

SBACVRJ

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

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

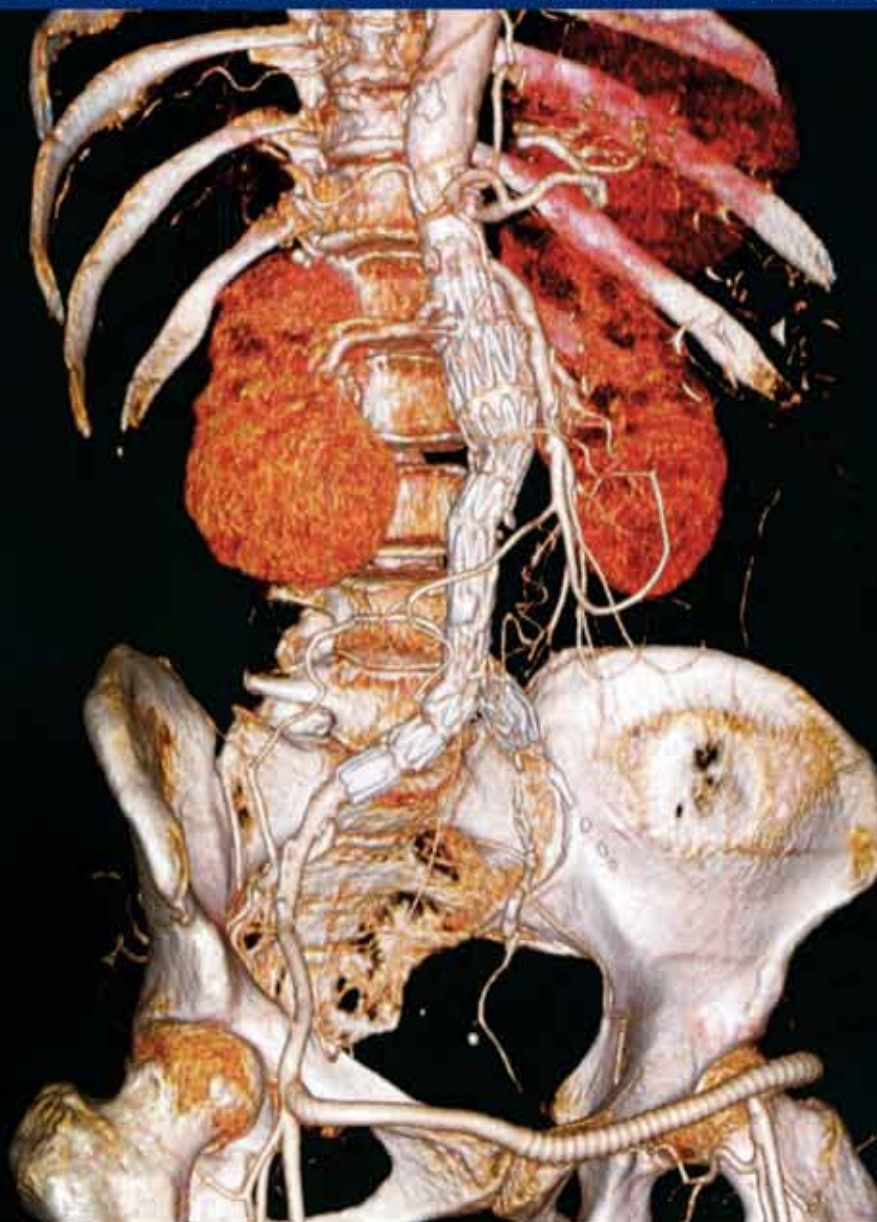
/// CORREIOS ///



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

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

Nº I - Jan./Fev. - 2014



Especial:
Diretoria biênio 2014-2015:
Gestão com foco na defesa
profissional

Artigo Científico:
Tratamento Endovascular da
Síndrome de Quebra-Nozes

Opinião:
Presidente do Cremerj
denuncia descaso com
o Hospital Salgado Filho

Reuniões Científicas:
TVP - Casos Clínicos
e Discussão

DERSANI

AÇÃO EFICAZ NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

HIDROGEL COM ALGINATO

Ácidos Graxos, Alginato, Vitaminas A e E

Apresentação:
85gr



Para cicatrização de feridas
exsudativas, abrasões e lacerações.⁽²⁾
Ação hemostática.⁽²⁾



LOÇÃO OLEOSA

Ácidos Graxos Essenciais, TCM, Vitaminas A e E

Para cicatrização de

- Úlcera por pressão ⁽¹⁾
- Úlceras venosas ⁽¹⁾
- Úlceras diabéticas ⁽¹⁾
- Dermatites ⁽¹⁾



Apresentação:
Loção oleosa,
100ml e 200ml.

Referências: 1 - Rótulo do Produto; 2 - Rótulo do Produto. **Dersani Original - Composição:** Triglicerídeos de Ácidos Cáprico e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. **Modo de Uso:** Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico, secar a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril e reaplicar a cada 12 (doze) horas. **Precauções:** Uso externo. Não deve ser ingerido. Manter fora do alcance de crianças. Não estéril. Registro nº B0219190002. **Dersani Hidrogel com Alginato - Composição:** alginato de sódio, ácidos graxos essenciais, vitaminas A e E, propilenoglicol, edetato dissódico, benzonato de sódio, carbômer, hidróxido de sódio e água purificada. **Modo de Uso:** aplicar o produto com luvas para garantir a segurança. 1. Irrigar a lesão com solução fisiológica a 0,9%; 2. Limpar a pele ao redor e secar; 3. Aplicar na ferida, sem exceder o nível ao redor da mesma; 4. Ocluir a ferida com curativo secundário e estéril e fixar. Para remover, irrigar a ferida com solução fisiológica. **Precauções:** Não utilizar se a embalagem estiver danificada ou violada. Em casos de irritação ou sensibilidade (reação alérgica) durante o uso, suspenda a utilização e consulte um profissional de saúde. Registro nº B.0219.1900.04. Resp. Técnico: Alberto R. V. Stein CRF / RJ 3257 Fabricado por Laboratório Daudt Oliveira LTDA. Rua Simões da Mota, 57 - Rio de Janeiro - RJ.



Compromisso com
a saúde desde 1882

M.I.G., 68 anos, portadora de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, de 5,5 cm no maior diâmetro, submetida à correção endovascular em maio de 2011.

Angio TC de 2013 que mostra endoprótese cônica, aorto-ilíaca direita, em posição, além de bypass iliofemoral D-E com prótese de PTFE.



Imagem da capa

Cedida por Dr. Marcio Arruda Portilho.

Palavra do Presidente

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Passos acelerados e a certeza de seguir em excelente companhia

05

Carta

Comunicado às Sociedades Médicas de Especialidades

11

Espaço Residente

Márcia Asevedo

A residência médica e o segundo ciclo de Medicina

37

Palavra do Secretário

Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles

“O segredo do sucesso é a constância do propósito.”

07

Artigo Científico

Drs. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Clóvis Bordini Racy Filho, Daniel Autran Burlier Drummond, Leonardo Stambowsky, Andréa de Lima Peixoto.

Tratamento Endovascular da Síndrome de Quebra-Nozes

12

Memória Vascular

Márcia Asevedo

A imponência do Copacabana Palace como cenário para o I Encontro Carioca

40

Palavra do Diretor de Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira

08

Reuniões Científicas

Drs. Rossi Murilo, Rita de Cássia Proviatt, Renata Villas-Bôas, Leandro Barbosa, Eduardo Loureiro.

Trombose Venosa Profunda: Casos Clínicos e Discussão

20

Defesa Profissional

Sociedade contrata novas assessorias para defesa profissional

43

Palavra da Diretoria Científica

Dr. Carlos Clementino Peixoto
Dr. Marcos Arêas

Planejamento da diretoria científica para o biênio 2014/2015

09

Reuniões Científicas

Drs. Felipe Coelho Neto, Igor Rafael Sincos.

Aspectos técnicos da radiofrequência na ablação de perfurantes

25

Opinião

Dr. Sidnei Ferreira

Hospital em estado grave

44

Editorial

Dr. Marcio Arruda Portilho

Por uma revista cada vez mais próxima, atual e interessante

10

Especial

Aline Ferreira

Diretoria biênio 2014-2015: gestão com foco na defesa profissional

31

Informangio

46

Eventos

54

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente

Arno Buettner von Ristow

Secretário-geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-geral

Ruy Luiz Pinto Ribeiro

Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

Diretor Científico

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Eventos

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Aguiar Lucas

Diretor de Publicações Científicas

Marcio Arruda Portilho

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Paulo Eduardo Ocke Reis

Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Rita de Cássia Proviatt Cury

Diretor de Patrimônio

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Patrimônio

Raimundo Luiz Senra Barros

Presidente da gestão anterior

Carlos Eduardo Virgini

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Público:**

Carlos Eduardo Virgini

Jurídico:

Paulo Marcio Canongia

Científica:

Marília Duarte B. Panico

Publicações:

Nostradamus Augusto Coelho

Planejamento Estratégico:

Francisco João Sahagoff D.V. Gomes

Residência Médica:

Bruno Morisson

Eventos:

Alberto Coimbra Duque

Informática:

Leonardo Silveira de Castro

Vice de Informática:

José Carlos M. Jannuzzi

Associações Médicas:

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Cirurgia Endovascular:

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios:

Roberto Furman

Ações Sociais:

Jackson Silveira Caiafa

Assessoria para assuntos**Interinstitucionais:**

Ney Abrantes Lucas

Defesa Profissional:

Marcio Leal de Meirelles

Assessoria de Imprensa:

Almar Assumpção Bastos

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS:**

Rubens Giamboni Filho

Diretor de Informática:

Vivian Carin Marino

Pós-Graduação:

Felipe Borges Fagundes

Apoio Jurídico:

Taís Antunes Torres Mourão

Educação Continuada:

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doenças Arteriais:**

Bernardo Senra Barros

Carlo Sassi

Celestino Affonso Oliveira

Edilson Ferreira Feres

Emília Alves Bento

José Ricardo Brizzi Chiani

Luiz Henrique Coelho

Nelson Vieira

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas:

Angela Maria Eugenio

Daniel Autran Burler Drummond

Diogo Di Batista de Abreu e Souza

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Leonardo Stambowsky

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Métodos Especiais:**Laser:**

Marcello Capela Moritz

Radiofrequência:

Alexandre Cesar Jahn

Espuma:

Guilherme Peralta Peçanha

Doenças Linfáticas:

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Lilian Camara da Silva

Métodos Diagnósticos**Não Invasivos:**

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Alessandra Foi Camara

Carmen Lucia Lascasas

Clóvis Bordini Racy Filho

Luiz Paulo de Brito Lyra

Sergio Eduardo Correa Alves

Angiorradiologia e Cirurgia**Endovascular:**

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Fabio de Almeida Leal

Fabio Sassi

Felipe Silva da Costa

Felippe Beer

Guilheme Nogueira d'Utra

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Marcio Maia Lima

Rodrigo Soares Cunha

Roberto Young Junior

Vitória Edwiges Teixeira de Brito

Warley Dias Siqueira Mendes

Feridas:

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental e Pesquisa:

Monica Rochedo Mayall

Nivan de Carvalho

Microcirculação:

Mario Bruno Lobo Neves

Patrícia Diniz

Solange Chalfun de Matos

Trauma Vascular:

Bruno Miana Caiafa

Leonardo Cesar Alvim

Marise Claudia Muniz de Almeida

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Vaz de Melo

Fórum Científico:

Ana Asniv Hototian

Fúlvio Toshio de S. Lima

Helen Cristina Pessoni

João Augusto Bille

Luiz Batista Neto

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 Luiz de Medina

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Luiz Felipe da Silva

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marília Duarte Brandão Panico

Paulo Marcio Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Rossi Murilo da Silva

Vasco Lauria da Fonseca Filho

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

Jornalistas Responsáveis
Márcia Asevedo
Aline Ferreira

Projeto Gráfico
Julio Leiria

Diagramação
Luiz Felipe Beca

Coordenação, Editorial e Gráfica
Selles & Henning Comunicação Integrada
Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 - 2º andar - Centro
CEP: 20080-007 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2233-0005
selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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



Passos acelerados e a certeza de seguir em excelente companhia

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira - Presidente da SBACV-RJ



**Muito está por vir,
tenham certeza!
Desde já agradeço
todo o empenho
desta diretoria que
conosco seguirá
por este biênio.**

É para mim uma grande honra ser Presidente da SBACV-RJ. Já está sendo um imenso desafio liderar pelos próximos dois anos esta prestigiosa Regional. Cada gestão que nos antecedeu deixou sua contribuição para a Sociedade. Preservar este legado e continuar avançando é uma tarefa árdua, porém não faltarão motivação e muito trabalho. Entendemos que no Rio de Janeiro exista uma continuidade madura e consciente. Não poderia iniciar este trabalho sem agradecer e parabenizar todos os presidentes que me antecederam.

Há aproximadamente seis meses, ainda durante o processo de transição, na gestão do Dr. Carlos Eduardo Virgini, começamos a trabalhar no planejamento do XXVIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Desde o início eram nossas metas: ter em nossa programação quatro convidados internacionais, divulgar o programa científico completo até o dia 31 de janeiro e comercializar todo o evento.

Missão cumprida! Estamos trazendo os conceituados Andrej Schmidt, Javier Leal Monedero, Benjamin Starnes e Marcelo Guimarães. O programa científico completo foi divulgado em 29 de janeiro, e todo o evento já está comercializado. Por solicitação do Dr. Pedro Pablo Komlós, presidente da Nacional, será realizada durante o Encontro a Assembleia Geral da SBACV Nacional e a reunião da Câmara dos Representantes. A escolha de nosso evento como palco dessas reuniões muito nos honra.

Uma das principais bandeiras desta gestão é a defesa profissional. Nossa diretoria, visando à alcançar o melhor resultado possível, contratou uma empresa especializada e com experiência comprovada no mercado há 13 anos. Contratamos também uma assessoria jurídica, com o mesmo objetivo.



A nossa primeira reunião de diretoria foi marcada pela presença de grande parte de seus integrantes. Confesso que fiquei ainda mais entusiasmado, pois conseguimos uma participação bastante diferente do habitual em reuniões desse tipo. Nesta ocasião, todas as assessorias se apresentaram aos diretores e de-

monstraram toda a parceria necessária para realizarmos um bom trabalho.

Visando uma gestão participativa, outro compromisso assumido por nós durante a campanha será a realização da primeira Convenção da SBACV-RJ, que acontecerá no dia 05 de abril de 2014. Teremos a oportunidade de ouvir todos os nossos diretores e discutir profundamente nossa Sociedade. Desta forma, pretendemos traçar seu rumo para os próximos anos.

Para auxiliar os colegas que se submeterão às provas para obtenção do título de especialista em Angiologia e/ou em Cirurgia Vascular, ofereceremos um curso preparatório, que será realizado durante as reuniões científicas. A primeira reunião, realizada no dia 20 de fevereiro, foi muito elogiada pelos participantes.

Muito está por vir, tenham certeza! Desde já agradeço todo o empenho desta diretoria, que conosco seguirá por este biênio. Temos um grupo de qualidade e detentor de uma vontade de fazer mais por nossa Sociedade, que aumenta muito a nossa certeza de que faremos uma gestão à altura dos que nos antecederam.

Forte abraço!



“O segredo do sucesso é a constância do propósito.”

Benjamin Disraeli

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



**Se eu tivesse
que dizer em
poucas palavras
quais os rumos
traçados pela nova
diretoria, para
algum colega, diria
que a proposta
é aproximação,
valorização e ação.**



Uma nova gestão de nossa Regional iniciou-se em janeiro. Uma nova diretoria, capitaneada por Julio Cesar Peclat de Oliveira, assumiu a condução de nossa Sociedade. Nela, jovens talentos e colegas com bastante bagagem na política associativa se unem para buscar conquistar um novo patamar para nossas especialidades não apenas no âmbito do estado do Rio de Janeiro, mas também no cenário nacional. Honrosamente, mais uma vez assumi a Secretaria-Geral com a missão de oferecer condições para que os planos traçados sejam operacionalizados.

Mas que planos são esses?

Se eu tivesse que dizer em poucas palavras quais os rumos traçados pela nova diretoria para algum colega, diria que a proposta é aproximação, valorização e ação. Julio Cesar Peclat convidou todos nós a buscar novos parâmetros para a participação do associado nas decisões da Regional Rio de Janeiro, e, para isso, como uma de suas primeiras medidas, solicitou que organizássemos a 1ª Convenção da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro, que já foi agendada para o início de abril. Nela, todos os diretores, incluindo os de departamentos, bem como os responsáveis por seccionais, terão oportunidade de participar de decisões estratégicas quanto às atividades da Sociedade.

Também em janeiro, foi assinado o contrato com a empresa que nos dará assessoria na área de defesa profissional (especificamente no relacionamento com as operadoras de planos de saúde, como você terá oportunidade de ler nesta edição), e no início de fevereiro foi realizada a primeira reunião da diretoria. Nela, seguindo mais uma vez a proposta de uma gestão participativa e transparente, além dos tópicos que seriam tradicionais na pauta de uma reunião desse tipo, tivemos a apresentação das assessorias da Regional (contábil, de imprensa, de marketing, de defesa profissional e jurídica), que puderam explicar aos presentes as atividades que desenvolvem e de que maneira os diretores podem contar com seus serviços no desenvolvimento de suas atividades.

