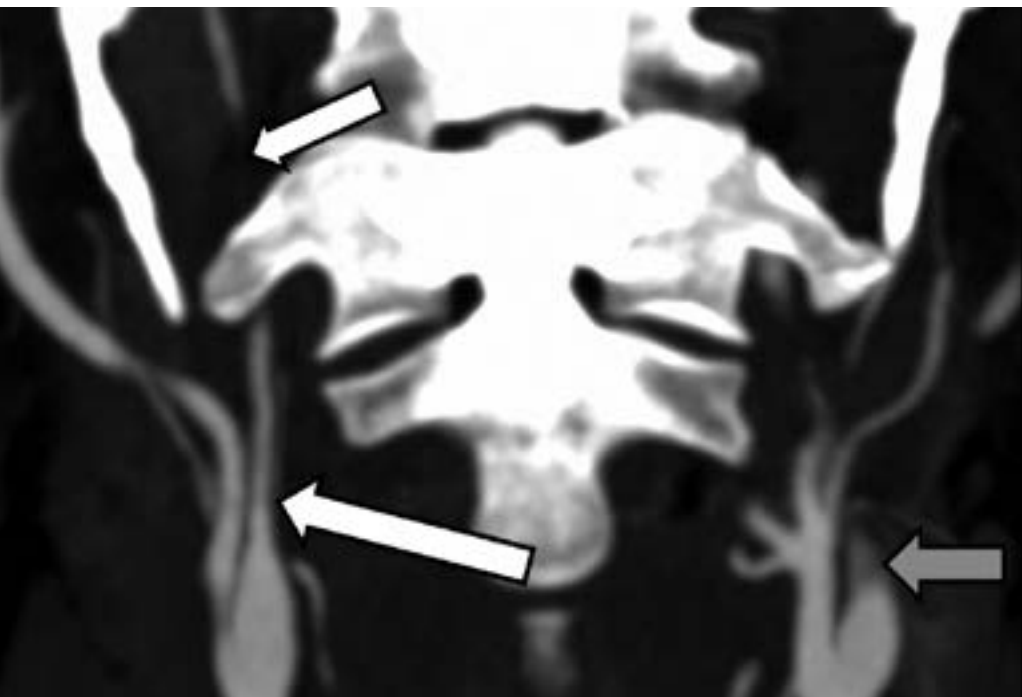




AngioTC de pescoço e crânio: fluxo filiforme em artéria carótida interna direita distal (seta branca longa) e oclusão da mesma na base do crânio (seta branca curta), além de oclusão completa de artéria carótida interna esquerda na origem (seta cinza).

ARTIGO CIENTÍFICO

Dissecção espontânea bilateral de artérias carótidas extracranianas – Relato de caso e revisão sistemática

ESPAÇO DA ECOGRAFIA

Varizes ciáticas: necessário conhecer para reconhecer

GESTÃO DE CARREIRA

Como atrair e fidelizar pacientes com estratégias digitais

EKOS™ SISTEMA ENDOVASCULAR

A PRIMEIRA ESCOLHA

- Longo legado baseado em resultados de pacientes bem-sucedidos e evidências clínicas de longo prazo
- Até 88-92% menos dose trombolítica do que o tratamento sistêmico padrão^{3,5}

A ESCOLHA MAIS INTELIGENTE

- Dispositivo mais estudado no espaço de EP
- O único dispositivo intervencionista para tratar EP com dados de longo prazo³
- Comprovado para reduzir a relação VD/VE em mais de 23%, em média, em apenas 2 horas de terapia^{1,2,3}

A ESCOLHA CERTA

- Segurança e eficácia do paciente
- Risco minimizado de sangramento
- Evitar potenciais complicações relacionadas à trombectomia
- Único dispositivo com protocolo prescrito que permite fluxo de trabalho processual previsível e resultados comprovados para o paciente



¹ Kucher N et al. Randomized, controlled trial of ultrasound-assisted catheter-directed thrombolysis for acute intermediate-risk pulmonary embolism. *Circulation*. 2014;129:479-486. ² Piazza G et al. A Prospective, Single-Arm, Multicenter Trial of Ultrasound-Facilitated, Catheter-Directed, Low-Dose Fibrinolysis for Acute Massive and Submassive Pulmonary Embolism. The SEATTLE II Study. *J Amer Coll Cardiol: Cardiovasc Interventions* 2015; 8(10):1382-1392. ³ Tapson V et al. A randomized trial of the optimum duration of acoustic pulse thrombolysis procedure in acute intermediate-risk pulmonary embolism. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018; 11(14):1401-1410. ⁴ An International Pulmonary Embolism Registry Using EKOS (KNOCOUT PE). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03426124?term=KNOCOUT&draw=1&rank=1>. ⁵ Konstantinides S, Geibel A, Heusel G, et al. Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2002;347:1143-1150.

PALAVRA DO PRESIDENTE	07
Alto nível científico marca o XXXVI Encontro Carioca	
PALAVRA DA VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA	08
A SBACV-RJ em novos caminhos	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE CIENTÍFICO	09
Aconteceu o tão esperado reencontro presencial dos especialistas	
PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL	10
Descentralização e valorização das ideias da diretoria permitiram inovações	
PALAVRA DA DIRETORIA DE INFORMÁTICA	11
Novo site: credibilidade, profissionalismo e informação segura	
EDITORIAL	12
A SBACV-RJ na palma da sua mão	
ARTIGO CIENTÍFICO	13
Dissecção espontânea bilateral de artérias carótidas extracranianas – Relato de caso e revisão sistemática	
ESPAÇO DA ECOGRAFIA	19
Varizes ciáticas: necessário conhecer para reconhecer	
ESPAÇO DO ACADÊMICO	22
Síndrome do aprisionamento da artéria poplítea – Uma revisão	
ESPECIAL	30
Encontro Carioca: primeiro evento presencial desde o início da pandemia	
GESTÃO DE CARREIRA	37
Como atrair e fidelizar pacientes com estratégias digitais	
JURÍDICO	41
O termo de consentimento livre e esclarecido e a LGPD	
DEFESA PROFISSIONAL	44
Do atendimento pelo convênio ao particular	
MEMÓRIA SBACV-RJ	46
A "Vacca", a vacina, e o animal pintado	
INFORMANGIO	48
Novo momento da SBACV-RJ nas redes sociais	
632ª Reunião Científica	49
633ª Reunião Científica	49
634ª Reunião Científica	49
Eventos	50

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 2 – 2022

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

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

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Almar Assumpção Bastos

Vice-Presidente Executivo

Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Científico

Marcos Arêas Marques

Secretária-Geral
Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice- Secretário

Felipe Silva da Costa

2º Vice- Secretário

Fernando Linarde Piccoli

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Felipe Francescutti Murad

2º Tesoureiro

Lys Nunes dos Santos

Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

1º Vice-Diretor Científico

Bernardo Massière

2º Vice-Diretor Científico

Helena de Oliveira Santos

Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burlier Drummond

1º Vice-Diretor de Publicações

Pedro Oliveira Portilho

2º Vice-Diretor de Publicações

Paula Marques Vivas

Diretor de Defesa Profissional

Adilson Toro Feitosa

1º Vice-Dir de Defesa Profissional

Breno Caiata

2º Vice-Dir de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Patrimônio

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Cristina Riguetti

Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

1º Vice-Diretor de Eventos

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Eventos

Gustavo Solano

Diretor de Informática

Érica Flammarion Baioneta Vasconcelos

Vice-Diretor de Informática

Lucia Helena Souza Soares

2º Vice-Diretor de Informática

Patrícia Caneschi Moreira

Dir de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

1º Dir de Planejamento Estratégico

João Augusto Bille

2º Dir de Planejamento Estratégico

Yamil Haimuri Said

Diretor de Mídias Sociais

Leonardo Stambowsky

1º Vice-Dir de Mídias Sociais

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Dir de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

Diretor de Marketing

Bruno Morisson

1º Vice-Diretor de Marketing

Juliana de Miranda Vieira

2º Vice-Diretor de Marketing

Carolina Heil Arostegui Pacheco

Diretor de Ensino Médico

Stenio Karlos Alvin Fiorelli

1º Vice-Diretor de Ensino Médico

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Ensino Médico

Carina Schmidt Pinto Ribeiro Merlo

Coordenação de Apoio Editorial

Douglas Poschinger Figueiredo

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Alda Candido Torres Bozza

Antonio Rocha Vieira de Melo

Arno Buettner von Ristow

Carlos José Monteiro de Brito

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiata

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Márcia Duarte Brandão Panico

Mário Bruno Lobo Neves

Orlando Felisberto Brum

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista

de Angiologia e Cirurgia Vascular

devem ser enviados para o

e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada da Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Natália Faria Delmonte

