

ABLAÇÃO POR LASER DE NÓDULOS TIREOIDEANOS BENIGNOS GUIADO POR ULTRASSOM: RESULTADOS INICIAIS

Rodrigo Gobbo Garcia, Danielle Macellaro Andreoni, Guilherme Mendes, Luis Ricardo Sokolowski, Juliano Ribeiro Andrade, Miguel José Neto, Daniel Leal Araújo, Carolina Negrão Baldoni.

INTRODUÇÃO: Avaliar a eficácia e complicações da aplicação ambulatorial percutânea de laser intersticial guiada por ultrassonografia para tratamento de pacientes portadores de nódulos tireoideanos benignos e que produzem sintomas compressivos e estéticos. **DESCRIÇÃO:** Estudo prospectivo, sendo incluídos 31 pacientes submetidos ao método, seguidos ambulatorialmente com acompanhamento laboratorial e das dimensões do nódulo. Os critérios de inclusão utilizados foram: idade superior a 18 anos; PAAF comprovadamente benigna; nódulos menores que 6,0 cm, predominantemente sólidos; e exames laboratoriais (nível de tireoglobulina e TSH) normais. **RESULTADOS:** Os pacientes apresentaram redução no tamanho do nódulo (cerca de 50%), diminuição do fluxo ao Doppler e melhora dos sintomas. **CONCLUSÃO:** A técnica, já usada em grandes centros internacionais, está se mostrando segura, viável e com bons resultados em nosso estudo. É realizada ambulatorialmente e impacta em menores custos e invasividade para o tratamento dos nódulos tireoideanos benignos sintomáticos.

A MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA E ALÍVIO DOS SINTOMAS DÃO SUPORTE A EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS PROSTÁTICAS EM PACIENTES COM HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA E RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

Joaquim Maurício da Motta Leal Filho, Francisco Cesar Carnevale, Alberto Azoubel Antunes, Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, Ronaldo Hueb Baroni, Luciana Mendes de Oliveira Cerri, Miguel Srougi, Giovanni Guido Cerri.

Objetivo: Demonstrar que a embolização das artérias prostáticas (EAP) melhora a qualidade de vida (quality of life - QoL) e os sintomas do trato urinário baixo (LUTS) em pacientes com hiperplasia prostática benigna (HPB).

Materiais e Métodos: Estudo prospectivo, fase 2, com 11 pacientes apresentando retenção urinária aguda devido a HPB, refratário a tratamento clínico, com sonda vesical de demora e em lista de espera para ressecção transuretral (RTU) da próstata. Foram utilizados para avaliar os resultados a escala Internacional dos sintomas prostáticos (IPSS) que varia do melhor ao pior (variação, 0-35), QoL e estudo urodinâmico. As idades variaram entre 59 a 78 anos de idade (média de 68,5) e o tamanho da próstata variou de 30-90 gramas. Os pacientes foram submetidos a exame físico, coleta de exame de sangue para avaliação do PSA, ultra-sonografia transretal e

Ressonância Magnética. Foram realizados doze procedimentos de EAP em 11 pacientes, utilizando Embospheres® 300-500µm, sob anestesia local.

Resultados: O sucesso técnico (EAP bilateral) foi de 75% e o sucesso clínico (remoção da sonda e melhora dos sintomas) foi de 91% (10/11 pacientes).

Os pacientes urinaram espontaneamente após a remoção da sonda, cerca de 4 a 25 dias após EAP (média de 12,1). Durante a EAP, os sintomas relatados mais frequentes foram dor leve na uretra, anus e retropúbica.

Nenhuma complicação grave foi observada. Foi evidenciado sangramento retal mínimo (uma quantidade de 1 colher de chá) em 3/12 (25%), diarreia em 2/12 (16,6%) e isquemia focal de bexiga em 1/12 (8,3%) procedimentos. O seguimento variou de 11-40 meses. A redução mais significativa da glândula foi observada no sexto mês de acompanhamento após embolização e tanto o US quanto a RM evidenciaram uma média de redução volumétrica prostática de 30%. A melhora dos sintomas urinários observados em um ano de seguimento foi avaliada pelo IPSS (média de 2,2)

e QoL (média de 0,25) e os dados urodinâmicos corroboram a melhora clínica. Todos os pacientes apresentaram maior fluxo urinário e pressão detrusora reduzida em comparação com o estudo urodinâmico pré-embolização e relataram ainda um elevado grau de satisfação após EAP.

Conclusão : HPB pode ser tratada com segurança pela EAP, pois apresentou baixas taxas de efeitos colaterais, redução volumétrica da próstata em mais de 30%, alívio dos sintomas urinários e aumento da qualidade de vida em um grupo selecionado de pacientes com retenção urinária aguda.

AN EXPERIMENTAL MODEL TO NON-VASCULAR INTERVENTIONAL RADIOLOGY SPINE PROCEDURES: ANALYSIS OF MORPHOMETRIC DATA FROM THREE-DIMENSIONAL COMPUTED TOMOGRAPHY C-ARM FLUOROSCOPY OF LUMBAR PORCINE SPINES

Ricardo Miguel Costa de Freitas, Celi dos Santos Andrade, Hernan Joel Cervantes, Said Rahnamaye Rabbani, Richard Halti Cabral José Guilherme Mendes Pereira Caldas

Introduction: Swine models are suitable to experimental non-vascular interventional radiology spinal procedures. Normal porcine lumbar vertebrae morphometric data obtained from Three-dimensional Computed Tomography C-arm Fluoroscopy (3DCT) are not available. The aim of the study is to provide this database.

Methods: Thirty-six lumbar vertebrae (L1–L6) from six young (2–3 month old, 16-20 kg, 5 male, 1 female) porcine spines were studied. Seventeen anatomical parameters from each vertebra were measured by two radiologists at 3DCT and Multidetector Computed Tomography (MDCT) workstations. The mean and standard deviation were calculated using Microsoft Excel®. Results were also compared to available MDCT data of adult porcine vertebra.

Results: 3DCT and MDCT data were similar in several anatomical parameters, including end plate area, pedicles, vertebral body height, spinal canals length and width.

Discussion: A database of radiological measurements from young porcine lumbar vertebrae at 3DCT is provided. Useful information enable porcine spine as an alternative to human spine in non-vascular interventional radiology spinal procedures at 3DCT C-arm Fluoroscopy equipments.

Experimental percutaneous studies that involve devices as radiofrequency ablation, cryoablation or implants in porcine spines should take these parameters into account.

ANGIOMIOLIPOMA RENAL: TRÊS SITUAÇÕES CLÍNICAS TRATADAS POR MEIO DE TÉCNICA RADIOLÓGICA INTERVENCIONISTA.

Paulo César Damasceno Solon, Aline Cristine Barbosa Santos, Charles Edouard Zurstrassen, Joaquim Maurício da Motta Leal Filho, Airtton Mota Moreira, Daniel Cunha Lima, Francisco Cesar Carnevale

CASO 1:

ESST, 39 anos, sexo feminino, Hospital AC Camargo, encaminhada do serviço de urologia para radiologia intervencionista para avaliação e conduta, apresentando dor crônica leve lombar a esquerda. A TC de abdome evidenciou lesão sólida com componente de gordura e vascular de 40,0mm de diâmetro em região do polo inferior do rim esquerdo compatível com angiomiolipoma (AML). A paciente foi operada eletivamente por embolização do AML com Glubran na diluição de 1/9 com lipiodol, com ligeiro aquecimento da solução. No retorno ambulatorial com 1 mes após embolização a paciente esta assintomática. O controle tomografico mostra completa desvascularização do tumor, sendo então encaminhada ao urologista para seguimento.

CASO 2:

JEVA, 61 anos, no Hospital Carlos Chagas em Guarulhos, sexo masculino, com historia de dor lombar aguda a esquerda, progressiva, continua há 48hs, associada há 24hs após do inicio da dor com náuseas, tontura, sudorese e hipotensão arterial. Ao hemograma apresentava hemoglobina de 7,5. Foi encaminhado a UTI para estabilização clínica. A TC de abdome apresentava imagem arredondada de contornos irregulares na topografia parenquimatosa reanal a esquerda de partes do polo superior com terço médio, que mede cerca de 6,5x6,6x8,2cm e apresenta conteúdo com densidade de gordura, de liquido e algumas áreas hiperdensas de permeio sugestivas de sangramento ativo por cisto, angiomiolipoma renal ou outra neoplasia. Ainda há retardo do esvaziamento do contraste, extensor hematoma retroperitoneal a esquerda e pequena quantidade de liquido livre abdominal. Foi solicitado parecer da urologia que ao avaliar o caso, solicitou parecer da radiologia intervencionista para definir

conduta, onde foi indicado procedimento intervencionista. Após 6 horas de entrada no hospital, o paciente foi submetido a arteriografia renal e embolização da lesão com mola Vortex (1UN) e embozene 500micra (1 frasco) do ramo nutridor da lesão. A angiografia de controle mostrou adequada desvascularização da lesão, recebendo alta hospitalar com preservação renal.

CASO 3:

JSL, 66 anos, sexo feminino, Hospital das Clínicas, com quadro clínico de dor lombar crônica. Após investigação etiológica, a TC de abdome apresentava de volumosa massa renal com densidade de gordura e vascular, a esquerda, em polo superior de 8cm no maior diâmetro, sugestiva de AML renal. Internado no serviço de urologia do Hospital das Clínicas, foi realizada cirurgia eletiva do tumor renal. Paciente evolui com dor persistente e hematúria. No 6º dia de pós-operatório foi solicitado nova TC de abdome que diagnosticou a formação de pseudoaneurisma e retenção urinária. No 10º dia de pós-operatório foi solicitado o parecer da radiologia intervencionista com urgência na persistência da dor lombar, retenção urinária e hematúria, onde foi indicado procedimento intervencionista. Foi realizado arteriografias aórticas e renais com embolização do pseudoaneurisma com mola Vortex (1UN), e a arteriografia de controle demonstrou completa desvascularização do pseudoaneurisma.

OBJETIVO:

Relatar casos clínicos raros e analisar a embolização dos AML's nas três apresentações clínicas diferentes frente às evidências disponíveis na literatura sobre essa conduta.

CONCLUSÃO:

A embolização dos AML's, com o uso dos mais variados agentes embolizantes, pode ser realizada na fase aguda ou no risco da ruptura renal espontânea (RRE), para evitar-mos complicações pós-operatórias e nefrectomia total, não sendo, definitivamente, medida de última escolha.

ANGIOPLASTIA SIMULTÂNEA DE ESTENOSE DE ARTÉRIA RENAL BILATERAL ATRAVÉS DE ACESSO BRAQUIAL: RELATO DE CASO

Rodolfo Souza Cardoso, Seleno Glauber de Jesus Silva, Melissa Andreia de Moraes Silva

Objetivo: Relatar um caso de angioplastia de artéria renal bilateral simultânea através do acesso braquial, levando em conta as indicações e dificuldades técnicas.

Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 73 anos, hipertensa grave e dislipidêmica, em uso de quatro medicamentos antihipertensivos.

Ultrassonografia (US) Doppler indicando estenose acentuada de artéria renal direita. Angiografia por subtração digital confirmando estenose ostial acima de 95% em ambas artérias renais. Realizada tentativa de transposição da artéria renal direita via femoral com cateter RDC, sem sucesso devido à angulação dos óstios arteriais, optando-se então pelo acesso braquial. Após posicionamento de introdutor-guia MP 6Fr ao nível de L1, realizou-se nova tentativa de recanalização da artéria renal direita com fio-guia 0,014", observando-se trombose ostial da mesma. Foi optado pela recanalização com fio-guia hidrofílico 0,035

ASPECTOS ANGIOGRÁFICOS RELEVANTES DURANTE A EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS PROSTÁTICAS NO TRATAMENTO DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Joaquim Maurício da Motta Leal Filho, Francisco Cesar Carnevale, Alberto Azoubel Antunes, Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, Ronaldo Hueb Baroni, Luciana Mendes de Oliveira Cerri, Miguel Srougi, Giovanni Guido Cerri.

Objetivo: Descrever os aspectos angiográficos relevantes da anatomia vascular prostática chamando atenção para as possíveis dificuldades técnicas e complicações durante a embolização das artérias prostáticas (EAP) no tratamento da hiperplasia prostática benigna (HPB).

Casística e métodos: Estudo prospectivo, fase I, foi realizado de junho de 2008 a novembro de 2010 com 11 pacientes, média de idade de 68,5 anos (de 59 a 78 anos). Todos os pacientes eram portadores de HPB, retenção urinária e estavam em uso de cateter vesical de demora, e, refratários ao tratamento clínico medicamentoso. Todos tinham indicação cirúrgica pelo método de ressecção

transuretral da próstata (RTU), pois possuíam volumes prostáticos entre 30 e 90 gramas. Todos foram submetidos à EAP. As avaliações anatômicas angiografias das artérias da pelve foram realizadas conjuntamente por dois radiologistas intervencionistas. Atenção especial foi dada a origem, calibre, trajeto e ramos arteriais da artéria vesical inferior e os ramos prostáticos. Anastomoses também foram investigadas. Esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética Médica (CAPPesq 136/09). Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento informado.

