



**Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular** n.º 1 - Jan/Fev - 2016

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

**SBACV RJ**

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

#### **Defesa Profissional**

CBHPM e Rol de procedimentos da ANS: como isso impacta no seu dia a dia?

#### **Artigo Científico**

Trabalhos apresentados na reunião científica de Angra do Reis

#### **Artigo Científico Internacional**

Trabalho do Dr. Alejandro Fabiani, presidente da CELA

#### **Espaço Ecografia Vascular**

Imagens sobre Leiomiossarcoma venoso iliofemoral

#### **Entrevista**

Com Dr. Ivanésio Merlo, novo presidente da Nacional

#### **Especial**

Projetos se renovam com novas diretorias

#### **Gestão de RH em Saúde**

Investir no sucesso é preparar e apoiar lideranças

#### **Opinião**

O Dr. Luiz Alexandre Essinger fala sobre a crise da saúde no Estado



**CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula.  
**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Não há evidência científica de eventos adversos e alteração de eficácia terapêutica em caso de ingestão simultânea de Flebon® com outros medicamentos.

**Flebon®** (Pinus pinaster - Pycnogenol®). **Apresentação:** embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** na prevenção das complicações nos membros inferiores. **Contraindicação:** hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de Pinus pinaster interage medicamentosa. **Reações adversas:** até o momento só foi relatada a seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando Flebon® após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. Síndrome do viajante: tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar; quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. M.S.: 1.0390.0181. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse [www.fqm.com.br](http://www.fqm.com.br).

**Referências Bibliográficas:** 1. Cesarone, MR et al. Comparison of Pycnogenol® and Dalfon® in treating chronic venous insufficiency: a prospective, controlled study. Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis, 2006; 12(2): 205-212. 2. Cesarone MR et al. Rapid Relief of Signs/Symptoms in Chronic Venous Microangiopathy With Pycnogenol®: A Prospective, Controlled Study. 2006; 57 (5): 569-576.



Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.



## Palavra do Presidente

Prezado colega associado da SBACV-RJ

05

## Editorial

Para esta edição trabalhamos detalhes que farão diferença na revista da SBACV-RJ

06

## Palavra do Secretário-Geral

Caros colegas, bem-vindos à nova gestão

07

## Palavra da Diretoria Científica

Evoluir sempre

08

## Palavra da Tesouraria-Geral

Ser um membro participativo da Sociedade fortalece a classe!

09

## Defesa Profissional

CBHPM e Rol de Procedimentos da ANS: como isso impacta no seu dia a dia?

10

## Imagem vascular

11

## Artigo Científico

Relato de Caso - Litopédio: mais um fator de risco para trombose venosa profunda?

12

## Artigo Científico

Dissecção do tronco celíaco e degeneração aneurismática – Revisão de literatura e relato de caso de tratamento endovascular com stent recoberto

16

## Artigo Científico Internacional

Tratamento endovascular de aneurisma micótico e de fístula aorto-entérica

24

## Espaço Ecografia Vascular

Leiomiossarcoma venoso iliofemoral

29

## Entrevista

Com o Dr. Ivanésio Merlo

Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Nacional

31

## Especial

Projetos se renovam com novas diretorias

33

## Gestão de RH em Saúde

Investir no sucesso é preparar e apoiar lideranças

41

## Opinião

Dr. Luiz Alexandre Essinger

Coordenador da Rede de Cirurgia Vascular do Município do Rio de Janeiro

43

## Informangio

O Cremerj foi o palco da primeira reunião científica do ano de 2016

45

O Dr. Eduardo Féres será eternizado por sua contribuição profissional

Novos Sócios

Eventos

50

**Presidente**  
Carlos Clementino dos Santos Peixoto

**1º Vice-Presidente**  
Sergio Silveira Leal de Meirelles

**2º Vice-Presidente**  
Arno von Buettner Ristow

**Secretário-Geral**  
Breno Caiafa

**1º Vice-Secretário**  
Guilherme Peralta Peçanha

**2º Vice-Secretário**  
Felipe Francescutti Murad

**Tesoureiro-Geral**  
Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

**1º Tesoureiro**  
Adilson Toro Feitosa

**2º Tesoureiro**  
Bernardo Cunha Senra Barros

**Diretor Científico**  
Julio Cesar Peclat de Oliveira

**1º Vice-Diretor Científico**  
Marcos Areas Marques

**2º Vice-Diretor Científico**  
Daniel Autran Burlier Drummond

**Diretor de Eventos**  
Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

**1º Vice-Diretor de Eventos**  
Paulo Marcio Goulart Canongia

**2º Vice-Diretor de Eventos**  
Leonardo Stambowsky

**Diretor de Publicações Científicas**  
Leonardo Aguiar Lucas

**1ºVice-Diretor de Publicações Científicas**  
Leonardo Silveira de Castro

**2ºVice-Diretor de Publicações Científicas**  
Stenio Karlos Alvim Fiorelli

**Diretor de Defesa Profissional**  
João Augusto Bille

**1º Vice-Diretor de Defesa Profissional**  
Felippe Beer

**2º Vice-Diretor de Defesa Profissional**  
Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

**Diretor de Patrimônio**  
Marcio Arruda Portilho

**1º Vice-Dir. de Patrimônio**  
Almar Assumpção Bastos

**2º Vice-Dir. de Patrimônio**  
Marcello Capella Moritz

**Presidente na gestão anterior**  
Julio Cesar Peclat de Oliveira

**DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**

**Público**  
Luiz Alexandre Essinger

**Jurídico**  
Adalberto Pereira de Araújo

**Científico**  
Alberto Coimbra Duque

**Publicações**  
Carmen Lucia Lascasas Porto

**Planejamento Estratégico**  
Paulo Roberto Mattos da Silveira

**Residência Médica**  
Paulo Eduardo Ocke Reis

**Vice-Residência Médica**  
Bruno Morrison

**Eventos**  
Alessandra Fois Camara

**Informática**  
Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro

**Associações Médicas**  
Raimundo Luiz Senra Barros

**Cirurgia Endovascular**  
Marcus Humberto Tavares Gress

**Convênios**  
Ney Abrantes Lucas

**Ações Judiciais**  
Jackson Silveira Caiafa

**Defesa Profissional**  
Adriana Rodrigues Vasconcellos

**Departamentos de Gestão**  
Relacionamento SUS

**Diretor de Informática**  
Átila Brunet Di Maio Ferreira

**Vice-Diretor de Informática**  
Felipe Silva da Costa

**Pós-Graduação**  
Carlo Sassi

**Educação Continuada**  
Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

**DEPTOS CIENTÍFICOS**

**Doenças Arteriais**  
Celestino Afonso Oliveira Martins

Edilson Ferreira Feres

Fernando Tebet Ramos Barreto

João Marcos Fonseca e Fonseca

Luiz Henrique Coelho

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

**Doenças Venosas**

Angela Maria Eugenio

Daniel Marques Figueiredo Leal

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

**Acesso Vasculares**

Hermógenes Petean Filho

Leonardo Oliveira Harduin

**MÉTODOS ESPECIAIS**

**Escleroterapia**  
Marília Duarte Brandão Panico

**Laser**  
Rosa Claudia Guarrido Enes Cota

**Radiofrequência**  
Alexandre Cesar Jahn

**Espuma**  
Diogo Di Battista de Abreu e Souza

**Doenças Linfáticas**  
José Carlos Mayall

Monica Rochedo Mayall

**Métodos Diagnósticos**  
Não Invasivos

Barbara Beatriz Couto Ruivo

Clóvis Bordini Racy Filho

Karla Gomes de Abreu

Luiz Paulo de Brito Lyrá

Nostradamus Augusto Coelho

Sergio Eduardo Correa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

**Angiorradiologia e Cirurgia**  
Endovascular

Alberto Beer

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Guilherme Nogueira Dutra

Rodrigo Soares Cunha

**Feridas**  
Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

**Cirurgia Experimental**  
e Pesquisa

Bernardo de Castro Abi - Rama

Chimelli

Nivan de Carvalho

Breno França Vieira

**Microcirculação**  
Mario Bruno Lobo Neves

André Marchiori

**Trauma Vascular**  
Bruno Miana Caiafa

Eduardo Feres

Rita de Cassia Proviett Cury

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

**Fórum Científico**  
Helen Cristina Personi

Eduardo André Simas Lemos

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz de Almeida

**SECCIONAIS**

**Coordenação**  
Gina Mancini de Almeida

**Norte**

Eduardo Trindade Barbosa

**Noroeste - 1**  
Eugenio Carlos de Almeida  
Tinoco

**Noroeste - 2**  
Sebastião José Baptista Miguel

**Serrana - 1**  
Eduardo Loureiro de Araújo

**Serrana - 2**  
Celio Feres Monte Alto Junior

**Médio Paraíba - 1**  
Luiz Carlos Soares Gonçalves

**Médio Paraíba - 2**  
Marcio José de Magalhães Pires

**Baixada Litorânea**  
Antonio Feliciano Neto

**Baía de Ilha Grande**  
Sergio Almeida Nunes

**Metropolitana 1**  
**Niterói**  
Edilson Ferreira Feres

**Metropolitana 2**  
Simone do Carmo Loureiro

**Metropolitana 3**  
**Nova Iguaçu**  
Joé Gonçalves Sestello

**Metropolitana 4**  
**São Gonçalo**  
José Nazareno de Azevedo

**Metropolitana 5**  
**Duque de Caxias**  
Fabio de Almeida Leal

**Conselho Científico**  
Antonio Rocha Vieira de Mello  
Alda Candido Torres Bozza  
Carlos Eduardo Virgini Magalhães  
Carlos José Monteiro de Brito  
Henrique Murad  
Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha  
do Nascimento Silva  
Julio Cesar Peclat de Oliveira  
Manuel Julio José Cota Janeiro  
Marcio Leal de Meirelles  
Marília Duarte Brandão Panico  
Rossi Murilo da Silva  
Sérgio Silveira Leal de Meirelles  
Vasco Lauria da Fonseca Filho



# Prezado colega associado da SBACV-RJ,

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto - Presidente da SBACV-RJ.

Com imenso prazer assumimos a Presidência em janeiro.

Estamos entusiasmados, eu e minha diretoria, para fazermos o melhor trabalho em prol do crescimento da Sociedade e de nossas especialidades.

Entre os projetos que temos, está levar mais informação sobre nossas especialidades ao público em geral.

Outra preocupação nossa é a formação profissional: residência e pós-graduação nem sempre estão sendo suficientes para a formação adequada do futuro especialista.

A luta pela implantação do ROL na saúde suplementar será contínua. Sua expansão para doença venosa e métodos invasivos também é nosso objetivo, assim como a melhoria das condições de trabalho junto aos órgãos públicos, que será tratada com coragem, pois implantar a filosofia da Saúde Vascular na área pública é prioridade

desta gestão. Estamos mapeando os serviços e profissionais que nela atuam para que possamos preparar um conjunto de ideias para apresentarmos aos administradores da saúde pública. Por ser ano de eleições municipais, devemos aproveitar e buscar os políticos que se comprometeram com os nossos projetos para que sejam realizados.

Como se vê, temos muito trabalho a realizar.

A você, associado, oferecemos um leque de opções que o estimule a se manter participativo, pois nossa busca maior é a manutenção da credibilidade do especialista e tornar a marca SBA-CV-RJ mais forte.

Assim, conclamo você. Acredito que, com muito trabalho, o sucesso e as conquistas ocorrerão, e os resultados serão bons todos!!

Grande abraço,  
Dr. Carlos Peixoto  
Presidente da SBACV-RJ

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

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

**Jornalista Responsável**  
Márcia Asevedo  
Mtb: 34.423/RJ

**Projeto Gráfico e Diagramação**  
Julio Leiria

**Coordenação, Editorial e Gráfica**  
Selles Comunicação  
Av. Rio Branco, 185 - sala 913 - Centro  
CEP: 20040-007 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2233-0005  
e-mail: selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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

**Contato para anúncios:** sra. Neide Miranda  
(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124\*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



## Para esta edição trabalhamos detalhes que farão diferença na revista da SBACV-RJ

Dr. Leonardo Aguiar Lucas - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

Prezado leitor,

A edição de nossa Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular que chega às suas mãos agora traz novidades que vão além de um novo projeto gráfico: você perceberá que, além das seções já tradicionais em nossa publicação, estamos trazendo algumas inovações, as quais gostaríamos de apresentar a você.

A partir de agora teremos uma seção dedicada à Ecografia – área tão presente nas rotinas profissionais de muitos de nossos associados. Ela está sendo coordenada por Clóvis Bordini Racy Filho, do Departamento Científico de Métodos Diagnósticos Não Invasivos.

A Imagem Vascular ganhou mais destaque, com mais explicações sobre o caso, e página própria. Para enriquecer nossos contatos com as práticas de colegas de outros países, temos agora uma seção para publicar suas contribuições, chamada de Internacional, este mês fomos presenteado com um relato de caso enviado pelo presidente do CELA (Cirujanos Endovasculares de Latino America), Dr. Alejandro Fabiani.

As dificuldades de gestão do consultório passam a ser esclarecidas em uma seção própria, que contemplará desde a gestão financeira até a de pessoal, sempre com textos de especialistas reconhecidos em suas áreas de atuação.

Mas é claro que não são apenas estas seções que merecem destaque: como Especial, nesta edição, temos a posse das diretorias da Nacional e de nossa Regional, que aconteceram simultaneamente em janeiro, aqui em nossa capital.

Também merecem destaque os artigos científicos do Dr. Breno Paes de Sousa, sobre Dissecção do tronco celíaco e degeneração aneurismática – Revisão de literatura e relato de caso de tratamento endovascular com stent recoberto; e do Dr. Sérgio Almeida Nunes, sobre o Relato de Caso – Litopédio: mais um fator de risco para trombose venosa profunda.

Esperamos contar com a contribuição de todos, de modo a conseguirmos aperfeiçoar cada vez mais a Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular.



## Caros colegas, bem-vindos à nova gestão

Dr. Breno Caiafa - Secretário-Geral da SBACV-RJ.

Divido com vocês algumas metas desse novo biênio.

No biênio 2016/17, já começamos organizando o XXX Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular com nova dinâmica. A novidade é que teremos um aplicativo para o congresso para facilitar e orientar o congressista, contendo diversos assuntos que estarão disponíveis no seu menu. A partir dele, desenvolveremos um aplicativo definitivo para nossa regional, novidade nacional, que será ferramenta facilitadora para nossas ações e aproximará os sócios da Secretaria, Diretoria e Presidente.

Estarmos juntos aumenta nossa representatividade perante os diversos desafios que a prática de nossa profissão demanda. Temos uma assessoria jurídica forte e eficiente que pode atender aos sócios em qualquer dúvida em relação à assinatura de contratos com operadoras de saúde, além de poder consultá-la para dirimir qualquer infortúnio com que possa se deparar na prática médica. Com ela, revisamos e atualizamos o estatuto, criamos o regimento interno, trabalho realizado no final da gestão anterior, que distribuiremos no congresso carioca.

Como base de nossa existência e objetivo primordial de nosso estatuto, temos a obrigação de participarmos da formação do Angiologista e Cirurgião Vascular. Faremos um mapeamento dos

serviços de residência médica credenciados pelo MEC e SBACV, dos residentes e ex-residentes do nosso Estado para cooperarmos de maneira que tenhamos uma elevação do nível das residências médicas nas nossas Especialidades.

Agiremos com veemência na questão de saúde pública, seguindo com o projeto de saúde vascular, iniciado no Fórum de 2015, que será reeditado. Estamos planejando esse para setembro, estendendo a participação de políticos e profissionais de saúde a fim de definirmos uma política efetiva de saúde vascular para nossos pacientes.

Não obstante a esses tópicos, com a mesma preocupação, atuaremos no serviço privado, reforçando a existência do ROL (Rol de Procedimentos por Patologia Vascular), divulgando aos colegas e insistindo que todos tenham-no como um livro de cabeceira do consultório. Apresentaremos mais uma vez e lutaremos por sua aprovação e implementação nas operadoras de saúde suplementar, fazendo entender que lutaremos, unidos, até que eles compreendam que valemos muito mais do que eles pensam.

Estamos também abertos para ouvir ideias, escutar e receber opiniões de todos os colegas que nos procurarem. Entendemos que somente juntos conseguiremos defender e fortalecer nossas especialidades e nossa sociedade.



