



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º II - Abril a Junho de 2018

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



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

Artigo

Correção de Aneurisma Micótico com enxerto
de Veias Femorais Superficiais - Relato de caso

Artigo

Trombectomia e angioplastia como tratamento
da Síndrome de Veia Cava Superior - relato de caso

Entrevista

Os avanços da Diretoria de Publicações
da SBACV

Especial

Encontro Carioca valoriza a atualização científica
e o fortalecimento das Especialidades

Serviços

Licenciamento Sanitário – Como adequar seu
consultório às normas da Vigilância Sanitária

Espaço Aberto

O que esperar das novas Diretorias da SBACV-RJ

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

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

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



FLETOP®:

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

FLEBON®:

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

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

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



FL3 | Procedimento, recuperação e rotina.

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

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

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

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

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

FLETOP® PROCESSO ANVISA: 25351.34543/2013-13



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

Fevereiro/2018

FQM FARMA
CONSCIÊNCIA PELA SAÚDE

Palavra do Presidente*Nossos primeiros seis meses***Editorial***A importante presença dos Serviços Públicos na Revista SBACV-RJ***Palavra do Secretário-Geral***Conhecer e gerenciar para oferecer algo de valor ao Sócio***Diretoria Científica***O fortalecimento das Reuniões Científicas***Diretoria de Eventos***Eventos que promovem as especialidades e estimulam a aproximação de especialistas***Imagem Vascular***Estenose de Artéria Renal por Fibrodisplasia***Espaço Ecografia Vascular***Dissecção de placa carotídea em paciente sintomática***Artigo Científico***Correção de Aneurisma Micótico com enxerto de Veias Femorais Superficiais - Relato de caso***Artigo Científico***Trombectomia e Angioplastia como tratamento da Síndrome de Veia Cava Superior - Relato de Caso***Artigo Científico***Manifestações vasculares em pacientes portadores de Doença de Behçet***Artigo Científico***Implante de Stent Revestido como Tratamento de Trauma Perfurante de Carótida Comum***Entrevista***Os avanços da Diretoria de Publicações da SBACV***Especial***Encontro Carioca valoriza a atualização científica e o fortalecimento das Especialidades***Serviços***Licenciamento Sanitário – Como adequar seu consultório às normas da Vigilância Sanitária***Opinião***O Observatório da Saúde e os vasculares***Espaço Aberto***O que esperar das novas Diretorias da SBACV-RJ***Informangio****Eventos**

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Abril a Junho 2018
Presidente

Breno Caiafa

1º Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Sergio Silveira Leal de Meirelles

1º Vice-Secretário

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Almar Assumpção Bastos

1º Tesoureiro

Leonardo Stambowsky

2º Tesoureiro

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor Científico

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

2º Vice-Diretora de Eventos

Patrícia Caneschi Moreira

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Felipe Beer

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente na gestão anterior

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Adilson Toro Feitosa

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Pedro Oliveira Portilho

Atenção ao Sócio

Paulo Marcio Goulart Canongia

Mulher Especialista

Érica Flammariom Baioneta Vasconcelos

Comissão de Gestão Pública

Carlos Alberto Vasconcelos

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Jackson Silveira Caiafa

Jurídico

Alberto Coimbra Duque

Científico

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Publicações

Paulo Eduardo Ocke Reis

Planejamento Estratégico

Manuel Julio José Cota Janeiro

Comissão de Residência Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Bruno Morisson

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Eventos

Gisele Cardoso Silva

Associações Médicas

Rogério Antônio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Adalberto Pereira de Araújo

Defesa Profissional

Joé Gonçalves Sestello

Departamentos de Gestão

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Rodrigo Soares Cunha

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoe

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippo

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Willians Monteiro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Felipe Borges Fagundes

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Doenças Linfáticas

Monica Rochedo Mayall

José Carlos Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alesandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Egilina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Átila Brunet di Maio

Arno Von Ristow

Bernardo de Castro Abi-Rama

Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Microcirculação

Alda Candido Torres Bozza

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Trauma Vascular

Hugo Marques Tristão

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Luiz Alexandre Essinger

Rita de Cassia Provietty Cury

Fórum Científico

Eduardo Trindade Barbosa

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

SECCIONAIS
Coordenação

Antônio Feliciano Neto

REGIÃO NORTE FLUMINENSE
Norte Fluminense 1

Eduardo Trindade Barbosa

Norte Fluminense 2

Leandro Naked Chalita

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

João André Mattos Dias Serra e Gurgel

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE
Noroeste Fluminense 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste Fluminense 2

Marcelo Naegele Serafini

REGIÃO METROPOLITANA
Metropolitana 1

Guilherme Peralta Peçanha

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nycle Carvalho Magalhães

Metropolitana 4

José Nazareno de Souza Azevedo

Metropolitana 5

Felipe Souza Garcia de Sá

Metropolitana 6

George Luiz Marques Maia

Metropolitana 7

Gláucia Marques Alves Vieira

REGIÃO DA COSTA VERDE

Sergio Almeida Nunes

REGIÃO MÉDIO SERRANA
Serrana 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana 2

Celio Feres Monte Alto Junior

REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

Stênio Karlos Alvim Fiorelli Conselho

Consultivo

Alberto Coimbra Duque

Antônio Joaquim Monteiro da Silva

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Arruda Portilho

Marcio Leal de Meirelles

Merisa Braga de Miguez Garrido

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

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

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

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56 - Freguesia (Jacarepaguá)

CEP: 22745-012 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 3190-7090

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

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

Contato para anúncios: Sra. Neide Miranda

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



Nossos primeiros seis meses

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

Caros colegas, chegamos ao final do primeiro semestre à frente da Gestão 2018/19 da SBACV-RJ.

Estive revisando os projetos que inicialmente nos propusemos a realizar e conclui que estamos no caminho dos nossos objetivos iniciais, realizando ações efetivas para levar mais serviços aos nossos associados e oferecendo à população mais informações e melhores condições de tratamento em nossas especialidades.

Passamos a fazer a transmissão ao vivo de nossas reuniões científicas mensais, com o objetivo de buscar formas de ampliar a participação dos nossos associados em nossas reuniões científicas, já que as distâncias e a rotina atribulada impedem o comparecimento de colegas que atuam em outras regiões e municípios do Estado. Outra novidade foi a inserção de temas nas Reuniões Científicas de assuntos não médicos, para o interesse do associado na sua rotina de consultório.

Propiciamos aos associados maior acesso à atualização científica, disponibilizando as aulas do Encontro Carioca no site da SBACV-RJ para os sócios adimplentes. Um Encontro Carioca que resgatou uma grande participação de sócios (647 inscritos) e empresas exppositoras (36 no total), com atividades variadas como a sala "Fale com o especialista" e a área de "hands on".

Após a concorrida reunião científica de junho, com aulas sobre atualização em Flebologia, realizada durante uma manhã inteira, em um Hotel de Copacabana, estabelecemos uma parceria com o Flebocurso, por meio da qual os sócios adimplentes poderão participar gratuitamente.

Outra reunião de sucesso foi a realizada Fora de Sede, em Penedo, onde, além da atualização científica, tivemos a oportunidade de congregação entre os sócios e as famílias. Lá apresentamos um trabalho muito importante que terminamos recentemente: a reavaliação da composição e distribuição de nossas seccionais e criação de novas, com o objetivo de tornar nossa gestão mais presente em todos os municípios fluminenses, fortalecendo o interior do Estado.

Estamos reformulando nosso site, que em breve estará ainda melhor. A reformulação em curso facilitará a navegação e ofertará novos conteúdos e informações relevantes.

Com o objetivo de facilitar aos associados o pagamento das anuidades, aprovamos o projeto de nossa Tesouraria de oferecer opção de pagamento em até quatro parcelas sem juros por meio de cartão de crédito.

Participamos de várias entrevistas e reportagens para divulgação da nossa especialidade e dis-

cussão de temas relevantes para esclarecimento da população, além de participarmos de ações sociais com o objetivo de valorizar o trabalho de Angiologistas e Cirurgiões Vasculares por meio da conscientização da população.

Estamos em plena campanha Nacional, através das mídias sociais, jornais e site acerca da Segurança na Escleroterapia. Um trabalho com foco no combate ao exercício ilegal da profissão médica, alertando a população que o tratamento de varizes e vasinhos devem ser realizados exclusivamente pelos especialistas em Angiologia e/ou Cirurgia vascular.

Estamos conduzindo um levantamento criterioso de dados sobre o atendimento em nossas especialidades no âmbito do SUS, para que possamos ter bases sólidas e propor projetos de ação nos serviços públicos, que permitirá melhorar as condições de trabalho e de atendimento.

Nada se faz sozinho! Tenho o privilégio de contar com uma diretoria empenhada e dinâmica, o que tem nos permitido avançar em nossas metas. Espero que estejam satisfeitos com os resultados já obtidos. Ainda temos muito a realizar e, para isso, contamos com você!

***“Solidários,
seremos união.
Separados uns
dos outros,
seremos pontos
de vista. Juntos,
alcançaremos
a realização
de nossos
propósitos.”***

Bezerra de Menezes



A importante presença dos Serviços Públicos na Revista SBACV-RJ

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

Completamos aqui o primeiro semestre da gestão, e com resultados extremamente positivos. Nesta segunda edição, contamos novamente com a participação de grandes serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular da nossa Regional, o que enriquece imensuravelmente o nosso conteúdo científico.

Na capa, trazemos um caso da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Além de belíssima imagem, o desfecho exitoso, que sempre é o mais importante.

Temos o prazer ainda de apresentar os casos vencedores do Encontro dos Residentes 2018, tanto o Tema Livre quanto o pôster, dos serviços do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) e da Universidade Federal Fluminense (UFF) respectivamente. Poder prestigiar não só os serviços com larga história na Angiologia e na Cirurgia Vascular nacional, mas também os colegas que ingressam na nossa especialidade, será um dos objetivos desta gestão em todas as edições.

O Serviço do Hospital da Força Aérea do Galeão também volta a participar nesta edição. Apresentam mais um caso de sucesso, bem conduzido e

bem documentado. Agradecemos ao serviço do HFAG a grande parceria, assim como a todos os que participaram na elaboração do trabalho.

A Dra. Adriana Vasconcelos e o Dr. Sérgio Meirelles trazem no Espaço Ecografia Vascular um caso interessantíssimo de Dissecção Carotídea. Além das imagens, a síntese do assunto e da presença da Ecografia no diagnóstico é excelente, para os colegas que se dedicam à Ecografia e também para os que não a dominam.

Dr. Marcos Arêas, Vice-Diretor Científico, grande representante da Angiologia na nossa Regional, publica sobre as Manifestações Vasculares na Doença de Behçet - tema complexo, porém bem direcionado. Leitura fácil, interessante e de grande valia.

Destacamos também a presença do Dr. Márcio Meirelles, falando sobre o Observatório da Saúde, a entrevista com os Diretores Paulo Canongia e Érica Flammarion sobre as suas novas diretorias, a cobertura do Encontro Carioca 2018, e a entrevista com nosso Vice-Presidente e Diretor de Publicações da Nacional, Dr. Julio Cesar Peclat.

Tenham uma boa leitura!



Conhecer e gerenciar para oferecer algo de valor ao Sócio

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

Desde seu discurso de posse, em janeiro, Breno Caiafa salientou a preocupação em conduzir sua diretoria no caminho pela aproximação do associado e pela oferta de serviços efetivamente relevantes. Por isso, os primeiros meses da gestão tem sido muito intensos para a Secretaria Geral.

Além da participação em todas as questões logísticas que envolvem a realização de um evento como o Encontro Carioca, tivemos reuniões muito importantes para a atualização do nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, e desse trabalho vieram os ajustes necessários para tornar a proposta de organização de honorários, pela qual nossa Sociedade luta desde a gestão de Julio Peclat, ainda mais atual e justa.

Como precisamos conhecer sempre mais sobre a percepção de nossos sócios sobre os serviços que oferecemos, estamos conduzindo três pesquisas de opinião. Ao recebê-las, por favor,

responda. Essa é uma colaboração fundamental que você pode oferecer em poucos minutos à sua Sociedade.

Seguimos com nossa programação científica, realizando até junho quatro reuniões e inclusive a primeira fora de sede do ano, que aconteceu em Penedo. E, justamente com o propósito de fazer com que nossa Sociedade se faça cada vez mais presente para os colegas que atuam fora da capital, estamos conduzindo um intenso trabalho de revisão de nossas Seccionais. A distribuição em vigor, proposta pelo colega Ney Lucas, quando era Secretário Geral, na gestão de Paulo Marcio Canongia, tem mais de 15 anos e nesse período aconteceram mudanças significativas na ocupação do território fluminense e até mesmo na distribuição dos especialistas, o que justifica repensar essa capilaridade de nossa Regional.

A Secretaria Geral segue à disposição de todos.



O fortalecimento das Reuniões Científicas

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

A Diretoria Científica tem se empenhado em diversificar ao máximo os temas apresentados nas reuniões da SBACV-RJ. O objetivo é estimular a participação de todos os associados. Também temos trazido temas não-específicos da nossa especialidade, contudo, de suma importância para o trabalho do dia-a-dia do angiologista e cirurgião vascular. Somado a isso tudo, ainda tivemos, no início de junho, uma reunião ultra concorrida, que ocorreu em um sábado (dia 09 de junho), com palestrantes trazidos de outras Unidades da Federação e diversos sócios da Regional do RJ, que proporcionou a completa lotação do auditório do hotel Windsor Excelsior, realizando uma revisão abrangente de todas as modernas técnicas da Flebologia. Foi um verdadeiro curso grátis a respeito desse tema, o qual é o mais frequente no cotidiano do consultório médico vascular.

Além disso, no dia 23 de junho, houve a tradicionalíssima reunião científica de Penedo, onde foram apresentados cinco temas distintos, envolvendo Doença Arterial Periférica, Síndrome de Compressão Venosa, Flebologia, Doença Carotídea, Dissecção Aórtica e Infecção de Prótese Vascular. A reunião também contou com auditório lotado e com uma confrater-

nização alcançando em torno de 80 pessoas. Indubitavelmente, essas reuniões científicas fora de sede são uma oportunidade única de congregar os colegas da capital e do interior, fortalecendo as amizades entre os consócios e tornando viável estratégias de norte da Sociedade, pois é possível discutir novas ideias, tanto do ponto de vista científico, quanto no patamar de defesa profissional, uma vez que todos os membros conseguem estar juntos pelo final de semana, coisa que é deveras difícil de realizar no Rio de Janeiro. É ainda interessante para fomentar as discussões sobre os problemas e ocorrências de cada região do estado, pois os sócios das seccionais participam ativamente. Não menos importante e gratificante é o fato de propiciar o conagração entre as famílias, momento único para conhecer melhor os pares da nossa especialidade.

Gostaria de convidar e conclamar todos os associados a apresentar seus maravilhosos casos nas reuniões científicas da SBACV-RJ. Nossa Regional tem médicos de alto gabarito e os temas apresentados têm um nível altíssimo. Participem sempre das reuniões científicas! Compareçam! Perguntem! Debatam! Somente assim, continuaremos a difundir o conhecimento angiológico!



Eventos que promovem as Especialidades e estimulam a aproximação de especialistas

Cristiana Ferreira Araújo - Diretora de Eventos da SBACV-RJ.

Prezados colegas,

Há 6 meses assumimos a Diretoria de Eventos dessa gestão, juntamente com Gina Mancini e Patrícia Caneschi. Temos nos dedicado bastante para que os eventos sejam cada vez mais atraentes aos sócios.

Iniciamos o trabalho com o Encontro Carioca, que foi um sucesso de público, além do altíssimo nível da programação científica, onde pudemos contar com a presença de ilustres colegas como Tal Hörer, Bruno Freitas e Enrico Ascher, convidados por nossa diretoria científica. O "happy hour" também foi um ponto alto de nosso evento, contando com bastante animação dos presentes.

Participamos da Ação Global em maio, na quadra do Salgueiro, onde tivemos oportunidade de atender e orientar pacientes, além de divulgar

nossa Especialidade. O evento contou ainda com o apoio de vários colegas e a parceria do CDPI, que nos cederam os aparelhos de Ecografia.

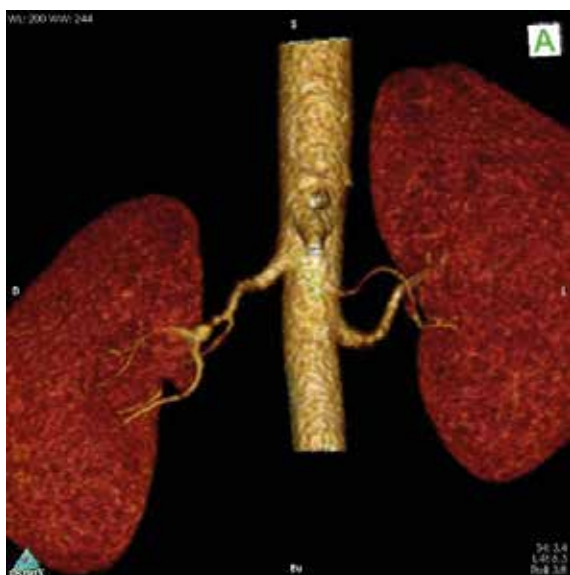
Recentemente, tivemos mais um evento de relevante importância, a reunião fora de sede da Seccional Médio Paraíba I, em Penedo. Pudemos discutir casos clínicos complexos com um quantitativo expressivo de sócios, tendo até ultrapassado nossos objetivos. Além do alto nível da reunião, pudemos confraternizar com as famílias e desfrutar o fim de semana nessa cidade tão aconchegante.

Ainda achamos pouco expressiva a participação dos residentes nas reuniões científicas mensais. É importante que os serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular estimulem seus residentes a se aproximarem da Sociedade, dos eventos científicos e sociais. Essa é uma de nossas metas nessa gestão.

Estenose de Artéria Renal por Fibrodisplasia

Dr. Márcio Filippo¹ e Dra. Camila Chulvis do Val Ferreira².
Sem conflito de interesse

1 - Professor auxiliar de Cirurgia Vascular da UFRJ; Especialista em Cirurgia Vascular e endovascular pela SBACV;
2 - Cirurgiã Vascular e residente de cirurgia endovascular pela UFRJ; Membro aspirante da SBACV.



Angiotomografia renal direita evidenciando estenose no ramo superior da artéria renal.

Paciente do sexo feminino, negra, 30 anos, IMC = 21, sem comorbidades, com diagnóstico de HAS há 7 anos, de difícil controle e refratária a tratamento com três classes de medicação anti-hipertensiva (Clonidina 0,1 mg/dia, Valsartana 320mg/dia e Selo-zok 200mg/dia).

Em repouso, a pressão arterial (PA) oscilava entre 230-250 mmHg de sistólica e 150-170 mmHg de diastólica, sem causar efeitos compatíveis hipertensão maligna. Restante do exame físico sem alterações significativas.

Dosagem sanguínea de escórias nitrogenadas normais.

Realizou EcoDoppler em cores de artérias renais que sugeriu a presença de estenose renal bilateral, sendo indicado a realização Angiotomografia, que mostrou as seguintes alterações:

- Artéria renal direita de fino calibre, associado à presença de irregularidades parietais e estenose focal no terço distal.
- Artéria renal esquerda com estenose leve no terço proximal.
- Oclusão do tronco celíaco reabilitado pela arcada pancreato-duodenal, que apresentava-se hipertrofiada, bem como a arcada de Riolan.

Foi indicada a realização de cintilografia renal para avaliar a função de cada rim. Esse exame revelou rins com morfologia preservada, sem evidência de falhas na captação do ^{99m}Tc-DM-SA em regiões corticais. Sua QRR (quantificação renal relativa), que compara o acúmulo de radiofármaco em cada um dos rins em relação ao total concentrado em ambos, revelou 45% de excreção no rim direito e 55% no esquerdo.

Após a realização deste exames, aventamos como principais hipóteses diagnósticas a Fibrodisplasia Renal e Arterite de Takayasu, sendo sugerida a realização de aortografia torácica e abdominal, além da arteriografia de ambos os rins.

O procedimento foi realizado por punção da artéria femoral comum direita com introdução de bainha 5F. A aortografia revelou arco aórtico sem alterações, incluindo os troncos supra-

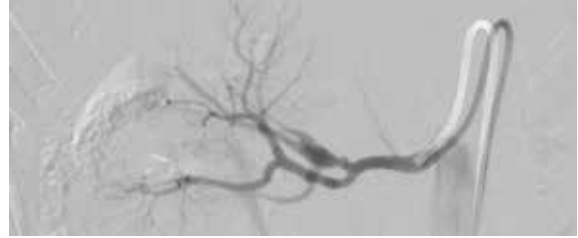
aórticos. Arteriografia abdominal/arteriografia renal revelou a presença de estenose crítica pós ostial em artéria polar inferior do rim esquerdo (ApRE) e estenose crítica focal no terço proximal da divisão anterior da artéria renal direita (ARD). O parênquima renal apresentou boa perfusão bilateralmente.