Resultados: Sucesso clínico foi alcançado em 91% dos pacientes embolizados (10 em 11 pacientes), obtendo-se uma redução volumétrica da próstata em média de 30% ao sexto mês de seguimento pós EAP. Doze estudos angiográficos foram realizados em 11 pacientes. Um total de 22 hemipelvas foram analisadas. A partir da análise das angiografias algumas características da anatomia vascular da próstata foram observadas. A origem mais comum da artéria vesical inferior (AVI) e seus ramos prostáticos foi a partir do terceiro ramo arterial do tronco anterior da artéria ilíaca interna (n = 10; 43,5%). A maioria das artérias vesicais inferiores possuía calibre inferior a 2,5mm (n = 21; 91,3%), média de 2,15mm. Cada AVI emite de dois a quatro ramos arteriais prostáticos. Muitas anastomoses foram identificadas entre a AVI e outras artérias da pelve como retais, vesicais superiores e pudendas (n = 10; 43,5%).

Conclusão: Há necessidade de um melhor conhecimento da anatomia vascular prostática afim de evitar complicações sérias durante a EAP no tratamento da HPB, visto que a AVI e seus ramos prostáticos possuem várias origens, calibres reduzidos, tortuosidade e muitas anastomoses com artérias de órgãos vizinhos.

AVALIAÇÃO POR ECO-DOPPLER DO ESPESSAMENTO MÉDIO-INTIMAL CAROTÍDEO ENTRE DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS

Márcio Felipe Tavares de Oliveira, Adriano Nogueira da Silva, Pedro Coelho Nogueira Diógenes, Gilka Firmino Torres Barisic e Aline de Oliveira Ferreira.

INTRODUÇÃO: A presença de diabetes mellitus (DM) é um fator predisponente à aterosclerose em diversos territórios arteriais e eleva a incidência de eventos cardiovasculares como infarto e acidente vascular encefálico (AVE). A detecção de marcadores para doença cardiovascular possibilita a intervenção precoce sobre os fatores de risco modificáveis para doença aterosclerótica, como alteração do estilo de vida, tratamento agressivo da hipertensão arterial, dislipidemia e DM. O espessamento médio-intimal (EMI) da carótida é uma alteração vascular precoce, que precede a formação da placa, correspondendo a um estágio inicial da aterosclerose. O EMI da artéria carótida, medido pela ultra-sonografia vascular de alta resolução, é atualmente contemplado como um marcador de doença aterosclerótica generalizada, e está entre os principais fatores de risco para doença arterial coronariana precoce. O EMI da artéria carótida está relacionado com a maioria dos fatores de risco cardiovasculares: sexo masculino, história familiar de AVE ou infarto agudo do miocárdio (IAM), tabagismo, DM, dislipidemia, hipertrofia do ventrículo esquerdo e idade. Neste estudo, avalia-se o espessamento do complexo médio intimal como um indicador do início do processo de desenvolvimento da lesão vascular aterosclerótica, e admite-se que sua correlação significativa com o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) pode apoiar a importância de sua detecção precoce como um fator de risco cardiovascular nesse grupo de pacientes. **OBJETIVOS:** Avaliar a ocorrência do espessamento do complexo médio-intimal das carótidas em pacientes diabéticos tipo 2 e não diabéticos. Verificar se ocorre associação entre a idade do paciente, o valor do colesterol total, o tempo de hipertensão e o IMC com o EMI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de corte transversal, com indivíduos previamente selecionados com o intuito de avaliar o EMI carotídeo entre pacientes com DM2 e o grupo controle, pacientes sem diabetes. Este estudo foi aprovado pelo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. A casuística foi constituída de 25 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade entre 45 e 74 anos. Dentro do protocolo de estudo foram coletados/calculados, através de anamnese e exame físico, além do acesso ao prontuário, o seguintes dados: gênero, idade, peso, altura, índice de massa corpórea, Cor, tabagismo, doenças associadas, dados bioquímicos laboratoriais; medicações em uso, e nos pacientes com DM2 o fundo de olho e a verificação da presença ou ausência de úlcera em mmii. Os indivíduos selecionados foram encaminhados para realização do Eco-Doppler com modo B da Philips modelo Envisor C HD. O exame foi realizado pelo mesmo examinador em todos os pesquisados. O exame consistiu da medição

da espessura das camadas íntima e média da parede posterior da porção distal de ambas as artérias carótidas comuns. Utilizou-se para análise estatística os programas Microsoft Office Excel 2007 e o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12.0 for Windows. A associação entre as diversas variáveis foi verificada pela matriz de correlações de Spearman e a significância entre o EMI do grupo de pacientes com diabetes e o controle através p-valor do teste de Mann-Whitney. RESULTADOS Dos 25 pacientes, 13 era diabéticos e 12 não diabéticos, 92%(23) eram do sexo feminino, com idades entre 47 e 74 anos, a média do EMI carotídeo da Artéria carótida Comum Direita foi 0,88mm e 0,77mm entre os grupos com diabetes e sem diabetes respectivamente e o valor da ACC Esquerda entre os grupos com e sem diabetes foi 0,89mm e 0,85mm. A média do IMC entre o grupo de não diabéticos foi 28,74 kg/m² e dos diabéticos foi de 29,15 kg/m². O exame oftalmológico de fundo de olho tinha sido realizado em quatro pacientes com DM2 (30,7%). Analisou-se a mediana do espessamento segundo carótidas esquerda e direita e o p-valor do teste de Mann-Whitney na comparação entre os grupos diabéticos e não diabéticos, não houve diferença estatística entre os grupos analisados (p>0,05). Na correlação de Spearman, construindo-se uma matriz de correlações não paramétricas, considerando idade, valor do Colesterol total, tempo de Hipertensão e valor do IMC, na análise não observou-se correlação destes parâmetros com o EMI carotídeo. Verificou-se no estudo que os quatro pacientes que já possuíam placa ateromatosa eram todos diabéticos. CONCLUSÃO: O estudo das doenças cardiovasculares em fase inicial, quando o paciente não apresenta sintomas ou ainda não sofreu nenhum evento cardiovascular tem sido motivo de interesse. O EMI carotídeo está relacionado à ocorrência de IAM e AVE isquêmico, com um risco relativo entre 2 e 6. Na população estudada apesar de não ter havido correlação significativa entre o EMI entre os pacientes com e os sem diabetes, verificou-se que os que todos os pacientes que possuíam a formação de placas ateromatosas eram diabéticos, denotando a relação de diabetes com aterosclerose.

CARCINOMA HEPATOCELULAR – RECIST MODIFICADO NA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA TUMORAL AO TRATAMENTO POR QUIMIOEMBOLIZAÇÃO COM O USO DAS MICROESFERAS DE POLÍMEROS SUPER-ABSORVENTES (DC-BEADS) CARREGADAS COM DOXORRUBICINA

José Hugo Luz. , Henrique Salas Martins, Hugo Rodrigues Gouveia, Raphael Braz Levigard, Tiago Nepomuceno Araújo Elias de Miranda, Felipe Paes Barbosa Diniz Nogueira, Bernardo Caetano da Silva Rodrigues

O carcinoma hepatocelular (CHC) é a quinta neoplasia maligna mais comum do mundo e, principalmente pela sua associação com as hepatites virais, a que apresenta a maior taxa de crescimento de incidência dentre nos últimos anos.

Segundo os critérios de Barcelona, o tratamento proposto para os pacientes portadores de CHC varia entre ressecção local, transplante hepático, ablação, quimioembolização, quimioterapia sistêmica e terapia paliativa.

O uso de micropartículas carregadas com quimioterápico vem ganhando cada vez mais destaque nos últimos anos. Assim, saber identificar os padrões de resposta à quimioembolização e as suas possíveis complicações é um dos papéis do radiologista no acompanhamento destes pacientes.

O objetivo do presente estudo é através de uma série de 21 casos de pacientes portadores de CHC intermediário e avançado matriculados no Instituto Nacional de Câncer (INCA) submetidos à quimioembolização com DC-Beads carregadas com doxorubicina e acompanhados com ressonância magnética, apresentar os conceitos introduzidos ou alterados pelo RECIST modificado (m-RECIST), exemplificando os padrões de resposta ao tratamento citado

O radiologista possui papel fundamental no tratamento do CHC, seja através de procedimentos intervencionistas ou pela interpretação correta dos padrões de resposta à quimioembolização.

COLOCAÇÃO DE TIPS NA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI ATRAVÉS DE PUNÇÃO PERCUTÂNEA DIRETA SIMULTÂNEA DAS VEIAS PORTA E CAVA INFERIOR: RELATO DE CASO

Leandro Armani Scaffaro, Fernando Herz Wolff, Steffan Frosi Stella, Gabriela Scholer Trindade, Juliana Vasconcelos de Abreu Rusczyk, Geraldo Machado, Thielle Maria Vaske, Camila Bessow Karsburg

Introdução: A Síndrome de Budd-Chiari (SBC) é caracterizada por obstrução do fluxo das veias hepáticas em algum nível desde vênulas até a junção da veia cava inferior (VCI) com o átrio direito. Dentre as estratégias de tratamento dos sintomas relacionados à congestão hepática há a possibilidade de descompressão da hipertensão portal com a criação de um shunt portossistêmico transjugular (TIPS), mantido pela colocação de uma prótese metálica (stent). O objetivo é reduzir o gradiente de pressão portohepático para evitar as complicações da hipertensão portal. Visto que a criação do TIPS é de elevada complexidade em pacientes com SBC, já que não há perviedade das veias hepáticas, se faz importante a discussão na literatura de uma técnica alternativa para minimizar as dificuldades da colocação do TIPS na SBC.

Relato de caso: Criação de TIPS em paciente com SBC através da punção simultânea direta da veia porta e VCI para implantação do trajeto. É realizada punção da veia jugular interna direita, com manutenção do acesso através de introdutor valvulado 10F, mantido na topografia da porção intra-hepática da VCI. Após, é realizada punção percutânea trans-hepática do ramo direito da veia porta sob orientação ecográfica com agulha Chiba 18G, seguida de progressão da agulha até a VCI na topografia do introdutor valvulado, mantendo-se a mesma angulação. Dessa forma, realiza-se o acesso porto-cava por via retrógrada. Após verificação do adequado posicionamento da agulha na VCI com uso de contraste iodado, é passado fio-guia teflonado que é resgatado pelo acesso jugular através de cateter-laço do tipo Snare 15mm. O acesso percutâneo é mantido com introdutor valvulado 5F. Assim, com a saída do fio-guia pelo acesso jugular, segue-se o procedimento do TIPS conforme a sequência convencional. A portografia de controle revela perviedade satisfatória do shunt, sem opacificação de tributárias varicosas significativas.

Conclusão: A técnica alternativa permite a redução de custos do procedimento e principalmente do tempo cirúrgico envolvido, determinando uma diminuição de dose de radiação ionizante necessária para a implantação do shunt.

DILATAÇÃO ANTERÓGRADA PERCUTÂNEA EM ESTENOSES URETERAIS PÓS CISTECTOMIA OU REIMPLANTE URETERAL.

Leandro Armani Scaffaro, Steffan Frosi Stella, Gabriela Scholer Trindade, Juliana Vasconcelos de Abreu Rusczyk, Geraldo Machado, Thielle Maria Vaske, Camila Bessow Karsburg

Introdução: A estenose ureteral é uma complicação importante pós-cirurgia de derivação urinária, devido à morbidade associada a esta patologia. O manejo inicial pode ser feito tanto por via cirúrgica ou por via endoureteral percutânea, esta apresentando diversas vantagens ao paciente.

Objetivo: Avaliar a morbidade associada e a taxa de sucesso da dilatação anterógrada percutânea em estenoses ureterais pós cistectomia ou reimplante ureteral.

Métodos: Foi conduzido em estudo de casos de pacientes com estenose ureteral pós-cirúrgica submetidos à dilatação endoureteral percutânea. Os procedimentos foram realizados em sala de hemodinâmica sob sedação e anestesia local. Foi efetuada punção do sistema coletor renal sob orientação ecográfica, seguida de manutenção da via percutânea com introdutor valvulado. Após cateterismo trans-estenótico, foi realizada dilatação da zona de estenose com cateteres-balão, de 5 até 10mm, seguida de inserção anterógrada de cateter duplo J. Após 30 dias foi efetuada nova dilatação, e manutenção do duplo J por mais 3 meses, sendo após retirados. Foi realizado seguimento ecográfico e laboratorial em 1,3,6 e 12 meses pós procedimento índice.

Resultados: A dilatação ureteral percutânea foi realizada em 7 pacientes, com estenose ureteral resultante de cistectomia em 3 casos e de reimplante ureteral nos outros 4 casos. A idade média foi de 48,8 anos ($\pm 20,1$). Foram realizadas 3 a 4 dilatações por paciente até a retirada do cateter. As dilatações foram bem sucedidas em 6 dos 7 procedimentos realizados. O caso em que a dilatação não obteve êxito necessitou ser re-intervido cirurgicamente devido à reestenose precoce (3 meses), sendo

constatada recidiva da neoplasia. Os demais pacientes apresentaram boa evolução após o procedimento. Não ocorreram complicações peri-operatórias.

Conclusão: A dilatação ureteral percutânea é um procedimento minimamente invasivo, com baixas taxas de complicação e menor tempo de internação, mostrando-se uma opção efetiva e segura. Nosso estudo corrobora dados da literatura, apresentando alta taxa de sucesso, visto que a reestenose ureteral observada não se relacionou ao processo fibrocicatricial e sim à progressão da doença de base.

