



Compressão de veia cava superior por neoplasia de mediastino causando síndrome de veia cava superior
(Foto cedida pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto).

SBACV[®]RJ

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



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular nº 1 – Janeiro a Março de 2021

ESPAÇO DA ECOGRAFIA

O papel do eco Doppler na avaliação diagnóstica e condução do tratamento em quadros de malformação vascular

ARTIGO CIENTÍFICO I

Profilaxia do tromboembolismo venoso em procedimentos venosos

ARTIGO CIENTÍFICO II

Correção de pseudoaneurisma e embolectomia de cera óssea após artrodese de coluna torácica

ESPECIAL

XXXV Encontro Carioca obtém sucesso e supera expectativas

GESTÃO DE CARREIRA

A LGPD nos consultórios médicos

DEFESA PROFISSIONAL

Projeto de lei autoriza e define a prática de telemedicina no país

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

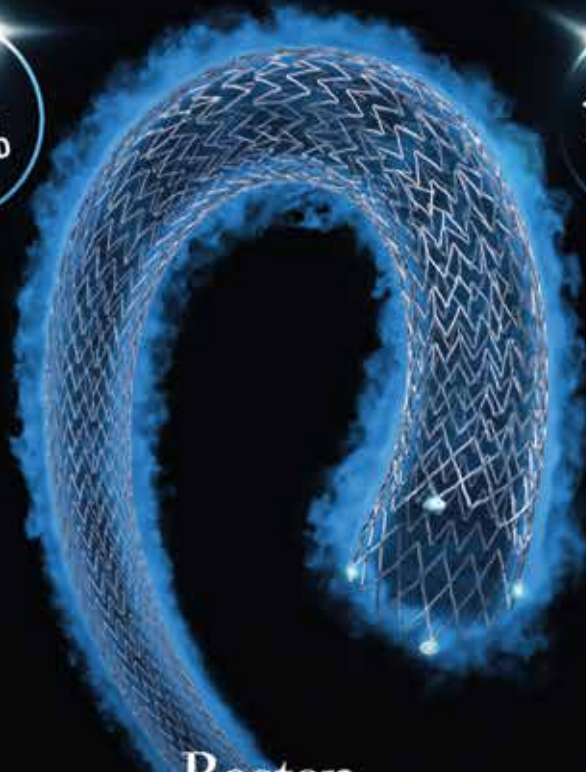
Patência Primária Com Diferença
Estatisticamente Significante

ELUVIA™
88,5% vs **79,5%**
ZILVER PTX

12-Month Kaplan-Meier Estimate

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



**Boston
Scientific**

Advancing science for life™

Teste clínico HOFFERL: Teste global de sucesso multivariado com duração de 12 meses de Eluvia® Drug-Eluting Stent versus Cook Medical's Zilver® PTX™ Stent. Teste duplo cego comparativo de eficácia conduzido com liberação independente. Superioridade foi demonstrada em análise final de 12 meses de patência primária a uma taxa de 88,5% no Eluvia contra 79,5% no Zilver PTX (p=0,0118).

PI-48405-AA

CAUTION: Limit restriction the sale of these devices directly to or on the order of a physician. Indications, contraindications, precautions, and usage can be found on the product labelling of each device. Products shown for INTERNATIONAL purposes only. Product may not be approved for sale in certain countries. Please check availability with your local sales representative or customer service. Boston Scientific Corporation® and affiliates. All rights reserved.

(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



PALAVRA DO PRESIDENTE	
Defesa profissional e honorários médicos dignos	5
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE	
Honorários médicos: precisamos falar sobre isso	6
PALAVRA DO SECRETÁRIO-GERAL	
Eleições pela frente	7
PALAVRA DO TESOUREIRO	
Fortalecer laços e compartilhar aprendizado com especialistas	8
EDITORIAL	
Discussão científica marca 35º Encontro Carioca	9
ESPAÇO ECOGRAFIA	
O papel do eco Doppler na avaliação diagnóstica e condução do tratamento em quadros de malformação vascular	10
ARTIGO CIENTÍFICO I	
Profilaxia do tromboembolismo venoso em procedimentos venosos	14
ARTIGO CIENTÍFICO II	
Correção de pseudoaneurisma e embolectomia de cera óssea após artrodese de coluna torácica	21
ESPECIAL	
XXXV Encontro Carioca obtém sucesso e supera expectativas	28
DEFESA PROFISSIONAL	
Projeto de lei autoriza e define a prática de telemedicina no país	40
GESTÃO DE CARREIRA	
A LGPD nos consultórios médicos	42
MEMÓRIA SBACV-RJ	
Curiosidades médicas e históricas	44
FORA DO CONSULTÓRIO	
Hipismo: uma paixão familiar que atravessa gerações	46
INFORMANGIO	
SBACV-RJ e Cremerj assinam termo de cooperação técnica	48
Projeto de deputado reduz alíquota de tributação para profissionais da área médica	49
SBACV-RJ sugere uso de termo de confidencialidade	50
SBACV-RJ entrega livro "Honorários Médicos" ao Cremerj	52
SBACV se reúne com deputados para abordar CBHPM	53
Rio de Braços Abertos recebe as Regionais nas reuniões científicas	53

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 1 - Janeiro a Março de 2021

Órgão de divulgação da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro

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

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Secretário-Geral

Breno Caiáia

Vice-Secretário

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Secretário

João Augusto Bille

Tesoureiro Geral

Almar Assumpção Bastos

Vice-Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Tesoureiro

Bernardo Marriêre

Diretor de Planejamento Estratégico

Adilson Tor Feitosá

Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

2º Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Antonio Carlos Sant'Anna

Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Vice-Diretor Científico

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Diretor Científico

Felipe Francescutti Murad

Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

Vice-Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

2º Vice-Diretora de Eventos

Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos

Diretor de Publicações Científicas

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Gustavo Petrossi Solano

Diretor de Defesa Profissional

Guilherme Peralta Peçanha

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Leonardo de Oliveira Harduin

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Sergio Silveira Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Pedro Oliveira Portilho

Diretor de Informática

Leonardo Stambowsky

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente da Gestão Anterior

Breno Caiáia

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Arno Buettner von Ristow

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiáia

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Marcio Leal de Meirelles

Paulo Marcio Goulart Canongia

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista

de Angiologia e Cirurgia Vascular

devem ser enviados para o

e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 - Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Paulo Marcio Goulart Canongia

Comissão da Mulher Especialista

Gisele Cardoso Silva

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Maria Meliandre Abreu Jorge

Patrícia Caneschi Moreira

Relacionamento SMS

Rubens Giamboni Filho

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Hugo Marques Tristão

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlos Alberto Vasconcelos

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Responsabilidade Civil Médica

Alberto Coimbra Duque

Ivan Árbex

Niura Gomes Rego Coelho

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Marcio Leal de Meirelles

Câmara Técnica

Joé Gonçalves Sestello

Saul Betshe

Warley Dias Siqueira Mendes

Deontologia Médica

Moacir Aurelio da Cunha Amorim

Roberto Filippio

Walter da Silva Nascimento

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Átila Brunet di Maio

Fernando Linardi Piccoli

João Batista Moniz de Aragão

Mohamed Daychoum

Comissão de Residência Médica Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Carmen Lucia Lascasas Porto

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Associações Médicas

Rogério Antonio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Gaudêncio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO

Pós-Graduação

Ciro Denewitz de Castro Herdy

Metodologia Científica

Ary D'Oliveira Ferreira

Luiz Cesar Lopes da Silva

Educação Continuada

Antonio Rocha Vieira de Melo

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Enildo Feres

Gustavo Antonio Bertino

João Batista Thomaz

Marco Antonio Alves Azizi

Ricardo Francisco de Castro

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doença Cérebro-Vascular**

Carlos Artur Fernandes Barata dos Santos Filho

Fabio de Almeida Leal

Tiago Coutas de Souza

Isquemia Intestinal

Claudia Hiday

Igor Bogado

Roberto Rodrigues Izidoro

Doença Reno-Vascular

Danielle Cartaxo

Hermógenes Peteian

Vitoria Edwiges Teixeira de Brito

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Carlo Sassi/ Mauricio

Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Roberto Young Junior

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Alberto Vescovi

Carina Brandão

Julio Cesar Peclat

Ricardo Borghi Torrentes

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Camila Mancini de Almeida

Carla de França Gonçalves

Edson Ribeiro Riguetti Pinto

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Laerte de Melo

Aneurisma Abdominal

Arno Van Ristow

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Espinal

Carlos Guilherme Batista Neves da Silveira

Edilson Ferreira Feres

Vitor Hugo Cavaliere Ovelheiro

Aneurisma Periférico

Fernando Tebet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

José Augusto

Nelson Vieira

Arterites

Celio Feres Monte Alto Junior

Maria Miguel Pereira de Almeida Correia Dotta

Therézinha de Jesus Fernandes

Tromboembolismo Venoso

Diogo Ribeiro Alves

Luiz Fernando Queiroz de Lima

Marcio Tiraboschi dos Guaranyrs

Tromboembolismo Pulmonar

Gongalo Adolfo Madiedo Lizcaraz

José Edmilson de Farias

Rodrigo Neves Lopes

Insuficiência Venosa

Manuel Julio Cota Janeiro

Marcos Matte Preussler

Mauricio Pinheiro Vitor

Escleroterapia Química

Amarildo Gazal Suhett

Ana Cristina Engelke Abrantes

Labelaia Dias de Mello

Crio-escleroterapia

Esmeralda Allinson

Jose Luiz de Alcantara Roman

Escleroterapia com Espuma Densa

Alexandre Funes Bastos

Lys Nunes

Marcelo Nascimento

Raimundo Luiz Senra Barros

Yamil Haimuri Said

Laser Transdérnico

Daniel Autran Burler Drummond

Ivanésio Merlo

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Williams Monteiro

Termoablação por Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Livia Baggio Rossi

Termoablação por Endolaser

Eduardo Trindade Barbosa

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Daniel Marques Figueiredo Leal

Paula Marques Vivas

Angiodisplasias

Alda Bozza

Munir Attia Marcelo

Microcirculação

Ana Leticia Milhomens

Juliana de Miranda Vieira

Mario Bruno Lobo Neves

Vasculites

Camila Provençano

Marcia Pires de Oliveira

Ney Abrantes Lucas

Acessos Vasculares

Carlos Felipe Silva Delgado

Guilherme Farnes de Amoed

Marcio Gomes Filippio

Traumatismos Vasculares

Ana Asniv Hototian

Guilherme d'Utra

João Andre Mattos Dias Serra e Gurgel

Ligia Iorio

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Iatrogênicas

Alexandre Macerli Midão

Erik de Alvarenga Salem Sugui

Luiz Henrique Coelho

Transplante Renal

Leandro Tavares Barbosa de Matos

Rivaldo Jose Melo Tavares

Pé Diabético

Giovanni Menichelli Di Luccio

Geraldo Estanislau de Moraes Junior

Helder Vilela de Oliveira e Silva

Karla Gomes de Abreu

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Mayall

José Carlos Mayall

Feridas

Ana Paula de Abreu Parente

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

Jose Amorim de Andrade

Maria de Lourdes Seibel



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

Defesa profissional e honorários médicos dignos

Superado o momento mais crítico da história da SBACV com administração forte e finanças com bons resultados, além de uma pujança firme no pilar científico que, curiosamente, foi de vento em popa nestes meses de pandemia, voltamos nossa atenção para o outro pilar de igual importância que alicerça nossa amada sociedade médica: a defesa profissional e os honorários médicos dignos.

Seguimos divulgando a especialidade por meio de ações da assessoria de comunicação, o que não deixa de ser defesa profissional, bem como participando das reuniões da Comissão de Saúde Suplementar do Cremerj (Comssu), uma vez que, nestes últimos tempos, as operadoras dificultaram nossas ações pela distância criada pelo isolamento social. Contudo, várias avaliações e estatísticas mostraram que as mesmas tiveram superávit e, portanto, não é cabível que os honorários médicos sejam mais achatados.

Reafirmamos os laços de aproximação e parceria com o Cremerj, fortalecendo nossas ações em defesa da especialidade e fazendo com que a invasão de profissionais não médicos seja combatida com maior eficácia e eficiência. Nesta linha, concluímos um termo de cooperação técnica com o Conselho, o que proporcionará maior celeridade no processo de combate à invasão de especialidade.

Lamentavelmente, existe um incentivo à invasão das atividades privativas de médicos por parte de outros conselhos profissionais, que editam normas infralegais sem nenhum respaldo na letra da Lei, em evidente tentativa de legitimação dessas absurdas condutas que representam risco à saúde do paciente.

As medidas de combate ao exercício ilegal da Medicina serão inicialmente direcionadas à Vigilância Sanitária Municipal, à Delegacia do Consumidor (DECON) e ao Ministério Público. Se necessário for, serão distribuídas ações judiciais pertinentes, tal qual já fazemos naturalmente há alguns anos.

Com a proximidade do pleito eleitoral tanto na esfera nacional quanto na esfera estadual (SBACV e SBACV-RJ),

entendemos que a preocupação do associado deva ser atendida pelos eventuais candidatos, pois não cabe mais a Sociedade ficar distante do sócio, em especial no que tange ao clamor por honorários médicos justos e pela defesa constante da nossa especialidade. Candidatos e eleitores fiquem atentos!

Estamos lançando também um modelo de Termo de Confidencialidade (gravação da consulta médica pelo paciente), sugestão do nosso Vice-Presidente Dr. Julio Peclat, que aceitei prontamente e ajudei na elaboração em conjunto com a assessoria jurídica da SBACV-RJ. Espero sinceramente que possa ser aproveitado não somente pelos associados de nossa Regional, mas também por todas aquelas que comunguem do mesmo interesse. Defendemos sempre que a colaboração entre as regionais é fundamental para o avanço da Sociedade e da especialidade como um todo. Ficamos felizes pela SBACV Nacional ter adotado o Termo de Confidencialidade elaborado pela Regional RJ.

Tanto o Termo de Cooperação Técnica quanto o Termo de Confidencialidade estarão em breve expostos no site da SBACV-RJ na coluna de Defesa Profissional.

Gostaríamos novamente de convocar todos os associados a realizarem a progressão de categoria, caso preencham os pré-requisitos do Estatuto da Nacional. Nossa Secretaria e Tesouraria estão atuantes para atender os anseios de nossos sócios.

Se Deus permitir, muito em breve, estaremos juntos nos nossos eventos presenciais, mas, por ora, seguimos com dois tipos de reuniões científicas: uma mais voltada para o público do nosso estado e outra de inestimável sucesso com troca de experiências tanto científica quanto de defesa profissional com as regionais de todo o país, o concorrido “Rio de braços abertos convida”, no qual regionais coirmãs convidadas participam com palestras, moderadores e debatedores, perfazendo um minicongresso brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular. Não percam!



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente da SBACV-RJ

Honorários médicos: precisamos falar sobre isso

Dediquei-me, durante 2020, a entender mais sobre a relação entre o trabalho médico e a remuneração que recebemos, analisando um pouco da história recente e entendendo como funcionam alguns sistemas de saúde pelo mundo.

Esses estudos me levaram a buscar mais informações também em relação à atuação de entidades médicas sobre o tema. De conversa em conversa, foi se consolidando a ideia do livro que alimentava já há vários anos e que foi lançado durante o Encontro Regional de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, pela Editora DOC.

A importância do assunto foi reconhecida por vários colegas de diferentes especialidades que aceitaram o convite para escrever artigos para o livro. Nosso Ex-Presidente da SBACV, que agora ocupa a posição de Diretor de Defesa Profissional da AMB, José Fernando Macedo, me honrou escrevendo o prefácio da publicação.

Minha intenção com esse trabalho é exatamente aquilo que proponho no título deste texto: fomentar o debate, já que conhecer é passo primordial para se atuar com segurança. Minhas tratativas com a DOC foram estabelecidas de forma que busquemos disponibilizar a publicação e realizar encontros presenciais e virtuais.

“Minha intenção
com esse trabalho é
exatamente aquilo
que proponho no
título deste texto:
fomentar o debate, já
que conhecer é passo
primordial para se
atuar com segurança.”



Dr. Breno Caiafa

Secretário-Geral da SBACV-RJ

Eleições pela frente

Gostaria de aproveitar esse espaço para uma reflexão conjunta sobre “eleições”. Esse ano, teremos a oportunidade de escolher os nossos representantes para a gestão da SBACV-RJ e SBACV, do biênio 2022/23.

O voto é a nossa ferramenta legítima para decidirmos o rumo de nossa querida Sociedade.

Por isso, precisamos nos preparar para essa escolha tão importante que é votar em quem merece nos representar nos próximos anos.

É fundamental conhecer os candidatos, suas propostas, o que pretendem realizar e também o que já realizaram em gestões anteriores (na Regional e na Nacional). Quais cargos eles ocupam e quais já ocuparam? Quem são os seus apoiadores e qual será a sua equipe de trabalho, para a possível futura gestão? Pesam-se aqui cargos importantes como: o futuro secretário e o futuro tesoureiro (que estatutariamente devem ser da mesma regional estadual, que o pré-candidato à presidência), sua diretoria científica (que é a principal missão de uma sociedade científica), além, é claro, de todas as demais diretorias.

Vale atentar ao que cada um de sua equipe também já realizou e se já tiveram atuação societária positiva, principalmente nas últimas gestões, e o que já fizeram de bom pela nossa especialidade nos últimos tempos.

Precisamos de um candidato que trabalhe em grupo, que esteja disposto a escutar o seu eleitorado, que demonstre seriedade e competência, que tenha a palavra firme, que tenha pautas e projetos assertivos e claros, que saiba aproveitar o que já foi construído em gestões anteriores e que tenha vontade de inovar e melhorar o que já foi

“É fundamental conhecer os candidatos, suas propostas, o que pretendem realizar e também o que já realizaram em gestões anteriores (na Regional e na Nacional).”

realizado. Esse é o perfil de representante que desejamos para liderar nossa SBACV e SBACV-RJ.

Por fim, precisamos ressaltar a meritocracia! Qual dos candidatos está mais bem preparado para exercer esse cargo ou mais bem posicionado, neste momento, para a linha de sucessão? Merecer um cargo tem relação com competência, preparo, garra, foco, dedicação de tempo e muita eficiência.

Sendo assim, não estamos aqui para apontar o vencedor e sim lembrar os conceitos que acreditamos importar na hora das nossas escolhas.

Precisamos nos ajudar, nos unir e, juntos, escolher quem tem a competência para nos liderar, contribuindo no fortalecimento e crescimento da nossa sociedade.

Bom voto!



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

Fortalecer laços e compartilhar aprendizado com especialistas

Para nós, é uma honra tê-lo na Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e é nosso papel fortalecer ainda mais os nossos laços e compartilhar aprendizados entre todos os especialistas.