## Evoluir sempre

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

Prezado colega,

Em janeiro, assumi a Diretoria Científica de nossa Regional fazendo uma espécie de troca de cadeiras com meu amigo Carlos Peixoto, que deixou esta importante diretoria para ocupar a Presidência, onde estive durante os dois últimos anos a serviço de nossa Sociedade.

Trago de minha passagem pela Presidência – e também de todas as minhas contribuições anteriores à SBACV-RJ – a certeza da relevância e da responsabilidade inerentes a esta pasta. Trago também muita disposição para encarar antigos e novos desafios. Dentre eles, destaco a busca por aumentar os atrativos para que os sócios encaminhem trabalhos para as reuniões científicas e para a publicação em nossa Revista Vascular, que hoje já recebe um volume importante de trabalhos, em maioria apresentado nas reuniões científicas e encontros cariocas.

Quando estava à frente da Diretoria de Publicações, na gestão de Carlos Eduardo Virgini, propus a criação do Prêmio Rubens Mayall, que premia os melhores trabalhos científicos publicados em nossa revista e apresentados em nossas reuniões científicas. Depois disso, Marcio Arruda Portilho e Carlos Peixoto deram prosseguimento

a essa dobradinha que fomenta e valoriza a discussão científica em nossa Regional. Chegamos a um ponto muito bom, mas ainda é possível ir mais adiante e esse é um dos pontos principais de trabalho de nossa diretoria.

Também temos como objetivo manter o elevado nível científico dos Encontros Regionais de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, um dos eventos científicos mais importantes no calendário brasileiro em nossas especialidades, além de fortalecer cada vez mais nossas reuniões científicas fora de sede, oportunidades fundamentais para o conagração e de educação continuada para os colegas que atuam em municípios mais distantes da capital.

Finalmente, precisamos da compreensão e da ajuda de todos no sentido de aumentarmos a participação do Rio de Janeiro no Jornal Vascular Brasileiro, nosso JVB, a principal publicação científica em nossas especialidades. Nosso Estado, apesar de sua pujança científica, tem uma participação muito pequena no total de trabalhos submetidos, o que é lastimável.

Eu e meus colegas de diretoria, Marcos Arêas Marques e Daniel Autran Burlier Drummond, estamos à disposição de todos.



## Ser um membro participativo da Sociedade fortalece a classe!

Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes - Tesoureira-Geral da SBACV-RJ.

Prezado colega,

Assumimos a Tesouraria desta gestão encontrando um trabalho bastante organizado, capitaneado por Adilson Feitosa, mas com uma inadimplência na ordem de 21% de nosso quadro associativo, apesar do esforço realizado pela diretoria anterior.

Estamos trabalhando para sua redução. Sabemos que a crise, que já se configurava em 2015, está ampliada em 2016. Por isso, elaboramos propostas de parcelamento das anuidades em aberto, com intuito de facilitar ao sócio a quitação. Após dois meses de trabalho, que incluiu contatos telefônicos e e-mails, conseguimos cair esse percentual para 19%.

Os boletos de 2016 já foram emitidos e postados com opções para pagamento parcelado e integral. Para a opção de pagamento parcelado o primeiro vencimento foi em 28 de fevereiro; para as opções de pagamento integral, dependendo da data que for efetuado, haverá descontos: até o dia 31/3 são 17% de desconto; até 30 de abril serão 8% de desconto; para os pagamentos no

dia 31/5, o valor é normal. Disponibilizamos também no nosso site a opção para impressão direta do boleto pelo associado, além da opção de poder ser solicitado diretamente ao e-mail da secretaria da SBACV-RJ ([secretaria@sbacvrj.com.br](mailto:secretaria@sbacvrj.com.br)). Vale lembrar que o sócio que não estiver quite não receberá o boleto de 2016.

É importante que os serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular estimulem e conscientizem seus *staffs* e residentes sobre a importância de ser um membro da SBACV, já que isso fortalece nossas especialidades e sua visibilidade diante da comunidade. Também é importante que os futuros especialistas estejam conscientes de que, mesmo que não tenham intenção de permanecer no Rio de Janeiro ao término da residência médica, poderão solicitar sua transferência para a Regional do Estado onde forem residir, e que para isso deverão estar quites com a nossa regional.

Estamos certos de que podemos contar com a colaboração de todos para reduzirmos esse índice de inadimplência e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento ou negociação.

# CBHPM e Rol de procedimentos da ANS: como isso impacta no seu dia a dia?

Alice Selles - Mestre em Administração e Desenvolvimento Empresarial. Assessora de Marketing da SBACV-RJ. Diretora de Projetos Especiais da Universidade Castelo Branco. Diretora da Selles Comunicação Integrada.

Durante muitos anos, as operadoras de planos de saúde utilizaram as tabelas desenvolvidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) como base para o pagamento dos honorários médicos de sua rede credenciada. Isso seria interessante, se não houvesse uma série de distorções, como o pagamento pela tabela estabelecida em 1990 no início do século seguinte, depois de a AMB ter lançado tabelas a cada dois anos.

Além disso, várias operadoras desenvolveram suas próprias tabelas. Fácil perceber que essa confusão, aliada à estrutura profissionalizada das operadoras contra a insipiência administrativa da maioria dos serviços médicos, levou a uma situação na qual os profissionais da saúde haviam perdido completamente o poder sobre a precificação de seus serviços.

Se a situação já era ruim, vale lembrar que diante da movimentação das entidades médicas em prol da valorização dos honorários se confrontou com a determinação do CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica), que considerou formação de cartel o estabelecimento de tabelas de honorários, multando pesadamente as entidades por sua formulação e divulgação.

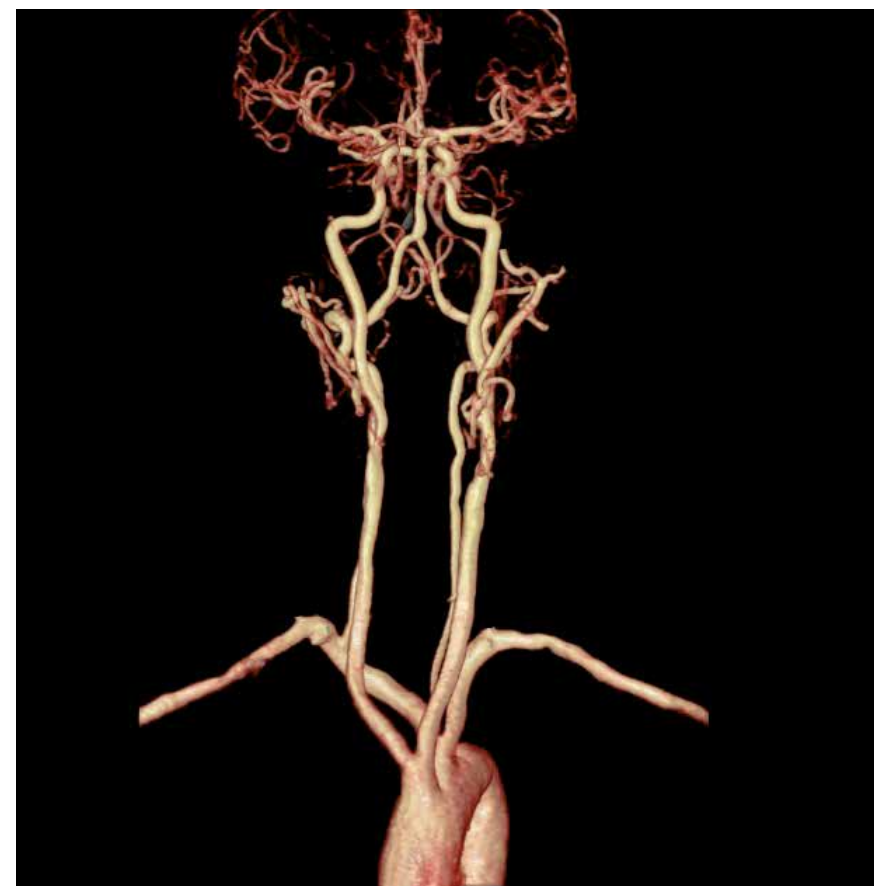
Para evitar esse tipo de enquadramento, o CFM, a AMB e as Sociedades de Especialidades médicas contrataram a FIPE para desenvolver um estudo por meio do qual os procedimentos médicos foram hierarquizados em função de seu porte (considerando tempo necessário para a

sua realização e complexidade, entre outros fatores, e agrupando-os por área anatômica, e não por especialidade). Por não ser uma tabela de preços, mas sim uma classificação hierarquizada, a CBHPM serve como orientação para cobrança, e mais do que isso, lista procedimentos reconhecidos pelas sociedades médicas.

Inicialmente, as sociedades médicas esperavam – e lutaram para que isso acontecesse – que a CBHPM fosse adotada pelas operadoras como referência para o pagamento de honorários (em sua concepção, ela prevê valores de referências por porte, com bandas variáveis de 20% para mais ou para menos, como forma de reconhecer variáveis de custos em função, por exemplo, da localização e das instalações do serviço), mas isso não aconteceu. A Agência Nacional de Saúde Suplementar preferiu estabelecer sua própria relação de procedimentos a serem cobertos pelas operadoras, o que não contempla toda a CBHPM.

O Rol da ANS é revisado a cada dois anos. De acordo com o site da ANS, o processo de revisão do Rol conta com a constituição de um grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos de saúde, de profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da Entidade. O grupo reúne-se para construir uma proposta que, posteriormente, é submetida à avaliação da sociedade por meio de consulta pública, com participação aberta a todos os interessados, por meio da página da ANS na internet.

Leonardo A. Lucas - Membro Titular da SBACV, membro SVS, membro ISES, título de Especialista pela SBACV em Cirurgia Vascular, título de Especialista pela SBACV em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular.



O verdadeiro valor de detectar as origens anômalas dos troncos supra-aórticos está no ganho diagnóstico com as constantes inovações nos dispositivos de imagens. Atualmente, estes métodos de imagens apresentam importante relevância no planejamento das condutas terapêuticas. As variações dos ramos do arco aórtico são suscetíveis de ocorrer como resultado

do desenvolvimento alterado de certas artérias durante o período embrionário de gestação. A imagem da capa demonstra uma anormalidade raríssima composta de dois troncos bovinos ("Dual Bovine Trunk"). Do primeiro, emergem as artérias carótida comum direita e carótida comum esquerda; e do segundo, emergem as artérias subclávia direita e subclávia esquerda.

# Relato de Caso - Litopédio: mais um fator de risco para trombose venosa profunda?

Sergio Almeida Nunes - Cirurgião Vascular, membro efetivo da SBACV, membro internacional da SVS, título de Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela AMB/SBACV/MEC. Serviço de Cirurgia Vascular da Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, Nova Iguaçu - Rio de Janeiro.

## Resumo

Relato de caso de uma paciente idosa, internada com quadro de trombose venosa profunda (TVP) iliofemoral à esquerda, que apresentava no exame físico presença de massa abdominal. Submetida à investigação complementar de imagem que demonstrou a existência de litopédio, uma prenhez ectópica onde acontece a calcificação das partes fetais. Apesar da raridade do caso, optamos pelo tratamento clínico com sucesso.

## Introdução

Litopédio ou Stone baby trata-se de uma prenhez ectópica onde acontece a calcificação de partes fetais e/ou de suas membranas. A formação e sua permanência por longo período é extremamente rara, com uma incidência variando de 1:1.000.000 a 1:800.000 segundo DUCHET. De acordo com a literatura, as condições necessárias para que ocorra a formação de um litopédio são:

- gravidez extrauterina;
- sobrevivência do feto na cavidade abdominal por no mínimo três meses;
- não ser diagnosticado;
- os produtos da concepção devem ser mantidos assépticos;
- depositar cálcio.

## Relato de caso

Trata-se do relato de um caso de uma paciente de 89 anos, atendida e internada cursando com edema rizomélico do membro inferior esquerdo associado à dor e edema com cinco dias de evolução. Dentre suas comorbidades, relatou HAS em tratamento regular com cardiologista. Submetida a eco color-Doppler venoso do membro

inferior esquerdo na clínica de seu cardiologista assistente, diagnosticando TVP, sendo encaminhada para internação neste nosocômio.

Ao exame físico, paciente em bom estado geral, corada e hemodinamicamente estável, com edema rizomélico (3+/4+) no membro inferior esquerdo, com sinais de Homans e Nehoff presentes e pulsos amplos e simétricos. Relatava dor de leve a moderada intensidade. Negava outras enfermidades e/ou cirurgias prévias. Familiares relataram apenas perda de memória. Solicitado parecer para a Cirurgia Vascular.

Foi avaliada pela equipe de Cirurgia Vascular, com o diagnóstico de TVP iliofemoral esquerda, sendo iniciada anticoagulação plena com enoxaparina sódica (80 mg subcutâneo de 12/12h), analgesia e indicamos repouso no leito. Durante a avaliação, apesar de abdômen flácido, apresentava presença de grande massa palpável no hipogástrico, endurecida, não pulsátil, móvel e indolor. Solicitada angiotomografia venosa de abdome, pelve e de membros inferiores, que demonstrou a presença de TVP iliofemoral esquerda associado à presença de litopédio.

Após a descoberta do litopédio, fui interrogar a paciente e a filha que a acompanhava na internação. Relataram GIII/ PIII /AO (idade do último filho 48 anos) e não souberam relatar sobre gravidez gemelar.

Após a conduta clínica adotada de anticoagulação plena, repouso e analgesia, houve uma melhora importante do edema e do quadro algico. Com a melhora do quadro clínico, optou-se pela manutenção do tratamento clínico, com retirada da enoxaparina após iniciar Rivoraxabana na dose de 15 mg de 12/12h por 21 dias e, posteriormente, 20 mg/dia por um período provável de seis meses. Iniciadas elastocompressão e medicação venotrópica.

Como tratamento para o litopédio, decidi pela histerectomia, mas esta opção não foi autorizada pela paciente e por sua família. A paciente recebeu alta hospitalar no quinto dia de internação e encontrase em acompanhamento ambulatorial.

## Discussão

Virchow, em 1856, definiu três fatores que isolados ou combinados poderiam causar uma trombose, denominada de Triade de Virchow:

- Lesão endotelial;
- Estase sanguínea;
- Alterações da coagulação.

Os fatores de risco para trombose são:

1. Idade
2. Imobilidade
3. Viagens prolongadas
4. Tromboembolismo prévio
5. Câncer
6. Cirurgias
7. Trauma
8. Trombofilias
9. Obesidade
10. Gravidez
11. ACO e TRO
12. Varizes
13. Grupo sanguíneo
14. ICC
15. Cateter venoso central

Durante a realização da pesquisa bibliográfica, em nenhum artigo ou relato de caso houve a descrição de um litopédio associado à trombose venosa profunda, o que não nos permite afirmar que esta situação é mais um fator de risco para trombose venosa.





### Conclusão

Conclui-se que o caso relatado apresenta rara incidência na área médica, salientando a importância do exame físico completo. Trata-se do primeiro relato de caso de paciente com trombose venosa profunda associado a litopédio, embora não possamos afirmar que esta última patologia possa não ter correlação etiológica com a primeira até o momento.

### Referências bibliográficas:

1. Lachaman N, Satyapal KS, Kalideen JM, Moodley TR. Lithopedium: A case Report. Clin Anatomy 2001; 14:52-54.
2. Kim MS, Park S, Lee TS. Old Abdominal Pregnancy Presenting as an Ovarian Neoplasm. J Korean Med Sc 2002; 17:274-5.
3. Brito CJ. Cirurgia vascular, cirurgia endovascular e angiologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.



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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de  
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



Cinta cirúrgica  
Macom Cod:  
2001B



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/  
vaso sanitário

Produtos vendidos  
separadamente.



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit  
Completo

[www.medshop.com.br](http://www.medshop.com.br)

### LOJAS

**Botafogo**  
Rua Voluntários da Pátria, 126  
Tels.: (21) 2527-3955 / 2527-4109

**Centro**  
Rua do Ouvidor, 130 - 1º sobreloja 213 e 214  
Tels.: (21) 2508-8993 / 2507-0282

**Humaita**  
Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

**Barra (Nova Loja)**  
Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S  
Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924 / 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

# Dissecção do tronco celíaco e degeneração aneurismática – Revisão de literatura e relato de caso de tratamento endovascular com stent recoberto

Breno Paes de Sousa, Eduardo Feo de Assis Mascarenhas, Darlene Lousan do Nascimento Paixão e Gabriela Babo  
Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular dos Hospitais Oeste Dor, Rios Dor e SOS Coração.