Comissão da Mulher Especialista

Ana Cristina Engelke Abrantes

Ana Paula de Abreu Parente

Maria Meliane Abreu Jorge

Relacionamento SMS

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlo Sassi

Responsabilidade Civil Médica

Áttila Brunet di Maio

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Jackson Silveira Caiata

Luiz Alexandre Essinger

Câmara Técnica

Joe Sestello

Deontologia Médica

Hugo Marques Tristão

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Celio Feres Monte Alto Junior

João Batista Moniz de Aragão

Comissão de Residência Médica Médica

Carmen Lucia Lascasas Porto

Associações Médicas

Ricardo Francisco de Castro

Cirurgia Endovascular

Eurico Alves Nunes

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO**Pós-Graduação**

Alberto Vescovi

Metodologia Científica

João Roberto Chaves de Almeida

Educação Continuada

Paulo Eduardo Ocke Reis

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Lipídema**

Paula Henrique de Moura Lopes

Doença Cérebro-Vascular

Marcelo Pinto Maximo Ballero

Isquemia Intestinal

Fabio de Almeida Leal

Doença Reno-Vascular

Alexandre Cesar Jahn

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Marcus Humberto Tavares Gress

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Diogo Ribeiro Alves

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Raphael Fernandes Prins y Guerrero

Bernardo Malta Pinto da Silva

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Abdominal

Laerte Vaz de Melo

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Aneurisma Esplânico

Carlos Guilherme Baeta Neves da Silveira

Aneurisma Periférico

Fernando Tabet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

Arterites

Camila Mancini de Almeida

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Tromboembolismo Venoso

Camila Provençano

Tromboembolismo Pulmonar

Renata Abinader

Helen Cristian Pessoni

Insuficiência Venosa

Rodrigo Neves Lopes

Escleroterapia Química

Pedro Menezes Garcia de Freitas

Crioescleroterapia

Esmeralda Allinson Aparcana Canales

Escleroterapia com Espuma Densa

Antonio Carlos Leal Sant Anna

Carina Brandão Barbosa

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Laser Transdérmico

Luciana Lopes Gila

Termoablação por Radiofrequência

Raphaela Ferreira Gatts

Claudia Salvador Amorim

Marcelo Capela Moritz

Termoablação por Endolaser

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Gisele Cardoso Silva de Sena

Angiodisplasias

Marcus Antonio Vieira Siqueira

Microcirculação

Mauricio Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Vasculites

Ana Letícia de Matos Milhomens

Acessos Vasculares

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcio Gomes Filippo

Traumatismos Vasculares

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Latrogênicas

Felippe Beer

Gláucia Moreira Barbosa da Silva

Transplante Renal

Guilherme Nogueira Dutra

Manuel Julio José Cota Janeiro

Pé Diabético

SECCIONAIS COORDENAÇÃO

Antonio Feliciano Neto

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

- NOROESTE FLUMINENSE 1**
Diretor: Eugênio Carlos de Almeida Tinoco
Cidades: Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana, Itaiva, Lajes do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai.
- NOROESTE FLUMINENSE 2**
Diretor: Marcelo Naegele Serafini
Cidades: Itaocara, Aperibé, Cambucí, Santo Antônio de Pádua, Miracema e São José de Ubá.

REGIÃO NORTE FLUMINENSE

- NORTE FLUMINENSE 1**
Diretor: Eduardo Trindade Barbosa
Cidades: Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã
- NORTE FLUMINENSE 2**
Diretor: Leandro Naked Chalita
Cidades: Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana

REGIÃO METROPOLITANA

- METROPOLITANA 1**
Diretor: Guilherme Peralta Peçanha
Cidades: Niterói
- METROPOLITANA 2**
Diretora: Claudio Pitanga Marques da Silva
Cidades: Seropédica, Itaguaí e Paracambi
- METROPOLITANA 3**
Diretora: Marco Antonio Alves Azizi
Cidades: Nova Iguaçu, Nilópolis, Mesquita, Japeri e Queimados
- METROPOLITANA 4**
Diretor: Diogo Di Battista de Abreu e Souza
Cidades: São Gonçalo
- METROPOLITANA 5**
Diretor: Felipe Souza Garcia de Sá
Cidades: Duque de Caxias, São João de Meriti e Belford Roxo
- METROPOLITANA 6**
Diretor: George Luiz Marques Maia
Cidades: Tanguá, Rio Bonito, Maricá e Itaboraí
- METROPOLITANA 7**
Diretor: Glaucia Marques Alves Vieira
Cidades: Magé, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu

REGIÃO DA COSTA VERDE

- Diretor:** Sergio Almeida Nunes
Cidades: Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

- Diretor:** João André Mattos Dias Serra e Gurgel
Cidades: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim

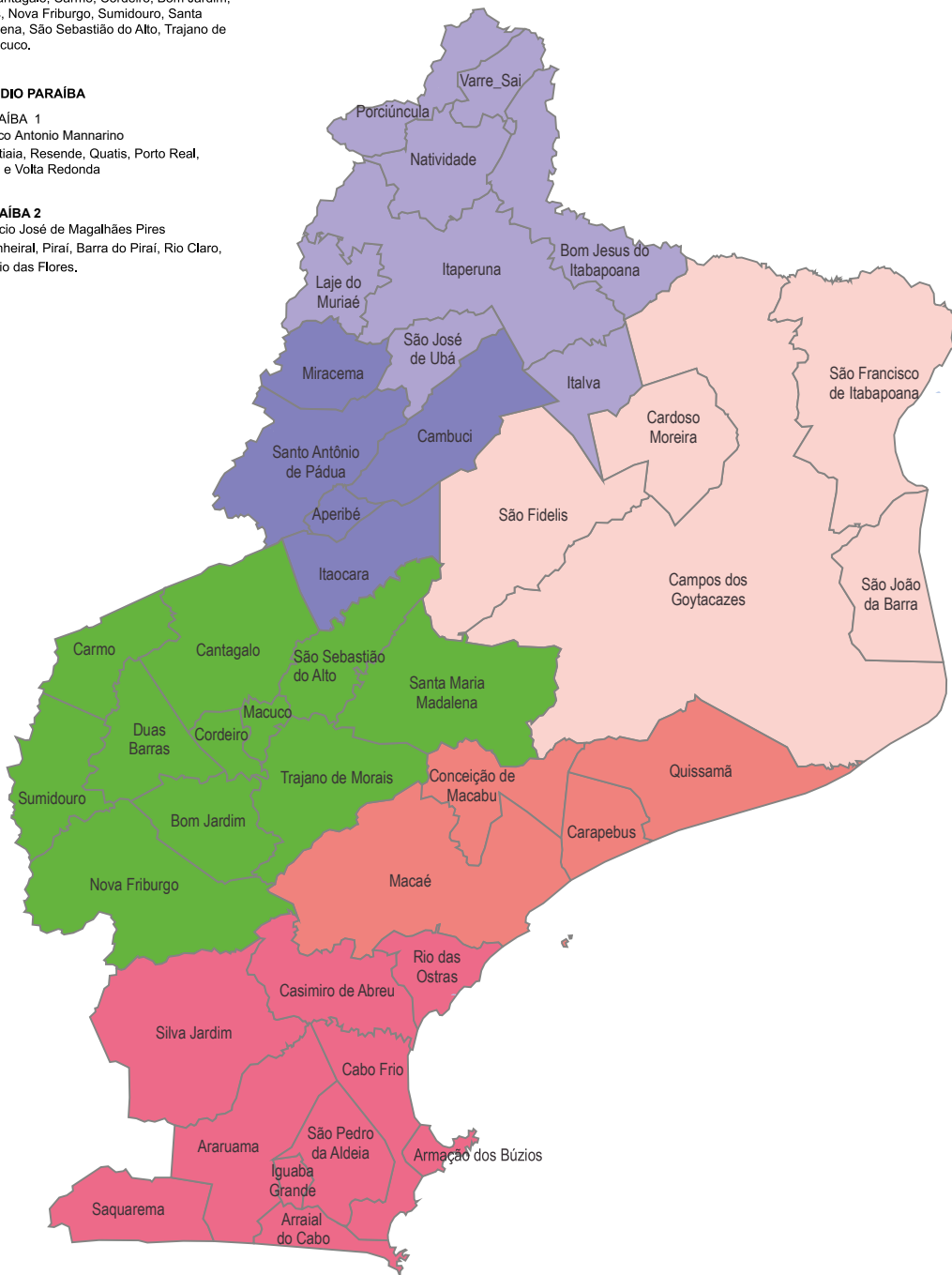
REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

- Diretor:** Stênio Karlos Alvim Fiorelli
Cidades: Três Rios, Areal Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia, Vassouras, Paty dos Alferes, Mendes, Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin.

