



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Joana Catarina da Silva Moreira
Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Joana Catarina da Silva Moreira

Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Angiologia e Cirurgia Vascular

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque

Abril, 2010

FMUP

Nome: JOANA CATARINA DA SILVA MOREIRA

Endereço electrónico: joana.moreira.95@hotmail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Nome completo do Orientador:

ROBERTO CESAR AUGUSTO CORREIA DA SILVA RONCON DE ALBUQUERQUE

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio (*cutar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura:

Joana Catarina da Silva Moreira

Eu, JOANA CATARINA DA SILVA MOREIRA, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801211, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Joana Catarina da Silva Moreira

AGRADECIMENTOS

Agradecimento a todos os que possibilitaram a concretização deste relatório de estágio na Área de Angiologia e Cirurgia Vascular, em particular ao Professor Doutor Roncon de Albuquerque, Director deste mesmo Serviço, pela coordenação do estágio e tutoria do relatório.

Um agradecimento a todos os profissionais do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de São João, médicos, técnicos e secretariado, pela transmissão de conhecimentos na área, cedência de material de estudo e ajuda técnica.

TÍTULO: Relatório de Estágio de Angiologia e Cirurgia Vascular

RESUMO: O presente relatório documenta as actividades decorridas de um estágio clínico realizado no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital de São João (HSJ), no contexto do projecto de opção para a conclusão do Mestrado Integrado em Medicina. Os objectivos da realização do estágio passaram pela aquisição de conhecimentos teóricos, gestos e atitudes referentes à especialidade, através da frequência das actividades do SACV, nos diversos sectores do mesmo – Consulta Externa (CE), Internamento, Reunião de Serviço, Laboratório Vascular, Angiografia, Serviço de Urgência (SU) e Bloco Operatório (BO). O estágio permitiu a rotação pelas diversas áreas de actividades em que actua o SACV, possibilitando a evolução da aluna na abordagem diagnóstica e terapêutica de várias patologias vasculares, assim como na identificação das situações clínicas requerentes de maior urgência de actuação. Propiciou uma reflexão acerca dos factores de risco cardiovascular (FRCV) e comorbilidades presentes nos doentes com patologia vascular, permitindo concluir que este tipo de patologia está a aumentar na sociedade actual, o que justifica a ascendente solicitação da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular (ACV).

ABSTRACT: The current report documents the activities from a clinical clerkship at the Department of Angiology and Vascular Surgery (DAVS), of Hospital de São João (HSJ) as part of an optional formation in the conclusion of the Medicine Mastership. The objectives of the stage went through the acquisition of theoretical knowledge, skills and attitudes relating to the specialty by attending the activities of the DAVS in its various sectors - Outpatient Consult (OC), Internment, Service Meetings, Vascular Lab, Angiography Service, Emergency Room (ER) and the Operating Room (OR). The clerkship allowed the rotation through the various areas of activity within the DAVS, enabling the student the acquisition of diagnosis and treatment skills of various vascular diseases, as well as the identification of applicants for situations of clinical urgency. It also provided a better knowledge of cardiovascular risk factors (CRF) and comorbidities present in patients with vascular pathology, allowing to conclude that this type of pathology is increasing in today's society, which justifies the increasing request of Angiology and Vascular Surgery (AVS).

ÍNDICE

Lista de Siglas	4
Índice de Figuras	5
Introdução	6
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular	
A) Recursos Humanos	7
B) Espaço Físico	8
C) Actividade Assistencial	
Internamento	8
Consulta Interna	9
Consulta Externa	9
Bloco Operatório	10
Serviço de Urgência	11
Reunião de Serviço	11
Laboratório Vascular	12
Angiografia	13
Indicadores Estatísticos Anuais	15
Conclusão	16
Bibliografia	18
Apêndices	
I	19
II	21
III	22
IV	23
V	25
Anexos	40

LISTA DE SIGLAS

AAA – Aneurisma da aorta abdominal

ACV – Angiologia e Cirurgia Vascular

BO – Bloco Operatório

CE – Consulta Externa

CI – Consulta Interna

DM – Diabetes Mellitus

FRCV – Factores de Risco Cardiovascular

HTA – Hipertensão Arterial

HSJ – Hospital de São João

IRC – Insuficiência Renal Crónica

MI – Membro Inferior

SACV – Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

SU – Serviço de Urgência

TVP – Trombose Venosa Profunda

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Porta de entrada e corredor principal do SACV	6
Gráfico 1 – Distribuição dos doentes internados por faixa etária (em anos)	19
Gráfico 2 – Distribuição dos doentes internados por género	19
Gráfico 3 – Prevalência de FRCV e Co-morbilidades presentes nos doentes internados	20
Gráfico 4 – Prevalência de diagnóstico e de tratamento instituído nos doentes internados	20
Diagrama 1 – Proveniência e patologia dos doentes observados na consulta externa	21
Tabela 1 – Actividade Cirúrgica presenciada	22
Gráfico 5 – Taxas de Ocupação e de Mortalidade anuais nos doentes internados em 2008 e 2009	23
Gráfico 6 – Frequência absoluta de Primeiras Consultas e de Consultas Externas Totais realizadas em 2008 e 2009	23
Gráfico 7 – Número total de Cirurgias realizadas em 2008 e 2009	24
Gráfico 8 – Número total de exames realizados em 2008 e 2009, enquanto meio auxiliar de diagnóstico	24

INTRODUÇÃO

Foi realizado um estágio clínico de carácter profissionalizante, no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular (SACV) do Hospital de São João (HSJ), durante o período de 14 a 25 de Setembro do ano 2009.

A motivação para a realização de um Relatório de Estágio na área de Angiologia e Cirurgia Vascular (ACV) surgiu no âmbito do projecto de opção para a conclusão do Mestrado Integrado em Medicina, aliada à vontade de aprofundar os conhecimentos nesta área médico-cirúrgica, visto ser uma disciplina para a qual é disponibilizado um curto período de ensino, durante os anos clínicos do curso de Medicina.

Constituíram objectivos deste estágio, a aquisição de conhecimentos teóricos, gestos e atitudes referentes à especialidade, através da frequência das actividades diárias do SACV, passando por todos os sectores do mesmo – Consulta Externa (CE), Internamento, Reunião de Serviço, Laboratório Vascular, Angiografia, Serviço de Urgência (SU) e Bloco Operatório (BO).

No presente relatório é possível encontrar uma descrição do SACV do HSJ, focalizando os seus Recursos Humanos, Espaço Físico e Actividade Assistencial. São igualmente descritas, as actividades desenvolvidas e as patologias observadas, durante o estágio, em cada um dos diversos sectores do Serviço. Por fim, é ainda possível encontrar alguns indicadores estatísticos anuais do SACV, referentes ao ano de 2008 e 2009.



Figura 1 – Porta de entrada (à esquerda) e corredor principal do SACV (à direita).

SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO HSJ

O SACV do HSJ afirma-se como unidade clínica de referência nas áreas de diagnóstico e tratamento de patologia vascular. Não obstante da sua função assistencial, desempenha um importante papel na formação académica de futuros médicos, no internato médico e ao nível do ensino pós-graduado.

A) RECURSOS HUMANOS

Pessoal Médico

Director de Serviço:

Prof. Doutor Roberto Roncon de Albuquerque

Chefe de Serviço:

Dr. José Fernando Teixeira

Assistente Hospitalar Graduado:

Dr. Emílio Silva

Assistentes Hospitalares

Dr. Rocha e Silva

Prof. Doutor Armando Mansilha

Dr. Jorge Costa Lima

Dr. Fernando Dourado Ramos

Prof. Doutor Sérgio Sampaio

Dr. Alfredo Cerqueira

Dr. Pedro Guilherme Paz Dias

Dr. Eurico Norton

Dra. Isabel Vilaça

Internos Complementares

Dr. Paulo Dias

Dra. Joana Carvalho

Dr. José Lopes

Dr. Pedro Afonso

Dra. Dalila Marques

Dra. Ana Sofia Ferreira

Dr. Mário Vieira

B) ESPAÇO FÍSICO

O SACV do HSJ está situado na ala poente do 5º piso deste Hospital, desde Janeiro de 2002. É um Serviço com 31 camas, dispostas por cinco enfermarias (uma de oito camas, duas de seis e duas de quatro) e dois quartos (um duplo e um individual para possíveis necessidades de isolamento de pacientes). Importa referir que as camas estão equipadas com mecanismo articulado eléctrico, grades protectoras e colchão anti-escaras. O SACV tem ao dispor, por dia, duas camas monitorizadas na unidade de cuidados intermédios gerais e uma cama na unidade de cuidados intensivos. São também estruturas integrantes neste Serviço, uma sala de cuidados de penso, uma sala de trabalho de enfermagem, um gabinete informático com quatro computadores e impressora a laser e uma Biblioteca, adaptada a Reuniões do Serviço, com sistema de projecção vídeo, slides ou angiografias. Dispõe ainda de duas salas laboratoriais para realização de ecodoppler e de estudos hemodinâmicos, equipadas com fluxometria doppler, pletismografia e fotopletismografia, bem como ecógrafo bidireccional. Possui ainda copa, refeitório, sala de desinfeção de material, gabinete de secretariado, gabinete administrativo, sala de convívio, vestiários, gabinete de chefia de enfermagem e gabinete do Director de Serviço.

As actividades do SACV prolongam-se para além deste espaço, sendo descritas mais à frente no relatório.

C) ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

INTERNAMENTO

Os doentes admitidos no internamento são enviados pelas Consultas Externa e Interna, SU, ou transferidos de outros Serviços do HSJ.

Diariamente, no início da manhã, é realizada uma visita médica geral a todas as enfermarias do Serviço, onde são apresentados e observados os doentes, com a finalidade de discutir a sua evolução clínica, exames auxiliares necessários, terapêutica instituída, e detecção precoce de possíveis complicações. O grupo de trabalho é constituído por um Especialista e um ou mais Internos Complementares, acompanhados pela enfermagem.