Escolhi para abrir este texto as palavras de Benjamin Disraeli, escritor britânico que obteve grande êxito na política em função das diversas reformas sociais e estruturais que levou a cabo, por acreditar que elas expressam bastante bem o que cada um de nós, membros da diretoria, sente neste momento. Estamos em busca do sucesso de nossa Regional, o que significa, entre outras coisas, fazer com que a mesma se aproxime mais de seus associados, oferecendo-lhes serviços cada vez melhores e mais significativos.

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



Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira – Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ



**Cada vez que
converso com um
colega do grupo,
sinto que a defesa
profissional está
em cada um dos
membros.**

Realizamos no dia três nossa primeira reunião oficial da gestão 2014/2015. A defesa profissional está representada pela Dra. Rita e por mim. Apenas representada, eu diria.

Cada vez que converso com um colega do grupo, sinto que a defesa profissional está em cada um dos membros. Em todos! E se depender de nossa vontade e trabalho, estará em cada um dos sócios também!

Apresentadas as diretorias e assessorias, devo destacar dois grupos de trabalho que me parecem um diferencial ímpar para que nossas aspirações se concretizem: as assessorias Jurídica e de Defesa Profissional, recém-contratadas. Com a profissionalização dessas atuações, temos certeza que venceremos obstáculos que outrora impediam o avanço de algumas de nossas negociações nesse campo, como a difícil progressão no diálogo com sites de compra coletiva, os quais ainda insistem em banalizar nossa especialidade, ou a imensurável barreira entre nós, médicos, e as operadoras de saúde, ou ainda na associação com outras sociedades de especialidades na luta por honorários decentes.

Esperamos com esse apoio poder realizar atos concretos no sentido de melhorar condições de atendimento à população, objetivo primeiro de nossa profissão; aproximar os jovens da sociedade, tornando-a única e sólida; na aproximação com outras sociedades, fornecer e buscar apoio nas lutas de classe.

Enfim, amigos, já começamos.





Planejamento da Diretoria Científica para o biênio 2014/2015

Dr. Carlos Clementino Peixoto – Diretor Científico

Dr. Marcos Arêas – Vice-Diretor Científico



**Estamos com o
objetivo de fazer
o melhor para os
nossos sócios, e
em prol da gestão
do Dr. Julio Peclat.**

Nós da Diretoria Científica, eu e Marcos Arêas (Vice-Diretor) –, estamos determinados a realizar um trabalho de coparticipação, que seja de interesse e para o benefício dos associados. Estamos com o objetivo de fazer o melhor para os nossos sócios e em prol da gestão do Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira.

Elaboramos algumas metas a serem implementadas ao longo desses dois anos, cujos alicerces são:

- Facilitar o acesso dos sócios às revistas científicas, artigos nacionais e internacionais; o cadastro corporativo, que tem menor custo que o individual, assim sendo, os sócios terão a possibilidade de acessar os artigos de seu interesse das principais publicações internacionais.

- Integrar os colegas de fora da capital com os que aqui trabalham, pois temos a certeza de que esta aproximação é muito importante para todos os associados. A troca de experiências e de conhecimentos entre todos é a tônica desta gestão; incentivar os sócios no envolvimento das tomadas de decisões científicas. Por meio do site de nossa SBACV-RJ, o sócio pode nos ajudar na preparação das reuniões científicas (enviando sugestões de temas) e na do próximo Encontro de 2015, como também o Congresso Brasileiro será aqui, no Rio de Janeiro. As sugestões serão bem-vindas para que possamos preparar a programação científica, que vá ao encontro das necessidades dos participantes.

Pretendemos formatar as reuniões científicas de maneira diferenciada. Nas reuniões científicas, teremos, a partir dessa gestão, três abordagens:

- No primeiro tema, será apresentado um assunto por um serviço do Estado.
- No segundo tema, ocorrerá a apresentação de uma aula de atualização e reciclagem sobre assuntos que fazem parte do programa da prova para título de especialista.
- O terceiro tema será a apresentação de um assunto sobre um caso inusitado, de uso de inovação tecnológica e/ou de interesse científico que o sócio queira exibir para os demais colegas.

- Prover à Diretoria de Publicações artigos, temas dos assuntos apresentados ou a apresentar, é um dos nossos objetivos, a fim de garantir que a nossa Revista tenha caráter bimestral, sendo composta de assuntos de interesse científico e sempre atualizados.

- Colaborar com a Diretoria Científica da Nacional SBACV, para que possamos ajudar na realização de um grande Congresso Brasileiro em 2015!

Aos sócios da SBACV-RJ, queremos dizer que a Diretoria Científica está aberta às sugestões e críticas. Estas serão sempre bem-vindas!

Atenciosamente e abraços!





Por uma revista cada vez mais próxima, atual e interessante

Dr. Marcio Arruda Portilho - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ



Achamos muito importante também, que o sócio manifeste sua opinião, critique ou comente o que for publicado...



Prezados leitores,
Pela segunda vez, tenho a honra de conduzir a Diretoria de Publicações Científicas da nossa Regional, e desta feita através de convite do colega Julio Peclat, a quem desde já deixo registrado meus sinceros agradecimentos.

Tentarei manter a excelência que esta revista tem alcançado através das gestões anteriores, especialmente na última, a cargo do referido Dr. Peclat, agora Presidente. Grande responsabilidade!

Além de tentar introduzir inovações, nossas preocupações permanecem quase as mesmas. Entre elas:

- Manter a qualidade e a periodicidade bimestral.
- Publicar apenas artigos de relevância, especialmente os trabalhos apresentados nas reuniões científicas, que continuam a concorrer ao prêmio Rubens Carlos Mayall, agora em seu segundo ano consecutivo.
- Tentar divulgar o resumo das monografias produzidas pelos colegas ao término de seus cursos de pós-graduação, desde que nos seja enviado.
- Incluir ou manter outras seções de interesse como a Imagem da Capa, a Interface com outras especialidades, o Espaço do Residente, a Memória Vascular e artigos de interesse geral, não necessariamente científicos – éticos, políticos, sociais e especialmente na esfera da defesa profissional, preocupação prioritária da atual diretoria.
- Manter noticiados os diversos eventos, bem como seus calendários, é outro de nossos interesses.

Importante salientar que nossa atenção também estará voltada para o Informangio, versão on-line do tradicional Boletim da SBACV-RJ, bem como para todas as outras publicações científicas da Regional.

Mas para que isso seja alcançado com sucesso, é necessária a participação de todos os sócios, enviando artigos, divulgando seus casos de interesse através de relatos e/ou das imagens da capa e noticiando seus eventos.

Achamos muito importante também que o sócio manifeste sua opinião, critique ou comente o que for publicado e especialmente nos dê conhecimento dos assuntos de seu interesse que gostaria de ver abordados, para que o conteúdo deste periódico fique cada vez mais próximo, atual e interessante.

Com estes objetivos, apresentamos esta primeira edição de 2014, elaborada com muito esforço de toda a equipe e com votos de que lhes proporcione uma leitura agradável e útil.

Saudações.

Comunicado às Sociedades Médicas de Especialidades

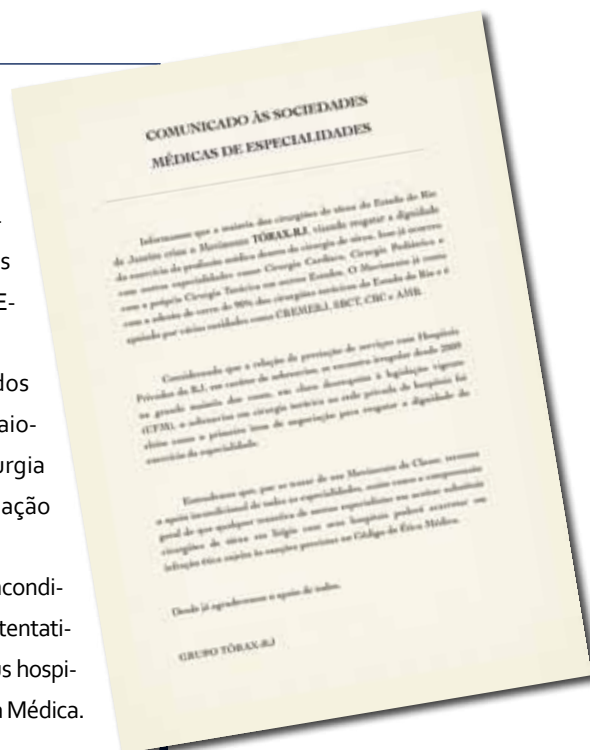
Informamos que a maioria dos cirurgiões de tórax do Estado do Rio de Janeiro criou o Movimento TÓRAX-RJ, visando resgatar a dignidade do exercício da profissão médica dentro da cirurgia de tórax. Isso já ocorreu com outras especialidades como Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Pediátrica e com a própria Cirurgia Torácica em outros estados. O Movimento já conta com a adesão de cerca de 90% dos cirurgiões torácicos do Estado do Rio e é apoiado por várias entidades como CREMERJ, SBCT, CBC e AMB.

Considerando que a relação de prestação de serviços com Hospitais Privados do RJ, em caráter de sobreaviso, se encontra irregular desde 2009 na grande maioria dos casos, em desrespeito à legislação vigente (CFM), o sobreaviso em cirurgia torácica na rede privada de hospitais foi eleito como o primeiro item de negociação para resgatar a dignidade do exercício da especialidade.

Entendemos que, por se tratar de um Movimento de Classe, teremos o apoio incondicional de todas as especialidades, assim como a compreensão geral de que qualquer tentativa de outros especialistas em aceitar substituir cirurgiões de tórax em litígio com seus hospitais poderá acarretar em infração ética sujeita às sanções previstas no Código de Ética Médica.

Desde já agradecemos o apoio de todos.

GRUPO TÓRAX-RJ



Resposta da SBACV-RJ

Caros Colegas Cirurgiões Torácicos,

O movimento contará com o apoio da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, pois entendemos que o momento é de luta para todos, pois somos médicos antes de sermos especialistas.

Solicito que nos mantenham informados sobre os atos do movimento. Daremos apoio e divulgação na esperança que lo-grem êxito.

Uma conquista do Tórax-RJ será uma conquista de todos nós médicos.

Atenciosamente,

Átila Brunet Di Maio Ferreira
Diretor de Defesa Profissional
SBACV – RJ

Julio Cesar Peclat de Oliveira
Presidente
SBACV – RJ

Tratamento Endovascular da Síndrome de Quebra-Nozes

Autores: Drs. Carlos Clementino dos Santos Peixoto¹, Clóvis Bordini Racy Filho², Daniel Autran Burlier Drummond³, Leonardo Stambowsky⁴, Andréa de Lima Peixoto⁵.

1. Cirurgião vascular e endovascular, radiologista vascular e intervencionista; professor associado em cirurgia vascular e endovascular da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; professor convidado do Departamento de Pós-Graduação em Angiologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; membro titular e especialista pela SBACV, CBR/SOBRICE, CBC e CIRSE; atual diretor científico da SBACV-RJ

2. Ecografia vascular; membro da SABCV-RJ

3. Cirurgião vascular e endovascular; especialista em cirurgia vascular pela SBACV; médico associado da ENDOVASC

4. Cirurgião vascular e endovascular; especialista em cirurgia vascular pela SBACV; médico associado da ENDOVASC

5. Anestesiologista do Hospital Maternidade Fernando Magalhães; anestesiologista da ENDOVASC.

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente D.R.S., sexo feminino, de 31 anos, natural de Vitória – ES, raça branca, casada, nuligesta, profissional da saúde.

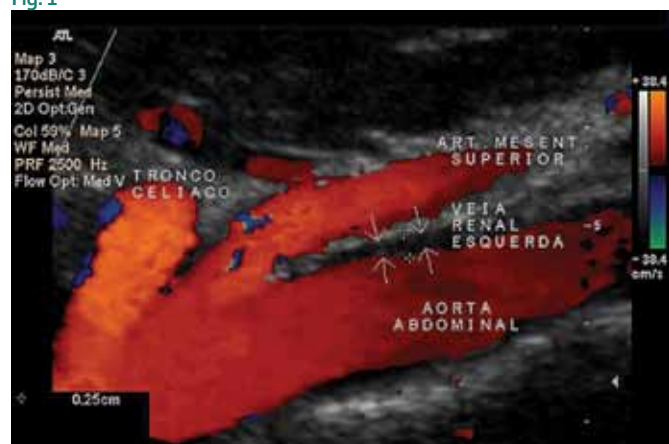
Paciente portadora há alguns anos de sintomas de dor em flanco esquerdo associado à hematúria microscópica. Evoluía com quadro de anemia de origem desconhecida, apesar de pesquisa clínica, devido à hematúria persistente. Apresentava sinais e sintomas de congestão pélvica, incluindo evolução para dismenorreia, disuria, dispareunia e de dor pélvica crônica. Ao exame físico, apresentava varizes nos membros inferiores.

Com esta história clínica, procurou seu ginecologista, ao qual foi medicada com flebotônicos. Encaminhada ao clínico, este detectou a anemia e, a seguir, a hematúria pelo exame de urina.

Encaminhada ao urologista, entre vários exames, este realizou cistoscopia, que definiu a hematúria ser de origem do ureter esquerdo.

Após toda esta investigação, encaminhada ao serviço para avaliação clínica e possível tratamento. Realizamos investigação por EcoDoppler:

Fig. 1



Veia renal esquerda com diâmetro anteroposterior reduzido e sem fluxo detectável ao Eco-Doppler colorido ao nível do cruzamento aortomesentérico.

Fig. 2



Fig. 3

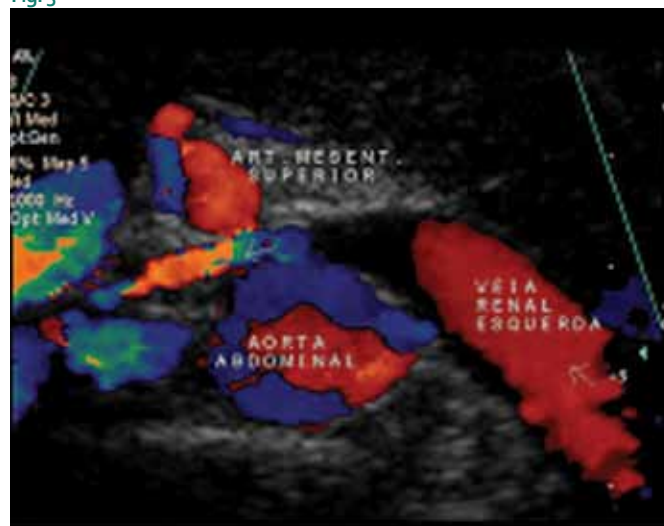


Fig. 2 e 3: Relação de diâmetros da veia renal esquerda proximal e ao nível da compressão aortomesentérica superior a 5,0 sugerindo positividade para o fenômeno quebra-nozes ao Modo B e ao Doppler colorido.

Fig. 4

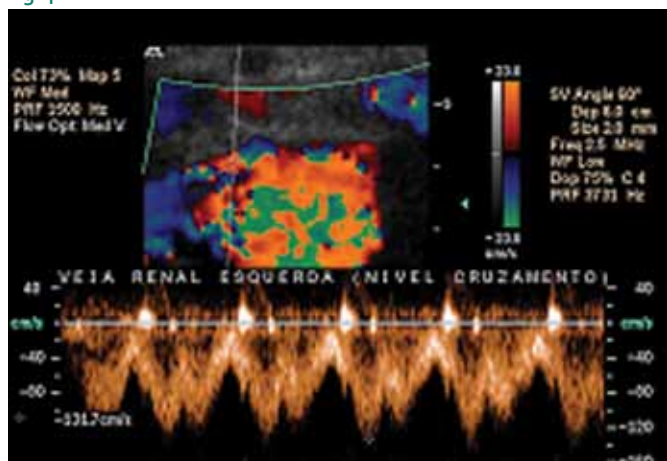


Fig. 5

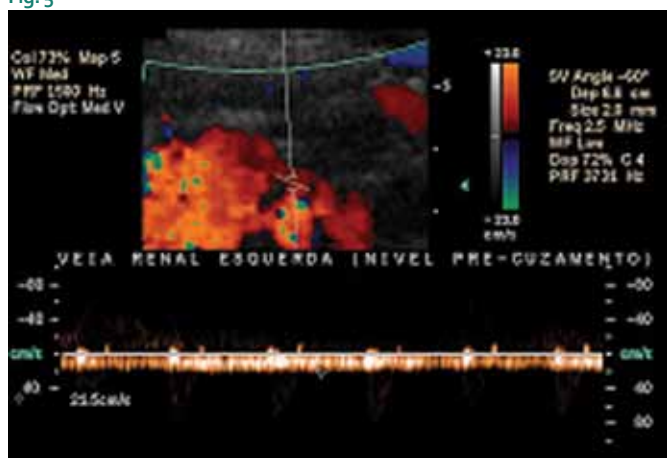


Fig. 4 e 5: Relação de velocidades máximas da veia renal esquerda ao nível do cruzamento aortomesentérico e em segmento proximal superior a 5,0, critério de positividade para o fenômeno quebra-nozes.

