

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

/// CORREIOS ///



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro

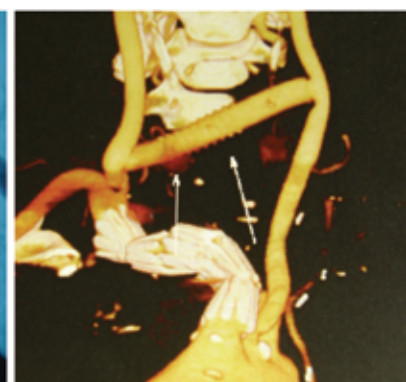
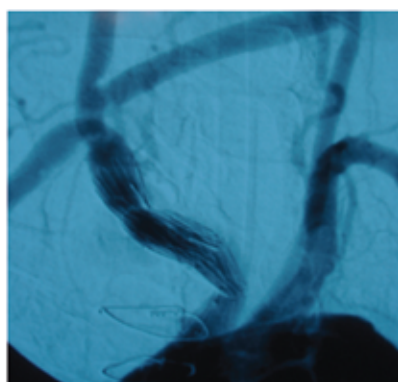
Nº IV - Jul/Ago - 2012

SBACVRJ

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Regional do Rio de Janeiro

Imagem Vascular

Tratamento híbrido para
aneurisma de artéria
subclávia



Angiorressonância
magnética e o paciente
renal crônico

I Fórum Permanente
dos Preceptores

Tumores
do corpo carotídeo

Alcoolismo:
a doença da negação
Dr. Cláudio Leite



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução Carotídea

- Stent Auto-Expansível Wallstent Monorail
- Stent Auto-Expansível Adapt Nitinol
- Filtro de Proteção FilterWire EZ
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Fio Guia Hidrofílico ZipWire 035"

Solução Renal

- Stent Expansível por Balão Express SD
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Peripheral Cutting Balloon (Balão de dilatação com aterotomos)
- Fio Guia Thruway 018"

Solução Iliaca

- Stent Expansível por Balão Express LD
- Stent Auto-Expansível Wallstent Uni
- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Fio Guia Amplatz 035" Stiff/Teflonado
- Fio Guia Starter 035" - Revestimento de PTFE
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução Femoral

- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Peripheral Cutting Balloon (Balão para dilatação com aterotomos)
- Balão Angioplastia Ultra-thin Diamond 035"
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução BTK (Below-the-knee)

- Fio Guia V-18 018"
- Balão Angioplastia Sterling ES MR/OTW
- Balão Angioplastia Sterling SL MR/OTW
- Fio Guia Journey 014"

Embolização Periférica

- Contour Particula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortx 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortx 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 016"

Av. das Americas, 3959 – Gr. 307 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ CEP 22631-003
Tel: 21 2432-8272
contato@signusdobrasil.com.br
www.signusdobrasil.com.br

**Boston
Scientific**

Imagem Vascular



Tratamento híbrido para aneurisma de artéria subclávia

42

Palavra do Presidente

Dr. Carlos Eduardo Virgini

É chegada a hora de reformas

05

Palavra do Secretário

Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles

Quanto vale a informação?

06

Palavra do Departamento de Informática

Dr. Bernardo C. S. Barros

O novo Site

07

Palavra do Tesoureiro

Dr. Leonardo Silveira de Castro

Saúde financeira da Regional

08

Editorial

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Trabalhando duro

09

Artigo Científico

Dr. Clovis Bordini Racy Filho

Ecografia Vascular na Síndrome de May Thurner

10

Relato de Caso

Dr. Mário André M. Oranges; Dr. Celestino Afonso de O. Martins; Dr. Eduardo Martins Filho; Dr. Marco Carneiro Teixeira; Dra. Valéria de Oliveira; Dr. Gabriel Bertino; Dr. Pedro Oliveira Portilho; Dr. Leonardo Alvim; Dr. Rodrigo Duque Estrada; Dra. Debora Oliveira; Dra. Camila Frambach; Dr. Eduardo Wanderley Estanislau da Costa; Dra. Lenita Saldanha Marques Lopes da Costa; Dr. Paulo Faria

Tumores do corpo carotídeo – relato de caso e revisão

15

Interface

Dra. Luiza Dario Werneck, Dra. Carla Salgado Junqueira e Dr. Antonio Carlos Coutinho Jr.

Angiorressonância magnética e o paciente com doença renal crônica avançada

22

Espaço Aberto

Jeanete Herzberg

Sucessão em clínicas e consultórios - como planejar o futuro?

30

Coopangio

Dr. Marcio Meirelles

Uma só medicina para todos os brasileiros

32

Entrevista

por Mariana Barbosa

Alcoolismo: a doença da negação

34

Especial

Aline Ferreira

SBACV-RJ realiza I Fórum Permanente dos Preceptores

38

Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira

Propaganda médica nos sites de compras coletiva

46

Informangio

49

Eventos

54

Presidente

Carlos Eduardo Virgini

Vice-Presidente

Adalberto Pereira de Araújo

Secretário-Geral

Sergio Leal de Meirelles

Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Leonardo Silveira de Castro

Vice-Tesoureiro

Marcus Humberto Tavares Gress

Diretor Científico

Arno von Ristow

Vice-Diretor Científico

Carlos Clementino Peixoto

Diretor de Eventos

Rossi Murilo da Silva

Vice-Diretor de Eventos

Maria de Lourdes Seibel

Diretor de Publicações Científicas

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Marcos Arêas Marques

Diretor de Defesa Profissional

Marcio Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Diretor de Patrimônio

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Patrimônio

Eduardo de Paula Feres

Presidente da gestão anterior

Manuel Julio Cota Janeiro

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS**Joé Gonçalves Sestello,
Luiz Alexandre Essinger,
Paulo Eduardo Ocke Reis
e Rubens Giambroni Filho**Informática**

Bernardo Senra Barros e Vivian Marino

Projetos InstitucionaisMarco Antonio Alves Azizi
e Tereza Cristina Abi Chain**Pós-Graduação**Felipe Borges Fagundes
e Rita de Cassia Proviatt Cury**Educação Continuada**Bernardo Massièri
e Cristina Ribeiro Riguetti**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO****Doenças Arteriais**Celestino Affonso Oliveira,
Luiz Henrique Coelho
e Raimundo Senra Barros**Doenças Venosas**João Augusto Bille, José Amorim
e Maria Lucia Macaciel**Doenças Linfáticas**Antonio Carlos Dias Garcia Mayall,
Francisco Martins
e Lilian Camara**Métodos Diagnósticos Não Invasivos**Carmen Lucia Lascasas,
Clóvis Bordini Racy Filho
e Luiz Paulo Brito Lyra**Angioradiologia e Cirurgia Endovascular**Cristiane F. de Araújo Gomes,
Leonardo Lucas e Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho,
Monica Rochedo Mayall
e Nivan de Carvalho**Microcirculação**Mario Bruno Lobo,
Patricia Diniz
e Solange Chalfun de Matos**Trauma Vascular**Fúlvio Toshio de S. Lima Hara,
Rodrigo Vaz de Melo
e Rogério A. Silva Barros**Fórum Científico**Ana Asniv Hototian,
Helen Cristian Pessoni
e Luis Batista Neto**DIRETORIAS SECCIONAIS****Coordenação**

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Célio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Rafael Lima da Silva

Metropolitana 4

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5

Alexandre Cesar Jahn

CONSELHO CIENTÍFICOAntonio Rocha Vieira de Mello,
Alda Candido Torres Bozza,
Carlos José Monteiro de Brito,
Henrique Murad,
Ivanésio Merlo,
José Luis Camarinha do Nascimento Silva,
Luis Felipe da Silva,
Marcio Arruda Portilho,
Marília Duarte Brandão Panico,
Paulo Marcio Canongia
e Paulo Roberto Mattos da Silveira**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional RJ:**Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.brTextos para publicação na Revista
de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail:
neidemiranda@sbacvrj.com.br**Jornalista Responsável**
Ana Paula Evangelista**Estagiária de Jornalismo**
Aline Ferreira**Projeto Gráfico**
Julio Leiria**Diagramação**
Leonardo Rocha**Coordenação, Editorial e Gráfica**Selles & Henning Comunicação Integrada
Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202
2º andar - Centro - CEP: 20080-007
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 2233-0005
selles@shcom.com.br
www.shcom.com.br**Contato para anúncios:** Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br

É chegada a hora de reformas



Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ

Que o Estatuto da SBACV precisa de reformas ninguém tem dúvida. As necessidades de reestruturação são as mais variadas, desde adequações ao novo Código Civil Brasileiro até questões ideológicas que exigem discussão em busca de consenso. Rever o papel da Câmara de Representantes, do Colégio de Presidentes, a discussão do voto por correspondência, o direito de voto do sócio aspirante, a possibilidade de criação de novas categorias, como a de membros residentes, a forma de vinculação das regionais à Nacional, entre tantas outras questões merecem atenção por parte de cada um de nós.

Uma comissão executiva com nomes de todo o Brasil foi nomeada para discutir especificamente a reforma dos estatutos e junto com uma equipe de advogados criou a minuta que está disponível no portal da SBACV (www.sbacv.com.br/estatuto/Reforma-EstatutoSocial2012-minuta.pdf), agora colocada à disposição do sócio para que as mudanças propostas possam ser discutidas amplamente por toda a Sociedade.

Lamentavelmente, o coordenador desta comissão não conseguirá ver seu projeto ir adiante. Airton Delduque Frankini não está mais entre nós, a não ser pelo grande legado administrativo que deixou para a SBACV e pela saudade que seus amigos compartilham.

A SBACV-RJ nomeou uma comissão regional para avaliar o documento com o intuito de fazer críticas e oferecer sugestões que possam aprimorar esta proposta inicial, mas é fundamental chamar atenção que este é um dever de cada associado. Neste momento de reconstrução, de reforma, nossa opinião se faz valer na medida em que não nos silenciamos, em que não somos omissos e procuramos, de fato, contribuir para elaboração do documento definitivo.

No final de agosto, elegemos os nossos procuradores para a Câmara de Representantes que se reunirá no dia 31 de outubro aqui mesmo, no Rio de Janeiro. Esta Câmara, convocada pela SBACV, terá como único objetivo a discussão final das propostas de reforma para o estatuto. Mas de nada adiantará este esforço de renovação sem a participação de todos na Assembléia Geral Extraordinária marcada para o dia seguinte.

Nas últimas gestões, e aí já se vão seis anos, não conseguimos emplacar nenhuma alteração do Estatuto da SBACV. Algumas são tão óbvias que parece absurda nossa incapacidade de modernizar este documento essencial à vida societária. E o motivo é simples e complexo ao mesmo tempo – não há quórum suficiente para deliberar.

Seremos capazes de cumprir com este dever estatutário e fazer valer nossa opinião? No próximo dia 1º de novembro temos um compromisso com nossa SBACV: Deixar para trás nosso imobilismo e contribuir efetivamente para uma SBACV mais moderna e atual.



**Uma comissão
executiva com
nomes de todo o
Brasil foi nomeada
para discutir
especificamente
a reforma dos
estatutos...**



Quanto vale a informação?



Sergio Silveira Leal de Meirelles - Secretário-Geral da SBACV-RJ



**...representa o
maior patrimônio
de uma Sociedade
como a nossa:
atualizamos
completamente o
cadastro de nossos
associados.**

Recentemente a Regional Rio de Janeiro concluiu um trabalho que muitos poderiam considerar desnecessário, ou mesmo de menor importância, mas que na verdade representa o maior patrimônio de uma Sociedade como a nossa: atualizamos completamente o cadastro de associados.

O trabalho foi feito de forma bastante criteriosa, e uma profissional foi contratada para levantar as informações. Aqueles que não responderam à solicitação por email, receberam uma ou, em vários casos, algumas ligações para que os dados fossem conferidos e atualizados em nosso sistema. Por que este esforço? Bem, em primeiro lugar, o CANU (Cadastro Nacional Unificado), desenvolvido pela Nacional, reúne os dados informados pelos associados – e pelas Regionais – sobre os angiologistas e cirurgiões vasculares que atuam no Brasil, e todos nós sabemos que para o desenvolvimento de qualquer pesquisa, assim como para que se estabeleça uma comunicação eficiente, é preciso contar com dados atualizados. Em segundo lugar, queremos oferecer aos nossos associados uma forma ética de divulgação junto ao público leigo, por meio de nosso portal na internet. Esta ferramenta, chamada de “Encontre seu médico”, permite que o paciente, interessado em consultar um angiologista ou cirurgião vascular, encontre o endereço do consultório do profissional, membro da SBACV-RJ, em apenas alguns cliques.

Ainda sobre o trabalho da Secretaria-Geral que envolve o gerenciamento de informações, temos atuado com muito empenho para fazer com que a pesquisa “Epidemiologia do Pé Diabético nas Emergências do Rio de Janeiro” reúna dados importantes, que possam subsidiar os projetos em desenvolvimento pela Presidência, no intuito de que nossa Regional seja parte ativa na discussão e tomada de decisões acerca da assistência oferecida hoje aos pacientes diabéticos, no âmbito de nossas especialidades.

Seguimos, ainda, com os preparativos para a nossa VIII Semana Estadual de Saúde Vascular, que será realizada entre 08 e 11 de outubro, tendo o Pé Diabético como tema. Além da divulgação do tema na mídia, e a distribuição de material informativo sobre medidas preventivas, esperamos realizar em alguns pontos de grande circulação uma atividade educativa, para orientar os diabéticos sobre os principais cuidados que devem ter com seus pés. Se você tem alguma sugestão de algum outro tipo de atividade, ou deseja levar as ações da Semana até sua cidade ou bairro, entre em contato conosco: secretaria@sbacvrj.com.br.



O Novo Site



Dr. Bernardo C. S. Barros - Departamento de Informática



**Mantivemos
a área restrita
do sócio para
que informações
exclusivas
e de interesse
individual sejam
resguardadas...**

Antes de tudo, precisamos agradecer aos precursores desse instrumento, que através de ação quase desbravadora, trouxeram a Regional do Rio de Janeiro, mais uma vez, à vanguarda com a criação do 1º site da SBACV-RJ ainda na gestão do Dr. Paulo Marcio Canongia (2002/2003). Agradeço ao então Diretor de Informática, Dr. Francisco Gonçalves Martins, pela iniciativa e competência, com o apoio do Dr. José Amorim de Andrade, pois depois dos quais tudo ficou mais simples.

Novamente na Gestão do Dr. Carlos Eduardo Virgini a necessidade de inovar e atualizar se tornou imperativa, não só pela velocidade com que a tecnologia avança, mas também para que o associado e o público leigo tivessem acesso a ferramentas importantes e mais modernas como o Facebook (www.facebook.com/SbacvRj), aos blogs do paciente (sbacvrj.com.br/paciente/blog) e do médico (sbacvrj.com.br/medico/blog/) e também ao YOUTUBE (www.youtube.com/user/sbacvrj/feed) com quase 2 mil vídeos institucionais e informativos.

Vale ressaltar também uma plataforma mais “amigável”, com atualizações em tempo real com os assuntos de maior relevância ao associado e ao público leigo. Nossa página inicial, agora dicotomizada, direciona o acesso a informações diferenciadas para médicos e o público em geral, facilitando a pesquisa e o entendimento dos textos e informações.

Mantivemos a área restrita do sócio para que informações exclusivas e de interesse individual sejam resguardadas, como a segunda via de boleto e o cadastro médico, que pode ser atualizado online.

Agora temos também disponibilidade de acesso aos artigos da *Journal Vascular Surgery*, assim como acesso à nossa revista da regional.

Com várias novidades já online e outras que ainda estarão por vir, o acesso diário ao site é certeza de atualização e participação ativa na vida Vascular e Angiológica do Estado do Rio de Janeiro, Nacional e até internacional.





Saúde financeira da Regional

Dr. Leonardo Silveira de Castro - Tesoureiro da SBACV-RJ



Neste primeiro semestre ainda, foi possível reduzir, de forma substancial, o número de sócios inadimplentes para percentuais inferiores a 10%...

No mês de junho completamos o primeiro semestre de nossa administração. Neste início de atividades, conseguimos manter a saúde financeira da regional e implementamos algumas modificações relacionadas à otimização de custos e projetos inicialmente planejados.

As últimas gestões vêm mostrando, de forma clara, que a administração de nossa regional é cada vez mais profissional e a decisão de assumir a organização dos nossos eventos foi acertada e tem melhorado a cada ano. O último Encontro Carioca, novamente trouxe um excelente resultado financeiro, ao mesmo tempo em que manteve a qualidade científica exigida por todos. Graças ao retorno obtido com o evento é que podemos equilibrar as contas e investir em outras ações voltadas para o sócio.

Entre estas ações podemos citar algumas iniciadas nestes primeiros seis meses de gestão: o site está sendo inteiramente reformulado e ao mesmo tempo seus custos foram reduzidos de forma acentuada; a nossa revista, que sofreu uma grande reestruturação e além do novo visual e conteúdo já projetamos um pequeno lucro até o final do ano com a vinda de novos patrocinadores, que apostaram na parceria com a SBACV-RJ e na revista como importante veículo de *merchandising* na área médica; o projeto que possibilitou a entrada de todos os médicos residentes do Estado como novos sócios aspirantes é outra marca dos primeiros seis meses desta gestão, e graças ao apoio da indústria farmacêutica foi possível realizá-lo mantendo o estrito equilíbrio nas contas da nossa SBACV-RJ.

Neste primeiro semestre ainda, foi possível reduzir, de forma substancial, o número de sócios inadimplentes para percentuais inferiores a 10%, e continuamos com esforço conjunto para que este índice possa cair ainda mais.

Respeitando o princípio de transparência de qualquer gestão, o balancete do primeiro semestre está disponível no site da Regional (www.sbacvrj.com.br), na área exclusiva do sócio, para consulta. Agradecemos a colaboração de todos os sócios e desejamos continuar unindo forças para realizar ainda mais.



Trabalhando duro



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

**Estamos
trabalhando muito
para que você
tenha uma revista
cada vez mais
interessante!**

As fotos da capa desta edição já nos chamam a atenção para a sessão imagem vascular. Trata-se de um caso de aneurisma de artéria subclávia que foi tratado através de técnica híbrida, tendo sido realizada ponte carotídeo-carotídea retrofaríngea, implante de endoprótese e ligadura proximal da artéria acometida. O seguimento de seis anos evidencia bom resultado do tratamento. Os Doutores Luiz Henrique Coelho, Pedro Vasconcelos, Gustavo Solano e Camillo Cardoso estão nos brindando com um tratamento complexo e bem sucedido, que demonstra total domínio das técnicas aberta e endovascular. Parabéns!

A sessão Interface, neste número com a radiologia, apresenta um artigo a respeito da angiorressonância magnética e o paciente com doença renal crônica em estágio avançado. Aprendi muito com os Doutores Antônio Carlos Coutinho, Luiza Darlo Werneck e Carla Salgado Junqueira.

Concorrendo ao Prêmio Rubens Carlos Mayall, como relato de caso, nós trazemos um trabalho do Serviço do HFAG, que relata o tratamento de um paciente com tumor de corpo carotídeo. Os autores, Doutores Mario André Oranges, Celestino Affonso Martins, Eduardo Martins Filho, Marco Carneiro Teixeira, Valéria de Oliveira, Gabriel Bertino e Pedro Oliveira Portilho apresentam vasta documentação científica e fazem uma revisão completa da literatura. Parabéns!

Não poderia deixar de registrar a minha alegria em ver o meu querido colega Pedro Portilho, relator deste caso em reunião científica, despontar como um jovem talento de nossa regional.

O Doutor Clóvis Bordini Racy Filho, apresenta um artigo sobre a utilidade da ecografia vascular na Síndrome de May-Thurner. As imagens são espetaculares! Este autor é certamente uma das referências neste método em nosso meio e ter um trabalho dele em nossa revista é motivo de orgulho!

A entrevista com o Dr Claudio Leite, renomado cirurgião pediátrico, sobre alcoolismo, é imperdível. Sugiro a leitura de seu livro também. É uma aula de humildade e força de vontade.

Registramos homenagem mais que merecida ao Dr. Arno von Ristow, atual Diretor Científico da SBACV-RJ, que recebeu o título de *Visiting Professor* do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da *Mayo Clinic* e da *Mayo School of Medicine*.

A Diretoria de Publicações Científicas está à disposição dos sócios para qualquer sugestão. Estamos trabalhando muito para que você tenha uma revista cada vez mais interessante! Boa leitura!!