Durante o estágio, a aluna teve oportunidade de acompanhar a equipa médica nas suas visitas diárias ao internamento, colher histórias clínicas e realizar exames físicos a alguns dos doentes internados. Foi ainda possível, relacionar algumas patologias observadas, com antecedentes relevantes e factores de risco. Assim, é possível afirmar que a actividade diária no internamento foi fundamental para a integração de conceitos teóricos, úteis à identificação, gestão e resolução de patologia vascular.

Em Apêndice I encontra-se representada a amostra de 65 doentes observada no internamento, segundo uma distribuição por faixa etária (Gráfico 1) e por género (Gráfico 2). Está também representada a prevalência de factores de risco cardiovascular (FRCV) e co-morbilidades presentes nos doentes internados (Gráfico 3), bem como a prevalência de diagnóstico e tratamento instituído nestes mesmos doentes (Gráfico 4).

CONSULTA INTERNA

O SACV disponibiliza uma consulta interna (CI) que assegura um apoio permanente, a doentes internados noutros Serviços do HSJ. A maioria dos pedidos de colaboração, por parte de colegas de outras especialidades, destina-se a confirmar ou excluir situações de Trombose Venosa Profunda (TVP) e patologia aterosclerótica carotídea e dos membros inferiores (MI). Também se observa um número considerável de pedidos, por parte do Serviço de Nefrologia do HSJ, referentes a acessos vasculares necessários à realização de hemodiálise.

CONSULTA EXTERNA

A consulta externa (CE) de ACV é realizada no pavilhão C do HSJ. Tem à sua disposição três consultórios médicos (sendo um deles utilizado também para a realização de estudos hemodinâmicos e angiodinografias), duas salas de pensos e um

balcão administrativo. Os doentes observados nesta consulta são casos não urgentes, reencaminhados pelo SU ou pelo Médico Assistente de Clínica Geral, doentes em avaliação pré-operatória para futura cirurgia electiva a realizar no SACV do HSJ e doentes que após a alta médica do internamento no SACV, necessitem de acompanhamento clínico da especialidade. A CE também responde a pedidos de parecer de outros Serviços do HSJ ou até mesmo de outros Hospitais da região Norte.

No âmbito dos objectivos definidos para o estágio no SACV, a aluna assistiu a consultas do Prof. Doutor Sérgio Sampaio, onde foi possível contactar com a doença arterial crónica oclusiva, doença arterial aneurismática e patologia venosa (nomeadamente a observação dos cuidados de penso prestados a doentes com insuficiência venosa crónica dos membros inferiores). A CE teve particular importância, na medida em que permitiu observar a avaliação clínica e hemodinâmica do doente vascular, a interpretação de exames auxiliares de diagnóstico e a orientação do estudo pré-operatório (dos casos propostos para tratamento cirúrgico).

Em Apêndice II encontra-se o Diagrama 1, que pretende expor sucintamente as patologias mais observadas nas consultas a que a aluna assistiu, bem como a proveniência dos doentes que recorreram à mesma.

BLOCO OPERATÓRIO (BO)

A actividade cirúrgica do SACV decorre no Bloco Operatório Central (local onde tem permanentemente uma sala ao seu dispor), na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (com uma sala disponível todas as terças-feiras) e no Bloco Operatório do SU (com uma distribuição de salas segundo as necessidades dos quadros clínicos da Urgência).

A frequência da actividade cirúrgica do SACV decorrida no Bloco Operatório Central permitiu a observação de variadas técnicas de alta diferenciação e a aquisição de alguns conhecimentos práticos acerca das mesmas.

Em Apêndice III é apresentada a Tabela 1, que permite sistematizar a actividade cirúrgica presenciada.

SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU)

O SACV do HSJ assegura uma resposta imediata a diversas patologias de foro vascular, urgentes e emergentes, através de um regime de chamada de 24h (sendo 12h diurnas em presença física e 12h nocturnas em regime de prevenção). A equipa responsável pela resposta do SU é constituída por dois médicos, sendo pelo menos um deles Especialista.

Durante o período de estágio, a aluna realizou dois turnos de urgência, onde teve a oportunidade de observar:

- Diagnóstico de um caso de trombose venosa profunda (TVP);
- Avaliação de traumatizado com atingimento vascular;
- Orientação de indivíduo com isquemia crónica do membro inferior;
- Diagnóstico diferencial e orientação terapêutica de úlceras venosas e arteriais;
- Diagnóstico e orientação terapêutica de um caso de pé diabético.

REUNIÃO DE SERVIÇO

As reuniões de Serviço têm lugar na biblioteca do mesmo, realizando-se semanalmente, à sexta-feira. São dirigidas pelo Prof. Doutor Roncon de Albuquerque e assumem um carácter didáctico, de extrema utilidade para todos os seus participantes, na medida em que privilegia a aprendizagem clínica e incentiva à discussão de artigos científicos. Também se apresenta como espaço onde são analisados os casos clínicos dos doentes internados no Serviço, servindo de meio de sustentação para uma orientação diagnóstica e terapêutica seguras.

Durante as duas semanas em que decorreu o estágio, a aluna teve a oportunidade de assistir a duas reuniões de Serviço:

- 1ª Reunião - sessão de *Journal Club*, a qual teve por base uma exposição teórica fundada em artigos publicados, acerca da dicotomia da prática de Amputações vs Revascularizações, a nível nacional e mundial.
- 2ª Reunião - apresentação de um modelo de tratamento de Roturas de Aneurismas Abdominais, através de EVAR. Nesta mesma reunião, foi

possível ainda assistir a apresentação do adesivo cirúrgico BioGlue® e do antagonista do receptor da endotelina Tracleer®.

LABORATÓRIO VASCULAR

O SACV disponibiliza meios auxiliares de diagnóstico, como adjuvantes à avaliação de doentes do internamento, da CE, do BO ou do SU, tendo os médicos à sua disposição, um Laboratório Vascular, com uma sala de estudos hemodinâmicos e uma sala de EcoDoppler. Também podem recorrer à Unidade de Angiografia Digital disponível para uso do SACV durante os períodos de segunda-feira de tarde e quarta-feira de manhã. Estes espaços possuem equipamento de alta qualidade.

Estudos Hemodinâmicos

O SACV possui uma sala dedicada a este tipo de avaliação diagnóstica. Nela se encontram disponíveis:

- Unidade Nicolet-Vasoguard (com 2 sondas Doppler, 4 e 8 MHz e 4 sondas de fotopletismografia) que permite a realização simultânea de pressões arteriais segmentares (braço, coxa alta e baixa, infra-genicular, tornozelo e dedos), fotopletismografia e pletismografia de ar; determina automaticamente índices tornozelo/braço e possibilita a impressão imediata de relatórios.
- Ultrasonografia bidireccional Sonicaid Vasoflow 4, com 3 sondas Doppler de 1, 4 e 8 MHz.
- Dois aparelhos Doppler portáteis de emissão contínua unidireccional – sonda de 8 MHz.

Eco-Doppler

Para a realização de ultrassonografias vasculares, existe um aparelho “GE logic 5 expert” com 2 sondas lineares (10 e 7MHz) e 1 sonda curvilínea (3.5MHz) que é utilizado em diversos contextos:

- Angiodinografias programadas via consulta externa, requisitadas por médicos do SACV ou até por médicos de outros Serviços;

- Necessidade de avaliação de doentes que recorreram ao SU, após observação pelo médico SACV;
- Doentes internados (geralmente no SACV, mas por vezes em doentes internados noutros Serviços, após observação em “Consulta Interna”).
- Podem ainda ser utilizados três aparelhos eco-doppler portáteis, transportáveis ao BO ou aos Serviços que deles necessitem e um Triplex Scan Dasonics Synergy Ultrasound Multisync M500, nas instalações da CE.

Durante a frequência do Laboratório Vascular e com a colaboração do Técnico Albano Rodrigues, teve oportunidade de observar e compreender alguns dos principais procedimentos realizados frequentemente no SACV, nomeadamente:

- Avaliação das PA segmentares e distais em repouso e após esforço ou hiperemia.
- Cálculo dos ITB.
- Auscultação Doppler dos vários eixos arteriais.
- Auscultação Doppler dos vários eixos venosos, estudando a resposta fásica aos movimentos respiratórios e manobras de compressão proximal e distal.
- Realização de eco-doppler arterial das carótidas em doentes com patologia aterosclerótica.
- Realização de eco-doppler venoso dos membros inferiores em doente com antecedentes tromboembólicos.

ANGIOGRAFIA

A Unidade de Angiorradiologia está situada no piso 1 do HSJ e coloca ao dispor do SACV uma sala de Angiografia Digital, duas vezes por semana. Esta sala encontra-se equipada com um sistema de angiografia digital monopiano *Philips Integris 3000* com mesa móvel programável e arco em C, que possibilita movimentos de translação e de rotação. Acoplado a este aparelho existe um injetor de pressão *Angiomat 6000* e uma central de tratamento de imagens. Dispõe ainda de equipamento de ventilação assistida para uma eventual necessidade de realização de angiografia sobre anestesia geral.

Seguramente que a angiografia constitui uma arma de extrema importância para a especialidade de ACV, na medida em que assume um papel preponderante na definição anatómica das lesões vasculares e assegura estratégias terapêuticas pré e peri-operatórias. O SACV realiza entre 8-10 angiografias semanais, quer a doentes internados no Serviço, quer a doentes internados em outros Hospitais da região Norte e na realidade, o laboratório de angiografia digital é também utilizado para a realização de vários procedimentos de Angiologia de Intervenção tais como angioplastias transluminais com ou sem colocação de stent ou até mesmo embolizações de aneurismas. Não obstante desta realidade, a maioria dos procedimentos endovasculares, continua a ser realizada no bloco operatório central.

Durante o estágio clínico, foi possível acompanhar o Prof. Doutor Sérgio Sampaio e assistir a uma Angioplastia de artéria subclávia esquerda estenosada e a uma Aorto-arteriografia dos MI por punção femoral (Técnica de Seldinger).

