



UNICAMP

COREME / FCM /
COMVEST

RESIDÊNCIA MÉDICA 2023
ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
RESPOSTAS ESPERADAS

QUESTÃO 1

- a) Avaliação clínica com história e exame clínico. Toque retal e dieta laxante. Após, reavaliar o doente. Se apresentar melhora dar alta com acompanhamento do aneurisma com ultrassom abdominal a cada seis meses.

- b) Etiológico - Obstipação intestinal
Anatômico - Cólon esquerdo
Sindrômico – abdome agudo obstrutivo

QUESTÃO 2

a. A oclusão arterial aguda de membro inferior pode ter etiologia trombótica ou embólica. A etiologia trombótica se refere a doentes com história progressiva de sintomas e sinais da doença arterial crônica periférica no membro como, claudicação, ausência ou diminuição dos pulsos e lesão trófica. Na oclusão embólica o doente nunca apresentou sintomas de doença arterial e na pesquisa após o evento de oclusão aguda apresenta ou aneurisma, ou disritmia cardíaca ou trombofilia.

b. A conduta imediata é embolectomia seguida de arteriografia intraoperatória para avaliar o resultado da cirurgia. Posteriormente, na investigação das causas da oclusão arterial pode ser realizado ecocardiograma (avaliação de trombos intracardíacos, discinesia de parede ventricular ou outros achados relacionados à cardiopatia, angiotomografia de aorta e membros inferiores (avaliação de aneurismas e placas emboligênicas).

QUESTÃO 3

a. Apesar da ausência de soro ou frêmito, a ultrassonografia com Doppler de carótidas e vertebrais apresenta sensibilidade muito superior ao exame físico, sendo possível a presença de estenoses de carótidas mesmo sem achados relevantes ao exame físico. Além disso durante o exame de ultrassom é possível avaliar as características da placa, possibilitando o diagnóstico em situações de maior potencial emboligênico, como a imagem sugestiva de úlcera ou rotura da placa. A avaliação da

ecogenicidade também é relevante considerando as placas hipo ou isoecogênicas de composição predominantemente lipídica com maior potencial emboligênico.

b. A simples avaliação do percentual de estenose não é suficiente para a definição do tratamento. Informações como a presença ou ausência de úlcera ou rotura da placa, além da ecogenicidade que pode sugerir se há predominância lipídica ou cálcio são importantes na definição do tratamento. No caso em questão se trata de um doente sintomático em relação a estenose carotídea, cuja avaliação da placa e pela neurovascular são necessárias para definição da conduta, pois dependendo desses fatores a endarterectomia pode ser indicada em estenoses menores que 70% em diâmetro

QUESTÃO 4

a. Revascularização do membro inferior direito através de enxerto femorotibial posterior com veia safena magna da perna contralateral.

b. 1. Síndrome compartimental.

Conduta: fasciotomia que pode ser realizada de forma preventiva durante a cirurgia de revascularização ou curativa no acompanhamento pós-operatório.

2. Oclusão do enxerto.

Conduta: embolectomia, revisão das anastomoses e nova arteriografia intraoperatória para avaliar irregularidades nas artérias do membro e a vasculatura distal que dá vazão ao fluxo.

3. Síndrome da reperfusão.

Conduta: hidratação, monitoramento da função renal, dosagem da creatinoquinase (CK) e do pH urinário, com alcalinização da urina se necessário. Monitoramento de eletrólitos com medidas para hipercalemia se necessário.

QUESTÃO 5

a. Exame clínico e ultrassonográfico para avaliar local e extensão da trombose. Cirurgia aberta para retirada de trombos ou trombólise por procedimento endovascular, seguido da avaliação da causa da oclusão.

b. Doente deverá ser submetido a acesso de veia central com colocação de "permcath" e enviado a nefrologia para priorizar seu transplante