## Resumo

O presente trabalho visa a reportar a um caso de dissecção de tronco celíaco com degeneração aneurismática, sendo abordado por via endovascular, e reunir informações importantes acerca do manejo clínico e cirúrgico do paciente acometido por essa rara doença vascular.

## Introdução

A dissecção isolada do tronco celíaco é uma condição rara, com poucos relatos na literatura, principalmente quando se trata de tratamento definitivo e eficiente da doença. As dissecções viscerais são relatadas em 0,1% da população. O aumento do número de notificação de casos deve-se não ao maior índice de suspeição, mas devido à melhora da qualidade dos exames de imagem e seu uso cada vez mais frequente quando a queixa principal do paciente é dor abdominal.

Devido à pequena casuística mundial, não existe consenso na literatura sobre como manejar o paciente clinicamente e qual o melhor momento da abordagem cirúrgica. O presente relato de caso e revisão de literatura tem por objetivo reforçar a necessidade do alto índice de suspeição e visa a demonstrar que o avanço da técnica endovascular e a diversidade de materiais permitiram realizar o tratamento efetivo e com ótimos

resultados da dissecção do tronco celíaco.

## Relato de caso

Paciente de 79 anos, sexo masculino, hipertenso, ex-tabagista, coronariopata. Apresentava história de dor epigástrica com irradiação para dorso em tratamento pela Gastroenterologia, sendo submetido a várias endoscopias e diversos tipos de tratamento para gastrite. Realizado USG sem alterações significativas.

Devido à recorrência dos sintomas, o paciente procurou o setor de Emergência em 28/02/2015. Foi realizada uma tomografia de abdome total sem contraste e o paciente recebeu alta com prescrição de analgésicos. Após revisão das imagens, fomos chamados na Radiologia para reavaliação da TC e constatamos uma imagem compatível com a dilatação do tronco celíaco. Solicitamos uma AngioTC e arteriografia para documentação e avaliação da indicação cirúrgica

Paciente permanecia em regime ambulatorial com controle da dor com analgésicos de rotina sem relato de outros sintomas (figuras 1, 2 e 3).



**Figura 1** – AngioTC evidenciando o flap de dissecção e a degeneração aneurismática.



**Figura 2** – Arteriografia evidenciando dissecção e degeneração aneurismática do tronco celíaco.

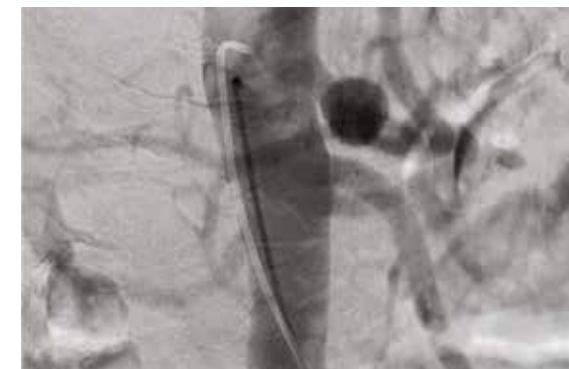


**Figura 3** – Arteriografia evidenciando degeneração aneurismática.

Foi feito diagnóstico de dissecção do tronco celíaco com degeneração aneurismática (1,8 cm),

sendo solicitada abordagem endovascular à seguradora do paciente. Optamos por iniciar anticoagulação e dupla antiagregação plaquetária. Mesmo após 06 meses da solicitação para autorização da cirurgia, a seguradora ainda não havia autorizado o mesmo.

Em 12/08/2015, ainda sem previsão de autorização da seguradora, o paciente deu entrada novamente na Emergência de nossa unidade relatando piora importante dos sintomas. Nossa equipe foi contactada e foi solicitada uma nova AngioTC de urgência (figuras 4 e 5).

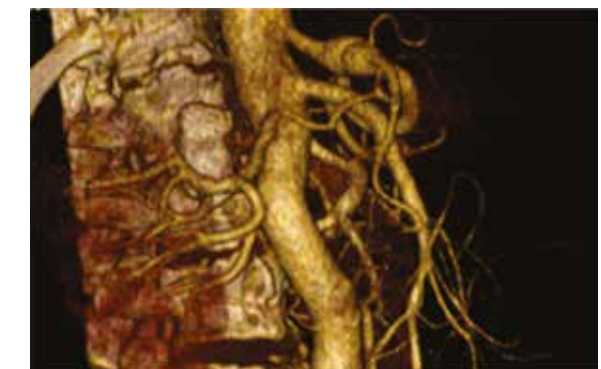


**Figura 4** – Nova AngioTC realizada de urgência após recorrência dos sintomas.



**Figura 5** – AngioTC com visualização de artéria esplênica e artéria hepática comum originando-se da área aneurismática.

O novo exame evidenciou o aumento da degeneração aneurismática para 2,4 cm. Foi solicitada internação para controle rigoroso da pressão arterial e da dor e feito novo contato com a seguradora exigindo prioridade para resolução do quadro.

Optamos por abordagem endovascular utilizando acessos femorais bilateralmente e duas bainhas 5F de 11 cm. Foram visualizados o aneurisma e a emergência da artéria gastroduodenal, hepática própria e esplênica (figura 6). Foi realizada seletivação da artéria esplênica com cateter RDC, e este permaneceu na referida artéria durante todo o procedimento (figura 7).

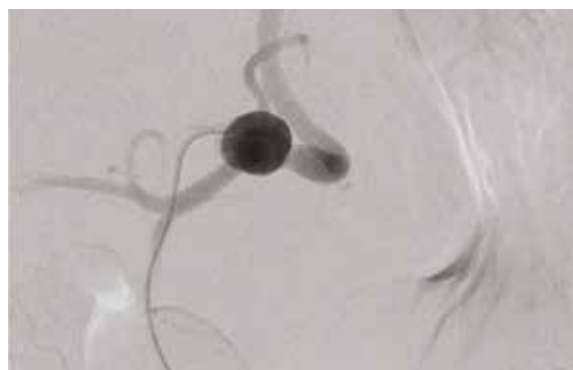


**Figura 6** - Angiografia com cateter RDC visualizando aneurisma e emergência da artéria gastroduodenal, hepática própria e esplênica.

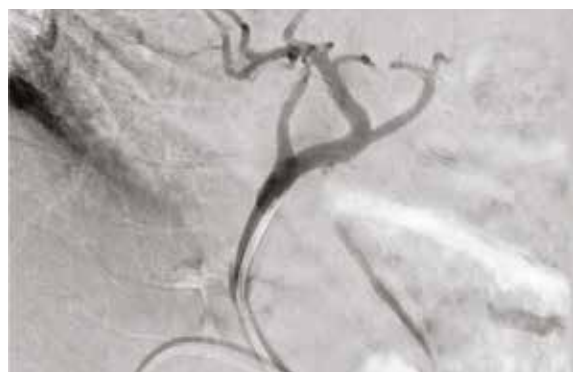


**Figura 7** - Cateter posicionado na artéria esplênica.

Realizado cateterismo seletivo das artérias hepática comum, gastroduodenal e hepática própria (figuras 8 e 9). Iniciamos então o tratamento da lesão, tendo como objetivo a embolização da artéria esplênica o mais proximal possível da sua origem. O tratamento efetivo da dissecção associada ao aneurisma foi realizado através de implante de stent revestido mantendo a irrigação hepática.

Foram realizadas as aferições de distância da origem do tronco celíaco até a área de "landing zone" segura para o selamento da dissecção e ao mesmo tempo preservar a artéria gastroduo-

denal. Foi realizado implante de stent Viabahn 8x50 mm (figura 10).

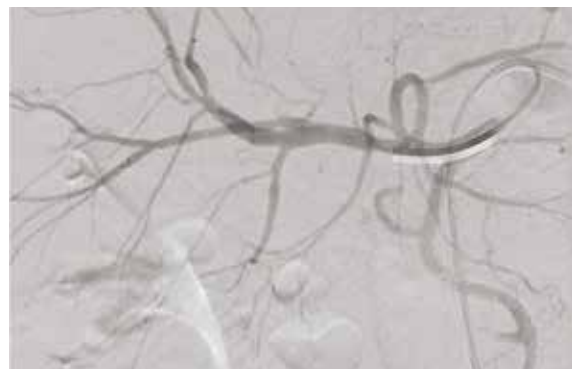


**Figura 8** - Cateterismo seletivo da artéria hepática comum, gastroduodenal, e hepática própria.



**Figura 9** - Arteriografia demonstrando o fio-guia na artéria hepática e cateter na artéria esplênica.

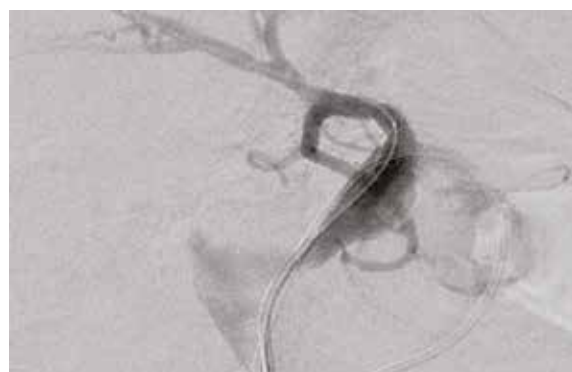


**Figura 10** - Arteriografia demonstrando o implante de Stent Viabahn 8x50 mm.

A preocupação da nossa equipe durante o implante do stent foi preservar a artéria gastroduodenal superior, por esta participar ativamente da nutrição da cabeça do pâncreas. O cateter previamente posicionado na artéria es-

plênica foi então gentilmente tracionado e procedeu-se a embolização proximal da artéria esplênica com molas de destacamento livre (figura 11).

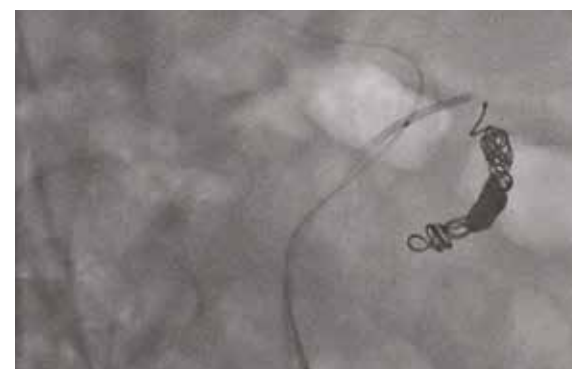


**Figura 11** - Após tracionado o cateter, procedemos a embolização da artéria esplênica com molas de destacamento livre.

Após a embolização da artéria esplênica e retirada do cateter foi realizado arteriografia de controle, sendo visualizado Endoleak proximal importante. Optamos pelo implante de um stent autoexpansível 9x50 mm com objetivo de aumento da força radial na origem e melhor fixação do provável flap de entrada (figura 12).



**Figura 12** - Após a constatação do Endoleak, optamos pelo implante de um stent autoexpansível 9x50 mm.

Mesmo após o implante do stent autoexpansível convencional, ainda era visualizado um Endoleak importante que foi corrigido com um novo implante de stent Viabahn com heparina 8x2,5 cm (figura 13). É estudada pelo fabricante a criação de uma plataforma de stents com 75 mm de comprimento, medida esta que seria

ideal para nosso procedimento. Não utilizamos o stent de 100 mm devido à discrepância de calibre no seu posicionamento direcionado para a artéria hepática própria, podendo ocasionar a não abertura completa do stent e possível oclusão da referida artéria. O controle angiográfico final mostrou exclusão completa do aneurisma e correção da dissecção, embolização efetiva da artéria esplênica e ausência de Endoleak (figura 14).



**Figura 13** - Mesmo após o implante do stent autoexpansível convencional ainda era visualizado um endoleak importante, tendo sido corrigido com um novo implante de Stent revestido Viabahn com heparina 8 x 2,5 cm.



**Figura 14** - Arteriografia de controle evidenciando resultado angiográfico final.

Ao término do procedimento, o paciente foi encaminhado a UTI, não apresentando nenhum sinal de isquemia esplênica. Recebeu alta hospitalar em 24 horas. Paciente permanece em acompanhamento ambulatorial, com remissão total da dor. Realizada AngioTC de controle 30 dias após o procedimento evidenciando ótimo resultado (figuras 15 a 20).



**Figura 15** - AngioTC de controle realizada 30 dias após o procedimento.

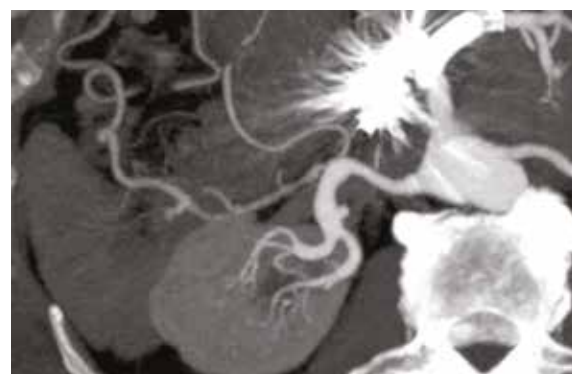


**Figura 16**

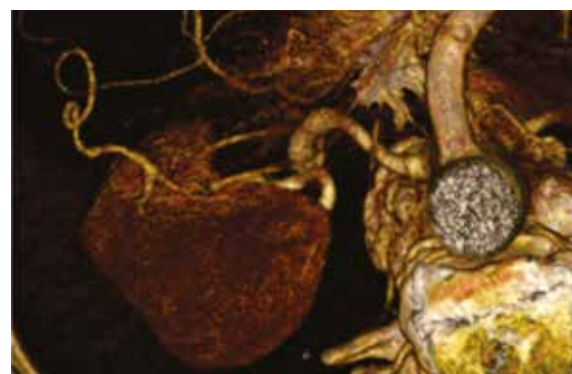


**Figura 17**

### Discussão

A dissecação arterial é definida como uma delaminação, ocasionando descolamento com a presença de um plano de clivagem entre as camadas íntima e adventícia da parede do vaso, causada por um hematoma intramural. O estudo histopatológico demonstra que a dissecação do tronco celiaco ocorre entre a camada interna e externa

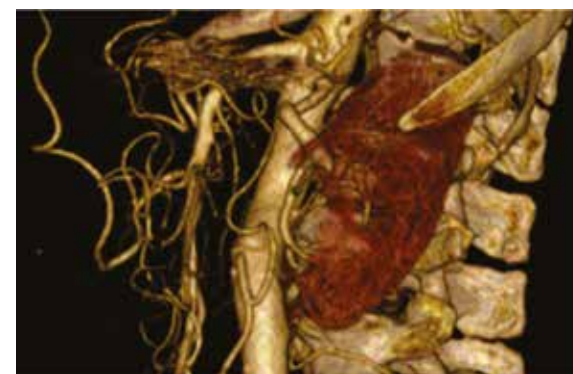


**Figura 18**

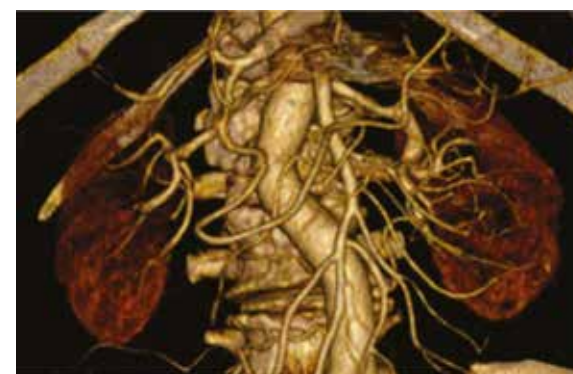


**Figura 19**

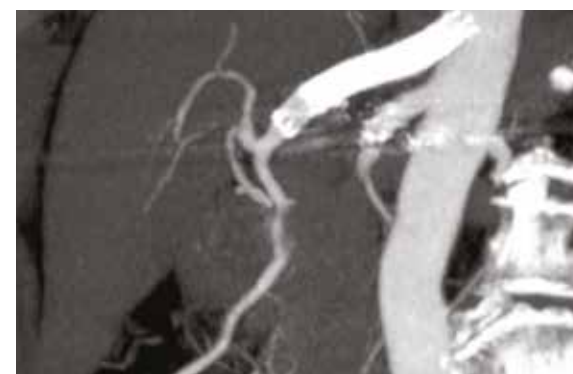


**Figura 20**

da camada muscular da artéria. Diferentemente da dissecação aórtica que ocorre entre a primeira e a segunda camadas da íntima do vaso.