REGIÃO MÉDIO SERRANA

- SERRANA 1**
Diretor: Eduardo Loureiro de Araújo
Cidades: Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto



REGIÃO MÉDIO SERRANA**SERRANA 2****Diretor:** Egídio Alcides Bonin de Azevedo**Cidades:** Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Bom Jardim, Duas Barras, Nova Friburgo, Sumidouro, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Macuco.**REGIÃO MÉDIO PARAÍBA****MÉDIO PARAÍBA 1****Diretor:** Marco Antonio Mannarino**Cidades:** Itatiaia, Resende, Quatis, Porto Real, Barra Mansa e Volta Redonda**MÉDIO PARAÍBA 2****Diretor:** Marcio José de Magalhães Pires**Cidades:** Pinheiral, Pirai, Barra do Pirai, Rio Claro, Valença, e Rio das Flores.



Dr. Almar Assumpção Bastos

Presidente da SBACV-RJ

Alto nível científico marca o XXXVI Encontro Carioca

Finalmente, conseguimos realizar o XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro presencialmente! Na verdade, o evento foi programado como híbrido, pois quando iniciamos a organização, a pandemia ainda se fazia marcante. E com o avanço da variante ômicron, em janeiro deste ano, acometendo grande parte da população do nosso Estado, ficamos realmente preocupados. Porém, apesar de muito contagiante, essa variante se mostrou com uma agressividade menor, com poucas internações e, em fevereiro, entrou em declínio.

O evento ocorreu no período de 17 a 19 de março e foi um sucesso. No dia 17, tivemos dois cursos: de eco Doppler, com lotação esgotada; e de feridas e elastocompressão, proporcionado pela Venosan de forma gratuita aos nossos associados adimplentes, também esgotado. Ambos apresentaram aulas teóricas no período da manhã e prática à tarde.

Nos dias 18 e 19 de março, nosso Encontro Carioca superou todas as expectativas. Tivemos quatro convidados internacionais que proferiram suas apresentações remotamente de seus países. As aulas dos Drs. Luca Bertoglio (Itália), Augusto Sampaio (Portugal), Tal Hörer e Martin Björk (Suécia) foram realizadas com o mais alto padrão científico, mantiveram a plenária lotada. Ainda tivemos o privilégio de assistir ao Dr. Michael Pruffer, da França, nos bridando presencialmente com sua expertise em endovascular, um dos pioneiros no tema.

Nossos palestrantes nacionais mantiveram o excelente nível científico, com apresentações brilhantes e debates interessantes. Assim, nossa plenária permaneceu sempre com lotação próxima do total.

“Nossos palestrantes nacionais mantiveram o excelente nível científico, com apresentações brilhantes e debates interessantes. Assim, nossa plenária permaneceu sempre com lotação próxima do total.”

Ainda no dia 18 de abril, ocorreu o Encontro de Residentes com 19 inscritos e o Encontro de Ligas Acadêmicas foi prestigiado por 74 acadêmicos de medicina, compondo a totalização de 638 inscritos em nosso evento.

Tivemos o apoio de 29 empresas que expuseram seus produtos em 17 estandes. Foram realizadas oito mesas-redondas, além de cinco simpósios satélites. A todas essas empresas, nosso muito obrigado.

Além do alto nível científico, o XXXVI Encontro Carioca marcou um momento de reencontro com os colegas, de confraternização e comemoração pela melhora do cenário frente à pandemia. Esperamos todos vocês em 2023! O XXXVII já está sendo organizado.



Dra. Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Executiva da SBACV-RJ

A SBACV-RJ em novos caminhos

Estamos finalizando o segundo trimestre desta nossa jornada e estamos vivenciando um novo tempo mais ameno. Recentemente, tivemos a oportunidade de estar juntos num evento único, no mínimo, por marcar o nosso retorno aos eventos presenciais, e receber palestrantes nacionais e estrangeiros de altíssimo gabarito. Mas, que também nos proporcionou uma troca de conhecimentos e experiências importantes após um longo e difícil período de pandemia. O Encontro Carioca foi extraordinário e aproveitamos o espaço para homenagear as Diretorias Científica e de Eventos pelo excelente trabalho.

Reiteramos ainda o enorme trabalho que vem sendo realizado para colocar a SBACV-RJ mais integrada às mídias sociais, aproximando-a da população em geral e proporcionando a esta uma gama de informações de excelente qualidade. E este é um caminho que precisamos prosseguir. Informar à população em geral sobre as doenças vasculares, suas consequências e formas de prevenção. Desta forma, estaremos também defendendo a nossa especialidade e nos aproximando de nossos pacientes.

Também gostaria de parabenizar a SBACV por proporcionar aos seus associados uma oportunidade de atualizarem-se em suas áreas e num evento totalmente voltado ao especialista. O Capacita é uma ação inédita e extraordinária, mas que, certamente, veio para ficar.

A Diretoria da SBACV Nacional está atuando intensamente para proporcionar ao associado uma atuação na área digital mais eficiente e integrada. Como já havia dito nosso Presidente Julio Peclat: “Temos que estar

dispostos a sermos mais criativos, abrindo nossas mentes e estudando como podemos e devemos, não apenas para nos adaptar, mas para sermos mais fortes e mais sintonizados com nossos pacientes nestes novos tempos”. Precisamos manter a SBACV-RJ atualizada e os associados também, incluídos nestes novos tempos e unidos no esforço comum.

Um grande abraço a todos, não deixem de se cuidar e estaremos juntos nesta nova caminhada!

“Reiteramos ainda o enorme trabalho que vem sendo realizado para colocar a SBACV-RJ mais integrada às mídias sociais, aproximando-a da população em geral e proporcionando a esta uma gama de informações de excelente qualidade.”



Dr. Marcos Arêas Marques

Vice-Presidente Científico da SBACV-RJ

Aconteceu o tão esperado reencontro presencial dos especialistas

Caros associados,

O XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro foi um sucesso. O tão esperado reencontro aconteceu de forma harmônica e festiva.

Creio que havia muita ansiedade de todos os associados em comparecer a um evento da nossa regional de forma presencial, pois as duas edições anteriores, devido à pandemia de Covid-19, foram restritas à forma virtual.

Contamos com a presença de diversos convidados nacionais e internacionais que, de forma brilhante, trouxeram as últimas novidades e consensos relacionados ao mais diversos temas (venosos, linfáticos e arteriais). Há que se ressaltar que o evento ocorreu de forma pontual, sem atrasos, devido ao esforço conjunto das Diretorias Científica e de Eventos.

Além das palestras em plenária principal, ocorreram de forma paralela, o já tradicionalíssimo Encontro de Residentes (em sua 15ª edição) e o Congresso de Ligas Acadêmicas de Angiologia e Cirurgia Vascular, que obtiveram êxito absoluto e a presença maciça de residentes e ligantes, dos mais diversos Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular e universidades do Estado do Rio de Janeiro.

Devo ressaltar também o sucesso pleno dos cursos pré-congresso (A imagem ecográfica ao alcance do

angiologista e do cirurgião vascular e Treinamento de enfaixamento compressivo) que obtiveram lotação esgotada.

E, por fim, já estamos trabalhando arduamente para o sucesso do XXXVII Encontro e peço que qualquer associado que quiser contribuir ou sugerir algo, me escreva por e-mail (mareasmarques@gmail.com). Toda sugestão é bem-vinda!

Um grande abraço.

“Contamos com a presença de diversos convidados nacionais e internacionais que, de forma brilhante, trouxeram as últimas novidades e consensos relacionados ao mais diversos temas (venosos, linfáticos e arteriais).”



Dra. Cristiane Ferreira de Araujo Gomes
Secretária-Geral da SBACV-RJ

Descentralização e valorização das ideias da diretoria permitiram inovações

Nosso primeiro evento, o XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular foi um sucesso na sua totalidade, tanto pelo número de inscritos quanto pelo elevado nível científico. Marcou nosso retorno aos eventos presenciais e nos mostrou o quanto estávamos sentindo falta desse contato. Depois de tanto tempo, rever amigos, abraça-los e ainda absorver conhecimentos foram experiências que emocionaram a muitos.

Não posso deixar de citar aqui nosso grande trabalho em equipe, liderado pelo Dr. Almar Bastos, que tem uma característica marcante de descentralização e valorização das ideias de sua diretoria. Isso permitiu que a diretoria de mídias sociais, juntamente com a diretoria de informática, inovasse e foi um grande sucesso. Nosso estande de fotos, como se diz atualmente, “bom-bou”! E, com isso, conseguimos fortalecer e engrandecer nossa marca.

Desde o início de nossa gestão, estamos estimulando a vida associativa. Recebemos solicitações de inscrições de novos sócios e conseguimos reintegrar vários outros.

