



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º I - Janeiro a Março de 2018

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



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

Artigo

Embolização peroperatória de ramos lombares e artéria mesentérica inferior para prevenção do endoleak tipo II no tratamento endovascular do aneurisma de aorta infrarenal – revisão da literatura e apresentação de caso

Artigo

Cirurgia Híbrida para tratamento de estenose crítica proximal e bifurcação carotídea

Especial

Rol de Procedimentos por Patologia Vascular: a construção de um novo modelo de cobrança

Artigo

Revascularização Arterial Complexa Fêmoro-Poplíteia – Análise entre Angioplastia com Stents, Cirurgia Convencional e Balão com Droga: experiência do Hospital Central do Exército

Espaço Ecografia Vascular

Relato de caso – Pesquisa de Fístula e Microfístula na ecografia venosa dos membros inferiores

Entrevista

Uma conversa com o Presidente da Nacional - Dr. Roberto Sacilotto

LINHA VASCULAR FQM FARMA. A LINHA COMPLETA PARA PROCEDIMENTO, RECUPERAÇÃO E ROTINA.

A Linha FL3 Vascular da FQM FARMA oferece produtos para todas as etapas de um tratamento vascular (procedimento, recuperação e rotina).

Flebon®, Fledoid® e Fletop® são produtos que se completam, proporcionando uma terapia integral para os seus pacientes e muito mais segurança para você.



FLETOP®:

- Auxilia no alívio dos sintomas da DVC.⁴
- Sensorial agradável.⁴

FLEBON®:

- Utilizado em estágios mais avançados da doença venosa.¹
- Eficaz no rápido e duradouro controle da dor.¹

FLEDROID® nas apresentações Gel 300 e 500 e Pomada 300 e 500:

- Aumenta a Síntese de colágeno atuando no remodelamento.⁵
- Estimula o metabolismo do tecido conectivo.⁵



FL3 | Procedimento, recuperação e rotina.

Referências: **1.** Cesarone MR et al. Rapid relief of signs/symptoms in chronic venous microangiopathy with Pycnogenol: a prospective, controlled study. 57(5): 569-76, 2006. **2.** Manfroio WC et al. Efeitos hemodinâmicos e cineangiográficos agudos do propatilnitrito na cardiopatia isquêmica sintomática. Arq BrasCardiol v. 48, n. 3, p. 147-51, 1987. **3.** Canestaro WJ et al. Cost-effectiveness of oral anticoagulants for treatment of atrial fibrillation. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2013 nov; 6(6): 724-31. **4.** Caiafa B et al. Associação de Pycnogenol® com fitoextratos no alívio da sintomatologia da insuficiência venosa crônica em mulheres gestantes e não gestantes: estudo clínico piloto. Revista SBACV RJ. 2014; nº vi: 22-26. **5.** Görög P, Raake W. Antithrombotic effect of a mucopolysaccharide polysulfate after systemic, topical and percutaneous application. Arzneim.-Forsch. [drug res.] 1987; 37: 342-5.

Contraindicação: Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Interações medicamentosas:** Não há evidência científica de eventos adversos e alteração de eficácia terapêutica em caso de ingestão simultânea de **Flebon®** com outros medicamentos. **Flebon®** (Pinus pinaster - Pycnogenol®).

FLEBON® (Pinus pinaster - Pycnogenol®). **Apresentação:** embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** Na prevenção das complicações causadas pela insuficiência venosa, prevenção da síndrome do viajante e no tratamento da fragilidade vascular e do edema, especialmente, nos membros inferiores. **Contraindicação:** Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** Não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de *Pinus pinaster* está classificado na categoria B de risco na gravidez. **Interações medicamentosas:** Não há evidência científica de interações medicamentosas. **Reações adversas:** até o momento, só foi relatada a seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando **Flebon®** após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg, três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. Síndrome do viajante: tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar, quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. M.S.: 1.0390.0181. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

Contraindicações: Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com **FLEDROID®**.

FLEDROID® (polissulfato de mucopolissacarídeo). **Apresentações:** Gel de 3 mg/g ou 5 mg/g cartuchos contendo bisnagas com 20 g ou 40 g de GEL. Pomada de 3mg/g ou 5 mg/g cartuchos contendo bisnagas com 40 g de POMADA. **Indicações:** Nos quadros clínicos e processos em que é necessária uma ação anti-inflamatória, antiexsudativa, anticoagulante, antitrombótica, fibrinolítica e se deseja a regeneração do tecido conjuntivo, especialmente dos membros inferiores. Nos processos inflamatórios localizados, varizes, flebites pós-infusão e pós-venoclise, tromboflebitides superficiais, linfangites, linfadenites, hematomas, furúnculos e mastite. Especialmente apropriado para o alívio dos casos nos quais a presença de edema leva à sensação de peso nas pernas. **Contraindicações:** Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Advertências e precauções:** Não se recomenda o uso em olhos e mucosas. **FLEDROID® GEL** Não deve ser usado em feridas abertas por conter álcool. Não é recomendado o uso do produto durante a gravidez e no período de amamentação. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com **FLEDROID®**. **Reações adversas:** Em alguns casos, a aplicação de **FLEDROID®** poderá causar reações de hipersensibilidade, como vermelhidão na pele, porém, geralmente, estes sintomas desaparecem com a interrupção do uso do medicamento. Foram relatados alguns casos isolados de dermatite de contato, mas os sinais regrediram em alguns dias após a suspensão do uso do medicamento. **Posologia:** **FLEDROID® GEL** Aplicar uma camada sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Deverá ser aplicado até o desaparecimento dos sintomas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. **FLEDROID® POMADA** Aplicar uma camada de sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Pode ser utilizado em feridas abertas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. M.S.: 1.0390.0188. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/000158. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. **FLEDROID® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.**

FLETOP® PROCESSO ANVISA: 25351.34543/2013-13



Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado
Material destinado a classe médica

Fevereiro/2018

FQM FARMA
CONSCIÊNCIA PELA SAÚDE

Palavra do Presidente*A posse é nossa e a sociedade é de todos os sócios!*

05

Editorial*Nosso objetivo: aproximar o Sócio da Revista*

07

Palavra do Secretário-Geral*Foco nos objetivos da gestão*

08

Diretoria Científica*Uma nova gestão e um novo desafio...*

09

Defesa Profissional*Trabalho em equipe em prol das nossas especialidades*

10

Tesouraria-Geral*A importância de uma Sociedade forte!*

11

Imagem Vascular*Debranching de Arco Aórtico + TEVAR em paciente com aneurisma de arco aórtico*

12

Espaço Ecografia Vascular*Relato de caso - Pesquisa de Fístula e Microfistula na ecografia venosa dos membros inferiores*

14

Artigo Científico*Cirurgia Híbrida para Tratamento de Estenose Crítica Proximal e Bifurcação Carotídea*

16

Artigo Científico*Revascularização Arterial Complexa Fêmoro-Poplíteia - Análise entre Angioplastia com Stents, Cirurgia Convencional e Balão com Droga: experiência do Hospital Central do Exército*

21

Artigo Científico*Avaliação do uso tópico de uma associação de fitoextratos com Pycnogenol® na microcirculação sanguínea por termografia*

32

Artigo Científico*Embolização peroperatória de ramos lombares e artéria mesentérica inferior para prevenção do endoleak tipo II no tratamento endovascular do aneurisma de aorta infrarrenal - revisão da literatura e apresentação de caso*

40

Entrevista*Uma conversa com o Presidente da Nacional*

45

Especial*Rol de Procedimentos por Patologia Vascular: a construção de um novo modelo de cobrança*

47

Espaço Aberto*O Projeto Espuma: a UERJ apresenta o SUS que dá certo*

50

Serviço*A formação do especialista e a educação continuada*

51

Opinião*O colapso na saúde do Rio*

52

Informangio

54

Eventos

58

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Janeiro a Março 2018
Presidente

Breno Calafa

1º Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Sergio Silveira Leal de Meirelles

1º Vice-Secretário

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Almar Assumpção Bastos

1º Tesoureiro

Leonardo Stambowsky

2º Tesoureiro

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor Científico

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

2º Vice-Diretora de Eventos

Patrícia Caneschi Moreira

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Felipe Beer

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente na gestão anterior

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Adilson Toro Feitosa

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Pedro Oliveira Portilho

Atenção ao Sócio

Paulo Marcio Goulart Canongia

Mulher Especialista

Érica Flammarion Baioneta Vasconcelos

Comissão de Gestão Pública

Carlos Alberto Vasconcelos

Carlos Eduardo Virgini Magalhaes

Jackson Silveira Caiafa

Jurídico

Alberto Coimbra Duque

Científico

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Publicações

Paulo Eduardo Ocke Reis

Planejamento Estratégico

Manuel Julio José Cota Janeiro

Comissão de Residência Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Bruno Morisson

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Eventos

Gisele Cardoso Silva

Associações Médicas

Rogério Antônio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Adalberto Pereira de Araujo

Defesa Profissional

Joé Gonçalves Sestello

Departamentos de Gestão
Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Antonio Rocha Vieira de Melo

Carina Brandão Barbosa

Carlo Sassi

Claudia Salvador Amorim

Fernando Thomaz Faria

Hugnei da Silva Ferro

Luiz Henrique Coelho

Rodrigo Neves Lopes

Doenças Venosas

Ana Cristina Engelke Abrantes

Angela Maria Eugenio

Camila Provençano

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoeed

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippio

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Williams Monteiro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Felipe Borges Fagundes

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Doenças Linfáticas

Monica Rochedo Mayall

José Carlos Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alesandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Eglina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Átila Brunet di Maio

Arno Von Ristow

Bernardo de Castro Abi-Rama

Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Microcirculação

Alda Candido Torres Bozza

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Trauma Vascular

Hugo Marques Tristão

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Luiz Alexandre Essinger

Rita de Cassia Proviatt Cury

Fórum Científico

Eduardo Trindade Barbosa

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

SECCIONAIS
Coordenação

Antônio Feliciano Neto

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste - 2

Marcelo Naegele Serafim

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 1

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

João André Mattos Gurgel

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1
Niterói

Guilherme Peralta Peçanha

Metropolitana 2
Campo Grande/Itaguaí

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3
Nova Iguaçu

Nycelle Carvalho Magalhães

Metropolitana 4
São Gonçalo

José Nazareno de Souza Azevedo

Metropolitana 5
Duque de Caxias

Felipe Souza Garcia de Sá

Conselho Consultivo

Alberto Coimbra Duque

Antônio Joaquim Monteiro da Silva

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Arruda Portilho

Marcio Leal de Meirelles

Merisa Braga de Miguez Garrido

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional
Rio de Janeiro**

 Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Jornalista Responsável

Márcia Azevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

R. Gonçalves Dias, 56 - 8º andar - Centro

CEP: 20050-030 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 3190-7090

e-mail: contato@sellescom.com.br - www.sellescom.com.br

 Textos para publicação na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Contato para anúncios: Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 99688-7721 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



A posse é nossa e a sociedade é de todos os sócios!

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

Um dos objetivos da nossa gestão será demonstrar que vale a pena ser sócio. Para isso, a Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro precisa demonstrar suas forças não só internamente, mas também junto a outras especialidades médicas; no Cremerj, no CFM, na AMB, na política e em qualquer outro lugar que ela esteja representada. Nós temos que ditar diretrizes, protocolos e critérios, em procedimentos, serviços e honorários médicos e também sermos exemplo de atitudes, posturas e condutas éticas.

"Temos mais força que imaginamos e iremos usá-la. Precisamos cada vez mais estarmos unidos e pensarmos no coletivo, para juntos enfrentarmos a crise política, financeira e moral do nosso País."

Abro parênteses para uma passagem de um versículo da Bíblia, Filipenses:

"Completai a minha alegria, permanecendo unidos. Tende um mesmo amor, uma só alma e os mesmos pensamentos. Nada façais por espírito de partido ou vanglória, mas que a humildade vos ensine a considerar os outros superiores a vós mesmos. Cada qual tenha em vista não os seus próprios interesses, e sim os dos outros."

Precisamos ter pensamentos simples e direcionar nossas ações para facilitar a vida dos sócios, as nossas e a dos nossos pacientes. Olhar ao redor, escutar, descobrir algo que incomoda e o que pode ser feito para ser melhorado. Precisamos inovar, ousar, ter vontade de fazer algo diferente, procurar saber o que precisa ser feito e transformar o sonho em realidade, nos preparando para as barreiras que iremos enfrentar. Precisamos ter foco, usar a força que temos e seguirmos com determinação.

Lembro aqui de um texto que li em um livro que ganhei, quando pequeno, do meu Pai, o Dr. Wilton José Caiafa, meu maior ídolo. Foi escrito pelo poeta Manuel Bastos Tigre:

*"Pobre de ti, se pensas ser vencido!
Tua derrota é caso decidido
Queres vencer, mas como em ti não crês
Tua descrença esmaga-te de vez
Se imaginas perder, perdido estás
Quem não confia em si marcha para trás
A força que te impele para frente
É a decisão firmada em tua mente"*

*Muita empresa esboroa-se em fracasso
Inda antes do primeiro passo
Muito covarde tem capitulado*

*Antes de haver a luta começado
Pensa em grande, e os teus feitos crescerão
Pensa em pequeno, e irás depressa ao chão
O querer é o poder arquipotente
É a decisão firmada em tua mente*

*Fraco é aquele que fraco se imagina
Olha ao alto o que ao alto se destina
A confiança em si mesmo é a trajetória
Que leva aos altos cimos da Vitória
Nem sempre o que mais corre a meta alcança
Nem mais longe o mais forte o disco lança
Mas o que, certo em si, vai firme e em frente
Com a decisão firmada em sua mente."*

Quero agradecer ao meu pai e à minha mãe, por todos os ensinamentos, exemplos e educação que recebi e que me fizeram alguém com respeito pelas pessoas, que se preocupa com o próximo, que vai fazer tudo o que puder para melhorar nossa atividade profissional e nossa Sociedade; e que está aberto para ouvir e entender o que cada um pensa.

Agradeço também aos meus irmãos (Fabiana, Tatiana, Victor e Viviane), aos meus filhos (Brenda, Pietro e Maitê) e à minha linda e amada esposa Claudia. Eles, juntos, me ajudam a ser uma pessoa melhor e tenho certeza que me ajudarão na minha gestão. Também agradeço ao meu primo Jackson Caiafa pelo constante apoio.

Agradeço aos membros das diretorias anteriores com quem aprendi muito e cresci dentro da SBACVRJ. Cito alguns: o ex-presidente e amigo Dr. Manuel Júlio, que foi o primeiro Presidente a me convidar a participar de uma gestão na Sociedade, oito anos atrás. Dr. Carlos Eduardo Virgini que aumentou minha participação na Diretoria. Ao meu grande amigo e competente Dr. Julio Peclat que me deu a maior oportunidade dentro da sociedade e total liberdade para mostrar meu trabalho. Participei do núcleo de decisões no dia a dia da sua gestão, junto também com nosso secretário-geral, Dr. Sérgio Meireles, com quem também aprendi muito. E Dr. Carlos Peixoto que me confiou o cargo de secretário-geral, consolidando meu trabalho e me preparando para assumir essa presidência.

Considero importante destacar que nós da Diretoria já estamos há 4 meses trabalhando nos projetos de 2018:

- A comissão organizadora do Encontro Carioca já está com o programa científico pronto, faltando pequenos ajustes para divulgação. No Encontro Carioca de 2018 teremos uma mesa da mulher, valorizando a mulher especialista e uma mesa de defesa profissional para traçarmos estratégias de ação para melhoria dos nossos honorários médicos.

- A Diretoria de Publicações Científicas já está inovando e fortalecendo nossa revista. A nossa eficiente superintendente Neide Miranda, e sua equipe: Elaine, Juliana e Adriano, já estão em ritmo acelerado acompanhando a demanda de um Presidente em início de mandato.

- Criamos novos departamentos de gestão: o de "Atenção ao Sócio" e o da "Mulher Especialista" que pretendem integrar, valorizar e destacar todos os sócios de forma igualitária.

- Junto com o novo coordenador de seccionais, Dr. Feliciano, faremos um remapeamento das seccionais com a criação de uma seccional em Rio Bonito.

- Realizaremos o primeiro encontro fora de sede Teresópolis-Friburgo e já estamos apoiando o primeiro curso de escleroterapia com espuma do estado do Rio, em Macaé, fortalecendo as cidades do interior.

E outros projetos que ainda estão em andamento.

É com muito orgulho e satisfação que assumo esse desafiador cargo de Presidente da SBACV-RJ e prometo ser um Presidente receptivo, dedicado, empenhado, humilde, agregador, com vontade de trabalhar. Tenho fé em Deus. Conto com todos os diretores, equipe administrativa e associados da SBACV-RJ para juntos e unidos desenvolvermos um excelente trabalho nesse biênio que se inicia.

Texto do discurso do Dr. Breno Caiafa na cerimônia de posse da nova diretoria (2018/2019)



Nosso objetivo: aproximar o sócio da revista

Dr. Felipe Silva da Costa - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

Estamos começando uma nova gestão, empenhados em aproximar cada vez mais o sócio da sua casa, a SBACV-RJ. Dentro desta proposta, a Revista é um grande instrumento, pois temos aqui um espaço que é destinado diretamente a nós, sócios, onde explanamos casos clínicos, artigos científicos, entrevistas e tudo o que é relacionado à Angiologia e à Cirurgia Vascular. Nosso intuito é produzir uma Revista atraente e agradável em sua leitura, mas também permitir que todos possam participar dela.

Nesta primeira edição, recebemos materiais de grandes serviços e de grandes parceiros da nossa Sociedade e sócios empenhados no crescimento da SBACV-RJ. Temos nessa, a presença dos Serviços de Cirurgia Vascular do Hospital Central do Exército (HCE), da Universidade Federal Fluminense (UFF), do Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG), do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), além da participação da Dra. Vivian Marino no espaço dedicado à Ecografia Vascular.

Entrevistamos nosso novo Presidente da SBACV Nacional, Roberto Sacilloto, direcionando sua palavra à nossa Regional.

Além do foco científico, não poderíamos deixar de falar sobre o nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, que parte para seu quinto ano com melhorias constantes. Dr. Júlio Peclat,

atual Vice-Presidente e ex-Presidente da Gestão 2014/2015, idealizador do Rol, conta-nos um pouco da história e atualiza o andamento desse tema de muita importância para todos.

A gestão 2018/2019 seguirá determinada na batalha pela melhoria de nossos honorários, e começa o seu trabalho já lançando uma edição atualizada e revisada do Rol.

Agradeço ao Presidente Breno Caiafa pela confiança na nobre missão de assumir uma Diretoria de tanta responsabilidade para seguimento ao trabalho dos colegas que já desenvolveram fantasticamente esta função. Agradeço ao apoio do Dr. Bernardo Barros, Vice-diretor de Publicações, também dedicado ao trabalho para melhoria da nossa revista.

Agradeço especialmente ao Dr. Júlio Peclat, que me aproximou da SBACV-RJ ainda quando na minha formação.

Exercer este trabalho nos próximos dois anos não será possível sem o apoio da minha esposa, Michelle Auad da Costa, e da minha família, visto que a importância do cargo exige muita dedicação e tempo, mas que são compensados pela contribuição ao crescimento e fortalecimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

Boa leitura a todos!



Foco nos objetivos da gestão

Dr. Sergio S. Leal de Meirelles - Secretário-Geral da SBACV-RJ.

Em janeiro uma nova gestão de nossa Regional iniciou-se. Breno Caiafa capitaneia uma diretoria formada por colegas com bastante bagagem na política associativa. Esse grupo tem a tarefa de dar continuidade ao trabalho iniciado pelas diretorias anteriores, imprimindo às atividades o seu próprio perfil para ir em busca de um novo patamar para nossas especialidades no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Honrosamente mais uma vez assumi a Secretaria Geral, com a missão de oferecer condições para que os planos traçados sejam operacionalizados.

Nosso presidente determinou prioridade nas ações de defesa profissional e na divulgação de nossas especialidades junto à população. Já no dia 24 de fevereiro, tivemos uma reunião muito importante de revisão do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. Alguns procedimentos foram inseridos, outros retirados dos agrupamentos que norteiam a lógica de

nosso mais importante instrumento de valorização de nossas especialidades.

O XXXII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro foi preparado com muito esmero, em uma clara comprovação da relevância do trabalho que tem sido conduzido em nossa Regional, no qual duas gestões – a que se despede e a que chega – se unem para oferecer um evento de alto nível para nossos associados.