DISSECÇÃO DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR: ABORDAGEM TERAPÊUTICA ENDOVASCULAR

Fabiellen Berzoini Travassos, Jorge Eduardo de Amorim, Francisco Leonardo Galastri, Breno Boueri Affonso e Felipe Nasser

A dissecção espontânea das artérias viscerais é evento relativamente raro. Dor abdominal é o sintoma mais frequente manifestado pelos pacientes. Com o avanço das técnicas de exame de imagem, aumentou a incidência do diagnóstico de dissecção das artérias viscerais. O tratamento clínico conservador, a revascularização cirúrgica, e a terapia endovascular são as três principais opções terapêuticas, baseado em revisão de literatura. Aqui discutiremos a abordagem endovascular de um caso de dissecção de artéria mesentérica superior.

EMBOLIÇÃO ARTERIAL SELETIVA NO TRATAMENTO DE PRIAPISMO DE ALTO FLUXO: SÉRIE DE TRÊS CASOS.

Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, André Moreira de Assis, Joaquim Maurício da Motta-Leal-Filho, Edgar Bortolini, Rafael Gustavo Gomide Alcântara, Osvaldo Pereira, Carlos Augusto de Oliveira Motta, Helio de Paula Carvalho, Francisco Cesar Carnevale

Introdução: Priapismo, ereção persistente sem excitação (geralmente dolorosa), pode ser classificado como de baixo fluxo (isquêmico ou venoso) e alto fluxo (arterial ou não-isquêmico). Priapismo de alto fluxo é uma entidade rara causada por um influxo patológico aos corpos cavernosos originado de artérias laceradas, gerando fistulas artério-venosas, geralmente ocasionadas por mecanismos traumáticos. A embolização transcater de essas artérias que alimentam a fístula é o tratamento de escolha.

Objetivo: Relatar o tratamento de 3 casos de priapismo de alto fluxo, por meio de embolização superseletiva com micropartículas. Casuística e métodos: Foi analisado uma série de 3 pacientes com priapismo de alto fluxo submetidos à embolização percutânea durante o mês de fevereiro de 2011 até março de 2012. A idade média dos pacientes foi de 43 anos. A duração do priapismo de alto fluxo foi entre 12 horas e 8 meses. Todos foram submetidos à punção aspirativa do sangue do corpo cavernoso (gasometria) e confirmado o diagnóstico de priapismo de alto fluxo. Os pacientes foram submetidos a angiografias pélvica e seletiva das artérias ilíacas internas. Identificou-se um "blush" (área de maior opacificação, que pode configurar um hiperfluxo com extravasamento de contraste) a partir de um ramo da artéria pudenda interna sugerindo o local da fistula artério-venosa. Realizou-se cateterismo superseletivo do ramo identificado com utilização de microcateter, para melhor caracterização da lesão e minimizar os riscos de embolização de órgãos não alvo. Os agentes embolizantes utilizados foram partículas irregulares de polivinil álcool (PVA) 300-500 µm em um paciente, 500-700 µm em outro paciente e Microesferas do tipo Bead Block® 500-700 µm no último paciente.

Resultados: Foi obtido sucesso técnico em 100 % dos pacientes e sucesso clínico com detumescência total após a embolização em dois pacientes.

Um paciente apresentou detumescência imediata após a embolização.

Porém 3 dias após o procedimento, este apresentou novo episódio de priapismo, sendo reembolizado. Não foram observadas complicações relacionadas às embolizações. Todos permaneceram livres de sintomas após um seguimento médio de oito meses (2 a 13 meses) e apresentam relação sexual ativa.

Conclusão: O tratamento do priapismo por meio de embolização com micropartículas é seguro e evidenciou bons resultados em 3 pacientes.

EMBOLOGIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS PROSTÁTICAS: CORRELAÇÃO ENTRE A TC INTRAOPERATÓRIA E A RM DE 30 DIAS PÓS-EMBOLOGIZAÇÃO RATIFICANDO A FACTIBILIDADE E A SEGURANÇA DO PROCEDIMENTO

Octavio Meneghelli Galvao Goncalves, Joaquim Maurício da Motta-Leal-Filho, Giovani Guido Cerri, Miguel Srougi, Alberto A. Antunes, Ronaldo H. Baroni, Airtton Mota Moreira, Francisco Cesar Carnevale

Embolização das artérias prostáticas: Correlação radiológica entre a TC intraoperatória e a RM de 30 dias pós-embolização ratificando a factibilidade e a segurança do procedimento. Relato de três casos consecutivos.

Introdução: A embolização das artérias prostáticas (EAP) para o tratamento da hiperplasia prostática benigna (HPB) é um assunto que vem sendo frequentemente discutido em congressos nacionais e internacionais de

Radiologia Intervencionista. Tal assunto vem despertando interesse da comunidade científica e dos pacientes como uma nova forma de tratamento menos invasivo dessa enfermidade. Porém, dúvidas sobre a viabilidade e segurança do procedimento ainda persistem.

Objetivo: Correlacionar os achados tomográficos intraoperatório pós EAP com os achados da Ressonância Magnética ao final de 30 dias após EAP no tratamento de pacientes com HPB sintomáticos.

Casuística e Métodos: Três pacientes com média de idade de 68 anos (64-71 anos), com HPB sintomáticos, refratários ao tratamento clínico, e IPSS acima de 18 foram submetidos a EAP. O procedimento foi realizado por via femoral unilateral sob anestesia local utilizando microcateter e microesferas. Imediatamente após a embolização, os pacientes foram submetidos a TC pélvica sem injeção adicional de meio de contraste para confirmação do órgão alvo (próstata). Após 30 dias realizou-se RM pélvica para avaliação de surgimento de possíveis áreas avasculares, redução volumétrica da próstata ou complicações.

Resultados: Em todos os pacientes a TC intraoperatória evidenciou áreas de realce acumulado no interior da glândula central da próstata, bilateralmente, confirmando a viabilidade do procedimento, qual seja, EAP.

Um mês após a EAP a RM pélvica evidenciou uma redução significativa do volume prostático, com áreas avasculares/necróticas na glândula central, bilateralmente, correlacionando com os achados tomográficos intraoperatórios. Todos os pacientes relataram melhora dos sintomas urinários (redução média de 16,5 pontos do IPSS) e da qualidade de vida (todos os pacientes referiram melhora de 3 pontos no QoL).

Conclusão: Os achados da TC intra-operatória e RM controle após um mês, comprovam a viabilidade e segurança da EAP para o tratamento de pacientes com HPB sintomáticos.

EMBOLOGIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL DE COLO LARGO EM BIFURCAÇÕES SEM MICROCATETER – NOTA TÉCNICA DE “REMODELING” COM BALÃO DE DUPLA LUZ – ASCENT.

Antenor Tavares de Sa Junior, Anderson Magalhaes Pinto, Leonardo Taveira, Sofia Rosa Ribeiro, Rogerio Safatle, Wander Nasser Naves e Volmer Valente

1. Introdução

A técnica de “remodeling” tornou possível a embolização de grande número de aneurismas com geometria desfavorável para a embolização por técnica simples. Entretanto para a técnica de “remodeling” é necessário o controle intra-procedimento de duas peças (microcateter e microbalão), além da necessidade de artérias de relativo maior calibre para acomodar um microcateter e um balão simultaneamente.

2. Objetivo

Descrever nossa experiência inicial de viabilidade da técnica de embolização de aneurisma sacular roto e não roto com colo largo, onde substituímos o microcateter e o balão de “remodeling” por um único material, um microcateter-balão de duplo lúmen (Ascent, Micrus, San Jose, California).

3. Material e métodos

Três pacientes do sexo feminino, sendo hemorragia subaracnoidéia a apresentação inicial de duas pacientes.

A idade das pacientes variou de 42 a 51 anos e os aneurismas apresentavam com colo largo para embolização por técnica simples.

Os aneurismas estavam em topografia de bifurcação de artéria cerebral média e na bifurcação carotídea. As pacientes apresentavam tortuosidade da carótida cervical, uma delas gravemente tortuosa.

Devido o colo largo optamos pela técnica de embolização assistida por balão empregando o microcateter-balão para “remodeling” e também para embolização.

4. Resultados

Os 3 pacientes foram submetidos a embolização assistida por balão de duplo lúmen Ascent.

O balão Ascent foi posicionado próximo ao colo do aneurisma e a ponta com marcador distal posicionado no colo do aneurisma numa linha que delimita

(Aneurysm's Trace) o colo do aneurisma. O balão foi inflado por períodos de até 90 segundos durante a deposição das molas de embolização pela luz principal. Ao final os casos apresentaram oclusão sacular com espiras metálicas sem colo residual e tiveram quadro neurológico inalterado no peri e pós-procedimento. Foram realizados estudos angiográficos de controle de médio prazo.

5. Conclusão

Três pacientes com aneurismas de colo largo foram tratados com técnica assistida por balão de duplo lúmen com sucesso.

O emprego da embolização por técnica assistida pelo cateter-balão Ascent é efetiva para o tratamento de aneurisma de colo largo intracraniano em bifurcações arteriais.

EMBOLOGIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA UTERINA ASSOCIADA A DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: RELATO DE 2 CASOS.

Octavio Meneghelli Galvao Goncalves, Joaquim Mauricio da Motta-Leal-Filho, Edgar Bortolini, Rafael Gustavo Gomide Alcántara, Carlos Augusto de Oliveira Motta, Breno Boueri, Marcos Messina, Francisco Cesar Carnevale

Introdução: A malformação arteriovenosa (MAV) do útero pós doença trofoblástica gestacional é uma causa rara de hemorragia com incidência de 0,2%. Apesar de rara essa condição pode resultar em quadros graves de hemorragia e levar a paciente a morte. Até o momento não existe nenhum tratamento estabelecido e efetivo para a MAV. A embolização das artérias uterinas (EAU) surge como alternativa a histerectomia em pacientes que desejam preservar o útero.

Relato de casos:

Descrever dois casos de pacientes portadoras de MAV uterina adquirida após curetagem para tratamento de mola hidatiforme completa. As pacientes queixavam-se de metrorragia e dispaurenia há cerca de dois anos. O estudo ultrassonográfico com utilização do Doppler colorido e a

Ressonância Magnética de pelve confirmaram o diagnóstico de MAV. As pacientes foram tratadas clinicamente sem sucesso e encaminhadas para embolização como ultima alternativa de tratamento a histerectomia. Ambas pacientes foram submetidas a embolização superseletiva das artérias uterinas com utilização de microcateter e N-Butyl-2-cianoacrilato

(Histoacryl ®). Uma das pacientes apresentava suprimento sanguíneo adicional da MAV proveniente das artérias ovarianas, que também foram embolizadas utilizando o mesmo agente embolizante, porém num segundo procedimento. O tratamento por embolização transcater foi bem sucedido, e as duas pacientes apresentaram melhora da dispaurenia e do quadro de sangramento com manutenção dos ciclos menstruais no seguimento.

Conclusão:

A EAU para o tratamento da MAV pós doença trofoblástica gestacional é uma proposta terapêutica minimamente invasiva, sendo considerada como uma alternativa à histerectomia convencional.

EMBOLIÇÃO DE PSEUDOANEURISMA GIGANTE DA ARTÉRIA HEPÁTICA

Leandro Kefalás Barbosa e Eduardo Balizardo

Aneurismas de artérias viscerais ou esplâncnicas são lesões vasculares raras e potencialmente letais. Sua frequência em grandes séries de autópsias é de 0,1 %, sendo que 60% estão localizados na artéria esplênica, 20% na hepática, 5,5% na mesentérica superior, 4% no tronco celíaco, 4% de gastroepiplóica, 3% na jejunoileocólica, 1,5% acometendo as artérias pancreatocoduodenal e gastroduodenal. Aproximadamente 22% dos aneurismas arteriais esplâncnicos apresentam-se como emergência clínica, com taxa de mortalidade de 8,5%.

Os AAH (Aneurismas da Artéria Hepática) são mais comuns em homens com idade média de 40 anos, sendo 80% extra-hepáticos e 20% intra-hepáticos. Destes, 63% acometem a artéria hepática comum, 28%, a hepática direita, 5%, a hepática esquerda e 4%, ambas artérias. Sessenta por cento são aneurismas verdadeiros e 40% falsos, com taxa de ruptura em torno de 64 a 80% e mortalidade acima de 35%.

A etiologia mais comum é a aterosclerose (30-50%), seguida pela degeneração da media (24%). Trauma abdominal ou procedimentos cirúrgicos, causas infecciosas ou inflamatórias representam 10%, sendo causas menos comuns doença do trato biliar, sífilis, tuberculose, pancreatite, abscesso hepático e infusão intra-arterial de agentes quimioterápicos.

Pacientes com AAH são frequentemente assintomáticos ou apresentam dor vaga no quadrante superior ou epigástrico. Sintomas em geral aparecem por compressão externa do trato biliar ou por ruptura do aneurisma. A tríade clínica clássica ocorre em 1/3 dos casos, indicando hemobilia (dor no abdome superior, icterícia e sangramento gastrointestinal). Muitos estão febris e alguns apresentam vesícula palpável ou massa abdominal pulsátil no quadrante superior.

Os autores relatam o caso de um paciente do sexo masculino, 63 anos, submetido a gastrectomia por úlcera duodenal perfurada há 37 anos tendo apresentado síndrome de dumping com tentativa de correção cirúrgica há 13 anos, sem melhora dos sintomas.

