uma infrequente, porém grave complicação da cirurgia de aorta abdominal, sendo o cólon sigmóide o segmento mais afetado. A ocorrência e o grau de severidade da colite isquêmica dependem de fatores relacionados ao próprio paciente e ao trauma cirúrgico-anestésico. Por tudo isso, é esperado que ocorram diferenças na fisiopatologia e na incidência de colite isquêmica relacionadas às diferentes estratégias de tratamento do aneurisma de aorta abdominal. **Objetivos:** Avaliar as alterações histopatológicas em fragmentos de cólon esquerdo de porcos submetidos a modelo experimental de interrupção aguda de fluxo aórtico, comparando as diferentes modalidades de acesso cirúrgico utilizadas para a abordagem da artéria aorta: laparotomia mediana, via endovascular ou vídeo-laparoscópica. **Materiais e métodos:** Trinta porcos, fêmeas, entre 20 e 35kg, foram divididos em 3 grupos: GC, 10 porcos que tiveram a aorta abdominal clampeada por técnica aberta através de laparotomia mediana transperitoneal; GL, 10 porcos que tiveram a aorta abdominal clampeada através da técnica totalmente laparoscópica; GEV, 10 porcos que tiveram a interrupção de fluxo da aorta abdominal através da via endovascular por insuflação de balão de oclusão de aorta por acesso femoral. Todos os animais foram submetidos a anestesia geral e a monitorização intra-operatória. Após o período de interrupção do fluxo aórtico e de reperfusão arterial, ambos com duração de 60 minutos, os animais

CECE@CICE PART 1: 16042 - IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA DIRIGIDO POR DUPLEX SCAN: EXPERIÊNCIA INICIAL

Altino Ono Moraes; Rogerio Nabeshima; Ericsson Fernando Viotto; Patricia Gaio; Jihad Mansour Abdalah; Antonio Queiroz; Sidney Proença

Imv Maringa, Maringa, Brazil

OBJETIVO: A PROPOSTA DESTE ESTUDO É AVALIAR A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DO IMPLANTE DO FILTRO DE VEIA CAVA COM USO DO DUPLEX SCAN. MÉTODO: FORAM IMPLANTADOS 05 FILTROS DE VEIA CAVA SOB VISÃO EXCLUSIVA DO ECODOPPLER COLORIDO, EM 05 PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL SANTA RITA DE MARINGÁ, NO PERÍODO DE JULHO DE 2014 A MARÇO DE 2016. FORAM IMPLANTADOS 01 FILTRO DE VEIA CAVA (FVC) ELLA, 01 FVC ALN IMPLANTS CHIRURGICAUX E 03 FVC VENATECH LP BBRAUN. PACIENTES FORAM SELECIONADOS PELA IMPOSSIBILIDADE DE TRANSPORTE PARA SALA DE HEMODINÂMICA OU CONTRAINDICAÇÃO DE USO DE MEIO DE CONTRASTE POR INSUFICIÊNCIA RENAL. TODOS TINHAM INDICAÇÕES CLÁSSICAS PARA IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA. RESULTADO: TODOS OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS A IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA EM POSIÇÃO INFRARENAL SOMENTE COM USO DO ECODOPPLER PARA LOCAÇÃO DO FVC. TODOS OS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS A ECODOPPLER VENOSO OU TOMOGRAFIA PÓS OPERATÓRIA AONDE COMPROVAMOS O SUCESSO DO IMPLANTE E A LOCALIZAÇÃO DOS MESMOS. CONCLUSÃO: NOSSA EXPERIÊNCIA INICIAL INDICA QUE O IMPLANTE DO FVC COM O AUXÍLIO DO ECODOPPLER É SEGURO E CONVENIENTE PARA OS PACIENTES QUE PRECISAM DESTE PROCEDIMENTO.

foram sacrificados e submetidos a laparotomia mediana para obtenção de fragmento de parede total do cólon sigmoide, logo acima de deflexão peritoneal. As amostras foram submetidas à análise histopatológica pelo H&E e pela imunohistoquímica da Caspase-3. Resultados: A análise histopatológica dos fragmentos de cólon sigmoide demonstrou alterações (edema e achatamento dos vilos) em dois animais do grupo VL e 1 animal do grupo EV. A análise pelo método da Caspase-3 demonstrou maior número de apoptoses e menor número de neurônios nos animais do grupo EV, o que pode indicar achados precoces de repercussões de isquemia e reperfusão. Conclusão: A explicação para o maior frequência de sinais precoces indicativos de isquemia para o grupo endovascular pode estar no maior na manipulação endovascular com fios-guias e cateteres que, por sua vez, pode levar a espasmos e microembolizações no leito arterial. Estudos envolvendo maiores tempos de isquemia e de reperfusão, podem ajudar a elucidar estes efeitos da interrupção de fluxo aórtico sobre a mucosa colônica.

CECE@CICE PART 1: 16052 - VARICOSE VEIN SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

Alberto C Duque; Fabiana Loureiro; Luiz Alberto C Duque; Luiz Batista

Univeridade Catolica Do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro, Brazil

Varicose veins can cause trombosis and rupture with time, usually in older patients. We performed surgery in 80 patients elderly patients with the use of a new technique including foam esclerotherphy, laser surgery and minimal surgery that waas very effective in the treatment of varicose vein in elderly patients. We performedf 100 surgeries in patients aged 80 and over without any complications. We believe that vascular surgery can be performed in elderly patients without complications when the procedure is plnned accordinly, As a result we had no complications in our procedures, so to speak.

CECE@CICE PART 1: 16053 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR SIMPLIFICADO DAS LESÕES VENOSAS CENTRAIS EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Kelston Paulo Felice De Sales; José Ribamar Wanderley Da Silva Junior; Juliana Cristina Martins Costa; Carlos Alberto Da Silva Frias Neto; Sebastião Barreto De Brito Filho

Serviço De Cirurgia Vascular E Endovascular Do Hu Da Universidade Federal Do Maranhão, Sao Luis, Brazil

Introdução: As estenoses ou oclusões venosas centrais são um problema comum nos doentes em hemodiálise. Quando estas lesões se tornam sintomáticas provocam edema do membro homolateral ao acesso arterivenoso, edema da face, dor e até mesmo a perda do acesso para hemodiálise. As opções terapêuticas existentes (além do encerramento do acesso ou outras intervenções cirúrgicas complexas) requerem, geralmente, uma abordagem endovascular com angioplastia percutânea com ou sem a colocação de um stent. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar os resultados obtidos no tratamento endovascular das lesões venosas centrais no estado do Maranhão. Material e Métodos: Realizamos um estudo retrospectivo, descritivo, analisando os resultados obtidos no tratamento endovascular das lesões venosas centrais realizadas no estado do Maranhão durante o período de janeiro de 2010 a janeiro de 2016. Verificamos as taxas de sucesso primário e secundário, a utilização ou não de stents, a perviedade tardia e as complicações. Resultados: Foram realizados 25 procedimentos em 22 pacientes no período por estenose ou oclusão venosa em pacientes renais crônicos som sintomas de hipertensão venosa de membros superiores. O tempo médio de acompanhamento foi de 22 meses variando entre 5 e 64 meses. O vaso mais acometido foi a veia inominada esquerda. A taxa de sucesso primário foi de 84% e não houve complicações. A técnica mais utilizada foi a angioplastia com balão simples e houve melhora dos sintomas em 80% dos pacientes. Em 5% dos casos houve recidiva dos sintomas após seis meses de acompanhamento, 10% em 12 meses e 10% após 12 meses. Conclusão: O tratamento endovascular simplificado é um procedimento seguro e eficaz no tratamento das lesões venosas centrais sintomáticas. Contudo a manutenção da permeabilidade a longo prazo ainda representa um desafio. Com o aprimoramento da técnica e o desenvolvimento de novas materias será possível melhorar ainda mais os resultados a longo prazo.

CECE@CICE PART 1: 16076 - RECANALIZAÇÃO DE OCLUSÃO INTRASTENT CAVO ILÍACO : RELATO DE CASO COMPLEXO

Luiz Ronaldo Godinho Pereira; Leonardo Augusto Davila Gonçalves; Hudson Cruz Reis Carvalho; Vinicius Oliveira Godoi; Eduardo Pereira Nascimento; Marcelle Souza Alves Da Silva

Hospital Marcio Cunha, Ipatinga, Brazil

RECANALIZAÇÃO DE OCLUSÃO INTRASTENT CAVO ILÍACO: RELATO DE CASO COMPLEXO Pereira, LRG ; Carvalho, HCR ; Godoi, VO ; Gonçalves, LAG; Pereira ,EN; Silva, MSA Serviço de Cirurgia Vascular - Ipatinga - MG INTRODUÇÃO: A trombose venosa crônica do segmento ilíaco é uma causa de elevada morbidade, acarretando restrições importantes relacionadas aos membros inferiores. Destes pacientes, 44% irão desenvolver claudicação venosa e 15% irão evoluir com ulcera venosa. Até o século passado estes pacientes eram tratados com anticoagulante e uso de meia elástica, porém a taxa de recanalização destes vasos era muito pequena. Com o advento, da cirurgia endovascular, esta recanalização se tornou possível através de técnica minimamente invasiva. OBJETIVO: Relatar caso complexo de recanalização endovascular de oclusão intrastent Cavo Ilíaco por síndrome pós-trombótica realizados no nosso serviço em Ipatinga -MG METODOLOGIA: Paciente JMS, 59 anos , sexo feminino com história de TPV extensa cavoilíaco e femoral esquerda ha 19 anos . Foi submetida a recanalização em dezembro de 2013 com acesso na veia femoral comum esquerda e implante de wallstent. Foi dado alta após 3 dias de internção com warfarina . No controle com duplex após 30 dias do procedimento observamos oclusão de todo stent . A paciente evolui clinicamente bem esta períoado, apresentado piora dos sintomas em agosto de 2015 . Em outubro de 2015 foi subetida a recanalização da olusão intrastent cavo iláco esquerda com acesso das veia poplitea esquerda e jugular interna direita guiadas com ultrasson e utilização de todas técnicas possíveis e uso de snare. Após quatro horas de procedimento conseguimos a recanalização e implantamos wallstent na região cavoilíaca,femorall comum e terço proximal da veia femoral esquerda . RESULTADOS: Feita recanalização da oclusão intrastent cavo ilíaca esquerda com melhora importante da sintomatologia e da qualidade de vida da paciente. CONCLUSÃO: O tratamento percutâneo da trombose venosa crônica do segmento ilíaco, deve ser realizada, nos pacientes portadores de sintomatologia, no intuito de melhorar sua qualidade de vida. Este procedimento tem sido realizado no nosso serviço com segurança e resultados satisfatórios para o paciente.

CECE@CICE PART 1: 16206 - CORREÇÃO DE ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA TRAUMÁTICA DE ALTO DÉBITO

Othon Amaral Neto; Eduardo Da Graca Malavolta; Luis Henrique Brandao Falcao; Fernando Linares

Irmandade Santa Casa De Araraquara, Araraquara, Brazil

Introdução O trauma resultado da violência interpessoal representa um grave problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em indivíduos adultos com idade até 35 anos. A fistula arteriovenosa traumática pode ser definida como uma comunicação entre uma artéria e uma veia sem o envolvimento de um capilar comunicante após trauma vascular fechado ou aberto. Relato do Caso Paciente masculino, 32 anos vítima de ferimento por arma branca em tórax e abdome, foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral após tratamento inicial na cidade de origem com enterorrafia e entrectomia de segmento de 40 cm com anastomose término-terminal, com cinco dias de evolução por piora do estado geral associado à febre e distensão abdominal. Na investigação diagnosticou-se tomograficamente abscesso pélvico e fistula arteriovenosa em segmento distal de artéria e veia subclávia esquerda, associada ferida corto-contusa penetrante em região supraclavicular pelo ultrassom doppler. O paciente foi submetido laparotomia com drenagem de abscesso e optado por reavaliação de fistula arteriovenosa em segundo tempo. O paciente apresentou boa evolução até 6º pós-operatório, quando passou a apresentar sinais de congestão e baixo débito cardíaco com insuficiência respiratória necessitando de entubação orotraqueal e drogas vasoativas. Na investigação não apresentou sinais de complicações abdominais e sepsis. Realizado ecocardiografia que não mostrou sinais de miocardiopatia, radiografias sequencias de pulmão com congestão persistente e então arteriografia que evidenciou fistula arteriovenosa de alto débito cardíaco de artéria subclávia e veia cefálica calibrosa próximo ao sua confluência com a veia subclávia. Sob ventilação mecânica foi puncionado artéria e veia femoral direita e posicionado abrangendo todo orifio fistuloso stent recoberto Fluency 9 X 40 mm e realizado embolização de veia cefálica desde o orifício fistuloso até sua desembocadura na veia subclávia com molas com hidrogel Azur com fechamento completo da fistula, sem o comprometimento do retorno venoso do membro. O paciente foi extubado no 2º pós-operatório e recebeu alta hospitalar no 6º pós-operatório. Discussão A cirurgia

endovascular no caso em questão foi decisiva para evitar um terceiro procedimento cirúrgico de grande porte num paciente debilitado, proporcionando rápida recuperação com eliminação da sobrecarga volumétrica cardíaca. Devemos ter o arsenal terapêutico endovascular sempre disponível no tratamento trauma vascular para que possamos limitar a injúria sistêmica, muitas vezes já relevante pelo próprio trauma, do tratamento cirúrgico.

CECE@CICE PART 1: 16222 - SINDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO - RELATO DE CASO

Francisco Joao Sahagoff Gomes; Flavio Antonio De Sa Ribeiro; Adriana Rodrigues Vasconcelos; Luis Cesar Lopes Da Silva; Vitor Sardemberg; Munique Ana Pimentel Siqueira

Vasculaire, Rio De Janeiro, Brazil

Os autores apresentam o caso de paciente com quadro de angina mesenterica, emagrecimento, distensao abdominal pos-prandial, que durante investigacao diagnostica se descobriu sindrome do ligamento arqueado; demonstram e discutem tratamento cirurgico e seguimento pos-operatorio.

CECE@CICE PART 1: 16173 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA DOENÇA OCLUSIVA CAROTÍDEA, ESTUDO RES- TROSPECTIVO DE 648 CASOS ? O QUE APRENDEMOS?

Leonardo Aguiar Lucas; Thiago De Souza Cabral; Vander Vi- nicius Costa Corteze; Guilherme Peralta Pecanha; Carlos Alberto Barreto Miranda; Amarildo Gazal Suhett; Edilson Ferreira Féres; Enildo Ferreira Féres; Claudio Pitanga Marques; Maria Regina Pimentel; Ciro De Castro Denevitz Herdy

Complexo Hospitalar De Niteroi, Niteroi, Brazil

O intuito deste trabalho e relatar e demonstrar resultados de nosso grupo, bem como, o que aprendemos durante as intervenções percutâneas da doença oclusiva carotídea . Entre Maio de 2007 a Marco de 2016, 648 pacientes foram submetidos a tratamento endovascular da doença oclusiva carotídea. A media de idade foi de 76 anos, 56% do sexo masculino e 44% do sexo feminino. Deste, 518 pacientes sintomáticos; 28 pacientes apresentavam tronco bovino e o acesso foi realizado pela artéria braquial direita. O sucesso técnico foi de 100% dos casos. Em conclusão, o tratamento endovascular da doença oclusiva carotídea, e minimamente invasivo, e apresenta resultados similares a endarterectomia quando realizado por grupos experientes.

CECE@CICE PART 1: 16184 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM SUPERA NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO SEG- MENTO FEMORO-POPLITEO.

Leonardo Aguiar Lucas; Amarildo Gazal Suhett; Thiago De Souza Cabral; Vander Vinicius Costa Corteze; Guilherme Peralta Pecanha; Carlos Alberto Barreto Miranda; Claudio Pitanga Mar- ques; Edilson Ferreira Féres; Enildo Ferreira Féres; Maria Regina Pimentel; Ciro De Castro Denevitz Herdy

Complexo Hospitalar De Niteroi, Niteroi, Brazil

O intuito deste trabalho e relatar a experiência inicial com o implante do stent auto expansível SUPERA – ABBOTT no tratamento endovascular do segmento femoro poplíteo. Entre Novembro de 2015 a Marco de 2016, 5 pacientes foram submetidos a tratamento endovascular de segmento femoro poplíteo. Em todos os casos foram utilizados IVUS na condução e escolha mais adequada dos dispositivos. Em conclusão, a tecnologia SUPERA parece ser promissora e tende a melhorar os resultados no segmento femoro poplíteo que é muito controverso em relação a qual dispositivo apresenta melhor patencia.

CECE@CICE PART 2: 16051 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DO DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR EXOSEAL-CORDIS

Rogério Yoshikazu Nabeshima¹; Altino Ono Moraes¹; Ericsson Fernando Viotto²; Jihad Mohamad Mansour Abdallah¹; Patrícia Gaio¹; Sidney Rodrigues Proença¹; Antônio Geraldo Santana Queiroz¹

1 - Hospital Santa Rita, Maringa, Brazil; 2 - Instituto De Moléstias Vasculares, Maringa, Brazil

Introdução – Os dispositivos de oclusão vascular permitem rápida remoção da bainha introdutora de um acesso arterial reduzindo o tempo de hemostasia, a restrição do paciente ao leito e complicações no sítio de punção. Objetivo – Avaliar a eficácia e possíveis complicações do uso de dispositivo de oclusão arterial comparado com a compressão manual. Materiais e métodos – Estudo longitudinal prospectivo randomizado envolvendo 20 pacientes realizado em dois hospitais de Maringá-PR no período de Dezembro de 2014 a Julho de 2015. Os pacientes foram divididos em dois grupos, uso do dispositivo de oclusão vascular (DOV) e outro submetido apenas a compressão manual (CM). Eles foram submetidos a exames de ultrassom Doppler para avaliar a espessura pele-artéria pré e pós-procedimento além de verificar o tempo de compressão e tempo de deambulação. Os dados foram analisados através do Programa Statistical Analysis Software. Resultados – 60% dos pacientes eram do sexo masculino e a média de idade de ambos os grupos foram de aproximadamente 60 anos. Não houve diferença na espessura pele-artéria entre os dois grupos. O tempo de compressão no grupo DOV foi de 2 minutos e no grupo CM foi de $21 \pm 2,11$ minutos ($p=0,0005$) e o tempo para retorno de movimentos no membro inferior punccionado no grupo DOV foi de $2,35 \pm 0,75$ horas e no grupo CM foi de 6 horas ($p=0,0005$). Não houveram complicações em ambos os grupos. Conclusão - A técnica de hemostasia por compressão manual e/ou mecânica é tão efetiva quanto a hemostasia com os dispositivos de oclusão vascular, embora o tempo de compressão e o tempo para retorno as atividades sejam menores nos pacientes submetidos ao uso do dispositivo. Palavras-chave – dispositivo de oclusão vascular, hemostasia, compressão manual.

CECE@CICE PART 2: 16109 - USO DO CO2 COMO CONTRASTE VASCULAR - IMPACTO CLINICO E ECONOMICO

Fábio Luiz Costa Pereira

Ica - Instituto Capixaba De Angiologia, Vitoria, Brazil

O uso do CO2 como meio de contraste vascular já não é novidade. Numerosos estudo das décadas de 1980 e 1990 já mostravam a eficiência diagnóstica, semelhança de padrões de imagens e a segurança para a aplicação do CO2 em diversos territórios arteriais e venosos, assim como na detecção de uma seerie de outras patologias crônicas e adquiridas. No entanto, apesar de todos estes relatos ainda temos a indicação do método em pequena monta, o que vem de encontro a grande importancia da nefropatia induzida por contraste nas nossas unidades de internação e de tratamentos intensivos. As medidas de prevenção atualmente disponíveis para proteção renal e prvenção da nefropatia induzida por contraste apresentam um baixo potencial de eficiência. Vale saber que cerca de 12% dos pacientes de alto risco para NIC submetidos a procedimentos angiográficos irão apresentar NIC, e que estes números significam no mínimo 29 dias de internação para realização de no mínimo 21 sessoes de hemodiálise, impactando em um custo médio bastante elevado, tanto considerando o prejuízo clínico ao paciente, quanto ao custo operacional honeroso a planos de saúde e hospitais. Atualmente dispositivos seguros e capazes de promover padrões uniformes de formação de imagem concorrem para uma aplicação mais ampla da técnica. Apresento o dispositivo disponível em nosso mercado nacional, assim como tanto os resultados obtidos para tratamentos endovasculares complexos realizados em pacientes de alto risco para NIC eportadores de doença aneurismática e obstrtiva , assim como procedimentos diagnósticos. Além disso, discutiremos também as perspectivas breves para dar seguimento a tendência de ampliação do método, inclusive para utilização como meio de contraste vascular em diagnóstico por angio-tomografia e angografia. Meu objetivo é mostrar que uma atitude simples e responsável de triar adequadamente os pacientes candidatos a utilização do método, baseada na história clínica e no exame físico.

CECE@CICE PART 2: 16141 - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO NA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE ACESSO PERCUTÂNEO NO TRATAMENTO DE ANEURISMA E DISSECÇÃO DE AORTA

Iara Adamo Martins; Felipe Matsushita Manzano; Giuliano Rodrigo Paiva De Santa Rosa; Caroline Ferragut Ricciardeli; Mauri Luiz Comparin; Mauricio De Barros Jafar; Marcos Rogerio Covre

Angiocentro, Campo Grande, Brazil

Objetivo: O trabalho apresenta a experiência da Angiocentro de Campo Grande nos hospitais Proncor e Santa Casa no uso de dispositivos de acesso percutâneo para tratamento de aneurisma e dissecção de aorta torácica, abdominal e ilíaca entre 2014 e 2016. Métodos: estudo retrospectivo de 42 casos com uso de 121 dispositivos de acesso percutâneo em artéria femoral e fechamento por técnica de Perclose entre 2014 e 2016. Foram avaliados pacientes com média de 68,66 anos, morbidades e fatores de riscos. Correlacionados os tipos de endopróteses e seus respectivos perfis de dispositivos. Os pacientes foram acompanhados em suas complicações e seguimento. Resultados: A análise do caso mostra sucesso no tratamento percutâneo em 88,09% dos casos. As taxas de complicações no estudo foram de 11,90% sendo destes 4,76% de dissecção, 4,76% de falhas no dispositivo e 2,38% de pseudoaneurismas. A literatura demonstra que o uso de dispositivos percutâneos resulta em tempos mais curtos para a hemostasia e conclusão do procedimento, em menor queixa de dor local e maior qualidade de vida. Conclusões: o uso de dispositivo percutâneo ProGlide mostra-se uma técnica bastante segura e eficaz quando realizada por equipe de cirurgias vasculares bem treinados. Sendo hoje uma técnica aprimorada e vantajosa no tratamento de aneurismas.

CECE@CICE PART 2: 16176 - ACESSOS ALTERNATIVOS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇA OCLUSIVA INFRAINGUINAL.

Leonardo Aguiar Lucas; Thiago De Souza Cabral; Vander Vinicius Costa Corteze; Amarildo Gazal Suhett; Guilherme Peralta Pecanha; Carlos Alberto Barreto Miranda; Claudio Pitanga Marques; Enildo Ferreira Féres; Edilson Ferreira Féres; Maria Regina Pimentel; Ciro De Castro Denevitz Herdy

Complexo Hospitalar De Niteroi, Niteroi, Brazil

O intuito deste trabalho e relatar e demonstrar alternativas de acessos para o tratamento da doença oclusiva infra inguinal (TASC A - D). Entre Fevereiro de 2009 a Marco de 2016, 348 pacientes foram submetidos a revascularização endovascular de membros inferiores com acessos alternativos. A media de idade foi de 74 anos, 62% do sexo masculino e 48 do sexo feminino. Deste, 213 casos apresentavam lesão trófica. O sucesso técnico foi de 100% dos casos. Com isso, os acessos alternativos para tratamento endovascular de lesões complexas infrainguinal é minimamente invasivo, com elevada probabilidade de sucesso e associada a baixa incidência de complicação no sitio de punção. Em conclusão, estes acessos devem ser avaliados e utilizados em casos de falha nas revascularizações com os acessos endovasculares convencionais.

CECE@CICE PART 2: 16197 - ACESSO RETROGRADO POR DISSECÇÃO DA ARTÉRIA POPLITEA EM CASOS COMPLEXOS DE OCLUSÃO ILIACO-FEMORAL

Marcelo Pereira Bello; Antonio Carlos Pereira Bello; Silvio Luiz Pinto Surmonte

Rede Dor Unidades Assunção E Bartira, São Paulo, Brazil

Em casos de lesões longas de femoral e ilíaco, a dissecação da artéria poplítea para vencer essas lesões é uma saída para os casos mais complexos. Com essa técnica: •O acesso retrógrado por dissecação da artéria poplítea é factível, seguro e efetivo para esses tipos de caso, podendo usar ou não introdutor. •Pode-se inverter o acesso para realizar angioplastia de artérias distais, quando necessário. •Não necessitamos de US para punção guiada. •Menor índice de lesão por deslocamento de placa. •Essa técnica já foi utilizada na realização de 25 casos, todos com sucesso.

CECE@CICE PART 2: 16208 - USO DE ENDOPROTESE OVATION PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SEM USO DE CONTRASTE APENAS CO2 (RELATO DE CASO)

Camila Kolber Del Priore, Rodrigo Gibin Jaldin, Wanderbilt De Barros, Jose Reginaldo Simão

Icve, São Paulo, Brazil

Realizada correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal infra-renal utilizando a endoprotese Ovation sem o uso de contraste apenas CO2. Temos como objetivo demonstrar com esse relato de caso que há a possibilidade de não utilizarmos o contraste para correção de aneurisma de aorta. Sendo os pacientes na grande maioria dos casos, diabéticos, nefropatas, hipertensos e com função renal boderline e o uso de contraste sendo deletério para a função renal o uso do CO2 como meio de "contraste" é benéfico para o paciente diminuindo tempo de internação, alteração de clareance de creatinina e evolução pra perda da função renal e diálise. Em nosso serviço estamos diminuindo cada vez mais o uso do contraste e estamos obtendo resultados satisfatórios .

CECE@CICE PART 2: 16209 - TRATAMENTO DE ANEURISMA PERIFÉRICO EM PACIENTE COM ALERGIA A IODO: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO. RELATO DE CASO

Raimundo Luiz Senra Barros; Bernardo Cunha Senra Barros; Larissa Silvera Porto; Maria Guilhermina De Castro Sobral

Vasclar - Clínica Vasculard De Laranjeiras, Rio De Janeiro, Brazil

Paciente masculino 72 anos apresentando Síndrome de dedo azul em halux e 2 podos. Refere também parestesia em podos direitos clinicamente importante. Apresentava massa pulsátil retropatelar direita com aumento evolutivo e dor local. Relatou alergia à alguns medicamentos e importante a IODO. Ao exame físico, pulsos femoral e distais palpáveis e simétricos. Palpação poplíteia esquerda com pulso de amplitude aumentada. Exame de fossa poplíteia direita com massa pulsátil de aproximadamente 4 cm de comprimento. Solicitado eco color doppler para avaliação e planejamento terapêutico. Exame demonstra aneurisma sacular de artéria poplíteia direita proximal de 3,1x3,1 cm de diâmetro com 3,6 cm de extensão. Realizado ainda medidas de artéria femoral e poplíteia distal para definição de estratégia técnica. Decidido por tratamento endovascular com implante de Viabahn. O uso de meio de contraste alternativo ao iodo trás uma dificuldade a mais, devido a curva de aprendizado e dúvidas sobre a qualidade de visualização. O Procedimento foi realizado sem intercorrências com implante de apenas 1 Viabahn heparin 7x150, utilizado 380 ml de CO₂, zero contraste de iodo. Paciente apresentou melhora da parestesia e dor poplíteia no primeiro DPO e diminuição de massa e sem pulsação da mesma na região poplíteia, alta no 2 DPO O uso de CO₂ como meio de contraste na doença infra-patelar mostrou-se seguro e com ótimo nível de visualização. É factível realizar o diagnóstico toda programação cirúrgica, o procedimento endovascular e seu acompanhamento sem o uso de contraste iodado.

CECE@CICE PART 3: 16028 - ATEROEMBOLISMO DURANTE ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA. RELATO DE CASO

Ricardo Augusto Carvalho Lujan; Giselli Azevedo Lujan; Artur Guedes Rios

Hospital Português, Salvador, Brazil

Introdução: Ateromembolismo durante angioplastia periférica é um evento incomum, associado a graves consequências como perda do membro, aumento dos dias de hospitalização, necessidade de re-intervenções e óbito. Relato do caso: Paciente octogenária, hipertensa e diabética, com lesão traumática de dorso de pé direito, com ausência de cicatrização da lesão durante 4 semanas de tratamento clínico, e após este período apresentou descompensação clínica manifestada por sinais de infecção no membro associado a dor isquêmica de repouso. Ao exame físico vascular apresentava tétrede infecciosa, com ausência de pulsos poplíteo e distal à direita. Duplex scan com fluxo monofásico desde femoral superficial. Encaminhado para setor de hemodinâmica para estudo angiográfico e possível intervenção. Intra-operatório observado lesão TASC B, oclusiva, calcificada, sendo optado por tratamento percutâneo com angioplastia e stent. Controle pós intervenção com imagens de êmbolo distal justa ao stent com obstrução do fluxo arterial. Realizado manobras como implante de novo stent, tentativa de captura com cateter e por fim fibrinólise. Angiografia de controle demonstrou resolução do trombo. A paciente evoluiu de forma satisfatória, com pulso poplíteo 4/4+, boa perfusão distal, mobilidade/sensibilidade preservadas e sem dor de repouso com infecção local controlada. Conclusão: O tratamento percutâneo para a doença arterial periférica tem uma excelente aceitação dos pacientes e das entidades médicas, apresenta resultados confiáveis e reprodutivos. Contudo, segue a importância de lembrar tanto ao paciente quanto ao profissional que não trata-se de um procedimento inócuo, com complicações graves que devem ser mencionadas e estar apto a utilizar os recursos e técnicas necessárias caso o evento adverso aconteça.

CECE@CICE PART 3: 16038 - EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA OBSTRUÇÃO/ESTENOSE DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO NUMA EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR. 60 CASOS EM 8 ANOS.

Pablo Da Silva Mendes; Fabricio Machado Rossi; Fabio Luis Costa Pereira; José Roberto Cerqueira

Hospital Metropolitano, Vitória, Brazil

OBJETIVO: AVALIAR A EVOLUÇÃO DE MATERIAS E TÉCNICAS NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA OBSTRUÇÃO OU ESTENOSE DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO NUMA EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR. MÉTODO: FORAM AVALIADOS 60 CASOS CONSECUTIVOS DESDE 2008, DOS QUAIS 52 MULHERES E 6 HOMENS. AS TÉCNICAS DE FIBRINÓLISE, TROMBECTOMIA MECÂNICA, ANGIOPLASTIA, COLOCAÇÃO DE STENT FORAM UTILIZADAS; E EM ALGUMAS SITUAÇÕES DE FORMA COMBINADA. DISCUSSÃO: QUANDO INDICAMOS A TÉCNICA ENDOVASCULAR? QUAL MELHOR TÉCNICA (IMPRESSÃO DA EQUIPE)? QUAIS COMPLICAÇÕES MAIS ENCONTRADAS? QUANDO INDICAMOS A TÉCNICA ENDOVASCULAR?

CECE@CICE PART 3: 16041 - THE COMPLEXITY AND CHALLENGE IN ENDOVASCULAR REPAIR OF ANEURYSMS WITH SEVERELY ANGULATED NECK, THE REPORT OF TWO CASES

Andre Mancilha Cancela; Guilherme Vieira Meirelles; Sebastião Luis

Consultório Privado, Indaiatuba, Brazil

Severely angulated neck (>60°) it is still a challenge in EVAR. It is recognized as an important risk factor of failure of endovascular repair and increases difficulty in delivery system introduction, stent-graft deployment and can increase of type I endoleak. The current stent-graft systems were designed primarily as straight neck sealing zone systems. Even if the US FDA indication states > 60°, other concurrent hostile neck attributes were not taken into account for these situations, such as a short (< 15 mm), reverse taper of > 30%, extensive thrombus or calcifications. When the proximal sealing zone displays multiple hostile factors, the probability of successful short-and long-term outcome diminishes significantly. The main challenge in treating patients with severely angulated neck lies in accurately positioning the stent-graft to maximize its inherent ability to conform to the neck and form an adequate sealing for proper AAA exclusion. Our purpose is to report two cases with a high angulated neck successfully treated and discuss important aspects for the effective management.

CECE@CICE PART 3: 16069 - EX ALUNOS CECE / RELATO DE CASO**Ubirajara Das Neves Gonçalves Jr;** Michel Nasser

Hospital São Paulo /araraquara, Araraquara, Brazil

C.B. , 63A,HIPERTENSO,EX.TABAGISTA,STENT CORONARIANO 2010,MÃE E IRMÃO FALECIDO DEVIDO IAM. ENXERTO AORTO BI ILIACO PARA CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL(2009);ENDOPROTESE NA ILÍACA ESQUERDA PARA CORREÇÃO DE ANEURISMA DE ILÍACA COMUM.PACIENTE SENDO ACOMPANHADO REGULARMENTE,EVOLUIU COM DILATÇAO DE AORTA ACIMA DO TRONCO CELÍACO TERMINANDO ABAIXO DA RENAL ESQUERDA.APRESENTOU CRESCIMENTO ACIMA DE 5 MM EM 6 MESES COM DIAMETRO MAIOR FINAL DE 6,29CM E ESTAVA ASSINTOMÁTICO CLINICAMENTE.NA CIRURGIA FORAM FEITOS 2 ACESSOS,FEMORAL DIREITA E SUBCLÁVIA DIREITA,AS ENDOPROTESES FORAM MANIPULADAS PELO ACESSO FEMORAL.NA ABERTURA DA ENDOPRÓTESE CUSTOMIZADA OCORRE UMA DOBRA NO COLO PROXIMAL ONDE FOI IMPLANTADO UMA EXTENSÃO PROXIMAL(DOMINUS) E BALONEAMENTO,UM RAMO MONOILIACO DIREITO FOI LOCADO NA ARTÉRIA ILIACA COMUM(LINUS).PELO ACESSO DA SUBCLÁVIA DIREITA AS ARTÉRIAS VISCERAIS FORAM TRATADAS, GRANDE DIFICULDADE NA SELETIVAÇÃO DESTAS,A RENAL DIREITA-FLUENCE 6X60MM,A RENAL ESQUERDA-FLUENCE 8X60MM,A MESENTÉRICA SUPERIOR FOI ACESSADA PELA FENESTRA DO TRONCO CELÍACO-FLUENCE 8X60MM E FIXADO COM STENT 8X60MM SEGUIDO DE BALONEAMENTO.CIRURGIA REALIZADA COM DRENAGEM DE LIQUOR 40ML EM SALA,COM PRESSÃO MENOR QUE 10 MMHG,CONTRASTE USADO FOI O HEXABRIX COM VOLUME TOTAL DE 300ML.O PROCEDIMENTO FOI EXTENSO ,7 HS E NÃO TEVE DISTURBIOS HEMODINAMICOS E INTERCORRENCIAS.ESTAVA TAMBEM PROGRAMADO ENXERTO CRUZADO MÁ S DEVIDO AO TEMPO CIRURGICO E ESTAR COMPENSADO CLINICAMENTE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO NÃO FOI REALIZADO.PACIENTE ENCAMINHADO PARA UTI,NO 1 P.O. EVOLUIU A OBITO. MATERIAIS USADOS- ENDOPROTESE-BRAILE-34X18X26(CUSTOMIZADA)195 22FR; ENDOPROTESE-BRAILE-DOMINUS-34X90 20FR;ENDOPROTESE-BRAILE-LINUS-28X14-120 18FR;STENT FLUENCE 6X80MM;STENT FLUENCE 6X60MM;DIVERSOS FIOS GUIAS,CATETERES,INTRODUTORES,BALÕES.PERGUNTAS - CIRURGIA ABERTA OU ENDOVASCULAR,QUAL A MELHOR TÉCNICA ;NA TECNICA CIRURGICA OCORREU FALHAS ,SIM OU

NÃO,SE SIM QUAL ;OCORREU FALHA NO PROJETO DA PRÓTESE CUSTOMIZADA,SIM OU NÃO,SE SIM QUAL; ESTÁ FOI A MELHOR TECNICA ENDOVASCULAR PARA TRATAMENTO DESTE TIPO DE ANEURISMA,SIM OU NÃO,SE NÃO QUAL PODERIA SER EXECUTADA

CECE@CICE PART 3: 16110 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL CONCOMITANTE COM ANGIOPLASTIA DE ARTÉRIA RENAL

Marcelino Quaglia Morato; Rafael Domiciano Boschiero; Mário Luís Simonetto Pereira; Jose Reginaldo Simão

Universidade São Francisco, Braganca Paulista, Brazil

O Aneurisma de Aorta Abdominal(AAA) infra-renal causado por aterosclerose é o mais comum entre os aneurismas arteriais. Sendo que os maiores que 5 cm correspondem a aproximadamente 17% dos casos. Já a estenose de artéria renal (EAR) esclerótica é a causa mais comum de hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária e por sua vez corresponde a 5% de todos os casos de HAS. O seguinte caso tem por objetivo relatar a intervenção cirúrgica destas duas afecções vasculares em um mesmo momento, demonstrando os benefícios e possíveis complicações.

CECE@CICE PART 3: 16195 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM STENT SUPERA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA DE MMII

Altino Ono Moraes; Rogerio Yoshikazu Nabeshima; Patricia Gaio Sapata; Jihad Mansour Abdalah; Antonio Geraldo Queiroz; Sidney Rodrigues Proença

Imv Maringa, Maringa, Brazil

OBJETIVO: Avaliar a curva de aprendizado, segurança e a perviedade primária dos casos tratados com uso do stent SUPERA. **MÉTODO:** Foram tratados 06 pacientes, provenientes do ambulatório de Cirurgia vascular, no período de 11/2015 a 03/2016, 04 mulheres e 02 homens e com média de idade de 60,8 anos. Todos os pacientes apresentavam índice de Rutherford 4-5, lesão trófica em membros inferiores e lesões arteriais com TASC D no segmento femoro-poplíteo. Foram submetidos a recanalização e angioplastia de segmento tratado com implante do stent Supera Abbott. Os pacientes foram diagnosticados com ecodoppler colorido, angiotomografia e arteriografia e acompanhados com ecodoppler arterial. **RESULTADO:** Todos os pacientes tiveram sucesso técnico imediato e também no follow up de quatro meses. Passaram de índice de Rutherford para 2, com cicatrização das lesões tróficas. Foram usados 1 ou 2 stents de acordo com a extensão da estenoses e/ou oclusões. **CONCLUSÃO:** Podemos concluir que, apesar do seguimento curto, trata-se de um stent fácil de trabalhar, porém com uma curva de aprendizado difícil. Tem uma navegabilidade muito boa, com bom acesso a artérias mais distais.

CECE@CICE PART 3: 16219 - ANEURISMA RÔTO CONTIDO JUSTA RENAL - REMODELAMENTO DE COLO

Guilherme Silveira; Lorenza Diogo; Roberta Hamdan

Tb Serviços Médicos, Rio De Janeiro, Brazil

Introdução: O aneurisma rôto contido justa-renal representa um dos grandes desafios para o cirurgião vascular, em especial quando ocorre em paciente cujo risco clínico prévio torna a cirurgia aberta uma opção de altíssima mortalidade. **Objetivo:** apresentar uma alternativa para abordagem endovascular em paciente com Aneurisma de Aorta Justa-renal rôto contido. **O caso:** Paciente AMP, branco, masculino, 67 anos, empresário, hipertenso, insuficiência coronariana. IAM há 2 meses, revascularização de miocárdio pós-IAM. Paciente apresentou desconforto epigástrico e dor nas costas, sendo atendido em consultório por seu cardiologista, que solicitou USG abdominal de urgência. No exame, encontrado volumoso aneurisma de Aorta Abdominal, justa-renal, rôto contido. Foi encaminhado ao Hospital Unimed Rio, submetido a angio TC e acionada a nossa equipe. Encaminhado ao centro cirúrgico, optamos por remodelar o colo com stent prévio à endoprotese, oferecendo a esta o apoio necessário para fixação. Houve ainda a preocupação de evitar cirurgia aberta em paciente de alto risco cardiológico, numa situação em que não dispunhamos de todo o material para realizar a técnica de sanduiche. Ao término da cirurgia, observamos o selamento do aneurisma. O controle com Duplex Scan em 30 dias, e angio TC em 120 dias, confirmam a viabilidade da opção.