As dissecações extra-aórticas em ordem decrescente de frequência são: renal, coronária, cerebral, carótida, vertebral e visceral. A dissecação de tronco celiaco sem dissecação concomitante da

aorta é uma condição rara com poucos relatos de caso na literatura. O primeiro relato de caso encontrado na literatura data de 1947. Até o ano de 2001, somente 13 casos foram reportados<sup>1</sup>. Entre 2001 a 2015, pouco mais de 80 casos foram relatados. O aumento importante do registro do número de casos na última década deve-se ao diagnóstico cada vez mais realizado devido à ampla utilização dos exames de imagem.

Geralmente a artéria mais usualmente comprometida é a artéria mesentérica superior em 57,9%, o tronco celiaco em 36%, a artéria hepática isolada em 10,5% e somente em 5,3% a artéria esplênica, de acordo com trabalho de Takayama et al numa série de 19 pacientes. Historicamente, essa condição sempre foi associada a um prognóstico ruim, apresentando somente evolução razoável nos pacientes tratados de modo conservador.

A dissecação arterial espontânea é cinco vezes mais comum em homens na faixa etária média de 55 anos<sup>2</sup> e é tipicamente relacionada à hipertensão arterial, aterosclerose, degeneração da parede arterial, trauma, gravidez, cirurgia abdominal prévia e arteriopatias. Existem ainda casos relacionados à Poliarterite Nodosa, Displasia Fibromuscular, Síndrome de Marfan e Síndrome de Ehlers-Danlos. Como outras causas, pode-se citar esforço físico intenso e aumento súbito da pressão intra-abdominal, como em atividades de levantamento de peso e até espirros. No entanto, mesmo havendo diversos fatores predisponentes possíveis, em diversos casos não houve conclusão ao fator causal da dissecação<sup>3,3,2,3,3,3,4</sup>.

É uma condição raramente suspeitada em pacientes com dor abdominal aguda, sendo muitas vezes diagnosticada somente durante a autópsia. Em vários casos a dor abdominal foi descrita como inespecífica e sem localização precisa, ocorrendo dificuldades e confusão no diagnóstico. Alguns trabalhos citam uma tríade patognomônica com dor epigástrica súbita, perda de peso e sopro sistólico, entretanto esta tríade não é comumente observada. O diagnóstico clínico é dificultado pelo baixo ín-

dice de suspeição, presença de sintomas inespecíficos e queixa do paciente não compatível com os achados de pequena magnitude dos exames laboratoriais.

A evolução da qualidade e definição da imagem dos exames complementares contribui significativamente para o aumento dos índices desses diagnósticos. A angiotomografia é a mais utilizada e indicada, uma vez que é menos invasiva e permite localizar e caracterizar o flap de dissecação da íntima com relação a sua extensão mais a presença de trombos ou de hemorragia. Quando realizada em máquina de boa qualidade e com cortes finos, possibilita a reconstrução de imagens em 3D e a programação da cirurgia com precisão. Outra vantagem da angiotomografia é no follow-up do paciente, permitindo a comparação das medidas e da extensão da doença com muito menos morbidade que a arteriografia. A arteriografia persiste como padrão ouro, sua vantagem é a visualização e o estudo da vascularização mesentérica prévios a cirurgia. A ressonância magnética e a ultrassonografia com eco-Doppler colorido também são utilizados como métodos diagnósticos com bons resultados.

A evolução natural da doença é imprevisível e pode ocasionar infarto esplênico, hemoperitônio e isquemia mesentérica<sup>4</sup>. Em pacientes sintomáticos, dor abdominal refratária, hipotensão ou hipertensão descontrolada com sinais de instabilidade hemodinâmica, queda de hematócrito e hemoglobina deve ser aventada a possibilidade de progressão da dissecação como na formação de aneurisma ou hemorragia franca. A progressão e instabilidade hemodinâmica requerem intervenção cirúrgica imediata. Nesses casos a mortalidade pode atingir até 50%. Por isso, é mandatório o acompanhamento e reavaliações constantes, sendo a intervenção cirúrgica indicada antes que ocorram as complicações. Sintomas recorrentes ou persistentes devem ser meticulosamente investigados, pois geralmente sugerem evolução da dissecação, expansão do falso lúmen ou isquemia<sup>7</sup>.

Em achados incidentais e em pacientes assintomáticos, pode-se realizar acompanhamento ambulatorial com AngioTC, antiagregação plaquetária e anticoagulação<sup>5</sup>. O maior objetivo da tratamento conservador deve ser evitar isquemia, ruptura arterial e degeneração aneurismática. Há unanimidade em todas as publicações na recomendação de anticoagulação com heparina enquanto o paciente queixar-se de dor abdominal. Pode-se utilizar anticoagulação oral após melhora dos sintomas por um período mínimo de três a seis meses, mantendo INR de 2,0 a 3,0.

A utilização de antiagregação plaquetária também é importante para ajudar a cicatrização da lesão endotelial, já que sua presença pode ocasionar trombose. O tratamento conservador também pode utilizar anti-inflamatórios e corticosteroides. Deve ser realizado controle rigoroso da pressão arterial a fim de evitar a progressão da dissecação<sup>6</sup>.

Estudos mais recentes em casos de dissecação da artéria mesentérica superior demonstram uma superioridade no resultado do tratamento clínico conservador, porém não há volume de casos suficientes para que possamos estender essa conduta aos casos de dissecação do tronco celíaco.

A cirurgia é indicada quando há presença de degeneração aneurismática (quando calibre da artéria maior que 15 a 20 mm), lesões oclusivas comprometendo a circulação mesentérica, isquemia hepática ou hemorragia<sup>8</sup>.

A revascularização aberta com realização de bypass permite a ressecção do segmento comprometido e seu estudo histológico a fim de determinar a causa da dissecação, porém são acompanhadas de elevação considerável da mortalidade e tempo prolongado de internação. Os sítios doadores para revascularização usualmente são a aorta abdominal e artéria renal. Podem ser realizados reparo e fixação da íntima, seguido ou não de trombectomia do tronco celíaco.

Até o momento não existe consenso sobre a melhor modalidade de tratamento: cirurgia aberta

ou endovascular. Há uma tendência da preferência pela técnica endovascular, sendo encontrados relatos com bons resultados. Outros relatos sugerem a embolização como opção em pacientes com suprimento vascular adequado por colaterais em pacientes com alto risco cirúrgico. A utilização dos stents visa à correção de possíveis estenoses provocadas pela compressão da falsa luz e compactar as camadas dissecadas. A utilização dos stents exigem condições anatômicas favoráveis, presença de colo proximal e distal e calibre adequado da artéria. Existem poucos relatos de tratamento endovascular com uso de stent e não foi encontrado nenhum relato com uso de stents recobertos.

Como vantagens do tratamento endovascular, podemos citar o menor tempo de internação hospitalar, menor tempo de anticoagulação e menor comorbidade do que a revascularização cirúrgica. Como desvantagens, encontramos a possível trombose do *stent*, reestenose e complicações relacionadas ao sítio de punção. O melhor tratamento dessa rara condição dependerá da apresentação clínica do paciente e do tipo de lesão encontrada nos exames de imagem. O relato e a divulgação desse caso têm como objetivo demonstrar novos horizontes com uma solução com bom resultado para essa grave condição.

Conclusão

Sabe-se que de cada 10 pacientes com DTC apenas um necessitará de abordagem cirúrgica. Devido ao pequeno número de casos, não há nenhum guideline determinando o melhor manejo clínico destes pacientes. Não existe concordância na literatura em relação ao tempo de anticoagulação plena no momento do diagnóstico, porém a maioria dos artigos concorda com o uso de antiagregação dupla com AAS e clopidogrel após seis meses de anticoagulação. Não existe também nenhum trial com utilização dos novos anticoagulantes. O controle da HAS é mandatório, assim como o uso de AngioTC seriada para observação da degeneração aneurismática, bem como a progressão da doença.

Atualmente em nosso serviço acompanhamos mais dois pacientes, um com dissecação espontânea e outro pós-trauma abdominal, ambos mantidos com antiagregação dupla e AngioTC a cada seis meses.

O tratamento endovascular na DTC, quando

necessário, é perfeitamente factível e a escolha da técnica cirúrgica dependerá dos fatores anatômicos encontrados em cada caso. Com o crescente desenvolvimento de materiais e experiência médica na técnica endovascular, essa provavelmente será o tratamento primário a ser considerado em nossos pacientes.

Bibliografia

1. Glehen O, Feugier P, Aleksic Y, Delannoy P, Chevalier JM. Spontaneous dissection of the celiac artery. *Ann Vasc Surg* 2001;15(6):687–92. [PubMed].

2. D'Ambrosio N, Friedman B, Siegel D, Katz D, Newatia A, Hines J. Spontaneous isolated dissection of the celiac artery: CT findings in adults. *AJR Am J Roentgenol* 2007;188(6): W506–11. [PubMed].

3. Amabile P, Ouaisi M, Cohen S, Piquet P. Conservative treatment of spontaneous and isolated dissection of mesenteric arteries. *Ann Vasc Surg* 2009;23(6):738–44. [PubMed].

3.1. Fenoglio L, Allione A, Scalabrino E, Alberto G, Benedetti V, Pomero F, et al. Spontaneous dissection of the celiac artery: a pitfall in the diagnosis of acute abdominal pain. Presentation of two cases. *Dig Dis Sci* 2004;49(7–8):1223–7. [PubMed].

3.2. Poylin V, Hile C, Campbell D. Medical management of spontaneous celiac artery dissection: case report and literature review. *Vasc Endovascular Surg* 2008;42(1):62–4. [PubMed].

3.4. Zhang WW, Killeen JD, Chiriano J, Bianchi C, Teruya TH, Abou-Zamzam AM. Management of symptomatic spon-

aneous isolated visceral artery dissection: is emergent intervention mandatory?. *Ann Vasc Surg* 2009;23(1):90–4. [PubMed].

4. Nordanstig J, Gerdes H, Kocys E. Spontaneous isolated dissection of the celiac trunk with rupture of the proximal splenic artery: a case report. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;37(2):194–7. [PubMed].

5. Subhas G, Gupta A, Nawalany M, Oppat WF. Spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection: a case report and literature review with management algorithm. *Ann Vasc Surg* 2009;23(6):788–98. [PubMed].

6. Ozaki N, Wakita N, Yamada A, Tanaka Y. Spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;10(4):656–8. [PubMed].

7. Takach TJ, Madjarov JM, Holleman JH, Robicsek F, Roush TS. Spontaneous splanchnic dissection: application and timing of therapeutic options. *J Vasc Surg* 2009;50(3):557–63. [PubMed].

8. Galastri FL<sup>1</sup>, Cavalcante RN<sup>2</sup>, Motta-Leal-Filho JM<sup>1</sup>, De Fina B<sup>1</sup>, Affonso BB<sup>1</sup>, de Amorim JE<sup>3</sup>, Wolosker N<sup>3</sup>, Nasser F<sup>1</sup>. *Vasc Med*. Evaluation and management of symptomatic isolated spontaneous celiac trunk dissection. 2015 Aug;20(4):358–63. doi: 10.1177/1358863X15581447. Epub 2015 Apr 24.

# EVAR for the treatment of a Mycotic Aneurysms and an Aorto-enteric fistula

Alejandro Fabiani (1), Gabriela Cassagne (2) and Diego Herrera Vegas (3)

1) Director of Vascular Medicine Center, Hospital Zambrano Hellion, School of Medicine, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México

2) Angiologist of Vascular Medicine Center, Hospital Zambrano Hellion, School of Medicine, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México

3) Vascular Surgeon, Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Correspondence to dr.alejandrofabi@medicos.tecsalud.mx

*Infection disease of the aorta is a challenging situation with high morbidity and mortality. Open surgery during acute septic status is always difficult and endovascular approach appears as a less invasive option, in the knowledge that we are placing a prosthetic material on a potential colonized or infected tissue.*

*We present here a case of patient with a mycotic aortic aneurysm and another case of a patient with an aorto-enteric fistula, both treated with EVAR.*

## Case 1

A 67 years old male presented with fever, lumbar pain and leukocytosis 10 days after hemorrhoid ligation. He had no other relevant previous clinical history. Blood cultures were positive to E. Coli. On CT-scan a mycotic aneurysm was diagnosed (Fig 1) and EVAR was performed with a Powerlink Endologix device. The patient did well and left hospital within a week after EVAR. He completed 30 IV and 3 month oral antibiotics. On CT scans performed at 30 days, 1 and 2 years after EVAR complete healing can be seen (Fig 2) and the patient is doing well and asymptomatic 4 years after EVAR.

## Case 2

A 65 years-old male who was on hemodialysis due to terminal renal failure had been admitted for 3 episodes of GI bleeding during the last 2 month (Fig 3). As he had a history of open AAA replacement a CT-scan was obtained and aorto-

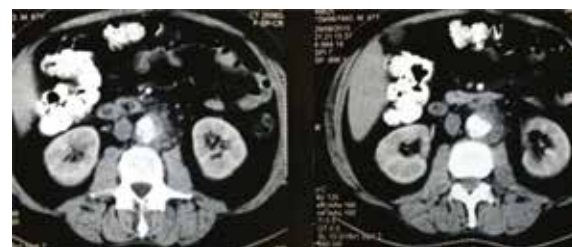


**Fig 1** - CT-scan showing image compatible with Mycotic Aneurysm

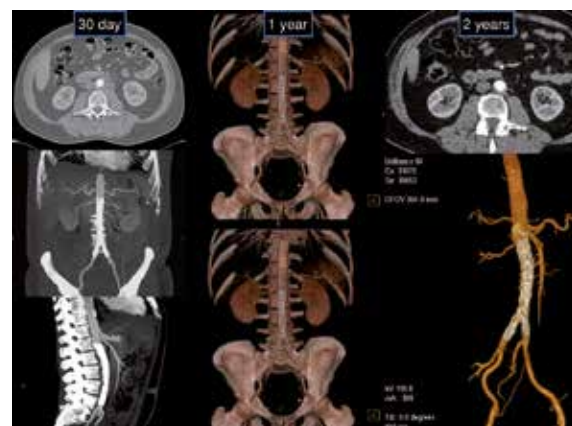


**Fig 2**

enteric fistula was identified. (Fig 4) EVAR was planned for the same day but prior to procedure a massive GI bleeding shocked the patient. Under cardiac arrest the patient was taken to OR and an urgent EVAR was performed with a Powerlink Endologix device. (Fig 5) The patient compensated immediately after endograft placement and the following day he was awake, without assisted ventilation and without vasopressor drugs.

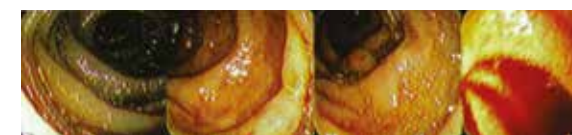


**Fig 3** - Upper GI Endoscopy where actual bleeding can be seen

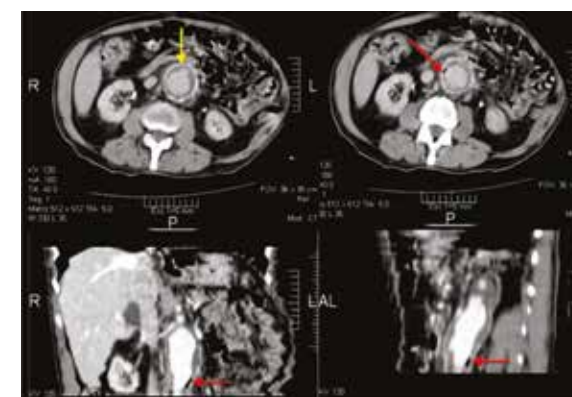


**Fig 4** - CT-Scan where aorto-enteric fistula can be identified (yellow arrow) and air bubbles can be seen surrounding aortic graft

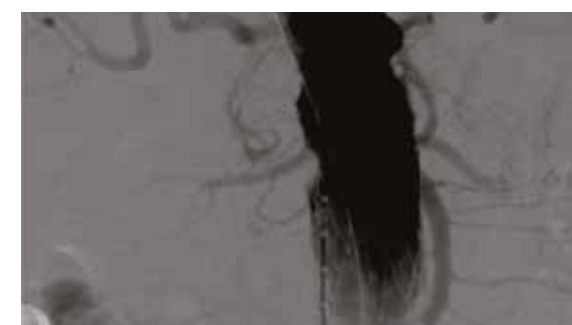


**Fig 5** - EVAR with Endologix Powerlink device

On day 6 after EVAR he shocked again. CT scan was obtained and showed endograft in correct position with no signs of leak. (Fig 6) Blood cultures samples were obtained and levadures grew. A fungus sepsis was diagnosed and treated, but the patient died with multiorgan failure syndrome 26 days after EVAR.