O ano de 2020 foi atípico e difícil em todos os aspectos. Entretanto, mais uma vez os membros do SBACV se mostraram presentes e atuantes, apesar da pandemia. Não medimos esforços para atingir as muitas expectativas, o que não seria possível sem o seu suporte, que sempre foi e é essencial para cumprirmos nossa missão. A SBACV-RJ disponibiliza vários benefícios aos seus associados, além de proporcionar um programa de educação continuada de qualidade, através de nossas reuniões científicas mensais, simpósios satélites e o nosso já tradicional Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Visite nosso site e permaneça sempre atualizado quanto as nossas ações. Por isso, a quitação da anuidade é muito importante e vital para nós, membros do SBACV-RJ, para honrarmos todos os nossos compromissos financeiros necessários para fazer toda essa “engrenagem” funcionar. Oferecemos várias opções de pagamento: boleto bancário; pagamento com cartão de crédito que pode ser feito em até 4 vezes sem juros; e, recentemente, implantamos o pagamento por PIX. Acesse o endereço abaixo e colabore para que nossa Regional continue forte e atuante!

<http://www.inscricaoeletronica.com.br/sbacvrj/anuidade>

“A SBACV-RJ disponibiliza vários benefícios aos seus associados, além de proporcionar um programa de educação continuada de qualidade, através de nossas reuniões científicas mensais, simpósios satélites e o nosso já tradicional Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular.”



Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Diretora de Publicações da SBACV-RJ

Discussão científica marca 35º Encontro Carioca

Nesta edição, daremos destaque especial ao XXXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Inicialmente, foi programado para ser um evento híbrido, mas, infelizmente, devido ao novo avanço da pandemia, não foi possível. Ainda assim, tivemos um Encontro de altíssimo nível, com a presença de convidados nacionais e internacionais que engrandeceram a programação e discussão científica.

Durante o Encontro, tivemos dois pontos altos, que não poderia deixar de mencionar. Primeira, a belíssima homenagem feita ao nosso Ex-Presidente, Dr. Paulo Marcio Canon-gia, por tudo o que ele representa para nossa Sociedade e por tantos anos dedicados a ela. Homenagem justa e merecidíssima, que obviamente tem lugar de destaque em nossa revista. O segundo ponto alto foi o lançamento do livro sobre honorários médicos de autoria do nosso Vice-Presidente, Dr. Julio Peclat, que segue sempre na luta por remuneração justa para nossa especialidade.

Teremos ainda, no Espaço Ecografia, o artigo escrito pela nossa Diretora de Eventos, Dra. Gina Mancini, juntamente com Dra. Camila Mancini, que fala sobre “O papel do eco Doppler na avaliação diagnóstica e condução do tratamento em quadros de malformação”. Nos artigos científicos, temos a participação da Dra. Carolina Heil, com o tema “Profilaxia do tromboembolismo venoso em procedimentos venosos”; e ainda, um relato interessantíssimo do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza

Aguar, escrito pela Dra. Rita Proviatti, sobre “Correção de pseudoaneurisma e embolectomia de cera óssea após artrodese de coluna torácica”.

Seguindo a linha desta gestão em dar ênfase à verdadeira importância das questões sobre gestão de carreira e defesa profissional, o Dr. Guilherme Portes, nosso assessor jurídico, aborda a LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados no consultório. Em defesa profissional, foram entrevistados o Presidente do Cremerj, Dr. Walter Palis Ventura, e a deputada federal Adriana Ventura, autora do projeto de lei que regulamenta a telemedicina.

Na seção Fora do Consultório, contamos com o hobby do Dr. Marcelo da Volta Ferreira na prática do hipismo.

Aproveitem a leitura!

“O segundo ponto alto foi o lançamento do livro sobre honorários médicos de autoria do nosso Vice-Presidente, Dr. Julio Peclat, que segue sempre na luta por remuneração justa para nossa especialidade.”



O papel do eco Doppler na avaliação diagnóstica e condução do tratamento em quadros de malformação vascular

O nosso objetivo é mostrar a importância da ecografia vascular ser executada por especialistas da área e bem preparados, e como isso pode fazer uma grande diferença tanto no diagnóstico de malformações vasculares, quanto na condução do caso, tratamento e resultados.

Trata-se de uma criança que foi trazida ao nosso serviço com 1 mês de idade, apresentando desde o nascimento,

lesão volumosa em face pósterio lateral da coxa direita e diagnóstico prévio de hemangioma realizado por ultrassonografia na maternidade.

No exame clínico, observamos as seguintes lesões:

Lesão endurecida, consistência esponjosa, calor local, indolor (Imagens 1, 2 e 3).



Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3

O estudo com Doppler e mapeamento colorido realizado em nosso serviço mostrou fluxo de baixa resistência em artéria femoral comum (Imagem 4), um conglomerado vascular e a presença de lagos venosos (Imagem 5), além de vasos arteriais tortuosos com

fluxo de baixa resistência e alta velocidade (Imagem 6) conforme fotos a seguir.

Observou-se ainda ectasia da veia femoral comum e da veia safena interna proximal (Imagens 7, 8 e 9) embora apresentassem fluxo fásico sem alterações significativas de velocidade.

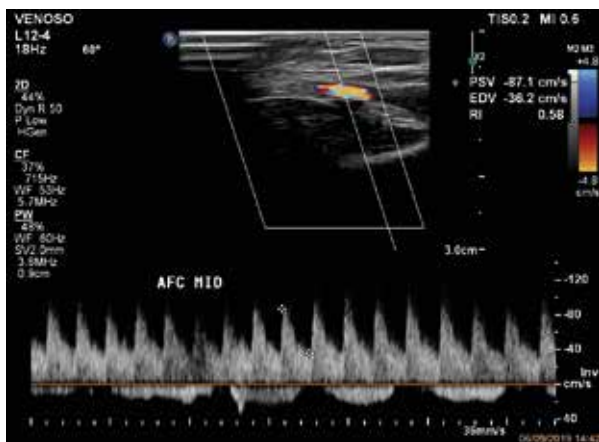


Imagem 4

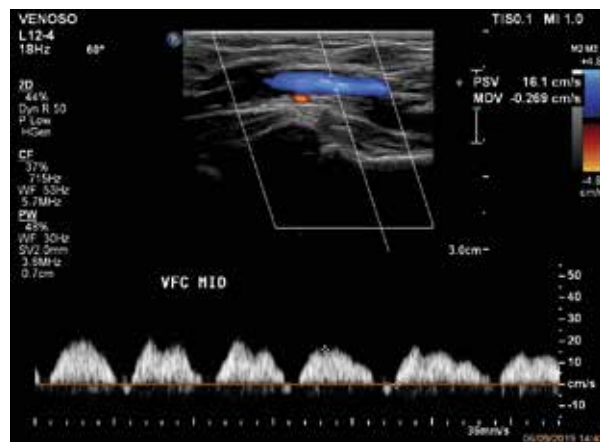


Imagem 7

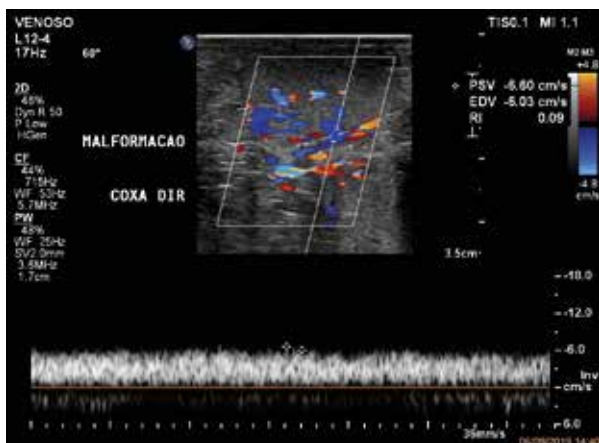


Imagem 5

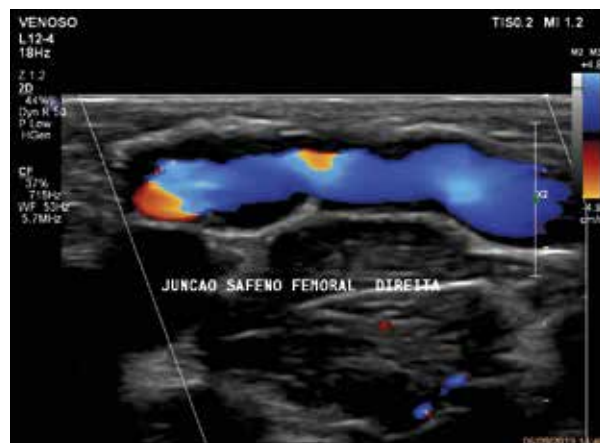


Imagem 8

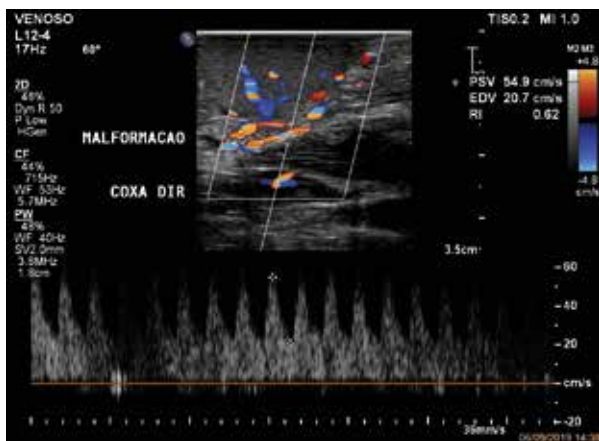


Imagem 6



Imagem 9

Não obtivemos sinais de massa circunscrita - sólida - próprios do hemangioma congênito, mas sim lesões difusas e infiltrantes em subcutâneo com fluxo predominantemente arterial provenientes de ramos oriundos da artéria femoral profunda.

Não foi detectado no momento do exame trombos, flebólitos ou malformações linfáticas (cistos).

Diante desta história clínica e dos dados obtidos no US Doppler, classificamos a lesão como malformação vascular arteriovenosa complexa e não um hemangioma.

A paciente foi encaminhada para tratamento em hospital de referência onde recebeu o diagnóstico final, após biópsia, de hemangioendotelioma kaposiforme. Foi iniciado o tratamento com imunossupressor (sirolimus) e controle

seriado dos níveis de plaqueta e fibrinogênio pesquisando possível Síndrome de Kassabath- Merrit (trombocitopenia severa e coagulopatia de consumo). O tratamento apresentou bons resultados e, em recente avaliação após 18 meses do primeiro exame, esta foi novamente submetida ao eco Doppler que mostrou a permanência de lagos venosos confluentes e ramos arteriais intramusculares com fluxo bifásico agora de baixas velocidades (Imagens 11, 12 e 13). Mantida a ectasia da veia femoral comum e junção safeno femoral, sem alterações significativas de fluxo (Imagens 14 e 15). Observou-se ao exame físico a redução acentuada do volume da lesão e a presença de tecido fibro adiposo cicatricial no local da lesão (Imagem 10).

A seguir mostramos as imagens da paciente e do exame realizado.



Imagem 10



Imagem 11

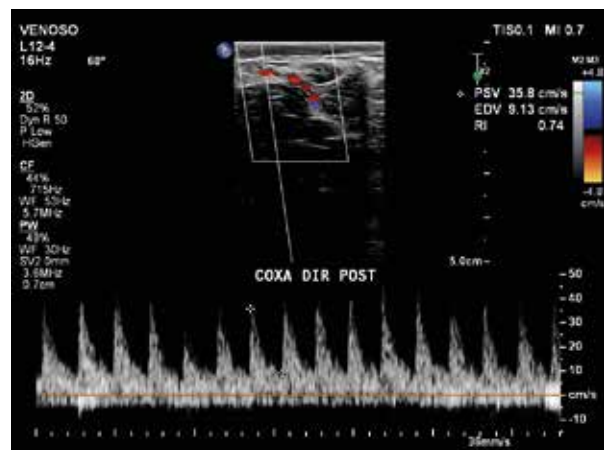


Imagem 13

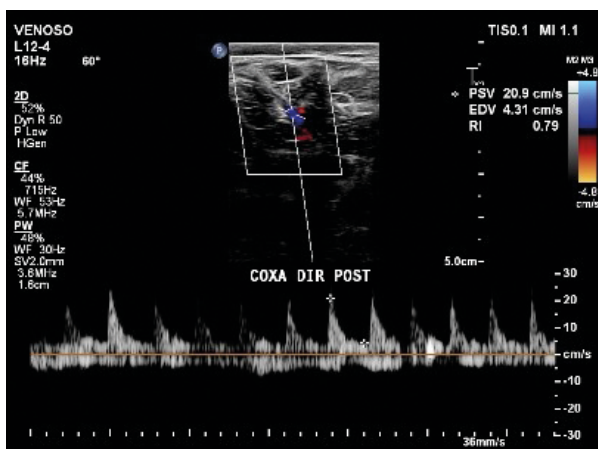


Imagem 12



Imagem 14



Imagem 15

Finalmente, gostaríamos de enfatizar a necessidade de um diagnóstico adequado para que o paciente possa obter o melhor resultado no tratamento estabelecido.



Profilaxia do tromboembolismo venoso em procedimentos venosos

Autores: Carolina Heil, Marcos Arêas Marques, Alcides José Araújo Ribeiro

INTRODUÇÃO

Apesar de todo investimento na profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) nas últimas décadas, ainda não existem diretrizes específicas para pacientes que serão submetidos a tratamento de varizes de membros inferiores (MMII).

A prevalência do TEV nos diversos tratamentos de varizes de MMII ainda é desconhecida¹ e algumas variáveis, como o tempo de seguimento, momento ideal para o diagnóstico com a realização da ultrassonografia com compressão (CUS) e o perfil variável dos pacientes, são fatores que dificultam ainda mais esta análise.

MODELOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO (MAR)

A profilaxia do TEV é essencial na proteção dos pacientes que serão submetidos a algum procedimento e sua eficácia está relacionada, entre outros fatores, ao reconhecimento dos pacientes com maior risco de desenvolvê-lo.² Os MAR são ferramentas úteis na abordagem pré-procedimento para estratificação individual do risco e orientação da profilaxia adequada. Entre eles, destaca-se o escore de Caprini (EC), que é validado para paciente cirúrgico de diversas especialidades, incluindo a Cirurgia Vascular. Vale ressaltar que esse risco está mais ligado às questões individuais do que a uma técnica em si. Além disso, é uma ferramenta dinâmica, que pode reavaliar o paciente sistematicamente, uma vez que alterações no quadro clínico podem

acarretar mudanças na sua pontuação.³ O EC classifica os pacientes em quatro categorias de risco: baixo (0-1 ponto), moderado (2 pontos), alto (3-4 pontos) e risco maior (≥ 5 pontos).⁴ Pacientes com EC acima de 3 pontos têm o risco de TEV reduzido com a farmacoprofilaxia, sem aumento importante do risco de sangramento.⁵ Escores menores que 3 têm uma relação risco/benefício desfavorável e, portanto, sem indicação de farmacoprofilaxia.

O *Caprini Score in Venous Surgery: a Prospective Cohort Study* (CAPSIVS) é um estudo de coorte prospectivo, em andamento (previsão de término em 2022), que avaliará pacientes submetidos a qualquer tipo de tratamento de varizes de MMII (cirurgia convencional, termoablação por laser ou radiofrequência, escleroterapia com espuma ecoguiada, miniflebectomia e escleroterapia líquida) com o objetivo de desenvolver um MAR específico e padronização da profilaxia.

PREVALÊNCIA DO TEV EM PROCEDIMENTOS VENOSOS

Pacientes submetidos a procedimentos venosos têm baixa prevalência de TEV. Não obstante, o risco existe e pode persistir por até um ano. Quando o episódio de TEV ocorre em até um mês após o procedimento, ele provavelmente está mais relacionado a um fator de risco individual do que ao procedimento propriamente dito.¹ Com o advento de técnicas menos invasivas, as opções se expandiram¹, mas as prevalências de TEV nestes procedimentos permanece desconhecida. Alguns registros disponíveis na literatura podem ser observados na Tabela 1.⁶

Tabela 1. Prevalência de TEV em procedimentos venosos

Procedimento	Prevalência (%)
Ligadura da junção safenofemoral + safenectomia	0,4 a 5,3
Ablação por radiofrequência	0,7 a 16
Ablação por endolaser	0 a 1
Escleroterapia com espuma ecoguiada	1 a 3
Escleroterapia convencional	0,02 a 0,6

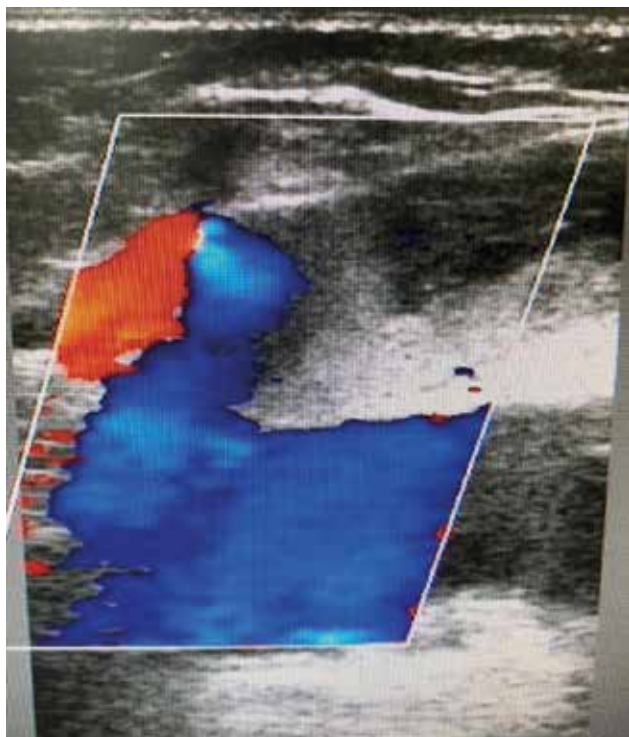
A escleroterapia com espuma ecoguiada foi associada à menor incidência de TEV nos primeiros 30 dias após o procedimento quando comparado aos outros tratamentos, porém esse benefício não persiste quando avaliados 30 e 90 dias após.¹

A maioria dos dados relativos à cirurgia convencional é derivada de estudos retrospectivos e mostra uma prevalência de TEV de aproximadamente 1%. Porém, em estudos prospectivos, que investigam o TEV sistematicamente com a CUS, a prevalência é 5 a 10 vezes maior, pois muitos casos de TEV podem ser assintomáticos.^{7,8,9} Um ponto a ser discutido é a necessidade do rastreamento sistemático, visto que a maioria destas trombozes venosas profundas (TVP) é em musculares de panturrilha, com baixo potencial

para o desenvolvimento de embolia pulmonar (EP) e síndrome pós-trombótica¹⁰

EHIT (ENDOTHERMAL HEAT-INDUCED THROMBOSIS) E EFIT (ENDOVENOUS FOAM-INDUCED THROMBOSIS)

Com a crescente opção pelas técnicas de termoablação, suas complicações são cada vez mais estudadas.¹¹ O EHIT é um trombo induzido pelo calor endovenoso que ocorre mais comumente de forma isolada na veia safena, mas pode se estender para as veias femoral ou poplítea. Trata-se de um trombo com características distintas da TVP clássica, de caráter mais benigno, retração mais rápida, sinais de cronicidade precoce ao eco Doppler colorido (EDC), constituição histológica diferente e sem a ativação da cascata da coagulação (Figura 1).¹²

Figura 1. EHIT

Kabnick et al^{13,14} propuseram o termo EHIT e uma classificação em quatro categorias, de acordo com a extensão do trombo e sua propagação para o sistema venoso profundo (Tabela 1). Lawrence et al¹⁶ classificaram o EHIT de

1 a 6 (Tabela 2) e Harlander-Locke et al^{15, 17} descreveram um sistema de classificação para as veias safena parva e poplítea, incluindo a prevalência e uma proposta de tratamento para cada nível (Tabela 3).