INDICADORES ESTATÍSTICOS ANUAIS

Durante a frequência das diversas áreas assistenciais do SACV, foi possível contactar com profissionais dedicados, empenhados em desenvolver uma prática clínica com vista ao melhor cuidado do doente, sendo esta a realidade mais importante na construção de um Serviço Hospitalar. Não obstante deste facto, a aferição de competências e a quantificação de desempenho, são realidades inerentes a qualquer Unidade Hospitalar. Deste modo, durante o estágio, tornou-se pertinente consultar alguns indicadores estatísticos anuais do SACV, referentes aos anos de 2008 e 2009, analisando-os de modo comparativo.

Em Apêndice IV estão representadas graficamente as taxas de ocupação e de mortalidade anuais, ao nível do internamento (Gráfico 5), o número total e de primeiras consultas externas realizadas anualmente (Gráfico 6), o número total de cirurgias realizadas (Gráfico 7) e finalmente, o número de exames realizados, enquanto meio auxiliar de diagnóstico (Gráfico 8).

CONCLUSÃO

O 6º ano do Curso de Medicina impõe-se como o período académico mais favorável à realização de estágios de natureza clínica, na medida em que o estudante apresenta já uma relativa consolidação de conceitos teóricos, que proporcionam uma melhor “absorção” dos conceitos práticos. A escolha da Especialidade de ACV vem suprir e reforçar conhecimentos médicos e ao mesmo tempo cirúrgicos, numa das áreas que cada vez mais, será solicitada, não só a nível Nacional, como também a nível Europeu. De facto, as patologias vasculares são entidades cada vez mais prevalentes, dentro da sociedade actual – as patologias vasculares venosas estão mais relacionadas com factores físicos e posturais, ao passo que as patologias vasculares arteriais (ateroscleróticas) estabelecem uma estreita relação de causalidade com a alimentação, o tabaco e o aumento da esperança média de vida [1]. Estas afirmações vão ao encontro da realidade vivida ao longo do estágio clínico. Note-se que a maioria dos doentes observados no internamento apresentava FRCV tais como hipertensão arterial (HTA), tabagismo e dislipidemia, estando a maioria localizada na faixa etária dos 70 – 79 anos. Deste modo, foi possível reflectir acerca da prevalência de alguns factores de risco, no desenvolvimento de doença vascular, objectivando a clara necessidade de combater entidades como o tabagismo, a hipertensão e a dislipidemia, dentro da actual sociedade [2]. Ao analisar a amostra de doentes internados, foi possível concluir que uma das comorbilidades mais verificadas era a presença de diabetes. Sabendo que uma das complicações mais graves desta doença culmina com a amputação acima e abaixo do joelho [3], será fácil justificar o facto de a amputação ter sido o segundo tratamento mais prevalentemente instituído aos doentes internados. Deste modo, ressalta a importância da profilaxia primária na prevenção do aparecimento úlceras distais [4]. A transmissão destes conceitos clínicos preventivos constitui uma importante ferramenta para a formação médica global, independentemente da área de especialização.

O Estágio no SACV não só respondeu aos objectivos inicialmente definidos, como também foi determinante para a aquisição de capacidades na avaliação e orientação primária do doente vascular, bem como na identificação das situações clínicas com maior urgência de actuação, nomeadamente casos de TVP, politraumatizados, rotura de aneurismas e isquemias agudas.

Como nota final, é de relevar a forma como os alunos são recebidos e integrados no Serviço, sendo-lhes facultada a participação activa e circulação por todas as áreas de

intervenção do SACV, bem como o contacto claramente instrutivo, com todos os elementos do corpo clínico.

BIBLIOGRAFIA

1. Espinosa G; Historia de la Cirurgia Vascular; Rev. Col. Bras. Cir.; Novembro/Dezembro 2008; 35 (6): 351 – 352.
2. Roncon de Albuquerque R; A doença arterial periférica no idoso; Geriatrics; Maio/Junho 2007; 3 (15): 5 – 12.
3. Hedetoft C; Rasmussen A; Fabrin J; Kolendorf K; Four-fold increase in foot ulcers in type 2 diabetic subjects without an increase in major amputations by a multidisciplinary setting; Diabetic Research and Clinical Practice; 2009; 83: 353 – 357.
4. Stockl K; Vanderplas A; Tafesse E; Chang E; Costs of lower-extremity ulcers among patients with diabetes; Diabetes Care; 2004; 27 (9): 2129 – 2134.

APÊNDICE I - Internamento

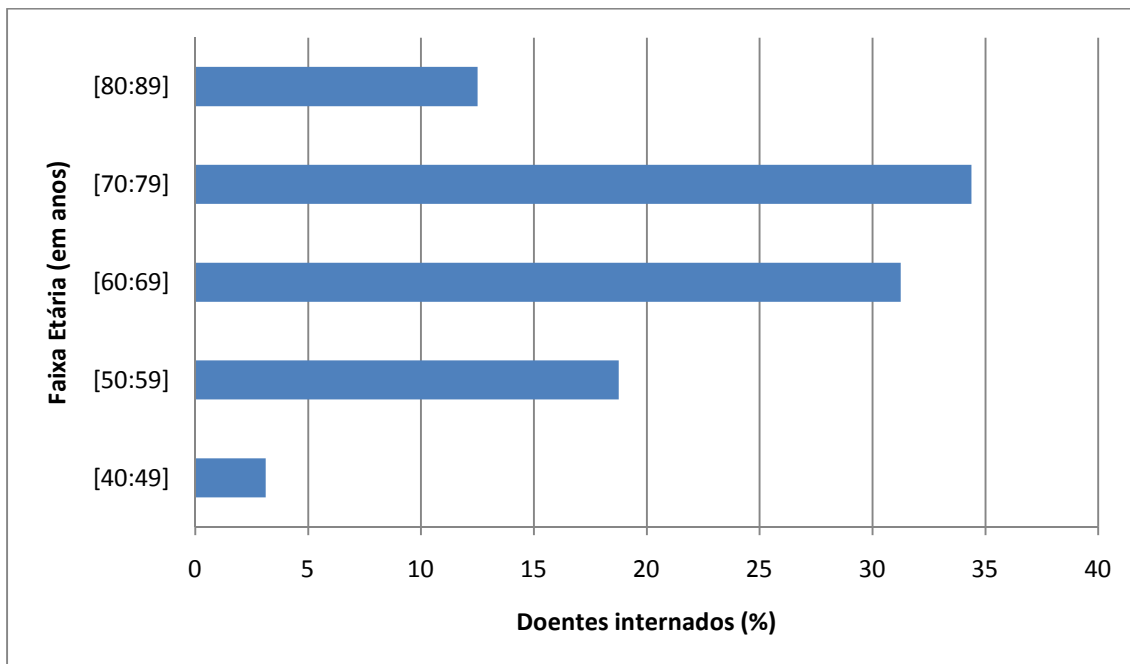


Gráfico 1 – Distribuição dos doentes internados por faixa etária (em anos).

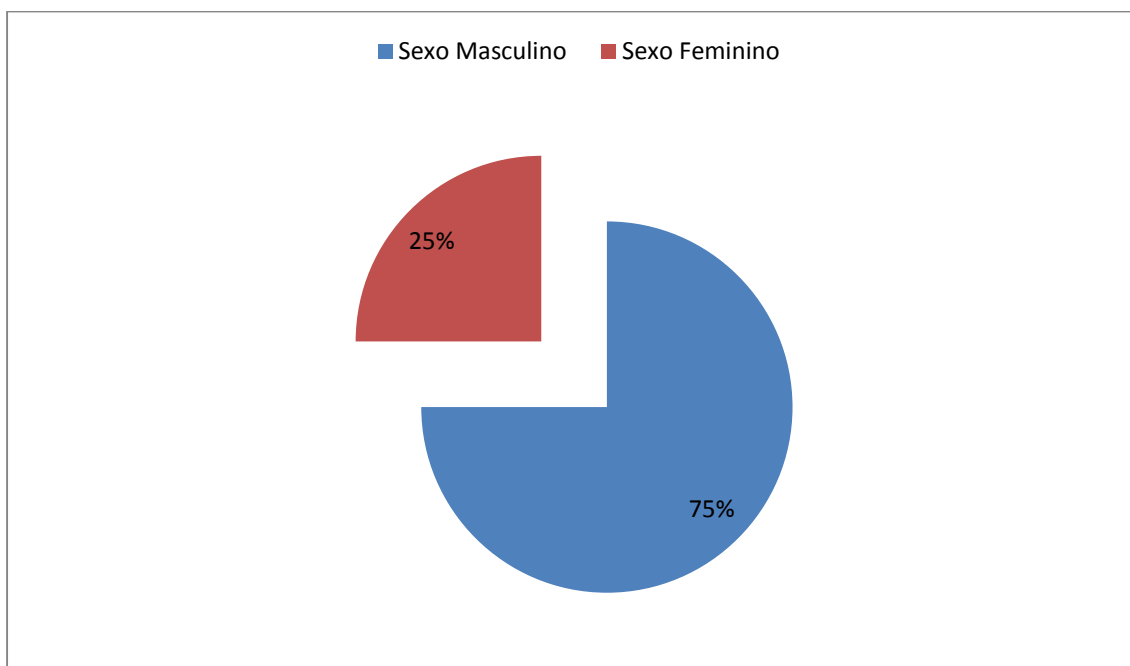


Gráfico 2 – Distribuição dos doentes internados por género.