No último mês, nossa Secretária realizou um mapeamento de todos os serviços com residência médica e catalogamos todos os residentes. A seguir, nossa meta é identificar os sócios e não sócios, com objetivo de trazer esses residentes à vida associativa e desenvolver

um trabalho de educação continuada. Gostaríamos que os chefes de serviço e preceptores dos residentes os estimulassem a participar de nossa Sociedade e a frequentar as reuniões científicas. Para tal, basta acessar o site da SBACV-RJ, preencher o formulário, anexar os documentos e enviar para o e-mail da nossa Secretária (secretaria@sbacvrj.com.br).

Estamos sempre à disposição de nossos sócios.

“Marcou nosso retorno aos eventos presenciais e nos mostrou o quanto estávamos sentindo falta desse contato. Depois de tanto tempo, rever amigos, abraça-los e ainda absorver conhecimentos foram experiências que emocionaram a muitos.”



Dra. Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos

Diretora de Informática da SBACV-RJ

Novo site: credibilidade, profissionalismo e informação segura

A Diretoria de Informática, consciente do momento em que a comunicação virtual e o acesso a informações se tornou, se não o principal, um dos mais importantes recursos solicitados, entende a necessidade de dar continuidade e fazer o aprimoramento de um trabalho dentro da nossa Sociedade, como algo que é primordial.

Após análise criteriosa do site, iniciamos uma avaliação de pontos a serem atualizados e modificados, buscando melhorar esta ferramenta, dando um tom de modernidade, agilidade e funcionalidade.

Implementamos projetos que vão dar ao site um padrão que leva a buscas mais dinâmicas e intuitivas, passando por modificações em modos de acesso, conteúdo, layout e estrutura de navegação.

Buscaremos dar ao associado uma fonte embasada para suas buscas, tirar dúvidas, apoio logístico dentro do exercício da especialidade e de seu papel e benefícios como sócio.

O público também será beneficiado, com a postagem de conteúdos informativos, nos quais podem, além de sanar dúvidas quanto ao contexto das patologias vasculares, ter acesso ao contato de trabalho dos profissionais associados e de locais para exames. Assim, os pacientes podem ser tratados com qualidade e atenção.

Além disso, ficam cientes da ocorrência de campanhas e eventos informativos promovidos pela SBACV-RJ.

A integração entre as diversas diretorias e a sincronia com o aplicativo da SBACV-RJ tornam a navegação dinâmica, com conteúdo atualizado com periodicidade.

O site é a ferramenta que nos possibilita uma busca com credibilidade, profissionalismo e garantia de uma informação segura e eficiente para todos.

“O público também será beneficiado, com a postagem de conteúdos informativos, nos quais podem, além de sanar dúvidas quanto ao contexto das patologias vasculares, ter acesso ao contato de trabalho dos profissionais associados e de locais para exames”



Dr. Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

A SBACV-RJ na palma da sua mão

Com o intuito de dinamizar o acesso do associado aos diferentes setores da nossa Regional, passaremos a disponibilizar na nossa revista links que funcionarão como canais diretos com as diretorias e serviços oferecidos.

Com um planejamento para a melhora da experiência, agilidade e participação ativa, áreas como denúncias e defesa profissional, fotos em alta definição dos eventos promovidos por nossa entidade, acesso ao de Rol de Procedimentos da SBACV-RJ estarão destacados de forma permanente. Seguindo como porta-voz e fator de unidade de nossa Sociedade, nosso encarte digital agora na palma da sua mão deverá ser uma forma sempre presente e lembrada para atender às demandas dos angiologistas e cirurgiões vasculares.

Nesta edição, além das mensagens do nosso Presidente Almar Bastos, dos Vice-Presidentes Gina Mancini e Marcos Arêas e da Secretária-Geral Cristiane Araujo, convidamos o leitor a conhecer um pouco mais do trabalho das diretorias, com a Dra. Érica Flammarion falando sobre o que vem sendo desenvolvido na pasta de Informática.

Trazendo um pouco do sucesso de nosso XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, realizado no Hotel Windsor Barra, entre 17 e 19 de março, foram convidados colegas para compartilharem os conhecimentos adquiridos nas diferentes sessões.

De forma a reforçar nosso papel científico com cunho acadêmico e informativo, um trabalho realizado em conjunto pelas Diretorias Científica, estando à frente Dr. Arno von Ristow e Dr. Marcos Arêas, e de Publicações, em que destaco o empenho do Dr. Douglas Poschinger, vem construir os alicerces para uma maior padronização de

“Seguindo como porta-voz e fator de unidade de nossa Sociedade, nosso encarte digital agora na palma da sua mão deverá ser uma forma sempre presente e lembrada para atender às demandas dos angiologistas e cirurgiões vasculares.”

nossos artigos, buscando maior visibilidade, relevância e fomento para uma maior participação no nosso Jornal Vascular Brasileiro.

Nossa revista ainda traz matérias extremamente atuais sobre as transformações que enfrentamos nos consultórios, com a Dra. Livia Lyra destrinchando as formas de remuneração médica e com o Dr. Lorenzo Tomé apresentando o artigo “Como atrair e fidelizar pacientes com estratégias digitais”.

Convidamos a todos que continuem enviando artigos e abastecendo nossas edições com conhecimento, sabendo que nossa diretoria, com a participação dos Drs. Pedro Portilho, Paula Vivas e Douglas Poschinger, está sempre disposta a auxiliar e direcionar os caminhos para uma publicação de sucesso.

Desejamos a todos uma ótima leitura.

Dissecção espontânea bilateral de artérias carótidas extracranianas – Relato de caso e revisão sistemática

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES:

Roana Lacerda

Cirurgiã Vascular e Endovascular pela SBACV/AMB. Fellowship em Cirurgia Endovascular pelo Centervasc-Rio/iD'Or.

Flávia Moreira

Cirurgiã Vascular pela SBACV/AMB. Pós-Graduada em Cirurgia Vascular e Endovascular pelo Centervasc-Rio/PUC Rio de Janeiro. Cirurgiã do Centervasc-Rio.

Bernardo Massière, PhD

Cirurgião Vascular e Endovascular pela SBACV/AMB. Professor do Fellowship em Cirurgia Endovascular do Centervasc-Rio/iD'Or. Diretor do Centervasc-Rio.

Arno von Ristow

Cirurgião Vascular e Endovascular pela SBACV/AMB. Membro da Academia Nacional de Medicina. Professor do Fellowship em Cirurgia Endovascular do Centervasc-Rio/iD'Or. Diretor Científico do Centervasc-Rio.

Trabalho do Centervasc-Rio e do Fellowship em Cirurgia Endovascular do iD'Or. Rio de Janeiro, RJ.

RESUMO

A dissecção da artéria carótida cervical é uma condição rara e potencialmente fatal que pode causar uma variedade de apresentações clínicas, incluindo acidente vascular cerebral, cefaleia, cervicalgia, zumbido, síndrome de Horner e neuropatias cranianas e está associada a sequelas a longo prazo. Relatamos o caso de um homem de

47 anos com cefaleia e síndrome de Horner. Internado, foi submetido à investigação, confirmando dissecção das artérias carótidas internas bilateralmente, em seu segmento cervical, sem lesões isquêmicas agudas cerebrais. O manejo clínico foi bem-sucedido e o paciente recebeu alta hospitalar uma semana após a admissão. A dissecção da artéria carótida, embora rara, deve ser considerada em pacientes que apresentam sintomas neurológicos espontâneos e diferenciada de outras causas de cefaleia.

ABSTRACT

Cervical carotid artery dissection is a rare and potentially fatal condition that can cause a variety of clinical presentations, including stroke, headache, neck pain, tinnitus, Horner's syndrome, cranial neuropathies and is associated with long-term sequelae. We report the case of a 47-year man with headache and Horner's syndrome. After hospital admission, the patient underwent complementary exams confirming bilateral dissection of internal carotid arteries in its cervical segment, without acute cerebral ischemic lesions. Clinical management was successful. The patient was discharged one week after. Carotid artery dissection, although rare, should be considered in patients who present with spontaneous neurologic symptoms and differentiated from other causes of headache.