Tabela 1. Classificação EHIT e as recomendações de Kabnick et al.¹³

Classe	Extensão do trombo	Tratamento
I	Próximo à junção venosa superficial-profunda	Conduta expectante, com seguimento seriado com ultrassom
II	Prolonga-se para além da junção, com diâmetro de secção transversal de <50%	HBPM até a resolução do trombo, com acompanhamento ecográfico
III	Prolonga-se para além da junção, com diâmetro de secção transversal de >50%	HBPM e antivitamina K (AVK)
IV	TVP totalmente oclusiva	HBPM e AVK

Tabela 2. Classificação de EHIT de Lawrence et al¹⁶ com proposta terapêutica para cada nível.

Classe	Extensão do trombo	Tratamento
1	Abaixo do nível da veia epigástrica superficial	Conduta expectante
2	No nível da veia epigástrica superficial	Conduta expectante
3	No nível da veia femoral comum	Escolha do cirurgião
4	Abaulando na veia femoral comum	HBPM
5	Após junção safenofemoral, adjacente à parede da femoral comum	HBPM
6	Na veia femoral comum, consistente com TVP	HBPM e AVK

Tabela 3. Classificação de EHIT de Harlander-Locke et al^{15,17} com proposta de tratamento para cada nível.

Nível	Extensão do trombo	Tratamento
A	> ou = 1 mm distal à veia poplítea	Conduta expectante
B	No nível da veia poplítea	Conduta expectante
C	Prolonga-se para além da veia poplítea	Escolha do cirurgião
D	TVP totalmente oclusiva	HBPM e AVK

Kabnick¹⁴ reporta uma prevalência de 0,75% de EHIT após ablação com endolaser, similar à reportada por Marsh¹² (0,9%). Já Rhee¹⁸ observou uma prevalência maior: 6,4% com endolaser e 2,1% com radiofrequência. Uma meta-análise e revisão sistemática de 52 estudos, envolvendo 16.398 pacientes, abordando TEV após termoablação endovenosa de veia safena magna, mostrou que as complicações trombóticas são infrequentes, ocorrendo em 1,7% dos pacientes. EHIT dos tipos 2 a 4 de Kabnick ocorreu em 1,4%, TVP em 0,3% e EP em 0,1% dos pacientes.¹⁹

Uma condição análoga ao EHIT, o EFIT foi descrito após a escleroterapia com espuma ecoguiada,^{20,21} sendo o resultado de uma reação química, podendo acometer a junção safenofemoral e safenopoplíteia ou qualquer outra veia profunda através das perfurantes.

Em estudo prospectivo para avaliação de EFIT²¹ em 1.000 pernas, com revisão com EDC ou CUS em duas semanas, a prevalência de TVP foi baixa (1,5%), porém todas em veias proximais, com um episódio de EP.²¹ Não houve relação de TEV com o volume de esclerosante administrado.

RECOMENDAÇÕES

Ainda há grande discussão da melhor profilaxia do TEV para esses procedimentos.²² Cabe ressaltar que por serem eletivos, sem restrição ao leito, sem anestesia geral e de curta duração,^{23,24,25} são considerados usualmente de baixo risco, porém o fato da presença de varizes e sinais de estase venosa crônica devem ser considerados fatores de risco.²⁴

A formação de um trombo é um processo multifatorial, que requer, usualmente, a associação de fatores genéticos e adquiridos. Idade acima de 40 anos é um fator de risco impactante, que aumentará com o passar dos anos, merecendo uma pontuação maior após a sétima década de vida. Doenças pulmonares e cardiológicas, *diabetes mellitus*, tabagismo, contraceptivos orais combinados ou terapia de reposição hormonal são fatores que também aumentam o risco. Outros fatores merecem destaque, entre eles, tempo de cirurgia, índice de massa corporal >30 kg/m², trombofilias genéticas ou adquiridas e história pessoal e familiar de TEV.^{26,27,28,29}

“A formação de um trombo é um processo multifatorial, que requer, usualmente, a associação de fatores genéticos e adquiridos.”

É importante destacar que, atualmente, esses procedimentos são de permanência hospitalar curta ou ambulatoriais, reduzindo muito o impacto da imobilidade.

A diretriz do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda que todo paciente deve ser avaliado para o risco de TEV e sangramento previamente ao procedimento e farmacoprofilaxia indicada para aqueles classificados como risco aumentado.²²

As diretrizes norte-americanas reportam dados de baixa qualidade para permitir uma adequada estratificação do risco de TEV em pacientes que serão submetidos a procedimentos venosos. Pela falta de evidências, as recomendações extrapolam dados provenientes dos estudos realizados em pacientes da cirurgia geral.³⁰

Segundo a diretriz da Sociedade de Cirurgia Vascular (SVS) de 2011, os pacientes com história de TEV, trombofilicos e obesos são candidatos a farmacoprofilaxia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose profilática, além da elastocompressão e deambulação.

O Colégio Americano de Pneumologia (ACCP) desenvolveu uma diretriz para tratamento e prevenção do TEV baseado em evidências, que orienta o gerenciamento da profilaxia em diversas situações.³¹ A sua nona edição sugere o uso de escores, incluindo o EC, para avaliar os pacientes que serão submetidos à cirurgia, incluindo vascular (venosa ou arterial) e, de acordo com esse risco, sugere o uso de métodos mecânicos (compressão pneumática intermitente (CPI) ou meias elásticas) e/ou farmacoprofilaxia com HBPM ou heparina não fracionada (HNF)³¹ (Tabelas 4 e 5). Porém, essas orientações não contemplam a profilaxia do TEV especificamente para a termoablação, escleroterapia com espuma ecoguiada ou convencional.

Tabela 4. Orientação para a profilaxia de TEV, segundo a 9ª edição do ACCP para cirurgias, incluindo cirurgias vasculares.

	Risco de sangramento	
Risco de TEV	Baixo	Alto
Muito baixo	Não há necessidade de profilaxia	
Baixo	Profilaxia mecânica, preferencialmente com CPI	
Moderado	HBPM, HNF ou profilaxia mecânica preferencialmente com CPI	Profilaxia mecânica, preferencialmente com CPI
Alto	HBPM ou HNF + profilaxia mecânica com CPI ou meias elásticas	Profilaxia mecânica, preferencialmente com CPI. Iniciar farmacoprofilaxia assim que o risco de sangramento diminuir

Tabela 5. Farmacoprofilaxia de TEV, sugerida pela 9ª edição do ACCP, em cirurgias, incluindo vascular, de acordo com o EC.

	Risco moderado	Alto risco ou risco maior
HNF	5.000 UI, SC, a cada 12h	5.000 UI, SC, a cada 8h
Enoxaparina	20 mg, SC, a cada 24h	40 mg, SC, a cada 24h
Dalteparina	2.500 UI, SC, a cada 24h	5.000 UI, SC, a cada 24h

MENSAGEM FINAL

Apesar de não existirem diretrizes específicas para a prevenção do TEV em pacientes que serão submetidos a procedimentos venosos, os angiologistas e cirurgiões

vasculares devem sistematicamente estratificar o risco de TVP destes com os MAR existentes e propor, caso seja necessário, profilaxia mecânica e farmacológica adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barker T, Evison F, Benson R, Tiwari A. Risk of venous thromboembolism following surgical treatment of surgical venous incompetence. *Vasa*. 2017;46(6):484-489.
- Machin M, Salim S, Onida S, Davies AH. Venous thromboembolism risk assessment tools: Do we need a consensus? *Phlebology*. 2019;0(0):1-3.
- Cronin M, Dengler N, Krauss ES, et al. Completion of the Updated Caprini Risk Assessment Model (2013 Version). *Clin Appl Thromb Hemost*. 2019; 25:1076029619838052.
- Thavarajah D, Wetherill M. Implementing NICE guidelines on risk assessment for venous thromboembolism. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(7):618-24.
- Pannucci CJ, Swistun L, MacDonald JK, et al. Individualized venous thromboembolism risk stratification using the 2005 Caprini score to identify the benefits and harms of chemoprophylaxis in surgical patients. *Ann Surg*. 2017;265(6):1094-1103.
- Cavezzi A, Parsi K. Complications of Foam Sclerotherapy. *Phlebology*. 2012;27 (Suppl 1):46-51.
- Testroote MJ, Wittens CH. Prevention of venous thromboembolism in patients undergoing surgical treatment of varicose veins. *Phlebology*. 2013;28 (Suppl 1):86-90.
- Sutton PA, El-Duhwaib Y, Dyer J, Guy AJ. The incidence of postoperative venous thromboembolism in patients undergoing varicose vein surgery recorded in Hospital Episode Statistics. *Ann R Coll Surg Engl*. 2012;94(7):481-3.
- Van Rij AM, Chai J, Hill GB, Christie RA. Incidence of deep vein thrombosis after varicose vein surgery. *Br J Surg*. 2004;91(12):1582-5.
- Bhogal RH, Nyamekye IK. Should all patients undergo postoperative duplex imaging to detect a deep vein thrombosis after varicose vein surgery? *World J Surg*. 2008;32(2):237-40.
- Mozes G, Kalra M, Carmo M, Swenson L, Gloviczki, P. Extension of saphenous thrombus into the femoral vein: A potential complication of new endovenous ablation techniques. *J Vasc Surg*. 2005;41(1):130-5.
- Marsh P, Price BA, Holdstock J, Harrison C, Whiteley MS. Deep vein thrombosis (DVT) after venous thermoablation techniques: rates of endovenous heat-induced thrombosis (EHIT) and classical DVT after radiofrequency and endovenous laser ablation in a single centre. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2010;40(4):521-7.
- Kabnick LS, Ombrellino M, Agis H. Endovenous heat induced thrombus (EHIT) at the superficial-deep venous junction: a new post-treatment clinical entity classification and potential treatment strategies. Present at the 18th Annual Meeting of American Venous Forum, Miami, FL, February 22-26 2006.
- Sadek M, Kabnick LS, Rockman CB, et al. Increasing ablation distance peripheral to the saphenofemoral junction may result in a diminished rate of endothermal heat-induced thrombosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2013;1(3):257-62.
- Harlander-Locke M, Jimenez JC, Lawrence PF, et al. Management of endovenous heat-induced thrombus using a classification system and treatment algorithm following segmental thermal ablation of the small saphenous vein. *J Vasc Surg*. 2013;58(2):427-31.
- Lawrence PF, Chandra A, Wu M, et al. Classification of proximal endovenous closure levels and treatment algorithm. *J Vasc Surg*. 2010;52(2):388-93.
- Harlander-Locke M, Jimenez JC, Lawrence PF, et al. Endovenous ablation with concomitant phlebectomy is a safe and effective method of treatment for symptomatic patients with axial reflux and large incompetent tributaries. *J Vasc Surg*. 2013;58(1):166-72.
- Rhee SJ, Cantelmo NL, Conrad MF, Stoughton J. Factors influencing the incidence of endovenous heat-induced thrombosis (EHIT). *Vasc Endovascular Surg*. 2013;47(3):207-12.
- Healy DA, Kimura S, Power D, et al. A Systematic review and meta-analysis of thrombotic events following endovenous thermal ablation of the great saphenous vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018;56(3):410-424.
- Kulkarni SR, Slim FJ, Emerson LG, et al. Effect of foam sclerotherapy on healing and long-term recurrence in chronic venous leg ulcers. *Phlebology*. 2013;28(3):140-6.
- Kulkarni SR, Messenger DE, Slim FJ, et al. The incidence and characterization of deep vein thrombosis following ultrasound-guided foam sclerotherapy in 1000 legs with superficial venous reflux. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2013;1(3):231-8.
- Treasure T, Hill J. NICE guidance on reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital. *BMJ*. 2010 Jan 27;340:c95.
- Qureshi MI, Davies AH. Thromboprophylaxis following superficial venous intervention. *Phlebology*. 2016;31(2):77-80.
- O'Donnell TF, Eaddy M, Raju A, Boswell K, Wright D. Assessment of thrombotic adverse events and treatment patterns associated with varicose vein treatment. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2015;3(1):27-34.
- Ahonen J. Day surgery and thromboembolic complications: time for structured assessment and prophylaxis. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2007;20(6):535-9.
- Colucci G, Tsakiris DA. Thrombophilia screening: universal, selected, or neither? *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017 Nov;23(8):893-899.
- Hamel-Desnos CM, Gillet JL, Desnos PR, Allaert FA. Sclerotherapy of varicose veins in patients with documented thrombophilia: a prospective controlled randomized study of 105 cases. *Phlebology*. 2009;24(4):176-82.
- Johnson SA, Eleazer GP, Rondina MT. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of venous thromboembolism in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(9):1869-78.
- Connors JM. Thrombophilia testing and venous thrombosis. *N Engl J Med*. 2017;377(12):1177-1187.
- Gould MK, Garcia DA, Wren SM, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e227S-e277S.
- Holbrook A, Schulman S, Witt DM, et al. Evidence-based management of anticoagulant therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012 Feb;141(2 Suppl):e152S-e184S.



Correção de pseudoaneurisma e embolectomia de cera óssea após artrodese de coluna torácica

Autores: Cury R.C.P.; Silva H.V.O.; Pinto A.C. ; Maia M.; Ferraz C.R.L. ;Jollo R.P; Simão A.P.A

INTRODUÇÃO

As lesões vasculares torácicas são caracterizadas pela alta mortalidade (15–65%)¹ e apresentação clínica variável, que inclui desde quadro assintomáticos à formação de pseudoaneurisma, hemorragia profusa e instabilidade hemodinâmica^{2,3}. Lesões vasculares iatrogênicas causadas por parafuso pediculado de coluna são descritas, apesar de raras^{2,3}. O caso exposto apresenta lesão da aorta torácica por parafuso pediculado após artrodese de coluna via posterior, com tentativa de controle de hemostasia realizada com cera óssea pela equipe de neurocirurgia em 2018 e posterior abordagem pela cirurgia vascular.

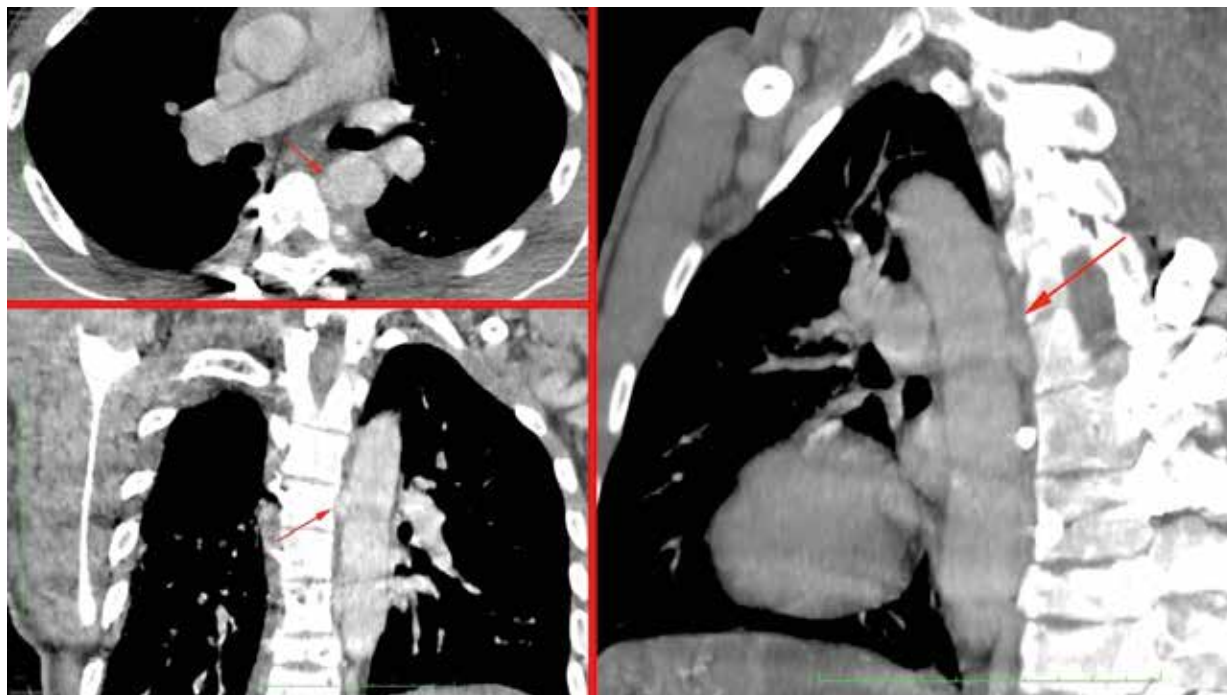
RELATO DE CASO

Paciente masculino, 30 anos, sem comorbidades prévias, admitido com fratura de coluna torácica (T6; T8; T9) após trauma, submetido à artrodese de coluna torácica via posterior com necessidade de nova abordagem cirúrgica após 39 dias para revisão de ferida operatória por fístula líquórica. Durante ato operatório, foi observado sangramento vultuoso após retirada de parafuso em T4, sendo utilizado cera óssea para tentativa de hemostasia e solicitada avaliação da cirurgia vascular. No momento da avaliação, o paciente encontrava-se pronado, hemodinamicamente estável, ausência de taquicardia e não havia sinais de sangramento ativo pela ferida operatória. Foi realizada mudança de decúbito e feito angiografia da aorta torácica que não demonstrava sinais de extravasamento

de contraste e na palpação dos pulsos distais, encontravam-se amplos e simétricos. Naquele momento, optou-se pelo encaminhamento à Unidade Terapia Intensiva para monitorização rigorosa.