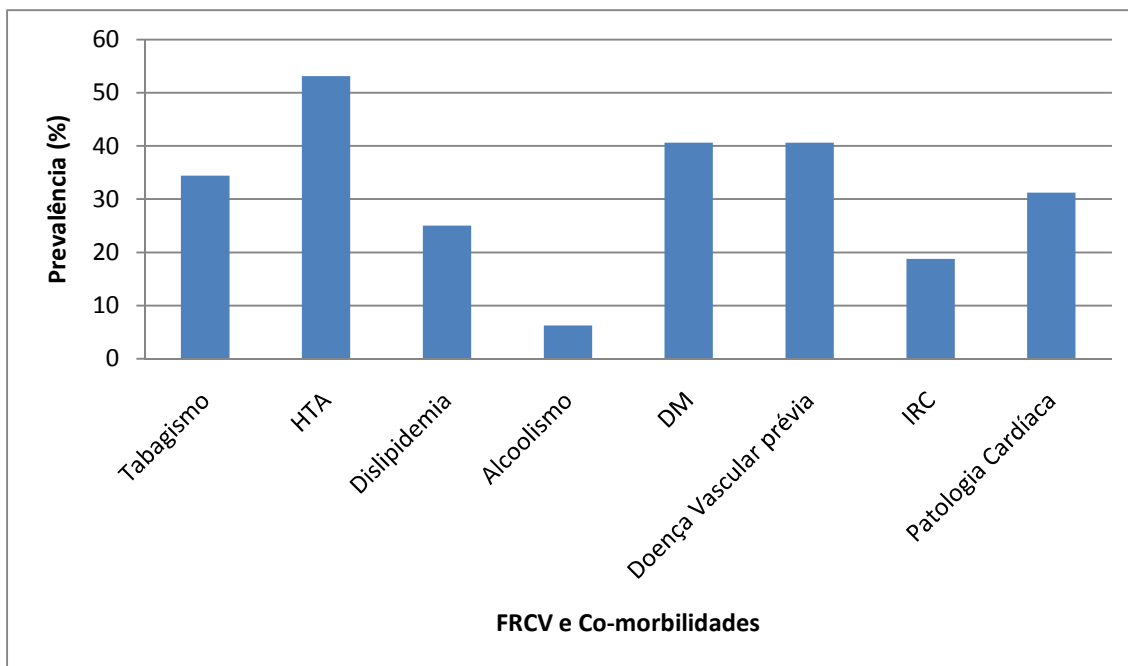


Gráfico 3 – Prevalência de FRCV e Co-morbilidades presentes nos doentes internados.

[HTA – Hipertensão Arterial; DM – Diabetes Mellitus; IRC – Insuficiência Renal Crónica].

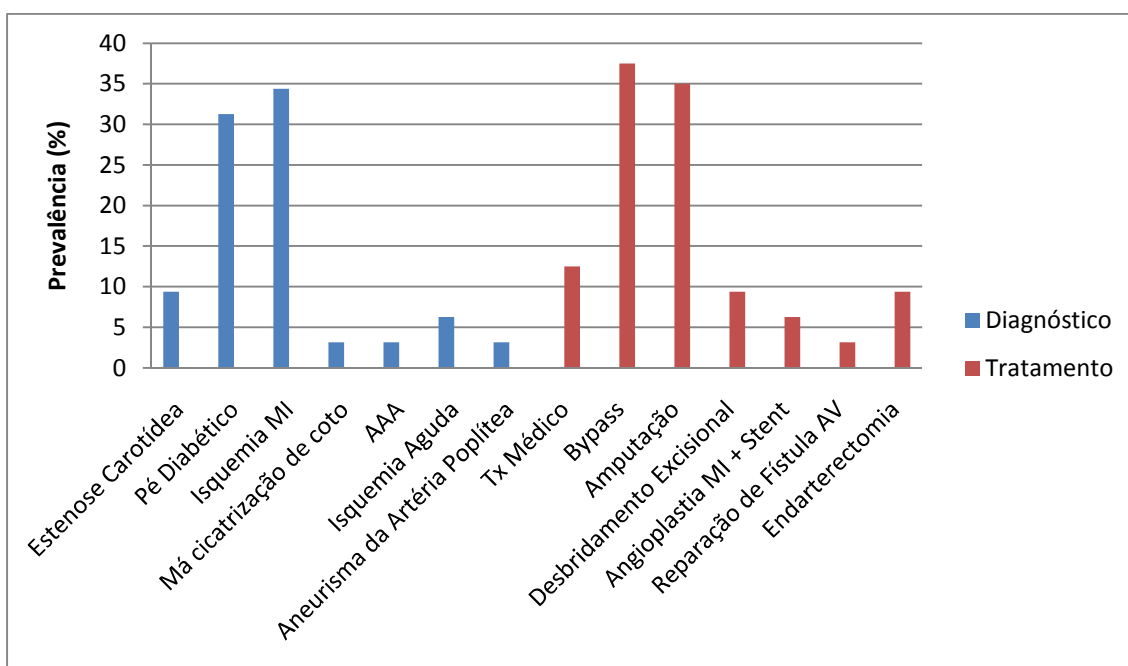


Gráfico 4 – Prevalência de diagnóstico e de tratamento instituído nos doentes internados.

[AAA – Aneurisma da Aorta Abdominal; Tx Médico – Tratamento médico; Reparação de Fístula AV – Reparação de Fístula Artériovenosa].

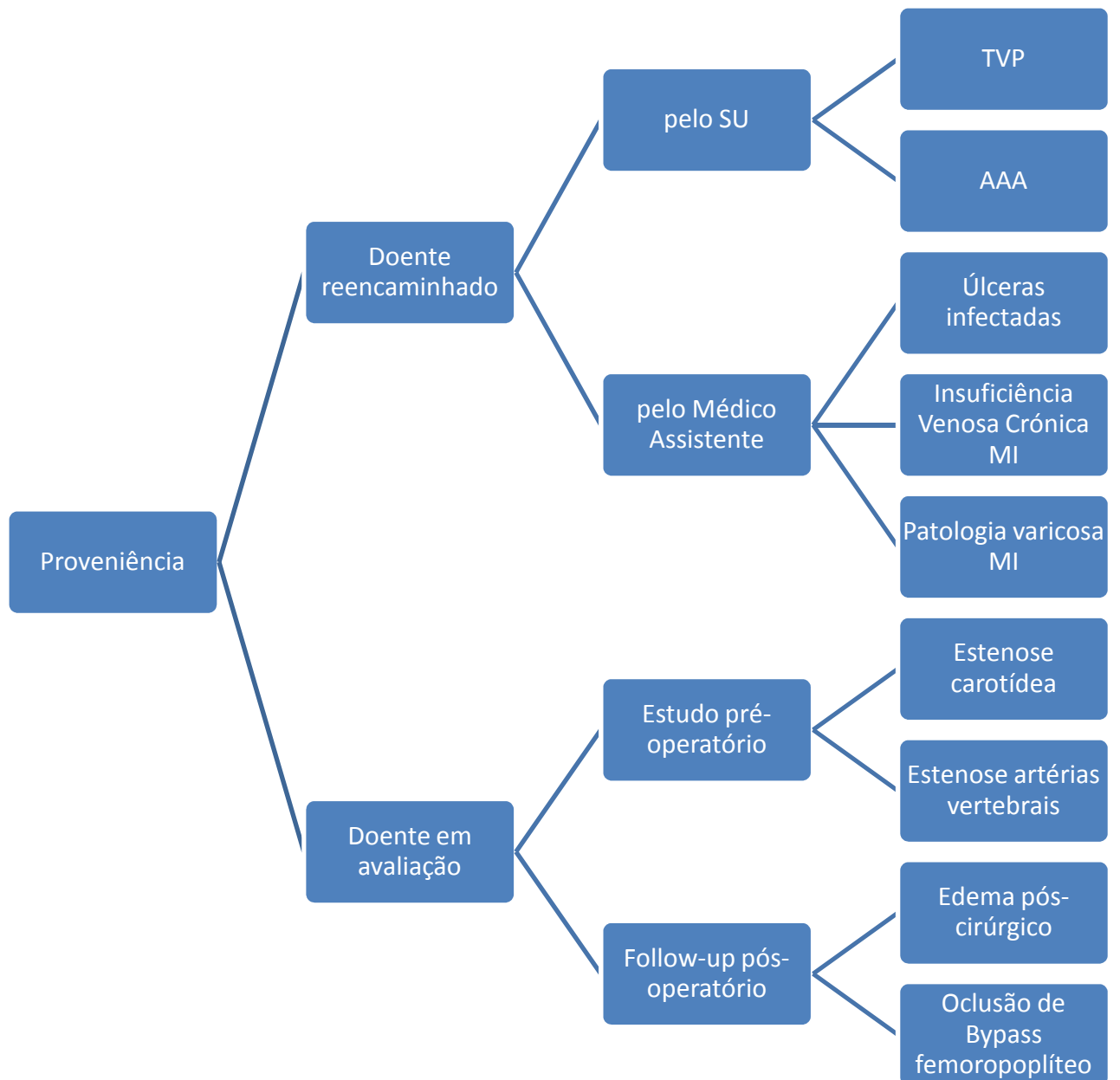


Diagrama 1 – Proveniência e patologia dos doentes observados na CE.

APÊNDICE III – Bloco Operatório

Tabela 1 – Actividade cirúrgica presenciada.