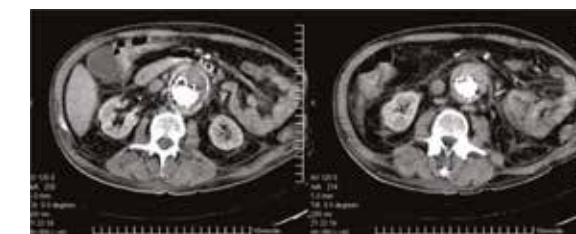


**Fig 6** - CT scan 6 days after EVAR showed endograft in correct position with no signs of leak

## Discussion

Mycotic aneurysms are rare, with reported incidences of 0.8-3.4% in different series.<sup>1,2</sup> Conservative management with only antibiotics or antibiotics + surgical debridement has a mortality as high as 96%, while open surgery has a 30 day mortality of 36-38%.<sup>1,2</sup>

Another report on 35 patients treated with open surgery found an in hospital-mortality rate of 11% (4/35). In this report is not comment on the number of aorto-enteric fistulas. Long term outcome (mean follow up of 27 months) showed a late mortality rate of 17% (6/35).<sup>1</sup>

Discouraged by the high morbidity and mortality of standard surgical procedures in this disease, Semba et al<sup>3</sup> first proposed EVAR for its management in 1998. In the middle of the last decade many subsequent reports suggest that EVAR in the management of mycotic aortic aneurysms provides a viable, less invasive alternative with favorable results.<sup>3-5</sup>

A 2007 review of EV experience collected 48 patients from 22 reports. The overall mortality was 25%, with a 30-day mortality of 10% and a late mortality rate of 15% over an average follow-up period of 20 months (range 0-96). Lew et al could not repeat this excellent outcome.<sup>6</sup> They reported an own series of nine patients treated in a 7 years period, with an overall, 30-day, and late mortality rates of 67%, 22%, and 44%, respectively. Perhaps this discrepancy becomes in the fact that in the review series the incidence of aorto-aero-digestive fistulas was 27% and in Lew's series was 67%.

Rupture occurs in up to 60% of mycotic aneurysms 7, and EVAR could be a useful tool to achieve quickly hemodynamic stability until further definitive surgical treatment is possible. Following this indication, we treated our patient who was under cardiac arrest due to massive gastrointestinal hemorrhage. And the patient immediately compensated but he never recovered enough to face a definitive open surgery.

Deliver an endovascular graft in an infected environment is controversial and against general surgical principles. But as seen above, outcome seems to be better. Several explanations have been proposed for the successful use of EVAR in mycotic aortic aneurysms:

- Broad-spectrum antibiotics are administered as soon as a mycotic aortic aneurysm is suspected, followed by the appropriate antibiotics determined by culture and sensitivity testing. 7, 8

- No microbes could be isolated from blood and tissue cultures in up to 25% to 40% of mycotic aortic aneurysms. 7

- Antibiotic-coated grafts can reduce the source of infection or release antibiotics into the blood stream. 8-10

- prolonged postoperative antibiotic therapy 8, 9  
There is no consensus on the optimal duration of antibiotic therapy after EVAR. Parenteral antibiotics are given for 2 to 8 weeks after surgery, but there is no consensus on the need of lifelong oral antibiotics. 9, 11, 12

Management of mycotic aortic aneurysms remains a challenging clinical problem and cannot be faced by the cardiovascular surgeon alone.

Hsu et al 7 suggest that advanced age, infection with non-Salmonella species, and no surgical intervention are the major determinants for

mortality. Sepsis had also been described as the leading cause of death for infected aneurysm patients and that a combination of host- and infection-specific variables may be more predictive of outcomes than any single risk factor.13

Comparing outcome results from mycotic aneurysm treatment between EV and/or open surgery can be difficult due to the variability in presentation, etiology of infection, and comorbidities of individual patients across different series. Besides, most reports did not separate mycotic aneurysms with or without fistulas.

I believe that outcome is quite different in patients with pure mycotic aneurysm without fistulas in whom a causal bacteria can be isolated and adequate antibiotic therapy given. In these cases, EVAR can be an excellent option as it was in our patient with complete healing and long-term survival.

On the other hand, patients with aorto-enteric fistulas, in most cases had history of previous GI bleeding or sometimes, massive hemorrhage. In both cases, as infection source is gastrointestinal tract, infections are caused by more than a germ and its healing seems to be more difficult. Complete healing after EVAR dramatically influences survival. When it happens, one-year survival rate is 94%. In those patients with persistent infection, one-year survival is 39%. (p<0.05)10 In conclusion, EVAR appears as a useful tool for the treatment of mycotic aneurysms. IV broad-spectrum antibiotics must be started as soon as diagnosis is made and then adequate to cultures results. In the presence of aorto-enteric fistula, EVAR must be considered only as a bridge to compensate the patient until definitive open surgery can be performed. In the case of patients with mycotic aneurysm without fistula in whom complete healing is achieved after EVAR, it can be considered the definitive treatment but under close follow up.

References:

1 - Corso JE, Kasirajan K, Milner R. Endovascular management of ruptured, mycotic abdominal aortic aneurysm. *Am Surg* 2005;71:515-517.

2 - Chan P, Tsai CW, Huang JJ, et al. Salmonellosis and mycotic aneurysm of the aorta. A report of 10 cases. *J Infect* 1995;30: 129-133.

3 - Semba CP, Sakai T, Slonim SM, Razavi MK, Kee ST, Jorgensen MJ, et al. Mycotic aneurysms of the thoracic aorta: repair with use of endovascular stent-grafts. *J Vasc Interv Radiol* 1998;9:33-40.

4 - Soravia-Dunand VA, Loo VG, Salit IE. Aortitis due to Salmonella: report of 10 cases and comprehensive review of the literature. *Clin Infect Dis* 1999;29:862-866.

5 - Muller BT, Wegener OR, Grabitz K, et al. Mycotic aneurysms of the thoracic and abdominal aorta and iliac arteries: experience with anatomic and extra-anatomic repair in 33 cases. *J Vasc Surg* 2001;33:106-113.

6 - Kan CD, Lee HL, Yang YJ. Outcome after endovascular stent graft treatment for mycotic aortic aneurysm: a systematic review. *J Vasc Surg* 2007;46:906-912.

7 - Hsu RB, Chen RJ, Wang SS, et al. Infected aortic aneurysms: clinical outcome and risk factor analysis. *J Vasc Surg* 2004;40:30-35.

8 - Jones KG, Bell RE, Sabharwal T, Aukett M, Reidy JF, Taylor PR. Treatment of mycotic aortic aneurysms with endoluminal grafts. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;29:139-44.

9 - Ting AC, Cheng SW, Ho P, Poon JT. Endovascular stent graft repair for infected thoracic aortic pseudoaneurysms—a durable option? *J Vasc Surg* 2006;44:701-5.

10 - Lee KH, Won JY, Lee do Y, Choi D, Shim WH, Chang BC, et al. Stent-graft treatment of infected aortic and arterial aneurysms. *J Endovasc Ther* 2006;13:338-45.

11 - Lew W, Rowe VL, Cunningham MJ, Weaver FA. Endovascular Management of Mycotic Aortic Aneurysms and Associated Aortoenteric Fistulas. *Ann Vasc Surg* 2009; 23: 81-89

12 - Chan FY, Crawford ES, Coselli JS, Safi HJ, Williams TW Jr. In situ prosthetic graft replacement for mycotic aneurysm of the aorta. *Ann Thorac Surg* 1989;47:193-203.

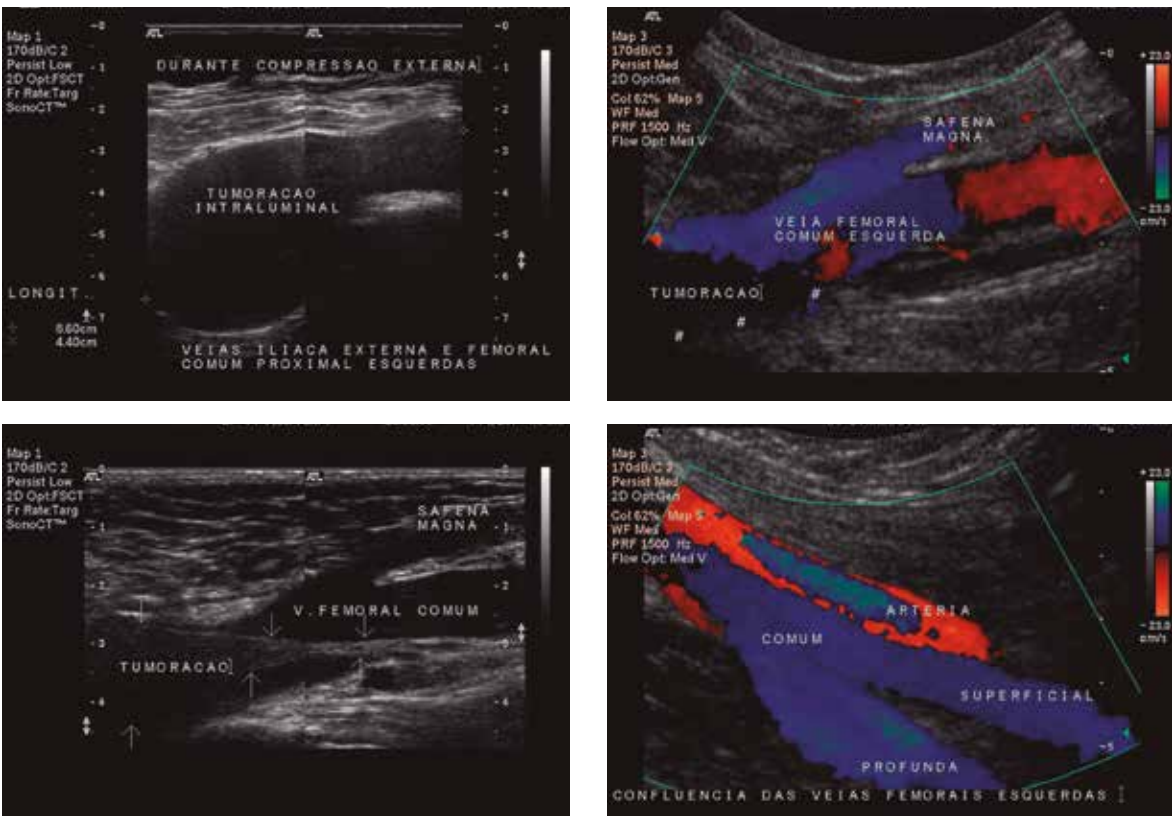
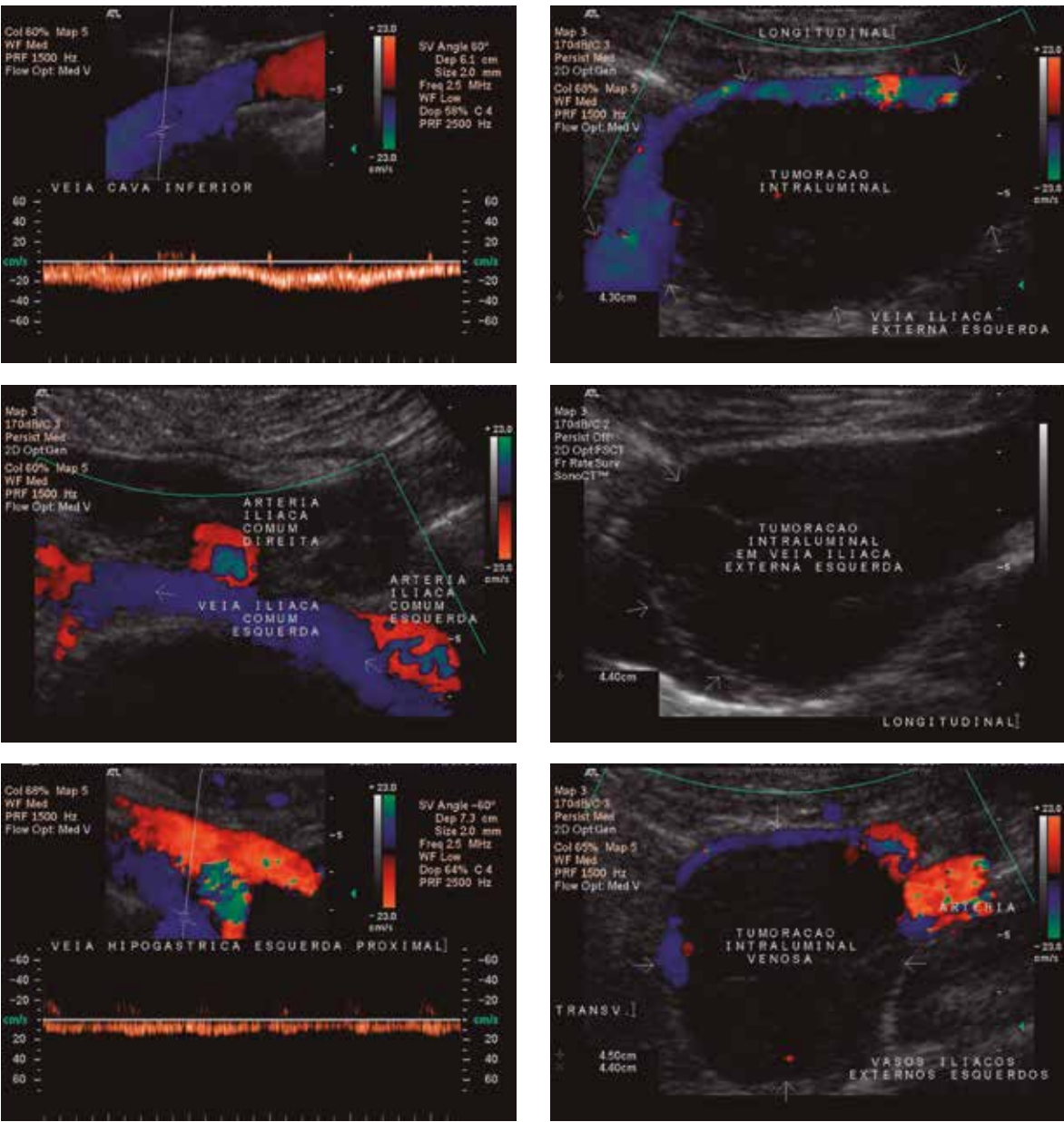
13 - Chan YC, Morales JP, Taylor PR. The management of mycotic aortic aneurysms: is there a role for endoluminal treatment? *Acta Chir Belg* 2005;105:580-7.

# Leiomiossarcoma venoso iliofemoral

Clóvis Bordini Racy Filho - Ecografista Vascular - SBACV-RJ.  
Departamento Científico de Métodos Diagnósticos Não Invasivos.