No pós-operatório imediato, aproximadamente 12h, o mesmo evoluiu com paraparesia de membros inferiores, dor abdominal e ausência de pulsos poplíteo e distais em membro inferior direito, com sinais de isquemia aguda (Rutheford II-B). Após estudo com angiotomografia de tórax, abdome e pelve, foi evidenciado pseudoaneurisma em aorta torácica na topografia de T5 (figura 1), material hipodenso na bifurcação das artérias femorais e sinais de isquemia esplênica e colônica.

“O caso exposto apresenta lesão da aorta torácica por parafuso pediculado após artrodese de coluna via posterior, com tentativa de controle de hemostasia realizada com cera óssea pela equipe de neurocirurgia em 2018 e posterior abordagem pela cirurgia vascular.”

Figura 1: Pseudoaneurisma após retirada de parafuso pediculado da aorta torácica

“Após o procedimento endovascular, foi realizada embolectomia através dos mesmos acessos anteriores, pelas artérias femorais, com retirada de grande quantidade de material emboligênico sintético (cera óssea) e trombos arteriais recentes (..)”

Foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização do implante de endoprótese torácica (Valicut Thoracica, 32/32x150mm) com fixação proximal após a emergência da artéria subclávia esquerda, cobrindo aorta torácica até topografia de T9. A angiografia de controle demonstrava cobertura completa do pseudoaneurisma e não foi observado *endoleak*. Após o procedimento endovascular, foi realizada embolectomia através dos mesmos acessos anteriores, pelas artérias femorais, com retirada de grande quantidade de material emboligênico sintético (cera óssea) e trombos arteriais recentes (figura 2), sendo observado o restabelecimento completo da circulação dos membros inferiores. Em seguida, o paciente foi abordado pela cirurgia geral que identificou isquemia de cólon direito, baço e diversos pontos brancacentos brilhantes (sugestivos de material emboligênico) em delgado, sem isquemia. Foi então submetido à esplenectomia e colectomia direita (figura 3) com íleo-transverso anastomose.

Figura 2: Fragmento de cera óssea presente na embolectomia de membros inferiores



No pós-operatório, apresentava-se com pulsos distais amplos, pé aquecido, ausência de sangramento pelas feridas operatórias, porém exames laboratoriais com leucocitose em ascensão, sendo necessária suspensão da anticoagulação para novas intervenções pela cirurgia geral por apresentar múltiplos focos isquêmicos e abscessos intra-abdominais. Após choque hipovolêmico causado por sangramento abdominal difuso, o paciente evoluiu para óbito.

Figura 3: Peças cirúrgicas decorrentes da isquemia de órgãos alvos com presença de cera óssea



DISCUSSÃO

Lesões vasculares iatrogênicas causadas por parafuso pediculado após artrodese de coluna são raras (0.01%)^{1,4,5}. Independente da via de acesso à coluna vertebral, anterior ou posterior, esta se encontra anatomicamente relacionada aos grandes vasos. As complicações vasculares causadas por esses procedimentos são divididas em agudas e crônicas^{3,5}. As agudas se manifestam com sangramento e choque, enquanto que as lesões crônicas ocorrem por lesão repetitiva na parede do vaso levando à erosão do mesmo⁶, podendo se manifestar como pseudoaneurismas ou fístulas arteriovenosas^{3,5}. A mortalidade depende do tipo de lesão, do rápido diagnóstico e do tratamento realizado para controle da hemostasia. O exame radiológico, através da aortografia, angiotomografia ou angioresonância, auxiliará no diagnóstico, na topografia, na avaliação anatômica do segmento afetado e no planejamento cirúrgico. Apesar de não haver consenso sobre o tratamento mais adequado, em casos de anatomia

desfavorável ao implante da endoprótese, o tratamento deverá ser aberto por toracotomia posterolateral esquerda, com controle vascular proximal e distal, reparo primário, interposição de enxerto ou angioplastia com *patch*^{1,4,7,8}. Na presença de infecção, homoenxerto e *patch* biológicos podem ser utilizados⁷.

O tratamento endovascular evita a toracotomia, diminui a perda volêmica, tem um menor índice de isquemia de órgão alvo ou dependência de ventilação mecânica, com menor tempo de hospitalização em geral. Porém, não há dados disponíveis quanto à exposição por radiação cumulativa ou perviidade do enxerto em longo prazo. Os pacientes candidatos a essa abordagem devem ser avaliados quanto à anatomia da aorta torácica e artérias ilíacas (angulação, diâmetro e característica da parede arterial), além da relação com os ramos do arco da aorta e zona de ancoragem da endoprótese, proximal e distal com no mínimo 2 cm para evitar o *endoleak*. O pós-operatório deve ser em unidade fechada para monitorização de complicações vasculares e neurológicas (acidente vascular encefálico, isquemia de extremidades ou medular)⁸.

Os agentes hemostáticos tópicos^{9,10} são frequentemente utilizados nos procedimentos da coluna para hemostasia local, quando estes apresentam sangramentos após introdução ou retirada de parafuso pediculado. Apesar desse procedimento não estar relacionado a um sangramento abundante, quando ocorrem, os agentes tópicos, em geral, não devem ser utilizados por apresentarem risco emboligênico^{10,11,12}. Nestas situações, opta-se pela utilização de cera óssea por ser considerado um agente hemostático mais seguro, de acordo com Skovrlj et al⁹.

No caso em questão, devido à acessibilidade à tecnologia, à topografia do pseudoaneurisma e pela anatomia favorável do paciente, foi realizado tratamento endovascular com implante de endoprótese torácica revestida com resolução da lesão aórtica e ausência de *endoleak* na aortografia de controle. Apesar das complicações isquêmicas serem descritas na literatura como possíveis complicações do procedimento endovascular, no caso descrito, não foram inerentes a esse procedimento e sim devido à embolização do material sintético utilizado na tentativa de controle de sangramento.

“Os pacientes candidatos a essa abordagem devem ser avaliados quanto à anatomia da aorta torácica e artérias ilíacas (angulação, diâmetro e característica da parede arterial), além da relação com os ramos do arco da aorta e zona de ancoragem da endoprótese, proximal e distal com no mínimo 2 cm para evitar o *endoleak*.”

CONCLUSÃO

A cirurgia de estabilização da coluna vertebral é um procedimento frequente, apesar das lesões vasculares iatrogênicas serem raras. Quando estas ocorrem, podem se apresentar de forma variada, dificultando diagnóstico.

Em casos de sangramentos vultuosos, a cera óssea, apesar de citada pela literatura, deve ser utilizada criteriosamente pelo risco de introdução destes agentes na grande circulação com consequências catastróficas.

Nas complicações hemorrágicas relacionadas aos procedimentos da coluna vertebral, a pronta investigação diagnóstica deve ser realizada para que o tratamento cirúrgico correto possa ser realizado no menor tempo possível, a fim de diminuir a morbimortalidade desta complicação.

“Em casos de sangramentos vultuosos, a cera óssea, apesar de citada pela literatura, deve ser utilizada criteriosamente pelo risco de introdução destes agentes na grande circulação com consequências catastróficas.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harleen K. Sandhu, MD, Kristofer M. Charlton-Ouw, MD, Ali Azizzadeh, MD, Anthony L. Estrera, MD, and Hazim Spinal Screw penetration of the aorta. J. Vasc Med Biol. 2013;25(5):368-70.
2. Aleem K., Mirza Mohammed Ali Alvi, Ryan M. Naylor. Management of major vascular injury during pedicle screw instrumentation of thoracolumbar spine. Clinical Neurology and Neurosurgery. Volume 163, December 2017, Pages 53-59
3. HeeJin Bae, Tack Geun Cho, Chang Hyun Kim. Aortic Injury during Transforaminal Lumbar Interbody Fusion. Korean J Spine. 2017 Sep; 14(3): 118-120.
4. Utkan Sevuk, M.D., Abdullah Mesut, M.D., Yilker Kiraz, M.D., Delayed Presentation of Aortic Injury by a Thoracic Pedicle Screw. Card Surg. 2016;31:220-230
5. Aleem K. Mirza, Mohammed Ali Alvi, Ryan M. Naylor. Management of major vascular injury during pedicle screw instrumentation of thoracolumbar spine. J. Clin Neuro. 2017;10:011
6. Loh, S. A., Maldonado, T. S., Rockman, C. Endovascular solutions to arterial injury due to posterior spine surgery. Journal of Vascular Surgery, (2012) 55(5), 1477-1481
7. Stavros K. Kakkos, MD, MSc, PhD Alexander D. Shepard, MD. Delayed presentation of aortic injury by pedicle screws: Report of two cases and review of the literature. Vascular Surgical Society/ Volume 47, issue 5, P1074-1083. May 01, 2008
8. Grace J Wang, MD, Ronald M Fairman, MD. Endovascular repair of the thoracic aorta (TEVAR)
9. Skovrlj, B., Motivala, S., Panov, F., Steinberger, Fatal Intraoperative Cardiac Arrest After Application of Surgifoam Into a Bleeding Iliac Screw Defect. Spine, 39(20), E1239-E1242. 2014
10. Peng Ji, Yingying Jiang, Wei Hou. A Rare Case of Fatal Pulmonary Embolism in a Pediatric Spine Surgery. World Neurosurg. (2020) 137:183-186.
11. Ferschl, M. B., & Rollins, M. D. (2009). Thromboemboli, Acute Right Heart Failure and Disseminated Intravascular Coagulation After Intraoperative Application of a Topical Hemostatic Matrix. Anesthesia & Analgesia, 108(2), 434-436.
12. Wei, Z., Elder, B. D., Goodwin, C. R., & Witham, T. F. (2015). Bilateral pulmonary emboli associated with intraoperative use of thrombin-based hemostatic matrix following lumbar spine interbody fusion. Journal of Clinical Neuroscience, 22(9), 1502-1505. doi:10.1016/j.jocn.2015.03.012

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



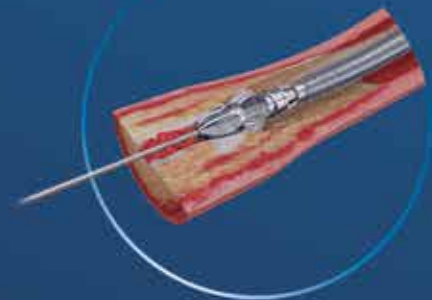
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound

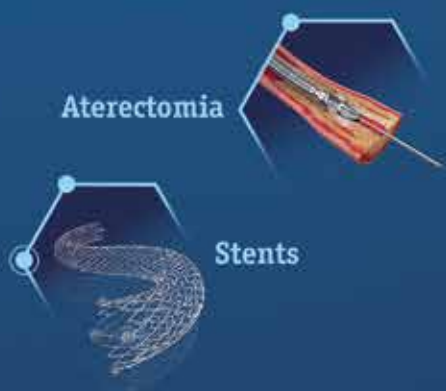
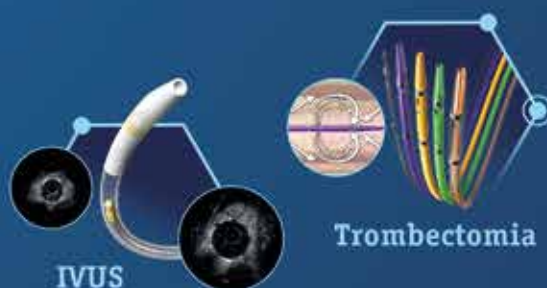


(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Artéria — Oncologia & Embolização — Veia



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

Boston Scientific Corp.

©2018 Boston Scientific Corporation. All rights reserved. Boston Scientific is a registered trademark of Boston Scientific Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners. Boston Scientific is not responsible for the use of its products in any manner not intended by the manufacturer. Please consult your local representative for more information. Boston Scientific Corporation, 300 Lakeside Avenue North, Plymouth, MN 55441.

XXXV Encontro Carioca obtém sucesso e supera expectativas

O XXXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, realizado de 25 a 27 de março, em sua segunda versão virtual devido à pandemia de Covid-19, foi um grande sucesso e superou as expectativas da diretoria da SBACV-RJ. Foram 1.205 inscritos no evento, com uma média de 600 acessos/dia e a participação on-line de 165 pessoas/sessão, sem contar os que já assistiram à programação em outros momentos.

- Tivemos sete mesas-redondas de altíssimo nível científico, com patamar de congresso mundial. Foram realizados sete simpósios satélites neste ano – um recorde do evento –, com as empresas Achê, APSEN, Bayer, Daiichi Sankyo, Pfizer, Porto Surgical/BD, Rio Médica/Boston e Tecmedic. Pela primeira vez, em 35 anos de evento, fizemos a transmissão de um caso cirúrgico ao vivo com o apoio institucional da Tecmedic. Também pela primeira vez, fizemos uma sessão conjunta com o Fórum Venoso Latino-Americano, com a participação de vários renomados especialistas de todo o Brasil e 14 convidados estrangeiros. Na parte de doença arterial e de trauma, concretizamos mais um recorde do Encontro com a participação de 13 convidados dos EUA e da Europa. Na parte venosa, além do Fórum, ainda contamos com dois convidados europeus, ou seja, 16 estrangeiros renomados ao todo – relatou Dr. João Sahagoff, Presidente da SBACV-RJ.

Nestes tempos difíceis de pandemia, continuou o Presidente, há um esforço hercúleo da diretoria da SBACV-RJ. No entanto, tenho a convicção de que fomos recompensados pela grande participação regional, nacional e internacional produzindo um congresso de qualidade científica incontestável.

- O Encontro virtual facilitou aos associados conciliar a participação com a rotina de trabalho. Também permitiu a participação de professores e colegas que não poderiam estar conosco presencialmente. E, essa troca de experiências é

muito relevante para nossas atividades diárias. A versão digital ainda possibilitou a flexibilidade para escolher assistir as aulas de onde desejar – comentou Dr. Sahagoff.

LANÇAMENTO DO LIVRO “HONORÁRIOS MÉDICOS”



Além das mesas-redondas científicas, durante o Encontro Carioca, foi realizado o lançamento do livro “Honorários Médicos”, de autoria do Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV-RJ e da SBACV Nacional. Segundo o autor, o livro teve como objetivo aprofundar seus estudos sobre um tema importante para todos os médicos, independentemente da especialidade. Para o especialista, uma das maiores fragilidades da classe médica está na falta de conhecimento sobre o que levou até a situação atual e quais são as circunstâncias que isso envolve.

- Durante o último ano, meus estudos se materializaram no livro que tenho o prazer de lançar. “Honorários Médicos” é meu primeiro livro fora do âmbito da Cirurgia Vascular. Na verdade, é um tema caro e comum a todas as especialidades médicas. Espero que inúmeras gerações de médicos, nas diversas etapas da carreira, desde a graduação, passando pela residência médica, até os mais experientes, possam se beneficiar muito com essa obra. Estudei e pesquisei muito, e contei com a colaboração de colegas de diversas especialidades, que assinam artigos sensacionais – relatou Dr. Julio Peclat.

HOMENAGEM AO DR. PAULO MARCIO CANONGIA



Com sempre acontece nas edições do Encontro Carioca, sempre há uma homenagem a um associado. Neste ano, o homenageado foi o Dr. Paulo Marcio Canongia, Ex-Presidente da SBACV-RJ.

- Agradeço muito e me sinto

honrado com esta homenagem durante o nosso Encontro Carioca. Nestes momentos, é de praxe uma recomendação aos mais jovens e eu vou fazê-la. Aprimorem-se tecnicamente, mas foquem na humanização de sua carreira. Fugindo do clássico, farei uma sugestão aos mais velhos. Aproximem-se dos mais novos e absorvam sua força. Esta jovialidade combinada à experiência de vocês será imbatível – afirmou.

Essa homenagem ocorreu no ano passado, continuou Dr. Paulo Marcio, porém a Covid-19 matou nosso Encontro e depois quase me mata. Foram 21 dias de internação entre UTI e Unidade Intermediária. Nos meus primeiros 10 dias de UTI, perdemos cinco vidas de cirurgiões vasculares atuantes no Rio de Janeiro. Hoje, estamos perdendo

“Nestes momentos, é de praxe uma recomendação aos mais jovens e eu vou fazê-la. Aprimorem-se tecnicamente, mas foquem na humanização de sua carreira. Fugindo do clássico, farei uma sugestão aos mais velhos. Aproximem-se dos mais novos e absorvam sua força. Esta jovialidade combinada à experiência de vocês será imbatível.”

quase 3.000 vidas por dia no Brasil e me atormenta o silêncio de nossas entidades da área da saúde.

- Após a alta da Covid e um mês de fisioterapia e recuperação, já pronto para retornar ao trabalho, surgiu uma icterícia. Os exames conduziram ao diagnóstico de câncer de pâncreas. Neste período de doença, recebi inúmeras manifestações de apoio, força e fé, vindos de diversas regiões. Pessoas por quem fiz alguma coisa durante a vida, às vezes mínimas, às vezes sem sentir, sempre despretensiosamente, demonstraram sua gratidão. Coloquei no mundo dois seres especiais Paula e Pedro Paulo, que me retribuíram com três netos. Aprendi que não tive uma vida em vão – ressaltou Dr. Paulo Marcio.

A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

A trajetória do homenageado foi relatada pelo Dr. Nirvan de Carvalho. Formado em 1974 pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dr. Paulo Marcio exerceu sua vida profissional principalmente no Hospital do Andaraí, onde ingressou como estagiário, em 1970, e se aposentou como chefe de serviço, em 2008. Na unidade, realizou o internato, em 1974; iniciou a residência médica em 1975, sendo aprovado em primeiro lugar; e foi aprovado em quarto lugar no concurso público do Inamps, em 1977.

Em 1977, recebeu os títulos de especialista em Angiologia e em Cirurgia Vascular pela SBACV. Em 1996, foi aprovado no concurso para mestrado em Cirurgia Vascular na UFRJ. Em 2016, também foi aprovado no concurso para angiologista, realizado pela Prefeitura de Silva Jardim.

Dr. Paulo Marcio formou diversas equipes e atuou em vários setores da Angiologia e Cirurgia Vascular. Montou com Dr. Guilherme José Abrahão a segunda clínica de diagnóstico não invasivo do Rio de Janeiro. Atuou em microcirurgia em lesões de mão e junto com Dr. Marcio Meirelles em lesões de plexo braquial. Foi líder de opinião no tema impotência sexual masculina, montando uma equipe multidisciplinar. Trabalhou junto a um grupo de colegas na criação da Cura Ativa, clínica especializada no tratamento de feridas. Atualmente, pertence a um grupo de estudos em hemangiomas, coordenado pela Professora Alda Bozza.