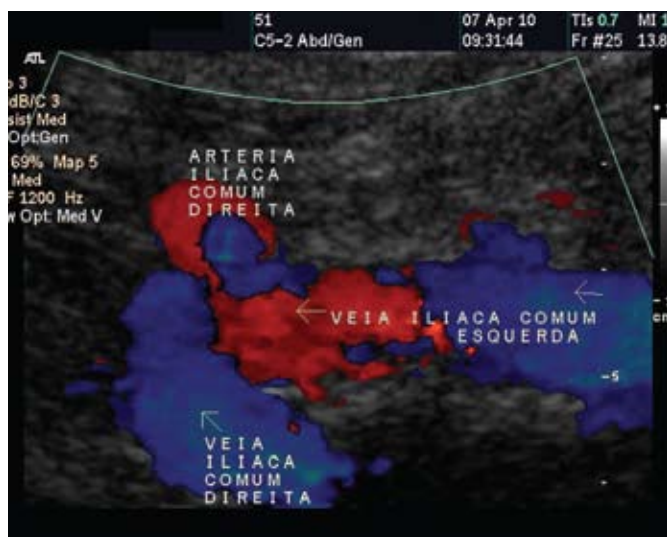
Ecografia Vascular na Síndrome de May Thurner

Autor: **Dr. Clovis Bordini Racy Filho** (Ecografista vascular / SBACV)

A ecografia vascular, através do Eco Color Doppler de veias cava inferior e ilíacas, é um método complementar não invasivo que pode auxiliar o angiologista/cirurgião vascular no diagnóstico da síndrome de May Thurner, assim como no acompanhamento da patologia e suas complicações e do tratamento cirúrgico.

O estudo venoso do abdome apresenta um grau de dificuldade elevado para o ecografista por diversos fatores, como o meteorismo intestinal, movimentos respiratórios, parede abdominal eventualmente espessa, limitação à execução de manobras compressivas e de Valsalva, baixa velocidade do fluxo venoso em relação às estruturas arteriais vizinhas, compressibilidade das veias ao peso da mão do examinador alterando velocidades e calibres dentre outros, devendo os critérios de diagnóstico serem analisados de forma conjunta e acrescidos de boa dose de experiência e bom senso.

ASPECTO NORMAL

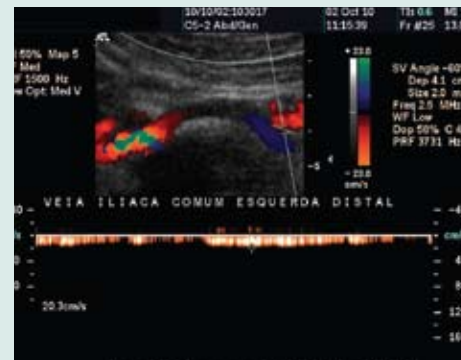
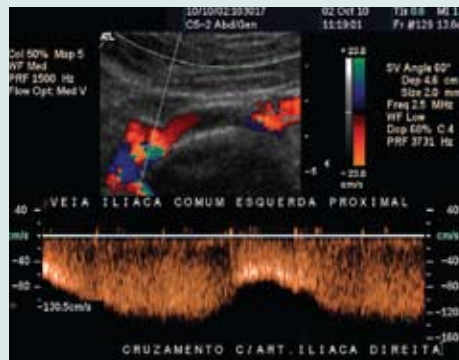


A ecografia vascular... é um método complementar não invasivo que pode auxiliar o angiologista/cirurgião vascular no diagnóstico da síndrome de May Thurner...

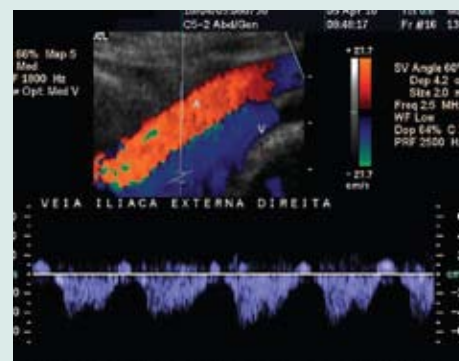
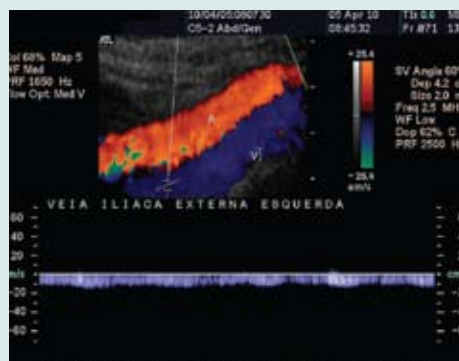
CRITÉRIOS SUGESTIVOS DE POSITIVIDADE:



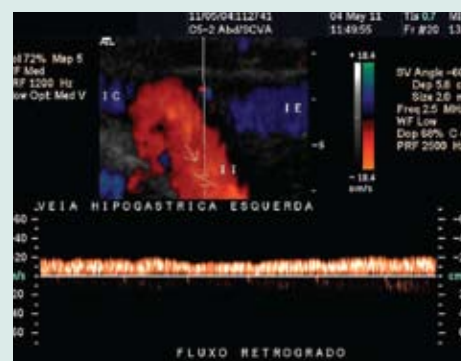
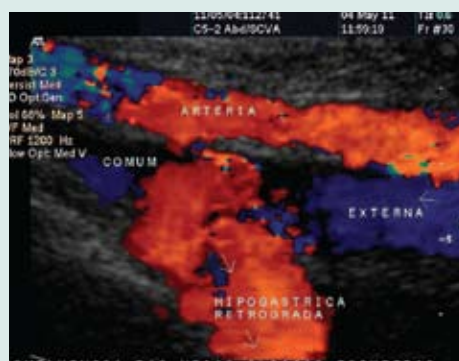
a. Relação de diâmetros da veia íliaca comum esquerda superior a 4,0 em segmento distal e ao nível da compressão.



b. Relação de velocidades máximas da veia íliaca comum esquerda superior a 4,0 ao nível da compressão e em segmento distal.



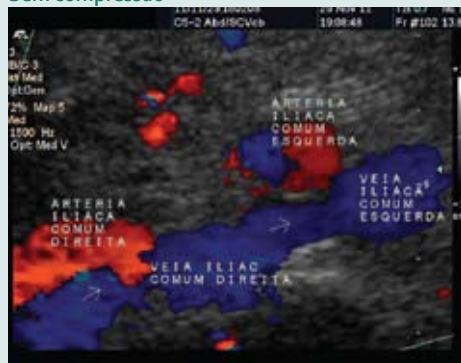
c. Diferença de volume de fluxo superior a 40% e de padrão espectral entre as veias íliacas externas.



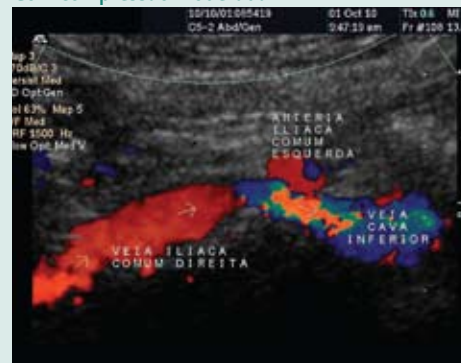
d. Fluxo espontâneo retrógrado em veia hipogástrica esquerda, incrementado à compressão distal.

"SITUS INVERSUS"

Sem compressão



Com compressão moderada

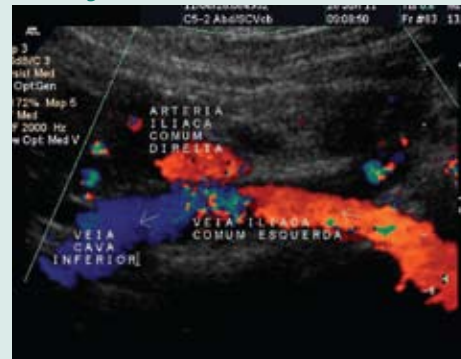


"STENTS"

Eixo longitudinal



Eixo longitudinal



Eixo transverso

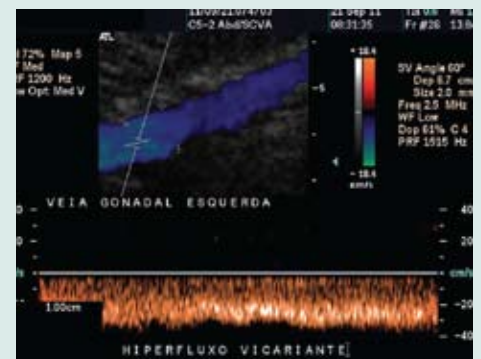
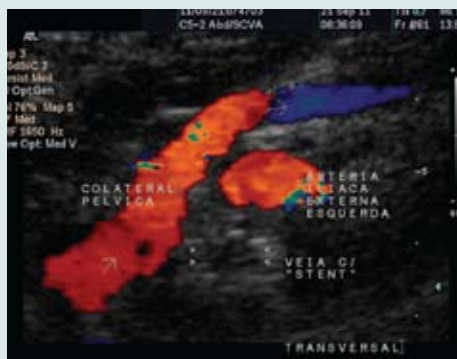
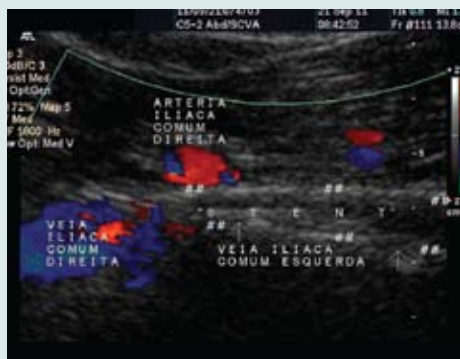


Eixo transverso

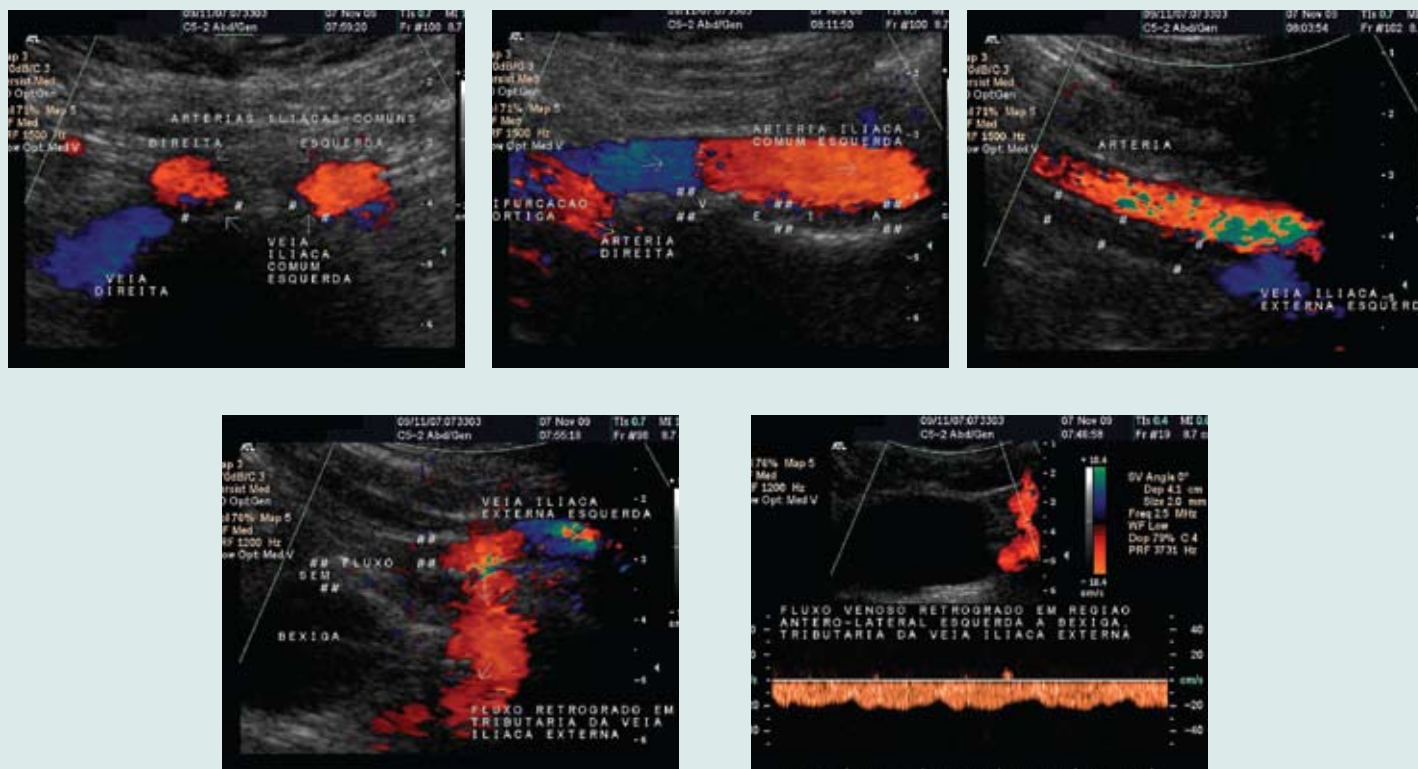


Curto e bem posicionado na veia íliaca comum esquerda ao nível da compressão (modo B e Color Doppler).

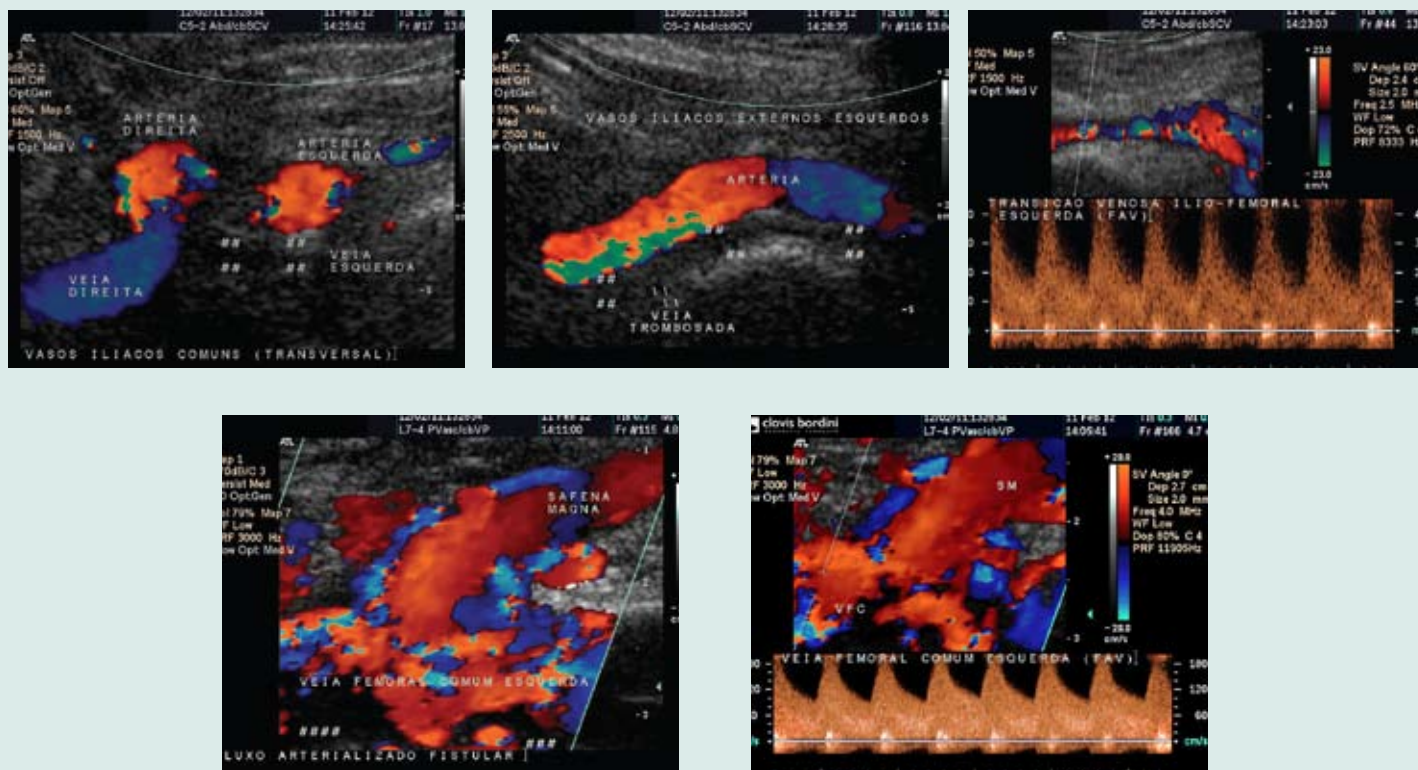
CASOS INTERESSANTES:



a. "Stent" trombosado em veias íliacas comum e externa esquerdas, com colateralização pela veia gonadal ipsilateral.



b. Trombose antiga não recanalizada das veias íliacas esquerdas por provável May Thurner, com colateralização pélvica.



c. Trombose antiga não recanalizada das veias íliacas esquerdas por provável May Thurner, com desenvolvimento de FAV espontânea em transição ilio-femoral, apresentando fluxo retrógrado intenso e arterializado pela veia femoral comum e croça da safena magna.

Quando combinadas, algumas coisas ficam ainda melhores.

Venalot
cumarina, troxerrutina

+

Venalot^H
cumarina, heparina sódica



Tratamento sistêmico
com ação venosa +
linfática, propiciando
melhora clínica dos
sintomas da IVC.¹



Melhora da circulação
periférica venosa e
linfática, diminuindo
o edema.²

Linha Venalot.

No tratamento tópico e
sistêmico da Insuficiência
Venosa Crônica.^{1,2}

Referências bibliográficas. 1. Venalot® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 2. Venalot H® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma.

MINIBULAS. Venalot® cumarina, troxerrutina - USO ADULTO - Apresentação e composição: embalagens com 10, 30 e 60 comprimidos de liberação prolongada. Cada comprimido contendo 15mg de cumarina e 90mg de troxerrutina. Indicações: síndromes varicosas, varizes, hemorroidas, úlceras das pernas; flebites, tromboflebites, periflebites, síndromes pós-flebiticas. Estases linfáticas, linfangites, linfadenites, linfedemas; estases venosas, edemas, arterites; profilaxia da trombose pré e pós-operatória e na gravidez; profilaxia e tratamento de edemas e estases linfáticas pós-operatórias e pós-traumáticas; braquialgias, cervicalgias, lombalgias. Precações e advertências: o uso durante o primeiro trimestre de gestação requer avaliação médica da relação risco/benefício. O uso de doses altas (mais de 3 comprimidos ao dia) de Venalot®, em tratamentos prolongados (mais de um mês de duração), deve ser acompanhado de avaliação médica criteriosa da função hepática. O uso do medicamento deve ser interrompido e o médico informado, se houver o aparecimento de sintomas como: náuseas acompanhadas por urticária, urina escura ou amarelamento da pele e/ou do globo ocular. Reações Adversas: há relatos de rubor (vermelhidão), distúrbios gastrointestinais, cefaleia. Elevações eventuais de enzimas hepáticas (transaminases séricas, gama-glutamil transpeptidases) podem ocorrer, predominantemente no início do tratamento, as quais diminuem com a descontinuação do uso do produto. Casos isolados de hepatite, acompanhados ou não de icterícia, foram relatados, e os mesmos foram reversíveis após a interrupção do tratamento. Houve relatos isolados de doenças gastrointestinais. Posologia: os estudos clínicos recentes têm demonstrado a eficácia do produto com doses diárias que variam entre um e seis comprimidos (2 comprimidos, 3 vezes ao dia). A posologia média recomendada é de 1 comprimido, 3 vezes ao dia; qualquer mudança nesta posologia ficará a critério médico. Registro MS - 1.0639.0117.

Venalot® H - cumarina, heparina sódica - USO ADULTO E PEDIÁTRICO - Apresentações e composição: Frascos com 40 ou 120ml do creme. Cada ml contém 5mg de cumarina e 50UI de heparina. Indicações: tratamento local de afecções venosas e linfáticas: síndrome varicosa, varizes, hemorroidas, úlceras da perna, flebites, tromboflebites, periflebites, síndrome pós-flebitica, linfangites. Infiltrações inflamatórias, hematomas e demais sequelas de contusão e entorses. Distúrbios circulatórios locais, afecções articulares inflamatórias. Tratamento auxiliar nos casos mais graves de afecções venosas e linfáticas como, por exemplo, linfedemas. Precações: não aplicar sobre a mucosa ou próximo a ela, para evitar irritação local ou absorção em excesso dos princípios ativos. As enzimas hepáticas devem ser monitoradas em tratamentos de longa duração. Reações adversas: ainda não são conhecidas a intensidade e a frequência das reações adversas. Ainda não foram relatadas reações adversas com o uso do produto. Posologia e modo de usar: aplicar 2 ou 3 vezes ao dia fina camada na região afetada, fazendo leve massagem. Aguardar absorção completa do creme. Eventualmente, a critério médico, tratamento combinado com Venalot®. Informações completas para prescrição: vide bula. MS - Registro T.0639.0118.

VENALOT COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA: CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. HEPATOPATIAS GRAVES OU HEPATOPATIAS PROGRESSAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE DROGAS QUE PREJUDICAM A FUNÇÃO HEPÁTICA PODE LEVAR AO AUMENTO DE POSSÍVEIS REAÇÕES HEPÁTICAS. **VENALOT® H CONTRAINDICAÇÕES:** NÃO DEVE SER USADO EM LESÕES ABERTAS (SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE) OU EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ATÉ O MOMENTO NÃO FORAM RELATADOS CASOS DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA COM O USO DO PRODUTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC: 0800-7710345
www.nycomed.com.br

Nycomed Pharma Ltda.
Rua do Estilo Barroco, 721 - 04709-011 - São Paulo - SP
Mais informações poderão ser obtidas diretamente com nosso
Departamento Médico ou por meio de nossos representantes.
Produto de uso sob prescrição médica.

primarycore

Takeda NYCOMED

Nycomed: a Takeda Company

Material de distribuição exclusiva à classe médica.