SESSÃO 51: 16011 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA TORACICO EN ZONA 0

Pablo Alejandro Marina; Marcelo Pettinari; Thomas Jorge; Aldassoro Armando; Diaz Roberto; Cañarte Gonzalo; Henestro-sa German

Sanatorio Modelo Burzaco, , Argentina

OBJETIVO: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA TORACICO EN ZONA 0 **MATERIAL Y METODOS:** PACIENTE SEXO FEMENINO DE 73 AÑOS DE EDAD, TABAQUISTA, HIPERTENSA, IMPLANTE DE ENDOPROTESIS DE AORTA ABDOMINAL EN AÑO 2013. HALLAZGO POR ANGIOTC DE DISECCION TIPO "A" CON FALSA LUZ PARCIALMENTE TROMBOSADA Y GRAN PSEUDOANEURISMA EN ZONA "0" DE 33MM DIAMETRO TRANSVERSO POR 62MM LONGITUD. CUELLO DE 22 MM COMUNICANDO HACIA LA AORTA TORACICA. **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO:** DISECCION "A" CON FLAP GRUESO Y POCO MOVIL HACIA LA RAIZ DE AORTA Y HACIA VASOS DE CUELLO. SIN INSUFICIENCIA AORTICA. SE PLANIFICA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR **RESULTADOS:** MEDIANTE ANESTESIA LOCAL SE REALIZA ACCESO FEMORAL PERCUTANEO IZQUIERDO 6FRENCH (Fr) PARA CONTROLES ANGIOGRAFICOS Y ACCESO FEMORAL PERCUTANEO DERECHO PARA AVANZAR DELIVERY 11 FRENCH. SE MONTA SOBRE DELIVERY UN AMPLATZER SEPTAL OCCLUDER DE 28MM. SE POSICIONA DELIVERY 11Fr DENTRO DE LA CAVIDAD PSEUDOANEURISMATICA. SE LIBERA DISCO EXTERNO DENTRO DEL PSEUDOANEURISMA Y DISCO INTERNO EN LA LUZ DE LA AORTA TORACICA. SE TRACCIONA HACIA LA AORTA PARA COMPROBAR BUEN ANCLAJE DEL DISCO EXTERNO. UNA VEZ REALIZADA ESTA MANIOBRA SE LO LIBERA SIN COMPLICACIONES. SE REALIZA AORTOGRAMA CONTROL OBJETIVANDO CIERRE DEL PSEUDOANEURISMA, CORRECTO APOSICIONAMIENTO DE LOS DISCOS DEL DISPOSITIVO, SIN LEAK PERIPROTESICO. SE RETIRAN VAINAS FEMORALES Y SE REALIZA VENDAJE COMPRESIVO. ALTA SANATORIAL A LAS 48 HORAS Y CONTROLES POR CONSULTORIO AL MES SIN COMPLICACIONES **CONCLUSIONES:** SE PUEDE RESOLVER POR VIA ENDOVASCULAR UN PSEUDOANEURISMA EN ZONA 0 POTENCIALMENTE FATAL SI NO SE TRATA. DEBEMOS UTILIZAR ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO, ANGIOTC Y ANGIOGRAFIA PARA DESCARTAR DISECCION "A" CON ACTIVIDAD DE FALSA LUZ Y PARA SELLECCIONAR EL DISPOSITIVO A UTILIZAR. ES CRUCIAL LA MANIOBRA DE TRACCION DEL DISPOSITIVO PARA EVITAR LA EMBOLIZACION DEL MISMO LUEGO DE SU LIBERACION

SESSÃO 51: 16019 - MULHER JOVEM, 30 ANOS COM ANEURISMA DISSECANTE DE AORTA TORÁCICA, SUBMETIDA A CORREÇÃO ENDOVASCULAR EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Adriano Dionisio Dos Santos; César Ronaldo Alves Da Silva; Gregorio Guarniere Panazzolo; Josue Dantas De Medeiros; Joaquim Araujo Sampaio; Milena De Fátima Queiroz Oliveira; Henrique César Tenório Alves Da Silva

Hospital Geral Do Estado - Hge, Maceio, Brazil

Introdução: Dissecção aguda de aorta tem incidência de 6 casos para 100.000 pessoas ao ano. Hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco associado, presente em 65-75% dos indivíduos. Relato de caso: Mulher, 30 anos, hipertensa há 10 anos, iniciou quadro de dor torácica retroesternal em pontada com irradiação para o dorso, há 30 dias, que evoluiu, após duas semanas, para dor retroesternal de caráter dilacerante. À admissão, apresentava pressão arterial de 280x110 mmHg. Na história familiar materna, mãe e avó hipertensas, tia apresentou morte súbita devido a aneurisma e prima, acidente vascular encefálico hemorrágico durante gestação. Tomografia de tórax e abdome com contraste evidenciou dilatação aneurismática da aorta ascendente, medindo 4,1cm no maior eixo; dissecção da aorta descendente, após a emergência da artéria subclávia esquerda, Stanford B, maior diâmetro da dissecção medindo 4,2 x 3,9 cm, término da falsa luz em nível da 7ª vértebra torácica e aorta abdominal sem alterações. Angiografia de aorta torácica demonstrou arco aórtico e aorta descendente pervios, imagem de aneurisma após a origem da artéria subclávia esquerda e dissecção com reentrada 3 cm acima do tronco celíaco. Realizada dissecção de artéria ilíaca externa direita para implante de duas endopróteses em aorta torácica e balonamento de acomodação. Angiografia de controle demonstrou correção do aneurisma e perviedade de artéria subclávia esquerda e tronco celíaco. Encaminhada para pós-operatório em unidade de terapia intensiva, onde evoluiu com hipertensão de difícil controle, utilizando droga vasoativa em dose otimizada. Alta no 12º dia de pós-operatório, mantendo pressão arterial 160x90 mmHg. Programada investigação ambulatorial para hipertensão arterial secundária. Discussão: O tratamento endovascular é indicado em dissecções de aorta tipo B complicadas com: hipertensão persistente após terapia anti-hipertensiva agressiva, dor persistente ou recorrente, ruptura aórtica e síndrome de mal perfusão. O tratamento endovascular estimula remodelação

aórtica, trombose do falso lúmen, com redução progressiva de seu diâmetro e aumento do lúmen verdadeiro. O momento ideal para o procedimento, segundo o estudo multicêntrico VIRTUE, é a fase subaguda, quando a aorta ainda possui plasticidade e a incidência de dissecções retrógradas é menor. Conclusão: No caso descrito, a dissecção aguda de aorta é uma emergência hipertensiva. O tratamento endovascular inicial foi bem-sucedido. A longo prazo, é necessário obter controle pressórico adequado, otimizando anti-hipertensivos e investigando causas potencialmente curáveis de hipertensão arterial sistêmica.

SESSÃO 51: 16045 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE ROTO ASSOCIADO À EROSIÃO VERTEBRAL: RELATO DE CASO

Celso Luiz Lisita Filho; Fábio Augusto Cypreste Oliveira; Brenno Noletto De Souza Sieiro Conde; Marcelo Luiz Brandão; Ly De Freitas Fernandes; Juliano Ricardo Santana Dos Santos; Ana Bittencourt Detanico

Hospital Das Clínicas Da Universidade Federal De Goiás, Goiânia, Brazil

A ruptura de um aneurisma da aorta torácica é uma catástrofe cardiovascular com uma incidência estimada de 5 para 100.000 pessoas por ano no mundo, e que determina a morte de mais de 90% dos indivíduos acometidos. Atualmente, está entre as quinze principais causas de morte nos Estados Unidos. A taxa anual de ruptura, dissecção e/ou morte para aneurismas maiores que 6 cm, é de cerca de 15% ao ano, e apenas uma pequena fração de todos os pacientes com aneurismas de aorta torácica rotos é admitida em serviços de urgência. Os pacientes que sobrevivem ao evento agudo da ruptura têm na correção cirúrgica precoce a possibilidade de melhorar a sobrevida. Nesse intuito, o reparo endovascular das doenças aórticas tem se apresentado como uma técnica com melhores resultados sobre a morbimortalidade peroperatória e pós-operatória precoce comparada à cirurgia aberta. Os autores apresentam o relato de um caso de aneurisma de aorta torácica descendente roto associado à erosão de vértebra dorsal adjacente, submetido à correção endovascular com prótese e posterior fixação cirúrgica da coluna. Paciente do gênero masculino, 66 anos, encaminhado ao HC/UFG para tratamento de aneurisma sacular roto de aorta torácica descendente, diagnosticado à angiotomografia computadorizada de tórax há uma semana. O quadro clínico iniciou-se há nove meses com dorsalgia, de forte intensidade e contínua, aliviada apenas com o uso de anti-inflamatórios não-esteroidais. Há aproximadamente três meses, a dor intensificou-se e se associou a paresia dos membros inferiores. A angiotomografia de tórax evidenciou um aneurisma sacular no segmento descendente da aorta torácica, com origem a aproximadamente 25 mm abaixo da emergência da artéria subclávia esquerda, com colo proximal de 35 mm de diâmetro e extensão total de 78 mm (Figura 1). Seu maior diâmetro, ao nível da sexta vértebra dorsal (D6), media 60 x 62 mm. O aneurisma apresentava calcificações parietais, trombos murais e ulcerações que inferiam ruptura recente contida. A correção endovascular

do aneurisma de aorta torácica descendente foi realizada logo após a admissão do paciente em nosso serviço, por de implante de endoprótese cônica em aorta torácica descendente de 46 x 40 x 190 mm, com colo proximal à aproximadamente 2,0 cm da origem da artéria subclávia esquerda, através de acessos femorais, sendo dissecada a artéria femoral direita para passagem da endoprótese e punção da artéria femoral esquerda para controles angiográficos. Posteriormente, foi realizada a fixação cirúrgica dos corpos vertebrais de D6 e D7 pela equipe de Ortopedia. O paciente evoluiu com melhora clínica e recebeu alta hospitalar após sessenta dias do reparo endovascular do aneurisma de aorta torácica. O reparo endovascular do aneurisma de aorta torácica revolucionou o manejo das doenças da aorta. As vantagens de uma abordagem endovascular minimamente invasiva estão em evitar a toracotomia e o pinçamento aórtico, reduzindo o tempo cirúrgico e perdas sanguíneas adicionais, que são particularmente importantes em pacientes em estado crítico com aneurisma de aorta torácica roto. Embora ainda não haja evidências de que a técnica endovascular melhore a sobrevida global a longo prazo em comparação com a cirurgia aberta, ela tem sido a opção preferida em várias instituições pelo mundo assim como em nosso serviço, pela redução da morbimortalidade precoce.

SESSÃO 51: 16088 - TRATAMENTO DA DISSECÇÃO DE AORTA TORÁCICA COMPLICADA COM TÉCNICA DE PETICOAT: RELATO DE CASO.

Altino Ono Moraes; Ericsson Fernando Viotto; Patricia Gaio Sapata; Jihad Mansour Abdalah; Antonio Geraldo Queiroz; Sidney Rodrigues Proença; Rogerio Yoshikazu Nabeshima

Imv Maringa, Maringa, Brazil

INTRODUÇÃO: Esse caso faz parte das Síndromes Aórticas Agudas, que são tratadas na fase aguda por apresentarem algum tipo de complicação. **OBJETIVO:** Relatar as fases do tratamento endovascular desta paciente, mostrando as táticas operatórias, resultados e complicações pertinentes ao caso. **METODO:** Paciente encaminhado do pronto socorro cardiológico com dor intratável e instabilidade hemodinâmica em 10/2012. AngioTC mostrava dissecção tipo B de Stanford até íliaca comum. Foi submetida a Correção Endovascular com implante de Endoprotese GORE TAG e fechamento da entrada proximal. Com um ano de pós operatório, paciente apresentou piora do quadro de dissecção sendo indicado nova intervenção. Foi realizado implante de Endoprótese E-XL JOTEC na porção distal e proximal com bom resultado e fechamento da dissecção. Na AngioTC de 10/2015 mostrou fratura do E-XL colocado em posição distal e presença de dilatação aneurismática sacular. Foi submetida a nova intervenção com implante de uma Endoprótese Evita Torácica com correção do aneurisma. **RESULTADO:** Fechamento da dissecção e correção da dilatação aneurismática sacular. **CONCLUSÃO:** Podemos concluir através deste caso que a Doença Dissecante de Aorta Torácica é complexa, multifatorial e de difícil tratamento. Fundamental que tenha acompanhamento frequente.

SESSÃO 51: 16207 - USO DE ENDOPROTESE MFM PARA DISSECCAO DE AORTA - RELATO DE CASO

Camila Kolber Del Priore, Wanderbilt De Barros, Rodrigo Gibin Jaldin, José Reginaldo Simão

Icve, Sao Paulo, Brazil

Realizamos procedimento de correção de disseccao de aorta torácica em paciente de 65 anos sintomático utilizando a endoprotese MFM. Temos como objetivos avaliar a utilização dessa endoprotese para disseccao e assim demonstrarmos os resultados obtidos pois essa endoprotese não é utilizada para esse devido fim. Tivemos como resultado a melhora completa dos sintomas e evolução satisfatória dos exames de imagem com diminuição da área dissecada.

SESSÃO 52: 16010 - DESENVOLVIMENTO DE MODIFICAÇÕES PARA CONTROLE DO SISTEMA DE LIBERAÇÃO E PRODUÇÃO DE FENESTRAS EM ENDOPRÓTESE COM MECANISMO DE LIBERAÇÃO SIMPLES, TIPO PULLBACK ? ESTUDO IN VITRO

Márcio Fernando Costa Medeiros²; Angelo Mário De Sá Bomfim Filho¹; Dominique Rodas Costa¹; Daniel Florêncio Ferro¹

1 - Angioneuro, Maceio, Brazil; 2 - Hospital Do Coração De Alagoas, Maceio, Brazil

Introdução: O tratamento endovascular para o aneurismas que envolvem os óstios de ramos da aorta ainda é um desafio técnico. Várias técnicas endovasculares são propostas como alternativas ao tratamento cirúrgico aberto, como forma de reduzir a morbimortalidade operatória. Endopróteses fenestradas e ramificadas, técnicas de stents paralelos e octopus são alternativas que podem ser consideradas. O tratamento de aneurisma complexos com endopróteses fenestradas tem mostrando bons resultados. Entretanto, a customização destas endopróteses requerem um média de 6 a 12 semanas, fazendo com que esta técnica seja indisponível para aneurismas sintomáticos e rotos. Apresentamos um estudo in vitro, com objetivo de se obter maior controle nos sistemas de liberação de primeira geração (tipo pullback) através de modificações realizadas na endoprótese pelo cirurgião. As alterações apresentadas permitem a expansão parcial da endoprótese, possibilitando sua movimentação no eixo transversal e longitudinal. Estas características adicionadas ao dispositivo viabilizam sua utilização em aneurismas complexos, com envolvimento dos óstios dos ramos da aorta, através de fenestras ou ramificações. Estudo in vitro Para o desenvolvimento do estudo utilizamos dois tipos de moldes de vidro. O primeiro, simulando um aneurisma de aorta torácica descendente, com envolvimento do óstio da artéria subclávia. Utilizamos um segundo molde, simulando um aneurisma justa renal, com envolvimento das origens das artérias renais. Modificações na endoprótese: Modelo de aneurisma torácico: Após liberar uma endoprótese reta Hércules T (MicroPort Medical, Shanghai Co. Ltd.) em bancada, confeccionamos o orifício lateral para fenestração da artéria subclávia. Acrescentamos um reforço à fenestra com uma ponta radiopaca de fio guia PT2 0,014' (Boston Scientific, Marlborough, MA) suturado com fio prolene 5.0. Realizamos a constrição da endoprótese através de nós ancorados a um fio guia de sustentação PT2 0,014' que é atravessado longitudinalmente

através da malha da endoprótese, como adaptação da descrição inicial de Oderiche em 2010. Tal constrição permite a expansão parcial da endoprótese possibilitando sua movimentação no eixo transversal e longitudinal. A fenestra foi então pré-cateterizada com um guia 0,014' e a endoprótese foi novamente inserida no seu sistema de liberação padrão. Modelo de aneurisma abdominal: Após liberar uma endoprótese bifurcada Hércules B em bancada, confeccionamos os orifícios laterais para fenestração das artérias renais. Acrescentamos reforço às fenestras com uma ponta radiopaca de fio guia PT2 0,014' suturado com fio prolene 5.0. Realizamos a constrição da endoprótese como explicado acima, reduzindo o diâmetro original. Cada fenestra foi pré-cateterizada com um guia 0,014' e a endoprótese foi novamente inserida no seu sistema de liberação padrão. Implante e posicionamento da endoprótese: Introduzimos o dispositivo no modelo torácico e no modelo abdominal e avançamos os guias que pré cateterizam as fenestras. Capturamos com laço estes guias por acesso braquial e realizamos um varal. A partir deste momento, avançamos um cateter através das fenestras pré-cateterizadas e cateterizamos os ramos da aorta a serem revascularizados. Posicionamos um guia extrastiff e avançamos uma bainha longa até estes ramos. Seguimos então os passos a seguintes usuais para uma endoprótese fenestrada. Conclusão: As modificações in vitro realizadas na endoprótese com sistema de liberação tipo pullback permitiram obter maior controle de liberação através da expansão parcial temporária do dispositivo, tornando possível sua movimentação no eixo transversal e longitudinal. Estas modificações podem viabilizar a utilização em aneurismas complexos, quando existe envolvimento dos óstios dos ramos da aorta, com endopróteses fenestradas ou ramificadas.

SESSÃO 52: 16021 - TRATAMIENTO PERCUTANEO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO CON SHOCK HEMODINAMICO

Pablo Alejandro Marina; Marcelo Pettinari; Thomas Jorge; Aldassoro Armando; Diaz Roberto; Cañarte Gonzalo; De La Cruz David

Sanatorio Modelo Burzaco, , Argentina

INTRODUCCION:EL SHOCK HEMODINAMICO SECUNDARIO A ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO ES UNA URGENCIA VASCULAR CON MORTALIDAD ELEVADA.EL TRATAMIENTO DE ELECCION ES EL IMPLANTE DE ENDOPROTESIS. EL TIEMPO DE PROCEDIMIENTO Y EL SANGRADO INTRAPROCEDIMIENTO ES CRUCIAL PARA COMPENSAR AL PACIENTE.CON ESTA PREMISA REALIZAMOS UNA ESTRATEGIA EXCLUSIVAMENTE PERCUTANEA PARA IMPLANTE DE ENDOPROTESIS. UNA VEZ COMPENSADO EL PACIENTE SE RETIRO EL INTRODUTOR 17FRENCH(Fr) POR DISECCION QUIRURGICA OBJETIVO:TRATAMIENTO PERCUTANEO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO CON SHOCK HEMODINAMICO MATERIALY METODOS: PACIENTE DE 75 AÑOS, OBESO,REGULAR ESTADO GENERAL,CONSULTO HACE 10 HORAS EN UN HOSPITAL PUBLICO POR DOLOR ABDOMINAL,SUDORACION E HIPOTENSION SEVERA CON DETERIORO DE SENSORIO. EN DICHO HOSPITAL SE REALIZA TOMOGRAFIA DE ABDOMEN QUE OBJETIVA ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COMPLICADO. SE LE REALIZO LAPAROTOMIA EXPLORADORA Y AL NO PODER RESOLVER LA RUPTURA VASCULAR SE LO DERIVA A NUESTRO SANATORIO PARA IMPLANTE DE ENDOPROTESIS. EL PACIENTE INGRESA EN SHOCK HEMODINAMICO(TENSION SISTOLICA 40MMHG),ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA Y APOYO DE DROGAS INOTROPICAS.SE DECIDE REALIZAR IMPLANTE DE ENDOPROTESIS UNIMODULAR ENDOLOGIX POR VIA PERCUTANEA.SE PUNZA ARTERIA FEMORAL COMUN IZQUIERDA, SE PUNZA ARTERIA FEMORAL COMUN DERECHA. POR EL ACCESO DERECHO NO SE LOGRA NEGOCIAR EL CUELLO PROXIMAL DEL ANEURISMA(LA GUIA INGRESABA EN EL GRAN HEMATOMA RETROPERITONEAL) POR LO QUE SE AVANZA DICHA GUIA POR ACCESO FEMORAL IZQUIERDO. SE INTERCAMBIA EN AORTA TORACICA GUIA HIDROFILICA POR EXTRASOPORTE. SE AVANZA ATRAVES DE DICHA GUÍA EN FORMA PROGRESIVA INTRODUTORES DE 8,10 Y 14Fr. SE COLOCA POR ULTIMO INTRODUTOR 17FRENCH SIN COMPLICACIONES.SE IMPLANTA ENDOPROTESIS BIFURCADA UNIMODULAR ENDOLOGIX BIFURCADA SIN COMPLICACIONES.

EL PACIENTE SE ESTABILIZA INMEDIATAMENTE. LUEGO SE RETIRA POR DISECCION QUIRÚRGICA EL INTRODUTOR 17FR.EL PACIENTE ES DERIVADO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN REQUERIMIENTO DE DROGAS INOTROPICAS CONCLUSION:EN CASOS DE SHOCK HEMODINAMICO POR RUPURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SE PUEDE REALIZAR LA COLOCACION DE ENDOPROTESIS CON ESTRATEGIA PERCUTANEA INICIAL. LUEGO DE COMPENSADO EL SHOCK HEMODINAMICO SE PUEDE RETIRAR POR VIA QUIRURGICA EL INTRODUTOR 17FR UTILIZANDO COMO GUIA LA VAINA FEMORAL. VENTAJAS CON ESTA ESTRATEGIA:MENOR SANGRADO INTRAPROCEDIMIENTO,MENOR TIEMPO PUNCION FEMORAL-IMPLANTE DE ENDOPROTESIS Y ESTABILIZACION RAPIDA DEL PACIENTE CON MENOR INJURIA MULTIORGANICA

SESSÃO 52: 16037 - TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EM PACIENTE COM RIM PÉLVICO: RELATO DE CASO

Priscilla Ribeiro Dos Santos²; José Emerson Dos Santos Souza¹; Paulo Inácio Alves Ramos Diniz²; Enio Barreto Carneiro²; Ricardo Dias Da Rocha¹; Leonardo Pessoa Cavalcante¹; Marcos Velludo Bernardes¹

1 - Hospital Universitário Francisca Mendes-ufam, Manaus, Brazil; 2 - Hospital Universitário Getúlio Vargas-ufam, Manaus, Brazil

Introdução: A Ectopia renal pélvica é uma variação anatômica rara e, sua associação com aneurisma de aorta abdominal, torna o presente caso mais raro ainda. Relato do Caso: Homem, 67 anos, hipertenso, assintomático, com achado incidental, à USG de abdome, de aneurisma de aorta infrarenal com 6,0 cm de diâmetro. Realizado angiotomografia com identificação de rim esquerdo pélvico (rim direito tópico/tamanho normal), sendo confirmado na aortografia a emergência de artéria renal esquerda (única) da bifurcação aortoiliaca. Ambos os rins de tamanho normal e relação córtico-medular preservada. Paciente foi submetido à tratamento cirúrgico aberto, tendo sido realizada reconstrução arterial com prótese de dacron bifurcada 20x10 mm com ramo direito anastomosado diretamente na artéria renal ectópica. O tempo de isquemia quente foi de 31 minutos. O ramo esquerdo da prótese bifurcada foi anastomosado na íliaca comum esquerda e a revascularização da íliaca comum direita foi realizada com ponte de prótese de dacron reto 10 mm (originando-se do corpo principal do enxerto). Como medida de proteção renal foi administrado manitol prévio ao clampamento aórtico. O paciente foi extubado no pós operatório imediato, recebendo alta do CTI no 1o dia pós-operatório. Durante internação na enfermaria paciente evoluiu com íleo paralítico prolongado com boa resposta ao suporte clínico; durante internação função renal e PA permaneceram normais. Paciente recebeu alta hospitalar no 8o dia pós-operatório. Conclusão: A presença de rim pélvico torna mais complexa a correção dos aneurismas de aorta abdominal, exigindo atenção especial à anatomia vascular do rim ectópico, no sentido de planejar antecipadamente sua abordagem, com o intuito de minimizar ao máximo a lesão por isquemia-reperusão do mesmo.

SESSÃO 52: 16050 - EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO NO USO DA ENDOPRÓTESE FENESTRADA ? RELATO DE CASO

Antonio Joaquim Serra De Freitas; Leonardo De Castro; Cláudio Santoro; Bruno Barone; Débora Oliveira; Celina Rosário De Freitas; **Pedro Ferreira Pasetto**; José Augusto Pires De Freitas; Valter Willian De Paiva; Ana Paula Castro Dos Santos

Hospital Central Do Exército, Rio De Janeiro, Brazil

Tema: Experiência Inicial do Hospital Central do Exército no Uso da Endoprótese Fenestrada – Relato de Caso Autores: Pedro F. Pasetto, Antonio Joaquim Serra De Freitas; Leonardo De Castro; Cláudio Santoro; Bruno Barone; Débora Oliveira; Celina Andrea Freitas Do Rosário; José Augusto Pires De Freitas; Valter Willian De Paiva & Ana Paula Castro Dos Santos Serviço: Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Central do Exército - HCE Objetivo: Relatar um caso de aneurisma de aorta abdominal justa-renal tratado por via endovascular com o uso de endoprótese fenestrada Materiais e Métodos: As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. O paciente foi submetido a tratamento de aneurisma de aorta abdominal justa-renal por via endovascular com o uso de endoprótese fenestrada, com cateterização e angioplastia do tronco celíaco, artéria mesentérica superior e artérias renais. Resultados: O paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral, sem dores abdominais, pulsos presentes e amplos. Optou-se por manter a dupla antiagregação plaquetária via oral e o acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O tratamento do aneurisma de aorta justa-renal por via endovascular mostrou-se efetivo com o uso da endoprótese fenestrada. Porém, ainda são escassos e isolados os relatos desse tipo. Sendo assim, para uma conclusão mais apropriada e segura, estudos prospectivos randomizados e comparativos se fazem necessários para análise criteriosa do método.

SESSÃO 52: 16075 - A COMPLEXIDADE E O DESAFIO DOS TRATAMENTOS ENDOVASCULAR PARA ANEURISMAS COM ÂNGULOS HOSTIS. RELATO DE CASOS

Mauricio Rocco De Oliveira; Fausto Miranda; Marcelo Cury; Wanderbilt Duarte De Barros Neto; Rodrigo Gibin Jaldin; Andre M. Cancela; Guilherme V. Meirelles; Camila Kolber Del Priore; Thamirys Guimaraes Marques; Wesley Lobo Avelar Junior; Elias Abdala Tauil Filho; Leandro Teixeira Rocha; Naim Carlos Elias; Armando De Carvalho Lobato

Icve, São Paulo, Brazil

Introdução: O tratamento endovascular de aneurismas vem enfrentando situações desafiadoras de colo aórticos. Ao utilizar endopróteses dentro das instruções de utilização, é extremamente eficaz na prevenção de morte relacionada com o aneurisma, ruptura e expansão do saco aneurismático ao longo prazo. Ângulos agudos no colo do aneurisma proximal ($> 60^\circ$) é reconhecido como um importante fator de risco de falha do tratamento endovascular para os aneurismas aórticos. A angulação aumenta dificuldade de introdução de sistema de entrega, implantação de endoprótese e pode aumentar "endoleak" tipo I. Um colo angulado e/ou comprimento proximal Os relatórios de sucesso do tratamento de pacientes com colo proximal severamente angulados ($> 60^\circ$) estão aumentando na literatura. No entanto, quando o colo angulado está presente, o desafio torna-se intensificado e exige extrema precisão, a fim de localizar a endoprótese na posição exata que lhe permitiria manter a sua eficácia a longo prazo. Objetivo Relatar 3 casos com utilização da endoprótese Aorfix™ AAA Flexible Stent Graft System e seus resultados Métodos Trata-se de estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários e imagens de pacientes portadores desta enfermidade atendidos no ICVE-SP (Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo) Discussão Os resultados sugerem uma potencial opção menos invasiva para pacientes com anatomia com colos altamente angulados que de outra forma não têm opções endovasculares, e esta é atualmente a única endoprótese com a aprovação pela FDA + CE para tratar aneurismas gravemente angulados. Porém, estudos com maior número de pacientes e com acompanhamento a médio e longo prazos podem definir melhor a sua aplicabilidade

SESSÃO 52: 16084 - AUTOTRANSPLANTE RENAL: UMA ALTERNATIVA PARA AUXILIAR O TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM COLO RENAL CURTO

Guilherme Campos; Gaudencio Espinosa; Marcio Filippo

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio De Janeiro, Brazil

Relatamos um caso de tratamento de aneurisma de aorta abdominal de colo renal curto tratado pela via endovascular e, precedido por autotransplante renal, sendo uma alternativa viável (em casos selecionados) ao tratamento endovascular convencional, quando outras alternativas de maior custo não forem possíveis (próteses ramificadas, fenestradas, chaminé...)

SESSÃO 53: 16035 - CASO COMPLEXO DE TOS TRATADO COM CIRURGIA HÍBRIDA

Alexandre Inacio Moreira Coutinho¹; Stefany Gimenes Baptista Coutinho¹; Cleinaldo De Almeida Costa²; Marcelo Dorneles De Sousa¹; Vitor Penteado Figueiredo Pagotto¹

1 - Marinha Do Brasil, Manaus, Brazil; 2 - Universidade Estadual Do Amazonas, Manaus, Brazil

Introdução: TOS (Thoracic Outlet Syndrome) tem uma grande variedade de sinais e sintomas com a compressão do feixe neurovascular no membro superior ipsilateral. Existem três tipos de compressão na síndrome do desfiladeiro torácico: Neurogênica, venosa e arterial. A compressão arterial é frequentemente associada à costela cervical, anomalias na primeira costela e raramente anomalia na inserção do músculo escaleno anterior. Os sinais e sintomas são resultantes de embolização arterial distal ou oclusão arterial aguda por aneurisma da artéria subclávia. Pode ocorrer estenose arterial por anomalia da costela. Nosso objetivo foi relatar um caso complexo de TOS em um paciente militar da ativa da Marinha do Brasil que estava em missão na Amazonia Ocidental e veio transferido para Manaus-AM com isquemia arterial crônica agudizada no membro superior esquerdo. **Materiais e Métodos:** O paciente apresentava-se clinicamente com dor em repouso, paralisia, parestesia, palidez, cianose não fixa nas extremidades dos quirodáctilos e ausência de pulso axilar, braquial, radial e ulnar no membro superior esquerdo. Identificado pelo eco color doppler arterial do membro superior esquerdo, aneurisma trombosado no terço médio da artéria subclávia, sem deságue. A radiografia de tórax revelou costela cervical bilateral. Angiotomografia de tronco supraaórtico e membro superior esquerdo confirmou aneurisma trombosado da artéria subclávia esquerda (ASE), adjacente a inserção da costela cervical na primeira costela. A primeira intervenção foi a ressecção da costela cervical interposta com a primeira costela pelo acesso supraclavicular, seguido de tromboembolectomia axilar-braquial, radial-braquial e ulnar-braquial pelo acesso à artéria braquial distal. Não visualizado “back flow” pela artéria radial e ulnar. Puncionado artéria femoral direita pela técnica de Seldinger e implantado introdutor 6F, seguido de cateterismo da ASE com cateter SIM’s 1 e posterior angiografia identificando oclusão da ASE, seguido de implante com Stent revestido Fluency 10x40 com bom fluxo após o Stent até a artéria axilar. Não visualizado deságue através da axilar, braquial, radial e ulnar. Optamos

pela trombólise com ativador recombinante do plasminogênio tecidual (rt-PA) 10 mg em bolus e 0,05mg/kg/h em dripping com microcateter multiperfurado por 8 horas. Angiografia de controle identificou estenose crítica por trombo crônico aderido na parede da artéria axilar com bom deságue para artéria ulnar; sem recanalização da artéria radial. Corrigido a estenose crítica na artéria axilar com implante de Stent autoexpansível. Apresentou bom “runoff” pela artéria ulnar com enchimento do arco palmar e ausência de compressão externa do Stent na artéria axilar durante o movimento de abdução e adução do ombro esquerdo. **Resultado:** Houve um sucesso técnico, com reversão da isquemia crítica do membro superior esquerdo, com boa perfusão distal e enchimento do arco palmar. O paciente queixou-se da melhora parcial da parestesia na mão, porém, houve regressão total da paralisia. Não apresentou déficit motor. Foi realizado primeiramente a descompressão do segmento arterial, com a ressecção da costela cervical. A correção endovascular foi uma alternativa menos invasiva em relação a cirurgia convencional com enxerto autólogo. Não impossibilitando nova intervenção em caso de fratura, estenose e oclusão do Stent. **Conclusão:** A cirurgia híbrida para TOS com costela cervical e isquemia crítica do membro superior por trombose de aneurisma na artéria subclávia é uma opção factível, com baixa taxa de mortalidade e complicações.

SESSÃO 53: 16163 - RELATO CASO: TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARCADA BUHLER

Marcos Maraskin Fonseca; Jose Luiz Guimaraes Filho; Lara Rech Poltronieri; Joel Alex Longui; Marcus Vinicius Pezzella; Rodrigo Argenta; Ricardo Berguer Soares; Eduardo F. Medronha

Serviço De Cirurgia Vascular Do Hospital Conceição,
Porto Alegre, Brazil

OBJETIVO: A arcada de Buhler representa a persistência embriológica da anastomose ventral entre a artéria mesentérica superior e o tronco celíaco. Aneurisma nesse território e ainda menos comum e esta associado a estenose do tronco celíaco. Relato de caso de um paciente que apresentou ruptura de aneurisma sacular da Arcada de Buhler com tratamento Endovascular - embolização. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 69 anos, previamente hipertensa e fibrilação atrial com tratamento irregular, sem historia de tabagismo, chega a emergência do hospital com queixa de dor epigástrica com irradiação para região dorsal, hipotensão e sudorese. Realizado AngioTC de abdome que evidenciou imagem sacular medindo 8,3 por 3,5 cm acompanhada de infiltração da gordura mesentérica adjacente e liquido livre em pelve. Paciente foi levada a hemodinâmica para embolização apos estabilização clinica. Realizado punção da artéria femoral comum direita e cateterismo seletivo da artéria mesentérica superior com guia hidrofílica 0.035" e cateter RDC 6Fr. Apos injeção de contraste, identificado arcada que comunica artéria mesentérica superior com a artéria esplênica (arcada de Buhler) com aneurisma sacular nesta arcada. Realizado cateterismo seletivo do aneurisma com guia 0.018" e micro cateter para embolização com mola num total de 4 molas. Paciente evolui bem tendo alta hospitalar no 5 dia apos procedimento com plano de seguimento ambulatorial. **DISCUSSAO E CONCLUSAO:** A arcada de Buhler representa a persistência embriológica da anastomose ventral entre a artéria mesentérica superior e o tronco celíaco. Sua incidência e desconhecida, porem estima-se que seja menor que 4% na população, e a progressão ou formação aneurismática esta associada a estenose/oclusão do tronco celíaco. Geralmente de característica assintomática e sem impacto clinico. Entretanto a degeneração aneurismática pode colocar a vida do paciente em risco caso não diagnosticado e tratado rapidamente. Devido a complexidade de cateterizacao e necessidade de preservação de colaterais, o procedimento tem maiores taxas de sucesso quando realizado com técnica de micro cateter e micro molas.

SESSÃO 53: 16166 - RELATO DE CASO: ANEURISMA DE ARTERIA POPLITEA EM PACIENTE COM DOENÇA DE BEHÇET.

Marcos Maraskin Fonseca; Lara Rech Poltronieri; Jose Luiz Guimaraes Filho; Ricardo Berguer Soares; Rodrigo Argenta; Joel Alex Longui

Serviço De Cirurgia Vascular Do Hospital Conceição,
Porto Alegre, Brazil

OBJETIVO: A doença de Behcet (vasculite sistêmica de causa desconhecida) pode ser causa de doença aneurismática. Sua incidência ocorre habitualmente em jovens, acometendo principalmente a aorta abdominal, podendo ser múltiplos aneurismas e de formato sacular. Relato de caso de paciente com ruptura de aneurisma de artéria femoral superficial por doença de Behcet. **RELATO DE CASO:** paciente masculino, 34 anos, tabagista, historia de uso de cocaína no passado, sem historia de trauma em membro recente, chega a emergência do hospital com quadro de dor intensa em MIE e abaulamento pequeno em terço distal da coxa esquerda com menos de 24 horas de evolução. Apresentava palidez e diminuição da temperatura da perna esquerda sem pulso poplíteo, tibial posterior ou pedioso. Realizado AngioTC que evidenciou aneurisma roto de artéria poplíteia supra-condiliana acometendo interlinha articular do joelho (Figura 01 e 02). Paciente submetido a procedimento cirúrgico aberto de exploração do segmento poplíteo e realizado by-pass femoro-poplíteo infra-condiliano com veia safena ipsilateral. Material enviado para cultura sem crescimento. No pós-operatório, paciente apresentou ulceras orais e peniana (historia de recorrência de ulceras) sendo diagnosticado doença de BEHÇET. Realizado terapia imunossupressora com melhora do quadro pela equipe e reumatologia. **DISCUSSAO E CONCLUSAO:** A doença de Behcet é uma vasculite sistêmica que acomete artérias e veias de qualquer calibre e em qualquer órgão. É caracterizada por úlceras orais e genitais, recorrência de lesões cutâneas e oculares. O acometimento de grandes vasos arteriais é observado em 1-7% dos pacientes sendo mais comum a doença aneurismática que a oclusiva, sobretudo em indivíduos do sexo masculino com início da doença em idade mais jovem. O processo inflamatório das artérias na doença de Behçet é aguda e destrutiva para a parede do vaso, resultando na rápida formação de verdadeiros e/ou pseudoaneurismas com uma maior incidência de ruptura e sangramento. Devemos pensar nessa patologia como diagnostico diferencia em pacientes jovens com aneurisma de grandes vasos.

SESSÃO 53: 16171 - ANEURIMA DE ARTÉRIA ILÍACA EXTERNA TRATADA COM CORREÇÃO ENDOVASCULAR E RELACIONADA COM ACHADOS INFLAMATÓRIOS DE IMAGEM EM CRIANÇA DE 5 ANOS.

Adjaldes Ribeiro De Moraes Júnior; Vinicius Bertoldi; Daniel Faccioli; Bruno Donegá Constantin; Sergio Ricardo Abrão; Bruno Donegá Constantin; Anna Paula Sincos; Igor Rafael Sincos; Ricardo Aun; Alex Lederman; Fernando Saliture Neto; Aline Simplício Bigatão; Vitor Cervantes Gornati

Hospital Israelita Albert Einstein, Brazil

Relatamos um aneurisma de artéria ilíaca externa em criança do sexo feminino, de 5 anos de idade, associada com história prévia de febre por 3 dias, sem sinais localizados, e sufusão conjuntival 10 dias antes. Este é um caso único considerando a forte suspeita clínica de doença de Kawasaki. A criança foi submetida a tratamento com prótese endovascular, interferon endovenoso, com bons resultados clínicos, recuperação completa e alta hospitalar 3 dias após. Outros diagnósticos diferenciais foram excluídos, uma vez que não houve evidência de infecção bacteriana nos exams laboratoriais seriados, sem doença do tecido conectivo detectada ou artrite. O aneurisma na artéria ilíaca externa, pode ter consequências catastróficas, foi relacionada a doença relativamente comum na infância (vírose ocasionando Doença de Kawasaki) e é raramente encontrada na radiologia pediátrica que deve ser reconhecida para reduzir a morbidade.

SESSÃO 53: 16180 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA ISOLADO DE ARTÉRIA ILÍACA BILATERAL

Gilberto Tubino Da Silva; Alexandre Bueno Da Silva; Eduardo Lima Tigre; **Francis Margel Vogel;** Gabriel Oliveira Da Silveira

Hospital Da Cidade De Passo Fundo, Passo Fundo, Brazil

INTRODUÇÃO O aneurisma isolado de artéria ilíaca corresponde a menos de 2% dos aneurismas abdominais, sendo mais prevalente em homens. Quase que na sua totalidade tem etiologia aterosclerótica. Possui sintomatologia inespecífica e, na maioria dos casos, poucos sinais ao exame físico¹. Quando roto, tem índice de morbimortalidade próximo ao aneurisma de aorta abdominal. Por esse motivo, há a preocupação do diagnóstico e tratamento precoces². **OBJETIVO** Relatar o caso de um paciente masculino, com rim pélvico transplantado e presença de aneurisma isolado de artérias ilíacas. **MÉTODO** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de: revisão de prontuário médico, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos meios diagnósticos e revisão da literatura. **RELATO DO CASO** Anamnese Paciente I.A.D.A., masculino, 63 anos, refere presença de massa pulsátil em fossa ilíaca direita durante os exames de rotina com nefrologista. Ex-tabagista. Como comorbidades relata Hipertensão Arterial Sistêmica, bem controlada com uso de apenas uma classe de medicamento anti-hipertensivo. História pregressa de transplante renal pélvico direito com vascularização em eixo ilíacos externos, há 20 anos. Exame Físico Bom estado geral, com pressão arterial de 110 x 60 mmHg. Pulsos femorais, poplíteo e distais presentes e simétricos. Abdome: assimétrico com massa pulsátil em fossa ilíaca direita, indolor à palpação. Exames subsidiários O paciente realizou Ultrassom Abdominal Total, que evidenciou aneurisma de artéria ilíaca direita, com aproximadamente 6 cm no maior diâmetro. Foi, então, encaminhado ao Serviço de Cirurgia Vascular HCPF, onde submeteu-se a Angiotomografia de Abdome, evidenciando dilatações aneurismáticas, parcialmente trombosadas, em ambas artérias ilíacas comuns, em toda extensão. Medindo no maior diâmetro, 7,9cm à direita e 6,5cm à esquerda. Conduta Realizou-se tratamento endovascular de aneurisma de artérias ilíacas, com endoprótese de aorta abdominal infrarrenal bifurcada ENDOLOGIX AFX (25x80mm), extensão ilíaca esquerda EXCLUDER (16x14,5x12mm) e ilíaco direito VIABAHN (13X50mm) E (13X100mm). Posteriormente, evidenciou-se selamento total do aneurisma em Angiografia de controle pós-operatório. paciente recebeu alta após três dias

com uso de AAS 100mg e Clopidogrel 75mg. Sendo realizado controle com angiogramografia com 60 dias que evidenciou selamento total dos aneurismas. **DISCUSSÃO** Os aneurismas isolados de artéria ilíaca são raros e de complicado diagnóstico. Apresentam certo grau de dificuldade em seu tratamento, seja por sua anatomia complexa, comorbidades associadas ou sua alta incidência de ruptura.³ Os pacientes, em sua maioria, se mostram assintomáticos. Entretanto, quando sintomáticos, os mais comuns são: ruptura do aneurisma, embolização distal, trombose, sintomas uretrais e compressão neurológica.⁴ O reparo endovascular do aneurisma de artéria ilíaca (IVAR) apresenta menor tempo cirúrgico e perda sanguínea intraoperatória, se comparado ao procedimento convencional. Tal fato resulta em menor morbimortalidade³. O IVAR fornece satisfatória taxa de exclusão do aneurisma a curto e médio prazo. Ademais, evita os riscos da dissecação profunda na pelve e suas complicações.

SESSÃO 53: 16202 - ANEURISMA ROTO DE ARTERIA MAMARIA INTERNA NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 RELATO DE CASO

Wesley Lobo Avelar Junior; Mauricio Rocco De Oliveira; Elias Abdla Tauil Filho; Leandro Teixeira Rocha; Thamirys Guimaraes Marques

Icve, São Paulo, Brazil

PACIENTE DEU ENTRADA EM CHOQUE HIPOVOLEMICO, SUBMETIDA A TOMOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU-SE HEMATOMA EXTRA PLEURAL COM ANEURISMA ROTO DE MAMARIA INTERNA, LEVADO A HEMODINAMICA E TRATADA COM EMBOLIZACAO E VIABAHN.

SESSÃO 54: 16009 - RECANALIZACION DE FISTULA DE DIALISIS CON STENT GRAFT

Pablo Alejandro Marina; Marcelo Pettinari; Thomas Jorge; Aldassoro Armando; Diaz Roberto; Cañarte Gonzalo

Sanatorio Modelo Burzaco, , Argentina

OBJETIVO: DESCRIBIR LA RECANALIZACION DE PROTESIS DE PTFE DE DIALISIS CON STENT GRAFT MATERIAL Y METODOS: PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD, DIABÉTICO II, PANVASCULAR, ANTECEDENTE DE DIALISIS TRISEMANAL ATRAVES DE FISTULA DE PTFE FEMORAL IZQUIERDA QUE EXPERIMENTA OCLUSIÓN AGUDA. SE DERIVA DESDE CENTRO DE DIALISIS PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. PROCEDIMIENTO: PUNCIÓN ANTEROGRADA FEMORAL IZQUIERDA CON COLOCACIÓN DE INTRODUTOR 8FRENCH. SE OBJETIVA OCLUSIÓN DE FISTULA DE DIALISIS EN ORIGEN. CON APOYO DE CATETER DIAGNÓSTICO JR6Fr SOBRE CUERDA HIDROFILICA SE LOCALIZA EL SITIO DE OCLUSIÓN. LUEGO DE NAVEGAR CON CATETER DIAGNÓSTICO HASTA TERCIO MEDIO DE LA PROTESIS DE PTFE SE INTERCAMBIA GUIA HIDROFILICA POR GUIA EXTRASORTE QUE AYUDA A POSICIONAR EL CATETER Y LA CUERDA HASTA EL EXTREMO VENOSO DE LA PROTESIS RESULTADOS: SE PREDILATA CON BALÓN PERIFÉRICO 6.0X59mm LA PROTESIS DE PTFE SIN COMPLICACIONES. SE LOCALIZA ESTENOSIS CRÍTICA EN EL ORIGEN DE LA PROTESIS DE PTFE Y SE IMPLANTA UN STENT GRAFT ADVANTA V12 DE 6.0X22mm. SE REALIZA ANGIOGRAFÍA CONTROL RECUPERANDO LA PERMEABILIDAD DE LA FISTULA EN TODA SU EXTENSIÓN. EL PACIENTE EVOLUCIONA CON RECUPERACIÓN DE ACCESO PARA DIALISIS Y DOPPLER CONTROL AL SEXTO MES CON FISTULA PERMEABLE CONCLUSIÓN: SE PUEDE REALIZAR LA ANGIOPLASTIA CON BALÓN EN FISTULA DE PTFE COMO MÉTODO DE RECANALIZACIÓN. EL IMPLANTE DE STENT GRAFT EXPANDIBLE POR BALÓN EN EL SITIO DE ESTENOSIS CRÍTICA NOS AYUDA A MANTENER PERMEABLE EL ACCESO PARA DIALISIS

SESSÃO 54: 16056 - O PAPEL DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR NA DISFUNÇÃO DE ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE.