A ATUAÇÃO NA SBACV-RJ

Em sua atuação na SBACV-RJ, em 1990, como Vice-Diretor de Publicações na gestão do Dr. Reinaldo José Gallo, transformou o boletim e passou a oferecer uma distribuição nacional, patrocinada por empresas. Os recursos excedentes foram muito importantes para a aquisição da primeira sede da Sociedade na Av. Venezuela. Em 1992, como Diretor de Publicações do Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho, criou a atual revista, primeira a ser de propriedade da Sociedade, e promoveu sua distribuição gratuita no Brasil, Mercosul e Portugal. Em 1994, ainda como Diretor de Publicações do Dr. José Luiz Camarinha, montou um trailer na porta do Hotel Méridien, em Copacabana, onde duas enfermeiras e dois residentes atenderam a população de terceira idade, fazendo check-ups e distribuindo uma edição especial da revista, com as principais doenças vasculares. A compilação dos dados dos pacientes examinados gerou um artigo publicado pelo Dr. Sergio Pacheco de Oliveira.

Dr. Paulo Marcio foi Presidente da SBACV-RJ no biênio 2002/2003. Em sua gestão, passou a transmitir as reuniões científicas mensais via internet para todo Estado do Rio de Janeiro, promoveu a readmissão de sócios que estavam afastados, manteve as reuniões fora da sede, promoveu a I Semana Nacional de Saúde Vascular, na estação Carioca do Metrô, criou o site da SBACV-RJ e a Sociedade completou 50 anos, realizando uma grande festa no Morro da Urca. Em 2002, foi traçado o Perfil da Angiologia e Cirurgia Vascular do RJ, mapa realizado pelo Dr. Ney Abrantes Lucas retratando presença ou ausência dos especialistas nos 92 municípios do Rio de Janeiro. Implantou o Programa de Atenção ao Pé Diabético, que teve como resultado final a criação de um curso de capacitação de agentes comunitários de saúde, com aulas presenciais e gravadas sobre como identificar as lesões vasculares mais frequentes.

O auge de sua gestão à frente da SBACV-RJ foi a aquisição da sede atual, localizada na Cinelândia, no Empresarial Amadeus Mozart, prédio tombado pelo Patrimônio Histórico e premiado pela sua restauração. Dr. Paulo Marcio atuou, e continua atuando, como apoiador e colaborador em outras diretorias da Sociedade. Durante a gestão do Dr. Breno Caiafa, lhe foi atribuída a criação da seção "Fora do Consultório", com o propósito

"O auge de sua gestão à frente da SBACV-RJ foi a aquisição da sede atual, localizada na Cinelândia, no Empresarial Amadeus Mozart, prédio tombado pelo Patrimônio Histórico e premiado pela sua restauração. Dr. Paulo Marcio atuou, e continua atuando, como apoiador e colaborador em outras diretorias da Sociedade."

de humanizar a revista e mostrar o lado pessoal dos entrevistados, apresentando as atividades extras que os especialistas realizam com o mesmo amor com que praticam a Medicina.

PARTICIPAÇÃO DE CONVIDADOS INTERNACIONAIS

O Encontro Carioca teve como convidados estrangeiros Armando Mansilha (Portugal), Charles Fox (EUA), Fred Arthur Weaver (EUA), Greg Magee (EUA), Gustavo Oderich (EUA), José Pereira Albino (Portugal), Kevin Mani (Suécia), Michaël Prüfer (França), Nicolas J. Mouawad (EUA), Por Skoog (Suécia), Rafael Malgor (EUA), Tal M. Hörer (Suécia), Viktor Reva (Rússia) e Vincent Rimbau (Espanha).

"Aneurisma da Aorta Toracoabdominal - As 10 contribuições mais importantes" foi o tema da conferência internacional, proferida pelo Dr. Gustavo Oderich (EUA).

Nesta edição, também foi realizado o Fórum Venoso Latino-Americano, que contou com a participação de palestrantes da Argentina, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Uruguai, Peru, Chile, Venezuela e Brasil.

ENCONTRO DE RESIDENTES DA SBACV-RJ

Durante o evento, aconteceu ainda o Encontro de Residentes da SBACV-RJ. Os residentes apresentaram trabalhos científicos, que foram selecionados para premiação por uma banca formada por renomados especialistas e sócios da SBACV.

- Foi com muito prazer e honra que aceitei o convite do Dr. Marcos Arêas, nosso Diretor Científico, para ajudá-lo a coordenar o Encontro dos Residentes da SBACV-RJ, na sua décima quinta edição. Tivemos participação de diversos serviços do nosso Estado, todas as apresentações com um elevadíssimo conteúdo e alto grau de comprometimento dos nossos residentes. Pudemos contar com a participação de uma banca examinadora composta por renomados especialistas de diversas universidades do nosso país, o que gerou uma maior visibilidade dos nossos residentes e elevou o nome dessas instituições a nível nacional. Agradeço a cada um dos Serviços participantes, uma vez que sabemos que produzir cientificamente, num período tão atípico como o que estamos vivendo, requereu um grau de comprometimento maior. Parabéns aos residentes vencedores e a todos que participaram com tanto profissionalismo. Nosso futuro são vocês – ressaltou Dra. Cristiane Araújo, Coordenadora do Encontro de Residentes.

Os trabalhos premiados foram: 1º lugar - “Experiência de cinco anos no tratamento convencional da doença

aneurismática de aorta abdominal infra e justa renal sem o comprometimento do óstio da artéria renal”, Dr. Paulo Henrique Pedrosa - Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF); 2º lugar - “Implante de filtro de veia cava ecoguiado em leito de CTI Covid-19”, Dra. Carolina Valente Couto - CENTERVASC-Rio; e 3º lugar - “Transplante renal com implante em veia cava inferior: uma realidade brasileira”, Dra. Ana Venturini Salomão - Hospital São Francisco de Assis (PUC - Rio).

Participaram do Encontro dos Residentes o Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ); Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Salgado Filho; Serviço de Transplante Renal do Hospital São Francisco de Assis (PUC - Rio); Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ); Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF); Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC); Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí; e CENTERVASC-Rio.

SIMPÓSIO DE DEFESA PROFISSIONAL

“Honorários Médicos - Qual o caminho para uma melhor remuneração no cenário atual?” foi a palestra proferida pelo Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV-RJ e da SBACV Nacional, realizada durante o Simpósio de Defesa Profissional, dentro da programação do Encontro Carioca.

MESA-REDONDA CARÓTIDA

Por Dr. Carlos Peixoto (Moderador)

A primeira apresentação foi sobre “A mini-incisão para a endarterectomia carotídea”. O Dr. Armando Mansilha (Portugal) esclareceu que a técnica pode ser realizada com êxito. Segundo ele, um bom estudo anatômico prévio por exames de imagem (para definir com precisão a relação da bifurcação carotídea com o ramo da mandíbula) e a maior experiência do cirurgião no procedimento são fundamentais para a sua execução com segurança e sucesso.

A segunda apresentação foi realizada pelo Dr. Daniel Bezerra (RJ) que abordou o tema, “Doença obstrutiva da artéria vertebral: quando devemos investigá-la e intervir?”. Ele esclareceu que os pacientes com sintomas vértebro-basculares ou com estenoses acima de 70% nestes vasos devem ser investigados por exames de imagem, preferencialmente a angiotomografia ou angioressonância, e devem ser tratados pela técnica endovascular por angioplastia e stent. O tratamento clínico por antiagregantes plaquetários e estatinas é opção para os casos de tratamento conservador.

A terceira apresentação ficou a cargo do Dr. Rafael Malgor (EUA), que apresentou o tema “Tumor do corpo carotídeo – O que você precisa saber?”. Ele enfatizou que, apesar da pouca frequência desse tumor frente à doença obstrutiva na bifurcação carotídea, a sua abordagem cirúrgica demanda uma série de cuidados no planejamento. O tumor, que é maligno apesar da baixa incidência de metástases, apresenta alto grau de recidiva. Logo, a cirurgia primária deve ser executada para uma ressecção ampla e a reconstrução vascular pode ser necessária. Equipe experiente e com casuística é importante para a obtenção de resultados satisfatórios.

A quarta apresentação foi realizada pelo Dr. Fred Weaver (EUA), que apresentou o tema “Cirurgia de carótida aberta ou endovascular?”. Ele afirmou que o cirurgião vascular deve escolher a melhor técnica conforme o caso. Ainda enfatizou que os pacientes sintomáticos com lesões acima de 80% na bifurcação carotídea devem ser abordados de forma invasiva. Confirmou que a cirurgia aberta tem sido a técnica de escolha. A cirurgia endovascular por angioplastia e stent é a recomendação para os casos em que o procedimento seja de maior risco, como a bifurcação carotídea alta, a reestenose e pescoço ditos hostis.

A última apresentação foi sobre o “Treinamento do cirurgião vascular na cirurgia convencional em tempos de stent”, realizada pelo Dr. Henrique Murad (RJ). Ele referiu que, em função do afã das técnicas minimamente invasivas em todos os territórios vasculares, a abordagem por angioplastia e stent na bifurcação carotídea, não é diferente. Logo, tem sido a tônica.

“A quarta apresentação foi realizada pelo Dr. Fred Weaver (EUA), que apresentou o tema “Cirurgia de carótida aberta ou endovascular?”. Ele afirmou que o cirurgião vascular deve escolher a melhor técnica conforme o caso.”

Um grande desafio é aonde realizar o treinamento e como. Pela facilidade de acesso às diversas tecnologias por cateter, o incentivo ao aprendizado tem sido a cada dia maior.

Em tempos de pandemia, o desafio é grande. Uma alternativa, para se evitar que a escolha do cirurgião se defina pela técnica que ele tenha maior familiaridade e experiência, é que possam ser incorporados aos grupos cirúrgicos colegas mais afeitos à técnica que o grupo que não tenha tanta experiência assim. Desta forma, as diferentes equipes podem executar ambas as técnicas, selecionando o tratamento de forma individualizada, logo, com maior chance de êxito. Executando o que é melhor para o paciente, e não para o cirurgião.

As apresentações foram claras e aconteceram no prazo estabelecido, o que proporcionou amplo e intenso debate. A sessão de abertura foi bastante elogiada e considerada um dos pontos altos do XXXV Encontro do Rio de Janeiro. Agradecemos a participação de todos.

MESA-REDONDA TEMAS RELEVANTES **Por Dr. Almar Bastos (Coordenador)**

“Abordagem endovascular em tempo de Covid. Talvez o NICE não deva ser seguido” – Dr. Tal Martin Hörer (Suécia) lembrou que a maioria dos guidelines é baseada principalmente em procedimentos abertos e concluiu que talvez

os procedimentos endovasculares, por permitirem uma alta mais precoce, devem ser priorizados, promovendo uma maior rotatividade de leitos vagos.

“Como agregar valor no tratamento do pé diabético” – Dr. Eliud Garcia (ES) mostrou preocupação com o aumento em escala epidêmica da população diabética mundial,

com suas conseqüentes complicações como as amputações e IAM. Em sua opinião, reiterou que a abordagem precoce e multidisciplinar seria o caminho para conter esse aumento. Concluiu chamando atenção para a importância do Rol de Procedimentos Vasculares, idealizado pela SBACV-RJ, que seria um caminho a ser seguido para obter uma valorização na agregação de valores no tratamento do pé diabético.

“Síndrome do desfiladeiro torácico venoso - Estratégias para o preparo e cirurgia” - Dr. Rafael Malgor (EUA) reiterou ser a síndrome em questão a principal causa de TVP em membros superiores e que são muitas as controvérsias quanto ao tratamento a ser abordado: o tratamento conservador ou a intervenção cirúrgica descompressiva. Chamou atenção para a importância do exame físico ser sempre neurovascular e que a escolha do tipo de acesso cirúrgico (trans axilar, supra ou infra clavicular) deve ser baseada na experiência de cada cirurgia.

“Avanços na trombectomia venosa percutânea para a trombose venosa profunda” - Dr. Nicolas Mouawad (EUA) dissertou sobre as vantagens dos dispositivos de trombectomia como um importante aliado na redução da síndrome pós-trombótica, mas reiterou que são necessários maiores estudos levando também em consideração a redução de recursos e contenção de custos.

“Abordagem híbrida para a reconstrução de fístulas artério venosas” - Dr. Charles Fox (EUA) proferiu aula mostrando sua técnica com uma abordagem híbrida para restaurar a veia trombosada em uma FAV e manter a permeabilidade da mesma. Essa técnica é usada em

uma abordagem endovascular para correção da área estenosada da FAV, com reconstrução da veia degenerada de forma aberta.

“Usos do alprostadil além da doença aterosclerótica” - Dr. Marcos Arêas (RJ) lembrou a atividade vasodilatadora e anti-inflamatória do alprostadil, sendo este também um anti-agregante plaquetário com efeito hemorreológico e fibrinolítico. Reiterou suas várias indicações de uso, como granulomatose de Wegener, vasculite reumatoide, úlcera de Martorell e SAF, concluindo que a abordagem na isquemia crítica deve ser avaliada caso a caso devido à falta de estudos mais robustos. Para encerrar, afirmou que meta-análises sugerem que as prostaglandinas aliviam a dor de repouso, aceleram a cicatrização de úlceras e reduzem os índices de amputações maiores.

A mesa teve um intenso debate encerrando-se rigorosamente na hora prevista.

“Dr. Charles Fox (EUA) proferiu aula mostrando sua técnica com uma abordagem híbrida para restaurar a veia trombosada em uma FAV e manter a permeabilidade da mesma.”

MESA-REDONDA FLEBOLOGIA I

Por Dr. Daniel Drummond (Coordenador)

De Portugal, Dr. José Pereira Albino, coordenador da Unidade Vascular do Hospital Lusíadas em Lisboa, versou sobre os “Métodos não térmicos e não tumescentes no tratamento da safena. Vantagens e resultados”. Sua

experiência com os dispositivos Clarivein, Flebogrif, as Colas VenaBlock e Venaseal e o novo HIFUS, ultrassom focado de alta intensidade, pôde ampliar os conhecimentos para técnicas ainda não tão difundidas no nosso país.

Sempre prestigiando a SBACV-RJ, Dr. Marcelo Grill, da Clínica Myiake em São Paulo, apresentou a aula “Diferenças

práticas entre fibras de laser endovenoso disponíveis no Brasil". As fibras Radial, Slim e Nevertouch foram demonstradas com suas propriedades e indicações de forma clara e técnica.

Alagoana radicada em Belo Horizonte (MG), Dra. Livia Lyra, em sua aula "Termoablação ambulatorial: o que pode te limitar?", explanou com maestria sobre as vantagens da desospitalização, principalmente no contexto de pandemia, assim como as ferramentas necessárias para se alcançar um serviço de excelência no seu consultório.

Em sua primeira aula apresentada no Brasil, Dr. Michaël Prüfer, francês do Centro Médico Vascular dos Alpes, uma das maiores experiências em tratamento minimamente invasivo de varizes com sua técnica "laser endovenoso

total", explorou o uso da termoablação ambulatorial tanto para safenas, quanto para tributárias contando com quase 1.000 casos.

Dr. Regis Agnes, do Rio Grande do Sul, em sua aula "Endo-laser para safenas parvas: como eu faço", apresentou seu tema com alto embasamento científico, mas também de forma extremamente didática com importante casuística muito bem documentada.

Os Drs. Walter Aboim Jr., Leonardo Stambowsky e Felipe Coelho deram grandes contribuições ao debaterem e estimularem a interação com os convidados fazendo da mesa "Flebologia I" certamente um marco em tratamentos minimamente invasivos de safenas e tributárias, em especial com endolaser venoso.

MESA-REDONDA AORTA

Por Dr. Arno von Ristow (Moderador)

A primeira apresentação foi "Técnica de chaminé é ainda uma solução importante para o AAA e AAT? Quando e como?", de autoria de Tal Hörer, de Örebro, Suécia. Hörer destacou que esta técnica teve como pioneiro o Prof. Thomas Larzon, à época Diretor do Serviço e que permanece como uma opção válida, sobretudo, em situações de emergência e urgência, utilizando materiais disponíveis dentro da instituição ou podendo ser rapidamente encontrados. Ressaltou que a maior indicação é nos aneurismas rotos da aorta abdominal, com colo curto, sendo aplicada em casos eletivos selecionados. Nestes últimos, privilegia casos de uma só chaminé, tanto na aorta torácica como na abdominal.

Seguiu-se a palestra de Kevin Mani, também da Suécia, sobre "Embolização pré-operatória para evitar *endoleaks* tipo II nos EVAR - Existe um real valor?". Esse tema, que persiste como uma das complicações específicas do tratamento dos aneurismas pelo método endovascular, ainda não tem uma solução real. A incidência precoce é alta, decai muito nos primeiros meses após o EVAR, mas um

"Seguiu-se a palestra de Kevin Mani, também da Suécia, sobre "Embolização pré-operatória para evitar *endoleaks* tipo II nos EVAR - Existe um real valor?". Esse tema, que persiste como uma das complicações específicas do tratamento dos aneurismas pelo método endovascular, ainda não tem uma solução real."

pequeno percentual de casos - os EL II - persiste e gera crescimento progressivo do saco aneurismático. Demonstrou que a embolização pré-implante dos ramos da aorta, embora reduza a incidência dos EL II, é trabalhosa, tediosa e pode envolver riscos, mas, sobretudo, se realizada de forma rotineira. Certamente, é desnecessária em muitos casos que nunca desenvolveriam a complicação

e eleva os já altos custos. Apresentou produtos ainda em fase de estudos, com injeção de polímeros ou fibras no saco aneurismático após o implante, que ocupam o espaço entre a endoprótese e o trombo aneurismático, favorecendo a completa trombose do aneurisma. Informações auspiciosas, que aguardamos serem liberadas para uso clínico.

Nicolas Mouawad, dos Estados Unidos, discorreu sobre “As endopróteses ramificadas no manejo endovascular dos aneurismas das artérias ilíacas”, ressaltando que as ilíacas estão envolvidas em cerca de um quarto dos casos de aneurismas da aorta abdominal e sobre a importância de sua preservação. Pelo menos uma das hipogástricas deve ser mantida pérvia no EVAR. Abordou as diferentes formas de tratamento dessa enfermidade e suas limitações. As endopróteses ramificadas são uma opção efetiva de preservação de fluxo nas hipogástricas, que demandam planejamento preciso e habilidades endovasculares avançadas para se obter sucesso. Mostrou as dificuldades técnicas desses implantes, que seguindo rigorosamente as instruções de uso, só se aplicam a cerca de um terço dos pacientes. Uma das maiores limitações é a flexibilidade dos dispositivos, necessários a se adequarem às curvaturas das artérias na pelve. Quando possível, os resultados são excelentes.