Estamos em busca do sucesso de nossa Regional, o que significa, entre outras coisas, fazer com que a mesma se aproxime mais de seus associados, oferecendo-lhes serviços cada vez melhores e mais significativos.

Estamos cada vez mais focados em nossos objetivos, e a nossa secretaria está aqui para oferecer seus serviços a você.



Uma nova gestão, um novo desafio!

Dr. Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes - Diretor Científico da SBACV-RJ.

Encerrada a participação como Diretor de Eventos na bela gestão do Dr. Carlos Peixoto, tive a honra de ser convidado pelo amigo e novo Presidente da Regional do Rio de Janeiro, Dr. Breno Caiafa, para liderar a já tarimbada e brilhante equipe da Diretoria Científica composta pelos Drs. Marcos Areas Marques e Daniel Drummond.

A atividade científica é uma das vigas mestras da nossa Sociedade e a "menina dos olhos" certamente é o Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, este ano já na sua 32ª edição, o que comprova a sua importância no cenário nacional. Tentamos compilar um programa científico que abrangesse ao máximo os principais assuntos da especialidade, com o fito de atrair o maior número de participantes. Além disso, conta com a vinda de colegas que são verdadeiros ícones da especialidade nos EUA e na Europa, os quais trarão suas experiências e conhecimentos para dividir com os congressistas. Também tivemos o cuidado de convocar outros colegas de grande expressão nacional, que nos brindarão com palestras interessantíssimas. Escolhemos temas que suscitarão discussões do mais alto nível científico. Haverá uma mesa inédita no nosso país que irá discutir sobre o papel da mulher médica e sua atuação na especialidade.

Como a outra viga mestra da SBACV é a defesa profissional, haverá uma mesa com membros das regionais de Pernambuco e do Espírito Santo, a fim de relatar a peculiar experiência de cada estado na luta por melhores honorários. Nesta mesa, ocorrerá ainda a apresentação do novo Rol da SBACV-RJ, criado na gestão do Dr. Julio Peclat e atualizado recentemente. O já tradicional Encontro de Residentes e a crescente Liga de Acadêmicos de Angiologia e de Cirurgia Vascular é uma excelente oportunidade para os mais jovens se aproximarem da especialidade. Teremos ainda um ótimo curso de Fleboestética e um inovador workshop de Trauma na programação do Encontro Carioca.

Outra atividade científica importantíssima da nossa Regional é a Reunião Científica mensal que ocorre normalmente na última quinta-feira do mês no auditório do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Assim como já tem sido sucesso nas gestões anteriores, acontecerão reuniões aos sábados também, a fim de atrair os colegas do interior e aqueles que têm dificuldade em participar da reunião durante a semana. Pelo mesmo motivo é que temos realizado a transmissão ao vivo das reuniões e a disponibilidade do material via canal YouTube, para acesso ao conteúdo por todos os sócios, mesmo aqueles nos mais distantes rincões do Estado do Rio de Janeiro, que passam a ter a oportunidade de realizar perguntas "on-line" para os palestrantes, bem como responder situações de interatividade propostas pelo próprio apresentador ou pela Mesa Diretora da Reunião.

No último dia 22 de fevereiro, tivemos uma maravilhosa reunião científica, a 1ª da nova gestão, com "casa cheia", sendo apresentados temas de mais alta relevância para a nossa especialidade. A reunião foi transmitida simultaneamente pelo youtube e, além dos inúmeros elogios recebidos "on-line", vários associados puderam realizar questionamentos simultâneos com algumas perguntas sendo respondidas pelos apresentadores dos trabalhos no ato.

Neste ano de 2018, teremos 2 reuniões fora de sede, que são sempre sucesso devido ao grande engajamento das Seccionais e que verdadeiramente são a oportunidade de confraternização dos consórcios.

A educação continuada almeja alcançar o sucesso e a excelência da atuação médica. As reuniões e eventos científicos da SBACV-RJ indubitavelmente não devem e não podem ser a única forma de atualização do profissional, mas certamente estes encontros, com troca de conhecimento teórico e prático, promovem proficuamente esta atualização, que tem como objetivo final ajudar ao próximo e preservar a vida humana.



Trabalho em equipe em prol das nossas especialidades

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ.

Dr. João Augusto Bille - Vice-Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ.

Dr. Carlos Enaldo de Araujo Pacheco - 2º Vice-Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ.

Dr. Guilherme Portes - Assessoria Jurídica da SBACV-RJ.

O trabalho a ser desenvolvido pelo nosso grupo de trabalho, que envolve os Drs. José Augusto Bille e Carlos Enaldo Pacheco, tem como objetivo dar continuidade à luta pelo maior reconhecimento e valorização da especialidade e do especialista.

A orientação do nosso Presidente, Dr. Breno Caiafa, é intensificar as ações pela melhoria das condições de trabalho, infraestrutura e honorários profissionais. O desafio é imenso e as políticas de saúde pública e privada não colaboram para o desenvolvimento de nossas propostas. Logo, temos que trabalhar muito e buscar medidas práticas e criativas.

A aproximação com os órgãos representativos da classe médica, como a AMB, CFM e CRM, é uma necessidade que a SBACV-RJ, em união com a Nacional, deve garantir e incentivar. Temos que saber o que eles pensam para estabelecermos uma pauta conjunta de ações. Falar a mesma linguagem é fundamental!

Ouvir os nossos membros também é uma prioridade. Conhecer e atender as suas expectativas, enquanto Sociedade, fará a diferença e permitirá a obtenção de melhores resultados.

A invasão da nossa área de atuação é fato que, infelizmente, ocorre a cada semana. Temos procurado dinamizar a nossa resposta através de um apoio jurídico atuante e atento às demandas. Inclusive, o nosso jurídico estará enviando

denúncias acerca do exercício ilegal da profissão para o CREMERJ, a ANVISA e o Ministério Público. A SBACV-RJ não ficará inerte frente às denúncias apresentadas.

Apresentar uma resposta breve e concreta aos casos de "invasão de área de atuação" é nossa prioridade. Os membros da SBACV-RJ devem saber que estamos trabalhando para que a Angiologia e a Cirurgia Vascular sejam executadas por quem é membro e titulado. Defender a especialidade e os nossos especialistas acima de tudo.

Na saúde pública, ser porta-voz da necessidade de que os recursos públicos sejam destinados e utilizados na saúde. O auxílio no combate à corrupção e às más práticas profissionais também é nosso dever.

Na saúde suplementar, dialogar com os planos de saúde e implementar o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular é prioridade. A divulgação do Rol é necessária, pois configura um dos mais importantes instrumentos para a melhoria das condições de trabalho e remuneração. Recentemente estivemos reunidos para atualizá-lo, visto que a nossa especialidade cresce a cada dia e um maior número de procedimentos necessitam ser incorporados.

Por fim, trabalhar em equipe, buscar seguir uma agenda e estabelecer metas são prioridades da gestão da SBACV-RJ que se inicia. Assim caminharemos ao longo do biênio.



A importância de uma Sociedade forte!

Dr. Almar Assumpção Bastos - Tesoureiro-Geral da SBACV-RJ.

Em meados de 2017, fui convidado pelo, então candidato à presidência da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, a assumir o cargo de Tesoureiro-Geral; cargo de confiança da Presidência. Sabia da responsabilidade que o cargo representa, principalmente em um momento econômico tão difícil para o país, mas aceitei o desafio.

O País encontra-se numa crise econômica sem precedentes, em especial o nosso Estado do Rio de Janeiro, com alto índice de desemprego. Servidores públicos há meses sem receber seus salários, uma queda brutal no número de clientes dos planos de Saúde e um índice de violência jamais visto.

A saúde financeira de nossa Sociedade encontra-se em boa situação, graças ao excelente trabalho da tesouraria anterior. Mas, devido à crise econômica vigente, como dito anteriormente, a inadimplência encontrava-se bem elevada - 137 associados -. Assim, a redução dessa inadimplência seria nosso grande desafio. Ao longo do primeiro bimestre do início de nossa gestão, já conseguimos reverter a situação de 75 sócios (54,74%), que já se encontram quites. Além desses, negociamos com outros 19 membros (13,87%) que receberam boletos a serem quitados ao longo do mês de fevereiro.

O pagamento da anuidade é de grande importância para nossa sobrevivência como provedora de uma educação e atualização médica continuada. Promovemos um encontro científico mensal, sendo que destes, dois são realizados fora de sede, com parte da hospedagem franqueada aos associados adimplentes. Organizamos um Encontro Científico anual,

já tradicional e prestigiado por especialistas internacionais e de vários estados da federação; além de outros eventos voltados à população em geral que dão visibilidade à nossa especialidade.

Isto tudo, juntamente com os custos fixos com funcionários, assessorias e uma sede própria, demanda uma despesa de monta. Lembrando que repassamos 50% do obtido com a anuidade para a SBACV Nacional. Temos uma Sociedade forte e que procura representar seus membros. Somente por meio dessa união é que vamos conseguir obter conquistas, como, por exemplo, o ROL de procedimentos, criação da nossa regional e já adotado por tantas outras; além de diversos debates com os planos de saúde no que tange a defesa profissional de nossa especialidade. Só unidos vamos conseguir nos impor diante da sociedade como especialistas.

É realmente uma honra pertencer à maior sociedade de cirurgia vascular do mundo, e sendo membro dessa entidade científica, ser reconhecido, pela sociedade civil em geral, como especialista.

Estamos iniciando nossa jornada de dois anos (2018/2019) e, desde já, quero agradecer, primeiramente, ao Presidente Breno Caiafa, pelo apoio incondicional e a liberdade que me foi dada para realização de medidas; à minha equipe de tesouraria, os Drs. Leonardo Stambowsky e Stenio Fiorelli, que me dão grande suporte neste trabalho; e à equipe de apoio: a superintendente Neide Miranda, e as secretárias Elaine Rios e Juliana, principalmente, por estar ligada à parte financeira e me apoiar diretamente.

Debranching de Arco Aórtico + TEVAR em paciente com aneurisma de arco aórtico

Eduardo Wagner Marques¹, Breno França Vieira¹, Rodrigo Andrade Vaz de Melo¹, Jackson Silveira Caiafa² – HFSE
Sem conflito de interesse

1 – Cirurgião Vascular do serviço do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

2 – Chefe do Serviço do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – HFSE.

Paciente P.A.F.C, 62 anos, hipertenso, diabético, tabagista ativo, com doença pulmonar obstrutiva crônica controlada e estratificação cardíaca negativa para coronariopatia ativa, foi transferido para o Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro com diagnóstico incidental de Aneurisma de Arco Aórtico de 75mm, por radiografia de tórax, enquanto se fazia investigação de quadro respiratório infeccioso.

Durante discussão em sessão do serviço foi optado por realização do debranching de vasos supra-aórticos e, em tempo posterior, a realização do reparo endovascular do aneurisma de arco aórtico.

O paciente foi então submetido a esternotomia com ponte da aorta ascendente para tronco braquiocefálico com dacron 10mm, ponte deste mesmo dacron para artéria carótida comum esquerda com dacron 8mm, e uma ponte carotídeo-subclávia com dacron 6mm. Teve alta do CTI após 2 semanas, demorado mais que o habitual devido a dificuldade de extubação.

Após 1 mês da primeira cirurgia, foi realizada o reparo endovascular do aneurisma de arco aórtico utilizando 2 endopróteses Valiant Captivia (Medtronic) 46x46x200mm e 46x42x150mm, e

ocluída artéria subclávia proximal com plug vascular Amplatzer 16mm via braquial.

Após 5 dias, paciente recebe alta hospitalar e segue em acompanhamento ambulatorial regular pelo serviço de Cirurgia Vascular – HFSE.



Figura 1 – Angiotomografia do caso.



Figura 2 – Angiotomografia do caso.



Figura 3 – Debranching.

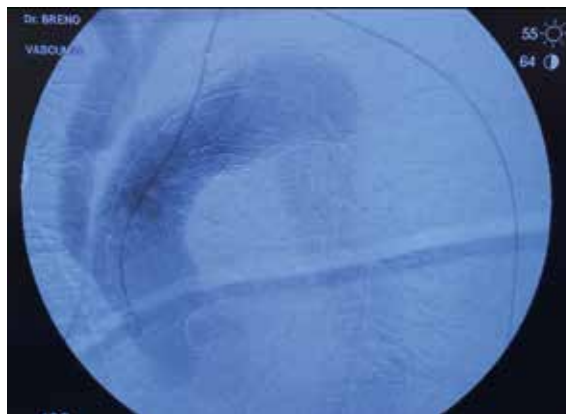


Figura 4 – Reparo endovascular.

REUNIÕES CIENTÍFICAS da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro **2018**

586ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
26 de abril

587ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
26 de maio

588ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
23 de junho
Fora de Sede

589ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
28 de junho

590ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
26 de julho

591ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
30 de agosto

592ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
27 de setembro

593ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
25 de outubro

594ª **REUNIÃO CIENTÍFICA**
24 de novembro
Fora de Sede



SBACVORJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro

Relato de caso – Pesquisa de Fístula e microfistula na ecografia venosa dos membros inferiores

Vivian Carin Ribeiro Marino¹ e Carla de França Gonçalves².

1 – Autor. Especialista em Cirurgia Vascular e Ecografia Vascular pela SBACV.

2 – Coautor. Cirurgiã Vascular pela SBACV.



As fístulas e microfístulas em membros inferiores são condições raras, geralmente de causa congênita ou pós-processos infecciosos ou inflamatórios ou trombóticos ou ainda traumática.

Tanto na Fístula como na Microfístula temos padrão de fluxo venoso fistular – que ao doppler colorido se faz presente

o tempo todo, não cessando na inspiração e nas veias distais, que o normal é um fluxo lento e só visualizado as manobras de compressão distal, passa a ser espontâneo e contínuo. Na microfístula não identificamos pertuito e na fístula ele é facilmente localizado como um canal de comunicação entre a artéria e a veia, com fluxo arterial contínuo, com velocidades sistólica e diastólica aumentadas e todos os componentes da onda, ao doppler espectral, encontram-se acima da linha de base.

Devemos estar atentos ao padrão de fluxo venoso ao doppler espectral, principalmente nos quadros clínicos já referidos e quando evidenciamos numerosas telangiectasias localizadas, dando à pele um aspecto de mácula hiperemiada – sinal clínico característico nessas formações vasculares. O território vascular relacionado com o dimídio que apresenta tal clínica é o que deve ser intensamente investigado, uma vez que esse diagnóstico muda o plano terapêutico.

J. S. F., 58 anos, branco, diabético. Há mais ou menos 1 mês apresenta dor e edema em perna esquerda, desde que apresentou um episódio de Gota. Houve melhora da dor, mas não remissão completa mantém edema.

Ao exame físico: edema em perna esquerda, numerosas telangiectasias junto ao maléolo medial, hiperemia e aumento de temperatura em face medial de terço distal de perna esquerda. Pulsos presentes e amplos.

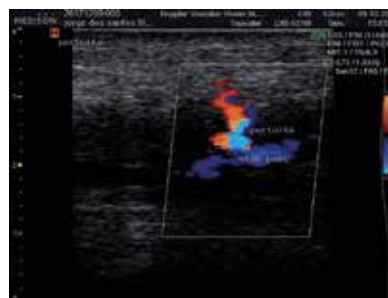


Imagem 1: identificado pertuito de comunicação entre artéria e veia tibiais, ao color - pertuito arterializado, onde observa-se mosaico de cor - aumento de velocidade - típico do pertuito.

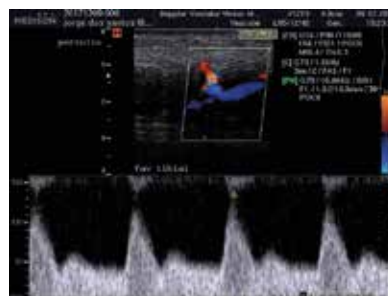


Imagem 2: pertuito - onda espectral com aumento de velocidade sistólica e diastólica, todos os componentes acima da linha de base - fluxo contínuo, durante toda a sístole e toda a diástole.

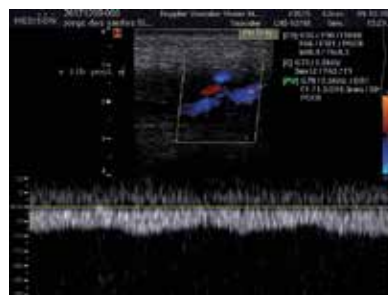


Imagem 3: veia tibial posterior - fluxo venoso de padrão fistular.

NEVELIA®

BI-LAYER MATRIX



REFERÊNCIAS	DESCRIÇÃO	TAMANHO	UNIDADES
MC80505	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	5x5 cm	1
MC81016	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	10x15 cm	1
MC81030	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	10x30 cm	1
MC82030	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	20x30 cm	1



www.vbula.com.br

Cirurgia Híbrida para Tratamento de Estenose Crítica Proximal e Bifurcação Carotídea

Simultaneous Approach for Proximal Angioplasty and Endarterectomy for Disease of the Arch Vessel and Carotid Bifurcation

Paulo Eduardo Ocke Reis^{1,2}, Marcello Rotolo Nascimento², Alessandra Viz Veiga^{1,2}, Clarisse Cubric^{1,2}, Alexandre Gomes Sampaio^{1,2}, Lys Nunes dos Santos², Irlandia Figueira Ocke Reis², Gustavo Petrossi Solano², Daniel Paixão², Amanda Barata Reis² e Jean Moura Netto².

1 - Departamento de Cirurgia Geral e Especializada, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

2 - Clínica Vascular Ocke Reis, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo relatar um caso de tratamento de estenose crítica ostial da artéria carótida comum esquerda e bifurcação carotídea com cirurgia híbrida em paciente sintomático e transplantado do coração previamente.

Palavras-Chave: Artéria carótida interna, artéria carótida primitiva, endarterectomia das carótidas, stents, artérias carótidas, procedimentos cirúrgicos operatórios

INTRODUÇÃO:

Diethrich em 1996 descreveu uma técnica híbrida para o tratamento simultâneo de bifurcação e lesões proximais carotídeas. O acesso dessa técnica é a carótida com stent implantado retrogradamente para tratamento de lesões proximais no tronco da artéria carótida comum seguida de endarterectomia carotídea na bifurcação.¹

Esta abordagem oferece a vantagem de não cruzar as lesões ostiais do arco aórtico sem proteção cerebral distal, autores descrevem a viabilidade e a segurança da técnica híbrida para esses casos.^{1,2,3,4} Este artigo descreve o passo a passo da angioplastia proximal com stent e endarterectomia combinada na bifurcação carotídea.

RELATO DE CASO:

Paciente masculino de 61 anos, hipertenso com hipercolesterolemia, diabético, transplantado do coração há três anos e seis meses da data do procedimento devido a insuficiência cardíaca grave e avançada, com história atual típica de acidente vascular isquêmico, que evoluiu sem sequelas, seis meses antes da intervenção carotídea. Exame físico sem nenhuma alteração significativa na avaliação pré-operatória. Confirmado na angiogramografia pré-operatória placa crítica pré-oclusiva focal em óstio da carótida comum esquerda e

placas em torno de 50% em bulbo carotídeo e carótidas internas bilateral, sendo que o exame detalha ainda; placa mista calcificada, no óstio da artéria carótida comum esquerda com estenose luminal focal acentuada maior que 80% . Devido ao risco de novo acidente vascular cerebral podendo ser letal foi programado tratamento da artéria carótida esquerda por técnica endovascular híbrida, com acesso cervical aberto, angioplastia e implante de stent no óstio da artéria carótida comum esquerda com endarterectomia da artéria carótida interna e bulbo esquerdo com shunt e patch. Passo a Passo do Procedimento:

1 - Após anestesia geral do paciente realizado acesso cervical convencional. Realizamos individualização e dissecação dos vasos carotídeos, a seguir heparinização plena e punção retrógrada da artéria carótida comum com introdução da bainha na sua parede anterior, realizada em um ponto a partir do qual a arteriotomia começará. (Figura I)

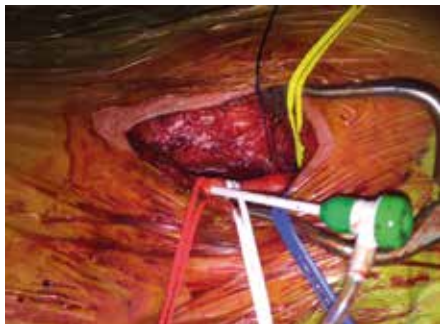


Figura I: Introdução da bainha na parede anterior da artéria carótida comum esquerda.