Fez seguimento ambulatorial com sucessivas endoscopias digestivas e há aproximadamente 90 dias percebeu massa pulsátil no abdomen superior e há apenas 20 dias realizou US abdominal com doppler que evidenciou presença de aneurisma da artéria hepática medindo 11,3x8,1x7,5cm, confirmado pela angioCT de abdomen, com achado adicional de rins em ferradura.

Foi avaliado pela equipe de radiologia intervencionista que realizou angiografia digital de aorta abdominal, tronco celíaco, mesentéricas e superseletiva das artérias esplênica e hepática, onde foi evidenciado pseudoaneurisma gigante da artéria hepática própria com presença de circulação colateral advinda de ramos gastroduodenais e da arcada pancreatoduodenal, reabitando a artéria hepática comum.

Decidiu-se e optou-se pela embolização imediata do pseudoaneurisma pelo alto risco de ruptura com a injeção superseletiva na artéria hepática própria de uma solução de cola Histoacryl com Lipiodol a 33%. As imagens de controle mostraram oclusão do pseudoaneurisma com retenção do meio de contraste.

O paciente apresentou dor de fraca intensidade no pós-operatório imediato e realizou US doppler de controle que evidenciou trombose do pseudoaneurisma e ausência de fluxo em seu interior.

Recebeu alta hospitalar sem queixas e apresentou febre baixa vespertina, cessada após sete dias. Permanece assintomático e em seguimento ambulatorial.

EMBOLIÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA VEIA PORTA COM COLA (CIANOACRILATO): EXPERIÊNCIA DO INCA.

José Hugo Luz. , Henrique Salas Martins, Hugo Rodrigues Gouveia, Felipe Paes Barbosa Diniz Nogueira, Bernardo Caetano da Silva Rodrigues, Raphael Braz Levigard., Tiago Nepomuceno Araújo Elias de Miranda, Andre Didier Lyra.

A embolização pré-operatória da veia porta (EVP) é uma modalidade de tratamento empregada objetivando aumentar o tamanho do fígado remanescente futuro (FRF) em pacientes que serão submetidos à hepatectomia. O benefício deste procedimento está relacionado ao fato de que a morbi-

mortalidade das ressecções hepáticas estão diretamente relacionadas a quantidade insuficientes de fígado remanescente levando a insuficiência hepática.

A indicação do procedimento pode ser baseada no tamanho do FRF e sua relação com a volumetria hepática obtida por tomografia, o teste da função hepática ou a complexidade da ressecção.

A escolha da técnica utilizada para embolização portal varia de instituição para instituição e de acordo com a experiência de cada serviço. Na nossa instituição realizamos a embolização portal com n-butil-2-ciano-acrilato (Histoacryl®) através da punção percutânea dos ramos portais por acesso preferencialmente do lado aonde será realizado a embolização (ipsilateral).

No presente estudo, analisamos os resultados obtidos na nossa série de casos de pacientes tratados com EVP quanto ao sucesso técnico, tempo total de procedimento, complicações, eficácia e custo e comparamos com os dados da literatura.

Os dados obtidos mostram que a EVP com uso de cola é uma técnica segura, mais rápida, com bons resultados quanto à hipertrofia hepática e de baixo custo. Porém o uso da cola demanda um maior cuidado na realização do procedimento.

EMBOLOGIZAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO DO PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO – SÉRIE DE CASOS

Flávio Willamis Ferreira Melo Junior, Kelianny Carla Duarte de Araújo, Jordano Sampaio Goncalves Silva, Marconi Cosme Sousa de Oliveira Filho, Paulo Cesar de Jesus Goncalves Júnior, Jackson dos Santos Rocha, Wilson Ferreira Almino de Lima Filho e Wilson de Oliveira Sousa Júnior

INTRODUÇÃO

Os paragangliomas cervicais são tumores raros, sendo o mais comum os tumores de corpo carotídeo com prevalência estimada em 1/30.000. A origem são células quimioceptoras derivadas da crista neural situadas no bulbo carotídeo, geralmente benignos e hipervasculares cujo tratamento é a ressecção da lesão com ou sem embolização pré operatória.

OBJETIVOS E MÉTODOS

Análise retrospectiva de todos os casos de tumor de glomus carotídeo tratados no Hospital SM no período de 2002 a 2011, totalizando 08 casos todos tratados com embolização pré operatória e ressecção cirúrgica. Foram avaliados dados demográficos, achados de imagem, embolização pré operatória e resultados e complicações cirúrgicas

RESULTADOS

Um total de sete pacientes foram tratados no serviço sendo , cinco do sexo feminino e 3 do sexo masculino e sete pacientes com lesão unilateral. Todos foram submetidos a angiografia pré operatória identificando lesão hipervascular do lado acometido e lesão bilateral em um paciente. Todas as lesões foram submetidas a embolização pré operatória da artéria faríngea superior com partículas de PVA levando a desvascularização da lesão. Após embolização todos os pacientes foram submetidos a ressecção cirúrgica com sucesso, sem lesões de pares cranianos com apenas 1 paciente com paresia temporária de membro superior esquerdo.

DISCUSSÃO

A identificação desses tumores é incidental, apresentando-se geralmente como massa cervical assintomática e de crescimento lento, podendo se tornar sintomáticos por compressão de estruturas vizinhas. A angiografia é exame essencial, fornecendo confirmação diagnóstica e delineando o suprimento arterial do tumor, em geral originado de ramos da carótida externa.

O diagnóstico de um tumor de corpo carotídeo leva à indicação de sua ressecção cirúrgica, pois o retardo nessa indicação pode permitir o crescimento tumoral, tornando o ato cirúrgico mais difícil. Os objetivos da embolização pré-operatória dos tumores de corpo carotídeo são a redução da hemorragia peroperatória, a redução do tamanho do tumor e, como decorrência, um ato operatório mais fácil, com melhor visualização de vasos e nervos.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico do tumor de glomus carotídeo com embolização pré operatória é possível apresentando-se como opção de tratamento com baixa taxa de complicações.

IMPLANTAÇÃO DE STENT NO TRATAMENTO DE QUADRO COMPATÍVEL COM DISPLASIA FIBROMUSCULAR - SÉRIE DE 3 CASOS

Daniela Oliveira Teixeira, Pedro Augusto Manica, Luana Reinstein Oliveira, Lucas Kreutz Rodrigues, Letícia Machado, Ana Maria Benvegnú.

INTRODUÇÃO: a displasia fibromuscular (DFM) é uma doença vascular não inflamatória e não aterosclerótica caracterizada por distúrbio hiperplásico. Ocorre anormalidade no crescimento celular da parede das artérias de pequeno e médio calibre e cursa com diferentes anormalidades, como estreitamento vascular até complicações severas como aneurisma e dissecção. No sistema vascular cerebral, as carótidas são os vasos mais acometidos (95%). A etiologia da DFM ainda não é conhecida. Acomete principalmente mulheres, entre 15 e 50 anos, sem história familiar de doença. Os sintomas e sinais são variados e determinados pela artéria doente. Os sintomas decorrentes da DFM nas artérias carótidas são os mesmos de um acidente vascular cerebral de qualquer outra etiologia. O diagnóstico desta patologia se baseia em uma detalhada história clínica com exame vascular, métodos de imagem e exame histopatológico. Entre os métodos de imagem, a angiografia revela-se método diagnóstico de maior acurácia. O tratamento baseia-se na revascularização e o método de escolha consiste em colocação de stent intravascular. Essa técnica apresenta menor índice de reestenoses, complicações e mortalidade quando comparada à cirurgia tradicional. **OBJETIVO:** avaliar a eficácia do tratamento endovascular com colocação de stent em pacientes com hipótese diagnóstica de displasia fibromuscular. **MATERIAIS E MÉTODOS:** foram estudadas três pacientes com angiografia e quadro clínico compatíveis com displasia fibromuscular, sem confirmação histopatológica, em que tratamos com a colocação de stent. Eram mulheres, com idades entre 28 e 51 anos e hipertensas. As manifestações clínicas foram diferentes nos três casos e incluíam isquemias cerebrais transitórias, hemotímpano, epistaxe, sensação de pulsação no ouvido, tontura, hemiparesia e cefaleia intensa. Na angiografia cerebral da primeira paciente foi observado imagem de rotura no segmento petroso da artéria carótida interna esquerda com extravasamento de contraste para nasofaringe e o tratamento foi a implantação transluminal percutânea de stent. Na segunda, a angiografia mostrou pseudoaneurisma de carótida interna esquerda e tratou-se com stent revestido no segmento cervical. Na terceira paciente, pseudoaneurisma e estenose simultaneamente de artéria carótida interna direita e estenose de artéria carótida interna esquerda, foi visto. O tratamento de escolha foi implantação de stent revestido. Os resultados da técnica de colocação de stent intravascular foram bastante satisfatórios com melhora dos déficits neurológicos, sem novos sintomas. Após dois anos de follow-up, as duas primeiras pacientes encontram-se assintomáticas e a última, com um mês de pós-operatório está assintomática. **DISCUSSÃO:** a displasia fibromuscular é considerada uma doença incomum, porém sua etiologia e prevalência na população se mantêm desconhecidas. Apenas a prevalência dos pacientes sintomáticos é conhecida e consiste em 1%. A doença se caracteriza por anormalidade no crescimento da parede das artérias principalmente de médio e pequeno calibre e tem sua classificação baseada em qual camada foi mais atingida. Desse modo, a DFM pode ser íntima, média ou adventícia, sendo a fibroplasia média o tipo mais comum (90% dos casos). As artérias mais acometidas são as renais e as carótidas (95%). Os sinais e sintomas variam de acordo com a artéria acometida. Numerosas manifestações cerebrovasculares, entre elas, ataques isquêmicos transitórios, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnóidea, cefaleia, vertigem, zumbido, hemianopsias, paraparesias atáxicas, entre outros. O diagnóstico está baseado em exames de imagem e histopatológico. O tratamento baseia-se na revascularização arterial. O tratamento pode ser feito através da cirurgia tradicional ou angioplastia. Essa técnica, minimamente invasiva, consiste na punção arterial, geralmente, artéria femoral, com navegação até o sítio da lesão e implantação de stent endovascular. O tratamento endovascular, comparado ao método tradicional, apresenta menos complicações, menor índice de reestenoses e mortalidade e tempo transoperatório reduzido. **CONCLUSÃO:** em nosso estudo, foram diagnosticados pacientes com estenose, rotura e pseudoaneurisma, sinais sugestivos dessa patologia. A introdução de stent intravascular revela-se o tratamento de escolha para esses pacientes, sendo considerado superior à cirurgia tradicional por apresentar menor índice de complicações, morbimortalidade e tempo de transoperatório reduzido, o que facilita o manejo clínico do paciente. Neste trabalho, esse procedimento se mostrou bastante seguro e eficaz, com revascularização da lesão e redução gradual e completa dos sintomas.

IMPLANTE DE SHUNT TRANSJUGULAR PORTOSSISTÊMICO EM LACTENTE PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO SINUSOIDAL PÓS-TRATAMENTO PARA TUMOR DE WILMS

Rafael Gustavo Gomide Alcântara, Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, Edgar Bortolini, André de Moreira Assis, Carlos Augusto de Oliveira Motta, Airton Mota Moreira, Joaquim Mauricio da Motta Leal Filho, Francisco César Carnevale.

INTRODUÇÃO

A síndrome de obstrução sinusoidal (SOS), comumente conhecida como doença veno-oclusiva, é uma síndrome clínica rara, resultante de congestão sinusoidal. É caracterizada por hepatomegalia, ascite, ganho de peso e icterícia. Atualmente está comumente associada aos regimes de quimio-radioterapia principalmente para tratamento de transplante de medula óssea (TMO). Há também descrições de casos pós-transplante de órgãos sólidos, especialmente hepático. Os critérios diagnósticos descritos desta síndrome são os de Seattle e de Baltimore, ambos são baseados nos achados de ascite, ganho ponderal, hiperbilirrubinemia e hepatomegalia.

O Tumor de Wilms (TW) é umas das neoplasias mais frequentes da infância e sua estratégia terapêutica consiste em quimioterapia pré-operatória, seguido de cirurgia e quimioterapia pós-operatória com radioterapia adicional em alguns pacientes. O regime de quimioterapia consiste na combinação de Vincristina e Actinomicina D e Doxorrubicina. A associação da SOS com TW está bem estabelecida na literatura, chegando a 8% dos casos baseados apenas dados clínicos, geralmente associada a Actinomicina D ou sua combinação radioterapia.

Várias séries e relatos de casos na literatura descrevem o implante de TIPS para o tratamento da SOS, geralmente utilizado em casos avançados e graves, com bons resultados técnicos, porém não alterando o desfecho final, provavelmente pela gravidade da doença de base. Muitos autores sugerem que o TIPS é efetivo desde que implantado antes que a síndrome esteja avançada.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de SOS pós-tratamento quimio-radioterápico para tumor de Wilms tratado com implante de TIPS com sucesso clínico.

RELATO DE CASO

Lactente com 1 ano e 3 meses foi diagnosticado com TW bilateral com invasão da veia cava inferior (VCI) em março de 2011. Iniciou-se tratamento pelo protocolo SIOP 2001 (alto risco estágio III) com Actinomicina, Vincristina e Doxorrubicina. Três meses depois, o paciente foi submetido à ressecção das massas abdominais e trombectomia da veia cava inferior. Em seguida realizou radioterapia abdominal. O paciente foi reestadiado no pós-operatório como Estadio III intermediário e iniciou quimioterapia pós-operatória com o mesmo protocolo.