As “Atuais indicações para TEVAR para dissecções agudas da aorta tipo B (DAAtB) não complicadas” foram abordadas por Vicente Riambau, de Barcelona, Espanha, com sua proficiência habitual. Baseado na literatura, mostrou que pelo menos a metade dos casos de DAAtB acaba por complicar, necessitando acompanhamento vigiado frequente. As diretrizes atuais indicam o tratamento endovascular somente na presença de complicações, sendo que Riambau defende a realização do tratamento endovascular (TE) dos DAAtB também nos casos em elevado risco de desenvolvimento de complicações, com o que concordamos. O TE da DAAtB permite que muitos pacientes sejam realmente curados. Riambau finalizou afirmando que, hoje, vivemos um momento de grande complexidade na indicação do tratamento das DAAtB. Propõe que os pacientes com DAAtB complicada devem ser tratados em emergência e os pacientes em risco elevado de complicações devem ser avaliados para tratamento na fase subaguda.

“Nicolas Mouawad, dos Estados Unidos, discorreu sobre “As endopróteses ramificadas no manejo endovascular dos aneurismas das artérias ilíacas”, ressaltando que as ilíacas estão envolvidas em cerca de um quarto dos casos de aneurismas da aorta abdominal e sobre a importância de sua preservação.”

Bernardo Massière, do Rio de Janeiro, discorreu sobre os diferentes programas de rastreamento na identificação de pacientes em risco, em sua conferência sobre “Podemos otimizar o rastreamento dos AAA?”. Cotejando os programas das Sociedades Americana de Cirurgia Vascular (SVS) com a Brasileira (SBACV) e de seu próprio Serviço, ficou evidente que todos só identificariam um percentual reduzido de portadores de AAA que demandam tratamento, havendo necessidade de aperfeiçoamento neste importante particular. Ressaltou que o diagnóstico precoce e o tratamento eletivo dos AAA são as únicas formas efetivas de tratar esta enfermidade.

As “Endopróteses fenestradas: aspectos técnicos e resultados em longo prazo” foram o tema de Edwaldo Joviliano, de Riberão Preto, SP. As várias plataformas disponíveis no Brasil foram apresentadas e detalhes do procedimento analisados. Uma das maiores preocupações é a demora na entrega desses dispositivos pelos fabricantes, pois a maioria é customizada para cada paciente. Revelou sua preocupação com a modificação da anatomia após o implante da maioria das endopróteses, com alterações nos ângulos de várias artérias alvo e de posições espaciais, o que pode levar à oclusão dos ramos. Ressaltou a importância do acompanhamento criterioso desses pacientes, permitindo reintervenções precoces para garantir um resultado duradouro.

A última apresentação esteve a cargo de Marcelo Lacativa, do Rio de Janeiro, e versou sobre “Endopróteses de baixo perfil e implante percutâneo”. Apresentou as limitações das endopróteses de perfil usual na navegação em artéria ilíaca de pequeno calibre, achado frequente em mulheres, e o avanço que foi a introdução dos dispositivos de baixo perfil. Mostrou técnicas alternativas para permitir o uso de dispositivos convencionais e suas desvantagens e várias situações em que novos dispositivos conseguem navegar em eixos ilíacos hostis. O grande desafio é como diminuir o perfil e manter as propriedades da prótese como um todo. Isso se intensifica, pois sabemos que há dispositivos de baixo perfil que foram retirados do mercado e outros voltaram a ser investigados pelas agências regulatórias. Assim, a maior preocupação é a durabilidade destes materiais, que depende do teste do tempo. Os acessos percutâneos são uma realidade e cada vez mais empregados, com grande vantagem se associados a endopróteses de baixo perfil.

A Sessão Aorta teve como “fecho de ouro” a conferência magistral proferida pelo nosso compatriota Gustavo Oderich, que após uma vitoriosa carreira na Mayo Clinic, em Rochester, MN, EUA, atualmente é Chefe da Cirurgia Vascular e Endovascular, Professor de Cirurgia e Diretor do Aortic Center da Universidade do Texas em Houston, TX, EUA. Foi apresentado com emoção por Marcelo Ferreira, da nossa Regional. Sua conferência “O estado da

arte no tratamento endovascular com endopróteses fenestradas e ramificadas – O que aprendemos com os estudos de investigação prospectivos?”, iniciou com um resumo da história que levou ao desenvolvimento desses dispositivos, destacando os pioneiros envolvidos, chegando até os materiais que temos disponíveis hoje em dia. Sua experiência, com centenas de casos e a análise de 1.681 pacientes com aneurismas complexos constantes do estudo multicêntrico de dez instituições que coordenou, avaliados em relação a vários determinantes, mostrou uma progressiva melhora dos resultados até atingir os níveis atuais de excelência.

Não houve necessidade de conversão em nenhum caso. Cerca de um em cinco pacientes necessitam de reintervenções ao longo do acompanhamento. O estudo concluiu que esse é um tratamento efetivo, com baixa mortalidade e morbidade, que protege adequadamente os pacientes de rupturas aórticas. Ressaltou que permanecem as limitações relacionadas ao custo, acesso dos pacientes e a necessidade de permanente vigilância no acompanhamento tardio.

A conferência confirmou o que nós todos sabemos, que Gustavo Oderich é uma das mais brilhantes estrelas da Cirurgia Vascular de nosso planeta. Muito obrigado, Gustavo, pela sua energia, dedicação, perseverança e amizade com todos os colegas, em especial com os membros da SBACV, que veem em você um exemplo.

MESA-REDONDA DOENÇA ARTERIAL DE MMII

Por Dr. Adilson Feitosa (Coordenador)

O Dr. Per Skoog (Suécia) apresentou o tema “Mortalidade com dispositivos revestidos com paclitaxel na doença arterial periférica”. Foram exibidos os resultados atuais do SWEDEPAD, trial que acompanha a eficácia de dispositivos impregnados com droga (DE) para inibir a reestenose após revascularização endovascular infrainguinal, com randomização dos pacientes em grupos com claudicação intermitente (1.300) e isquemia crônica crítica (2.400), a

partir do registro nacional sueco, multicêntrico (22 centros clínicos conectados), com inclusão de 95% de todos os procedimentos vasculares (SWEDVASC). Os pacientes foram colocados em grupos com uso dos DE ou não, com acompanhamento de 1 mês a 1 ano, além de longo prazo (3 a 5 anos). A conclusão foi de que não houve diferença significativa da mortalidade no grupo tratado com os DE, sendo o SWEDEPAD o maior estudo controlado randomizado atual com uso de DE nas intervenções nos MMII, sendo mantido o recrutamento dos pacientes para avaliação da eficiência desses dispositivos (publicado no NEJM em 12/2020).

A Dra. Cristina Rigueti (RJ) apresentou uma aula muito didática e ilustrada sobre o tema “Acessos retrógrados no salvamento de membros – Quando indicar precocemente e qual técnica utilizar”. Ressaltou que a falência do acesso anterógrado ocorre em 10 a 20% dos casos na literatura, sendo o acesso retrógrado um importante recurso para obter a reentrada no leito de deságue, possibilitando a conclusão da cirurgia. Discorreu de maneira muito objetiva sobre as diferentes estratégias de acessos retrógrados, com enfoque na escolha e preparo do sítio, posicionamento do membro e técnica de punção; na transposição retrógrada da lesão; no material necessário; nos recursos de imagem, como incidências radiológicas, radioscopia para visualização do cálcio e contraste, *roadmapping* e uso do eco Doppler; na técnica de hemostasia do sítio de punção retrógrada. Sua mensagem final foi a de sempre preferir o acesso anterógrado, mas não hesitar em utilizar o acesso retrógrado na dificuldade de obtenção da reentrada.

A terceira aula, de extrema importância, foi apresentada pelo Dr. Sergio Quilici Belczak (SP) com o tema “Principais aspectos das classificações Wifl e GLASS na doença arterial obstrutiva de membros inferiores”. De forma clara, abordou as classificações do *Global Vascular Guidelines on The Management of Chronic Limb-Threatening Ischemia*, com o conceito no entendimento da fisiopatologia do caso específico de cada paciente, o planejamento adequado da cirurgia baseado em exames de imagem

e realização do tratamento. Foi salientado que a classificação Wifl (*Wound W, Ischemia I, foot Infection fi*) leva em conta o aspecto da ferida/úlceras, o grau de isquemia (ITB, pressão no tornozelo e pressão no hálux) e o grau de infecção do pé (se local, profundidade e presença de síndrome de resposta inflamatória sistêmica), sendo feita estimativa do risco de amputação e da necessidade/benefício de revascularização, considerando fundamental o controle prévio da infecção. A classificação de GLASS (*Global Limb Anatomic Staging Staging System*) aborda a anatomia da lesão vascular (localização, grau de obstrução e extensão), levando em conta o eixo arterial que é responsável pela lesão trófica que necessita de revascularização, com análise do segmento femoro-poplíteo e infrapoplíteo, para avaliação da chance de sucesso e benefício da revascularização (*by-pass* ou endovascular) ou se não há indicação de revascularização. A inserção do paciente nas classificações Wifl e GLASS, com o tabulamento dos dados obtidos, nos dariam estas respostas, levando também em conta as condições clínicas, o seu risco operatório, status funcional do membro, severidade e possibilidade de salvação do pé.

A aula seguinte foi do Dr. Ricardo Lujan (BA), sendo o assunto “Novas tecnologias na angioplastia arterial dos membros inferiores”. Após um breve histórico e indicações do tratamento endovascular, com a ressalva de que são necessários os estudos de longo prazo do uso dessas tecnologias/dispositivos, o Dr. Lujan apresentou os variados recursos tecnológicos que o cirurgião vascular dispõe para o tratamento da doença arterial dos MIS, enfocando o efeito do dispositivo, vantagens, limitações e estudos sobre sua eficácia: angioplastia simples, angioplastia com stent, crioplastia, angioplastia com balão farmacológico, stent impregnado com droga, stent mimético, stent revestido, *Cutting e Scoring Balloons*, dispositivos de recanalização, cateteres de trombectomia endovascular, otimização da imagem (hemodinâmica, sala híbrida, sistemas de CO2 Angioset e Angiodroid, IVUS e eco Doppler intraoperatório) e dispositivos de selamento do sítio de entrada da bainha. Salientou o alto custo desses recursos no nosso meio, com dificuldade de acesso às tecnologias, a ascensão e o desuso de dispositivos e técnicas cirúrgicas com o passar do tempo (*Scott’s* parábola), mudanças nas indicações da estratégia cirúrgica (aumento da

“A Dra. Cristina Rigueti (RJ) apresentou uma aula muito didática e ilustrada sobre o tema “Acessos retrógrados no salvamento de membros – Quando indicar precocemente e qual técnica utilizar”.”

extensão da oclusão femoro-poplíteia passível de tratamento endovascular) e, o mais importante, ter equipe capacitada e confiável.

A última aula foi do Dr. Julio Peclat (RJ), também bastante didática e ilustrada, com o tema “Tecnologias para cruzamento e reentrada em oclusão total”. Foi feita introdução com a morbimortalidade da doença arterial periférica (PAD) e o desenvolvimento do processo aterosclerótico e importantes considerações sobre a histologia placa de ateroma. Foram apresentados dados de literatura dos dispositivos de cruzamento e reentrada Outback LTD e cateter FrontRunner XP CTO confirmando as taxas de sucesso na sua utilização, sendo que seriam necessários em até 21% nas cirurgias de revascularização endovascular dos MIS pela literatura (mas, no grupo do Dr. Peclat, a estatística foi de 5%). São feitas considerações detalhadas sobre a técnica de utilização desse material, com apresentação da casuística de seu serviço em > 1.200 revascularizações de MI, ressaltando a tendência

para a redução da quantidade de fios-guias, volume de contraste, tempo total do procedimento e de exposição à radiação com a decisão de utilização do dispositivo de reentrada, sendo possivelmente custo-efetivo levando em consideração esses fatores. Finalizou com a conclusão de que, sempre que possível, o cirurgião vascular que lida com salvamento de membros deve ter disponível no seu arsenal esses dispositivos na SO.

A mesa foi finalizada com os debates entre os moderadores, Dr. Mauricio Jafar (MS), Dr. Ricardo Aun (SP) e Dr. Roberto Sacilotto (SP), e os apresentadores, com importantes e esclarecedoras considerações sobre a utilização dos balões farmacológicos e seu benefício no leito arterial aterectomizado/angioplastado, uso de stents, dispositivos de reentrada X acesso retrógrado, dispositivos de aterectomia (HawkOne e Jetstream), uso de eco Doppler e IVUS, ponderações sobre os custos dos materiais e a necessidade de sua disponibilidade na SO para o salvamento do membro.

MESA-REDONDA TRAUMA

Por Dr. João Sahagoff (Coordenador)

A mesa-redonda de trauma contou com palestrantes e moderadores de renome, com grande experiência em trauma vascular. A sessão apresentou atualização em trauma, principalmente em trauma de carótida e trauma periférico, em que, muitas das vezes, a indicação primária da correção cirúrgica é por cirurgia aberta, convencional. Outro assunto abordado foi o emprego do REBOA, que é a oclusão resuscitativa através do balão aórtico oclusor. Hoje, o REBOA é o que tem de mais atual no mundo em relação ao controle de sangramento e equilíbrio hemodinâmico do paciente politraumatizado.

Dr. Tal Martin Hörer (Suécia) apresentou duas aulas: “Uso do REBOA nos pacientes instáveis no trauma e não trauma. Atuais condições, recomendações e atualizações globais”, sobre o uso do balão aórtico, que oclui a aorta para evitar os sangramentos; e “Agente embolizante líquido para endoleaks – Como e quando usar?”, que abordou o agente

embolizante líquido para situações de sangramento ou de vazamento aórtico.

Dr. Viktor Reva (Rússia) falou sobre lesões vasculares reto hepáticas, que é um grande desafio da Medicina e da cirurgia. Abordou também a sua imensa experiência no tratamento de lesões vasculares periféricas na Rússia.

Dr. Greg Magee (EUA) proferiu palestra sobre trauma de carótida, apresentando a situação atual do tratamento, com grande desenvoltura e altamente atualizado.

“A mesa-redonda de trauma contou com palestrantes e moderadores de renome, com grande experiência em trauma vascular.”

Dr. Charles Fox (EUA) abordou o manejo endovascular do trauma na hemorragia pélvica, mostrando situações de fratura de bacia e de pelve, e o controle da hemorragia, principalmente utilizando o REBOA.

A mesa teve bastante participação dos especialistas e suscitou várias perguntas dos moderadores. A troca de experiências foi grande, tanto com os colegas do Brasil, quanto com convidados internacionais que palestraram.

FÓRUM VENOSO LATINO-AMERICANO

Por Dr. Ivanésio Merlo (Coordenador nacional)

A inclusão do Fórum Venoso Latino-Americano foi uma importante iniciativa do comitê organizador do Encontro Carioca e não poderia ter sido mais feliz em seu programa científico. Por outro lado, creio que dificilmente teria acontecido de forma tão brilhante, se não fosse os tempos difíceis de pandemia que estamos vivendo. Dentro dessa catástrofe humana mundial, que esperamos que seja breve, ao menos, algo positivo para nosso alento.

Ao nosso lado e como coordenador internacional tivemos Carlos Simkin, cirurgião vascular argentino. Seu entusiasmo jovem e dinâmico, que certamente é familiar, fez um importante trabalho com objetividade na coordenação do Fórum. Da mesma forma, os colegas da Regional, Marcello Moritz e Antônio Feliciano, coordenaram o chat com precisão e desenvoltura.

A abertura das palestras coube a Jorge Ulloa Herrera, querido amigo da Colômbia, com um tema desafiador para os cirurgões vasculares, em todo o mundo, desde o início da especialidade: a restauração valvular do sistema venoso profundo (1,2). Ulloa apresentou sua experiência inicial com implante de válvula venosa intraluminal na tentativa de correção do refluxo venoso em veia femoral. O tema foi comentado por experientes cirurgões: Javier Cabezas – Costa Rica, Andrés Marín – República Dominicana, Alfredo Prego – Uruguai e Marcelo Lacativa – RJ. Em resumo, o maior problema enfrentado continua sendo o domínio da trombose venosa pós-implante.

O segundo apresentador foi o peruano Cesar Carmelino e sua experiência com endolaser, no tratamento das safenas e tributárias varicosas. Ele utiliza fibras com 600 e 400 micras sem tumescência, nem nas tributárias, nas quais trabalha com baixa energia 2 e 3 watts. Em safenas de

maiores calibres, utiliza também espuma de polidocanol em associação com o endolaser. Assim, demonstrou excelentes resultados com a técnica. Os comentários foram de Juan Bombin – Chile, Hugo Navas – Venezuela, Lorena Grillo – Costa Rica e Antonio Carlos de Souza – DF.

Depois, foi a vez do cirurgião argentino Oscar Bottini demonstrar a importância de um bom mapeamento venoso, nos exames com eco Doppler para os membros inferiores. Sem dúvidas, Bottini é um detalhista ao identificar pontos de refluxo e trajetos varicosos. Demonstrou a grande importância do exame no planejamento e otimização de resultados na cirurgia das varizes. Os comentários foram de Carmen Porto – RJ, Raúl Mejía – Colômbia, Julián Javier – EUA e Elias Arcenio – PR.

Rodrigo Kikuchi – SP encerrou as apresentações, como sempre em grande estilo didático e documental, com dicas importantes para o tratamento das difíceis e desafiadoras telangiectasias refratárias. Os comentários foram de Juan Agustín Chunga Prieto – Peru, Leonardo Nóbrega – DF, Aline Lamaita – SP e Marcia Libardi – AL.

Para a análise final da sessão, tivemos excelentes considerações de experientes convidados, como Ernesto Intriago – Equador, Jorge Ulloa Dominguez – Colômbia, Roberto Simkin – Argentina e do Presidente do Encontro/SBACV-RJ, João Sahagoff. Teceram elogios não só aos temas e palestrantes, como também a primordial iniciativa integradora dessa grande comunidade vascular latino-americana. “É preciso manter isso”.

Referências bibliográficas

1. Ferris EB, Kistner RL. Femoral vein reconstruction in the management of chronic venous insufficiency. Arch Surg 1982;117:1571-9.
2. Raju S, Fredericks RK, Neglèn PN, Bass JD. Durability of venous valve reconstruction techniques for “primary” and postthrombotic reflux. J Vasc Surg 1996; 23:357-67.

Projeto de lei autoriza e define a prática de telemedicina no país

O Projeto de Lei 1.998/2020, que autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional, está aguardando o parecer do relator – deputado Hiran Gonçalves (PP/RR) – na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados. O objetivo da proposta é ampliar o acesso ao atendimento e a profissionais especializados.