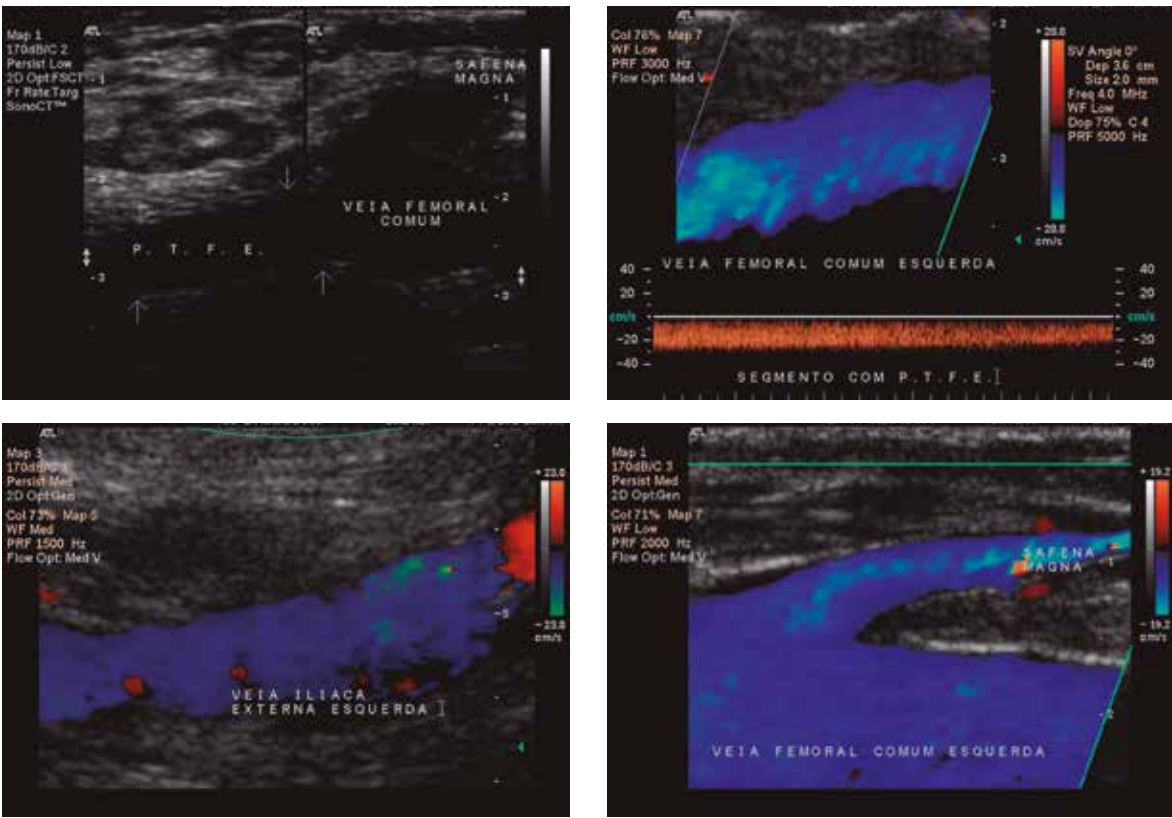
Paciente, sexo feminino com 48 anos, encaminhada para avaliação de TVP iliofemoral em pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica, apresentando edema importante de MIE, especialmente coxa.

Não foi identificada TVP, mas uma volumosa formação tumoral pediculada a partir da veia femoral comum, ascendente com projeção intraluminal para a veia íliaca externa.



Foi submetida à intervenção cirúrgica com ressecção da tumoração e colocação de enxerto de PTFE no sítio da lesão, restabelecendo o fluxo venoso sem limitações.

O diagnóstico histopatológico foi de leiomiossarcoma.





Dr. Ivanésio Merlo - Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Nacional.

O Cirurgião Vascular Ivanésio Merlo tomou posse, no dia 23 de janeiro, como Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular Nacional. Membro Titular da Sociedade desde 1991, o Dr. Ivanésio manifestou grande alegria e honra em fazer parte da nova Diretoria, prometendo fazer o possível para corresponder à confiança e às expectativas. O Cirurgião apontou como principal desafio de sua gestão a luta por melhores remunerações dentro das Especialidades.

O Dr. Ivanésio Merlo fez história no trabalho associativo, tendo iniciado seu trabalho na Regional do Rio como coordenador da Comissão de Defesa Profissional, Diretor de Eventos, Tesoureiro-Geral, Diretor de Patrimônio, 2º Vice-Presidente, 1º Vice-Presidente e Presidente da Regional. Na Diretoria Nacional, trabalhou como Diretor de Patrimônio e Presidente Executivo do 34º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Em entrevista a esta publicação, o Dr. Ivanésio Merlo responde a algumas perguntas sobre a nova diretoria da Nacional, projetos e propostas para a nova gestão.

*“A SBACV-RJ é a nossa casa e o nosso ponto de equilíbrio. Essa Regional, ao longo desses últimos 30 anos, vem crescendo de modo exponencial, graças ao trabalho de todas as diretorias antecedentes.”*

**1. Com relação ao seu projeto à frente da Presidência da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), quais são as metas traçadas para esse primeiro ano?**

*R. Dar sequência aos projetos das gestões anteriores, como o realinhamento administrativo e financeiro, finalizar e continuar o projeto “diretrizes”. Vamos iniciar o projeto de Planejamento Estratégico e Qualificação de Gestão (ISO 9000/9001), tornar o JVB autossustentável financeira e cientificamente. O Check-up Vascular está entre a prioridade, além, é claro, de manter a luta na defesa profissional junto a AMB/CFM.*

**2. Qual será a estratégia usada para promover, ou manter, a integração das Regionais com a Nacional?**

*R. Acredito que a melhor estratégia é manter diálogo e apoio incondicional às diretorias regionais. A SBACV já possui em sua constituição algo que muitas instituições, de modo geral, buscam*

*incorporar em sua estratégia de trabalho. Somos hoje uma grande rede de Regionais, 23 ao todo, atuantes e sintonizadas com as orientações da Nacional. Entretanto, possuem atividades científicas, sociais, financeiras e administrativas independentes com Diretorias e CGCs próprios.*

**3. Como a SBACV pretende fazer uso das novas tecnologias e da internet a fim de se aproximar ainda mais do associado e orientar a população?**

*R. Já estamos conectados e atuantes com as redes sociais disponíveis há algum tempo. Hoje, queremos estimular cada vez mais a aproximação da SBACV e população, esclarecendo sobre as doenças pertinentes a nossa especialidade. Acredito que essa visibilidade será fundamental para todos os projetos que pretendemos desenvolver, em especial para o Check-up Vascular (vide abaixo).*

**4. Com relação à comunicação da Nacional, existe algum planejamento?**

*R. Há algum tempo estamos ligados aos mem-*

*bro da SBACV com uma revista de notícias e acontecimentos, seja com impressão gráfica ou pela WEB/Mídias/APP/Site. A qualquer momento o contato com os sócios pode ser feito pelo SBACV Notícias, SBACV Lembra, SBACV Urgente, Facebook, Twiter, WA. Nossa comunicação científica através do Jornal Vascular Brasileiro está disponível impresso e na internet. Queremos que os nossos membros societários possam ter a SBACV na palma da sua mão, para isso estamos desenvolvendo um novo Site/APP.*

**Mensagem do Dr. Ivanésio para os sócios da SBACV-RJ**

*A SBACV-RJ é a nossa casa e o nosso ponto de equilíbrio. Essa Regional, ao longo desses últimos 30 anos, vem crescendo de modo exponencial, graças ao trabalho de todas as diretorias antecedentes. A dedicação e a competência do atual Presidente Dr. Carlos Peixoto e sua Diretoria são inegáveis e atestam a afirmação de que o Rio de Janeiro, amanhã, será ainda mais forte e solidário.*

## SBACV URGENTE

### Você conhece algum curso de escleroterapia ministrado por biomédicos? Denuncie!

A SBACV em parceria com a AMB iniciou uma campanha de defesa profissional com várias frentes de atuação.

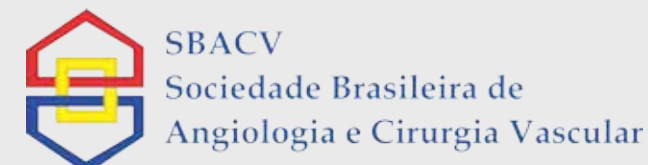
Nesta etapa do projeto, precisamos fazer um levantamento de locais onde são ministrados cursos de escleroterapia por e para biomédicos.

Sócio, se você tem conhecimento de clínicas, universidades, cursos ou simpósios sobre escleroterapia voltados a “capacitar” biomédicos ou outros profissionais não médicos a este procedimento exclusivo de Cirurgião Vascular e de Angiologista, nos envie as informações por e-mail para contato@sbacv.com.br, com o Assunto “ESCLEROTERAPIA”

Por favor, encaminhe o máximo de informações (banners, site, endereços...). Precisamos de todos os documentos para trabalharmos em sua defesa.

Os dados dos sócios não serão divulgados.

Desde já agradecemos!



# Projetos se renovam com novas diretorias

Fotos: SBACV-RJ

Luciana Julião

Noite de sábado, 23 de janeiro. Depois de um dia de muito sol e calor na cidade, os convidados começaram a chegar ao Hotel Windsor Atlântica. Tendo ao fundo a bela praia do Leme, na Zona Sul carioca, o hotel foi o palco da solenidade de posse das novas diretorias da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, Nacional e Regional Rio de Janeiro. No biênio 2016/2017, a diretoria da SBACV-RJ será conduzida pelo Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, que foi diretor Científico da gestão anterior da Regional. Já a Nacional foi assumida pelo Dr. Ivanésio Merlo, também do Rio de Janeiro.

O evento foi o coroamento de dois dias de reuniões, debates e convenções, em que membros das Regionais e da Nacional discutiram os rumos da Sociedade. Os dias 22 e 23 de janeiro foram de intensas atividades para a SBACV. A diretoria Nacional se reuniu para definir ações da gestão e, no sábado, houve ainda reuniões do Conselho de Presidentes de Regionais e do Conselho Superior.

A nova diretoria da Nacional definiu os nomes que serão convidados a compor o Conselho de Ética, o Conselho Científico, a Comissão de Progressão de Categoria e as Comissões Científicas/Departamentos Científicos. Deliberou também sobre a formação e coordenação das Comissões Examinadoras para os Concursos e sobre o quadro de empregados, prestadores da SBACV e do profissional para o cargo Superintendente-Geral.



Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ, em seu discurso de posse.

Com a presença de cerca de 30 colegas, o Conselho de Presidentes de Regionais debateu ações de Defesa Profissional, como inserções de procedimentos na CBHPM e Rol da ANS, os novos rumos do JVB, a importância da aproximação da Sociedade de órgãos públicos e o planejamento estratégico de crescimento e fortalecimento conjunto de toda a organização formada pela Nacional e Regionais.

Fechando os trabalhos do dia, o Conselho Superior definiu o nome de três Especialistas para compor a Comissão de Ética na gestão 2016/2017. São eles: Dr. Reinaldo José Gallo, Dr. José Fernando Macedo e Dr. Pedro Pablo Komlós. Presidente que entregava oficialmente o cargo na Nacional a seu sucessor naquela noite, Dr. Komlós foi também eleito o novo membro vitalício do Conselho da Ordem do Mérito Renné Fontaine.

# Um biênio de muitas realizações

Para o Dr. Komlós, a experiência de presidir uma Sociedade de 3.500 membros, que administra anualmente milhões de reais e que tem a seu cargo a harmonia de todas as Regionais do país foi um privilégio. “E eleger o meu vice-presidente, um homem tão capaz quanto o Dr. Ivanésio, é outro privilégio. Eu tenho a esperança de que o que foi feito deixará sua semente, e que o porvir será muito rico para todos os Vasculares brasileiros”, avaliou Dr. Komlós.

Olhando retrospectivamente, o ex-presidente aponta duas grandes características de sua gestão: “A primeira foi a completa profissionalização da Sociedade. A SBACV é hoje uma sociedade muito acelerada no caminho da maturidade”, afirmou ele. A segunda marca foi a aproximação



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Diretor Científico, ao lado do novo presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto.

com as Regionais e com os sócios das Sociedades estaduais mais distantes. “Todas as Regionais que manifestaram interesse em receber a visita da Nacional foram visitadas. E aquele colega que nunca teve espaço para nada, agora é ouvido e tem seu espaço garantido, mesmo nos eventos nacionais”, completou.

O outro presidente que também se despedia do cargo – desta vez da Regional Rio de Janeiro – era o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira. Destacando o trabalho realizado na Defesa Profissional em sua gestão à frente da SBACV-RJ, Dr. Julio afirmou que o que guardará de mais intenso dessa experiência é o “espírito de corpo”, como se diz no jargão militar. “É o trabalho em equipe, você agregar pessoas, motivá-las, para que se consiga alcançar as metas estipuladas no início da gestão”. Ele seguirá como Diretor Científico da Regional, além de assumir a Tesouraria da Nacional.

***“É o trabalho em equipe, você agregar pessoas, motivá-las, para que se consiga alcançar as metas estipuladas no início da gestão”.***

# Continuidade e inovação

Por um lado, as novas diretorias da Nacional e do Rio de Janeiro representam uma continuidade do trabalho que já vem sendo feito. Afinal, o novo presidente da SBACV-RJ foi o Diretor Científico da última gestão; e o novo presidente da Nacional era vice-presidente da diretoria anterior. Mas engana-se quem pensa que tudo permanecerá igual. Os novos presidentes têm planos bastante ousados e criativos para suas gestões.

“Em alguns aspectos, haverá uma continuidade: trabalharemos pela saúde pública, pelo Rol de Procedimentos. Mas acho que o principal hoje é trabalharmos a informação”, afirmou o novo comandante da SBACV-RJ, Dr. Carlos Clementino Peixoto. E ele completa: “O mundo virtual nos aproxima de todas as pessoas, dos colegas, dos nossos pacientes. A dona de casa tem que entender que, se ela tem um edema, um inchaço, isso é um problema vascular, e ela tem que procurar um especialista da Angiologia ou Cirurgia Vascular, e não um ortopedista. E o colega não precisa mais ir a uma reunião científica para estar presente nela. Esse é o nosso trabalho: o trabalho da informação”.

Já para o Dr. Ivanésio Merlo, que assumirá a Presidência da Nacional, o contato com a população leiga também é fundamental. Mas, para ser capaz de viabilizar projetos como o do Check-up Vascular, é preciso que a Sociedade aprimore seus aspectos administrativos e financeiros. “O que a SBACV arrecada não é suficiente para manter todos os projetos que a Sociedade se dispõe a manter. Por isso, é preciso buscar parceiros para os nos-



Dr. Ivanésio Merlo, Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Nacional.

sos projetos. Essas parcerias dão visibilidade para as empresas e também dão visibilidade para a Sociedade junto ao público leigo, o que é muito importante, porque as pessoas precisam conhecer melhor a Angiologia e a Cirurgia Vascular”, afirmou ele.

Sob o comando do Dr. Ivanésio, a Nacional já começou a criar um planejamento estratégico, para os próximos 8 a 10 anos. E uma das primeiras ações será buscar a qualificação da Sociedade, com o ISO-9000, ISO-9001. “Isso vai fortalecer a marca SBACV. Assim, poderemos buscar parceiros fora da área médica”, planeja o novo presidente da Nacional.

Uma coisa que se pode esperar para esse biênio é uma profunda sinergia entre a entidade nacional e a Regional do Rio de Janeiro. Com alguns membros participando de ambas as diretorias,

*“Em alguns aspectos, haverá uma continuidade: trabalharemos pela saúde pública, pelo Rol de Procedimentos. Mas acho que o principal hoje é trabalharmos a informação”*

as gestões que se iniciam têm tudo para desenvolver um belíssimo trabalho, em que a troca de experiências pode levar a resultados muito positivos. “Acredito que a nova diretoria tem perspectivas das mais favoráveis possíveis para o próximo biênio. Um dos fatores que corroboram essa minha impressão é o fato de o Presidente da SBACV Nacional, Ivanésio Merlo, ser do Rio de Janeiro. A sua indiscutível liderança nacional



Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto com alguns membros da nova diretoria da Regional Rio: Drs. Sergio Silveira Leal de Meirelles, 1º Vice-Presidente, Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, Tesoureira-Geral, Dr. Breno Caiafa, Secretário-Geral.

e a constante preocupação com o futuro de nossas Especialidades nos dão a certeza que será bastante profícua a relação entre as Sociedades, beneficiando, sem dúvida, o trabalho de nossa Regional”, afirmou o Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles, que foi Secretário-Geral da Regional na gestão do Dr. Julio Peclat, e que nas atuais gestões assumiu os cargos de 1º Vice-Presidente da SBACV-RJ e de Secretário-Geral da Nacional.

## Uma noite entre amigos



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Ivanésio Merlo, Arno von Ristow, Carlos Clementino dos Santos Peixoto e Sergio Silveira Leal de Meirelles; membros da nova diretoria da SBACV-RJ.

O final de semana que representou o pontapé inicial das ações das novas diretorias da SBACV e SBACV-RJ terminou em clima de fraternidade e descontração. Estiveram presentes à cerimônia de posse das novas diretorias os Drs. Emilio Cesar Zilli, representando a Associação Médica Brasileira (AMB); José Fernando Maia Vinagre, representando o Conselho Federal de Medicina (CFM); Pablo Vazquez Queimadelos, presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj); além dos presidentes das Regionais da SBACV do Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Norte e de diversos membros da Sociedade.

*“O final de semana que representou o pontapé inicial das ações das novas diretorias da SBACV e SBACV-RJ terminou em clima de fraternidade e descontração.”*

Durante a posse conjunta dos dois presidentes, houve também a entrega da Medalha do Mérito Vascular Antônio Luiz de Medina, criada durante a última gestão da SBACV-RJ para homenagear especialistas e autoridades que, de alguma forma, contribuíram para o engrandecimento da Sociedade. Foram agraciados com a medalha o novo presidente da Regional, Dr. Carlos Peixoto, e o Dr. Pedro Pablo Komlós, que se despedia da direção da Nacional.