Frente a este resultado, continuamos a avaliação por imagem, realizando o exame de angiorressonância de abdômen e pelve. A paciente tinha histórico de alergia ao iodo, o que nos fez optar por este método, em detrimento a angiotomografia.

Fig. 6



Angiorressonância magnética evidenciando dilatação de veia gonadal esquerda por compressão da veia renal esquerda em corte coronal.

Fig. 7



Angiorressonância magnética com detalhe para a relação anatômica da artéria mesentérica superior e da veia renal esquerda comprimida em corte sagital.

Após este resultado, fechamos o diagnóstico de Síndrome de Quebra-Nozes.

Apesar da evidente evolução dos exames de imagens, o padrão ouro para o diagnóstico permanece a flebografia da veia renal esquerda com mensuração do gradiente de pressão entre a veia renal esquerda e a veia cava inferior.

Para evitar dois procedimentos, seria feita em tempo único, durante a realização do tratamento.

Paciente submetida ao risco cirúrgico/cardiológico, que foi ASA I. Feita dessensibilização "padrão" para o uso do contraste iodado.

Paciente submetida ao tratamento proposto de embolização das veias gonadal esquerda e de implante de stent na veia renal esquerda, para tratamento da compressão produzindo o seu estreitamento pela compressão extrínseca da veia renal esquerda e, finalmente, dilatação hilar da mesma. Devido ao quadro de congestão pélvica, com varizes, realizamos a embolização no mesmo ato com solução de "espuma densa" e embolização da veia gonadal esquerda com micromolas.

Procedimento realizado sob anestesia local e sedação.

Realizamos o cateterismo venoso femoral direito para flebografias e procedimentos terapêuticos.

Fig. 8



Cateterismo seletivo da veia renal esquerda para estudo anatômico pré-terapêutico.

Fig. 9



Flebografia demonstrando a veia gonadal dilatada e as varizes pélvicas, caracterizando a congestão pélvica.

Fig. 10



Embolização com micromolas da veia gonadal esquerda. Previamente, já havíamos utilizado a solução de espuma densa para induzir o espasmo e a trombose nas varizes pélvicas.

Fig. 11



Fig. 12



Fig. 11 e 12: Flebografia de controle demonstrando a oclusão da veia gonadal esquerda após embolização com micromolas.

Fig. 13



Posicionamento de *stent* autoexpansível 16x60 mm tipo Wallstent (Boston Scientific).

Fig. 14



Expansão do *stent* com cateter-balão 12/40 mm para 10 atm.

Fig. 15



Fig. 16



Fig. 15 e 16: Flebografias de controle demonstrando a inversão do fluxo e a expansão satisfatória do *stent* e da veia renal esquerda.

Ao término, retiramos o material de acesso e realizamos a compressão manual do local de punção da forma clássica.

Paciente conduzida ao apartamento para pós-operatório. Medicada com analgésicos e antiespasmódicos SOS. Utilizamos a anticoagulação subcutânea 6h após o procedimento em dose terapêutica. Iniciado o anticoagulante oral e mantido sob controle do INR por seis meses. Recebeu alta no dia seguinte em bom estado geral e assintomática.

REVISÃO DE LITERATURA

A SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES

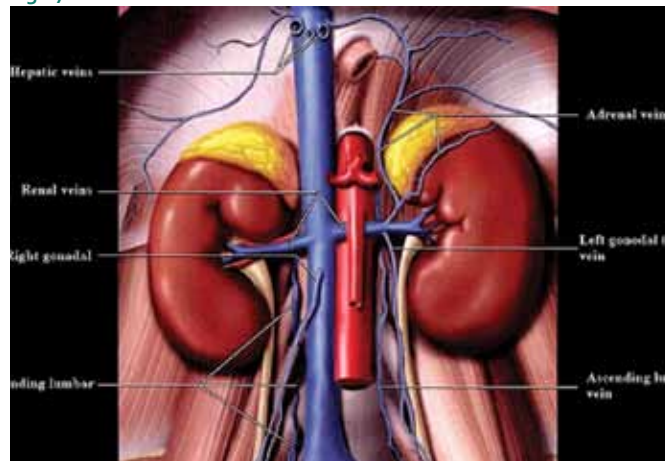
INTRODUÇÃO

A compressão da veia renal esquerda, comumente conhecida como síndrome de quebra-nozes ou síndrome de aprisionamento da veia renal esquerda, é uma condição rara e muitas vezes subdiagnosticada.

A primeira flebografia evidenciando a compressão da veia renal esquerda foi descrita por Schepper¹ em 1972.

A veia renal esquerda cruza a aorta abdominal caudal na origem da artéria mesentérica superior. Em pessoas afetadas por tal distúrbio, a veia renal esquerda é submetida a uma pressão excessiva originada pela compressão entre as estruturas arteriais, especialmente determinada pelo ângulo entre a aorta e a origem da artéria mesentérica superior, impondo hipertensão venosa renal. Na literatura mundial, há relatos de casos esporádicos ou de pequenas séries de casos com pouca evidência quanto à evolução a longo prazo da patologia. Daí o interesse científico para a apresentação deste tema.

Fig. 17



Estudo anatômico das tributárias venosas da veia renal esquerda, incluindo as veias adrenais, gonadais e lombares ascendentes.

O principal mecanismo envolvido no desenvolvimento da síndrome inclui um ângulo agudo entre a artéria mesentérica superior e a aorta abdominal^{4,5,11}. Outros fatores que podem estar envolvidos incluem ramificação anormal da artéria mesentérica superior⁵ e/ou alteração da origem da artéria mesentérica superior na aorta abdominal¹². Causas ainda menos frequentes incluem processos de fibrose periaórtica¹³, anomalias de trajeto da veia renal esquerda (posição retroaórtica e circundando a aorta) assim como posição anormal do rim esquerdo determinando alongamento e estenose da veia renal.

A prevalência da síndrome quebra-nozes é desconhecida. Sabe-se, através de relatos de casos e revisão de pequenas séries encontradas na literatura, que a doença pode ocorrer em qualquer faixa etária, contudo a maior parte dos casos tende a ser diagnosticada entre a terceira e quarta década, com predileção para mulheres.

Os sintomas clássicos da síndrome incluem dor em flanco esquerdo associado à hematúria macroscópica ou microscópica. Dor abdominal atípica pode eventualmente ser encontrada¹⁶. Quadro de anemia pode estar presente devido à hematúria persistente. A cistoscopia pode ser útil na identificação de hematúria proveniente do ureter esquerdo. Eventualmente, o paciente pode se apresentar totalmente assintomático, com diagnóstico

baseado em alta suspeita clínica durante a investigação de hematúria microscópica.

Pacientes masculinos podem apresentar quadro de varicocele, enquanto pacientes do sexo feminino podem apresentar sinais e sintomas de congestão pélvica, incluindo evolução para dismenorreia, disuria, dispareunia e dor pélvica crônica. Ainda, varizes vulvares, lombares e de membros inferiores são relatadas¹⁹.

O diagnóstico desta condição é extremamente difícil por muitos motivos. Entre eles, estão os fatos de ser uma condição relativamente rara e de os sinais e sintomas da síndrome exigirem alta suspeita clínica. Além disso, a falta de critérios de diagnóstico definidos torna o processo dependente de exames complementares que incluem modalidades de imagem associadas à flebografia com medida de pressão na veia renal esquerda.

Inicialmente, a avaliação da hematúria direcionada para exames qualitativos e quantitativos da urina associados à metodologia diagnóstica de imagem, como ecografia vascular ou flebotomografia computadorizada, é a opção inicial para a maioria dos pacientes suspeitos.

O grande diferencial para a utilização do Ecocolordoppler é a avaliação da dinâmica do fluxo na veia renal esquerda diante da limitação à sua progressão ao nível do cruzamento aortomesentérico ou em outros pontos menos comuns de compressão, como no trajeto retroaórtico. Com frequência, verifica-se um achado a ser prioritariamente valorizado: a “fuga” pela veia gonadal ou por ramo comunicante com a veia lombar ascendente, que se encontram ectasiados e com fluxo retrógrado em graus variáveis de intensidade. Quando ocorre pela veia gonadal, está diretamente relacionada ao desenvolvimento de varizes e congestão pélvicas.

A angiorressonância magnética e a flebotomografia apresentam como vantagens as definições anatômicas claras, tornando-se opções atrativas na atualidade. Devido à clareza de informações e detalhes na avaliação da anatomia, confirma o diagnóstico e facilita o planejamento terapêutico.

VENATECH CONVERTIBLE
Sistema de filtro de veia cava

NOVO

Procedimento de Conversão
Tecnologia e Confiabilidade

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

intimal
suplementos médicos

+21 2225-5572
intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905
Flamengo - Rio de Janeiro - RJ
DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA NO RIO DE JANEIRO



O tratamento conservador com observação e vigilância clínica pode ser uma opção em pacientes com riscos elevados para procedimentos. Opção medicamentosa questionada por alguns especialistas inclui uso de baixas doses de aspirina...

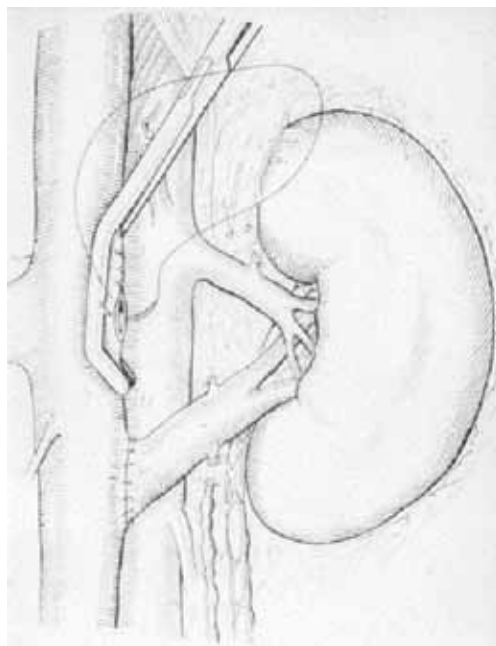


O manejo clínico desta condição envolve desde procedimentos cirúrgicos diretos até tratamentos endovasculares visando à descompressão do sistema venoso renal.

O tratamento conservador com observação e vigilância clínica pode ser uma opção em pacientes com riscos elevados para procedimentos¹⁶. Opção medicamentosa questionada por alguns especialistas inclui uso de baixas doses de aspirina²⁵ com resultados não confirmados em estudos de força estatística.

Com relação ao tratamento cirúrgico direto, diversas técnicas foram descritas. Reimplante renocaval³¹, transposição da veia renal esquerda^{5,9,16,25-30}, transposição da artéria mesentérica superior^{32,33}, autotransplante renal esquerdo^{4,34,35}, ponte venosa gonadocaval¹⁹ e ponte venosa esplenorrenal por via laparoscópica³⁶.

Com os dados atuais da literatura, o procedimento mais realizado é a transposição da veia renal esquerda, com resultado de altas taxas de resolução da hematúria e dor lombar esquerda^{16,26}.



Representação da transposição da veia renal esquerda
Imagem livro Rutherford – II edição.

A opção pela técnica endovascular tem sido cada vez mais utilizada. Por esta técnica, permite-se o tratamento da Síndrome de Congestão Pélvica e do estreitamento pelo Quebra-Nozes, através de uma técnica minimamente invasiva, com morbimortalidade baixa e com resultados angiográficos e clínicos satisfatórios.

Mais estudos e casuísticas a longo prazo devem ser avaliados para definir se esta conduta terapêutica é duradoura e deve ser mantida para uso na prática médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OZKURT, H.; CENKER, M. M.; BAS, N.; ERTURK, S. M.; BASAK, M. Measurement of the distance and angle between the aorta and superior mesenteric artery: normal values in different BMI categories. *Surg Radiol Anat* 2007;29:595-599.
2. LIEBL, R. Nutcracker phenomenon or nutcracker syndrome?. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:2009. Author reply 2009.
3. KURKLINSKY, A. K. & ROOKE, T. W. Nutcracker phenomenon and nutcracker syndrome. *Mayo Clin Proc* 2010;85:552-559.
4. COHEN, F.; AMABILE, P.; VAROQUAUX, A.; et al. Endovascular treatment of circumaortic nutcracker syndrome. *J Vasc Interv Radiol* 2009;20:1255-1257.
5. FITOZ, S.; EKIM, M.; OZCAKAR, Z. B.; ELHAN, A. H.; YALCINKAYA, F. Nutcracker syndrome in children: the role of upright position examination and superior mesenteric artery angle measurement in the diagnosis. *J Ultrasound Med* 2007;26: 573-580.
6. AHMED, K.; SAMPATH, R.; KHAN, M. S. Current trends in the diagnosis and management of renal nutcracker syndrome: a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;31:410-416.
7. REED, N. R.; KALRA, M.; BOWER, T. C.; VRTISKA, T. J.; RICOTTA, J. J. II; GLOVICZKI, P. Left renal vein transposition for nutcracker syndrome. *J Vasc Surg* 2009;49:386-393. discussion 393-394.
8. SHIN, J. I.; PARK, J. M.; LEE, J. S.; KIM, M. J. Effect of renal Doppler ultrasound on the detection of nutcracker syndrome in children with hematuria. *Eur J Pediatr* 2007;166:399-404.
9. CHEON, J. E.; KIM, W. S.; KIM, I. O.; et al. Nutcracker syndrome in children with gross haematuria: Doppler sonographic evaluation of the left renal vein. *Pediatr Radiol* 2006;36:682-686.
10. PARK, S. J.; LIM, J. W.; CHO, B. S.; YOON, T. Y.; OH, J. H. Nutcracker syndrome in children with orthostatic proteinuria: diagnosis on the basis of Doppler sonography. *J Ultrasound Med* 2002;21:39-45.
11. WANG, L.; YI, L.; YANG, L.; et al. Diagnosis and surgical treatment of nutcracker syndrome: a single-center experience. *Urology* 2009;73:871-876.
12. HOHENFELLNER, M.; D'ELIA, G.; HAMPEL, C.; DAHMS, S.; THUROFF, J. W. Transposition of the left renal vein for treatment of the nutcracker phenomenon: long-term follow-up. *Urology* 2002;59:354-357.
13. ALI-EL-DEIN, B.; OSMAN, Y.; SHEHAB EL-DIN, A. B.; EL-DIASTY, T.; MANSOUR, O.; GHONEIM, M. A. Anterior and posterior nutcracker syndrome: a report on 11 cases. *Transplant Proc* 2003;35:851-853.
14. ZHANG, H.; ZHANG, N.; LI, M.; et al. Treatment of six cases of left renal nutcracker phenomenon: surgery and endografting. *Chin Med J (Engl)* 2003;116:1782-1784.
15. RUDLOFF, U.; HOLMES, R. J.; PREM, J. T.; FAUST, G. R.; MOLDWIN, R.; SIEGEL, D. Mesoaortic compression of the left renal vein (nutcracker syndrome): case reports and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 2006;20:120-129.
16. SALEHIPOUR, M.; KHEZRI, A.; RASEKHI, A.; ZAND, F. Left renal vein transposition for treatment of the Nutcracker syndrome. *Arch Iran Med* 2006;9:161-162.
17. ZHANG, H.; LI, M.; JIN, W.; SAN, P.; XU, P.; PAN, S. The left renal entrapment syndrome: diagnosis and treatment. *Ann Vasc Surg* 2007;21:198-203.
18. XU, D.; LIU, Y.; GAO, Y.; et al. Management of renal nutcracker syndrome by retroperitoneal laparoscopic nephrectomy with ex vivo autograft repair and autotransplantation: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports* 2009;3:82.
19. CHUNG, B. I. & GILL, I. S. Laparoscopic splenorenal venous bypass for nutcracker syndrome. *J Vasc Surg* 2009;49: 1319-1323.
20. HARTUNG, O.; GRISOLI, D.; BOUFI, M.; et al. Endovascular stenting in the treatment of pelvic vein congestion caused by nutcracker syndrome: lessons learned from the first five cases. *J Vasc Surg* 2005;42:275-280.
21. KIM, S. J.; KIM, C. W.; KIM, S.; et al. Long-term follow-up after endovascular stent placement for treatment of nutcracker syndrome. *J Vasc Interv Radiol* 2005;16:428-431.
22. CHEN, S.; ZHANG, H.; TIAN, L.; LI, M.; ZHOU, M.; WANG, Z. A stranger in the heart: LRV stent migration. *Int Urol Nephrol* 2009;41: 427-430.
23. PEIXOTO, C.; RACY, C.; MANCINI, C.; POLETO, M. Síndrome de Quebra-Nozes. Carlos José de Brito. *Cirurgia Vascular* 2014, 3 edição, V. 2;1947-1952.