Após avaliação dos exames, conformou-se o diagnóstico de fibrodisplasia das artérias renais, provavelmente do tipo perimedial. Este subtipo acomete principalmente mulheres mais jovens, e o achado radiológico mais comum são as estenoses focais não acompanhadas de dilatações, ou seja, sem o achado clássico de "colar de contas". Estas lesões são suficientemente graves para causar hipertensão renovascular.

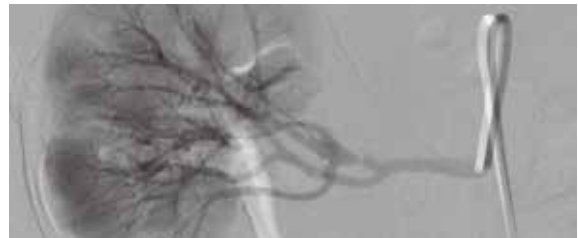
Após discussão do caso na Sessão de Serviço de Cirurgia Vascular do HUCFF optamos por tratar a lesão com angioplastia por balão, ou seja, sem o uso de stents.

O procedimento foi realizado através de acesso femoral com introdução de bainha 5F, com posterior cateterização da ARD e seu ramo superior utilizando cateter Headhunter 1. Após troca do fio guia 0,035 X 260 cm por fio guia 0,014 X 300 cm, realizamos angioplastia da lesão utilizando cateter balão monorail 4 x 10 mm. Em virtude da lesão não ser ostial, permitindo sistema de baixo perfil e possibilitando melhor suporte para os dispositivos, não utilizamos bainha longa ou cateter guia. Prosseguimos, então, com a cateterização da ApRE utilizando Simons 2, e posterior angioplastia por balão deste vaso, com balão 2 x 20 mm. Não houve intercorrências no procedimento e a paciente foi encaminhada à enfermaria, recebendo alta hospitalar 24h após a cirurgia.

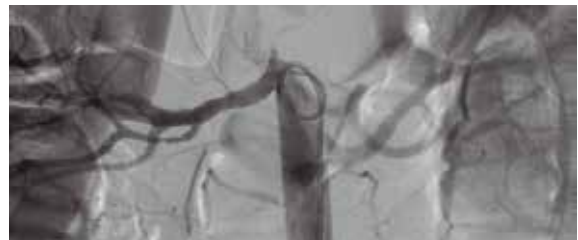
Avaliada ambulatorialmente pela última vez cerca de 1 mês após o tratamento, a paciente não referiu queixas e trouxe MAPA (medida ambulatorial da pressão arterial) revelando PA sistólica média de 140 mmHg e diastólica média de 110 mmHg, mantendo uso de Selo-zok 200mg/dia e Atenolol 20mg/dia.



Arteriografia Renal direita evidenciando Estenose da divisão anterior da Artéria Renal.



Arteriografia evidenciando Estenose crítica na divisão anterior da Artéria Renal Direita.



Resultado pós Angioplastia Primária da divisão anterior da Artéria Renal Direita.



Aortografia evidenciando Estenose crítica na Artéria polar inferior esquerda..



Resultado pós Angioplastia primária da Artéria polar inferior esquerda.

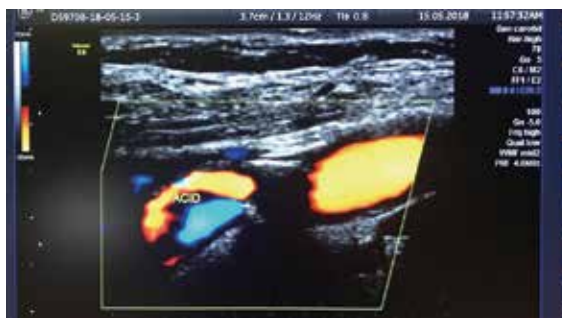
Dissecção de placa carotídea em paciente sintomática

Adriana Rodrigues Vasconcelos¹; Sergio Silveira Leal de Meirelles²

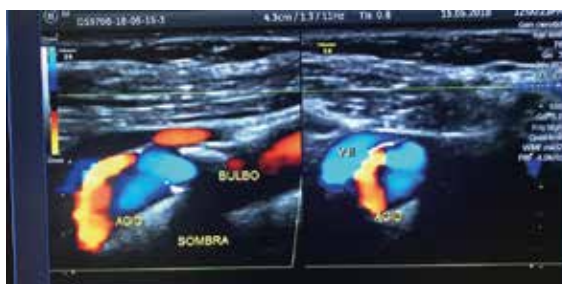
1 - Especialista em Angiologia (SBACV/ AMB) e Membro Efetivo da SBACV;

2 - Especialista em Cirurgia Vascular; Membro Titular da SBACV e Staff do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado.

Paciente MGL, 76 anos, feminina, submetida a investigação diagnóstica de ataque isquêmico transitório com paresia braquial esquerda, realizou Ecocolordoppler, ainda na emergência, que evidenciou placa ateromatosa em carótida interna direita determinando estenose maior que 80%. Encaminhada para cirurgião vascular que solicitou novo Ecocolordoppler, no qual foi possível observar dissecção da placa na artéria carótida interna direita.



A doença cerebrovascular extracraniana engloba várias desordens que afetam as artérias que irrigam o cérebro, sendo uma importante causa de AVC e AIT. A principal condição patológica responsável pela doença carotídea extracraniana é a aterosclerose, responsável por cerca de 90% dessas lesões nos países ocidentais.



Outras condições responsáveis por infartos cerebrais também necessitam de exames de imagem para sua confirmação, como a dissecção arterial, a displasia fibromuscular, os acotovelamentos, os aneurismas extracranianos e as estenoses por compressão de massas cervicais ou após radioterapia. Principalmente, tratando-se de dissecções arteriais, devemos ressaltar o aumento de sua incidência por melhores métodos diagnósticos e o valor do diagnóstico precoce na evolução do paciente.

A doença aterosclerótica carotídea é mais frequentemente encontrada na área próxima à sua

bifurcação e na porção inicial da artéria carótida interna (ACI). Placas carotídeas são encontradas em aproximadamente 40% dos infartos cerebrais e podem provocar infartos por diferentes mecanismos: a) causando estenose grave ou oclusão da luz; b) embolia arterial a partir da ruptura de uma placa ou ulceração; c) hemorragia intraplaça pode ocorrer com oclusão ou embolia arterial. A detecção dessas alterações pode indicar a causa do infarto cerebral e sua correta prevenção secundária. Atualmente, várias técnicas de diagnóstico por imagem das doenças Vasculares carotídea e vertebral estão disponíveis em grandes centros, podendo ser divididas em não-invasivas

(nas quais não é necessário injeção de meio de contraste), relativamente não-invasivas (há meio de contraste injetado intravenoso) e invasivas (meio de contraste injetado intra-arterial). O risco aumenta progressivamente do método não-invasivo para o invasivo.

As indicações do US dúplex são: a) avaliação de pacientes com ataques isquêmicos transitórios ou infartos em território carotídeo; b) avaliação de sopro carotídeo sintomático ou assintomático; c) acompanhamento de pacientes submetidos à endarterectomia ou à colocação de stent; d) avaliação da progressão da placa ou estenose; e) avaliação pré-operatória de pacientes coronarianos com risco de doença carotídea; f) avaliação de massa pulsátil cervical ou do envolvimento carotídeo por neoplasias de cabeça e pescoço.

Nas dissecções arteriais, a Ecografia Vascular revela duplo lúmen e, raramente, é possível docu-

mentar o movimento de bater de asas da íntima descolada (flapping). Não é um exame de alta sensibilidade para essa ocorrência, mas o fato de não ser invasivo e de fácil realização pode poupar-nos da realização de Angiografia.

O US Doppler colorido apresenta a direção do fluxo por diferentes cores, e a intensidade do fluxo pela intensidade do brilho. Ele é diretamente superposto ao US modo B. Esse exame permite rápida interpretação pelo examinador, reduzindo o tempo de exame. Além disso, o ecodoppler colorido permite a identificação de estenoses bastante intensas e auxilia na avaliação de artérias não-paralelas à superfície da pele.

O resultado detectado pelo Ecocolordoppler na paciente em questão foi a presença de duplo lúmen com padrão de fluxo bidirecional, em região onde observa-se placa grave intensamente calcificada.

Bibliografia:

L JÚNIOR, R Cavalcanti - 2016 - extranet.hgf.ce.gov.br
Rev. Bras. Cardiol. Invasiva vol.16 no.3 São Paulo 2008
Rev. Neurociências 9(2): 77-83, 2001

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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



**contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações**

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Correção de Aneurisma Micótico com enxerto de Veias Femorais Superficiais – Relato de caso.

Lais Faina¹, Rodrigo Andrade Vaz de Melo², Jackson Silveira Caiafa³,
Marcus Humberto Tavares Gress⁴, Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo².

1 - Médico residente do Serviço de Angiorradiologia e Cirurgia Vascular do HFSE RJ;

2 - Cirurgião Vascular e Endovascular pela SBACV;

3 - Cirurgião Vascular e Endovascular pela SBACV e Chefe do serviço de Cirurgia Vascular do HFSE RJ;

4 - Cirurgião Vascular e Endovascular pela SBACV e Chefe de clínica do serviço de Cirurgia Vascular do HFSE RJ.

INTRODUÇÃO:

Os aneurismas infecciosos são entidades raras, mas sua incidência vem crescendo nas últimas décadas, devido ao aumento da prevalência dos pacientes imunossuprimidos, da monitorização invasiva, dos procedimentos relacionados aos cateteres profundos e do abuso de drogas ilícitas¹. São classificados em quatro tipos: arterite por bacteremia (não-cardíaca) ou por contiguidade da infecção, pseudoaneurismas pós-traumáticos relacionados ao abuso de drogas, infecção de aneurisma preexistente, aneurismas infectados após embolização séptica¹. Os principais agentes etiológicos são o *Staphylococcus* sp. e a *Salmonella* sp.¹. A angiotomografia com contraste evidencia imagem geralmente sacular, multiloculada ou excêntrica, com tecido inflamatório e ar ao redor do aneurisma, presença de fluido periarterial, podendo ser pseudoaneurismático ou até em forma de ruptura contida¹. O tratamento, ainda não bem estabelecido, consiste no mínimo de seis semanas de antibioticoterapia parenteral, associada à ressecção cirúrgica da massa aneurismática, incluindo os tecidos infectados adjacentes¹. A reconstrução cirúrgica pode ser realizada com bypass extra-anatômico ou reconstrução *in situ*, de preferência com enxerto autólogo ou homólogo¹. A criação de uma neoartéria, com enxerto confeccionado com veias femorais superficiais autólogas, apresenta uma

opção com baixo risco de reinfecção, patência primária elevada e baixa mortalidade.

RELATO DE CASO:

Paciente R.B.S., masculino, 56 anos, tabagista 25 anos/maço, hipertenso, diabético, histórico de diverticulite prévia, há 9 meses com dor lombar irradiada para membro inferior direito, evoluindo para imobilidade progressiva da articulação coxo-femoral (perda funcional) devido à dor e ao edema. Realizado ecocardiograma que não evidenciou presença de vegetações cardíacas, e também colonoscopia, demonstrando doença diverticular pancolônica, sem processos inflamatório-infecciosos ativos. Em investigação inicial pela Neurocirurgia, diagnosticadas três hérnias discais em tomografia computadorizada, permanecendo em tratamento conservador. Com a evolução da dor para articulação coxofemoral direita, avaliado pela Ortopedia e solicitado, primeiramente, radiografia panorâmica de bacia que evidenciou destruição da articulação coxofemoral direita. Logo a seguir, Ressonância Magnética confirmou extensão da lesão para regiões adjacentes, com achado incidental de aneurisma abdominal com características inflamatórias. Em angiotomografia, evidenciava-se aneurisma pararenal, de 6,8 cmx6,2 cm de diâmetros e 44mm de extensão, sacular voltado para direita, abaulando veia cava inferior, com corrosão de vértebra lombar L2.

Submetido à correção do aneurisma com cirurgia convencional, utilizando como enxerto, as duas veias femorais superficiais reversas, parcialmente anastomosadas na região proximal do enxerto. Laparotomia exploradora encontrando aneurisma pararenal, com dissecação árdua do colo proximal pelo comprometimento do óstio da artéria renal direita, com o óstio de artéria renal esquerda em parede sadia mas na mesma altura de degeneração sacular, e na ausência de plano de clivagem com veia cava inferior, havendo necessidade de ligadura da veia renal esquerda. Realizada técnica de clampeamento cruzado no colo proximal com a artéria renal direita, até rompimento parcial do aneurisma, com necessidade de migração do clampe proximal para região suprarrenal. Dissecação das Artérias Ilíacas Comuns distais, sítios de anastomoses com os enxertos venosos. Após clampeamento proximal e distal, realizada aneurismectomia, com ressecção da capa do aneurisma e de tecidos inflamatórios adjacentes, com ligadura das artérias lombares. Realizada, portanto, anastomose término-terminal com aorta e distal, anastomose enxerto-ilíacas. Paciente permaneceu com pulsos femorais amplos no pós-operatório, sendo submetido, no vigésimo dia após, à ressecção da epífise proximal do osso femoral, lavagem mecânica e drenagem pela Ortopedia. Culturas relativas ao tecido aneurismático e à articulação coxofemoral permaneceram negativas. Paciente mantém perviedade do enxerto após 5 meses da correção do aneurisma, pulsos distais preservados, sem sinais de insuficiência venosa crônica, mas mantendo decúbito no leito devido à adaptação da correção ortopédica.

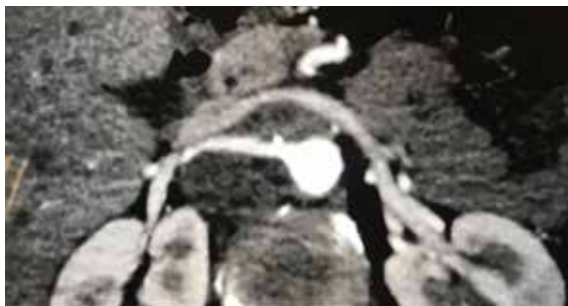


Figura 1 - Corte axial de angiotomografia demonstrando aneurisma pararenal em contiguidade à artéria renal direita e abaulando veia renal esquerda.



Figura 2 - Corte sagital de angiotomografia demonstrando aneurisma abaulando de veia cava.

DISCUSSÃO:

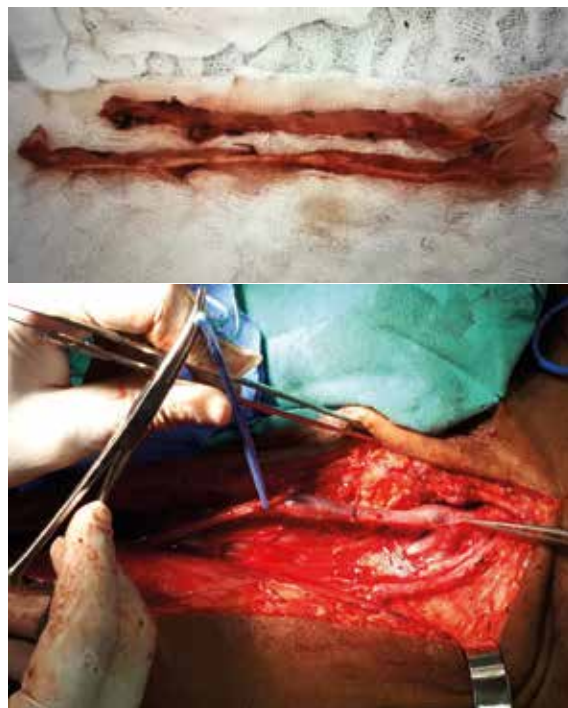


Figura 3 e 4 - Fotos do intraoperatório durante exérese de veias femorais superficiais e confecção de enxerto.

O enxerto com a utilização das veias femorais tem sua grande vantagem relacionada às menores taxas de reinfecção. Em estudos utilizando o território venoso fêmoro-poplíteo como enxerto para correção de próteses aórticas infectadas, as taxas de reinfecção foram de 2%². Este mesmo estudo demonstrou patência em cinco anos de 75 a 90%, mortalidade em 30 dias de 10%, com taxas de 2 a 7% de amputação.

No estudo de Daenens K et al.⁴ realizado durante 10 anos, 49 pacientes com infecção de prótese em região aorto-femoral foram tratados com enxerto de veia femoral, obtendo sobrevida de 5 anos em 60%, taxa de salvamento de membro de 98% e patência primária de 91%. Não apresentaram taxas de reinfecção ou dilatação aneurismática.

A substituição pelo enxerto autólogo pode ser realizada com a utilização da veia safena magna, contudo, estudos demonstraram maior incidência de hiperplasia com necessidade de múltiplas reintervenções. A diferença de diâmetro, principalmente em relação à anastomose com aorta, predispõe à hiperplasia, sem mencionar o fato de que as estenoses ocorrem frequentemente nos locais valvulados. Comparativamente à correção com os enxertos fêmoro-poplíteos, durante um seguimento de 2 anos, houve uma melhora na patência de 36% para 100% a favor dos enxertos fêmoro-poplíteos, levando à opção da utilização da veia safena para reintervenções após repetidas tentativas com o enxerto fêmoro-poplíteo ou na impossibilidade deste¹⁰.

A reestenose também é uma complicação possível da correção com veias profundas dos membros, cujos fatores relacionados encontrados por Modrall e col.⁵ foram diâmetro do enxerto inferior a 7,2mm, presença de doença coronariana concomitante e histórico de tabagismo prolongado. Adam W. Beck e col. avaliaram 240 pacientes submetidos à revascularização do território aorto-ilíaco com a confecção de neoaorta, obtendo 4,6% de estenose dos enxertos necessitando de reintervenção, concluindo que o seguimento dos enxertos deverá ser mais frequente nos pacientes com os fatores de riscos encontrados também por Modrall e col.¹¹.

A hemorragia pós-operatória ocorreu em 1,9% dos enxertos fêmoro-poplíteos para Ali e col.⁶ em uma série de 364 pacientes, com 36% de mortalidade devido à complicação.

A hipertensão venosa, após exérese de veias do território femoro-poplíteo, foi avaliada em um estudo⁷ com 61 pacientes e 86 membros inferiores, demonstrando 11% de refluxo nas veias poplíteas e

tibiais. Contudo, menos de 32% dos pacientes apresentaram edema, e nenhum paciente apresentou lesões crônicas maiores (CEAP 4 a 6) ou claudicação venosa⁵. Modrall e col.⁸ realizaram seguimento de 16 pacientes por 70 meses após exérese de veias fêmoro-poplíteas com pletismografia; as evidências clínicas de CEAP C3 a C6 foram de 15%, com 85% destes não apresentando insuficiência venosa crônica significativa pelos dados da pletismografia a ar. Este estudo sugere que esses membros são capazes de compensar a relativa obstrução do fluxo venoso através de colaterais venosas.

A insuficiência e hipertensão venosas podem transcorrer com fasciotomia em 10 a 15% dos casos². Um estudo relacionando a necessidade de fasciotomia após a exérese de veias profundas para correções arteriais identificou que havia necessidade de fasciotomia em 20,7% dos casos de retirada da veia femoral superficial ultrapassando o canal adutor, em comparação a nenhum caso de fasciotomia necessária quando a veia era retirada acima deste canal⁵. Este mesmo estudo relata maior chance de fasciotomia na retirada concomitante da veia safena magna ipsilateral ou para pacientes com isquemia crítica do membro.

Uma opção ao tratamento de aneurismas infectados é a utilização do aloenxerto, recentemente apresentando bons resultados com tecnologias que melhoraram a durabilidade dos mesmos, fazendo-os resistir às infecções por microorganismos gram negativos, altamente virulentos e ameaças às reconstruções *in situ*¹. As aortas crio-reservadas, embora não autorizadas no Brasil, apresentam taxas de mortalidade entre 5 e 15%, patência primária em 3 anos de 80 a 100%, ruptura em menos de 10%, reinfecção de 0 a 6%, amputação de até 5% e oclusão ou degeneração aneurismática menores que 10%².

A correção endovascular vem surgindo como opção para tratamento de aneurismas infectados, contudo, os dados a longo prazo ainda são limitados. Os fatores de risco identificados como potenciais na ocorrência de reinfecção da endoprótese são focos infecciosos concomitantes, presença de

endoleak, múltiplos procedimentos endovasculares e próteses mais longas². Alguns autores advogam que o procedimento endovascular poderia ser opção nos casos de emergência, como ruptura da parede da aorta, pacientes de alto risco e em situações de abdomens hostis, após múltiplas laparotomias³. Outros já optam pela endovascular como uma ponte temporária até o procedimento convencional; de forma que a remoção dos tecidos infectados no segundo tempo, poderia melhorar os resultados a longo prazo³. Em estudo de Sedivy e col.³, 81.3% dos pacientes submetidos à correção endovascular de aneurisma infectado sobreviveram nos 30 dias de pós-operatório; 50% de sobrevida em 1 ano e 40% em 3 anos.