Ao final da cerimônia, foi servido um jantar de confraternização aos convidados.

## Um biênio de muito trabalho à vista

Os planos são muitos, e a transformação deles em realidade depende de muito trabalho e dedicação por parte da nova diretoria da SBACV-RJ. Mas é com a disposição daqueles que sabem a importância do que fazem que os membros da

gestão capitaneada pelo Dr. Carlos Clementino Peixoto têm abraçado o trabalho em prol da Sociedade e das especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular. Abaixo, os novos diretores falam de seus projetos para o biênio 2016/2017.



**Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto**  
Presidente da SBACV-RJ

Quero deixar uma mensagem para o sócio, ou para o colega que ainda não é sócio: vale a pena pagar a Sociedade, você terá muitos benefícios. Ter uma assessoria jurídica, uma assessoria de imprensa, uma Sociedade que vai brigar por melhores honorários, isso é muito importante. Eu quero também fazer um clube de vantagens, em que a pessoa, ao pagar a Sociedade, ganhe uma série de novos benefícios, o que vai tornar a Sociedade mais interessante para os sócios.

A gente não pode deixar a crise em que vivemos nos paralisar. Acho que é um momento de oportunidade, de mostrar para a sociedade em geral que nós, médicos, queremos ajudar as pessoas.



**Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles**  
1º Vice-Presidente

A Defesa Profissional será uma das principais bandeiras da nova diretoria, dando sequência ao trabalho iniciado na gestão Julio Peclat. Dr. Carlos Peixoto já se comprometeu a buscar um entendimento com os diversos planos de saúde, visando a implantar o Rol de Procedimentos. Para isso será necessário um trabalho conjunto dos diversos sócios da nossa Regional para que, unidos e pressionando estas entidades, esse objetivo possa ser alcançado.

A manutenção da qualidade da Educação Continuada, que vem sendo oferecida a nossos sócios ao longo das diversas gestões que nos antecederam com cursos, Encontros e Reuniões Científicas, também será uma permanente meta da atual Diretoria.

Continuaremos o trabalho de valorização das nossas Especialidades, Angiologia e Cirurgia Vascular, junto à população de nossa cidade e de nosso estado, com o apoio de nossas Assessorias de Imprensa e de Marketing. Entendemos ser essa uma das principais missões da nossa SBACV-RJ.



**Dr. Arno von Ristow**  
2º Vice-Presidente

A gestão que ora inicia seus trabalhos tem uma saudável continuidade com a anterior: Carlos C. Peixoto, que exerceu a Diretoria Científica, é o Presidente da SBACV-RJ e está firmemente determinado a deixar sua marca na galeria dos presidentes de nossa Regional. Inicia com uma luta em prol de honorários dignos com uma das maiores empresas médicas de nosso País, e conta com o apoio irrestrito dos Cirurgiões Vasculares nesta empreitada. Todos nós devemos assegurar nossa união, mesmo que medidas drásticas sejam inevitáveis! Da união de nossas forças poderemos almejar dias melhores, com mais dignidade e honra.



**Dr. Breno Caiafa**  
Secretário-Geral

Começamos mais um biênio de gestão na SBACV-RJ. Em dois anos, teremos tempo de contribuir com novas ideias, realizarmos novas ações, para a evolução da nossa Sociedade, mantendo o nível das gestões anteriores e, quiçá, tentando superá-las. Sempre aprendemos com os exemplos das gestões passadas, mas há sempre onde melhorar. A eleição desta nova Diretoria, após aclamação, demonstra que temos um grupo coeso, com os mesmos ideais e com mais experiência.



**Dra. Cristiane Araujo**  
Tesoureira-Geral

Em nossa gestão, pretendemos dar continuidade ao trabalho que já vinha sendo realizado pela Diretoria anterior, com o Dr. Adilson Feitosa à frente da Tesouraria. Já estamos trabalhando para a redução da inadimplência do nosso quadro de sócios. Este será o nosso maior foco!



**Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira**  
Diretor Científico

Para esse novo cargo na Diretoria da SBACV-RJ, trago na bagagem a experiência de ter passado pela Presidência desta Regional, e a consciência da responsabilidade e importância do cargo. Os desafios esperados geram em mim grande disposição para enfrentá-los! Dentre eles, despertar o interesse de nossos sócios para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos em nossas reuniões científicas, assim como para publicação em nossa Revista.



**Dr. Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes**  
Diretor de Eventos

Iniciamos uma nova gestão e nossa Diretoria de Eventos está empenhada no desenvolvimento de ações sociais, culturais e científicas que aproximem cada vez mais os sócios da SBACV-RJ.

Março será o mês do Encontro Carioca, que já está pronto, com conteúdo científico de excelência, três convidados internacionais de alto gabarito, além de todos os stands comercializados, prevendo um evento de sucesso.

Estamos planejando ainda as reuniões científicas mensais e as reuniões fora de sede, que garantirão aos sócios presentes e adimplentes uma pontuação, nos moldes de um programa de milhas, que possibilitarão concorrer a sorteios de atividades sócio culturais inéditas, oferecidas ao nosso associado, tais como: sessão de cinema, curso de vinho, jantar dançante entre outros.

É de suma importância o engajamento de todos os sócios nos eventos promovidos pela SBACV-RJ, visando à coesão e consequente fortalecimento da nossas Especialidades, visto que se anunciam anos difíceis tanto no serviço público quanto na saúde suplementar.



**Dr. João Augusto Bille**  
Diretor de Defesa Profissional

À criação do nosso próprio Rol de Procedimentos e a luta hercúlea, que se iniciou na gestão anterior, daremos continuidade nesta gestão, com as poderosas e influentes operadoras dos planos de saúde para a implantação do mesmo. Esta será uma das principais metas desta gestão e esta Diretoria não medirá esforços para alcançá-la. Outro ponto a ser acrescentado é a importância da participação de todos os associados, já neste mês de março, para as reuniões da COMSSU, SinMed e Sociedades de Especialidades que acontecerão no Cremerj. O objetivo será formularmos a redação final dos contratos de prestação de serviço com as operadoras e o índice de reajuste segundo a nova lei de contratualização, Lei n.º 13.003 de junho de 2014.



**Dr. Leonardo Aguiar Lucas**  
Diretor de Publicações Científicas

Começamos este biênio trazendo mudanças sutis na Revista da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Além de modificações no projeto gráfico, algumas seções foram incluídas para enriquecer nossa publicação, como o Espaço de Ecografia, Artigos Internacionais e Gestão. Mas é importante para nossa diretoria a contribuição de todos para um trabalho cada vez mais afinado e proveitoso sobre nossas Especialidades.



## Investir no sucesso é preparar e apoiar lideranças

Márcia Campiolo - Psicóloga e gestora de clínica, especialista em Recursos Humanos e Gestão Médica, autora dos livros "Gestão do Consultório Médico" e "Agenda Médica - Muito Além do Trivial".

***“...os serviços de saúde devem também procurar identificar possíveis líderes e investir no desenvolvimento de competências, que permitam o alcance do domínio das habilidades necessárias ao gerenciamento e liderança de pessoas.”***

O papel das lideranças em um serviço de saúde é de elevada importância. É possível dizer que é crucial para o equilíbrio e desenvolvimento do serviço.

É preciso lembrar que, em um serviço de saúde, podemos identificar diversas áreas e níveis de liderança. Quanto maior o serviço, mais complexa é a estrutura organizacional e de lideranças necessárias.

A liderança precisa acontecer como um processo, em que o grupo “naturalmente” acompanha o líder e resultados satisfatórios esperados são alcançados. Assim, o líder deve ter a capacidade de “inspirar” a equipe a ser criativa, motivada e produtiva.

Para comandar o time, é preciso preparo profissional e também apoio. O desenvolvimento de lideranças precisa ser um processo contínuo dentro da organização, onde o líder recebe o suporte necessário para que possa desenvolver suas habilidades de forma altamente satisfatória em termos de resultados e segurança em seu exercício. Esta visão focada no desenvolvimento de lideranças deve ser voltada para os líderes em exercício, assim como para potenciais futuros líderes.

O apoio da organização a estes profissionais é um ponto crucial para que sejam possíveis o exercício e o desenvolvimento de lideranças efetivas. A LHH/DBM, uma consultoria global de desenvolvimento de talentos, revelou, através de uma pesquisa no mercado americano com 450 executivos, que 52% afirmaram que raramente ou nunca havia preocupação de seus líderes em ajudá-los a aprimorar seus papéis. E 27% dos executivos disseram que às vezes percebiam tal interesse.

Assim, os serviços de saúde devem também procurar identificar possíveis líderes e investir no desenvolvimento de competências, que permitam o alcance do domínio das habilidades necessárias ao gerenciamento e liderança de pessoas.

Um grande desafio para as organizações é identificar possíveis líderes entre seus colaboradores. É sempre mais fácil encontrar profissionais que tenham um perfil mais técnico. Assim, essa busca deve ser contínua, na qual encontrar estes potenciais é uma tarefa que está diretamente ligada ao sucesso do serviço.

É importante lembrar que o exercício da liderança precisa estar em constante lapidação por meio de educação continuada para o desenvolvimento das competências necessárias.

Uma das características importantes a ser identificadas em um líder em potencial é a capacidade de mudança. Adquirir e desenvolver habilidades exigem, muitas vezes, mudanças comportamentais, de atitude, de *modus operandi*. Resistência à mudança é muito comum, mas o líder deve ter a capacidade de contornar qualquer impedimento que frequentemente a pessoa impõe a si mesma neste sentido.

Outra característica esperada é a de dar e receber *feedback*. O domínio desta arte está muito relacionado à inteligência emocional. O controle das emoções é fundamental quando se trata de ouvir ou dizer palavras que, muitas vezes, não vêm ao encontro das expectativas. O equilíbrio emocional e a capacidade de comunicação efetiva auxiliam na condução produtiva e equilibrada dessas situações.

É preciso também lembrar que o líder deve estar rotineiramente procurando realizar um *autofeedback* de forma bastante racional e consciente, procurando identificar em si mesmo as áreas que precisam ser mudadas, adquiridas ou melhor desenvolvidas. O *autofeedback*, quando feito de forma adequada, pode ser uma poderosa ferramenta de crescimento profissional.

Outro aspecto importante para os serviços de saúde é a atenção especial às estratégias e ações que possam manter esses líderes em seu quadro de colaboradores. De que adianta a organização identificar e preparar líderes se eles não permanecem por muito tempo com essa equipe? O desligamento de um líder ou potencial líder do serviço gera para a organização uma perda de capital intelectual muito importante e de difícil substituição.

O líder também deve ter muito claro para si que não existe liderança sem liderado, assim o seu time é o seu patrimônio, que deve ser tratado e conduzido como um grande tesouro.

Por fim, cabe citar Nietzsche quando ele diz: “Fazer grandes coisas é difícil; mas comandar grandes coisas é ainda mais difícil”.



1,5 ponto

# Reuniões Científicas Mensais 2016

ABR

## 567ª Reunião Científica - 28 de abril (5ª feira)

**Local:** Auditório do CREMERJ

Praia de Botafogo, 228, Loja 119 B - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

**Horário:** 19h30

JUN

## 568ª Reunião Científica - 02 de junho (5ª feira)

**Local:** Auditório do CREMERJ

Praia de Botafogo, 228, Loja 119 B - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

**Horário:** 19h30

## 569ª Reunião Fora de Sede - 24 e 26 de junho

**Local:** Penedo - RJ

**Horário:** a definir

JUL

## 570ª Reunião Científica - 28 de julho (5ª feira)

**Local:** Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

**Horário:** 19h30

AGO

## 571ª Reunião Científica - 25 de agosto (5ª feira)

**Local:** Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

**Horário:** 19h30

SET

## 572ª Reunião Científica - 29 de setembro (5ª feira)

**Local:** Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

**Horário:** 19h30

OUT

## 573ª Reunião Científica - 27 de outubro (5ª feira)

**Local:** Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

**Horário:** 19h30

SBACV RJ

www.sbacvrj.com.br



Dr. Luiz Alexandre Essinger - Coordenador da Rede de Cirurgia Vascular do Município do Rio de Janeiro;  
Cirurgião Vascular do Hospital Municipal Miguel Couto.

Para esta edição da revista da SBACV-RJ convidamos o Dr. Luiz Alexandre Essinger, Angiologista e Cirurgião Vascular, Diretor-Geral do Hospital Municipal Miguel Couto de 2009 a 2015, para falar sobre um assunto que tem envolvido tanto a classe médica quanto a população: a crise na Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Em meio a tantas informações divulgadas, é importante tomar conhecimento do ponto de vista dos profissionais que estão nos Serviços de Saúde vivenciando, em sua rotina, não só as crises no setor, mas também as propostas que já têm sido colocadas em prática. De acordo com as experiências como servidor na área de saúde, atuando como Cirurgião Vascular do Hospital Municipal Miguel Couto há 29 anos, Dr. Essinger nos contou um pouco de sua visão sobre o tema.

*“O número de serviços que atuam efetivamente no Estado ainda é pequeno. Este número não é compatível com a grande prevalência das doenças circulatórias.”*

**Com a relação à abordagem da mídia sobre a crise na saúde no Estado, de que forma esse tema tem afetado o seu hospital?**

Dr. Essinger - *Infelizmente a mídia, na maioria das vezes, aborda as questões da saúde de maneira sensacionalista. Isto se torna mais frequente nos anos eleitorais, quando as questões que afetam os serviços públicos são exploradas como forma de pressão. As reportagens tratam de maneira superficial o problema, geralmente mostrando a superlotação dos hospitais com macas nos corredores, as filas nas portas e longa espera para acesso a consultas especializadas e a exames. Poucas reportagens abordam o contexto e quais as propostas que já foram postas em prática e o que necessita ser feito.*

*Este tipo de reportagem gera sentimentos de desvalorização nas equipes de saúde e desconfiança na população. A reportagem clássica, denunciando um erro, geralmente denominado “médico”, também vem como um rolo compressor, não dando tempo para que os profissionais envolvidos possam se defender de maneira justa. A população assustada fica então cada vez mais agressiva, e passa a ter uma expectativa que o serviço prestado será sempre ruim. Isto afeta a*

percepção da qualidade, pois, como sabemos, o conceito e a medida da qualidade dos serviços dependem da relação entre o serviço esperado e o serviço percebido. O serviço esperado depende de quatro fatores. São eles: necessidades pessoais, comunicação boca a boca, experiência passada e as comunicações externas. As comunicações externas apontando sempre um péssimo cenário levarão o usuário a ter baixa zona de tolerância, passando sempre a duvidar da competência das equipes.

#### Poderia fazer uma avaliação da Cirurgia Vascular nos hospitais do Estado nesse momento?

Dr. Essinger - O número de serviços que atuam efetivamente no Estado ainda é pequeno. Este número não é compatível com a grande prevalência das doenças circulatórias. Os concursos e contratações chamam ainda um grande número de médicos para Cirurgia Geral e Ortopedia, enquanto a Cirurgia Vascular e a Neurocirurgia permanecem com poucas vagas ofertadas. Preci-

samos demonstrar com números a necessidade da ampliação do cuidado em cirurgia vascular. Certamente a atenção ao pé diabético e a doença venosa servirão de exemplo da necessidade de investimentos nesta área.

#### Quais são as perspectivas de condições da oferta da saúde no Estado no curto e médio prazos?

Dr. Essinger - A perspectiva, no curto prazo, será de grande dificuldade em decorrência da crise econômica. Precisamos cada vez mais de maior eficiência para contar com os escassos recursos. A Cirurgia Vascular tem que demonstrar com indicadores a sua produção e a suas necessidades para que possamos crescer e oferecer o que é de direito aos pacientes. A enorme prevalência da doença venosa, a grande predominância e gravidade do pé diabético e a alta mortalidade das doenças arteriais servirão de exemplos que indicarão a obrigatoriedade de investimentos nesta área.

## O Cremerj foi o palco da primeira reunião científica do ano de 2016

Fotos: SBACV-RJ

A primeira reunião científica do ano de 2016 (566ª) aconteceu na noite de 25 de fevereiro, no auditório do Cremerj, onde especialistas participaram da apresentação de três trabalhos científicos.