XXVIII ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

DO RIO DE JANEIRO

20 A 22 DE MARÇO DE 2014 - WINDSOR BARRA HOTEL

FAÇA SUA INSCRIÇÃO

• VIII Encontro de Residentes

• Cursos Pré-Evento

Curso de Flebologia Estética

Curso de Trauma Vascular

• Palestrantes Internacionais Confirmados

Andrej Schimdt, MD

Center of Vascular Medicine Angiology

Cardiology and Vascular Surgery Park - Hospital Leipzig - Alemanha

Benjamin W. Starnes, MD

Professor and Chief

Division of Vascular Surgery - University of Washington - EUA

Javier Leal Monedero, MD

Angiology and Vascular Surgery

Hospital Rúber International Madrid - Espanha

Marcelo Guimarães, MD

Vascular Surgery & Interventional Radiology

Medical University of South Carolina - EUA

Programação Científica disponível no site:

www.sbacvrj.com.br/encontro carioca 2014

Pontuação CNA

ANGIOLOGIA	15
CIRURGIA VASCULAR	15
DIAG/IMAGEM: AT. EXCLUSIVA INTERV. E ANGIOR.	08
DIAG/IMAGEM: AT. EXCLUSIVA ULTRA-SONOGRAFIA GERAL	08

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR	08
CIRURGIA DO TRAUMA	04
ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER	08

Organização

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

Apoio



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular



PATROCINADORES

VASCULINE 20
ANOS

S
SIGNUS

achē



Unimed
Rio

Trombose Venosa Profunda: Casos Clínicos e Discussão

Autores: **Drs. Rossi Murilo¹, Rita de Cássia Proviett², Renata Villas-Bôas³, Leandro Barbosa⁴, Eduardo Loureiro⁵.**

1. Staff do serviço de cirurgia vascular do Hospital Federal da Lagoa e presidente do Centro de Estudos do Hospital Federal da Lagoa

2. Chefe de cirurgia vascular do Hospital Souza Aguiar;

3. Staff do serviço de cirurgia vascular do Hospital Souza Aguiar;

4. RIII do Hospital Federal da Lagoa;

5. Staff do serviço de cirurgia vascular do Hospital Federal da Lagoa.

A complicação da trombose venosa profunda aguda (TVP) e da embolia pulmonar (EP) têm importância por ser a principal causa evitável de morte em pacientes internados. A síndrome pós-trombótica é uma fonte considerável de morbidade a longo prazo. A compreensão da epidemiologia, da fisiopatologia e da história natural da TVP é essencial para orientar a profilaxia adequada, o diagnóstico e o tratamento. O reconhecimento dos fatores de risco e a apreciação da natureza multifatorial da TVP podem facilitar a identificação de situações que podem provocar trombose em indivíduos considerados de alto risco, assim como permitir uma avaliação mais aprofundada das pessoas com tromboembolismo inexplicável. O conhecimen-

to da história natural da TVP é igualmente importante na definição do risco e benefícios da anticoagulação, e talvez seja determinante na duração do tratamento em pacientes individualmente analisados.

Os componentes da tríade fisiopatológica descrita inicialmente por Rudolf Virchow continuam a ser aplicáveis até hoje (quadro 1). No entanto, uma melhor compreensão da coagulação e sistemas fibrinolíticos, bem como o papel do endotélio vascular na trombose e hemostasia, tem levado à identificação de novas condições pré-trombóticas.

A coagulação é um processo fisiológico normal em resposta à lesão vascular, para prevenção da hemorragia. É mediada através

de componentes celulares (plaquetas) e proteicos (fatores da coagulação). Nesse processo, desenvolve a complexa cascata da coagulação que ocorre por reações enzimáticas. O Fator Xa e a trombina são proteínas ativadas da coagulação que têm importante função na cascata.

A trombose é a formação ou presença de um trombo que pode obstruir o fluxo sanguíneo em uma veia ou artéria. O Tromboembolismo Venoso (TEV) envolve a obstrução do fluxo venoso (TVP) e a fragmentação desse trombo, com migração do mesmo para o pulmão: tromboembolismo pulmonar (TEP).

Quadro 1



EPIDEMIOLOGIA

A incidência encontrada depende da população estudada, da frequência da pesquisa e da precisão dos testes de diagnóstico empregados. Estudos de necropsia são tendenciosos pela inclusão dos pacientes hospitalizados e pela idade avançada, mas relataram que a prevalência de TVP está entre 35% a 52%. A maioria dos ensaios clínicos e estudos sobre a incidência de TVP aguda concentraram-se em grupos específicos de internação, como pacientes de pós-operatório. Embora úteis na definição de fatores de risco para TVP aguda, tais estudos fornecem poucos dados sobre a prevalência global de TVP. Estudos de base comunitária podem fornecer uma melhor estimativa da prevalência global, mas frequentemente sofrem com a falta de documentação objetiva de TVP. A extrapolação de dados de um estudo longitudinal de base comunitária, Coon e colaboradores calcularam uma incidência de 250.000 casos de TVP aguda por ano nos Estados Unidos.

ATRAVÉS DE DADOS DA ROCHESTER EPIDEMIOLOGY, VERIFICAMOS QUE:

INCIDÊNCIA	122P/100.000
TVP	56P/100.000
EP	66P/100.000
SEXO	134 H / 115 M
RAÇA	104 B / 141 AFD 104 B / 21 HISP e AS

Legenda: H - Homem / M - Mulher / B - Brancos / AFD - Afrodescendentes / HISP - Hispânicos / AS - Asiáticos

Fatores de Risco:

OTEV é multifatorial, cujos fatores genéticos interagem com fatores ambientais, e dessa forma, podemos interferir na evolução de pacientes que supostamente possam se expor às condições de risco.

Quadro 2



DISCUSSÃO DOS CASOS

Serão apresentados três casos e alguns comentários que foram realizados durante as discussões.

CASO 1:

H. R., 32 anos, em uso de ATO (anticoncepcional oral) apresentava dor em panturrilha e discreta limitação para marcha. Refere início há + ou - 40 dias. EcoDoppler confirma trombo aderido à parede do vaso (ramos tibiais e fibulares) e já em fase de recanalização (3 dias após a consulta médica realizada). D dímero de 430.

Em uso de anticoagulante oral (warfarina) e melhora dos sintomas. Na investigação diagnóstica para gastrite, o gastroenterologista suspende AVK para realização de Endoscopia e o paciente evolui com EP.

QUESTIONAMENTOS E COMENTÁRIOS:

- "Seria a endoscopia tão fundamental que não devesse ser adiada?"

Apesar da história não revelar dados para sua indicação, devemos considerar a conduta do gastro. Esse questionamento poderia ter um fundamento se a paciente tivesse sido direcionada a um especialista para estabelecer uma conduta a partir da necessidade imperiosa do procedimento. Talvez uma pesquisa de trombofilia pudesse acrescentar dados que um esquema terapêutico de profilaxia devesse ser instalado.

- "As TVPs de veias tronculares teriam uma indicação para manter a anticoagulação plena?"

Existem questionamentos na literatura que preconizam a não utilização de anticoagulação plena para veias tronculares e musculares, principalmente, da panturrilha, justificadas pela baixa incidência de embolia pulmonar quando comparada com as trombo-

boses proximais. A questão é que a trombose pode estender e atingir vasos proximais e um dos objetivos do tratamento é justamente impedir a progressão do trombo. Kearon descreve que 25-33% das trombooses de veias da panturrilha evoluem com extensão proximal. Eu, particularmente, adoto a anticoagulação.

- "Manter a anticoagulação para procedimentos endoscópicos, mesmo que tenha que realizar a biópsia?"

A instalação de um esquema profilático utilizado em pacientes com moderado risco de desenvolver uma TVP, ainda que a paciente em questão não tenha sido estudada. A anticoagulação com 12 h de antecedência do procedimento, e retorno logo após afastar o risco de hemorragia. Proposta mais aceita.

CASO 2:

C. P., masculino, 46 anos, com dor e edema de perna esquerda com diagnóstico firmado de TVP de gastrocnêmicas com evolução de + ou - 2 meses e protegido com anticoagulação oral. Pesquisa negativa para trombofilia e d dímero normal. Durante esse curso, desenvolve quadro de tromboflebite de safena magna com envolvimento da crossa.

Realiza desconexão safenofemoral sem intercorrências e é iniciada profilaxia para TVP (HBPM). Apresenta TVP de poplítea contralateral.

QUESTIONAMENTOS E COMENTÁRIOS:

- "Manter anticoagulação plena e não realizar a desconexão safenofemoral?"

Essa é uma decisão que pode ter dois ângulos. Pelo primeiro, analisado por um clínico que baseado na apresentação e na história do paciente, sem nenhuma menção para o tromboembolismo, a anticoagulação terapêutica possa ser a melhor conduta. Pelo segundo, analisado por um cirurgião, a trombectomia venosa com a desconexão safenofemoral tem a sua pertinência devido ao risco iminente de uma fragmentação do trombo que mergulha na veia femoral.

- "Nova pesquisa para trombofilia?"

Sem dúvida uma orientação que deve ser seguida, mas que pode ocorrer em paralelo ao tratamento instituído.

- "Tratar como síndrome do anticorpos fosfolipídico e manter anticoagulação perene?"

Essa é uma orientação estabelecida pelos reumatologistas que orientam a manter uma anticoagulação mais abrangente, e nos casos em que o diagnóstico não é firmado, mas a atividade trombótica é intensa, a "rotulação" como portadores de anticorpos fosfolipídico mostrou ser eficaz, principalmente, na extensão da trombose.

- "Realizar o procedimento, mas manter anticoagulação plena e não profilática no pós-operatório?"

Essa parece ser a conduta mais contempladora. Envolve a eliminação do risco de embolização e a prevenção de novos quadros trombóticos.

CASO 3:

D. R. R. C., feminino, 36 anos, comissária, durante suas férias fez implante de prótese mamária, desenvolvendo no p.o. tromboflebite de safena parva. Anticoagulada com warfarina e manteve-se com INR entre 2-3. Após seis meses, fez novo eco com canalização completa.

Na pesquisa para trombofilia evidenciou positividade para PTN S. História de TVP em avó e tia materna.

Licença médica por oito meses, mas quer retornar ao trabalho de comissária de bordo.

“A escolha do anticoagulante e a sua duração deverá ser analisada de forma criteriosa e de acordo com a experiência de cada prescritor.”

COMENTÁRIOS:

- Perante a canalização plena, alguns debatedores defenderam a liberação para o retorno ao trabalho, exercendo a mesma função, sem profilaxia medicamentosa;

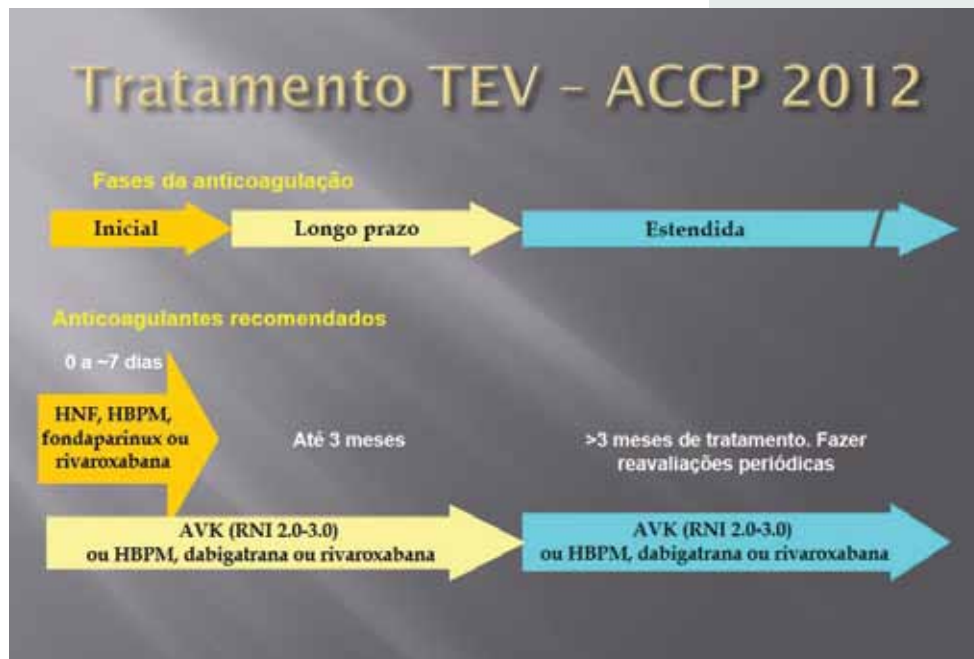
- Outros defenderam o seu retorno, com troca da ocupação profissional;

- E ainda outros defenderam o retorno com uso de profilaxia medicamentosa quando estiver exposta ao risco. Hoje com uso dos novos anticoagulantes (rivaroxabana), sua praticidade de uso, sua ação rápida, com segurança e fácil manuseio torna essa opção segura.

POSOLOGIA E DURAÇÃO:

A escolha do anticoagulante e a sua duração deverá ser analisada de forma criteriosa e de acordo com a experiência de cada prescritor. O quadro três demonstra uma recomendação disponível no CHEST de 2012.

Quadro 3



NOVOS ANTICOAGULANTES:

No quadro quatro, observaremos o mecanismo de ação dos novos anticoagulantes orais.

Quadro 4

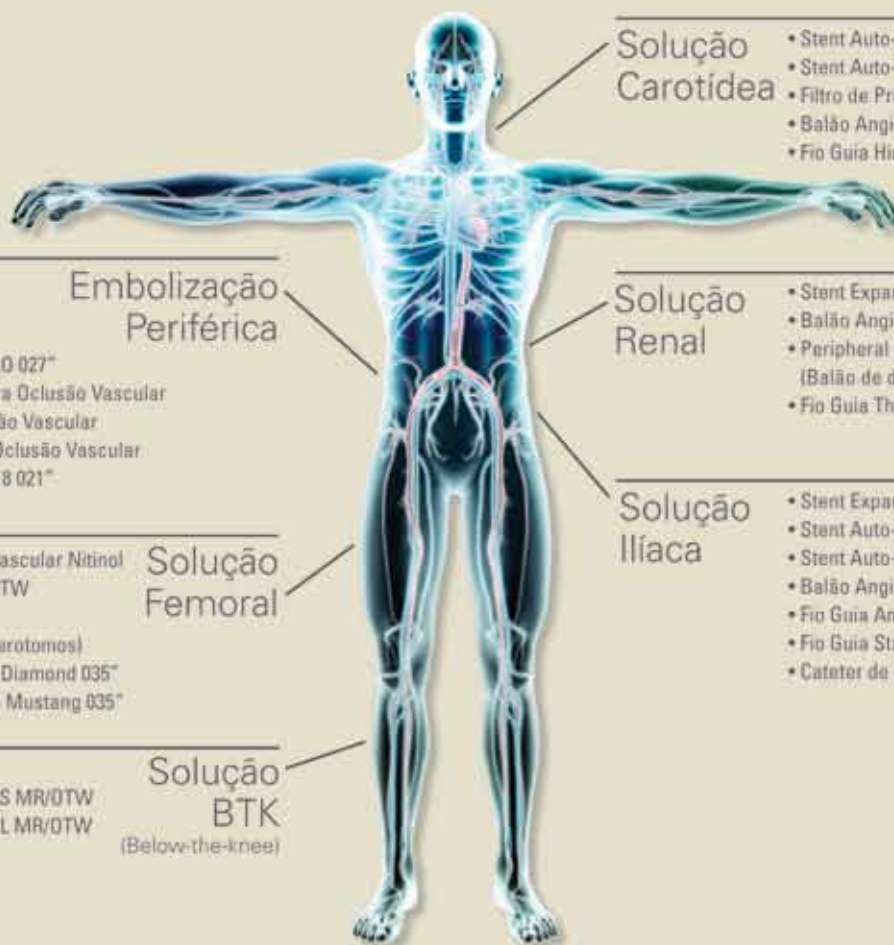


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, F. A. *et al.* Center for Outcomes Research, University of Massachusetts Medical Center; 1998.
2. GOLDBABER, S. Z. *J Am Coll Cardiol* 1992;19:246–247.
3. VIRCHOW, R. (ed.). *Gesammelte Abhandlungun zur Wissenschaftlichen Medizin.* Von Meidinger Sohn, Frankfurt, 1856.
4. BLANN, A. D. & LIP, G. Y. H. *BMJ* 2006;332:215–219; Geerts WH *et al.* *Chest* 2004;126:338S–400S.
5. BENNETT, P. C. *et al.* *Thromb Haemost* 2009;101:1032–1040.
6. COON, W. W.; WILLIS, P. W.; KELLER, J. B. Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh Community Health Study. *Circulation* 48:839, 1973.
7. GEERTS, W. H. *et al.* *Chest* 2004;126:338S–400S.
8. KUBITZA, D. & HAAS, S. *Expert Opin Investig Drugs* 2006;15:843–855.
9. Raghavan, N. *et al.* *Drug Metab Dispos.* 2009;37:74–81.
10. SHANTSILA, E. & LIP, G. Y. *Curr Opin Investig Drugs.* 2008;9:1020–1033.
11. MUECK, W. *et al.* *Thromb Haemost.* 2008;100:453–461.
12. KEARON, C.; AKL, E. A.; COMEROTA, A. J.; PRANDONI, P.; BOUNAMEAUX, H.; GOLDBABER, S. Z.; NELSON, M. E.; WELLS, P. S.; GOULD, M. K.; DENTALI, F.; CROWTHER, M.; KAHN, S. R. *Chest.* 2012 Feb;141(2 Suppl):e419S–94S.