Seis meses após o início do tratamento apresentou aumento do volume abdominal associado à febre e neutropenia. A TC de abdome evidenciou ascite, hepatomegalia e trombose extensa de veia cava inferior. Evoluiu com sepse grave, necessidade de UTI e punções de líquido ascítico para alívio diariamente. Não foi encontrado agente do quadro infeccioso sendo descartada peritonite bacteriana.

Necessitava de punções de alívio a cada 24hs-48hs devido taquidispnéia restritiva e insuficiência renal progressiva com regime de hipertensão intra-abdominal. O quadro não regrediu em nenhum momento, mesmo com otimização de diurético, beta-bloqueador e infusão de albumina diária. Em nenhum momento apresentou insuficiência hepática ou citologia oncótica positiva em líquido peritoneal.

A endoscopia digestiva alta evidenciava cordões varicosos esofágicos de fino calibre.

O paciente foi submetido à biópsia transjugular, medida do gradiente venoso hepático (GVH) e flebografia hepática. Não havia obstrução ao fluxo venoso das veias hepáticas e a veia cava inferior apresentava-se pérvia no segmento supra-hepático e no nível das mesmas. A medida da GVH foi de 7 mmHg.

O resultado da biópsia hepática evidenciou alargamento sinusoidal com fibrose perissinusoidal, achados presentes na síndrome de obstrução sinusoidal, porém não definitivos para o diagnóstico.

Após discussão multidisciplinar, com paciente apresentando quadro de hipertensão portal, hepatomegalia e ascite intratável, sem evidências de progressão da doença, associado a quadro sugestivo de síndrome Budd-Chiari like, foi indicado a realização de shunt portossistêmico intra-hepático. Apesar de não haver aumento significativo da bilirrubina a etiologia mais provável considerada foi a síndrome de obstrução sinusoidal.

O lactente se apresentava desnutrido e no momento do implante do TIPS pesava 9,6 Kg. O TIPS foi implantado através da punção da veia hepática direita com acesso à veia porta direita. O gradiente portossistêmico era de 13 mmHg. Foi implantado uma endoprótese revestida 10 x 40 mm (Viatorr – Gore) e dilatada para 8 mm. O controle final mostrou adequado escoamento portal com gradiente final de 1 mmHg.

O lactente evoluiu com melhora progressiva da ascite, sem necessidade de novas paracenteses. Com a melhora clínica após o implante do TIPS recebeu alta hospitalar e reiniciou ambulatorialmente a quimioterapia. Seis meses após o implante de TIPS manteve-se estável, sem ascite. Foi mantida anticoagulação com enoxaparina profilática e prosseguiu-se o protocolo quimioterápico. Apresentou ganho ponderal e desenvolvimento neuropsicomotor adequado, sem relato de encefalopatia.

MALFORMAÇÕES VASCULARES INTRACRANIANAS – IMAGENS CHAVE E PARTICULARIDADES NOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.

Bruna Emmanuelle Linhares Fonseca Mata, Leonardo Vandesteen Pereira, Leonardo Luiz Avanza.

Introdução:

O diagnóstico de malformações vasculares intracranianas é de fundamental importância nos exames de imagem. A interpretação das imagens pode não ser fácil e as patologias vasculares podem estar agrupadas ou associadas com outras doenças.

Este trabalho tem por objetivo exemplificar e comparar imagens típicas das malformações vasculares intracranianas, com o intuito de facilitar o seu reconhecimento no cotidiano, observando as particularidades de cada uma destas entidades.

Tipos:

São quatro os tipos básicos de malformações vasculares intracranianas: malformação arteriovenosa (MAV), telangectasias capilares, angiomas cavernosos e malformações venosas.

Destas, as MAV's são formadas por uma rede complexa de vasos, com artérias nutricias, colaterais, nidus e veias de drenagem. São divididas em MAV's piais, durais ou mistas.

As MAV's piais ou parenquimatosas, são lesões congênitas que se localizam preferencialmente nos hemisférios cerebrais, são sintomáticas (cefaléia e convulsões) e podem ser isoladas ou múltiplas, quando componentes de síndromes sistêmicas. As MAV's durais em geral são lesões adquiridas, localizadas na parede interna dos seios venosos, frequentemente na base do crânio, obliterando-os. A sintomatologia é variável, de acordo com o seio acometido.

As telangectasias capilares correspondem a emaranhados de capilares ectasiados, com paredes desprovidas de músculo liso e fibras elásticas.

Ocorrem mais comumente na ponte e no cerebelo, são múltiplas e constituem achado de exame. Podem coexistir com angiomas cavernosos.

Os angiomas cavernosos são constituídos por espaços sinusoidais próximos entre si, com alterações hemorrágicas em diferentes fases de degradação da hemoglobina, habitualmente apresentando amplo componente de hemossiderina. A grande maioria é supratentorial, predominando nos lobos frontal e temporal. As malformações venosas, compreendem os angiomas venosos, as malformações da veia de Galeno e as veias varicosas. Os angiomas venosos são formados por uma rede de veias em arranjo radial que drenam para uma veia coletora de maior calibre, habitualmente epidurária ou transcortical. São considerados variantes anatômicas ou mesmo anomalias do desenvolvimento venoso (ADV). Têm notável associação com os angiomas cavernosos. Localizam-se preferencialmente na substância branca profunda dos lobos frontal e cerebelo.

As malformações da veia de Galeno reúnem um grupo heterogêneo de anomalias que têm como ponto comum a dilatação desta veia da linha média.

Há dois tipos básicos de malformação da veia de Galeno. A primeira é constituída por fístulas arteriovenosas diretas que se comunicam com o precursor da veia de Galeno. O segundo tipo há uma MAV parenquimatosa, cujo nidus drena para a veia de Galeno.

E as veias varicosas são veias anormalmente dilatadas, que podem estar no parênquima cerebral ou nas leptomeninges e cursam com aumento da pressão intracraniana e hidrocefalia. Podem estar associadas a MAV's piais e durais.

Conclusões:

As malformações vasculares intracranianas frequentemente apresentam um aspecto típico de imagem nos exames de tomografia computadorizada e principalmente de ressonância magnética.

Como esses métodos de imagem não são invasivos e fazem parte do screening neurológico, é importante a correta identificação destas alterações para suspeição e confirmação diagnóstica nas diversas situações de apresentação.

PASSO-A-PASSO DA CORE-BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA: REVISÃO E “CHECK-LIST”

Rafael Dahmer Rocha , Cláudia Sofia Aires, Diogo P. B. Aquino Tavares

INTRODUÇÃO: Primeiramente descrita por Parker e col. no início da década de 90, a Core-Biópsia (CB) de Mama Guiada por Ultrassonografia (US) constitui atualmente um dos principais métodos diagnósticos das doenças neoplásicas mamárias, sendo considerada por muitos como a técnica de escolha para biópsia em todas as alterações mamárias visíveis ao método. Com o advento das biópsias por agulha grossa (Core ou Tru-Cut) tornou-se possível diferenciar carcinomas in situ dos carcinomas invasivos. Nas lesões mamárias, a CB preferencialmente é realizada utilizando um método de imagem como guia (Ex: US ou estereotaxia), embora possa ser realizado, com menor sensibilidade, somente através da palpação. O uso da estereotaxia é preferível em lesões inaparentes ao US (Ex: microcalcificações sem massa sólida associada). A sensibilidade da CB guiada possui uma taxa média de 96%, similar à biópsia cirúrgica. Já os falso-negativos são encontrados em 0-9% dos casos. As vantagens da CB guiada por US, indicações e limitações podem ser observadas nas Tabelas 1, 2 e 3, respectivamente. Durante esses 20 anos, a técnica da CB tem se demonstrado muito segura, sendo raras as complicações graves (0,2%). Este artigo de revisão descreve todos os passos envolvidos na CB de mama guiada por US, incluindo indicações, limitações, técnica, seguimento e a elaboração de um “check-list”.

PRÉ-BIÓPSIA. Primeiramente devem ser revisados os exames de imagem da paciente. A US é refeita para documentar a lesão, estabelecer a técnica a ser utilizada, confirmar se há uma adequada indicação de biópsia e avaliar as limitações que possam dificultar o procedimento. Feito isso, obtém-se o consentimento informado e prepara-se o material (Figura 1). A pistola automática de longo alcance (1,5-2,3cm) é preferível a de curto alcance (1,5cm), e o calibre de agulha recomendado para a CB é de 14G. O profissional deve estar acostumado ao som normal e como manusear a pistola, ciente de quantos milímetros a gaveta da agulha avançará quando disparada, a fim de evitar que a mesma transfixe a parede torácica. Posiciona-se a paciente da forma mais adequada ao procedimento, geralmente utilizando o decúbito dorsal, estando o membro superior ipsilateral à lesão repousado atrás da cabeça.

BIÓPSIA. A técnica preferível é a “mão-livre”, em que o radiologista manuseia o transdutor com uma mão e a pistola com a outra. Utiliza-se o acesso através da curvatura da mama, na periferia da mesma, posicionando a agulha distante pelo menos 2-3 cm da borda do transdutor, orientada em eixo paralelo à parede torácica e perpendicular ao transdutor, permitindo a melhor visualização ultrassonográfica da agulha e diminuindo o risco de lesões (Figura 2). Com o transdutor identifica-se a lesão a ser biopsiada e com a mão que o segura, recomenda-se apoiar a palma e os 4º e 5º dedos sobre o campo, estabilizando a mama. Com a outra mão e orientando-se pela US, infiltra-se o anestésico por todo o trajeto até a lesão, por onde a agulha de CB também irá se insinuar. Devemos retirar fragmentos de diferentes áreas da lesão (no mínimo 5), colocando-os em recipiente com formaldeído a 10%. Entre uma amostra e outra, o médico ou a auxiliar deve realizar compressão da mama com gazes para diminuir o risco de hematomas. Em casos de biópsias que incluam microcalcificações, as amostras devem ser radiografadas para confirmar a presença de cálcio.

PÓS-BIÓPSIA. Deve-se comprimir a área de incisão e do nódulo por pelo menos 5 minutos e então se aplica um curativo compressivo. Recomenda-se à paciente aplicar gelo e evitar exercícios mais intensos por pelo menos 2 dias. O profissional emite um laudo do procedimento e preenche a requisição do histopatológico, o qual deve incluir um relato detalhado da lesão, especificando categoria radiológica, localização, número de fragmentos obtidos, presença de linfonodomegalias e intercorrências. Deve-se esclarecer todas as dúvidas da paciente e agendar retorno quando obtiver o resultado do histopatológico. A conduta recomendada pelo INCA está sugerida na Tabela 4. Em até 18% dos casos pode-se necessitar nova biópsia. O principal motivo deve-se a lesões benignas e/ou de alto risco que exijam cirurgia, seguidos de discordância entre o achado clínico-radiológico e amostra inadequada. O radiologista é de extrema importância no seguimento das pacientes, principalmente nos casos de

resultado benigno na CB, entretanto com achado mamográfico suspeito. Estudos mostraram que grande parte dos falso-negativos puderam ser reavaliados precocemente sem alterar na evolução da paciente. Uma abordagem multiprofissional e uma boa relação com a paciente vão garantir o retorno e bom acompanhamento do caso. Na Tabela 5, observam-se resumidamente todos os passos para uma adequada CB de Mama guiada por US.

QUIMIOEMBOLIZAÇÃO NO TRATAMENTO DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORETAL

Bernardo C. S. Rodrigues, José Hugo Mendes, Henrique Salas Martin, Hugo Gouvea, Rafael Braz, Felipe Diniz, Tiago Nepomuceno

Avaliação preliminar de controle tumoral após quimioembolização arterial no tratamento paliativo de metástases hepáticas em pacientes com câncer coloretal. Foram selecionados pacientes com metástases hepáticas irresssecáveis e sem resposta satisfatória a quimioterapia sistêmica. O tratamento foi executado em sessões de terapia minimamente invasiva de quimioembolização arterial com DEBIRI. DEBIRI consiste em um sistema de entrega de droga por microesferas DC BEADS carregadas com o quimioterápico Irinotecan, capaz de libera-lo de maneira controlada, sustentada e em altas doses apenas localmente. A resposta tumoral foi avaliada por tomografia computadorizada através de análise comparativa das lesões antes e após as sessões baseando-se no guidelines of Response Evaluation Criteria in Solid Tumors.

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI: RELATO DE CASO

Márcio Felipe Tavares de Oliveira, João Paulo Cândido Barbosa, Débora Medeiros Araújo, *Suyanne Maria* de Albuquerque Xerez Martins, Zilais Linhares Carneiro Menescal, Suerda Guiomar Fernandes Feijó e Pedro Coelho Nogueira Diógenes.