Em artigo publicado por Jim Bob Faulk e col.⁹, o procedimento endovascular foi realizado como adjunto a longo prazo; nos casos de reconstrução com a neoaorta, dos 17 casos estudados, 5 foram submetidos a um novo procedimento endovascular por estenose do enxerto tanto na anastomose com a aorta quanto ao longo do enxerto, sendo que em um dos casos, houve disruptura da anastomose proximal. A patência primária encontrada foi de 87% em 30 dias e 61% em 3 anos, com patência primária assistida melhorando para 100% em três anos após procedimento endovascular adjunto.

A opção pelo bypass extra anatômico como o axilo-bifemoral, tem patência em 5 anos de 70%, mas a infecção do enxerto pode ocorrer em 6 a 20% dos casos, necessitando novas reintervenções. Seria uma opção menos mórbida para pacientes mais graves clinicamente, contudo, a necessidade de ressecção do tecido aórtico infectado acaba tornando o procedimento extenso, não minimizando o risco real. Lee et al reportou 27% de mortalidade perioperatória, sem diferença significativa em comparação com a reconstrução *in situ* para o tratamento dos aneurismas infectados¹.

A utilização de enxerto protético parece ser opção salvadora no caso de pacientes instáveis que requerem rápido controle da hemorragia, com seu reparo imediato, ou mesmo para aneurismas in-

fectados acometendo grandes porções de aorta, como aneurismas paraviscerais ou toracoabdominais¹. Contudo, as taxas de reinfecção reportadas são em torno de 20%. A cobertura com omento ou a utilização de próteses recobertas com rifampicina (próteses de Dacron DuPont, Wilmington, Delaware) podem ser utilizadas nessas situações também, mas a literatura indica indicação para patógenos de baixa virulência e a manutenção de antibioticoterapia a longo prazo, inclusive sugerindo a manutenção por toda a vida do paciente¹.

CONCLUSÃO:

Durante os últimos 30 anos houve mudanças em relação à etiologia dos aneurismas infecciosos; desde a introdução dos antibióticos, a endocardite, classicamente descrita por Osler, em 1885, deixou de ser a fonte principal dos aneurismas infectados. Alternativamente, outras fontes como infecções extravasculares, principalmente em pacientes idosos e com múltiplos fatores de risco, vem se tornando mais frequentes, como osteomielite vertebral, penetrando diretamente ou através dos vasos linfáticos nos tecidos vasculares adjacentes, propiciando a formação dos aneurismas infectados¹². No relato de caso exposto, o paciente não apresentava foco definido da origem da infecção e posterior degeneração aneurismática, mas especula-se que a infecção da articulação coxo-femoral tenha se propagado de diverticulite prévia, ou iniciada na própria articulação.

As culturas da aorta de aneurismas infectados costumam vir positivas em 15% dos casos em séries descritas¹², fato que corrobora com o caso descrito, pois as culturas permaneceram negativas até o presente momento.

No caso descrito, a opção pelo enxerto autólogo foi baseada nas menores taxas de infecção, quando comparadas ao enxerto protético, mas também nas melhores taxas de patência a longo prazo comparadas a outros enxertos autólogos e homólogos, na indisponibilidade de próteses recobertas com prata ou rifampicina e na impossibilidade da substituição pelo bypass extra-anatômico, já que haveria uma necessidade subsequente

de intervenção na articulação coxo-femoral direita, podendo infectar o enxerto.

Conclui-se que a confecção da neoaorta é uma opção com excelente patência a longo prazo, minimizando os riscos de reinfecção no caso dos aneurismas infectados, transcorrendo com baixos índices de complicações, podendo, a longo prazo, ser um procedimento complementado pela cirurgia endovascular, nos casos necessários, e quando já minimizado os riscos de reinfecção do enxerto.



Figura 5 - Aspecto final da correção do aneurisma com utilização das veias demorais superficiais.

Referências:

1. Rutherford's vascular surgery - Jack L. Cronenwett, K. Wayne Johnston. Eighth edition.
- 2 -Management of infected vascular grafts. Arman Kilic, Dean J Arnaoutakis, Thomas Reifsnnyder, James H Black III, Christopher J Abularrage, Bruce A Perler and Ying Wei Lum. Vascular Medicine 2016.
3. Endovascular Treatment of Infected Aortic Aneurysms. P. Sedivy, M. Spacek, K. El Samman, O. Belohlavek, T. Mach, V. Jindrak, V. Rohn, P. Stadler. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2012.
4. Ten-year experience in autogenous reconstruction with the femoral vein in the treatment of aortofemoral prosthetic infection. Daenens K1, Fourneau I, Nevelsteen A. Eur Journal Vascular Endovascular Surgery 2003.
5. Deep vein harvest: Predicting need for fasciotomy. J. Gregory Modrall, MD,a Javid Sadjadi, MD,a Ahsan T. Ali, MD,a Thomas Anthony, MD,a M. Burrell Welborn III, MD,a R. James Valentine, MD,a Linda S. Hynan, PhD,b and G. Patrick Clagett, MD,a Dallas, Tex. J Vasc Surg 2004.
6. Graft-associated hemorrhage from femoropopliteal vein grafts. Ali AT, Bell C, Modrall JG, et al: J Vasc Surg 42:667-672, 2005.
7. Venous morbidity after superficial femoral-popliteal vein harvest. J Vasc Surg 29:282-291, 1999 Wells JK, Hagi-

no RT, Bargmann KM, et al.

8. Late incidence of chronic venous insufficiency after deep vein harvest. J Vasc Surg 46:520-525, 2007. Modrall JG, Hocking JA, Timaran CH, et al.
9. Neoaortic Reconstruction for Aortic Graft Infection: Need for Endovascular Adjunctive Therapies? JimBobFaulk,MD, JefferyB. Dattilo,MD, RaulJ.Guzman,MD, ThomasC.Naslund, MD, and Marc A. Passman, Nashville, Tennessee. Ann Vasc Surg 2005.
10. Autogenous aortoiliac/femoral reconstruction from superficial femoral-popliteal veins: Feasibility and durability. JOURNAL OF VASCULAR SURGERY February1999. G. Patrick Clagett, MD, R. James Valentine, MD, and Ryan T. Hagino, MD.
11. Aortic reconstruction with femoral-popliteal vein: Graft stenosis incidence, risk and reintervention. Adam W. Beck, MD, Erin H. Murphy, MD, Jennie A. Hocking, MPAS, Carlos H. Timaran, MD, Frank R. Arko, MD, and G. Patrick Clagett, MD, Dallas, Tex. Journal Vascular Surgery 2008.
12. Mycotic aneurysms of the thoracic and abdominal aorta and iliac arteries: Experience with anatomic and extra-anatomic repair in 33 cases Barbara Theresia Müller, MD, Otto Ruano Wegener, MD,Klaus Grabitz, MD, Michael Pillny, MD, Lutz Thomas, MD, and Wilhelm Sandmann, MD, Düsseldorf, Germany. The Society for Vascular Surgery and The American Association for Vascular Surgery 2001.

EM BREVE

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

21 A 23 DE MARÇO DE 2019
HOTEL WINDSOR OCEÂNICO

Trombectomia e Angioplastia como tratamento da Síndrome de Veia Cava Superior – Relato de caso

Clarisse de Moura Cubric¹, Alessandra Viz Veiga¹, Alexandre Gomes Sampaio¹, Marcello Rotolo Nascimento², Pietro de Almeida Sandri², Paulo Eduardo Ocke Reis².

Serviço: Clínica Vascular Ocke Reis.

Não há conflitos de interesse.

1 - Residente em Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Antônio Pedro Marcelo;

2 - Cirurgião Vascular.

RESUMO:

A Síndrome de Veia Cava Superior (SVCS), uma doença causada pela obstrução do influxo do sangue venoso, da parte superior do corpo para o átrio direito, está tornando-se mais frequente, com o crescimento do uso de cateteres centrais. O presente estudo é um relato de caso sobre SVCS aguda manejada com sucesso através da técnica endovascular. Um paciente do sexo masculino, 53 anos, em que foi implantado um cateter venoso central na veia jugular direita para quimioterapia, apresentou extenso trombo e foi diagnosticado como grau 2 da SVCS. Foi submetido a terapia trombolítica farmacológica local seguida de trombectomia mecânica com aspiração do trombo e colocação de stent após angioplastia com balão. Após o procedimento o paciente apresentou completo alívio dos sintomas, excelente evolução, e ausência de sinais de recorrência após 6 meses do tratamento. Este caso demonstra a viabilidade, segurança, e a eficácia da Trombectomia e Angioplastia Endovascular como tratamento da SVCS.

Palavras-chave: Trombectomia, endovascular, síndrome da veia cava superior, trombose.

ABSTRACT:

Superior vena cava syndrome (SVCS), a disease caused by an obstruction of the venous blood influx, from the upper body into the right atrium, because of its benign etiology, is becoming more frequent with the growing use of central catheters. The present study is a case report of such acute SVCS managed successfully with an endovascular approach. A 53-year-old male patient, who had received a central venous catheter into the right jugular vein for chemotherapy, revealed an extensive thrombus formation in the veins and was diagnosed with grade 2 SVCS. He was subjected to local thrombolysis therapy followed by mechanical thrombectomy with adjunctive catheter-guided aspiration and a stent being placed through balloon angioplasty. The patient revealed a complete relief of symptoms, excellent signs of clinical improvement, and no signs of recurrence till date, 6 months post therapy. This case supports the feasibility, safety, and efficacy of endovascular thrombectomy and angioplasty to treat SVCS.

Key words: Aspiration thrombectomy, endovascular repair, pharmacological management, superior vena cava syndrome, thrombosis.

INTRODUÇÃO:

A Síndrome da Veia Cava Superior é uma doença causada por obstrução do influxo do sangue venoso da parte superior do corpo para o átrio direito. Apesar da doença maligna ser a principal causa, em aproximadamente 22-40% dos casos, a doença pode ser causada devido a condições benignas, assim como cateter venoso central, trombose, compressão extrínseca, diálise, fístulas, granuloma infectado, mediastinite fibrosante ou marcapasso^{1,2}. Mau posicionamento do cateter venoso central permanente e fibrose intraluminal do dispositivo pode resultar em oclusão venosa central, na qual pode conduzir para a SVCS. Elevação da cabeça e do tronco, oxigenoterapia e anticoagulação oral ou administração de esteróides podem aliviar os sintomas por diminuir suavemente o edema dos tecidos. Apesar da reconstrução cirúrgica ter sido relatada, o tratamento endovascular tem mostrado alívio rápido dos sintomas e tem sido considerado como tratamento de escolha para pacientes críticos².

RELATO DE CASO:

Paciente sexo masculino, 53 anos, deu entrada pela emergência do H.S.L no Rio de Janeiro, em novembro de 2015, com dispnéia, tosse, fadiga e edema recente em face e região do pescoço. A história revelou a colocação de um cateter venoso central na veia jugular interna direita para quimioterapia devido a um tratamento de tumor de cólon há 1 mês. Realizado angiotomografia (figura 1) a qual mostrou extenso trombo na veia cava superior (na ponta do cateter), tronco da veia braquiocéfálica, subclávia esquerda, porção baixa da veia jugular interna esquerda e falha de enchimento na veia jugular externa direita.

O paciente foi diagnosticado com SVCS aguda induzida por cateter venoso central. Optamos pela abordagem endovascular para tratar o paciente utilizando três acessos. Abordada a veia femoral comum direita por punção utilizando uma bainha

9 F, a veia basílica esquerda utilizando uma bainha 6 F; introduzimos um guia e bainha na veia jugular direita. A seguir foi administrada 5000 U de heparina em bolus no início da intervenção.

Uma venografia foi obtida pelo acesso no braço que demonstrou trombose ao longo da veia subclávia esquerda. O tratamento realizado foi a trombólise farmacomecânica com rTPA direcionada por um cateter e rápida remoção do coágulo utilizando um dispositivo mecânico percutâneo (Aspirex™ S-Straub Medical Aspirex® S Catheters Aspirex) (figura 2).

A trombólise realizada foi bem sucedida. Utilizamos doses diluídas de rTPA, total 30 mg, administrado durante 2 horas ao longo da cirurgia. Um cateter de pigtail foi inserido pelo acesso femoral, e um venograma central foi obtido demonstrando lesões críticas na veia cava superior, na veia braquiocéfálica direita proximal (VBD) e veia braquiocéfálica esquerda (VBE) antes da angioplastia (figura 3). Subsequente, através do acesso pela veia basílica esquerda e pela veia jugular interna direita, realizamos angioplastia com balões de tamanhos progressivos; foram utilizados na veia cava superior, VBD e VBE de 5 mmx6 mm, 7 mmx100 mm e 10mmx6 mm, respectivamente.

Um balão não-complacente foi usado para pós-dilatação do stent, 14 mmx80 mm e um balão 14 mmx40 mm em VCS e VBE, respectivamente (figura 4). Devido a fibrose extensa, a VBD foi tratada somente por balão de angioplastia, sem stent. A drenagem venosa foi feita na VCS e VBE, onde o stent foi colocado. No pós-operatório imediato, os sintomas da SVCS tiveram regressão plena.

Uma tomografia de acompanhamento demonstrou patência do stent (figura 5), e a visita clínica em 6 meses revelou ausência de sinais de recorrência. Nosso *follow-up* foi realizado em 1, 2, e 6 meses, e, a seguir, tem sido anual.

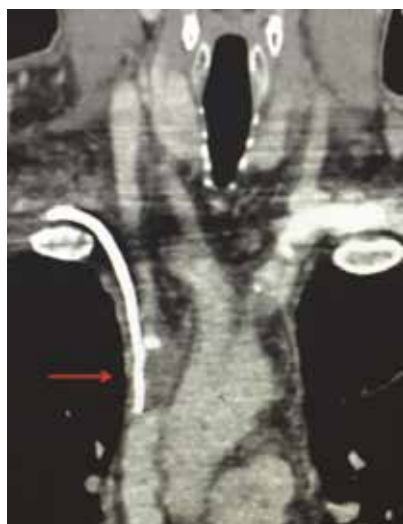


Figure 1. Tomografia computadorizada (corte coronal) demonstrando a compressão da veia cava superior (seta vermelha).



Figura 2: Acesso a veia cava superior após trombólise farmacomecânica com rTPA, direcionada por um cateter e rápida remoção do coágulo utilizando um dispositivo mecânico percutâneo (Aspirex™ S-Straub Medical Aspirex® S Catheters Aspirex).



Figura 3: Venografia mostrando lesão crítica na veia cava superior e veia braquicefálica direita proximal (seta) e a veia braquicefálica esquerda aberta após a angioplastia por balão.

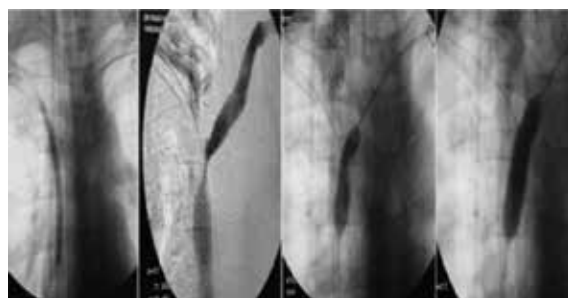


Figura 4: Da esquerda para direita: Angioplastia por balão na veia cava superior e veia braquicefálica direita. Na segunda imagem observamos estenose crítica na veia cava superior. A seguir, mostrando a abertura de um balão não-complacente para pós-dilatação do stent.



Figura 5: Condição clínica do paciente em (a e b) antes da intervenção, (c e d) imediatamente após o procedimento, (e e f) 2 meses após a intervenção mostrando completa resolução do sintomas e patência do stent

DISCUSSÃO:

No momento, Angioplastia com colocação de stent e Revascularização Endovascular na SVCS representa a terapia de escolha para pacientes que desenvolvem doença severa^{2,5}. No entanto, apesar de intervenções repetidas, reestenoses podem ainda ocorrer e assim um reparo endovascular, que é menos invasivo, parece um tratamento primário apropriado para a SVCS benigna, com colocação de stent como primeira opção de tratamento².

Em nosso caso, optamos pelo stent auto-expansível após trombólise farmacomecânica e Angioplastia por balão. No entanto o uso de stent revestido tem sido citado na literatura⁷. Mais recentemente, dispositivos usados para trombólise farmacomecânica, tem mostrado resultados promissores em redução do coágulo sanguíneo⁸. A trombólise é efetiva através de agentes trombolíticos liberados no local do co-

agulha, por um cateter, o qual permite ação local mais eficaz, notavelmente na fase aguda, como observado no caso presente⁷. A colocação de stent unilateral foi utilizada no caso presente, devido a fibrose extensa na VBD (figura 5).

Em um estudo prévio, autores avaliaram colocação de stent bilateral/unilateral no tratamento da SVCS maligna e concluíram que a colocação de stent unilateral foi clinicamente mais efetivo, assim como teve menos taxas de complicações e recorrências⁹. A literatura prévia corrobora os resultados observados neste caso, que pode rapidamente aliviar os sintomas em pacientes graves com SVCS⁸. Autores utilizaram ambos trombólise farmacológica e mecânica (trombólise com cateter dirigido com um

dispositivo mecânico percutâneo) com colocação de stent primário para manejar a SVCS aguda com sucesso⁸. Dependendo da apresentação clínica, a SVCS pode ser manejada através de medicamento ou intervenção cirúrgica. De acordo com estudos prévios, em apresentações agudas, com menos de 2 semanas de evolução, melhores resultados são obtidos, especialmente com cateter direcionado, através da técnica de trombólise farmacomecânica^{10,11}.

Concluindo, a SVCS é causada devido à oclusão ou estenose severa da VCS ou troncos braquiocéfálicos principalmente, até por causas benignas. O presente caso apoia a técnica, segurança e eficácia da Trombectomia Endovascular e Angioplastia para tratar a SVCS.

Referências:

1. Rice TW, Rodriguez RM, Light RW. The superior vena cava syndrome: Clinical characteristics and evolving etiology. *Med Baltimore* 2006;85(1):37-42.
2. Rizvi AZ, Kalra M, Bjarnason H, Bower TC, Schleck C, Glovicki P. Benign superior vena cava syndrome: Stenting is now the first line of treatment. *J Vasc Surg* 2008;47(2):372-80.
3. Breault S, Doenz F, Jouannic AM, Qanadli SD. Percutaneous endovascular management of chronic superior vena cava syndrome of benign causes: Long-term follow-up. *Eur Radiol* 2016;27(1):97-104. [DOI: 10.1007/s00330-016-4354-y].
4. Valentin LI, Kuban JD, Ramanathan R, Whigham CJ. Endovascular treatment of bilateral pulmonary artery stenoses and superior vena cava syndrome in a patient with advanced mediastinal fibrosis. *Tex Heart Inst J* 2016;43(3):249-51.
5. Tonak J, Fetscher S, Barkhausen J, Goltz JP. Endovascular recanalization of a port catheter-associated superior vena cava syndrome. *J Vasc Access* 2015;16(5):434-6.
6. Rachapalli V, Boucher LM. Superior vena cava syndrome: Role of the interventionist. *Can Assoc Radiol J* 2014;65(2):168-76.
7. Gwon DI, Paik SH. Successful treatment of malignant superior

vior vena cava syndrome using a stent-graft. *Korean J Radiol* 2012;13(2):227-31.

8. O'Sullivan GJ, Mhuirheartaigh JN, Ferguson D, Delappe E, O'Riordan C, Browne AM. Isolated pharmacomechanical thrombolysis plus primary stenting in a single procedure to treat acute thrombotic superior vena cava syndrome. *J Endovasc Ther* 2010;17(1):115-23.

9. Dinkel HP, Mettke B, Schmid F, Baumgartner I, Triller J, Do DD. Endovascular treatment of malignant superior vena cava syndrome: Is bilateral wall stent placement superior to unilateral placement? *J Endovasc Ther* 2003;10(4):788-97.

10. Kokotsakis J, Chaudhry UA, Tassopoulos D, Harling L, Ashrafan H, Vernandos M, Kanakis M, Athanasiou T. Surgical management of superior vena cava syndrome following pacemaker lead infection: A case report and review of the literature. *J Cardiothorac Surg* 2014;9:107.

11. Madkaiker AN, Krishna N, Jose R, Balasubramoniam KR, Murukan P, Baquero L, Varma PK. Superior vena cava syndrome caused by Pacemaker Leads. *Ann Thorac Surg* 2016;101(6):2358-61.