2 - Arteriografia da artéria carótida comum esquerda confirmando a lesão crítica e "roadmap" da lesão proximal. (Figura II)

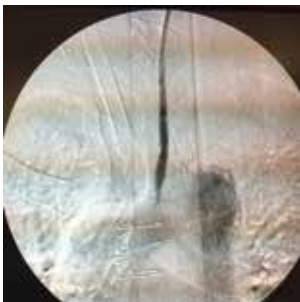


Figura II: Arteriografia da artéria carótida comum esquerda confirmando a lesão ostial crítica

3 - A lesão carotídea proximal é cruzada com o fio-guia, realizado angioplastia e implante de stent balão expansível de 8x30 mm na artéria carótida comum esquerda, não realizamos pré dilatação. (Figuras III e IV) O stent é posicionado cerca de 2 a 3 mm no arco aórtico considerando à continuidade da placa no arco aórtico.



Figuras III e IV: Realizado angioplastia com stent balão expansível 8x30mm na artéria carótida comum esquerda. O stent em detalhe na seta vermelha.

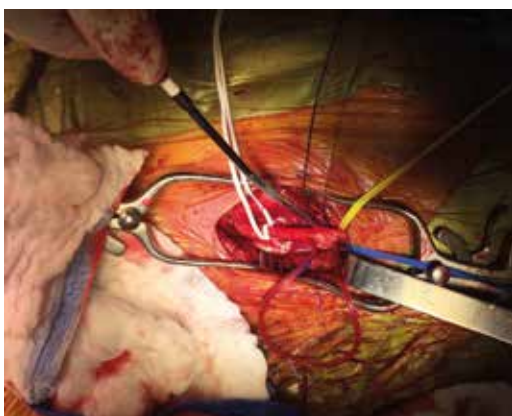
4 - Realizado controle arteriográfico da angioplastia e posicionamento do stent (Figura V).



Figura V: Controle arteriográfico do posicionamento do stent.

5 - Durante o implante do stent na lesão proximal a carótida comum fica clampeada acima da entrada da bainha, as artérias carótidas internas e externas são ocluídas, a bainha é retirada, a arteriotomia é realizada e o fluxo é liberado temporariamente para carótida externa, permitindo e garantindo a saída de eventuais trombos e fragmentos da placa.

6 - Inserção do shunt, a endarterectomia carotídea e o patch são realizados conforme a nossa rotina. (Figuras VI e VII) O shunt permite o fluxo contínuo através da área proximal com stent e a perfusão da artéria carótida interna distal durante a endarterectomia.



Figuras VI e VII: Inserção do shunt, a endarterectomia carotídea e o patch são realizados conforme a nossa rotina. (Figuras VI e VII).

O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório imediato. Após alta hospitalar e retorno as medicações habituais, não apresentou queixas, até o momento. Aguardamos o retorno do paciente com o controle tomográfico pós-operatório.

DISCUSSÃO:

As lesões ateroscleróticas dos tronco supra aórticos podem ser tratados por métodos cirúrgicos convencionais e tem uma melhor patência maior a longo prazo, sendo o risco cirúrgico operatório considerado maior.^{5,7} Séries maiores do procedimento clássico tem no infarto do miocárdio a maior causa de mortalidade.^{1,5,6,7,8,9} A existência de comorbidades importantes determinam o planejamento pré-operatório dessa doença, o nosso paciente embora jovem é transplantado do miocárdio, portanto com esternotomia prévia, hipertenso e diabético. A proteção cerebral é muito importante nesses casos e relatamos o tratamento concomitante da estenose da artéria carótida interna e carótida comum com placa crítica sub oclusiva ostial ipsilateral em um estágio único com endarterectomia carotídea e stent primário retrógrado na artéria carótida comum. A artéria carótida interna foi clampeada durante o implante do stent para evitar a embolização cerebral.^{1,3,4} Após a retirada da bainha o fluxo é liberado inicialmente para carótida externa temporariamente para diminuir o risco de acidente vascular cerebral. A abordagem híbrida em um estágio parece ser um procedimento seguro e eficaz para o tratamento de lesões ipsilaterais.^{1,3,4,6,9,10} A abordagem anterógrada é proposta por Radak para esse tipo de lesões associadas, sendo que no nosso caso essa opção foi descartada devido a lesão ostial crítica sub oclusiva da artéria carótida comum. A maioria dos autores consideram o acesso com abordagem retrógrada factível e com bons resultados a médio prazo.^{1,3,4,6,9,10,11,12} Alguns autores preferiram associar apenas a angioplastia com balão ou stent autoexpansível em alguns casos no tratamento da artéria carótida comum, realizamos o implante do stent balão expansível devido a lesão ser ostial.^{1,3,4,6,9,10,11} A abordagem convencional no tratamento da bifurcação carotídea é variável

na literatura no que se refere ao uso do shunt e do patch e se é de rotina ou não.^{1,3,4,6,9,10,11,12} Da mesma forma que os procedimentos extra-anatômicos paulatinamente suplantaram a maioria das cirurgias intratorácicas^{1,6}, os métodos endovasculares devido a menor morbidade e mortalidade principalmente nos pacientes mais graves, tem realizado esse tratamento com técnicas menos invasivas ou percutâneas, com resultados

promissores a longo prazo também.^{4,6,9,10,11,12}

CONCLUSÃO:

O Acesso retrógrado intraoperatório combinado com endarterectomia é uma alternativa eficaz, segura e duradoura à cirurgia convencional quando uma lesão proximal significativa é identificada em um paciente com estenose carotídea de alto grau e de elevado risco cirúrgico.

Referências:

1. Diethrich EB, Marx P, Wrasper R, Reid DB. Percutaneous techniques for endoluminal carotid interventions. *J Endovasc Surg* 1996; 3: 182- 202.
2. Akers DL, Markowitz IA, Kerstein MD. The value of aortic arch study in the evaluation of cerebrovascular insufficiency. *Am J Surg* 1987; 154: 230-2 .
- 3- Sfyroeras GS, Karathanos C, Antoniou GA, Saleptsis V, Giannoukas AD. A meta-analysis of combined endarterectomy and proximal balloon angioplasty for tandem disease of the arch vessels and carotid bifurcation *J Vasc Surg*. 2011 Aug; 54(2): 534-40.
- 4-Radak D, Tanaskovic S, Sagic D, Antonic Z et al. A Novel Antegrade Approach for Simultaneous Carotid Endarterectomy and Angioplasty of Proximal Lesions in Patients with Tandem Stenosis of Supraaortic Arch Vessels. *Annals of Vascular Surgery* 2017; 44: 368-374.
- 5- Berguer R, Kiefer E. Surgery of the arteries to the head. New york: Springer, 1992.
- 6-Ristow AV, Massière BV, Correa MP. Doença oclusiva do tronco braquiocéfálico e da carótida extracraniana. In: Lobato AC et al.(Eds.). *Cirurgia endovascular*. 2.ed.São Paulo:ICVE, 2010.p.853-96.

- 7-Kiefer E. Chirurgie des troncs supra-aortiques. In: *Técnicas cirúrgicas-Chirurgie vasculaire*. Encicl Méd Chir.Paris: Elsevier, 1987.p.43-120, cap.12.
- 8-Hallett JW. Brachiocephalic arterial revascularization: a surgical perspective. In: Whittemore AD, Bandyk DF, Cronenwett JL. *Advances in vascular surgery*. St Louis: Mosby, 1997. P 27-41,vol.5.
- 9- Uurto IT, Lautamatti V, Zeitlin R et al. Long Term outcome of surgical revascularization of supraaortic vessels .*World J Surg* 2002;26:1503-6.
- 9- Melissano G, Chiesa R, Sheiban I et al. Intraoperative stenting of the internal carotid Artery after unsuccessful eversion endarterectomy. *J Vasc Surg* 1999; 30:355-56
- 10 - Ross CB, Ranval TJ. Intraoperative use of stents for the management of unacceptable distal internal carotid artery end points during carotid endarterectomy: short-term and midterm results. *J Vasc Surg* 2000; 32:420-28.
- 11-Levien, L.J., Benn, C.A.,Veller, M.G. et al, Retrograde balloon angioplasty of brachiocephalic or common carotid artery stenoses at the time of carotid endarterectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1998; 15:521-527.
- 12 - Clouse, W.D., Ergul, E.A., Cambria, R.P. et al, Retrograde stenting of proximal lesions with carotid endarterectomy increases risk. *J Vasc Surg*. 2016; 63:1517-1523.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

MERIT™ INTERVENÇÃO PERIFÉRICA



➤ CONFIANÇA, DESIGN, FORÇA, VISIBILIDADE

A linha de Produtos Periféricos Merit foi desenhada para facilitar os procedimentos endovasculares e torná-los seguros e rápidos. Nosso design superior oferece maior precisão, uniformidade e segurança no dia-a-dia.

Merit.com

47 3473.5810

 **MERITMEDICAL**

meritbrasil@merit.com

Registros Anvisa

SureCross 80740950044 e 80740950045

Fountain 80740950064, 80740950075, 80740950076, 80740950077

Revascularização Arterial Complexa Fêmoro-Poplíteia - Análise entre Angioplastia com Stents, Cirurgia Convencional e Balão com Droga: experiência do Hospital Central do Exército

Antonio Joaquim Serra de Freitas¹, Leonardo Silveira de Castro², Claudio Santoro³, Debora Oliveira Silva³, Daniel Morgado de Freitas³, Bruno Barone³, Maurício Santos Pinheiro³, Ana Paula de Castro dos Santos³.

1 - Chefe do Serviço;

2 - Preceptor da Residência Médica;

3 - Adjuntos do serviço.

RESUMO:

Objetivos: Comparar os resultados da revascularização arterial fêmoropoplíteia suprapatelar através da cirurgia convencional ou angioplastia com único ou múltiplos stents em pacientes com isquemia crítica e lesões ateroscleróticas TASC D.

Métodos: Estudo observacional, formado por uma coorte retrospectiva com 75 prontuários, divididos em três grupos de acordo com o tipo de revascularização utilizada: cirurgia aberta, angioplastia com único ou múltiplos stents. Foram avaliados o índice tornozelo braquial, classificação clínica de Rutherford, índices de perviedade e hiperplasia das áreas tratadas e as taxas de óbito e preservação do membro.

Resultados: As taxas de mortalidade e preservação do membro nos três grupos no período observado não apresentaram diferença significativa (p -valor=0,05). A análise do índice tornozelo braquial pré e pós procedimento em doze meses nos três grupos, indicou um aumento do índice (p -valor < 0,01). A perviedade entre os grupos no período de três, seis e doze meses não apresentou diferença significativa (p -valor > 0,05). Os índices de hiperplasia entre os grupos foram maiores na angioplastia com múltiplos stents (p -valor < 0,01) associados a um pior resultado na evolução da escala de Rutherford para o mesmo grupo.

Conclusão: Concluímos que os três grupos obtiveram melhora hemodinâmica nas lesões tratadas, porém a angioplastia com múltiplos stents apresentou baixos índices de melhora clínica associados a elevados níveis de hiperplasia intimal quando comparada a cirurgia aberta e angioplastia com único stent, entretanto obtivemos melhora significativa dos resultados com o emprego da angioplastia com balão com droga.

Palavras-chave: Angioplastia, TASC, Índice tornozelo braquial, Stents, Artéria femoral.

INTRODUÇÃO

A aterosclerose como doença inflamatória constitui uma das principais causas de óbito no ocidente, com mortalidade em torno de 27,17%. Sua apresentação clínica em membros inferiores ocorre principalmente sob duas formas, a claudicação intermitente, com baixo risco de amputação, cerca de 1% ao ano, e a isquemia crítica, com percentuais de 10% a 40%. Em 50% dos casos o segmento mais acometido é o femoropoplíteo.

Uma das formas de avaliação do grau de isquemia é feita através do índice tornozelo braquial (ITB). Outra forma seria de acordo com a gravidade dos sinais e sintomas clínicos presentes ao exame físico classificar os pacientes em estágios ou categorias clínicas. Duas classificações são as mais utilizadas: FONTAINE e RUTHERFORD.

O ITB e a escala de Rutherford são empregados no acompanhamento dos resultados obtidos após os procedimentos de revascularização arterial dos membros inferiores. A melhora clínica na classificação de Rutherford é confirmada pela melhora hemodinâmica demonstrada pela elevação dos índices do ITB.

A revascularização é mandatória em pacientes com isquemia crítica e duas técnicas podem ser utilizadas: a cirurgia convencional e a angioplastia transluminal percutânea (ATP), com ou sem a colocação de stents⁶, e com o objetivo de orientar as intervenções nos territórios aorto-ilíaco e femoropoplíteo, sugerindo a melhor técnica de acordo com o padrão das obstruções, foi criado o *Trans-Atlantic Inter-Society Consensus* (TASC). A intensa evolução da técnica e dos dispositivos endovasculares vem incitando questionamentos acerca das sugestões orientadas pelo TASC.

MÉTODOS

Uma análise observacional retrospectiva com 75 pacientes submetidos à revascularização femoropoplíteo suprapatelar foi realizada no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Central do Exército. Avaliamos um grupo composto por 25 pacientes submetidos a angioplastia percutânea,

com mais de dois stents (três ou mais), outro com 25 pacientes com stent único e um grupo cirúrgico convencional também com 25 pacientes. A liga metálica mais utilizada foi o nitinol em 98% dos casos. Além disso submetemos 17 pacientes a angioplastia com balão com droga nos casos de hiperplasia miointimal, com objetivo de melhora da patência primária assistida e da patência secundária.

O dimensionamento amostral foi realizado encontrando-se um valor estimado ideal de 25 indivíduos por grupo.

Foram selecionados pacientes com DAOP categorias 4, 5 e 6 de Rutherford, atendidos no ambulatório de patologias vasculares no período de Janeiro de 2010 a Janeiro de 2012. Os prontuários foram analisados por dois pesquisadores em momentos distintos para verificação de possíveis erros de análise. Os critérios internacionais para estudos observacionais foram adotados.

Tabela 01 - Critérios de inclusão e exclusão.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
• Idade acima de 50 Anos.
• Categorias 4, 5, 6 de Rutherford.
• Lesões ateroscleróticas TASC D.
• Deságue arterial de pelo menos um vaso infragenicular.
• Vasos femorais com diâmetro maior que 4 mm e menor que 7mm.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
• Reestenose com tratamento endovascular prévio.
• Isquemia arterial aguda ou trombose arterial aguda.
• Expectativa de vida menor que um ano.
• Lesões de influxo associadas envolvendo vasos ilíacos.
• Cirurgias de revascularização prévias no membro do estudo.
• Lesões aneurismáticas associadas.
• Emprego de outras técnicas endovasculares como os aterótomos.

A análise demográfica dos grupos com informações consideradas importantes extraídas do estudo DURABILITY está contida na tabela 2.

O ITB adotado para análise hemodinâmica dos procedimentos foi realizado com um doppler vascular portátil e transdutor de 10 MHz de frequência, e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio.

Os pacientes foram classificados na escala de Rutherford para doença arterial obstrutiva crônica de membros inferiores, antes e após um ano da realização dos procedimentos.

A avaliação da hiperplasia miointimal e da perviabilidade dos procedimentos foi adquirida com o ecocolor Doppler, realizado nos intervalos de 3, 6 e 12 meses, com transdutores lineares e frequências entre 5 a 10 MHz.

Todas as imagens analisadas quanto à presença de hiperplasia miointimal foram graduadas pelo examinador como: (1) discreto (2) hiperplasia moderada e (3) hiperplasia acentuada, de acordo com o grau de espessamento intimal observado pelo examinador.

Para a análise estatística utilizamos os testes do **Qui-Quadrado**, **Wilcoxon**, **Kruskal-Wallis** e de **Q-Cochran**. O grau de significância estatística adotado foi de 5% (p-valor = 0,05).

RESULTADOS

As características demográficas são apresentadas na tabela 3. A incidência entre homens e mulheres não apresentou diferença estatística. A comorbidade de maior frequência foi a hipertensão arterial (92%), apesar de todos os grupos apresentarem alta incidência de Hipercolesterolemia e diabetes mellitus.

Para o índice de Rutherford analisado previamente aos procedimentos a faixa de categoria que apresentou maior frequência foi 3 e 4.

Tabela 3 - Comparação demográfica entre os três grupos.

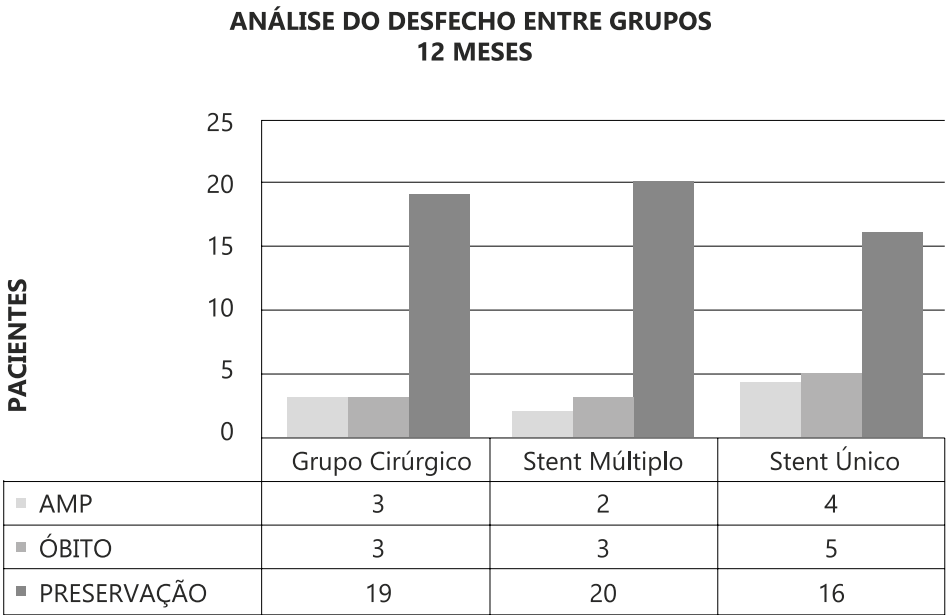
COMPARAÇÃO DEMOGRÁFICA ENTRE OS GRUPOS			
DADOS	Grupo cirúrgico	Grupo Stent único	Grupo Stent múltiplo
SEXO			
MASCULINO	15 (60%)*	12 (48%)*	8 (32%)*
FEMININO	10 (40%)	13 (52%)	17 (68%)
IDADE MÉDIA	67,8 (52-84)	68,68 (52-84)	73 (55-86)
LADO OPERADO			
DIREITO	10 (40%)*	14 (56%)*	11 (44%)*
ESQUERDO	15 (60%)	10 (40 %)	12 (48 %)
BILATERAL	0	1 (4%)	2 (8%)
COMORBIDADES			
HIPERTENSÃO ARTERIAL	23 (92%)*	23 (92%)*	23 (92%)*
IAM	5 (20%)	2 (8%)	1 (4%)
ICC	2 (8%)	0	0
DIABETES MELLITUS	14 (56%)*	19 (76%)*	14 (56%)*
DPOC	0	1 (4%)	1(4%)
HIPERCOLESTEROLEMIA	15 (60%)*	19 (76%)*	16 (64%) *
IRC	2 (8%)	2 (8%)	0
AVE	1 (4%)	0	0
RUTHERFORD PRÉ			
0	0	0	0
1	0	0	0
2	4 (16%)	0	0
3	6 (24%)	5 (20%)	11 (44%)
4	15 (60%)	8 (32%)	9 (36%)
5	0	12 (48%)	5 (20%)
6	0	0	0

As angioplastias em segmentos acima de 15 cm, obtiveram 100% de sucesso técnico (estenose residual menor ou igual a 30%), e a análise dos desfechos em doze meses, apresentou no grupo cirúrgico três óbitos com preservação do membro tratado em dezenove pacientes, no grupo com stents múltiplos um óbito e preservação em vinte pacientes e no grupo de stent único cinco óbitos com dezesseis pacientes

mantendo seus membros tratados preservados.

A análise isolada por grupo apresentou uma maior tendência a preservação do membro nos pacientes cirúrgicos e de angioplastia com stents múltiplos ($p = 0,0339$), entretanto quando comparados os grupos entre si não encontramos diferença estatística em seis ($p = 0,1$) e 12 meses ($p = 0,6$). (Tabelas 4)

Tabela 4 - Comparação dos desfechos entre os grupos em 12 meses.