Identificação	Diagnóstico	Intervenção	Equipa
♂, 55 anos	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades (com dor em repouso)	Inserção de Stent arterial não coronário	Prof.Dr. Sérgio Sampaio Dr. Pedro Almeida
♂, 71 anos	Aterosclerose e artérias nativas das extremidades (com gangrena)	Desbridamento não excisional	Prof.Dr. Sérgio Sampaio Dr. Pedro Almeida
♂, 63 anos	IRC	Arteriovenostomia para diálise renal	Dr. Jorge Lima Dr. Pedro Almeida
♂, 51 anos	Oclusão e estenose de artéria carótida interna (com enfarte cerebral)	Endarterectomia	Dr. José Teixeira Dra. Isabel Vilaça Dr. Pedro Almeida
♀, 59 anos	Varizes das extremidades inferiores (sem ulcera ou inflamação)	Laqueação e stripping de veias varicosas do MI	Prof.Dr. Sérgio Sampaio Dr. Pedro Almeida
♂, 64 anos	Aterosclerose de artérias nativas das extremidades (com gangrena)	Amputação do MI esquerdo pelo pé	Dr. Jorge Lima Dr. Pedro Almeida

APÊNDICE IV – Indicadores Estatísticos Anuais

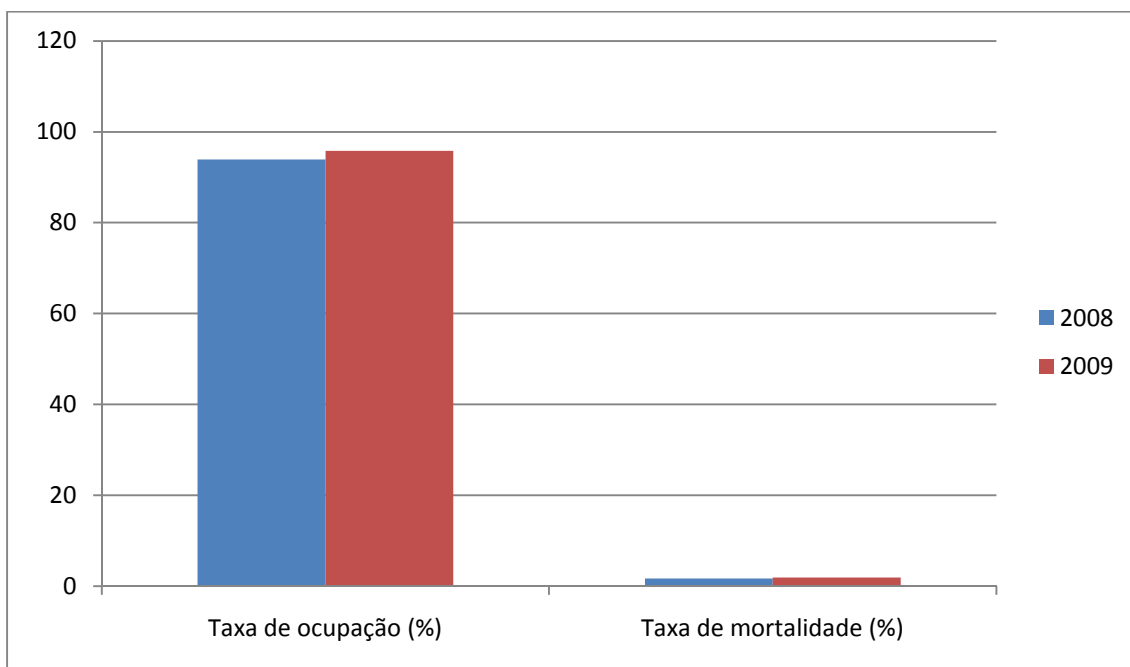


Gráfico 5 – Taxas de Ocupação e de Mortalidade anuais nos doentes internados em 2008 e 2009.

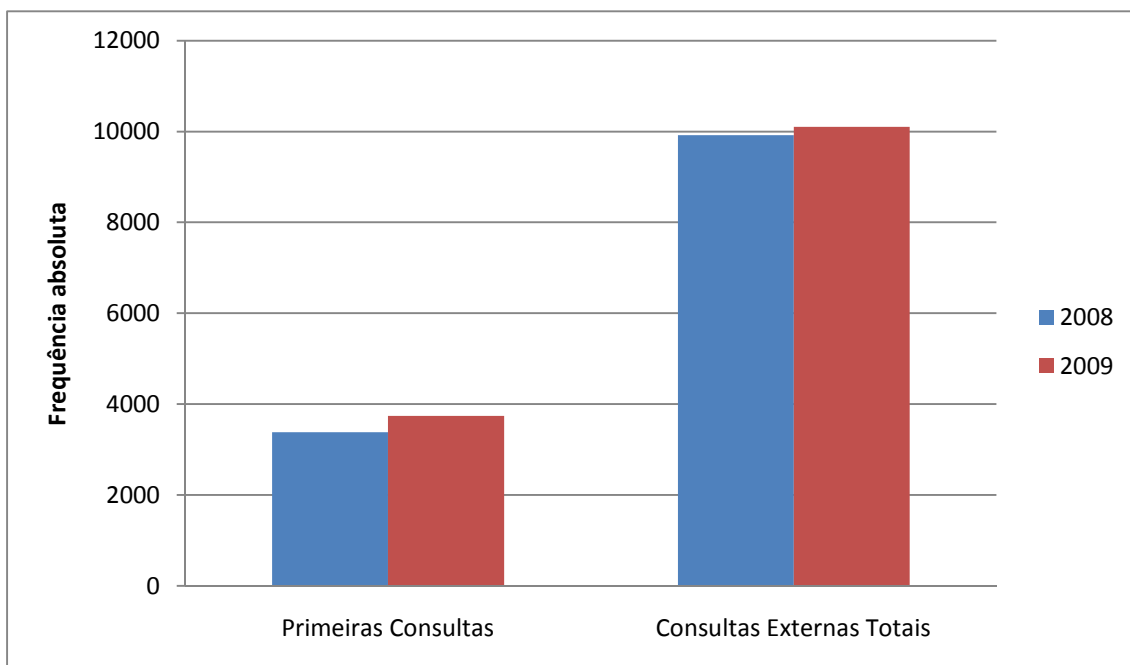


Gráfico 6 – Frequência absoluta de Primeiras Consultas e de Consultas Externas Totais realizadas em 2008 e 2009.

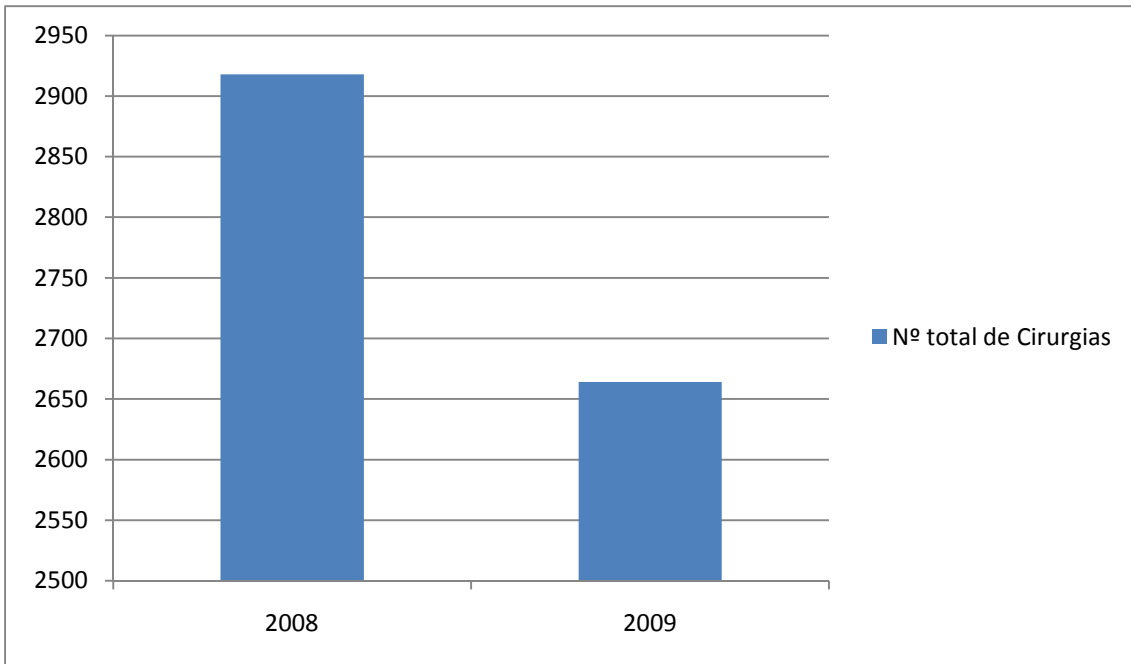


Gráfico 7 – Número total de Cirurgias realizadas em 2008 e 2009.

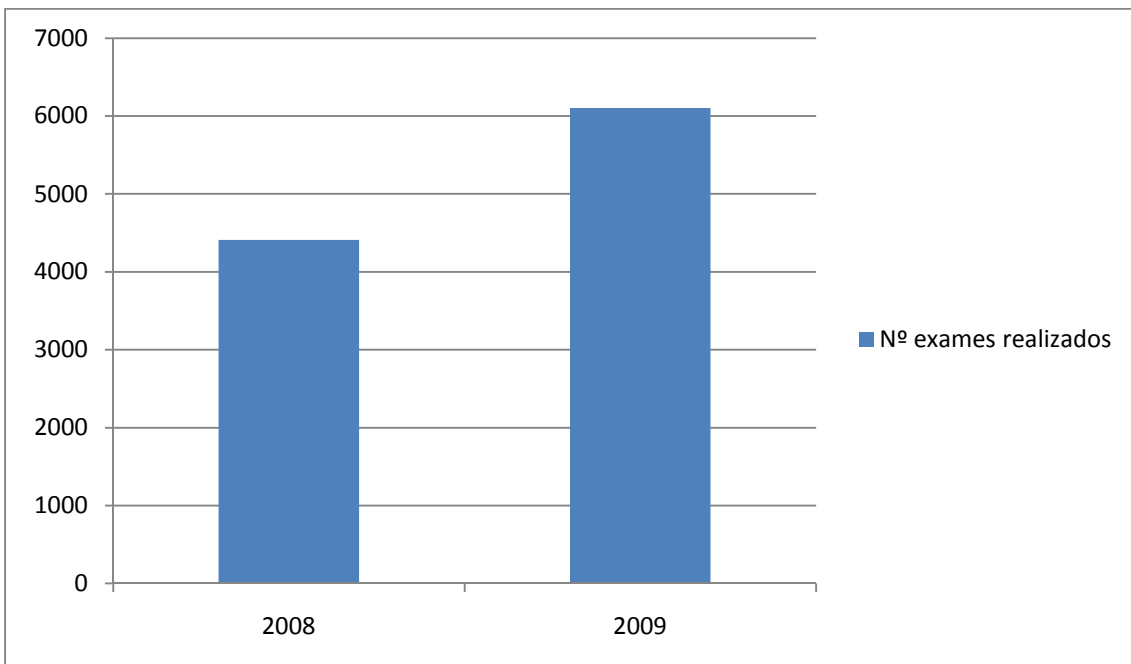


Gráfico 8 – Número total de exames realizados em 2008 e 2009, enquanto meio auxiliar de diagnóstico.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Ano Lectivo de 2009-2010



Área de Angiologia e Cirurgia Vascular – Opcional 6º Ano

Regente da Disciplina: *Prof. Doutor Roncon de Albuquerque*



HISTÓRIA CLÍNICA

Local de recolha de informação: HSJ [Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular – Cama 4]

Data: 14/09/09

Fonte e fiabilidade da informação: dados fornecidos pelo próprio doente (colaborante, consciente, orientado no tempo e no espaço); informação recolhida no processo clínico.