A Síndrome de Budd-Chiari trata-se de um distúrbio raro, cujo quadro clínico foi descrito inicialmente por Budd em 1845 e as alterações histológicas por Chiari em 1899. A síndrome de Budd-Chiari (SBC) é caracterizada pela oclusão das veias supra-hepáticas, geralmente de natureza trombótica, com ou sem envolvimento associado da veia cava inferior (VCI), nesta desordem, observamos obstrução de caráter insidioso ou agudo das veias hepáticas, levando a um mecanismo de hipertensão portal pós-sinusoidal, manifestando-se com ascite volumosa e hepatomegalia dolorosa. Está muito associada às síndromes trombofílicas, como as desordens mieloproliferativas, gravidez e neoplasias. Objetivo: Relatar um caso de Síndrome de Budd-Chiari, considerando este distúrbio raro na população, atentando para a sua suspeição em pacientes com quadro de ascite volumosa refratária, perda de peso. Metodologia: Avaliação clínica, análise de dados do prontuário e de resultados de exames laboratoriais e de imagem. Relato de caso: Paciente F.E.M, 50 anos, masculino, agricultor, união estável, natural de Quixeramobim-CE e procedente do Pará, Paciente relata que há 6 meses apresentou quadros de "empachamento" e desconforto abdominal, utilizou antiparasitários sem melhora, dois meses após foi verificado a presença de uma hérnia umbilical, motivo que o levou a internação para correção cirúrgica, 15 dias após a cirurgia desenvolveu ascite volumosa, sendo internado em hospital no Pará para investigação, após 2 meses de internamento foi diagnosticado a SBD, paciente estava com Child B8 e MELD de 22 sendo encaminhado ao HUWC. Paciente admitido na Enfermaria de Gastroenterologia do HUWC com quadro de ascite volumosa refratária, de instalação progressiva há cerca de 3 meses, desconforto abdominal, principalmente em hipocôndrio direito, perda de peso (12 kg em 6 meses). Ao exame, estado geral regular, consciente, orientado, acianótico, icterico (+/4+), normoidratada, hipocorada(+/4+). Exame do aparelho cardiovascular e respiratório evidenciando ritmo cardíaco regular em dois tempos, com bulhas normonéticas, sem sopros, e murmúrio vesicular presente, simétrico em ambos os hemitórax. Abdome globoso, tenso e doloroso à palpação, piparote +.Extremidades : Edema de MMIII com cacifo (3+/4+) Exames laboratoriais demonstrando alteração das provas de função hepática, bem como alterações do coagulograma. Foram realizadas endoscopia digestiva alta, ultra-sonografia, angio-ressonância antes da internação no referido Serviço, evidenciando varizes esôfago-gástricas de médio e fino calibre, hepatomegalia as custas principalmente de lobo caudado, falha de enchimento da VCI sugestivo de trombo, não visualização das veias supra-hepáticas respectivamente. O diagnóstico foi confirmado com ultra-

sonografia-Doppler e a angio-ressonância, mostrando achados típicos como incapacidade de visualização das veias supra-hepáticas. Paciente evoluiu sem encefalopatia hepática, porém com ascite refratária à terapia medicamentosa, sendo necessário paracenteses de alívio com infusão de albumina associada. O paciente encontra-se na lista de transplante hepático e, enquanto o aguarda, será realizado um TIPS. A Síndrome de Budd-Chiari, se não tratada, evolui para óbito em meses ou anos e a resolução espontânea é rara, devendo, portanto, ser instituído o tratamento precocemente. Menos de 1/3 dos pacientes sobrevive um ano sem um tratamento eficaz. Daí a importância de uma investigação direcionada em pacientes com quadro clínico compatível, com confirmação diagnóstica por meio de exames como a ultra-sonografia-Doppler e angio-ressonância.

TRATAMENTO DE ISQUEMIA CRÍTICA DE MEMBRO INFERIOR COM TÉCNICA HÍBRIDA

Ricardo Wagner da Costa Moreira, David Domingos Rosado Carrilho, Pedro Victor Alcântara da Costa

O tratamento da isquemia crítica de membro inferior pode ser feito utilizando a revascularização cirúrgica ou através de procedimentos endovasculares, dependendo do tipo de lesão encontrada e também das condições clínicas do paciente.

A combinação das duas técnicas pode ser útil para ampliar a indicação do tratamento, dessa forma passando a oferecer uma possibilidade de tratamento a pacientes que antes não tinham essa opção.

Descrevemos o caso clínico de uma paciente que possuía uma oclusão fêmoro-poplítea associada a lesões estenóticas em artérias distais a partir do terço médio da perna mas que não podia ser abordada cirurgicamente devido a obesidade e condições ruins da pele exatamente no local que seria feita a incisão para uma ponte distal.

A paciente foi submetida a um bypass fêmoro-poplíteo infra-patelar com veia safena e através da punção da veia safena do enxerto, sob visão direta pela abertura da incisão cirúrgica, foi realizado o tratamento das estenoses nas artérias distais por técnica endovascular através de angioplastia com balão.

Assim a combinação das duas técnicas foi útil para o tratamento desta paciente possibilitando a correção das lesões que não podiam ser abordadas cirurgicamente devido às condições cutâneas ruins.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR RELACIONADA À NEOPLASIAS TORÁCICAS: RELATO DE TRÊS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

André Moreira de Assis, Joaquim Maurício da Motta-Leal-Filho, Edgar Bortolini, Rafael Gustavo Gomide Alcântara, Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, Carlos Augusto de Oliveira Motta, Airtón Mota Moreira, Francisco Cesar Carnevale.

INTRODUÇÃO: A síndrome da veia cava superior (SVCS) corresponde à uma complicação comum das malignidades torácicas, sendo geralmente associada à um prognóstico reservado. É caracterizada por uma combinação de achados clínicos relacionados ao aumento de pressão venosa na região superior do corpo, decorrente de compressão extrínseca ou invasão direta da veia cava superior (VCS) e/ou das veias braquiocefálicas. Os sintomas associados podem ser severos e debilitantes, com significativa piora da qualidade de vida dos pacientes, e incluem cianose, pletora, edema da cabeça, do pescoço e dos membros superiores, além de dispnéia, tosse e rouquidão. A limitação do retorno venoso da cabeça pode cursar ainda com edema cerebral e consequente cefaléia, confusão mental e coma. Ao longo de algumas semanas, desenvolvem-se extensas redes de circulação colateral no pescoço e no tronco. O diagnóstico é estabelecido em bases clínicas, e confirmado através de exames de imagem. As opções atuais de tratamento são, via de regra, de caráter paliativo, e incluem medidas de suporte clínico, quimioterapia (QT), radioterapia (RT) e abordagem endovascular com implantação de stents, combinadas ou isoladamente. QT e RT tem sido empregadas como terapêutica de primeira linha nos pacientes com SVCS nas últimas décadas, apesar do considerável índice de insucesso. A abordagem endovascular com implantação de stents tem sido considerada uma alternativa promissora, associada a uma série de vantagens, incluindo a rapidez no alívio da sintomatologia e a não interferência com a terapêutica oncológica específica a ser realizada. Estudos recentemente publicados na literatura demonstraram bons resultados clínicos, com baixos índices de complicações.

OBJETIVO: Relatar uma série de 03 pacientes portadores de SVCS relacionada à neoplasias torácicas tratados por meio de abordagem endovascular, além de revisar a literatura sobre o tema.

CASUÍSTICA E MÉTODOS: Três pacientes do sexo masculino com idades variando entre 35 e 63 anos (média de 53,3 anos), apresentando achados clínicos relacionados à SVCS foram submetidos à terapêutica endovascular através de implantação de stents. Dentre os sintomas relatados, destacavam-se o edema facial, da cabeça e do pescoço, pletora, cefaléia e dispnéia. Dois pacientes apresentavam diagnóstico de câncer de pulmão, sendo um deles um carcinoma de pequenas células e o outro um carcinoma espinocelular, e o terceiro era portador de um melanoma maligno metastático, com sítio primário desconhecido. Todos os pacientes já haviam sido submetidos à tratamento com diversas linhas de QT e/ou RT, com progressão da doença à despeito das estratégias empregadas. Com relação aos aspectos técnicos, todos os procedimentos foram realizados sob anestesia local e heparinização plena. Múltiplos acessos venosos foram utilizados, incluindo femoral e braquial bilateralmente, além de veias superficiais dos membros superiores, guiados ou não por Ultrassonografia (US). As lesões estenosantes foram transpostas através do uso de fios-guia hidrofílicos, com auxílio de catéteres. Todos os pacientes apresentavam estenoses da VCS e de segmentos de ambas as veias braquiocefálicas, sendo submetidos à desobstrução bilateral do fluxo sanguíneo. Foram implantados 3 stents e 2 pacientes e 2 stents em 1 paciente, num total de 8. Todos os stents implantados foram auto-expansíveis e não-revestidos; quando julgado necessário, acomodação através de dilatação por balão foi realizada. Em nenhum dos casos foi necessária trombólise química ou mecânica. O acompanhamento dos pacientes foi realizado com base em aspectos clínicos, TC com contraste e US com Doppler.

RESULTADOS: O sucesso técnico, caracterizado por êxito na transposição das lesões e implantação dos stents conforme planejado, foi de 100%. Clinicamente, todos os pacientes apresentaram melhora dos sintomas relatados em até 72 horas, notadamente do edema da cabeça e do pescoço e da cefaléia. Durante um período médio de acompanhamento de 162 dias (71 a 253 dias), foi caracterizada trombose parcial de um stent (12,5%), resultando em uma patência primária de 87,5%. Um paciente evoluiu com alteração da função renal pós-procedimento, de causa presumivelmente multifatorial, revertida com medidas clínicas; não foram observadas outras complicações associadas ao método. Mesmo com a trombose parcial de um stent, não houve nenhum caso de recidiva da sintomatologia com necessidade de reintervenção. Os pacientes foram à óbito 71 à 253 dias após o tratamento endovascular, em decorrência de progressão da patologia de base.

CONCLUSÃO: O tratamento endovascular da SVCS relacionada à neoplasias torácicas apresenta bons resultados clínicos e baixos índices de complicações, devendo ser considerada como alternativa viável na palição de pacientes portadores da condição.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DAS ARTÉRIAS VISCERAIS DO TERRITÓRIO ESPLÂNCNICO, ACOMETIDAS POR DOENÇA ISQUÊMICA NÃO ANEURISMÁTICA.

Crescêncio Alberto Pereira Cêntola, Raquel Cristina Trovo Hidalgo, Rafael Gomes de Almeida Garzon, Luis Gustavo Hernandez, Leandro Vellutini Werner, Daniel Fernando Reis Duarte, Moisés do Carmo Bastos, Renan de Carvalho Oliveira

Introdução: Os estudos científicos a respeito da isquemia arterial mesentérica sugerem que essa doença é pouco entendida, muito pouco diagnosticada e raramente tratada, apesar de sua alta letalidade. Nesses casos a isquemia aguda representa uma emergência cirúrgica freqüentemente fatal, em grande parte pela demora no diagnóstico como já foi citado, e tem como principais causas a embolia arterial cardiogênica, a trombose arterial e a trombose venosa mesentérica. A isquemia crônica, na maioria das vezes, é causada pela evolução da aterosclerose sistêmica que determina a obstrução gradual principalmente dos óstios tronculares das artérias viscerais. **Objetivo:** Demonstrar o perfil dos pacientes, a técnica utilizada e os resultados obtidos no tratamento endovascular de artérias viscerais do território esplâncnico, acometidas por doença isquêmica não aneurismática, em um centro de referência de cirurgia endovascular. **Método:** Foi realizado a análise de prontuários de pacientes submetidos a revascularização de artérias do território esplâncnico pelo método endovascular, no centro regional de radiologia intervencionista, no período de 25/01/1995 à 24/02/2011. **Resultados:** Foram analisados 28 prontuários de pacientes submetidos a tratamento endovascular para revascularização de artérias viscerais do território esplâncnico, acometidas por doença isquêmica não

aneurismática e foi obtido os seguintes resultados: sexo masculino 50% x feminino 50%; idade <60-16%, 60 à 69-36%, 70 à 79- 40%, >80: 8%; artérias acometidas: tronco celíaco: 40%, artéria mesentérica superior: 75%, artéria mesentérica inferior: 18%; grau de estenose >60%-11%, >70%-27%, >80%-5%, >90%-46%, oclusão-11%; tipo de lesão: ostial-64%, para-ostial: 21%, corpo- 12%; tipo de acesso: braquial- 32% x femoral- 68%; técnica utilizada angioplastia com balão 24% e angioplastia com implante de stent expansível por balão 76%; sucesso técnico: 100%. Conclusão: Não houve diferença entre sexo nos pacientes tratados, a prevalência foi em pacientes com idade entre 60 e 80 anos, a artéria mais acometida foi a mesentérica superior, com lesões dos tipos ostiais e estenose > 90%, e a técnica de eleição foi a angioplastia com implante de stent expansível por balão utilizando o acesso femoral com sucesso técnico de 100%.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DAS MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES

Rafael Gustavo Gomide Alcântara, Daniel Kanaan, Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, Edgar Bortolini, André de Moreira Assis, Carlos Augusto de Oliveira Motta, Joaquim Maurício da Motta Leal Filho, Francisco César Carnevale

INTRODUÇÃO:

As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são comunicações diretas (fístulas de alto fluxo) e anormais entre as artérias e as veias pulmonares através de sacos aneurismáticos e na ausência de leitos capilares (baixa resistência).

Na maioria das vezes, 60 a 90% dos casos, a MAVP é congênita e está associada à telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) e estão associadas a MAV com comprometimento visceral. A presença desses shunts pulmonares podem levar a: embolia sistêmica paradoxal associada a acidente vascular encefálico, ataque isquêmico transitório e/ou abscesso cerebral; hemotórax; hemoptise maciça; e sintomas respiratórios como: dispnéia, cianose e baqueteamento digital.