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica



Solução Carotídea

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

Embolização Periférica

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

Solução Renal

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

Solução Iliaca

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

Solução Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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

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

Boston
Scientific

Aspectos técnicos da radiofrequência na ablação de perfurantes

Autores: **Drs. Felipe Coelho Neto¹, Igor Rafael Sincos².**

1. Título de especialista em cirurgia vascular – SBACV/AMB; título de especialista em ecografia vascular – SBACV/AMB/CBR; mestrando em Ciências Médicas – UnB; médico assistente do serviço de cirurgia vascular do Hospital Regional da Asa Norte – HRAN/DF.

2. Doutor em cirurgia pela FMUSP; título de especialista em cirurgia vascular – SBACV/AMB; título de especialista – área de atuação angiologia e cirurgia endovascular – SBACV; clínica endovascular SP; chefe da residência de cirurgia vascular – OSS São Camilo/Carapicuíba; médico do corpo clínico do Hospital Israelita Albert Einstein.

INTRODUÇÃO

Inicialmente descritas pelo anatomista russo von Loder em 1803, as veias perforantes ainda têm papel controverso na insuficiência venosa crônica^{1,2,3}. São identificadas principalmente nos terços médio e distal da face medial da perna^{1,4-8}, e a prevalência aumenta linearmente com a gravidade da doença, estratificada de acordo com a classificação CEAP^{7,9} e com a presença de refluxo do sistema venoso profundo^{7,10}.

Estudos sugerem que as perfurantes incompetentes transferem a pressão do sistema venoso profundo para a pele, o que pode causar hipóxia tecidual¹¹, e explicariam os resultados clínicos¹²⁻¹⁴ e hemodinâmicos¹⁵ após a ablação das perfurantes.

Todavia, os resultados do trial North American subfascial endoscopic perforator surgery (SEPS) mostraram taxas de recidiva de 30% em 1 ano das úlceras venosas e de 40% quando considerados os pacientes com síndrome pós-trombótica³. Isso destaca alegações de investigações prévias de que a contribuição dos perfuradores para a hipertensão venosa¹⁶, para a função de bomba muscular da panturrilha¹⁷ e para a hemodinâmica venosa¹⁸ é superestimada. Ainda que todo o papel das perfurantes esteja parcialmente compreendido, as opções terapêuticas foram descritas através de ligadura cirúrgica¹⁹, abordagem subfascial²⁰ e escleroterapia²¹.

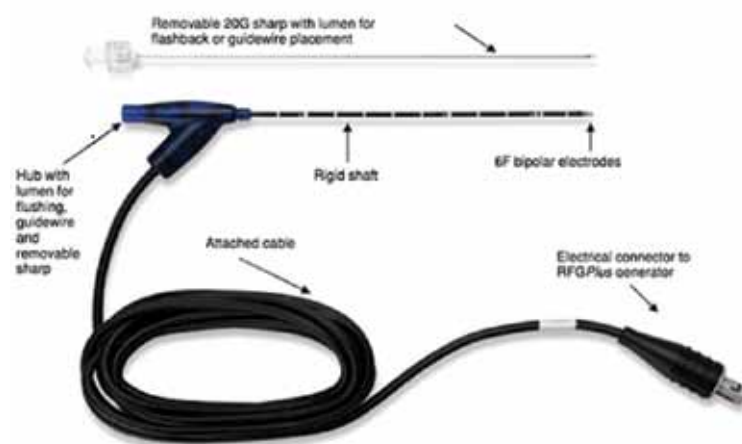
Dentre as opções terapêuticas para tratamento das veias perforantes com refluxo, tem ganhado destaque o tratamento endovascular minimamente invasivo através da termoablação percutânea, como a radiofrequência. Publicações têm demonstrado bom sucesso técnico e baixas taxas de complicação, embora a maioria dos relatos se concentre principalmente na taxa de sucesso de ablação da veia tratada, ao invés da cicatrização da úlcera venosa^{22,23}.

O objetivo da presente revisão é descrever a técnica operatória utilizando o cateter de radiofrequência para termoablação de veias perforantes com refluxo, bem como a revisão dos resultados alcançados com a utilização desta modalidade terapêutica descritos na literatura médica.

TÉCNICA OPERATÓRIA

O cateter disponível para o procedimento é composto de uma haste rígida de 6FR e 12 cm de comprimento. Apresenta um formato anatómico para empunhadura e um cabo que deve ser conectado ao gerador de energia. A haste é demarcada em centímetros para o planejamento da ablação e proteção da pele. Pelo lúmen, pode-se introduzir uma agulha removível 21 G para punção direta, ou pode-se utilizar um guia 0,035". A energia é liberada por dois eletrodos bipolares localizados na ponta do cateter. O gerador controla a quantidade de energia através de um sensor localizado no cateter, que fornece dados sobre a temperatura e a impedância.

Fig 1: Cateter de radiofrequência para perfurantes (ClosureRFS Stylet)



ACESSO VENOSO

O acesso para a ablação das perforantes pode ser realizado de três formas:

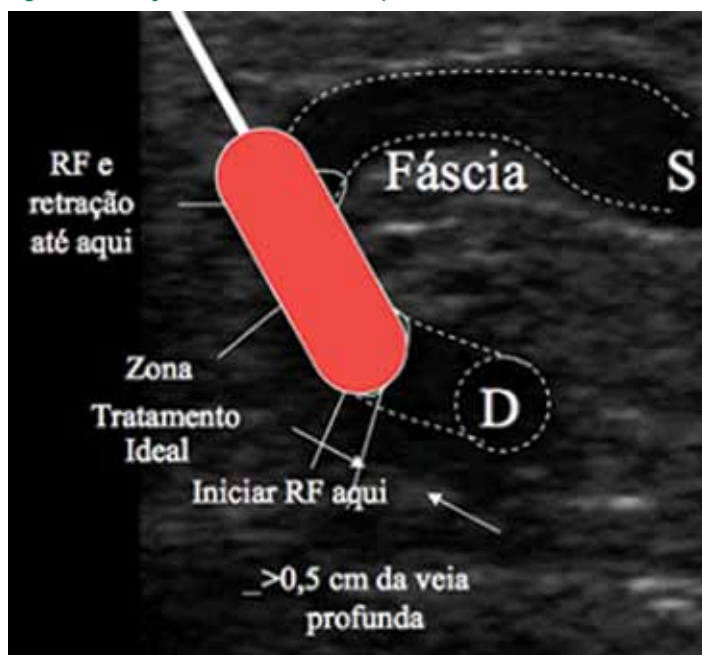
1. Direto: punção direta do vaso com a agulha acoplada;
2. Sobre o guia hidrofílico: punção com agulha e inserção do guia 0,035”;
3. Sobre um cateter 12G (tipo gelco): cateter introduzido pelo cateter.

A veia a ser tratada deve ser visualizada de forma longitudinal, e o ponto de punção, orientado a partir da extremidade do transdutor conforme a figura 2A e B.

Figura 2A: Definição da anatomia e planejamento.



Figura 2B: Planejamento de acesso à veia perforante.



Para confirmação do posicionamento adequado do cateter: a) visualização do cateter dentro da veia; b) refluxo de sangue pela parte distal da agulha; e c) pela indicação da queda da impedância no Gerador (< 400 Ohms). O local de tratamento é definido como o ponto onde a perfurante atravessa a fáscia em direção ao sistema venoso superficial (Figura 2A). O cateter é posicionado a 0,5 cm de distância do sistema venoso profundo para minimizar o risco de lesão térmica do SVP.

Antes do início da ablação, 2-4 ml de solução tumescente devem ser administrados ao redor do vaso e o paciente posicionado em trendelenburg. Um assistente pressiona o botão “power” no gerador, e o tratamento é iniciado. Procede-se à compressão discreta com o transdutor sobre o local do tratamento.

“O objetivo da presente revisão é descrever a técnica operatória utilizando o cateter de radiofrequência para termoablação de veias perforantes com refluxo...”

A temperatura-alvo da ablação de perforantes é de 85°C, e deve ser atingida em 10-15 segundos. A impedância cai para 100-350 Ohms, indicando um tratamento efetivo endovascular. A potência necessária para um tratamento adequado é de 3 W.

A técnica do tratamento pode ser realizada de duas formas: focal com retração (*pull-back*) ou multifocal. A técnica de *pull-back* é a preferida e deve ser realizada com posicionamento do transdutor “deslizando” pela via intravascular (figura 3). A energia deve ser aplicada na parede da veia com um ciclo de 4 minutos, posicionando o cateter em cada um dos ângulos da veia a cada 60 segundos: 0°, 90°, 180° e 270°

(figura 4). Durante o procedimento o cirurgião deve movimentar suavemente o cateter para evitar que fique aderido na parede da veia devido à ablação térmica, o que pode aumentar a impedância e bloquear o procedimento necessitando de reposicionamento.

Após os 4 minutos, traciona-se lentamente o cateter, mantendo a ablação da perfurante por mais 60 segundos. Para que essa técnica seja efetiva, é indicado ao menos um centímetro de vaso tratado na retirada. Caso não seja possível esse "pull-back" de 1 centímetro, procede-se um novo ciclo de 4 minutos e 5 milímetros acima do ciclo inicial.

Figura 3: Tratamento focal com retração (pull-back).

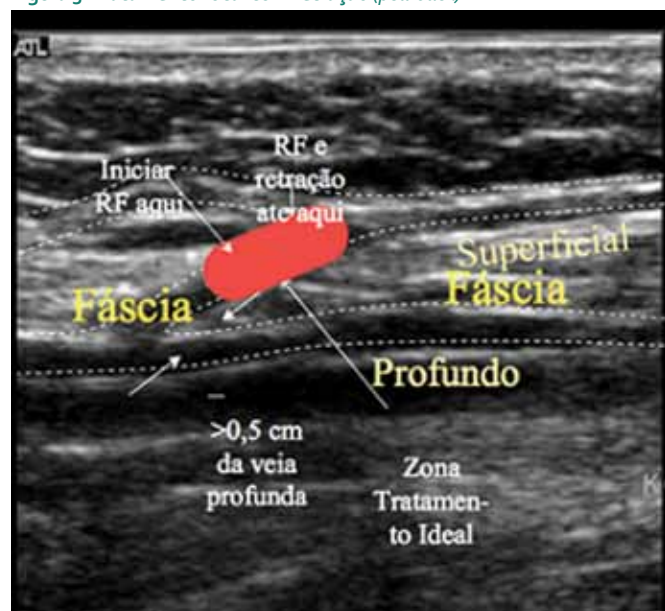
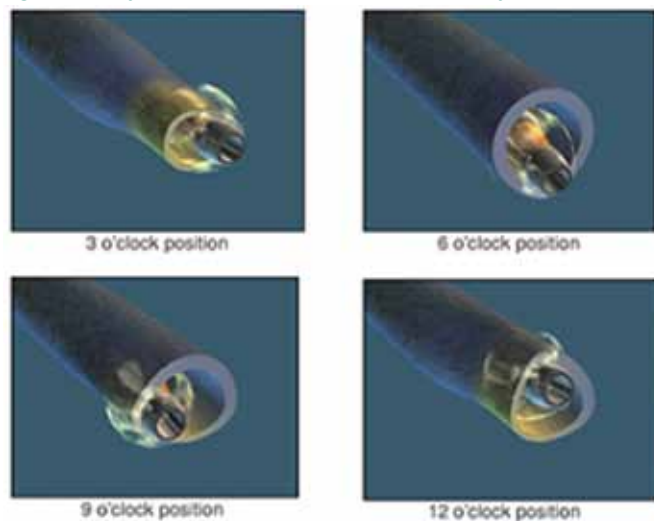


Figura 4: Ablação de perfurante, 1 minuto em cada posição.



Após o procedimento, compressão manual por um minuto é realizada, seguido do controle ultrassonográfico para confirmar a oclusão da perfurante e ausência de lesão do sistema venoso profundo. Aplicam-se ataduras compressivas por 24-48 horas e meias elásticas (20-30 mmHg) por ao menos quatro semanas. O paciente é estimulado a deambular imediatamente, evitando exercício vigoroso por 5-7 dias. Um controle ultrassonográfico deve ser realizado em 3-7 dias para ratificação do fechamento da perfurante tratada e perviedade do sistema venoso profundo.

DISCUSSÃO

O tratamento rotineiro das veias perforantes associado ao tratamento do refluxo superficial não promove melhora clínica adicional, quando não há refluxo do sistema venoso profundo²⁴.

Porém, nos casos de tratamento adequado do refluxo superficial e cuidados clínicos para cicatrização sem sucesso, deve-se proceder à investigação para presença de veias perforantes com refluxo²⁵. Foi bem documentada a redução no diâmetro das úlceras nos casos tratados com termoablação do refluxo superficial e de veias perforantes nos pacientes com falha na cicatrização após cuidados clínicos adequados²⁶.

Nos casos de tratamento do refluxo superficial e cuidados clínicos, em que não foi obtido cicatrização das feridas, os pacientes devem ser considerados para ablação das veias perforantes incompetentes. Lawrence *et al*²⁵ demonstraram que 90% dos casos em que houve falha terapêutica após tratamento do refluxo superficial e compressão adequada tiveram a úlcera cicatrizada quando ao menos uma perfurante foi tratada, numa média de 138 dias. Chama a atenção para a taxa de fechamento das perforantes tratadas – 58 a 79% –, o que retrata a dificuldade técnica e a longa curva de aprendizado com o dispositivo. Novas intervenções nas veias não ocluídas podem ser necessárias para cicatrização da ferida.

CONCLUSÃO

As técnicas minimamente invasivas, em especial a termoablação por radiofrequência, apresentam-se como alternativa segura e efetiva para os casos selecionados de falha terapêutica após tratamento clínico ou insucesso de cicatrização após tratamento do refluxo superficial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LINTON, R. R. The communicating veins of the lower leg and the operative technique for their ligation. *Ann Surg* 1938;107:582-93.
2. RUCKLEY, C. V. & MAKHDOOMI, K. R. The venous perforator. *Br J Surg* 1996;83:1492-3.
3. GLOVICZKI, P.; BERGAN, J. J.; RHODES, J. M.; CANTON, L. G.; HARMSSEN, S.; ILSTRUP, D. M. Mid-term results of endoscopic perforator vein interruption for chronic venous insufficiency: lessons learned from the North American subfascial endoscopic perforator surgery registry. The North American Study Group. *J Vasc Surg* 1999;29:489-502.
4. TOWNSEND, J., JONES, H.; WILLIAMS, J. E. Detection of incompetent perforating veins by venography at operation. *BMJ* 1967;3:583-5.
5. SARIN, S.; SCURR, J. H.; SMITH, P. D. Medial calf perforators in venous disease: the significance of outward flow. *J Vasc Surg* 1992;16:40-6.
6. MOZES, G.; GLOVICZKI, P.; MENAWAT, S. S.; FISHER, D. R.; CARMICHAEL, S. W.; KADAR, A. Surgical anatomy for endoscopic subfascial division of perforating veins. *J Vasc Surg* 1996;24:800-8.
7. DELIS, K. T.; IBEGBUNA, V.; NICOLAIDES, A. N.; LAURO, A.; HAFEZ, H. Prevalence and distribution of incompetent perforating veins in chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 1998;28:815-25.
8. SANDRI, J. L.; BARROS, F. S.; PONTES, S. P.; JACQUES, C.; SALLES-CUNHA, S. X. Diameter-reflux relationship in perforating veins of patients with varicose veins. *J Vasc Surg* 1999;30:867-74.
9. PORTER, J. M. & MONETA, G. L. An International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. Reporting standards in venous disease: an update. *J Vasc Surg* 1995;21:635-45.
10. MYERS, K. A.; ZIEGENBEIN, R. W.; ZENG, G. H.; MATTHEWS, P. G. Duplex ultrasonography scanning for chronic venous disease: patterns of venous. *J Vasc Surg* 1995;21:605-12.
11. BROWSE, N. L. & BURNAND, K. G. The cause of venous ulceration. *Lancet* 1982;2:243-5.
12. WILKINSON, G. E. & MACLAREN, I. F. Long term review of procedures for venous perforator insufficiency. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163:117-20.
13. CIKRIT, D. F.; NICHOLS, W. K.; SILVER, D. Surgical management of refractory venous stasis ulceration. *J Vasc Surg* 1988;7:473-8.
14. JUGENHEIMER, M. & JUNGINGER, T. Endoscopic subfascial sectioning of incompetent perforating veins in treatment of primary varicosis. *World J Surg* 1992;16:971-5.
15. AKESSON, H.; BRUDIN, L.; CWIKIEL, W.; OHLIN, P.; PLATE, G. Does the correction of insufficient superficial and perforation veins improve function on patients with deep vein insufficiency?. *Phlebology* 1990;5:113-23.
16. BJORDAL, R. I. Circulation patterns in incompetent perforating veins in the calf and in the saphenous system in primary varicose veins. *Acta Chir Scand* 1972;138:251-61.
17. STACEY, M. C.; BURNAND, K. G.; LAYER, G. T.; PATTISON, M. Calf pump function in patients with healed venous ulcers is not improved by surgery to the communicating veins or by elastic stockings. *Br J Surg* 1988; 75:436-9.
18. BURNAND, K. G.; O'DONNELL, T. F.; THOMAS, M. L.; BROWSE, N. L. The relative importance of incompetent communicating veins in the production of varicose veins and venous ulcers. *Surgery* 1977;82:9-14.
19. LINTON, R. R. The communicating veins of the lower leg and the operative technic for their ligation. *Ann Surg* 1938;107:582-93.
20. GLOVICZKI, P.; CAMBRIA, R. A.; RHEE, R. Y.; CANTON, L. G.; MCKUSICK, M. A. Surgical technique and preliminary results of endoscopic subfascial division of perforating veins. *J Vasc Surg* 1996;23:517-23.
21. MASUDA, E. M.; KESSLER, D. M.; LURIE, F.; PUGGIONI, A.; KISTNER, R. L.; EKLOF, B.; *et al.* The effect of ultrasound-guided sclerotherapy of incompetent perforator veins on venous clinical severity and disability scores. *J Vasc Surg* 2006;43:551-7.
22. PEDEN, E. & LUMSDEN, A. Radiofrequency ablation of incompetent perforator veins. *Persp Vasc Surg Endovasc Ther* 2007;19:73-7.
23. PROEBSTLE, T. M.; HERDEMANN, S. Early results and feasibility of incompetent perforator vein ablation by endovenous laser treatment. *Dermatol Surg* 2007;33:162-8.
24. Robert R. Mendes, MD, William A. Marston, MD, Mark A. Farber, MD, and Blair A. Keagy, MD, Chapel Hill, NC. *J Vasc Surg* 2003;38:891-5.
25. Peter F. Lawrence, MD, Ali Alktaifi, MD, David Rigberg, MD, Brian DeRubertis, MD, Hugh Gelabert, MD, and Juan Carlos Jimenez, MD, Los Angeles, Calif. *J Vasc Surg* 2011;54:737-42.
26. Michael Harlander-Locke, a Peter F. Lawrence, MD, b Ali Alktaifi, MD, b Juan Carlos Jimenez, MD, b David Rigberg, MD, b and Brian DeRubertis, MD, b San Diego and Los Angeles, Calif. *J Vasc Surg* 2012;55:458-64.