Tumores do corpo carotídeo – relato de caso e revisão

Autores: Dr. Mário André M. Oranges¹; Dr. Celestino Afonso de O. Martins²; Dr. Eduardo Martins Filho³; Dr. Marco Carneiro Teixeira³; Dra. Valéria de Oliveira³; Dr. Gabriel Bertino³ e Dr. Pedro Oliveira Portilho³; Dr. Leonardo Alvim⁴; Dr. Rodrigo Duque Estrada⁴; Dra. Debora Oliveira⁴ e Dra. Camila Frambach⁴.

Co-Autores: Dr. Eduardo Wanderley Estanislau da Costa⁵; Dra. Lenita Saldanha Marques Lopes da Costa⁶ Dr. Paulo Faria⁷.

Cargos: **1-** Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG (Hospital de Força Aérea do Galeão); **2-** Orientador deste artigo e Chefe de Clínica do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG; **3-** Médicos do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG; **4-** Médicos Residentes do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG durante o ano de 2011; **5-** Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Central da Aeronáutica; **6-** Chefe do Serviço de Patologia do HFAG; **7-** Patologista do HFAG e do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Relator: Dr. Pedro Oliveira Portilho

RESUMO

Objetivos: Relatar caso conduzido pelo serviço de cirurgia vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão e fazer breve revisão da literatura. **MÉTODOS:** Documentação minuciosa e descrição do caso clínico, além de revisão sistemática da literatura disponível. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo feminino, sexagenária, com massa pulsátil em região cervical direita. Realizado estudo pré-operatório com duas técnicas de imagem, com diagnóstico de tumor do corpo carotídeo. Após, a paciente foi submetida ao tratamento

cirúrgico com sucesso e permanece em acompanhamento regular com nosso Serviço. **REVISÃO:** Apresentados dados sobre epidemiologia, fisiopatologia, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento, técnica cirúrgica e seguimento dos pacientes que apresentam paragangliomas do corpo carotídeo.

CONCLUSÕES: a cirurgia permanece como principal medida terapêutica, devendo-se manter um seguimento regular dos pacientes, apesar da real epidemiologia do tumor ainda ser mal definida.

INTRODUÇÃO

Embora raros, os tumores do corpo carotídeo (TCC) encontram grande importância no diagnóstico diferencial das massas cervicais e, portanto, devem ter a atenção dos cirurgiões vasculares e dos cirurgiões de cabeça e pescoço.

OBJETIVOS:

- Relatar caso de tumor do corpo carotídeo conduzido pelo Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG desde outubro de 2011, até o presente.

- Fazer uma breve revisão da literatura em cirurgia vascular, patologia e cirurgia de cabeça e pescoço, com comentários so-

bre epidemiologia, fisiopatologia, clínica e diagnóstico, tratamento, técnica cirúrgica e acompanhamento dos pacientes que apresentam paragangliomas do corpo carotídeo.

MÉTODOS:

- Acompanhamento, documentação e relato de caso clínico conduzido pelo Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG, desde seu diagnóstico, até o terceiro mês de pós-operatório.

- Revisão sistemática da literatura impressa e de artigos disponíveis nos arquivos virtuais *PUBMED*[®] e *SCIELO*[®], relacionando as palavras-chave "CAROTID BODY" e "CAROTID BODYTUMOR".

RELATO DE CASO:

J.V.M., paciente do sexo feminino, branca, normolínea, 60 anos de idade, hipertensa moderada - em uso de enalapril 10mg por duas vezes ao dia, encontrava-se em acompanhamento regular com o Serviço de Cardiologia do Hospital Central da Aeronáutica.

Em outubro de 2011, durante consulta de rotina, queixou-se de massa pulsátil em região cervical direita, que a incomodava principalmente quando “passava cremes hidratantes sobre a pele da região”.

Após exame sucinto, o cardiologista solicitou avaliação do cirurgião de cabeça e pescoço que prontamente solicitou um eco doppler à cores da massa (ver FIGURA 1).

Após o diagnóstico clínico e ultrassonográfico de provável tumor do corpo carotídeo, o caso foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão.

Foi solicitada uma angiotomografia computadorizada pré-operatória para melhor estudo da anatomia (ver FIGURA 2) e, em seguida, foi marcada a cirurgia.

A paciente foi operada em janeiro de 2012 através da técnica de ressecção subadventicial do tumor, sendo sua classificação determinada como Shambling tipo 1 - foi necessária a ligadura da tireoidéia superior (ver FIGURA 3).

“Embora raros, os tumores do corpo carotídeo (TCC) encontram grande importância no diagnóstico diferencial das massas cervicais...”

A peça foi enviada para o laboratório de histopatologia e o diagnóstico foi confirmado. Todas as provas imunohistoquímicas específicas para paragangliomas foram positivas (ver FIGURA 4).

A paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato e, após cerca de 2 meses, realizou eco doppler controle (ver FIGURA 5), sem evidência de lesões residuais.

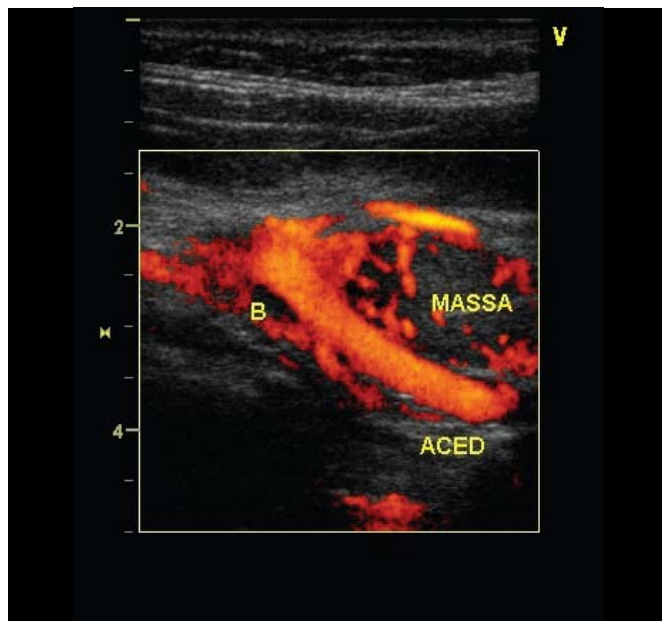


Figura 1 – Eco doppler mostrando imagem hipocóica, ricamente vascularizada, situada entre a bifurcação carotídea direita.



Figura 2 – “Sinal da Lira” (a) –AngioTC que mostra a massa entre a bifurcação carotídea e as carótidas externa e interna contrastadas, sendo seu formato similar à uma “lira” (b).

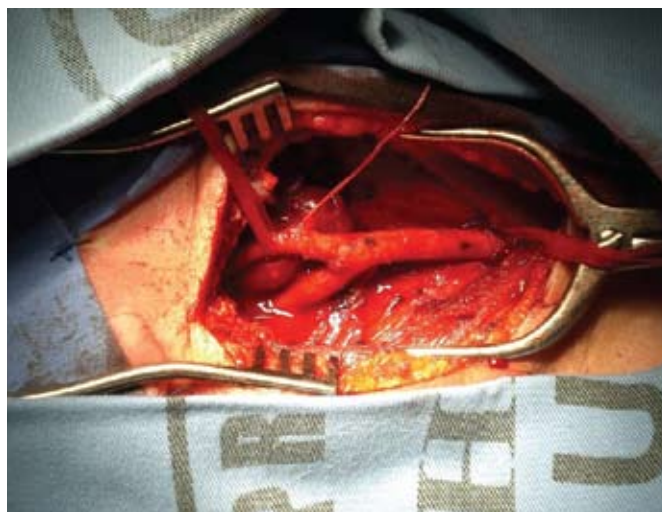


Figura 3 – Imagem mostrando o tumor dissecado, ricamente vascularizado, situado na bifurcação carotídea direita.

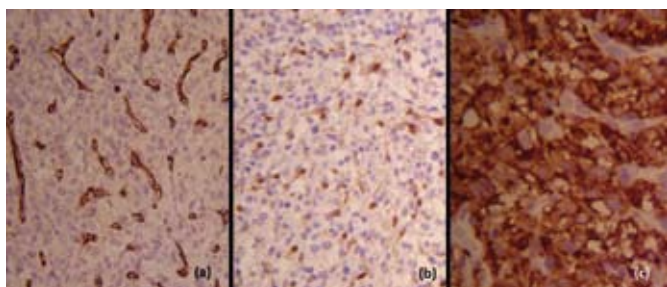


Figura 4 – peça histopatológica corada pelo CD 34 - endotélio (a), pela proteína S 100 – tecido neural (b) e pela Sinaptofisina - catecolaminas (c). Crédito: Dr. Paulo Faria.

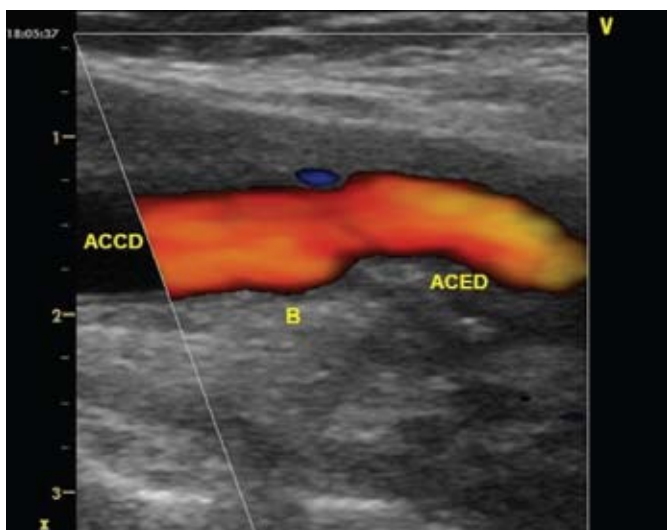


Figura 5 – Imagem do eco doppler de controle (segundo mês de pós-operatório).



Figura 6 – Imagem da paciente no terceiro mês de pós-operatório.

REVISÃO:

HISTÓRICO

1743 – Von Haller descreve o Corpo Carotídeo;
 1880 – Reigner – 1ª Tentativa de Ressecção do TCC, sem sucesso;
 1886 – Maydl – 1ª Ressecção, com sequelas neurológicas;
 1889 – Albert – 1ª Ressecção bem sucedida;
 1903 – Scudder – 1ª Ressecção bem sucedida nos EUA – sem lesão vascular ou nervosa;
 1940 – Gordon Taylor – 1ª ressecção pela técnica subadventicial (no plano da “linha branca”);

O CORPO CAROTÍDEO

Primeiramente descrita por Von Haller em 1743, esta estrutura consiste em um dos órgãos quimioceptores do organismo humano, ao lado dos corpos jugulares, aórticos e retroperitoneais, dentre outros.

Possui função de regulação da homeostase através da percepção de alterações no teor de oxigênio no sangue (hipóxia), variações na pressão arterial de dióxido de carbono (hipo ou hipercapnia), alterações da pressão arterial (hipo ou hipertensão) e alternâncias no equilíbrio ácido-básico sanguíneo (acidose ou alcalose). Responde a esses estímulos através de reflexo medular, alterando o padrão ventilatório, através do sistema reticular e do centro respiratório do tronco cerebral; e através da secreção de catecolaminas (epinefrina, norepinefrina e serotonina), ativando a vasoconstrição periférica e a taquicardia.

Tem embriologia mista, sendo derivado em parte de tecido mesodérmico e, por outro lado, de tecido ectodérmico, com origem no terceiro arco branquial e na crista neural.

É organizado histologicamente em “ninhos” (Zellballen – cellballs), tendo basicamente três tipos celulares: Tipo I, ou principais, representado pelas células secretoras de catecolaminas; Tipo II, ou de suporte, representado por células nutridoras que servem como suporte anatômico e nutricional para as células principais (semelhantes às células de Schwann, no encéfalo); e, finalmente, o Tipo III, ou células receptoras, que apresentam os quimioceptores e os baroreceptores e conectam-se diretamente com ramos do nervo glossofaríngeo, enviando estímulos diretamente para a medula e para o tronco encefálico.

Mede aproximadamente 5x3x2 milímetros, tem coloração rosa-clara e localiza-se posteriormente à bifurcação das artérias carótidas, dentro da bainha carotídea e liga-se à adventícia destes vasos por um segmento de tecido conectivo que contém

seu suprimento vascular e nervoso, chamado de ligamento de Meyer. Sua vascularização deriva essencialmente de ramos da artéria carótida externa, além de outros como os vasavasorum da artéria carótida comum, ramos da artéria vertebral e, mais raramente, ramos da artéria tireóidea superior. Sua inervação advém do nervo glossofaríngeo.

O TUMOR DO CORPO CAROTÍDEO (TCC)

O TCC, também chamado de tumor do glomo carotídeo ou quimiodectoma, faz parte do grupo dos paragangliomas. Normalmente é unilateral, sendo sua etiologia duvidosa.

É uma hiperplasia do corpo carotídeo, que pode alcançar 6 centímetros de diâmetro, alargar a angulação da bifurcação carotídea e tornar-se muito aderido aos vasos adjacentes. Ricamente vascularizado e encapsulado, possui coloração parda ou amarronzada.

Apresenta um comportamento benigno, não há estadiamento histológico e as metástases são raras (linfonodos regionais ou à distância) – quando ocorrem, aparecem anos após o diagnóstico.

Pode ocorrer associação com outras doenças, sendo as principais descritas: feocromocitoma, neoplasia endócrina múltipla tipo II, neurofibromatose tipo I e doença de von Hippel-Lindau.

EPIDEMIOLOGIA

Responde por aproximadamente 0,5% de todas as neoplasias e 60% dos tumores neuroendócrinos da cabeça e do pescoço.

Apresenta incidência aumentada no sexo feminino segundo algumas fontes, chegando a relação de 3:1, o que é questionado por alguns autores.

Preferencialmente, incide entre a segunda e quinta décadas de vida, podendo apresentar-se em indivíduos mais jovens ou, até mesmo, em mais idosos, até na oitava década de vida.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Massa cervical pulsátil, geralmente assintomática, tendo como característica principal a PULSATILIDADE LATERAL – “Sinal de Fontaine”.

Eventualmente pode cursar com compressão neural, causando rouquidão, disfagia ou zumbidos.

Mais raramente (geralmente quando bilaterais) podem causar síndromes simpaticomiméticas; *flushing facial*, sudorese, palpitações, hipertensão arterial refratária, dentre outras.

DIAGNÓSTICO

Eminentemente clínico. Deve associar pelo menos dois métodos complementares e, ao final, a confirmação com estudo histopatológico após a ressecção cirúrgica do tumor.

A biópsia percutânea não deve ser realizada, pois há grande risco de sangramento vultuoso.

Os principais métodos auxiliares descritos são: eco doppler à cores, angiotomografia, angioressonância magnética e arteriografia.

A histopatologia deve confirmar o tipo de tumor, utilizando-se corantes imunohistoquímicos especiais, sendo os principais: sinaptofisina e cromogranina A – que coram as células produtoras de catecolaminas; o CD34 (cora células endoteliais) e a proteína S100 (cora células neurais).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Linfomas, tumores metastáticos, nódulos da tireóide, tumor de glândulas salivares, cistos branquiais e aneurismas da carótida, dentre outros.

CLASSIFICAÇÃO

É cirúrgica e mede o grau de envolvimento dos vasos carotídeos.

Descrita por Shambling, divide-se em: Tipo 1 - pouco aderido aos vasos e de fácil ressecção; Tipo 2 - moderadamente aderido, muitas vezes sendo necessária a interrupção transitória do fluxo nas artérias carótidas e o uso de “shunt”; e Tipo 3 - muito aderido, levando a ligadura dos vasos e, eventualmente, à ressecção de segmento da artéria carótida interna com interposição de enxerto.

TRATAMENTO

A cirurgia permanece como a principal modalidade terapêutica, apresentando os melhores resultados – apesar de haver poucos estudos em longo prazo.

As técnicas descritas são: subadventicial e periadventicial. Alguns trabalhos descrevem a técnica periadventicial como a melhor, tendo como principal argumento a assertiva de que esta técnica apresenta menor número de complicações, como lesão vascular e neural.

A embolização pré-operatória também é descrita como técnica auxiliar, tendo como principal objetivo a redução da vascularização ascendente ao tumor e a diminuição do sangramento peroperatório. Deve ser realizada 48 a 72 horas antes da operação.

A radioterapia apresenta-se como alternativa principalmente nos casos de tumores não ressecáveis.

Nos tumores multicêntricos, com múltiplas metástases, em fase avançada de infiltração local, a conduta expectante pode ser aventada, associada a cuidados paliativos.

COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

As principais são a lesão nervosa (principalmente do laríngeo recorrente) e o sangramento excessivo.

O AVC isquêmico e a necessidade de ligadura da carótida externa, dentre outras, diminuiram sua incidência ao longo dos anos, e permanecem como complicações pouco frequentes nas estatísticas consultadas.

CONCLUSÕES:

- Os dados disponíveis na literatura convergem no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e prognóstico dos casos de Tumor do Corpo Carotídeo.

- Ainda faltam dados para afirmar com evidências científicas sua real epidemiologia.

- O tratamento cirúrgico permanece como principal medida terapêutica empregada com sucesso pela maior parte dos autores.

- Deve-se manter um seguimento regular dos pacientes operados para prevenir a recidiva tardia e tratar as possíveis metástases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brito CJ, et al. Cirurgia Vascular – Cirurgia Endovascular – Angiologia, Segunda Edição, 2008, Ed. Revinter Ltda.
2. Maffei FHA, et al. Doenças Vasculares Periféricas, Quarta Edição, 2008, Ed. Guanabara Koogan S.A.
3. Rutherford RB, et al. Vascular Surgery, Sixth Edition, 2005, Ed. ElsevierSaunders.
4. Ascher E, et al. Haimovici – Cirurgia Vascular, Quinta Edição, 2004, Editora Revinter.
5. Berguer R, Kieffer E. Surgery of the arteries to the head, 1992, Ed. Springer-Verlag.
6. Shamblyn WR, et al. Carotid body tumor (Chemodectoma). Clinicopathological analysis of ninety cases. Am J Surg 1971; 122:732-9.
7. Gordon Taylor G. Carotid body tumors. Br J Surg 1940; 28:163.
8. Pellitteri PK, et al. Paragangliomas of the head and neck. Oral Oncol 2004; 40:563-75.
9. Koskas F, et al. Carotid chemodectomas: long-term results of subadventitial resection with deliberate external carotid resection. Ann VascSurg 2009 Jan-Feb; 23(1):67-75.
10. Wieneke JA, Smith A. Paraganglioma: carotid body tumor, Head and Neck Pathol 2009; 3:303-306.
11. Patetsios P, Gable DR, et al. Management of carotid body paragangliomas and review of a 30-year experience. Ann VascSurg 2002; 16:331-8.
12. Van den Berg R. Imaging and management of head and neck paragangliomas. EurRadiol 2005; 15:1.310-8.
13. Horowitz M, Whisnant RE, Jungreis C, Snyderman C, Levy EI, Kassam A. Temporary balloon occlusion and ethanol injection for preoperative embolization of carotid-body tumor. Ear Nose Throat J. 2002 Aug; 81(8):536-8, 540, 542 passim.
14. Krysh AJ, Foote RL, et al. Long-term results of irradiation for paraganglioma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006; 65:1.063-6.
15. Kollert M, Minovi AA, Draf W, Boeckmühl U. Cervical paragangliomas-tumor control and long-term functional results after surgery, Skull Base. 2006 Nov; 16(4):185-91.



B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 • Rio de Janeiro • RJ
PABX: (21) 2225-5572 • intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

PRODUTO REGISTRADO
COM NÚMERO
DE PATENTE

Paraganglioma Tumor - www.intimal.com.br



Pan 2012

**XII PANAMERICAN CONGRESS ON VASCULAR
AND ENDOVASCULAR SURGERY**

30 de outubro a 3 de novembro

Windsor Barra Hotel | Rio de Janeiro

PANAMERICAN QUIZ

Quem já esteve em Congresso Panamericano sabe que antes e depois de cada sessão há um quiz. A pessoa sorteada, que identificar a resposta correta, ganhará um brinde personalizado do Congresso. Em 2012, os brindes serão pen-drives com muitos gigas e laser-pointers. Será que você será o felizardo ou felizarda?