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Nome: MN

Género: masculino

Raça: caucasiano

Idade: 70 anos

Data de Nascimento: 14/07/1939

Profissão: reformado (ex-instrutor de condução)

Estado civil: viúvo

Naturalidade/ Residência: Fafe

MOTIVO DE INTERNAMENTO

Doente internado no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do H.S.J. a 07/09/2009 na sequência de dor intermitente e progressiva dos membros inferiores, acompanhada de necrose do hálux esquerdo.

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Doente de 70 anos de idade, hipertenso, diabético tipo 2 diagnosticado desde há cerca de 25 anos, com antecedentes de insuficiência renal crónica de causa hipertensiva (em hemodiálise há 5 anos). Mantém-se assintomático até há cerca de 7 meses, altura em que inicia quadro de dor gemelar bilateral, mais marcada à esquerda, desencadeada com o esforço (marcha). Desde então constatou um agravamento progressivo das queixas, suportando distâncias cada vez mais curtas – claudicação intermitente para caminhadas de 200 metros. A dor obrigava o doente a parar, melhorando após cerca de 10 minutos de repouso e agravando com a continuação da marcha. Referia alívio da dor

na posição ortostática e agravamento à noite, quando se encontrava em decúbito, sendo a dor acompanhada nesta altura de parestesias intermitentes e formigueiros do 1/3 distal de ambas as pernas e pés, mais significativas à esquerda. Refere ainda pés frequentemente frios e pálidos. Nesta mesma altura desenvolve lesão ulcerosa no hálux do pé esquerdo. Nega edema, alterações venosas ou neuropáticas, dispneia ou palpitações.

Passados 3 meses após o início da sintomatologia, é observado na Consulta Externa de Angiologia e Cirurgia Vascular, onde se constata isquemia crónica dos membros inferiores (Grau IV). Realizou estudo hemodinâmico, que revelou um ITB de 0.69 à direita e de 2.07 à esquerda. Fez penso e ficou a aguardar chamada para realização de angiografia.

No passado dia 07/09/2009 foi internado no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do HSJ, por persistência e agravamento das queixas sintomáticas, tendo sido programada cirurgia de revascularização [Bypass femoro-poplíteo esquerdo com veia grande safena invertida ipsilateral].

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças na infância:

Nega doenças de infância, nomeadamente exantemáticas, amigdalites de repetição, parotidite, poliomielite, tosse convulsa, tuberculose, febres inexplicadas e atrasos de crescimento.

Doenças na idade adulta, cirurgias, traumatismos/acidentes:

- Refere infecções urinárias de repetição
- Refere disfunção erétil desde há 6 anos
- Cirurgia correctiva de hérnia inguinal direita em 1979
- Diabetes Mellitus não insulino dependente diagnosticada em 1984
- Retinopatia diabética
- Doença renal hipertensiva diagnosticada em 1992 (em hemodiálise desde há 5 anos)
- Refere 3 internamentos por intoxicação medicamentosa, ao longo dos últimos 5 anos

Alergias: Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas

Transfusões sanguíneas: nega história

Plano Nacional de Vacinação: atualizado (tétano e vacina contra a gripe)

Hábitos e estilo de vida:

- Nega consumo de tabaco
- Nega consumo de álcool
- Nega consumo de café
- Nega consumo de drogas de abuso
- Refere alimentação variada, com predomínio de peixe, leguminosas e frutas. Restrição salina e de açúcar.
- Nega a prática de qualquer tipo de exercício físico, dedicando os tempos livres à música

História Profissional: Cumpriu escolaridade até ao 7ºano, tendo iniciado actividade profissional aos 25 anos, como instrutor de condução.

História Social: Actualmente reside sozinho em casa própria, sentindo-se bastante limitado nas suas tarefas diárias. Refere apoio esporádico de amigos. Evidencia mau ambiente familiar e negligência por parte dos filhos. Não tem animais de estimação.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mãe: Diabética, falecida aos 96 anos por AVC

Pai: Diabético, falecido aos 78 anos por doença coronária

Irmãos: 4 irmãos e 2 irmãs, sendo que um deles é diabético

Filhos: 4 filhos e 1 filha, sendo que 3 deles são diabéticos

Desconhece história familiar de HTA, doenças pulmonares, renais, nervosas ou dermatológicas.

EXAME FISICO

Observação Geral:

Doente consciente, colaborante e cooperante para o exame.

Idade real coincidente com a idade aparente.

Sinais de sofrimento agudo e de doença crónica.

Posição preferencial em decúbito dorsal.

Rarefacção pilosa dos membros inferiores.

Sem edemas periféricos.

Dados antropométricos:

Peso = 54 Kg

Altura = 1,60m

IMC = 21 kg/m²

Sinais Vitais:

FC = 80 bpm [pulso radial rítmico, amplo, regular]

TA = 152 /80 mmHg [medida do MS direito, doente em decúbito dorsal]

FR = 20 cpm

T° auricular = 37, 2°C

Cabeça

Crânio

Inspecção

Crânio de configuração normal, sem dismorfias ou assimetrias. Cabelo grisalho, curto, com linha de implantação regular.

Palpação

Ausência de adenopatias retroauriculares e occipitais palpáveis. Artérias temporais com pulsos simétricos, rítmicos e amplos, sendo indolores à palpação. Apófises mastóides e seios frontais indolores à palpação e percussão. Cabelo de textura normal.

Face

Inspecção

Fácies inaracterística, simétrica, de configuração normal, sem desvios ou cicatrizes. Sem telangiectasias. Preservação da mímica facial, sem alterações da mobilidade activa ou passiva da articulação temporomandibular. Sobrancelhas de implantação normal.

Palpação

Ausência de adenomegalias palpáveis nas regiões submentoniana, submandibular e pré-auricular. Ausência de hipertrofia da glândula parótida. Inexistência de dor à palpação da articulação temporomandibular. Seios perinasais indolores à palpação e percussão.

Olhos

Pálpebras simétricas, com mobilidade preservada, sem ptose, edema, sinais inflamatórios ou massas. Pestanas com implantação normal. Globos oculares simétricos, com mobilidade preservada em todas as direcções. Ausência de exo ou enoftalmia, estrabismo ou nistagmo. Escleróticas anictéricas e conjuntivas coradas e hidratadas, sem sinais inflamatórios. Córnea com opacidades centrais bilaterais. Pupilas isocóricas, com reflexos de acomodação e fotomotores directo e consensual, preservados. Reflexo de convergência preservado. Exame fundoscópico não realizado.

Ouvidos

Pavilhões auriculares simétricos e de implantação normal. Sem nódulos, lesões tróficas ou massas palpáveis. Canais auditivos sem sinais inflamatórios ou escorrências. Baixa acuidade auditiva grosseira, bilateralmente. Exame com otoscópio não realizado.

Nariz

Pirâmide nasal de implantação normal, simétrica, sem desvios do septo, sem escorrências, epistáxis, rinorreia ou massas palpáveis.

Boca e orofaringe

Lábios e mucosa bucal corados mas desidratados. Língua descorada, desidratada, com mobilidade preservada, sem desvios comissurais. Gengivas, palato,

pavimento bucal, amígdalas e orofaringe sem sinais inflamatórios ou escorrências. Úvula centrada e com arcos normais. Ausência de halitose ou rouquidão.

Pescoço

Inspecção

Configuração normal. Mobilidade activa e passiva preservadas. Traqueia centrada móvel com a deglutição. Pulsatilidade carotídea não visível. Ausência de tiragem supraclavicular ou supraesternal. Ausência de turgescência venosa jugular a 45°.

Palpação

Indolor à palpação. Ausência de adenomegalias cervicais ou supraclaviculares palpáveis. Tiróide não palpável. Pulsos carotídeos simétricos, de amplitude normal, sem frémitos ou sopros.

Tórax

Inspecção

Tórax simétrico, de configuração normal, sem deformações. Movimentos respiratórios de amplitude normal, rítmicos, regulares e amplos, com relação inspiração/expiração de 1 para 2. Sem tiragem intercostal. Sem alterações cutâneas. Sem circulação colateral visível. Sem pulsatilidades cardíacas visíveis.

Palpação

Ausência de tumefacções ou dor à palpação. Expansibilidade torácica normal e simétrica durante a inspiração profunda. Transmissão das vibrações vocais normal e simétrica. Área de impulso cardíaco máximo ao nível do 5º espaço intercostal esquerdo, na linha médioclavicular. Ausência de frémitos.

Percussão

Timpanismo pulmonar com sons simétricos, de intensidade e timbre normais, bilateralmente. Macicez na área cardíaca (2º ao 5º espaço intercostal esquerdo). Macicez hepática (desde o 4º espaço intercostal direito até 0,5cm abaixo do rebordo costal).

Auscultação Cardíaca

S1 e S2 audíveis em todos os focos. Sem sopros, cliques ou atrito pericárdico. S3 e S4 ausentes.

Auscultação Pulmonar

Sons respiratórios presentes bilateralmente e simétricos. Ausência de ruídos adventícios. Transmissão normal das vibrações vocais.

Abdómen

Inspecção

Abdómen sem deformidades, simétrico. Ausência de tumefacções, massas ou herniações. Cicatriz umbilical central, normal, sem alterações da pele, hérnias, nódulos ou escorrências.