INTRODUÇÃO

A dissecção da artéria carótida (DAC) é definida por um hematoma na parede da artéria a nível cervical ou intracraniano, decorrente de laceração intimal e representa uma das principais causas de acidente vascular cerebral (AVC)

em adultos jovens.(1,2) Esta condição envolve uma ruptura em algum ponto do revestimento da artéria e a formação de um retalho da íntima, que permite que o sangue penetre na porção muscular da parede do vaso.(3) A DAC espontânea é rara, com incidência baixa na população em geral, estimada em torno de 2,6 a 3,0/100.000 habitantes/ano.(1,4)

A etiologia é multifatorial na maioria dos casos, embora raramente possam ocorrer como parte de uma doença hereditária do tecido conjuntivo ou displasia fibromuscular.(1) São fatores de risco relatados a hipertensão arterial e enxaqueca, assim como associação com variantes de risco genético (gene PHATRI). Frequentemente, trauma cervical (na maioria das vezes menor), manipulação de quiropraxia da coluna cervical ou infecções recentes são relatados como desencadeantes.(1)

As manifestações clínicas geralmente se apresentam com sintomas e sinais locais, em parte devido à compressão das estruturas adjacentes, incluindo cefaleia, dor cervical, síndrome de Horner e paralisia de nervos cranianos.(1,5) Somente cerca de 5% dos pacientes com DAC são assintomáticos.(5)

As complicações ocorrem em dois terços a três quartos dos pacientes nas séries publicadas e manifestam-se com isquemia cerebral (AVC isquêmico ou acidente isquêmico transitório [AIT]), ou mais raramente com isquemia da retina ou da medula espinhal. Normalmente, estes ocorrem várias horas ou dias após o aparecimento dos sintomas locais.(1)

O diagnóstico clínico pode ser desafiador, pois menos de um terço dos pacientes manifestam a tríade clássica (dor ipsilateral na cabeça, pescoço e face, síndrome de Horner e sintomas isquêmicos cerebrais ou retinianos).(5) O diagnóstico tem sido possível em grande parte pelo desenvolvimento de exames como a angiotomografia computadorizada (ATC), a ressonância magnética, a angiografia de subtração digital e sobretudo, pelo ultrassom Doppler.(5)

As estenoses resolvem ou recanalizam em 33-90% dentro de 6 meses, os aneurismas diminuem de tamanho ou desaparecem em 40-50% dos pacientes, embora alguns possam aumentar ou se desenvolver novamente. A baixa incidência dessas dissecções tem se mostrado um desafio para a condução de ensaios clínicos e, portanto, as diretrizes

têm se baseado principalmente em evidências indiretas de estudos observacionais e opinião de especialistas.(1)

O tratamento medicamentoso consiste principalmente em terapia antitrombótica (ou seja, anticoagulantes/ou antiplaquetários). Nas várias metanálises de dados observacionais, comparando o tratamento com antiplaquetários a anticoagulantes em pacientes com DAC em relação aos resultados de segurança e eficácia, mostraram resultados inconclusivos.(2,5-9) No entanto, esses achados devem ser interpretados com cautela, pois todas as metanálises foram baseadas em dados observacionais, que são propensos a viés. (2,7,9) O *Cervical Artery Dissection in Stroke Study* (CADISS), estudo multicêntrico prospectivo randomizado controlado, no qual a eficácia e segurança de terapias antiplaquetárias e anticoagulantes em pacientes com início agudo de DAC em 7 dias foram investigadas, não encontrou diferenças significativas na eficácia das terapias.(5)

A trombólise intravenosa no tratamento do AVC induzido por DAC parece ser seguro, mas faltam estudos controlados e randomizados para corroborar os resultados. O tratamento endovascular para pacientes com DAC tem sido usado principalmente na falha do tratamento antitrombótico, por contraindicação para anticoagulação e na presença de pseudoaneurismas.(5)

O objetivo deste artigo é descrever o caso de um paciente com dissecção carotídea extracraniana bilateral, espontânea, associada com dissecção de artéria ilíaca, submetido ao tratamento clínico, assim como fornecer uma revisão sistêmica sobre o tema.

RELATO DE CASO

Paciente de 47 anos, masculino, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e enxaqueca, apresentando cervicalgia leve, não relacionada a esforço físico ou trauma, há uma semana. Evoluiu com cefaleia temporoparietal esquerda, de forte intensidade, com duração de dois dias, que o levou a procurar um serviço de emergência, sendo diagnosticado com cefaleia em salvas, com melhora completa após analgesia endovenosa. Recebeu alta hospitalar com analgésicos e manutenção dos anti-hipertensivos orais. Após um dia, notou ptose palpebral e hiperemia conjuntival esquerda. Neurologista, em teleconsulta, o encaminhou para internação hospitalar e investigação diagnóstica, já com suspeita de DAC (Figura 1).

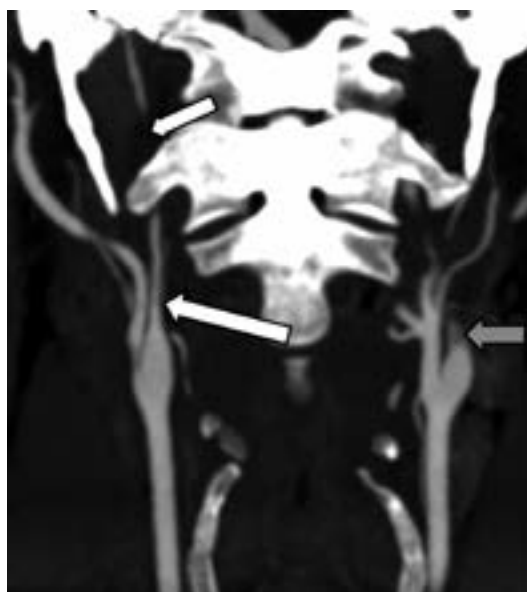
Figura 1. Exame físico inicial demonstrando miose, ptose palpebral, enoftalmia e hiperemia conjuntival à esquerda, compatível com Síndrome de Horner.



Internado em caráter de emergência, estável hemodinamicamente, normotenso, sem déficits neurológicos focais. O eco Doppler cervical evidenciou oclusão de ambos os ramos internos das artérias carótidas, com hiperfluxo vicariante pela artéria vertebral esquerda. O eco Doppler transcraniano mostrou fluxo normal nas artérias cerebrais médias, com hiperfluxo em artéria comunicante posterior esquerda e inversão do fluxo em ambas as artérias oftálmicas, indicando colateralização compensatória via circulação posterior e via ramos da carótida externa,

respectivamente. TC de crânio sem alterações e angioTC confirmou a dissecação bilateral das artérias carótidas internas, com fluxo filiforme distal e oclusão completa junto à base do crânio à direita e oclusão total na origem do interno à esquerda (Figura 2). Tratado com anticoagulação plena com heparina não fracionada endovenosa por cinco dias e anticoagulante oral direto, iniciado antes da suspensão da heparina. Alta hospitalar após uma semana, com boa condição clínica e com progressiva redução dos sintomas neurológicos.

Figura 2. AngioTC de pescoço e crânio: fluxo filiforme em artéria carótida interna direita distal (seta branca longa) e oclusão da mesma na base do crânio (seta branca curta), além de oclusão completa de artéria carótida interna esquerda na origem (seta cinza).



Após um mês de terapia anticoagulante, apresentava resolução completa da cefaleia e parcial da síndrome de Horner. Após um ano, retorna sem sintomas (Figura 3). Eco Doppler de carótidas evidencia recanalização de cerca de 50% dos segmentos extracranianos do ramo interno direito e recanalização irregular do ramo interno

esquerdo. A AngioTC de pescoço mostrava ainda oclusão junto à base do crânio à direita, com recanalização parcial em região cervical e oclusão após a origem à esquerda, com recanalização em terço proximal (Figura 4). A circulação dependia quase que totalmente da mesma suplência inicial.

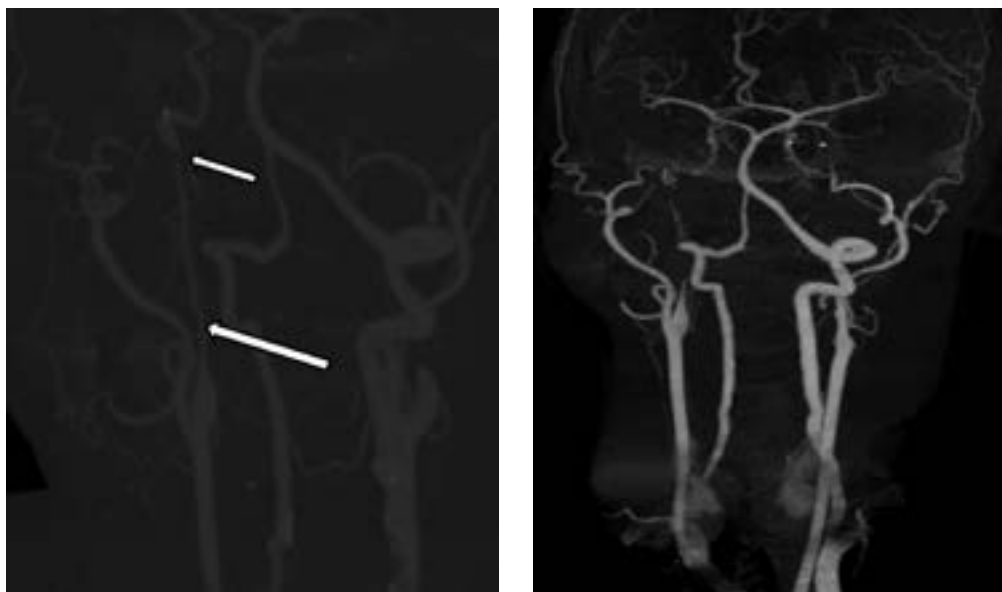
Figura 3. Acompanhamento clínico após um mês com terapia anticoagulante, evidenciando melhora parcial da Síndrome de Horner.