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

590^a
REUNIÃO CIENTÍFICA

11 de agosto - Sábado

Auditório do CBC

591^a
REUNIÃO CIENTÍFICA

27 de setembro

Auditório do CBC

592^a
REUNIÃO CIENTÍFICA

25 de outubro

Auditório do CBC

593^a *Fora de Sede*
REUNIÃO CIENTÍFICA

10 de novembro

Angra dos Reis



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

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

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

Desenho do estudo LUCY

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



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

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

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

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

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

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

Fatos sobre mulheres com AAA

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

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

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

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

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

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

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

Manifestações Vasculares em pacientes portadores de Doença de Behçet

Walkyria Yuri de Souza Lima Hara¹, Marília Duarte Brandão Panico²,
Carmen Lucia Lascasas Porto², Lilian Câmara da Silva³, Juliana de Miranda Vieira³, Ana Letícia de Matos Milhomens³,
Sarah Felizardo⁴, Marcos Arêas Marques³.

1 - Pós-graduanda do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

2 - Professora Adjunta de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

3 - Médico da Unidade Docente Assistencial de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

4 - Residente de Ecografia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO:

A Síndrome de Behçet (SB) é uma afecção inflamatória multissistêmica, com acometimento vascular e de etiologia ainda desconhecida¹. Acredita-se que as primeiras descrições de quadros clínicos compatíveis com a SB, tenham sido de Hipócrates, datadas do século V A.C.², às quais se referiam a ulcerações aftosas, ulcerações sobre os genitais e oftalmias lacrimosas de caráter crônico, dolorosas, que destruíram a vista de muitas pessoas. No entanto o reconhecimento formal da doença se deu apenas em 1937, através do dermatologista turco, Hulusi Behçet que a descreveu como uma tríade de aftas orais recorrentes, úlceras genitais e uveíte³. Com o passar do tempo, outras características foram sendo incorporadas à SB, como o acometimento cutâneo, e manifestações sistêmicas menos comuns. Somente em 2012, no consenso internacional de Chapel Hill, a SB foi classificada como uma vasculite de vasos de calibres variáveis.

A doença de Behçet (DB), apesar de crônica, se apresenta de forma intermitente, com períodos de inflamação aguda recorrentes e com uma tendência a regressão com o avançar da idade. Inicialmente a DB foi descrita como sendo prevalente na "Rota da Seda" que se estendia desde o

orientes médio até o extremo oriente e, até hoje, a DB mantém seu local de maior prevalência no orientes médio, sendo a Turquia o país com maior identificação de casos.

A DB acomete mais frequentemente os adultos jovens, do sexo masculino e com idades entre 25 e 35 anos, porém, pode acometer os extremos etários. Acredita-se que na gênese dessa doença exista uma associação entre fatores genéticos e ambientais. Dentre os fatores genéticos, é possível destacar a associação com o alelo do antígeno leucocitário humano (HLA) do complexo de histocompatibilidade maior (MHC) B514, 5, que quando presente, pode determinar uma expressão mais completa das manifestações da SB, com um curso clínico potencialmente mais grave. Outra associação genética encontrada nos estudos ao longo dos anos foi como os alelos do grupo do gene A relacionado ao MHC classe I (MICA)².

Dentre as teorias para o processo fisiopatológico da DB, a de maior consistência é a que considera que a DB se desenvolva a partir de um episódio infeccioso, bacteriano ou viral⁶, sendo o mais prevalente pelo estreptococo².

O comprometimento vascular na DB é amplo e

pode ocorrer em até 35-40% dos casos, acometendo peculiarmente vasos de grande calibre. As manifestações mais comuns do sistema venoso são a trombose venosas profundas (TVP) e superficiais (TVS) de membros inferiores, enquanto a do sistema arterial é o aneurisma de aorta abdominal. A DB é virtualmente a única das Vasculites que leva a formação de aneurisma de artéria pulmonar. A maioria dos eventos Vasculares ocorre nos cinco primeiros anos após o diagnóstico e até 30% dos pacientes podem abrir o quadro de DB com alguma destas manifestações.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:

De acordo com a literatura existem algumas maneiras de se estabelecer o diagnóstico de DB, porém, os mais usados são os critérios clínicos estabelecidos pelo Grupo de Estudos Internacional da DB, em 1990. Os critérios estabelecidos foram: 1) ulcerações orais recorrentes (pelo menos três vezes no período de um ano); 2) ulceração genital recorrentes; 3) lesões oculares (uveíte anterior e posterior, células no vítreo ou vasculite retiniana; 4) lesões cutâneas (eritema nodoso, pseudofoliculite, lesões papulopustulares ou acneiformes; 5) teste de patergia positivo. Diante desses critérios, ficou estabelecido, que para um paciente ser portador da DB, ele deve apresentar o primeiro critério obrigatoriamente, associado a quaisquer outros dois dos demais, não sendo necessário que ocorram de forma simultânea.

TRATAMENTO:

A DB, por ser uma vasculite, requer uma abordagem de tratamento como tal, independente da manifestação clínica que se apresenta. Na vasculite Behçet, o espectro do tratamento vai desde o tratamento da DB em si, no qual se deve considerar o status de atividade da doença, com uso de corticoides e imunossuppressores, até a conduta específica, como a anticoagulação no caso de Tromboembolismo Venoso (TEV).

No entanto, as apresentações clínicas que requerem maior cuidado no manejo são aquelas em que, numa situação de não se tratar de um paciente com DB, a abordagem cirúrgica seria a primeira escolha. Sendo assim, nos casos de

estenoses, oclusões arteriais e aneurismas, o reparo cirúrgico aberto foi considerado durante muito tempo o tratamento de escolha. No entanto, os resultados frustrantes das cirurgias dos pacientes portadores de DB são atribuídos às próprias complicações vasculares pós-operatórias, tais como pseudoaneurismas, estenoses ou oclusão de enxerto, secundários ao processo inflamatório e a hipercoagulabilidade da doença de base. Diante da evolução das técnicas cirúrgicas, a Terapia Endovascular tem sido uma opção menos invasiva a ser considerada nos casos em que a abordagem cirúrgica se faz imprescindível.

MÉTODOS:

O trabalho foi desenvolvido a partir de uma análise retrospectiva de prontuários² dos pacientes acompanhados no ambulatório de vasculites⁷ da Unidade Docente Assistencial de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, no período de 1990 a 2017. Foram encontrados 16 pacientes com diagnóstico de DB. Estabelecemos um roteiro de levantamento de dados que incluíam as seguintes questões:

- 1ª) Quais os critérios que o paciente apresenta para fechar o diagnóstico da DB?
- 2ª) Qual a idade do paciente no momento do diagnóstico da DB?
- 3ª) Qual o gênero do paciente acompanhado com a DB?
- 4ª) Qual ou quais manifestações vasculares o paciente apresentava?
- 5ª) Qual paciente foi submetido a algum tipo de procedimento cirúrgico?

Uma vez obtidas essas respostas, foi possível mapear o perfil dos pacientes acompanhados em nosso serviço.

RESULTADOS:

A faixa etária dos pacientes no momento do diagnóstico da DB foi entre 22 e 41 anos. Dentre os dezesseis pacientes analisados três (19%) eram do sexo feminino e 13 (81%) do sexo masculino. Em relação às manifestações vasculares, observou-se que dez (62,5%) dos pacientes tinham acometimento venoso e seis (37,5%) apresentavam acometimento arterial.

A distribuição das manifestações vasculares (tabelas 1 e 2) ocorreu da seguinte maneira, em relação ao acometimento venoso, seis (60%) apresentaram TVS (figura 1), três (30%) TVP (figura 2A, 2B e 2C), e um (10%), embolia pulmonar (fi-

gura 3). Em relação ao acometimento arterial, um (16,6%), apresentava Aneurisma (figura 4), um (16,6%), apresentava Pseudoaneurisma (figura 5), dois (33,3%), Estenose Arterial (figuras 6A e 6B) e dois (33,3%), Acidente Vascular Encefálico.

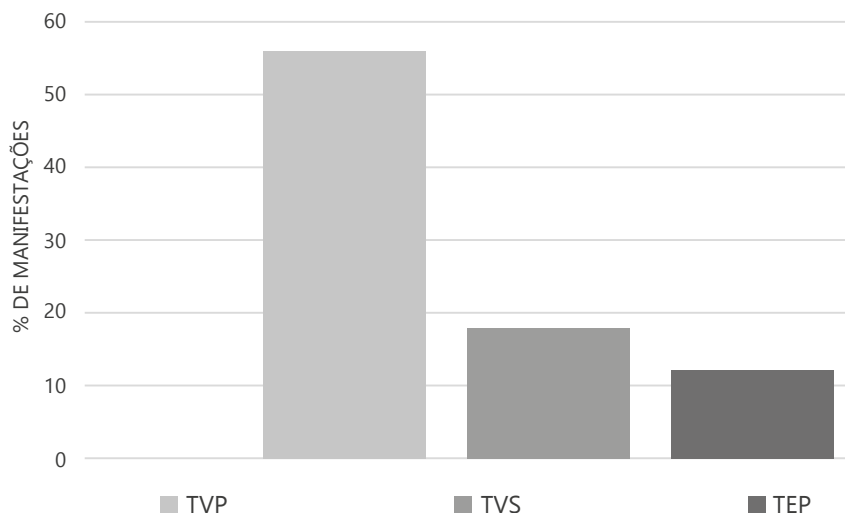


Tabela 1 - Tipos de acometimento venoso.

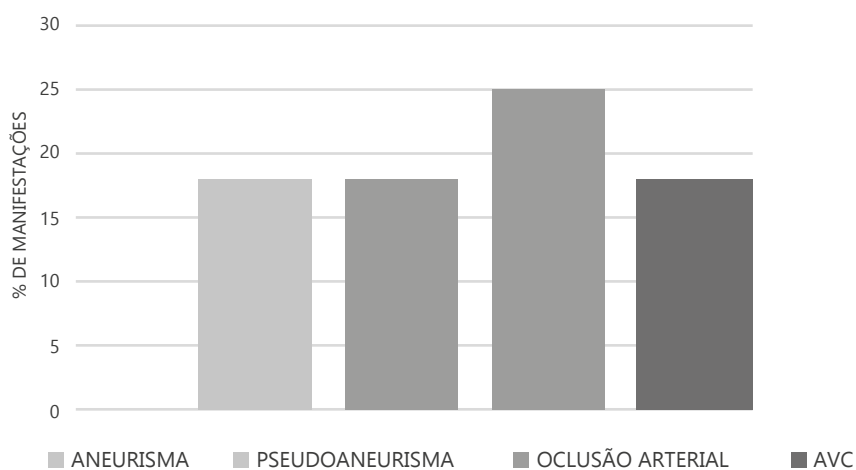


Tabela 2 - Tipos de acometimento arterial.

Observou-se ainda que apenas um (16,6%) dos pacientes acompanhados foi submetido a procedimentos de correção cirúrgica.

As imagens a seguir foram selecionadas a título de exemplificação das manifestações Vasculares encontradas nos pacientes com DB acompanhados em nosso serviço.

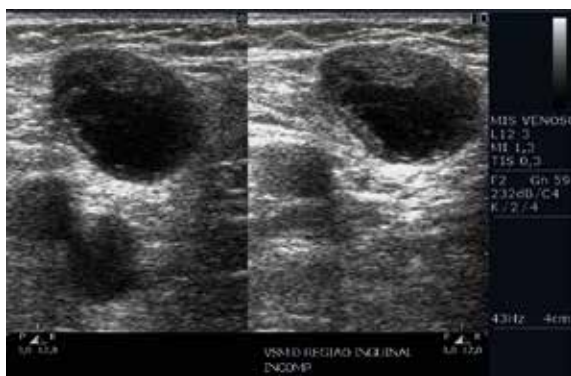


Figura 1. Eco Doppler colorido (EDC) com imagem compatível com trombose venosa superficial, veia safena magna.

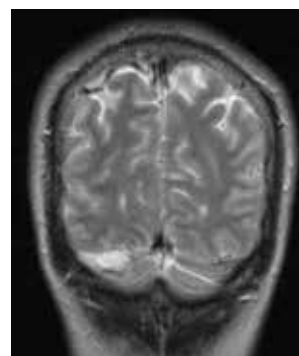


Figura 2C. Angiotomografia de crânio com imagem compatível com trombose do seio venoso cerebral.

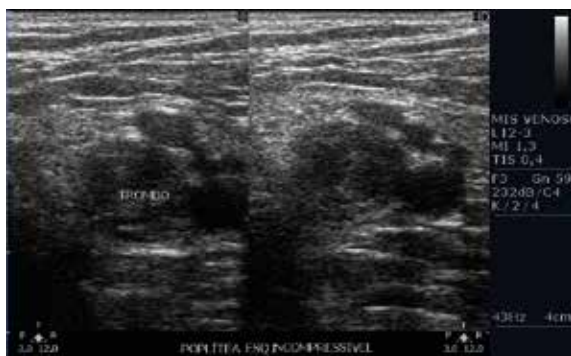


Figura 2A. EDC com imagem compatível com trombose venosa profunda, veia poplítea.

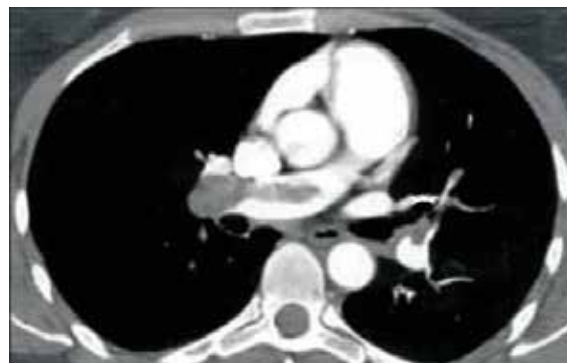


Figura 3. Angiotomografia de tórax com imagem compatível com tromboembolismo pulmonar.



Figura 2B. EDC com imagem compatível com trombose de veia cava inferior.



Figura 6A. Angiotomografia com imagem de estenose de artéria renal esquerda.



Figura 6B. Angiotomografia com imagem de oclusão de artéria ilíaca comum direita.



Figura 4. Angiotomografia com imagem de aneurisma de aorta abdominal a nível de tronco celíaco.

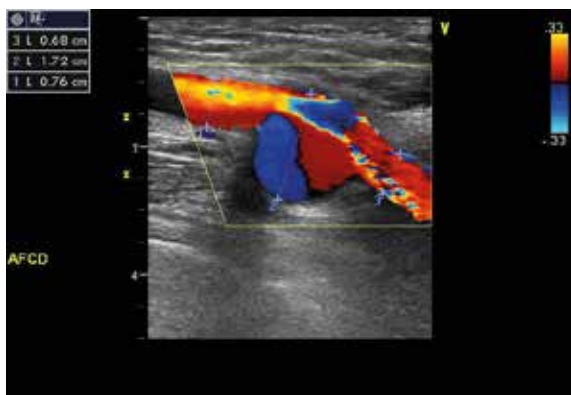


Figura 5. EDC com imagem compatível com pseudoaneurisma de artéria femoral comum direita.

DISCUSSÃO:

É importante ressaltar que em muitas vezes a literatura diverge em relação aos percentuais de acometimento tanto da DB como um todo, quanto em relação aos percentuais de cada manifestação vascular. Devemos avaliar sempre que estivermos diante de uma manifestação vascular em pacientes

jovens e do sexo masculino, a fim de não restringir o tratamento apenas a manifestação específica, como se tratasse de uma situação isolada ou sem relação de causalidade com alguma doença de base. Baseado nessa premissa, devemos buscar o possível diagnóstico de DB. A importância disso se deve ao potencial de morbimortalidade e das peculiaridades do tratamento da DB, pois diante da confirmação diagnóstica desta, deverá ser avaliado o status de atividade da doença e consequente necessidade ou não de imunossupressão, bem como relação custo benefício em se abordar cirurgicamente a sua manifestação Vascular, tendo em vista que a manipulação cirúrgica do vaso poderá, por vezes, acarretar em piora do quadro clínico, como a formação de pseudoaneurisma, por exemplo.

CONCLUSÃO:

Diante de uma manifestação vascular em pacientes jovens, principalmente do sexo masculino, devemos considerar e, se possível, excluir o diagnóstico de DB, pois esta apresenta um alto potencial de morbimortalidade. Além disso, o diagnóstico da DB, uma doença inflamatória multissistêmica, nos obriga a avaliar a possibilidade de terapia imunossupressora, para aumentar a sobrevida do paciente e melhorar os resultados cirúrgicos, quando este for uma opção.

Referências:

1. Souza NLAR et al. Tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal com erosão de vértebra lombar associada à doença de Behçet: relato de caso. *J Vasc Bras.* 2017;16(2):162-167.
2. Souza Neves F.; Bertacini de Moraes JC, Gonçalves CR. Síndrome de Behçet: à procura de evidências. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 1:7-10.
3. Albuquerque PR et al. Doença de Behçet na infância. *Jornal de Pediatria.* 2002;78(2):128-132.
4. D'alessandro GS. et al. Aneurisma de artéria poplítea como manifestação da doença de Behçet descompensada. *J Vasc Bras.* 2006;5(3):215-219.
5. CRESPO, Jorge et al. Doença de Behçet: casuística nacional. 1997. <http://hdl.handle.net/10400.4/670>
6. Hatemi G, Yazici H. Behçet's syndrome and micro-organisms. *Best practice & research Clinical rheumatology.* 2011;25(3):389-406.
7. Sargin G, Senturk T. Scientific people named in the classification of vasculitis. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 2017;57(6):605-609.
8. Belczak SQ et al. Tratamento endovascular de aneurismas da aorta em pacientes com doença de Behçet: relato de dois casos. *J Vasc Bras.* 2010;9(2):89-94.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

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

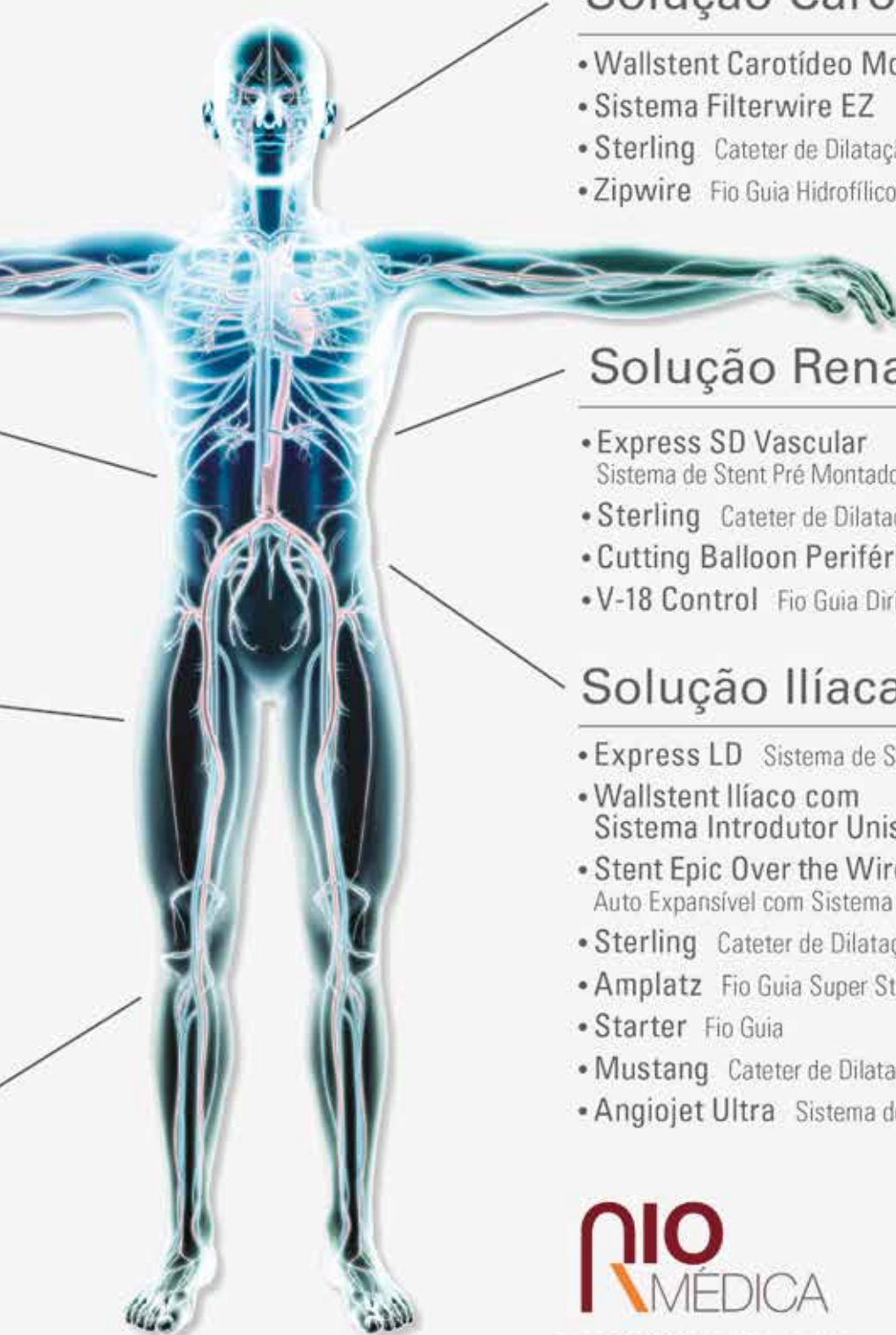


Solução Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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



Solução Carotídea

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

Solução Renal

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

Solução Ilíaca

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

Implante de Stent Revestido como Tratamento de Trauma Perfurante de Carótida Comum

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

1 - Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG;

2 - Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG;

3 - Médicos do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG;

4 - Médica Residente do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG.