De acordo com o projeto de lei, de autoria da deputada Adriana Ventura (NOVO/SP), Presidente da Frente Parlamentar Mista da Telessaúde no Congresso Nacional, poderão ser considerados atendimentos por telemedicina, dentre outros: I – a prestação de serviços médicos, por meio da utilização das tecnologias da informação e comunicação, em situações em que os profissionais da saúde ou pacientes não estão no mesmo local; II – a consulta médica remota mediada por tecnologia com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos; III – a troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico; IV – o ato médico a distância, geográfica ou temporal, com a transmissão de

gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer; V – a realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico em espaços físicos distintos; VI – a triagem com avaliação dos sintomas, a distância, para definição e encaminhamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista; VII – o monitoramento para vigilância a distância de parâmetros de saúde e doença, por meio de aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes em regime de internação clínica ou domiciliar, em comunidade terapêutica, em instituição de longa permanência de idosos ou no traslado de paciente até sua chegada ao estabelecimento de saúde; VIII – a orientação realizada por um médico para preenchimento a distância de declaração de saúde e para contratação ou adesão a plano privado de assistência à saúde; IX – a consultoria mediada por tecnologias entre médicos e gestores, profissionais e trabalhadores da área da saúde, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.

“A proposta ainda prevê que os Conselhos Regionais de Medicina deverão estabelecer constante vigilância e avaliação das atividades de telemedicina em seus territórios, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente, preservação do sigilo profissional, registro, guarda e proteção de dados do atendimento.”

A proposta ainda prevê que os Conselhos Regionais de Medicina deverão estabelecer constante vigilância e avaliação das atividades de telemedicina em seus territórios, no que concerne à qualidade da atenção, relação médico-paciente, preservação do sigilo profissional, registro, guarda e proteção de dados do atendimento. Também afirma que o Conselho Federal de Medicina poderá regulamentar os procedimentos mínimos a serem observados para a prática da telemedicina. Segundo o PL, a prática da telemedicina deve ser realizada por livre decisão do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade profissional do médico.

Para a deputada federal Adriana Ventura, a telemedicina democratiza e agiliza o acesso da população à saúde.

– Estamos falando de acesso à saúde a distância. Então, imagina prontuário de saúde único, consulta a distância com possibilidade de tirar dúvidas, consultas de especialistas de qualquer lugar do país. É o apoio à saúde de forma ampla nos lugares mais remotos, sem precisar sair de casa. É por meio da telessaúde e da telemedicina que isso tudo se torna viável para a sociedade. A telemedicina, inclusive, já é realidade em muitos países, como Portugal, Dinamarca, Reino Unido e EUA. Inclusive nos EUA, pelo menos 60% das instituições de saúde praticam algum tipo de telemedicina. No Brasil, o nosso maior desafio é o político. Precisamos criar uma regulamentação permanente, cujo foco principal seja a saúde e qualidade de vida da nossa população. É importante a participação de todos os atores, os médicos, os profissionais de saúde de forma ampla, os pacientes e toda a indústria para que a regulamentação proteja e seja benéfica para todos – afirmou a autora do projeto.

ENTREVISTA COM DR. WALTER PALIS VENTURA, PRESIDENTE DO CREMERJ



Qual é a opinião do Cremerj em relação ao projeto de lei que regulamenta a telemedicina?

A telemedicina é uma prática que se provou, dentro de algumas limitações e regulamentações, necessária. A pandemia nos mostrou isso de forma bastante clara. O projeto de lei fala de uma

forma mais aberta, ele não coloca dados pontuais em relação a essa regulamentação. Na verdade, a regulamentação deve ser feita pelo Conselho Federal de Medicina, que normatiza as práticas médicas, independentemente de ser presencial ou nessa visão mais moderna, por telemedicina. Portanto, independentemente do projeto de lei, nós vislumbramos a necessidade de haver uma regulamentação específica pelo Conselho Federal de Medicina.

“A telemedicina é uma prática que se provou, dentro de algumas limitações e regulamentações, necessária. A pandemia nos mostrou isso de forma bastante clara.”

Qual é a importância de se regulamentar a telemedicina?

Evitar excessos. A prática médica, que é milenar, vem seguindo parâmetros de boa atenção, de ética. A telemedicina tem que obrigatoriamente se enquadrar dentro dos parâmetros clássicos da bioética, tais como não maleficência, beneficência, justiça. Ela deve estar dentro disso. É óbvio que se não criarmos uma regulamentação, os excessos ocorrerão. E, aí, quem perde com isso é a Medicina e, em última instância, o paciente.

Como o Cremerj vê a realização da primeira consulta usando a modalidade de telemedicina?

O Cremerj foi o primeiro Conselho, no início da pandemia em 2020, a criar uma resolução sobre telemedicina especificamente para o momento que vivenciávamos. O Cremerj é contrário à realização da primeira consulta por telemedicina. Claro que todas as consultas têm um ritual a ser seguido, mas, particularmente, a primeira consulta, na qual se conhece o paciente, colhe a história clínica e faz o exame físico para se chegar a um diagnóstico, não conseguimos abrir para essa possibilidade. A partir da primeira consulta presencial, julgamos que deve ser a critério do médico avaliar quando é possível utilizar a telemedicina ou quando necessita de atendimento presencial para dirimir dúvidas e formular diagnóstico. Então, entendemos que é fundamental que a primeira consulta seja presencial.



Fernando Carrada Firmo

Advogado – Portes & Carrada
Sociedade de Advogados



Guilherme Portes

Advogado – Portes & Carrada
Sociedade de Advogados

A LGPD nos consultórios médicos

A LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18) dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Primeiramente, destaca-se que a LGPD atinge praticamente todos os ramos da economia, na medida em que objetiva proteger os dados pessoais de pessoas físicas, aos quais as entidades em geral necessitam ter acesso para o desempenho de suas atividades. Nesse rol, enquadram-se os consultórios e clínicas médicas.

No âmbito dos consultórios e clínicas médicas, esses dados são coletados desde o primeiro contato com o paciente, passando pelo agendamento, cadastramento no sistema, prontuário e guarda das informações no tempo, para diversas finalidades, em especial o registro médico sobre o tratamento ofertado ao paciente.

Mas o que seriam os dados pessoais protegidos pela LGPD? A lei promove uma diferenciação entre os chamados dados pessoais comuns e os dados pessoais sensíveis. Os dados pessoais comuns são qualquer informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável (ex.: nome, endereço, CPF, e-mail etc.). Os dados pessoais sensíveis, por outro lado, são aqueles relacionados à origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico.

Os consultórios e clínicas médicas não tratam apenas de dados pessoais comuns. Pelo contrário, tratam de dados

muito sensíveis, tais como: o estado clínico, a pré-disposição a doenças, receituários e outras informações referentes à saúde do paciente. Os médicos, portanto, devem estar atentos às determinações da LGPD.

A LGPD confere direitos aos seus titulares, como por exemplo, exigir que os seus dados pessoais sejam corrigidos ou apagados, bem como obter esclarecimentos sobre as finalidades para as quais os dados serão coletados, como serão utilizados e por quanto tempo serão armazenados. É importante que os pacientes, tanto novos quanto antigos, autorizem o tratamento dos seus dados pessoais por meio de Termo de Consentimento.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que a LGPD tem como objetivo conferir maior transparência à forma como são armazenados os dados pessoais e garantir que as entidades adotem estratégias e protocolos para mitigar os riscos inerentes a um possível vazamento.

O consultório deverá analisar o fluxo interno das informações e instituir medidas que demonstrem o cuidado no tratamento desses dados pessoais, a exemplo da identificação dos colaboradores que irão receber e processar esses dados e da limitação de acesso por aqueles que não dependam desse tratamento para o exercício de suas respectivas competências. A demonstração desse cuidado no controle é importante para fins de eventual fiscalização ou defesa no caso de vazamento dos dados.

Nota-se que a LGPD incentiva a criação de novos pilares de governança, para que a entidade identifique as vulnerabilidades e riscos no tratamento dos dados pessoais dos pacientes e adote protocolos e ferramentas para mitigá-los. Como visto, é preciso compreender o “ciclo de vida” dos dados pessoais dentro dos consultórios e clínicas médicas.

Esses protocolos e ferramentas vão desde a manipulação dos dados pessoais por profissionais como secretárias e faturistas até a implementação de softwares que garantam um padrão mínimo de segurança para reduzir os riscos de vazamentos desses dados (ex.: controle de acesso com senha individual, armazenamento na nuvem, criptografia, anonimização etc.).

A estrutura de governança deverá ser formalizada em documentos escritos, materializando o que a LGPD denomina de Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais. O referido relatório contém a descrição dos processos de tratamento de dados pessoais que podem gerar riscos às liberdades civis e aos direitos fundamentais, bem como medidas, salvaguardas e mecanismos de mitigação de risco.

Merece destaque que a Resolução CFM nº 1.821/07, que trata do prontuário eletrônico, continua vigente e deverá ser integralmente observada. A resolução configura, inclusive, um dos planos de ação exigidos pela LGPD, visto que apresenta estrutura de segurança a ser observada no manuseio e guarda de documentos sigilosos. No entanto, a LGPD é muito mais abrangente do que o prontuário, pois trata dos dados pessoais em todas as fases da prestação do serviço médico, desde a fase preparatória (com o cadastramento das informações para fins de ficha) até a guarda no pós-atendimento.

Todos os setores estão preocupados com essa nova realidade e como isso será implementado e fiscalizado na prática pela ANPD – Agência Nacional de Proteção de Dados. A expectativa é que, nos próximos meses, a ANPD emita normativos próprios regulamentando alguns setores específicos e, assim, conferindo maior segurança na atuação das entidades.

“Todos os setores estão preocupados com essa nova realidade e como isso será implementado e fiscalizado na prática pela ANPD – Agência Nacional de Proteção de Dados.”

No momento, não há outra opção além de recorrer ao bom senso no atendimento do que preconiza a LGPD. Esse atendimento à lei deverá ser materializado em documentos escritos, de modo a comprovar a preocupação do consultório ou da clínica médica perante pacientes ou outros terceiros que eventualmente questionem como é realizado o tratamento dos dados pessoais.

Algumas operadoras do setor se adiantaram e submeteram aos seus prestadores de serviços as novas regras no tratamento de dados pessoais, inspiradas nos dispositivos gerais da LGPD. Neste ponto, vale destacar que, apesar das sanções administrativas previstas na lei só valerem a partir de agosto de 2021, isso não impede que, por exemplo, pacientes, tomadores ou prestadores de serviços, que se sentirem lesados por eventual descumprimento, recorram aos órgãos de proteção do consumidor ou ingressem com ações judiciais para reparação civil de danos.

Por fim, deve-se considerar que a conformidade com a LGPD é um processo contínuo de implementação e adaptação. Afinal, as vulnerabilidades são identificadas no dia a dia, o que gera a necessidade de aprimoramento dos protocolos no decorrer do tempo.

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

Curiosidades médicas e históricas

Parece certo que na pré-história as funções de médico e sacerdote se misturavam, eram quase inseparáveis. Ambas as atividades desempenham trabalhos com o mesmo fim: “defesa do indivíduo contra as forças do mal”, seja do corpo ou da alma.

Há vestígios de presença do homem na Acrópole grega, desde o tempo neolítico (7000–5000 a.C.). No entanto, a mais antiga Medicina da história parece ter florescido na Suméria em Ur, sul da Mesopotâmia, onde atualmente se localiza o Iraque e o Kuwait, há 6.000 anos.

Na China, Shen Nung, por volta de 2800 a.C., introduziu a agricultura no seu país, inventou o arado e desenvolveu a ciência da Medicina a partir do poder curativo das plantas. Na época, o chá da *cannabis*, atualmente conhecida como maconha, era prescrito para diversas enfermidades: gota, artropatias, malária e até mesmo déficit cognitivo. Recentemente, alguns estudos mostram que a utilização isolada do canabidiol, extraído da *cannabis*, pode produzir efeitos anticonvulsivos, neuroprotetores, hipnóticos e efeitos hormonais, aumentando o nível de cortisol e corticosterona. Outras pesquisas também mostram que essa molécula pode reduzir o metabolismo de drogas via hepática.

Coube a Hipócrates (460–377 a.C.), considerado o maior médico da antiguidade ocidental, separar a Medicina da superstição. Ele negava que as doenças eram causadas por deuses vingativos, como se pode observar até hoje em algumas crenças, religiões e raças. Em seus aforismos, afirma: “a vida é curta, a ciência e arte longas, a oportunidade efêmera, a experiência falaciosa e o julgamento difícil”. Entre seus conselhos aos jovens médicos, que parece

não ser exercitado ultimamente por muitos médicos, está: *“tenha boa aparência física, vista-se adequadamente, seja sereno, viva honestamente, saiba ser discreto (ele nem desconfiava do Facebook, Instagram e WhatsApp) e transmita calma, caso contrário os seus pacientes poderão não acreditar em você”*.

Herófilo (335–280 a.C.) foi um médico grego. Está entre os primeiros médicos a dissecar e estudar um cadáver humano. É considerado também um dos primeiros anatomistas da história da Medicina. Herófilo nasceu na Calcedônia, Ásia Menor, hoje Kadiköy (Istambul), na Turquia. Ainda jovem mudou-se para Alexandria, no Egito, onde iniciou seus estudos de anatomia. Alexandria era o centro da civilização mediterrânea, incorporando a cultura dos povos vizinhos, especialmente a dos gregos. Foi aluno de Ptolomeu Sóter (366–283 a.C.) e mais tarde conheceu Erasístrato de Ceos (310–250 a.C.), de quem se tornou mestre e com quem fundou a Escola de Medicina de Alexandria. Realizou grandes avanços no campo da anatomia. Foi o primeiro a empregar a dissecação do corpo humano para a base de suas pesquisas. Essa prática foi adquirida na prisão real de Alexandria, dissecando corpos de criminosos condenados à morte, mas vivos! Quanto esse fato chocante, dissecar indivíduos vivos, pode ter contribuído para que persistisse, por séculos, a proibição de dissecar corpos humanos mesmo mortos? É difícil dizer.

Interessante foi como os médicos anatomistas hindus, na Índia antiga, se viraram para dissecar cadáveres, uma vez que o corpo humano morto não podia ser profanado ou cortado com qualquer objeto. Então, colocavam o corpo do morto dentro de uma gaiola, mergulhavam nas águas do Ganges e uma semana depois podiam examinar os

tecidos e órgãos sem precisar cortar, apenas tracionando com as mãos e arrancando os seus pedaços.

No período medieval europeu (século V a XV), a igreja cristã condenava as dissecações por considerar o corpo humano a imagem de Cristo. *“Dissecar um homem é como dissecar o próprio Deus: nada poderia ser mais ímpio, mais ateu, mais desumano, do que o estudo da anatomia”*.

A verdade é que, durante séculos, estudar o corpo humano através de cadáveres sempre era problemático e só podia ser feito às escondidas. Muitas vezes, cadáveres eram comprados dos “ladrões de túmulos”. O Renascimento, período posterior à Idade Média (séculos XIV – XVII), é marcado como o período do renascimento da ciência, visto que durante a Idade Média a forte pressão da Igreja Cristã estagnou as atividades médicas, cultuando a “fé” como centro das respostas.

Para falar um pouco do Brasil, o primeiro médico que aqui aportou sofria de insuficiência venosa crônica e úlcera venosa (CEAP 6). Veio na armada de Pedro Álvares Cabral o médico, astrólogo, cosmógrafo e físico espanhol João Faras, também era chamado por João Emeneslau, mais conhecido como Mestre João. Foi ele quem escreveu a carta a El-Rei D. Manuel I, contando sobre a descoberta da Nova Terra, em 1º de Maio de 1500. Aproveitou para se queixar de *“una pierna que tengo mui mala, uma chaga maior que la palma de la mano”*. Depois disso, só em 1555, chegou aqui Jorge Valadares, o primeiro profissional “licenciado” a exercer a Medicina no Brasil (Bahia). Em seguida, dois anos depois, veio junto com o terceiro Governador-Geral, Mem de Sá, o cirurgião-mor de Lisboa, Afonso Mendes.

Muito tempo depois, e para falar sobre o entrosamento dos negros na sociedade colonial e imperial brasileira, sabe-se que foi bastante complexo. Entretanto, nas Minas Gerais do ciclo do ouro, entre os vinte maiores compositores musicais, nove eram negros. Desses, entre os três mais importantes dois eram negros. Desses, o maior nome foi José Mauricio Nunes Garcia (1767-1830), do Rio de Janeiro, padre mulato, violonista, cravista e regente, Mestre da Capela Real na Corte do Príncipe D. João VI, em 1808. Em 1839, um dos seus cinco filhos que teve com Severiana Rosa de Castro, apesar de padre, foi o médico negro José Maria Nunes Garcia (1808-1884). Ele teve uma carreira brilhante,

fez concurso, ganhou a Cadeira de Anatomia Humana e Belas Artes da Faculdade de Medicina e escreveu um “Tratado de Anatomia” e diversas publicações científicas.

A Medicina também esteve presente entre os papas. Da Escola Médica de Montpellier saiu o papa português, João XXI (1276-1277), cujo papado durou menos de um ano. Foi vítima do desmoronamento do seu palácio que estava em reformas, na cidade de Viterbo. Outro papa que também se estudou Medicina, em Paris, foi o francês João XXII (1316-1334).

Para encerrar, uma curiosidade sobre o cirurgião-mor do Paço Imperial que acertou em cheio sobre o prognóstico e tratamento de “lesão traumática” de D. Pedro I. Como é sabido, D. Pedro I, foi um grande conquistador de corações e exímio fazedor de filhos. Em 15 anos de vida sexual ativa, foi pai de nada mais nada menos que 28 filhos, dez em seus dois matrimônios e dezoito fora dele. Incluindo-se aí a quituteira negra do Palácio de São Cristóvão que teve a honra de uma gravidez real, como também uma freira, na Ilha Terceira (Açores/Portugal). O caso aconteceu na Rua Nova do Ouvidor, hoje Travessa do Ouvidor, com a bela modista francesa de 25 anos, Madame Clémence Saisset. Ao voltar mais cedo para casa, Monsieur Pierre Saisset, marido da francesinha, encontrou D. Pedro I totalmente despido em sua cama e com a perna enrolada num pano. A esposa o convenceu de que o Imperador havia sofrido uma queda do cavalo de frente à casa, que ela o recolhera e despira (tudo no maior respeito, é claro) para aplicar-lhe uma massagem de socorro. Pediu ao marido que chamasse um médico urgentemente para atender o Imperador. Chegou o cirurgião-mor que examinou D. Pedro I, a sós, pediu ao Monsieur que dormisse em outro quarto e deixasse o “doente” em repouso na alcova, aos cuidados da “enfermeira”. Tranquilizou a todos que logo o Imperador se restabeleceria. Na manhã seguinte, D. Pedro I estava ótimo e o médico foi muito cumprimentado pelo tratamento e acertado prognóstico.