Ausência de peristaltismo visível e de circulação colateral. Pulsatilidade aórtica não visível. Mobilidade preservada com os movimentos respiratórios.

Percussão

Ausência de dor à percussão. Timpanismo abdominal preservado. Sem sinal da onda líquida. Macicez hepática detectável a partir do 4º espaço intercostal direito até 0,5cm abaixo do rebordo costal direito.

Palpação

Abdómen mole e depressível. Indolor e sem defesa à palpação superficial e profunda. Sem sinais de irritação peritoneal. Sem organomegalias ou massas palpáveis. Bordo hepático palpável 0,5cm abaixo do rebordo costal, rombo, de consistência elástica, não doloroso. Baço e rins não palpáveis. Sinal de Blumberg e de Murphy vesicular negativos. Sinal de Murphy renal, direito e esquerdo, negativos.

Auscultação

Ruídos intestinais presentes e de intensidade normal. Sem sopros audíveis.

Dorso

Sem desvios da coluna vertebral, sem tumefacções, edemas, cicatrizes ou dismorfias.

Ausência de dor à palpação das estruturas vertebrais, paravertebrais e das apófises espinhosas. Ausência de contractura muscular. Sem massas palpáveis.

Exame ano-genital

Não realizado por falta de privacidade na enfermaria.

Membros Superiores

Inspecção

Membros superiores simétricos, sem deformidades mas com ligeira atrofia muscular. Pele de coloração normal. Rarefacção pilosa. Dedos de aspecto normal, sem hipocratismo digital. Unhas e leitos ungueais sem alterações.

Palpação

Tonicidade muscular normal. Indolores à palpação. Pulsos radiais e braquiais amplos e simétricos. Extremidades dos dedos frias. Gânglios axilares e epitrocleares não palpáveis.

Mobilidade

Mobilidade passiva e activa preservada, não dolorosa, sem crepitações perceptíveis, em ambos os membros superiores. Não apresenta limitações no movimento dos dedos de ambas as mãos. Força muscular sensivelmente diminuída em ambos os membros.

Membros Inferiores

Inspecção

Membros inferiores simétricos. Atrofia muscular em ambos os membros, concordante com a idade do doente. Pele hidratada, embora um pouco pálida. Rarefacção pilosa em ambos os membros. Pé esquerdo com lesão necrótica seca do hálux e espessamento ungueal. Ausência de alterações tróficas da pele e unhas do pé direito. Ausência de edemas em ambos os membros inferiores.

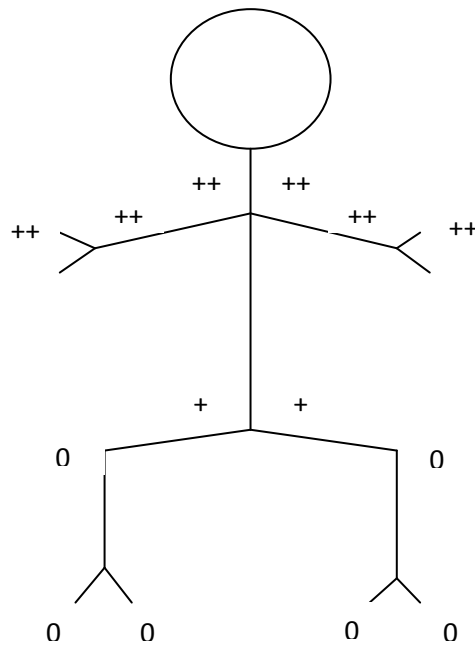
Palpação

Tonicidade muscular diminuída. Sem dor à palpação das articulações. Temperatura cutânea diminuída nas extremidades. Sinal de Godet negativo bilateralmente. Gânglios inguinais não palpáveis. Pulsos femorais débeis bilateralmente. Pulsos poplíteos, tibiais posteriores e pediosos não palpáveis em ambos os membros.

Mobilidade

Movimentos activos, passivos e contra-resistência de amplitude normal embora limitados pelo cansaço do doente. Força muscular ligeiramente diminuída para ambas as pernas e pés, sem dor à mobilização. Ausência de crepitações perceptíveis, em ambos os membros inferiores. Ausência de trémulo ou movimentos involuntários em repouso e durante a mobilização activa dos membros.

Esquema dos pulsos



[2+] Pulso palpável

[1+] Pulso diminuído

[0] Pulso não palpável

Exame Neurológico

Apreciação do estado mental

Doente consciente, colaborante e orientado no tempo e no espaço.

Humor significativamente deprimido

Memória um pouco deficiente.

Discurso coerente. Não aparenta alterações da compreensão ou do comportamento.

Pares cranianos

I. Não testado.

II. Acuidade visual não avaliada. Campimetria grosseira simétrica e sem alterações.

Fundoscopia não realizada.

III, IV e VI. Movimentos oculares preservados em todas as direcções e simétricos.

Reflexo pupilar à luz, directo e consensual, preservados Reflexo de convergência e de acomodação preservados bilateralmente. Ausência de nistagmo, diplopia ou estrabismo.

V. Abertura da boca sem alterações (sem e contra resistência). Sem desvios da mandíbula. Tônus dos músculos da mastigação normais. Sem alterações da sensibilidade táctil grosseira e dolorosa na face.

VII. Sem assimetrias faciais. Movimentos faciais preservados bilateralmente. Preservação da mímica facial. Sem ptose palpebral. Exame ao paladar não efectuado.

VIII. Acuidade auditiva parcialmente preservada. Sem nistagmo com os movimentos da cabeça. Coordenação motora conservada. Testes de Rinne e de Weber não realizados.

IX. e X. Sem dificuldades significativas na deglutição bem como na fonação. Úvula centrada. Sensibilidade do 1/3 posterior da língua não testada.

XI. Movimento de elevação dos ombros sem e contra resistência preservado. Rotação do pescoço simétrica, de amplitude normal.

XII. Língua sem atrofia ou fasciculações. Sem desvios à protusão.

Tónus muscular e mobilidade

Mobilidade dos membros inferiores ligeiramente diminuída.

Tónus muscular diminuído para os membros inferiores.

Sem movimentos involuntários ou trémulos.

Coordenação

Sem alterações na coordenação motora.

Prova dedo-nariz sem dismetria nem tremor.

Movimentos rápidos alternantes sem diadococinésia.

Reflexos

Reflexos tendínicos bicipital, tricipital, braquiorradial, rotuliano de intensidade normal e bilateralmente simétricos. Reflexos aquilianos e cutâneo-plantares normais à direita.

Sensibilidade

Sem alterações da sensibilidade dolorosa e táctil grosseira nos membros superiores e inferiores. Preservação da sensibilidade proprioceptiva. Sensibilidades térmica e vibratória não pesquisadas.

Sinais meníngeos

Negativos.

LISTA DE PROBLEMAS

- IRC (em hemodiálise)
- Diabetes Mellitus não insulino dependente
- Retinopatia diabética
- Disfunção erétil
- Pulsos femorais diminuídos
- Pulsos periféricos dos membros inferiores, não palpáveis
- Palidez e arrefecimento dos 2/3 inferiores da perna e pé, bilateralmente
- Isquemia crítica do membro inferior esquerdo com necrose do hálux esquerdo

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

À data da recolha da história clínica, o doente apresentava:

- Hemograma com contagem de plaquetas : anemia normocrómica normocítica.
- Leucograma: discreta leucocitose.
- Ionograma e estudo bioquímico: elevação dos níveis de creatinina no sangue.
- ECG: Ritmo sinusal, taquicardia sinusal, QRS de baixa voltagem.
- Ecocardiograma: sem alterações detectadas.
- Ecodoppler venoso dos membros inferiores: VGS permeável bilateralmente, com junção safeno-femoral competente e sem insuficiência troncular em todo o seu trajecto.
- Ecodoppler carotídeo e vertebral: artérias carótidas comuns esquerda e direita com espessamento parietal e pequenas placas ateroscleróticas, homogéneas e de superfície regular, sem repercussão hemodinamicamente significativa do lado direito (<40%), no entanto, sugerindo um nível de estenose de aproximadamente 50% para a ACIE. Artéria vertebral permeável, com fluxo anterógrado, sem lesões visíveis hemodinamicamente significativas.
- Angiografia: múltiplas lesões em ampulheta na artéria femoral superficial, mais significativas à esquerda. Artérias poplíteas permeáveis bilateralmente.
- Fluxometria doppler arterial distal dos membros inferiores (índice tornozelo-braço): 0,69 à direita e 2,07 à esquerda, medidas compatíveis com doença oclusiva proximal ao ponto de medida. De salientar, o elevado valor de índice

encontrado à esquerda, desproporcional ao estado clínico do paciente. Tal medida sugere calcificação e enrijecimento importantes da parede arterial, constituindo assim uma limitação da medida indirecta da pressão na extremidade, uma vez que os vasos não podem ser comprimidos, registando-se então uma pressão elevada, mesmo estando a pressão intraluminal baixa.

HIPOTESES DIAGNÓSTICAS

- Doença arterial oclusiva
- Síndrome de Leriche
- Coartação da aorta
- Síndrome de estrangulamento da artéria poplítea esquerda
- Degeneração cística da artéria poplítea esquerda

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Doença arterial oclusiva, de causa aterosclerótica.

DISCUSSÃO

Através do quadro clínico apresentado pelo doente, nomeadamente, a presença de claudicação intermitente, dor isquémica em repouso, pulsos diminuídos, lesão necrótica não cicatrizada do hálux esquerdo, palidez e arrefecimento dos membros inferiores, bem como rarefacção pilosa e atrofia muscular, podemos fundamentar o diagnóstico numa insuficiência arterial periférica. O baixo ITB demonstrado no estudo hemodinâmico, vem sustentar esta hipótese. De salientar o facto do valor do ITB à esquerda se encontrar falsamente elevado (2.07), face ao estado clínico do doente, valor este que faz suspeitar de uma calcificação da parede arterial. Este fenómeno é mais frequentemente encontrado em doentes diabéticos, como é o caso.