Figura 4. Após um ano de evolução, apresentando melhora completa dos sintomas neurológicos.



Figura 5. AngioTC de pescoço e intracraniana após um ano de evolução. A) recanalização parcial de artéria carótida interna direita (seta branca longa) e pequena oclusão ainda na base do crânio (seta branca curta), além de recanalização em terço proximal de artéria carótida interna esquerda com oclusão distal (seta preta); B) Imagem tardia, com circulação intracraniana normal, apesar de obstrução de ambas as carótidas internas.



DISCUSSÃO

A dissecação da artéria cervicais de irrigação cerebral é responsável por aproximadamente um quinto de todos os casos de AVC em pessoas com menos de 45 anos. As lesões são mais comuns no segmento V3 das artérias vertebrais e no segmento cervical da artéria carótida.(10) Múltiplas artérias cervicais são acometidas somente em 15-20% dos pacientes com dissecação extracraniana, como neste caso.(1)

A fisiopatologia está relacionada às lacerações no endotélio arterial e ao hematoma intramural formado, que causa delaminação das camadas da parede do vaso, resultando em uma falsa luz. Quando os vasos cerebrais ou cervicais são afetados, o AVC é causado pelo crescimento local da falsa luz com oclusão do vaso, formação de trombo com oclusão focal ou distal, embolização dos trombos, comprometimento do óstio da artéria dissecada e hemorragia por ruptura da parede do vaso, aneurisma ou formação de pseudoaneurisma.(10)

A maioria das dissecações de artéria carótida interna (ACI) apresenta cicatrização mural espontânea, com resolução em 33-90% dentro de seis meses.(1,11) Nedeltchev et al. relataram que a taxa de recanalização completa foi de 16%, 50% e 60% em um mês, três e seis meses, respectivamente. A recanalização completa ocorreu na maioria dos casos nos primeiros seis meses. (11,12) Bratu et al. e Baracchini et al. verificaram que em DAC espontânea com oclusão ou estenose hemodinamicamente significativa (>50%), as taxas de recanalização foram de 76,7%, com recanalização completa, com 55% ocorrendo nos primeiros nove meses.(11,13) A oclusão da artéria carótida interna reduziu as chances de recanalização, enquanto a apresentação inicial caracterizada por sinais e sintomas locais foi associada, de forma independente, à recanalização completa.(11,12) O risco de recorrência é baixo (0,3-1,4%), sendo a maior incidência de recorrência relatada no primeiro mês.(14,15)

O diagnóstico é tipicamente baseado em resultados clínicos e de imagem.(10) Os principais fatores que orientam o manejo da DAC consideram a localização nos segmentos intracranianos ou extracranianos, o grau de estenose ou oclusão intraluminal, a presença ou não de eventos isquêmicos subsequentes e quão agudos eles são.(11)

Os objetivos do tratamento da ACI são prevenir eventos isquêmicos e danos adicionais da ACI, uma vez que a existência de adequada circulação colateral é a principal determinante do prognóstico.(11) As opções de manejo incluem uma abordagem conservadora (tratamento medicamentoso), trombólise, terapia endovascular ou tratamento cirúrgico.(16-19)

O tratamento antitrombótico deve ser instituído precocemente, devido risco mais alto de primeiro evento isquêmico cerebral ou recorrência de AVC nos 14 dias a quatro semanas iniciais após a ocorrência da DAC. Duas opções de tratamento têm sido usadas: antiplaquetários (aspirina (AAS), na maioria dos casos, eventualmente antiagregação dupla, com clopidogrel associado) ou anticoagulação sistêmica inicial com heparina, seguida do uso de anticoagulantes orais. A maioria dos trabalhos existentes emprega antagonistas da vitamina K (AVK), mas recentemente os novos anticoagulantes diretos têm sido empregados com sucesso, como neste caso. Dois estudos clínicos randomizados recentes avaliaram a eficácia e segurança do tratamento antitrombótico: o estudo CADISS incluiu 250 pacientes e o estudo TREAT-CAD, alocados aleatoriamente para uso de AAS e para uso de AVK. Todos os AVC isquêmicos ocorreram no grupo AAS, enquanto a única hemorragia maior ocorreu no grupo AVK, embora também estatisticamente não significativa. Portanto, não foi possível demonstrar a não inferioridade do AAS em relação aos AVK.(2,15,17)

Assim, uma abordagem caso a caso é a norma.(11) Como os AVC ocorrem ou se repetem muito precocemente após uma DAC, é recomendado iniciar o tratamento antitrombótico imediatamente, qualquer que seja o tipo de tratamento antitrombótico escolhido.(17,18) Embora seja possível que o AAS possa ser suficiente, nossa conduta pessoal é favorável ao uso de anticoagulantes sistêmicos na fase aguda, seguida de anticoagulação prolongada.(17,19,20) Obviamente, casos com contraindicações ao uso de anticoagulação, receberão somente antiagregantes.

Os anticoagulantes diretos (DOAC's) ainda não foram licenciados para uso na DAC. Certamente, um estudo comparativo entre AVK e DOAC's provavelmente nunca será

realizado. O tratamento com DOAC após a fase hiperaguda em pacientes com DAC cervical parece ser seguro, embora sem superioridade demonstrada em relação a outros agentes antitrombóticos.(17)

Tanto a trombólise intravenosa (TIV) quanto a terapia endovascular (TEV) têm se mostrado eficazes e seguras no tratamento do AVC isquêmico agudo de muitas etiologias. Não há dados de estudos sobre essas terapias no grupo de paciente com DAC cervical. Na ausência de contra-indicações, em pacientes com AVC isquêmico agudo atribuível a DAC, uma trombólise intravenosa e, em casos de oclusão de grandes vasos, a revascularização endovascular pode ser considerada.(17) Indicações cirúrgicas são raras e podem ser aventadas em estenoses residuais ou aneurisma, em caso de localização cervical isolada. (18,19)

Estudos adicionais e pesquisas futuras devem continuar a concentrar esforços na abordagem individualizada da DAC, na terapia dos pacientes e na previsão de resultados e risco de recorrência. Novas abordagens de tratamento e a duração ideal do mesmo são condutas que deverão ser testadas com esperança de melhorar os resultados.(17)

CONCLUSÃO

A DAC deve ser lembrada como causa comum de AVC principalmente em pacientes jovens, possibilitando a instituição do tratamento para evitar resultados desfavoráveis. Embora às vezes negligenciada, essa doença deve ser reconhecida e tratada prontamente. Esse relato busca chamar atenção para essa doença em médicos generalistas e especialistas, para que possam oferecer o diagnóstico e tratamento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeBette S, Mazighi M, Bijlenga P, Pezzini A, Koga M, Bersano A, et al. ESO guideline for the management of extracranial and intracranial artery dissection. *Eur Stroke J*. 2021;6:XXXIX–LXXXVIII.
2. Traenka C, Gensicke H, Schaedelin S, Luft A, Arnold M, Michel P, et al. Biomarkers and antithrombotic treatment in cervical artery dissection – Design of the TREAT-CAD randomised trial. *Eur Stroke J*. 2020;5:309–19.
3. Haneline MT, Rosner AL. The etiology of cervical artery dissection. *J Chiropractic Med*. 2007;6:110–20.
4. Church EW, Sieg EP, Zalattimo O, Hussain NS, Glantz M, Harbaugh RE. Systematic Review and Meta-analysis of Chiropractic Care and Cervical Artery Dissection: No Evidence for Causation. *Cureus*. 2016; 16:143–37.
5. Peng J, Liu Z, Luo C, Chen L, Hou X, Xiao L, Zhou Z. Treatment of Cervical Artery Dissection: Antithrombotics, Thrombolysis, and Endovascular Therapy. *BioMed Research International*. 2017; : 3072098. doi: 10.1155/2017/3072098.
6. Chowdhury MM, Sabbagh CN, Jackson D, Coughlin PA, Ghosh J. Antithrombotic Treatment for Acute Extracranial Carotid Artery Dissections: A Meta-Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015; 50:148–56.
7. Lyrer P, Engelter S. Antithrombotic drugs for carotid artery dissection. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
8. Menon R, Kerry S, Norris JW, Markus HS. Treatment of cervical artery dissection: A systematic review and meta-analysis. *J Neurology, Neurosurg and Psych*. 2008;79:1122–7.
9. Sarikaya H, da Costa BR, Baumgartner RW, Duclos K, Touzé E, de Bray JM, et al. Antiplatelets versus Anticoagulants for the Treatment of Cervical Artery Dissection: Bayesian Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2013;5:8–9.
10. Modolo GP, Fujisao EK, Padula NA de MR, da Silva FAS, Luvizutto GJ, Sobreira ML, et al. Presentation of cerebral and cervical arterial dissections in Botucatu, Brazil: Case series. *J Vasc Bras*. 2021;20 :e20200242
11. Bratu I-F, Ribigan AC, Stefan D, Davidoiu CR, Badea RS, Antochi FA. Internal Carotid Artery Dissection – A Case for Antithrombotic Therapy in the Era of (Minimally) Invasive Procedures. *Maedica*. 2020;15:536–42.
12. Nedeltchev K, Bickel S, Arnold M, Sarikaya H, Georgiadis D, Sturzenegger M, et al. R2-recanalization of spontaneous carotid artery dissection. *Stroke*. 2009;40:499–504.
13. Baracchini C, Tonello S, Meneghetti G, Ballotta E. Neurosonographic monitoring of 105 spontaneous cervical artery dissections: A prospective study. Vol. 75, *Neurology*. 2010;75:1864–70
14. Dziewas R, Konrad C, Dräger B, Evers S, Besselmann M, Lüdemann P, et al. Cervical artery dissection – Clinical features, risk factors, therapy, and outcome in 126 patients. *J Neurology*. 2003; 250:1179–84.
15. Outer W, Chievink IS. Review Articles Current Concepts: spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *NEJM*. 2001;344:898–906.
16. Patel RR, Adam R, Maldjian C, Lincoln CM, Yuen A, Arneja A. Cervical carotid artery dissection: Current review of diagnosis and treatment. *Cardiology in Review*. 2012;20:145–52.
17. Engelter ST, Lyrer P, Traenka C. Cervical and intracranial artery dissections. *Ther Adv in Neurol Disord*. 2021;14:1–11.
18. Berguer R, Kieffer E. Spontaneous dissections. In Berguer R & Kieffer E: *Surgery of the Arteries to the Head*. New York, Springer, 1992. Pg 198–199
19. Berguer R. Carotid and Vertebral artery dissections. In Berguer R: *Function and Surgery of the carotid and vertebral Arteries*. Philadelphia, Wolters Kluwer, 2014. Pg 43–56.