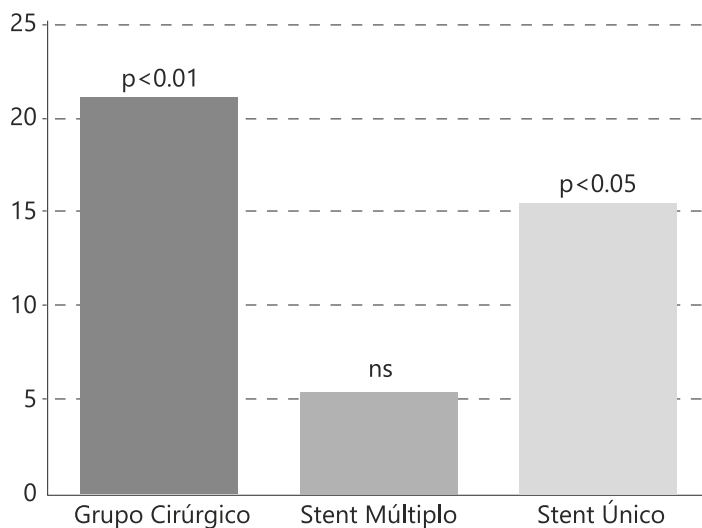
As taxas de mortalidade foram de 20% no grupo cirúrgico e 12% nos grupos de stents múltiplos e stent único.

No grupo cirúrgico 72% dos pacientes evoluíram com melhora do ITB pós-procedimento ($p < 0,0001$), 28% mantiveram os mesmos valores e nenhum paciente apresentou piora nos índices. No grupo de stents múltiplos houve melhora em 60% dos casos, em 40% os índices permaneceram inalterados e nenhum paciente evoluiu com

piora, enquanto que no grupo de stent único, 72% obteve melhora nos índices, 24% mantiveram os índices inalterados e 4% evoluíram com piora no período pós operatório.

A melhora dos índices do ITB pós-procedimento após doze meses apresentou resultados semelhantes entre os grupos cirúrgico e de único stent, porém os percentuais de melhora no grupo de stents múltiplos foram significativamente inferiores aos demais. (Tabela 5)

Tabela-5: Análise do ITB pós procedimento entre os grupos.

KRUSKAL-WALLIS - DIFERENÇA ENTRE AS MÉDIAS DOS POSTOS

Com o intuito de avaliar a importância estatística dos resultados encontrados com a análise do ITB, realizamos a avaliação da magnitude do efeito amostral com análise de KRUSKAL-WALLIS. Na análise do ITB pós procedimento entre os três grupos encontramos uma magnitude de efeito médio.

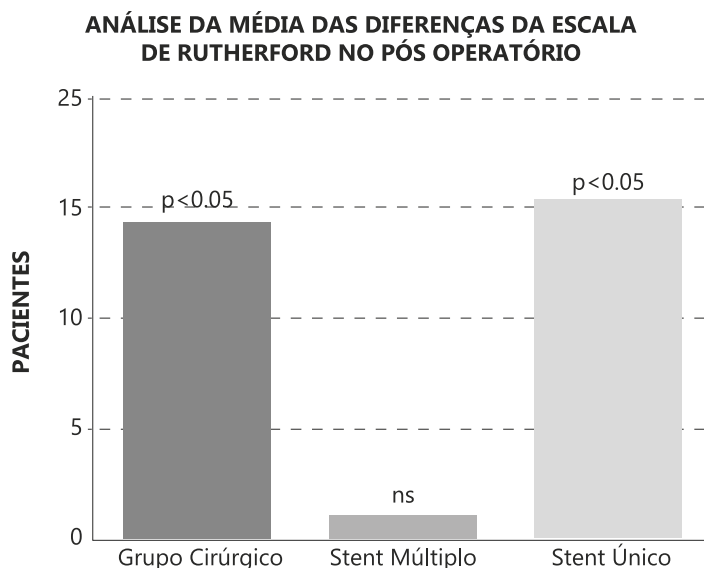
A **perviedade primária** em seis e doze meses foi de 88% e 76% no grupo cirúrgico, 80% e 64% no grupo stent múltiplo e 90% e 75% no grupo stent único. A **perviedade secundária** foi de 88% e 72%, 88% e 84%, 96% e 80%, respectivamente.

A comparação de forma isolada em cada grupo da perviedade do segmento arterial tratado e da hiperplasia intimal em três, seis e doze meses

não apresentou diferença estatística, ($p > 0,05$) e ($p = 0.9$), entretanto na comparação entre os grupos o grau de crescimento da hiperplasia intimal foi maior nos pacientes com stents múltiplos ($p=0,0014$).

Na avaliação da escala de Rutherford entre os grupos a melhora foi significativa com todos os três métodos de tratamento ($p < 0,001$), porém os percentuais de melhora foram superiores nos grupos cirúrgico e stent único (cerca de 80%) quando comparados aos pacientes com stents múltiplos (36%). Já os percentuais de piora foram maiores no grupo de stents múltiplos, cerca de 40%, enquanto que nos grupos cirúrgico e stent único foram respectivamente 16% e 8%. (Tabela 6)

Tabela 6 - Gráfico da análise da escala de Rutherford entre grupos. pelo método de Kruskal-Wallis



DISCUSSÃO

A cirurgia convencional e a angioplastia percutânea com implante de stents possuem vantagens e desvantagens específicas. Autores que defendem a cirurgia enfatizam a longa perviedade associada a baixas taxas de morbidade, porém citam como dificuldades a escassez de bons enxertos venosos. As vantagens destacadas na angioplastia como baixas taxas de morbidade e mortalidade, baixo custo e tempo de internação hospitalar reduzido se chocam com a necessidade de acompanhamento ultrassonográfico regular dos stents. Muitos advogam que fracassos com a angioplastia não ameaçam cirurgias futuras de revascularização e com a maior preservação de vasos colaterais pelo método, não incorreria na piora da sintomatologia, mesmo com a falência do tratamento, induzindo o pensamento de que a angioplastia deveria representar a primeira opção mesmo em pacientes com lesões obstrutivas extensas, contrariando as orientações sugeridas pelo TASC, porém esse aumento da aplicabilidade do método estaria ocorrendo às custas de resultados menos satisfatórios a médio e longo prazos.

Na busca pela comprovação dos bons resultados oferecidos pela angioplastia em obstruções extensas, poucos têm a preocupação de uniformi-

zar os dados relacionados ao comprimento das lesões assim como a homogeneidade dos grupos clínicos envolvidos na pesquisa, ocorrendo a mistura de pacientes com claudicação e isquemia crítica, dificultando, em nossa opinião, a interpretação dos achados. Em nosso estudo avaliamos pacientes com obstruções longas (maiores de 15 cm) do segmento femoropoplíteo suprapatelar, restringindo ao máximo a região anatômica de análise. No estudo SIROCCO, que apresenta resultados favoráveis à angioplastia em longos segmentos arteriais, as obstruções da artéria femoral superficial apresentavam uma média de 8,3 cm de extensão, onde concluímos que alguns casos apresentavam lesões bem menores do que as abordadas na nossa casuística, podendo justificar a diferença de resultados entre os dois estudos. Esta dificuldade de interpretação de resultados envolvendo lesões de tamanhos muito diferenciados também podemos encontrar em outros estudos como SIROCCO II, RESILIENT, BASIL, DURABILITY que relatam apenas 40% a 60% de pacientes com obstruções acima de 10 cm das artérias femorais. A falta de uniformidade na extensão das lesões e fatores como diâmetro reduzido das artérias e oclusões ao invés de estenoses também colaboram para resultados ruins com a

angioplastia. No intuito de vencer a barreira das grandes oclusões, os stents de nitinol com alta força radial, e boa adaptabilidade à tortuosidade da artéria femoral conseguiram melhorar os índices de perviedade neste território.

O primeiro **TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC)**, publicado em 2000, comparou onze estudos com 585 pacientes, submetidos à angioplastia femoropoplíteia com perviedade primária de 67% em 23 meses e 58% em 36 meses e com base nestes resultados recomendava a cirurgia nos pacientes com obstruções longas da artéria femoral. Em 2007, uma nova versão do TASC motivada pelo desenvolvimento de novas tecnologias como o stent de nitinol manteve as recomendações para lesões acima de 20 cm na artéria femoral superficial.

FERREIRA relata em sua casuística uma perviedade primária de 98% em 12 meses com múltiplos stents na artéria femoral superficial e enfatizam a preocupação com a cobertura de toda a área angioplastada. Nossa perviedade de 64% em 12 meses com múltiplos stents talvez possa ser explicada pela restrição da análise apenas a pacientes TASC D, uma vez que a avaliação destes autores incluíam todas as categorias do TASC. SCHNEIDER, utilizando o stent recoberto (Viabahn®) em 28 pacientes, categorias 4, 5 e 6 de Rutherford, obteve perviedade primária e secundária aos oito meses, de 44% e 57% respectivamente. CHRISTOPHER e colaboradores avaliaram 2593 membros tratados com lesões TASC C e D no período de 1990 à 2010, encontrando taxas de perviedade semelhantes entre os grupos cirúrgico e endovascular, porém, assim como no nosso estudo, a melhora clínica foi mais expressiva no grupo cirúrgico.

A comparação das taxas de óbito e preservação do membro tratado em doze meses não apresentou diferença estatística, entre os três grupos. Acreditamos que o período de avaliação dos desfechos pode não ter sido extenso o suficiente para permitir uma interpretação mais elucidativa em favor da cirurgia convencional e da angioplastia com stent único, uma vez que o grupo com

múltiplos stents apresentou os maiores índices de hiperplasia intimal. Talvez com um maior tempo de observação a piora clínica neste grupo em particular pudesse ser mais evidente.

No estudo BASIL (**Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg**), 452 pacientes com isquemia crítica foram randomizados e divididos em dois grupos, um submetido a cirurgia convencional e outro a angioplastia percutânea. De forma semelhante a este estudo, nos primeiros seis meses não identificamos diferença estatística entre os grupos cirúrgico e endovascular quanto a preservação do membro tratado, porém os autores do BASIL após dois anos identificaram resultados melhores com o grupo cirúrgico. No estudo SIROCCO I e II (**Sirolimus Coated cordis Self-expandable Stent**), pacientes tratados com stent convencional ou farmacológico não apresentaram diferença na perviedade em dois anos com valores de 21,9% e 21,1% respectivamente. Acreditamos que a hiperplasia intimal na artéria femoral superficial tende a ser mais elevada do que em outros segmentos arteriais e em razão disso a melhora clínica possa ser menos expressiva.

Muito se discute acerca da importância do ITB na avaliação e acompanhamento longitudinal de procedimentos endovasculares e cirúrgicos de revascularização através de aferições seriadas na seleção dos pacientes e durante o pós operatório. A comparação do ITB pré e pós procedimento em nossa casuística no intervalo de um ano apresentou diferença estatística com aumento no pós procedimento envolvendo os três grupos, porém com percentuais mais significativos no grupo cirúrgico. Talvez as medições seriadas possam oferecer maior riqueza de dados relacionados à evolução da revascularização, entretanto a não inclusão das demais medições do ITB ao longo do acompanhamento destes pacientes deveu-se à intenção de avaliação específica da melhora hemodinâmica vinculada ao procedimento. A melhora do ITB após a revascularização pode ocorrer no período de até 4 horas após o procedimento e pode continuar a elevar-se durante meses. De acordo com RUTHERFORD, um aumento menor do que 0,10 na

medida do ITB constitui uma falência hemodinâmica do procedimento, e o contrário, ou seja, um aumento do ITB de 0,10, pode ser considerado sucesso hemodinâmico. O autor entretanto advoga que não é adequado correlacionar a melhora do ITB à melhora ou piora clínica do paciente sem a análise de outros parâmetros como a melhora nas categorias da classificação de Rutherford.

A diminuição significativa de categorias da classificação de Rutherford nos três grupos no pós procedimento sugere um progresso na condição clínica, uma vez que a redução de categorias corresponde a uma melhora clínica ou transição de uma condição crítica para subcrítica. Para considerar a melhora significativa deve haver uma alteração de nível de pelo menos uma categoria, e nos pacientes com lesão trófica, de dois níveis. Para atribuímos a evolução clínica ao procedimento realizado, precisa existir uma melhora hemodinâmica associada, evidenciada pelo ITB. Observamos melhora clínica e hemodinâmica significativa nos três grupos estudados ao final de 12 meses. CHRISTOPHER avaliando 2.593 membros submetidos a cirurgia ou angioplastia em 20 anos, observou uma melhora clínica a favor da cirurgia, porém com perviedade semelhante entre os dois grupos.

Na análise da hiperplasia intimal no segmento tratado, identificamos que pacientes com múltiplos stents apresentaram os piores resultados com os maiores níveis de hiperplasia no período estudado, sugerindo uma forte relação da hiperplasia com níveis discretos de melhora clínica e do ITB e por consequência com resultados inferiores no tratamento de longas lesões. A longo prazo talvez possamos observar uma maior tendência a oclusões dos segmentos tratados e por consequência um maior número de amputações.

O papel do stent primário no segmento femoropoplíteo permanece controverso, podendo auxiliar no recuo elástico precoce, na estenose residual e na dissecação pós angioplastia e são indicados por

vários autores nas lesões extensas desse território. O segmento suprapatelar da artéria femoral está sujeito a inúmeras forças externas, incluindo compressão, torção, estiramento e flexão, que podem ocasionar fraturas dos stents e eventuais reestenoses. Enquanto a evolução dos materiais e ligas metálicas não conseguirem superar estes obstáculos, o emprego de stents neste território permanecerá com seu impacto clínico indeterminado. Alguns autores associam a maior tendência de hiperplasia intimal à ocorrência de fraturas dos stents que por sua vez estariam relacionadas a um maior número de stents utilizados. SCHILINGER, analisando 104 pacientes com isquemia crítica e claudicação incapacitante, submetidos a angioplastia com stents de nitinol ou angioplastia isolada, obteve perviedade de 63% e 37% nos primeiros 12 meses, e 54,3% e 30,8% após 24 meses respectivamente. Em nosso levantamento o grupo com múltiplos stents obteve uma perviedade semelhante com 64% em 12 meses. Outros estudos são necessários para elucidar se fatores como a extensão da área recoberta com os stents e o perfil da liga metálica poderiam interferir na perviedade e na hiperplasia.

O ponto frágil da revascularização dos membros inferiores é a hiperplasia intimal, que oferece grande dificuldade na obtenção de melhores e mais duradouras taxas de perviedade. Mesmo com a disponibilidade de materiais como o nitinol, a angioplastia com stent primário consegue resultados discretamente melhores do que a angioplastia sem stent, ou cirurgia convencional. Em pacientes com lesões TASC D a cirurgia ainda é superior às duas técnicas endovasculares aqui abordadas.

O ecocolorDoppler seriado mostrou-se eficaz em aumentar os índices de perviedade secundária nos grupos cirúrgico e angioplastia com múltiplos ou único stent, com taxas em torno de 72%, 84% e 80%, respectivamente, sendo este achado compartilhado com outros autores.

Existem estudos promissores para a redução da

hiperplasia intimal envolvendo stents farmacológicos, próteses de PTFE, braquiterapia, e balões revestidos com paclitaxel.

Apesar da revascularização cirúrgica estar em declínio, em decorrência dos avanços tecnológicos endovasculares, muitos autores ainda a consideram como a primeira opção. O estudo BASIL com resultados a favor da cirurgia convencional, cria precedentes para a realização de estudos com grupos mais homogêneos e acompanhamento mais prolongado, para uma avaliação mais criteriosa do real benefício da terapia endovascular principalmente nos pacientes TASC D, e, em nosso entendimento, o TASC ainda representa uma referência na tomada de decisão envolvendo procedimentos de revascularização infra-inguinal.

A técnica de emprego dos balões revestidos com droga para angioplastia periférica foram introduzidas com intuito de melhorar os resultados da angioplastia com stent periférico, principalmente no leito distal e femoropoplíteo. Diversos estudos randomizados comparando os balões com droga e a angioplastia primária foram recentemente

publicados, dentre eles o IN.PACT SFA TRIAL e o LEVANT 2, ambos demonstrando resultados superiores com a angioplastia com droga.

CONCLUSÕES

Os resultados de mortalidade, preservação do membro tratado, sucesso primário e perviedade no período de doze meses foram semelhantes nos grupos estudados, apesar dos pacientes cirúrgicos e de angioplastia com stent único evoluírem com melhora clínica mais significativa, melhores índices de ITB e menores taxas de hiperplasia intimal podem sugerir que a metalização do segmento femoropoplíteo não possui evolução satisfatória a longo prazo.

Os autores acreditam que ainda é precoce a mudança de conduta frente as orientações de tratamento sugeridas pelo TASC.

O emprego de balões revestidos com droga representa uma opção fundamental para a melhora dos resultados de angioplastia no território femoropoplíteo quando objetivamos a melhora da patência primária assistida e da patência secundária.



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

✓ Revista ✓ Clube de vantagens ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível
nas lojas:



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

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

- **Direxion** Microcateter
- **Direxion HI FLO** Microcateter
- **Contour** Micropartículas
- **Renegade HI FLO** Microcateter
- **Renegade STC** Microcateter
- **Vortx** Sistema de Oclusão Vascular
- **Interlock** Sistema de Oclusão IDC em Fibra
- **Fathom** Fio Guia
- **Embozene** Microesfera

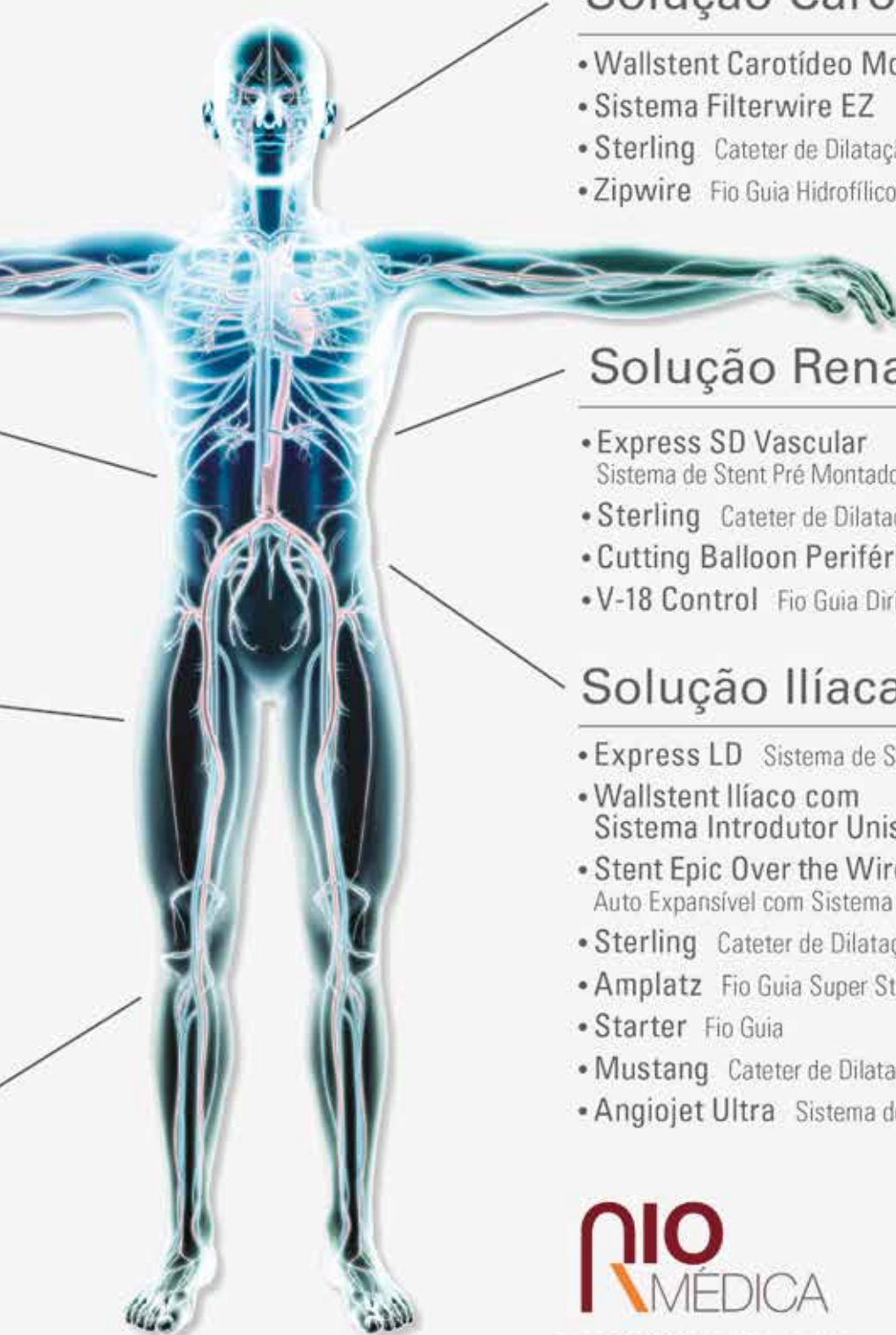


Solução Femoral

- **Innova Over the Wire** Stent Auto Expansível
- **Stent Epic Over the Wire** Stent Vascular de Nitinol Auto Expansível com Sistema Introduzor
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Cutting Balloon** Periférico
- **Mustang** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Offroad** Cateter de Reintrodução
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **TruePath** Dispositivo para Utilização em Oclusão Total Crônica

Solução BTK (Below-the-knee)

- **V-18 Control** Fio Guia Dirigível
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Journey** Fio Guia
- **Coyote** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Rubicon** Cateter de Apoio
- **V-14 ControlWire** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico



Solução Carotídea

- Wallstent Carotídeo Monorail
- Sistema Filterwire EZ
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Zipwire Fio Guia Hidrofílico

Solução Renal

- Express SD Vascular
Sistema de Stent Pré Montado
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Cutting Balloon Periférico
- V-18 Control Fio Guia Dirigível

Solução Ilíaca

- Express LD Sistema de Stent Periférico
- Wallstent Ilíaco com
Sistema Introduutor Unistep Plus
- Stent Epic Over the Wire Stent Vascular de Nitinol
Auto Expansível com Sistema Introduutor
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Amplatz Fio Guia Super Stiff
- Starter Fio Guia
- Mustang Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- Angiojet Ultra Sistema de Trombectomia

Avaliação do uso tópico de uma associação de fitoextratos com Pycnogenol® na microcirculação sanguínea por termografia

Breno Caiafa¹ e Flávia Alvim Sant'Anna Addor²

1 - Cirurgião Vascular, Membro titular da SBACV, Especialista em cirurgia vascular e endovascular pela SBACV, Cirurgião vascular do Hospital Miguel Couto e Hospital Central da Polícia Militar.

