



---

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<sup>a</sup> 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 ASSINTOMÁTICOS..** Valiati A , 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: Ensaios clínicos randomizados têm mostrado o benefício da endarterectomia de carótidas na redução do risco AVC e óbito em pacientes com estenose severa, mesmo em pacientes assintomáticos e com baixo risco cirúrgico (ACAS. JAMA 1995;273:1421-28). Objetivos: Definir a população submetida a endarterectomia de carótidas por doença cérebro-vascular aterosclerótica extracraniana assintomática no Serviço de Cirurgia Vascular do HCPA. Verificar associação entre grau de estenose contralateral, comorbidades e ocorrência de complicações maiores (AVC e óbitos). Avaliar os resultados cirúrgicos com relação a complicações locais, sistêmicas, neurológicas e mortalidade pós-operatória. Método: Estudo de casos retrospectivo (revisão de prontuário). Foram avaliados os 100 casos de endarterectomia de carótidas realizadas entre 1998 e 2003 em pacientes assintomáticos (sem documentação de AIT ou AVC de hemisfério cerebral correspondente à carótida em questão ou paciente com oclusão de uma das carótidas sem qualquer história de eventos isquêmicos neurológicos). Resultados: Foram avaliados 100 pacientes com estenose maior de 70% de acordo com eco Doppler e utilizando critério NASCET. Em 70 casos, havia registro da ecografia da carótida contralateral. Destes, 28 (40%) tinham estenose menor que 50%, 7 (10%), entre 50 e 69%, 24 (34,3%) superior a 70% e 11 (15,7%) oclusão da carótida contralateral. As comorbidades mais comuns foram: HAS em 82%, tabagismo (na época ou prévio) em 63%, DM2 em 61%, dislipidemia documentada em 60%, IRC em tratamento conservador 20%, DPOC em 12%. Em relação a cardiopatias, 12 apresentavam IAM há mais de 6 meses, 2 há menos de 6 meses, 31 história de angina, 11 de ICC e 34 eram assintomáticos. Em 41 casos foi usado shunt e em 16 patch. Em 77 casos não houve complicações. Houve 6 AITs, 3 AVCs isquêmicos (2 deles em pacientes com história de AVC contralateral), 1 lesão de nervo cervical, 3 hematomas cirúrgicos, 2 IRA, 1 IAM, 4 BCP (1 com sepse) e 3 óbitos (1 em paciente com AVC, 1 com IRA e 1 com BCP e sepse). O número combinado de AVC e óbitos foi de 5 casos (5%). Desses 5 pacientes, 3 tinham história prévia de AVC contralateral, porém em 2 não havia registro do grau de estenose contralateral – o que poderia se tratar até mesmo de casos de oclusão da outra carótida, o que excluiria esses pacientes da categoria assintomático. Assim, se considerados apenas os pacientes sem qualquer história prévia de evento isquêmico cerebral (82), houve apenas 1 AVC (1,2%) e 2 óbitos (2,4%). Houve 3 (7%) AVCs e 2 (4,9%) óbitos em pacientes em que foi utilizado shunt e nenhum AVC e apenas 1 (2,4%) óbito em pacientes que usaram ( $p=0,03$  e  $p=0,36$ , respectivamente). Os pacientes que apresentaram AVC isquêmico pós-operatório tiveram 1 óbito (33,3%), contra 2 óbitos (2,1%) em pacientes sem AVC ( $p=0,08$ ). Em relação às comorbidades, houve 2 (16,7%) óbitos em pacientes com DPOC e 1 (1,3%) em pacientes sem DPOC ( $p=0,04$ ) Conclusões: O índice de AVC e complicações nos pacientes desta série de casos foi aceitável, considerando-se a literatura internacional. Porém, o risco de óbito e AVC combinados foi pouco acima do ideal, principalmente por complicações sistêmicas. Observou-se, também, maior risco de óbito em pacientes com DPOC. Tais resultados se justificam visto que os pacientes analisados dentro de ensaios clínicos internacionais recebem o melhor tratamento clínico possível, o que não corresponde a nossa realidade, por fatores como baixa escolaridade, falha no atendimento médico primário, dificuldade de acesso a medicações e má adesão ao tratamento. Se forem considerados apenas os pacientes sem história de AVC ou AIT contralaterais, o índice de AVC e óbito foi abaixo do preconizado pela literatura. Houve maior risco de AVC em relação ao uso de shunt, possivelmente pelo maior grau de comprometimento da circulação cerebral em pacientes que necessitaram o uso do mesmo. Houve uma tendência a maior risco de óbito entre pacientes com AVC pós-operatório.