RESUMO:

A lesão carotídea durante o cateterismo da veia jugular é um acidente raro, mas potencialmente grave. O caso relatado trata-se de uma paciente de 84 anos, com quadro séptico, com indicação de hemodiálise. Após tentativa de punção da veia jugular interna houve cateterização da carótida comum esquerda. Foi optado pelo tratamento endovascular com implante de stent revestido (Viabahn®) em carótida comum esquerda, corrigindo o orifício de entrada do cateter. O caso demonstra que a cirurgia endovascular pode ser uma ótima opção para pacientes graves e hemodinamicamente estáveis.

INTRODUÇÃO:

A incidência do TraumaVascular Cervical é de 5 – 10% entre todos os traumas, sendo a incidência de Lesões Carotídeas nos traumas cervicais apenas de 6%.

O Trauma Perfurante Iatrogênico de Carótida é pouco comum, apresentando poucos relatos na literatura, porém essa estimativa pode ser maior, devido a subnotificação, visto que trata-se de uma iatrogenia.

RELATO DE CASO:

Paciente L.S.C., sexo feminino, 84 anos, hipertensa, portadora de Alzheimer, apresentando sepse urinária, evoluiu para insuficiência renal aguda sendo necessário tratamento dialítico. Na tentativa de punção de acesso venoso profundo para hemodiálise ocorreu transfixação da veia jugular interna esquerda e cateterismo da carótida comum esquerda com cateter de diálise 12 French.

Após percepção de fluxo arterial no cateter de diálise foi acionado o serviço de Cirurgia Vascular que orientou administração de heparina não fracionada 5.000 UI intravenosa.

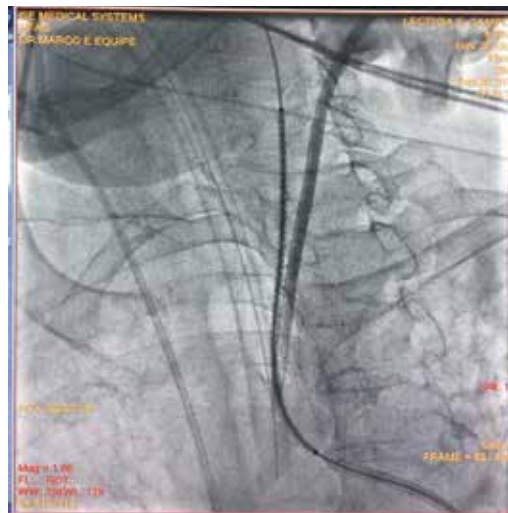
Após avaliação do caso e evidenciado punção baixa, foi optado pela abordagem endovascular para retirada do cateter e correção do orifício de entrada.

Na sala de hemodinâmica, foi submetida ao procedimento cirúrgico endovascular através da punção retrógrada da artéria femoral direita, realizada aortografia com injeção de contraste iodado pelo cateter de hemodiálise e evidenciado cateter de hemodiálise em 1/3 proximal da carótida comum esquerda, sendo sua pon-

ta dentro do arco aórtico (figura 1). Realizado cateterização da carótida comum esquerda com fio guia hidrofílico sob cateter H1, posteriormente feita a troca pelo fio guia Amplatz e troca do cateter e bainha curta por uma bainha longa 8F. Introduzido o stent revestido auto-expansível VIABAHN® 8x100mm em artéria carótida comum "junto" com cateter de diálise (figura 2) e realizado liberação do mesmo com retirada manual do cateter de hemodiálise simultaneamente (figuras 3, 4, 5 e 6).



Figura 1: Aortografia pelo Cateter de Hemodiálise.



Figuras 3 e 4: Início da retirada manual do Cateter de Diálise.



Figura 2: Angiografia mostrando o posicionamento do Viabahn antes da liberação

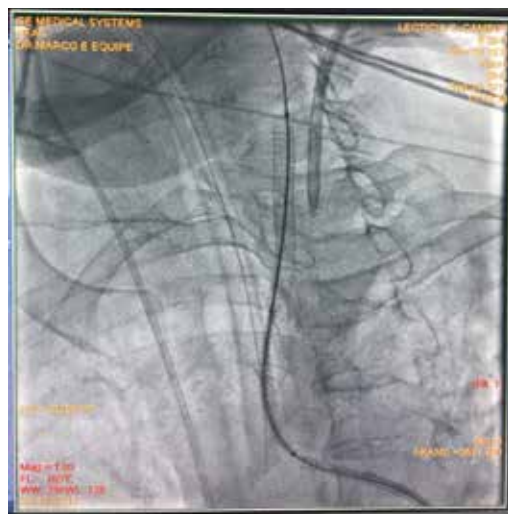


Figura 5: Fase inicial da abertura do Viabahn e retirada manual do cateter de diálise

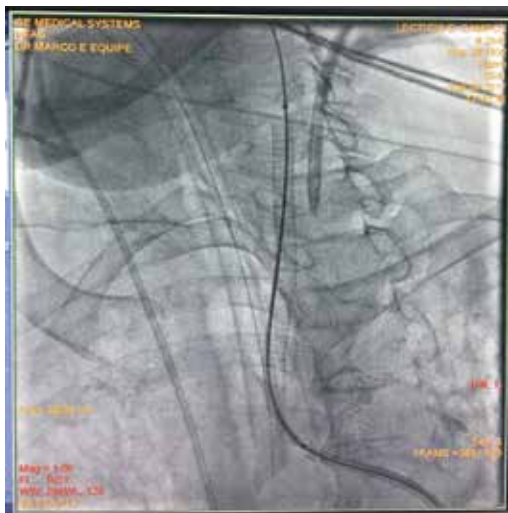


Figura 6: Abertura do Viabahn e retirada manual do cateter de diálise

Realizado compressão do local do sítio da punção para hemostasia. Arteriografia de controle mostrou bom fluxo na carótida comum esquerda, bom posicionamento do stent e ausência de extravasamento de sangue (figura 7).



Figura 7: Angiografia evidenciando bom posicionamento do Viabahn e ausência de extravasamento de sangue.

Paciente foi encaminhada para o CTI para dar continuidade no tratamento clínico. Apresentou pequeno hematoma no local da punção do cateter de hemodiálise e não apresentou sintomas neurológicos. Evoluiu bem do quadro clínico infeccioso.

DISCUSSÃO:

O cateterismo venoso central é um procedimento muito realizado em todos os hospitais, sua incidência é de 15 milhões de veias puncionadas a cada ano nos Estados Unidos, sendo 15% dos casos com complicações. A veia jugular interna é frequentemente a mais utilizada neste procedimento, sendo sua íntima relação com o eixo carotídeo responsável por 0,5 a 11,4% das lesões carotídeas que ocorrem durante o cateterismo venoso jugular interno.

Uma a cada 20 tentativas de punção venosa é arterial, complicação normalmente evidenciada antes do cateterismo arterial através de um refluxo excessivo ou pulsátil de sangue bem oxigenado pelo do cateter.

Alguns fatores como: pescoço curto, obesidade, inexperiência do operador, procedimento de emergência e falta de orientação ultrassônica podem promover complicações durante o cateterismo da veia jugular interna. O uso da orientação ultrassonográfica reduz o risco de complicações iatrogênicas do cateterismo venoso central. As estratégias de tratamento após cateterização arterial inadvertida incluem compressão local, tratamento cirúrgico aberto com reparo arterial direto e tratamento percutâneo/endovascular. A retirada de um cateter arterial pode resultar em considerável hemorragia, acidente vascular cerebral ou pseudoaneurisma.

As técnicas cirúrgicas abertas tem se mostrado seguras, mas podem adicionar uma morbidade significativa ao paciente, uma vez que o reparo

aberto pode ser complexo, exigindo anestesia geral e talvez esternotomia.

As técnicas minimamente invasivas surgem como opções de tratamento utilizando endopróteses, dispositivos de fechamento percutâneo e tamponamento com balão. A taxa de sucesso técnico para endoprótese é alta, embora a técnica exija cautela quando usada próximo aos principais ramos laterais arteriais. Pouco se sabe sobre a durabilidade a longo prazo em termos de estenose, torção e fratura.

A paciente do caso apresentava-se em grave estado geral, acoplada a ventilação mecânica, porém hemodinamicamente estável sem aminas, indicando que a técnica cirúrgica aberta poderia aumentar sua morbidade, sendo assim, optado pela técnica minimamente invasiva.

Foi questionado pela equipe médica se o uso de endoprótese em vigência de infecção poderia piorar o quadro infeccioso, porém foi opta-

do pela utilização da mesma visto que, naquele momento, a abordagem cirúrgica aberta poderia ser de maior morbidade para paciente, já que a punção se encontrava na base do pescoço e uma esternotomia seria necessária para síntese do orifício de entrada do cateter. A paciente respondeu bem a antibioticoterapia e apresentou melhora do quadro infeccioso, mostrando que a técnica adotada foi a melhor, neste caso.

CONCLUSÃO:

A correção endovascular foi a opção no caso descrito devido à idade da paciente, à presença de múltiplas comorbidades e ao elevado risco cirúrgico, bem como em razão do local da perfuração, localizada na base do pescoço e envolvendo o segmento proximal da carótida comum. Conclui-se que o tratamento endovascular parece ser excelente alternativa nos doentes hemodinamicamente estáveis, porém de alto risco cirúrgico e tem se demonstrado uma solução eficaz, apresentando menor morbimortalidade comparada a cirurgia convencional.

Referências:

1. Lame CA, Loum B, Keita I, Diallo TB, Sow A. Iatrogenic common carotid artery injury secondary to an internal jugular venous catheterization. *an Afr Med J*. 2017 Jan 16;26:18. doi: 10.11604/pamj.2017.26.18.11461. eCollection 2017.
2. Pikwer A, Acosta S, Kölbel T, Malina M, Sonesson B, Akeson J. Management of inadvertent arterial catheterisation associated with central venous access procedures. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009 Dec;38(6):707-14. doi: 10.1016/j.ejvs.2009.08.009. Epub 2009 Oct 3.
3. Rita M. Larson. The Risk of Inadvertent Arterial Cannulation During Central Catheter Placement. Rita Larson is an employee of Teleflex Incorporated.
4. Dos Santos Junior EP, Batista RRAM, De Oliveira MB, Alves RF, Blois RR. Pseudoaneurisma de carótida comum secundário à trauma contuso: opção de tratamento por cirurgia a céu aberto. *J Vasc Br*. 2011;10:261-5.
5. Brito, Carlos José de; Cirurgia Vascular: cirurgia endovascular, Angiologia. 3. Ed. – Rio de Janeiro: Revinter, 2014; vol. 2; sessão XII; pag.: 1689-1700.
6. Eduardo Lichtenfels, Marco Aurelio Cardozo, Nilon Er-

- ling Jr., Newton Roesch Aerts; Tratamento endovascular de trauma penetrante iatrogênico de artéria carótida: relato de caso. *J Vasc Bras*. 2014 Abr.-Jun.; 13(2):155-158.
7. Maffei, Francisco H. de A.; Doenças Vasculares Periféricas. 5. Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016; vol. 2; capítulo 167.
8. Heath, K.J., Woulfe, J., Lownie, S., Pelz, D., Munoz, D.G., and Mezon, B. A devastating complication of inadvertent carotid artery puncture. *Anesthesiology*. 1998; 89: 1273-1275
9. Eisen, L.A., Narasimhan, M., Berger, J.S., Mayo, P.H., Rosen, M.J., and Schneider, R.F. Mechanical complications of central venous catheters. *J Intensive Care Med*. 2006; 21: 40-46
10. Guilbert, M.C., Elkouri, S., Bracco, D., Corriveau, M.M., Beaudoin, N., Dubois, M.J. et al. Arterial trauma during central venous catheter insertion: case series, review and proposed algorithm. ([discussion 925]) *J Vasc Surg*. 2008; 48: 918-925.
11. Schonholz, C.J., Uflacker, R., De Gregorio, M.A., and Parodi, J.C. Stent-graft treatment of trauma to the supra-aortic arteries. A review. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2007; 48: 537-549.



Os avanços da Diretoria de Publicações da SBACV

Julio Cesar Peclat de Oliveira - Vice-presidente da SBACV-RJ e Diretor de Publicações da SBACV.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular ampliou seus canais de comunicação, agora, é possível acompanhar notícias e acontecimentos da Sociedade na revista SBACV em Pauta. Publicação dinâmica, produzida a cada três meses, a revista tem uma versão digital que além de reunir matérias das edições impressas, traz conteúdo exclusivo semanal. O Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Diretor de Publicações da SBACV, é o responsável pela publicação e conta com a parceria do Dr. Paulo Toscano, seu Vice de Publicações. Nesta entrevista o Dr. Julio Peclat fala um pouco mais sobre este trabalho importante da Diretoria e o conteúdo que é gerado.

SBACV-RJ - Podemos perceber uma grande mudança na linha editorial e gráfica da revista oficial da SBACV Nacional. Quais foram seus objetivos ao estabelecer tais mudanças?

Julio Cesar Peclat de Oliveira – Tão logo fui convidado por Roberto Sacilotto a integrar sua chapa como Diretor de Publicações, ao lado do amigo Paulo Toscano (PA), começamos uma ampla pesquisa sobre as publicações de outras sociedades de especialidades para buscar entender como cada uma delas está conduzindo suas publicações oficiais. Desse trabalho, surgiu a proposta de uma revista mais leve, tanto em sua aparência quanto em seu conteúdo, e que trouxesse as atividades de nossa sociedade para o foco. Assim, surgiu o nome (SBACV em Pauta), o projeto gráfico e a linha editorial do nosso novo veículo oficial de comunicação. Queremos oferecer ao associado uma revista que de fato esteja sintonizada com a atual gestão da SBACV, dando destaque às ações das regionais, às

atividades das diretorias e às ações de defesa profissional, além de buscar atrair os jovens especialistas para a Sociedade, publicando artigos sobre como iniciar a carreira.

SBACV-RJ - Qual a importância de se ter uma revista virtual?

Julio Cesar Peclat de Oliveira – A SBACV em Pauta Virtual é um site de notícias hospedado dentro do portal da SBACV. Foi criada basicamente por dois motivos: para usar um meio que faz parte da forma como um grande grupo de nossos associados busca informações, e para que tivéssemos meios para oferecer semanalmente novos conteúdos informativos aos nossos associados. Assim, a SBACV em Pauta Virtual hospeda não apenas o conteúdo da versão impressa – em formato que se adapta à versão mobile, ou seja, pode ser lido no celular ou no tablet, como também notícias exclusivas, desenvolvidas especialmente para essa plataforma.

SBACV-RJ - Na segunda edição da revista SBACV em Pauta o senhor anuncia discussão de casos clínicos. Por que trazer aspectos científicos para a revista?

Julio Cesar Peclat de Oliveira – A inclusão de casos clínicos na revista tem por objetivo trazer para nossa publicação aquelas discussões que mantemos entre amigos, em grupos de mensagens: sem rigor científico de uma publicação indexada como o nosso JVB, mas com o despojamento das conversas entre colegas, que tanto estimulam nossa busca constante por atualização científica.

SBACV-RJ - Além da revista física e da virtual, sua diretoria responde também por outras atividades da comunicação da Nacional. Fale um pouco sobre como esse trabalho está organizado e sobre sua abrangência.

Julio Cesar Peclat de Oliveira – Na estrutura da Nacional, a Diretoria de Publicações é responsável por toda a comunicação da Sociedade. Por isso, nosso trabalho engloba o site, a assessoria de imprensa e as mídias sociais. Desde o início da gestão dividimos esse trabalho entre três assessorias: a SBACV em Pauta (física e virtual) é responsabilidade da Selles Comunicação. A Vithal cuida da assessoria de imprensa, e Valéria Morgado, que assessora a presidência, também cuida da presença da Sociedade nas mídias sociais.

SBACV-RJ - Um dos propósitos da diretoria da SBACV-RJ é estimular a produção cientí-

fica entre seus membros. O que a Regional, da qual o senhor também é vice-presidente, pode esperar da Diretoria de Publicações da Nacional nesse sentido?

Julio Cesar Peclat de Oliveira – Este é um ponto que considero extremamente importante. Precisamos, de fato, estimular os membros da SBACV-RJ a produzir e enviar seus trabalhos para publicação no JVB. Temos profissionais altamente gabaritados, mas a presença quantitativa de nossos associados não tem correspondência com a relevância de nosso grupo no cenário nacional. Uma das formas de estímulo que propusemos foi a criação do Prêmio Mário Degni, que segue a linha do Prêmio Mayall, criado quando eu era presidente de nossa Regional. Por meio dele, vamos dar visibilidade e estimular as publicações de nossos colegas de todo Brasil, e esperamos que isso traga mais trabalhos de nossos conterrâneos.

Está nas mídias sociais?

Nós também!

POR QUE NOS ACOMPANHAR?



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

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

facebook.com/sbacvriodejaneiro

instagram.com/sbacv_rj

youtube.com/user/sbacvrjo

SBACV-RJ

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

Encontro Carioca valoriza a atualização científica e o fortalecimento das Especialidades



Entre os dias 22 e 24 de março de 2018 foi realizada a 32ª edição do Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, o evento

mais importante da Regional, que aconteceu no Hotel Pullman, em São Conrado.



"O Encontro Carioca foi muito elogiado! Resgatamos o interesse das empresas em participar do evento, com a reformulação do parque de exposições, agregando áreas para palestras e atividades hands on, que permitiram aos congressistas diversas opções de atividades em atualização científica e troca de experiências".

Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ.



A mudança do local foi uma das novidades do Encontro, feita pela diretoria da gestão

que iniciou em 2018. Cada detalhe foi pensado para o pleno aproveitamento de toda a programação elaborada, e um ponto importante foi a seleção de convidados internacionais visando intercâmbio, significativo, de conhecimentos. Mestres da Cirurgia Vascular marcaram presença para falar sobre experiências vivenciadas nos países onde atuam: os professores Drs. Enrico Ascher (EUA) e Bruno Freitas (Alemanha). Também estiveram presentes conceituados nomes da Angiologia e da Cirurgia Vascular nacionais. Todos ministrando palestras e enriquecendo debates, simpósios e cursos.

"Parabenizo o Dr. Breno pelo sucesso do evento e excelente programação científica, este ano teremos 10 a 12 encontros regionais e um dos mais importantes é esse aqui do Rio de Janeiro; que tem uma frequência muito alta. Em termos científicos isso é muito bom para a Nacional também, porque é educação continuada. Nós estamos vendo vários colegas do estado e de outros estados assistindo as palestras. Consideramos atualização para os mais jovens e para os colegas que têm uma prática clínica grande." **Dr. Roberto Sacilotto, Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.**



A programação foi elaborada pela Comissão Científica formada pelos Drs. Breno Caiafa, Julio Peclat, Arno von Ristow, Sérgio Meirelles, Marcus

Gress, Almar Bastos, Leonardo Stambowsky, João Sahagoff, Marcos Arêas, Daniel Drummond, Cristiane Araújo, Felipe da Costa e Carlos Peixoto.



"Estou aqui no Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular que a Sociedade vem organizando para contribuir com o aumento do conhecimento científico do médico e sempre que o médico está se atualizando e buscando novas tecnologias e novas formas de tratamento, ele está melhor se preparando para atender melhor a população. Já estive na abertura de outros eventos como esse, na Sociedade do Rio de Janeiro, e são extremamente bem organizados, de alta qualidade científica. São fundamentais e somam com o esforço da categoria médica de poder atender bem a nossa população. Parabéns à Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular e vamos manter nossa unidade." **Dr. Nelson Nahon, Presidente do Conselho Regional de Medicina - CRM.**

Quem participou do evento pôde vivenciar espaços diferenciados, como: a "Cidade das Veias" e o "Mundo das Artérias", com atividades práticas "hands on" para maior interação dos congressistas; além da sala "Fale com o Especialista", com aulas específicas com pequenos "meetings".

Nesta edição do evento foram mais de 500 con-

gressistas reunidos num espaço pensado para oferecer mais conforto e melhor infraestrutura aos participantes. A 32ª edição do Encontro Carioca foi organizada em um parque de exposições padronizado visando economizar os custos de montagem, assim mais empresas se interessaram em participar; ao todo 32 empresas participaram do Encontro.