Antonio Carlos Mansur Bedeti; Gerson Marques Pereira Júnior; Ricardo Wang; Carlos Rafael De Almeida Felipe; Carlos Augusto Bueno Silva; André De Souza Alvarenga; Saulo Augusto Lima; Freddy Montecinos Garcia; Soraia Cristina Cantini; Vinicius Goncalves Loureiro; Vinicius Valentim; Augusto Lima Filho

Santa Casa De Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brazil

Introdução: A disfunção de acessos vasculares é uma das principais causas de morbimortalidade em pacientes em hemodiálise. A abordagem endovascular é o tratamento de escolha na maioria dos casos, promovendo o retorno da funcionalidade e a maior longevidade dos acessos vasculares definitivos, reduzindo a necessidade de implante de cateteres para a realização de hemodiálise. Métodos: No período de outubro de 2013 a janeiro de 2016, 70 procedimentos endovasculares foram realizados em 53 pacientes renais crônicos com disfunção de acesso vascular para hemodiálise. Resultados: A média de idade dos pacientes foi de 55,5 anos, sendo 60,4% do sexo masculino, 77,3% hipertensos, 30,2% diabéticos e 47% dislipidêmicos. Até a data da realização do procedimento, cada paciente havia perdido em média 4,4 acessos vasculares e o tempo médio de uso de cada acesso até a falência foi de 3,1 anos. As causas de disfunção do acesso vascular foram: trombose (24,3%), estenose (41,4%) e edema limitante do membro do acesso vascular (34,3%). A angioplastia por cateter balão foi realizada em todos os procedimentos. O implante de stent foi realizado em 18,5% dos casos. O procedimento foi considerado como sucesso quando houve retorno da utilização do acesso tratado para realização de hemodiálise, sem necessidade de implante de cateter, sendo obtido em 95,7% dos procedimentos. O primeiro paciente tratado apresentou sangramento maior no sítio de acesso sendo necessário hemotransfusão. Durante o seguimento médio de 411 dias, 8 pacientes faleceram, nenhum de causa relacionada ao procedimento. Neste período, considerando os 45 pacientes que permaneceram em hemodiálise, a patência primária pós intervenção e a secundária foram de 75,5% e 93,3% respectivamente. Conclusão: O tratamento endovascular da disfunção de acessos vasculares para hemodiálise, neste estudo, apresentou elevadas taxas de reestabelecimento e da manutenção da funcionalidade deste acessos a médio e longo prazo.

SESSÃO 54: 16167 - ABORDAGEM PRECOCE DE ESTENOSE DE VEIA CENTRAL: SALVAMENTO DE ACESSO PARA HEMODIÁLISE EM PACIENTE RENAL CRÔNICO.

Dafne Braga Diamante Leiderman; Felipe Soares Ribeiro;
Walter Campos Junior; Nelson De Luccia; Pedro Puerch Leão

Hcfmusp, São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO: As estenoses de veias centrais são uma complicação frequente e um desafio a serem tratados em pacientes hemodialisados dependentes. Obstruções de troncos venosos neste grupo são provocadas por lesão mecânica ao endotélio em contato constante com o cateter. Em consequência, há surgimento de trombose, fibrose, edema do membro, circulação colateral e prejuízo da hemodiálise. **MÉTODO:** Revisão de prontuário médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, com propósito de relatar um caso de estenose de veia inominada esquerda com diagnóstico clínico precoce, objetivando preservação de fístula arterio-venosa no membro envolvido e melhora de qualidade de vida. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 58 anos, com doença renal crônica dialítica há 3 anos. Apresentava fístula braquio-basílica em membro superior esquerdo desde 2012 pela qual realizou diálise ao longo de 01 ano. Em 2013 foi implantado cateter de longa permanência (permcath) em veia jugular interna esquerda devido dificuldade de punção e má superficialização da veia basílica. Iniciou quadro de edema de membro superior esquerdo progressivo em dezembro de 2014, com surgimento de colaterais venosas em região cervical e hemitorax esquerdo e sintomas congestivos locais. Mantinha diálise pelo permcath e FAV em MSE seguia funcionando, embora sem uso. Realizado angio-TC que identificou estenose venosa central no trajeto do cateter na veia inominada, e decidido por intervenção endovascular. Realizado intervenção em centro cirúrgico: retirada de cateter de longa permanência com manutenção de seu acesso por fio-guia hidrofílico 0,035 e realizado angioplastia de veia inominada esquerda com balão Mustang 12x40mm e Wallstent 12x90mm por acesso superior (punção de veia basílica esquerda proximal à anastomose). Após procedimento, observado melhora significativa do fluxo pela FAV e reperfusão do tronco venoso. Em mesmo procedimento, realizado superficialização de veia basílica para realização de diálise. Obteve alta no 2º pós-operatório com melhora significativa do edema do MSE. Em controle ambulatorial após 30 dias do procedimento encontrava-se sem edema residual de MSE, FAV funcionando, assintomática.

CONCLUSÃO: A estenose ou oclusão fibrótica de veias centrais se configura como um problema de grande impacto em pacientes com doença renal crônica estágio terminal levando a falência de acessos, aumento de morbidade e riscos associados a múltiplos procedimentos e intervenções. O Diagnóstico precoce deve ser encorajado ativamente objetivando abordagens resolutivas com preservação e aumento da patência de acessos de longa permanência.

SESSÃO 54: 16186 - TRATAMENTO FAV TRAUMÁTICA EM MEMBRO SUPERIOR COM UTILIZAÇÃO DE POLIDOCANOL - RELATO DE CASO.

Carla De França Gonçalves; Ana Cristina De Oliveira Marinho; Gaudencio Espinosa; Guilherme De Souza Campos; Joana Sardenberg; Rafael Resende Da Costa

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Ufrj, Rio De Janeiro, Brazil

Introdução: As FAV traumáticas podem ocorrer após traumas fechados e abertos, seja por projéteis de arma de fogo e lesões por arma branca, principalmente quando há fratura de ossos longos. Podem abrir com quadro de hematoma, sangramento ativo e massa pulsátil, devendo ser abordadas no momento do diagnóstico, porém também podem ser assintomáticas e serem diagnosticadas até após meses e anos, os pacientes com lesões suspeitas devem ser submetidos a exame de imagem para confirmação do diagnóstico e posterior tratamento. Objetivo: relatar a eficácia do tratamento com polidocanol em FAV traumática pequena em membro superior. Material e métodos: Relato de caso de paciente do sexo masculino, de 33 anos, com trauma em membro superior esquerdo após acidente automobilístico em 2013, com necessidade de osteossíntese de úmero e posteriormente nova cirurgia para retirada de material rejeitado com infecção local, após um ano das cirurgias, evoluiu com edema importante e eritema do membro. Submetido a ecodoppler com confirmação de FAV em trajeto de veia basilíca e também a arteriografia que evidencia fav a partir de ramo da artéria braquial. Foi submetido a embolização com polidocanol, guiado por Doppler, de ramos que se apresentavam com fluxo arterializado. Após 10 meses de tratamento, o paciente apresentou melhora do edema e do eritema. Resultados: Após utilização da embolização com polidocanol da FAV, paciente apresentou melhora dos sinais e sintomas. Conclusão: A embolização de FAVs pequenas com uso de polidocanol e guiada por Doppler, é uma técnica segura, que pode ser realizada com anestesia local e apresenta ótimos resultados, sendo uma alternativa a cirurgia aberta, apresentando menos complicações e riscos.

SESSÃO 64: 16058 - " ENDOVASCULAR TREATMENT OF FOCAL INFRARENAL AORTIC STENOSIS WITH ABSENCE OF THE CELIAC TRUNK - CASE REPORT"

Paulo Eduardo Ocke Reis; Fernando De Azambuja Fontes; Irlandia Figueira Ocke Reis; Luciana Cristina Menezes; Lys Nunes Dos Santos; Marcello Nascimento Rotolo; Pietro De Almeida Sandri

Clínica Vascular Ocke Reis, Rio De Janeiro, Brazil

Abstract Purpose: This case report describes a case of abdominal aortic stenotic disease treated with covered balloon- expandable stent with absence of the celiac trunk artery. Technique: Patients are selected for this strategy if they have a lesion without bifurcation involvement located at the mid segment of the infrarenal aorta or stenosis with unfavorable aortic anatomy, or severely diseased and calcified distal aorta. Conclusion: Our result in this case supports the feasibility, safety, and efficacy of stenting for stenosis of the distal infrarenal aorta. Keywords: aortic stenosis, endovascular procedures, angioplasty, endovascular surgery, celiac trunk variation Introduction The early surgical treatment of aortic stenosis were endarterectomy or bypass surgery and have been used exclusively until the 1980s.¹ The surgical approach was considered as the standard treatment for occlusive disease of the abdominal aorta in chronic arterial stenosis or occlusions with great calcium component. Percutaneous transluminal angioplasty has been proposed as an alternative to surgery, and several series have demonstrated its safety and efficacy in localized stenosis of the distal infrarenal aorta. The feasibility of a randomized study comparing endovascular treatment to open surgery is low because of the rarity of the disease, however, more data could help to perform meta-analyses. Short aortic occlusions are not a risk factor for the early and late patency rate and should be downgraded from group TASC D and could be first line approach for infrarenal aortic occlusive disease.⁴ Few minor series have been published and no agreement has been found regarding which procedure should be considered as a first line treatment. The incidence of focal distal aortic stenosis without involvement of the aortic bifurcation is quite low so these lesions are usually reported in the literature along with stenosis involving the aortoiliac junction. The incidence of isolated stenosis in the infrarenal aorta appears to be higher in young women, perhaps attributable to nicotine abuse.

SESSÃO 64: 16131 - ESTUDO PILOTO DO USO DE PROSTAVASIN® INTRAARTERIAL EM BOLUS NA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA DOS MEMBROS INFERIORES SEM CONDIÇÕES DE REVASCULARIZAÇÃO

Mateus Picada Correa¹; **Julio Cesar De Mello Bajerski**¹; Jaber Nashat Saleh¹; Rafael Stevan Noel¹; Omar Toufic¹; Adolfo Lara Brkanitch¹; Jessica Nunes Garcia¹; Kevin Gollo¹; Lauren Dos Santos Copatti¹; Isadora De Mello Godoy¹; Francine Camboim Ruzzarin²

1 - Invasc - Instituto Vascular De Passo Fundo, Passo Fundo, Brazil; 2 - Hospital São Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil

Introdução: O Prostavasin é uma prostaglandina que atua como vasodilatador periférico e anti-inflamatório na doença arterial periférica. Diversos estudos da sua utilização intravenosa e intrarterial seriada foram realizados. Em 2012, Parodi relatou o uso intra-arterial (IA) em dose única em bolus para o tratamento da isquemia crítica. Todavia, nenhum estudo foi realizado para avaliação da eficácia do tratamento. Este é um estudo piloto para avaliação da eficácia do alprostadil nesta situação. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo de casos com análise de prontuários dos pacientes portadores de isquemia crítica de membros inferiores tratados com Prostavasin intrarterial em dose única em bolus no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, RS. Foram analisados fatores de risco e comorbidades e foram avaliadas complicações do tratamento. **Resultados:** De julho de 2014 a junho de 2015, 15 pacientes com idade média de 56 anos (9 homens, 6 mulheres) portadores de doença arterial periférica de classes Rutherford 4 a 6, foram avaliados. Um paciente que recebeu duas sessões de Prostavasin IA para isquemia aguda de quirodáctilo foi excluído do estudo. Todos os pacientes apresentavam TASC I D infrapatelar, com artérias de deságue com classificação de 2.5 (4 pacientes) e 3 (4 pacientes). Em todos os pacientes foi utilizada a dose de 10 ampolas de 20mcg de Prostavasin intrarterial em bolus em uma hora, com o paciente com raquianestesia. Não foram identificados nesta coorte sintomas gastrointestinais, cefaléia ou flushing durante a infusão. Três pacientes apresentaram taquicardia. Nenhum paciente evoluiu com edema agudo de pulmão ou isquemia coronariana. Um paciente faleceu de sepse pulmonar e dois pacientes sofreram amputações maiores devido à osteomielite já existente. Nenhum paciente foi amputado por dor isquêmica refratária ou não cicatrização de feridas. O restante dos pacientes apresentou melhora dos sintomas e cicatrização das

suas feridas. **Conclusão:** Apesar do número inicial de pacientes e conforme os dados da literatura existentes sobre o uso venoso de Prostavasin, o estudo evidenciou que o uso intrarterial na doença arterial periférica não diminui o número absoluto de amputações, porém aumenta a permanência do paciente com o membro e melhora os sintomas isquêmicos. Estudos com números maiores de pacientes são necessários para corroborar os achados do nosso estudo.

SESSÃO 64: 16138 - TROMBÓLISE DE ENXERTOS AXILOFEMORAIS COM PRÓTESE DE DACRON OCLUÍDOS? RELATO DE CASOS

Bianca Marinelli Teixeira; Tamiris Arruda De Matos Ingrund; Marcelo Franchini Giusti; Isabella Ramos De Carvalho Lotti; Karina De Mendonça Uchoa Pacheco; Agenor José Vasconcelos Costa; João Antonio Correa; Yumiko Regina Yamazaki

Faculdade De Medicina Do Abc, Sao Paulo, Brazil

Introdução: O tratamento trombolítico com injeção direta de agentes fibrinolíticos diretamente nas próteses apresenta recanalização satisfatória com baixas taxas de complicações sistêmicas. Relato dos casos: Relatamos 2 casos de trombólise de enxertos axilofemorais em pacientes admitidos com isquemia aguda devido trombose do enxerto de dacron. Em ambos foi realizada através de acesso braquial e aplicada solução de RTPa retrogradamente. Devido a presença de trombos residuais, um dos casos necessitou de infusão por maior tempo , sem complicações maiores. Pulso sistólico foi palpado em todo trajeto da prótese após infusão nos dois casos. Administração concomitante de heparina utilizada para prevenir retrombose. A arteriografia final em ambos os casos mostrou a dissolução completa de trombos resultando perviedade da prótese e adequada perfusão dos membros. Conclusão: A trombólise farmacológica é uma técnica factível para reparar oclusões de enxerto, sem complicações hemorrágicas maiores.

SESSÃO 64: 16199 - REINTERVENÇÃO ENDOVASCULAR INFRAINGUINAL NO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO HUPE ? UERJ: ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS CASOS

Livia Carvalho-marchon; Cristina Ribeiro Riguetti-pinto; Felipe Borges Fagundes; Bernardo Senra Barros; Cristiane Araujo Gomes; Helen Christian Pessoni; Monica Rochedo Mayall; Leonardo Castro; Paulo Prette; Jamil Moroun; Igor Martins; Caio Neves; Rodrigo De Rezende Teixeira Maciel; Eric Paiva Vilela; Carlos Eduardo Virgini-magalhães

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj, Rio De Janeiro, Brazil

O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil de conduta do nosso serviço em relação as reintervenções cirúrgicas infrainguinais, analisando a indicação da técnica endovascular e os resultados. Foram analisados retrospectivamente todos os pacientes submetidos a reintervenção endovascular, após revascularização infrainguinal, no Serviço de Cirurgia Vascular do HUPE-UERJ de janeiro de 2013 a julho de 2015. Os pacientes foram acompanhados com exame clínico e duplex scan no primeiro mês e, em seguida, semestralmente. Observamos, num total de XXX procedimentos de revascularização de membro inferior, XX% de reintervenção endovascular (52 casos em 35 pacientes). Foram um total de 62 reintervenções, das quais excluímos 10 casos de reabordagem aberta. Houveram 5 casos (9,6%) de reintervenção endovascular precoce por oclusão do enxerto e 47 casos (90,4%) de reintervenção endovascular tardia. Dentre as indicações de reintervencao endovascular, 71,2% dos pacientes apresentavam sintomas relacionados a falência da revascularização e 28,8% eram assintomáticos. Nos paciente sintomáticos, as queixas mais frequentes foram lesão trófica e claudicação, em 48,7% e 35,1% dos casos respectivamente. Nos pacientes assintomáticos, em todos os casos houve indicação de tratamento para lesões hemodinamicamente significativas que comprometessem a viabilidade do segmento arterial previamente revascularizado. Destas, 81,8% eram lesoes no enxerto/stent (um dos casos com lesão associada no leito de deságue), 1 caso de lesão no leito de influxo e 1 caso de lesão no leito de desagüe. Considerando todas as revascularizações endovasculares, 9,6% eram lesões de influxo, 67,3% na ponte/stent e 19,2% no leito de desagüe. Dentre os procedimentos realizados, 73,1% foram angioplastias simples, 13,5% foram implantes de stent e 5,8% foram trombolises. Obtivemos um sucesso técnico de 82,7%, perviedade de 88,6% e salvamento de membro de 88,6%. Observamos uma prevalência

significativa na reintervenção pela técnica endovascular em relação a aberta, provavelmente pela menor morbimortalidade. Houve uma indicação liberal em paciente assintomáticos, com sinais clínicos e ecográficos de enxerto em falência, visando prolongar a perviedade primária assistida. Concluímos que houve um aumento importante na reintervenção pela técnica endovascular em detrimento da aberta, associado a indicação liberal em pacientes assintomáticos, provavelmente pela menor morbimortalidade da técnica, com aumento da perviedade das revascularizações.

SESSÃO 64: 16213 - PAD COMPLEX CASES TREATED WITH SUPERA STENT

Alexandre Inacio Moreira Coutinho¹; Stefany Gimenes Baptista Coutinho¹; Fabiana Lo Presti Mendonça Rosas²

1 - Marinha Do Brasil, Manaus, Brazil; 2 - Icv, Manaus, Brazil

Introdução: Pacientes com isquemia crítica associado à doença complexa arterial crônica periférica pela oclusão crônica extensa maior que 20 cm na artéria femoral superficial envolvendo a artéria poplítea com oclusão do tronco tibiofibular, é um verdadeiro desafio para a intervenção endovascular. Nosso objetivo foi relatar dois casos complexos tratados com o Stent Supera. **Materiais e Métodos:** Os pacientes submetidos a intervenção com o Stent Supera, apresentavam isquemia crítica em território femoro poplíteo associado com oclusão da artéria poplítea e tronco tibio fibular. Os acessos foram ipsilaterais com introdutor 6F, fio guia 0,014, 0,018 e cateteres de suporte e seletivos para recanalização da artéria poplítea e do tronco tibio fibular. Após a recanalização dos segmentos ocluídos prosseguimos com os três passos para o implante do supera: Passo1- Pré-dilatação, Passo2- Escolha do tamanho do Supera e o Passo3- liberação do Supera lentamente. **Resultado:** Houve sucesso técnico nos dois casos complexos tratados com o Stent Supera, alcançando o reestabelecimento do fluxo arterial e melhora do diâmetro intra-luminal no território da artéria poplítea na interlinha genicular. **Conclusão:** Casos complexos de doença arterial crônica periférica, com oclusão da artéria poplítea retropatelar, a intervenção com implante do Stent Supera é uma excelente opção para normalizar a função da artéria poplítea no território da interlinha genicular e permitir a reabilitação dos pacientes tratados, melhorando a qualidade de vida, com retorno precoce às atividades habituais, através da adequada e duradoura revascularização arterial do membro.

SESSÃO 65: 16025 - UTILIZAÇÃO DE ENDOPRÓTESE BIFURCADA NAS RECANALIZAÇÕES AORTO-ILÍACAS COMPLEXAS

Marcelo Barbosa Mandelli; **Thiago Filipe Josino**; Robério Rodrigo Hora Melo; Daniel Silva Lupselo

Instituto De Cardiologia De Santa Catarina, Florianopolis, Brazil

Introdução: O tratamento endovascular das doenças aortoilíacas oclusivas encontra-se em constante evolução. Pacientes de alto risco com oclusões complexas no segmento aortoilíaco, antes submetidos a by-pass aorto bi-femoral, com elevada taxa de morbimortalidade, hoje são tratados através de recanalizações endovasculares com excelentes resultados. As novas técnicas e materiais da terapia endoluminal elevaram a eficácia deste tratamento, outrora considerado inapropriado ou até mesmo inacessível, tornando-se uma alternativa promissora. Objetivos: Demonstrar evolução e diversidade das técnicas endovasculares no tratamento de oclusão aortoilíaca complexas e apresentar resultados da recanalização aortoilíaca com endoprótese bifurcada. Materiais e métodos: Casos clínicos de pacientes de alto risco submetidos à correção endovascular de doença oclusiva aortoilíaca complexas com endoprótese bifurcada no período de 2015 em serviço de referência vascular de Santa Catarina. Conclusão: O uso de endoprótese bifurcada no tratamento de doenças aortoilíacas em pacientes de alto risco é uma alternativa terapêutica tecnicamente viável e menos invasiva apresentando resultados promissores.

SESSÃO 65: 16036 - CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS BILATERAL USANDO TÉCNICAS OFF LABEL.

Altino Ono Moraes; Rogerio Nabeshima; Juliana Henriques Dos Santos; Marcelo Yoshida

Imv Maringa, Maringa, Brazil

Introdução: Com o advento de novas técnicas endovasculares as opções de tratamento para casos desafiadores tem aumentado. Tanto tratamentos já testados e consagrados quanto tratamentos que chamamos de off label. O objetivo deste trabalho é demonstrar um tratamento alternativo para aneurisma de aorta abdominal e ilíacas bilateral com preservação de artérias ilíacas internas. Método: Paciente encaminhada do ambulatório com história de 6 meses de pós operatório de correção de dissecação de aorta tóraco abdominal com uso de Stent E-XL® JOTEC. Esse Stent foi implantado desde o arco aórtico até quase a bifurcação da aorta abdominal com sucesso, porém a paciente apresentava dor abdominal e aneurisma de aorta abdominal e ilíacas bilateral envolvendo a bifurcação das artérias ilíacas internas bilateralmente. A Angiotomografia mostrava também que a artéria renal direita se originava bem abaixo da artéria renal esquerda, cerca de apenas 4 cm da bifurcação da aorta abdominal. Foi feita a correção dos aneurismas usando técnica de Chaminé para a renal direita e técnica de Sanduíche para artéria ilíaca interna bilateral. Usamos endoprótese AFX® Endologix e stents Viabhans® GORE. Resultado: Houve selamento total dos aneurismas com revascularização das artérias ilíacas internas e da artéria renal direita. Conclusão: Podemos concluir através deste caso que é possível resolver casos desafiadores usando métodos alternativos.

SESSÃO 65: 16127 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR PARA ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM ESQUERDA INFECTADO E ROTO

Gabriel Augusto Biassi Geromel; Danilo Fernandes Da Silva; Gleison Juliano Da Silva Russeff; Maycon Joécio Dos Santos Costa; Selma Regina De Oliveira Raymundo; Andre Rodrigo Miquelin; Fernando Reis Neto; Luiz Fernando Reis; Daniel Gustavo Miquelin; Talita De Oliveira

Faculdade De Medicina De São José Do Rio Preto, Sao Jose Do Rio Preto, Brazil

RELATO DE CASO – TRATAMENTO ENDOVASCULAR PARA ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM ESQUERDA INFECTADO E ROTO. INTRODUÇÃO – Aneurismas Micóticos (Infected) consiste em uma dilatação focal (>50%) de uma artéria devido à destruição da parede do vaso por infecção. Organismos frequentemente associados incluem Staphylococcus spp e Salmonella spp. Normalmente manifestam-se com quadro de massa pulsátil, dolorosa, associado a febre e prostração. Seu diagnóstico implica avaliação laboratorial com positividade de Hemoculturas e exames de imagem que documentam aneurismas associados à inflamação de tecidos moles, ar intra luminal ou perivascular. O tratamento padrão consiste em antibioticoterapia combinada com desbridamento cirúrgico, incluindo ou não a revascularização. Entretanto, em pacientes com comorbidades graves ou aneurismas rotos, a correção endovascular torna-se viável e promissora. OBJETIVO – Relatar o tratamento endovascular em aneurisma micótico roto de artéria ilíaca comum esquerda. RELATO – Relata-se o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 60anos, tabagista e ex etilista que iniciou quadro de dor em flanco esquerdo associado a síndrome febril. Durante internação, realizado exames laboratoriais que revelaram leucocitose e elevação de provas inflamatórias, além de Hemocultura positiva para Salmonella spp. A Angiotomografia de aorta abdominal apresentava imagem sugestiva de aneurisma de artéria ilíaca comum esquerda infectado. Optado inicialmente por antibióticoterapia (Vancomicina e Ceftriaxone), contudo, paciente evoluiu com rotura do aneurisma. Realizado cirurgia de emergência com correção endovascular utilizando endoprótese de aorta e extensão para artéria ilíaca externa esquerda. Apresentou evolução estável em pós operatório, sendo mantido antibioticoterapia por 42dias. CONCLUSÃO – Há poucos relatos de estudos comparando o tratamento convencional com as técnicas endovasculares nos aneurismas micóticos. Contudo, em

pacientes de alto risco cirúrgicos ou situações de emergência médica, as técnicas endovasculares tornaram-se opções satisfatórias e pouco invasivas com bons resultados a curto e médio prazo.

SESSÃO 65: 16133 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE DOENÇA AORTO ILÍACA COM ENDOPRÓTESE AÓRTICA

Virginia Graciela Rivas Arcia; Elisabeth Mayumi Yano; Eduardo Silva Rochel; Rafael Isaac Nishimoto; Mariana Campoy; Thiago Osawa; Marcelo Colli; Samuel Martins Moreira; Antonio Massamitsu Kambara

Instituto Dante Pazzanese De Cardiologia, São Paulo, Brazil

Introdução: A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) tem origem aterotrombótico, ao longo dos anos tem sido uma grande preocupação por ser considerada um problema de saúde pública. Uma das apresentações da DAOP é a oclusão crônica aorto-ilíaca (OCAI), sendo uma importante causa de isquemia dos membros inferiores e com frequência é encontrada em pacientes jovens e tabagistas, e também considerada uma forma incomum de doença oclusiva aorto-ilíaca. O reparo cirúrgico aberto é considerado efetivo e definitivo, mas possui taxas de morbimortalidade não desprezíveis, com período de recuperação muitas vezes prolongado. Tem-se relatado atualmente o uso de técnicas endovasculares em pacientes com OCAI mas os dados ainda são escassos e os resultados, não consolidados. **Caso:** Paciente feminino de 72 anos de idade com IMC de 39, ex-tabagista, com antecedente de HAS e DM com historia de claudicação limitante quem foi encaminhada ao ambulatório de endovascular com diagnóstico de oclusão aorto ilíaca por arteriografia. **Discussão e técnica cirúrgica:** Foi solicitada angiotomografia total de aorta com contraste que revelou a presença de trombos murais e placas ulceradas em aorta abdominal infrarrenal além de oclusão da artéria ilíaca comum direita e ilíaca externa esquerda. Foi indicado o tratamento endovascular. O procedimento foi realizado na sala híbrida sob anestesia geral, após dissecação bilateral de artérias femorais comuns e heparinização sistêmica foi realizado o implante de endoprotese aórtica AFX e angioplastia com stent Smart Control de artéria ilíaca comum direita com sucesso. **Conclusão:** No tratamento da OCAI em pacientes no contexto de claudicação limitante, onde a abordagem cirúrgica é controversa, a opção terapêutica endovascular representa uma ferramenta válida. A ausência de dados nesses casos específicos indicam a necessidade de orientar trabalhos de investigação que permitam esclarecer ainda mais os parâmetros que devem ser contemporizados para indicar este tipo de abordagem.

SESSÃO 65: 16146 - ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS EM SÃO CAETANO DO SUL

Diego Monteiro De Melo Lucena; Ramon Félix Martins Fernandes; Luisa Emanuela Biseo Henriques; Sidnei José Gallego; Soraia Helal; Lidiane Rocha Brand; Stephania Morreale; Giovanna Cardella Vizentini; Joao Antônio Correia

Faculdade De Medicina Do Abc, Santo André, Brazil

Palavras-chave: Aneurisma de Aorta Abdominal, Epidemiologia e Ultrassonografia. **Introdução:** O aneurisma é definido como uma dilatação focal e permanente da artéria com aumento de pelo menos 50% do diâmetro normal do vaso. Os Aneurismas de Aorta Abdominal (AAA) são os mais comuns e considera-se um AAA quando o diâmetro do seguimento comprometido tiver pelo menos 3 cm¹. O AAA causa aproximadamente 175 mil casos de morte no mundo² sendo que a ruptura desse aneurisma representa cerca de 80% dos casos³. Estudos epidemiológicos demonstraram uma frequência que compreende entre 0,5 % e 3,2 % de AAA em indivíduos com idade superior a 65 anos nos Estados Unidos⁴. **Objetivo:** Determinar a prevalência de aneurisma de aorta abdominal em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos em população previamente determinada. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado durante um Mutirão de Vascular na cidade de São Caetano do Sul em 2015 na qual foram selecionados, ao acaso, 43 pacientes de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 60 anos para rastreamento de aneurisma de aorta abdominal por meio de medidor de ultrassonografia Samsung mysono U6. Foram analisadas as dimensões ântero-posterior, látero-lateral e longitudinal, sendo considerada a medida do maior diâmetro. Os pacientes analisados foram caracterizados em grupos de acordo com a medida do diâmetro de escolha sendo que os indivíduos do grupo I entre 1 e 2 cm, grupo II entre 2 e 3 cm, grupo III entre 3 e 4 cm e grupo IV aqueles com diâmetro maior do que 4 cm. Foram considerados aneurismas os casos de diâmetro maior ou igual a 3 cm. Para análise descritiva dos resultados foi utilizado o programa estatístico Stata 11.0. **Resultados:** Nos 43 pacientes estudados, apenas um apresentou dilatação compatível com o grupo III de valor 3.3 cm. O grupo I apresentou 31 pacientes sendo o menor valor encontrado 1,1 cm e o maior 1,9 cm. O grupo II apresentou 11 pacientes, sendo o valor mínimo e máximo encontrados 2 cm e 2,4 cm, respectivamente.. Já o grupo IV não apresentou nenhum indivíduo uma vez que nenhum possui diâmetro maior

do que 4 cm. Sendo assim, a prevalência de aneurisma de aorta abdominal foi de 1 caso em 43 estudados, ou seja, 2,3 % da amostra, número compatível com estudos prévios de prevalência de AAA. Conclusão: O estudo demonstrou que a prevalência de aneurisma de aorta abdominal segue os mesmos resultados encontrados na literatura. O conhecimento da epidemiologia do aneurisma se mostra importante para determinar o futuro do rastreamento dessa doença e, assim, aprimorar as políticas públicas de saúde na prevenção de suas complicações. Desse modo, esse estudo pode auxiliar reduzindo a morbimortalidade por aneurisma de aorta abdominal. ¹ Pearce W H, Annambhotla S, Rowe V L, Bessman E, Brown D F M, Kaufman J L, O'Connor R E, Setnik G TF. Abdominal Aortic Aneurysm. Background [Internet]. Medscape. 2014. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1979501-overview#a0101> ² Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns> ³ Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, Kim LG, Marteau TM, Scott RA et al.; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 1531–1539. ⁴ Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. *Ann Intern Med.* 1997 Mar 15. 126(6):441-9. [Medline].

SESSÃO 65: 16218 - EXPERIÊNCIA INICIAL COM O USO DE ENDOPRÓTESE INCRAFT NO REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA AORTO

João Alberto Castro Fay Neves; **Robson Duarte Medeiros**; Livia Bittencourt Pastana; Almir Francisco Da Silva Neto; Leandro Tavares Barbosa De Matos; Camila Beatriz Silva Magalhães; Ligia Jaqueline Iorio; Fúlvio Toshio De Souza Lima Hara

Hospital Municipal Salgado Filho, Rio De Janeiro, Brazil

O reparo de lesões vasculares, especialmente de aneurismas de aorta abdominal, vem mudando nas últimas décadas devido ao emprego de técnicas endovasculares, como as endopróteses, o que permite uma abordagem muito menos invasiva. O presente relato refere-se à experiência com o uso da endoprótese Incraft em pacientes do Hospital Municipal Salgado Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, que apresentavam aneurisma de aorta abdominal infra-renal, com perfil de artérias ilíacas com baixo calibre, em caráter eletivo.

SESSÃO 66: 16002 - EXCLUSION DE ANEURISMA SUBCLAVIO CON PROTESIS VIABAHN POR ACCESO HUMERAL

Pablo Alejandro Marina¹; Marcelo Pettinari¹; Aldassoro Armando¹; Thomas Jorge¹; Diaz Roberto¹; Cañarte Gonzalo¹

1 - Sanatorio Modelo Burzaco, Argentina; 2 - Sanatorio Modelo Burzaco, , Argentina

OBJETIVO:EXCLUSION DE ANEURISMA SUBCLAVIO CON PROTESIS VIABAHN POR ACCESO HUMERAL MATERIAL Y METODOS: PACIENTE FEMENINO DE 75 AÑOS DE EDAD, HIPERTENSA,DISLIPEMICA, EX TABAQUISTA,QUE CONSULTA POR MASA PULSATIL Y DOLOROSA A LA PALPACION EN REGION SUBCLAVIA DERECHA.SE SOLICITO DOPPLER DE VASOS DE CUELLO Y ANGIOTC QUE OBJETIVA ANEURISMA SUBCLAVIO DE 27MM DE DIAMETRO.SE DECIDE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR RESULTADOS:SE REALIZA PUNCION HUMERAL DERECHA CON COLOCACION DE INTRODUTOR 9FRENCH.PUNCION FEMORAL DERECHA CON COLOCACION DE INTRODUTOR 6FRENCH. DEBIDO A SEVERA TORTUOSIDAD DE LA ARTERIA SUBCLAVIA DESDE EL ACCESO FEMORAL,SE UTILIZO LA VIA HUMERAL PARA POSICIONAR LA PROTESIS.ATRAVES DE ESTA VIA SE CRUZA EL ANEURISMA SUBCLAVIO CON GUÍA HIDROFÍLICA DE 3METROS Y APOYO DE CATÈTER DIAGNOSTICO CORONARIO DERECHO.SE DEJA GUIA HIDROFILICA EN AORTA ASCENDENTE. SE INSUFLA BALON PERIFERICO 8MM PROXIMALALANEURISMA PARA ELEGIR EL DIAMETRO DE LA PROTESIS. SE IMPLANTA PROTESIS VIABAHN CON RECUBRIMIENTO DE HEPARINA DE 9X15CM RESPETANDO LOS ORIGENES DE LAS ARTERIAS VERTEBRAL Y MAMARIA DERECHA.LUEGO DEL IMPLANTE SE REALIZA ANGIOGRAFIA CONTROL OBJETIVANDO PROTESIS PERMEABLE Y EXCLUSION DE ANEURISMA SUBCLAVIO DERECHO CON PERMEABILIDAD DE ARTERIAS VERTEBRAL Y MAMARIA DERECHA.SE RETIRAN VAINAS HUMERAL Y FEMORAL SIN COMPLICACIONES.ALTA SANATORIAL A LAS 24HS.CONTROL CLINICO INMEDIATO,PRIMER MES Y 6º MES CON DESAPARICION DE DOLOR Y DE LA MASA PULSATIL SUBCLAVIA DERECHA.DOPPLER AL 6ºMES CON PROTESIS VIABAHN PERMEABLE Y EXCLUSION DE ANEURISMA SUBCLAVIO DERECHO CONCLUSIONES:SE PUEDE REALIZAR LA EXCLUSION DE ANEURISMA SUBCLAVIO DE MANERA SEGURA Y EFECTIVA CON PROTESIS VIABAHN,QUE GRACIAS A SU FLEXIBILIDAD Y NAVEGABILIDAD PUEDE SER IMPLANTADA EN VASOS CON GRAN TORTUOSIDAD.SE PUEDE UTILIZAR EL ACCESO HUMERAL PERCUTANEO CON VAINA 9FRENCH DE MANERA SEGURA Y SIN COMPLICACIONES

SESSÃO 66: 16123 - ANGIOPLASTIA BILATERAL DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS COMUM E INTERNA EM PACIENTE COM ESTENOSE INDUZIDA POR RADIAÇÃO: RELATO DE CASO

Rafael Isaac Nishimoto; Virgínia Rivas; Eduardo S. Rochel; Gustavo Costa; Rodrigo Marcondes; Elizabeth Yano; Samuel M. Martins; Antônio M. Kambara

Instituto Dante Pazzanese, Sao Paulo, Brazil

ANGIOPLASTIA BILATERAL DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS COMUM E INTERNA EM PACIENTE COM ESTENOSE INDUZIDA POR RADIAÇÃO: RELATO DE CASO Introdução: Pacientes com estenose de carótida associada a radioterapia e cirurgia cervical prévia tem indicação como tratamento de escolha o método endovascular. Dentre os motivos destacam-se: Dificuldade de acesso cirúrgico devido a alterações cervicais de pele e muitos pacientes foram submetidos a traqueostomias ou abordagens cirúrgicas prévias (pescoço hostil), as lesões geralmente são longas e múltiplas, envolvendo segmentos das carótidas comuns e internas bilateralmente o que torna o procedimento aberto praticamente inviável. O caso relatado ilustra os benefícios da angioplastia no tratamento desses pacientes. Caso: Paciente de 68 anos sexo masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Melitus tipo 2, Dislipidemia e ex tabagista. Há cerca de 20 anos fez tratamento para neoplasia maligna de laringe sendo submetido a laringectomia radical e sessões de radioterapia (25 sessões em 1996). Há cinco anos o paciente passou a apresentar episódios de acidente isquêmico transitório com acometimento de membro superior direito. Realizou ultrassom doppler de carótidas e março de 2015 evidenciando estenose de > 70% em carótidas comuns e carótidas internas. Realizou arteriografia cerebral isquêmica em maio de 2015 que mostrava múltiplas estenoses críticas ao longo das artérias carótidas comum e carótidas internas. Discussão e Técnica: Devido à complexidade do caso e o número de estenoses no sistema carotídeo foi optado por angioplastia em tempos diferentes de todas as lesões significativas. Em 8 de Julho de 2015 foi feita angioplastia de artéria carótida comum direita com WallStent 9x50mm e pós dilatação com balão aviator 7x20mm. Em 28 de Julho de 2015 realizou-se a angioplastia da artéria carótida interna direita com stent Precise 8x40 mm e balão Aviator 6 x20mm com filtro de proteção Angioguard 6mm. Em 11 de Agosto de 2015 tratou-se a carótida comum esquerda com stent Wallstent 9x50mm e balão Aviator 7x20 e a carótida

interna esquerda com stent Precise 8x40 e balão Sterling 6x20, foi aplicado filtro de proteção Angioguard. O paciente recebeu alta 24 horas após o procedimento em todas ocasiões sem nenhum tipo de complicação maior (acidente vascular cerebral, hemorragia, hematoma, pseudoaneurisma). No seguimento foi realizado ultrassom com um mês do último procedimento sem alterações intrastent e sem estenoses significativas. O paciente mantém-se assintomático, nega novos episódios de acidente isquêmico transitório. Conclusão: O tratamento endovascular no caso descrito acima foi seguro para o paciente e possibilitou a correção de todas as estenoses significativas no sistema carotídeo. O paciente não apresentou mais episódios de AITs e mostrou-se satisfeito com a técnica aplicada.

SESSÃO 66: 16143 - TRATAMENTO HÍBRIDO E ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA ? RELATO DE CASO

Luisa Emanuela Biseo Henriques; Sidnei José Galego; Diego Monteiro De Melo Lucena; Ramon Félix Martins Fernandes; Paulo Roberto Zamfolini Zachêu; João Antônio Corrêa; Keller Da Silva Santos; Yumiko Regina Yamazaki; Rafael Furst; Afonso César Polimanti

Faculdade De Medicina Do Abc, Santo Andre, Brazil

RELATO DE CASO: Paciente APS, do sexo masculino, 51 anos, foi diagnosticado com aneurisma de artéria subclávia (AAS) esquerda com grande diâmetro, sem colo. Paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 e com história prévia de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com introdução de 2 stents há 3 anos. Nega tabagismo. Paciente chegou ao nosso serviço com dor torácica ao repouso de forte intensidade com 4 horas de duração. O ECG na admissão não apresentou alterações isquêmicas agudas. O exame físico de pulsos foi normal, sem sinais de déficit motor ou sensibilidade. Durante investigação clínica, foi diagnosticado AAS esquerda na tomografia computadorizada de tórax. Observou-se uma dilatação aneurismática da porção posterior da croça da aorta descendente, medindo 3,9 X 3,8 cm e uma dilatação da emergência da artéria subclávia esquerda, sem sinais de dissecação. No Ecocardiograma realizado, o ventrículo esquerdo apresentou função normal. O doppler da aorta abdominal, das carótidas, das artérias vertebrais não apresentaram alterações. Foi realizado tratamento híbrido endovascular visando o isolamento do aneurisma da artéria subclávia esquerda com planejamento inicial de endoprótese com seguimento descoberto na emergência de artéria carótida esquerda. Após o implante dessa endoprótese houve migração do dispositivo para o interior do aneurisma. Optou-se por técnica de resgate com colocação de segundo dispositivo com stent descoberto na emergência do tronco braquiocefálico. Anteriormente da abertura do dispositivo, realizou-se enxerto PTFE anelado heparinizado (Bopaten- Gore) extra-anatômico carótido-carotídeo (de – D- E) e revascularização de membro superior direito com derivação para artéria subclávia esquerda com colocação de dispositivo híbrido (Hybrid Gore). No pós operatório imediato, o paciente apresentava pulsos palpáveis. Paciente recebeu alta hospitalar sem anormalidades ou intercorrências, fazendo uso de antiagregante plaquetário (clopidogrel 75 mg/dia + ácido acetilsalicílico 100 mg/dia). Após

trinta dias de pós operatório, o paciente evoluiu com perda de força de membro inferior esquerdo. Realizou-se ressonância magnética com imagem de infarto lobular parietal direito. Realizou-se uma angiotomografia computadorizada da aorta torácica em que foi encontrado um aneurisma parcialmente trombosado (4,0 X 3,5 cm) na emergência da artéria subclávia esquerda que apresentava amputação vascular no nível da transição subclávia/axilar. **CONCLUSÃO:** Neste caso, a abordagem endovascular do AAS associada à técnica cirúrgica aberta, tornou-se uma boa opção no tratamento dessa lesão complexa intratorácicas, com bons resultados.