2 - Dermatologista titular pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Mestre em dermatologia - FMUSP, ex-professora associada - UNISA, Diretora técnica e pesquisadora - MEDCIN Instituto da Pele.

RESUMO:

Objetivos: A IVC (insuficiência venosa crônica) é doença comum que cursa com dor e edema em membros inferiores. O uso tópico de produtos com ação antiinflamatória e venotônica auxiliam no controle destes sintomas, a partir da primeira aplicação.

Material e método: Estudo aleatorizado controlado onde pacientes com IVC aplicaram uma associação de Pycnogenol® e outros fitoextratos em um dos membros inferiores (controle considerado membro contralateral não tratado), sendo avaliadas por termografia nas pernas e pés no início do estudo, após 15 minutos, 1 e 4 horas.

Resultados: Houve redução significativa nos valores da temperatura da pele das pernas e dos pés após 15 minutos, e também das pernas após 1 hora da aplicação do Fletop® quando comparado ao grupo controle, assim como dos pés após 15 minutos de aplicação.

Conclusão: A associação de Pycnogenol® com fitoextratos de uso tópico (Fletop®) demonstrou ter efeito na microvasculatura dérmica, compatível com efeito calmante, o que proporciona redução da sensação de cansaço, dor e edema em membros inferiores.

Palavras chave: insuficiência vascular periférica; termografia; edema.

INTRODUÇÃO:

A insuficiência venosa crônica (IVC) é causada por uma deficiência do fluxo venoso em membros inferiores devido à incompetência do sistema venoso superficial e/ou profundo. Esta incapacidade leva a um regime de hipertensão venosa

crônica que tardiamente leva às alterações de pele e subcutâneo, características da IVC. (1)

Os sintomas mais comuns são dor, queimação em membros inferiores, assim como sensação de peso e cansaço. O sinal principal consiste no

edema, que piora ao final do dia, levando progressivamente ao comprometimento trófico tecidual pelo extravasamento sanguíneo e acúmulo de hemossiderina. Por isso, o prurido também é frequente, com sinais de eczema e dificuldades de cicatrização após traumas.

Sua progressão pode ocasionar distúrbios mais graves como alteração de fâneros, hiper ou hipopigmentação da pele, lipodermatoesclerose e em última análise a formação de lesões cutâneas, chamadas de úlceras venosas ou de estase, que podem variar desde pequenas lesões até feridas de grande porte.

Esses sintomas têm potencial de afetar a qualidade de vida dos pacientes, à medida que podem interferir em seu período de lazer e sua capacidade laborativa, podendo promover um afastamento temporário ou até definitivo de sua atividade profissional.

O diagnóstico da insuficiência venosa crônica é eminentemente clínico, feito através da anamnese e do exame físico, (2) podendo ser auxiliado por exames complementares, sendo o mais utilizado o Eco Doppler colorido do sistema venoso.

Medidas para auxílio do retorno venoso, como uso de meias elásticas, repouso com membros elevados e perda de peso são orientações comuns, além das medicações flebotônicas. (3)

Na tentativa de minimizar essa patologia e seus sintomas, várias substâncias vêm sendo estudadas e utilizadas em seu manejo terapêutico.

O extrato do pinheiro francês marítimo, conhecido como Pycnogenol® já vem sendo usado oralmente no tratamento da IVC, com efeitos significativos na sintomatologia desta enfermidade, além de apresentar um perfil de segurança que permite uma ampla utilização. Inclui-se a partir do segundo trimestre da gestação (4, 5, 6 e7). Sua permeação cutânea está bem documentada, (8) e a segurança para uso tópico também é conhecida, já que não tem efeitos sistêmicos, sen-

do aprovado para uso em cosméticos na Europa e Estados Unidos. (9 e10)

Da mesma forma extratos vegetais da Centella asiática e Castanha da Índia possuem ação venotônica tanto tópica como oralmente e já é largamente usada em produtos para melhorar a circulação venosa e na redução de edemas. (11)

A melhora da microcirculação sanguínea pode ser avaliada pela termografia, técnica que permite determinar as variações da temperatura da superfície da pele detectando aumento ou diminuição da microcirculação sanguínea. A estase sanguínea acompanhada de vasodilatação, assim como uma reação inflamatória da pele, costumam aumentar a temperatura da pele, o que pode ser evidenciado por este método. (12)

Este estudo visa avaliar uma nova opção terapêutica, de uso tópico, que consiste na associação de várias substâncias ativas comprovadamente eficazes no tratamento da desordem venosa crônica, utilizadas através loção cremosa composta por várias substâncias químicas entre as quais o pycnogenol, castanha da Índia, calêndula, centella asiática e mentol.

A técnica termográfica foi empregada para avaliar o impacto do efeito refrescante e venotônico que a associação estudada oferece após uma única aplicação em membros inferiores.

MATERIAL E MÉTODO:

Este estudo foi conduzido em novembro de 2016, com duração de 1 semana, em instituição de pesquisa clínica privada. O protocolo foi aprovado por comitê de ética, sob o número de 60609016.9.0000.5514 (parecer 1.774.269). Trata-se de um estudo aleatorizado e comparativo.

Foram incluídos 30 pacientes do sexo feminino, com faixa etária média de 48 + 11 anos, com história clínica de Insuficiência Venosa Crônica (IVC), com queixa de cansaço, dor, edema e peso nas pernas e nos pés.

Após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, as pacientes foram avaliadas clinicamente para constatação da IVC, ausência de patologias ativas na região, gestação, uso de drogas anti-inflamatórias, imunossupressoras e vasoativas, bem como condições que dificultassem a aplicação do produto avaliado. Após 30 minutos de repouso, em ambiente controlado ($24 \pm 1^\circ\text{C}$), foram realizadas as tomadas de imagem termográficas com termocâmara Thermoview Ti25 (Fluke Corp, EUA), com os pés paralelos, a uma distância de 1,5 m. Em seguida, o produto tóxico contendo extratos de Pycnogenol®, Centella asiática e Castanha da Índia (Fletop®) foi aplicado em um dos membros inferiores, de forma aleatorizada, em uma quantidade suficiente para cobrir completamente a região de avaliação, em movimentos circulares e ascendentes, de forma padronizada. Após 15 minutos, 1 e 4 horas da aplicação foram obtidas novas imagens termográficas, sob as mesmas condições.

As imagens termográficas geradas foram avaliadas utilizando o software SmartView 3.4 (Fluke Corp, EUA). Foram traçadas áreas de forma padronizada obtendo-se diretamente do software

o valor de temperatura superficial da pele, na qual regiões com temperaturas mais frias são representadas em azul, passando a verde, amarelo, até vermelho, para as temperaturas mais altas. A variação média da temperatura da pele, T , está diretamente relacionada à microcirculação periférica da pele, sendo calculada conforme a Equação $T = Tt0 - Tti / Tt0$, onde: T = temperatura média superficial da pele; ti = após 15 minutos, 1 e 4 horas da aplicação do produto investigacional; $t0$ = condição inicial.

As reduções dos valores de T indicam melhora da microcirculação sanguínea.

RESULTADOS:

Ambos os grupos avaliados não apresentaram diferenças significativas dentre as características avaliadas no início do estudo quanto à temperatura de cada perna, demonstrando serem comparáveis entre si ($p > 0,05$). As 30 pacientes concluíram o estudo, sem nenhum evento adverso.

O Gráfico 1 demonstra os resultados médios obtidos da temperatura média superficial da pele na região dos membros inferiores, em panturrilhas:

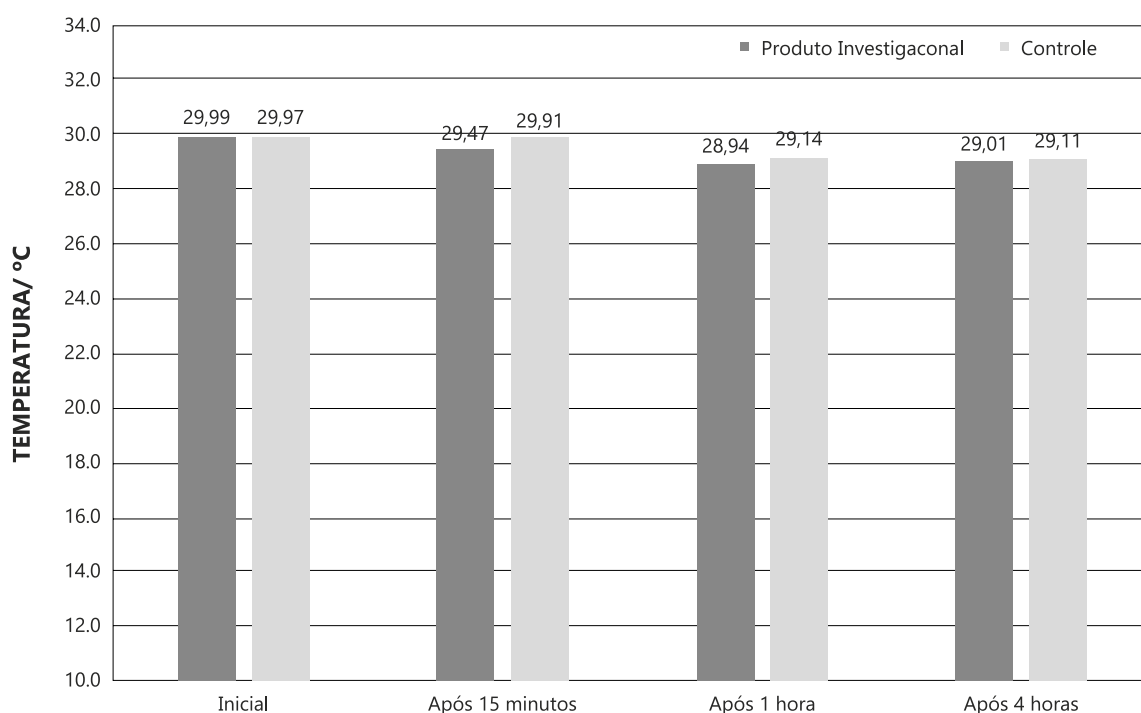


Gráfico 01: resultados médios obtidos da temperatura média superficial da pele na região dos membros inferiores (n=30).

Os dados foram submetidos a avaliação estatística utilizando-se o método do Teste-t de Student, bimodal, pareado, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e demonstraram uma melhora estatisticamente significativa da

perna tratada na avaliação de 15 minutos e 01 horas. ($p < 0,05$)

A figura 01 ilustra as imagens obtidas dos membros inferiores:

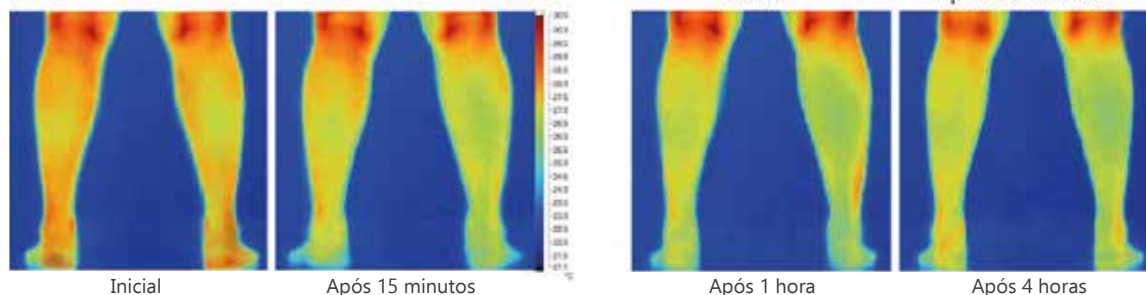


Figura 01: representação das imagens termográficas obtidas nos tempos 15 minutos, 1 hora e 4 horas, onde observa-se a diferença de coloração entre a perna direita (tratada) e esquerda (controle). A redução da temperatura é observada pelo aumento das regiões de coloração amarelo-esverdeado, correspondente a temperaturas mais frias na escala colorimétrica utilizada, indicada na imagem.

As médias termográficas dos pés, tomadas a partir das áreas plantares, estão representadas no gráfico 02:

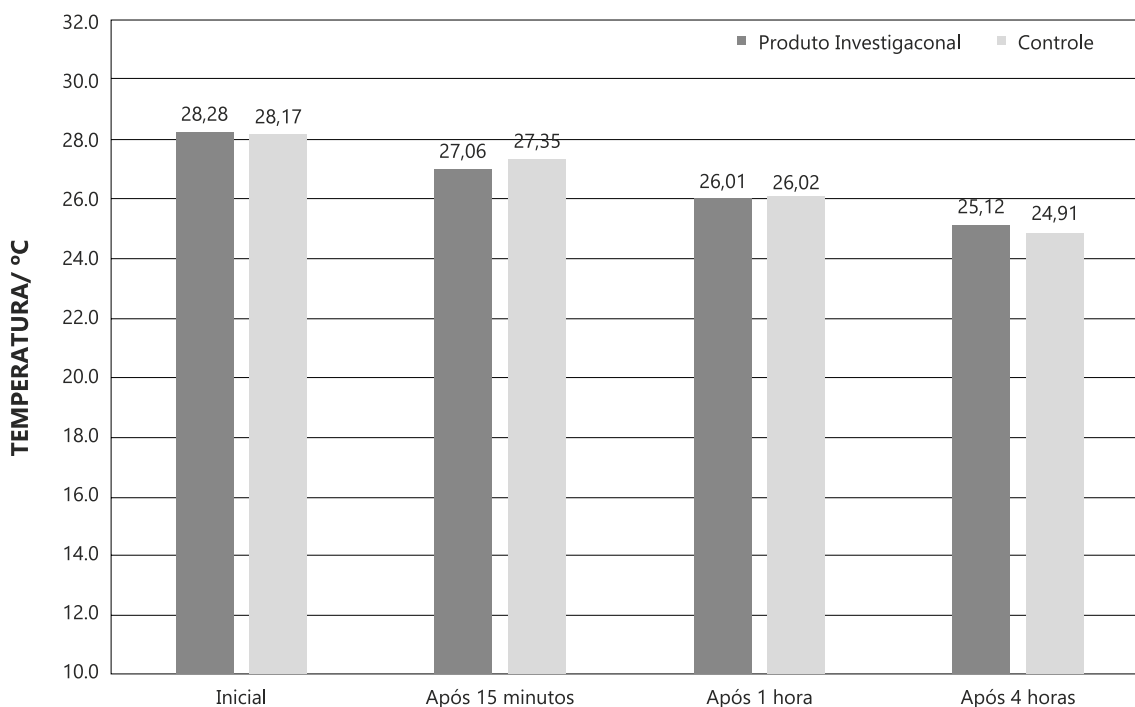


Gráfico 02: resultados médios obtidos da temperatura média superficial da pele na região dos pés (n=30).

Os dados foram submetidos a avaliação estatística utilizando-se o método do Teste-t de Student, bimodal, pareado, considerando-se um

intervalo de confiança de 95% e demonstraram uma melhora estatisticamente significativa do pé tratado na avaliação em 15 minutos. ($p < 0,05$)

A figura 02 ilustra as imagens obtidas dos pés:

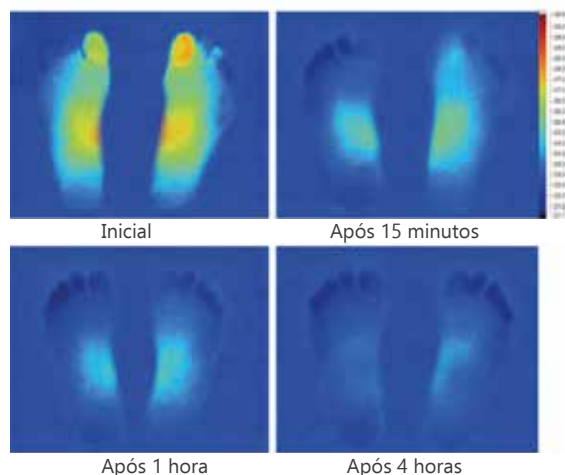


Figura 02: representação das imagens termográficas obtidas nos tempos 15 minutos, 1 hora e 4 horas, onde observa-se a diferença de coloração entre a perna direita (tratada) e esquerda (controle). A redução da temperatura é observada pelo aumento das regiões de coloração amarelo-esverdeado, correspondente a temperaturas mais frias na escala colorimétrica utilizada, indicada na imagem.

DISCUSSÃO:

O uso tópico do Pycnogenol® vem sendo estudado em concentrações variadas como tratamento coadjuvante na IVC, sendo que sua absorção e biodisponibilidade por via tópica já está comprovada.(13)

Em um experimento avaliando seus efeitos anti-inflamatórios, os extratos foram aplicados em ratos, demonstrando um efeito consistente em reduzir o diâmetro de feridas assim como seu processo inflamatório, quando comparadas ao grupo controle. (14)

O Pycnogenol®, patente e marca registrada do extrato do Pinheiro Marítimo Francês, é um flavonoide padronizado para conter uma média de 70% de procianidinas, moléculas de ação anti-inflamatória e antioxidante, podendo ser usado tanto oral como topicamente. (15)

Seu mecanismo de ação decorre do relaxamento endotelial facilitado pelo óxido nítrico (NO), sendo um importante componente da função vascular. Um efeito vasorrelaxante foi demonstrado como resultado do estímulo da NO sintase endotelial na presença de Pycnogenol (16,17);

um estudo clínico cego placebo-controle em pacientes com úlceras venosas, conduzido por 06 semanas, demonstrou uma redução da área ulcerada maior significativamente no grupo que associou a aplicação tópica de pycnogenol com o uso oral em relação ao grupo que utilizou apenas Pycnogenol oral, na dose de 150mg/dia (17)

Efeitos positivos no tempo de regressão do diâmetro das lesões foram obtidos com pacientes portadores de úlcera diabética, em um estudo comparativo com 6 semanas de duração. Esta eficácia superior, segundo os autores, possivelmente estaria relacionada com a maior concentração do Pycnogenol na área, além de uma propriedade característica do Pycnogenol tópico adstringente e bacteriostática. (18)

Segundo Rohdewald (7), em 8 estudos placebo controlados duplo-cegos foi demonstrado significativa redução do edema e sintomas de peso, câimbras e dor após uso de pycnogenol em pacientes com desordem venosa crônica. Esses resultados foram comprovados pela redução da aferição de diâmetro em nível de panturrilhas, como também demonstrou Koch (19).

Aplicação tópica do pycnogenol previne significativamente a formação de eritema após exposição à radiação UV e inibe a fotocarcinogênese (9).

