

# Isquemia Aguda de Membros : Abordagem Cirúrgica na Emergência

Autores: Marina Marangoni Roschel

## Introdução

A isquemia aguda de membros (IAM) é uma emergência vascular caracterizada por redução súbita da perfusão arterial, com risco elevado de perda do membro e mortalidade quando o tratamento não é instituído precocemente. As primeiras seis horas após o início dos sintomas representam uma janela crítica para a tomada de decisão cirúrgica, na qual a escolha entre embolectomia, revascularização cirúrgica, trombólise ou abordagem híbrida impacta diretamente o prognóstico. O objetivo deste trabalho é discutir os principais fatores clínicos e cirúrgicos envolvidos na decisão terapêutica inicial na IAM.

## Discussão:

A abordagem inicial da isquemia aguda de membros deve ser imediata e baseada primariamente na avaliação clínica, sem atrasos desnecessários para exames complementares. A identificação dos sinais clássicos — os “6 Ps”, em inglês (dor, palidez, ausência de pulso, parestesia, paralisia e hipotermia) — associada à classificação de Rutherford permite estratificar a gravidade da isquemia e orientar a urgência da intervenção. Membros classificados como viáveis ou ameaçados de forma marginal (Rutherford I e IIa) possibilitam investigação por métodos de imagem, como angiotomografia, para melhor planejamento cirúrgico. Em contrapartida, nos casos de ameaça imediata à viabilidade do membro (Rutherford IIb), a intervenção cirúrgica não deve ser postergada.

A etiologia da oclusão arterial exerce papel central na escolha da estratégia cirúrgica. Eventos embólicos, frequentemente de origem cardíaca, apresentam melhores resultados com embolectomia por cateter de Fogarty, associada à anticoagulação sistêmica.

Já os quadros trombóticos, comumente relacionados à doença arterial periférica prévia ou a enxertos ocluídos, tendem a demandar revascularização mais complexa, incluindo bypass cirúrgico, trombólise dirigida por cateter ou abordagens híbridas. A escolha entre cirurgia aberta e tratamento endovascular deve considerar a disponibilidade de recursos, a experiência da equipe e as condições clínicas do paciente.

Durante o ato operatório, a reavaliação contínua da viabilidade muscular e da perfusão distal é essencial. A decisão quanto à realização de fasciotomia profilática deve ser individualizada, especialmente em casos de isquemia prolongada, reperfusão tardia ou sinais clínicos de hipertensão compartimental. A não realização precoce dessa medida pode resultar em síndrome compartimental, necrose muscular e perda irreversível do membro, mesmo após revascularização tecnicamente bem-sucedida.

Além disso, o manejo perioperatório adequado, incluindo anticoagulação imediata, correção de distúrbios metabólicos e vigilância pós-operatória rigorosa, contribui significativamente para melhores desfechos. A IAM permanece uma condição de alta complexidade, na qual decisões rápidas e bem fundamentadas impactam diretamente a taxa de salvamento do membro.

## Conclusão

A isquemia aguda de membros exige reconhecimento precoce e decisão cirúrgica rápida, especialmente nas primeiras seis horas após o início do quadro. A avaliação clínica criteriosa, aliada ao entendimento da etiologia da oclusão e das opções cirúrgicas disponíveis, é determinante para a preservação do membro e redução da morbimortalidade. A padronização da abordagem e o treinamento contínuo em tomada de decisão em cenários de emergência são fundamentais na prática da cirurgia vascular.

## Referências

- Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, Jones DN. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg. 1997.
- Suggested standards for reports dealing with lower extremity ischemia. Prepared by the Ad Hoc Committee on Reporting Standards, Society for Vascular Surgery/North American Chapter, International Society for Cardiovascular Surgery. J Vasc Surg. 1986.
- Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, Bura-Rivière A, De Backer J, Deglise S, Della Corte A, Heiss C, Kalužna-Oleksy M, Kurpas D, McEniery CM, Mirault T, Pasquet AA, Pitcher A, Schaubroeck HAI, Schlager O, Sirnes PA, Sprynger MG, Stabile E, Steinbach F, Thielmann M, van Kimmenade RRJ, Venermo M, Rodriguez-Palomares JF; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024 Sep 29;45(36):3538-3700. doi: 10.1093/eurheartj/ehae179. PMID: 39210722.

Classificação de Rutherford para isquemia crônica ameaçadora de membro e isquemia de membro aguda.			
Classificação de Rutherford para isquemia crônica ameaçadora de membro.			
Estágio	Sintomas		
0	Assintomático		
1	Claudicação leve		
2	Claudicação moderada		
3	Claudicação severa		
4	Dor em repouso		
5	Lesão trófica pequena (úlceras que não cicatriza, gangrena focal)		
6	Necrose extensa (estendendo-se acima do nível transmetatarsal)		
Classificação de Rutherford para isquemia de membro aguda			
Categoria	Descrição/Prognóstico	Achados	Sinal Doppler
I - Viável	Não está imediatamente ameaçado	Sem perda de sensibilidade e sem fraqueza muscular	Arterial e venoso presentes
II - Ameaçado			
IIa - Parcialmente	Viável se rapidamente tratado	Ausência ou mínima perda de sensibilidade.  Ausência de fraqueza muscular.	Arterial ausente. Venoso presente.
IIb - Gravemente	Viável se revascularizado imediatamente	Perda de sensibilidade acima dos dedos com dor em repouso. Fraqueza muscular leve a moderada.	Arterial ausente. Venoso presente.
III - Irreversível	Grande perda tecidual* ou dano inevitável e permanente de nervo	Anestesia e paralisia.	Arterial e venoso ausentes.
Guia TdC®			

Guia TdC®

Imagem disponível em : <https://www.tadeclinikagem.com.br/guia/glossario/classificacao-de-rutherford/>