SESSÃO 66: 16164 - ANGIOPLASTIA COMBINADA DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DIREITA E TRONCO BRAQUICEFÁLICO COM ACESSO CERVICAL E BRAQUIAL DIREITOS: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Dafne Braga Diamante Leiderman

Hcfmusp, Sao Paulo, Brazil

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemia, ex-tabagista 30ano.maço. Operada em 1996 com enxerto aorto-biiliaco por insuficiência arterial periférica evoluindo com oclusão do enxerto (ausência de pulso femoral bilateral). Submetida em 2011 a enxerto ilíaco-mesentérico por claudicação mesentérica (assintomática atualmente). Antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) em outubro de 2015 com hemiparesia esquerda. Foi internada eletivamente para correção de estenose de carótida interna direita (ACID) sintomática (AVCi com hemiparesia esquerda 1 mês antes) na enfermaria de cirurgia vascular do HC-FMUSP. Ao exame físico de admissão, ausência déficit neurológico, presença de tremor essencial, , pulso carotídeo direito diminuído, ausência de pulsos no membro superior direito e nos membros inferiores. Durante avaliação pré-operatória, USG Doppler (18/05/2015) diagnosticou oclusão da ACI esquerda (ACIE) estenose de 50-69% da emergência da ACID. Complementada avaliação com angiotomografia de vasos da base e cervicais sendo visualizadas estenose significativa (>70%) do tronco braquiocefalico, oclusão da ACIE, estenose de aproximadamente 50% da ACID, artéria vertebral direita hipoplásica, artéria vertebral esquerda sem estenoses significativas. Realizada ressonância magnética (outubro/2015) de cerebral com achados compatíveis com evento isquêmico recente em hemisfério direito e com evento isquêmico subagudo em hemisfério esquerdo. Na programação pré-operatória foi optado pela não manipulação do arco aórtico, tronco braquiocefalico e ACID antes da proteção com filtro da carótida interna direita, pelo alto risco de embolização. Após definida a estratégia, foi submetida (novembro/2015) ao procedimento sob anestesia geral, sendo iniciado com cervicotomia longitudinal, dissecação e isolamento de segmento curto da artéria carótida comum direita (ACCD) para punção sob visão direta. Pulso 1+/- na ACCD. Realizado então acesso braquial direito por dissecação (artéria braquial direita sem pulso) para punção sob visão direta. Após heparinização sistêmica, feita

punção da ACCD e locado introdutor 6F. Realizada arteriografia da ACCD e ACID sendo observado lesão estenótica em bulbo e oclusão da carótida externa direita. Passado sistema de proteção Emboshield em carótida interna direita (filtro), 4cm acima do ponto de estenose no bulbo, sem intercorrências. Após, realizado punção retrograda da artéria braquial direita com arteriografia do tronco braquiocefalico evidenciando estenose significativa em seu óstio e pequena dilatação pós-estenotica. Feita transposição da estenose do tronco e realizada angioplastia com stent balão-expansível EXPRESS 9x37mm, (liberado com margem de 1,0cm para o interior da crossa da aorta). Arteriografia de controle do arco aórtico mostrou ótimo fluxo, com melhora da estenose. Seguido então com a angioplastia da ACID com stent Precise 6x30mm e balão Aviator 5,5x20mm pelo acesso carotídeo direito previamente realizado. A arteriografia de controle apresentou ótimo fluxo carotídeo e bom enchimento de circulação cerebral. Retirado material endovascular, feito síntese dos orifícios de punção em ACCD e artéria braquial D, sendo observado ótimo pulso (4+/4) carotídeo e braquial. Utilizado total de 80ml de contraste no procedimento. A paciente foi extubada em sala cirúrgica, sem déficits neurológicos após o despertar anestésico e encaminhada para a unidade de terapia intensiva para cuidados pós operatórios imediatos, sem drogas vasoativas. Evoluiu de forma favorável, sem intercorrências clínicas, com bom pulso carotídeo, radial e ulnar. Ultrassom doppler de controle pós-operatório evidenciou stent bem locado, com fluxo anterógrado de baixa resistência, sem aumento de velocidades (VPS ACID: 80). Recebeu alta no 30 pós operatório.

SESSÃO 66: 16168 - ANGIOPLASTIA COMBINADA DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA DIREITA E TRONCO BRAQUICEFÁLICO COM ACESSO CERVICAL E BRAQUIAL DIREITOS: RELATO DE UM CASO

Dafne Braga Diamante Leiderman; Felipe Soares Ribeiro; Ivan Casella; Nelson De Luccia; Pedro Puerch Leão

Hcfmusp, Sao Paulo, Brazil

Mulher, 68a, com hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemia, ex-tabagista 30ano.maço. Operada em 1996 com enxerto aorto-biiliaco por insuficiência arterial periférica evoluindo com oclusão do enxerto (ausência de pulso femoral bilateral). Submetida em 2011 a enxerto ilíaco-mesentérico por claudicação mesentérica (assintomática atualmente). Antecedente de acidente vascular cerebral isquêmico em outubro/2015 com hemiparesia esquerda. internada eletivamente para correção de estenose de carótida interna direita (ACID) sintomática (AVCi com hemiparesia esquerda 1mês antes) na enfermaria de cirurgia vascular do HC-FMUSP. Ao exame físico de admissão, ausência déficit neurológico, presença de tremor essencial, pulso carotídeo direito diminuído, ausência de pulsos no membro superior direito e nos membros inferiores. Durante avaliação pré-operatória, Doppler (18/05/2015) diagnosticou oclusão da ACI esquerda, estenose de 50-69% da emergência da ACID. Angiotomografia de vasos da base e cervicais visualizada estenose significativa (>70%) do tronco braquiocefalico, oclusão da ACIE, estenose de aproximadamente 50% da ACID, artéria vertebral direita hipoplásica, artéria vertebral esquerda sem estenoses significativas. Ressonância magnética (outubro/2015) cerebral com achados compatíveis com evento isquêmico recente em hemisfério direito e com evento isquêmico subagudo contralateral. Optado pela não manipulação do arco aórtico, tronco braquiocefálico e ACID antes da proteção com filtro da carótida interna direita, pelo alto risco de embolização. Após definida a estratégia, foi submetida (novembro/2015) ao procedimento sob anestesia geral, sendo iniciado com cervicotomia longitudinal, dissecação e isolamento de segmento curto da artéria carótida comum direita (ACCD) para punção sob visão direta. Pulso 1+/4 na ACCD. Realizado então acesso braquial direito por dissecação (artéria braquial direita sem pulso) para punção sob visão direta. Após heparinização sistêmica, feita punção da ACCD e locado introdutor 6F. Realizada arteriografia da ACCD e ACID sendo observado lesão estenótica em bulbo e oclusão da carótida externa direita. Passado sistema de proteção

Emboshield em carótida interna direita (filtro), 4cm acima do ponto de estenose no bulbo, sem intercorrências. Após, realizado punção retrograda da artéria braquial direita com arteriografia do tronco braquiocefalico evidenciando estenose significativa em seu óstio e pequena dilatação pós-estenotica. Feita transposição da estenose do tronco e realizada angioplastia com stent balão-expansível EXPRESS 9x37mm, (liberado com margem de 1,0cm para o interior da crossa da aorta). Arteriografia de controle do arco aórtico mostrou ótimo fluxo, com melhora da estenose. Seguido então com a angioplastia da ACID com stent Precise 6x30mm e balão Aviator 5,5x20mm pelo acesso carotídeo direito previamente realizado. A arteriografia de controle apresentou ótimo fluxo carotídeo e bom enchimento de circulação cerebral. Retirado material endovascular, feito síntese dos orifícios de punção em ACCD e artéria braquial D, sendo observado ótimo fluxo (4+/4) carotídeo e braquial. Utilizado total de 80ml de contraste no procedimento. A paciente foi extubada em sala cirúrgica, sem déficits neurológicos após o despertar anestésico e encaminhada para a unidade de terapia intensiva para cuidados pós operatórios imediatos, sem drogas vasoativas. Evoluiu de forma favorável, sem intercorrências clínicas, com bom pulso carotídeo, radial e ulnar. Ultrassom doppler de controle pós-operatório evidenciou stent bem locado, com fluxo anterógrado de baixa resistência, sem aumento de velocidades (VPS ACID: 80). Recebeu alta no 30P

SESSÃO 66: 16187 - O TRATAMENTO ENDOVASCULAR PARA DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE ARTÉRIA CARÓTIDA BILATERAL COM STENT CAROTÍDEO MULTILEYER E MICROMOLAS

Raquel Rufino Gomes¹ Leal; Igor Rafael Sincos

1 - Hospital Israelita Albert Einstein, Sao Paulo, Brazil; 2 - Clínica Endovascular Sp, Sao Paulo, Brazil

Introdução: Dissecção de artéria carótida interna é uma causa sub-reconhecida de ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral. A intervenção endovascular é uma opção de tratamento em pacientes nos quais a terapia de anticoagulação por si só não é suficiente, que não são candidatos adequados para a cirurgia de grande porte, nos que tem dissecções distais de difícil acesso ou apresentam a formação de um pseudoaneurisma e/ou dissecção associada. **Objetivo:** Relatar caso bem sucedido de tratamento endovascular com stent multilayer (cardiatis@) e aplicação de micromolas em um paciente com dissecção bilateral espontânea da artéria carótida cervical com formação de pseudo aneurisma e estenose hemodinamicamente significativa. **Material e Métodos:** Homem 39 anos, com antecedente de cefálea intensa e dor cervical, estava sendo tratado com por uma dissecção da artéria carótida bilateral com anticoagulação há 2 anos. Atendido no Departamento de cirurgia vascular com queixa de cefálea intensa, pior que enxaqueca habitual e dor cervical bilateral, mais pronunciada à esquerda. Angio-TC revelou dissecção de artéria carótida interna bilateral, com pseudo aneurisma na artéria carótida interna direita e uma estenose grave na artéria carótida interna esquerda. Angiografia foi realizada, o que confirmou os achados da tomografia. O paciente foi submetido ao tratamento endovascular; primeiro foi realizado na artéria carótida interna direita, com stent multilayer e 4 micromolas (azur terumo@); e após 1 mês de seguimento, foi realizado um segundo procedimento na artéria carótida interna esquerda com apenas 1 stent multilayer. **Resultados:** Após 24 meses de seguimento, o paciente está assintomático, sem déficits neurológicos ao exame físico e continua a receber AAS e clopidogrel 75mg um vez por dia; e o exame de controle (angio-TC) demonstra perviedade e adequado tratamento das lesões. **Conclusão:** O tratamento endovascular com implante de multilayer e micromolas foi bem sucedido neste paciente com dissecção de artéria carótida interna bilateral espontânea. Este procedimento pode ser indicado em pacientes com dissecção carótidea que tem déficits neurológicos persistentes ou

progressivos, apesar da terapêutica anticoagulante; apresentem desenvolvimento de complicações da dissecção arterial, tais como formação de pseudo-aneurisma e estenose; ou não forem candidatos a intervenção cirúrgica.

SESSÃO 66: 16211 - RELATO DE CASO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO

Luana Gouveia Rio Rocha Do Carmo; Rodrigo Andrade Vaz De Melo; Bernardo Santos Souza; Jackson Caiafa; Marcus Humberto Gress

Hospital Federal Dos Servidores Do Estado Do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro, Brazil

Introdução : Paragangliomas cervicais são entidades raras com incidência de 1:30.000 a 1:100.000. Tumores de glomus carotídeo correspondem a 65 a 80% desses. A idade média é de 55 anos prevalecendo no sexo feminino. Cerca de 5% são malignos. Objetivo : Revisão da literatura e relato de caso de tumor de glomus carotídeo. Métodos: Relato de caso de paciente submetida à ressecção de tumor de glomus carotídeo pelo serviço de cirurgia vascular do hospital federal do servidores do estado do RJ - HFSE. Resultados: Paciente feminina de 82 anos com sintomas de tonteira e com massa cervical palpável, investigada e diagnosticado como portadora de tumor de glomus carotídeo tipo III de Shamblin. Foi submetida a ressecção cirúrgica, sem necessidade de reconstrução vascular com boa evolução pós operatória. Conclusão: Tumor de glomus carotídeo é uma neoplasia rara porém deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de massas cervicais. A ressecção é o tratamento preferencial.

SESSÃO 66: 16215 - TRATAMENTO HÍBRIDO PARA REVASCULARIZAÇÃO COMPLEXA DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Nathalia Eline Da Silveira; Lucas Augusto Barbosa; Eduardo Wagner Guimarães; Bernardo Souza; Luana Gouveia Rio Rocha Do Carmo; Marcus Humberto Tavares Gress; Rodrigo Andrade Vaz De Melo; Jackson Silveira Caiafa

Hospital Federal Dos Servidores Do Estado, Rio De Janeiro, Brazil

Introdução: a Doença Oclusiva dos Troncos Supra-Aórticos é uma entidade rara e representa um desafio terapêutico aos cirurgiões. **Objetivo:** revisão da literatura sobre o tratamento cirúrgico da Doença Oclusiva dos Troncos Supra-Aórticos e relato de caso de tratamento híbrido. **Métodos:** relato de caso de paciente submetida a cirurgia híbrida para tratamento de Doença Oclusiva de Troncos Supra-aórticos no Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, em Março de 2016, e revisão da literatura relacionada ao tratamento dessa doença. **Resultados:** paciente de 61 anos, hipertensa, com história prévia de endarterectomia de Carótida Direita em 2012 e angioplastia de Artéria Subclávia Esquerda em 2013, que evoluiu com lipotímia e paresia intermitente de membro superior direito. Tomografia computadorizada com contraste revelou calcificação importante do Arco Aórtico e estenose dos Troncos Supra-Aórticos. Arteriografia revelou estenoses críticas em Tronco Braquicefálico e óstio da Carótida Esquerda e estenose intrastent de Artéria Subclávia Esquerda. Foi realizada angioplastia de Carótida Esquerda com stent por acesso para a carótida, seguida de endarterectomia carotídea bilateral e derivação carotídeo-carotídea via retrofaríngea com prótese de PTFE anelado e ligadura de Carótida Direita. A paciente foi extubada ao término do procedimento, sem alterações neurológicas, teve alta do CTI no dia seguinte e alta hospitalar após 3 dias da cirurgia. **Conclusão:** a Doença Oclusiva dos Troncos Supra-Aórticos é uma entidade rara e de tratamento complexo devido à característica ostial das lesões, representando muitas vezes um desafio tanto para a cirurgia convencional quanto para as técnicas endovasculares. A cirurgia híbrida tem se mostrado uma opção valiosa nos casos de acometimento multivascular e extenso, como o apresentado.

SESSÃO 66: 16220 - RESULTADOS IMEDIATOS NA ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA COM A UTILIZAÇÃO DO BALÃO DE ACOMODAÇÃO PÓS IMPLANTE DO STENT

Wanderbilt Duarte De Barros Neto¹; Alexandre Luiz Da Silva Vieira¹; Willian Rogers Fonseca¹; Armando De Carvalho Lobato²; Camila Kolber Del Priore²; **Cecille Virginia Accioly Menezes¹**; Maurício Rocco De Oliveira²

1 - Hospital E Maternidade Frei Galvão, Guaratingueta, Brazil;
2 - Icve - Sp, Sao Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO: A correção endovascular da doença continua sendo um desafio para o cirurgião, que praticamente não permite erros durante sua execução. **OBJETIVO:** Discutir e expor o procedimento de angioplastia carotídea com balonamento pós-stent, confrontando os resultados encontrados com a técnica utilizada. **MATERIAL E MÉTODOS:** No período de março de 2009 a dezembro de 2014, foram realizadas 107 angioplastias do sistema carotídeo extra-craniano, um total de 96 pacientes, sendo 68.75% do sexo masculino e 35.41% do sexo feminino. A hipertensão arterial estava presente em 84.3%, a diabetes em 53.1%, tabagismo (passado ou atual) em 62.5% e a dislipidemia ou uso de hipolipemiantes em 75%. Foram utilizados Stents auto-expansíveis em todos os casos, de células fechadas (90 casos – 84.1%) e híbridos (17 casos – 15.8%), em média de 6 a 8 mm de diâmetro, por 30-40 mm de comprimento. Os critérios de inclusão utilizados foram estenose em origem da carótida interna hemodinamicamente significativa por pelo menos dois métodos de imagem. Angiografia intra-craniana imediata pós-angioplastia foi realizada de rotina. **RESULTADOS:** Em 91.5% dos casos realizamos balonamento pós-liberação do stent. Em 9 procedimentos julgamos bo resultado imediato quanto ao aspecto e abertura do Stent, não realizando nesses a acomodação com balão após o implante. Angiografia cerebral ipsi-lateral foi realizada de rotina após a retirada de dispositivos de proteção, sem sinais de oclusões ou embolia inerentes ao procedimento. AVC maior foi diagnosticado no pós-operatório em 2.8% dos casos; AVC menor ou com recuperação total em 1.86%, mais relacionados à amnipulações e dificuldades de acesso ao sistema carotídeo. **CONCLUSÃO:** A utilização da técnica de balonamento do stent para acomodação mostra-se segura quando utilizada com parcimônia, sem sinais maiores de complicações ou AVC no per-operatório.

SESSÃO 67: 16153 - AVALIAÇÃO DA PUNÇÃO IPSILATERAL ANTERÓGRADA DA ARTÉRIA FEMORAL COMUM EM ANGIOPLASTIA DE MEMBROS INFERIORES

Jorge Rufino Ribas Timij; **Elis Sbrissia Ribeiro**; Jaime Schmitt

Instituto Da Circulação, Curitiba, Brazil

Introdução: A artéria femoral comum é sítio frequente de tromboendovascular por lesões estenóticas ou oclusivas do vaso. A estação de trabalho pode ser anterógrada ipsilateral ou retrógrada contralateral, sendo que cada uma tem suas vantagens e desvantagens já conhecidas. **Objetivo:** Avaliar o sucesso da punção ipsilateral anterógrada em artéria femoral em angioplastias de membro inferior. A via anterógrada não expõe o risco de complicações no território aorto-iliaco do paciente, bem como não necessita de sistemas de entrega longos. **Métodos:** Pacientes cuja punção ipsilateral anterógrada as cegas foi a primeira escolha de acesso foram avaliados quanto ao seu sucesso. Avaliação do motivo de insucesso da punção. Estudo descritivo realizado entre julho de 2015 e fevereiro de 2016. **Resultados:** Foram avaliados 33 pacientes sendo 10 (30,30%) do sexo masculino e 23 (69,70%) do sexo feminino. A média de idade foi de 66 anos. Em 28 (84,85%) pacientes a punção ipsilateral anterógrada foi a via de acesso para o procedimento. Em 5 (15,15%) pacientes não foi possível estabelecer um acesso ipsilateral para a realização do procedimento. Atribuiu-se para 3 insucessos a obesidade para 2 insucessos a curta distância entre a lesão e a punção, fazendo a migração preferencial do sistema para a artéria femoral profunda. Em todos os 5 pacientes, foi possível realizar angioplastia através de punção contralateral. **Conclusão:** A punção ipsilateral é uma via de acesso com alta taxa de sucesso em sua realização.

SESSÃO 67: 16154 - RESULTADO DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DAS LESÕES ATROSCLERÓTICAS INFRA-PATELARES NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ? ITAPERUNA

Eugênio Carlos De Almeida Tinoco; **Leonardo Barros Piccinini**; Daniel Fernandes Guimarães; Antônio Cascelli Vaz Filho; Ricardo Turra Perrone

Hospital São José Do Avaí, Itaperuna, Brazil

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional associado à crescente prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tem aumentado os casos de aterosclerose e isquemia crítica dos membros inferiores (ICMI). Como tratamento, era possível apenas o bypass distal para revascularização infrapatelar, com objetivo de melhorar a classe funcional e diminuir a incidência de amputação de membros. Além de mudanças de estilo de vida e da terapia clínica, a angioplastia tornou-se o padrão ouro para o tratamento da aterosclerose infrapatelar em doentes que sofrem de ICMI. Novas técnicas e dispositivos tornaram a angioplastia transluminal percutânea viável, segura e com resultados clínicos satisfatórios. Comparada à cirurgia, a angioplastia é um procedimento minimamente invasivo, com o benefício de reduzidas complicações per e pós-operatórias, especialmente em paciente de alto risco cirúrgico, apresentando resultados finais equivalentes. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados do tratamento endovascular das lesões ateroscleróticas infrapatelares do serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital São José do Avaí (Itaperuna – RJ). **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram analisados prospectivamente 278 pacientes submetidos à 327 procedimentos de angioplastia infrapatelar, no período de junho de 2007 a janeiro de 2016. As indicações para o procedimento endovascular foram pacientes com claudicação incapacitante associada à doença distal e ICMI. Foram realizadas angioplastias simples e implante de stent. **RESULTADO:** Dos 278 pacientes, 59,71% eram do sexo masculino e 40,29% do feminino, com idade média de 71,1 anos ($\pm 10,1$). Os fatores de risco mais encontrados foram: Hipertensão Arterial em 79,49% e Diabetes Mellitus em 64,38%. Foram realizadas 210 angioplastias simples e 117 angioplastias com colocação de stent; 27,52% envolveram a artéria tibial anterior, 37,61% a artéria fibular, 18,65% a artéria tibial posterior e 16,2% o tronco tíbio-fibular. Evoluíram com amputação menor ou maior, 29,49% dos pacientes. **CONCLUSÃO** O tratamento endovascular das lesões ateroscleróticas infra-patelares, apresenta menos complicações

e taxas de sucesso aceitáveis, que em conjunto são capazes de proporcionar qualidade de vida aos pacientes portadores de doença arterial obstrutiva periférica.

SESSÃO 67: 16156 - ANGIOPLASTIA DE ARTÉRIA RADIAL E ULNAR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO POR ISQUEMIA CRÍTICA E PADRÃO ANGIOGRÁFICO DE ARTERÍTE

Adjaldes Ribeiro De Moraes Júnior; Fernando Saliture Neto; Aline Simplício Bigatão; Alex Lederman; Ricardo Aun; Igor Rafael Sincos; Anna Paula Sincos; Raquel Rufino Gomes Leal; Sergio Ricardo Abrão; Bruno Donegá Constantin; Daniel Faccioli; Vinicius Bertoldi; Vitor Cervantes Gornati

Hospital Israelita Albert Einstein, Sao Paulo, Brazil

Relato de caso de um paciente 65 anos, sexo masculino, sem histórico de tabagismo, diabético tipo 2, hipertenso, em uso crônico de corticoide para tratamento de Artrite Reumatoide, o qual evoluiu com isquemia crítica de membro superior esquerdo, com lesão trófica em falange distal de 3º quirodáctilo com duas semanas de evolução, de etiologia indeterminada. Teve diagnóstico clínico e ao Doppler arterial de oclusão das artérias Radial e Ulnar em seu terço distal. Programado uma arteriografia Ulnar armada e realizada angioplastia com balão dessas duas artérias ocluídas com sucesso.

SESSÃO 67: 16158 - RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA ESTENOSE DE ARTÉRIAS ILÍACAS NO HOSPITAL SÃO JOSE DO AVAÍ - ITAPERUNA

Eugênio Carlos De Almeida Tinoco; **Leonardo Barros Piccinini**; Daniel Fernandes Guimarães; Antônio Cascelli Vaz Filho; Ricardo Turra Perrone

Hospital São José Do Avaí, Itaperuna, Brazil

INTRODUÇÃO: A claudicação intermitente é a apresentação clínica mais comum da doença arterial periférica. A abordagem principal desta condição é o tratamento da aterosclerose sistêmica, baseado na modificação de fatores de risco, controle medicamentoso e exercícios físicos. Os pacientes que não responderam ao tratamento clínico, necessitam de tratamento invasivo, sendo a maior parte tratada com técnicas percutâneas. Várias são as opções de tratamento endovascular, dependendo da anatomia da lesão. O tratamento cirúrgico é reservado para uma pequena parte de pacientes com doença aterosclerótica difusa. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados do tratamento endovascular de angioplastia de artérias ilíacas do serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital São José do Avaí (Itaperuna – RJ). **MATERIAL E MÉTODOS:** Foi feita uma análise retrospectiva totalizando 254 casos, no período de setembro 2008 a Janeiro de 2016, evidenciando que 63% eram do sexo masculino e 34% do feminino, com idade variando entre 33-93 anos (média de 63 anos). A maioria dos pacientes acompanhados foram tratados com angioplastia com Stent (93,3%) e angioplastia simples (6,7%). Dos pacientes tratados 31,1 % dos casos foram bilaterais, 36,2% do lado direito e 32,7% do lado esquerdo. Fatores de risco apresentados foram HAS (61,4%), tabagismo (39%), DM (26%). As indicações do procedimento foram pacientes sintomáticos, classificação de Fontaine II a IV (Rutherford 1 a 6), reestenoses e como procedimento adicional a cirurgia de revascularização dos membros inferiores. **RESULTADO:** As complicações precoces foram nefrotoxicidade ao contraste iodado e IRA em 04 casos (1,5%), infecção em 09 pacientes (3,4%), insucesso do procedimento evoluindo com amputação suprapatelar em 09 casos (3,5%). Dois pacientes (0,7%) evoluíram para by-pass e dois pacientes foram a óbito (0,7%) no seguimento pós-operatório precoce. **CONCLUSÃO** O tratamento endovascular das estenoses das artérias ilíacas, mostrou-se seguro e eficaz, com boa perviedade e baixa morbimortalidade.

SESSÃO 68: 16043 - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO COM A ENDOPRÓTESE RAMIFICADA

Antonio Joaquim Serra De Freitas; Leonardo De Castro; Cláudio Santoro; Bruno Barone; Débora Oliveira; Celina Andrea Freitas Do Rosário; **Pedro Ferreira Pasetto**; José Augusto Pires De Freitas; Valter Willian De Paiva; Ana Paula Castro Dos Santos

Hospital Central Do Exército, Rio De Janeiro, Brazil

Experiência do Hospital Central do Exército com a Endoprótese Ramificada Antônio Serra de Freitas; Débora Oliveira; Bruno Barone; Claudio Santoro; Leonardo De Castro; Pedro Ferreira Pasetto; Celina Andrea Freitas do Rosário; Valter William de Paiva ; José Augusto Pires de Freitas; Ana Paula Castro dos Santos HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, Rio De Janeiro, Brasil Tema: Experiência do Hospital Central do Exército com a Endoprótese Ramificada Autores: Pedro F. Pasetto, Antonio Joaquim de Serra Freitas, Leonardo de Castro, Cláudio Santoro, Bruno Barone, Débora Oliveira, Celina Andréa Freitas do Rosário, Valter Willian de Paiva, José Augusto Pires de Freitas, Ana Paula Castro dos Santos Serviço: Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Central do Exército - HCE Objetivo: Relatar a experiência do hospital central do exército no uso da endoprótese ramificada para o tratamento de aneurisma de aorta abdominal Materiais e Métodos: As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Os pacientes foram tratados por via endovascular com endoprótese ramificada. O corpo principal da endoprótese variou de 26 a32 mm de diâmetro, a ZBIS de 10 a12 mm, a ZSLE de 11 a14 mm e a ESLE de 14 a16 mm. Em dois casos optou-se por embolizar a ilíaca interna unilateralmente com mola, utilizando-se “stent” revestido contralateral e bilateralmente nos demais casos. Resultados: Os pacientes receberam alta hospitalar com média de 5 dias de internação, a maioria com 3 dias, e encontram-se em seguimento ambulatorial. Houve a ocorrência de dois óbitos, por complicações pulmonares e isquêmicas. Conclusão: A utilização da endoprótese ramificada, na experiência do Hospital Central do Exército, se mostrou efetiva no tratamento dos aneurismas da aorta infra-renal associados aos aneurismas de ilíacas, tendo sido evidenciado o sucesso na preservação das ilíacas internas e a baixa morbidade do procedimento.

SESSÃO 68: 16091 - TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA SE ESTENDENDO PARA RAMOS VISCERAIS UTILIZANDO STENT MODULADOR DE FLUXO (CARDIATIS MULTILAYER FLOW MODULATOR).

Camylla Santos De Souza¹; Wellington Forte Alves²; Francisco Eduardo Siqueira Da Rocha²; Daniel Benitti³; Joseida Coelho Lopes²

1 - Universidade Federal Do Ceará, Fortaleza, Brazil; 2 - Hospital Geral De Fortaleza, Fortaleza, Brazil; 3 - Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da Universidade De São Paulo, São Paulo, Brazil

Introdução: O tratamento endovascular de aneurismas de aorta toracoabdominal envolvendo artérias viscerais representa, ainda hoje, um desafio técnico, pois, dependendo das estruturas comprometidas e da extensão da lesão, pode-se encontrar alguma dificuldade para utilização de endopróteses, mesmos as fenestradas e ramificadas. Nesse contexto, embora muitos estudos contestem, o stent Multilayer com modulação de fluxo surge como alternativa promissora para o tratamento de aneurismas aórticos, viscerais e periféricos, pois, ao mesmo tempo que permite a passagem do fluxo para as artérias colaterais, evita a ocorrência de complicações cirúrgicas devido à redução da velocidade e da pressão do fluxo sanguíneo dentro do saco aneurismático. **Objetivo:** Descrever caso de paciente acometida por aneurisma de aorta toracoabdominal envolvendo a artéria mesentérica superior e o tronco celíaco, tratado com endoprótese Multilayer. **Materiais e Métodos:** Foi realizado levantamento bibliográfico sobre o assunto e estudados exames e prontuário da paciente em questão. A paciente, do sexo feminino, 60 anos, coronariopata, portadora de diabetes mellitus, insuficiência cardíaca congestiva e DPOC grave, deu entrada na emergência do Hospital Geral de Fortaleza com dor abdominal leve difusa. Tomografia computadorizada revelou extenso aneurisma fusiforme de aorta toracoabdominal com classificação de Crawford tipo IV, parcialmente trombosado, com comprometimento da artéria renal e associado a pseudoaneurisma sacular de nível A de artéria mesentérica superior e tronco celíaco. Ecocardiograma detectou alto risco cardiovascular com fração de ejeção de apenas 25%. A paciente permaneceu internada por três meses antes da realização da cirurgia aguardando a resolução do caso. **Resultados:** Devido às características pouco comuns do caso em questão, foi cogitado inicialmente a possibilidade de aneurisma micótico, o qual

poderia inviabilizar a realização de procedimento cirúrgico endovascular; no entanto, essa possibilidade foi descartada após ser constatado ausência de febre e hemograma sem alterações significativas, como também, PCR, VHS e outras culturas sem a presença de Staphylococcus, Salmonella e demais micro-organismos causadores de vasculopatias. Optou-se por implante de prótese Multilayer com modulação de fluxo por não estarem disponíveis no serviço endopróteses fenestradas ou ramificadas, bem como pelo fato de existir elevado risco cirúrgico, tanto pela localização anatômica desfavorável para cirurgia convencional como também pelo risco cardiológico envolvido. Realizou-se a dissecação de ambas as artérias femorais, com progressão de introdutor e realização de angiografia transoperatória com cateter pigtail. Foi encontrado volumoso aneurisma em região toracoabdominal compatível com tomografia pré-operatória, procedendo-se para aposição de endoprótese Multilayer com modulação de fluxo. Angiografia de controle realizada após a liberação da prótese demonstrou cobertura total do aneurisma e posicionamento em local previamente programado. **Conclusão:** Não houve intercorrências no tempo cirúrgico. Tomografia de controle realizada um ano após o procedimento mostrou resultado satisfatório de tratamento endovascular, sem indícios de endoleak e com retração do aneurisma, demonstrando a possibilidade de utilização do stent Multilayer para o tratamento de casos selecionados.

SESSÃO 68: 16103 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR TOTALMENTE PERCUTANEA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA RENAL COM ENDOPROTESE DE PERFIL ULTRA BAIXO: REPORTE DO PRIMEIRO CASO NO INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Virginia Graciela Rivas Arcia; Elisabeth Mayumi Yano; Gustavo Costa; Rafael Isaac Nishimoto; Rodrigo Marcondes; Marcelo Colli; Samuel Martins Moreira; Antonio Massamitsu Kambara

Instituto Dante Pazzanese De Cardiologia, Sao Paulo, Brazil

RESUMO Introdução: Os aneurismas de aorta abdominal (AAA) foram tradicionalmente tratados com cirurgia aberta, depois o tratamento endovascular (EVAR) surgiu como opção terapêutica e se manteve como abordagem de eleição em grande número de casos por mais de duas décadas. Em nossa instituição este tipo de abordagem ainda é realizado rotineiramente a través da dissecação bilateral das artérias femorais, normalmente são bem toleradas na maioria dos casos mas certas complicações podem surgir. Com o desenvolvimento da técnica endovascular os dispositivos de perfil mais baixo e os de pre oclusão vascular surgiram como estratégias na prevenção das complicações, favorecendo assim a evolução dos pacientes submetidos à correção endovascular de AAA. Caso: Paciente masculino de 71 anos de idade assintomático, com antecedente de HAS, Dislipidemia, Fibrilação atrial, mandibulectomia e ressecção de tumor de bexiga. Foi diagnosticado com AAA infra renal de 66 mm de diâmetro após realizar uma tomografia computadorizada abdominal no seguimento oncológico pos operatório. Discussão e técnica cirúrgica: Considerando os antecedentes clínicos, a correção endovascular foi indicada. O procedimento foi realizado na sala híbrida sob anestesia epidural, as artérias femorais comuns foram puncionadas e canuladas, usando a técnica de pre oclusão com o dispositivo ProGlide® e após heparinização sistêmica, a endoprotese de perfil ultra baixo InCraft® foi implantada com sucesso. Conclusão: estudos têm demonstrado que na correção Endovascular totalmente percutânea de AAA a morbidade é menor quando comparada à técnica convencional, neste caso a abordagem totalmente percutânea associada ao uso de um dispositivo de perfil ultra baixo foi uma excelente opção terapêutica para um paciente oncológico de risco cirúrgico alto

SESSÃO 68: 16121 - OCLUSÃO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR APÓS CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA JUSTARRENAL PELA TÉCNICA DE CHAMINÉ

Francine Camboim Ruzzarin²; Mateus Picada Correa¹; Julio Cesar De Mello Bajerski¹; Larissa Bianchini¹; Jaber Nashat Saleh¹; Omar Toufic¹; Adolfo Lara Brkanitch¹; **Rafael Stevan Noel¹**; Joanine Andrighetti Sotilli²; Flavia Cristina Marafon¹

1 - Invasc - Instituto Vascular De Passo Fundo, Passo Fundo, Brazil; 2 - Hospital São Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil

INTRODUÇÃO: Os aneurismas aórticos justarrenais constituem-se cerca de 15% dos aneurismas aórticos abdominais (AAA). Na maioria dos casos, o tratamento endovascular dos AAA é escolhido em detrimento da cirurgia aberta, apresentando menor mortalidade e morbidade. Contudo, cerca de 20-50% dos pacientes apresentam anatomia desfavorável para o reparo endovascular. A técnica do Chaminé foi desenvolvida como alternativa, enfaticamente aos pacientes de alto risco, possuidores de características anatômicas adequadas a uma prótese frenestrada, mas que, devido ao custo elevado da mesma ou à urgência do procedimento, necessitam de outra opção viável. Assim como todas as técnicas, a de Chaminé não se isenta de complicações, estando entre elas o deslocamento dos stents revestidos. Apresentamos um relato de caso que retrata um quadro de angina mesentérica em decorrência do deslocamento dos stents revestidos, após a técnica de Chaminé.

MATERIAIS E MÉTODOS: As informações foram obtidas por revisão do prontuário, exames de imagem e revisão da literatura. Paciente do sexo masculino, 73 anos, portador de DM2 e hipertenso. Avaliado em consulta devido a achado ocasional de AAA em uma ressonância nuclear magnética realizada para investigação de compressão de canal espinhal lombar. Paciente sem queixas do ponto de vista vascular, ao exame físico abdome depressível e indolor a palpação; membros inferiores bem perfundidos, pulsos femorais palpáveis bilateralmente e pulsos poplíteos e distais ausentes. Solicitada angiogramia (ATC) de aorta total que evidenciou AAA justarrenal com diâmetro máximo de 53mm. Devido à idade, comorbidades do paciente e a anatomia complexa do aneurisma, foi optado por tratamento conservador com plano de novo exame de imagem para controle em seis meses. Na ATC de controle o AAA apresentou taxa de expansão de 0,6cm em relação ao exame anterior, sendo indicada intervenção endovascular. O paciente foi submetido a correção endovascular

do aneurisma com implante de endoprótese bifurcada e dois Viabahn® 6x50 nas artérias renais pela técnica de Chaminé. Apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar em boas condições clínicas. Sete meses após o tratamento, procurou a emergência com dor abdominal epigástrica pós-prandial, diarreia, náuseas e vômitos. Nesta ocasião foi realizada nova ATC, que evidenciou deslocamento dos stents revestidos das artérias renais para o óstio da artéria mesentérica superior, ocasionando a oclusão da mesma, e para proximidades do óstio do tronco celíaco, sem oclusão. RESULTADOS: O paciente foi submetido a fibrinólise de artéria mesentérica superior, com 20mg de RTPA (sendo utilizado filtro de proteção Spider®) e angioplastia com stent Omnilink® 7x38mm e do tronco celíaco com stent Assurant® 7x30mm, obtendo bom resultado angiográfico final. Apresentou remissão completa dos sintomas, recebendo alta hospitalar. Realizou consultas de revisão, com ATC de controle, 30 dias, 06,12 e 24 meses após, evidenciando bom posicionamento da endoprótese, saco aneurismático sem expansão e perviedade dos stents. O paciente encontra-se assintomático com dois anos de pós-operatório. CONCLUSÃO: O tratamento endovascular associado a técnica de Chaminé, representa um método menos dispendioso e mais disponível para reparo de aneurismas aórticos justarrenais. Entretanto, há probabilidade de complicações tais como acotovelamento, deslocamento e deformidade do stent, entre outras. O avanço nos materiais de uso endovascular e a experiência do cirurgião permitem uma resolução adequada das complicações. Cada procedimento deve ser individualizado e adequado acompanhamento é necessário.

SESSÃO 68: 16177 - NEFROPATIA INDUZIDA POR CONTRASTE APÓS EVAR

Emanuel Junio Ramos Tenório; Felipe Mavignier Pereira França; Edwaldo Edner Joviliano; Maurício Serra Ribeiro; André Felipe Farias Braga; Eduardo De Lucca Dall Acqua

Hospital Das Clínicas De Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brazil

INTRODUÇÃO: A nefropatia induzida por contraste (NIC) é uma importante complicação pós-operatória que pode ter impacto sobre a mortalidade, morbidade e custo. A incidência após a correção do aneurisma endovascular (EVAR) permanece desconhecida. O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de NIC após o EVAR eletivo e examinar o impacto da NIC na morbimortalidade cardiovascular. Métodos: Este foi um estudo de coorte usando dados coletados prospectivamente, incluindo pacientes consecutivos submetidos a correção endovascular eletiva para aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal. Aqueles com insuficiência renal terminal foram excluídos. O objetivo primário foi incidência de NIC usando como critério um aumento de 25% na creatinina basal. Os objetivos secundários de avaliação incluíram estágio da NIC, morbidade e mortalidade cardiovascular. Resultados: o total de 30 pacientes foram incluídos (4 do sexo feminino, 13%; média de idade: 68 ± 9 anos; diâmetro médio AAA: 5,8 ± 0,8 cm) sem nefropatia prévia, 5(16,6%) dos quais desenvolveram NIC. A diálise não foi necessária em nenhum dos casos, além disso houve recuperação da função renal à basal em todos os casos em um seguimento de 12 meses. O Desenvolvimento de NIC não foi associado com a mortalidade neste estudo. CONCLUSÃO: A incidência de nefropatia induzida por contraste após EVAR foi significativa neste estudo, caracterizando-se porém por ser uma condição benigna e transitória. Um maior número de pacientes devem ser incluídos no estudo para uma avaliação mais aprofundada.

SESSÃO 68: 16178 - COMPLICAÇÕES HEMATOLÓGICAS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL VOLUMOSO

Joana Pereira Sardenberg; Gaudencio Espinosa; Marcio Filippo; Ana Cristina De Oliveira Marinho; Rafael Rezende Da Costa; Carla Gonçalves

Universidade Federal Do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro, Brazil

Objetivo: Relatar complicação hematológica no tratamento endovascular do Aneurisma de Aorta Volumoso **Resumo:** No reparo endovascular de aneurisma de aorta (EVAR) são descritas complicações mecânicas relacionadas ao enxerto, porém complicações inflamatórias e sistêmicas também podem acontecer. Neste relato, apresentamos um caso em que a paciente evoluiu com plaquetopenia severa (0 mil/mm³) no décimo sétimo dia de pós operatório de reparo endovascular de aneurisma volumoso. Baseado nesse fato, discutimos possíveis complicações raras e variáveis no pós-operatório endovascular.

SESSÃO 69: 16081 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA GASTRODUODENAL - RELATO DE CASO

Jihad Mohamad Mansour Abdallah; Reinaldo Tavares Junior; Rogério Nabeshima

Hospital Santa Rita De Maringá, Maringa, Brazil

INTRODUÇÃO: O aneurisma de artéria gastroduodenal é uma condição rara, com prevalência entre 0,2 a 1,5%. Com diagnóstico desafiador, pois usualmente somos confrontados com suas complicações. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho foi demonstrar a segurança e a eficácia no tratamento endovascular desta patologia. **MÉTODO:** Neste caso um achado de exame, paciente estava em acompanhamento para tratamento de câncer de mama, foi submetido a uma tomografia de tórax e abdome com achado de aneurisma de artéria gastroduodenal, pós achado realizou angiotomografia que demonstrou aneurisma sacular de dimensões 8,8mm por 7,2mm. O tratamento proposto foi realizar embolização do aneurisma utilizando molas de liberação controlada. Foram usadas 5 molas com selamento total do aneurisma. **RESULTADO:** Após embolização houve exclusão total do aneurisma, com preservação da árvore arterial da artéria gastroduodenal. Paciente teve alta precoce com retorno precoce as atividades usuais. **CONCLUSÃO:** Podemos concluir que neste caso obtivemos um resultado satisfatório, utilizando um tratamento eficaz e seguro.

SESSÃO 69: 16089 - ISQUEMIA MESENTÉRICA POR CONSEQUÊNCIA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Mateus Picada Correa²; **Joanine Andrighetti Sotilli**¹; Larissa Bianchini²; Flavia Cristina Marafon²; Francine Camboim Ruzzarini¹; Julio Cesar De Mello Bajerski²; Rafael Stevan Noel²; Jaber Nashat De Souza Saleh²; Adolfo Lara Brkanitch²; Omar Toufic Mounzer²

1 - Hospital Sao Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil; 2 - Instituto Vascular De Passo Fundo - Invasc, Passo Fundo, Brazil

INTRODUÇÃO: A doença vascular das artérias mesentéricas apresenta etiologia aterosclerótica em 90% dos casos. A vasculite mesentérica é decorrente de inflamação crônica dos vasos de diferentes calibres, afetando 20 pacientes por milhão anualmente. A manifestação da vasculite mesentérica depende da vasculite de base e dos vasos afetados. Envolvimento visceral no lúpus eritematoso sistêmico (LES) é raro, tendo apenas alguns casos relatados na literatura. Este trabalho visa apresentar um caso de isquemia mesentérica crônica em paciente portador de LES. **RELATO DE CASO:** Paciente feminina, 49 anos, tabagista, diagnóstico de LES há um ano, com manifestações cutâneas em face e braços, controlada com tratamento tópico, sem histórico de eventos tromboembólicos ou abortos, interna com quadro de angina mesentérica e perda ponderal de 15 kg nos últimos quatro meses. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, hidratada, abdômen indolor a palpação, sem massas abdominais ou organomegalias palpáveis. Angiotomografia computadorizada demonstrando espessamento da parede da artéria mesentérica superior (AMS) com oclusão segmentar da artéria mesentérica superior em seu terço proximal, sem doença aterosclerótica identificável em nenhum segmento arterial. Após confirmação de inatividade da doença, e avaliação pré-operatória, foi realizada recanalização e angioplastia de artéria mesentérica superior com stent Absolute 5 x 60mm com bom resultado angiográfico final. A paciente apresentou melhora dos sintomas após o procedimento. **DISCUSSÃO:** O LES é uma desordem auto-imune que afeta diversos sistemas do organismo. Comprometimento vascular é incomum, porém o risco de trombose é 27-43 vezes maior do que no restante da população, sendo um terço delas de origem arterial. A fisiopatologia da lesão vascular é incerta, não havendo consenso de como desenvolve-se um ambiente pró-trombótico no LES. Sabe-se, entretanto, que as tromboses associam-se a períodos de atividade da doença. Quando atinge

os pequenos vasos mesentéricos, as manifestações clínicas são hemorragia, íleo paralítico, perfuração e ulceração. O envolvimento de grandes vasos é menos comum, porém quando presente tem predileção pela AMS. Nesta ocasião, sinais e sintomas de isquemia mesentérica crônica serão encontrados. O diagnóstico é realizado com alto índice de suspeição e a realização de angiotomografia de abdome. O tratamento nestes casos é semelhante à doença aterosclerótica. A revascularização convencional apresenta altas taxas de mortalidade e morbidade – 17% e 54%, respectivamente. Com o advento da era endovascular, a angioplastia com implante de stent passou a ser amplamente utilizada, com taxas de sucesso de 90-100% e mortalidade perioperatória de 0-8.3%. Entretanto, a alta recorrência dos sintomas ainda permanece como uma limitação importante desse método, e aparentemente é relacionada com a atividade da doença. **CONCLUSÃO:** A isquemia mesentérica crônica em virtude da trombose da AMS em pacientes lúpicos é infrequente - em partes devido à rica circulação colateral do trato gastrointestinal. O tratamento endovascular pode ser realizado com sucesso, reservando a cirurgia convencional para ocasiões onde o primeiro não é possível. Adequado controle pré e pós-operatório da atividade da doença é fundamental para o sucesso de qualquer forma de tratamento.