Referências Bibliográficas

<https://pebmed.com.br/cannabis-heroina-ou-vila/>
<https://ars-curandi.wikia.org/pt/wiki/Eras%C3%ADstrato>
<https://mcv.ufes.br/anatomia>
<https://www.estantevirtual.com.br/livros/walter-benevides/moliere-e-a-medicina/1079106466>
<http://revistaphilomatica.blogspot.com/2010/09/franca-na-alcova-de-dpedro-i.html>

Dr. Marcelo Ferreira, cirurgião vascular

Hipismo: uma paixão familiar que atravessa gerações

Na maioria das vezes, o hipismo é uma paixão familiar que atravessa gerações. No meu caso particularmente, isso se torna bem verdadeiro, pois meu falecido pai era oficial da cavalaria do Exército brasileiro. Muito antes de aprender a andar de bicicleta, já andávamos a cavalo nos quartéis brasileiros. Inúmeras vezes, fui encontrado aos 4-5 anos de idade dentro da baia do Magrão, um belo cavalo castanho com a frente aberta (pelagem branca que acompanha o focinho do animal).

Uma vez formado em Medicina, a vida médica nos leva a um esforço e superação extrema, muitas vezes sacrificando nossas vidas e de nossos familiares e sobrando pouco tempo para prática de um esporte, o que hoje vejo claramente ser um erro. Tento transmitir aos meus filhos: cuidado, o trabalho engole sua vida!

“Muito antes de aprender a andar de bicicleta, já andávamos a cavalo nos quartéis brasileiros. Inúmeras vezes, fui encontrado aos 4-5 anos de idade dentro da baia do Magrão, um belo cavalo castanho com a frente aberta (pelagem branca que acompanha o focinho do animal).”

Voltando ao hipismo, já aos 50 anos, decidi colocar dois de meus filhos, hoje advogados, na escolhinha de equitação da Sociedade Hípica Brasileira (SHB), no Rio de Janeiro. Em uma das aulas no fim da tarde, o professor, porque via minha paixão pelos animais, perguntou por que eu também não entrava na escola. Não pensei duas vezes e, na semana seguinte, lá estava eu no meio das crianças e adolescentes, aprendendo equitação.

A partir desta data, a paixão de toda a família foi crescendo. Passamos a treinar, diariamente e todos os fins de semana, saltos e todas as técnicas necessárias para a prática do hipismo. Chegamos a ter oito cavalos de saltos, na maioria europeus, onde foram desenvolvidas as raças específicas para saltos, muito em função do desuso desses animais depois da Primeira Guerra Mundial. Com a Segunda Guerra sendo mecanizada, os cavalos evoluíram para diversas raças de salto, juntando força e coragem, que já existiam com a agilidade de outras raças.

Passar os fins de tarde ou as manhãs de domingo na SHB era a rotina familiar. Era o momento de paz e reflexão, o contato com os cavalos, alimentá-los, acariciá-los e tudo que envolvia o trato dos animais, nos fazia sentir junto à natureza. O cheiro dos animais deixa saudade. A inteligência e a amizade deles são muito significativas. A prática do hipismo, as provas semanais, os treinos diários trouxeram disciplina e autocontrole, foram momentos inesquecíveis. Dominar sem contrariar e exigir movimentos e saltos sem maltratar o animal são os segredos do hipismo, exige muita interação, disciplina, compreensão, leitura corporal entre o cavalo e o cavaleiro. São em média 500 kg de força e beleza sob seu comando complacentemente.

Ainda hoje, visito a SHB apenas para apreciar a beleza dos animais. Sentir o cheiro deles nos traz, através da memória olfativa, recordações maravilhosas. Hipismo é um esporte que amo e recomendo a todos, especialmente para nós, cirurgiões, que podemos refletir e, ao mesmo tempo, treinar nossa disciplina, coragem e conhecer nossos limites.

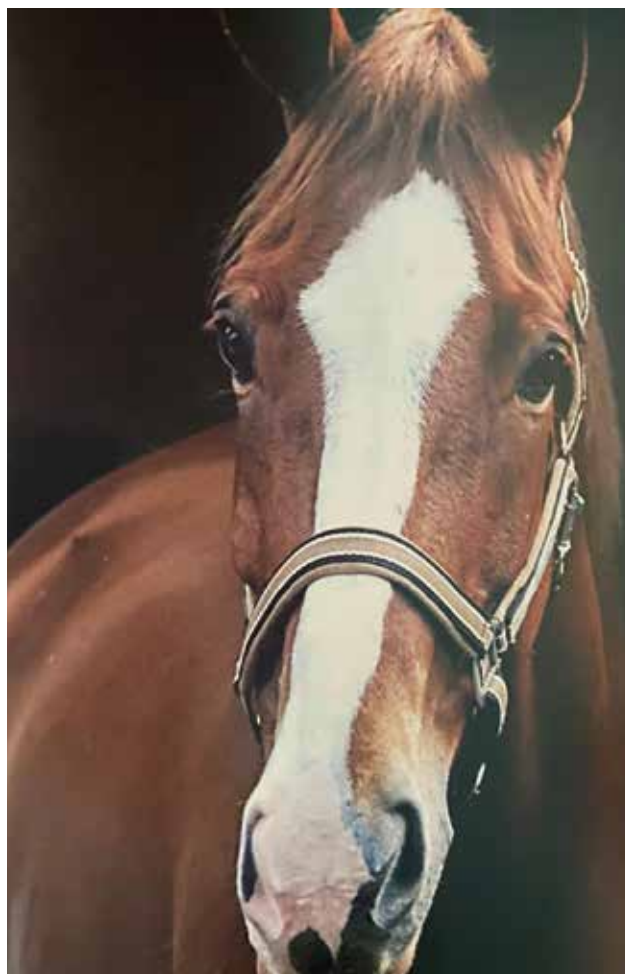
“Ainda hoje, visito a SHB apenas para apreciar a beleza dos animais.”



Dr. Marcelo e os filhos em premiação



Dr. Marcelo saltando com a égua Corlanda



Oberon, um dos primeiros cavalos do cirurgião

SBACV-RJ e Cremerj assinam termo de cooperação técnica

Com o objetivo de fortalecer as iniciativas de combate ao exercício ilegal da Medicina nas especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, de modo a resguardar o ato médico a profissionais legalmente habilitados para tanto e, em última análise, proteger a saúde da população, que inadvertidamente se expõe a risco ao realizar procedimentos com não médicos, a SBACV-RJ e o Cremerj assinaram, no dia 07 de maio, um termo de cooperação técnica.

Para a elaboração do termo, a Sociedade e o Conselho levaram em consideração que, nos últimos anos, houve um crescimento exponencial do exercício ilegal da Medicina nas especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, especialmente no tocante ao procedimento médico invasivo de escleroterapia, que vem sendo oferecido em todo tipo de estabelecimento de estética e por profissionais não médicos de variadas formações, como biomédicos, fisioterapeutas e outros. O documento enfatiza ainda que existe um incentivo à invasão das atividades privativas de médicos por parte de outros conselhos profissionais, que editam normas infralegais sem nenhum respaldo legal, em nítida tentativa de legitimação das condutas.

A FIM DE ALCANÇAR O OBJETIVO DO TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, FICOU ESTABELECIDO COMO FLUXO DE TRABALHO:

- a) Estabelecimento de um canal de contato interinstitucional para facilitar a troca de informações entre a SBACV-RJ e o Cremerj.
- b) Recepção das denúncias encaminhadas por médicos ou pacientes por intermédio da SBACV-RJ ou do Cremerj.
- c) Encaminhamento do material das denúncias recebidas pelo Cremerj para a SBACV-RJ, a quem competirá promover a análise inicial dos casos.
- d) Averiguação quanto à inscrição do estabelecimento denunciado ou do seu diretor técnico no Cremerj.
- e) Notificação conjunta, expedida em nome do Cremerj e da SBACV-RJ, para os estabelecimentos denunciados,

“O documento enfatiza ainda que existe um incentivo à invasão das atividades privativas de médicos por parte de outros conselhos profissionais, que editam normas infralegais sem nenhum respaldo legal, em nítida tentativa de legitimação das condutas.”

de modo a identificar se os procedimentos são realizados por médico regularmente inscrito no Cremerj; na hipótese de os procedimentos serem realizados por profissionais não médicos, quais as suas respectivas formações e se são supervisionados por médico durante a realização do procedimento.

f) A definição das condutas a serem adotadas, nos casos selecionados, será realizada de forma conjunta entre o Cremerj e a SBACV-RJ. Para facilitar o encaminhamento das denúncias ou representações perante os órgãos competentes, os casos poderão ser agrupados com base na formação dos profissionais denunciados.

g) A SBACV-RJ ficará responsável pela elaboração de ofícios, notificações e outros documentos de encaminhamento aos denunciados e aos órgãos competentes. Os referidos documentos, após a aprovação final do Cremerj, serão assinados conjuntamente.

h) Em periodicidade trimestral, a SBACV-RJ e o Cremerj se reunirão, remota ou presencialmente, para analisar a efetividade das medidas e, eventualmente, estudar novas estratégias de atuação.

As medidas de combate ao exercício ilegal da Medicina serão inicialmente direcionadas aos seguintes órgãos competentes: Vigilância Sanitária Municipal, Delegacia do Consumidor (DECON) e Ministério Público.

Projeto de deputado reduz alíquota de tributação para profissionais da área médica

A diretoria da SBACV-RJ e vários membros da Regional estiveram reunidos, em maio, com o deputado Luiz Antonio Teixeira Jr. (Doutor Luizinho) para debater propostas para a defesa profissional nas especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular. Na ocasião, a SBACV-RJ apresentou ao deputado uma proposta de redução da alíquota do Simples Nacional para a categoria médica.

Baseando-se nessa proposta, Doutor Luizinho protocolou, na Câmara dos Deputados, no dia 09 de junho, o Projeto de Lei Complementar 85/2021, que altera Lei do Simples Nacional e reduz a alíquota de tributação “mínima” de 6,00% para 4,50% para serviços prestados por profissionais da Medicina.

De acordo com a legislação atual, a alíquota inicial para a tributação dos profissionais médicos é de 6,00%, enquanto áreas como a advocacia, a tributação é progressiva, com alíquota inicial de 4,50%. “É preciso fazer uma reformulação na lei e um ajuste com relação às alíquotas cobradas dos profissionais da área médica, principalmente neste momento grave de pandemia, em que a categoria se desdobra para sobreviver e entregar um serviço de excelência à população”, enfatizou o deputado.

“É preciso fazer uma reformulação na lei e um ajuste com relação às alíquotas cobradas dos profissionais da área médica, principalmente neste momento grave de pandemia, em que a categoria se desdobra para sobreviver e entregar um serviço de excelência à população.”





SBACV-RJ sugere uso de termo de confidencialidade

Prezados associados,

Após discussão, no dia 1º de julho, durante a 620ª reunião científica da SBACV-RJ, que foi bastante profícua na temática da defesa profissional suscitando discussões interessantíssimas nesta seara, em especial no Tema I: “Gravação de consultas médicas: aspectos éticos e jurídicos”, o Vice-Presidente da Regional, Dr. Julio Peclat, sugeriu a confecção de um termo de confidencialidade para autorização de gravação da consulta médica pelo paciente.

Como associado e Presidente da Regional RJ, considerei interessante e importante e solicitei a elaboração, com o auxílio dos nossos assessores jurídicos, Drs. Guilherme Portes e Fernando Carrada, na confecção da minuta do termo

de confidencialidade, que apresento aos senhores. Espero que possa ser aproveitada não somente pelos associados de nossa Regional, mas também para todas aquelas que tenham comungado do mesmo interesse. Neste tocante, defendemos sempre que a colaboração entre as regionais é fundamental para o avanço da sociedade e da especialidade como um todo.

Por fim, reafirmando a importância de tal documento colaborativo, gostaríamos de deixar a SBACV Nacional e todas as demais regionais à vontade para utilizar o Termo de Confidencialidade da SBACV-RJ se assim entenderem ser pertinente.

**Forte abraço a todos,
João Sahagoff**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE
(GRAVAÇÃO DA CONSULTA MÉDICA PELO PACIENTE)**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____; CPF: _____;
Endereço: _____.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (se houver):

Nome: _____; CPF: _____;
Endereço: _____;
Grau de Parentesco: _____.

DECLARO que solicitei autorização ao médico(a) para a gravação da minha consulta médica e que fui devidamente esclarecido(a) de que a referida gravação se destina exclusivamente ao meu uso pessoal, com a finalidade de auxiliar na compreensão e acompanhamento das orientações recebidas.

DECLARO que tomei conhecimento de que a imagem, voz e honra do(a) médico(a) são protegidos pelo Art. 5º, inciso X, da Constituição Federal, segundo o qual “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

DECLARO que, por se tratar de direitos da personalidade, devo adotar as medidas de guarda adequadas em relação à gravação, de modo a afastar os riscos de vazamento e do acesso indevido por terceiros.

DECLARO, ainda, que estou ciente de que não posso divulgar a gravação sem a prévia autorização do(a) médico(a), sob pena da adoção das medidas cíveis e criminais cabíveis contra a minha pessoa.

Por estar plenamente esclarecido(a) sobre a restrição do uso da gravação e as implicações legais em caso de descumprimento, assino o presente termo, em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

Paciente:

Assinatura: _____

Nome:

CPF:

Responsável legal (se houver):

Assinatura: _____

Nome:

CPF:

PREENCHIDO PELO(A) MÉDICO(A): Autorizei o paciente e/ou seu responsável legal a proceder à gravação da consulta médica e expliquei acerca das restrições ao uso da gravação, proibindo expressamente sua divulgação a terceiros.

Nome do(a) Médico(a): _____
CRM: _____

Assinatura e Carimbo

SBACV-RJ entrega livro “Honorários Médicos” ao Cremerj

A convite do Presidente do Cremerj, Dr. Walter Palis Ventura, diretores da SBACV-RJ visitaram a sede da entidade, no dia 16 de abril, para entregar em mãos o livro “Honorários Médicos”.

Na ocasião, estiveram presentes os três últimos presidentes da Sociedade: Dr. Julio Peclat, autor da obra, Dr. Carlos Peixoto e Dr. Breno Caiafa, além do atual presidente, Dr. João Sahagoff. O Conselheiro e Diretor, Dr. Flavio Sá Ribeiro, também participou da reunião.

O Cremerj é um grande parceiro da SBACV-RJ em várias frentes na defesa do associado no Estado do Rio de Janeiro.

“Na ocasião, estiveram presentes os três últimos presidentes da Sociedade: Dr. Julio Peclat, autor da obra, Dr. Carlos Peixoto e Dr. Breno Caiafa, além do atual presidente, Dr. João Sahagoff.”



Diretores da SBACV-RJ em visita ao Cremerj

SBACV se reúne com deputados para abordar CBHPM

No dia 16 de junho, a SBACV, representada pelo seu Presidente Dr. Bruno Naves, pelo Vice-Presidente Dr. Julio Peclat, pelo Diretor de Defesa Profissional Dr. Eraldo Arraes e pelo setor jurídico da Sociedade, na pessoa do advogado Dr. Caio Rodrigues, se encontrou com o Presidente da Câmara dos Deputados Arthur Lira, com o deputado Luiz Antonio Teixeira Jr. (Doutor Luizinho) e com o deputado Hiran Gonçalves para tratar de assuntos pertinentes à classe médica e, em especial, sobre a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, a aprovação como lei e a implantação no SUS. Na ocasião, foi entregue um documento redigido pelo setor jurídico da SBACV, com os pleitos oficiais da entidade.

“Na ocasião, foi entregue um documento redigido pelo setor jurídico da SBACV, com os pleitos oficiais da entidade.”



Rio de Braços Abertos recebe as Regionais nas reuniões científicas

O Projeto Rio de Portas Abertas recebeu as regionais do Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte durante a 613ª reunião científica da SBACV-RJ, realizada no dia 28 de janeiro. Participaram da reunião os presidentes João Sahagoff, do RJ; Roberta Campos, do MA; Susyanne de Lavor Cosme, do PI; e Gutenberg do Amaral Gurgel, do RN.

Dr. Tiago Cavalcante (RN) apresentou a palestra “A importância da fotodocumentação nos procedimentos da flebologia e sua aplicabilidade”, que teve o Dr. Julio Peclat como moderador, e o Dr. Daniel Drummond, como debatedor.

“Estabelecimento do protocolo de anticoagulação de TEV do Hospital Central Aristarcho Pessoa (CBMRJ)” foi o

assunto apresentado pelo Dr. Felipe Silva Costa (RJ). Os Drs. Gutenberg do Amaral Gurgel e Adilson Toro Feitosa foram moderador e debatedor, respectivamente.

Dr. Germano da Paz Oliveira (PI) abordou o tema "Análise comparativa dos parâmetros com US Doppler transcraniano durante a endarterectomia carotídea por semi-versão e a angioplastia carotídea", que teve a participação do Dr. Clovis Bordini Racy Filho, como moderador, e a Dra. Gina Mancini, como debatedora.

A 614ª reunião científica da SBACV-RJ, realizada no dia 18 de fevereiro, recebeu as regionais do Espírito Santo e da Bahia. Participaram da reunião os Drs. Bruno Naves, Presidente da SBACV Nacional; João Sahagoff, Eliud Garcia Duarte Jr e Ana Célia Ferreira dos Santos, Presidentes das Regionais RJ, ES e BA, respectivamente.

"Modernizando o atendimento em uma clínica de feridas e úlceras vasculares" foi o tema abordado pelo Dr. Leonardo Aguiar Lucas (RJ), que teve como moderador o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira e como debatedores os Drs. José Amorim de Andrade e Hugo Tristão.

O Dr. João Luiz Sandri (ES) apresentou a palestra "Síndrome do Calcanhar Órfão", que foi moderada pelo Dr. Marcus

Humberto Tavares Gress e debatida pelos Drs. Felipe Francescutti Murad e Cristina Riguetti Pinto.

"Segurança no uso do laser. O que devemos saber para a segurança do médico, do paciente e do equipamento" foi a palestra ministrada pela Dra. Miriam Takayanagi (BA), que contou com o Dr. Eduardo Trindade como debatedor, e os Drs. João Augusto Bille e Leonardo Stambowsky como moderadores.

"A 614ª reunião científica da SBACV-RJ, realizada no dia 18 de fevereiro, recebeu as regionais do Espírito Santo e da Bahia. Participaram da reunião os Drs. Bruno Naves, Presidente da SBACV Nacional; João Sahagoff, Eliud Garcia Duarte Jr e Ana Célia Ferreira dos Santos, Presidentes das Regionais RJ, ES e BA, respectivamente."

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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



contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

**XXXVI ENCONTRO DE
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR
DO RIO DE JANEIRO**

**SAVE THE
DATE**
17 A 19 DE
MARÇO DE 2022
WINDSOR BARRA HOTEL

SBACV RJ

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

www.sbacvrj.com.br



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