2º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV RJ

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

Durante o XXVIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro você conhecerá o vencedor dessa edição.

Em breve, a Regional divulgará informações sobre a 3ª edição.



ARTERIAL
LIFE
Serviços e Comércio Ltda.

endotex
www.endotex.com.br





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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel

MEDShop

Saúde e conforto para você!



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



MACOM
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

Fotos meramente ilustrativas

www.medshop.com.br

LOJAS

Barra

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

Botafogo

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

Humaita

Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

Barra (Nova Loja)

Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S
Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924

Centro

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

Diretoria biênio 2014-2015: gestão com foco na defesa profissional

Aline Ferreira

A Diretoria liderada pelo Presidente Dr. Julio Cesar Pechat de Oliveira tomou posse em 16 de janeiro. Na ocasião, foram apresentadas as metas estabelecidas na plataforma de campanha, que vão nortear esta gestão. Os objetivos apresentados foram determinados a partir da análise de demandas e situações enfrentadas no dia a dia da classe médica, especificamente os associados desta regional.

A defesa profissional será o foco desta gestão pelos próximos dois anos. Atualmente, a classe médica vive uma fase difícil, em um momento marcado por baixa remuneração e condições de trabalho precárias. A luta por melhores honorários e pelo exercício profissional de forma digna nunca foi tão necessária. Por isso, a palavra de ordem é: defesa profissional. Com esse entendimento, a Diretoria Executiva já deu os primeiros passos nesta questão.

Avaliando as mais prováveis dificuldades, com base na experiência de gestões anteriores e nas sugestões enviadas pelos sócios, foi contratada uma assessoria de defesa profissional para agir como interface nas negociações a respeito dos honorários médicos. O sócio também poderá se reportar à Sociedade como seu apoio na defesa profissional e, não apenas como braço científico.

Também faz parte das metas da diretoria estreitar os laços com o Conselho Regional de Medicina (CRM), por meio da Comissão de Saúde Suplementar (COMSU), com o objetivo de atribuir ainda mais força e legalidade às suas ações.

VALORIZAÇÃO COMO PRIORIDADE

A manutenção da política de valorização das especialidades também fará parte dos pilares deste biênio, sendo trabalhada em todos os seus aspectos pela SBACV-RJ. Como mencionado na plataforma da Diretoria, atentar para as questões das residências médicas também é importante. Um dos objetivos é valorizá-las por meio do nivelamento de alto padrão de ensino nos serviços do nosso estado, aproximando-se com essas instituições.

A proposta é, juntamente com a Diretoria Institucional de Residência Médica, proporcionar o acesso dos residentes às novas tecnologias e fortalecer sua formação com a educação continuada. Durante as reuniões científicas, por exemplo, diversos serviços que oferecem residência médica no estado participarão e, serão incluídas apresentações com temas da prova de título de especialista para estimular o envolvimento dos residentes no movimento associativo.

A ampliação da divulgação das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular junto à população, por meio da participação em campanhas sociais, assessoria de imprensa e presença nas mídias sociais, é outro dos intuitos da regional. Esta, representada pela Diretoria de Ações Sociais, estará junto à população, ministrando aulas e dando orientações sobre as doenças vasculares e suas formas de prevenção, em busca da melhora na qualidade de vida do público alcançado.

“A manutenção da política de valorização das especialidades também fará parte dos pilares deste biênio, sendo trabalhada em todos os seus aspectos pela SBACV-RJ.”

MAIS PARTICIPAÇÃO, PROXIMIDADE E INTERAÇÃO COM OS SÓCIOS

Investir no aumento da participação dos membros, incentivando todos a um maior envolvimento no processo de planejamento e decisão da Sociedade são objetivos da atual Diretoria.

Nesse ponto, a Diretoria de Eventos terá grande parcela, pois uma de suas tarefas é integrar todos, inclusive os jovens profissionais, promovendo eventos sociais junto aos científicos. Para esse primeiro semestre, estão sendo discutidos eventos importantes, como o XXVIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro e a primeira Convenção da SBACV-RJ – uma inovação desta gestão. Na ocasião, toda a Diretoria, incluindo suas seccionais, deverá se reunir a fim de fomentar amplo debate sobre o futuro da SBACV-RJ.

A proposta da Diretoria Executiva visa também, por meio da Diretoria Científica, aumentar a proximidade com os sócios que atuam no interior do estado, e fazem parte ou não das seccionais. Prova disso é que a partir deste ano algumas das reuniões científicas serão realizadas aos sábados, a fim de facilitar a presença de todos, inclusive dos que residem em outros municípios. Estas serão também transmitidas *on-line* para garantir que todos tenham oportunidade de participar. A aproximação visa, também, continuar integrando os sócios da SBACV-RJ com as Sociedades Médicas e com os centros de excelência de outras capitais do Brasil e do mundo, fortalecendo por meio de intercâmbios nacionais e internacionais o relacionamento com elas, como a *Society For Vascular Surgery*.

Mensagem de alguns diretores da SBACV-RJ



Secretário-Geral – Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles

"Trabalharemos em consonância com a presidência. Nossa função é criar condições e estrutura para que a Regional possa atingir de forma adequada seus objetivos e metas para esta gestão. Entre as principais metas, estão o trabalho de valorização do exercício da Medicina, a luta pela defesa profissional e por melhores honorários médicos. Outros importantes objetivos são as realizações da primeira Convenção da nossa Regional, do XXVIII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro e de Reuniões Científicas marcantes ao longo de nossa gestão. Nesses dois anos, nosso maior desafio será, sem dúvida, contribuir para que predomine entre os nossos sócios um clima de confiança, solidariedade e desejo efetivo de colaboração. Para isso, vamos procurar pôr em prática uma gestão colegiada, descentralizada e que ofereça espaço para mais ampla participação de todos os colegas, sem qualquer discriminação."



Tesoureiro-Geral – Dr. Ruy Luiz Pinto Ribeiro

"Nossas principais metas são manter as finanças em ordem, ter dinheiro suficiente e dar continuidade aos objetivos comuns da nossa Sociedade, como projetos culturais, cursos, congressos, encontros, divulgação da Especialidades e reuniões mensais. Além disso, o Encontro Carioca será realizado no mês de março e sua programação científica completa, também é uma das nossas metas iniciais no primeiro trimestre. Com ajuda da Diretoria, do Dr. Adilson Feitosa (Vice-Tesoureiro) e de toda equipe administrativa da Regional Rio, teremos taxa zero de inadimplência, e principalmente o aumento dos interesses das empresas de materiais médicos e laboratórios químicos em investir mais e mais no desenvolvimento científico das Especialidades. Por fim, nosso principal objetivo é manter esta Sociedade como uma das mais bem organizadas."



Diretor Científico – Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto

"O foco desta Diretoria vai ser integrar os médicos angiologistas e cirurgiões vasculares. Essa integração é o fator principal, é o lema dessa Diretoria Científica. Nosso objetivo é fazer com que os médicos do interior estejam recebendo informações e estejam incorporados, também, com os colegas que trabalham aqui na capital. Além disso, queremos realizar reuniões científicas de interesse para os associados. Observamos, ao longo de diversas reuniões, a pouca presença dos sócios. Temos cerca de 600 associados, mas na grande maioria, menos de 10% vão às reuniões. Por que isto ocorre? Com certeza, entender e buscar soluções quanto a isso é o nosso maior desafio. Afinal, o sócio tem que compreender que o investimento pago na anuidade tem que valer a pena, mas que, para isso, ele precisa ser mais participativo."



Diretor de Eventos – Dr. Breno Caiafa

"Nosso principal objetivo é integrar todos os sócios, realizando eventos sociais em conjunto com eventos científicos para estimular cada vez mais a participação dos membros e fortalecer a Sociedade com a formação de um grupo mais coeso. Assim, seremos então capazes de efetuar mudanças efetivas e impactantes para o exercício das Especialidades. Queremos aumentar a adesão de colegas e mostrar a vantagem e o valor dessa união. Esperamos que os sócios acreditem e participem desta gestão, pois a união requer companheirismo, disposição em compreender um ao outro, diálogo para o entendimento e força nos momentos difíceis. E é isso que nós propomos. Nosso desafio será atingir a excelência, proporcionando ao sócio o melhor possível. Afinal, fazer eventos é fazer acontecer."



Diretor de Publicações Científicas – Dr. Marcio Arruda Portilho

"A Diretoria de Publicações Científicas, que tenho a honra de conduzir pela segunda vez, pretende estar ativamente acompanhando e divulgando, da forma mais completa e ágil possível, todas as ações da Regional. Nossas únicas metas são manter a periodicidade e o excelente nível científico e cultural alcançado pela revista da SBACV-RJ nas gestões anteriores. Além, é claro, de manter atualizado o Informangio e as demais publicações de nossa competência. Ou seja, conseguir manter a revista e as demais publicações interessantes, atualizadas, não deficitárias e, enfim, ir de encontro às expectativas dos associados."



Diretor de Defesa Profissional – Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira

"Esperamos conseguir trazer o sócio para dentro da Sociedade. Ouvir, reunir e fortalecer suas queixas, sejam elas pontuais ou coletivas. A Diretoria de Defesa Profissional é a voz do sócio. Algumas de nossas metas já foram estabelecidas, como maior autonomia do exercício profissional, a melhoria de honorários e questão dos sites de compra coletiva. Outras dependem das demandas, uma vez que se trata de uma Diretoria muito dinâmica onde novas questões surgem a cada dia, construindo assim um desafio constante. Além disso, nosso maior desafio é reconquistar a credibilidade da população, perdida muitas vezes devido à fomentação dos interesses escusos do governo e pela depreciação covarde e mentirosa das mídias."

Criticare Saúde: mais que produtos, soluções para o cirurgião vascular.



Embolização de miomas e varizes pélvicas

A embolização de miomas preserva o útero e mantém a fertilidade. Trata-se de um procedimento onde são utilizadas minúsculas esferas ou agentes embolizantes (como as Embosphere Microspheres®) para bloquear o fluxo de sangue nas áreas afetadas.



A embolização de varizes pélvicas é um procedimento minimamente invasivo, realizado via endovascular, para o tratamento das veias que dão origem às varizes pélvicas. O procedimento é ambulatorial, e a paciente pode retornar às atividades cotidianas em pouco tempo.

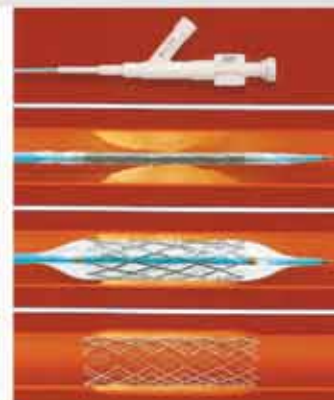
Técnica minimamente invasiva, com cobertura dos planos de saúde e sem que o trabalho burocrático recaia sobre seu consultório. Suas pacientes desejam e você também.



Stents vasculares Neptun®

Neptun é um *stent* montado em balão e fabricado usando a última tecnologia a laser.

O design único do *stent* garante a correta e infalível implantação na parede da artéria. Graças à interconexão entre o segmento do *stent*, a capacidade para se ajustar a forma da artéria é aumentada.



Jaguar®

Stent auto-expansível com sistema de entrega recomendado para procedimentos intravasculares percutâneo nos pacientes com aterosclerose, radiação e estenose induzida por trauma.

O produto contempla novas tecnologias e tendências do design dos *stents* vasculares.



Solicite a visita de um de nossos representantes e saiba mais.

Criticare Comércio de Produtos Cirúrgicos

Av. das Américas, 1.155 - Salas 807 e 809 Barra da Tijuca
Rio de Janeiro/RJ - CEP: 22631-000 - Telefone: (21) 2484-4434 / 2111-9829
contato@criticaresauade.com.br - www.criticaresauade.com.br



Criticare
Produtos Cirúrgicos Ltda.

Metas da Gestão

1. Implementar a gestão participativa, por meio do maior envolvimento no processo de planejamento e decisão de todos os sócios, por termos um quadro extremamente qualificado;

2. Valorizar as residências médicas, pelo nivelamento em alto padrão de ensino nos serviços do nosso estado, estreitando a relação da SBACV-RJ com as instituições;

3. Estimular o intercâmbio com centros de excelência nacionais e internacionais através da *Society for Vascular Surgery*;

4. Estreitar a aproximação com outras Sociedades Médicas, como forma de valorização de nossas Especialidades;

5. Fortalecer politicamente a SBACV-RJ através do estabelecimento de parcerias com o estado e municípios,

além de apoiar as ações da nacional junto ao SUS. Foi criada uma diretoria que cuidará especificamente desta questão;

6. Aumentar a proximidade com os colegas que atuam no interior do estado. Teremos a partir de agora algumas reuniões científicas sendo realizadas aos sábados, para facilitar a presença dos que residem em outros municípios;

7. Realizar mais eventos sociais combinados aos eventos científicos para promover mais interação entre os associados;

8. Ampliar a divulgação das Especialidades junto à população e às autoridades por meio da participação em campanhas sociais, assessoria de imprensa e ampliação da presença nas mídias sociais.

O principal objetivo desta gestão, e bandeira da SBACV-RJ pelos próximos dois anos, será a defesa profissional.

delight
ELT SYSTEM

Fibra SATURN™ Registro ANVISA: 80058530017 • DELIGHT® Registro Anvisa: 80058530017

O PRIMEIRO SISTEMA DE ELT COM LASER 1470NM APROVADO PELA ANVISA

- TECNOLOGIA DE ÚLTIMA GERAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELT
- PRIMEIRO APARELHO ELT DESENVOLVIDO E FABRICADO NO BRASIL
- DUAS OPÇÕES DE COMPRIMENTO DE ONDA: 980 E 1470 NM
- FIBRAS ÓPTICAS BARE-TIP E SATURN™
- GARANTIA DE 2 ANOS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA PERMANENTE
- ÚNICO LASER ELT EM 1470 NM COM FINANCIAMENTO PELO CARTÃO BNDES
- MELHORES CONDIÇÕES DE AQUISIÇÃO DO MERCADO



OPÇÕES DE FIBRA BARE TIP E SATURN™

Além da fibra bare tip tradicional, DELIGHT® também incorpora em sua tecnologia a possibilidade de uso combinado com as fibras do modelo SATURN™, amplamente conhecida pela eficácia no tratamento endovascular a LASER, sobretudo nos segmentos varicosos com maior tortuosidade, aumentando ainda mais a segurança e eficácia do procedimento.

A residência médica e o segundo ciclo de Medicina

Márcia Asevedo



Entre as medidas previstas no Programa Mais Médicos, está a expansão de 12 mil vagas em residência médica no país e ampliação de 11.447 vagas em graduação.



Em julho de 2013, mesmo período em que foram anunciadas mudanças na duração dos cursos de Medicina, uma comissão de especialistas, presidida pelo ex-Ministro da Saúde Adib Jatene, foi convidada pelo MEC para debater a Medida Provisória nº 621/2013, que instrui o Programa Mais Médicos.