Os fitoextratos associados, Centella asiática e Calêndula (venotônica e anti-inflamatória, respectivamente) atuam sinergicamente, evitando assim a necessidade de concentrações muito altas de qualquer dos ativos isoladamente, conferindo portanto maior segurança de utilização em áreas cutâneas extensas, e por longos períodos.

A Centella asiática possui triterpenos, que já demonstraram efeito sob uso tópico no tecido conectivo endotelial. (20) O foco de sua ação é a atividade anticelulítica e estimulante circulatória. O efeito benéfico da Centella Asiática nos casos de celulite, está relacionada com sua capacidade de potencializar as estruturas do tecido conjuntivo com redução da esclerose, enquanto sua ação na insuficiência venosa está determinada pela combinação de efeitos sobre o tecido

conjuntivo e sua capacidade de melhorar o fluxo sanguíneo nos membros afetados.

A atividade circulatória se deve à fração Triterpênica da Centella Asiática (FTTCA) demonstrando benefícios nos casos de hipertensão venosa crônica (HVC), com alteração da microcirculação em síndrome pós-flebítica, prevenção de edemas, e na microangiopatia diabética. Em todos os casos a ação sobre o endotélio estaria determinado pela maior síntese do colágeno, fibronectina e proteoglicanos (21).

Um estudo clínico farmacológico foi realizado durante um mês em 30 pacientes com HVC (15 com síndrome pós-flebítica e com antecedentes de TVP femoro-poplíteia e outros 15 com insuficiência de safena interna), demonstrando benefício da fração Triterpênica total da Centella Asiática (CA) comparado com Flavonoides Diosmina e Hidroxirutosídeos, demonstrados através de estudos de capilaroscopia(22).

Em um estudo multicêntrico, duplo cego verso placebo, com 94 pacientes com IVC dos membros inferiores, foi demonstrado que o extrato tratado de Centella Asiática (TECA) em dose de 60-120 mg/dia, evidenciou benefícios clinicamente significativos em relação ao alívio sintomático medido através de provas de distensibilidade venosa e pletismografia(23). Em pacientes com síndrome pós-flebítica, a administração oral de FTTCA por 3 semanas demonstrou diminuição do número de células endoteliais circulantes em relação ao grupo controle(24).

A Calêndula é composta de Flavonóides (em especial a quercetina3-Oglicosídeo), óleo essencial, polissacarídeos, alcoóis pentacíclicos e outros. Sua ação farmacológica mais difundida é a atividade reepitelizante e cicatrizante cuja atividade é exercida sobre o metabolismo das glicoproteínas, nucleoproteínas e tecido colágeno. Os triterpenos, principalmente o helianol, apresentam importante atividade anti-inflamatória e estimula a granulocitose e fagocitose, auxiliando o combate a infecção. O creme de Calêndula leva a aceleração da cicatrização cutânea promovendo a reparação mais eficiente do tecido. O ácido

oleanóico possui ação calmante e refrescante para pele sensível, favorece a regeneração dos tecidos e exerce atividade antisséptica. Os flavonóides reforçam a ação cicatrizante (25).

A Castanha da Índia, usada largamente no tratamento de sinais e sintomas de insuficiência vascular periférica, flebites e fragilidade capilar, tem capacidade de reduzir a tensão venosa, devido a presença da b-escina; esta molécula favorece o transporte de íons nos canais de cálcio, regulando os tônus da parede venosa. Outro mecanismo de ação proposto é a liberação de prostaglandina F2a das veias, antagonista da serotonina e histamina (26)

Um estudo clínico prospectivo desta associação em monoterapia foi conduzido em 46 pacientes, gestantes e não gestantes; os resultados após 4 semanas de uso apontou melhora significativa estatisticamente dos sinais e sintomas da insuficiência venosa crônica leve a moderada, sem registro de reações adversas (27)

A termografia aqui utilizada demonstrou uma melhora da vasodilatação, justificando o alívio quase imediato do desconforto ocasionado pelo edema e sensação de peso em membros inferiores. (11)

CONCLUSÃO:

A associação de fitoextratos com Pycnogenol® em uso tópico (Fletop®) demonstrou a capacidade de reduzir significativamente os valores de temperatura cutânea dos membros inferiores após 15 minutos e 1 hora da aplicação quando comparado ao grupo controle; da mesma forma, houve redução significativa nos valores de temperatura dos pés após 15 minutos.

Estes achados estão relacionados com redução do edema e com a melhora da sensação de cansaço e dores nas pernas.

Trata-se, portanto, de uma opção no arsenal terapêutico do tratamento coadjuvante dessa enfermidade, no sentido de minimizar seus sintomas, auxiliando a promover uma melhora na qualidade de vida desses pacientes.

Referências:

1. Barros Jr N. Insuficiência venosa crônica. Em: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em; URL: <http://www.lava.med.br/livro>
2. Scott TE, LaMorte WW, Gorin DR, Menzoian JO. Risk factors for chronic venous insufficiency: a dual case-control study. *Journal of Vascular Surgery* 1995;22:622-8.
3. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine* McGraw-Hill Professional, 2001:-.
4. Cesarone MR, Belcaro G, Rohdewald P, Pellegrini L, Ledda A, Vinciguerra G, Ricci A, Gizzi G, Ippolito E, Fano F, Dugall M, Acerbi G, Cacchio M, Di Renzo A, Hosoi M, Stuard S, Corsi M. Comparison of Pycnogenol and Daflon in treating chronic venous insufficiency: a prospective, controlled study. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2006 Apr;12(2):205-12.
5. Belcaro G, Dugall M, Luzzi R, Hosoi M, Corsi M. Improvements of venous tone with pycnogenol in chronic venous insufficiency: an ex vivo study on venous segments. *Int J Angiol*. 2014
6. Gulati OP. Pycnogenol® in chronic venous insufficiency and related venous disorders. *Phytother Res*. 2014 Mar;28(3):348-62.
7. Rohdewald P. A review of the French maritime pine bark extract (Pycnogenol), a herbal medication with a diverse clinical pharmacology. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2002;40(4):158-168.
8. Sarikaki V, Rallis M, Tanojo H. In vitro percutaneous absorption of pine bark (Pycnogenol) in human skin. *J Tox Cutaneous Ocular Tox*. 2004; 23(3):149-158.
9. Sime S, Reeve VE. Protection from inflammation, immunosuppression and carcinogenesis induced by UV radiation in mice by topical Pycnogenol. *Photochem Photobiol*. 2004 Feb; 79(2):193-8.
10. Belcaro G, Cesarone MR, Errichi B, Di Renzo A, Grossi MG, Ricci A, Dugall M, Cornelli U, Cacchio M, Rohdewald P. Pycnogenol treatment of acute hemorrhoidal episodes. *Phytother Res*. 2010 Mar; 24(3):438-44.
11. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Uriona Tuma SM, Stein AT, Moreno RM, Vargas E, Capellà D, Bonfill Cosp X. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 6;4:CD003229.
12. Di Carlo A. Thermography and the possibilities for its applications in clinical and experimental dermatology. *Clin Dermatol*. Jul-aug 13 (4): 329-36.
13. Sarikaki V, Rallis M, Tanojo H, I. Panteri I, Y. Dotsikas Y, Y. L. Loukas YL, G. Papaioannou G, C. Demetrios C, S. Weber S, H. Moini H, H. I. Maibach HI, Packer L. In Vitro Percutaneous Absorption of Pine Bark Extract (Pycnogenol) in Human Skin *Journal of Toxicology: Cutaneous and Ocular Toxicology* Vol. 23, Iss. 3, 2005.
14. Blazso G, Gabor M, Rohdewald P. Anti-inflammatory activities of procyanidin-containing extracts from *Pinus pinaster* Ait. after oral and cutaneous application. *Pharmazie*. 1997; 52(5):380-382.
15. Nuzum DS, Gebru TT, Kouzi SA. Pycnogenol for chronic venous insufficiency. *Am J Health Syst Pharm*. 2011 Sep 1; 68(17):1589-90, 1599-1601.
16. Petrassi C, Mastromarino A, Spartera C. PYCNOGENOL in chronic venous insufficiency. *Phytomedicine*. 2000 Oct;7(5):383-8.
17. Belcaro G, Cesarone MR, Errichi BM, Ledda A, Di Renzo A, Stuard S, Dugall M, Pellegrini L, Rohdewald P, Ippolito E, Ricci A, Cacchio M, Ruffini I, Fano F, Hosoi M. Venous ulcers: microcirculatory improvement and faster healing with local use of Pycnogenol. *Angiology*. 2005 Nov-Dec; 56(6):699-705.
18. Cesarone MR, Belcaro G, Rohdewald P, Pellegrini L, Ledda A, Vinciguerra G, Ricci A, Gizzi G, Ippolito E, Fano F, Dugall M, Cipollone G, Acerbi G, Cacchio M, Del Boccio G, Di Renzo A, Stuard S, Corsi M. Improvement of diabetic microangiopathy with pycnogenol: A prospective, controlled study. *Angiology*. 2006. Aug-Sep;57(4):431-6.
19. Koch, R. Comparative study of Venostasin and Pycnogenol in chronic venous insufficiency. *Phytother. Res*. 2002, 16, 1-5.
20. da Rocha PBR, Souza BDS, Andrade LM, Marreto RN, Lima EM, Taveira SF. Development of a High-Performance Liquid Chromatographic Method for Asiaticoside Quantification in Different Skin Layers after Topical Application of a Centella asiatica Extract. *Planta Med*. 2017 Jun 26.
21. Morriset T et al. Evaluation of the healing activity of hydrocortyle tincture in the treatment of wounds. *Phytother Res* 1987; 1; 117-21.
22. Tightly bound non histone proteins in nucleosomes from pig liver chromatin P. Caiafa, M. R. Scarpato-Cioffari, F. Altieri, P. Allegra, R. Lonigro, and C. Turano. *European Journal of Biochemistry* (1981) 121, 15-9.
23. Pointel J et al. *Angiology*. 38: 46-50. 1987.
24. G. P. Montecchio, A. Samaden, S. Carbone, et al., "Centella asiatica triterpenic fraction (CATTF) reduces the number of circulating endothelial cells in subjects with post phlebitis syndrome", *Haematologica* 76(3) (1991):256-9.
25. Alonso J.R. 2007. *Callendula*. Tratado de fitofármacos y nutracéuticos, Corpus Editorial : C.251-5.
26. Sirtori CR. Aescin: pharmacology, pharmacokinetics and therapeutic profile. *Pharmacol Res* (2001) 44: 183-193.
27. Caiafa B, Addor FAS. Associação de Pycnogenol® com fitoextratos no alívio da sintomatologia da insuficiência venosa crônica em mulheres gestantes e não gestantes: estudo clínico piloto. *Revista SBACV RJ*. 2014; N° VI: 22-26.

Estudo LUCY: Avaliação de mulheres que são candidatas subrepresentadas para reparo do aneurisma da aorta abdominal (AAA)

O PRIMEIRO ESTUDO PROSPECTIVO PARA AVALIAR ESPECIFICAMENTE O REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA (EVAR) EM MULHERES

Desenho do estudo LUCY

- Registro prospectivo de pós-comercialização
- Estudo multicêntrico nos EUA: 39 centros inscritos ativamente
- N = 225 (Mulheres:Homens = 1:2)
- Endpoint primário: taxa de MAE nos 30 dias seguintes ao procedimento inicial
- Endpoints secundários: vários endpoints secundários serão avaliados para demonstrar os benefícios de EVAR nas mulheres (braço de tratamento) e homens (braço de controle)



Trajétoria de perfil baixíssima para durabilidade com vedação específica para o paciente

O ESTUDO LUCY APRESENTA RESULTADOS DE 30 DIAS SEMELHANTES, TANTO EM HOMENS COMO EM MULHERES

Resultados clínicos (30 dias)	Mulheres (N = 76)	Homens (N = 149)	Valor de p
Segurança			
MAEs relacionados ao dispositivo*	0%	0%	–
MAEs*	1,3%	1,3%	NS
Mortalidade relacionada ao AAA	0%	0%	–
Resultado do procedimento			
Sucesso de implantação	100%	98,7%	NS

A partir de 1º de maio de 2017. Dados no arquivo na Endologix.

OVATION É COMPROVADAMENTE EFICAZ, SEM INTERVENÇÃO SECUNDÁRIA RELACIONADA AO AAA PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO

Resultados clínicos (30 dias)	Mulheres (N = 76)	Homens (N = 149)	Valor de p
Eficácia			
Endoleak de tipo Ia*	0%	2,0%	NS
Endoleak de tipo III*	0%	0%	NS
Oclusão do membro	0%	0%	–
Intervenções secundárias relacionadas ao AAA*			
Endoleak de tipo Ia	0%	1,3%	NS
Endoleak de tipo III	0%	0%	–
Oclusão do membro	0%	0%	–

Fatos sobre mulheres com AAA

- 1 em 5 pacientes com AAA é do sexo feminino
- Elegibilidade para EVAR: 34% das mulheres versus 54% dos homens
- Mortalidade e morbidade perioperatória após EVAR: maior entre mulheres
- Complicações importantes em 30 dias: superiores entre as mulheres (9,6% versus 5,8%, p <0,001)
- Mortalidade em 30 dias: superior entre as mulheres (2,9% versus 1,1%, p <0,001)

Os resultados de 3 anos do registro de pós-comercialização (PMR) europeu da Ovation demonstram durabilidade tanto em homens como em mulheres

Ausência de **Mortalidade relacionada ao AAA**
Mulheres **100%** | Homens **99%** NS

Ausência de **Ruptura**
Mulheres **100%** | Homens **99,7%** NS

Ausência de **Reintervenção para Endoleak de tipo Ia**
Mulheres **96%** | Homens **98%** NS

Ausência de **Reintervenção para oclusão**
Mulheres **96%** | Homens **97%** NS

Resultados de 3 anos do registro de pós-comercialização europeu da Ovation extraídos em 6 de outubro de 2016. N = 501; Mulheres n = 69 e Homens n = 432.

Embolização peroperatória de ramos lombares e artéria mesentérica inferior para prevenção do endoleak tipo II no tratamento endovascular do aneurisma de aorta infrarrenal – revisão da literatura e apresentação de caso

Pedro Oliveira Portilho¹, Marco Carneiro Teixeira², Valeria Vieira da Silva³, Maria Rafaela Rabello Chaves³, Daniel Dias Lustoza Cabral³, Cristina Juliana Georg Ferreira³, Carlos Henrique De Souza Levinho³, Juliana Rodrigues da Silva Freitas³, Gabriela Negrely Fernandes⁴, Barbara dos Santos Bastos⁴, Roberta Sales de Freitas⁴, Cesar Augusto Silva Fernandes⁴ e Eduardo Martins Filho⁵.

1 - Apresentador do Caso/Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG

2 - Chefe 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

5 - Cirurgião e Ecografista Vascular/Ex-Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG

INTRODUÇÃO:

O tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal – *endovascular abdominal aortic aneurysm repair* (EVAR) – é técnica amplamente utilizada na maior parte dos serviços de Cirurgia Vascular no Brasil e no mundo, se mostrando confiável e eficaz.



Esquema ilustrativo de EVAR.

Entretanto, assim como qualquer técnica cirúrgica, a EVAR é passível de complicações, sendo os “endoleaks” complicações diretamente relacionadas à técnica endovascular.

“Endoleaks” (EL) do tipo II :

EL (ou, simplesmente, “vazamentos”) são definidos como presença de fluxo de sangue entre o tecido que reveste a prótese e a parede arterial, podendo pressurizar o saco aneurismático e levar

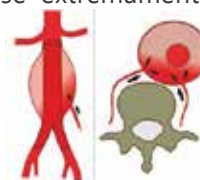
a ruptura do aneurisma. Neste artigo, vamos nos ater especialmente aos **endoleaks do tipo II (EL-II)** persistentes, que estão relacionados à manutenção de fluxo dentro do saco aneurismático, associados à presença de artérias colaterais prévias.

TIPOS DE “ENDOLEAKS”

- Tipo I: proximal ou distal
- Tipo II: ramos lombares, artéria mesentérica inferior (AMI), hipogástricas, renais acessórias
- Tipo III: fratura da endoprótese
- Tipo IV: porosidade
- Tipo V: endotensão (?)

Apesar da sua baixa incidência (em torno de 5% do total de EL-II são persistentes e não resolvem-se espontaneamente após 6 meses do diagnóstico), sabe-se que o seguimento destes casos exige grande uso de radiação ionizante e contraste iodado. E, caso esteja indicado, o tratamento destes EL torna-se extremamente complexo e oneroso.

Esquema ilustrativo dos EL-II – a esquerda, fluxo mantido pela artéria mesentérica inferior / a direita, fluxo mantido por artérias lombares.



Ainda restam dúvidas quanto à real importância dos EL-II persistentes e seu manejo em longo prazo. Porém, alguns autores criaram critérios de “risco de desenvolvimento de EL-II” que envolvem diretamente a individualização de cada caso e a análise criteriosa das angiotomografias (ANGIOTC) no pré-operatório. Alguns grupos chegaram a executar embolizações pré ou peroperatórias de ramos dos aneurismas ou dos sacos aneurismáticos em casos considerados de “alto risco”, com resultados interessantes.

REVISÃO DA LITERATURA:

Separamos quatro artigos de maior impacto que tratam do assunto e seguem resumidos os seus principais achados:

Avgerinos et al (JVS 2014):

- Artigo de revisão recente e de grande impacto sobre “evidências” relacionadas ao EL-II;
- Cita que sua incidência pode ser diretamente proporcional ao número e calibre dos ramos do aneurisma.

Marchiori et al (J End Th 2011):

- Estudo retrospectivo e multicêntrico;
- Análise de 208 casos tratados;
- Avaliação de achados angiográficos pré-operatórios favoráveis ao EL-II;
- Citam como relevantes:
 - 4 ou mais ramos lombares
 - Calibre maior que 2 mm
 - Hipogástricas

Sugere que estes critérios angiográficos podem indicar intervenção precoce para prevenção do crescimento do aneurisma e potencial ruptura.

Fabre et al (JVS 2014):

- Estudo retrospectivo;
- 83 em 187 submetidos EVAR 2009-2013 apresentavam “alto risco” para EL-II;
- Todos receberam embolização peroperatória do saco aneurismático (número de molas utilizadas = 12 em média);
- Citam como “alto risco”:
 - Ausência de trombo circunferencial
 - Quatro ou mais ramos lombares pérvios
 - AMI pérvia

Piazza et al (JVS 2013):

- Estudo retrospectivo entre 2008 e 2011:

GRUPO A PADRÃO EVAR IFU (n=83)

Vs

GRUPO B (n=79)

EVAR + embolização saco (fibrina + molas)

- Resultados:
 - GRUPO B: zero EL-II
 - Curto/médio prazo – eficaz na prevenção EL-II

APRESENTAÇÃO DO CASO:

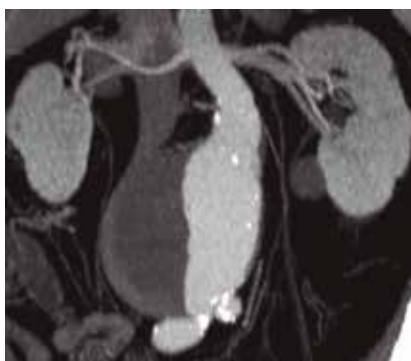
Tendo em vista a exposição prévia, selecionamos um paciente com características anatômicas que consideramos “fatores de alto risco” para desenvolvimento de EL-II e decidimos por estratégia terapêutica diferente do habitual.

CSM, masculino, 71 anos, longilíneo, portador de hipertensão arterial sistêmica, sem outras comorbidades. Diagnosticado como portador de AAA infrarrenal, assintomático: 93mm no maior diâmetro – descoberta ocasional em USG que investigava urolitíase.

Realizou ANGIOTC de abdômen e pelve (em outubro de 2017), que demonstrou:

- Colo proximal longo;
- 1 par lombares próximas ao limite inferior do colo proximal com 2,5mm de diâmetro (em média) cada;
- Artéria mesentérica inferior (AMI) com 4mm diâmetro na origem – também próxima ao limite inferior do colo proximal;
- 1 par de lombares mais inferiores, originando-se do saco aneurismático – 1,5mm diâmetro cada (saída de área com trombo mural);
- Aneurisma de artéria ilíaca interna (hipogástrica) esquerda parcialmente trombosado, com 17mm de diâmetro – não tratado.