Varizes ciáticas: necessário conhecer para reconhecer

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES:

Vivian Carin Ribeiro Marino – Visão Vascular – Treinamento em ecografia vascular

Helena de Oliveira Santos – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG/Unirio

Marcos Arêas Marques – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG/Unirio

Bernardo Senra Barros – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG/Unirio

Stenio Karlos Alvim Fiorelli – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG/Unirio

Varizes ciáticas são uma condição não muito comum na prática vascular e, por isso, é necessária a experiência do médico ultrassonografista em reconhecer os nervos e suas respectivas varizes. Além do ciático, outros feixes neurais podem ter varizes associadas a eles como o tibial, fibular e sural.

O primeiro autor a reconhecer as varizes ciáticas foi Verneuil em 1890, mas, apenas em 2001, Lamasle publicou o primeiro artigo sobre o assunto com diagnóstico realizado através de ecografia vascular. Ainda hoje, temos poucos artigos descritos e, por isso, se faz necessária a discussão para o aprendizado e correto diagnóstico.

RELATO DE CASO

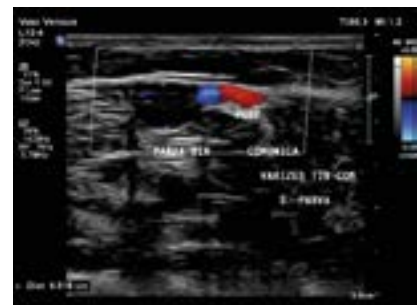
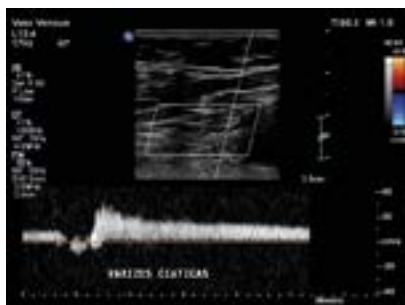
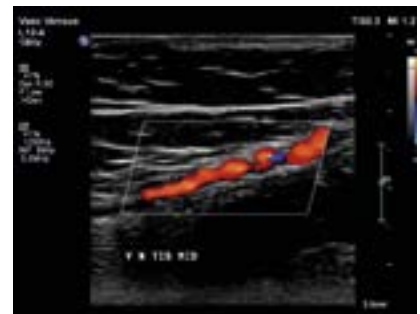
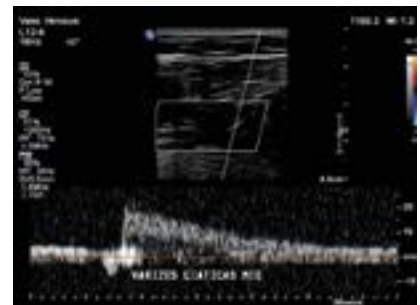
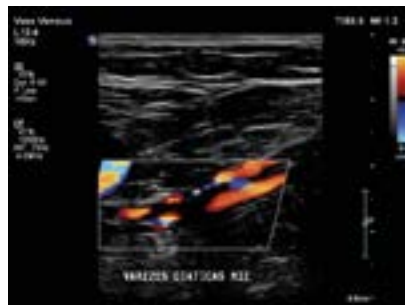
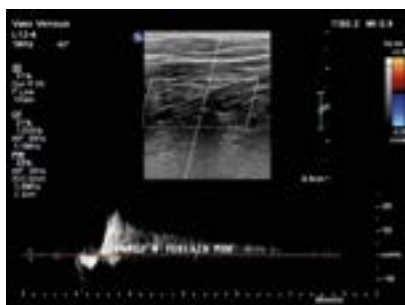
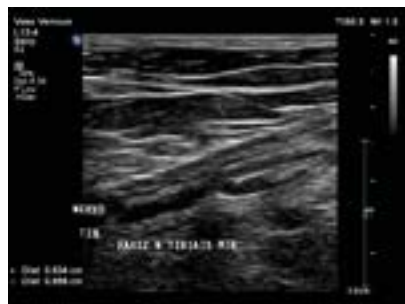
Paciente de 62 anos, masculino, branco, referindo dor em membros inferiores tipo queimação, associada à parestesia em face posterior de coxa esquerda e varizes bilaterais. Procurou nosso serviço para realização de eco color Doppler venoso de membros inferiores – mapeamento venoso para tratamento cirúrgico de varizes.

Ao exame físico, apresentava varizes e veias reticulares dispersas pelo membro. Notadamente, em oco poplíteo esquerdo havia apenas veias reticulares. CEAP – C4.

Ao eco color Doppler venoso de membros inferiores:

- Ausência de refluxo do sistema profundo.
- Insuficiência segmentar de safena magna direita.
- Insuficiência segmentar de safena parva bilateralmente.
- Varizes dispersas nos membros.
- Varizes ciáticas e tibiais bilateralmente. À direita, varizes tibiais se relacionam com safena parva através de perfurante, ao nível da prega poplíteia.





DISCUSSÃO

Os pacientes com varizes do nervo ciático apresentam dor tipo queimação ou peso no trajeto do referido nervo, podendo vir acompanhada de parestesia e piorar quando o paciente se encontra sentado. Considera-se que a dor é oriunda das varizes ciáticas quando o paciente não apresenta quadro clínico de acometimento de nervo ciático, como lombociatalgia, por exemplo. Este tipo de varizes é mais comum em casos associados a varizes pélvicas e recidivadas e tem distribuição anárquica pelo membro, ou seja, podem estar dispersas, sem um trajeto definido que se repita. Podem ainda acometer mais de um feixe neural, concomitantemente, como no caso descrito acima.

Para reconhecimento desta patologia, o ideal é começar o aprendizado pelo reconhecimento ultrassonográfico dos nervos em modo B e, assim, pesquisar a presença de veias dilatadas e tortuosas em seu interior. As varizes ciáticas, de modo geral, apresentam cerca de 2 a 3 mm de diâmetro, são tortuosas e se distribuem ao longo das fibras neurais. Ao Doppler pulsado, apresentam refluxo que perdura por 2 a 3 segundos.

Durante a realização do exame, também é importante tentar encontrar o ponto de conexão entre as varizes que estão conectadas ao nervo e às varizes superficiais, pois as veias mais superficiais podem servir de via de condução para injeção de espuma densa na fase de tratamento. O tratamento das varizes ciáticas via punção direta também é possível, porém apresenta maior risco de lesão do nervo.

