



REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REVISTA HCPA 2004; 24

24^a SEMANA CIENTÍFICA do HCPA

De 13 a 17 de Setembro de 2004

11º Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do Mercosul

Anais

ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDAS EM PACIENTES SINTOMÁTICOS. Valiati AA , Napp G , Larssen G , Wagner F , Jurach A , Stapenhorst CM , Grudtner MA , Costa LF Pereira AH . Departamento de Cirurgia/Faculdade de Medicina/UFRGS e Serviço de Cirurgia Vascular/HCPA . HCPA - UFRGS.

Fundamentação: A doença cerebrovascular está entre os maiores problemas de saúde no mundo, sendo a 3ª causa de morte nos EUA e a causa mais comum de incapacidade entre os sobreviventes. Ensaios clínicos randomizados têm mostrado o benefício da endarterectomia de artéria carótida na redução do risco AVC e óbito em pacientes com estenose sintomática moderada a severa (NASCET. NEJM 1991;325:445-53). Objetivos: Definir a população submetida a endarterectomia de carótidas por doença cérebro-vascular aterosclerótica extracraniana sintomática em relação a gravidade da estenose e presença de comorbidades. Verificar associação entre o grau de estenose ipsi e contralateral e complicações maiores (AVC e óbitos). Avaliar os resultados do procedimento com relação a complicações e mortalidade pós-operatórias. Método: Estudo de casos retrospectivo (revisão de prontuário). Foram avaliados os 165 casos de endarterectomia de carótidas realizadas em pacientes sintomáticos (AIT ou AVC ipsilaterais), de 1998 e 2003. Resultados: Em 155 casos, havia registro da estenose ipsilateral. Destes, 11 (7%) apresentavam estenose na faixa de 50 a 69% e 144 (93%) tinham estenose maior que 70% (ecodoppler utilizando critério NASCET). Em 121, havia registro da estenose contralateral. Destes, 51 (42,2%) apresentavam estenose menor que 50%, 18 (14,8%), entre 50 e 69%, 39 (32,2%) superior a 70% e 13 (10,7%) oclusão da carótida contralateral. As comorbidades mais comuns foram: HAS em 135 (81,8%), história de tabagismo em 107 (64,8%), DM em 61 (37,2%), DPOC em 17 (10,3%), IRC em tratamento conservador em 17 (10,3%), dislipidemia em 80 (48,5%). Em relação a cardiopatias, 79 (47,7%) eram assintomáticos, 16 (9,6%) tinham IAM há mais de 6 meses, 2 (1,21%) há menos de 6 meses, 41 (24,8%) história de angina e 18 (10,9%) de ICC. Em 75 (45,4%) foi usado shunt e em 29 (17,5%) patch. Em 126 (76,4%) não houve complicações. Ocorreram complicações menores em 19 (11%). Houve 1 AIT (0,6%), 10 AVCs isquêmicos (6,1%), sendo 4 fatais, 1 lesão de nervo cervical (0,6%), 10 hematomas cirúrgicos (6,06%), 2 IRA (1,21%), 1 IAM (0,6%), 1 EAP (0,6%), 3 BCP (1 com óbito) e 4 óbitos (2,4%), todos após AVCs. O número combinado de AVC e óbitos foi de 10 casos (6,1%). Em relação à estenose ipsilateral (155 com dados disponíveis), não houve AVC ou óbitos para estenose entre 50 e 69%, e nos casos com estenose >70% houve 10 AVCs (6,9%) e 4 óbitos (2,7%) ($p=0,46$ e $p=0,74$, respectivamente). Em relação à estenose contralateral (121 com dados disponíveis), houve 1 AVC (4,2%) em pacientes com estenose < 50%, 1 (5,5%) na faixa de 50% a 69%, 4 (10,25%) em maior que 70% e 4 (30,7%) com oclusão ($p=0,01$). Houve 2 (5,1%) óbitos em pacientes com estenose contralateral maior que 70% e 2 (15,4%) em pacientes com oclusão ($p=0,06$). Houve 4 (4,7%) AVCs e 1 (1,2%) óbito em pacientes em que não foi utilizado shunt e 6 (7,6%) AVC e 4 (5,1%) óbitos em pacientes em que foi utilizado ($p=0,32$ e $p=0,12$, respectivamente). Pacientes com AVC pós-operatório tiveram 4 óbitos (40%), contra nenhum em pacientes sem AVC ($p<0,001$). Conclusões: O número de AVC, óbitos e complicações pós-

operatórias foi aceitável, considerando-se a literatura internacional. Isso justifica a manutenção do protocolo atualmente em vigor. Embora poucos pacientes com estenose moderada (entre 50 e 70%) tenham sido submetidos a cirurgia, não houve complicações maiores (AVC ou óbitos), podendo-se considerar essa indicação para pacientes com risco aceitável. Houve diferença em relação ao grau de estenose contralateral e o risco de AVC, principalmente para pacientes com oclusão. Não houve diferença no risco de AVC ou óbito em relação ao uso de patch ou shunt, justificando a manutenção do seu uso seletivo. Houve maior risco de óbito entre pacientes com AVC pós-operatório.