O tratamento endovascular é hoje o tratamento de eleição, revolucionando o manejo desta enfermidade e praticamente eliminando a necessidade de abordagem cirúrgica. O procedimento é relativamente seguro e permite reintervenções futuras, devido aos altos índices de recidiva. O objetivo do tratamento é o reduzir o shunt direito-esquerdo, aliviar os sintomas e prevenir complicações.

Casuística e métodos

Foram acompanhados 8 pacientes com diagnóstico de THH e MAVP (7 pacientes do sexo feminino e 1 do sexo masculino) tratados com embolização no período de janeiro de 2006 até maio de 2012. A variação de idade foi de 13 a 67 anos (média .49,2 anos). Todos os pacientes possuíam uma angiogramografia de tórax pré-procedimento demonstrando as MAVP.

Os dados colhidos incluíram os aspectos demográficos, história clínica, detalhes do procedimento, sucesso técnico, sucesso clínico, localização das lesões, complicações e acompanhamento clínico. Os pacientes foram acompanhados pelo serviço de pneumologia antes e após os procedimentos, sendo avaliado o grau de dispnéia segundo a classificação da New York Heart Association e a saturação periférica de O₂ (SpO₂)

Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia local, por acesso femoral unilateral. As malformações foram ocluídas através de molas fibradas de liberação livre e / ou plugs vasculares (Amplatzer).

Sucesso técnico foi definido como a oclusão completa da MAVP após a embolização e o sucesso clínico foi definido como melhora dos sintomas, melhora da dispnéia e melhora da SpO₂.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho avaliar o sucesso técnico e clínico do tratamento endovascular das MAVP.

RESULTADOS

Todos os pacientes do grupo tinham o diagnóstico de THH. Todos, exceto um paciente, apresentavam dispneia (89%). Além da dispneia os pacientes apresentavam como manifestação ou complicação da doença: acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) em dois pacientes (22%), um paciente com acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh) 11%, três apresentavam epistaxe (33%), um anemia (11%) e outro com dor torácica (11%) e opacidade pulmonar à radiografia de tórax. Metade dos pacientes apresentavam telangiectasias mucosas (50%).

No total foram realizados 12 embolizações, com um total de 13 MAVP embolizadas, sendo que em uma paciente, duas MAVP tinham sido embolizadas há 9 anos e apresentaram recanalização. Uma destas MAVP era complexa e foi embolizada em dois tempos.

Foram utilizadas molas fibradas de nitinol de liberação livre isoladamente em 8 casos e em 6 casos foram utilizados o plug vascular Amplatzer, dois destes casos necessitaram molas adicionais. Três pacientes não tiveram todas as MAVP embolizadas antes do término do presente trabalho. O número de molas utilizadas por vaso variou entre 3 a 12 molas. Foram utilizadas molas fibradas 0,035'' em 7 casos e em 1 caso foi utilizada mola 0,018''.

Quanto aos plugs vasculares, o diâmetro variou entre 8 e 14 mm, com média de sobredimensionamento de 43%. Três casos foram utilizados Amplatzer tipo I e três casos tipo II. Foram utilizadas molas adicionais 0,035'' em dois casos com Amplatzer tipo I (2 molas em um caso e 1 mola em outro).

Dos pacientes que tiveram todas as MAVP embolizadas ou as MAVP remanescentes não tinham repercussão clínica e apresentavam SpO₂ alterada (4 pacientes), houve melhora da SpO₂ até 11% com média de 9% (tabela 1). Das pacientes que apresentavam MAVP com expressão clínica e não tiveram todas as MAVP embolizadas (2 pacientes) obtiveram uma melhora na saturação de até 14% na SpO₂.

Quanto à melhora na classe funcional (CF) nos pacientes que apresentavam dispnéia, todos os pacientes no controle precoce (1 a 3 meses) pós-embolização apresentavam-se como CF I, exceto uma das pacientes que não teve tratamento completo que se manteve na CF 1/2. A paciente adolescente não apresentava dispnéia, porém, apresentava cianose central e apesar de ainda apresentar MAVP calibrosa em programação de embolização já apresentou melhora significativa após uma sessão onde foram embolizadas 2 MAVP (melhora da cianose e saturação aumentou de 80% para 94%). Não houve complicações maiores durante ou após os procedimentos. Duas pacientes apresentaram dor torácica e uma náusea e vômitos. Houve um caso de recanalização

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DA ARTÉRIA ILÍACA ISOLADA

Leandro Vellutini Werner, Crescêncio Alberto Pereira Cêntola, Raquel Cristina Trovo Hidalgo, Rafael Gomes de Almeida Garzon, Luis Gustavo Hernandes, Daniel Fernando Reis Duarte, Moisés do Carmo Bastos, Renan de Carvalho Oliveira

INTRODUÇÃO

O aneurisma de artéria ilíaca isolada é um evento raro, que acomete menos de 2% de todos os aneurismas intra-abdominais e menos de 0,1% de toda a população. Apresenta uma significativa morbidade e mortalidade, sendo indicado o tratamento eletivo quando apresentam diâmetro maior que 30mm. É muitas vezes descoberto durante exames clínicos e de rotina, pois o paciente é assintomático na maioria das vezes, mas pode apresentar sintomas de compressão visceral ou neurológica, ruptura, embolização distal e trombose.

OBJETIVO

Revisar a experiência do nosso serviço no tratamento endovascular de aneurismas da artéria ilíaca isolada.

MÉTODO

Foram selecionados os pacientes tratados por via endovascular com aneurisma da artéria ilíaca isolada entre o período de 1997 e 2011. A tomografia computadorizada e a arteriografia foram utilizadas para definir os casos a serem tratados e a estratégia de tratamento no pré-operatório, e o controle pós-operatório.

RESULTADO

Foram tratados um total de 42 pacientes com aneurisma da artéria ilíaca isolada entre Abril de 1997 e Dezembro de 2011, sendo 35 da artéria ilíaca comum, 1 da artéria ilíaca externa e 6 da artéria ilíaca interna. Destes, 3 pacientes foram tratados bilateralmente, e o lado mais acometido foi o esquerdo, com 22 pacientes (19 da AIC, 2 da AII e 1 da AIE), contra 17 pacientes à direita (13 da AIC e 4 da AII). A média de idade foi de 67,5 anos, sendo 37 pacientes do sexo masculino e 5 do feminino. 29 pacientes (69%) eram assintomáticos e 13 (31%) eram sintomáticos.

O diâmetro médio dos aneurismas tratados foi de 40,3mm. Foi feita embolização da artéria ilíaca interna em 32 casos, sendo usado molas em 27 pacientes (média de 3,1 molas por paciente) e fio-guia sem alma em outros 5 pacientes. Foi usado 1 dispositivo (endoprótese ou stent revestido) em 20 pacientes, e 2 dispositivos em 18 pacientes.

As complicações pós-operatórias maiores ocorreram com 3 pacientes (0,7%), com 1 paciente apresentando endoleak tipo V, 1 paciente endoleak tipo I, 1 paciente endoleak tipo III, havendo reintervenção nestes dois últimos casos (0,5%).

A patência primária após 1 ano de tratamento foi de 100% dos pacientes, não havendo óbitos relacionados ao procedimento constatados neste período de seguimento.

CONCLUSÃO

O tratamento endovascular do aneurisma da artéria ilíaca isolado demonstrou ser seguro e efetivo, sendo este procedimento minimamente invasivo e de grande benefício para o paciente.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE LESÕES FÊMORO-POPLÍTEAS EXTENSAS (TASC C E D)

Denis Szejnfeld, Ricardo Abdala, Vinicius Adami Vayego Fornazari, Igor Rafael Sincos, Sergio Belczak

O TASC (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Document on Management of Peripheral Arterial Disease – TASC), consenso consumado inicialmente por catorze sociedades médicas no ano 2000,1,2 desde então propõe a padronização de diretrizes para o tratamento e manejo clínico/cirúrgico da doença arterial periférica (DAP), discriminadas em segmentos aorto-iliaco, femoropoplíteo e respectivamente subclassificadas gradativamente de acordo com o aspecto das suas lesões em A, B, C e D.1

Segundo o TASC, a subclassificação das lesões em A, B, C e D é feita com o objetivo de correlacioná-las aos melhores tratamentos possíveis, baseado nas melhores evidências disponíveis.

Inicialmente, apenas as lesões classificadas como Tasc A, seriam passíveis de abordagem endovascular. Com o advento das técnicas endovasculares, as possibilidades vêm se expandindo e tornou-se possível tratar de maneira endovascular lesões bem mais extensas (Tasc C e D).

Objetivo:

Demonstrar a utilização da técnica endovascular no tratamento de lesões extensas no segmento fêmoro-poplíteo.

Material e método

Durante o período de Janeiro de 2010 a Maio de 2012, 49 pacientes (10 com lesões Tasc C e 39 com lesões Tasc D) no segmento fêmoro-poplíteo foram submetidos a procedimento de angioplastia. Todos os pacientes apresentavam dor isquêmica de repouso e lesão trófica.

Os procedimentos foram realizados utilizando-se acesso contra-lateral com introdutor longo aramado 6F. A recanalização foi realizada com técnica endoluminal em 18 (36,7%) dos pacientes e com técnica sub-intimal em 31 pacientes (63,3%).

Foram utilizados balões variando entre 4 e 6mm de diâmetro e stents autoexpansíveis com diâmetros de 6mm.

Os pacientes receberam heparinização total durante o procedimento e logo após retirada do introdutor receberam dose de ataque de 300 mg de Clopidogrel. Foram orientados a manter ingestão de 75 mg/dia de clopidogrel por 1 mês e 200 mg de AAS de uso permanente.

Os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente e avaliou-se resposta clínica com relação à dor e fechamento da ferida.

Resultados:

Houve sucesso técnico imediato com restabelecimento do fluxo em 100% (10/10) pacientes com Tasc C e em 76,9% (30/39) dos pacientes com Tasc D. Houveram 5 complicações sendo 4 extravazamento de contraste sem repercussões hemodinâmicas e auto-limitados e 1 trombose de todo segmento tratado com significativa repercussão isquêmica do membro.

Os pacientes foram seguidos em período médio de até 3 meses após procedimento. Dos pacientes que obtiveram sucesso técnico, houve melhora da ferida e da dor em 83,3 % (25/30) dos pacientes com lesões Tasc D e em 80%(8/10) dos pacientes com Tasc C.

Conclusão: A terapêutica endovascular de lesões extensas no território fêmoro-poplíteo é factível e com índices de sucesso técnico e clínico satisfatórios.

TRATAMENTO DE TUMORES BENIGNOS FUNCIONANTES DA ADRENAL UTILIZANDO ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA GUIADOS POR IMAGEM

Thiago Franchi Nunes, Denis Szejnfeld, Ana Carolina Wanderley Xavier, Luiz Fernando Falcão, Claudio Elias Kater, Cassio Andreoni, Sergio Aron Azjen e Suzan Menasce Goldman

INTRODUÇÃO:

O tratamento consagrado e de escolha para os tumores funcionantes de adrenais é a ressecção cirúrgica. Uma nova modalidade terapêutica em estudo é ARF de tumores benignos da adrenal guiados por tomografia computadorizada. Existem estudos para esta modalidade terapêutica no tratamento de tumores benignos de adrenal mostrando altas taxas de sucesso (> 95%), baixas taxas de complicações e menor tempo de internação comparados com tratamento cirúrgico laparoscópico. Há mais de uma década, esta técnica já é utilizada para o tratamento de tumores malignos renais, com excelentes resultados e com mínimas taxas de complicações, principalmente aqueles com dimensões menores do que 3 cm.

OBJETIVO

Objetivo primário: Avaliar se a ARF guiada por imagem é eficaz no tratamento dos tumores benignos e funcionantes da supra-renal

Objetivo secundário: verificar se a RM é capaz de avaliar a resposta pós-tratamento por RF

MÉTODO

Desenho do estudo

O presente estudo será uma pesquisa clínica, do tipo secundária, prospectiva, longitudinal, não controlada, descritiva, de acurácia e em centro único.

Amostra

ARF será oferecida como uma opção terapêutica para os pacientes que se apresentarem com tumores benignos e funcionantes de supra-renais (adenomas funcionantes), com diagnóstico baseado na avaliação clínico-laboratorial e RM prévia com achados clássicos de adenomas.

Serão realizados procedimentos de ARF para o tratamento de 10 pacientes com diagnóstico confirmado e com avaliação prévia por imagem. Esses pacientes serão encaminhados ao serviço de Radiologia Intervencionista do Hospital São Paulo (HSP). O seguimento desses pacientes será realizado por um período de 12 meses através de avaliações bioquímicas seriadas e exames de controle com RM do abdomen superior. Considerando a eficácia da terapia ablativa por ARF, e tendo em vista as dimensões das lesões que serão abordadas, não será obtida a confirmação histológica dos nódulos.

Os pacientes incluídos no estudo serão submetidos a:

1- Exames bioquímicos específicos: dosagem de aldosterona e / ou atividade plasmática de renina (nos casos de hiperaldosteronismo primário), dosagem de cortisol sérico e salivar após supressão com dexametasona (nos casos de hipercortisolismo), e dosagem de andrógenos (nos casos de tumores virilizantes).

2- o paciente fará uma única tomografia computadorizada com protocolo de baixa dose durante o seu tratamento. A avaliação prévia e os exames de controle (1 e 6 meses) serão realizados por ressonância magnética 1,5T.

