

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
CENTRO DE SELEÇÃO

RESIDÊNCIA MÉDICA – 2009

O Centro de Seleção da Universidade Federal de Goiás coloca à disposição as *respostas esperadas oficiais* das questões da prova de Cirurgia Vascular (Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular).

Essas respostas foram utilizadas como referência no processo de correção. Respostas parciais também foram aceitas, sendo que a pontuação atribuída correspondeu aos diferentes níveis de acerto.

CIRURGIA VASCULAR
(Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular)

— QUESTÃO 01 —

Síndrome compartimental dos membros inferiores: conceito, etiologia, diagnóstico e tratamento.

É uma síndrome isquêmica provocada pelo aumento da pressão intracompartimental acima da pressão de perfusão.

Inúmeras causas podem levar ao aumento da pressão intracompartimental dentre as quais podem-se citar: exercícios, traumatismos, cirurgias de revascularização, trombozes venosas profundas, implante de próteses de silicone ou outros materiais nos compartimentos, etc.

O diagnóstico é feito inicialmente pelo quadro clínico, que consiste em dor acentuada nos compartimentos, parestesia, edema, anestesia e culmina com contração muscular irreversível. A confirmação do diagnóstico é feita pela medida da pressão nos compartimentos. Uma pressão acima de 30 mm Hg confirma o diagnóstico.

O tratamento consiste em fasciotomia dos compartimentos osteoaponeuróticos da perna. São quatro os compartimentos da perna e todos devem ser descomprimidos.

A fasciotomia pode ser feita por uma única incisão lateral, por onde os compartimentos anterior, lateral e posterior superficial e profundo podem ser descomprimidos. Pode-se fazer também uma incisão ântero-lateral para descomprimir os compartimentos anterior e lateral e outra incisão póstero-medial para descomprimir os compartimentos posterior superficial e profundo.

— QUESTÃO 02 —

Conceituar trombofilia hereditária, descrever os principais exames utilizados para sua identificação e a conduta a ser tomada em vista de o diagnóstico ser positivo.

Trombofilia é a predisposição aumentada ao aparecimento de fenômenos tromboembólicos. A trombofilia hereditária é devida a alterações genéticas nos fatores de coagulação.

Os principais exames a serem realizados são:

dosagem da Proteína S
dosagem da Proteína C
pesquisa da mutação do gene da protrombina (F II G20210A)
anticoagulante lúpico
anticorpo anticardiolipina
homocisteinemia
antitrombina III (AT)
fator V de Leiden

A conduta a ser tomada depende de qual(is) fator(es) esteja(m) alterado(s) e do fato de o paciente ser sintomático ou assintomático.

Nos pacientes assintomáticos, a conduta é fazer profilaxia de TVP durante os períodos em que haja aumento do risco de tromboembolismo, como trauma, cirurgia, gestação, etc. Nesses casos, faz-se a profilaxia com heparina de baixo peso molecular por 2 a 4 semanas. Desaconselhar o uso de anticoncepcional oral.

Nos pacientes sintomáticos agudos, fazer o tratamento da fase aguda com heparina e manter anticoagulação oral por 6 meses, 1 ano ou por toda a vida, dependendo do menor ou maior risco de recorrência.

Nos pacientes com antecedentes de TVP ou tromboembolismo, a conduta é fazer profilaxia de novos episódios, em períodos de maior risco, com heparina de baixo peso molecular por 2 a 4 semanas e, dependendo do risco de reincidência, fazer anticoagulação oral por períodos de até 1 ano ou por toda a vida. Nesses pacientes, deve-se desaconselhar o uso de anticoncepcional oral e terapia de reposição hormonal.

— QUESTÃO 03 —

Aneurisma da aorta abdominal: métodos diagnósticos, evolução do aneurisma não tratado e conduta cirúrgica, quando e como operar.

O diagnóstico do aneurisma da aorta abdominal é feito pela história clínica, pelo exame físico e exames complementares.

Na história há relato de massa pulsátil no abdome, de tromboembolia arterial em membros inferiores e, raramente, dor abdominal.

No exame físico do abdome, nota-se hiperpulsatibilidade na região periumbilical e epigástrica e à palpação constata-se uma massa pulsátil que é mais difícil de sentir no paciente obeso.

Os exames utilizados para o diagnóstico do aneurisma da aorta abdominal são: Rx simples do abdome, no qual se pode observar calcificações da parede do aneurisma. Ultra-sonografia do abdome, que mostra o aneurisma e a presença ou não de trombos murais. O duplex scan, que além de mostrar o aneurisma, a presença ou não de trombos, mostra o fluxo proximal, distal e na luz do aneurisma. A angiotomografia, que mostra com detalhes o aneurisma, sua dimensão, sua relação com as artérias renais e artérias ilíacas, o comprometimento de estruturas vizinhas como a coluna lombar e a veia cava inferior.