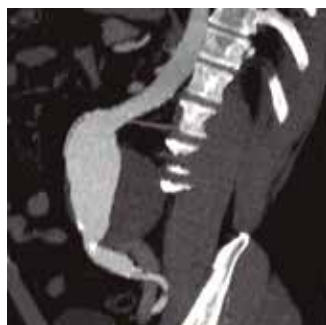
Seguem imagens do exame:



Angiotc panorâmica



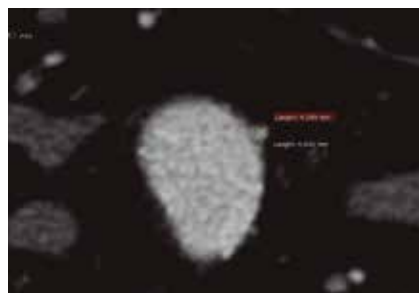
Ramos lombares com diâmetros



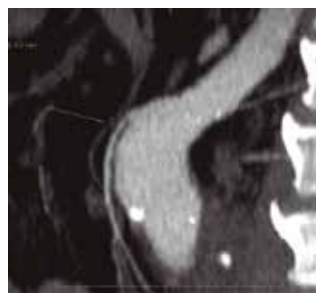
Lombar direita - corte sagital



Lombar esquerda - corte sagital

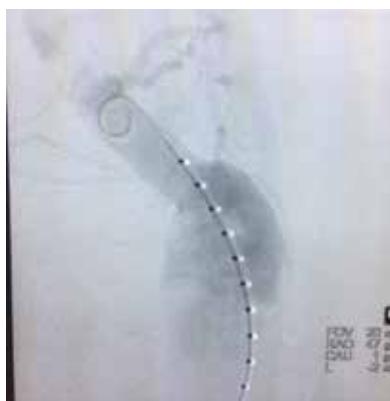


Ami com diâmetro na origem



ami - corte sagital

Decidimos pelo EVAR com embolização peroperatória de ramos lombares e artéria mesentérica inferior, através de cateterismo seletivo das mesmas.



Aortografia inicial



Cateterismo da a. Lombar direita



Embolização da a. Lombar direita



Cateterismo da a. Lombar esquerda



Embolização da a. Lombar esquerda



Cateterismo da ami



Embolização da ami



aortografia pós-embolização



aortografia final - pós EVAR

Paciente recebeu alta após o terceiro dia de operado. Realizou Eco-Doppler no trigésimo dia após a operação que demonstrou: "ausência de 'endoleaks', aneurisma trombosado e endoprótese íntegra". Realizará angiotomografia de controle após três meses de operado. Atualmente, encontra-se assintomático e exercendo suas atividades habituais.

CONCLUSÕES:

Julgamos importante a análise criteriosa dos dados anatômicos dos pacientes candidatos à EVAR em nosso Serviço.

- Tendo como base elementos encontrados na literatura, consideramos estes os principais critérios de "alto risco" para desenvolvimento de EL-II persistente:
- Ausência de trombo mural circunferencial no saco aneurismático;

- Presença de quatro ramos lombares prévios ou mais;
- AMI pérvia;
- Ramos com calibres maiores que 2 mm (lombares) e 4 mm (AMI).

Julgamos interessante a embolização "preventiva" de ramos prévios em casos selecionados que, além de apresentarem critérios angiográficos de "alto risco" para desenvolvimento de EL-II, apresentem grande expectativa de vida.

Por fim, tendo em vista como benefício maior o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes submetidos à EVAR, julgamos necessários mais estudos contemplando o tema, tendo em vista comparação de custos e eficácia das técnicas disponíveis para execução da prevenção de EL-II em casos selecionados.

Referências:

1. Larzon T, Fujita S., "Type II endoleak: a problem to be solved." *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2014 Feb;55(1):109-18.
2. Avgerinos ED, Chaer RA, Makaroun MS. "Type II endoleaks." *J Vasc Surg*. 2014 Nov;60(5):1386-91.
3. Cieri E, De Rango P, et al. "Type II endoleak is an enigmatic and unpredictable marker of worse outcome after endovascular aneurysm repair." *J Vasc Surg*. 2014 Apr;59(4):930-7.
4. Fabre D, Fadel E, Brenot P, et al. "Type II endoleak prevention with coil embolization during endovascular aneurysm repair in high-risk patients." *J Vasc Surg*. 2015 Jul;62(1):1-7.
5. Güntner O, Zeman F, et al. "Inferior mesenteric arterial type II endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm: are they predictable?" *Radiology*. 2014 Mar;270(3):910-9.
6. Burbelko M, Kalinowski M, et al. "Prevention of type II endoleak using the AMPLATZER vascular plug before endovascular aneurysm repair." *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2014 Jan;47(1):28-36.
7. Couchet G, Pereira B, et al. "Predictive Factors for Type II Endoleaks after Treatment of Abdominal Aortic Aneurysm by Conventional Endovascular Aneurysm Repair." *Ann Vasc Surg*. 2015 Nov;29(8):1673-9.
8. Lo RC, Buck DB, et al. "Risk factors and consequences of persistent type II endoleaks." *Vascular Study Group of New England. J Vasc Surg*. 2016 Apr;63(4):895-901.
9. Ronsiville S, Faresin F, et al. "Type II endoleak: from treatment of a complication to prevention." *J Endovasc Ther*. 2012 Feb;19(1):128-9.
10. Ward TJ, Cohen S, et al. "Preoperative inferior mesenteric artery embolization before endovascular aneurysm repair: decreased incidence of type II endoleak and aneurysm sac enlargement with 24-month follow-up." *J Vasc Interv Radiol*. 2013 Jan;24(1):49-55.
11. Piazza M, Frigatti P, et al. "Role of aneurysm sac embolization during endovascular aneurysm repair in the prevention of type II endoleak-related complications." *J Vasc Surg*. 2013 Apr;57(4):934-41.
12. Marchiori A, von Ristow A, et al. "Predictive factors for the development of type II endoleaks." *J Endovasc Ther*. 2011 Jun;18(3):299-305.

Endoprótese Bifurcada Abdominal **Aorfix**

Com novo Sistema de Entrega INTELLIFLEX™

BAIXO PERFIL – Bainha Valvulada Integrada 18F

O novo sistema de entrega IntelliFlex™ LP foi aprimorado permitindo um melhor acesso, controle do procedimento e posicionamento da endoprótese AORFIX™.



Indicado para tratamento de aneurismas em anatomia padrão, colos angulados e ilíacas tortuosas.

Aprovada para
angulações em
colos de **0 a 90°**

AORFIX™ possui a mais avançada tecnologia no mercado de endopróteses. Através do seu formato e alta flexibilidade, adapta-se perfeitamente de acordo com a anatomia do paciente, otimizando o desempenho cirúrgico e também no período pós-operatório.

**APROVADA
PELO FDA!**

Fabricante:



Distribuidor Exclusivo:



Matriz [Curitiba]: (41) 3233-7887

Rio de Janeiro: (21) 2567-9173

São Paulo: (11) 3289-7753

Minas Gerais: (31) 3785-0902

www.tecmedic.com.br



Uma conversa com o Presidente da Nacional

Dr. Roberto Sacilotto - Presidente da SBACV Nacional.

O começo de toda jornada representa sempre um desafio: a SBACV Nacional está iniciando um novo momento com uma nova gestão. E, para falar sobre os desafios e propostas para os próximos dois anos, entrevistamos o Dr. Roberto Sacilotto, Presidente eleito da Nacional.

REVISTA DA SBACV-RJ: *A Regional do Rio de Janeiro, durante a gestão do Dr. Julio Peclat, desenvolveu o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. Como a Nacional vê essa iniciativa? Existe um projeto que dê continuidade a esse trabalho?*

DR. ROBERTO SACILOTTO: *Estamos valorizando as boas práticas e iniciativas. O presidente que me antecedeu, Dr. Ivanésio, realizou um belo trabalho de estruturação. Com a “casa arrumada”, podemos agora avançar em questões estratégicas. Uma delas é a discussão sobre a remuneração dos nossos profissionais. Já demos início à criação da Comissão Nacional de Honorários, com representantes de todas as Regionais, com o objetivo de formular um Rol de referência para a SBACV. O Rol do Rio de Janeiro é um dos importantes referenciais técnicos para esse trabalho. Inclusive, o Dr. Julio Peclat integra a Comissão.*

REVISTA DA SBACV-RJ: *Sobre as iniciativas de educação continuada. A Regional do*

Rio de Janeiro realiza reuniões científicas mensais que passaram a ter transmissão on-line para os associados do interior. Qual a avaliação do sr. a respeito dessa iniciativa?

REVISTA DA SBACV-RJ: *A comunicação on-line foi uma das nossas propostas para a Gestão Bi-ênio 2018-2019. Desde janeiro, intensificamos a troca de informações e experiências utilizando aplicativos de conversa. Já vamos realizar a segunda reunião do Conselho de Presidentes das Regionais no XXXII Encontro Carioca. Essa aproximação tem nos ajudado muito na disseminação de nossas ações, no alinhamento de condutas e nas discussões técnicas, jurídicas e científicas. Fico feliz que a SBACV-RJ tenha essa iniciativa, pois proporciona acesso a quem está fora dos grandes centros. O Estado do Rio de Janeiro tem excelentes profissionais médicos vasculares e se configura como referência na especialidade. Esse trabalho vai ao encontro da nossa máxima, que é uma gestão participativa com tecnologia como grande aliada. Em breve, a Nacional também terá novidades no ambiente on-line.*

"Já demos início à criação da Comissão Nacional de Honorários, com representantes de todas as Regionais, com o objetivo de formular um Rol de referência para a SBACV. O Rol do Rio de Janeiro é um dos importantes referenciais técnicos para esse trabalho."

REVISTA DA SBACV-RJ: *O que o especialista pode esperar da sua gestão, com relação à invasão de outros profissionais de saúde nas atividades ou procedimentos realizados por angiologistas e cirurgiões vasculares?*

DR. ROBERTO SACILOTTO: *Já estamos com uma agenda positiva de reuniões com várias instituições e esferas de poder englobando esse tema. Tenho ressaltado que defesa profissional demanda o envolvimento de todos. Por isso, estamos concluindo a concepção da campanha nacional, que lançaremos em breve. Esse assunto passa também pela melhor formação, algo que já está sendo tratado pela nossa gestão.*

REVISTA DA SBACV-RJ: *A regional do Rio está iniciando uma campanha para mostrar ao especialista a importância de ser sócio. O que o senhor gostaria de passar para o especialista que está fora do movimento associativo?*

DR. ROBERTO SACILOTTO: *Manifesto aqui meu fraterno agradecimento a todos os meus amigos e colegas vasculares do Rio de Janeiro pelo apoio à gestão 2018-2019. A Sociedade é norteadora de políticas para a nossa especialidade, mas só ganha sentido se tiver envolvimento dos profissionais. Para isso, o associado precisa se sentir parte, ser ouvido e ser atuante. Nossa gestão tem estreitado a comunicação com os especialistas e incentivado a participação nas discussões das questões cotidianas, como honorários, defesa profissional, formação acadêmica, orientações para o próprio negócio e orientações jurídicas. Isso gera engajamento. Concomitante a isso, nossos profissionais precisam de melhor preparo para enfrentar os desafios do mercado cada vez mais competitivo e desleal. Nesse sentido, estamos trabalhando para permitir o aprimoramento da formação, preparação mais completa e visão empresarial. É um trabalho de construção, que inclui aproximação e suporte ao associado. É nesse sentido que estamos buscando despertar o interesse dos nossos especialistas pela vida associativa.*

Rol de Procedimentos por Patologia Vascular: a construção de um novo modelo de cobrança



Dificuldades para obter autorizações para a realização de exames auxiliares ao diagnóstico e ao acompanhamento dos casos. Glosas injustificadas.



Tempo gasto justificando a relevância de cada procedimento no acompanhamento de um caso.



Honorários sem correspondência com o investimento na formação e com o tempo dedicado a cada procedimento.



A busca pela solução para este conjunto de problemas tão familiares aos cirurgiões vasculares levou a diretoria da SBACV-RJ em 2014 à construção de uma alternativa com potencial de alto impacto nas relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Muitas horas de trabalho foram dedicadas ao projeto, mas por diversas situações (e mudanças no cenário econômico), o projeto não chegou a alcançar plenamente seu potencial.

Quatro anos depois, ainda há muito a ser feito. Por isso, Breno Caiafa elegeu dar continuidade a essa luta como uma das prioridades de sua gestão. Mas vamos voltar ao começo...

A intensificação da luta em prol da defesa pro-

fissional em 2014 (gestão capitaneada por Julio Cesar Peclat de Oliveira) levou a diretoria a perceber que era importante buscar apoio profissional para a condução das negociações da SBACV-RJ com as entidades e empresas que atuam na Saúde Suplementar. Para isso, duas assessorias foram contratadas: uma assessoria jurídica e uma empresa especializada em negociações com operadoras de planos de saúde, que já tinha grande experiência na Oftalmologia. Com isso, a condução de discussões e negociações relativas à melhoria de honorários médicos se tornou mais técnica, e os problemas específicos dos vasculares (como os diversos procedimentos associados à realização de uma cirurgia e a dificuldade rotineira em conseguir desde a autorização até o pagamento) ganhou um novo olhar, e com ele a pergunta: é possível simplificar o processo?

A IDEIA EVOLUI

No dia 5 de abril de 2014 a Regional realizou sua 1ª Convenção. O evento reuniu 44 membros da Diretoria, que discutiram a questão da valorização dos honorários médicos e a participação da Sociedade nas decisões sobre o tema junto às operadoras de planos de saúde. Após intensos debates, os presentes aprovaram por unanimidade a proposta do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular (RPPV), documento baseado na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) que organiza os procedimentos envolvidos no dia a dia dos cirurgões vasculares, agrupando-os por patologia.

A iniciativa traz os honorários médicos para um patamar mais justo e reduz a burocracia, tornando o processo de obtenção de autorizações mais ágil, uma vez que para cada procedimento cirúrgico não haverá mais a necessidade de negociação de cada etapa do tratamento.

Para o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o Rol representa bem mais que um documento: "O Rol

é, antes de tudo, uma construção coletiva, que nasceu dos anseios dos Vasculares do Rio de Janeiro e só veio a se tornar uma realidade graças à adesão dos colegas, que participaram de sua construção, que passaram a fazer suas cobranças usando a codificação proposta e que o divulgaram também. Ainda temos muito trabalho pela frente, mas certamente encontramos um caminho em busca de honorários dignos e relações mais transparentes com as operadoras".

O passo seguinte era obter apoio ao movimento junto a outras entidades. Em 14 de abril, o RPPV foi apresentado ao Conselho Regional de Medicina (Cremerj). Seu então Presidente, Dr. Sidnei Ferreira, prontamente entendeu a relevância da proposta e emitiu documento de apoio. Paralelamente a isso, a Regional tratou de apresentar e discutir o RPPV com o Presidente da Nacional, Dr. Pedro Pablo Komlós, e os colegas Presidentes das Regionais. O aval de todos representou o fortalecimento da SBACV-RJ rumo ao cumprimento do objetivo principal.

A IMPLANTAÇÃO DO ROL

A partir dali a Diretoria da Regional buscou negociar e mostrar os benefícios da adoção dessa nova dinâmica de remuneração realizando uma série de reuniões com as principais operadoras de saúde que atuam no Estado do Rio de Janeiro. Várias operadoras adotaram o pagamento com base

no Rol para o tratamento de algumas patologias, mas nenhuma delas havia adotado a proposição da Regional de forma completa, até que em maio a Golden Cross foi a primeira a se comprometer a adotar o Rol integralmente, por meio da assinatura de um termo de compromisso.

O TEMPO PASSA, A LUTA CONTINUA

Nos três anos seguintes, a crise econômica e a consequente crise na saúde suplementar levaram ao aumento da dificuldade de negociação com as operadoras de planos de saúde, que perderam um grande número de beneficiários. A um ponto tal que já não é mais possível adiar as ações.

Assim, Breno Caiafa, ainda em sua plataforma eleitoral, elencou a luta pela adoção integral do RPPV

como uma meta em sua gestão. Para isso, em 24 de fevereiro, uma comissão composta pelos Drs. Breno Caiafa, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, Sergio Leal de Meirelles, Carlos Peixoto, Adilson Feitosa, Francisco João Sahagoff Gomes, Adalberto Pereira e Felipe Silva da Costa, se reuniu para trabalhar na revisão do RPPV, que chega assim à sua 4ª edição. Cada bloco de procedimentos por patologia foi revisado, e em

alguns casos mais um código foi agregado, outros foram substituídos, visando que o Rol fique cada vez mais condizente com a atuação do cirurgião vascular. Para Julio Cesar Peclat de Oliveira, da reunião saíram propostas de mudanças importantes, principalmente no que se refere ao tratamento de aneurismas complexos de aorta toracoabdominal, os acessos para hemodiálise e pé diabético. Nós também entendemos que o segundo código de varizes por restauração de fluxo deveria ser mantido já que não tem outro código similar que possa substituí-lo e existem trabalhos científicos que comprovam a relevância da conduta.

Julio Cesar Peclat de Oliveira, que na atual gestão é vice-presidente, salienta a relevância do Rol, como um projeto pioneiro: "Diversas sociedades de especialidades estão buscando traçar

estratégias para valorizar os honorários de seus associados, e é possível encontrar projetos análogos, mas nenhum deles mergulhou tão profundamente na rotina dos especialistas e propôs uma solução tão simples".

Vale lembrar que o RPPV é uma proposta de acordo com as operadoras, pelo meio do qual o cirurgião vascular usaria apenas um código para solicitar o procedimento, mas a operadora remuneraria este código com o valor agregado de todos os outros códigos, relativos ao tratamento desta patologia. Como destacou o Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles.

A adoção do RPPV foi discutida na reunião do Conselho de Presidentes Regionais da SBACV, realizada em 17 de fevereiro em São Paulo.

CBHPM E ROL DA ANS: VALE A PENA ENTENDER

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, mais conhecida como CBHPM, foi editada pela primeira vez em 2003, pela AMB (Associação Médica Brasileira) e pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) a partir de um estudo da FIPE-USP (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo) que contou com a participação das sociedades médicas de especialidades. Ela tem por base a lógica de ordenamento dos métodos e procedimentos no âmbito diagnóstico e terapêutico, não por especialidade, mas sim por regiões anatômicas (sistema cardiocirculatório e sistema respiratório e mediastino, por exemplo). Os procedimentos foram divididos em quatorze portes, estabelecidos de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato.

Depois de longas negociações, a CBHPM conquistou o reconhecimento do sistema de Saúde Suplementar Brasileiro (ANS e operadoras de planos de saúde), e se tornou a base para a elaboração do Rol de Procedimentos da ANS, listagem dos procedimentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. É importante frisar a diferença entre as duas listagens: A CBHPM hierarquiza os procedimentos médicos, mas não é uma tabela de preços. Os portes servem como referência, para o cálculo dos honorários, e trazem a proposta de bandas que vão de menos 20% até mais 20% sobre tais cálculos, como forma de contemplar custos quanto ao tipo de instalações de consultórios e clínicas e mesmo localização.

O Rol da ANS também não determina valores: apenas relaciona o que deverá ser pago pela operadora e aquilo que não terá cobertura.

Tanto a CBHPM quanto o Rol da ANS são atualizados a cada dois anos. Novos procedimentos são incorporados e outros excluídos, atendendo à dinâmica da prática médica.

O Projeto Espuma: A UERJ apresenta o SUS que dá certo

Dr. Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Membro da Comissão de Gestão Pública da SBACV-RJ e Coordenador do Projeto Espuma na UERJ.

Essa história se inicia no ano de 2014. Naquele ano, o Serviço de Cirurgia Vascular da UERJ criou o Ambulatório de Espuma onde o tratamento de pacientes com varizes com a técnica da espuma ecoguiada começou a ser realizado com recursos dos próprios médicos da equipe. Foi quando o prof. Carlos Eduardo Virgini, chefe do Serviço, vislumbrando a possibilidade de atender a uma grande parcela da população através do SUS, escreveu o projeto e começou a buscar apoio financeiro e institucional para implementar sua ideia. Durante os três anos seguintes, Virgini procurou a Secretaria de Saúde do Estado, a Secretaria de Saúde do Município, a Comissão de Saúde da ALERJ, conversou com deputados e secretários de saúde em busca de apoio. Mas foi somente no início de 2017, com a incorporação da técnica pelo SUS, que o projeto saiu do papel e ganhou o ambulatório da Policlínica Piquet Carneiro da UERJ. Nascia então o **PROJETO ESPUMA**.