"É um prazer estar representando o Secretário Municipal de Saúde na abertura do nosso Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular. Em nome do governo, eu posso dizer que a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro deve continuar fazendo o que ela sempre fez: lutando pelo seu espaço, pelo espaço dos cirurgiões vasculares, no nosso meio. Essa Sociedade sempre se colocou e mostrou para o governo a alta prevalência das doenças circulatórias, principalmente em relação ao pé diabético e outras doenças, principalmente as venosas. Isto tem dado frutos! Com muita dificuldade, paciência e perseverança a Sociedade conseguiu, nos últimos anos, muitos avanços: o desenvolvimento de um projeto da UERJ, muito bem elaborado, de tratamento com espuma e esse foi o início de um grande trabalho capitaneado pela Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular; isso mostra o poder da união da Sociedade pressionando o governo para que faça escolhas. Também, o Hospital Miguel Couto conseguiu, depois de nove anos de luta, o credenciamento na alta complexidade; foi um projeto iniciado em 2008. Estimulo aos colegas que continuem lutando com perseverança para que possamos avançar." **Dr. Alexandre Essinger, representou o Secretário Municipal de Saúde.**



Um conteúdo científico com ênfase nas principais patologias das especialidades

A ideia da Comissão foi valorizar o conteúdo científico com foco nos principais temas do dia a dia do Cirurgião Vascular. A composição das Mesas foi voltada para discussão das principais questões de cada doença, agrupando os principais temas com situações práticas do que seria importante, e novo, a ser compartilhado sobre a atualização de doenças. Para as sessões de trauma e embolizações foi selecionado um assunto de cada para entrar na sessão de temas relevantes, no congresso.



A distribuição de temas também contemplou convites a especialistas membros da SBACV-RJ,

formadores de opinião, professores e experts nos assuntos abordados. Convidar representantes do estado foi uma forma de a Diretoria da Regional valorizar o sócio. Convidados de outras regiões do Brasil, com reconhecido nível científico, também fizeram parte da lista de palestrantes do congresso. Assim como especialistas que atuam fora do país, também, marcaram presença na plenária principal: os professores Enrico Ascher (Estados Unidos) e Bruno Freitas (Alemanha).

A Comissão Organizadora planejou a programação científica para despertar o interesse dos associados da Regional. O objetivo foi abordar temas polêmicos, com potencial de levantar debates e pontos de vista diferentes para um consenso entre especialistas para melhorar o nível de conhecimento sobre as doenças.

No dia 22 foi realizado o Curso de Atualização em Flebologia, em um pré-congresso, com a participação de 100 pessoas, num espaço dedicado ao principal tema da especialidade. Para cada dia do congresso uma mesa foi dedicada ao tema que representa 80% do dia a dia dos especialistas.



“Buscamos temas bem modernos e convidamos médicos de outras especialidades para mostrar o olhar de outros especialistas. Na mesa de carótida trouxemos o Dr. Paulo Niemeyer, neurocirurgião que é um ícone da medicina nacional e internacional; o Dr. Daniel Bezerra um neurologista extremamente atualizado que tem um programa de atendimento imediato ao paciente começando um quadro de derrame. Na mesa de trombose venosa a doença foi apresentada em várias situações, como: viagens, gestantes, uso de anticoncepcional, etc. Essa Mesa teve a participação do ginecologista André Luiz Malavasi”. **Dr. João Sahagoff, Diretor Científico da SBACV-RJ.**

Participação de especialistas internacionais no Encontro

"O Encontro tem como característica a preocupação com a parte científica, com isso a gente seleciona com muito cuidado os palestrantes internacionais para valorizar ao máximo os assuntos de maior interesse naquele período ou época do ano.

Nós estamos vendo um grande avanço na doença venosa, por isso priorizamos especialistas que dominam essa técnica para difundir e estimular a prática adequada do tratamento da doença venosa entre nossos sócios. Temos a preocupação, também, de mostrar uma visão ampla do tratamento e cuidado dessas doenças para que os sócios mais jovens tenham a condição de avaliar com tranquilidade as melhores condutas, opções e estratégias de tratamento." **Dr. Sérgio Silveira Leal de Meirelles, Secretário-Geral da SBACV-RJ.**



Reunir os especialistas no 32º Encontro potencializa e fomenta o intercâmbio de informações por meio de convidados internacionais. Novas técnicas foram apresentadas e, certamente, serão aprimoradas e facilitarão a atividade de Angiologia e de Cirurgia Vascular nos Serviços e consultórios.

No Simpósio de Trauma realizado no dia 23 de março, sexta-feira, teve a presença do Professor Dr. Tao Hörer (Suécia) trazendo uma nova técnica utilizada em casos de trauma e hemorragia: o balão oclisor REBOA. A proposta da tecnologia é dar aos cirurgiões um recurso que pode salvar uma vida. Nos casos das grávidas, que têm problemas no parto, o mecanismo pode tanto cessar o sangramento, que de tão volumoso pode causar a morte da paciente, quanto evitar a retirada do útero.

O Dr. Francisco João Sahagoff de D.V. Gomes, Diretor Científico da SBACV-RJ foi o coordenador do Simpósio que mostrou a ampla aplicabi-

lidade do REBOA no sangramento e no trauma. O Dr. Tao foi a palestrante convidado e alertou sobre os perigos do uso da técnica sem o devido treinamento para capacitação do uso da técnica. A necessidade desse treinamento justifica a presença do Dr. Tao no Encontro e a importância da palestra realizada por ele. A SBACV-RJ tem grande importância nesse processo porque, para fazer o treinamento, é necessário o envolvimento de um cirurgião vascular por ser o especialista que domina o acesso vascular.





"A técnica tem sido usada em muitos países para salvar vidas. Não é um problema usar essa ferramenta de controle de hemorragias aqui, quando há capacitação. Não adianta usar o balão se o profissional não sabe como estancar a hemorragia; precisa ser usada de uma forma muito correta, senão será usada até nos pacientes errados". **Professor Tal Hörer (Suécia).**

Durante o congresso foram realizadas três conferências que agregaram conhecimento aos participantes. Os Drs. Enrico Ascher (EUA) e Bruno Freitas (Alemanha) trataram temas atuais sobre membros inferiores.

As propostas de tratamentos e procedimentos apresentadas no congresso mostraram a qualidade do trabalho realizado por especialistas tanto nacionais quanto os internacionais. Inclusive, segundo o Dr. Enrico Ascher, a Cirurgia Vascular no Brasil é uma das mais avançadas do mundo:

"No Brasil foram desenvolvidas muitas técnicas que estamos agora aprendendo nos Estados Unidos, que estão sendo aplicada não só nos Estados Unidos como no mundo inteiro. Não há nada que o paciente não tenha aqui no Rio que tenha que precisar viajar para outro lugar. A Cirurgia Vascular do Rio é muito avançada, independente e consegue resultados fenomenais".

Professor Enrico Ascher (EUA).





"O Encontro da Regional do Rio é um cenário específico para discutir tanto as diretrizes da especialidade quanto os melhores tratamentos. Teoricamente este Encontro dita tendência e traz para o profissional de saúde as inovações e as novas diretrizes para esse setor. Para a comunidade do Rio as novidades chegam primeiro, as discussões mais aprofundadas acabam ocorrendo aqui primeiro. O Rio, com certeza, inicia a discussão qualificada em Cirurgia Vascular para o Brasil e para a América Latina".
Professor Bruno Freitas (Alemanha).

Reunião do Colegiado de Presidentes no Encontro Carioca



Durante o 32º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, os Presidentes das Regionais e o Presidente da Nacional, Dr. Roberto Sacilotto, estiveram reunidos para tratar assuntos relativos às necessidades e interesses das especialidades. A defesa profissional foi um tema bastante discutido na reunião e teve a presença do Dr. Carlos Alfredo Jasmin, Presidente da Comissão de Defesa Profissional da AMB. A defesa das especialidades contra a invasão das prerrogativas médicas

e os avanços na luta por melhores honorários médicos foi o assunto tratado dentro do tema.

O Dr. Jasmim falou sobre a proposta de mudança da CBHPM da ortopedia e traumatologia apresentada à Associação Médica Brasileira. Na época ele era Diretor Presidente da Comissão de Defesa Profissional Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT. O especialista considerou a importância do trabalho para outras Sociedades:

“O trabalho que nós fizemos na SBOT, de revisão da CBHPM, foi extremamente útil para todas as Sociedades. Isso por causa da metodologia que utilizamos e a maneira que ela foi distribuída; foi muito bem aceita pela AMB”. **Dr. Carlos Alfredo Jasmin, Presidente da Comissão de Defesa Profissional da AMB.**



O Dr. Carlos Jasmin contou que o órgão sugere que as Sociedades utilizem a mesma metodologia da SBOT para valorar os portes das cirurgias da CBHPM.

No decorrer da reunião, o Dr. Francesco Botelho, Diretor de Defesa Profissional da SBACV, apresentou ações para melhorar os honorários médicos. O Diretor também apresentou projeto piloto elaborado para ações contra a invasão

da especialidade. A viabilidade jurídica de cada ação foi discutida na reunião de Presidentes e o suporte que será dado às Regionais. O objetivo é fortalecer a especialidade frente a atuação de não médicos na especialidade.

A assessora de comunicação, Valéria Morgado, falou sobre uma campanha que aborda a importância de dar visibilidade às especialidades para combater a invasão.

Espaço para os Residentes no Encontro Carioca e Premiação



Dr. Pedro Bastos - Residente do Hospital Salgado Filho.

O Encontro de Residentes teve a sua 12ª edição, no sábado, com apresentação, pelos residentes de diversos serviços da cidade, de 13 trabalhos orais, na plenária principal, e 10 pôsteres eletrônicos. O Dr. Daniel Drummond, Vice-Diretor Científico da SBACV-RJ, considerou que a qualidade dos trabalhos enviados aumenta a cada ano. “Apesar da crise do último ano, a gente resalta que a parte científica foi mantida. Podemos ver, principalmente, pelo Serviço da UERJ que levantou um grande número de casos sobre pacientes tratados com a espuma densa, mostrando que a crise não impediu a qualidade dos trabalhos. Podemos ver isso nos Servi-

ços enviados tanto dos Hospitais Universitários quanto dos hospitais municipais do Rio de Janeiro”, enfatizou.

A Diretoria prestigiou todos os serviços de residência médica, selecionando pelo menos um trabalho para apresentação oral, valorizados no sábado. Na sexta-feira foram apresentados os pôsteres eletrônicos.

Para o Dr. Pedro Bastos, residente do Hospital Salgado Filho, ter um espaço no Encontro Carioca foi muito importante por estimular o residente a

levar casos do Serviço para o Encontro, o que dá uma noção para todos, desde os acadêmicos até os cirurgiões mais experientes, do perfil atual de cada serviço, da complexidade das cirurgias que estão sendo feitas e atualiza como está a saúde pública no Rio de Janeiro. “Tenho a impressão que os residentes estão cada vez mais engajados em trazer casos e assuntos tanto para o Encontro quanto para outros congressos” declarou.

O II Encontro das Ligas Acadêmicas também teve espaço no congresso e contou com 58 acadêmicos na área de Medicina.

Temas Livres premiados - apresentações orais:

Tema	Apresentador	Serviço	Colocação
Correção de Aneurisma Micótico com enxerto de Veias Femorais Superficiais.	Laís Faina	Hospital Federal dos Servidores do Estado	1º lugar
Manifestações Arteriais da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo	Paula Vivas	Centro Endovascular do Rio de Janeiro	2º lugar
Manifestações Vasculares em pacientes portadores de doença de Behçet	Walkyria Yuri Hara	Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) - UERJ	3º lugar

Temas Livres premiados - pôsteres eletrônicos:

Tema	Apresentador	Serviço	Colocação
Trombectomia e Angioplastia como Tratamento da Síndrome da Veia Cava Superior	Clarisse de Moura Cubric	Hospital Universitário Antonio Pedro	1º lugar
Simpatectomia lombar para tratamento de Isquemia Crítica de Membros Inferiores: estatística do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho nos últimos 10 anos.	Luiza Máximo Cunha Pinto	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ	2º lugar
Estenose de veia ilíaca externa após cirurgia de Palma e correção Endovascular: um relato de caso e revisão de literatura	Luiza Máximo Cunha Pinto	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ	3º lugar



"A cada ano que passa a qualidade técnica dos trabalhos científicos e o nível das apresentações vem melhorando. É muito gratificante essa constatação, apesar de toda a crise no estado do Rio de Janeiro e uma série de dificuldades que as residências têm enfrentado. É paradoxal e gratificante. Temos certeza que a Sociedade estimula e colabora para que isso se mantenha de forma cada vez mais presente. Essa foi uma constatação da banca, por unanimidade, que este ano foi o ano de maior nível científico nas apresentações dos residentes." **Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Vice-Presidente da SBACV-RJ e Coordenador da Banca Examinadora dos Temas Livres.**

Mesa da Mulher Especialista: Foco na atuação das sócias da Sociedade



O Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ, incentivou e promoveu a participação das mulheres no Encontro, como forma de valorizar a especialista. "Cada vez mais o número de mulheres aumenta na nossa especialidade, e por isso vimos a importância de realizar uma Mesa onde só mulheres irão debater, moderar e apresentar, com a abordagem de temas importantes do dia a dia da Angiologista e Cirurgiã Vascular", explicou o Presidente.

Uma das novidades do Encontro Carioca foi a disponibilização de um espaço para as mulheres especialistas. Durante o congresso foi montada um "espaço da beleza" onde as congressistas puderam cuidar da aparência durante o evento. Uma maquiadora estava no local para atendê-las, segundo declaração da Dra. Érica Flammarion, que está à frente da Diretoria da Mulher Especialista, a receptividade foi muito melhor do que se imaginava!

Os temas abordados na 1ª Mesa da Mulher Especialista foram sobre a relação do médico com empresas, com palestra sobre: Compliance com a Dra. Maryt Zaniti (SP), Judicialização da Medicina, com a advogada Flávia Fidelis (MG), além da explanação sobre os caminhos da jornada profissional da Dra. Ana Cristina Pinho, gestora do INCA, no Rio de Janeiro, da assistência à direção geral de uma instituição pública.

*“A Diretoria da Mulher Especialista é um serviço em prol das necessidades da especialista. Que objetiva oferecer suporte em diversos níveis desde a parte estética, passando pela jurídica, etc. Queremos ter um espaço nos congressos com assuntos relacionados às mulheres”. **Dra. Érica Flammarion, Diretoria da Mulher Especialista.***



*“Acho que a maior ideia é chamar a atenção de que a mulher que atua na área médica está cada vez mais presente e atuando, mas, muitas vezes, ela desaparece da mídia, da mesa do congresso e o objetivo do nosso Presidente foi montar uma Mesa com mulheres. É importante dizer que os temas foram diversos e não específicos para a causa feminina. Não é essa a ideia, somos diferentes, mas andamos lado a lado. Temos perfis diversos, somos homens e mulheres, mas podemos atuar de forma igual em todas as atividades. Vejo a realização dessa mesa como um início para mostrar que a Sociedade está voltada para a mulher que atua na área médica. Vejo a necessidade de se discutir o assunto, a participação mais efetiva da mulher”. **Dra. Gina Mancini.***

Debatendo defesa profissional no Encontro Carioca



A sexta-feira, dia 24 de março, foi marcada pela realização da Mesa de Defesa profissional, com a participação de Presidentes de Regionais e Diretores da Nacional, que discutiram o assunto. Na sessão foi levantado o tema: Melhores Honorários na Saúde Suplementar - Experiências Vitoriosas, e o objetivo foi apresentar aos congressistas como algumas Regionais têm se posicionado na luta pela valorização do trabalho destes especialistas.

O Dr. Breno Caiafa valorizou a realização da Mesa, o que demonstra ao sócio todo o trabalho da Diretoria da Regional do Rio em prol não só da atualização científica, mas de defesa profissional em busca de melhores honorários, seja na saúde suplementar ou no SUS e a necessidade, cada vez maior, de adquirir experiências com outros estados que também estão nessa luta e vivem a mesma problemática.



"A discussão tem que ser nacional, a Sociedade não é mais só científica é, também, uma Sociedade de defesa profissional. É uma necessidade nossa. Nós estamos, cada vez mais, sendo achatados pelas operadoras de planos de saúde e hospitais, e nossos honorários não acompanham a atualização dos planos de saúde e dos preços do material. Queremos mostrar para os hospitais e para os planos o real valor do nosso trabalho nessa cadeia de valores da Medicina. É fundamental abrir esse tema para discussão". **Dr. Breno Caiafa.**

A presença dos Presidentes de Regionais na reunião foi muito importante, por ter gerado integração; uma questão fundamental para a

unidade, com a apresentação de experiências pessoais, além de discussões de estratégias para chegar ao objetivo de melhorar os honorários.

"Essa discussão foi importante porque norteou e fundamentou opiniões que temos na Nacional. Nós criamos uma comissão nacional de honorários médicos que será incorporado por vários membros de todas as regionais. Basicamente, o que saiu dessa reunião foi a apresentação, pela Nacional, não só de uma linha de atuação para melhoria da CBHPM ao nível da AMB, como também a realização de um Rol de Procedimentos que seria balizador para negociação com vários convênios à nível nacional." **Dr. Roberto Sacilotto.**



"O que nós quisemos mostrar aos colegas foi o que fizemos em dois anos buscando um caminho para termos uma defesa profissional atuante. Hoje, o associado não quer só a parte científica, e a maior queixa que temos hoje é a da remuneração adequada. Os nossos pacientes não são nossos inimigos, eles pagam os planos e querem ser bem atendidos." **Dr. Carlos Clementino Peixoto.**

"É fundamental discutir defesa profissional no Encontro Carioca, assim como receber a opinião do sócio; mostrar a este associado que estamos lutando para isso. Esse é um dos motivos para ele ser membro de uma Sociedade que dá oportunidade de atualização científica, que está lutando pela classe e está proporcionando essa integração. Ele está numa Sociedade que vai protegê-lo, nós temos assessoria jurídica para isso, vai ajudá-lo cientificamente, temos excelentes congressos e reuniões científicas mensais, ser sócio proporciona estar num grupo que está lutando para melhorias de honorários". **Dr. Breno Caiafa.**



"É muito importante discutir esse assunto, honorários médicos, porque é um assunto que preocupa toda a população médica no sentido de que não é possível fazer um bom trabalho sendo mal remunerado. É algo que tem impacto total no trabalho do nosso sócio, e nós temos esse papel. Nós temos estrutura para defender o sócio nesse tipo de atividade e dificuldades que ele tenha, sobre esse assunto. A sociedade tem muito mais força do que uma pessoa sozinha para enfrentar esse tipo de problema." **Dr. Sergio S. Meirelles.**

O reconhecimento por anos dedicados à especialidade e à Sociedade





"A maior homenagem para mim é a presença de todos e o apoio dos amigos, fico muito grato a todos aqueles que acompanharam minha trajetória; alguns, inclusive, não estão mais presentes."

Dr. Márcio Arruda Portilho.

Um momento emocionante, e de grande representatividade, no 32º Encontro Carioca, foi a homenagem ao Dr. Márcio Arruda Portilho. São 42 anos de participação na Sociedade, e de formação médica, participando das várias fases da SBACV-RJ. O Dr. Márcio ocupou vários cargos, durante sua trajetória na Sociedade, o que lhe permitiu ver o crescimento e os frutos do trabalho realizado por muitas gestões. Ele observa três mudanças importantes na Regional do Rio:

"Passamos muitas coisas ao longo desses anos, a história é muito rica, principalmente a evolução da Sociedade. Foram mudanças temporais, de filosofia e de objetivo. Quando eu entrei na Sociedade havia um objetivo científico forte, a Diretoria era muito formal o que gerava certa distância dos sócios. Não considero algo ruim, mas uma postura médica diferente. A Sociedade foi evoluindo para uma segunda fase, que

foi o interesse pelos honorários, e assuntos relacionados à defesa profissional. Havia, então, uma necessidade de criar um braço trabalhista na Sociedade. Nesse contexto chegam a Coopangio (Cooperativa dos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares do Rio de Janeiro), criada em 1994 - e a Participação Médica. Eu e o Dr. Márcio fomos os fundadores da Coopangio. O José Luiz Nascimento Silva teve muita importância por ter estimulado essa discussão na Sociedade. Hoje vem uma terceira fase da Sociedade que é de mais união e participação dos mais jovens, mais aproximação e amizade; eu acredito que essa postura tem atraído mais o sócio. Eu acho que essa mudança de postura da Sociedade se deve ao Julio Peclat, quando ele assumiu a presidência da Regional. O Carlos Peixoto continuou e o Breno também. A Sociedade está mais coesa, mais feliz e mais participativa. Cada fase teve seu momento de acontecer."



No 32ª Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro o Dr. Breno Caiafa, no discurso de abertura, fez uma homenagem ao cirurgião vascular, Eduardo Féres, falecido em 2016. Estavam presentes o pai do especialista, o Dr.

Edílson Féres, e o tio, Dr. Enildo Féres; colegas da especialidade.