SESSÃO 69: 16107 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA HEPÁTICA- RELATO DE CASO

Pedro Henrique Teles De Oliveira; Leonardo França Pacheco; Ricardo De Ávila Oliveira; Rubens De Aquino Filho; João Manuel Tannus Filho; Sérgio Luis De Mello

Universidade Federal De Uberlândia, Uberlândia, Brazil

Introdução: O aneurisma de artéria hepática (AAH) é o terceiro mais comum entre os aneurismas de artérias viscerais (20%). A a. hepática comum é a mais afetada (tratamento a partir de 15 mm), seguida do seu ramo direito. Há predomínio no sexo masculino (2:1), e pico de incidência na sexta década de vida. A maioria dos pacientes é assintomático. Os sintomas mais comuns são: dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, sem relação com a alimentação. A icterícia pode ocorrer por compressão de vias biliares ou por ruptura do aneurisma intra-hepático para estas. A manifestação clínica ocorre devido a formação de coágulos obstruindo as vias biliares. A taxa de rotura é alta (20-44%), assim como a possibilidade de óbito (35%).
Objetivos: relato e discussão de caso
Materiais e Métodos: Revisão de prontuário
Resultados: Paciente foi admitido no pronto socorro com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizado TC, que evidenciou volumoso aneurisma de artéria hepática. Foi realizado tratamento eletivo da lesão, com embolização seletiva com micro-molas no interior do aneurisma. O paciente evoluiu sem intercorrências no período pós operatório. No tratamento endovascular (TE) o acesso preferido é a artéria femoral, e as tortuosidades acentuadas são contornadas com o uso de microcateteres. As principais formas de TE são: embolização, endoprotetização (com stents, endopróteses ou embolização suportada por stent) e procedimentos híbridos.
Conclusão: O TE é o de escolha para o tratamento dos aneurismas de artérias viscerais, com destaque para a emboloterapia.

SESSÃO 69: 16125 - ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA TRATADA COM TROMBÓLISE.

Vítor Oliveira Ganem; Daniel Mendes Pinto; Cláudia Caroline Barbosa Pfannes; Adriano Nunes Da Silva Dias; Luiza Barbosa Paolucci; Júlio Cesar Arantes Maciel; Caetano De Sousa Lopes

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brazil

A isquemia mesentérica aguda é uma emergência cirúrgica com incidência de 1 a 2% dos casos de dor abdominal. O quadro de insuficiência arterial progride rapidamente para necrose intestinal, o que torna difícil o tratamento por revascularização. A abordagem habitual é a laparotomia para observação da viabilidade intestinal e ressecção do segmento necrosado. Quadros de trombose arterial levam a oclusão proximal da a. mesentérica superior. A embolia mesentérica ocorre em ramos pouco mais distais, que propicia a preservação da viabilidade intestinal por mais tempo. Pacientes com diagnóstico precoce, sem que haja sinais de irritação peritoneal e necrose intestinal, podem ser tratados com restabelecimento da circulação mesentérica. Apresentamos um caso de isquemia mesentérica aguda por embolia da artéria mesentérica superior em paciente tabagista, sem sinais de irritação peritoneal. O tratamento realizado foi a cateterização seletiva da artéria mesentérica superior, por acesso femoral, seguido da infusão de alteplase. Após infusão por aproximadamente 14 horas, o trombolítico foi suspenso e iniciada anticoagulação. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora da dor, sem necessidade de laparotomia. Os autores discutem as vias de acesso, as indicações de trombólise na isquemia mesentérica aguda e a necessidade de anticoagulação prolongada.

SESSÃO 69: 16134 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE OCLUSÃO DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR POR VIA DE ACESSO RETRÓGRADO

Rafael Sampaio Vasconcelos; Cesar Augusto Cherubim Filho; Felipe Mavigner Pereira Franca; Eduardo De Lucca Dallacqua; Nei Rodrigues Alves Dezotti; Leandro Augusto Gardenghi; Mauricio Serra Ribeiro; Edwaldo Edner Joviliano

Hospital Das Clinicas Da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto (hcfmrp-usp), Ribeirao Preto, Brazil

INTRODUÇÃO: A ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÔNICA É A DOENÇA VASCULAR CRÔNICA MAIS COMUM NO TERRITÓRIO ESPLÂCNICO, NO ENTANTO, É RARA NA PRÁTICA CLÍNICA. A BAIXA FREQUÊNCIA DESSA DOENÇA DECORRE DA VASTA CIRCULAÇÃO VISCERAL, COM MÚLTIPLAS INTERCOMUNICAÇÕES ENTRE SUAS ARTÉRIAS (TRONCO CELÍACO, MESENTÉRIA SUPERIOR E MESENTÉRIA INFERIOR). A ATEROSCLEROSE É A ETIOLOGIA MAIS COMUM. O AUMENTO DA UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS DE IMAGEM ABDOMINAIS AVANÇADOS COMO ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E ANGIORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA POSSIBILITARAM UM AUMENTO NA IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA. O TRATAMENTO ENDOVASCULAR DEVIDO A SUA MENOR MORBIMORTALIDADE TEM SE TORNADO MÉTODO CADA VEZ MAIS UTILIZADO. **OBJETIVO:** O OBJETIVO DE ESTE TRABALHO É APRESENTAR O RELATO DE CASO DE TRATAMENTO DA ISQUEMIA MESENTERICA CRONICA COM VIA DE ACESSO ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR. **CASO CLÍNICO:** UMA DOENTE, SEXO FEMININO, 82 ANOS, APRESENTANDO DOR ABDOMINAL PÓS-PRANDIAL, ASSOCIADO A PERDA DE 25.9 KG EM DOIS ANOS (IMC: 17.8). ANTECEDIDA POR UM ULTRASSON, UMA AGIOTOMOGRAFIA IDENTIFICOU OCLUSÃO DE ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR E TRONCO CELÍACO COM UMA IMPORTANTE VEGETAÇÃO CALCICA LUMINAL JUNTO AO OSTIO DA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR. REALIZADO TENTATIVA DE CATETERIZAÇÃO DE ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR ATRAVÉS DE PUNÇÃO FEMORAL, SEM SUCESSO. OPTADO ENTÃO POR LAPAROTOMIA COM DISSECÇÃO DE ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR, PUNCIONANDO-A RETROGRADAMENTE SOB VISÃO DIRETA. APÓS SUCESSO NA RECANALIZAÇÃO DO VASO FOI REALIZADA ANGIOPLASTIA E IMPLANTE DE STENT REVESTIDO CONSIDERANDO A IMPORTANTE VEGETAÇÃO INTRALUMINAL. PACIENTE EVOLUIU ASSINTOMÁTICA RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO TERCEIRO

DIA DE PÓS OPERATORIO COM BOA ACEITAÇÃO DE DIETA VIA ORAL. A DOENTE GANHOU 17 KG EM 9 MESES (IMC: 23.5). ESTA NO 120 MÊS DE ACOMPANHAMENTO. **CONCLUSÃO:** ESSE TRABALHO TEM COMO OBJETIVO EXEMPLIFICAR UMA VIA DE ACESSO ALTERNATIVA E VIÁVEL PARA O TRATAMENTO DE ESTENOSE DE ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR, EVITANDO ASSIM A UTILIZAÇÃO DE ENXERTOS INTRACAVITARIOS.

SESSÃO 69: 16152 - RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA ESTENOSE DE ARTÉRIAS RENAI DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ ? ITAPERUNA -RJ

Eugênio Carlos De Almeida Tinoco; **Leonardo Barros Piccini**; Daniel Fernandes Guimarães; Antônio Cascelli Vaz Filho; Ricardo Turra Perrone

Hospital São José Do Avaí, Itaperuna, Brazil

INTRODUÇÃO: No Brasil, cerca de 30 milhões de pessoas possuem hipertensão arterial sistêmica, sendo que a doença renal isquêmica, devido à estenose de artérias renais, é a causa de 1-5% destes casos. A etiologia destas lesões pode ser devida aterosclerose em 90% dos casos, displasia fibromuscular, arterites, neurofibromatose e causas extrínsecas. A nefropatia isquêmica gera refratariedade no tratamento anti-hipertensivo e perda progressiva da função renal. As lesões ateroscleróticas predominam no óstio e em paciente com mais de 60 anos. Aproximadamente 10-20% das lesões ateroscleróticas com redução luminal igual ou maior à 70% evoluem para oclusão em um ano. A displasia fibromuscular é mais frequente dos 30 aos 50 anos, afetando mais frequentemente o terço médio e distal da artéria. Dentre os exames propedêuticos disponíveis pode-se citar o eco color Doppler, a cintilografia renal e angiotomografia. O tratamento pode ser cirúrgico ou endovascular. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados do tratamento endovascular da estenose de artérias renais realizadas no Hospital São José do Avaí (Itaperuna – RJ). **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva dos pacientes submetidos à revascularização de artérias renais através de angioplastia percutânea no período de Janeiro de 2010 até Janeiro de 2016. Foram realizados 94 procedimentos. A incidência quanto a lateralidade foi de 34 (36,2%) à direita, 44 (46,8%) à esquerda e em 15 casos foram achadas lesões bilaterais. A idade média dos pacientes foi de 71 anos (variando de 17 a 93 anos), sendo que 43 eram do sexo feminino e 50 do sexo masculino. As comorbidades encontradas foram hipertensão arterial em 86 (91,48%) pacientes, diabetes mellitus em 16 (17,2%), tabagismo em 37 (39,3%) e 9 (3,3%) pacientes já eram portadores de doença renal crônica dialítica no momento do tratamento. Ao exame angiográfico inicial, 11 (13%) pacientes já tinham oclusão de pelo menos um dos vasos, sendo 6 à esquerda e 5 à direita. A hipertensão arterial refratária ao tratamento convencional foi o quadro clínico inicial de 23 (24,4%) pacientes. Quanto a etiologia, 84 (89,3%) casos foram por aterosclerose

e 9 (9,5%) casos foram devido à fibrodysplasia muscular. As lesões foram inicialmente rastreadas ou diagnosticadas através dos seguintes exames: 40 (42,5%) por eco color doppler, 11 (11,7%) por arteriografia em paciente com doença arterial obstrutiva periférica, 10 (10,6%) por angiotomografia, 6 (6,3%) por cintilografia renal e 1 (1,06%) por angiorressonância. **RESULTADO:** Foi possível realizar a angioplastia em todos os pacientes. Em 84 (89,3%) pacientes foi usado stent e 10 (22%) casos foram tratados com angioplastia simples. Durante o seguimento, houve recidiva em 6 casos, os quais optou-se por tratar com angioplastia simples. Também durante o seguimento, houve oclusão do stent em 12 (12,76%) casos. As complicações ocorreram em 4 (4,7%) pacientes, sendo 1 ruptura arterial, 1 dissecação arterial, 1 pseudoaneurisma e 1 fístula arteriovenosa. Não houve nenhum caso de nefropatia por contraste com repercussão clínica importante. **CONCLUSÃO** As principais causas de estenose de artérias renais são a aterosclerose oclerante e a fibrodysplasia muscular. A redução luminal pode gerar hipertensão renovascular e nefropatia isquêmica, que evolui para falência renal. A revascularização das artérias por via endovascular é um procedimento pouco invasivo e eficaz para a manutenção da luz do vaso, proporcionando a preservação da função renal, controle da hipertensão renovascular e nefropatia isquêmica.

SESSÃO 69: 16174 - FRATURA E EMBOLIZAÇÃO DE STENT DE ARTÉRIA RENAL APÓS 10 ANOS DE SEGUIMENTO: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Tatiane Carneiro Gratão; Felipe Soares Ribeiro; Nicole Infor-
sato; Andre Echaime Vallentsits Estenssoro; Erasmo Simão Da
Silva; Nelson De Luccia; Pedro Puech - Leão

Hcfmusp, São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO: A estenose da artéria renal está relacionada na maioria das vezes à evolução da doença aterosclerótica e pode provocar tanto hipertensão renovascular quanto a evolução para doença renal crônica em casos mais críticos. O implante de stents intravasculares vêm ao longo das últimas décadas se estabelecendo como método terapêutico para estenoses e oclusões de diversos sítios do sistema arterial e venoso. A complicação mais comum relacionada ao uso de stents para artérias renais é a reestenose. A fratura do stent, por sua vez, é descrita em poucos casos na literatura, podendo por si só conduzir a diversas outras complicações como oclusão, pseudoaneurisma, perfuração do vaso. A fratura completa do stent renal associado à sua migração trata-se de evento raro, de modo que apenas um único caso foi descrito na literatura mundial até os dias atuais. **OBJETIVOS:** Relatar um caso de fratura de stent na artéria renal direita, com embolização de seu fragmento para artéria ilíaca comum ipsilateral. **MÉTODO:** Revisão de prontuário médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, com propósito de relatar um caso de fratura e embolização de stent de artéria renal após 10 anos de seu implante. **RELATO DE CASO:** Paciente AMM, sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de HAS e tabagismo, com correção de dissecção de aorta tipo A em 1993. Em 2006 foi submetida a correção endovascular de úlcera de aorta torácica descendente com endoprótese COOK 36x186mm e, no mesmo tempo cirúrgico, a angioplastia da artéria renal direita com Stent Genesis 6x24mm. Dez dias após o procedimento, devido à localização do stent não englobar o óstio da artéria renal, optado por nova intervenção, com implante de um segundo Stent Genesis 6x24mm na ARD, proximal ao anterior. Manteve seguimento ambulatorial, permanecendo assintomática e com controle de imagem periódico sem alterações, até que em 2014 foi observado em angiotomografia fratura do stent renal, sem deslocamento do segmento fraturado. Como a paciente evoluiu assintomática, optado por observação clínica

e seguimento com exame de imagem anual. Submetida a nova angiotomografia em 2015, na qual foi evidenciada embolização do fragmento do stent, com localização do mesmo na bifurcação da artéria ilíaca direita, sem determinar oclusão arterial e sem repercussões clínicas. Discutido novamente caso em reunião, em que optou-se por seguimento clínico, sem intervenção cirúrgica. **CONCLUSÃO:** Inúmeras causas podem estar relacionadas ao desgaste e subsequente fratura do material do stent em artérias renais. Diversos autores citam como mecanismo importante a mobilidade renal com a respiração e com a postura corporal, levando a stress contínuo e fadiga do metal que pode ou não culminar em fratura. Ao mesmo tempo, a sobreposição de 02 stents, como no caso apresentado, pode ter tido importância na evolução para fadiga e danificação do metal. A análise deste relato nos traz a importância do seguimento clínico pormenorizado de doentes tratados por via endovascular com objetivo de surpreender precocemente complicações a curto e longo prazo relacionadas ao procedimento com a tomada da melhor conduta. A migração do fragmento do material para um dos membros pode eventualmente levar a trombose e oclusão arterial com risco de isquemia e amputação do membro, contudo, a evolução satisfatória neste caso nos levou a optar por seguimento clínico ainda mais rígido, sem intervenções. Mais estudos devem ser realizados visando sempre o aperfeiçoamento e a harmonia entre rigidez, força, elasticidade e plasticidade do material utilizado, de forma que complicações relacionadas ao desgaste do mesmo continuem no grupo de eventos infrequentes.

SESSÃO 70: 16094 - EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL- RELATO DE CASO

Pedro Henrique Teles De Oliveira; Leonardo França Pacheco; Ricardo De Ávila Oliveira; Rubens De Aquino Filho; Sérgio Luis De Mello; João Manuel Tannus Filho

Universidade Federal De Uberlandia, Uberlandia, Brazil

Introdução: O aneurisma de artéria renal (AAR) é o segundo aneurisma visceral mais comum (25% dos casos). Sua prevalência na população é de 0,1%. A displasia fibromuscular é a principal etiologia, seguida de aterosclerose, trauma e poliarterite nodosa. A maioria dos AAR é extraparenquimatosa (90%), se localizando na a. renal principal ou seus ramos. Eventualmente pode haver estenose arterial, gerando mecanismo de hipertensão renovascular. Há predileção para adultos entre 40-60 anos e sexo feminino. A maioria é assintomática, com diagnóstico incidental. O risco de rotura é de 3- 4,6%. Indica-se tratamento para AAR (fusiformes) com diâmetro superior a 2 cm. **Objetivos:** Relato e discussão de caso **Materiais e Métodos:** Revisão de prontuário **Resultados:** Paciente feminina, 63 anos, admitida com hipertensão refratária de longa data; sem alterações ao exame físico geral e sem queixas urinárias ou gastrointestinais. O duplex arterial e arteriografia de vasos renais identificou aneurisma de a. renal direita medindo 2,1 cm (maior diâmetro). Foi realizado tratamento endovascular, com embolização local com molas destacáveis (GDC) e angioplastia local com stent auto-expansível (Tsunami- 6 x 18). A angiografia de controle evidenciou perfusão renal adequada (fases parenquimatosa, venosa) e ausência de sinais do aneurisma; stent pérvio. **Conclusão:** O tratamento endovascular é a opção de escolha no tratamento do AAR.

SESSÃO 69: 16182 - CORREÇÃO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA ESPLÊNICA ATRAVÉS DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR, RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Mariana Vieira Delazeri; Cristiano Silva Pinto; Luciano Vieira; Rodrigo Araldi Nery; Aline Dos Santos Pes; Marianne Aryeli Andretta; Marco Antonio Lourenço; Marcelo Tizzot; Rogerio Yokoyama; Antonio Lacerda Dos Santos Filho; Wilson Michaelis; Andressa Patriani Pimpao

Hospital Evangélico De Curitiba, Curitiba, Brazil

INTRODUÇÃO Os aneurismas aberrantes da artéria esplênica (AE), originados da artéria mesentérica superior (AMS), também conhecido como tronco esplenomesentérico, são uma variação anatômica encontrada em <1% da população, mais comumente em mulheres. Existe hoje na literatura cerca de 35 casos descritos sobre esta variação anatômica, entretanto, são clinicamente importantes devido ao potencial de ruptura e desfecho catastrófico associado. **OBJETIVO** Relatar um raro caso de aneurisma de artéria esplênica proveniente da artéria mesentérica superior. **MATERIAL** Revisão de prontuário. **RELATO DE CASO** B.T.D.D., fem, 47 anos, apresentando dor tipo cólica, epigástrica, há 1 ano. Realizada angioTC de abdome, que evidenciou aneurisma sacular de AE logo após sua origem, com dimensões 14,3 mm x 14,3 mm. Artéria esplênica aberrante saindo do tronco da AMS, artéria hepática saindo da aorta, ausência de tronco celíaco e artéria gástrica esquerda. Colo aneurismático de 5,4 mm. Optado por correção endovascular. Realizada punção de artéria braquial esquerda, cateterizado AMS através de introdutor longo 6F. Colocado stent Advanta V12® 60 x 24 mm na artéria esplênica, logo após sua emergência da artéria mesentérica superior. As imagens de controle evidenciaram exclusão do aneurisma e perviedade dos demais ramos. A paciente recebeu alta hospitalar no 1o. pós-operatório, permanecendo assintomática até o presente momento. AngioTC de controle realizada 12 meses após o procedimento evidenciou perviedade sem vazamentos do stent. **CONCLUSÃO** A técnica endovascular tem se mostrado efetiva para tratamento desta patologia, estando associado a menores taxas de complicações intra-hospitalares, embora não altere a taxa de mortalidade. Com a gradual melhoria da tecnologia dos materiais utilizados, a tendência é que seja técnica de escolha, exceto para casos nos quais seja inviável a realização do tratamento endovascular.

SESSÃO 70: 16132 - TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE PSEUDOANEURISMA DE CABEÇA DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO.

Vinicius Oliveira Godoi; Marcelle Souza Alves Da Silva; Luiz Ronaldo Godinho Pereira; Eduardo Pereira Nascimento; Thiago Mosci; Leonardo Augusto Dávila Gonçalves; Hudson Cruz Reis De Carvalho

Hospital Marcio Cunha, Ipatinga, Brazil

INTRODUÇÃO: Aneurismas da arcada pancreaticoduodenal acometem mais homens do que mulheres, com maior incidência na sexta década de vida, e apresentam a pancreatite alcoólica como principal etiologia. Classicamente o tratamento é cirúrgico convencional com elevada taxa de morbi-mortalidade. Atualmente o tratamento de escolha em muitos serviços é o endovascular, sendo a embolização seletiva por cateterismo o procedimento mais comumente empregado. Para a realização deste procedimento é necessário a identificação da artéria nutridora do pseudoaneurisma, o que nem sempre é possível. Nestes casos, a embolização percutânea direta do aneurisma guiada por tomografia apresenta-se como alternativa. **OBJETIVO:** Relatar um caso de pseudoaneurisma arterial de cabeça de pâncreas tratado por embolização por punção percutânea guiada por tomografia, avaliando a eficácia do tratamento e suas complicações. Procedimento este realizado conjuntamente pelos serviços de Cirurgia Vasculare e de Radiologia Intervencionista do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga – Minas Gerais. **RELATO DE CASO:** Paciente com queixa de dor abdominal, com diagnóstico prévio de pancreatite crônica e cisto de cabeça de pâncreas, submetido a angiotomografia que evidenciou pseudoaneurisma de cabeça de pâncreas. Realizado arteriografia seletiva visceral não sendo identificada a artéria nutridora do pseudoaneurisma. Optado por punção, sob anestesia local, guiada por tomografia do pseudoaneurisma, com embolização sequencial com selante de fibrina (Tissucol®). Realizado controle de eficácia com ecodoppler vascular durante o procedimento. Antibioticoterapia com ciprofloxacino foi iniciada 24 horas antes do procedimento e mantida por sete dias após a intervenção. **RESULTADOS:** Sucesso ultrassonográfico imediato. Angiotomografia de controle, dois meses após a embolização, evidenciou ausência de fluxo em pseudoaneurisma. Ausência de intercorrências per-operatórias ou complicações cirúrgicas pós-operatórias até março de 2016. **CONCLUSÃO:** O tratamento endovascular de pseudoaneurisma de cabeça de pâncreas é factível de ser realizado por punção

percutânea guiada por tomografia, demonstrando ser um método seguro e de baixa morbimortalidade. A literatura a respeito de casos por punção percutânea é escassa devido à baixa prevalência da doença, ao amplo domínio da abordagem cirúrgica convencional e à segurança e eficácia da embolização endovascular por acesso remoto.

SESSÃO 70: 16160 - EMBOLIZAÇÃO DE HEMANGIOMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM POLIDOCANOL

Rafael Rezende Da Costa; Ana Cristina Marinho; Gaudêncio Espinosa; Luciana Farjoun; Guilherme Campos; Joana Sardenberg; Carla França Gonçalves; Marcio Fillipo

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Ufrj, Rio De Janeiro, Brazil

INTRODUÇÃO HEMANGIOMA É UMA MÁ FORMAÇÃO VASCULAR E PODEM SER CLASSIFICADOS COMO PLANOS , FRAGIFORMES , CAVERNOSOS OU TUBEROSOS. OS PLANOS E OS CAVERNOSOS SÃO CONGÊNITOS ENQUANTO QUE OS FRAGIFORMES E OS TUBEROSOS SAO PROLIFERATIVOS E TEM SEU DESENVOLVIMENTO, PREFERENCIALMENTE NA VIDA PÓS NATAL. O SEU DIAGNÓSTICO PODE SER FACILITADO OU DIFICULTADO DE ACORDO COM A SUA LOCALIZAÇÃO. O TRATAMENTO PODE VARIAR DESDE CONSERVADOR ATÉ O TRATAMENTO CIRURGICO SENDO UMA DAS OPÇÕES A EMBOLIZAÇÃO COM POLIDOCANOL. OBJETIVO APRESENTAR UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO DO HEMANGIOMA COM O POLIDOCANOL COMO MICROESPUMA NO PACIENTE SINTOMÁTICO ASSIM COMO ENUMERAR SUAS POSSIVEIS COMPLICAÇÕES MATERIAL E MÉTODOS RELATO DE CASO - EMBOLIZAÇÃO DO HEMANGIOMA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM POLIDOCANOL 3% NUM VOLUME DE 5 ML E A 2% NUM VOLUME DE 5ML FAZENDO UM TOTAL DE 10 ML . PACIENTE FEMININA , 10 ANOS , ACOMPANHADA PELA MÃE DURANTE TODO TRAMENTO. COM QUEIXA PRINCIPAL DE DOR AO PISAR. RESULTADOS FOI NECESSÁRIO 5 DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR , SEM NECESSIDADE DE PÓS OPERATÓRIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA , COM EVOLUÇÃO CLÍNICA SATISFATÓRIA APRESENTANDO MELHORA SIGNIFICATIVA DA DOR . A PACIENTE APRESENTOU DISCRETA DIFICULDADE DE DEAMBULAR DEVIDO A DISCRETA ATROFIA DA MUSCULATURA QUE JÁ EXISTIA NO PRÉ OPERATÓRIO ATRIBUÍDO A POSIÇÃO ANTÁLGICA ADOTADA POR ELA POR UM TEMPO PROLONGADO. NÃO FORAM OBSERVADOS COMPLICAÇÕES INERENTES AO USO DE POLIDOCANOL COMO MICROESPUMA. CONCLUSÃO A EMBOLIZAÇÃO COM ESPUMA DE POLIDOCANOL 3% SE MOSTROU UM TIPO DE TRATAMENTO SEGURO , COM BOA EFICÁCIA ,COM BAIXOS ÍNDICES DE COMPLICAÇÕES . ALÉM DE APRESENTAR RÁPIDA RECUPERAÇÃO.

SESSÃO 70: 16161 - EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL SELETIVA DE TUMOR ÓSSEO PRIMÁRIO - RELATO DE CASO

Debora Antonieta Barros Sasso; Henrique Mitsu Matsuda; Daniel Barreto Ramos; Guilherme Da Silva Silvestre; Gustavo Teixeira Fulton Schimit; Eduardo Durante Ramires; José Manoel Da Silva Silvestre; Domingos De Moraes Filho

Universidade Estadual De Londrina, Londrina, Brazil

1. Introdução: O tumor de células gigantes (TCG) é uma das neoplasias ósseas primárias mais comuns, maioria dos casos benigna. Acomete o adulto jovem na faixa dos 20 aos 35 anos de idade, localizado mais frequentemente no fêmur distal e na tibia proximal. O tratamento consiste basicamente da curetagem simples até a ressecção ampla, e para melhoria dos resultados há associação do tratamento adjuvante com diversos agentes, como o metilmetacrilato. A embolização intra-arterial seletiva ou superseletiva de tumores ósseos primários ou metástases ósseas vem sendo crescentemente utilizada, principalmente como tratamento adjuvante ou paliativo dessas neoplasias. Este é um relato de caso de tratamento adjuvante de tumor ósseo primário através de técnica endovascular (embolização superseletiva). 2. Relato de Caso: Paciente masculino, 22 anos com diagnóstico de tumor osteomuscular em membro inferior direito (fíbula) fora submetido a ressecção do mesmo em agosto de 2015, porém sem sucesso, pois durante cirurgia evidenciou-se vascularização importante circunvizinha, dificultando a progressão do procedimento. Os sinais e sintomas eram de edema, aumento da circunferência da panturrilha direita e dor local. Em ressonância magnética do membro, os achados eram de lesão expansiva predominantemente sólida e com cistos de permeio na fíbula proximal inferindo moderado grau de agressividade, e hipervascularização local. Exame histo-patológico e imuno-histoquímico revelou o diagnóstico de tumor de células gigantes tenossinovial. Foi então programado embolização do tumor em setembro de 2015. Realizado arteriografia com punção retrógrada da artéria femoral esquerda, e visualizado irrigação do tumor predominantemente por ramos da artéria tibial anterior e com artérias distais pérvias ao exame. Procedeu-se a cateterização superseletiva de principais ramos nutridores com microcateter (2.8Fr) e embolização com microesferas (500~700 micrometros) até sinal de refluxo pelo microcateter. Apresentava à ultrassonografia Doppler de controle no pós cirúrgico, artérias poplíteas, tibial anterior e posterior, e fibular pérvias e de ondas trifásicas, e em ramos arteriais do tumor ondas

de baixa resistência. Em consulta ambulatorial um mês após o procedimento paciente apresentava diminuição da tumoração em perna direita, e melhora do desconforto no local. Agendando para reavaliação ortopédica e nova tentativa de ressecção no mesmo mês. 3. Conclusões: Embolização para tumores amplamente vascularizados, inclusive tumores osteomusculares, como terapia adjuvante ou paliativa está indicada principalmente para redução de perda sanguínea intraoperatória e facilitar a ressecção dos mesmos. É necessário, certamente, planejamento e conhecimento adequado das artérias nutridoradas do tumor e colaterais, para que se realize a cateterização superseletiva e injeção de agente embolizante de forma correta, evitando assim efeitos colaterais ou complicações.

SESSÃO 70: 16210 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DOS MIOMAS UTERINOS: RELATO DE CASOS

Elias Abdala Tauil Filho; Camila Kolber Del Priore; Wesley Lobo Avelar Junior; Leandro Rocha; Mauricio Rocco De Oliveira; Armando De Carvalho Lobato

Icve, Sao Paulo, Brazil

Introdução: Miomas uterinos são tumores do útero, que muitas vezes aparecem durante a idade fértil. Esse tumor benigno atinge cerca de 50% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 50 anos. O tratamento endovascular com a embolização vem sendo muito utilizado em virtude de cessamento de sangramentos e preservação do órgão em mulheres jovens sem prole definida. **Casuística:** Foram estudadas 6 pacientes portadoras de mioma uterino, com idade entre 33 e 51 anos, que apresentavam dor abdominal refrataria a analgesia endovenosa associada a metrorragia, submetidas ao tratamento endovascular. **Métodos:** As pacientes foram submetidas a embolização do mioma com microesferas, cateterização seletiva das artérias uterinas, por via de acesso em artéria femoral direita, media de 6 kits de microesferas por paciente, sendo acompanhadas ambulatorialmente após o procedimento. **Resultados:** Foram embolizadas 12 artérias uterinas ao todo, utilizados 36 kits de microesferas, onde todas as pacientes apresentaram diminuição do volume uterino total associadas ao cessamento da metrorragia e melhora da dor. Não foram observadas complicações pós cirúrgicas dos casos submetidos ao procedimento. **Conclusão:** O tratamento endovascular dos miomas uterinos por embolização das artérias uterinas vem se mostrando como bom método para diminuição dos sintomas, diminuição do volume uterino, principalmente em mulheres jovens de idade fértil, sem prole definida, mantendo o órgão e a fertilidade das pacientes portadoras da doença, com melhora na qualidade de vida, diminuindo a necessidade de histerectomias ou pelo menos postergando a viabilidade gestacional das pacientes.

SESSÃO 71: 16004 - COMPLICACIONES VASCULARES GRAVES EN IMPLANTE DE VALVULA AORTICA TRANSCATETER POR VIA TRANSFEMORAL

Pablo Alejandro Marina; Marcelo Pettinari; Aldassoro Armando; Thomas Jorge; Diaz Roberto; Cañarte Gonzalo

Sanatorio Modelo Burzaco, , Argentina

INTRODUCCION:A PARTIR DEL ADVENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE IMPORTANTE PERFIL,LAS COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR SE HAN CONVERTIDO EN UN PUNTO CRITICO PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD DEL PROCEDIMIENTO.EL ACCESO TRANSFEMORAL ES PREFERIDO POR SER MENOS INVASIVO,DE MAYOR EXPERIENCIA,MENOR ESTADIA HOSPITALARIA,RAPIDA DEAMBULACION Y MENOR COMPLICACIONES EN LA HERIDA.EL ACCESO TRANSFEMORAL PARA INTRODUTOR 18 FRENCH(Fr)CONTEMPLA DIAMETRO FEMORAL MAYOR O IGUAL DE 6MM,ESCASA CALCIFICACION Y ESCASA TORTUOSIDAD OBJETIVO:RELATAR COMPLICACIONES VASCULARES GRAVES EN IMPLANTE DE VALVULA AORTICA TRANSCATETER POR VIA TRANSFEMORAL MATERIAL Y METODOS:DESDE 2005 HASTA EL 2016 SE IMPLANTARON EN NUESTRO CENTRO 34 VALVULAS AORTICAS TRANSCATETER POR VIA TRANSFEMORAL.TODOS LOS ACCESOS SE REALIZARON POR DISECCION Y CIERRE QUIRURGICO DEL SITIO DE PUNCION.TUVIMOS UNA COMPLICACION VASCULAR GRAVE LUEGO DE UN IMPLANTE VALVULAR EXITOSO RESULTADOS:LUEGO DEL RETIRO DE INTRODUTOR 18Fr LA PACIENTE EXPERIMENTO HIPOTENSION SEVERA SEGUIDA DE SHOCK.SE REALIZA ANGIOGRAFIA POR VIA CONTRALATERAL OBJETIVANDO EXTRAVASACION DE CONTRASTE FUERA DE LA LUZ ILIACA. SE POSICIONA GUIA HIDROFILICA DE 3METROS DESDE EL ACCESO CONTRALATERAL,SE CRUZA EL SITIO DE RUPTURA ILIACA DERECHA Y SE LOGRA OBTENER POSICION DE CUERDA EN EL ACCESO VASCULAR DERECHO. SE IMPLANTAN TRES STENTS GRAFT ADVANTA V12 EN LA ILIACA DERECHA.LA PACIENTE SE ESTABILIZA RECUPERANDO PRESION ARTERIAL Y CONCIENCIA.LUEGO DE SER TRASLADADA A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SUFRE NUEVO CUADRO DE SHOCK CON DESCENLACE FATAL CONCLUSION:CREEMOS QUE A PESAR DE CUMPLIR CON LOS DIAMETROS, CALCIFICACION Y TORTUOSIDAD REQUERIDOS PARA EL ACCESO FEMORAL DEBEMOS PRESTAR MUCHA ATENCION EN LA MANERA

DEL INGRESO DEL INTRODUTOR 18Fr POR EL EJE AORTO ILIACO FEMORAL,LO QUE DENOMINAMOS"SEMIOLOGIA DEL INTRODUTOR".CON ELLO SIGNIFICAMOS QUE SI TENEMOS DIFICULTADES EN EL INGRESO DEL INTRODUTOR TENDREMOS QUE EXTREMAR CUIDADOS AL RETIRARLO.TRES MEDIDAS PODRIAN DISMINUIR LAS COMPLICACIONES AL RETIRO:1) DEJAR LA CUERDA EXTRASOPORTE LUEGO DE RETIRAR EL INTRODUTOR LO QUE FACILITARIA EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR RAPIDO DE LA COMPLICACION,2)RECOLOCAR EL DESILET SOBRE LA VAINA Y SOBRE CUERDA EXTRASOPORTE RETIRALO,3)INSUFLACION CON BALON PERIFERICO SOBRE LA VAINA PARA INTENTAR LIBERAR LA VAINA DE LA ARTERIA

SESSÃO 71: 16104 - FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DE VASOS POPLÍTEOS

Pedro Henrique Teles De Oliveira; Leonardo França Pacheco; Ricardo De Ávila Oliveira; Rubens De Aquino Filho; Sérgio Luis De Mello; João Manuel Tannus Filho

Universidade Federal De Uberlândia, Uberlândia, Brazil

Introdução: As fistulas arteriovenosas (FAVs) traumáticas têm incidência de 7% no trauma vascular, com acometimento da a. poplíteia em 15-18% dos casos. Pode ocasionar insuficiência valvular, resultando em insuficiência venosa. Objetivos: Relato e discussão de caso. Materiais e Métodos: Revisão de prontuário. Resultados: Paciente foi admitido no pronto socorro com queixa de edema volumoso, de evolução progressiva nos últimos 2 meses em perna esquerda. Associa o início do quadro a trauma contuso em joelho esquerdo (face posterior) por acidente automobilístico. Ao exame físico foi observado frêmito palpável em vasos poplíteos, sopro audível à ausculta, edema de membro e dilatação de vasos da drenagem venosa superficial do membro. Realizou-se duplex venoso e arteriografia de membros inferiores, sendo constatado volumosa FAV de a. poplíteia. Foi optado por tratamento endovascular, sendo realizado posicionamento de stent local (Fluency- 8x100). A arteriografia de controle evidenciou redução importante do fluxo local; ao exame frêmito abolido e discreto sopro local. Entre as vantagens do tratamento endovascular nas lesões vasculares traumáticas nota-se: abordagem a distância, evitando o local traumatizado; menos invasivo; menor perda sanguínea; menor necessidade anestésica; em caso de insucesso, não impede a abordagem pela cirurgia convencional. Conclusão: O tratamento endovascular da FAV traumática revela-se como opção de escolha, sendo observado resultado satisfatório e possibilidade de correção da lesão com recuperação rápida.

SESSÃO 71: 16118 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA E PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA APÓS PROCEDIMENTO ARTROSCÓPICO NO JOELHO: RELATO DE CASO E REVISÃO NA LITERATURA.

Marcelo Eduardo Ribeiro; Thaisy Christina Duarte Novaes; Marcos Cereja Jabali; Guilherme Nobrega Garcia

Hospital Santa Casa De Misericórdia E Hospital São Rafael De Rio Claro, Rio Claro, Brazil

Resumo Relatamos um caso de fistula arteriovenosa e pseudoaneurisma de artéria poplíteia em uma mulher de 66 anos, que foi submetida à cirurgia de artroscopia de joelho direito, devido a um quadro de rotura de raiz posterior de menisco medial. Evoluiu com quadro de dor na panturrilha direita e edema no pé direito após três dias do procedimento. Realizado Eco Doppler Venoso com ausência de Trombose Venosa Profunda, com presença de fluxo de aspecto pulsátil e turbilhonado e com refluxo em veia femoral superficial. Solicitado Angiografia, com presença de fistula arteriovenosa e pseudoaneurisma de artéria poplíteia. Indicado reparo endovascular, sendo este realizado após cinco meses da artroscopia do joelho. Após três meses do tratamento, paciente encontra-se assintomática, com patência do stent e oclusão da fistula arteriovenosa. Uma revisão na literatura foi realizada para verificar a prevalência dos casos que, após artroscopia de joelho, evoluíram com pseudoaneurisma e fistula arteriovenosa. A pesquisa bibliográfica foi realizada por artigos científicos nacionais e estrangeiros publicados nos últimos 25 anos. Embora raro, o pseudoaneurisma é um risco que é inerente à cirurgia artroscópica, e o reparo destes, com tratamento endovascular, mostrou-se uma opção menos invasiva e que pode ser eficaz e viável. Palavras-chave: Pseudoaneurisma, Fístula arteriovenosa, Artroscopia, Joelho.

SESSÃO 71: 16159 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE PSEUDO ANEURISMA TRAUMÁTICO DE AORTA TORÁCICA

Debora Antonieta Barros Sasso; Daniel Barreto Ramos; Henrique Mitsu Matsuda; Eduardo Durante Ramires; José Manoel Da Silva Silvestre; Gustavo Teixeira Fulton Schimit; Domingos De Morais Filho

Universidade Estadual De Londrina, Londrina, Brazil

1. Introdução: A ruptura da aorta torácica é uma causa comum de morte após o trauma fechado torácico. Em mais de 80% dos casos, a ruptura ocorre nas três camadas da aorta, resultando em exsangüinação e morte no local do acidente. Trinta por cento, dos sobreviventes, inicialmente, morrerão dentro de 6 horas e 20% em 24 horas, se o diagnóstico não for feito e o tratamento instituído. A melhora estatística recente das taxas de óbito nessa população, é atribuída ao crescente conhecimento clínico, à melhoria do tratamento do trauma no pré e intra-hospitalar e do diagnóstico por imagem, bem como ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas. 2. Relato de Caso: Paciente masculino, 19 anos, deu entrada no Pronto Socorro Cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina às 23h do dia 23/08/2015 por história de traumatismo tóraco-abdominal, fratura exposta de membro inferior esquerdo por colisão auto-auto. Na avaliação inicial, paciente se encontrava em Glasgow 15, hálito etílico, pulsos distais ausentes em membro inferior esquerdo, fratura exposta de fêmur à esquerda, evidencia de hematúria na passagem de sonda vesical, taquicárdico e normotenso. Durante avaliação de equipe de cirurgia vascular identificado a ausência de pulsos distais de membro contralateral à fratura exposta. Fora então, submetido a arteriografia diagnóstica de ambos os membros no dia 24/08, que evidenciou embolização de artérias distais de ambos os membros inferiores. Paciente mantinha se estável hemodinamicamente e em tratamento de fratura de fêmur. Procedeu-se a investigação de fonte embólica com ecocardiograma e angiotomografia de tórax seguido do diagnóstico de dissecação de aorta torácica logo após origem de artéria subclávia esquerda, e dilatação aneurismática de aorta torácica descendente. Foi submetido a correção endovascular de pseudoaneurisma traumático da aorta torácica no dia 04/09/15, com endoprotese 24x24x130 mm e balão de acomodação. Realizou controle pós-cirúrgico com angiotomografia torácica no dia 09/09 que mostrou endoleak tipo I, e logo, encaminhado para a correção endoluminal com uma endoprotese 28x24x100 mm. No controle tardio pós reparo endovascular, não fora evidenciado sinais de deformidade

e/ou endoleak. Paciente segue bem, em uso de antihipertensivos e acompanhamento fisioterápico. 3. Conclusões: As lesões de aorta no traumatismo torácico fechado são pouco frequentes, mas acarretam alta morbidade. O diagnóstico rápido e preciso se faz necessário para aumento da sobrevida dos paciente. O reparo endovascular nos pacientes estáveis apresenta-se como opção eficaz e certamente se tornará padrão para maioria dos casos.