A proposta apresentada por esta comissão, que estuda a questão, foi que os programas de residência fossem universalizados até 2017 e desenvolvidos integralmente no Sistema Único de Saúde. O grupo também recomendou que o primeiro ano de residência seja cumprido no atendimento de atenção básica à saúde e em serviços de urgência e emergência, fazendo assim, parte do período de formação do especialista. Em suma, ao término do sexto ano de curso os recém-formados deverão fazer dois anos de residência obrigatória no SUS.

Segundo informações do Ministério da Educação, o modelo foi apresentado durante reunião, realizada na sede do Ministério, entre diretores e coordenadores de cursos de Medicina de universidades federais, membros da Comissão de Especialistas, da Associação Brasileira de Educação Médica e do Fórum Nacional de Dirigentes de Escolas Médicas. Em declaração para o portal do MEC, o então Ministro da Educação, Aloizio Mercadante, ressaltou: “Os dois anos de residência obrigatória resolveriam questões como a falta de médicos no SUS e dariam oportunidade de residência a todos os estudantes”. O Dr. Alexandre Padilha, Ministro da Saúde na época, considerou importante que os médicos recém-formados obtivessem experiência no trabalho na rede pública: “O estudante que se forma hoje tem pouquíssimo contato com os pacientes, já que os estágios práticos são curtos. Sabemos a importância desse processo de formação”, destacou Padilha.

A Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), em nota, se mostrou a favor do Programa Mais Médicos, inclusive colocando-se à disposição para colaborar com os Ministérios da Educação e da Saúde. "A Andifes entende que o Programa Mais Médicos tem o mérito de fortalecer o Sistema Único de Saúde, voltado para

atender toda a população, principalmente as parcelas mais excluídas do país", destaca o texto.

Entre as medidas previstas no Programa Mais Médicos, está a expansão de 12 mil vagas em residência médica no país e ampliação de 11.447 vagas em graduação.

A proposta de tais mudanças tem causado grande polêmica, porque os médicos que optarem por outras áreas de especialização terão seu tempo de residência estendido. "O segundo ciclo não é muito compatível com a residência médica. Estaria só atrasando uma formação que já é demorada e longa, sem benefício nem para o residente e nem para população", avalia o Diretor de Residência Médica da SBACV-RJ, Dr. Bruno Morrison.

Para aqueles profissionais que pretendem se dedicar a uma especialidade da Medicina, aumentar o tempo da residência pode representar um desgaste. O Dr. Manoel Fennel, residente de Angiologia e de Cirurgia Vascular, do Hospital do Andaraí, comenta que a medida é arbitrária e sem fundamentos: "A formação do médico já é muito longa, e, acrescentando mais um ano em uma área da Medicina que o médico residente não queira atuar, só aumenta o desgaste sem nenhum retorno. A obrigatoriedade é medida arbitrária e sem fundamento, apenas tenta corrigir erro histórico, a falta do plano de carreira médica e do profissional da saúde".

“Para aqueles profissionais que pretendem se dedicar a uma especialidade da Medicina, aumentar o tempo da residência pode representar um desgaste, somado à obrigatoriedade da medida.”

Os eixos do Programa Mais Médicos anunciados em 08 de julho de 2013 são:

1. Mudar a formação dos futuros médicos a partir de 2015. O atendimento básico de saúde pelo SUS será obrigatório por dois anos, aumentando o tempo de formação de seis para oito anos. Em 31 de julho, o governo decidiu acatar a proposta da comissão de especialistas e desistiu de incluir os dois anos a mais na graduação de Medicina, transformando esse tempo em residência médica.
2. Investir um total de 15 bilhões de reais em hospitais e unidades de saúde, com ampliação do número de médicos até 2014. Do montante, investimentos para infraestrutura de saúde; 7,4 bilhões de reais já estão contratados para construção de 818 hospitais, 601 unidades de pronto atendimento e de 15.977 unidades básicas.
3. Levar médicos brasileiros e estrangeiros para municípios com média inferior à nacional de 1,8 médicos por grupos de mil habitantes.

05 de abril de 2014
9h às 17h



1ª CONVENÇÃO
SBACV-RJ

Windsor Plaza Hotel

Av. Princesa Isabel, 263 - Copacabana - Rio de Janeiro - RJ

Coordenadores: Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira
Dr. Sérgio Silveira Leal de Meirelles
Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Dr. Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Público-alvo: membros da diretoria

Mais informações, entre em contato com a Sociedade, através dos tels:
(21) 2240-4880 / 2533-7905.
E-mail: alessandratrindade@sbacvrj.com.br

Realização:



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



A imponente do Copacabana Palace como cenário para o I Encontro Carioca

Márcia Asevedo



**Dr. Paulo Roberto
Mattos da Silveira**
Presidente da SBACV-RJ
no ano de 1986.

Tudo começou com um sonho, depois uma meta administrativa que aos poucos foi se tornando realidade. Foi na gestão do Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira, no dia 16 de agosto do ano de 1986, que aconteceu o I Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, no Copacabana Palace. A grandiosidade e a tradição foram os pontos de partida para a escolha do hotel como palco do I Encontro, conta o então Presidente. O fato marcou a gestão do biênio de 1986-1987.



A ideia era que o Encontro fosse mais uma troca de experiência e informações entre os membros da Regional, utilizando o conhecimento e a expertise e outros membros da Sociedade do Rio e de outras Regionais.



Numa entrevista descontraída, o Dr. Paulo Roberto conta que este evento não teve uma grande equipe de organização: “Não tinha Diretor de Eventos, era tudo constituído por um grupo pequeno – Presidente, Vice-Presidente e Secretário-Geral; ainda era a estrutura muito simples da Sociedade”. Embora pequeno, o grupo mostrou eficiência na organização do evento que teve uma grande repercussão. Na época, só havia o encontro da regional de São Paulo – o Encontro Paulista de Cirurgia Vascular. A estrutura do evento no Rio de Janeiro comportou uma grade científica com quatro painéis, dois pela manhã e dois à tarde, com especialistas de São Paulo e do Rio de Janeiro, com os chefes de serviço. Segundo o organizador do evento, os principais serviços do RJ participaram. Após a apresentação do painel, aconteceu uma conferência e depois um debate com os membros da regional do Rio de Janeiro sobre o tema do painel.

Segundo o Dr. Paulo Roberto, o que marcou foi o compromisso dos serviços em manter o padrão de modo a possibilitar que os Encontros tivessem um teor científico elevado. E ele considerou que isso serviu como estímulo para os serviços continuarem a manter o seu padrão de qualidade, não permitindo que caísse, para que pudessem participar desses Encontros.

Vinte e sete anos depois do primeiro evento da SBACV-RJ no Copacabana Palace, os 60 anos da regional do Rio de Janeiro foram comemorados no mesmo hotel, com uma festa grandiosa, a altura de uma das estruturas mais charmosas da cidade. Na gestão do Dr. Carlos Eduardo Virgini, no ano de 2013, a comemoração emocionou o realizador do I Encontro. “Foi emocionante voltar ao Copacabana Palace depois de tanto tempo. Uma festa linda! A emoção foi muito grande. Ver que ali um dia foi realizado o I Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro”, declara o Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira.

O Encontro Regional da SBACV-RJ é aperfeiçoado a cada ano. Cada presidente tem a responsabilidade de manter o padrão de qualidade, agregando valores à imagem da Sociedade. No início o cunho era científico, depois foi aberto espaço para a divulgação das Especialidades junto à população e para discussão política; por fim, todas as mudanças culminaram na qualidade refletiva nos vinte e sete encontros já realizados.



Pan 2014

XIII PANAMERICAN CONGRESS ON VASCULAR
AND ENDOVASCULAR SURGERY

28/10 a 01/11/2014

Hotel Windsor Barra - Rio de Janeiro

Comercial - NMS Eventos Ltda.

Neide Miranda

Tel.: [21] 2215-1919 / **Cel.:** [21] 99977-9586

E-mail: comercial@panamericancongress.com.br **Local:** Hotel Windsor Barra

Endereço: Av. Lúcio Costa, 2630 - Barra da Tijuca - Cidade: Rio de Janeiro

Sociedade contrata novas assessorias para Defesa Profissional

Um dos principais objetivos desta gestão, e bandeira da Diretoria da SBACV-RJ nos próximos dois anos, é e será a defesa profissional, conforme declarou o Presidente, Dr. Julio Peclat. Com este pensamento e da forma prática e objetiva que lhe são peculiares, ele decidiu, durante a primeira reunião do ano, contratar uma assessoria para profissionalizar o relacionamento da Regional com as operadoras de planos de saúde, além de outras entidades que mantêm sinergia com o assunto.

A empresa João de Almeida Fernandes Filho Assessoria foi a escolhida por acumular grande experiência no assunto – 13 anos –, além de seus bons resultados com a assessoria da Cirurgia Cardíaca, o que já foi apresentado à SBACV-RJ em reuniões na gestão passada.

A intenção é dar um caráter mais técnico e profissional à condução de discussões e negociações sobre a melhoria de honorários médicos e outros problemas, como um primeiro passo. Em depoimento, o Secretário-Geral da Regional, Dr. Sergio Meirelles, dá seu parecer: “O objetivo, realmente, é chegar ao fim desta gestão em outro patamar de negociação”.

Os associados serão representados pela assessoria nas negociações da Comissão de Saúde Suplementar do CREMERJ – COMSU – com as operadoras. Segundo João, estas reuniões já estão acontecendo há alguns meses, e já houve negociação com muitas operadoras.

Ainda segundo orientação de João Fernandes, o médico deve evitar negociações isoladas com as operadoras antes de consultar a Regional, pois a união é um dos fatores fundamentais do sucesso na melhoria dos contratos e convênios.

SERVIÇOS QUE OS ASSOCIADOS PODEM CONTAR:

Assessoria em negociações coletivas de honorários e condições de trabalho.

Consultoria para esclarecer dúvidas quanto aos procedimentos a adotar em casos de dificuldade com autorizações de pagamentos.

Assessoria Jurídica

Orientações iniciais quando houver dúvidas trabalhistas ou no relacionamento com as operadoras – e contratos. Preços diferenciados na contratação de advogados, quando necessário.

Pulsar
stent autoexpansível
de nitinol

Tecnologia exclusiva para
membros inferiores

A BIOTRONIK tem o compromisso
de fornecer soluções completas
para membros inferiores. Pulsar
dispõe de stents longos com
comp. de 20 a 200mm, força radial
otimizada e flexibilidade sem igual.

- Tecnologia comprovadamente
eficaz: Resultados excelentes no
Estudo 4EVER indicam patência
primária de 81.4%¹
- Durabilidade: 0% de fratura em 2
anos mostrada no Estudo REAP²

www.biotronik.com

BIOTRONIK
excellence for life

50 years

1) Jansen K. 2012. 4EVER study - percutaneous implantation. Presenting in behalf of the 4EVER investigators. CATH. Catheter, Portugal 15-16 September 2012.
2) Jansen K. et al. 2010. Active Pulsar stent catheter in the treatment of lower extremity peripheral artery disease. Percutaneous Cardiovascular Intervention 11: 100-105.

Hospital em estado grave

Dr. Sidnei Ferreira – Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - Cremerj



Dr. Sidnei Ferreira

O Hospital Municipal Salgado Filho caminha a passos largos para as páginas policiais. Há muito tempo, centenas de pessoas são atendidas diariamente nesta unidade por abnegados médicos, funcionários e outros profissionais da saúde que teimam em não aceitar o descaso, a

incompetência e a irresponsabilidade do poder público. Com um clínico de plantão em alguns dias, dois ou três em outros, o Salgado Filho está longe do número ideal para satisfazer com responsabilidade e segurança o atendimento à população.

“À demanda espontânea da população, somam-se os casos levados pelo SAMU e pelos Bombeiros, além de transferências pelo Sistema de Regulação.”

À demanda espontânea da população, somam-se os casos levados pelo SAMU e pelos Bombeiros, além de transferências pelo Sistema de Regulação. Faltam neurocirurgiões, pediatras e outros especialistas cujas presenças são fundamentais para o atendimento dos casos graves. A espera é grande, levando ao sofrimento e desespero os pacientes e familiares. Os relatos são impressionantes, com pacientes permanecendo uma semana dentro do centro cirúrgico ou descendo para a sala vermelha da emergência por não haver vaga no CTI.

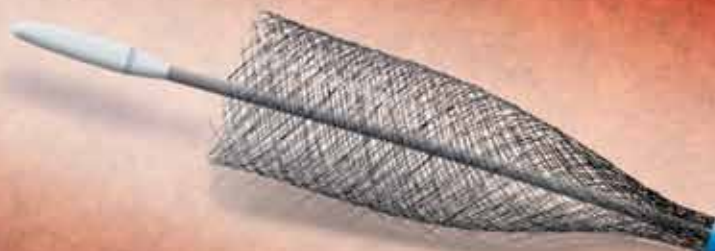
Além da falta de plantonistas, a enfermaria conta com apenas dois clínicos para 36 pacientes internados, o que não permite evoluções diárias, bom tratamento e posterior alta. Na emergência, há uma média de 60 pacientes para somente um clínico, que, obviamente, não consegue acompanhá-los ou atender adequadamente aos que chegam. Também ficam em uma mesma sala pacientes graves da emergência, vindos do centro cirúrgico, da rua, das ambulâncias e da regulação; mesmo não havendo UTI pediátrica no hospital, a regulação continua enviando crianças graves.

Tudo isso, mais a permanência dos doentes além do tempo necessário, gera superlotação, aumento do risco de complicações, infecção hospitalar, óbitos, estresse na equipe, nos pacientes e em seus familiares. Gera também dificuldades para realizar atos simples como limpeza do local, higiene do paciente e manutenção da sua individualidade e autoestima. As equipes estão desmotivadas, cansadas, sem esperança, com medo das implicações legais e consequências que podem advir do trabalho em condições tão precárias e indignas. A população, os médicos e a saúde pública não merecem tal descaso, incompetência e falta de vontade política para resolver o problema.

O Cremerj se reuniu com o Secretário Municipal de Saúde, ofereceu ajuda, se reuniu com o corpo clínico do hospital, retornou ao Secretário com as sugestões para solução imediata e em médio prazo. Nada foi feito. Apresentamos o problema ao Ministério Público Estadual, entramos com ação no judiciário e denunciemos à imprensa.

O que esperar de um gestor que mantém pacientes graves amontoados, espalhados pelo chão, em bancadas, junto a latas de lixo, sem a mínima dignidade, fazendo o mesmo com aqueles que lutam para salvar vidas? O que esperar desse hospital essencial para a população? Quem lá trabalha não quer seu fechamento, tão pouco os que lá são atendidos. O que se quer é o seu funcionamento pleno, em condições dignas de atender o cidadão, que tem e exige esse direito e respeito.

Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos



Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

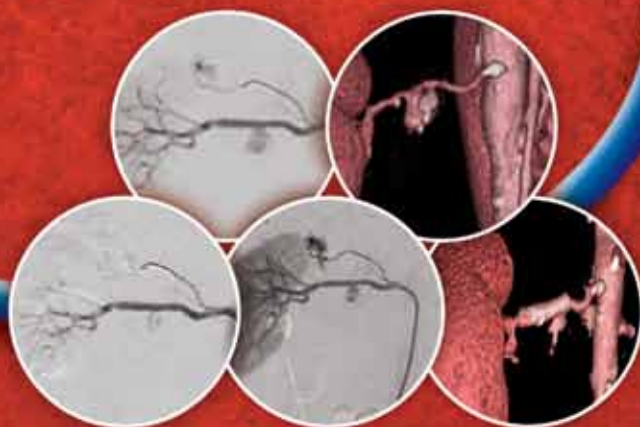
- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



Fabricante:



Distribuidor exclusivo:



www.tecmedic.com.br

Noite da posse da nova diretoria da **SBACV-RJ para o biênio 2014-2015**

Márcia Asevedo e Aline Ferreira

Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira e Sérgio Silveira Leal de Meirelles.



Foto: Aquarella Produções

A noite de 16 de janeiro de 2014 ficou marcada na memória dos que ousaram enfrentar muita chuva e trânsito intenso para chegar ao bairro da Lagoa Rodrigo de Freitas (RJ). O local escolhido para a comemoração foi o tradicional Clube dos Caiçaras, que abrilhantou a posse da Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. O evento contou com a honrosa participação dos membros da SBACV-RJ, os ex-presidentes da Regional, o Secretário Estadual de Defesa Civil e Comandante Geral do CBMERJ, Sérgio Simões, representando o Governador Sérgio Cabral; o presidente do Cremerj, Dr. Sidnei Ferreira; o presidente do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, Thiers Vianna Montebello; o presidente da SBACV, Dr. Pedro Pablo Komlós; familiares e amigos do Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o novo Presidente da Regional do Rio.