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

Honorary Chairman

- Jack L. Cronenwett - USA

- Ali F. AbuRahma - USA
- Carlos H. Timaran - USA
- Claude Vaislic - France
- Enrico Ascher - USA
- Eric L. G. Verhoeven - The Netherlands
- Frank Veith - USA
- Giorgio M. Biasi - Italy
- Gustavo S. Oderich - USA
- Henrik Sillensen - Denmark

- Jean-Pierre Becquemin - France
- José Fernandes e Fernandes - Portugal
- Michel S. Makaroun - USA
- Monika Gloviczki - USA
- Natalie Marks - USA
- Peter Gloviszki - USA
- Peter F. Lawrence - USA
- R. Clement Darling III - USA

VALORES DE INSCRIÇÃO

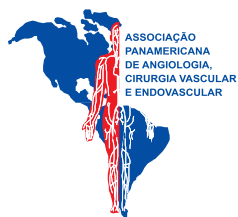
Categoria	Até 31/09/2012	No local
Sócios adimplentes SBACV, SPACV, IUA, CACCV	R\$ 1.200,00	R\$ 1.350,00
Médicos Residentes	R\$ 700,00	R\$ 800,00
Graduando em Medicina	R\$ 350,00	R\$ 400,00
Não Sócio	R\$ 1.800,00	R\$ 2.000,00

Formas de Pagamento: boleto bancário e cartão de crédito

www.panamericancongress.com.br



Organização



Acreditação



Apoio



Patrocínio



Comercialização



(21) 9977-9586
comercial@panamericancongress.com.br

Secretaria Executiva



(21) 2286-2846
pan2012@jzkenes.com

Agência Oficial



(21) 9496-4769
fabio@fkviagens.com

Angiorressonância magnética e o paciente com doença renal crônica avançada

Autores: **Dra. Luiza Dario Werneck¹**; **Dra. Carla Salgado Junqueira²** **Dr. Antonio Carlos Coutinho Jr.³**

Cargos: **1-** (Médica Radiologista-residente da Clínica de Diagnóstico por Imagem do Barra Shopping (CDPI); **2-** (Médica Radiologista-residente da Clínica de Diagnóstico por Imagem do Barra Shopping (CDPI), unidade MD-X, e do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ); **3-** (Médico Radiologista da Clínica de Diagnóstico Por Imagem do Barra Shopping (CDPI) e unidade MDX (CDPI) e do Centro de Diagnóstico por Imagem da Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima (Fátima Digital).

INTRODUÇÃO

A angiorressonância magnética (angio-RM) é um método diagnóstico não invasivo, com boa sensibilidade e especificidade para o estudo luminal das estruturas vasculares¹. Atualmente, dispomos de técnicas baseadas na sensibilidade da ressonância magnética ao fluxo sanguíneo, que não necessitam do meio de contraste venoso, e de técnicas com uso do meio de contraste paramagnético – gadolínio – menos susceptíveis a perda artefactual de sinal. Esta última apresenta duas modalidades: angio-RM com alta resolução espacial e com alta resolução temporal. Novas técnicas sem uso do meio de contraste estão em estudo¹.

A fibrose sistêmica nefrogênica (FSN) é um efeito colateral incomum de alguns agentes de contraste gadolínicos para ressonância magnética. Previamente conhecida como dermopatia fibrosante nefrogênica, foi descrita pela primeira vez em 1997, acometendo pacientes com doença renal crônica grave, principalmente, nos pacientes em diálise. Afeta principalmente a pele e tecido celular subcutâneo, mas também é conhecida por envolver outros órgãos como pulmões, esôfago, coração e o sistema músculo-esquelético².

Discutiremos nesta revisão aspectos gerais da angio-RM e um efeito colateral bastante incomum relacionado ao uso do gadolínio, a FSN, alertando aos angiologistas e cirurgiões vasculares da sua gravidade, e incentivando a interação interdisciplinar com radiologistas e nefrologistas, a fim de encontrar soluções e alternativas diagnósticas vasculares por imagem, frente ao paciente com doença renal crônica avançada.

ANGIORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM GADOLÍNIO

A angio-RM é um método diagnóstico não invasivo, sem o uso de radiação ionizante e com baixo risco de reações alérgicas ou nefrotoxicidade por meio de contraste³, que vem ganhando cada vez mais importância no estudo luminal das estruturas vasculares¹. Técnicas convencionais de ressonância magnética permitem também a caracterização da parede dos vasos e dos tecidos adjacentes.

Diversos grupos vem estudando a sensibilidade e especificidade da angio-RM em relação à angiografia convencional. Um estudo publicado em 2002, comparando o estudo dos membros inferiores por angio-RM com contraste e por angiografia convencional, demonstrou uma sensibilidade e especificidade para a angio-RM de 87% e 90%, respectivamente, para o diagnóstico de estenose significativa⁴. Há vários outros estudos, comparando este e outros grupamentos vasculares, com resultados similares⁵. Ressalta-se que nestes últimos anos presenciamos importantes avanços tecnológicos, que melhoraram significativamente as técnicas de angio-RM, e que frequentes desenvolvimentos são obtidos em um curto espaço de tempo neste campo. Portanto, há grande tendência que esses índices alcancem patamares ainda melhores em breve.

Os métodos iniciais da angio-RM se baseavam na sensibilidade da ressonância magnética ao fluxo, e portanto não utilizavam contraste³. Essas técnicas, ainda de grande utilidade, são limitadas por diversos artefatos e pelo tempo de aquisição excessivo. As técnicas de angio-RM com uso de contraste conseguem contornar essas limitações¹. Atualmente, diversas técnicas novas de angio-RM sem contraste estão em estudo¹.

As técnicas de angio-RM com uso de contraste paramagnético são menos susceptíveis a perda artefactual de sinal do que as tradicionais sem contraste, e se baseiam na redução do T1 do sangue após a injeção do gadolínio, gerando contraste entre os vasos e os tecidos circunjacentes³.

Basicamente, há duas modalidades de angio-RM com uso de gadolínio: a angio-RM com alta resolução espacial e com alta resolução temporal¹. A primeira possui um maior grau de detalhamento anatômico, exigindo entretanto tempos maiores de aquisição⁵. Entre suas diversas aplicações, estão os estudos de estenoses das artérias renais e das carótidas, aneurismas e dissecções aórticas, coarctação da aorta⁶ (Figura 1).

A segunda possibilita a realização de sequências que, apesar de apresentarem menor resolução espacial, têm baixos tempos de aquisição e maior resolução temporal, sendo possível até mesmo estudos dinâmicos, além de utilizar doses menores do contraste³. Possibilita o estudo de malformações arteriovenosas, síndrome de congestão pélvica, leaking de reparo endovascular de aneurismas de aorta, entre outros⁶ (Figura 2).

MEIOS DE CONTRASTE EM RM

O valor dos meios de contraste em ressonância magnética tem sido reconhecido há muitos anos, por sua utilização diária nos departamentos de imagem em todo o mundo. Como todos os fármacos, estes agentes também não são isentos de risco.

Os quelantes de gadolínio constituem os meios de contraste utilizados nos estudos vasculares por ressonância magnética. São usados por via parenteral e funcionam como meios de contraste extracelulares, sendo excretados rapidamente por filtração glomerular com meia vida de 1 a 2 horas.

Quanto à estrutura química, atualmente dois tipos de quelantes de gadolínio são disponíveis comercialmente: os de cadeia linear e os de cadeia macrocíclica, estes últimos possuem o Gd³⁺ localizado no interior da molécula, dificultando sua liberação e conferindo maior proteção. Esses complexos de gadolínio ainda podem ser iônicos ou não-iônicos, sendo o iônico mais estável. (Tabela 1).

COMPLICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DO USO DE GADOLÍNIO

A taxa de reações adversas após a injeção venosa do quelantes de gadolínio é de cerca de 2 a 4%, sendo muito menor quando comparado ao meio de contraste iodado, utilizado em

técnicas angiográficas convencionais e de angiotomografia computadorizada⁸. As reações variam de pequenos distúrbios fisiológicos a situações severas, sendo a enorme maioria das reações leves, representadas principalmente por náuseas e urticária. Outras reações incluem distúrbios respiratórios, edema periorbitário, cefaleia, frio no local da injeção, vômitos e tontura. Reações anafiláticas podem ocorrer, porém são raras (1 em 350.000 a 500.000)⁷.

O risco de reações adversas aumenta em cerca de 8 vezes em pacientes com relato de reação prévia a este contraste. Pacientes com asma e várias alergias a outros medicamentos também apresentam maior risco para desenvolver reações adversas⁸.

Toda a equipe que trabalha no departamento de imagem deve estar preparada e em alerta, para possíveis reações adversas, e isto inclui disponibilidade de equipe treinada, equipamentos e medicamentos apropriados ao atendimento de emergência.

Quando administrados em pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica grave, os quelantes de gadolínio podem resultar em efeito colateral bastante incomum, a fibrose sistêmica nefrogênica.

FIBROSE SISTÊMICA NEFROGÊNICA

Epidemiologia e Fisiopatogenia

A fibrose sistêmica nefrogênica (FSN) é uma doença fibrosante rara e sem tratamento, de curso progressivo, que acomete pacientes com doença renal crônica em estado avançado ou insuficiência renal aguda grave, com clearance de $Cr < 30 \text{ mL/min}$. Não apresenta predileção por gênero, idade ou raça⁹.

A etiologia da FSN ainda não é bem conhecida, mas há uma forte associação com o uso de gadolínio, especialmente com a formulação gadodiamide, cujo quelante apresenta estrutura molecular linear¹⁰; as moléculas macrocíclicas e iônicas são consideradas como de menor risco para a FSN⁷.

Além disso, especula-se que condições pró-inflamatórias, principalmente, eventos ou cirurgias vasculares, que resultem em lesão endotelial, sejam cruciais no desenvolvimento da doença⁹.

Acredita-se que o gadolínio funcione como um gatilho para a FSN. Em pacientes com doenças renais graves, sua excreção estaria reduzida, aumentando a chance de dissociação entre o metal e seu quelante. Alguns estudos mostraram a

presença de gadolínio em biópsias de pele, o que reforça a hipótese de que o gadolínio se deposita nos tecidos, inicialmente na pele, e é fagocitado por macrófagos, que liberam citocinas, atraindo fibrócitos e iniciando uma reação inflamatória e fibrosante⁹.

Outros fatores de risco são o tipo de quelante utilizado no contraste, doses elevadas de gadolínio, acidose, hiperfosfatemia e o uso de eritropoietina¹¹. A acidose precipita a dissociação do gadolínio do seu quelante. No caso da hiperfosfatemia, haveria uma maior possibilidade do Gd³⁺ se ligar a um fosfato e precipitar nos tecidos. Já a eritropoietina estimula a medula óssea, aumentando o número de células inflamatórias circulantes¹¹.

Achados Clínicos e Laboratoriais

Em geral, as manifestações da FSN ocorrem semanas a meses após a administração do gadolínio, e o tempo de progressão é variável^{10,12}. Primeiramente, acometem a derme das extremidades inferiores, depois o tronco e então as extremidades superiores. A face e o pescoço são poupados^{10,11}. As lesões são caracterizadas por placas ou pápulas endurecidas e eritematosas, às vezes coalescentes, e podem ter um aspecto edematoso ou em casca de laranja, que progride para espessamento¹⁰ (Figura 3). A fibrose pode acometer então as articulações, levando a contraturas em flexão, com limitações de movimento e artralgia. Frequentemente, o paciente apresenta prurido, queimação e dor¹¹.

O acometimento visceral em geral ocorre em pacientes com lesões cutâneas. Já foram relatadas alterações fibróticas miocárdicas, pulmonares e musculares, entre outras, bem como neuropatias motoras e sensitivas⁹.

Não há marcadores sorológicos específicos para a doença, estando as alterações séricas restritas ao aumento de marcadores de inflamação crônica¹².

Achados histológicos mostram bandas de colágeno, depósitos de mucina e aumento de fibroblastos e fibras elásticas¹⁰. Além da biópsia da pele, deve ser realizada a biópsia muscular, a fim de determinar se há envolvimento sistêmico¹¹.

Diagnóstico Diferencial

Como as manifestações primárias da FSN são comumente cutâneas, os principais diagnósticos diferenciais são doenças que envolvem a pele. São eles: escleromixedema, esclerodermia e fascíte eosinofílica¹¹.

A localização das lesões na FSN, bem como a falta de anticorpos específicos flutuantes e sua associação com insuficiência renal e uso prévio de gadolínio auxiliam na diferenciação da doença^{11,12}.

Tratamento

Ainda não existe nenhuma forma de tratamento comprovadamente eficiente para FSN¹¹. Diversas formas de intervenções terapêuticas, com drogas antioxidantes e que reduzem a atividade inflamatória, foram estudadas, com sucesso em poucos casos⁹. Podemos citar, entre outras, plasmaférese, pentoxifilina, imunoglobulina intravenosa, imunossuppressores e tiosulfato de sódio^{11,12}.

Foi demonstrado por alguns autores que a melhora da função renal, seja por recuperação no caso de uma insuficiência aguda ou por transplante renal, pode levar ao retardo ou parada de progressão e até regressão da doença^{10,12}.

Além dessas medidas, fisioterapia é fundamental para manter e melhorar a amplitude de movimento nas articulações acometidas^{11,12}.

Prevenção e Recomendações Finais

Pacientes renais com clearance de $Cr < 30 \text{ mL/min}$ não devem ser submetidos a angio-RM com uso de gadolínio. Em situações específicas, e de consenso multidisciplinar, caso o risco-benefício indique a realização do exame, antes da realização da angio-RM com gadolínio, o paciente deve ser orientado pelo médico assistente a agendar o exame para o dia da hemodiálise, a fim de realizá-la em até 3 horas após a administração do gadolínio, idealmente repetindo a hemodiálise dentro de 24 horas⁹. O médico radiologista deve utilizar a menor dose possível, evitando quelantes lineares¹¹.

Para pacientes em diálise peritoneal, deve-se considerar a possibilidade de realização de hemodiálise^{12,13}. Entretanto, ainda não foi confirmado que a hemodiálise pode prevenir a FSN¹³.

OPÇÕES AOS PACIENTES QUE NÃO PODEM UTILIZAR GADOLÍNIO

É importante ressaltar que há outras modalidades de estudos vasculares disponíveis¹³, e é papel conjunto do médico assistente e do radiologista considerá-las para pacientes com contraindicações ao uso do gadolínio.



Atualmente, existem uma série de estudos clínicos para o desenvolvimento de novas sequências e protocolos para angiorressonância magnética sem a necessidade de administrar meio de contraste venoso...



Ultrassonografia com Doppler

Ultrassonografia com Doppler é um método diagnóstico não invasivo, sem contraindicações, capaz de fornecer informações hemodinâmicas quanto à direção, velocidade e turbulência de fluxo dentro de um vaso, bem como a presença de trombose, calcificações parietais e estenoses¹⁴.

Angio-tomografia Computadorizada

Com o advento dos tomógrafos multislice, a angio-tomografia ganhou espaço no diagnóstico e planejamento do tratamento de doenças vasculares, bem como no controle da eficácia de tratamento vascular, já que fornece informações multiplanares e tridimensionais sobre a anatomia vascular e das estruturas adjacentes^{15,16}.

Para a realização do exame, entretanto, é necessária a administração intravenosa de contraste iodado, que apresenta maior incidência de reações alérgicas comparado ao gadolínio, além do risco de nefropatia induzida pelo contraste¹⁷. Há ainda os riscos da radiação ionizante, com seus efeitos determinísticos e estocásticos.

Angiografia convencional

Através da angiografia convencional, também um estudo de luminografia, é possível obter um diagnóstico preciso da doença arterial, determinando por exemplo a presença de aneurismas, estenoses e circulação colateral. Além de diagnóstico, é um método que possibilita intervenções terapêuticas¹⁸. Entretanto, é um exame mais invasivo¹⁵, e também depende do uso de contraste iodado e da radiação ionizante¹⁹, ambos muitas vezes em doses superiores.

PERSPECTIVAS FUTURAS - NOVAS TÉCNICAS DE ANGIORRESSONÂNCIA SEM O USO DE GADOLÍNIO E SUAS LIMITAÇÕES

As primeiras técnicas de angiorressonância sem contraste foram as sequências TOF (*time of flight*) e *Phase-contrast*, estas porém apresentam limitações próprias, como pequeno campo de visão (extensão longitudinal), tempo exagerado, não produzir imagens adequadas de vasos que não estão orientados perpendicularmente ao plano de aquisição das imagens, maior suscetibilidade a artefatos de movimento e de turbilhonamento do fluxo sanguíneo, o que de um modo geral hiperestimava as lesões vasculares estenosantes.

Ainda hoje, o TOF é a principal sequência utilizada na aquisição de imagens para angiorressonância do encéfalo, apresentando boa eficácia no estudo de segmentos vasculares curtos, no entanto, com essa sequência o tempo do exame ainda é prolongado (6-10 min) e sujeito a artefatos, inviabilizando a utilização da mesma para o estudo de segmentos vasculares com maior extensão ou para vasos que não estejam orientados perpendicularmente ao plano de corte (Figura 4).

Atualmente, existem uma série de estudos clínicos para o desenvolvimento de novas sequências e protocolos para angiorressonância magnética sem a necessidade de administrar meio de contraste venoso, baseando-se somente no sinal obtido do movimento sanguíneo (Figura 5).

Muitos serão os benefícios em relação as técnicas sem contraste, como: redução dos custos, não invasibilidade, prevenção de complicações relacionadas a uso dos quelantes de gadolínio, alternativa angiográfica para os pacientes renais graves e maior conforto para o paciente²⁰.

No entanto, ainda existem limitações destas técnicas experimentais como: taquicardia, arritmias, movimento do paciente, obesidade, vasos tortuosos e/ou paralelos ao plano de corte (ex. artérias renais), cliques de metal ou stents e o tempo de exame prolongado. Contudo, as avaliações preliminares têm mostrado um bom valor preditivo negativo no diagnóstico de patologias vasculares²⁰.

CONCLUSÃO

A angiorressonância magnética é um método que apresenta extensa validação na literatura, seguro, eficiente e indolor, capaz de fornecer informações vasculares relevantes. Embora o uso do gadolínio em ressonância magnética seja reconhecido há muitos anos e utilizado diariamente nos departamentos de imagem em todo o mundo, como todos os fármacos, este também não é isento de risco, e tem sido referido como um possível agente causal de um efeito colateral bastante incomum, em pacientes renais graves, com clearance de $Cr < 30 \text{ mL/min}$, a fibrose sistêmica nefrogênica. A interação interdisciplinar entre o angiologista, cirurgião vascular, radiologista e nefrologista é fundamental nesta situação, a fim de se encontrar soluções e alternativas diagnósticas vasculares por imagem.

Fonte: Werneck LD1, Junqueira CS2, Coutinho Jr AC3



Figura 1. Paciente sexo masculino, 13 anos, apresentando malformação vascular no membro superior esquerdo. Sequência angiográfica por Ressonância Magnética com alta resolução espacial, permitindo melhor avaliação anatômica das estruturas vasculares.

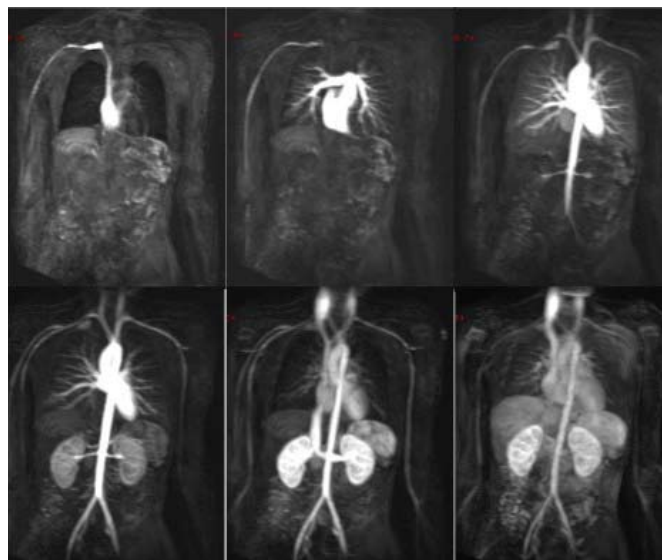


Figura 2. Paciente sexo masculino, 13 anos, apresentando malformação vascular no membro superior esquerdo. Sequência angiográfica por Ressonância Magnética com alta resolução temporal, permitindo avaliação da hemodinâmica de malformação vascular predominantemente de baixo fluxo, localizada no braço e cotovelo esquerdos.



Figura 3. Paciente de 62 anos, renal crônico em hemodiálise, com quadro progressivo de placas fibrosas dolorosas nos braços e pernas. Achados histológicos compatíveis com Fibrose Sistêmica Nefrogênica. (imagem cedida por Alison Young, Dermatlas - Johns Hopkins University; <http://www.dermatlas.org>)

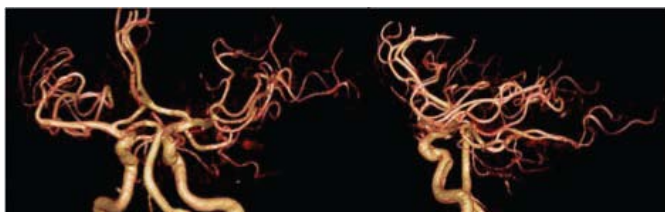


Figura 4. Angiorressonância magnética do encéfalo. Sequência angiográfica por Ressonância Magnética sem a administração venosa do meio de contraste. Sequência TOF 3D ("time of flight"), Gyroscan Intera 1.5T (Philips, Holanda).

“Muitos serão os benefícios em relação as técnicas sem contraste, como: redução dos custos, não invasibilidade, prevenção de complicações relacionadas a uso dos quelantes de gadolínio...”