SESSÃO 72: 16078 - RELATO DE CASO: SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES

Daniel Barreto Ramos; **Debra Antonieta Barros Sasso**;
Henrique Mitsui Matsuda; Guilherme Da Silva Silvestre; Gustavo
Teixeira Fulton Schimit; José Manoel Da Silva Silvestre; Eduardo
Durante Ramires; Domingos De Moraes Filho

Universidade Estadual De Londrina, Londrina, Brazil

1. Introdução A compressão da veia renal esquerda pelo ângulo aorto-mesentérico, conhecida como Síndrome de Quebra-nozes, é um distúrbio vascular raro e muitas vezes subdiagnosticado, determinando hipertensão venosa renal e congestão venosa pélvica. Acomete geralmente mulheres entre a terceira e quarta década de vida. As manifestações clínicas incluem hematuria, varizes pélvicas, varicocele, dor abdominal ou pélvica, anemia e proteinúria ortostática. Este é um relato de caso de Síndrome de quebra-nozes, em paciente com veia renal esquerda circum-aórtica, tratada através de técnica endovascular. 2. Relato de caso Paciente de 54 anos, sexo feminino, em investigação de dor pélvica crônica. Negava hematuria macroscópica ou varizes de membros inferiores. Apresentava, ao exame físico, dor abdominal baixa à palpação, sem a presença de varizes perineais ou de membro inferior. Os exames laboratoriais não evidenciavam anemia, hematuria microscópica ou protenúria. Durante a investigação, realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome, que evidenciou veia renal esquerda duplicada (circum-aórtica), com compressão do seu ramo anterior entre a artéria mesentérica e a aorta e do ramo posterior entre a aorta e segunda vértebra lombar, associada a dilatação da veia gonadal e varizes pélvicas. Realizou-se flebografia seletiva da veia renal esquerda, por cateterização da jugular direita, que demonstrou veia renal de calibre aumentado até seu cruzamento com a aorta, onde apresentava constrição, e fluxo retrógrado intenso através da veia gonadal esquerda dilatada, com contrastação de veias varicosas na região pélvica. Foi realizada venoplastia do ramo anterior da veia renal com stent auto-expansível 14x40 mm de células abertas, na região da compressão. À flebografia de controle, evidenciado redirecionamento do fluxo preferencialmente para a cava inferior e diminuição do refluxo para a veia gonadal, sem contrastação das varizes pélvicas. Com o resultado, optou-se pela não abordagem imediata (embolização) da veia gonadal, procedimento que pode ser realizado posteriormente no caso de persistência dos sintomas. Durante o acompanhamento ambulatorial, a paciente referiu

diminuição progressiva da dor, a qual cessou totalmente no terceiro mês pós-procedimento. 3. Conclusões As opções de tratamento da Síndrome de quebra-nozes incluem observação, terapia medicamentosa, cirurgias abertas ou videolaparoscópicas e técnicas endovasculares. O tratamento endovascular, pelo seu caráter pouco invasivo, vem sendo cada vez mais utilizado, tendo-se mostrado eficiente e seguro com o desenvolvimento dos materiais e aprimoramento das técnicas.

SESSÃO 72: 16105 - SÍNDROME DE PAGET- SCHROETTER

Pedro Henrique Teles De Oliveira; Sérgio Luis De Mello;
Ricardo De Ávila Oliveira; João Manuel Tannus Filho; Rubens De
Aquino Filho

Universidade Federal De Uberlândia, , Brazil

Introdução: A trombose venosa profunda de membros superiores (TVPMS) foi descrita por Paget (1875) e Schroetter (1884). Acomete apenas 20% dos pacientes, sendo de incidência pouco frequente (2/1.000/ ano). O esforço físico é o principal agente causal. Predomina em indivíduos jovens, no membro dominante, após estresse físico intenso. Pode estar associada a estreitamentos anatômicos ou patológicos. **Objetivos:** relato e discussão de caso **Materiais e Métodos:** Revisão de prontuário **Resultados:** Paciente foi admitido no pronto socorro com dor, parestesia e edema em membro superior esquerdo (MSE) há 1 dia. Observou-se cianose discreta na mão esquerda, pulsos distais palpáveis e ausência de déficit motor. Refere ser dançarino profissional e associa o início do quadro clínico após apresentação recente. Foi realizado duplex venoso de MMSS, que evidenciou TVPMS (v. axilar esquerda). Optou-se então por realização de flebografia de MSE, que confirmou o diagnóstico. Realizou-se tratamento endovascular com administração de trombolítico intra-trombo (rTPA) em bolus e por bomba de infusão contínua. Após 1 dia de tratamento observou-se recanalização completa do segmento venoso afetado, além de sinais de compressão extrínseca do 1º arco costal. Recebeu alta hospitalar no 8º PO, com anticoagulação oral e melhora clínica. **Conclusão:** A conduta mais indicada para as TVPMS é a fibrinólise nos casos de tromboes primárias, seguidos de descompressão venosa quando a flebografia de controle sugerir essa anomalia. Caso contrário, os pacientes devem ser anticoagulados da maneira habitual.

SESSÃO 72: 16111 - RELATO DE CASO: DOR ANAL CRÔNICA INESPECÍFICA: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DE SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES

Jaber Nashat Saleh¹; Mateus Picada Correa¹; Francine Camboim Ruzzarin²; Larissa Bianchini¹; Julio Cesar De Mello Bajerski¹; Rafael Stevan Noeli¹; Omar Toufic¹; Adolfo Lara Brkanitch¹; Flavia Cristina Marafon¹; Joanine Andrighetti Sotilli²

1 - Invasc - Instituto Vascular De Passo Fundo, Passo Fundo, Brazil; 2 - Hospital São Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil

INTRODUÇÃO: A síndrome da congestão pélvica (SCP) é uma das formas de dor pélvica crônica, responsável por 30% das consultas ginecológicas. Decorre da dilatação das veias pélvicas, ocasionando hipertensão e varizes na região. Acredita-se que 10% das mulheres possuem incompetência das veias gonadais e 60% podem evoluir para a SCP. Em alguns casos pode ser originária de hipertensão secundária à compressão da veia renal esquerda conhecida como Síndrome de quebra-nozes (SQN). A SCP possui um leque de manifestações, sendo dipareunia em 70% dos casos. A dor anal é menos comum, e pode ser confundida com patologias proctológicas. Este estudo relata um caso de dor anal crônica como manifestação de SQN. **MATERIAIS E MÉTODOS:** As informações foram obtidas por revisão do prontuário, exames de imagem e revisão da literatura. Paciente feminina, 39 anos, hígida, não usuária de medicações contínuas, com história prévia de apendicectomia, cesariana e histerectomia, sem ooforectomia, devido à metrorragia. Paciente encaminhada pela equipe de Proctologia após investigação completa e exclusão de hipóteses de patologia intestinal. A paciente queixava-se de dor anal diária, iniciada há cerca de oito meses, com piora aos esforços físicos, sem alteração de hábito intestinal e sensação de peso e fadiga em membros inferiores, pior em dias quentes. Ao exame físico, não apresentava varizes em membros inferiores e na genitália. Foi realizada uma ressonância nuclear magnética (RNM) e angiotomografia (ATC) de abdome e pelve, a qual evidenciaram múltiplas varizes perianais, mais proeminentes à esquerda, varizes pélvicas e infiltração de paramétrios e compressão de veia renal esquerda. A paciente foi mantida com sintomáticos (quais? Venotônico? Analgésico?) até o tratamento. Optamos pela realização de flebografia a qual evidenciou compressão extrínseca da veia renal esquerda e a flebografia seletiva demonstrou insuficiência de veia gonadal esquerda, com inúmeras varizes pélvicas e varizes anais à esquerda.

RESULTADOS: Paciente foi submetida a tratamento endovascular. A flebografia renal esquerda evidenciou compressão extrínseca da veia renal esquerda e a flebografia seletiva demonstrou insuficiência de veia gonadal esquerda, com inúmeras varizes pélvicas e varizes anais à esquerda. Realizada embolização de veia gonadal esquerda com polidocanol a 3% e seis unidades de molas Cook Nester®. No mesmo tempo cirúrgico foi realizada angioplastia da veia renal esquerda, com stent Cook Zilver Vena® 16x40mm, com bom resultado angiográfico final. A paciente obteve uma boa evolução clínica no pós-operatório imediato, com queixa de leve desconforto abdominal, que cessou com analgesia adequada e remissão completa do quadro anal. Está em acompanhamento ambulatorial com 20 dias de pós-embolização. **CONCLUSÃO:** Por ser uma doença de morbidade considerável e tantas vezes menosprezada devido a sua gama de queixas inespecíficas, a SCP é uma patologia que quando diagnosticada de forma correta, vem trazendo bons resultados prognósticos com o tratamento endovascular através da embolização da veia gonadal; com baixa taxa de complicação maior e um alívio sintomático de quase 90%, sendo que em mais da metade dos casos a melhora clínica é total. Assim como a SQN, que vem apresentando relatos de resultados satisfatórios com o tratamento endovascular. Um elevado índice de suspeição e a realização de exames de imagens intra-abdominais são fundamentais para o diagnóstico correto das síndromes de congestão venosa pélvicas.

SESSÃO 72: 16115 - INSUFICIÊNCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR COMPRESSÃO EXTRÍNSECA DA VEIA ILÍACA ESQUERDA: UMA MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE MIOMA UTERINO

Julio Cesar De Mello Bajerski¹; Francine Camboim Ruzzarin²; Mateus Picada Correa¹; Rafael Stevan Noel¹; Larissa Bianchini¹; Jaber Nashat Saleh¹; Omar Toufic¹; Adolfo Lara Brkanitch¹; Joanine Andrighetti Sotilli²; Flavia Cristina Marafon¹

1 - Invasc - Instituto Vascular De Passo Fundo, Passo Fundo, Brazil; 2 - Hospital São Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil

Introdução: Os leiomiomas uterinos são neoplasias benignas do sistema reprodutor feminino com incidência de aproximadamente 40% durante período reprodutivo, atingindo um pico de 70% aos 50 anos de idade. Raramente podem apresentar dimensões suficientemente extensas para comprimir estruturas adjacentes, como as veias ilíacas, dificultando o retorno venoso dos membros inferiores e promovendo estase sanguínea. Apresentamos um relato de caso incomum de mioma gigante mimetizando um quadro de síndrome de May-Thurner em uma paciente com varizes de membro inferior esquerdo. **Materiais e métodos:** As informações foram obtidas por revisão do prontuário, exames de imagem e revisão da literatura. Paciente feminina, 37 anos, sem comorbidades, sem cirurgias prévias, apresentando quadro de desconforto, sensação de peso e varizes calibrosas em membro inferior esquerdo. Tinha diagnóstico de mioma uterino, em tratamento para metrorragia. Na ocasião foi realizada flebografia que não evidenciava sinais sugestivos de Síndrome de May-Thurner. O ecodoppler venoso demonstrava insuficiência de safena magna esquerda. Foi submetida a safenectomia interna esquerda com retirada de trajetos venosos, sem intercorrências. Cerca de 12 meses após o procedimento, fomos procurados pois a paciente apresentava recidiva das varizes em membro inferior esquerdo. Foram solicitados novos exames de imagem, entre eles angiotomografia venosa, que excluiu Síndrome de May-Thurner, porém evidenciou compressão extrínseca de veia ilíaca externa esquerda por mioma uterino de grandes dimensões. Foi realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) para melhor avaliação, constatando três miomas uterinos, sendo dois com menos de 02 cm em seu maior eixo e um volumoso, com dimensões de 7,2 x 6,4 x 8,0cm. **Resultado:** A paciente foi submetida a embolização de artérias uterinas direita e esquerda com microesferas 500-700 micra, apresentando bom resultado angiográfico final. A RNM de controle, realizada 30 dias após o procedimento, evidenciou

redução importante do mioma uterino maior, com melhora total da metrorragia e melhora parcial do desconforto em membro inferior esquerdo. Seis meses após a embolização, foi realizada nova angiogramia demonstrando descompressão da veia ilíaca externa esquerda com mioma uterino de 66mm em maior diâmetro. A paciente encontra-se assintomática e permanece em acompanhamento ambulatorial, com plano de novo tratamento cirúrgico de varizes. Conclusão: A insuficiência venosa crônica secundária à estenose luminal causada pela compressão por leiomioma extenso é infrequente na prática cotidiana e na literatura. Seu manejo através da embolização alivia a metrorragia em até 90% dos pacientes, com redução de 50-60% do tumor em um ano. Ademais, esse método reduz o tempo de internação e favorece o retorno precoce às atividades usuais. Contudo, faz-se indispensável acompanhamento a longo prazo do paciente, devido à eventual necessidade de reintervenção e à possibilidade, conquanto incomum, de eventos adversos tardios relevantes. Este caso demonstra a necessidade de exames de imagens intra-abdominais na suspeita de Síndrome de May-Thurner.

SESSÃO 72: 16148 - RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA ESTENOSE DE VEIA SUBCLÁVIA NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ ? ITAPERUNA - RJ

Eugênio Carlos De Almeida Tinoco; **Leonardo Barros Piccinini**;
Antônio Cascelli Vaz Filho; Daniel Fernandes Guimarães;
Ricardo Turra Perrone

Hospital São José Do Avaí, Itaperuna, Brazil

INTRODUÇÃO: As estenoses ou oclusões venosas centrais são um problema comum em pacientes dialíticos, incidindo em 5-17% destes. Podem surgir em 52-50% dos doentes com cateterização da veia subclávia e em até 10% daqueles com cateter em veia jugular interna. O quadro clínico pode se manifestar através de edema/assimetria entre os membros superiores e de face. As opções de tratamento são por cirurgia ou via endovascular. **OBJETIVO:** Apresentar o resultado do tratamento endovascular de lesões estenóticas de veia subclávia realizado no Hospital São José do Avaí (Itaperuna – RJ). **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva baseada na análise dos prontuários dos pacientes submetidos à angioplastia transluminal percutânea de veias subclávias no período de Janeiro de 2010 até Outubro de 2015. Foram realizados 14 procedimentos, sendo 6 (50%) à direita e 8 (50%) à esquerda. A média de idade foi de 56,4 anos (variando de 24 a 86 anos), sendo 11 (78,5%) do sexo masculino e 3 (21,5%) do sexo feminino. As indicações dos procedimentos foram 12 (85,7%) casos por estenose após colocação de cateter, 1 (7,1%) caso por trombose venosa e 1 (7,1%) caso por estenose após cirurgia para correção de síndrome de desfiladeiro cérvico-torácico. Os fatores de risco encontrados foram hipertensão arterial em 10 (71,4%) pacientes, diabetes mellitus em 2 (14,2%) e tabagismo em 1 (7,1%) paciente. **RESULTADO:** Todos se apresentaram clinicamente com assimetria entre os braços e em nenhum havia acometimento facial. Todos os casos de estenose após punção venosa eram devido a repetidos acessos para hemodiálise. Obteve-se sucesso técnico em todos os pacientes. Em 13 (92,9%) pacientes foi utilizado stent e em 1 (7,1%) caso foi feito angioplastia simples com balão. Em 5 (35,7%) pacientes houve recidiva durante o seguimento ambulatorial, sendo tratados com angioplastia simples com balão. Em 1 (7,1%) caso houve trombose tardia de stent. Em todos os casos houve redução no diâmetro da circunferência do membro tratado, em maior ou menor grau. **CONCLUSÃO** A angioplastia de veia subclávia é eficaz no tratamento de estenoses e com risco aceitável de

complicações e de recidiva. De acordo com as Dialysis Outcome Quality Initiative (DOQI) a única terapêutica considerada aceitável para as estenoses ou oclusões venosas centrais, sintomáticas, nos doentes em hemodiálise é a terapêutica endovascular.

SESSÃO 72: 16162 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE TROMBOSE VENOSA RECORRENTE EM ADOLESCENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE MARFAN COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Mateus Picada Correa²; **Joanine Andrighetti Sotilli¹**; Flavia Cristina Marafon²; Larissa Bianchini²; Francine Camboim Ruzzarin¹; Julio Cesar De Mello Bajerski²; Rafael Stevan Noel²; Jaber Nashat De Souza Saleh²; Adolfo Lara Brkanitch²; Omar Toufic Mounzer²

1 - Hospital Sao Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil; 2 - Instituto Vascular De Passo Fundo - Invasc, Passo Fundo, Brazil

INTRODUÇÃO: A síndrome de Marfan é uma doença autossômica dominante multissistêmica causada por mutações no gene FBN1, que codifica a proteína fibrilina 1, presente no tecido conjuntivo. Os pacientes portadores desta síndrome podem ter níveis elevados de homocisteína, que é um fator relacionado a risco aumentado de tromboembolismo venoso. Apresentamos um caso singular da associação de síndrome de Marfan com tromboembolismo venoso (TEV) extenso e recorrente e seu tratamento endovascular. **RELATO DO CASO** Paciente feminina, 16 anos, previamente hígida, em uso de contraceptivo oral há seis meses, interna com história de dispneia progressiva há dez dias, associado à síncope. Ao exame físico, encontrava-se taquidispneica, com edema e empastamento desde a coxa esquerda e diminuição de pulsos distais à esquerda. Angiotomografia (ATC) de tórax demonstrou tromboembolismo pulmonar bilateral maciço e ATC de abdome e ecodoppler de membros inferiores evidenciaram trombose extensa cavo-íliaca bilateral e de membro inferior esquerdo. Foi submetida a trombectomia mecânica percutânea de veia cava inferior, ilíacas bilaterais e membro inferior esquerdo com Angiojet®, implante de filtro de cava e angioplastia de veia ilíaca esquerda com stent Cook Zilver Vena® com bom resultado final. Paciente evoluiu satisfatoriamente, assintomática e com regressão da assimetria dos membros, recebendo alta com rivaroxabana até investigação de trombofilia. Ao longo desta internação, foi diagnosticada com síndrome de Marfan através de critérios clínicos: observou-se ectopia lentis, estatura elevada da paciente em relação aos pais associada à dolicostenomelia, pectus escavatum e lesão óssea que foi investigada através de biópsia evidenciando cisto ósseo aneurismático da sínfise púbica calcificado. Três meses depois, após permanecer dois dias sem anticoagulação, evoluiu com novo quadro de trombose venosa extensa cavo-íliacas, trombose

de veia jugular direita e de femoral superficial esquerda. Foi realizada fibrinólise cateter-guiada. Foi mantida alteplase por cateter via veia poplítea esquerda e veia jugular esquerda por 36 horas. Como não houve recanalização satisfatória, foi optado por nova trombectomia endovascular com AngioJet®. Ao fim do procedimento foi evidenciada a não-recanalização do stent de veia ilíaca, porém com recanalização da ilíaca direita e da veia cava inferior. A paciente no momento permanece estável, no terceiro mês de pós-operatório, aguardando os resultados do teste genético para Síndrome de Marfan e da pesquisa de trombofilia. **CONCLUSÃO** A síndrome de Marfan é uma doença rara, porém existe relação desta com trombofilias, especialmente hiper-homocisteinemia. Estas podem cursar com quadros de trombose venosa profundas graves e recorrentes, como a relatada neste estudo. O tratamento endovascular de trombose venosa profunda grave é factível e apresenta bons resultados. Uma adequada investigação e tratamento dos fatores desencadeantes é fundamental para o sucesso do procedimento.

SESSÃO 72: 16191 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR: CASO CLÍNICO

Adjaldes Ribeiro De Moraes Júnior; Sergio Ricardo Abrão; Daniel Faccioli; Bruno Donegá Constantin; Anna Paula Sincos; Igor Rafael Sincos; Ricardo Aun; Alex Lederman; Aline Simplício Bigatão; Vitor Cervantes Gornati; Fernando Saliture Neto; Vinicius Bertoldi

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil

Relato de caso de Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) em paciente do sexo feminino, com insuficiência renal crônica dialítica decorrente de Mieloma Múltiplo, com cateter de longa permanência (Permicath) em Jugular interna Direita, que evoluiu há 1 semana da internação com trombose de veia cava superior, apresentando significativo edema cervicofacial e dispneia. Realizado angioplastia com stent em veia cava superior (utilizou-se o Permicath como via de acesso para o fio guia). A angiografia de controle confirmou a perviedade da mesma. Após o procedimento apresentou remissão completa dos sintomas em uma semana. A SVCS surge quando há diminuição ou obstrução do fluxo de sangue através da veia cava superior (VCS) e pode cursar com manifestações clínicas muito debilitantes como pletora facial, dispneia, edema cervicofacial, dor torácica e disfagia. Embora classicamente associada a etiologias malignas, o aumento do número de procedimentos endovenosos (cateteres venosos centrais, pacemakers, cardio-desfibriladores) fez aumentar a porcentagem de casos de etiologia benigna. O tratamento endovascular tem ganho crescente popularidade, mas nem sempre é exequível ou conduz a melhora clínica a longo prazo, sendo por vezes necessário o tratamento cirúrgico aberto.

SESSÃO 72: 16226 - FÍSTULA DUODENO CAVA- COMPLICAÇÃO TARDIA DO IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Aline Bigatão Simplício; **Anna Paula Sincos**; Ricardo Aun

Albert Einstein, Sao Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO O Filtro De Veia Cava é implantado para prevenção de embolia pulmonar¹. Perfuração da veia cava com penetração do duodeno é rara. Pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar dor abdominal, obstrução ou sangramento intestinal, ou sepse³. **RELATO DE CASO** Paciente feminina, 79 anos, da entrada na emergência do Hospital Albert Einstein em 12/06/2015 com melena em grande quantidade há 1 dia e síncope. Negava hematótese. História prévia de 2 episódios de TVP ilíaco femoral há 8 e 10 anos. Há 5 anos, necessitou interromper a anticoagulação por necessidade de tratamento cirúrgico de fratura de tíbia e fíbula, sendo colocado Filtro De Veia Cava. A entrada, paciente apresentava-se hipotensa, taquicárdica, hipocorada 3+, mantendo melena. Endoscopia Digestiva Alta mostrou úlcera ativa em duodeno e imagem metálica na luz. Encaminhada para UTI para monitorização e estabilização clínica, avaliação das equipes de Cirurgia Vascular e Gastro Cirurgia. Manteve sangramento ativo nas primeiras 8 horas e queda de Hemoglobina. Indicado procedimento para retirada de filtro de veia cava. Submetida a punção de veia jugular interna direita e veias femoral comum bilateral. Localizado o filtro de veia cava pela punção de veia femoral comum esquerda, como medida de segurança, caso houvesse sangramento na retirada do filtro. Retirada de filtro com uso de laço com implante quase simultâneo de endoprótese Excluder 26mmx10cm, no local do filtro. Retirado o filtro, realizada cavografia de controle, mostrando endoprótese pérvia, sem extravasamento de contraste. Realizada EDA transoperatória, mostrando sangramento duodenal após clipagem da lesão. Indicado laparotomia para duodenorrafia. Evoluiu sem complicações, tendo alta hospitalar assintomática. **DISCUSSÃO** Implante de Filtro de veia cava apresenta baixas taxas de complicações graves. As taxas de mortalidade associadas ao Filtro de Veia Cava são menores que 0,12%^{2,9}. A perfuração da cava pelo filtro varia de 9% a 24%. Geralmente são assintomáticas e tratadas clinicamente, mas as complicações são imprevisíveis⁹. Alguns autores recomendam o tratamento cirúrgico para a perfuração da veia cava devido a alta mortalidade associada a ruptura espontânea da cava

e de órgãos adjacentes. No entanto, a cirurgia aberta para retirada do filtro de veia cava é uma cirurgia complexa e não livre de complicações. A remoção do filtro é geralmente difícil pois suas pernas são aderidas a parede posterior da veia cava e a tecidos adjacentes¹⁰. A literatura mostra poucos casos de tratamento endovascular para esta complicação. Yoshida et al relatam um caso de complicação tardia com perfuração da veia e penetração de uma das pernas do filtro na aorta. O tratamento endovascular foi realizado colocando um stent na aorta e após colocação de uma endoprótese cobrindo o stent e o filtro⁵. Este caso é provavelmente o primeiro relato de colocação de endoprótese na veia cava para tratamento da perfuração por filtro. A insuflação de um balão de acomodação para evitar o sangramento após a retirada do filtro foi importante, pois há um risco alto de sangramento após sua retirada devido a aderência deste na parede da cava. A colocação de uma endoprótese na veia garantiu sua perviedade e a não formação de fistula duodeno cava. **CONCLUSÃO** Complicações tardias do filtro de veia cava são raras, porém mostram-se na maioria das vezes complexas. A perfuração da cava e penetração no duodeno causando hemorragia digestiva é uma complicação grave que deve ser tratada de maneira rápida pois coloca a vida do paciente em risco. A técnica endovascular por ser menos invasiva diminui a morbimortalidade do paciente. A colocação de uma endoprótese na veia cava é incomum, e ainda precisa de maiores estudos principalmente a longo prazo.

SESSÃO 73: 16029 - TÉCNICA HÍBRIDA PARA TRATAMENTO DA VEIA SAFENA MAGNA COM TERMOQUIMIO-ABLAÇÃO

Diego Mello De Souza; Francine Camboim Ruzzarin; Luiz Carlos Leite Pfluck; Samir Velleda Pacheco; Edgar Nasser; Jayme De Oliveira; Joanine Andrighetti Sotilli

Hospital Sao Vicente De Paulo, Passo Fundo, Brazil

INTRODUÇÃO A ablação química apresenta resultados imediatos, satisfatórios, baixa taxa de complicação, alguns eventos cerebrovasculares associados e uma alta taxa de recanalização para o tratamento de varizes dos membros inferiores. A termoablação por sua vez, apresenta taxa de oclusão superior a espuma, porem causa dor e necessidade de anestesia mais complexa. Procedimentos híbridos podem otimizar os resultados, com possibilidade de tratamento ambulatorial, sem ato anestésico complexo, associado a alta taxa de sucesso tardio e baixa incidência de complicações cerebrovasculares. **OBJETIVO** O estudo tem como objetivo primário avaliar eficácia da técnica híbrida com termoquimioablação (radiofrequência e espuma) para o tratamento da veia safena magna, analisando a taxa de oclusão, complicações, grau de satisfação do paciente e melhora clínica. A união de duas técnicas que separadas são consolidadas na comunidade científica (ecoescleroterapia com microespuma e radiofrequência) serão avaliadas em um procedimento híbrido, unindo seus benefícios e reduzindo suas complicações. **MATERIAL E MÉTODOS** Trata-se de um estudo experimental, prospectivo, no qual 100 indivíduos com insuficiência venosa superficial crônica serão submetidos a ablação híbrida da veia safena magna e serão seguidos por 12 meses para avaliação da taxa manutenção da oclusão. Serão triados para inclusão no estudo indivíduos consecutivamente atendidos no ambulatório Cirurgia Vasculardo Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Para inclusão os pacientes devem ter entre 18 e 75 anos de idade, apresentar refluxo na veia safena magna superior a 0,5cm/s em 3 segmentos e com classificação CEAP - clínica, etiológica, anatômica e patofisiológica - entre 1 e 6 com indicação de tratamento cirúrgico. Serão excluídos pacientes ASA III, com diabetes, hipertensão ou outra doença crônica descompensada, entre outros. O procedimento será realizado com o paciente posicionado em decúbito dorsal com membro inferior a ser operado em leve flexão, será então realizada assepsia do membro, colocação dos campos cirúrgicos, identificação da veia safena magna e registro. Será realizada

punção Eco guiada da veia safena magna e passagem de introdutor 7F para passagem do cateter de radiofrequência que ficará posicionado a 2,5 cm da junção safena femoral realizando tumescencia em 7 cm da área de contato do cateter com a veia safena magna, realizado ablação térmica deste segmento com um ciclo, tracionado o cateter em 21 cm, realizado o preparo de espuma com polidocanol 3% (técnica Tessari), injeção pelo orifício do cateter de radiofrequência de 5ml de espuma (1.2ml fica retido no interior do cateter). As informações serão produzidas a partir do registro fotográfico dos membros operados e também a partir da aplicação de um formulário, em que três cirurgiões farão o registro das características da evolução clínica. Os pacientes operados serão acompanhados pelos pesquisadores por um período de 12 meses. Uma consulta pré-operatória será realizada e um ecocolordoppler venoso dos membros inferiores para diagnostico e tratamento. Uma consulta de revisão em 5 dias com ultrassom de controle em 15 dias, 30 dias, 90 dias e 6 meses. Tratamento medicamentoso no pós-operatório consistirá em antiinflamatórios não esteroidas para analgesia, flebotônicos e profilaxia para TVP/TEP, segundo critério AVF (American Venous Forum).

SESSÃO 73: 16059 - "ENDOVASCULAR TREATMENT OF SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME"-CASE REPORT

Paulo Eduardo Ocke Reis; Fernando De Azambuja Fontes; Irlandia Figueira Ocke Reis; Luciana Cristina Menezes; Lys Nunes Dos Santos; Marcello Nascimento Rotolo; Pietro De Almeida Sandri

Clínica Vascular Ocke Reis, Rio De Janeiro, Brazil

Abstract: A 53-year-old man presented to the clinic for evaluation of breathlessness, recent facial edema and fatigue. The patient was found to have Superior Vena Cava Syndrome (SVCS). That's a rare disease caused by obstruction of the venous influx of blood from the upper body into the right atrium. Malignancy is the principal cause, among which lung cancer is the leading cause. In a minority of cases, SVCS originates from benign conditions, i.e., it may be associated with central venous catheters, dialysis fistulas, fibrosing mediastinitis or pacing electrodes in 20% of the cases (Panels A and B). These devices can cause intraluminal fibrosis; the resultant central venous occlusion can invariably lead to SVCS. Upper body and head elevation or steroid administration to decrease soft tissue swelling can relief symptoms. Although surgical reconstruction has been reported, endovascular treatment with stents achieved a rapid relief from symptoms and is considered the treatment of choice for this disorder since many years. The patient was treated by endovascular procedure and had a good radiological and clinical result immediately.

SESSÃO 73: 16063 - RELATO DE CASO RARO E SUA RESOLUÇÃO - MIGRAÇÃO DE FILTRO DE VEIA CAVA PARA VEIA JUGULAR INTERNA DIREITA EM DOIS PACIENTES

Diego Alvares De Melo Santos; Jose Ricardo Brizzi Chiani; Adilson Toro Feitosa; Marina Menezes Lopes

Rede D'or, Rio De Janeiro, Brazil

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os filtros de veia cava têm como princípio básico impedir a passagem de êmbolos provenientes dos membros inferiores, evitando a embolia pulmonar. Complicações precoces relacionadas ao acesso venoso, ao implante e às variações anatômicas da veia cava, são comuns e ocorrem em torno de 10% dos casos. **OBJETIVO:** Relatar dois casos de complicação precoce rara, ainda não descrita na literatura, do implante de filtro de veia cava, expondo a técnica utilizada para resolução desta adversidade. **MÉTODO:** Apresentar os casos com fotos sobre a migração do filtro de veia cava para veia jugular interna direita, em 2 pacientes, apresentando a causa desta complicação e, mostrando o vídeo da retirada dos mesmos, utilizando um dispositivo de recolhimento do filtro com sonda de nelaton e fio de polipropileno. **CONCLUSÃO:** O implante de filtro de veia cava não é um procedimento inócuo, podendo gerar complicações precoces e tardias. Sua migração para veia jugular direita é rara. Sua retirada desta região pode ser facilitada com a utilização de um dispositivo utilizando sonda de nelaton e fio de polipropileno.

SESSÃO 73: 16067 - " TROMBECTOMIA PULMONAR EM PACIENTE GRAVE - RELATO DE CASO "

Paulo Eduardo Ocke Reis; Fernando De Azambuja Fontes;
Irlandia Figueira Ocke Reis; Luciana Cristina Menezes; Vitor
Nascimento Maia

Clínica Vasculuar Ocke Reis, Rio De Janeiro, Brazil

Relato de Caso Paciente do sexo masculino, 48 anos, com história progressiva de hidrocefalia e trombose venosa profunda aguda (duplex scan revelou trombose em veia femoral comum, superficial e poplítea). Iniciou em seguida quadro de dispnéia e dor pleurítica sendo avaliado por cardiologista ambulatorialmente que suspeitou de tromboembolismo pulmonar e solicitou internação hospitalar. Na internação, já em anticoagulação, evoluiu com piora da função pulmonar e hipotensão. Foi intubado e internado em cti em uso de amina. Realizada angiotomografia que evidenciou falhas no enchimento de tronco pulmonar, artérias tronculares, interlobulares e segmentares, com obliteração quase total, notadamente a esquerda. Tendo em vista o risco iminente de vida do paciente, foi indicado trombectomia mecânica com aspirex e farmacológica com atilise, além de implantação de filtro de veia cava.

SESSÃO 73: 16074 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME PÓS TROMBÓTICA CAVO ILIACO: COLETÂNEA DE CASOS

Luiz Ronaldo Godinho Pereira; Leonardo Augusto Davila
Gonçalves; Hudson Cruz Reis Carvalho; Vinicius Oliveira Godoi;
Eduardo Pereira Nascimento; Marcelle Souza Alves Da Silva

Hospital Marcio Cunha, Ipatinga, Brazil

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE SINDROME PÓS TROMBOTICA CAVO ILÍACO COLETÂNEA DE CASOS Pereira, LRG ; Carvalho, HCR ; Godoi, VO ; Gonçalves, LAG: Nascimento, EP: Silva,MSA Serviço de Cirurgia Vasculuar - Ipatinga - MG
INTRODUÇÃO: A trombose venosa crônica do segmento ilíaco é uma causa de elevada morbidade, acarretando restrições importantes relacionadas aos membros inferiores. Destes pacientes, 44% irão desenvolver claudicação venosa e 15% irão evoluir com ulcera venosa. Ate o século passado estes pacientes eram tratados com anticoagulante e uso de meia elástica, porém a taxa de recanalização destes vasos era muito pequena. Com o advento, da cirurgia endovascular, esta recanalização se tornou possível através de técnica minimamente invasiva. OBJETIVO: Relatar uma coletânea de casos de recanalização endovascular de veias ilíacas por síndrome pós-trombótica realizados no nosso serviço em Ipatinga-MG. METODOLOGIA: Foram avaliados 49 procedimentos em 46 pacientes no período de 7 anos, portadores de síndrome pós-trombótica, CEAP III a VI, sendo destes 73% do sexo feminino e 17% do sexo masculino, com idade variando entre 21 e 85 anos. Os acessos utilizados foram veia femoral comum ,veia jugular interna direita , femoral e poplitea. Todos os procedimentos guiado por Ultrassom. Utilizamos para recanalização stent auto expansível, acompanhado de balão, apos passagem do fio guia. RESULTADOS: Feito recanalização imediata de 97% dos casos, com melhora da sintomatologia em todos os pacientes Não foi observada complicação per-operatória ou sangramento no sitio de punção. Diagnosticados 6 complicações pós-operatorias: um paciente com trombose precoce, três paciente com trombose tardia , um paciente com estenose de segmento distal venoso sub-tratado e um óbito tardio de paciente com trombose cavo ilíaco abaixo da veia hepaticas CONCLUSÃO: O tratamento percutâneo da trombose venosa crônica do segmento ilíaco, deve ser realizada, nos pacientes portadores de sintomatologia, no intuito de melhorar sua qualidade de vida. Este procedimento tem sido realizado no nosso serviço com segurança e resultados satisfatórios para o paciente.

SESSÃO 73: 16097 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DAS OBSTRUÇÕES DE VEIAS CENTRAIS EM PACIENTES HEMODIALÍTICOS

Antonio Carlos Mansur Bedeti; Gerson Marques Pereira Júnior; Ricardo Wang; André De Souza Alvarenga; Carlos Augusto Bueno Silva; Carlos Rafael De Almeida Felipe; Freddy Montecinos Garcia; Saulo Augusto Lima; Vinicius Valentim; Vinicius Gonçalves Loureiro; Augusto Lima Filho

Santa Casa De Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brazil

Introdução: As obstruções de veias centrais em pacientes portadores de insuficiência renal crônica dialítica é uma causa importante de morbidade devido: hipertensão venosa, edema limitante do membro ipsilateral e consequente disfunção do acesso vascular para hemodiálise. O tratamento endovascular por angioplastia com cateter balão e/ou implante de stent é o tratamento de escolha, preservando o acesso vascular e promovendo a melhora dos sintomas. Métodos: No período de novembro de 2013 a março de 2016, 27 procedimentos endovasculares foram realizados em 18 pacientes renais crônicos hemodialíticos que apresentaram disfunção do acesso vascular por hipertensão venosa e/ou edema limitante do membro ipsilateral secundária a obstrução de veias centrais. Resultados: A média de idade dos pacientes foi de 50,7 anos, sendo 66,6% do sexo masculino. Até a data da realização do procedimento, cada paciente havia perdido em média 4,4 acessos vasculares e o tempo médio de uso de cada acesso até a falência foi de 30 meses. Todos os paciente apresentavam sintomáticos devido ao edema do membro do acesso vascular. As veias braquiocefálicas foram os vasos mais comprometidos, representando 85% dos casos. À angiografia, pré intervenção, 55% da veias centrais encontravam-se totalmente ocluídas com colaterais, sendo necessário o uso de técnicas especiais de recanização como Sharper Recanalization. A angioplastia por cateter balão foi realizada em todos os procedimentos. O implante de stent foi realizado em 48% dos casos. O procedimento foi considerado como sucesso quando lesão residual < 30% ou ausência de gradiente pressórico translesão com preservação do acesso, associado à melhora do edema, sendo obtido em 92,6% dos procedimentos. Durante o seguimento médio de 372 dias, 2 pacientes faleceram, nenhum de causa relacionada ao procedimento. Neste período, a patência primária pós intervenção e a secundária foram de 62,5% e 87,5% respectivamente. Conclusão: O tratamento endovascular da obstruções de veias centrais em pacientes

portadores de insuficiência renal crônica dialítica, neste estudo, apresentou elevadas taxas de sucesso inicial, sendo necessário novas intervenções para manutenção dos resultados a médio prazo.

SESSÃO 73: 16102 - ABORDAGEM DE PACIENTE COM CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS E RELATIVAS À TROMBÓLISE ? RELATO DE CASO

Gustavo Sasso Benso Maciel; Diego Ferreira Franco; Caroline Malkowski; Marcio Mattos Vieira; Sergio Lisboa Junior; Rodrigo De Paula Franca; Antonio Augusto Barbosa De Menezes; Jose Maria Gomez Perez

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, Vitoria, Brazil

Introdução As indicações atuais de trombólise incluem pacientes instáveis, em choque cardiogênico, com hipertensão pulmonar e alto estresse pós carga ventricular direita, dentre outros. Segundo as diretrizes Chest/2016, é preferida a terapia fibrinolítica sistêmica periférica em relação à cateter-dirigida, exceto em casos que apresentam alto risco de sangramento com a trombólise em locais que dispõem de materiais e equipe especializados para procedimento guiado por cateter. Porém, há que se considerar as contra indicações absolutas (hemorragia intracraniana, AVE isquêmico recente, sangramento ativo, cirurgia cerebral ou medular recente, TCE com fratura craniana ou injúria cerebral, diátese hemorrágica) e relativas (pressão sistólica > 180 ou diastólica > 110, sangramento não cerebral recente, cirurgia recente, procedimento invasivo recente, AVE isquêmico recente, anticoagulação com varfarina, ressuscitação cardiopulmonar por trauma, gestação, pacientes acima de 75 anos, peso inferior a 60Kg), que representam desafio inestimável ao manejo de pacientes. Objetivo Relato de caso de paciente do sexo feminino, 42 anos, admitida no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM – Vitória-ES) em janeiro de 2016, com quadro de dispnéia, taquipnéia, sudorese, massa palpável e dor abdominal, edema dos membros inferiores principalmente à esquerda, hipotensão, taquicardia, hematuria. Evolução com piora clínica principalmente do quadro pulmonar, cianose periférica, queda da saturação de oxigênio, em uso de dobutamina. Realizado ultrassom abdominal (miomatose uterina), Doppler dos membros inferiores (TVP femoral comum esquerda), angiotomografia computadorizada (TEP troncular bilateral, TVP cava supra renal à infrarenal, TVP renais, TVP ilíacas, TVP porta), ecocardiograma (cor pulmonale agudo, FE 56%, PASP 70mmHg, insuficiência valvar mitral e tricúspide, aumento das câmaras direitas), plaquetometria 26.000 em queda, alteração da função hepática (INR 1.9, TGO 2767, TGP 1929). Em consenso com hematologia foi optado por anticoagulação com heparina não fracionada 5.000ui e plasma 6/6hs, transfusão

de 07 unidades de plaquetas. Após 24hs, realizada trombólise farmacológica (20 mg / tronco artéria pulmonar direita + 20 mg / tronco esquerdo + 10 mg / tronco direito) e mecânica do TEP à direita devido à persistência da falha de enchimento em segmento médio, e heparinização contínua em bomba de infusão por 5 dias. Flebografia de cava e membros inferiores após o 5o dia evidenciando TVP local, realizada trombólise guiada por cateter (10 mg / cava + 15 mg / íliaca comum esquerda) e manutenção de trombólise por 24hs. Anticoagulação com enoxaparina 60mg 12/12hs por 10 dias. Alta com rivaroxaban 15mg 2x/dia por 21 dias seguido de 20mg 1x/dia. Pesquisas de trombofilias positiva para síndrome do anticorpo antifosfolípide (anticoagulante lúpico +), pesquisa de hemoglobinúria paroxística noturna negativa, em acompanhamento com hematologia e ginecologia. Resultados Houve reversão do quadro clínico da admissão, do cor pulmonale (ecocardiograma pós trombólise evidenciando PSAP 37mmHg, FE 71%, redução dos diâmetros das câmaras direitas), do tromboembolismo pulmonar, tromboembolismo de cava e membros inferiores sem intercorrências hemorrágicas ou trombóticas na internação. Conclusão Trata-se de caso de difícil manejo devido às contra indicações à trombólise em paciente portadora de TEP troncular bilateral associada à TVP extensa, levando à necessidade optar-se por tratamento alternativo inicial e posterior abordagem fibrinolítica guiada por cateter. Remissão completa dos sinais clínicos de gravidade da admissão hospitalar, atualmente em uso de rivaroxaban sem intercorrências hemorrágicas ou trombóticas. Aguarda abordagem da ginecologia para definição de data para histerectomia. Mantém acompanhamento com hematologia.

SESSÃO 73: 16223 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME DE NUTCRACKER (QUEBRA-NOZES): SÉRIE DE CASOS

Andréa Ostaszewski Klepacz; Aline Bigatão Simplício; Adjaldes Ribeiro De Moraes Junior; Raquel Leal; Fernando Saliture; Alex Lederman; Anna Paula Weinhardt Baptista Sincos; Igor Rafael Sincos; Ricardo Aun

Hospital Israelita Albert Einstein, Sao Paulo, Brazil

Introdução: A síndrome de quebra-nozes ou síndrome de aprisionamento da veia renal esquerda ou Síndrome de Nutcracker é causada pela compressão da veia renal esquerda entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal, com elevação da pressão na veia renal esquerda, congestão do rim esquerdo e o desenvolvimento de circulação colateral venosa. As manifestações clínicas incluem hematúria (micro ou macroscópica), associada a outros sinais e sintomas, como proteinúria, dor lombar ou pélvica, varicocele e varizes pélvicas. Acomete mais frequentemente mulheres entre 20 e 40 anos e é uma das causas de dor pélvica crônica subdiagnosticadas em nosso meio. O tratamento inclui a conduta expectante, cirurgia convencional e mais recentemente o tratamento endovascular. O objetivo deste relato foi descrever uma série de 7 casos de Síndrome de quebra-nozes. Resultados: Foram relatados 6 casos de síndrome de nutcracker e 1 caso de fenômeno de nutcracker, sendo 5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idade média de 33 anos. O tratamento clínico foi indicado em 3 pacientes e o tratamento endovascular foi realizado nos outros 4 pacientes, incluindo colocação de stent auto-expansível em veia renal e embolização de veia gonadal/ ovariana com molas. No grupo tratado com procedimento endovascular observou-se uma melhora completa dos sintomas apresentados, com tempo de internação médio de apenas 2 dias e tempo de seguimento médio de 16 meses. Conclusão: A síndrome de nutcracker é uma patologia relativamente rara que acomete pacientes jovens de ambos os sexos, causando sintomas crônicos que incluem hematuria, dor pélvica e dispareunia. O tratamento endovascular com angioplastia e implante de stent na Veia renal esquerda tem se mostrado bastante eficiente e seguro para a resolução da compressão e, conseqüentemente, dos sintomas relacionados.

