



# ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

www.elsevier.pt/acv



## CASO CLÍNICO

### Recanalização subintimal total femoropoplíteia após falência de bypass infrapoplíteo: redefinindo estratégias



Mário Vieira\*, João Rocha-Neves, Pedro Paz Dias, Rui Chaves, Marina Neto, José Ramos e José Teixeira

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospital de São João, Porto, Portugal

Recebido a 2 de junho de 2015; aceite a 19 de setembro de 2015  
Disponível na Internet a 24 de novembro de 2015

#### PALAVRAS-CHAVE

Oclusão bypass femoro-poplíteo;  
Recanalização subintimal;  
Stent Supera®

#### KEYWORDS

Femoropoplíteal bypass failure;  
Subintimal recanalization;  
Supera® stent

#### Resumo

**Objetivo:** Apresentação de um caso clínico de falência de bypass poplíteo infra-articular tratado com recanalização femoropoplíteal total com stent.

**Material e métodos:** Apresenta-se um doente com história de 2 bypasses supra e infra femoropoplíteos com prótese, admitido por oclusão aguda e isquemia crítica. Após falência da trombectomia química e mecânica, sem conduto venoso autólogo disponível, com boa saída arterial infrapoplíteia, o doente foi proposto para recanalização endovascular femoropoplíteia total.

**Resultados:** Procedeu-se à recanalização subintimal anterógrada com reentrada intraluminal na poplíteia distal, com implante de 3 stents. Não se observou estenose residual femoropoplíteia, com bom fluxo de entrada e saída.

**Conclusão:** Os novos dispositivos endovasculares com alta flexibilidade e resistência, permitiram uma transformação da estratégia terapêutica, com excelente patência.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Total femoropoplíteal subintimal recanalization after infra-poplíteal bypass failure: Rethinking strategies

#### Abstract

**Objective:** Presentation of a clinical case with below the knee bypass failure treated by a total femoropoplíteal recanalization and stenting.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [mariojmvieira@hotmail.com](mailto:mariojmvieira@hotmail.com) (M. Vieira).

**Material and Methods:** It is presented a patient with history of two previous femoropopliteal bypass with prosthetic graft, admitted by acute occlusion and severe ischemia. After chemical and mechanical bypass thrombectomy failure, without venous conduit available, with good infra-popliteal outflow, patient was submitted to total femoropopliteal endovascular recanalization.

**Results:** An antegrade total subintimal recanalization was performed, with intraluminal reentrance in the distal popliteal artery, and 3 stents implantation. There was no final stenosis observed, with good stent inflow and outflow.

**Conclusion:** The new endovascular devices with highly flexibility and resistance allowed a notorious transformation of the therapeutic strategies, with excellent patency rates.

© 2015 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascul. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

A falência do bypass femoropoplíteo infra-articular, em especial em doentes com lesões ateroscleróticas longas e complexas, está tradicionalmente associado ao desenvolvimento de isquemia crítica, com elevada taxa de amputação<sup>1</sup>. Em doentes sem hipótese de revascularização, a mortalidade anual global pode atingir os 50%<sup>1</sup>.

O desenvolvimento de novos dispositivos para revascularização endovascular tem produzido resultados promissores a curto e médio prazo. Este facto está demonstrado em estudos recentes na utilização de stents de alta resistência e flexibilidade na reconstrução do sector femoropoplíteo. Em doentes com falências sucessivas de enxertos para bypass, protésicos ou autólogos, a revascularização endovascular pode apresentar-se como segunda ou única opção terapêutica possível.

O presente artigo pretende demonstrar um caso clínico de um doente com isquemia crítica após falência sucessiva de várias revascularizações, cirúrgicas e endovasculares, com especial interesse na decisão terapêutica, técnica utilizada e resultados.

## Caso clínico

Doente de 62 anos de idade, com antecedentes de tabagismo, hipertensão arterial e dislipidemia, medicado com antidiabético e anti-hipertensor com controlo tensional e analítico. Referia história de claudicação arterial não limitante (grau II na classificação Lerich-Fontaine) do membro inferior esquerdo de longa data.

Foi observado no serviço de urgência em julho de 2014 no contexto de agudização da sintomatologia, apresentando-se com dor e parestesias em repouso do pé esquerdo. Ao exame físico apresentava sinais de má perfusão de todo o pé, com pulso femoral esquerdo presente e simétrico, sem pulso palpável do sector poplíteo e distal. O estudo hemodinâmico revelou índice tornozelo-braço (ITB) de 0,4.

O doente foi submetido a estudo angiográfico, que revelou placas ateroscleróticas a nível da artéria femoral comum esquerda e oclusão total da artéria femoral superficial, com revascularização na artéria poplíteia, com etiologia aterosclerótica provável.

Tendo em conta os achados, procedeu-se à revascularização cirúrgica com endarterectomia femoral comum esquerda e construção de bypass femoropoplíteo supra-articular, utilizando um enxerto protésico reforçado de PTFE. Não se observaram complicações pós-operatórias, com resolução dos sintomas e recuperação de pulsos distais a nível do pé. O doente teve alta com medicação prévia e antiagregação simples com aspirina 100 mg/dia.

Em outubro de 2014, 3 meses após a revascularização inicial, o doente recorre novamente com dor intensa progressiva com 24h de evolução, associada a impotência funcional, parestesias do pé e cianose do antepé. O estudo hemodinâmico não detetou presença de fluxo nos 3 eixos distais e o estudo ecográfico demonstrou oclusão de bypass, pelo que foi proposto para trombólise dirigida por cateter com perfusão de alteplase a 0,5 mg/h, após bólus inicial de 1 mg.

Por agravamento da isquemia e insucesso terapêutico durante a trombectomia química, foi necessário interromper o tratamento após 24h e optou-se pela construção urgente de um novo bypass até à poplíteia infra-articular, não apresentando conduto venoso superficial compatível para bypass na avaliação ecográfica pré-operatória (fibrose e hipoplasia das veias grandes e pequena safena bilateralmente).

Não se observaram complicações pós-operatórias, com recuperação de pulso pedioso. Pela lesão necrótica a nível do hallux, procedeu-se à amputação de dedo, com cicatrização eficaz. O estudo pró-trombótico subsequente foi negativo, não apresentava sinais e/ou sintomas ou marcadores analíticos sugestivos de neoplasia ou infeção de prótese.

Em fevereiro de 2015, 4 meses após a construção do novo conduto, observou-se nova oclusão de bypass e isquemia crítica com lesão trófica e neurológica. Procedeu-se a nova tentativa de trombólise química com sucesso inicial, sem evidência de estenoses intra e pós-bypass, com permeabilidade dos eixos distais. Constatou-se, contudo, estenose da artéria ilíaca comum esquerda previamente não observada (complicação provável de acesso contralateral para trombólise), tendo-se executado uma angioplastia com stenting primário do setor ilíaco. Novamente, ao 5.º dia após trombólise, observou-se nova oclusão do bypass, tendo-se decidido nova trombectomia mecânica por abordagem do enxerto e remoção de trombo com balão fogarty. O estudo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868268>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868268>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)