Figura 5. Sequência angiográfica por Ressonância Magnética sem a administração venosa do meio de contraste. Sequência em desenvolvimento QISS, MAGNETOM Aera 1.5T (Siemens, Alemanha). Angiorressonância magnética dos membros inferiores, com ótima qualidade, mostrando estruturas vasculares arteriais de curso, calibre e sinal de fluxo normais, sem evidência de dilatações aneurismáticas ou estenose significativa.

	MACROCÍCLICOS	LINEARES
ÍÔNICOS		
NÃO ÍÔNICOS		

Tabela 1. Tabela ilustrando a estrutura química dos quelantes de gadolínio.

REFERÊNCIAS:

- Ivancevic MK, Geerts L, Weadock WJ, Chenevert TL. Technical Principles of MR Angiography Methods. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2009; 17(4);1-11
- Assistência à Vida em Radiologia. Guia Teórico e Prático. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. São Paulo 2009.
- Stepansky F, Hecht EM, Rivera R, et al. Dynamic MR angiography of upper extremity vascular disease: pictorial review. Radiographics. 2008; 28:e28
- Swan JS, Carroll TJ, et al. Time-resolved three-dimensional contrast-enhanced MR angiography of the peripheral vessels. Radiology. 2002 Oct;225(1):43-52
- Fain SB, King BF, Breen JF, et al. High-Spatial-Resolution Contrast-enhanced MR angiography of the renal arteries: A prospective comparison with digital subtraction angiography. Radiology. 2001; 218:481-490
- Griffin M, Grist TM, François CJ. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2009 Feb;17(1):77-90 Dynamic Four-Dimensional MR Angiography of the Chest and Abdomen
- Marcos SK. Extracellular gadolinium contrast agents: differences in stability. Eur J Radiol 2008; 66:175-179
- Junior JE, Santos AC, et al. Complicações do uso intravenoso de agentes de contraste à base de gadolínio para ressonância magnética. Radiologia Brasileira. 2008; volume 41.
- Perazella MA. Nephrogenic systemic fibrosis, kidney disease, and gadolinium: is there a link? Clin J Am Soc Nephrol. 2007. 2:200-202.
- Morris MF, Zhang Y, Prowda JC, et al. Features of nephrogenic systemic fibrosis on radiology examinations. AJR. 2009; 193: 61-69
- Prince MR, Z HL, et al. Nephrogenic systemic fibrosis and its impact on abdominal imaging. Radiographics. 2009; 29:1565-1574
- Mundim JS, Lorena SC, Abensur H, et al. Fibrose sistêmica nefrogênica: uma complicação grave do uso do gadolínio em pacientes com insuficiência renal. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(2): 220-5
- Kuo PH, Karl E, et al. Gadolinium-based MR Contrast Agents and nephrogenic systemic fibrosis. Radiology. 2007; 242:647-649
- THRUSH Abigail; HARTSHORNE Tim. Peripheral Vascular Ultrasound: how, why and when. 2nd ed. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2005
- Kock MCJM, Stijnen T, et al: Peripheral Arterial Disease: therapeutic confidence of CT versus digital subtraction angiography and effects on additional imaging recommendations. Radiology 2004; 233:385-391
- Schoepf UJ, Costello P. CT angiography for diagnosis of pulmonary embolism: state of the art. Radiology. 2004; 230:329-337
- Bettmann MA. Frequently Asked Questions: Iodinated Contrast Agents. Radiographics. 2004; 24:S3-S10
- Tins B, Oxtoby J, Patel S. Comparison of CT angiography with conventional arterial angiography in aortoiliac occlusive disease. The British Journal of Radiology. 2001; 74: 219-225
- Gilfeather M, Yoon HC, et al. Renal artery stenosis: evaluation with conventional angiography versus gadolinium-enhanced MR angiography. Radiology. 1999; 210: 367-372.
- Edelman RR, Koktzoglou I et al. Quiescent-interval single-shot unenhanced magnetic resonance angiography of peripheral vascular disease: Technical considerations and clinical feasibility. Magn Reson Med. 2010 Apr;63(4):951-8.

Pulsar-18
O primeiro stent de 200mm do mercado compatível com introdutor 4F!



A BIOTRONIK está comprometida em oferecer uma linha completa de soluções periféricas que minimizem as complicações decorrentes da punção de acesso.

O stent Pulsar-18 é a nova geração do Stent Astron Pulsar, oferecendo aos médicos stents longos, de 100 a 200mm de comprimento, com força radial e flexibilidade otimizados nos diâmetros de 4 a 7mm.

BIOTRONIK: tecnologia inovadora visando a excelência no tratamento do paciente.

SupriMedical
Comunicação e Produção de Imagem em Radiologia

BIOTRONIK
excellence for life



Zenith[®] Spiral-Z[™]

AAA ILIAC LEG GRAFT

Ir além

Este é o significado de Transcender.
Esta é a essência da Zenith.

Uma combinação entre os nossos últimos avanços e o desempenho comprovado da Zenith, resultando em um ramo ilíaco mais resistente ao kink e fácil de navegar.



Transcender: Flexibilidade

Priorize a perviedade e a navegação.

Matriz Rio de Janeiro (21) 3221-8500

Filiais: São Paulo (11) 2028-0766 Curitiba (41) 3336-6116

Recife (81) 3223-2470 Porto Alegre (51) 3019-1139

www.tamussino.com.br



E. TAMUSSINO
& CIA. LTDA

Fundada em 1959

Sucessão em clínicas e consultórios - como planejar o futuro?



Jeanete Herzberg

Planejar a sucessão é possível? Como e quando começar a pensar nisso?

São diversos os aspectos a serem considerados quando se pensa na sucessão em clínicas ou em qualquer negócio. Por um lado, a maior parte dos médicos não deixa esse assunto vir à tona, pois é como se a possibilidade de parar de trabalhar não fosse uma realidade para ele.

Por outro lado, quando é chegado o momento de parar, talvez não haja mais nada para se fazer, de modo a valorizar todo o patrimônio da clínica que foi construído durante anos e ainda de harmonizar a situação familiar em relação aos seus herdeiros e sucessores.

O encerramento de atividades de uma clínica sem informação prévia aos pacientes, aos colegas de profissão e sem uma preparação do próprio médico e sua família para essa realidade pode ser complicada. Configura-se uma situação em que todos os envolvidos saem perdendo, sejam eles clientes, colegas, funcionários, familiares e até mesmo o próprio médico dono da clínica.

Esse processo de sucessão também pode ser configurado com benefícios, desde o profissional que está planejando sua saída da atividade, até a valorização do patrimônio e a simplificação para seus herdeiros. Para o sucessor, existe a perspectiva de alavancar sua carreira a um custo menor do que “alçar o voo solo”, já para os pacientes, a garantia de continuidade no atendimento.

O primeiro aspecto a se considerar nesse processo é entender que a clínica é também um negócio. A clínica tem clientes, prestadores de serviços, um nome estabelecido no mercado, contas a receber e a pagar e tem lucro (ou prejuízo em alguns casos), além de, é claro, ser o local de trabalho ao qual o médico empreendedor dedicou a sua vida profissional.

O médico pode continuar atuando na clínica, mesmo se já não for seu quotista. Da mesma forma, o sócio não precisa ne-

cessariamente atender pacientes e atuar como médico. Porém, é necessário que as responsabilidades e remunerações fiquem bem claras em cada caso. Por exemplo:

Papel	Remuneração	Responsabilidade
Sócio	Lucros	Contábil, fiscal, civil, trabalhista, técnica
Médico	Honorários	Técnica dos atendimentos procedimentos
Administrador	Salário	Técnica da administração

Além desses papéis, é importante ressaltar que esse médico tem características próprias, como seu papel familiar e na sociedade, tem seus próprios desejos e anseios.

Como todo negócio, uma clínica tem seu valor racional e emocional. O racional é medido pelo desempenho indicado em balanços, em dados de faturamento, por valores a receber de clientes, por seus equipamentos, imóveis e outros indicadores numéricos objetivos. Já o valor emocional está usualmente ligado ao desenvolvimento e ao sucesso do empreendimento. Por isso, a clínica muitas vezes é considerada pelo médico como um membro da família, um filho, por exemplo. Afinal, ele dedicou toda sua vida para se estabelecer no mercado, ter prestígio e ser considerado um profissional competente e valorizado.

Ao tomar a decisão de planejar o processo de sucessão, há uma diferença econômica bastante significativa entre fechar a clínica com uma situação de gastos por certo tempo após o encerramento das atividades, ou preparar a sucessão com valores a receber pela transição do negócio. A segunda opção significa ir do “vermelho” para o “azul”.

Para que o processo de sucessão possa ocorrer, é fundamental que a clínica tenha transparência e clareza em seus

números financeiros, contábeis e gerenciais com mínimo de precisão e atualização.

Mas, existe também, a preparação do profissional para enfrentar uma mudança de postura tanto em sua profissão quanto em seus investimentos e enfim, sua vida particular. Sabe-se da preocupação dos médicos em cuidar dos outros, montar seu consultório ou sua clínica com prestígio, prestar os melhores serviços, dar atenção aos seus pacientes ao longo de sua vida.

Você, médico proprietário de uma clínica, está preparado para esse processo? Sabe o que quer fazer no futuro de médio e longo prazo em relação à sua clínica e quanto à sua atividade de atendimento aos pacientes? Aceitaria trabalhar com novos sócios? Teria a abertura de ver seus sócios tomando decisões diferentes daquelas que costumava tomar, ou tratar seus funcionários e clientes de outra maneira?

Na minha experiência de consultoria, essas decisões pessoais são as que mais afetam a possibilidade de planejar a sucessão. Certamente, cada pessoa só deve tomar as suas decisões por si e nem sempre será um processo tão fácil. Exige uma contínua reflexão e abertura para as alternativas existentes, especialmente por ter dedicado sua vida na construção de uma clínica de renome, profissional e respeitada.

Existem diversas opções para tomar algumas atitudes em relação ao seu futuro como médico e como empreendedor. Exemplos:

1. Continuar como médico proprietário e planejar o futuro ao longo do tempo;
2. Parar de clinicar e sair do negócio, deixando de ser empreendedor;
3. Continuar clinicando depois de vender sua parte no negócio;
4. Continuar como empreendedor, porém deixar de clinicar;
5. Continuar do jeito que está para ver como é que fica, ou seja, deixar tudo ao "sabor do vento".

As possibilidades, considerando essas alternativas de sucessão, podem ser:

- Venda total e saída imediata ou planejada ao longo do tempo;
- Ter associado(s);
- Trazer associado(s) com vistas à sucessão;
- Venda de parte das quotas do negócio;
- Venda parcial ou integral das quotas e continuidade como médico associado;
- "Fica do jeito que está para ver como fica".

Para finalizar as reflexões aqui expostas, sugerimos que a transição deve ser preparada. Para tanto, tome as decisões importantes pessoais sobre o rumo que quer dar aos seus negócios:

- Quando quero parar de trabalhar?
- Quero ter sócios e/ou associados? Qual é o perfil do(s) sócio(s) que eu gostaria de ter?
- Quais serão as minhas funções como empreendedor, caso venha a ter novos sócios?
- Que valor tem a minha clínica e quanto aceitaria receber por ela? Em quanto tempo estou disposto a realizar o processo de transição?
- Quais formas de pagamento estarei disposto a aceitar?

Se decidir pela transição da clínica procure avaliar o seu valor, busque associados ou compradores, e inicie a negociação. Lembre-se de verificar com seu contador e advogado os aspectos tributários e fiscais, assim como o contrato para que abranjam os principais temas do negócio.

“O médico pode continuar atuando na clínica, mesmo se já não for seu quotista. Da mesma forma, o sócio não precisa necessariamente atender pacientes e atuar como médico.”

Preparar a sucessão significa ter tempo para encaminhar os assuntos pertinentes. A sucessão é a preparação para uma saída tranquila e que permita a opção de quando e como fazê-la, maximizando o valor do patrimônio construído e propiciando tempo para a escolha das melhores alternativas de atividades para o médico empreendedor. E a boa notícia é que já existe a possibilidade de apoio para esse processo. Tome a sua decisão e tenha sucesso!



Dr. Marcio Meirelles

Uma só medicina para todos os brasileiros

Em um artigo publicado no jornal O Globo (3/9/2012, pág.14), a Dra. Lígia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, chama a atenção para o destaque dado ao sistema de saúde da Grã-Bretanha, o *National Health System* ou *NHS*, na cerimônia de abertura dos Jogos Olímpicos em Londres.

“Para brasileiros receptivos e de mente aberta” – diz a autora – “a exibição da importância civilizatória de um sistema de saúde inteiramente baseado no financiamento e prestação de serviços públicos abalou convicções e suscitou imensa curiosidade”.

Com efeito, poucos imaginariam que os promotores do evento pudessem destacar, como um dos principais estandartes do país, o seu sistema de saúde. Isto se deve à competência e seriedade com que o sistema (o NHS) foi, há cerca de 65 anos, planejado e implementado. Durante todo esse tempo, sucederam-se no poder político, diferentes partidos, de diferentes perfis ideológicos, mas nenhum deles ousou alterar um sistema que deu certo, que é abraçado e querido pela população e que tem servido de exemplo para sistemas de saúde em todo o mundo.

No nosso país, o Sistema Único de Saúde (SUS) logrou realizar feitos notáveis que fizeram por merecer a admiração da comunidade científica internacional. É o caso do setor de vacinação, do combate a AIDS, dos transplantes e outros procedi-

mentos de alta complexidade, etc. No que tange à prestação de assistência médica à população, entretanto, muito há para realizar. Há obstáculos de natureza histórica e cultural – como a de se admitir um sistema de igual qualidade para atender cidadãos de todas as categorias socioeconômicas e de abrangência nacional. As marcas atávicas sintetizadas por Gilberto Freire na expressão “Casa Grande e Senzala”, parecem permanecer, de certo modo, no nosso inconsciente coletivo. Isso leva, por exemplo, a

constatação, pela autora citada, das dificuldades criadas “pelo poder de atração e concentração de recursos (...) consequente ao tamanho e poder político do setor privado (...)”. E adiante: “O SUS não é um NHS fracassado. Para dar certo depende, tal como ocorreu em todas as reformas dos sistemas universais, da revogação do atual padrão predatório

de investimento e utilização dos serviços. Em 2013, a renúncia fiscal para financiar o setor privado irá consumir 20% do orçamento da união para a saúde (...)”.

A comunidade médica nacional parece comportar-se como se o futuro da Medicina no Brasil e, por consequência a implantação do SUS, fosse uma questão exclusivamente do governo. Talvez possamos abreviar a chegada desse novo estágio civilizatório se assumirmos, desde logo, cada um de nós, a nossa parcela de responsabilidade pela saúde pública – a saúde de toda a população brasileira – conforme determina, aliás, o Código de Ética Médica.

“No nosso país, o Sistema Único de Saúde (SUS) logrou realizar feitos notáveis que fizeram por merecer a admiração da comunidade científica internacional. É o caso do setor de vacinação, do combate a AIDS, dos transplantes e outros...”



Prostavasin

alprostadiil alfaciclodextrina

Adjuvante efetivo na DAOP grave^{1,2,6,7,8}

BENEFÍCIOS CLAROS NO TRATAMENTO DA DAOP ESTÁGIOS III E IV¹



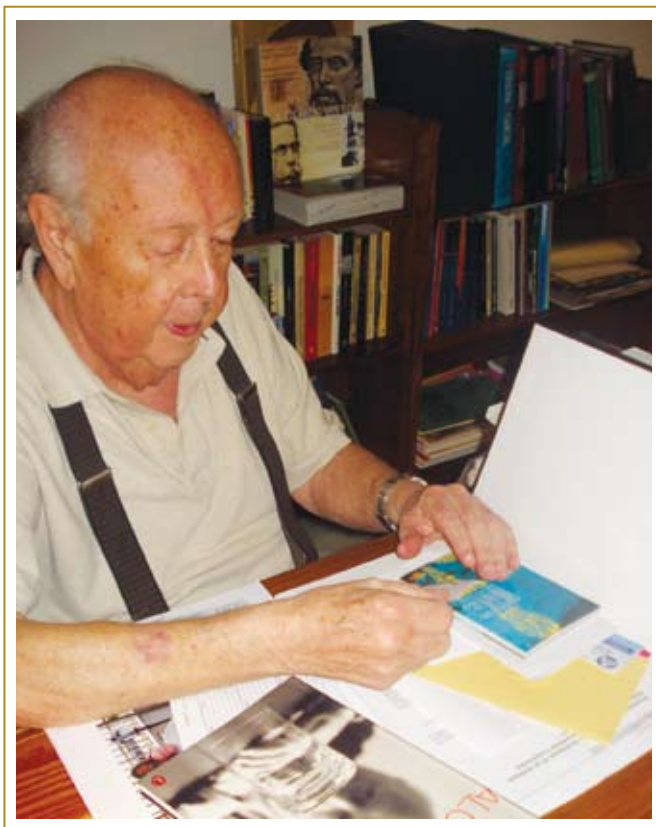
- ✖ Aumenta a taxa de cicatrização e reduz a dor nas úlceras isquêmicas³
- ✖ Aumenta a permeabilidade ao fármaco e melhora a dissolução⁹
- ✖ Aumenta a estabilidade da droga e a solubilidade da PGE1^{4,5,9}

Referências Bibliográficas: 1) CREUTZIG, A.; LEHMACHER, W.; ELZE, M. Meta-analysis of randomised controlled prostaglandin E1 studies in peripheral arterial occlusive disease stages III and IV. *WASA*, v. 33, p. 137-144, 2004. 2) TRUBESTEN, G. et al. Intravenous Prostaglandin E1 Versus Pentoxifylline Therapy in Chronic Arterial Occlusive Disease - a Controlled Randomised Multicenter Study. *WASA*, suppl. 28, p. 44-49, 1989. 3) TONDI, P. et al. Treatment of ischemic ulcers of the lower limbs with alprostadil (prostaglandin E1). *Dermatol Surg*, v. 30, n. 8, p. 1113-1117, 2004. 4) UEKAMA, K. et al. Utilization of Cyclodextrin Complexation for Separation of E1 A and B Prostaglandins by Ion Exchange Liquid Chromatography. *J Pharm Sci*, v. 66, n. 5, p. 706-710, 1977. 5) Bula do produto PROSTAVASIN: pó lífilo injetável. 6) AMENDT, K. PGE1 and other prostaglandins in the treatment of intermittent claudication. A meta-analysis. *Angiology*, v. 56, n. 4, p. 409-415, 2005. 7) GRUSS, J. D. Effects of adjuvant PGE1 therapy following profundoplasty in patients with severe limb ischaemia. Early and long-term results. *WASA*, v. 26, p. 117-121, 1997. 8) GRUSS, J.D. et al. Use of prostaglandins in arterial occlusive diseases. *Inter Angio*, v. 3, p. 7-17, 1984. 9) CHALLA, Rajeswari et al. Cyclodextrins in drug delivery: an updated review. *AAPS Pharm Sci Tech*, v. 6, n. 2, p. E329-357, 2005.

PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) - 20 MCG - Pó lífilo injetável - Uso Intravenoso ou Intra-Arterial. **INDICAÇÕES:** Tratamento de doença arterial oclusiva crônica nos estágios III e IV (classificação de Fontaine). O escore de Fontaine é baseado nos sintomas do paciente e é amplamente usado na medicina. O estágio I corresponde a pacientes assintomáticos, o estágio IIa corresponde a claudicação intermitente com uma distância de caminhada limitada a 200 metros e o estágio IIb corresponde a menos de 200 metros. O estágio III descreve pacientes com DAOP (Doença Obstrutiva Arterial Periférica) severa com dor em repouso e o estágio IV descreve pacientes com lesões tróficas (úlceras/necroses). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao alprostadiil ou aos outros componentes da fórmula. **PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) não deve ser administrado a pacientes com uma condição cardíaca pré-existente, como por exemplo, pacientes com insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas ou doença cardíaca coronariana inadequadamente tratada; pacientes que tenham tido um infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses ou com suspeita de edema ou infiltração pulmonar a partir dos resultados de exame clínico ou radiológico e pacientes com um distúrbio obstrutivo crônico severo de ventilação.** **PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) não deve ser administrado a pacientes com sinais de dano hepático recente (níveis elevados de transaminases ou gama-GT) ou outra doença hepática conhecida. Também devem ser evitados pacientes nos quais o efeito de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) possa causar hemorragias de complicação (p. ex., portadores de úlceras gastrintestinais agudas ou politraumatizados). Precauções especiais devem ser tomadas com pacientes de risco (vide "Precauções"). Cuidados e advertências:** Pacientes que, em virtude da idade, apresentem propensão à insuficiência cardíaca ou doença cardíaca coronariana devem ser mantidos sob vigilância hospitalar durante um dia após o tratamento com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina). A fim de evitar sintomas de hiper-hidratação nesses pacientes, o volume de fluido administrado na infusão não deve exceder 50 a 100 ml/dia. Recomenda-se monitorizações frequentes das funções cardiovasculares do paciente, incluindo, se necessário, uma medida de peso, verificação do equilíbrio de fluido, pressão venosa central ou verificações ecocardiográficas. Pacientes com edema periférico e disfunção renal (creatinina sérica > 1,5 mg/dl) devem ser monitorados da mesma forma. A eficácia deste medicamento depende da capacidade funcional do paciente. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** Categoria de Risco: C. PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) não deve ser administrado a gestantes ou mulheres em fase de lactação. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) pode potencializar o efeito de agentes hipotensivos (fármacos anti-hipertensivos), fármacos vasodilatadores e outros usados para tratar doença cardíaca coronariana. Estes pacientes requerem monitorização cardiovascular intensiva. A administração concomitante de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) a pacientes que estejam recebendo drogas que retardam a coagulação sanguínea (anti-coagulantes, inibidores da agregação plaquetária) pode aumentar a propensão a hemorragias nesses pacientes. **Reações adversas:** Dor, eritema e edema frequentemente ocorrem no membro recebendo a infusão durante a administração intra-arterial de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina). Sintomas similares também ocorrem com a administração intravenosa. Esses efeitos adversos que são devidos ao fármaco ou à punção, desaparecem quando a dose é reduzida ou quando a infusão é interrompida. Independentemente da via de administração, ocorrem ocasionalmente: dor de cabeça, reações gastrintestinais adversas (p. ex., diarreia, náusea, vômito), rubor e parestesia. Raramente ocorre queda da pressão arterial, taquicardia, sintomas de angina, valores hepáticos elevados (transaminases), queda ou elevação na contagem de glóbulos brancos (leucopenia ou leucocitose), sintomas articulares, estados de confusão, convulsões de origem cerebral, elevação de temperatura, sudorese, vertigens, febre, reações alérgicas e alterações da proteína C reativa. O quadro retorna rapidamente à normalidade após o tratamento. Houve relatos de hiperostose reversível dos ossos longos em um número muito pequeno de pacientes com mais de 4 semanas de tratamento. Um número muito pequeno de pacientes desenvolveu edema pulmonar agudo ou insuficiência cardíaca global durante o tratamento com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina). **POSOLÓGIA:** A ampola já vem pré-cortada logo abaixo do ponto azul (sistema OPC - one point cut). Para quebrá-la, deve-se forçar este ponto para trás. **Terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina):** Dissolver o conteúdo de uma ampola do pó lífilo de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) (equivalente a 20 mcg de alprostadiil) em 50 mL de solução fisiológica. A dose recomendada para terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) é 10 mcg em 60 a 120 minutos, com o auxílio de uma bomba de infusão. Se necessário, especialmente na presença de necroses, desde que a tolerabilidade seja satisfatória, a dose pode ser ampliada para uma ampola (20 mcg). A dose é geralmente uma infusão ao dia. Na infusão através de cateter de demora, recomenda-se uma dosagem de 0,1 a 0,6 ng/kg/min, administrada com bomba de infusão por 12 horas (em torno de ¼ ou 1 ½ ampola de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina)). **Terapia intravenosa com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina):** Recomenda-se dissolver o conteúdo de 2 ampolas de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) (40mcg de alprostadiil) em 50 mL a 250 mL de soro fisiológico e administrar por 2 horas. Esta dose é administrada 2 vezes ao dia e.v. Alternativamente, pode-se administrar 3 ampolas (60 mcg de alprostadiil) no volume de 50 a 250 mL, infundidos em 3 horas, 1 vez ao dia. **Pacientes com insuficiência renal (creatinina > 1,5 mg/dl):** O tratamento intravenoso deve ser iniciado com 1 ampola de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina), duas vezes ao dia. De acordo com o quadro clínico em dois a três dias a dose pode ser elevada até a dose normal recomendada devendo-se monitorar a função renal do paciente. Para pacientes que necessitam de restrições líquidas como portadores de insuficiência renal e cardiopatias, o volume deve ser restrito a 50 a 100 mL/dia e as infusões devem ser administradas com bomba de infusão. **Administração e duração do uso:** O efeito benéfico de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) ocorre geralmente após três semanas. O tratamento não deverá exceder 4 semanas. Se não se verificarem os efeitos desejados nesse período, interromper o tratamento. **"SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."** **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS-1.1213.0208. Farmacêutico Responsável: Alberto Jorge Garcia Guimarães - CRF-SP 12.449

Alcoolismo: a doença da negação

Mariana Barbosa



O livro “A doença da Negação”, sobre alcoolismo, foi escrito pelo Dr. Cláudio Leite, considerado um dos maiores cirurgiões pediátricos do Brasil. O médico lutou durante 20 anos contra o alcoolismo. Em sua entrevista para revista SBACV-RJ, ele conta sobre a evolução da doença e como conciliava o trabalho e as relações profissionais com o vício.

1 - Em qual momento o senhor percebeu que a sua relação com a bebida estava além do limite, que precisava parar? Alguma situação específica que despertou esse processo?

Não existe um momento exato em que eu possa dizer que passei a beber mais do que o normal. Mas essa é a maior característica dessa doença. O alcoolismo é uma doença progressiva, que vai atingindo a pessoa lentamente, porque quase todos nós começamos bebendo por prazer, porque gostamos não só do sabor da bebida, mas também do efeito que ela provoca, porque deixa desinibido, deixa mais alegre, mais eufórico e também te dá coragem para fazer certas coisas que você não faria. Então, eu vinha do trabalho, das cirurgias que eu fazia, chegava em casa cansado e achava que merecia tomar um dose de uísque para relaxar. Tomava uma dose, duas doses, e no princípio era só isso, era suficiente. Com o tempo isso foi aumentando. O meu amor pela minha profissão conseguiu por muito tempo me segurar em relação a quantidade que eu bebia. Eu sabia que tinha uma cirurgia no dia seguinte, eu tinha preocupação com isso e não bebia. Tive uma fase em que a profissão de médico estava em primeiro lugar, antes da necessidade de beber. Porque o alcoólatra chega a certo ponto em que ele não só bebe por prazer, mas porque ele precisa da bebida, ele sente que precisa da bebida para poder viver.

2 - O senhor disse que sua profissão funcionou com um freio na sua relação com a bebida. Como era conciliar o vício da bebida com a prática médica?

Foi num período em que eu não estava totalmente controlado pelo álcool. Nesse período foi relativamente simples não beber porque tinha cirurgia no dia seguinte. Mais tarde, com a evolução da doença, eu estava precisando beber diariamente, aí sim a bebida começou a interferir um pouco na minha vida profissional, pois adia ou desmarcava cirurgias.

3 - O senhor compartilhava isso com alguém? Algum colega de profissão sabia?

Eu achava que não sabia. Depois descobri que muitos já tinham percebido que eu estava com algum problema, mas nunca ninguém me abordou para falar sobre isso. É uma coisa que o alcoólatra procura negar e esconder ao máximo. Eu não sabia que tinha um problema. Eu só fui saber depois, bem mais tarde, só quando o problema já era enorme. Eu já estava com uns 60 anos. A progressão da doença é muito lenta, ainda mais porque eu tinha a profissão não permitindo que eu bebesse porque eu fazia cirurgia pediátrica, e precisava ter a mão firme. Eu não podia de maneira nenhuma correr o risco de chegar na hora e não conseguir fazer a cirurgia.

4 - Como é que foi o processo de escrever o livro? Foi muito doloroso decidir expor sua situação?

O livro foi todo escrito já na minha recuperação. Quando estava frequentando os Alcoólicos Anônimos, eu comecei a escrever o livro. Eu escrevia para mim, como se fosse um diário. Algumas pessoas, que também eram alcoólatras e estavam em recuperação, vieram até mim e falaram que eu deveria passar isso para mais gente, que iria ajudar muito. Foi daí que surgiu o livro. Então, eu passei dez anos escrevendo várias coisas, mas só fui realmente escrever o livro nos dois últimos anos, escrevendo capítulos que eu achava que deviam ser encaixados, compondo o livro.

5 - Essa ideia do diário foi uma iniciativa do AA ou não?

Não, foi uma iniciativa minha e funcionou muito para mim. Eu escrevia e geralmente no dia seguinte eu lia tudo novamente, então revivia todas aquelas emoções, todas aquelas transformações. Uma coisa é fundamental para nós médicos: fazer este programa exige uma enorme humildade. Tem que ter uma humildade muito ativa e presente, o que não é muito característica dos médicos, muito menos quando você opera criancinhas recém-nascidas, que iam morrer e você as salva, então você é meio Deus e já está se julgando próximo a Deus. Por isso era difícil. Mas aos poucos eu fui vendo que se eu não me considerasse igual a qualquer outro que estivesse lá dentro do AA, não iria funcionar. É preciso ter uma coisa que eu não tinha: honestidade consigo mesmo. Todo dia de manhã já ruim, precisando parar de beber eu dizia -"eu hoje não vou beber"- , quando menos esperava, lá estava eu, bebendo. Então, existia uma força maior do que eu que me levava a beber. Parecia que colocavam o copo na minha mão. É uma doença física, psíquica e espiritual também. No final, eu estava trancado num quarto, bebendo direto, no fundo do

poço. Tomava praticamente 2 litros de vodka por dia. Mas aí já não trabalhava mais, não saía mais, não fazia mais nada. Foi nesse momento que meu filho chegou na minha porta, olhou para mim e disse a seguinte frase: "Papai, toma um banho, muda de roupa e vem comigo". E eu não sei porque naquele dia eu obedeci, porque ele já tinha feito isso inúmeras vezes e eu não aceitava. Naquele dia eu fui com ele, foi o dia que eu ingressei, dia 11 de novembro de 1997, e nunca mais bebi. Faz 14 anos e 8 meses que eu não bebo.

6 - O senhor acha que o fato do álcool ser socialmente aceito facilita um comportamento obsessivo em relação à bebida? As pessoas não percebiam que estava bebendo mais que elas?

Sem dúvida nenhuma o álcool é uma bebida social, então você se esconde no meio dos outros que estão bebendo socialmente.

7 - Como foi o dia do lançamento do livro?

O dia que eu lancei o livro foi uma explosão de alegria e emoção. Uma coisa tremenda. No segundo piso do Shopping da Gávea tinham mais de 500 pessoas, entre médicos, parentes, amigos, ex-pacientes, pessoas do AA. Eu tinha acabado de sair de uma unidade de terapia intensiva, devido a um infarto, muito provavelmente provocado pela bebida. Eu estava de cadeiras de rodas, com um enfermeiro empurrando e o médico junto, tudo para o lançamento do meu livro. Quando cheguei foi algo espetacular. Recebi bilhetes, cartas, todos com elogios. Todos me parabenizaram pela coragem de expor não só meu anonimato dentro dos Alcoólicos Anônimos, mas também a minha carreira de médico. O que me deixou mais emocionado naquele momento foi que ninguém se sentiu constrangido.

8 - O senhor teve algumas participações importantes em seu livro. Como foi isso?

Quando eu acabei de escrever o livro, a editora pediu que eu convidasse pessoas conhecidas para falarem sobre mim, pois eu sou conhecido apenas dentro da classe médica. Então eu pedi ao Dr. Paulo Niemeyer, que me conhece muito, e a Dr. Rosa Celia Pimentel Barbosa, que é a melhor cardiologista pediátrica do mundo. Eles aceitaram e fizeram uma coisa linda, pela qual sou eternamente grato e honrado.

9 - Com o livro lançado o senhor conseguiu atingir o objetivo de conscientizar as pessoas? Como está sendo o retorno?

O retorno está sendo surpreendente. A venda dos primeiros 500 livros foi rápida. Ficou duas semanas entre os mais vendidos. Na segunda remessa, fizemos mais mil e já está acabando. Eu re-

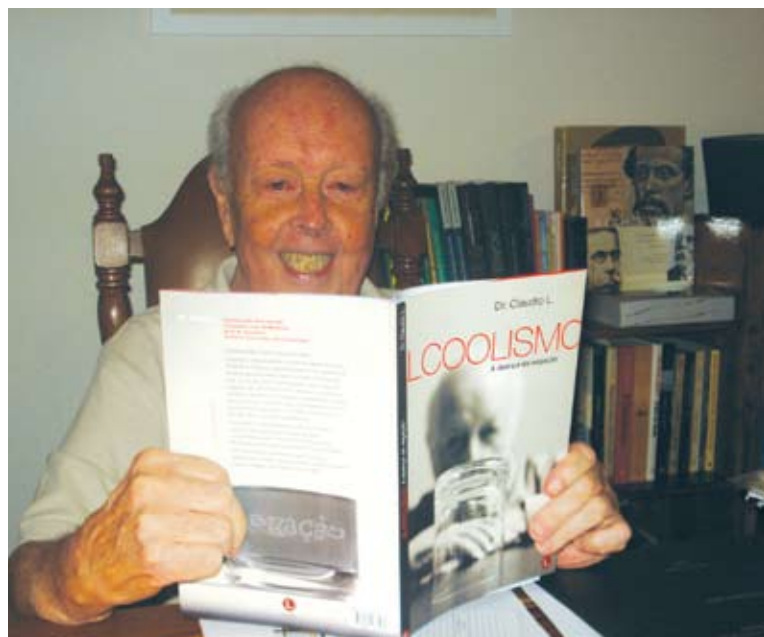
cebo telefonemas, às vezes na rua me abordam e falam que gostaram muito, pessoas famosas me elogiam e pedem que eu continue nessa campanha. Eu tenho pretensão de continuar escrevendo sobre alcoolismo, porque muita coisa ainda tem que ser colocada a público para que fique bem claro que é uma doença, e o indivíduo não é um safado, ele é apenas um doente e tem que ser encarado como tal e ser tratado adequadamente.

10 - Quais são os males que a bebida traz para o organismo?

Uma complicação frequente do álcool é a cirrose hepática. Porque o fígado é o principal órgão que metaboliza o álcool, e o excesso de bebida sobrecarrega suas funções. Atua também nos vasos sanguíneos, na endoderme vascular, aumentando, inclusive, a pressão arterial. Isso porque, o indivíduo que bebe muito não come direito, ele se alimenta de coisas pequenas e gordurosas. Eu sofri de quase todos esses problemas, mas consegui parar antes de desenvolver uma cirrose hepática. E apesar de ser médico, nenhuma dessas doenças me fez parar.

11 - E quais são as consequências mentais do uso do álcool?

A pessoa perde totalmente o domínio sobre a sua vida. Faz coisas que jamais faria se não estivesse bêbado. Eu, por exemplo, casado, saía de casa e ficava de 3 a 4 noites dentro do motel, bebendo e me divertindo. Na época eu chamava meninas de programa, mas elas eram apenas um pretexto. Eu queria mesmo era um local onde eu pudesse beber livremente, sem ter ninguém para me impedir. Era uma maneira de me esconder dos meus colegas.



Dr. Cláudio Leite

12 - Na sua opinião, de que forma os programas de saúde pública podem ajudar pessoas que tem o problema do alcoolismo?

A principal coisa que podemos fazer é na parte da educação, ensinando o que é a doença. Desde a idade escolar as crianças já têm que começar a saber o que é o álcool, como ele atua e os malefícios. A cada 100 meninos que estão em idade escolar, a maior parte terá contato com álcool em casa e desses 100 que tiveram contato com álcool, 14 serão alcoólatras. Em números, isso representa cerca de 20 milhões de alcoólatras no Brasil. Eu acho que na faculdade de Medicina deveria haver uma disciplina sobre alcoolismo. Na França já existe uma disciplina chamada Alcoologia, mas no Brasil ainda não tem. Quando se fala nesse assunto aqui no Brasil já é na fase terminal da doença, e não na fase inicial, quando as chances de cura e não desenvolvimento de complicações, são maiores. Fala-se muito mais em outras drogas, mas o álcool talvez seja a pior delas, porque é lícito e as pessoas usam sem que ninguém se importe.

13 - O senhor considera que a doença pode ter alguma carga hereditária? Na sua família existem pessoas alcoólatras?

Eu tenho muitos parentes que são alcoólatras. Primos, sobrinhos, alguns com o problema e outros em fase de recuperação. Hoje, conhecendo mais a doença, eu acredito que a minha mãe também bebia. Meu alcoolismo não é uma coincidência: se ela bebeu durante a gravidez, existe uma coisa chamada Síndrome Alcoólica Fetal, onde o álcool atinge o feto. Nos casos de síndrome, de 14% sobe para 50% as chances da criança se tornar alcoólatra. Existe uma herança genética importante no alcoolismo, porque para se tornar alcoólatra, a pessoa precisa ter condições socioambientais, psicológicas e a herança genética. Esses três fatores somados ao álcool, levam o indivíduo ao alcoolismo.

14 - Como era o tratamento nos hospitais onde o senhor trabalhava quando chegava algum paciente alcoolizado?

Eu me lembro do desprezo, inclusive da minha parte. Antigamente, chegavam os bêbados e a rotina era aplicar coramina na veia. Isso fazia eles espirrarem muito, era para acordar. Depois, dava-se um laxante para ele ir para rua se evacuando todo, se sujando todo. Hoje, ainda existe o desprezo. Se todo médico souber o que é a doença e chegar um indivíduo no consultório dele e se queixar de uma gastrite, ele não irá pensar só em fazer uma endoscopia. Ele deverá procurar outras razões, perguntar se ele bebe. Só com isso você já pode definir, pela gastrite do indivíduo, e se ele é alcoólatra ou não.

Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos

Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



Fabricante:



Distribuidor exclusivo:

www.tecmedic.com.br

SBACV-RJ realiza I Fórum Permanente dos Preceptores

Aline Ferreira

No dia 11 de julho, a SBACV-RJ realizou, no auditório do prédio onde mantém sua sede, a primeira reunião deste "Fórum Permanente dos Preceptores", que reuniu representantes de 17 hospitais da rede pública e privada do Estado do Rio de Janeiro. Segundo o presidente da regional, Dr. Carlos Eduardo Virgini, a ideia do fórum é manter um diálogo mais próximo com aqueles que, de fato, são responsáveis pela formação dos novos especialistas que a cada ano chegam ao mercado de trabalho, possibilitando, não só que a formação oferecida pelos vários programas seja mais homogênea, como também que a SBACV-RJ possa conhecer mais de perto as necessidades dos serviços e atuar de forma mais clara em benefício dos futuros especialistas.

Além de ouvir o que os representantes tinham a sugerir, o I Fórum foi também espaço para o lançamento de alguns projetos que serão desenvolvidos em parceria entre a Regional e os serviços de residência em angiologia e em cirurgia vascular no estado, como a pesquisa sobre "Epidemiologia do Pé Diabético nas Emergências do Rio de Janeiro", que será conduzida nos serviços de cirurgia vascular. A SBACV-RJ quer dimensionar não só o volume de casos que chegam aos serviços de emergência, como também a oferta de tratamento a esses pacientes.

No evento também foram discutidas propostas de aperfeiçoamento das já tradicionais Reuniões Científicas mensais, de

modo a atrair a participação de um maior número de jovens, e a importância de estimular a filiação dos residentes à Sociedade.

Dr. Arno Von Ristow, diretor científico da SBACV-RJ, enfatizou a importância do credenciamento dos cursos de especialização junto à Sociedade, não só porque isso dá prestígio e reconhecimento ao serviço, como também para oferecer melhores bases para que esses alunos, que ao terminar sua formação, possam fazer a prova de título de especialista, contando com uma preparação mais alinhada àquilo que a SBACV-Nacional e a AMB consideram fundamental para o exercício profissional.

Para o presidente, Dr. Carlos Eduardo Virgini, o fórum foi de suma importância. "Foi muito positivo, nós tivemos a presença maciça de preceptores. Considero que é um bom início de trabalho com os serviços que tem residência e pós-graduação."

PROJETO DO PÉ DIABÉTICO:

O projeto pioneiro, que teve início no dia 06 de agosto, tem como objetivos conhecer melhor o perfil epidemiológico do paciente diabético com lesão e buscar soluções dos problemas levantados junto às autoridades responsáveis. Dimensionando não só volume de casos, mas também a oferta de tratamento a esses pacientes.

Os médicos residentes, em sua maioria, oriundos de diversos hospitais no estado do Rio de Janeiro irão registrar duran-



I Fórum Permanente dos Preceptores

te trinta dias consecutivos todas as internações dos pacientes com “pé diabético”.

Para a residente do Hospital Municipal do Andaraí (HMA), Dra. Núbia Nascimento, o projeto é de suma importância uma vez que vai quantificar as informações do atendimento dos pacientes diabéticos. “É essencial uma estatística local, que demonstre a realidade dos nossos pacientes, para que possamos atendê-los melhor e mais precocemente”, enfatiza.

O residente do Hospital Central da Aeronáutica (HFAG), Dr. Marcus Vinícius Teles, acredita que o projeto trará inúmeros benefícios. “Com o projeto saberemos o desfecho desses pacientes. Além disso, terá o benefício de uniformizar o tratamento de pé diabético nos hospitais do Rio de Janeiro, isso com certeza trará melhorias”, expõe.

Esse projeto é fruto da parceria entre a Regional e os serviços de cirurgia vascular

com programas de residência médica e pós-graduação do Rio de Janeiro. Os resultados obtidos através dos protocolos que estão sendo empregados no levantamento serão divulgados e publicados, a fim de oferecer melhor atendimento à população diabética.

“O trabalho da SBACV é importante para mostrarmos aos governantes os números assustadores de amputações, o tempo de internação e outras complicações com as quais lidamos no nosso dia-a-dia. Muitas coisas têm que mudar, acho que esse trabalho pode ser o começo de um projeto muito maior!”, destacou Dr. Ana Hototian, preceptora no Hospital Municipal Miguel Couto.