A angiorressonância, que é utilizada com a mesma finalidade da angiotomografia nos pacientes que não podem fazer uso de contraste iodado. Angiografia(aortografia) convencional, quando não se dispõe da angiotomografia e angiorressonância e se quer ver a relação do aneurisma com a emergência das renais e se há ou não comprometimento das artérias ilíacas.

O aneurisma da aorta abdominal tem a tendência de crescer continuamente, mesmo quando há controle adequado da pressão arterial e de outros fatores de risco. A velocidade de crescimento é muito variável, mas admite-se um crescimento anual de 0,3 a 0,5 cm, dependendo do diâmetro inicial do aneurisma. Quando atinge cerca de 4 cm de diâmetro, o risco de rotura passa a existir. Quanto maior o aneurisma maior o risco de rotura.

O aneurisma da aorta abdominal deve ser operado quando atinge 5,5cm de diâmetro. Pode-se indicar a cirurgia em aneurismas de calibre menor em mulheres e em homens em que o seguimento é difícil, como pacientes que moram no interior e têm dificuldade de ser acompanhados a cada 6 meses.

A cirurgia pode ser feita pelo método convencional, que é a abordagem direta do aneurisma através de laparotomia transperitoneal ou retroperitoneal. Esta última pode ser feita, também, por videolaparoscopia. Outro método de cirurgia é a endovascular, que pode ser feita por abordagem das artérias femorais comuns ou ilíacas.

Em todos os métodos, o aneurisma é substituído por uma prótese de dacron ou de teflon.

Na técnica convencional, a prótese é suturada no colo proximal e no colo distal ou nas artérias

ilíacas. No método endovascular, a prótese é fixada no colo proximal com um *stent* e os ramos são fixados nas artérias ilíacas também com *stent*.

— QUESTÃO 04 —

Simpatectomia lombar: mecanismo de ação, indicação e técnica cirúrgica.

A simpatectomia lombar provoca uma diminuição do tônus arterial e a abertura de *shunts* arteriovenosos pré-capilares. Com isso facilita a formação de circulação colateral e a irrigação principalmente da pele.

A simpatectomia lombar está indicada nos casos em que há diminuição da irrigação da extremidade podal com lesões tróficas, quando não há possibilidade de melhora com as cirurgias de revascularização. Isso ocorre em doenças vasoespásticas, como na doença de Raynaud, no livedo reticular necrotizante, na tromboangeite obliterante (Doença de Buerger), na aterosclerose periférica com comprometimento das artérias tronculares em pacientes não-diabéticos.

A simpatectomia lombar pode ser feita cirurgicamente com a exérese de 2 a 3 gânglios simpáticos lombares ou através da fenolização da cadeia simpática lombar por punção translombar.

A cirurgia é realizada mediante uma abordagem no flanco (direito ou esquerdo). A incisão começa na altura da extremidade da 11ª costela e se dirige à espinha do púbis do lado contralateral, atingindo a linha que vai do umbigo à espinha ilíaca omolateral.

Os músculos oblíquo externo, oblíquo interno e transversos são divulsionados na direção de suas fibras. O peritônio é rebatido medialmente junto com a gordura retro-peritoneal e atinge-se a coluna lombar ao longo da qual se identifica a cadeia simpática lombar. Faz-se a exérese do segundo, terceiro e quarto gânglios lombares. Deve-se ter cuidado com o sangramento das veias lombares que cruzam o campo operatório.

O fechamento da parede é feito plano a plano, para evitar a formação de eventração ou hérnia.

— QUESTÃO 05 —

Descrever o quadro clínico de uma fístula artériovenosa póstraumática ilíaca-ilíaca direita de longa duração.

O quadro clínico de uma fístula artériovenosa depende do calibre da comunicação entre a artéria e a veia. Uma fístula de pequeno calibre pode ficar assintomática por muito tempo e ser detectada por acaso em algum exame ultra-sonográfico realizado por outras causas. Com o passar do tempo, uma fístula pode expandir-se e passar a ser sintomática. Uma fístula artériovenosa ilíaca-ilíaca direita de longa duração poderá apresentar quadro de insuficiência venosa crônica em membro inferior direito, caracterizada por dor cansada, pesada, edema, eczema e/ou úlcera de estase; dispnéia aos esforços, provocada por insuficiência cardíaca de difícil controle. Ao exame clínico, pode-se notar um frêmito na fossa ilíaca direita, que, à ausculta, se traduz em sopro sistodiastólico com reforço sistólico. Pode haver formação de varizes na região inguino-crural e membro inferior direitos. A pressão arterial terá um diferencial maior que o habitual com um aumento da pressão sistólica e diminuição da pressão diastólica. Há aumento da frequência cardíaca.