O Dr. Breno Caiafa com os Drs. Edílson e Enildo Féres após a homenagem ao Dr. Eduardo Féres.

Sistema **Multilayer** para Tratamento de Aneurismas

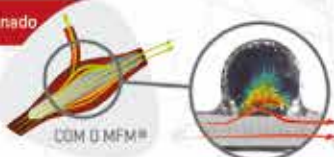
O **Modulador de Fluxo Multilayer – MFM**, é composto por múltiplas camadas de liga de cobalto trançadas. Regula o fluxo sanguíneo, reduz a pressão no interior do aneurisma mantendo a perviedade dos ramos colaterais.



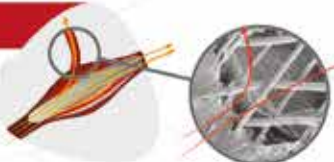
Aneurisma fusiforme



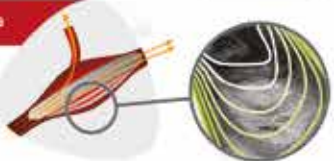
1 Fluxo laminado



2 Patência do ramo



3 Aneurisma



PATÊNCIA DE RAMO

BENEFÍCIOS DO MFM®

- Adapta-se perfeitamente na anatomia aórtica
- Preserva a patência dos ramos
- Organiza os trombos
- Aplicável em qualquer local de intervenção
- Procedimento mais rápido

MFM® Aórtico
MFM® Periférico



Fabricante:



Distribuidor Exclusivo:



Matriz (Curitiba): (41) 3233-7887
Rio de Janeiro: (21) 2567-9173
São Paulo: (11) 3289-7753
Minas Gerais: (31) 3795-0902

www.tecmedic.com.br



Licenciamento Sanitário - Como adequar seu consultório às normas da Vigilância Sanitária

Dr. Flávio Graça - Superintendente de Inovação, Informação, Projetos, Pesquisa e Educação da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização e Controle de Zoonoses - SUBVISA; Médico-Veterinário; Doutorado em Ciências pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Ao iniciarmos nossas atividades em 2017 sob a gestão do Secretário Municipal de Saúde, Marco Antônio de Mattos e da Subsecretária Dra. Márcia Rolim, a Vigilância Sanitária, Fiscalização e Controle de Zoonoses, recebeu a visita de inúmeros representantes de associações comerciais, empresariais e profissionais clamando pela desburocratização referente ao processo de licenciamento sanitário. O licenciamento sanitário é a autorização de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária. O alvará de localização é a autorização de instalação da atividade no endereço pela Secretaria Municipal de Fazenda. A obtenção da licença sanitária sempre foi um dos grandes obstáculos para a formalização de pequenos e grandes empreendedores em nosso município. O processo era realizado de forma física e presencial, passava por diversos segmentos dentro do nosso órgão e obrigava diferentes fiscais a realizar diversas visitas que resultavam em inúmeras exigências. Os processos tramitavam por 1 a 5 anos até que a licença fosse expedida. Algumas atividades comerciais eram extremamente prejudicadas por esta morosidade. Dentre elas, destacam-se o segmento de farmácias, o qual, sem licenciamento sanitário, fica impossibilitado de adquirir medicamentos controlados assim como consultórios médicos, que não renovam seu credenciamento com planos de saúde, o que acaba sendo danoso para estas atividades e causa graves prejuízos aos empreendedores e consequentemente à economia do município.

O decreto Nº 40723 de 8 de outubro de 2015, regulamentou o licenciamento online por autodeclaração. Posteriormente, em janeiro de 2016, foi implantado o SISVISA, um sistema informatizado de vigilância Sanitária que tem por objetivo a desburocratização e a transparência do processo de fiscalização e monitoramento de processos na vigilância sanitária. O requerente acessa o SISVISA

através do carioca digital. Ao entrar com o CPF ele verifica no sistema quais as inscrições municipais e CNPJ estão vinculados. Em seguida, o requerente concorda com um termo de responsabilidade sobre suas declarações e começa a responder as questões referentes a sua atividade, endereço, horário de funcionamento e as perguntas específicas. O mesmo ainda deve anexar a Taxa de Inspeção Sanitária, TIS, e o comprovante de pagamento do ano corrente, além de uma declaração de descrição das atividades realizadas no estabelecimento de saúde. Uma vez respondido, o roteiro é enviado e analisado pelos técnicos da vigilância sanitária, normalmente em apenas 1 dia. O resultado pode ser deferido, quando ele atende a todas as questões, indeferido quando não atende ou ainda pode cair em exigência quando algum documento solicitado não foi apresentado via upload de imagem. Tudo é realizado via web sem deslocamentos ou burocracias.

Entendemos que a implantação do SISVISA foi um grande avanço, mas verificamos que o sistema era novo e ainda trazia vícios do processo anterior. É comum durante a gestão pública sistemas recém implantados continuarem com vícios de burocracia e terminologia de difícil entendimento. O número de indeferimentos era elevado e o questionário era longo. Os roteiros de saúde por autodeclaração on-line continham perguntas subjetivas e de resposta ambígua e em 2017 apenas 24% eram analisados em menos de 10 dias.

Diante do exposto, foi designado um grupo de trabalho e todas as perguntas dos roteiros foram revisadas quanto a sua real relevância e subjetividade. Os roteiros de saúde foram diminuídos em até 90% com perguntas mais objetivas e o número de documentos a serem anexados e enviados caiu de 30 para dois documentos. A exemplo, com a reformulação, o roteiro

para médico pessoa jurídica diminuiu de 195 para 20 perguntas e 36 para 2 documentos escaneados. Com estas melhoras o sistema on-line de emissão de Licenças Sanitárias passou de 70 para 1 dia em mais de 95% dos casos, ou seja, em todos os roteiros considerados de baixo risco. Diante do exposto, o número de licenças sanitárias emitidas passou de 3.400 em 2016 para 15.555 em 2017 e, em maio de 2018 já estamos com mais de 7 mil licenças emitidas.

Disponibilizamos diversos acessos para esclarecimento de dúvidas para os requerentes. Dentre eles, destacam-se, o site: www.prefeitura.rio/vigilanciasanitaria; nossos e-mails: ouvidovisa@rio.rj.gov.br suportesisvisa@gmail.com, por telefone: 2444-4606 e o atendimento presencial: Rua do Lavradio, 180, 6º andar, Bairro Lapa, de segunda a sexta, das 9 às 16 horas. Em paralelo, estamos disponibilizando em nosso site toda a legislação e todos os roteiros de inspeção para que o empreendedor tenha acesso a tudo que será verificado durante a fiscalização e possa realizar sua auto-inspeção.

Existe ainda em nosso site o *check list*, por atividade, de todos os documentos que o médico deve ter em seu estabelecimento. Diversos documentos são solicitados durante a visita do técnico da vigilância, por isso, aconselha-se que o médico crie uma pasta com estes documentos em seu estabelecimento.

Outra inovação importante lançada no final de 2017 foi a resolução da transparência na fiscalização. A Vigilância Sanitária recebeu denúncias de falsos fiscais que abordavam estabelecimentos com o intuito de ameaçar e até roubar. A partir de 2018 vários itens de segurança foram estabelecidos de forma a dar segurança, legitimidade e transparência.

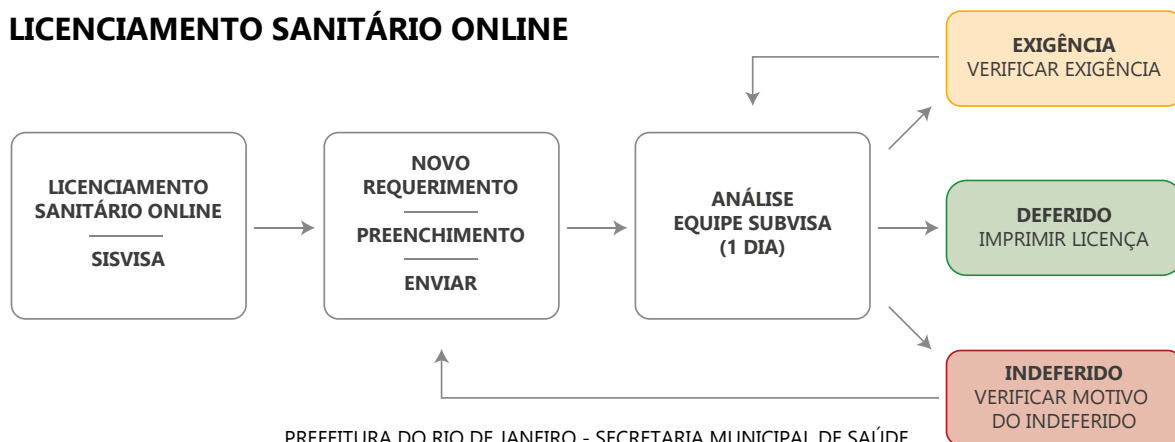
Destacam-se:

- A ordem de serviço a qual é emitida pelo sistema sob anuência da chefia. Neste caso é importante ressaltar que o fiscal da vigilância já sai da sua origem com demandas pré-estabelecidas que incluem endereço, nome do estabelecimento, motivo da visita e nome do fiscal responsável pela ação.
- O Termo de Visita Sanitária (TVS) é sempre deixado em todas as visitas e agora passa a ter itens de segurança como: marcas holográficas e dispositivos que aparecem em luz ultravioleta dificultando a sua falsificação.
- O colete que agora é de uso obrigatório, pessoal e intransferível possui bordado o nome e matrícula do agente público.
- O crachá do fiscal contém um QR code que, uma vez escaneado, remete ao site na Vigilância e disponibiliza a foto, nome, matrícula e área em que aquele técnico pode atuar.
- A carteira funcional também possui diversos itens de segurança.

Nos últimos 16 meses realizamos diversas ações programáticas e de educação sanitária. Este tipo de atividade é executada por uma equipe composta de fiscais com características multiprofissionais. Destacam-se os programas VIGILÂNCIA DE PONTA A PONTA que ocorre em grandes centros comerciais dos bairros do município e VIGILÂNCIA NO SHOPPING. Ambos fiscalizam, simultaneamente, estabelecimento de saúde, alimentos e zoonoses.

Em nossa gestão e de acordo com o momento atual que se encontra o Rio de Janeiro acreditamos que a vigilância sanitária deve ser vista como um órgão impulsionador das atividades econômicas através do estímulo à formalização desde os menores serviços até os grandes negócios, da educação sanitária e da melhoria dos serviços e produtos.

LICENCIAMENTO SANITÁRIO ONLINE



NEVELIA®

BI-LAYER MATRIX



REFERENCES	DESCRIPTION	SIZE	UNITS
MCS0505	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	5x5 cm	1
MCS1015	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	10x15 cm	1
MCS1030	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	10x30 cm	1
MCS2030	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	20x30 cm	1



www.vbula.com.br



O Observatório da Saúde e os Angiologistas e Cirurgiões Vasculares

Dr. Marcio Leal de Meirelles

Angiologista, Cirurgião Vascular e editor executivo do Observatório da Saúde.

A noção de que o “estado de bem-estar” a que chamamos Saúde depende, em grande parte, do comportamento de cada um – tão óbvia para nós, profissionais da área – permanece, ainda, distante do cotidiano das pessoas. A maioria delas se comporta como se o “ficar doente” fosse algo inteiramente imprevisível e aleatório, sobre o qual nada pode ser feito a não ser “chamar o médico”.

As sociedades de especialidades costumam promover campanhas e eventos públicos buscando disseminar a ideia de que cuidar da saúde, muito mais do que tratar doenças, é preveni-las. A Semana Vascular, promovida pela SBACV, é exemplo de uma bem-sucedida iniciativa nesse sentido. A singular experiência de passear por dentro de uma “artéria” e de espremer-se entre “placas de ateroma” provavelmente terá contribuído para que muitos reflitam sobre o seu comportamento no dia a dia: a seleção dos alimentos, a práti-

ca de exercícios, o cuidado com o estresse e com as condições ambientais.

Não por acaso, o Observatório da Saúde tem estabelecido parcerias com as sociedades de especialidades de modo a que, juntas, participem de uma rede de divulgação de hábitos saudáveis e de apelo à conscientização de que, no plano individual ou coletivo, a prática da prevenção é a chave para uma vida saudável.

Ao tornar-se parceiro da SBACV-RJ, o Observatório da Saúde coloca o seu portal www.observatoriodasaude.rj.com.br à disposição dos angiologistas e dos cirurgiões vasculares para a divulgação de informes e contribuições do interesse de suas respectivas especialidades.

Acesse, portanto, o nosso site e sinta-se à vontade para comentar e compartilhar os conteúdos ali publicados e, também, enviar os seus próprios textos para divulgação.



O que esperar das novas Diretorias da SBACV-RJ

Dr. Paulo Marcio Goulart Canongia - Diretoria de Atenção ao Sócio
Dr. Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos - Diretoria da Mulher Especialista

A atual Diretoria da SBACV-RJ tem inovado em suas ações. Já neste primeiro ano de gestão, a criação das Diretorias da Mulher Especialista e de Apoio ao Sócio são dois exemplos que mostram o desenvolvimento do trabalho realizado até hoje. Vamos destacar, neste espaço, as peculiaridades de cada Diretoria.

A Diretoria da Mulher Especialista, segundo a Diretora **Dra. Érica Flammarion**, veio atender às expectativas de mulheres especialistas que vivem realidades diversas, tendo que conciliar cargos de liderança, vida familiar, trabalho e participação nas ações da Sociedade; num ambiente, basicamente, masculino.

Essa é uma diretoria que quer agregar valores, queremos mostrar que homens e mulheres podem trabalhar de forma igual, cada um com sua característica.

Dr. Paulo Márcio Canongia, à frente da Diretoria de Apoio ao Sócio, pontua os benefícios inerentes aos sócios da SBACV-RJ. Dentre eles, ele cita a realização dos Encontros, a revista, os cursos, as reuniões científicas mensais no Rio e fora de sede e as campanhas institucionais; além de eventos regulares envolvendo especialistas. A conquista de uma sede e os serviços da assessoria jurídica também estão entre as vantagens de ser sócio.

As funções que Breno Caiafa me atribuiu são as de aproximar o sócio da Sociedade, entender sua importância e aproximar a Sociedade da população.

Que trabalho será desenvolvido por essa Diretoria e quais os principais objetivos?

Dra. Érica Flammarion: *Queremos nos aproximar mais das sócias para estimular a participação delas e para que possamos compartilhar ideias. Estamos planejando o 'Encontro Mulher Especialista' para conversarmos, falar sobre dicas e quebra de paradigmas.*

Esperamos que as mulheres encaminhem sugestões, dizendo à nossa Diretoria o que elas esperam; além comunicar suas dificuldades. Já estamos recebendo ideias. A princípio, nossa Diretoria vai trabalhar quatro temas durante a gestão direcionados para as mulheres da Sociedade: bem-estar, beleza e saúde da mulher, gestão de carreira, defesa profissional e Atualidades sobre a SBACV. Vamos desenvolver esses temas em eventos, reuniões e campanhas. Temos planos de participar do "setembro vascular" e de incentivar a participação da sócia no "outubro rosa" (prevenção do câncer).

Estou com um projeto para fazermos uma reunião com convidadas falando sobre estética,

beleza, dando dicas, etc. Estamos buscando parcerias. Ainda terão belas e gratas surpresas com essa diretoria.

Dr. Paulo Márcio Canongia: Algumas ações já aconteceram. Durante o Encontro sugeri um espaço para a mulher especialista para retoque da maquiagem e a Dra. Érica Flamarion viabilizou a ideia com sucesso. Tive a oportunidade de apoiar o 1º Curso de Espuma do Dr. Eduardo Trindade, em Macaé, buscando a chancela da Sociedade e a presença do Presidente. Apoio ao Dr. George Maia para criação da subseccional de Rio Bonito, que será inaugurada na reunião fora da Sede em Penedo. Outra ação será a criação de uma seção de entrevistas em nossa revista dedicada às atividades não médicas praticadas por nossos pares, como esportes, lutas, gastronomia, música, etc.

Seguramente a maior ação a ser empreendida é o programa de check-up vascular a ser desenvolvido em nossos consultórios. Haverá um checklist tentando uniformizar esse atendimento, e a ação institucional com o marketing estimulará as consultas. Esta lista de exames sugeridos foi criada por mim e aperfeiçoada pelas Dras. Carmem Porto e Marília Panico, da UERJ. Hoje, toda mulher vai ao seu ginecologista uma vez por ano, faz o seu preventivo e uma série extensa de exames laboratoriais. O ginecologista transformou-se no clínico geral da mulher. Se todos os exames forem normais, a paciente fica feliz. Se

alguma coisa alterada é encontrada ela fica mais feliz ainda com seu médico, porque graças a ele uma patologia foi encontrada e será tratada precocemente. Vamos fazer um caminho semelhante, sem exames desnecessários.

O que essa diretoria pode agregar à Sociedade?

Dra. Érica Flamarion: Mais participação feminina e maior sensibilização em relação a questões específicas da mulher especialista. Um novo olhar sobre os nossos objetivos, maior parceria e agregação em uma época que estamos falando muito de homens e mulheres disputando. Não temos a intenção de disputar, viemos para somar e trabalhar como uma ponte, um elo, entre as sócias que tiverem mais dificuldade de expressar alguma ideia. E essa Diretoria é para isso, para aproximação da sócia, para maior participação da mulher na vascular; para maior interação e ideias.

Dr. Paulo Márcio Canongia: Esperamos colaborar com a proposta do Presidente Breno Caiafa de mostrar aos sócios que vale a pena ser membro da SBACV-RJ. Nossa estratégia é oferecer vantagens para os sócios adimplentes; trabalho iniciado com o Clube de Vantagens da gestão do Dr. Carlos Peixoto. A tarefa é dar continuidade e tentar melhorar. Buscar novas ideias e repetir as que já se mostraram um sucesso, como as campanhas de prevenção de Trombose Venosa.

Reunião da AMB na Academia Nacional de Medicina



No dia 11 de abril o Presidente da Associação Médica Brasileira, Dr. Lincoln Lopes Ferreira, reuniu-se com lideranças representativas de entidades médicas, na Academia Nacional de Medicina, para discutir os cenários da Medicina nos dias atuais, além de traçar diretrizes importantes para a classe médica do Rio de Janeiro. Todos que estiveram presentes puderam falar amplamente, e de uma maneira muito espontânea, sobre expectativas em relação ao movimento médico no Brasil. Dentre as propostas apresentadas, foi falado da importância da atuação de uma Frente Parlamentar Médica, como uma representação necessária à classe, para

fortalecer a defesa de temas de interesses dos médicos, da Medicina, dos pacientes e da sociedade.

Além de lideranças da AMB, estavam representadas a Academia Nacional de Medicina, Academia Brasileira de Medicina Militar e o Conselho Regional de Medicina. O Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira esteve presente representando o Presidente da SBACV, Dr. Roberto Sacilotto, e o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, como membro da Diretoria de ambas. Na ocasião, o Dr. Julio Peclat apresentou ao presidente da AMB o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, desenvolvido pela SBACV-RJ durante seu mandato como Presidente entre os anos de 2014 e 2015.

O Presidente da AMB falou de sua impressão sobre a iniciativa da SBACV-RJ na elaboração do Rol: "Entendemos que a proposta é um aperfeiçoamento, e implica num ganho para o profissional e para os pacientes que serão assistidos adequadamente por um profissional preparado, treinado e motivado para prestar um atendimento a que todos nós, brasileiros, temos direito constitucional: de uma saúde digna, ética e cidadã".

Lançamento de importante projeto para tratamento de varizes no SUS na cidade do Rio de Janeiro

O lançamento do projeto para tratamento das Varizes avançadas, pela técnica de Espuma Densa: "Rio sem Varizes!", ocorreu no Palácio da Cidade do Rio de Janeiro no dia 10 de maio de 2018. Es-

tavam presentes o Prefeito da Cidade, Marcelo Crivella, o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Marco Antonio Mattos, e, representando o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, estavam os Drs. Carlos



Clementino dos Santos Peixoto e Marcio Meirelles (também do Observatório da Saúde). Compareceram também os Drs. Carlos Eduardo Virgini Magalhães pela UERJ, Luiz Alexandre Essinger pela Rio-Saúde e os chefes dos Serviços de Cirurgia Vascular dos Hospitais Miguel Couto, Salgado Filho, Souza Aguiar, Lourenço Jorge e Rocha Faria, assim como representantes de várias unidades da atenção básica (Clínicas de Família e postos de saúde).

O tratamento será realizado por meio do Sistema Nacional de Regulação, SISREG, e a adesão será feita pelas Clínica da Família, UPAs e os hospitais municipais: Salgado Filho, Rocha Faria, Souza Aguiar, Miguel Couto e Lourenço Jorge; que vão disponibilizar horários para o atendimento aos pacientes para o tratamento desse tipo de patologia.