SESSÃO 74: 16003 - RECANALIZACION FEMORAL SUPERFICIAL CON PROTESIS VIABAHN POR ACCESO POPLITEO

Pablo Alejandro Marina; Marcelo Pettinari; Aldassoro Armando; Thomas Jorge; Diaz Roberto; Canarte Gonzalo

Sanatorio Modelo Burzaco, Argentina

OBJETIVO:RECANALIZACION DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL POR ACCESO POPLITEO MATERIAL Y METODOS:PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD,DIABETES II, PANVASCULAR SEVERO,BYPASS FEMOROPOPLITEO IZQUIERDO PERMEABLE,CLAUDICACION DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO A 50METROS CON OCLUSION DE BYPASS FEMOROPOPLITEO DERECHO.SE DECIDE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON RECANALIZACION DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL E IMPLANTE DE PROTESIS VIABAHN CON HEPARINA. PRIMER INTENTO DE RECANALIZACION POR ACCESO ANTEROGRADO FALLIDO POR RUPTURA DE ARTERIA FEMORAL COMUN DERECHA QUE SE TRATO CON STENT GRAFT. DEBIDO A ESTE ANTECEDENTE Y A CARREFUR HOSTIL SE DECIDE REALIZAR ACCESO POPLITEO RETROGRADO RESULTADOS:CON EL PACIENTE EN DECUBITO DORSAL SE REALIZA PUNCION FEMORAL IZQUIERDA Y SE COLOCA CATETER SIMONS EN CARREFUR PARA TESTS ANGIOGRAFICOS. SE ROTA AL PACIENTE Y EN DECUBITO DORSAL SE PUNZA LA ARTERIA POPLITEA DERECHA COLOCANDO INTRODUTOR 8 FRENCH. CON APOYO DE CATETER DE CORONARIA DERECHA Y GUIA HIDROFILICA SE RECANALIZA LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL DERECHA NATIVA.SE ASPIRA GRAN CANTIDAD DE MATERIAL TROMBOTICO ATRAVES DE CATETER Y ATRAVES DE INTRODUTOR POPLITEO.A CONTINUACION SE POSICIONA E IMPLANTA UNA PROTESIS VIABAHN CON RECUBRIMIENTO DE HEPARINA 6.0X25CMM SIN COMPLICACIONES.SE RETIRA INTRODUTOR 8Fr POPLITEO Y SE REALIZA VENDAJE COMPRESIVO.SE ROTA AL PACIENTE A DECUBITO DORSAL Y SE RETIRA VAINA FEMORAL IZQUIERDA CONCLUSIONES:SE PUEDE UTILIZAR EL ACCESO RETROGRADO POR PUNCION DE ARTERIA POPLITEA PARA RECANALIZAR LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL.ESTE ACCESO TIENE LA VENTAJA DE PODER ASPIRAR MATERIAL TROMBOTICO SIN AFECTAR LA PERMEABILIDAD DEL LECHO DISTAL INFRAPATELAR. REALIZAMOS 3 CASOS DE ACCESO POPLITEO PERCUTANEO SIN COMPLICACIONES EN EL SITIO DE PUNCION

SESSÃO 74: 16049 - EXPERIÊNCIA INICIAL DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO NO USO DO STENT SUPERA

Antonio Joaquim Serra De Freitas; Leonardo De Castro; Cláudio Santoro; Bruno Barone; Débora Oliveira; Celina Rosário De Freitas; **Pedro Ferreira Pasetto**; José Augusto Pires De Freitas; Valter Willian De Paiva; Ana Paula Castro Dos Santos

Hospital Central Do Exército, Rio De Janeiro, Brazil

Tema: Experiência Inicial do Hospital Central do Exército no Uso do Stent Supera Autores: Pedro F. Pasetto, Antonio Joaquim Serra De Freitas; Leonardo De Castro; Cláudio Santoro; Bruno Barone; Débora Oliveira; Celina Andrea Freitas Do Rosário; José Augusto Pires De Freitas; Valter Willian De Paiva & Ana Paula Castro Dos Santos Serviço: Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Central do Exército - HCE Objetivo: Relatar a experiência inicial do hospital central do exército no uso do stent Supera no tratamento de três casos de oclusão femoro-poplítea por via endovascular. Materiais e Métodos: As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Os pacientes foram submetidos a tratamento de oclusão femoro-poplítea, diagnosticados ao ecocolor Doppler, por via endovascular com o uso do Stent Supera. Resultados: Os pacientes receberam alta hospitalar com 3 dias de internação, em bom estado geral, sem dores ao repouso ou claudicação. Optou-se por manter a dupla antiagregação plaquetária via oral e o acompanhamento ambulatorial. Conclusão: O tratamento do eixo femoro poplíteo com o Stent Supera mostrou-se efetivo, porém a experiência do serviço, ainda necessita de um maior número de casos para podermos estabelecer uma avaliação mais criteriosa do método.

SESSÃO 74: 16061 - " ENDOVASCULAR TREATMENT OF ACUTE PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSION "

Paulo Eduardo Ocke Reis; Fernando De Azambuja Fontes; Irlandia Figueira Ocke Reis; Luciana Cristina Menezes; Lys Nunes Dos Santos; Marcello Nascimento Rotolo; Pietro De Almeida Sandri

Clínica Vascular Ocke Reis, Rio De Janeiro, Brazil

Abstract: Improvement of endovascular revascularization techniques to treat Acute Peripheral Arterial Disease can increasingly positive results. The current treatment of lower limb ischemia involves aggressive interventions in order to save the compromised limb and the patient's life. The risk factors for peripheral arterial occlusive disease are essentially the same as those for atherosclerosis. Ischemic limb has a negative impact on the cardiovascular system and has been associated with increased mortality in patients with arterial occlusive disease. Atherosclerotic lesions with chronic total occlusion in the peripheral arteries are a difficult subset to treat by open or endovascular approaches. Improvements in revascularization techniques have produced more efficient results, in this situation, a minimally invasive endovascular intervention is a more attractive option compared to conventional open procedures, because it is associated with reduced surgical trauma. Now a days we've had new endovascular techniques, tactics and surgical materials to contribute to the technical development and improvement of our results for treatment of peripheral arterial disease.

SESSÃO 74: 16062 - "SPECIAL TOOLS TO TREAT DIFFICULT PERIPHERAL ARTERIAL CHRONIC TOTAL OCCLUSIONS"

Paulo Eduardo Ocke Reis; Fernando De Azambuja Fontes; Irlandia Figueira Ocke Reis; Luciana Cristina Menezes; Lys Nunes Dos Santos; Marcello Nascimento Rotolo; Pietro De Almeida Sandri

Clínica Vascular Ocke Reis, Rio De Janeiro, Brazil

Abstract: Total atherosclerotic arterial occlusions may be a limiting factor for endovascular treatment because of the difficulty in crossing the lesions with conventional guide wires and catheters. Chronic arterial total occlusions (CTOs) with a strong calcium component and extensive lesions (> 15 cm) are still today, a factor limiting for endovascular treatment because of the difficulty in transposing these lesions with guide wires and catheters commonly used. We can use specialized devices to cross lesions. Achieving true lumen after subintimal crossing can be challenging and specialized catheters can be used to re-enter the true lumen. we show our experience and provide a review of specific devices fronrunner and outback that may increase the procedural success of treating peripheral arterial total occlusions. **KEYWORDS:** Arterial occlusive diseases, arteriosclerosis obliterans, intermittent claudication, Endovascular Procedures, angioplasty, Peripheral arterial disease.

SESSÃO 74: 16142 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PÉ DIABÉTICO COM LESÃO TRÓFICA TASC D POR PUNÇÃO DE ARTÉRIA POPLÍTEA ? RELATO DE CASO

Ramon Félix Martins Fernandes; Sidnei José Galego; Diego Monteiro De Melo Lucena; Luisa Emanuela Biseo Henriques; Rafael Furst; Afonso César Polimanti; Keller Da Silva Santos; Carine Marianne Melo Araujo; João Antônio Correa

Faculdade De Medicina Do Abc, Santo André, Brazil

OBJETIVO: Demonstrar que a somatória do arsenal terapêutico, disponível ao cirurgião vascular, como: técnicas endovasculares, oxigenoterapia, curativo a vácuo e desbridamento cirúrgico; permite aumentar as chances de tratamento de membro em casos complexos. **RELATO DO CASO:** Paciente MFFA, do sexo masculino, 70 anos, ex-tabagista, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) tipo II e neoplasia prostática localmente avançada em programação de tratamento cirúrgico, com queixa de claudicação limitante de membro inferior direito e lesão trófica interdigital nos 3º e 4º pododáctilos que evoluiu com dor em repouso. No exame físico o pulso femoral bilateral estava ausente, com lesão trófica entre o 3º e 4º pododáctilos com necrose. Ao estudo angiográfico através de angiografia digital encontrou-se suboclusão de artéria íliaca comum direita próxima à bifurcação aórtica e estenose da artéria íliaca comum esquerda. Em membro inferior direito, foi identificado oclusão da artéria femoral superficial na sua origem com reenchimento de artéria poplítea (TASC D) supragenicular e lesões de artéria de perna com reenchimento parcial do arco plantar. Optou-se por angioplastia de segmento aórtico íliaco com técnica de "Kissing Ballon" com utilização de stents auto-expansivos. Tentou-se no mesmo ato por via anterógrada recanalizar a artéria femoral superficial sem sucesso. O paciente evoluiu com melhora parcial do quadro sendo submetido, então, a oxigenoterapia hiperbárica e desbridamento local com amputação de 3º e 4º pododáctilos, evoluindo com isquemia de borda da ferida e progressão da área da necrose, englobando 2º e 5º pododáctilos. Dada a persistência da isquemia e impossibilidade de recanalização por via anterógrada, optou-se por recanalização de artéria femoral superficial com stent tipo "Woven-Stent" (SUPERA) de baixa força radial através de punção retrógrada de artéria poplítea ecoguiada. No mesmo ato cirúrgico, o paciente foi submetido à amputação transmetatarsiana com correção de retalho de plantar e, logo após, foi iniciado terapia de pressão negativa com boa evolução. Paciente foi submetido posteriormente,

após melhora do quadro, à regularização do coto, evitando-se dessa forma uma amputação maior. CONCLUSÃO: A variedade do arsenal terapêutico endovascular e medidas coadjuvantes se mostraram fundamentais para o tratamento e preservação do membro deste paciente. Portanto, o cirurgião vascular deve estar habilitado para estas novas táticas terapêuticas e o tratamento multidisciplinar é de extrema importância para o sucesso do tratamento do pé diabético.

SESSÃO 75: 16060 - EMBOLIZATION FOR VISCERAL ARTERY ANEURISMS

Paulo Eduardo Ocke Reis; Fernando De Azambuja Fontes; Irlandia Figueira Ocke Reis; Luciana Cristina Menezes; Lys Nunes Dos Santos; Marcello Nascimento Rotolo; Pietro De Almeida Sandri

Clínica Vascular Ocke Reis, Rio De Janeiro, Brazil

Abstract De Bakey and Cooley did the first successful operation for a visceral artery aneurysm (VAA) in 1953. They are relatively rare and the risk of rupture is associated with high mortality. The majority of patients are asymptomatic prior to rupture and the main indication of elective treatment is size, VAA larger than 2 cm and aneurysms in women of childbearing age is recommended. The goal of treatment is to prevent aneurysm expansion by excluding it from the arterial circulation saving branches patency and freedom from rupture or reperfusion. Surgery has been considered the treatment of VAA for several decades, but now a days endovascular procedures as embolization or covered stents have increased the treatment options available to comorbid patients not suitable for open repair. VAAs are seen more often these days with the more widespread use of computed tomography (Figure 1). Angiography remains the "gold standard" in the preoperative imaging and allows concomitant endovascular interventions, determining proper landing zones in the proximal and distal non aneurysmal segments of the artery for stent-grafts, as well as for determining whether the neck morphology is adequate for coil embolization. Embolization of the entire splenic artery at its origin was considered at first, but after thorough deliberation, it was not considered optimal treatment because of the risk of splenic infarction or splenic artery aneurysm recurrence. Coil embolization techniques are often used to "trap" the aneurysm between coils placed proximally and distally within the normal part of the parent artery. This technique is well suited for aneurysms in larger arteries but requires adequate collateral circulation to the end organ. VAA can often be excluded from the circulation in this way by coil embolization of first the distal and then the proximal segment of the parent artery. For smaller arteries, coils or particles placed in distal branches can be used successfully.^{11, 13,14} Contrast-enhanced magnetic resonance angiography (CE-MRA) at 3T provides high-quality images equivalent to digital subtraction angiography (DSA) for the evaluation of VAAs after coil embolization. We suggest that CE-

MRA at 3T might be used as the primary method for follow-up of VAAs after coil embolization. Endovascular approach, treatment can be done with different techniques and devices. 7-10,16,17 It depends on the anatomy localization and morphology of the VAA. Arterial patency can be preserved in saccular aneurysms, in which neck catheterization allows embolization limited to the sac (Figure 2- red and black arrow). Embolization is successfully used as a treatment option and is another endovascular option for VAA treatment. For successful management without major complications, a sufficient collateral supply is mandatory. Modern endovascular techniques with promising short- and long-term results could broaden indications to treat asymptomatic VAA. The promising results of endovascular treatment in elective settings could lead to broader indications, thus reducing life-threatening rupture. However, increased percutaneous endovascular interventions have raised the incidence of iatrogenic visceral artery pseudoaneurysms (VAPAs). There seems to be no correlation between aneurysm size and associated rupture rate in VAPA. Thus, all VAPAs should undergo prompt repair via either open or endovascular surgery. These catheter-based techniques constitute an excellent approach in the elective setting. Studies could also compare the mid- and long-term results of coiling. The advances with embolization techniques in the last decades are quite evident, and the field of endovascular surgery and minimally invasive techniques has accompanied this development, aiming at overcoming its limitations. The technological advances and the development of new devices that may significantly help and provide effective and safe results in the treatment of those patients with VAA. We present to you a little of our experience. Keywords: visceral artery aneurysm, aneurysm rupture, embolization, coil embolization

SESSÃO 75: 16079 - EMBOLIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO ? RELATO DE CASO

Patricia Gaio; Altino Ono Mores; Ericsson Fernando Viotto; Rogerio Yoshikazu Nabeshima; Jihad Mohamad Mansour Abdallah

Hospital Santa Rita, Maringa, Brazil

Introdução: O tumor de corpo carotídeo é uma neoplasia rara. O objetivo deste trabalho consiste em apresentar um caso de tratamento de tumor de corpo carotídeo que foi submetido a embolização seletiva pré-operatória. **Método:** Paciente do sexo feminino de 41 anos de idade, apresentou tumor doloroso em região cervical direita de crescimento há seis meses. Realizou exames complementares de eco-Doppler e angiogramografia computadorizada confirmando o diagnóstico de tumor de corpo carotídeo. A paciente foi submetida a embolização seletiva pré-operatória com micropartículas de Embosphera® 500–700µm. A cirurgia de ressecção foi realizada posteriormente sem intercorrências e a paciente está em acompanhamento ambulatorial sem apresentar déficits neurológicos. **Resultado:** Após a realização do procedimento de embolização, o tumor apresentou importante redução de sua vascularização visualizado através de controle arteriográfico e, diminuição das dimensões tumoral percebidas durante o seguimento. **Conclusão:** Tumor de corpo carotídeo é uma patologia rara que é diagnosticado pela suspeita clínica associada a exames complementares. A arteriografia possui um papel importante para realizar embolização através de cateterismo seletivo. A cirurgia com ressecção completa do tumor continua sendo o tratamento de escolha.

SESSÃO 75: 16092 - EMBOLIZAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO

Rafael Pérez Dos Santos; Guilherme Bicalho Civinelli De Almeida; Bernardo De Castro Abi Ramia Chimelli; Helder Vilela De Oliveira Silva; Átila Di Maio Brunet Fernandes; Vasco Lauria F. Filho

Hospital Geral Da Lagoa, Rio De Janeiro, Brazil

Introdução: O tratamento do tumor de corpo carotídeo Shamblin III é complexo e tem potencial de complicações severas. A embolização no pré-operatório objetivando a reduzir o seu tamanho, diminuir hemorragia e melhorar o campo operatório é uma etapa importante para que se possibilite uma ressecção cirúrgica mais segura. Objetivo: demonstrar o tratamento de um tumor de corpo carotídeo realizado em nosso serviço com embolização pré-operatória. Materiais e métodos: Relato de caso de um paciente do sexo feminino com um grande tumor glômico. O diagnóstico foi realizado à partir da anamnese e exame físico, associados a angiotomografia e arteriografia. O tratamento foi realizado com embolização pré-operatória do tumor e ressecção cirúrgica. Resultados: A paciente obteve melhora clínica e o tumor não apresentou recidiva até então. Teve complicações relacionadas a lesão de nervos cranianos sem consequências maiores. Conclusão: A embolização pré-operatória se mostrou uma importante etapa no tratamento do tumor de corpo carotídeo Shamblin III seguida da ressecção cirúrgica.

SESSÃO 75: 16101 - EMBOLIZAÇÃO DE UMA GRANDE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR

Pedro Henrique Teles De Oliveira; Sérgio Luis De Mello; Rubens De Aquino Filho; Ricardo De Ávila Oliveira; João Manuel Tannus Filho; Gabriel Teles Da Costa

Universidade Federal De Uberlandia, Uberlandia, Brazil

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) foram descritas pela primeira vez em 1897 por Churton. Têm uma incidência de 2-3 por 100.000 habitantes, com predominância sexo feminino (2M: 1H). Cerca de 10% são identificadas na infância, ocorrendo um aumento progressivo da incidência até a 5-6ª décadas de vida; 45-88% são de natureza congênita, estando associadas à síndrome de Rendu-Osler-Weber ou telangiectasia hemorrágica hereditária (THH). É autossômica dominante, de penetração incompleta. Objetivos: Relato e discussão de caso. Materiais e Métodos: Revisão de prontuário. Resultados: Paciente feminina, 36a, veio encaminhada ao ambulatório com dispnéia aos mínimos esforços (O2 dependente) e angioTC de tórax evidenciando lesão sugestiva de MAV pulmonar em hemitórax esquerdo. Possui antecedente de hipotireoidismo congênito e meningite na infância. Foi realizado angiografia, sendo observado volumosa FAV. Optou-se por embolização da lesão com molas, sendo observado redução importante do fluxo local após exame de controle e melhora clínica significativa (sem uso de O2 domiciliar após tratamento). O tratamento de escolha para a MAV é a ressecção pulmonar econômica; ficando a embolização para pacientes com restrições ao tratamento cirúrgico ou para pacientes com múltiplas lesões. A embolização apresenta excelentes resultados iniciais, com resolução em torno de 80-100% dos casos, mas pode haver recorrência. Conclusão: A embolização é uma opção terapêutica no tratamento das MAV pulmonares, com excelentes resultados iniciais.

SESSÃO 75: 16200 - EMBOLIZAÇÃO COM AGENTE ESCLEROSANTE NÃO ADESIVO NO TRATAMENTO DE HEMATÚRIA MACIÇA EM PACIENTE COM CISTITE ACTÍNICA PÓS-RADIOTERAPIA DE NEOPLASIA PROSTÁTICA

Livia Carvalho-marchon; Cristina Ribeiro Riguetti-pinto; Salomon Amaral; Felipe Borges Fagundes; Helen Christian Pessoni; Monica Rochedo Mayall; Cristiane Araujo Gomes; Bernardo Senra Barros; Leonardo Castro; Igor Martins; Caio Neves; Paulo Prette; Jamil Moroun; Rodrigo De Rezende Teixeira Maciel; Eric Paiva Vilela; Carlos Eduardo Virgini-magalhães

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj, Rio De Janeiro, Brazil

A CISTITE ACTÍNICA ACOMETE PACIENTES SUBMETIDOS À RADIAÇÃO PÉLVICA PRINCIPALMENTE POR NEOPLASIA DE PRÓSTATA E BEXIGA. OS PACIENTES SE APRESENTAM COM SINTOMAS DE URGÊNCIA URINÁRIA E NOS CASOS MAIS GRAVES, COM QUADROS HEMORRÁGICOS MACIÇOS. APRESENTAMOS O CASO DE UM PACIENTE DE 64 ANOS, COM ADENOCARCINOMA DE PROSTATA METASTÁTICO, SUBMETIDO A BLOQUEIO HORMONAL E RADIOTERAPIA PÉLVICA. EVOLUI COM HEMATÚRIA MACROSCÓPICA, REFRAATÁRIA A MEDIDAS INICIAIS CONSERVADORAS. SUBMETIDO A ARTERIOGRAFIA DIAGNÓSTICA QUE EVIDENCIOU SANGRAMENTO ATIVO PELA ARTÉRIA VESICAL ANTERIOR DIREITA SENDO OPTADO POR EMBOLIZAÇÃO COM AGENTE ESCLEROSANTE NÃO ADESIVO. PACIENTE APRESENTOU REGRESSÃO COMPLETA DOS SINTOMAS E ALTA HOSPITALAR PRECOCE. O OBJETIVO DESTE TRABALHO É DEMOSTRAR QUE A TÉCNICA ENDOVASCULAR PODE SER EMPREGADA NO TRATAMENTO DE LESÕES ARTERIAIS DE DIFÍCIL ACESSO PELO TRATAMENTO CIRÚRGICO CONVENCIONAL, COM RESOLUÇÃO COMPLETA E IMEDIATA DOS SINTOMAS, MELHORANDO SUBSTANCIALMENTE A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES POR VEZES COM PATOLOGIAS DE ELEVADA MORBIDADE E POTENCIALMENTE FATAIS.

SESSÃO 76: 16106 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA TRAUMÁTICA CAROTÍDEO-VERTEBRAL

Pedro Henrique Teles De Oliveira; Sérgio Luis De Mello; Ricardo De Ávila Oliveira; Rubens De Aquino Filho

Universidade Federal De Uberlândia, Abadia Dos Dourados, Brazil

Introdução: O trauma vascular cervical apresenta elevada mortalidade (até 66% nas lesões carotídeas). O tipo de lesão mais frequente é a penetrante, porém nos últimos anos as lesões por arma de fogo vêm-se tornando frequente, perfazendo mais de 50% das causas. Nos traumas de zona II e III deve-se atentar para o traumatismo craneoencefálico associado (lesões de base de crânio). Nas lesões de zona III os achados clínicos são pobres, tornando a arteriografia seletiva um dos principais métodos para diagnóstico e planejamento cirúrgico. Podem haver pseudoaneurismas (50-60%) e fístula arteriovenosa (FAV; 15-20%). **Objetivos:** Relato e discussão de caso **Materiais e Métodos:** Revisão de prontuário **Resultados:** Paciente masculino, 26 anos, admitido no pronto socorro vítima de lesão por projétil de arma de fogo na região cervical direita. Não foi observado formação de hematoma em expansão ou sinais de lesão neurológica. Havia sopro à ausculta local. A arteriografia evidenciou fístula entre as artérias carótida e vertebral direitas com a veia jugular interna direita. Foi realizado o tratamento endovascular com a utilização de ocluser Amplatzer e molas de liberação controlada. No trauma vascular cervical (zona III) há grande dificuldade de acesso às estruturas profundas. A mortalidade é de 8,6%, sendo a maioria causada pela sequela neurológica associada. Lesões assintomáticas diagnosticadas por arteriografia são mais bem tratadas por embolização (molas destacáveis, plugs arteriais) ou colocação de stent. **Conclusão:** O tratamento endovascular é a opção de escolha no tratamento das FAV no trauma cervical de zona III.

SESSÃO 76: 16124 - PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA AXILAR: TRATAMENTO ENDOVASCULAR

Vitor Oliveira Ganem; Leonardo Guizoni Bez; Cláudia Caroline Barbosa Pfannes; Luiza Barbosa Paolucci; Júlio Cesar Arantes Maciel; Adriano Nunes Da Silva Dias; Daniel Mendes Pinto

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brazil

Pseudoaneurismas são decorrentes de rupturas parciais ou totais da parede vascular. Podem resultar de inúmeras formas de traumas como contusões, lesões por arma de fogo ou arma branca, fraturas, atos cirúrgicos, e outros. Essa apresentação visa o relato de um caso de paciente de sexo masculino, 57 anos, com história de trauma contuso associado a fratura de clavícula direita, que evoluiu com dor e abaulamento em região infraclavicular direita, buscou atendimento médico após 4 meses do trauma. Evidenciadas presença de massa pulsátil infraclavicular com pulsos periféricos palpáveis e sem alterações. Submetido a exames de imagem que verificaram a presença de pseudoaneurisma axilar direita com 7,7 cm x 6,6 cm de diâmetro. Optado por tratamento endovascular com endoprótese revestida Viabahn (R). Obtido bom resultado, com oclusão de pseudoaneurisma e manutenção de fluxo adequado em artéria axilar, verificado por angiografia. Paciente recebeu alta com melhora completa de queixas e ausência de sequelas.

SESSÃO 76: 16130 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS: RELATO DE CASOS

Vinicius Oliveira Godoi; Luiz Ronaldo Godinho Pereira; Eduardo Pereira Nascimento; Leonardo Augusto Dávila Gonçalves; Marcelle Souza Alves Da Silva; Hudson Cruz Reis De Carvalho; Hudson Cruz Reis De Carvalho

Hospital Marcio Cunha, Ipatinga, Brazil

INTRODUÇÃO: Pseudoaneurismas de troncos supra-aórticos representam menos de 1% de todos aneurismas arteriais sendo mais comuns na carótida comum, seguidos da carótida interna. O tratamento endovascular, além de oferecer uma alternativa minimamente invasiva, evita dissecações extensas com possíveis lesões neurológicas e reduz o tempo de permanência hospitalar decorrente do procedimento. **OBJETIVO:** Relatar dois casos de correção endovascular de pseudoaneurisma de artérias carótida comum e subclávia direitas realizados pelo serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Márcio Cunha, Ipatinga - Minas Gerais, avaliando seus desfechos. **RELATO DE CASOS:** Dois pacientes, vítimas de trauma, que se apresentaram clinicamente com massas pulsáteis em zona II cervical direita e supra-clavicular direita, foram submetidos a angiotomografia de troncos supra-aórtico que confirmaram pseudoaneurisma em carótida comum e subclávia direitas respectivamente. **Caso 1:** Realizado acesso femoral direito por dissecação e femoral esquerdo por punção pela indisponibilidade de bainha longa para controle angiográfico ipsilateral. Ultrapassagem da área de lesão com fio-guia hidrofílico e liberação de stent revestido, seguido de balonamento de acomodação. **Caso 2:** Realizado acesso braquial direito por dissecação, ultrapassagem da lesão com fio-guia hidrofílico, liberação de stent revestido e acomodação com cateter balão. Utilizou-se stent revestido auto-expansível wallgraft, seguidos de acomodação do mesmo com cateter balão Mustang®. **RESULTADOS:** Sucesso angiográfico e clínico imediatos. Ausência de intercorrências per-operatórias ou complicações cirúrgicas pós-operatórias até março de 2016. **CONCLUSÃO:** Os pseudoaneurismas dos troncos supra-aórticos são factíveis de tratamento endovascular, evitando assim a elevada morbi-mortalidade de uma cirurgia convencional. Além de se mostrar uma técnica efetiva, a correção endovascular permite reduzir o tempo de internação hospitalar. Vale ressaltar que o sucesso do procedimento depende da disponibilidade de material e de adequado planejamento cirúrgico, além da necessidade de acompanhamento da perviedade dos stents a médio e longo prazos.

SESSÃO 76: 16170 - EMBOLIZAÇÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL DIREITA PARA TRATAMENTO DE LESÃO TRANSFIXANTE PÓS FERIMENTO POR ARMA BRANCA ? RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Dafne Braga Diamante Leiderman; Nicole Inforsato; Felipe Soares Ribeiro; Henry Melo; Nelson De Luccia; Pedro Puerch Leão

Hcfmusp, São Paulo, Brazil

Paciente 55 anos, morador de rua, trazido por resgate terrestre, vítima de FAB cervical, seguido de queda. Encontrado deitado em decúbito lateral, consciente e agitado por uso de bebida alcoólica. Apresentava faca ainda em região posterior cervical esquerda, abaixo do processo mastoide esquerdo e ponta da faca palpável em região abaixo do pavilhão auricular direito, inferior ao ângulo direito da mandíbula, sem transfixar a pele. Realizado atendimento hospitalar inicial conforme as diretrizes do ATLS, mantendo-se estável hemodinamicamente em todo tempo, em uso de máscara de O₂, confuso porém sem déficit neurológico. Sem alterações ventilatórias, respiratórias, circulatórias. Para fins diagnósticos e de programação terapêutica fora optado pela realização de angiotomografia computadorizada e feita suspeita de lesão da Artéria Vertebral Direita (AVD), sem associação com lesão medular. Encaminhado para em centro cirúrgico para retirada da faca sob fluoroscopia e controle endovascular da AV e reliado procedimento na presença da equipe de cirurgia geral e neurocirurgia para resolução imediata de possíveis intercorrências. Fora realizada anestesia geral balanceada e submetido a intubação nasotraqueal em decúbito lateral. Reposicionado em decúbito dorsal horizontal com apoio cefálico em região occipital para manter a faca em vão livre. Realizada punção da artéria femoral comum direita, alocado introdutor 7Fr e progressão de fio guia hidrofílico e cateter de Vert 5Fr até arco aórtico e posterior cateterização da AVD. Tentativa de progressão do fio-guia pela AVD sem sucesso com parada em local exato da posição da faca. Arteriografia com imagem compatível de interrupção do fluxo e refluxo de contraste para dentro da AVD. Nova arteriografia mostrando ausência de progressão de contraste intracraniano e com extravasamento do mesmo no trajeto da faca. Realizada tentativa de cateterização do coto distal da AVD, sem sucesso. Após a retirada da faca, iniciou-se grande sangramento pelo orifício de entrada do ferimento apesar de manobras de compressão local. Realizada embolização da AVD com duas molas Cook MReye 5x5mm com melhora imediata do

sangramento. Após 3 minutos, realizada nova arteriografia da AVD com imagem de trombose da mesma em local de mola mais proximal, sem extravasamento de contraste e com drenagem do mesmo para artéria subclávia direita Encaminhado no pós operatório para Unidade de Terapia Intensiva do Trauma do HCFMUSP sem drogas vasoativas. Extubado no 1º PO, evoluindo sem sequelas neurológicas ou complicações. Realizada tomografia de controle sem evidências de sangramento e com mínima lesão isquêmica cerebral assintomática. Recebeu alta no 6º PO deambulando sem déficits. DISCUSSÃO: Apesar de raras, as lesões traumáticas de AV acarretam alta morbimortalidade. A angiotomografia é o exame screening de eleição, tendo 98% de concordância com a arteriografia, exame padrão ouro, além de diagnosticar lesões associadas e avaliar as estruturas no trajeto. A principal limitação para o tratamento aberto das lesões traumáticas de AV é a sua localização, trajeto por dentro dos forames transversos, fazendo com que o controle proximal e distal seja difícil, além da sua proximidade com a medula espinhal. O tratamento endovascular é a escolha mesmo em pacientes instáveis, podendo ser feito por meio de balões, stents revestidos ou molas, sendo a embolização a mais usada devido ao fino calibre do vaso. Segundo a literatura, se a AV contralateral é normal, a embolização da AV lesada é bem tolerada, sendo um procedimento seguro, rápido e pouco invasivo, exemplificado neste caso bem sucedido de nosso serviço.

SESSÃO 76: 16172 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE LESÃO EROSIVA DA AORTA EM PÓS-OPERATÓRIO DE FIXAÇÃO DA COLUNA SEM A REMOÇÃO DO PARAFUSO ORTOPÉDICO. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Dafne Braga Diamante Leiderman; Antonio Eduardo Zerati; Luciana Ragazzo; Nelson Wolosker; William Gemio Jacobsen Teixeira; Pedro Puerch Leão

Hcfmusp, São Paulo, Brazil

Paciente de 69 anos do sexo feminino admitida no Serviço de Emergência em Julho/2011 com sinais e sintomas de compressão medular aguda associada a fratura patológica da 10ª vértebra torácica. Esta lesão foi considerada como secundária a uma neoplasia de mama esquerda tratada em Junho/2007 por mastectomia radical e quimioterapia (Taxol e Carboplatina, encerradas em Abril/2008). Mantinha anticoagulação plena com Varfarina para tratamento de trombose venosa profunda proximal do membro inferior esquerdo desde o pós-operatório da mastectomia. Fez uso de Anastrozol até Junho/2011. A paciente estava em acompanhamento também devido a um mieloma múltiplo tratado com transplante autólogo de medula óssea 7 anos antes, seguido por uso de talidomida e pamidronato dissódico (pamidronate disodium), este último suspenso havia 1 mês. Em 2002 havia sido submetida a corpectomia por via anterior da 5ª e 6ª vértebras torácicas com espaçador preenchido com enxerto ósseo e fixação do corpo vertebral com parafusos pediculares que foram colocados no corpo vertebral de D4 e D7 pela via anterior do lado direito para o esquerdo para tratamento de instabilidade de coluna por fratura por insuficiência pelo mieloma múltiplo. O parafuso para fixação anterior atravessou a cortical lateral do corpo vertebral à esquerda onde ficou em contato com a aorta. Após admissão no Serviço de Emergência, realizou tomografia de coluna para planejamento da descompressão medular. Esta tomografia revelou a presença de um pseudo-aneurisma da parede posterior do arco da aorta, junto ao parafuso utilizado para fixação da coluna torácica (figura 1). A paciente estava hemodinamicamente estável. A medicação anticoagulante foi suspensa imediatamente. Foi indicado tratamento endovascular da lesão da aorta torácica, deixando a abordagem ortopédica para um segundo tempo. Sob anestesia geral, foi realizada a implantação de uma endoprótese Zenith TX2® (Cook Medical®) 28x140mm, por dissecação da artéria femoral direita, apoiada a nível proximal no ponto imediatamente abaixo da emergência

da artéria subclávia esquerda. Arteriografia de controle mostrou posicionamento adequado da endoprótese, sem extravazamento de contraste, indicando exclusão do pseudo-aneurisma. Como a operação na coluna torácica havia sido feita em outra Instituição, não foi possível determinar qual a marca do material de síntese ortopédico havia sido utilizado, o que dificultaria a retirada do parafuso. Após 7 dias, a paciente foi novamente operada para tratamento da compressão medular em D10 pela metástase do tumor de mama e artrodesse por via posterior de D7 a L1. A evolução clínica foi satisfatória, tendo recebido alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório da operação ortopédica, com reversão total dos sintomas relativos à compressão medular. Manteve seguimento ambulatorial com a realização de angiotomografia de tórax periódica, a última realizada após 18 meses do reparo vascular, sem extravazamento de contraste (Figura 2). A paciente faleceu 26 meses após a correção do pseudo-aneurisma em decorrência de complicações atribuídas à carcinomatose meníngea.

SESSÃO 76: 16026 - TERAPIA ENDOVASCULAR EN TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO: EXPERIENCIA INICIAL

Juan Marin Peralta

Hospital Militar, , Chile

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia inicial en el manejo endovascular de lesiones arteriales periféricas ocasionadas por trauma. Materiales y Métodos. Revisión retrospectiva de las fichas clínicas e imágenes diagnósticas y terapéuticas de 11 casos de trauma vascular: tres pseudoaneurismas de vasos tibiales, una fístula arterio-venosa (FAV) asociada a pseudoaneurisma de vasos ilíacos y otro caso de vasos femorales superficiales, un pseudoaneurisma gigante de arteria poplítea, una FAV de vasos poplíteos, una oclusión aguda de arteria poplítea en trauma contuso y un caso de lesión iatrogénica de arteria subclavia con pseudoaneurisma por catéter intra-arterial central, otro caso de instalación de catéter definitivo para diálisis y un pseudoaneurisma de subclavia por herida a bala. En los 3 casos de pseudoaneurisma de arterias tibiales se efectuó embolización con coils. El caso de FAV asociada a pseudoaneurisma iliaco se manejó con una endoprótesis cubierta. Los casos de pseudoaneurisma de arteria poplítea y la FAV de vasos poplíteos se repararon mediante stents cubiertos al igual que en un caso de pseudoaneurisma de subclavia. La oclusión aguda de arteria poplítea se trató con un stent autoexpandible. En el caso del catéter intra-arterial central, se selló el orificio con balón de angioplastia y en el caso de pseudoaneurisma de subclavia se selló con stent cubierto. Resultados. Todos los pacientes fueron tratados de forma exitosa y evolucionaron sin complicaciones inmediatas; los seguimientos varían entre 3 meses y 3 años, sin evidencia de complicación. Discusión. Si bien el tratamiento clásico del trauma vascular tiene plena vigencia en la actualidad, la terapia endovascular, con las herramientas disponibles, permite realizar el tratamiento definitivo o transitorio, a fin de mejorar las condiciones locales y poder efectuar una reparación abierta con menos complicaciones que la cirugía de urgencia.

SESSÃO 76: 16085 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE LESÃO DE AORTA TORÁCICA POR TRAUMA TORÁCICO FECHADO: RELATO DE 3 CASOS.

Marianne Ariely Andretta¹; Marcelo Tizzot Miguel¹; Aline S Pes¹; Cristiano Pinto¹; Antonio Lacerda Santos Filho¹; Mariana V Delazeri¹; Rogerio A Yokoama¹; Andressa B Pimpao¹; Wilson Michaelis¹; Thiago Michaelis¹

1 - Hospital Universitário Evangélico De Curitiba, Curitiba, Brazil; 2 - Hospital Do Trabalhador, Curitiba, Brazil

Introdução As lesões aórticas nos traumatismos torácicos fechados são caracterizadas por uma alta mortalidade pré-hospitalar e até mesmo intra-hospitalar (30%). Apesar de constituírem a segunda principal causa de óbito nos acidentes automobilísticos, são raras nos serviços de emergência, mesmo nos maiores centros de trauma (2,6 casos-ano em estudo multicêntrico realizado nos EUA e Canadá). Os dados de incidência no Brasil são escassos, há relatos em um serviço de referência de trauma de São Paulo de 2,5 casos-ano. Objetivo desse estudo é relatar a experiência inicial de um hospital de referência em trauma na cidade de Curitiba ao longo de 13 meses. Material e Método Relato de 3 casos de trauma fechado de aorta torácico tratado por técnica endovascular no período de 13 meses, em hospital de referência em trauma na cidade de Curitiba. Conclusão A técnica endovascular, até o momento, mostra-se favorável e até mesmo superior a técnica aberta. No Brasil, há necessidade de estudos multicêntricos comparativos e de seguimentos a longo prazo de pacientes tratados por esta técnica que contribuam como orientação do tratamento.

SESSÃO 77: 16119 - WHEN AORTIC STENTING ALONE DOES NOT SOLVE IT: MASS EFFECT OF THORACIC ANEURYSMS

Kalil Khalil¹; José Honório Palma¹; Matheus Simonato²; Ricardo Dias¹; Fabio Jatene¹

1 - Instituto Do Coração Fmusp, Sao Paulo, Brazil; 2 - Escola Paulista De Medicina Unifesp, São Paulo, Brazil

Aortic aneurysms may present variable symptoms in the different phases of the disease. Besides pain due to aneurysm expansion, it is not rare, in the chronic phase, for pain to be derived from the compression of adjacent structures and mediastinal organs, leading to dysphagia (from esophageal compression), dyspnea and coughing (from pulmonary compression) and hoarseness or irritation (due to recurrent laryngeal nerve compression). However, the description of symptoms derived from the compression of the ventricles, left atrium or the pulmonary artery is rare. A 56 year old woman reported fatigue and dyspnea for 6 months with acute worsening of symptoms on the last two days, that lead her to the emergency room. On physical examination, the patient presented with fatigue, dyspnea and nasal flaring. Her blood pressure was 120/80mmHg, with some degree of jugular distension and muffled heart sounds. No other abnormalities were noted. Chest x-ray showed a mild enlargement of the middle mediastinum. Transthoracic echocardiogram (TTE) showed ejection fraction of 69%, pulmonary artery systolic pressure (PASP) of 57 mmHg and extensive peri-prosthesis thrombosis with compression of left atrium. There was also pericardial effusion with signs of right ventricular diastolic collapse. CT scan showed a 10 cm diameter x 11.5 cm extension aneurysm in the descending aorta, growing next to the posterior mediastinum. The structure compressed substantially the heart against the sternum and the thoracic wall. Endovascular stenting was favorable, as proximal and distal necks were long and adequate for the stabilization of the prosthesis. The endovascular treatment was successful, using a GORE TAG thoracic endoprosthesis (Gore Medical, Newark, Delaware, United States) 37mm x 20cm with adequate distal and proximal positioning and no leaks. Although treatment was effective when it came to excluding the aneurysm sac from circulation, the patient still presented immediately after the procedure with the very same signs and symptoms derived from heart compression, due to the massive size of the dilation and the large amount of clots within it. The chosen therapeutic approach was the performance of a left lateral thoracotomy,

without cardiopulmonary bypass (CPB), aiming to act directly on the aneurysm, emptying it of thrombus. We proceeded with the opening of the aneurysm wall, easily identifying the stent in its interior without any leakage. This allowed for the manual and delicate removal of a substantial amount of clots in its interior. The wall was also sectioned longitudinally, in order to reduce the diameter of the aneurysm. Pericardial drainage of approximately 500 mL of citrine-yellow fluid was also accomplished. Postoperative care was uneventful and adequate, with the regression of all previous signs and symptoms. The patient was discharged from the intensive care unit on the third PO day and, on the seventh day, she was discharged from the hospital. TTE showed minimum pericardial effusion and reduction of PASP to 50mmHg. A final CT scan was performed, demonstrating a more adequate heart and mediastinal structure positioning, even though the left atrium and pulmonary veins continued to have some degree of compression.

SESSÃO 77: 16149 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE RUPTURA TRAUMÁTICA DA AORTA TORÁCICA**Marcos Maraskin Fonseca;** Lara Rech Poltronieri; José Luiz Guimarães FilhoHospital Nossa Senhora Da Conceição, Porto Alegre,
Porto Alegre, Brazil

INTRODUÇÃO: A ruptura traumática da aorta torácica é responsável por 10% a 20% das mortes atribuídas a acidentes por veículos automotores, estima-se que apenas 10% a 15% das vítimas sobrevivam. A correção cirúrgica aberta está associada a alta morbimortalidade, sendo o tratamento endovascular de eleição quando possível. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 54 anos, branco, trabalhador da construção civil. Vítima de atropelamento pedestre versus moto. Na chegada ao pronto atendimento, acordado, comunicativo, choque grau 2. Realizada drenagem de tórax com hemotórax de moderado volume. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax com hematoma de mediastino e ruptura da aorta 1 cm abaixo da emergência da artéria subclávia esquerda, ao nível do ligamento arterioso. Submetido a correção endovascular com endoprótese torácica Cook 32x150mm, com colocação de endoprótese sobre o óstio da artéria subclávia esquerda. Apresentou boa evolução no pós-operatório, não apresentou sintomas de isquemia do membro superior esquerdo e nem complicações clínicas recebeu alta após 10 dias de internação. **DISCUSSÃO:** A ruptura traumática da aorta torácica geralmente ocorre em traumas que produzem desaceleração horizontal aguda. Cerca de 80% desses pacientes exsanguinam no momento do trauma. Em geral, a lesão dos sobreviventes localiza-se logo após a emergência da artéria subclávia esquerda. O tratamento endovascular é o de eleição para esses casos, com melhores resultados e diminuição da morbimortalidade.