Após o coquetel oferecido aos convidados, autoridades presentes prestaram homenagens ao Presidente. Além de expressar apoio, eles falaram sobre o importante momento que marcava o início de um novo ciclo. O Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira fez seu discurso de posse, em que apresentou a nova Diretoria, fazendo questão de agradecer a presença de todos, reconhecendo a importância de cada colega e membro da sociedade ali presente, amigos e seus familiares. "Nesta Diretoria, da qual muito me orgulho, conseguimos reunir um grupo de cirurgiões vasculares e angiologistas que mescla experiência, juventude, respeito à história e muita disposição para trabalhar em prol desta instituição pelos próximos dois anos. Por isso, orgulhosamente, gostaria de citar nominalmente os colegas que aceitaram dividir comigo a responsabilidade pela Diretoria Executiva: Arno Buettner von Ristow, como Vice-Presidente; Sérgio Leal de

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira ladeado pelos convidados: José Renato Torres do Nascimento, delegado da Polícia Civil e ex-chefe de Polícia Civil do Rio de Janeiro; Ivan Moreira, conselheiro do TCMRJ; Cel. Sérgio Simões, Comandante-Geral do CBMERJ e Secretário de Estado de Defesa Civil (SEDEC); Thiers Montebello, conselheiro presidente do TCMRJ; e Jorge Ribeiro, representante da presidência do PMDB RJ.



Foto: Aquarella Produções

“Cada presidente tem ideias próprias, mas foco no bem comum. É preciso manter a inspiração e a coragem, necessárias para avançarmos.”

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira
presidente da SBACV-RJ

Meirelles, como Secretário-Geral; Felipe Murad, como Secretário; Ruy Pinto Ribeiro, como Tesoureiro-Geral; Adilson Toro Feitosa, como Tesoureiro; Carlos Clementino dos Santos Peixoto, como Diretor Científico; Marcos Arêas Marques, como Vice-Diretor científico; Breno Caiafa, como Diretor de Eventos; Leonardo Aguiar Lucas, como Vice-Diretor de Eventos; Marcio Arruda Portilho, como Diretor de Publicações científicas; Paulo Eduardo Ocke Reis, como Vice-Diretor de Publicações Científicas; Átila Brunet di Maio Ferreira, como Diretor de Defesa Profissional; Rita de Cássia Proviatt Cury, como Vice-Diretora de Defesa Profissional; Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, como Diretora de Patrimônio; e Raymundo Luiz Senra Barros, como Vice-Diretor de Patrimônio. Além deste grupo, nossa diretoria contará também com o apoio da recém-criada Diretoria Institucional, formada por colegas de notório saber, além dos departamentos que, certamente, nos ajudarão muito nesta gestão”.

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira com os ex-presidentes da Regional: Drs. Carlos Eduardo Virgini, Marcio Arruda Portilho, Manoel Julio Cota Janeiro, Sérgio S. Leal





Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira com sua família, no evento.



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Carlos Eduardo Virgini, Sérgio S. Leal de Meriells e Neide Miranda, superintendente da Regional RJ.



Dr. Sidnei Ferreira, presidente do Cremerj.



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Pedro Pablo Komlós (Presidente nacional da SBACV), Marcio Arruda Portilho e José Luís Camarinha do Nascimento Silva.

de Meirelles, Merisa Garrido, José Luís Camarinha do Nascimento Silva, Vasco Lauria da Fonseca Filho e Paulo Márcio Canongia.





"Estou envaidecido por ter sido convidado e acho que ele [Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira] vai ser um excelente Presidente. Ele é vocacionado para isso. O Julio catalisa, ele é um sujeito que traz para ele, com muita facilidade, aproxima as pessoas dele. Quando ele alia isso ao seu conhecimento médico e à pesquisa científica, é maravilhoso. Quem ganha é a Medicina. Quem ganha é a sociedade, não a Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular, mas a sociedade brasileira."

(Thiers Vianna Montebello – Presidente do Tribunal de Contas do Município do RJ)



"É uma honra muito grande para nós. O Dr. Julio, conhecido na sociedade médica civil, é um Tenente Coronel do Corpo de Bombeiros dos mais conceituados, uma figura exemplar. Como Comandante do Corpo de Bombeiros, eu fico extremamente orgulhoso de vê-lo em uma posição de tanto destaque."

(Cel. Sérgio Simões, Comandante-Geral do CBMERJ e Secretário de Estado de Defesa Civil)



"Com relação ao Presidente eleito, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, foi uma escolha certa num momento certo. Um momento de luta! Ele, que é uma pessoa que já vem lutando há muito tempo pela Sociedade e no movimento médico, é uma pessoa talhada para este cargo neste momento."

Apoiamos a SBACV-RJ porque é uma Sociedade que luta, é do movimento médico, uma Sociedade que tem mais de 50 anos com uma história de lutas em prol da Medicina de qualidade. Estamos aqui apoiando plenamente."

(Dr. Sidnei Ferreira – Presidente do Cremerj)



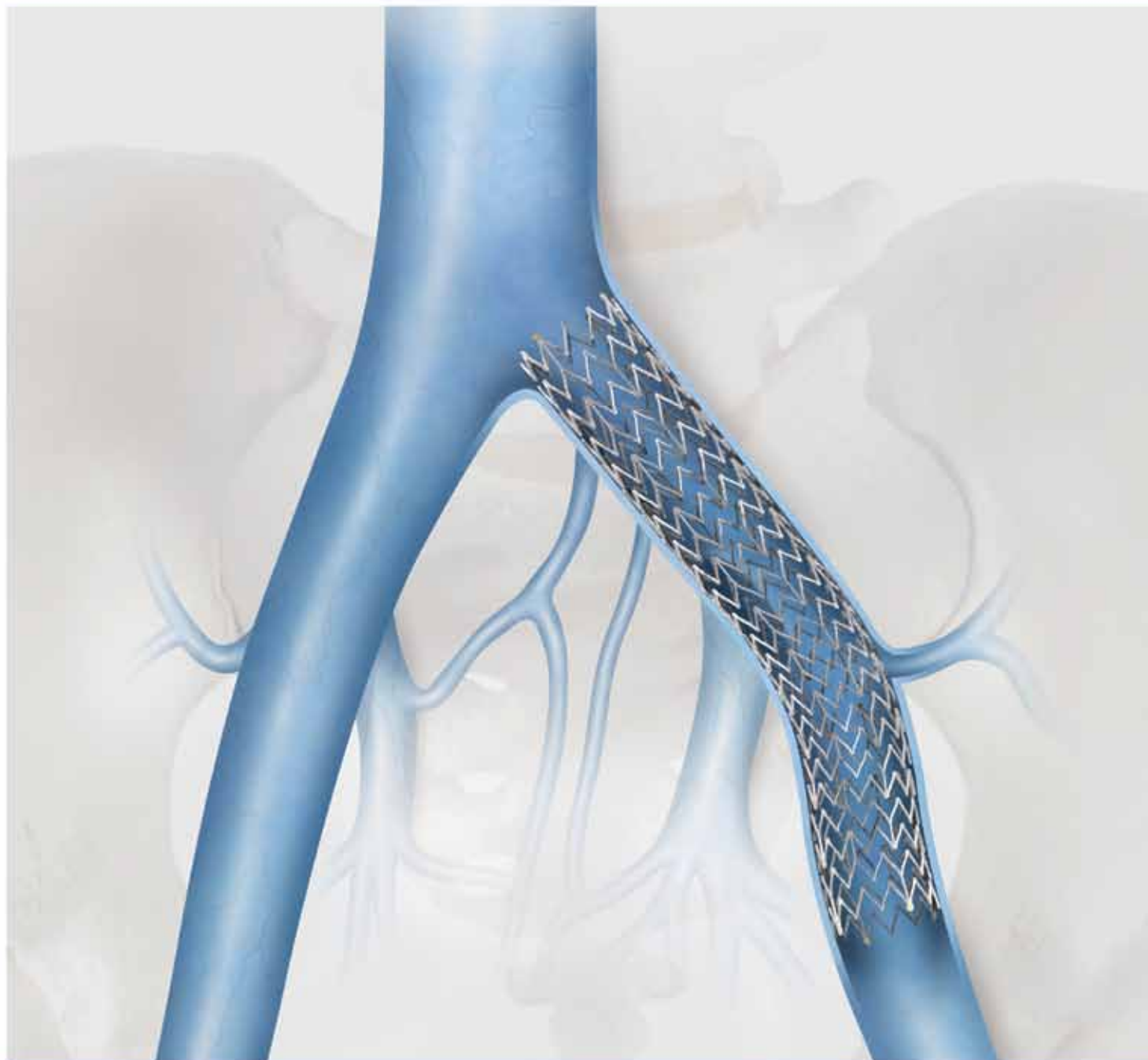
"O Julio participou da gestão que terminou e, com certeza, está afinado com os princípios e objetivos da Sociedade, ou seja, vai saber conduzir muito bem essa transição."

(Dr. Carlos Eduardo Virgini – ex-Presidente da SBACV)



"Hoje é a minha primeira participação oficial, o que já é uma deferência. A primeira reunião da câmara de representantes e a primeira assembleia geral, da minha gestão, serão no Encontro Carioca (20/03), foram marcadas hoje; já é uma perspectiva. Depois disso, a Nacional gostaria de encampar projetos que a Regional do RJ iniciou, tanto na área de honorários médicos quanto na área de valorização do cirurgião vascular, publicamente, levar isso adiante para a esfera nacional."

(Dr. Pedro Pablo Komlós – Presidente da SBACV Nacional)



Escolha o único stent especificamente concebido para enfrentar os desafios da aplicação de stents venosos iliofemorais.

Matriz Rio de Janeiro (21) 3221-8500
Filiais: São Paulo (11) 2028-0766 • Curitiba (41) 3336-6116
• Recife (81) 3223-2470 • Porto Alegre (51) 3019-1139
• Belo Horizonte (31) 3465-8200

www.tamussino.com.br



**E. TAMUSSINO
& CIA. LTDA.**

Fundada em 1959

Pedro Pablo Komlós toma posse como Presidente da Nacional

Porto Alegre foi palco, no dia 24 de janeiro, da posse da nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Na solenidade, foram homenageadas duas personalidades do setor: os professores Márcio de Castro Silva e Carlos José de Brito, Ex-Presidentes da Sociedade. A bela e concorrida cerimônia foi o primeiro evento oficial do qual Julio Cesar Peclat de Oliveira participou após sua posse como Presidente da SBACV-RJ.



SBACV

Dr. Pedro Pablo Komlós, Presidente da Nacional, ladeado pelos Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Presidente da Regional Rio, Carlos José de Brito, um dos homenageados na cerimônia, Ivanésio Merlo, Vice-Presidente da Nacional e os Ex-Presidentes da Regional, Merisa Garrido e Vasco Lauria.

Reunião de diretoria promove interação e aumenta o potencial de ação da SBACV-RJ

Arquivo SBACV-RJ



Membros da Diretoria - SBACV-RJ.

Mais um passo foi dado para o cumprimento dos objetivos propostos pelo Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira. Foi realizada, no dia 03 de fevereiro, a primeira reunião de Diretoria, para apresentação dos serviços realizados pelas assessorias de comunicação e marketing, imprensa, defesa profissional, jurídica e de contabilidade. Cada representante não só expôs as propostas de trabalho a serem prestadas à Sociedade como a melhor forma de atender às demandas dos membros da

regional. No mesmo intuito, cada Diretoria foi apresentada de acordo com a área de atuação que vai agregar valor a este trabalho, que tem início no ano de 2014.

Após a apresentação das Diretorias do biênio 2014/2015 e das assessorias contratadas, foi o momento de discutir os rumos do XXVIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, agendado para os dias 20, 21 e 22 de março de 2014. Fez parte da pauta a discussão sobre o andamento dos preparativos para o Encontro: programação científica, palestrantes, presidentes de mesa, moderadores e debatedores que

estão sendo convidados e a divulgação que está sendo feita. A programação do pré-evento compõe: cursos de trauma e fleboestética, reunião da Câmara dos Representantes e a assembleia da SBACV.

Na reunião, também foi discutida a realização da primeira convenção da SBACV-RJ. Um encontro no qual todos os membros da Sociedade vão debater os rumos da Regional do Rio de Janeiro. Tal evento visa a cumprir a proposta de uma gestão participativa, apresentada pela Diretoria atual da Sociedade.

Novos sócios

A SBACV-RJ parabeniza os novos sócios que chegaram em fevereiro.

- Aspirante: Raymond Jabra Jacob
- Efetivo: Moacir Aurélio da Cunha Amorim de Souza

Parceria da Regional Rio com a Aché foi renovada

No dia 19 de fevereiro, na sede da SBACV-RJ, foi realizada uma reunião com o laboratório Aché a fim de renovar a parceria que viabiliza a inserção de todos os residentes de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro como sócios aspirantes da Regional.

Na ocasião, estiveram presentes os membros da diretoria: Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Presidente da Regional, Dr. Marcio Arruda Portilho, Diretor de Publicações, e representantes da Aché.

A Regional solicita que todos os chefes de serviço de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro entrem em contato com a secretaria da Sociedade, o mais rápido possível, para se cadastrarem e enviarem os nomes dos residentes que integram seus serviços.



Arquivo SBACV-RJ

Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira e Marcio Arruda Portilho, em reunião com os representantes da Aché e Neide Miranda.

547ª Reunião Científica SBACV-RJ

Arquivo SBACV-RJ



Drs. Sérgio S. Leal de Meirelles, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Adalberto Pereira de Araújo, Breno Caiafa e Carlos Clementino dos Santos Peixoto.

Aconteceu no dia 20 de fevereiro, às 20h no Centro de Convenções do CBC, a 547ª Reunião Científica. A primeira apresentação teve como tema “Critérios de rastreamento da DAP em membros inferiores pela ecografia vascular”, exposta pelo Dr. Nostradamos Augusto Coelho.

Na Reunião, os sócios tiveram a oportunidade de assistir, ainda, às apresentações dos seguintes relatos de casos:

I – “Reparo híbrido de aneurisma tóraco-abdominal tipo III secundário a doença de Takayasu – Relato de Caso”, apresenta-

do pelo Dr. Felipe Luiz Guimarães Fonseca, do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital dos Servidores do Estado, e debatido pelos Drs. Adalberto Pereira de Araújo, Arno von Ristow, Guilherme Farne D’Amoed e Luiz Henrique Coelho;

II - “Revascularização endovascular de tronco supra-aórtico em paciente com arterite de Takayasu”, pelo Dr. Daniel Drummond, do Serviço de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Vascular - ENDOVASC. O tema foi debatido pelos Drs.: Alda Candido Torres Bozza, Felipe Francescutti Murad e Leonardo Aguiar Lucas.

Eventos

NACIONAIS



Data: 20/03 a 22/03 de 2014
Local: Windsor Barra Hotel
Barra da Tijuca (RJ)
Contato: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro
Tels.: (21) 2215-1919 e 2240-4880
E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

XII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular – SBACV-SP

Data: 28/03 e 29/03 de 2014
Local: Centro de Convenções Frei Caneca Consolação – São Paulo (SP)
Contato: <http://bit.ly/18lQqPm>

1ª Convenção SBACV-RJ

Data: 05/04 de 2014
Local: Windson Plaza Hotel
Copacabana (RJ)
Contato: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro
Tels.: (21) 2240-4880 / 2533-7905 /
E-mail: alessandratrindade@sbacvrj.com.br

548ª Reunião Científica
Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro
Data: 10/04 de 2014
Local: Cremerj – Botafogo (RJ)
Contato: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro
Tels.: (21) 2215-1919 e 2240-4880 /
E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

INTERNACIONAIS

Mayo Clinic International Vascular Symposium

Data: 27/03 a 29/03 de 2014
Local: Intercontinental Hotel
Buenos Aires, Argentina.
Contato: www.mayo.edu/cme/surgical-specialties-2014r189

International Meeting on Aesthetic Phlebology – IMAP 2014

Data: 27/03 a 29/03 de 2014
Local: Club Med – Trancoso (BA)
Contato: www.congressovenoso.com

36th Charing Cross International Symposium

Data: 05/04 a 08/04 de 2014
Local: Londres (UK)
Contato: www.cxsymposium.com

CICE 2014 - Congresso Internacional de Cirurgia Endovascular

Data: 23/04 a 26/04 de 2014
Local: Sheraton WTC Hotel
São Paulo (SP)
Contato: www.cice.com.br

SVS - Capítulo Brasil / Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 14/08 a 17/08 de 2014
Local: Grande Hotel Campos do Jordão
Hotel Escola Senac
Contato: (11) 3831-6382
www.sbacv.com.br

XIII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 28/10 a 01/11 de 2014
Local: Windsor Barra Hotel
Barra da Tijuca (RJ)
Contato: www.panamericancongress.com.br



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

Contabilize

contabilidade – consultoria fiscal e tributária
desenvolvimento comercial – inaugurações

Rua Flaminópolis do Carmo, 51 pr. 1101
Centro – Rio de Janeiro – RJ

www.podas.com.br contabilize@podas.com.br

(21) 3203-4348



**RIO
2015**

**41º Congresso Brasileiro
de Angiologia e de
Cirurgia Vascular**

Marque em sua agenda:
Outubro de 2015.
Forte de Copacabana

Organização:

SBACV RJ

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

Realização:



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



Genesis
PULMAT



ANGIOGUARD
SMART CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



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

B | BRAUN