Residentes participantes do Projeto pé diabético

HOSPITAIS QUE PARTICIPAM DO PROJETO

Clínica Santa Helena (Cabo Frio)

Rogério Garcia de Freitas

H. Adão Pereira Nunes (Duque de Caxias)

Carlos Enaldo

H. Cardoso Fontes (Rio de Janeiro)

Carlos Enaldo

H. Central da Polícia Militar (Rio de Janeiro)

Breno Caiafa/Vitor Picão

H. Central do Exército (Rio de Janeiro)

Paloma Torno Areas

H. da Força Aérea do Galeão (Rio de Janeiro)

Ventura

H. da Lagoa (Rio de Janeiro)

Fernando Pedro Pereira

H. Santa Casa (Barra Mansa)

Leonardo Cesar Alvim

H. Bonssucesso (Rio de Janeiro)

Diego Alvares M. Santos

H. do Andaraí (Rio de Janeiro)

Núbia Nascimento

H. dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro)

Pedro Henrique M. Nunes

H. Dr. Fernando P da Silva (Macaé)

Eduardo Trindade

H. Miguel Couto (Rio de Janeiro)

Fernanda C. Cerqueira

H. Naval Marcílio Dias (Rio de Janeiro)

Rafael Lins

H. Salgado Filho (Rio de Janeiro)

Nirlan Neckir Z. de Souza

H. São João Batista (Volta Redonda)

Leonardo Cesar Alvim

H. São José do Avaí (Itaperuna)

H. São José Operário (Cabo Frio)

Antonio Feliciano

H. Souza Aguiar (Rio de Janeiro)

Cecile Accioly

H. U. Antonio Pedro - UFF (Rio de Janeiro)

Thalita Regina Fiorio

H. U. Clem. Fraga Filho - UFRJ (Rio de Janeiro)

Guilherme H. Carvalho

H. U. Gaffree Guinle – Unirio (Rio de Janeiro)

Eglina Porcari

H. U. Pedro Ernesto- Uerj (Rio de Janeiro)

Thalitta C. P de Souza

I. E. C. Aloysio de Castro (Rio de Janeiro)

Inst. de Pós Grad. da PUC (Rio de Janeiro)

Daniel Marques F. Leal



1º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Regional do Rio de Janeiro

Desde 1973, VEITHsymposium™ tem atraído cirurgiões vasculares e angiologistas de todo o mundo. O formato usado, fast-paced, destaca apenas os desenvolvimentos mais recentes e importantes no tratamento da doença vascular (com dados do site www.veithsymposium.org).

A SBACV-RJ leva você até o VEITHsymposium™ através do 1º prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall para Relato de Caso. Confira o regulamento resumido na sequência e a versão completa no site www.sbacvrj.com.br.



Regulamento

1. A inscrição deverá ser feita através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo e da ficha de inscrição preenchida. Não será aceito o envio por correio;
2. O prêmio é concedido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro, para o melhor artigo publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, na categoria Relato de Caso.
3. Para concorrer ao prêmio, os trabalhos deverão ser apresentados em uma das Reuniões Científicas da Regional e publicados na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro.
4. O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
5. É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.
6. Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
7. Os artigos serão julgados por uma comissão formada por angiologistas e cirurgiões vasculares, que serão indicados pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro.
8. Serão julgados os artigos publicados nas seis edições da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro no ano de 2012: Janeiro-Fevereiro / Março-Abril / Maio-Junho / Julho-Agosto / Setembro-Outubro / Novembro-Dezembro e na edição Janeiro-Fevereiro de 2013.
9. O trabalho deverá seguir a sequência:
 - a) Folha de rosto;
 - b) Resumo, não excedendo 150 palavras, formato de página tamanho A4, com o corpo de letra tamanho 12, fonte Arial, contendo: introdução, objetivo, materiais e métodos, resultados, discussão e referências bibliográficas;
 - c) O trabalho poderá ser complementado com fotografias, imagens e tabelas.
 - d) Os relatos de caso devem ter, no máximo, 1.500 palavras de texto e 25 referências.
10. Na folha de rosto deverá constar:
 - a) Título do trabalho em português;
 - b) Nome(s) do(s) autor(es) sem abreviação;
 - c) Instituição, consultório, clínica ou hospital onde foi realizado o trabalho;
 - d) Endereço para correspondência, telefone e e-mail de contato.
11. As normas de referências bibliográficas a serem utilizadas deverão ser as do Jornal Vascular Brasileiro.
12. A entrega do prêmio de melhor trabalho científico será realizada durante o XXVII ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO. A data e o local serão definidos.
13. Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
14. Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

Prêmio

O 1º colocado terá como prêmio o pacote Frank J. Veith, que inclui inscrição, passagem e hospedagem para participação do VEITHsymposium™ para um dos autores do melhor artigo.

Tratamento híbrido para aneurisma de artéria subclávia

Autores: **Dr. Luiz Henrique Coelho¹**; **Dr. Pedro Vasconcellos²** e **Dr. Gustavo Solano²**; **Dr. Daniel Filho³**; **Dr. Camilo Cardoso⁴**.

Cargos: **1-** Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular, Depto. de Doenças Arteriais da SBACV/RJ; **2-** Cirurgiões Vasculares; **3-** Cardiologista; **4-** Anestesiista.

Serviço: **S.O.S. Cardio & Vascular**

RELEMBRANDO O TEMA:

- Os aneurismas de artéria subclávia (AAS) estão entre as formas mais raras de aneurismas periféricos;
- Primeira cirurgia com sucesso: A.W. Smyth (1864);
- Causas mais comuns: aterosclerose, aneurisma da artéria subclávia aberrante, sífilis, tuberculose, necrose cística da média; congênito.
- Diagnóstico: clínico-massa pulsátil, isquemia do membro superior, sintomas neurológicos compressivos;
- Métodos de imagem: Duplex scan, TC, RNM, arteriografia;
- Tratamento: cirúrgico.

RELATO DE CASO:

- Identificação - O.P.R., 78 anos, masculino, branco, casado, mecânico aposentado, RJ;
- Queixa Principal: Dor torácica, parestesia no MSD;
- HDA - Há 6 meses com dor torácica intermitente de leve intensidade, sem dispnéia, associada à parestesia do membro superior direito;
- HPP - Revascularização miocárdica há 11 anos, HAS, dislipidemia.

SUMÁRIO DO EXAME FÍSICO:

Corado, eupneico, PA= 140x80 bilateral, pulsos normais nos MMSS e MMII, massa pulsátil e indolor na fossa supra-clavicular D.

DIAGNÓSTICO:

Eco doppler: "Fluxo normal nas artérias dos MMSS. Carótidas direitas sem estenoses. Carótida interna E com estenose de 50% no ramos interno". Angiotomografia: "dilatação aneurismática sacular da artéria subclávia D com 40mm no maior eixo".

TRATAMENTO CIRÚRGICO:

- Anestesia geral;
- Acessos: Punção femoral D (controle angiográfico), dissecação axilar D (para acesso dos stentgrafts), exposição das carótidas comuns (para ponte retro-faringeana- PTFE 8mm);
- Exclusão do aneurisma com 2endopróteses (ESLE 16x12x55mm e 12x12x55mm -Cook®- Iliacextension);
- Ligadura da carótida comum direita proximal.

RESULTADO:

- Exclusão imediata do aneurisma;
- Alta no terceiro dia pós-operatório com disfagia para sólidos que cedeu no décimo dia;
- Neurologicamente sem déficits;
- O seguimento de 6 anos mostra perviedade dos enxertos e ausência de sintomas.

DISCUSSÃO:

Por sua baixa incidência, os aneurismas da artéria subclávia são relatados esporadicamente e a literatura carece de grandes séries com seguimentos a longo prazo. Talvez seja esta uma das razões pelas quais não dispomos de um stentgraft desenvolvido especialmente para seu tratamento, principalmente pelas características anatômicas da região, de onde, à direita, os óstios da artéria vertebral e da carótida comum podem restringir o espaço de atuação destes enxertos, quando se quer poupar a emergência destes importantes ramos.

Outro fator limitante à escolha do dispositivo é o aspecto cônico do terreno arterial a ser recoberto, pois, para um perfeito

selamento, o tronco bráquio-cefálico (TBC) poderá ser o próprio colo proximal, e este, não raramente tem o dobro ou mais do diâmetro da artéria subclávia nativa distal.

No caso relatado, o TBC media 14mm de diâmetro e a subclávia pré-vertebral (selamento distal), 8mm. Para poupar o óstio da vertebral direita, necessitávamos de uma extensão de cerca de 75mm de comprimento, preferencialmente, cônica. Há 6 anos, quando do implante, havia uma variedade ainda menor de dispositivos e optamos por utilizar 2 enxertos curtos (55mm), sendo o proximal cônico, com técnica de telescopagem.

Por não ter um colo proximal adequado ao nível da subclávia, o óstio da carótida comum direita foi coberto e seu tronco, derivado. O resultado após 6 anos fala por si só.

CONCLUSÃO:

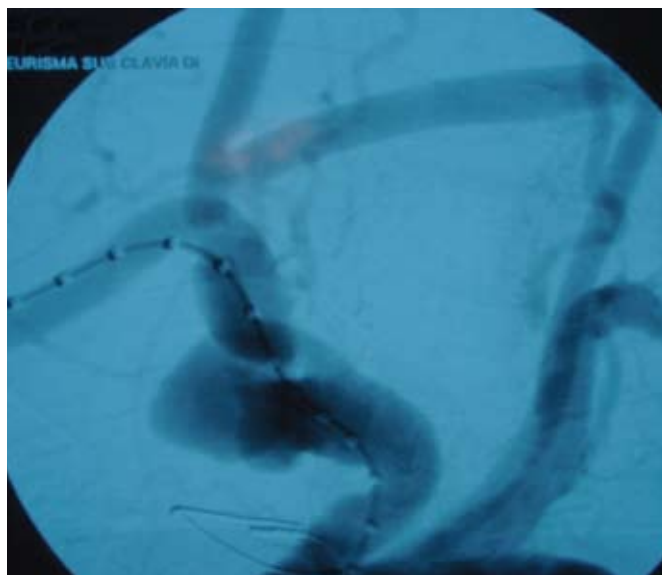
- O diagnóstico dos aneurismas da artéria subclávia exige alto grau de suspeição;
- A cirurgia híbrida permite correção segura e minimamente invasiva, evitando a toracotomia;
- O implante retrógrado de extensões ilíacas (cônicas) é uma alternativa à falta de enxertos desenvolvidos especificamente para estes casos;
- A disfagia é complicação frequente das pontes carótido-carotídeas e costuma ser autolimitada;
- O acompanhamento a longo prazo desta forma de tratamento do caso mostrou-se eficaz e duradouro.



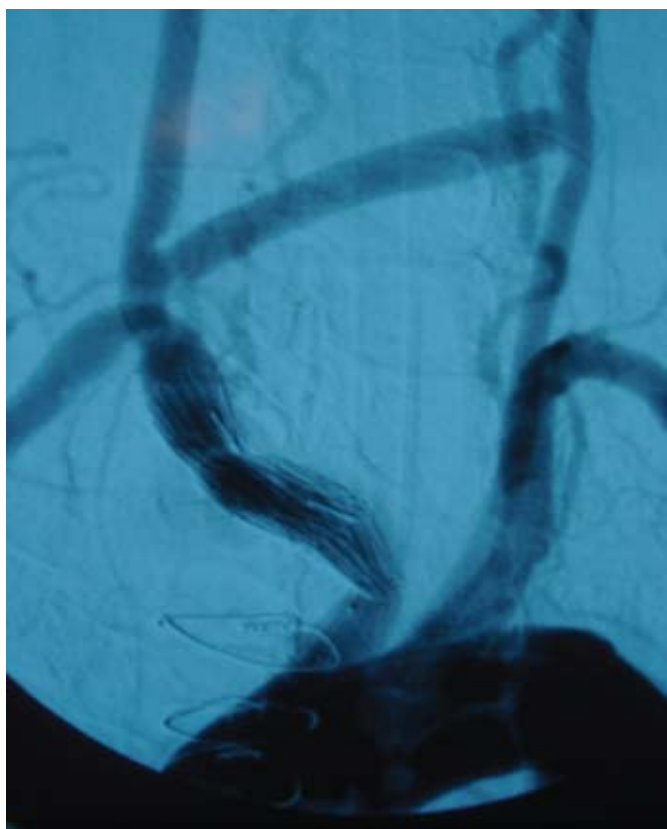
Foto "pré-operatório":
Angiotomografia do tórax com aneurisma aterosclerótico de 40mm na primeira porção da subclávia D



Arco aórtico e vasos da base com aneurisma subclávio direito.



Ponte carótido-carotídea Esq.-direita, ligadura da carótida comum D. Aneurisma pré exclusão.



Controle imediato: aneurisma excluído, ponte retro-faringeana pérvia



AngioTC de controle com 6 anos mostra enxertos patentes, aneurisma excluído.



Controle de 30 dias mostra exclusão do aneurisma com perviedade da subclávia e vertebral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iannelli G, Piscione F, Di Tommaso L, Monaco M, Chiariello M, Spampinato N. Thoracic aortic emergencies: impact of endovascular surgery. *Ann Thorac Surg* 2004;77:591-596.
2. Pearson GD, Kan JS, Neill CA, Misgley FM, Gardner TJ, Hougen TJ. Cervical aortic arch with aneurysm formation. *Am J Cardiol* 1997;79:112-114.
3. Farsak B, Yilmaz M, Kaplan S, Boke E. Cervical aortic arch with aneurysm formation. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;14:437-439.
4. Davidovic LB, Markovic DM, Pejic SD, Kovacevic NS, Colic MM, Doric PM. Subclavian artery aneurysms. *Asian J Surg* 2003;26:7-11.
5. Tsukamoto O, Seto S, Moriya M, Yano K. Left cervical aortic arch associated with aortic aneurysm and coarctation, and branch artery aneurysm: a case report and review. *Angiology* 2003;54:257-260.



MEDShop

Saúde e conforto para você!

Saúde e conforto mais perto de você,
loja de produtos médicos e hospitalares.

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



KENDALL
A NEW MEDICAL NAUTICALS DO BRASIL

kendall



Braçadeira



Atadura elástica



Cep

medi



Pielsana

SIGVARIS
LIFE FOR LEGS



Sigvaris

VENOSAN
MEIAS COMPRESSIONS



Venosan legline



Safgel



Rosidal k



Selecta



Ulcer kit



Seasorb



Supri derme



Antivarizes



Purilon

www.medshop.com.br

Barra

Av. Embaixador Abelardo Bueno,
199 - Loja 107 - Tels.: 21 2569-4754
2421-5955 / 2421-5531

Humaita

Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B
Tel.: 21 2535-2223 / 2537-0848

Centro

Rua do Ouvidor, 130 - 1º SL: 213 e 214
Tels.: 21 2508-8993 / 2507-0282

Nova loja Botafogo

Rua Voluntários da Pátria, 126
Tels.: 21 2527-3955 / 2527-4109

Fotos meramente ilustrativa



Propaganda médica nos sites de compras coletiva

Átila Brunet Di Maio Ferreira - Vice-Diretor de Defesa Profissional SBACV-RJ



A globalização, as redes sociais, a conectividade e outros termos que estão na moda, em geral trazem tecnologia, conforto e benefícios aos usuários. Porém, não é novidade que após a explosão da internet, a total falta de controle sobre o conteúdo veiculado também nos expõe a males propositadamente disseminados na rede.

Nossa diretoria foi alertada sobre a veiculação em sites de compra coletiva, de tratamento escleroterápico, ou seria secagem de vasinhos? Bem, seja como for, constatamos que realmente havia ofertas acintosas para o referido tratamento.

Iniciamos verificando que o tipo de oferta utilizada fere os princípios éticos da propaganda médica segundo a resolução 1974/11 sobre propaganda médica, como por exemplo, propagandas estereotipadas com fotos “antes” e “depois” nitidamente manipuladas, pacotes cujos preços não contemplam sequer o material que gastamos nas sessões e outras agressões.

Mas então nos deparamos com a surpresa maior: em algumas destas clínicas o tratamento médico não era sequer executado por médicos! Simples assim!

Começamos então uma peregrinação amigável com tentativas frustradas de comunicação com os sites em questão, no objetivo de informar a irregularidade e bloquear a veiculação. Não obtivemos retorno. Comunicamos oficialmente o CREMERJ sobre a situação, dando as informações sobre os sites, as clínicas e os artigos desrespeitados.

Sabemos que a luta pela valorização pode ser inacabável, mas já vieram os primeiros resultados. Este mês, recebemos resposta do CREMERJ, informando que em visita de fiscalização à clínica que realizava o procedimento foram provadas irregularidades e foi autuada, e que a mesma já havia sido interdita anteriormente.

Nesse momento, a Sociedade estuda medidas judiciais cabíveis sobre o caso.

RESOLUÇÃO 1974/2011 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (MANUAL DE PROPAGANDA MÉDICA)

De modo geral, na propaganda ou publicidade de serviços médicos e na exposição na imprensa do médico ou dos serviços médicos é vedado.

Artigo 3º

É vedado ao médico:

i) oferecer seus serviços por meio de consórcio ou similares

Artigo 5º

Nos anúncios de clínicas (...) e outras instituições de saúde deverão constar, sempre, o nome do diretor técnico e sua (...) inscrição no Conselho Regional (...).

Anexo I

Capítulo 4

Critérios específicos para internet:

“a empresa responsável pela comunicação, a partir da venda do espaço promocional, deve disponibilizar à sociedade as informações pertinentes ao médico e/ou diretor técnico médico em se tratando de estabelecimento ou serviço de saúde” (...) exibidos permanentemente e de forma visível inseridos em retângulo fundo branco (...) em letra de cor preta (...) respeitando a proporção de dois décimos do total do espaço da propaganda”.

Capítulo 6

É vedado:

IV) “sugerir diagnósticos ou tratamentos de forma genérica, SEM REALIZAR CONSULTA CLÍNICA INDIVIDUALIZADA com base em parâmetro da ética médica e profissional”.

V) “Usar linguagem direta ou indireta relacionando a realização da consulta ou de tratamento à melhora (...) da beleza de uma pessoa”.

VII) “Apresentar de forma (...) sedutora representações visuais das alterações do corpo humano causadas por supostos tratamentos”.

XIV) “Divulgar preços de procedimentos, modalidades (...) de pagamento/parcelamento ou eventuais concessões de descontos”.

Os sites de compras coletivas comercializam produtos e serviços e, por isto, se caracterizam como fornecedores intermediários entre o consumidor (paciente) e o fornecedor final (clínica) integrando a relação de consumo e, com isto, se submetendo às regras do Código de Defesa do Consumidor.

Para efeito exemplificativo, podemos comparar os sites de compras coletivas a um supermercado que comercializa produtos de terceiros. Os sites de compras coletivas (fornecedor intermediário) são responsáveis solidários com o fornecedor final (clínicas) e não podem comercializar produtos e serviços vedados por lei.

“A individualidade de cada paciente requer prévia avaliação pelo profissional médico que é quem pode prescrever o procedimento adequado”

A oferta generalizada de tratamentos médicos a preços baixos é um artifício publicitário para angariar consumidores induzindo-os ao pensamento de que podem perder a oportunidade do sempre muito atrativo desconto para adquirir ao tratamento sem, sequer, terem sido examinados e devidamente esclarecidos pelo profissional médico sobre a finalidade, riscos e alternativas do tratamento ofertado.

A individualidade de cada paciente requer prévia avaliação pelo profissional médico que é quem pode prescrever o procedimento adequado para cada paciente. Ou seja, a prescrição de tratamento médico é atividade privativa do profissional médico.

A venda de tratamentos médicos à distância e sem a devida anamnese/exame clínico do paciente caracteriza a oferta de diagnóstico e tratamento à distância, constitui infração ética, é proibida pelo Código de Defesa do Consumidor, que a caracteriza como publicidade enganosa, além de contrariar a resolução 1.974/2011 do CFM.

Cebralat® cilostazol

10 ANOS!

OPÇÃO NO COMBATE A GRAVES
consequências potenciais da aterosclerose.²

Chegar aos 10 ANOS é, para nós, motivo de muito orgulho.
Porque para mudar histórias de vida, MULTIPLICAMOS esforços
e muitas VEZES superamos nossos limites.

Para que vale o sucesso se ele não for compartilhado?



X Apresentações:²

Caixas com 30 e 60 comprimidos
de Cebralat 50 mg ou 100 mg

X Posologia:²

50 ou 100 mg, duas vezes ao dia

Deve ser ingerido 30 min antes
ou duas horas após
o café da manhã e/ou jantar

Contraindicação: Insuficiência cardíaca congestiva.
Interação medicamentosa: Anticoagulantes.

Referências Bibliográficas: 1. BRASIL. Resolução-RE nº 951 de Junho de 2002. Anexo: Cebralat®. Diário Oficial da União, n.105. Brasília, DF, 04 de Junho de 2002. Seção 1, p.61. 2. BORGES, J.L. Cilostazol e aterosclerose. Res. Bras. Méd., v.65, n.11, p.380-404, 2000.