SESSÃO 77: 16190 - ABORDAGEM ATUAL NO TRATAMENTO DA DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DA ARTÉRIA RENAL: TRATAMENTO CONSERVADOR X TRATAMENTO ENDOVASCULAR**Carolina Kayser Guelfi;** Bernardo Ristow; Nathan De Liz; Paula Marques Vivas; Bernardo Massière; Daniel Leal; Alberto Vescovi; Arno Von RistowCentervasc ☒ Rio E Escola De Pós-graduação Médica Da Puc-rio,
Rio De Janeiro, Brazil

Introdução: A Dissecção Espontânea da Artéria Renal (DEAR) é uma condição infrequente que cursa com dor lombar e de etiologia ainda desconhecida, embora esteja associada a alterações estruturais das artérias como displasia fibromuscular (DFM), doença aterosclerótica grave, hipertensão maligna e doenças do tecido conjuntivo. O objetivo é relatar a conduta dos casos atendidos pelo CENTERVASC-Rio nos anos de 2014 e 2015. **Material e Métodos:** Foram avaliados 9 casos de pacientes que apresentaram DEAR no período de Junho de 2014 a Maio 2015, destes sete eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades entre 34 e 54 anos. Todos atendidos em caráter de urgência, com infarto renal parcial confirmado por métodos invasivos indicados nos quadros refratários, desta forma inicialmente os casos foram tratados com anticoagulação sistêmica, analgesia e controle da pressão arterial. **Resultados:** Durante o período de internação, nenhum paciente apresentou alteração significativa das escórias nitrogenadas. Em quatro casos foi indicado tratamento cirúrgico endovascular devido à refratariedade do quadro algico, um caso com implante de stent auto expansível, dois casos com implante de stent expansível por balão e em um caso a arteriografia demonstrou lesão incompatível com tratamento endovascular. Nos casos com sucesso técnico, a arteriografia de controle mostrou melhora da perfusão renal, e com melhora da dor lombar. Os pacientes submetidos ao tratamento conservador encontram-se em acompanhamento ambulatorial, com terapia anticoagulante e sem evidências de aumento do infarto renal, destes um paciente perdeu acompanhamento e outro apresentou resolução da dissecção, sendo suspenso a anticoagulação. **Conclusão:** Ainda que controverso, o tratamento inicial da DEAR é realizado de maneira conservadora. No entanto o tratamento Endovascular tem se mostrado factível e promissor nos casos refratários, com melhora dos sintomas e baixa morbidade para o paciente.

SESSÃO 77: 16201 - ISQUEMIA MEDULAR PÓS TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA ? QUANDO E COMO REALIZAR DRENAGEM LIQUÓRICA

Igor Martins; Cristina Ribeiro Riguetti-pinto; Monica Rochedo Mayall; Cristiane Araujo Gomes; Helen Christian Pessoni; Bernardo Senra Barros; Leonardo Castro; Jamil Moroun; Paulo Prette; Caio Neves; Eric Paiva Vilela; Rodrigo De Rezende Teixeira Maciel; Livia Carvalho-marchon; Carlos Eduardo Virgini-magalhães

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj, Rio De Janeiro, Brazil

A ISQUEMIA MEDULAR É UMA DAS COMPLICAÇÕES MAIS TEMIDAS E INCAPACITANTES NO TRATAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA. NOS PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES SUA INCIDÊNCIA VARIA ENTRE 0 E 12,5%. A DRENAGEM LIQUÓRICA É A MEDIDA PROFILÁTICA E/OU TERAPÊUTICA MAIS UTILIZADA. NO ENTANDO, A INDICAÇÃO, TÉCNICA E O MOMENTO DA DRENAGEM PERMANECEM CONTROVERSOS. RELATAMOS O CASO DE UM PACIENTE DE 54 ANOS, APRESENTANDO ANEURISMA TORÁCICO DE 60MM NO MAIOR DIÂMETRO TRANSVERSO, SUBMETIDO A CORREÇÃO ENDOVASCULAR COM ENDOPRÓTESE. DURANTE PLANEJAMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO FOI OPTADO POR INSERÇÃO DE CATETER EPIDURAL NO ESPAÇO SUBARACNOIDEO PARA DRENAGEM LIQUÓRICA. APÓS O DESPERTAR ANESTÉSICO, O PACIENTE APRESENTAVA DIMINUIÇÃO DA FORÇA EM MEMBROS INFERIORES. HOUVE DRENAGEM INSATISFATÓRIA PELO CATETER DEVIDO À OBSTRUÇÃO. OPTOU-SE POR TENTATIVA DE PASSAGEM DE SISTEMA DE DRENAGEM ESPECIFICO E MAIS CALIBROSO, PORÉM SEM SUCESSO. FOI POSSIVEL A DRENAGEM LIQUORICA COM A AGULHA TUOHY E O PACIENTE EVOLUIU COM REVERSÃO PARCIAL IMEDIATA DOS SINTOMAS NEUROLÓGICOS. NÃO HÁ CONSENSO NA LITERATURA SOBRE O MOMENTO IDEAL DE REALIZAR A DRENAGEM LIQUORICA OU QUAL CATETER DEVE SER UTILIZADO. A INSTALAÇÃO PRE-OPERATÓRIA DO CATETER APRESENTA-SE PARA AFERIÇÃO E CONTROLE DA PRESSAO LIQUORICA VISANDO A PREVENÇÃO DA ISQUEMIA MEDULAR. O CATETER EPIDURAL APESAR DE DESCRITO COMO OPÇÃO DE MAIS FACIL ACESSO, EM ESPECIAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAUDE, TEM SEU USO LIMITADO EM CONDIÇÕES ADVERSAS. ESTE RELATO DE CASO VISA DISCUTIR AS TÉCNICAS MAIS SEGURAS PARA PREVENÇÃO DE ISQUEMIA MEDULAR.

SESSÃO 77: 16205 - TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DA AORTA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE MARFAN

Othon Amaral Neto; Eduardo Da Graca Malavolta; Luis Henrique Brandao Falcao; Luiz Ricardo P. Dutra; Fernando Linares

Irmandade Santa Casa De Araraquara, Araraquara, Brazil

Introdução A Síndrome de Marfan é uma desordem genética autossômica dominante em consequência de mutações no gene fibrilina 1, afetando o tecido conjuntivo, comprometendo principalmente os sistemas esquelético, ocular e cardiovascular, especificamente na aorta pela degeneração das fibras elásticas da camada media predispondo a dilatação de ânulo-aórtica, de arco aórtico e dissecação de aorta. Relato do Caso Paciente masculino, 19 anos, com face longa e estreita, dentes aglomerados, antecedente de subluxação de cristalino, alta miopia, pectus excavatum, hiperestensibilidade de articulações e membros superiores longos, encaminhado para investigação após achado de exame de dilatação ânulo-aórtica em agosto de 2014. Na angiotomografia observou-se diâmetro máximo da raiz aórtica de 65 mm, junção sino-tubular de 65 mm, aorta ascendente justa tronco braquicocefálico de 30 mm, arco aórtico justa artéria subclávia esquerda de 20 mm, aorta descende de 25 mm e aorta abdominal visceral e infra-renal de 35 mm. O ecocardiograma apresentava insuficiência valvar aórtica moderada, fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 61%, diâmetro diastólico de ventrículo esquerdo de 60 mm. Optou-se pelo cirurgia de Bentall De Bono clássica, com implante prótese mecânica no. 27 em tubo de dacron impregnado com colágeno no. 30 até tronco braquicocefálico. O paciente recebeu alta no 10º pós-operatório anticoagulado com varfarina com INR de 2,5. A despeito de um segmento evolutivo favorável, em stembro de 2015 foi internado com forte dor torácica irradiada para dorso e abdome, associada à parestesia de membros inferiores, notadamente a direita, o qual não apresentava pusa femoral palpável. A angiotomografia na emergência mostrou dissecação de aorta do tipo B de Stanford com entrada de 15 mm iniciando-se antes da emergência da artéria subclávia esquerda dirigindo-se para aorta abdominal e artéria íliaca direita, com importante compressão da luz verdadeira, máximo diâmetro de 5 mm, de onde emergiam o tronco celíaco, artérias mesentérica superior e renal esquerda. Havia dilatação da falsa luz pérvia em todo segmento aórtico com máximo diâmetro de 45 mm. Optou-se pelo tratamento na fase aguda pelo risco de agravamento da isquemia de visceral e de membros inferiores.

O paciente foi submetido a punção de artéria braquial esquerda e dissecação de artéria femoral esquerda com punção direta e posicionamento de guia hidrofílico stiff e cateter 5F tipo vert até aorta ascendente. O posicionamento do cateter na luz verdadeira foi confirmado por angiotomografia, e somente então na sala radioscopia foi posicionado endoprótese Relay de 36 X 250 mm justa artéria carótida esquerda e stent aórtico autoexpansível Siox 36 X 150 mm até aorta infra-renal. Na arteriografia de controle observou-se a expansão da luz verdadeira de todo segmento toracoabdominal da aorta, fluxo preservado de ramos viscerais e discreto enchimento proximal da falsa luz pela sua entrada. Optou-se pelo reinício da anticoagulação após 30 dias de procedimento. Discussão O objetivo primordial do tratamento foi a expansão da luz verdadeira, relegando a trombose da falsa luz. Para surpresa, o angiogramografia de controle com 1 mês de procedimento já revelava uma trombose quase total do segmento descendente da aorta torácica com perviedade de todos os ramos viscerais. Controles regulares semestrais deverão ser realizados pois se trata de um paciente jovem com doença congênita com graves repercussões na aorta

SESSÃO 78: 16126 - RELATO DE CASO: FIBRINÓLISE IN-SITU DE ARTÉRIA RENAL DIREITA APÓS INFARTO RENAL POR TROMBOSE DE VIABAHN PARA CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL JUSTA RENAL PELA TÉCNICA DA ?CHAMINÉ?.

Danilo Fernandes Da Silva; Gabriel Augusto Biassi Gero-
mel; Gabriel Augusto; Gleison Juliano Da Silva Russeff; Luiz
Fernando Reis; Selma Regina De Oliveira Raymundo; Fernando
Reis Neto; Andre Rodrigo Miquelin; Daniel Gustavo Miquelin;
Debora Yuri Sato

Faculdade De Medicina De São José Do Rio Preto, Sao Jose Do
Rio Preto, Brazil

INTRODUÇÃO: Infarto renal é um evento raro. No entanto, acredita-se que sua frequência seja superior aos índices relatados em trabalhos, uma vez que o diagnóstico do infarto renal é frequentemente falho ou atrasado. Isso porque a primeira hipótese diagnóstica de pacientes com dor abdominal ou em flanco geralmente é nefrolitíase e/ou pielonefrite. As principais causas de infarto renal são doença cardio-embólica, injúria da artéria renal e estado de hipercoagulabilidade e as principais formas de tratamento são a trombectomia e a fibrinólise, que pode ser sistêmica ou in-situ. RELATO DE CASO: Relatamos o caso de um paciente de 69 anos, sexo masculino, em pós operatório de correção de aneurisma de aorta abdominal, pela técnica da "Chaminé", com endoprótese AFX e dois stents revestidos (VIABAHN) para artérias renais. Paciente estava em acompanhamento ambulatorial regular com exames de controle pós operatório dentro da normalidade durante dois anos. Deu entrada no pronto atendimento com quadro de dor abdominal em região de flanco direito, de forte intensidade associado à sudorese, náuseas e mal estar geral com uma hora de evolução. Realizado Angiotomografia de aorta abdominal, sendo evidenciada ausência de perfusão renal direita, sem imagens de endoleak ou demais alterações referentes à endoprótese. Após três horas do início da dor, paciente foi submetido à fibrinólise de artéria renal direita, com ativador do plasminogênio tecidual (rtPA) in-situ, em bolus, sem dose de manutenção, seguida de angioplastia com stent revestido (V12). Paciente apresentou melhora súbita da dor após reperfusão renal sendo observado desaparecimento completo da imagem de subtração na artéria renal direita. Após procedimento, paciente foi encaminhado à UTI permanecendo dois dias nesta unidade. Recebeu alta hospitalar quatro dias após procedimento com melhora da função renal e

ausência de dor. Paciente em acompanhamento ambulatorial regular, com queda da creatinina, apresentando valor basal semelhante ao valor anterior ao evento isquêmico e exames complementares como a cintilografia evidenciando perfusão renal mantida apesar de déficit funcional moderado em rim direito. **CONCLUSÃO:** Este procedimento foi uma alternativa no tratamento de urgência do infarto renal, que é uma complicação possível do procedimento endovascular dos aneurismas de aorta pela técnica da Chaminé. Trata-se de um caso de evolução favorável que permitiu a manutenção da função renal, o qual poderia ter sido totalmente comprometida se não houvesse uma abordagem rápida e efetiva.

SESSÃO 78: 16137 - TRATAMENTO DO ANEURISMA DA AORTA TORACOABDOMINAL COM NOVA ENDOPRÓTESE RAMIFICADA PARA AS ARTÉRIAS VISCERAIS. RELATO DE CASO

Felipe Mavigner Pereira Franca; Eduardo De Lucca Dallacqua; Cesar Augusto Cherubim Filho; Rafael Sampaio Vasconcelos; Marcelo Bellini Dalio; Leandro Augusto Gardenghi; Mauricio Serra Ribeiro; Edwaldo Edner Joviliano

Hospital Das Clinicas Da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto (hcfmrp-usp), Ribeirao Preto, Brazil

INTRODUÇÃO: A utilização de endopróteses no tratamento endovascular de aneurismas de aorta toracoabdominais (AATA) é uma realidade, porém os tempos de customização associados aos custos e burocracia logística têm limitado seu uso no Brasil. Apresentamos um caso de tratamento endovascular de aneurisma da aorta toracoabdominal (AATA) utilizando uma nova endoprótese ramificada e customizada fabricada no Brasil. **CASO CLÍNICO:** Apresentamos um caso de uma paciente do sexo feminino, 76 anos, tabagista, hipertensa, com dor a palpação de massa abdominal pulsátil com aneurisma de aorta toracoabdominal com 6,5 cm no seu maior diâmetro envolvendo tronco celiaco, artéria mesentérica superior e artérias renais, constatado através de ultrassom e posterior angiotomografia de aorta total. Há dez anos a doente foi submetida a reparo cirúrgico convencional de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal com prótese de poliéster aorta bi ilíaco. Foi realizado reparo totalmente endovascular com endoprótese ramificada customizada num prazo de 21 dias da marca Braile® confeccionada baseada nos detalhes anatômicos específicos de angiotomografia computadorizada. O procedimento foi realizado em sala híbrida endovascular, sob anestesia geral e com acesso raquidiano para monitorização contínua da pressão líquórica. O acesso para o implante da endoprótese ramificada e do complemento abdominal bifurcado foi realizados através da dissecação das artérias femorais. O acesso às ramificações foi feito pela artéria axilar direita também através de dissecação da mesma. Foram implantados três stents revestidos autoexpansíveis e um stent revestido balão expansível para as respectivas artérias viscerais, com reforço de stents auto expansíveis de nitinol em todos os ramos. O tempo total do procedimento foi de 5 horas, com 2 horas e 50 minutos de fluoroscopia, e foram utilizados 100 mL de contraste iodado não iônico. O exame angiográfico imediato demonstrou boa perfusão de todos os vasos viscerais sem indícios de qualquer endoleak. A doente apresentou boa evolução clínica recebendo alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O tratamento do aneurisma toracoabdominal neste caso com disposto ramificado customizado nacional foi realizado com sucesso. Maior tempo de seguimento e maior número de casos serão necessários para validar sua utilização rotineira. O tempo de customização e a disponibilidade rápida do dispositivo foram fatores decisivos na escolha para esta paciente.

SESSÃO 78: 16139 - TRATAMENTO DE ANEURISMAS ABDOMINAIS COMPLEXOS COM ENDOPROTESES MODIFICADAS FENESTRADAS : EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Cesar Augusto Cherubim Filho; Rafael Sampaio Vasconcelos; Eduardo De Lucca Dallacqua; Felipe Mavigner Pereira Franca; Marcelo Bellini Dalio; Jose Geraldo Ciscato Junior; Maurício Serra Ribeiro; Edwaldo Edner Joviliano

Hospital Das Clinicas Da Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto (hcfmrp-usp), Ribeirao Preto, Brazil

Introdução: As endoproteses fenestradas são uma nova opção terapêutica para o tratamento endovascular de casos complexos de aneurismas de aorta abdominal principalmente no paciente de alto risco cirúrgico para a cirurgia aberta. No entanto, o tempo necessário para confecção customizada destes dispositivos, associado a seu alto custo, em muitas situações, tornam seu uso ainda muito limitado. Objetivo: Avaliar os resultados iniciais, de um centro único, com a utilização de endoproteses modificadas fenestradas pelo cirurgião para o tratamento de aneurismas complexos abdominais. Métodos: Foram avaliados de forma retrospectiva oito casos de tratamento endovascular de aneurismas pararenais com endoproteses modificadas fenestradas pelo cirurgião no período de setembro de 2014 a janeiro de 2016. Resultados: A idade média foi de 72 anos (61-81), sendo 7 homens (87,5%) e 1 mulher (12,5%). O diâmetro médio dos aneurismas foi de 6,6 cm (5,3-8,5) e foram confeccionadas no total 20 fenestrações com o implante de 16 stents revestidos e 4 fenestras proximais sem a utilização de stents. O tempo médio de internação hospitalar foi de 5,6 dias (3-14). A principal causa de morbidade foi insuficiência renal aguda transitória (12,5%) e não houve nenhum óbito. O tempo médio de seguimento foi de 228 dias (35-510), e observado um caso de endoleak tipo II (sem crescimento do saco) . Não foi constatado nenhuma oclusão de stent até o momento. Conclusão: As endoproteses modificadas fenestradas pelo cirurgião apresentaram um bom resultado inicial no nosso serviço e passaram a ser uma opção importante em casos de aneurismas abdominais complexos principalmente em pacientes com alto risco cirúrgico.

SESSÃO 78: 16144 - ANEURISMA MOCÓTICO DE AORTA ABDOMINAL POR BRUCELLA SP

José Luiz Guimarães Filho; Lara Rech Poltronieri; Marcos Maraskin Fonseca; Rodrigo Argenta

Hospital Nossa Senhora Da Conceição, Porto Alegre, , Brazil

INTRODUÇÃO: A brucelose é uma doença bacteriana causada pela transmissão de bactérias do gênero *Brucella* (cocos-bacilos g+). A contágio se dá por laticínios não pasteurizado ou pelo contato direto com animais ou carne infectada. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 56 anos, branco, trabalhador da área rural. Procura atendimento por dor em região dorsal à esquerda há 6 meses. Historia de ferimento por arma branca no dorso há 20 anos. Estável hemodinamicamente., hemoglobina=9,7. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdômen que evidenciou aneurisma de aorta abdominal infra-renal (AAAIR), com 5 cm no maior eixo, associado a coleção peri-aortica em topografia de músculo psoas a esquerda. Suspeita de aneurisma roto contido. Submetido a correção endovascular de AAAIR com endoprótese bifurcada Gore Excluder. No pós operatório apresentou sorologia para chagas e sífilis positivas, BAAR negativo. Ecocardiograma normal. Recebeu alta com tratamento para sífilis. Retorna, após 3 meses, com aumento da coleção em região lombar esquerda, com flutuação. Apresentando febre e leucocitose com desvio. Realizada punção da coleção e enviado para culturais. Ausência de crescimento bacteriológico ou fúngico. Coloração rosa bengala positiva, confirmando o diagnóstico de brucelose. Recebeu tratamento para brucelose com doxiciclina, rifampicina e gentamicina. DISCUSSÃO:A brucelose é uma doença sistêmica e endêmica nos países do Mediterrâneo e Oriente Médio, incidência ao ano de 500.000 casos. As complicações osteo-articulares são as mais frequentes. O envolvimento do sistema cardiovascular é raro, manifestando-se geralmente com endocardite (1% dos casos). Aneurisma micótico por brucelose é uma patologia muito rara, com escassos relatos na literatura, por isso merece ser destacada.

SESSÃO 78: 16147 - RUPTURA DE AORTA ABDOMINAL SECUNDÁRIO A AORTITE POR CÂNDIDA ALBICANS

Marcus Vinicius C. Pezzella; Joel Alex Longhi; Rodrigo Argenta; **José Luiz Guimarães Filho**; Lara Rech Poltronieri; Marcos Maraskin Fonseca

Hospital Nossa Senhora Da Conceição, Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

INTRODUÇÃO: Aortite é um termo geral, relacionado a patologia infecciosa ou inflamatória da aorta. Infecção da aorta por cândida é uma patologia incomum e merece ser relatada. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 66 anos, branco, hipertenso. História prévia de neoplasia de reto com realização de quimioterapia e radioterapia neoadjuvante seguido de retossigmoidectomia. Evoluiu com cistite actínica e infecção urinária (ITU) de repetição. Interna, em dezembro/2015 com dor abdominal com irradiação para região lombar. Iniciado tratamento empírico para ITU e coletado culturais. Paciente não apresentou melhora da dor a despeito do tratamento. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdômen que evidenciou pseudoaneurisma de aorta abdominal justa-renal de 5,4cm de extensão com ruptura contida. Possui TC de maio/2015 com aorta normal, sem aneurisma. Realizada correção com prótese de dacron embecida em rifampicina, 14mm reta, anastomose termino-terminal aorto-aórtica. Realizado também reimplante de artéria renal esquerda. Paciente evoluiu com quadro de suboclusão intestinal e foi levado a laparotomia exploradora no 6º dia pós-operatório, no entanto, foi identificado apenas grande quantidade de ascite (3 litros – material enviado à exame cultural). Exames culturais de urina, fragmento de aorta abdominal e líquido de ascite com crescimento de Cândida albicans. Ecocardiograma normal. Realizou tratamento durante 3 semanas com fluconazol e apresentou boa evolução pós-op. **DISCUSSÃO:** Infecção de aorta é uma patologia incomum, está relacionada, na maioria das vezes a trauma arterial (após punção para arteriografia, uso de drogas endovenosas), a segunda principal causa é a endocardite com embolização séptica e a terceira principal causa é secundário a bacteremia. Aortite por Cândida é uma causa incomum, e responde a apenas 1% dos casos. Os dados da literatura são escassos para casos de pseudoaneurisma de aorta.

SESSÃO 78: 16165 - RELATO DE CASO: TRATAMENTO DE ENDOPROTESE INFECTADA DE AORTA ABDOMINAL

Marcos Maraskin Fonseca; Lara Rech Poltronieri; Jose Luiz Guimaraes Filho; Rodrigo Argenta; Joel Alex Longui; Ricardo Berguer Soares; Marcus Vinicius Pezzella

Serviço De Cirurgia Vasculard Do Hospital Conceição, Porto Alegre, Brazil

OBJETIVO: A infecção de endoprótese representa um grande problema devido à elevada mortalidade e a desafiadora reconstrução desse segmento após sua retirada. Nosso objetivo é descrever o tratamento realizado em um caso de infecção de endoprótese de aorta abdominal infra-renal com by-pass aorto-bifemoral com prótese de dacron embecida em rifampicina. **RELATO DE CASO:** Paciente, 54 anos, transferido de outro hospital com diagnóstico de infecção de endoprótese de aorta abdominal infra-renal com fistula aorto-enterica – cirurgia realizada 3 anos antes em outra instituição. Paciente apresentou quadro súbito de hematoquesia e melena. Na chegada a emergência apresentava estabilidade hemodinâmica porem emagrecimento, leucograma infeccioso e elevação de PCR. Realizado EDA que evidenciou erosão da parede posterior entre a segunda e terceira porção do duodeno com coágulo aderido. Realizado AngioTC que evidenciou endoprótese de aorta abdominal infra-renal bem posicionada com coleção contendo gás Peri aórtica e fistula aorto-enterica. Optado por realizar retirada da endoprótese, debridamento amplo dos tecidos periaórtico apos controle vascular supra-renal com balão Coda (Cook Medical), e confecção de by-pass aorto-bifemoral com prótese de dacron embecida em rifampicina (embecido prótese de dacron em 600 mg de solução de rifampicina e 250 ml de SF 0,9% por 30 minutos antes da utilização). Paciente apresentou melhora importante no pós-operatório em uso de piperacilina+tazobactam e vancomicina tendo alta da UTI no 5 pós-operatório com hemograma normal e PCR 10,2. Apresentou crescimento de Candida Albicans, além de cocos gram positivo e bacilos gram negativo na cultura de material da endoprótese. Paciente permaneceu internado por mais 21 dias para uso de ATB endovenoso e Fluconazol conforme orientação do CCIH da instituição. **DISCUSSAO E CONCLUSAO:** A infecção de uma endoprótese representa um grande problema, devido ao alto risco de uma cirurgia maior de aorta e a desafiadora reconstrução da mesma em pacientes que geralmente são consumidos pela infeccao. Consequentemente, o resultado do tratamento da infecção de uma endoprótese é pobre, com sobrevida estimada a curto e médio prazos de 30% e 65% respectivamente. Tradicionalmente, a infecção da endoprótese tem sido conduzida com a retirada da endoprótese, com debridamento do tecido infectado seguido por reconstrução arterial, in situ utilizando um conduto biológico ou extra-anatomicamente utilizado um enxerto protético, seguido por antibióticoterapia prolongada. O uso de dacron embecido em rifampicina pode ser uma alternativa factível para recorrência de infecção nesses pacientes.

**SESSÃO 79: 16082 - COMPLEXO TRATAMENTO NDOVAS-
CULAR DE ENDOLEAK IA**

Elisabeth Mayumi Yano; Virginia Graciela Rivas Arcia;
Thiago Osawa Rodrigues; Samuel Moreira Martins; Antonio M.
Kambara

Instituto Dante Pazzanese De Cardiologi, São Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO A correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal é um método eficaz e seguro realizado há mais de 2 décadas¹. Uma das principais intercorrências após o procedimento é o endoleak, onde há manutenção da perfusão dentro do saco aneurismático nas extremidades proximal (tipo IA) ou distal (tipo IB), retrogradamente através de ramos aórticos (tipo II), por ruptura ou não-conexão dos componentes da endoprótese (tipo III), porosidade do material endovascular (tipo IV) ou endotensão (tipo V). **DESCRIÇÃO DO CASO** MTF, 82 anos, sexo masculino, tabagista, diabético, hipertenso, dislipidêmico foi encaminhado ao serviço com aneurisma assintomático de aorta abdominal infrarrenal de 6,0 cm de diâmetro para tratamento endovascular. Paciente foi submetido a procedimento cirúrgico com endoprótese Aorfix 27X96-80X12 mm com extensão ipsilateral 14X80 mm e contralateral 64X18 e 81X20 mm, além da embolização da artéria ilíaca interna direita. Na angiotomografia de controle observou-se um endoleak IA, confirmado em aortografia. Optado por tratá-lo por embolização com duas unidades de molas AZUR 35 15 mm X 20 cm, obtendo resultado terapêutico parcial. Posteriormente uma outra embolização foi realizada com molas Interlock 35 duas unidades 15 mm X 40 cm e uma unidade 18 mm X 40 cm. Devido à persistência do endoleak IA, indicou-se uma nova abordagem com cuff aórtico GORE 28,5X 3,3 cm, complementada com angioplastia de artéria renal direita com Viabahn 6 X 25 mm. O procedimento realizado obteve sucesso terapêutico, sem intercorrências. Paciente aguarda angiotomografia de controle. **DISCUSSÃO** Cerca de 15-21% das intervenções endovasculares apresentam endoleak². O endoleak tipo I é frequentemente identificado precocemente e está associado à significativa pressurização e crescimento do saco aneurismático. Intervenções precoces como embolização, utilização de cuff aórticos ou conversão para cirurgia aberta³ são necessárias devido ao risco de ruptura aneurismática. Um acompanhamento contínuo com angiotomografia do paciente submetido ao procedimento endovascular é imprescindível para monitorização de possíveis intercorrências para evitar catastróficas complicações. **REFERÊNCIAS** 1. Parodi JC, Palmaz

JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1991;5: 491-9. 2. Zarins CK, White RA, Moll FL, Crabtree T, Bloch DA, Hodgson KJ, et al. The AneuRx stent graft: four-year results and worldwide experience 2000. *J Vasc Surg* 2000;33(suppl):S135-45. 3. Guimares M, Yamada R, Schönholz C. Endoleak and the role of embolization. *Endovascular Today*: April 2015, 68-74.

SESSÃO 79: 16098 - ENDOLEAK TIPO 2 QUANDO TRATAR?

Michel Nasser¹; Andressa Soares Castro Alves¹; Danielle Trishan Blair¹; Leonardo Marcos Fausto Costa¹; Tiago Vitor Ramalho¹; Ubirajara Das Neves Gonçalves Jr²; Ana Izabel Nasser³

1 - Universidade Federal De Sao Carlos, Sao Carlos, Brazil; 2 - Hospital Sao Paulo, Araraquara, Brazil; 3 - Universidade Federal De Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil

Relato de caso: Endoleak tipo 2: Quando tratar? Introdução Uma das possíveis complicações do tratamento endovascular são as endoleaks. Elas podem ser classificadas em cinco tipos: tipo 1 (vazamento proximal ou distal às zonas de ancoramento do enxerto com a parede arterial); tipo 2 (enchimento retrógrado do saco aneurismático pelas artérias mesentéricas inferior, lombares, sacral mediana); tipo 3 (problema na endoprótese como erosão); tipo 4 (porosidade do tecido da próteses) e tipo 5 (quando o aneurisma continua crescendo por transmissão de pressão). Materiais e Métodos Os autores apresentam a evolução da correção endovascular (EVAR) em paciente de 66 anos, submetido ao implante de endoprótese - Endurant (Medtronic) há 20 meses. Resultado Após um, 6 e 12 meses do implante, os controles angiotomográfico e ultrassonográficos não evidenciaram qualquer vazamento e/ou alteração do diâmetro do saco aneurismático. Já após 20 meses do implante, foi observada a presença de endoleak tipo 2, com comunicação de vasos lombares. O diâmetro do aneurisma pré e pós-operatório, no entanto, praticamente não sofreu alterações. Discussão Os autores discutem que há relatos da literatura que afirmam que as endoleaks tipo 2 não são sempre benignas e que seu não-tratamento pode levar a complicações como, por exemplo, o aumento do diâmetro do aneurisma. Em contrapartida, outros autores afirmam que a maioria das endoleaks tipo 2 podem ter resolução espontânea em mais de 50% dos casos em até 1.2 anos e que pode haver mais riscos do que benefícios no tratamento agressivo. Outros, ainda, referem que mesmo com o aumento do tamanho do saco aneurismático, as endoleaks tipo 2 parecem ser benignas. Conclusão Os pacientes portadores de EVAR com endoleak tipo 2, devem ser seguidos com ultrassonografia de aorta abdominal e angiotomografia periódica. Caso ocorra o crescimento do saco aneurismático excluído ou surjam sinais de alteração na prótese, a intervenção pode ser aventada.

SESSÃO 79: 16116 - UTILIZAÇÃO DE COPOLÍMERO ÁLCOOL ETILENO-VINIL (ONYX) NO TRATAMENTO DE ENDOLEAK II

Elisabeth Mayumi Yano; Virginia Graciela Rivas Arcia; Bruno Lourenção De Almeida; Samuel Moreira Martins; Antonio M. Kambara

Instituto Dante Pazzanese De Cardiologia, Sao Paulo, Brazil

INTRODUÇÃO Define-se endoleak pela manutenção da perfusão dentro do saco aneurismático após intervenção endovascular. Existem cinco tipos de endoleak, sendo o tipo II estabelecido como fluxo retrógrado intra-aneurismático mantido por ramos da aorta, mais frequentemente por artérias lombares, mesentérica inferior ou renais acessórias. Pode ser classificado como transitório, com resolução espontânea até 6 meses, e persistente. O tratamento com endoleak II é indicado quando há um aumento ou ruptura do saco aneurismático, podendo ser realizado por embolização transarterial, por punção direta translombar, transcaval ou cirurgia aberta¹. DESCRIÇÃO DO CASO R.D.F., 75 anos, sexo masculino, ex-tabagista, hipertenso, dislipidêmico, com AVCI em 2013 com dislalia, foi diagnosticado com aneurisma de aorta abdominal infrarrenal incidentalmente. Paciente foi submetido à correção endovascular com endoprótese ENDURANT 28X16X166 mm e extensão contralateral 16X20X124 mm. Em controle angiotomográfico, o endoleak tipo II foi constatado e confirmado através de aortografia, identificando-se um ramo da artéria mesentérica superior como nutridor do saco aneurismático. Realizado seu tratamento através da embolização do ramo com 1 ml de OnyxTM com sucesso, sem intercorrências. DISCUSSÃO Cerca de 15-21% das intervenções endovasculares apresentam endoleak². O endoleak tipo II ocorre em 10-25% dos casos de correção endovascular de aneurismas de aorta³ e está associado como uma das causas mais frequentes de aumento do saco aneurismático pós-intervenção, necessitando de uma segunda abordagem cirúrgica. A intervenção transarterial é uma opção terapêutica menos invasiva do que a cirurgia aberta, podendo ser realizada através da embolização com molas, n-butil-2-cianocrilato, trombina, gelfoam e copolímero álcool etileno-vinil (OnyxTM)⁴ entre outros métodos. O sistema líquido embólico OnyxTM oferece uma alternativa viável com bom controle na sua liberação, excelente visibilidade devido à radiopacidade e baixo risco de recanalização secundária⁵. No entanto são necessários mais estudos para avaliar sua segurança e eficácia no tratamento do endoleak II. REFERÊNCIAS 1. Faries PL, Cadot H, Agarwal G,

Kent KC, Hollier LH, Marin ML (2003) Management of endoleak after endovascular aneurysm repair: cuffs, coils, and conversion. *J Vasc Surg* 37(6):1155–1161 2. Zarins CK, White RA, Moll FL, Crabtree T, Bloch DA, Hodgson KJ, et al. The AneuRx stent graft: four-year results and worldwide experience 2000. *J Vasc Surg* 2000;33(suppl):S135-45. 3. Rhee SJ, Ohki T, Veith FJ, Kurvers H (2003) Current status of management of type II endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 17(3):335–344 4. Baum RA, Carpenter JP, Golden MA, Velazquez OC, Clark TW, Stavropoulos SW et al (2002) Treatment of type 2 endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: comparison of transarterial and translumbar techniques. *J Vasc Surg* 35(1):23–29 5. Abularrage CJ, Patel VI, Conrad MF, Schneider EB, Cambria RP, Kwolek CJ. Improved results using Onyx glue for the treatment of persistent type 2 endoleak after endovascular aneurysm repair. *J Vasc Surg*. 2012 Sep;56(3):630-6. doi: 10.1016/j.jvs.2012.02.038. Epub 2012 May 8.

SESSÃO 79 : 16151 - SÉRIE INICIAL DE ANEURISMAS ELETIVOS TRATADOS POR MÉTODO ENDOVASCULAR EM HOSPITAL PÚBLICO

José Luiz Guimarães Filho; Rodrigo Argenta; Lara Rech Poltronieri; Marcos Maraskin Fonseca; Ani Louise Arendt

Hospital Nossa Senhora Da Conceição, Porto Alegre,
Porto Alegre, Brazil

Introdução: O tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal infra-renal vem ganhando espaço nos últimos anos e sua aplicação no Sistema Único de Saúde vem sendo amplamente debatida. Relatamos a experiência inicial no tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal, eletivo, em um hospital com atendimento totalmente voltado ao SUS. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes que foram submetidos a tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal infra-renal eletivos no período de janeiro de 2011 até Fevereiro de 2016. Foram analisados dados demográficos, tempo de internação hospitalar, permanência na UTI, complicações pós operatórias e mortalidade intra-hospitalar, além de tempo de seguimento médio e complicações a longo prazo; **Resultados:** Foram tratados 59 pacientes no período de estudo, 54 eram homens (91,5%) e 5 mulheres (8,5%), idade média 71,6 anos (53 a 90 anos), diâmetro médio 6,5. Predominaram os pacientes brancos, 56 (94,6%), 2 negros (3,4%) e 1 pardo (1,7%). Analisando as comorbidades, 48 eram portadores de HAS (81,4%), 51 tabagistas (86,4%), 17 DPOC (28,8%), 12 cardiopatas isquêmicos (20,3%), 7 IRC (11,9%), 5 dislipidêmicos (8,5%), 6 DM (10,2%) e 7 AVE (11,9%). A distribuição dos casos pelo período de estudo: 11 procedimentos em 2011 (18,6%), 9 em 2012 (15,2%), 7 em 2013 (11,8%), 15 em 2014 (25,4%), 13 em 2015 (22%) e 4 em 2016 (6,7%). Ocorreram complicações em 13 pacientes (22%), sendo, insuficiência renal 5 (22,7%), descompensação de insuficiência cardíaca 3 (13,6%), complicações respiratória 1 (4,5%), hematoma 2 (9%) e infarto agudo do miocárdio 2 (9%). As marcas utilizadas foram: 3 Anaconda (5,1%), 1 Aorfix (1,7%), 17 Braile (28,8%), 3 Endologix (5,1%), 23 Endurant (39%), 8 Excluder (13,6%) e 4 Zenith (6,8%). Tempo médio de internação 20,1 dias (3 a 80 dias), permanência na UTI 1,86 dias e óbito hospitalar 3,4% (2 pacientes), tendo o IAM como a causa de ambos os óbitos. Realizadas consultas com 1, 6 e 12 meses após o procedimento, o seguimento médio foi de 661 dias (7 a 1742 dias) e a longo prazo foram identificado 3 trombozes de ramo e 1 endoleak tipo

2. Conclusão: o método endovascular se mostra efetivo e seguro para tratamento dos aneurismas de aorta abdominal em nosso serviço.

SESSÃO 79: 16188 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR COM ENDOPROTESE RAMIFICADA PARA ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ASSOCIADO A ANEURISMAS DE ARTÉRIAS ILÍACAS.

Marcos Maraskin Fonseca; **Jose Luiz Guimaraes Filho**; Lara Rech Poltronieri; Joel Alex Longui; Marcus Vinicius Pezzella

Serviço De Cirurgia Vascular Do Hospital Conceição, Porto Alegre, Brazil

OBJETIVO: Aneurisma de artérias ilíacas podem estar relacionados a aneurisma de aorta abdominal em 25-40% dos casos. Até o presente momento não dispomos de dispositivos específicos para tratamento concomitantes dessas patologias. Nos apresentamos um caso de correção de aneurisma de aorta abdominal concomitante com aneurismas de artéria ilíaca comum direita e hipogástrica esquerda com sucesso. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 76 anos, com história de tratamento para neoplasia pulmonar com achado incidental em ecografia abdominal de aneurisma de aorta abdominal infra-renal de 6 cm. Realizado AngioTC que evidenciou aneurisma de aorta abdominal infra-renal com 61 mm, ilíaca comum direita 52 mm e ilíaca interna esquerda de 25mm. Realizado tratamento Endovascular do aneurisma de aorta abdominal com endoprotese bifurcada Zenith 32mmx82mmx112mm para preservação da bifurcação aórtica e possibilitar tratamento contralateral de aneurisma de hipogástrica. Após implante do corpo principal foi implantado extensão ilíaca bifurcada Z Bis 14mmx12mmx8mm a esquerda com preservação de artéria hipogástrica com stent revestido Fluency 9mm x60mm. O processo foi repetido do lado direito com implante de extensão ilíaca bifurcada Z Bis 14mmx12mmx8mm e stent revestido Fluency 8mm x40mm. Angiografia de controle sem sinais de endoleak. **DISCUSSAO E CONCLUSAO:** Nos apresentamos um caso de correção Endovascular de aneurisma de aorta abdominal associado a aneurisma de ilíacas com preservação de artéria ilíacas internas usando endopróteses disponível comercialmente, sem necessidade de modificação ou acesso adicional. Preservação bilateral das artérias hipogástricas nem sempre é necessária porém essa é uma técnica factível principalmente em pacientes de alto risco cirúrgico.

SESSÃO 79: 16192 - ANEURISMA GIGANTE DE AORTA ABDOMINAL PÓS ENDOLEAK TIPO III**Henrique Salles Barbosa;** Alexandre Maceri Midão; Luiz Lanziotti

Hospital Pró-cardíaco - Rj, Rio De Janeiro, Brazil

Introdução: A correção de aneurismas de aorta abdominal foi radicalmente transformada com o advento da técnica endovascular. Tamaña inovação, porém, acompanha-se de novas complicações, o que é inerente a qualquer técnica cirúrgica. A preocupação com os "endoleaks" obrigam à vigilância pós-operatória regular com exames de imagem, com o propósito de diagnosticá-los precocemente. Os "endoleaks" dividem-se em cinco tipos, com base na etiologia e tratamento. O "endoleak" tipo III tem frequência relatada na literatura de 0 a 1,5% e é considerado uma complicação maior do tratamento, com elevado risco de rotura da aorta. Seu tratamento é imperativo. Relato de caso: Paciente masculino, 78 anos, portador de doença renal crônica não dialítica, transplantado cardíaco há 12 anos e submetido a tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal (devido a diâmetro de 6,5cm) há 6 anos. Apresentou massa abdominal pulsátil ao exame clínico no 6º ano de acompanhamento, não presente nas avaliações anuais anteriores. Doppler e Angiotomografia evidenciaram aneurisma de aorta abdominal de 12cm de diâmetro, com desconexão completa do corpo principal da endoprótese do ramo ilíaco distal à esquerda. Havia, contudo, selamento adequado proximal e distal ao ramo ilíaco. A literatura internacional descreve algumas modalidades de tratamento, como a cirurgia aberta, implante de endoprótese monoilíaca e confecção de ponte fêmoro-femoral cruzada e interposição de nova endoprótese entre os ramos desconectados - este último foi o método escolhido pelos autores. A intervenção iniciou-se por dissecação e acesso femoral e braquial à esquerda. Por via braquial, cateterizou-se o corpo principal da endoprótese com fio-guia hidrofílico, que foi capturado por laço introduzido pela via femoral, estabelecendo comunicação em varal entre os dois acessos. Houve a troca do fio-guia pelo Amplatz Ultrastiff e introdução de nova endoprótese de ramo ilíaco. Toda essa etapa foi realizada sem uso de contraste, com vistas à preservação da função renal do paciente. Após a liberação da endoprótese e sua acomodação, arteriografias de controle demonstraram perfeita reconexão entre as endopróteses e exclusão completa do aneurisma da circulação arterial. O paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no 3º dia de pós-operatório.

SESSÃO 79: 16198 - ENDOLEAK TIPO V - RELATO DE CASO**Leandro Teixeira Rocha**

Icve, São Paulo, Brazil

RESUMO: Objetivo: relatar o caso de um paciente portador de aneurisma de aorta abdominal que foi submetido ao tratamento de endovascular, evoluindo com quadro tardio de endoleak tipo V. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Considerações finais: o caso relatado e os achados na literatura corroboram a necessidade do seguimento ambulatorial do paciente associado ao uso da propeidética armada com equipamentos modernos para o diagnóstico preciso.