Historicamente, os serviços de Cirurgia Vascular da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, servem como acesso (porta de entrada) para um grande número de pacientes em situações de urgência e emergência. São pacientes com traumatismos vasculares, pé diabético e doenças arteriais já em fase final com necrose. A oferta de serviços de Cirurgia Vascular não acompanhou a enorme

demanda e o número crescente de pacientes com doenças vasculares periféricas.

Os pacientes portadores de insuficiência venosa acabam, neste cenário, não sendo atendidos. Pouquíssimos procedimentos são realizados nesta importante parcela da população. A doença venosa é a de maior prevalência chegando a atingir cerca de 50% da população adulta. Ela causa grandes transtornos ao paciente, sendo importante motivo de afastamento do trabalho e nos estágios avançados acaba por levar ao aparecimento de úlceras de perna de difícil cicatrização. Estas úlceras, além do sofrimento que levam aos pacientes, acabam por gerar um grande gasto ao sistema de saúde, devido à necessidade de curativos por longos períodos.

A Secretaria Municipal de Saúde foi sensibilizada e compreendeu a importância da demanda e a necessidade de promover um resgate no cuidado ao tratamento dos pacientes portadores de doença venosa. Sendo assim, lançou um programa de expansão do atendimento e tratamento de esclerose com espuma, em varizes de grande calibre em pacientes selecionados, nos serviços próprios de Cirurgia Vascular do município.

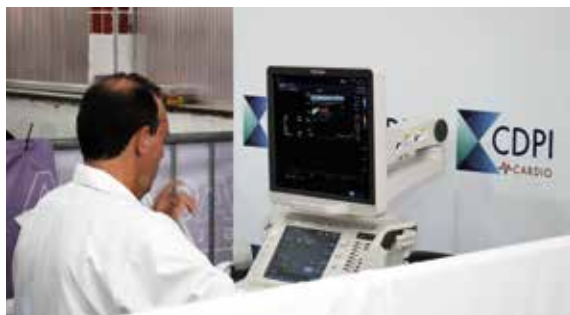
Especialistas esperam que esta expansão seja progressiva e proporcione o crescimento dos serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular, assim como a criação de novos serviços. O atendimento da doença venosa, que é de grande prevalência, sem dúvida promoverá a especialidade perante a população e demonstrará aos gestores a necessidade de maior investimento com aquisição de novos equipamentos e contratação de mais especialistas.

SBACV-RJ é destaque na Ação Global

Com o objetivo de fixar ainda mais sua missão de contribuir para promoção da saúde e da cidadania, a SBACV-RJ participou, no último sábado (26), de mais um Ação Global no Rio, que aconteceu na quadra da escola de samba Acadêmicos do Salgueiro, no bairro do Andaraí. Considerado o maior evento de responsabilidade social do país, o

Ação foi realizado simultaneamente em 27 cidades brasileiras e no Distrito Federal, oferecendo serviços como emissão de documentos, consultas, exames médicos, entre outros.

Na quadra do Salgueiro, a SBACV-RJ ocupou dois espaços, um na área interna e outro na externa.



No estande localizado no interior da quadra, a Sociedade atuou em parceria com o Centro de Diagnóstico Por Imagem (CDPI), realizando triagem e avaliação gratuita de pacientes, selecionando os que apresentavam fatores de risco para desenvolver aneurisma da aorta abdominal e doença obstrutiva da carótida, entre eles, pessoas 65 anos, hipertensos, diabéticos, pacientes com colesterol alto, tabagistas e pessoas com histórico familiar de doença arterial. Ao todo, foram realizados 167 atendimentos e 36 exames de eco-Doppler.

Já na área externa do evento, a artéria inflável da SBACV-RJ foi o centro das atenções de quem circulava no local. Com o auxílio de um especialista e distribuição de folhetos informativos, as pessoas puderam entender, de forma lúdica, como se dá o surgimento da placa de aterosclerose nas artérias e o que é preciso fazer para prevenir e tratar.

Entre a equipe de especialistas presentes no local estiveram o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, o Secretário-Geral, Dr. Sérgio Meirelles, o Tesoureiro, Dr. Almar Bastos, a professora e Chefe do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Carmem Porto, e sua equipe de residentes, as Dras. Sarah Felizardo, Walkyria Hara e Cíntia Miller. Os Drs. Adilson Feitosa, Juliana de Miranda, Maria Meliande, Patrícia Caneschi, Ana Cristina Engelke, e Clóvis Bordini também participaram. Para apoiar a Ação, a Sociedade contou com o suporte de sua equipe: Neide Miranda, Elaine Rios, Juliana Lopes e Adriano Antônio.

"Nesse tipo de evento podemos nos aproximar da população e exercer nossa principal função na medicina, que é de orientação e prevenção, apresentando as principais doenças vasculares. A nossa ideia é que as pessoas conheçam a

especialidade e a relação com as principais doenças vasculares. Além disso, consideramos o Ação Global como uma oportunidade de trazer a população em geral para perto da Sociedade, oferecendo suporte para quem não tem fácil acesso aos serviços de saúde", explica Dr. Breno Caiafa.

O estande da SBACV-RJ também contou com a presença de artistas como o ator global Marcos Oliveira, que, como forma de incentivo, se submeteu ao eco-Doppler Vascular. Marcos parabenizou a Sociedade pelo engajamento no projeto. "É fundamental a união das diferentes entidades, públicas e privadas, em ações para promoção da cidadania. Eu me sinto honrado de estar presente nesse dia, e sei que as ações oferecidas aqui fazem enorme diferença para a comunidade".

Dr. Breno Caiafa ressaltou que a SBACV-RJ tem como objetivo estar cada vez mais comprometida com ações similares a essa. "A Sociedade está disposta a perpetuar e incentivar esse tipo de iniciativa, especialmente, junto aos serviços públicos de saúde".

Em carta à Sociedade, o SESI - organizador do evento junto a rede Globo - agradeceu a participação da SBACV-RJ no Ação Global. "Nossos mais sinceros agradecimentos a você e sua equipe que, apesar de toda a incerteza e diante das adversidades, não mediram esforços para, mais uma vez, contribuir com a inclusão social e o fortalecimento da cidadania. Graças a sua parceria e das demais entidades envolvidas na iniciativa, realizamos 55.047 atendimentos através dos 91 serviços efetivamente prestados a uma média de público de 22.019. O SESI agradece mais uma vez a participação e esperamos que na próxima Ação Global estejamos juntos novamente".

Parceria entre a UERJ e a SBACV-RJ promove conhecimento em curso na Policlínica Piquet Carneiro



Os dias 25 e 26 de maio marcaram a realização do Curso de Escleroterapia com Espuma, pioneiro no Rio de Janeiro, realizado no ambulatório da Policlínica Piquet Carneiro, numa parceria entre a UERJ e a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro. Nos dois dias de curso foram atendidos mais de 200 pacientes que apresentaram varizes de grosso calibre, situação que pode levar à insuficiência venosa crônica e a úlceras crônicas, terceira principal causa de afastamento do trabalho.

O Coordenador do Projeto Varizes, Dr. Carlos Eduardo Virgini, contou que o projeto foi estruturado em 2014. Desde então, já tinha sido apresentado a autoridades da área de saúde: Secretários de Saúde municipal e estadual, deputados, comissão de saúde da Alerj, comissão municipal de saúde para viabilizar o seu funcionamento. Em 2017 o Ministério da Saúde criou o código do tratamento de varizes com espuma, e o projeto começou a funcionar. Segundo o Dr. Virgini, a dificuldade de implementar o Projeto Espuma foi fazer com que as autoridades acreditassem na eficácia do procedimento e no benefício à população, com baixo custo.

A Dra. Cristine Araújo, que faz parte do Projeto des-

de o início, enfatiza a importância do procedimento a pacientes do SUS: "O SUS não tinha esse tipo de tratamento, os pacientes ficavam em filas, para o tratamento de varizes, com até dez anos de espera. Isso porque esse paciente dependia de cirurgias complexas com duração entre quatro e cinco horas. Com o tratamento da espuma o procedimento leva de 10 a 15 minutos, no máximo, e com isso a gente consegue fazer muito mais pacientes por dia".

Seis médicos especialistas realizaram os procedimentos e capacitaram outros médicos, de todas as faixas etárias. Cirurgiões Vasculares e Angiologistas já formados que foram aprender a técnica, que na época da formação deles não era divulgada. O diferencial do curso é o treinamento prático e muito intenso, o aluno que fez o curso teve contato com diversos casos diferentes de doença venosa e pôde tratar, puncionar e passar o doppler. Um treinamento para gerar segurança para a realização do procedimento tanto no consultório quanto em outros serviços.

As vagas para um primeiro atendimento são oferecidas pelo Sistema de Regulação de Vagas do Ministério da Saúde, via Clínicas da Família ou postos de saúde do município do Rio de Janeiro. O Coordenador do curso alerta que as vagas não são da UERJ, os pacientes vão encaminhados pelos médicos da atenção primária de saúde. Este profissional identifica a necessidade do paciente, varizes ou úlcera venosa, e o cadastra no SISREG para marcar a primeira consulta.

"O fato de nós conseguirmos oferecer, dentro da UERJ, na Policlínica Piquet Carneiro, uma grande quantidade de vagas a esses pacientes nos deixa muito satisfeitos. Hoje, além de ofe-

recemos mais de 200 vagas por mês para tratar esses pacientes do SUS, também podemos desenvolver um trabalho de pesquisa em doença venosa. O curso é uma extensão do conhecimento adquirido dentro da universidade. Nós

estamos trazendo especialistas de outros lugares, de outros serviços, privados, inclusive, para aprender a técnica. Temos certeza que esse é um multiplicador muito importante". Enfatizou o Dr. Carlos Virgini.

Noite de caso premiado e esclarecimento jurídico na 587ª reunião científica



A 587ª Reunião Científica da SBACV-RJ aconteceu no dia 24 de maio, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, com uma programação científica voltada para troca de experiências com apresentação de casos interessantes para discussão entre os especialistas, assim como tratar de assunto diferenciado para o conhecimento e aproveitamento dos presentes. Exemplo disso foi a palestra apresentada pelo advogado Luciano Filippo, que foi convidado pela Diretoria da Regional para esclarecer assuntos relacionados à cobrança de impostos, com o tema: "Compreensão, redução e recuperação do ISS – Imposto sobre serviços". Após a explanação, alguns especialistas puderam tirar mais dúvidas em um momento aberto a perguntas.

A Dra. Clarisse de Moura Cubric apresentou o tema: "Trombectomia e Angioplastia como tratamento da Síndrome da Veia Cava Superior"; caso

que teve a autoria da Dra. Clarisse junto com os Drs.: Alessandra Viz Veiga, Alexandre Gomes Sampaio, Marcello Rotolo Nascimento, Pietro de Almeida Sandri e Paulo Eduardo Ocke Reis. Para debater o caso foram convidados os Drs. Adalberto Pereira de Araujo, Leonardo Stambovsky e Eurico Alves Nunes (confirmar o nome dele).

O último caso apresentado na noite foi do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ, de autoria dos Drs. Pedro Vaz Duarte, Luciana Farjoun da Silva, Giovanni Menichelli, Ana Cristina Marinho, José Luiz Telles, Rivaldo Melo, Thiago Filippo, Luiza Máximo, Camila Chulvis, Marcos Vinícius Bittencourt, Layla Salomão, Márcio Filippo e Gaudêncio Espinosa que apresentou o caso aos especialistas. Para debater o caso foram convidados os Drs. Adilson Toro Feitosa, Felipe Silva da Costa e Guilherme Nogueira d'Utra.

Reunião Científica da SBACV-RJ no Windsor Copacabana



Dr. Felipe Costa, Eduardo Trindade, Igor Sincos, Felipe Coelho, Breno Caiafa, Sérgio Meirelles, Bernardo Senra e Almar Bastos.

A fim de promover a atualização de seus associados, a SBACV-RJ realizou sua 588ª Reunião Científica na manhã do dia 09 de junho, na cobertura do Hotel Windsor Excelsior, em Copacabana. A programação científica teve foco em diferentes técnicas e abordagens para o tratamento de varizes dos membros inferiores.

Após a abertura do evento, pelo presidente da SBACV-RJ, Breno Caiafa, nove especialistas se revezaram na abordagem de temas como técnicas de escleroterapia, tratamentos cirúrgicos e ambulatoriais, telangiectasias, tratamento de reticulares, termoablação, uso de dispositivos tecnológicos como auxiliares na escolha da técnica terapêutica.

Adriana Vasconcelos abordou os aspectos importantes da ecografia vascular no mapeamento pré-operatório de varizes.

Eduardo Trindade falou sobre o tratamento por espuma, ressaltando sua experiência no serviço público e privado em Macaé.

Igor Sincos teve três participações na programação: falou sobre fleboextração minimamente invasiva, comparou as técnicas de tratamento e abordou o uso de terapias compressivas pós-tratamento de varizes.

Felipe Coelho falou sobre o tratamento de varizes em regime ambulatorial, abordando sua experiência em um hospital dia em Londrina e o cenário atual, no qual cirurgiões vasculares têm

cada vez mais dificuldades para realizar procedimentos em grandes estruturas hospitalares.

Em sua segunda participação na programação, fez uma visão geral sobre o tratamento de telangiectasias, e encerrou sua participação trazendo sua abordagem sobre a escolha de esclerosantes para o tratamento de telangiectasias recomendando que a seleção seja realizada com base no calibre das veias a serem tratadas.

Bernardo Barros abordou a opção entre a escleroterapia líquida e a por espuma para telangiectasias e reticulares e falou sobre suas experiências, ressaltando que a cirurgia não acabou, e que é preciso manter-se informado e conhecer todas as técnicas.

Detalhes técnicos que melhoram os resultados da Termoablação foi o tema da apresentação de Marcelo Monteiro.

Marcello Moritz e Luciana Gila se alternaram abordando laser transdérmico. Apresentaram algumas informações básicas, o crescimento da visibilidade e da técnica diante dos Vasculares e o tratamento de telangiectasias com laser transdérmico, além da ampliação do perfil do público-alvo, que hoje contempla desde adolescentes até idosos de ambos os sexos.

O ex-presidente da Regional, Ivanésio Merlo, abordou a flebectomia cirúrgica.

Durante o evento, Felipe Coelho apresentou o Flebocurso, plataforma digital de educação continuada que disponibiliza aulas sobre diversos temas da Cirurgia Vascular através de um aplicativo.

Encerrando as atividades, a FQM ofereceu aos participantes da sessão um almoço de confraternização no restaurante do hotel.

Os associados adimplentes terão acesso a todas as aulas da Reunião no portal da SBACV-RJ.

-Hero[®]
GRAFT

REDUZ A
DEPENDÊNCIA
DO CATETER

GRANDES BENEFÍCIOS, EXCELENTE RESULTADOS

Reduz infecções

69%

da taxa de infecção
reduzida em
comparação ao cateter¹

Alta Taxa de Patência

87%

Até 87% patência
acumulativa em 2 anos^{1,2}

Adequação de Diálise
Superior: 1.7 Kt/V, 16% para

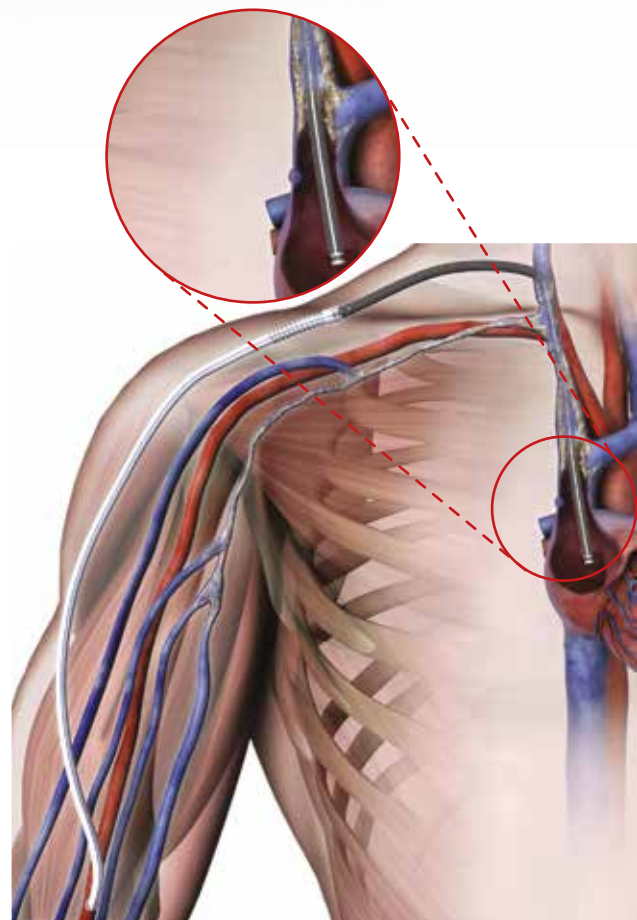
32%

de melhora em comparação
com cateteres¹

Custo: uma economia
média de

23%

por ano em comparação
aos cateteres



Novos Sócios

Aspirantes	
Gabriela Fernandes	fev/18
Juliana Almeida Souza	fev/18
Lyz Nunes	fev/18
Pedro Bastos	fev/18
Camila Frambach	mar/18
Paula Henrique de Moura Lopes	mar/18
Robson Duarte Medeiros	mar/18
Ana Carolina Barroso Roso	abr/18
Gonzalo Adolfo Madiado Lizarado	abr/18
Juliana Paiva Petean	abr/18

Aspirantes	
Karine Reis de Miranda	abr/18
Paula Marques Brandão de Albuquerque	abr/18
Pedro Henrique Marques Vieira	abr/18
Bruno Demier de Carvalho Ferreira	mai/18
Flavia Silva Moreira	mai/18
Lucas de Aquino Hashimoto	mai/18
Marília Castro Lima	mai/18
Renata Silveira Mello	mai/18
Victor Bilman	mai/18
Ricardo Turra Perroni	jun/18

EVENTOS DO SEMESTRE

Conesul Vascular 2018

26 a 28 de julho de 2018
Hotel Bourbon Cataratas Convention
& Spa Resort - Foz do Iguaçu (PR)
(41) 3092-2176, (41) 99901-0032
www.conesulvascular.com.br;
secretaria@conesulvascular.com.br

V Jornada Baiana de Angiologia e Cirurgia Vascular - II Encontro Nacional das Ligas Acadêmicas de Angiologia e Cirurgia Vascular - I Fórum Multidisciplinar em Angiologia e Cirurgia Vascular

09 a 11 de agosto de 2018
Wish Hotel da Bahia - Salvador (BA)
(71) 3271-5369
secretaria@sbacvba.com.br

FLEBO 2018 Simpósio de Flebologia da SBACV-RS e XI Forum Venoso Latino-Americano

16 a 18 de agosto de 2018
Hotel Sheraton Porto Alegre (RS)
(51) 99358-3746, (51) 99358-3746
secretariageral@plenariumcongressos.com.br

6º Controvérsias em Cirurgia Vascular e 5ª Ed. do SVS - Cap. Brasileiro

16 a 19 de agosto de 2018
Hotel Villa Rossa - São Roque (SP)
(11) 3831-6382, (11) 3836-0593
www.sbacvsp.com.br

VIII Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

05 a 08 de setembro de 2018
Sheraton Reserva do Paiva - Recife (PE)
(81) 99653-3044
www.ecografia2018.com.br

XV Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

03 a 06 de outubro de 2018
Hotel Windsor Oceânico
Barra da Tijuca - RJ
(21) 2548-5141
www.panamericancongress.com.br

XII Encontro Norte-Nordeste de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

11 a 13 de outubro de 2018
Hotel Jatiúca - Maceió (AL)
(82) 99983-3284, (82) 99976-6139
nnevascular2018.com.br

XXXIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

21 a 23 de março de 2019
Hotel Windsor Oceânico
Barra da Tijuca - RJ

43º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Outubro de 2019
Centro de Convenções de Pernambuco - Recife
(81) 99289-9875
www.sbacv-pe.com.br

SOLUÇÕES PARA EMBOLIZAÇÃO PERIFÉRICA

ONYX™ LES

SISTEMA LÍQUIDO EMBÓLICO

A VANTAGEM DO TEMPO.
O PODER DO CONTROLE.



CONCERTO™

SISTEMA DE MOLA DESTACÁVEL

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

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



Medtronic

Distribuidor Exclusivo da Medtronic Brasil

VASCULAINE

Referência na Cirurgia Vascular,
Endovascular e Neurovascular



A reengenharia da arte do EVAR



Perfil Ultrabaixo



Projeto trimodular
customizável



Eficácia e durabilidade sem
comprometimento



Poucos códigos que se adaptam
à maioria das anatomias

Cordis

Rio de Janeiro: Av. Ayrton Senna, 3000 - Bl. 02 - Grupo 412 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22775-005 - Tel.: (21) 2127-8999

www.vasculaine.com.br