Abrindo a programação, o Dr. Felipe Borges Fagundes foi o relator do tema "Escleroterapia com espuma no tratamento de varizes em membros inferiores: perfil dos pacientes tratados no Hospital Universitário Pedro Ernesto - Uerj", tendo como debatedores os Drs. Sérgio S. Leal de Meirelles, Guilherme Peralta Peçanha e Juliana Miranda Vieira. Dando continuidade às apresentações, o Dr. Vitor Cavaliere apresentou o segundo tema da noite, do Serviço do Hospital Municipal Miguel Couto, o "Tratamento combinado para aneurisma de íliaca comum e femoral comum", debatido pelos Drs. Átila Brunett Di Maio Ferreira, Carlo Sassi, Felipe F. Murad e Bernardo Senra Barros.

Fechando as apresentações, o Dr. Arno Buettner von Ristow foi o relator do trabalho sobre "Carótidas - Quando o Cirurgião Vascular pode intervir na presença de sintomas agudos?", com a participação, em debate, dos Drs. Adilson Feitosa, Felipe Silva da Costa e Luiz Henrique Coelho; serviço Centervasc-Rio.

É importante lembrar que os melhores trabalhos científicos publicados na revista da SBACV-RJ e



Participantes da 566ª Reunião Científica, no auditório do Cremerj.

apresentados em reuniões científicas concorrão ao Prêmio Rubens Mayall, que incentiva a produção científica.

Como forma de homenagear o Cirurgião Vascular Eduardo de Paula Feres, falecido no dia 11 de fevereiro, em um trágico acidente, os presentes na 566ª reunião científica fizeram 1 minuto de silêncio.

**Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso**

**condux**

contabilidade - consultoria fiscal e tributária  
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

**(21) 3203-4348**

Tel/Fax

## O Dr. Eduardo Féres será eternizado por sua contribuição profissional

A família do Cirurgião Vascular Eduardo de Paula Féres, neste espaço cedido pela Regional do Rio de Janeiro, agradece a todas as manifestações de carinho, conforto e apoio por parte dos colegas de profissão e amigos do seu ente querido, que teve a carreira interrompida no dia 11 de fevereiro, em um trágico acidente.

Oportunamente, a Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, representando seus sócios, se solidariza com a família e expressa seus sinceros sentimentos por tão irreparável perda; desejando que Deus os conforte neste momento tão difícil.

O Dr. Eduardo Féres trabalhava como Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Miguel Couto, além de ocupar o cargo de Major Médico da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Ele deixou uma grande contribuição à Saúde Vascular e um legado a todos os que tiveram oportunidade de compartilhar de seus conhecimentos.



## Novos Sócios



Entrega de certificado ao Aspirante Douglas Almeida Oliveira, em Reunião Científica (566).

### ASPIRANTES – MÊS DE JANEIRO

Aline Hamilton Goulart  
Douglas Almeida Oliveira  
Sergio Pacheco de Oliveira

Vem aí o

# 4º prêmio Mayall

## Prepare o seu trabalho.

O prêmio Rubens Carlos Mayall foi criado para incentivar a produção científica dos sócios da Regional do Rio de Janeiro e homenagear a dedicação de um dos fundadores da Sociedade, que dá nome ao prêmio.

### Da participação e inscrição

- Art. 1- A inscrição deverá ser feita por meio do e-mail [secretaria@sbacvrj.com.br](mailto:secretaria@sbacvrj.com.br), com o envio do artigo. Não será aceito o envio por correio;
- Art. 2- O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
- Art. 3- Para concorrer ao prêmio, o trabalho deve ser publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular da Regional Rio de Janeiro entre as edições de Janeiro a Dezembro de 2016 e apresentado em uma das Reuniões Científicas da Regional, que são agendas previamente e comunicadas através dos e-mails encaminhados pela Secretaria da Sociedade.
- Art. 4 - É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, evento onde será entregue o prêmio.
- Art. 5- O trabalho deverá ser realizado em consultórios, clínicas ou hospitais especializados em Cirurgia Vascular.
- Art. 6- Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para a publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
- Art. 7 - Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
- Art. 8 - Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

### Formatação

- Art. 9- Os trabalhos devem ser digitados em espaço duplo e alinhados à esquerda em todas as seções, inclusive página de rosto, referências, tabelas e legendas. Utilize processador de texto compatível com Microsoft Word®, fonte Arial, tamanho 12.
- Art. 10- O trabalho deverá seguir a sequência:
- Folha de rosto; resumo, não excedendo 150 palavras; introdução; relato do caso; discussão; e referências bibliográficas;
  - O trabalho poderá ser complementado com fotografias, imagens e tabelas.
  - Os relatos de caso devem ter, no máximo, 2.500 palavras, excetuando-se a referência bibliográfica, que deve ser limitada a 15 diferentes fontes.
- Art. 11 - Na folha de rosto deverá constar:
- Título do trabalho em português;
  - Nome (s) do (s) autor (es) sem abreviação;
  - Instituição, consultório, clínica ou hospital onde foi realizado o trabalho;
  - Endereço para correspondência, telefone e e-mail de contato.

### Premiação

- Art. 12 - A entrega do prêmio de melhor trabalho científico será realizada durante o Encontro De Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. A data e o local serão definidos.

### Julgamento

- Art. 13 - Os artigos serão julgados por uma comissão formada por angiologistas e cirurgiões vasculares, que serão indicados pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro.

**SBACV-RJ**

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

# Regras para publicação de trabalhos científicos na revista da SBACV-RJ

## PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os trabalhos devem ser digitados em espaço duplo e alinhados à esquerda em todas as seções, inclusive página de rosto, referências, tabelas e legendas.

Utilize processador de texto compatível com Microsoft Word, fonte Times New Roman, tamanho 12. Não destaque trechos do texto com estilo sublinhado ou negrito. Numere todas as páginas. Prepare e envie uma folha de rosto em um arquivo separado, contendo:

- 1) título do trabalho em português;
- 2) título do trabalho em inglês;
- 3) título resumido do trabalho (sem abreviações) no idioma do manuscrito (máximo de 50 caracteres com espaços);
- 4) nome completo dos autores;
- 5) afiliações dos autores (dados necessários: Instituição – SIGLA, Departamento, Cidade, UF, País);
- 6) informações de correspondência (dados necessários: Nome do autor para correspondência/Rua, N.º, Bairro/CEP – Cidade (UF), Telefone, País/ E-mail do autor para correspondência);
- 7) informações sobre os autores (dados necessários: Iniciais do nome completo do autor seguidas de sua ocupação atual (exemplo: "GBPB é mestre em cirurgia pela Universidade Federal de São Paulo (USP)");
- 8) informar instituição onde o trabalho foi desenvolvido (exemplo: "O estudo foi realizado(a) no(na)..." ).

Os nomes completos dos autores e coautores, respectivas afiliações e detalhes do autor correspondente (nome, endereço, telefone, fax e e-mail) também devem ser informados em campos específicos do sistema (metadados) e removidos do texto do artigo para garantir uma avaliação cega. Nomes de instituições onde o trabalho foi desenvolvido ou às quais os autores são afiliados, assim como congressos onde o estudo tenha sido apresentado, também não devem aparecer ao longo do texto. Essas informações podem ser reunidas em um documento separado, submetido como documento suplemen-

tar. Além disso, os autores devem informar as contribuições específicas de cada autor para o trabalho submetido, seguindo o modelo abaixo, inserindo as iniciais dos autores envolvidos em cada uma das tarefas listadas:

Concepção e desenho do estudo:

Análise e interpretação dos dados:

Coleta de dados:

Redação do artigo:

Revisão crítica do texto:

Aprovação final do artigo\*:

Análise estatística:

Responsabilidade geral pelo estudo:

Informações sobre financiamento:

\* Todos os autores devem ter lido e aprovado a versão final submetida ao Diretor de Publicações da Revista da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Não escreva nomes próprios em letras maiúsculas (por exemplo, SMITH) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilize pontos nas siglas (escreva AAA em vez de A.A.A.). Termos abreviados por meio de siglas devem aparecer por extenso quando citados pela primeira vez, seguidos da sigla entre parênteses; nas menções subsequentes, somente a sigla deverá ser utilizada. Siglas utilizadas em tabelas ou figuras devem ser definidas em notas de rodapé, mesmo se já tiverem sido definidas no texto. Nomes de produtos comerciais devem vir acompanhados do símbolo de marca registrada (®) e de informações sobre o nome, cidade e país do fabricante.

No resumo, deve-se evitar o uso de abreviações e símbolos, e não devem ser citadas referências bibliográficas.

Abaixo do resumo, deve-se fornecer no mínimo três palavras-chave que sejam integrantes da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME (<http://decs.bvs.br>), ou dos Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome>).

html), elaborada pela National Library of Medicine. Após o resumo e as palavras-chave em português, devem ser apresentados também um abstract e keywords em inglês. O conteúdo do resumo e do abstract devem ser idênticos.

## TABELAS

As tabelas (cada tabela apresentada em uma folha separada) deverão ser citadas no texto e numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento, com título ou legenda explicativa. As tabelas devem ser incluídas no documento principal, após a lista de referências. Utilize apenas linhas horizontais, no cabeçalho e pé da tabela. Não utilize linhas verticais.

Tabelas não devem repetir informações já descritas no texto e devem ser compreendidas de forma independente, sem o auxílio do texto. Siglas utilizadas em tabelas devem ser definidas em notas de rodapé.

## FIGURAS

As figuras deverão ser citadas no texto (sempre utilizando-se a designação "Figura", e não "Gráfico" ou "Imagem") e numeradas com algarismos arábicos na ordem de aparecimento, sempre com legenda explicativa. Todas as legendas deverão ser listadas em uma mesma página, no final do artigo. As figuras podem ser submetidas em cores para publicação on-line, mas são impressas em preto e branco, e, portanto, devem ser compreensíveis desta forma.

Figuras devem ser enviadas em formato eletrônico (exclusivamente gráficos e fotografias digitais), em arquivos independentes, nas extensões .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida. Quando não for possível enviar as figuras eletronicamente, o envio deve ser feito via correio. Não serão aceitas fotografias escaneadas; fotografias em papel devem ser encaminhadas pelo correio.

Fotografias de pacientes não devem permitir sua identificação. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões.

Quando uma figura recebida eletronicamente apresentar baixa qualidade para impressão, o Jornal poderá entrar em contato com os autores solicitando o envio dos originais em alta resolução. No caso de fotos enviadas pelo correio, todas devem ser identificadas no verso com o uso de etiqueta colante contendo o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Não deverão ser enviados originais de radiografias, registros em papel termossensível e outras formas de re-

gistro. Estes devem ser enviados sob a forma de fotos de boa qualidade que permitam boa reprodução.

Figuras já publicadas e incluídas em artigos submetidos devem indicar a fonte original na legenda e devem vir acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos autorais (editora ou revista). Os autores devem manter uma cópia da(s) carta(s) de permissão.

Figuras não devem repetir informações já descritas no texto e devem ser compreendidas de forma independente, sem o auxílio do texto. Siglas utilizadas em figuras devem ser definidas na legenda.

## AGRADECIMENTOS

Nesta seção, deve-se reconhecer o trabalho de pessoas que tenham colaborado intelectualmente para o artigo, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou de pessoas ou instituições que tenham dado apoio material.

## REFERÊNCIAS

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar na lista de referências e vice-versa. Numere as referências por ordem de aparecimento no texto (e não em ordem alfabética), utilizando números sobrescritos (e não números entre parênteses). A ordem das referências, tanto na numeração sobrescrita ao longo do texto quanto na lista, deve estar de acordo com a ordem de citação ou aparecimento. Evite um número excessivo de referências bibliográficas, citando apenas as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência a trabalhos mais recentes (últimos 5 anos).

Não se esqueça de citar autores brasileiros e latino-americanos sempre que relevante. Para tanto, consulte as seguintes fontes de pesquisa: LILACS ([www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br)), SciELO ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)) e o próprio Jornal ([www.scielo.br/jvb](http://www.scielo.br/jvb) e [www.jvascbr.com.br](http://www.jvascbr.com.br)).

Evite citações de difícil acesso aos leitores, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou outras publicações de circulação restrita. Não utilize referências do tipo "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão "no prelo". Para citações de outros trabalhos dos mesmos autores, selecione apenas os trabalhos completos publicados em periódicos e relacionados ao tema em discussão (não citar capítulos e revisões). Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas e pela observação do estilo apresentado nos exemplos a seguir.

### 5º Brazilian International Meeting of Phlebology

Data: 01 a 02 de abril de 2016  
Local: Hotel Tivoli Mofarrej, Alameda Santos, 1437 São Paulo, SP  
Telefone de contato: (11) 3831-6382  
Informações: marcia@tecnomkt.com.br

### CICE 2016 – Congresso Internacional de Cirurgia Endovascular

Data : 13 a 16 de abril de 2016  
Local: Sheraton São Paulo WTC Hotel São Paulo, SP  
Telefone de contato : (11) 3262-1158  
Informações: secretaria@icve.com.br e www.cice.com.br

### Science – Simpósio Internacional de Cirurgia Endovenosa

Data: 29 e 30 de abril de 2016  
Local: Hotel Tivoli – Mofarrej, Alameda Santos, 1437 São Paulo (SP)  
Telefones de contato: (11) 3078-4421 e (11) 3168-0609  
Informações: contato@veins.com.br e eventos@endovascularsp.com.br

### XIV Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data/Horário: 12 a 14 de maio de 2016  
Local: Centro de Convenções Frei Caneca 4º andar – São Paulo (SP)  
Telefones de contato: (11) 3849-0379 e (11) 3849-8263  
Informações: vascular@meetingeventos.com.br e www.encontrosao paulo.com.br

### 21º Encontro Pernambucano Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 26 a 28 de maio de 2016  
Local: Mercure Recife Mar Hotel Conventions Recife, PE  
Telefone de contato: (81) 3466-5752  
Informações: www.sbacv-pe.com.br

### Congreso Del Bicentenario Flebolinfo 2016

Data: 26 a 28 de maio de 2016  
Local: Hotel Intercontinental Buenos Aires, Argentina  
Informações: info@sflb.com.ar gsfarcich@gmail.com

### Encontro Mineiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 09 a 11 de junho de 2016  
Local: Santíssimo Resort, Tiradentes (MG)  
Telefone de contato: (31) 3213-0572  
Informações: www.sbacvmg.org.br, sbacvmineira@gmail.com

### 5º Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular e IV Simpósio SVS Capítulo Brasil

Data: 18 a 21 de agosto de 2016  
Local: Hotel Senac – Águas de São Pedro São Paulo (SP)  
Telefone de contato: (11) 3831-6382  
Informações: camila@tecnomkt.com.br

### VII Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular 2016

Data: 07 a 10 de setembro de 2016  
Local: Ouro Minas Palace Hotel, Belo Horizonte (MG)  
Telefone de contato: (31) 3213-0572 e (31) 8458-2493  
Informações: contato@organizaevento.net.br

### 11º Encontro Norte Nordeste de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 08 a 10 de setembro de 2016  
Local: Seara Praia Hotel – Av. Beira Mar, 3080 Meireles, Fortaleza (CE)  
Telefone de contato: (85) 40111573  
Informações: www.nnevascular.com.br divulgacao@arxeventos.com.br  
Facebook Fanpage: CirurgiaVascular2016

### XIV Panamerican Congress on Vascular Surgery

Data: 05 a 08 de outubro de 2016  
Local: Windsor Barra Hotel, Rio de Janeiro (RJ)  
Telefone de contato: (21) 2548-5141  
Informações: www.pan2016.com.br

## Conheça o Sistema

VENTURI Vivano



### Bomba de pressão Negativa Venturi Modelos Avanti e Compact

Reservatório de 300 ou 600 mL, bateria de até 24h, dois modos de pressão: contínua e intermitente.



### Espuma VivanoMed

Tamanhos P, M, G para melhor adaptação às feridas



### Hydrofilm

Transparente, auto adesivo com alto índice MVTR



### Bandeja com Itens

Apresentação do Kit Abdominal e do tamanho XL



### Embalagem

Plástico transparente para fácil visualização



### Portal Drain

Feito em silicone macio, auxilia a saída do exsudato



### Silicone Layer

Camada de interface para proteção de órgãos

EXCLUSIVA

(21) 2425-0688  
exclusiva@exclusivabrasil.com

# VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

**TrapEase™**  
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ  
**Genesis™**



**ANGIOGUARD™**  
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



**SMART Control™**



**OUTBACK**



**FRONTRUNNER**



**Cordis**  
a Johnson & Johnson company



**Cordis OptEase**  
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de Dilatação  
**EMPIRA™**

**Cordis**  
a Johnson & Johnson company