O Síndrome de Leriche ocorre em homens consequentemente a comprometimento da junção aorto-ilíaca, e deste modo, deveria ser tido em conta como diagnóstico diferencial pois engloba alguns dos sintomas referenciados pelo doente, tais como, disfunção erétil, atrofia muscular nos membros inferiores, diminuição ou mesmo ausência dos pulsos femorais, parestesias transitórias das extremidades acompanhadas de dor e a fadiga da claudicação. Note-se que, neste síndrome, a localização da dor é normalmente distal em relação ao segmento arterial mais atingido;

assim, nos processos obstrutivos aorto-ilíacos a dor ocorre na região glútea e coxa. Ora, neste paciente, a dor era limitada aos segmentos mais distais (perna e pé), o que pode sugerir agravamento da doença aterosclerótica com calcificação marcada do sector arterial fémoro-poplíteo.

A coartação da aorta abdominal pode ser secundária a uma aortopatia inflamatória, tal como doença de Kawasaki (crianças) ou a doença de Takayasu. Estas doenças são raras mas poderão provocar sintomatologia isquémica ao nível dos membros inferiores.

O estrangulamento da artéria poplíteia deverá ser considerado quando existe claudicação num paciente jovem e saudável.

A presença de um cisto mucóide na adventícia de uma artéria do membro inferior pode ser detectada pela palpação de uma massa (raramente) ou através de meios complementares de imagem – Ecografia ou TC. Note-se que nesta patologia, a claudicação é o sintoma mais frequente, sendo o único achado, uma diminuição da amplitude dos pulsos periféricos.

A título de conclusão, como este doente apresenta história de Diabetes Mellitus tipo 2 com cerca de 25 anos de evolução, fará todo o sentido pensar numa doença arterial oclusiva, de causa aterosclerótica, como sendo o diagnóstico mais provável.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA DEFINITIVA

Isquemia crónica dos membros inferiores, grau IV na classificação de Leriche-Fontaine, devido a insuficiência arterial crónica avançada, por lesão oclusiva femoro-poplíteia de provável etiologia aterosclerótica.

TRATAMENTO PROPOSTO

Tratamento Cirúrgico

Bypass femoro-poplíteo esquerdo com veia grande safena invertida ipsilateral.

Tratamento Farmacológico

Ácido Acetilsalicílico 100mg, PO, 1id/19h

Sevelâmero 800mg, PO, 1id/Almoço

Alprazolam 1mg, PO, 1id/21h

Paracetamol 500mg, PO, 8/8h – 7h – 15h – 23h

Lisinopril 20mg, PO, 1id/9h
Amlodipina 5mg, PO, 2id/ 7h – 19h
Clonodina 0,15mg, PO, 12/12h – 7h – 19h
Ranitidina 150 mg, PO, 1id/21h
Tramadol 100mg, PO, 2id/ 9 – 21h
Petidina 50mg/2ml, IM, SOS/ até 3 id

PROGNÓSTICO

O risco operatório de cada paciente deverá ser avaliado isolada e cautelosamente, pois muitos pacientes com doença vascular periférica têm obstruções arteriais coronárias concomitantes. Os objectivos de um tratamento são o alívio dos sintomas e a prevenção da perda do membro, aliados à preservação da marcha bípede, caso se trate de membros inferiores. Assim sendo, a questão central no tratamento de doentes com claudicação intermitente, reside no facto destes doentes apresentarem um risco de mortalidade por fenómenos ateroscleróticos generalizados, 2 a 4 vezes superior ao da população que não apresente claudicação. No geral, os doentes com doença vascular periférica têm uma menor esperança média de vida, sendo que, os doentes que a esta patologia associem uma insuficiência renal, apresentam sobrevida aos 2 anos, inferior a 50%.

Neste caso particular, a idade do doente e as comorbilidades existentes, tais como a insuficiência renal crónica por doença hipertensiva e a Diabetes Mellitus tipo 2, conferem um carácter reservado ao prognóstico. Por outro lado, o bypass femoro-poplíteo, que é um procedimento cirúrgico destinado à recuperação do membro, proporciona taxas de sobrevida de apenas 50% aos 5 anos, sendo o enfarte do miocárdio e o acidente vascular cerebral, os principais eventos responsáveis pela grande maioria das mortes verificadas.

Joana Carvalho, João Almeida Pinto, Jorge Tenreiro, Timmy Toledo, Isabel Vilaça, Paulo Dias, R. Roncon-Albuquerque; Falso Aneurisma traumático da artéria temporal superficial: breve revisão a propósito de um caso; Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2008; Vol. IV; 1: 23-26.

Resumo: É apresentado um caso clínico de um falso aneurisma traumático da artéria temporal superficial que é peculiar, relativamente aos já publicados, nas suas dimensões e na evolução, com uma regressão espontânea seguida de recrudescimento, sem traumatismo conhecido associado. Faz-se uma breve revisão da abordagem diagnóstica destes casos.

Rui Costa, R. Roncon-Albuquerque; A Century of Buerger's Disease – What has changed?; Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2009; Vol. IV; 4: 195-205.

Resumo: A doença de Buerger é um tipo de vasculite caracterizado pelo desenvolvimento de oclusões trombóticas segmentares das artérias e veias de pequeno e médio calibre dos membros. Afecta principalmente jovens do sexo masculino, fumadores que se apresentam com isquemia das extremidades distais, úlceras ou gangrena dos dedos dos pés e/ou mãos. O tabaco está intimamente ligado à doença de Buerger, no seu desencadeamento, na progressão e no prognóstico. A etiologia exacta da doença de Buerger mantém-se desconhecida mas o tabaco parece ter um papel central. Outros factores etiológicos como a predisposição genética, mecanismos imunológicos, alterações da coagulação e as disfunções endoteliais parecem ter importância como recentemente documentado. Vários critérios diagnósticos foram propostos, mas nem todos actualmente aceites. Os aspectos clínicos, laboratoriais e arteriográficos são úteis para o diagnóstico. A pedra basilar do tratamento da doença de Buerger é a cessação tabágica imediata. O tratamento das úlceras isquémicas focais e da dor é também essencial. Os prostanoídes são usados para o alívio da isquemia crítica dos pacientes. Simpaticectomia, tromboendarterectomia e a transferência do epiplon foram técnicas usadas no passado que ainda se aplicam esporadicamente. A técnica de fios de Kirschner intramedulares tibiais está actualmente em ensaios clínicos. Os últimos anos abriram novas possibilidades de tratamento: o uso de terapêutica *nas células ou genes para induzir a angiogénese*, implantação de estimuladores da medula e a implantação de células da medula óssea mononucleares. Para pacientes que não cessam totalmente o hábito tabágico a última opção é geralmente a amputação.

J. Carvalho, J. A. Pinto, J. C. Vidoedo, J. Tenreiro, R. Roncon-Albuquerque; Paradoxical Peripheral Embolism - A Rare and Underestimated Event; European Journal of Vascular & Endovascular Surgery; 2009; Vol. 37;5:619.

Resumo: We present a case of paradoxical peripheral embolism related to a patent foramen ovale (PFO) in a young female with clinical signs of pulmonary embolism and simultaneous left hand acute ischaemia. A PFO associated with a right-to-left pressure gradient was revealed by trans-oesophageal echocardiography. She underwent a successful bilateral brachial thrombo-embolectomy with cerebral protection by clamping of the right common carotid and simultaneous proximal right common carotid thrombo-embolectomy, according to prior angiographic study. Paradoxical embolism is still rarely considered as a possible cause of acute limb ischaemia and may be underestimated.

Paulo R. Monteiro, Armando Mansilha, Timmy Toledo, Pedro Carvalho, Antonello Ferraro, R. Roncon-Albuquerque; Nevo Écrino: tratamento por simpaticectomia torácica endoscópica a propósito de um caso clínico; Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2009; Vol. 5; 2: 69-72.

Resumo: O nevo écrino é uma lesão dermatológica muito rara e o seu diagnóstico de certeza é estabelecido pelo estudo histológico. Os autores apresentam o caso clínico de um doente, com uma lesão localizada no dorso, bordo cubital da mão estendendo-se ao antebraço à direita, macroscopicamente, quase imperceptível, associado a queixas de hiperhidrose. Após biópsia incisional o diagnóstico histológico foi de nevo écrino. Sem resposta aos tratamentos tópicos e dadas as sequelas estético-funcionais do tratamento com exérese cirúrgica e plastia, foi decidido o tratamento recorrendo à simpaticectomia torácica endoscópica ipsilateral. O doente assinou o seu consentimento informado. Após a cirurgia referiu imediatamente melhoras que se têm acentuado. Os autores são de opinião que esta técnica é mais uma ferramenta a considerar no armamentarium para o tratamento desta lesão rara.

R. Roncon-Albuquerque, Armando Mansilha, Rui Machado, Sérgio Sampaio, Gabriel Anacleto, Luís Mendes, Nuno Meireles; Proposta de grelha de avaliação final do Internato Médico de Angiologia e Cirurgia Vascular; Revista Portuguesa da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2009; Vol. 5; 2: 83.

Resumo: Proposta de Grelha de Avaliação Final do Internato Médico de Angiologia e Cirurgia Vascular. A Direção do Colégio de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos, considerando a necessidade de harmonizar critérios de classificação dos diferentes Júris das Provas

de Avaliação Final do Internato Médico de Angiologia e Cirurgia Vascular, decidiu propôr como recomendação a seguinte grelha de avaliação para Prova Curricular definitiva pelo Artigo 80º da Secção III da Portaria nº 183/2006 de 22 de Fevereiro. A valorização apresentada deve ser entendida exclusivamente como recomendação desta Direcção do Colégio, não pretendendo interferir com a competência de avaliação dos respectivos Júris.

Armando Mansilha; Endarterectomia vs stent carotídeo – evidência actual; Actas do X Simpósio Internacional de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2009.

Armando Mansilha; Tratamento da doença venosa crónica e recomendações terapêuticas – o que há de novo?; Actas do X Simpósio Internacional de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2009.