3- Não haverá armazenamento de material biológico.

Avaliação das imagens

Pré-ARF:

As pacientes serão submetidas à RM até 6 meses antes da ARF para avaliação da localização e dimensões dos nódulos. As dimensões do nódulo serão mensuradas nos 3 planos (axial, sagital e medial), sendo considerado o maior diâmetro.

Pós-ARF:

Após quatro semanas e após 6 meses da ARF, as pacientes realizaram RM de controle para verificar presença ou ausência de lesão tumoral residual.

Os parâmetros utilizados são: realce, intensidade de sinal (IIS), dimensões e medidas do mapa de ADC.

RESULTADOS PARCIAIS:

Os resultados preliminares mostram que a RFA é factível, eficaz e pode ser utilizada como opção de tratamento nos adenomas funcionantes tipicamente benignos.

RM (realce e ADC) parece ser eficaz no monitoramento por imagem na avaliação da resposta radiológica

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULA CAROTIDA-CAVERNOSA TRAUMÁTICA: TÉCNICA DE REMODELAMENTO COM BALÃO E MOLAS

Moysés L. Ponte de Souza; Gustavo Andrade; Romero Marques; Jose Laércio Silva, Carlos Abath; Hildo R. C. Azevedo-Filho

Fístulas Carótida Cavernosas (FCC) são comunicações arteriovenosas anormais entre a artéria carótida, ou seus ramos, e o Seio Cavernoso (SC). A classificação mais comumente utilizada subdivide esta patologia em quatro tipos: Tipo A são fístulas diretas de alto fluxo entre a Artéria Carótida Interna (ACI) e SC que normalmente ocorrem após trauma ou ruptura de um aneurisma na ACI Cavernosa; Tipo B são shunts durais entre os ramos meníngeos da ACI e o SC; Tipo C são shunts durais entre os ramos meníngeos da Artéria Carótida Externa (ACE) e o SC, e o Tipo D são shunts durais entre os ramos meníngeos, tanto do ACI e ACE e o SC.

Embora vários métodos de tratamento tenham sido utilizados, a terapia endovascular surgiu como a forma mais segura e eficaz de lidar com essas lesões. O objetivo no tratamento de uma FCC direta (Tipo A) é ocluir o local da fistula e, se possível, preservar a perviedade da ACI.

O objetivo deste estudo foi propor um tratamento alternativo para FCC, utilizando a técnica de Embolização do Seio Cavernoso com espirais destacáveis assistida por Balão (Balloon assisted sinus coiling - BASC) e fazer uma descrição detalhada desta nova opção de procedimento.

Sob anestesia geral, os autores realizaram BASC para o tratamento de cinco pacientes com FCC traumática. Foi utilizado acesso percutâneo através da artéria femoral direita, e uma bainha 7F, ou, alternativamente, uma abordagem bifemoral (6F). Um microcateter sobre um microguia 0,014 polegadas foi introduzido dentro do SC através do ponto fistuloso, tentando-se colocá-lo longe do ponto de fistula e sempre fazendo uma "Curva em U" na parede do seio. Através da mesma carótida, avançaram um balão complacente cruzando o ponto da fistula, cobrindo toda lesão carotídea. Utilizando o microcateter localizado dentro do seio cavernoso, longos coils foram colocados, preenchendo o SC e respeitando o balão.

Completa resolução angiográfica imediata foi obtida e os controles angiográficos precoces (média = 2,6 meses) mostraram estabilidade completa sem qualquer recanalização. Nos pacientes em que era observada drenagem cortical, houve desaparecimento deste achado já no controle angiográfico no final do procedimento. O mesmo aspecto se manteve nos controles tardios. O seguimento clínico continua sem qualquer sinal de recidiva (média = 15,2 meses).

O tratamento endovascular é o tratamento ideal para FCC direta, tendo como primeira opção durante vários anos o uso de balão destacável. Entretanto, há vários relatos de destacamento espontâneo, perda da insuflação, perfuração e recanalização. Associado com o fato do mesmo ter sido retirado do nosso mercado desde 2009, seu uso se tornou inexequível.

Outra possibilidade de tratamento seria a utilização de Stent recoberto, mas sua navegação ainda não é favorável e ainda é necessária terapia antiplaquetária, o que o torna inviável em pacientes com eventos hemorrágicos e/ou com risco de sangramento, como aqueles com drenagem cortical; soma-se o fato da patência a longo prazo ainda não está totalmente estabelecida.

Desta forma, a Embolização do Seio Cavernoso com Coils assistida por Balão (BASC) aparece como uma excelente opção de tratamento. Entretanto, até o presente momento, não há qualquer descrição detalhada deste procedimento.

Um estudo angiográfico com a compreensão adequada do ponto exato da fistula, das suas vias de drenagem venosa e com familiarização destes dispositivos, tornará esta técnica eficaz, fácil e segura.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA FEMORAL POR STENT RECOBERTO: EXPERIÊNCIA PRELIMINAR

Marcos Antonio Batista Freitas, Ricardo Augusto Carvalho Lujan e Marivan Pedra Araujo

Introdução:

O tratamento endovascular do pseudoaneurisma da artéria femoral secundário a complicações do cateterismo é o tratamento de escolha dentro de um pequeno grupo de pacientes que devido a doença cardíaca avançada, não toleram a abordagem cirúrgica, a reconstrução vascular e a hemorragia. O procedimento geralmente realizado sob anestesia local é bem tolerada e encurta o período de hospitalização.

Objetivo:

Mostrar que o tratamento endovascular do pseudoaneurisma por stent recoberto é uma alternativa eficaz e com risco operatório baixo para paciente que apresenta co-morbidades severas.

Métodos:

De fevereiro de 2004 a agosto de 2011, foram tratados 11 pacientes (idade média 73 anos, 9 mulheres e 2 homens) portadores de um volumoso pseudoaneurisma da artéria femoral secundário a cateterização da artéria femoral. O sangramento foi responsável por uma instabilidade hemodinâmica associada a uma queda dos níveis de hemoglobina < 8 g/L. O local de sangramento foi localizado na artéria femoral comum em 10 casos e na femoral superficial em 1 caso. O tratamento endovascular em todos os casos consistiu de uma punção da artéria femoral contra-lateral seguido da cateterização da artéria ilíaca ipsilateral. O material utilizado foi o stent coberto Advanta V 12 (Atrium) para os pseudoaneurismas da femoral comum e o stent coberto Viaban (Gore) ao nível da femoral superficial. Para prevenir a formação de um outro falso aneurisma no novo sítio de punção, decidimos fechar o orifício da artéria com a utilização de um dispositivo hemostático Angio-Seal 6F ou 8F (Saint Jude).

Resultados:

Todos os pseudoaneurismas foram excluídos com sucesso. Todos os pacientes obtiveram após o procedimento uma estabilidade hemodinâmica. Em um caso houve infecção da loja do hematoma em região inguinal, que foi tratada com drenagem cirúrgica. Este bom resultado permaneceu estável durante o período de seguimento ambulatorial 6 meses e 1 ano após a cirurgia. As ecografias de controle mostraram uma regressão completada hematomas, uma permeabilidade das artérias femorais e ausência de complicações em relação aos stents.

Discussão

Um pseudo aneurisma pode complicar uma cateterização da artéria femoral. Em situações particulares associadas a um falso aneurisma volumoso, instabilidade hemodinâmica, doença cardíaca avançada ou com distúrbios de coagulação, o sangramento deverá ser contido rapidamente. Neste seleto grupo a abordagem cirúrgica clássica ou a utilização de trombina poderiam retardar o tratamento aumentando a comorbidade.

O tratamento endovascular por stents cobertos podem ser utilizados com segurança e de forma rápida com excelentes resultados.

O risco ligado a uma futura punção dos stents não deve ser subestimada.

TROMBECTOMIA MECANICA COM STENT SOLITAIRE AB NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO AGUDO: EXPERIENCIA PRELIMINAR EM UMA POPULACAO BRASILEIRA

Luis Henrique de Castro-Afonso; Thiago Giansante Abud; Octávio Marques Pontes-Neto;
Lucas Moretti Monsignore; Guilherme Seizem Nakiri; Livia de Oliveira; Daniela dos Santos;
Daniel Giansante Abud

Objetivos: As oclusões proximais no acidente vascular cerebral isquêmico agudo (AVCI) estão associadas a baixas taxas de recanalização com a trombólise endovenosa. Nestas situações, os stents recuperáveis tem sido associados a altas taxas de recanalização. Nós avaliamos a segurança e eficácia do stent Solitaire AB no AVCI. Métodos: Foram prospectivamente avaliados pacientes apresentando AVCI. Foram utilizadas as escalas NIHSS e rankin modificada (mRS) para avaliação neurológica. As modalidades de tratamento foram: terapia de resgate, bridging e trombectomia direta. Foram registrados o tempo de inicio dos sintomas à recanalização e o tempo de procedimento. A recanalização foi mensurada através da escala para trombólise no infarto cerebral (TICI). Resultados: Vinte e um pacientes foram avaliados. A idade média foi 65 anos, NIHSS de entrada variou de 7 a 28 (média 17). O sítio de oclusão foi na artéria cerebral média 61.9% dos casos, na carótida interna em 28.4% e na artéria basilar em 9.5%. Dos casos 66.6% recebeu trombectomia direta, 28.5% terapia

resgate e 4.7% bridging. O tempo médio de recanalização foi de 356.5 minutos o tempo médio de procedimento foi de 45.7 minutos. Foi obtidas uma taxa de recanalização (TICI 2b, 3) de 90.4%, uma taxa de hemorragia sintomática de 14.2%. O NIHSS na alta hospitalar variou de 0 a 25 (média de 6.9). Aos 3 meses, 61.9% dos pacientes tiveram um mRS ≤ 2 e a uma taxa de mortalidade de 9.5%.

Conclusões: O stent Solitaire-AB parece ser seguro e eficaz. São necessários estudo clínicos randomizados para avaliar todos os benefícios do stent Solitaire no AVCI.

UTILIDADE DA AORTOGRAFIA APÓS EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS UTERINAS PARA A IDENTIFICAÇÃO DE FLUXO UTERINO RESIDUAL ATRAVÉS DA ARTÉRIA OVARIANA NO TRATAMENTO DE MIOMAS. RELATO DE CASO.

Octavio Meneghelli Galvao Goncalves, Joaquim Maurício da Motta-Leal-Filho, Edgar Bortolini, Rafael Gustavo Gomide Alcántara, Carlos Augusto de Oliveira Motta, André Moreira de Assis, Daniel Kanaan, Francisco Cesar Carnevale.

Introdução:

A oferta sanguínea residual para o útero pela artéria ovariana (AO) é uma causa conhecida e potencial de falha da embolização das artérias uterinas

(EAU). Vários autores relatam que a perfusão uterina por circulação colateral ovariana pode ocorrer em 5% -10% das mulheres. É descrita uma sensibilidade de até 20% para identificação da AO pela aortografia controle após EAU, mas somente em 1% dos casos identifica-se fluxo sanguíneo adicional para o útero. Spies JB et cols definem fluxo potencialmente substancial para o útero quando a AO irriga mais de 10% da metade ipsilateral do útero (grau 3, 4 ou 5).

Relato de caso:

ORD, 47 anos portadora de miomatose uterina, com quadro de metrorragia há um ano, com dois episódios de instabilidade hemodinâmica, sendo que nessa última internação necessitou de cuidados de terapia intensiva e transfusões sanguíneas. Ultrassonografia confirmou grande nódulo miometrial, transmural, fúndico, de provável natureza miomatosa.

Embolização: Procedeu-se EAU por meio de cateterismo superseletivo utilizando microcateter e micropartículas de PVA Contour 500-700 μm (Cook®).

Verificou-se que a artéria uterina direita apresentava com fino calibre e pouca irrigação sanguínea uterina.

Realizou-se a aortografia ao final do procedimento em projeção pósterio-anterior, utilizando meio de contraste não-iônico (Henetix®), com injeção em bomba injetora de 20 ml a uma taxa de 10 mL/seg com pressão e 600 psi. Foi identificada artéria ovariana direita com suprimento uterino tipo II segundo classificação de RAZAVI e cols e grau IV segundo classificação de

Spies. Procedeu-se EAO após cateterismo seletivo utilizando-se micropartículas de PVA Contour 500-700 μm (Cook®). A paciente teve alta da UTI sem sinais de sangramento e encontra-se assintomática até o momento (após 1 mês).

Conforme observado em estudos recentes, o fluxo residual da artéria ovariana para o útero após EAU, apresentou uma sensibilidade pela aortografia para visualização da AO com fluxo substancial para o útero em cerca de 1%.

Este estudo concluiu que a aortografia pós-embolização é de valor limitado na identificação de perfusão residual do mioma pela AO e questiona a utilização desse complemento devido a uma exposição adicional de radiação ao paciente e uma maior administração de contraste na realização de imagens adicionais. Entretanto neste caso específico, a aortografia controle realizada após a EAU foi fundamental para identificação do suprimento sanguíneo adicional do útero pela artéria ovariana direita, embolização e controle do sangramento.

CONCLUSÃO:

A aortografia pós EAU foi importante nesse caso pois conseguiu identificar um suprimento sanguíneo adicional significativo para o útero e resultou no controle do sangramento e estabilidade hemodinâmica. Estudos futuros serão necessários para esclarecer a importância desse exame complementar.