O **Projeto Espuma** é fruto da parceria entre o Serviço de Cirurgia Vascular da UERJ, a Direção da Policlínica Piquet Carneiro (PPC-UERJ) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O pontapé inicial foi em 16 de maio de 2017, e em menos de um ano já havia atendido 1082 pacientes. Neste curto espaço de tempo o projeto já tem números grandiosos dentro da saúde pública do Rio de Janeiro: até dezembro de 2017, foram realizadas 4492 consultas, 1959 procedimentos com espuma, 1435 exames de ecografia vascular e 2028 curativos. São cerca de 150 consultas de primeira vez oferecidas mensalmente à rede pública de saúde.

Graças ao Projeto Espuma, hoje a PPC-UERJ é o principal centro de referência para o tratamento da doença venosa crônica no Rio de Janeiro, respondendo por mais de 90% de todas as vagas oferecidas pelo SISREG – o sistema de regulação de vagas utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. É importante esclarecer que o tratamento é inteiramente custeado pelo SUS e que 100% das consultas são oferecidas através do SISREG, o que garante transparência e organização do acesso às vagas oferecidas à rede pública de saúde. O chefe da Cirurgia Vascular da UERJ faz questão de dizer ainda que o

projeto é autossustentável do ponto de vista financeiro. É um dos exemplos do SUS que dá certo.

O projeto idealizado por Virgini não tem apenas o objetivo de oferecer assistência gratuita em doença venosa, mas pretende desenvolver a pesquisa e o ensino nesta área tão importante da Cirurgia Vascular. Além dos números significativos de atendimento ambulatorial, a iniciativa está gerando outros frutos: a criação de um banco de dados com as informações dos pacientes tratados deve aumentar a produção acadêmica do Serviço nesta temática nos próximos anos e possibilitar o incremento de publicações científicas, como dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Além da produção científica, Virgini espera consolidar o Serviço de Cirurgia Vascular da UERJ como um centro de referência para divulgação e capacitação da técnica da espuma e do tratamento da doença venosa, oferecendo cursos e estágios, organizando eventos, ajudando a divulgar ainda mais a técnica entre os cirurgiões vasculares. O primeiro curso de Escleroterapia com Espuma já foi organizado com o objetivo oferecer aos participantes uma imersão com treinamento prático e conteúdo atual do tratamento com espuma ecoguiada. Outras iniciativas como esta já estão sendo preparadas.



Equipe do Projeto Espuma.

A UERJ, que sofreu muito com a grave crise financeira do Estado do Rio de Janeiro, dá mostras que soube dar a volta por cima e é capaz de oferecer soluções para problemas importantes do nosso Estado. Este é o papel da nossa Universidade: promover o conhecimento e servir a população do Rio de Janeiro. Nossa equipe está muito orgulhosa por fazer a sua parte – diz Virgini.



A formação do especialista e a educação continuada

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto – Coordenador da Banca da Prova Examinadora da SBACV -
Cirurgia Endovascular e Angiorradiologia

A educação continuada tem se tornado cada vez mais acessível com a informática. Hoje, e a cada dia mais, a quantidade de informações e atualizações permite que o especialista, mesmo em centros distantes das grandes cidades, tenha acesso e esteja atualizado. A Sociedade de especialidades tem um cunho científico. Ser membro da SBACV, no caso do Rio de Janeiro, pela SBACV-RJ, é a melhor forma de garantir atualização e educação continuada na especialidade.

A ida a simpósios e congressos não perdeu a sua importância, permite a discussão e o encontro com seus pares, que é fundamental para agregar valor ao exercício da especialidade.

Para a formação do angiologista é necessário conhecimento de clínica médica, é uma das exigências, assim como dois anos de residência médica. Já para que o médico seja um cirurgião vascular é pré-requisito que tenha conheci-

mentos de cirurgia geral, um ano, mais dois a três anos de formação na especialidade.

Para enriquecer os conhecimentos na área, há a possibilidade de visita aos serviços e acompanhamento das equipes por um período pré-estabelecido. O visitante solicita o serviço do seu interesse e, com o aceite da coordenação do serviço, passa a frequentar. Ele recebe um documento que confirma a sua presença e participação. A SBACV-RJ quando consultada, o que é o ideal, avaliza a certificação.

É importante destacar a importância do título de especialista, pois, além de titular, certifica o especialista. A SBACV é a Sociedade que contempla, sob chancela da AMB. Para o exercício profissional, seja na Saúde Pública ou Suplementar, é uma exigência como requisito a concursos e para o credenciamento aos planos e seguros de saúde.



O colapso na saúde do Rio

Dr. Nelson Nahon - Presidente do CREMERJ.

A funções institucionais de um conselho regional de medicina são registrar novos médicos, julgar denúncias de infração ao Código de Ética Médica e fiscalizar as condições de atendimento em hospitais da rede pública. Em geral, as vistorias acontecem a pedido do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Setor de Processos Éticos do conselho ou até mesmo por decisão da diretoria da entidade. Contudo, atualmente, a maioria das fiscalizações realizadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) ocorrem em função de queixas dos próprios profissionais de saúde, que estão fartos da situação precária em que se encontram as unidades.

Vivemos, hoje, a maior crise da história do estado do Rio na saúde. Toda a rede — municipal, estadual e federal —, seja na capital ou no interior, vem sendo afetada. As dificuldades se devem, principalmente, ao subfinanciamento do setor nos últimos anos, legitimado pela PEC do teto de gastos, lei que aprova um limite de despesas pelos próximos 20 anos; a má gestão governamental, que desconhece a necessidade de um planejamento unificado e em longo prazo, e, claro, a corrupção, completam a lista de motivos pelos quais chegamos à atual conjuntura.

No âmbito de sua atuação, o Cremerj tem feito muitas fiscalizações — só em 2017, foram 385 —,

participado de assembleias nos hospitais junto aos profissionais de saúde e recebido médicos de vários municípios na sede do conselho. Em quase 100% dessas reuniões, não se ouvem reivindicações de aumento salarial, pedido que seria legítimo. O que a categoria solicita repetidamente é o pagamento dos salários atrasados e melhorias urgentes nas condições de trabalho nas unidades, que se encontram em estado de total abandono. O déficit de recursos humanos, já reconhecido pelo Ministério Público, e a falta de medicamentos e insumos básicos corroboram para a desassistência constante da população fluminense.

Na luta pelo fim do caos na saúde pública no Rio, o Cremerj abriu diversas sindicâncias internas (que, após virarem Processos Éticos Profissionais, passam a tramitar em sigilo) para apurar a conduta de gestores e entrou na Justiça, junto ao Ministério Público e à Defensoria Pública estadual e federal, contra alguns deles. Temos ações, por exemplo, contra o governador Luiz Fernando Pezão, por improbidade administrativa, e contra o prefeito Marcelo Crivella, pela retirada de 10% do orçamento da saúde, o equivalente a 540 milhões de reais. Ambas ainda não foram julgadas.

No fim de 2017, nossa ação para obrigar o ministro da Saúde, Ricardo Barros, a renovar os

contratos temporários de médicos nos seis hospitais federais do Rio foi vitoriosa, mas até agora a decisão não foi cumprida. O mesmo acontece com a ação que movemos contra o município solicitando a reabertura do CTI Pediátrico do Hospital Municipal Souza Aguiar. O setor, que já contou com 17 profissionais, é primordial para o funcionamento da unidade, mas permanece de portas fechadas mesmo após a sentença a nosso favor.

Além disso, é importante salientar o trabalho de pesquisa do Cremerj, a partir do qual obtemos dados consistentes que embasam nossos pleitos. Recentemente, o conselho realizou um amplo levantamento sobre a situação do atendimento oncológico no estado e um estudo que identificou o aumento do número de casos de sífilis congênita na Baixada Fluminense. Concluiu-se

que o avanço da doença é reflexo da péssima cobertura da atenção básica na região.

Apesar das adversidades, reafirmo que considero vital a unidade da categoria e de suas entidades representativas nesse momento de ápice da crise, no qual médicos enfrentam forte pressão e exonerações constantes. Cremerj, Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj), Sindicato dos Médicos, Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro (Amererj) e sociedades de especialidade precisam estar juntos na batalha por melhores condições de trabalho, recebimento de salários em dia e realização de concursos públicos com plano de carreira, cargos e vencimentos. Ao lutarmos para exercer a medicina de maneira ética, estamos lutando também para que nossa população seja bem atendida.

Está nas mídias sociais?

Nós também!

POR QUE NOS ACOMPANHAR?



Convidem seus amigos para curtir nossa página e nos seguir nas mídias sociais divulgando nossas especialidades e nossa Sociedade.

Siga-nos no  e  e inscreva-se em nosso canal no 

facebook.com/sbacvriodejaneiro instagram.com/sbacv_rj youtube.com/user/sbacvrjo

SBACV RJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional do Rio de Janeiro

Posse da nova diretoria



Dr. Breno Caiafa durante o discurso de posse.

O Clube dos Caiçaras, em Ipanema, foi escolhido para receber a cerimônia de posse da nova diretoria (2018/2019) da SBACV-RJ, em 18 de janeiro.

O Dr. Breno Caiafa fez seu discurso de posse agradecendo aos colegas que o antecederam no cargo, que lhe deram oportunidades de participação e vivência em suas gestões. Também apresentou os membros de sua diretoria. O Dr. Breno fez um panorama de seu mandato, em que irá focar na força e importância do trabalho realizado pela SBACV-RJ junto aos vasculares, outras especialidades, entidades médicas, operadoras de planos de saúde e governantes.

O Dr. Breno enfatizou a importância do trabalho alinhado com a SBACV Nacional e, considerando as várias decisões de demandas nesse âmbito,



Nova diretoria 2018-2019.

também, aproveitou para convocar os especialistas: "A posse é nossa e a sociedade é de todos os sócios. Dos que estão aqui, dos que não puderam vir, dos que participam ativamente, dos que só observam e esperam de nós algum resultado e dos que ainda farão parte. É por meio da sociedade que nos mantemos atualizados cientificamente, nos protegemos e conquistamos melhores condições de trabalho, seja no setor público ou no privado."

Estiveram presentes na posse os ex-presidentes: Drs. Merisa Braga de Miguez Garrido, Reinaldo José Gallo, Marcio Leal de Meirelles, Sergio Silveira Leal de Meirelles, Rossi Murilo da Silva, Ivánésio Merlo, Carlos Eduardo Virgini, Julio Cesar Peclat de Oliveira e Carlos Clementino Peixoto. Nelson Nahon, presidente do CREMERJ, também participou do evento.

Reunião da nova diretoria da SBACV-RJ

No dia 05/02 houve a 1ª Reunião de Diretoria da Gestão 2018/2019 da SBACV-RJ. Nela, foi apresentada a Programação Científica do XXXII Encontro Carioca e discutidos assuntos como a necessidade de revisão do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular da SBACV-RJ. O Dr. Almar Bastos, Tesoureiro-Geral, falou sobre os resultados do trabalho da Tesouraria na redução

da inadimplência. O Dr. Felipe Silva da Costa, diretor de Publicações Científicas, fez menção dos custos da revista e dos resultados da busca por patrocinadores para a publicação.

Em pauta, também, a importância da educação continuada, como excelente resultado do Curso de Espuma realizado em Macaé, capitaneado

pelo Dr. Eduardo Trindade. Foi apresentado ainda, pelo Dr. Carlos Eduardo Virgini, o Curso da UERJ. Definiu-se que o Curso Preparatório para a Prova de Título de Especialista será mantido sob o apoio da SBACV-RJ.

Foram apresentados na reunião os novos sócios aspirantes: Drs. Gabriela Negrely Fernandes, Juliana Almeida de Souza, Lys Nunes dos Santos, Pedro da Silva Bastos e o Dr. Carlos Felipe Silva Delgado, como Sócio Efetivo da SBACV.

Primeira reunião científica da gestão é marcada por inovações

Em 22 de fevereiro, foi realizada, no auditório do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a 585ª reunião científica da SBACV-RJ. O Dr. Breno Caiafa, que assumiu a presidência em janeiro, fez um breve balanço da atuação da diretoria, ressaltando a proatividade e o empenho da equipe. Falou sobre a transmissão ao vivo da sessão para os associados, que receberam chave de acesso para assistir e interagir, fazendo perguntas aos apresentadores dos temas.

O diretor científico, Dr. Francisco João Sahagoff, deu início à programação científica, chamando o Dr. Marco Carneiro Teixeira, que fez uma breve apresentação do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão. Na sequência, anunciou o primeiro tema: “Embolização peroperatória de ramos lombares e artéria mesentérica inferior para prevenção do endoleak tipo 2 no tratamento endovascular do aneurisma de aorta infrarrenal – apresentação de caso e revisão da literatura”, elaborado no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG) e apresentado pelo Dr. Pedro Oliveira Portilho. Os Drs. Guilherme Nogueira D’Utra, Leonardo Stambowsky e Marcus Humberto Tavares Gress discutiram o caso.

O segundo tema, “Licenciamento Sanitário: como adequar seu consultório às normas da Vigilância Sanitária”, apresentado pelo superintendente de educação em vigilância sanitária do município do Rio de Janeiro, o médico veterinário

Flávio Graça. Ele falou sobre o novo modelo de licenciamento sanitário, realizado on-line e por meio de autodeclaração, e sobre a agilidade que o novo sistema representa. Explicou o preenchimento do formulário de licenciamento e a importância do preenchimento responsável, por um profissional de saúde, como forma de minimizar erros cometidos por leigos, que podem levar à não concessão do pedido.

Sobre os critérios de fiscalização, o palestrante explicou que a partir do licenciamento on-line o estabelecimento onde não são realizados procedimentos invasivos está apto a funcionar, e a fiscalização tem um prazo de dois anos para visitar o serviço. Nos serviços onde são realizados procedimentos invasivos, é preciso solicitar a visita prévia. Dr. Flávio também esclareceu que a escleroterapia é considerada um procedimento de baixo risco e que, portanto, não é necessário requisitar previamente a visita.

O terceiro e último tema da sessão, “Trauma da aorta torácica – tratamento endovascular”, foi apresentado pelo Dr. Raphael Steffan, do Serviço de Cirurgia Vascular do Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro. O caso foi discutido pelos Drs. Adilson Toro Feitosa, Antônio Joaquim Serra de Freitas, Francisco João Sahagoff e Rita de Cássia Proviatt Cury.

Encerrando a sessão e a transmissão ao vivo, foi realizado o sorteio de uma inscrição para o Curso Prime de Escleroterapia por espuma.

Reunião do Rol de Procedimentos Vasculares

No sábado, 24/2, aconteceu a primeira reunião para a revisão e atualização do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular da SBACV-RJ. Primeiro passo da gestão em direção à melhoria de honorários médicos para a especialidade.

Estiveram presentes na reunião, os Drs. Adalberto Pereira, Adilson Feitosa, João Sahagoff, Breno Caiafa, Julio Peclat, Felipe Silva, Sergio Meirelles, Carlos Enaldo e Carlos Peixoto.



Foto: Arquivos da SBACV-RJ.

Atualização, formação e responsabilidade social

Foi realizado, entre os dias 26 e 27/01, em Macaé, o I curso de Escleroterapia com Espuma Ecoguiada para o tratamento de varizes dos membros inferiores do estado do Rio de Janeiro, sob a coordenação do cirurgião vascular Dr. Eduardo Trindade Barbosa, com a participação de médicos de diversos serviços do país; em parceria com a Liga Beneficente São João Batista de Macaé.

Foram discutidas técnicas e casos ao vivo, transmitidos em tempo real, onde 83 pacientes foram contemplados pela técnica! Uma imersão em Espuma no tratamento de varizes dos membros inferiores. O curso recebeu a chancela da SBACV Nacional. O presidente da regional do Rio de Janeiro, Dr. Breno Caiafa, prestigiou o evento e reafirmou o compromisso da regional em formar novos colegas, fazendo o que há de mais moderno na angiologia brasileira.



Especialistas que participaram do curso.

Todos os pacientes tratados estão sendo encaminhados à direção do asilo para que proceda em benefícios, na Liga Beneficente Asilo de Macaé-RJ. A entidade é filantrópica, e o projeto chegou para auxiliar os que vivem de caridade; uma responsabilidade social.

Por meio deste projeto, diversas cidades do município encaminham os pacientes para tratamento, o que praticamente colocou em dia a demanda de pacientes com insuficiência venosa.

Curso de escleroterapia com espuma com a chancela da SBACV-RJ

O curso de escleroterapia com espuma foi realizado no Ambulatório de Cirurgia Vascular da UERJ, na Policlínica Piquet Carneiro, entre os dias 09 e 10 de março. Os Drs. Eduardo Toledo de Aguiar, pioneiro da técnica de espuma ecoguiada no Brasil, e Felipe Coelho, especialista em ecografia vascular e no tratamento de varizes com espuma, marcaram presença.

A maior parte da carga horária foi elaborada para dedicação à prática dos alunos com treinamento com modelos e em pacientes reais (cerca de 200), selecionados para proporcionar ao aluno

diferentes fases do tratamento de escleroterapia com espuma.

“Do ponto de vista do Serviço de Cirurgia Vascular e da UERJ, esperamos consolidar a Policlínica Piquet Carneiro como um centro de referência para o tratamento de varizes de membros inferiores, além de promover o ensino e a pesquisa nesta área. No final das contas, este é o papel estratégico da UERJ, o de promover conhecimento e servir à sociedade do estado do Rio de Janeiro”, esclareceu o Dr. Carlos Eduardo Virgini, Coordenador do Projeto Espuma.

Diretor Científico da Regional do Rio em congresso internacional sobre trauma

O cirurgião vascular, Francisco João Sahagoff Gomes, participou do Simpósio inaugural Pan-Americano sobre Manejo Endovascular e Híbrido no Trauma (Pan – EVTm), no mês de fevereiro deste ano. O evento, que aconteceu em Houston, foi o primeiro com essa abordagem, nas Américas, reunindo médicos com experiência no cuidado de pacientes gravemente feridos, doentes ou com sangramento abundante. O Dr. Sahagoff, Diretor Científico da SBACV-RJ, apresentou suas experiências com trauma vascular, em uma das mesas na abertura do evento.

Os professores Todd Rasmussen, Tal Hörer e Joe DuBose foram os organizadores do Congresso.



Dr. Sandro Rizoli, cirurgião do Canadá, Dr. João Sahagoff, Diretor Científico da SBACV-RJ e Dr. Pedro Teixeira, cirurgião vascular de Austin, Texas, EUA.

CICE 2018

Data: 18 a 21 de abril de 2018

Local: Sheraton São Paulo WTC Hotel,
São Paulo - SP.

www.cice.com.br

**23º ENCONTRO PERNAMBUCANO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR**

Recife - PE | 24 a 26 de Maio de 2018.

23º Encontro Pernambucano de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 24 a 26 de maio de 2018

Local: Mar Hotel Conventions, Recife - PE.

www.sbacv-pe.com.br/evento

**XVI Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular**

Data: 17 a 19 de maio de 2018

Local: Centro de Convenções Frei Caneca,
4º andar, São Paulo - SP.

www.encontrosaopaulo.com.br

**XV Encontro Mineiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular**

Data: 31 de maio a 02 de junho de 2018

Local: Centro de Convenções da Universidade
Federal de Ouro Preto, Ouro Preto - MG.

www.sbacvmg.com.br

Simpósio Aorta 2018

Data: 24 a 26 de maio de 2018

Local: Sheraton Porto Alegre Hotel, Porto
Alegre - RS.

www.aortasimposio.com.br

SOLUÇÕES PARA EMBOLIZAÇÃO PERIFÉRICA

ONYX™ LES

SISTEMA LÍQUIDO EMBÓLICO

A VANTAGEM DO TEMPO.
O PODER DO CONTROLE.



CONCERTO™

SISTEMA DE MOLA DESTACÁVEL

SOFT E FIBRADA
LIBERAÇÃO CONTROLADA
RECUPERAÇÃO ILIMITADA
A MESMA MOLA ENTREGUE COM
CATETER OU MICROCATETER

Molas destacáveis concerto em PGLA - Registro ANVISA 10349000559
Molas destacáveis concerto em Nylon - Registro ANVISA 10349000560
Sistema de destacamento de molas sistema de mola - Registro ANVISA 10349000469
ONYX™ agente embolizante - Registro ANVISA 10349000454
© Medtronic 2017. Todos os direitos reservados.



Medtronic

Distribuidor Exclusivo da Medtronic Brasil

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular,
Endovascular e Neurovascular



A reengenharia da arte do EVAR



Perfil Ultrabaixo



Projeto trimodular
customizável



Eficácia e durabilidade sem
comprometimento



Poucos códigos que se adaptam
à maioria das anatomias

Cordis