CEBRALAT® cilostazol - 50 mg ou 100 mg com 15, 30 ou 60 comprimidos.

USO ADULTO - USO ORAL - Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC). **Contraindicações:** insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios hemostáticos, úlcera péptica hemorrágica, hemorragia intracraniana e hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Precauções e Advertências:** não se sabe as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Conforme demonstrado em estudos, o risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. É recomendado cuidado especial em pacientes com insuficiência hepática moderada a severa. Pacientes com insuficiência renal devem ser cuidadosamente acompanhados. É improvável que o cilostazol seja removido eficientemente por diálise. **Pacientes idosos:** pode ser usado desde que observadas as contraindicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** categoria de risco na gravidez: **C: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.** Em experimentos animais foi relatada a transferência do cilostazol para o leite. Por causa do risco potencial aos lactentes, deve ser avaliada a interrupção da amamentação ou a descontinuação do cilostazol. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** cautela quando coadministrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). **Dilatações:** aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. **Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1:** aumento da tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações em exames laboratoriais:** dor abdominal, dor nas costas, cefaleia, infecção, palpitação, taquicardia, fezes anormais, diarreia, dispepsia, flatulência, náusea, edema periférico, mialgia, tontura, vertigem, tosse aumentada, faringite, rinite. **Calafrios, edema de face ou língua, febre, edema generalizado, mal-estar, rigidez do pescoço, dor pélvica, hemorragia retroperitoneal, fibrilação atrial, flutter atrial, infarto cerebral, isquemia cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, parada cardíaca, infarto do miocárdio, isquemia miocárdica, arritmia nodal, hipotensão, hipotensão postural, hemorragia, taquicardia supraventricular, síncope, varizes, vasodilatação, extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular, anorexia, colestase, colite, úlcera duodenal, duodenite, hemorragia esofágica, esofagite, GGT aumentada, gastrite, gastroenterite, hemorragia gengival, hematemese, melena, úlcera péptica, abscesso periodontal, hemorragia retal, úlcera gástrica, glossite, diabetes mellitus, anemia, equimose, anemia ferropriva, policitemia, púrpura, creatinina aumentada, gota, hiperlipidemia, hiperuricemia, artralgia, dor óssea, bursite, ansiedade, insônia, neuralgia, asma, epistaxe, hemoptise, pneumonia, sinusite, pele seca, furunculose, hipertrofia cutânea, urticária, amblopia, cegueira, conjuntivite, diplopia, dor de ouvido, hemorragia ocular, hemorragia retiniana, tinnitus, albuminúria, cistite, urgência urinária, hemorragia vaginal, vaginite. **Relatos pós-comercialização:** dor, dor no peito, ondas de calor, "torsade de pointes", prolongamento do intervalo QTc; trombose subaguda, hemorragia gastrointestinal, distúrbio hepático, anormalidades nos testes funcionais, icterícia, agranulocitose, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, tendências hemorrágicas, hemorragia intracraniana, acidente cerebrovascular, hemorragia pulmonar, pneumonia intersticial, hemorragia subcutânea, prurido, síndrome de Stevens-Johnson, erupção farmacocutânea, dermatite medicamentosa. **Posologia:** 50 ou 100 mg, duas vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da coadministração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e ditiazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/duas vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0001/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACEUTICA LTDA: CNPJ: 61.230.314/0001-75. UNIDADE EMBU - Rua Alberto Correia Francfort, 88 - Embu-SP - Indústria Brasileira - CEBRALAT-MB01-09 - Serviço de Atendimento LIBBS: 0800-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.****

Dignidade: palavra que define Dr. Airton Delduque Frankini

José Luís Camarinha do Nascimento Silva

"Quem acha vive se perdendo
Por isso agora eu vou me defendendo
Da dor tão cruel desta saudade
Que, por infelicidade
Meu pobre peito invade"

(Noel Rosa e Vadico – Feitio de Oração)



Foi com estes versos que iniciei, há tão pouco tempo, com dor extrema na alma, um texto para falar do meu querido Emil Burihan, roubado de nós tão subitamente.

Tão pouco tempo e, novamente, me utilizo dos mesmos versos, para falar do meu irmão, Airton Delduque Frankini.

Confesso que ainda não consegui realizar a dura verdade de que não o encontrarei mais aqui, nesta vida. Ainda me surpreendo, traído pelo inconsciente, a traçar planos conjuntos, a querer ouvir sua opinião sobre diversos assuntos ou simplesmente conversar sem propósito específico. Parece que ele estará ali, ao alcance de um telefonema.

Minha dor é imensa.

Nossa história comum data de muitos anos atrás. Entretanto, no meu imaginário, ela começa quando, através do gesto carinhoso de Marcio Meirelles, tornei-me membro do Conselho Científico da SBACV. Ali, nas reuniões e nos concursos, aprendi a admirar aquele homem cujas opiniões eram tão firmes e, sobretudo, tão lúcidas.

Atravessamos 2002, 2003, 2004 e 2005, estreitando os laços de fraternidade e nos conhecendo melhor. Minha admiração inicial tornou-se mais sólida, quase incondicional.

No decorrer de 2005, Frankini se cristalizou como a opção natural para a direção da SBACV, de forma incontestada e gozando do apoio generalizado. O procurei e lhe externei meu desejo de sucedê-lo. Para tal, pleiteei o cargo de Vice-Presidente.

A vida tem momentos curiosos. Pequenos gestos, pequenas decisões poderão influenciar seu curso inexoravelmente.

Aquele foi um destes momentos para a minha vida.

Percebi certa hesitação na sua mente. Percebi, claramente, que tinha receio, não totalmente infundado, de que eu poderia não exercer a vice-presidência da forma adequada. Que temia que em razão do meu modo de ser, pudesse estabelecer um clima competitivo e não de colaboração.

Apesar disto, ele comprou a aposta e tornei-me seu Vice-Presidente.

Com muita tranquilidade, posso dizer que a aposta transcen-

deu quaisquer possibilidades especulativas. Nos 2 anos e 3 meses que Frankini esteve à frente da SBACV, aquilo que era admiração e respeito transformou-se em fraternidade.

Tornamo-nos irmãos. Colecionamos um grande número de histórias viajando juntos, no Brasil e no exterior. Histórias de grande conteúdo humano que carregarei comigo até o último dos meus dias.

Depois, já como Presidente, contei com sua participação e com seus preciosos aconselhamentos durante todo o tempo.

E isto não terminou com o encerramento do mandato, continuou para sempre, já em meio à dor e ao sofrimento causados pela sua doença. Doença que ele enfrentou com altivez, dignidade e muita coragem. Não o vi esmorecer. No encerramento do Congresso Brasileiro de São Paulo, quando os Titãs cantavam uma música que diz "eu poderia ter vivido mais...", foi ele quem nos emprestou a sua força, Beth, Nadia, Terezinha e eu abraçados a ele e aos prantos.

Dignidade, eis a palavra chave. Frankini não somente enfrentou o inexorável com esta força, mas viveu uma vida completa e repleta de dignidade.

Além de suas qualidades indiscutíveis como médico e professor, creio ter sido ele a pessoa mais intransigente que conheci com qualquer coisa que vagamente lembrasse algum ultraje aos princípios éticos e morais, no sentido mais amplo destes termos.

Dignidade, eis a palavra chave.

Irmão querido, obrigado por tudo que você, tão generosamente nos deu: alegria, lucidez, picardia, e, mais que tudo, exemplo.

A SBACV sobreviverá a tantos golpes. Muito empobrecida, mas sobreviverá e seu exemplo fará com que outros Frankinis surjam no futuro.

Ao Presidente Nacional, Calógero Presti, e a todos os membros de nossa SBACV, submeto um pedido: que a sede em São Paulo, comprada com os recursos oriundos das gestões anteriores, sobretudo de Liberato Karaoglan de Moura, mas adquirida pelo Frankini, com imenso desvelo, possa ostentar o nome de Sede Airton Delduque Frankini. É a forma que imagino para imortalizar seu nome e inspirar as novas gerações.

À Nádia, companheira da sua vida, meu mais carinhoso beijo. Força! À Ângelo e Tiago, além do meu abraço, o desejo de que jamais esqueçam do homem que Deus lhes presenteou como pai, do médico que tanto lhes ensinou e do mestre de suas vidas. Ambos têm a missão de continuar a obra do seu pai. Na profissão, na SBACV e na vida.

Que Deus lhes abençoe.

A você, meu irmão, meu até breve.

Hospital do Andaraí homenageia Dr. Tourinho

No dia 25 de julho, em comemoração aos seus 57 anos de existência, o Hospital Federal do Andaraí prestou uma homenagem à memória do Dr. Octávio Benjamim Tourinho, fundador do serviço de angiologia do Hospital no ano de 1968.

A instituição fez uma sala que recebe o nome do médico. Essa foi a maneira de consagrar o momento e mostrar para todos os funcionários e futuros colegas de profissão a importância e contribuição do trabalho e dedicação do Dr. Octávio Benjamim.



Demétrio Fontes Tourinho (filho), Maria Christina Fontes Tourinho (esposa do Prof.), Valéria Eloy Tourinho (viúva do filho Pedro Paulo F. Tourinho, que também era Cir. Vascular do Serviço)

Novos Sócios

Juntaram-se a Regional como sócios aspirantes, os Drs:

Daniel Autran Burlier Drummond, Eduardo Feo de Assis Mascarenhas, Gláucia Moreira Barbosa da Silva, Leonardo Stambowsky e Núbia da Silva Nascimento

A SBACV-RJ dá as boas-vindas a seus novos membros.

Dr. Márcio de Castro Silva receberá comenda em Lisboa

No dia 7 e 8 de dezembro, o professor e doutor, Márcio de Castro Silva, receberá da Universidade de Lisboa uma medalha por honra devido o excepcional nível do seu currículo acadêmico, científico e cívico. Na ocasião, a medalha será entregue em uma sessão solene na Faculdade de Medicina, durante a Aula Magna.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

Ajudamos você a entender as suas necessidades fiscais, oferecendo soluções que o levarão a atingir os seus objetivos.

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

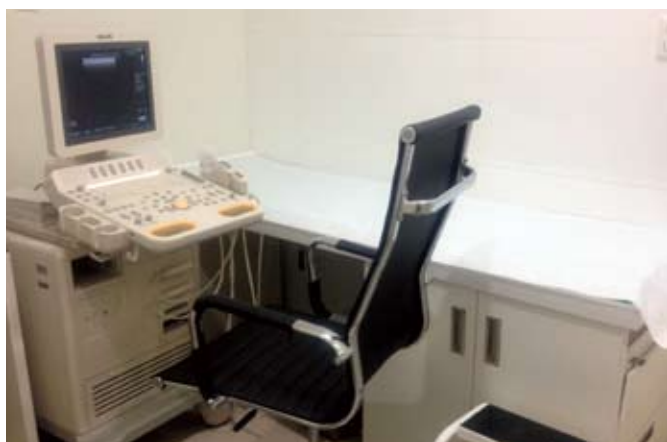
Rua República do Líbano, 61 gr. 1102
Centro - Rio de Janeiro - RJ

www.condux.com.br condux@condux.com.br

Tel/Fax
(21) 3203-4348

HUPE reinaugura a unidade docente-assistencial de Angiologia

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), reinaugurou as novas instalações da unidade-assistencial de Angiologia. O evento ocorreu no dia 28 de agosto, terça-feira, das 10 às 15 horas e contou com uma mini apresentação ao vivo de tratamento ambulatorial de grandes varizes, realizada pelo Dr. Eduardo Toledo.



Unidade docente-assistencial de angiologia

Localizada no terceiro andar do HUPE, a unidade que teve início em 1950, atende em média 765 pacientes portadores de doença da artéria periférica e 876 pacientes inscritos no programa de tratamento e acompanhamento do tromboembolismo venoso.

A unidade que contava apenas com três professoras adjuntas, as Dras: Marília Brandão Panico, Márcia Maria Ribeiro Alves e Carmen Lucia Lascasas Porto, recebe para integrar a equipe, os doutores: Lilian Camara, Marcos Arêas, Letícia Milhomens e Juliana Miranda. Além disso, as novas instalações contarão com auditório com tela interativa e aparelhagem moderna como Eco-Doppler e esteira ergométrica de última geração, todos frutos de doações.

Segundo a doutora Carmem Las Casas Porto, o hospital conta com uma nova unidade de angiologia. "Temos agora uma nova Angiologia, em todos os sentidos. Estamos realmente nos sentindo renovados. É como se estivéssemos dentro de uma ilha no nosso próprio hospital", enfatiza.

Reunião Fora de Sede

A 532ª Reunião Científica Fora de Sede, realizada no dia 25 de agosto, em Niterói-RJ, reuniu em torno de 45 Cirurgiões Vasculares. Os presentes puderam prestigiar as palestras dos doutores Leonardo Lucas, Cristina Rigueti e Wellington Draxler, com os seguintes temas: "Ultrassom Intravascular", "Salvando de Cisto Ar-

tério Venoso" e "Sistema de Saúde de Niterói", respectivamente.

Segundo o Dr. Eduardo Feres, modelo de reunião composto por palestras múltiplas trouxe mais informalidade e alegria para a reunião, além de proporcionar oportunidade para que todos opinem e não só a banca, como acontecia anteriormente.



Reunião Fora de Sede



Drs. Leonardo Lucas, Eduardo Feres, Carlos Virgini e Edilson Feres

533ª Reunião Científica da SBACV-RJ

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro promoveu, no dia 30 de agosto, sua 533ª Reunião Científica. O evento aconteceu no Auditório Júlio Sanderson, no CREMERJ – Praia de Botafogo, Rio de Janeiro.

O presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Eduardo Virgini e o secretário-geral, Dr. Sergio Meirelles, estiveram entre os presentes. A sessão científica foi presidida pela Dra. Alda Candido Torres Bozza.

A reunião foi iniciada com uma Assembleia Geral Extraordinária para eleição da Câmara de Representantes, logo em seguida ocorreu uma Aula Magistral que teve como tema os “Novos Anticoagulantes”, apresentada pelo Dr. Bonno van Bellen. A seguir o relato de caso “Ponte carotídea extra-intracraniana” foi apresentado pelo Dr. Robert Eudes Segundo.

Para debater foram convidados os Drs. Alexandre Martins Cunha (Neurocirurgião), Guilherme Silveira e Thiago Silva (Neurointervencionista). O segundo caso foi apresentado pelo Dr. Bernardo Massière com o tema “Trombose aguda cavo-iliaca – Tratamento híbrido”. Os debatedores foram os Drs. Bonno van Bellen e Fúlvio Toshio Hara.

Na ocasião, a SBACV -RJ recebeu novamente como sócia a Dra. Merisa Garrido. De volta ao Rio de Janeiro, teve seu reingresso a Regional desfrutando da credibilidade de quem faz parte da história da Sociedade. Ela carrega com orgulho o título de ter sido a única mulher a presidir a SBACV-RJ até hoje.

Dra. Merisa Garrido



533ª Reunião Científica da SBACV-RJ

Reunião Científica de Cirurgia Vascular

No dia 17 de julho, aconteceu a reunião Científica de Cirurgia Vascular do Hospital Barra D'Or, que teve como tema os “Novos Anticoagulantes”. A reunião foi coordenada pelo Dr. Julio Cesar Peclat e a aula ministrada pelo Dr. Rossi Murilo.

Para quem deseja participar da reunião, ela acontece toda terceira quinta-feira do mês, às 19 horas e é aberta a todos.



Participantes da Reunião Científica de Cirurgia Vascular

Dr. Arno von Ristow recebe o título de Visiting Professor

Nos dias 29 de julho a 3 de agosto de 2012, o Dr. Arno von Ristow, atual Diretor Científico da SBACV-RJ, recebeu o título de *Visiting Professor* do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da *Mayo Clinic* e da *Mayo School of Medicine*, além de ter participado das atividades do Serviço durante a semana em questão. Essa honraria, criada pela instituição há cinco anos, é concedida anualmente a um cirurgião vascular, escolhido pelos membros do Serviço. Pela primeira vez ela foi concedida a um cirurgião vascular brasileiro. Os *Visiting Professors* anteriores são os Drs. Larry Hollier, Kenneth Cherry, Robert Rutherford e Juan Carlos Parodi.

As atividades do professor visitante englobam uma Conferência Magistral, apresentação de tema similar a um que esteja em estudo na *Mayo Clinic* e uma palestra sobre assunto de interesse geral.

O ponto alto da visita foi a cerimônia realizada na *Mayo Foundation House*, com uma recepção seguida de jantar de gala, após a qual o Dr. Arno von Ristow proferiu a palestra "A evolução do tratamento vascular – do vinho ao vinho", abordando a tratamento das vasculopatias desde os tempos de Hipócrates, que recomendava o uso tópico do vinho em múltiplas aplicações, até aos modernos conhecimentos sobre os antioxidantes, dos quais os estilbenos - o resveratrol, é deles o mais conhecido, tem um papel relevante na profilaxia das arteriopaties.



O Dr. Arno von Ristow, recebendo o título de *Visiting Professor* da *Mayo Clinic*, das mãos do Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da instituição, Prof. Dr. Thomas Bower.



Alguns dos brasileiros presentes na cerimônia da *Mayo Foundation House*, no dia 30/07/12. Da esquerda para a direita, Dr. Mateus Correa, Fellow da Instituição, Dr. Arno von Ristow e Dr. Gustavo Oderich.

O Brasil esteve amplamente representado nessa semana em Rochester, Minnesota. Além de Arno von Ristow, sua esposa Ana Augusta, visitavam a *Mayo Clinic*: Adalberto Pereira de Araújo, Luiz Carlos de Souza, Leonardo Stambowsky e Daniel Drummond, do Rio de Janeiro e, de São Paulo, André Estensoro, Marina Farjalat e Ricardo Castedo. Com Tanila e Gustavo Oderich, staffs da *Mayo Clinic* e dos *Research Fellows* Mateus Picada e Bernardo Cury, formou-se um grupo de compatriotas que representou nosso país à altura da moderna cirurgia vascular brasileira.



Momento da recepção ao casal Dr. Arno e Ana Augusta von Ristow pelo prof. Dr. Peter Gloviczki, Chefe Emérito do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da *Mayo Clinic* e atual presidente da *Society for Vascular Surgery* e sua esposa, Dra. Monika Gloviczky, na *Mayo Foundation House*.

Eventos

NACIONAIS

XI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do CONESUL

Data: 21 a 22 de setembro de 2012
Local: Associação Médica do Paraná
AMP - Curitiba/PR
<http://www.ccmeventos.com.br/vascularconesul2012/>

VIII Encontro Centro-Oeste de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 13 a 15 de Setembro
Local: Onde Zagaia Eco Resort Hotel
Bonito - MS
<http://www.sbacv.com.br/images/stories/encontro-centro-oeste-2012.jpg>

II Jornada Baiana de Angiologia e Cirurgia vascular

Data: 31 de agosto a 1 de setembro de 2012
Local: Hotel Pestana - Salvador - BA

Simpósio de Flebologia Estética

Data: 29 de setembro
Local: Rio de Janeiro-RJ
http://sbacv.com.br/images/stories/flyer_microsimposio-flebologia2.jpg

IV Curso de Escleroterapia com Espuma **Data: 14 a 15 de setembro.**

Local: Av. São Rafael, 2151 - São Marcos
Salvador - Bahia

IX Encontro Norte/Nordeste 2012 de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 18 a 20 de outubro 2012
Local: Porto de Galinhas, PE

INTERNACIONAIS

XXIX Congresso Latino-Americano de Cirurgia Vascular (ALCVA)

Data: 03 a 06 de outubro de 2012
Local: Santa Cruz, Bolívia



XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 30 de outubro a 03 de novembro
Local: Rio de Janeiro, RJ

39th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues – ITH Symposium

Data: 14 a 18 de novembro.
Local: Hilton Hotel – New York (USA)



535ª Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Angiologia

27 de setembro de 2012 - Quinta-Feira - 20:00h

CBC - Rua Visconde Silva, 52 - 3º andar - Botafogo - Rio de Janeiro / RJ

Apoio: **FQM**
Farmaquímica



V.V.P

Você conhece a Anaconda?

Anaconda é o mais novo produto da Arterial e é a única endoprótese reposicionável durante procedimento existente no mercado. Possibilita inúmeras combinações de medidas nas mais diversas anatomias e possui anel proximal que gera excelente selagem com 4 pares de ganchos que proporcionam melhor fixação.

Vamos simular juntos?

Aproveite para conhecer nossos produtos e participe do workshop com o simulador que só a Arterial tem. Nele você poderá simular com precisão vários tipos de cirurgias utilizando a mais moderna tecnologia. Agende uma visita, aguardamos por você.



Av. Das Américas, 3693 Bl01 salas 201 a 204
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ Cep.: 22631-003
Agendar: 21 9885-9291- e-mail: comercial@arteriallife.com.br
Tel.: 21 2499 3253 Fax: 21 2497 3154

www.arteriallife.com.br

**ARTERIAL
LIFE**
Serviços e Comércio Ltda.

VASCULAINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



**PalmaZ
Genesis**



ANGIOGUARD
ENDOLITH CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



**SMART
Control**



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Portes de acesso venoso totalmente implantáveis com câmara de titânio e cobertura em MBS

B | BRAUN