Com a evolução da tecnologia, temos aparelhos de ultrassonografia com imagens cada vez melhores permitindo um diagnóstico ultrassonográfico mais preciso. Em especial nas varizes ciáticas, o ultrassom vascular vem se mostrando uma ferramenta perfeita não apenas para seu

“Durante a realização do exame, também é importante tentar encontrar o ponto de conexão entre as varizes que estão conectadas ao nervo e às varizes superficiais, pois as veias mais superficiais podem servir de via de condução para injeção de espuma densa na fase de tratamento.”

reconhecimento diagnóstico, como também para o planejamento e execução terapêutica.

CONCLUSÃO

O caso relatado ilustra a importância de se conhecer e reconhecer as varizes ciáticas durante os exames de ecografia vascular.

Considerando que o primeiro caso descrito com diagnóstico pelo eco color Doppler venoso data de 2001, temos apenas 21 anos desse conhecimento. Este pouco tempo somado a grande curva de aprendizado do método deixa um questionamento: até que ponto o acometimento dos nervos dos membros inferiores pelas varizes é de fato uma condição rara, ou será que ainda não temos número suficiente de examinadores preparados para tal diagnóstico?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Labopoulos N., Veins along the course of the sciatic nerve, American Venous Forum, (J Vasc Surg 2009;49:690-6.)
S. Ricci, Sciatic Nerve Varices, Eur J Vasc Endovasc Surg 29, 83-87 (2005)
Jean-François UHL, Descartes University, Paris, France, Focus on venous embryogenesis of the human lower limbs, Phlebology - vol 2. Nº 2 215

- Corrie M. Yablon, US of the Peripheral Nerves of the Lower Extremity: A Landmark Approach, RadioGraphics 2016; 36:464-478
Philippe LEMASLE, Milka GREINER, 15 rue Pottier, 78150 Le Chesnay, France, American Hospital of Paris, OPD 10, 63 Bd Victor Hugo, 92200 Neuilly/Seine, France Specific criteria of the transcutaneous Doppler ultrasound in unusual causes of lower limb varicose veins, Phlebology - Vol 26. No. 1. 2019

Síndrome do aprisionamento da artéria poplítea – Uma revisão

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTOR:

Guilherme dos Santos Reis de Oliveira, graduando do 5º ano de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques

ORIENTADORA:

Tereza Cristina Abi Chahin Pereira, Professora de Anatomia da Fundação Técnico Educacional Souza Marques

RESUMO

A síndrome do aprisionamento da artéria poplítea é caracterizada pela compressão extrínseca da artéria poplítea na fossa poplítea por um desarranjo estrutural anatômico entre a artéria e estruturas miotendinosas da região, sobretudo, provenientes do desenvolvimento embrionário anômalo da artéria ou do músculo gastrocnêmio. É classificada em seis tipos a depender do fator constrictor, sendo o mais prevalente o tipo I, no qual a artéria poplítea tem um desvio medial e situa-se medialmente ao tendão da cabeça medial do músculo gastrocnêmio sendo comprimida contra o côndilo medial do fêmur. A anomalia tem uma prevalência de 0,16 a 3,5% na população geral e é mais comum nos indivíduos jovens do sexo masculino, porém é extremamente subdiagnosticada. A sintomatologia clássica é claudicação intermitente e dor na perna e pé, principalmente durante a atividade física, podendo evoluir com diversas complicações sendo as mais temidas a trombose e o tromboembolismo arterial e a formação de aneurisma pós-estenótico. O diagnóstico é feito por meio da suspeição clínica e do exame físico, no qual os pulsos distais do membro inferior podem estar ausentes ou diminuídos, sobretudo, durante a flexão plantar e dorsiflexão resistida do pé e confirmado por exame de imagem que demonstre a diminuição do fluxo e o fator constrictor, como um eco Doppler a cores ou uma angiotomografia ou arteriografia. O tratamento é cirúrgico baseado na retirada do fator constrictor e reparo de eventuais danos às artérias. Trata-se de uma síndrome vascular importante e pouco diagnosticada, que deve

ter sua capacidade de gerar lesões arteriais reconhecida e, portanto, diagnosticada e tratada corretamente.

ABSTRACT

The popliteal artery entrapment syndrome is characterized by extrinsic compression of the popliteal artery in the popliteal fossa by an anatomical structural compression between the artery and myotendinous structures in the region, mainly due to an anomalous embryonic development of the artery or of the gastrocnemius muscle. It is classified in six types depending on the constrictor factor, the most prevalent being the type I, in which the popliteal artery has a medial deviation and is located medially to the gastrocnemius muscle medial head tendon, being compressed against the medial condyle of the femur. The anomaly has a prevalence of 0.16 to 3.5% in the general population and is more common in young male individuals. However, it is extremely underdiagnosed. The classic symptomatology is intermittent claudication and pain in the leg and foot, especially during physical activity, which can evolve with several complications, the most feared are arterial thrombosis and or thromboembolism and post-stenotic aneurysm. Diagnosis is made through clinical suspicion and physical examination, with absent or diminished lower limb distal pulses, especially during resisted flexion and extension of the foot and confirmed by an image examination, such as duplex scanning, angiotomography or arteriography, that demonstrates the decreased flow and the constrictor factor. Treatment is surgical and consists of removing the constricting factor and repairing any existing artery damage. It is an important and underdiagnosed vascular syndrome that must have its capacity to generate arterial lesions recognized, and therefore, correctly diagnosed and treated.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome do aprisionamento da artéria poplítea; claudicação intermitente; compressão vascular; cirurgia vascular.

KEY WORDS: *popliteal artery entrapment syndrome; intermittent claudication; vascular compression; vascular surgery.*

DEFINIÇÃO E HISTÓRIA

A síndrome do aprisionamento da artéria poplítea (SAAP) resulta de um desarranjo estrutural anatômico anômalo com origem na relação entre a artéria poplítea e as estruturas miofasciais presentes na fossa poplítea (1). As alterações embrionárias dos vasos poplíteos e dos músculos da região adjacente podem desencadear desarmonia entre o componente arterial e o componente musculotendinoso, ocasionando uma compressão vascular extrínseca (2).

Segundo Bettega, a SAAP pode apresentar-se sob duas formas: a forma anatômica, em que a relação anômala supracitada é decorrente do desenvolvimento embrionário anormal da artéria ou de estruturas musculotendinosas, levando ao desvio do trajeto arterial e a forma funcional, em que o desarranjo é adquirido por uma hipertrofia dos músculos vizinhos, resultando em compressão da artéria (3).

A SAAP foi reportada pioneiramente em Edimburgo, pelo acadêmico de Medicina Anderson Stuart, ao dissecar o membro inferior amputado de um indivíduo de 64 anos do sexo masculino, que sofrera trombose da artéria poplítea. Já o primeiro caso que foi tratado cirurgicamente, com a secção da cabeça medial do músculo gastrocnêmio foi descrito por Hamming em 1959. Por fim, Love e Whelan, em 1965, sugeriram o termo utilizado atualmente “aprisionamento da artéria poplítea” (2,3,4). Um século depois do relato original de Stuart, foi publicado o primeiro caso no Brasil, por Ristow (5).

A SAAP deve ser considerada em qualquer atleta apresentando queixas nos membros inferiores, sobretudo, claudicação intermitente após exercícios e parestesia, inclusive em jovens sem nenhum fator de risco aparente para doença

aterosclerótica. A síndrome é de aparecimento raro e, por isso, frequentemente, desconsiderada entre as possibilidades diagnósticas e investigada de forma inconsistente (6). É, portanto, subdiagnosticada, sendo importante associar as manobras de flexão plantar ativa ou resistida e a extensão, junto com exames de imagem vascular, para o diagnóstico correto, como descrito por Lamb em 2010 (7).

O objetivo desta revisão é retratar o perfil clínico epidemiológico da SAAP, assim como o conhecimento atual sobre a síndrome, demonstrando através de sua fisiopatologia o seu potencial de gerar desfechos mais graves e enfatizando a importância do diagnóstico correto, visto que é frequentemente subdiagnosticada.

ANATOMIA

A artéria poplítea é a continuação direta da artéria femoral superficial, após perfurar o hiato dos adutores em direção à parte posterior da perna emitindo seus ramos geniculares superiores e inferiores, que contornam a região do joelho, irrigando-a. Segue seu trajeto através da fossa poplítea, região anatômica em forma de losango com dois limites proximais: medialmente os músculos semitendinoso e semimembranoso e lateralmente o músculo bíceps femoral; dois distais: lateralmente o músculo plantar e a cabeça lateral do músculo gastrocnêmio e medialmente à cabeça medial; um assoalho, formado pela cápsula articular do joelho e pelo músculo poplíteo; e finalmente um teto: o fáscia poplítea profundo. Na região descrita, a artéria se relaciona intimamente com a veia poplítea e o nervo tibial, sendo o último a estrutura mais superficial e lateral e a artéria a mais profunda e medial. Situam-se ainda outros elementos na região como a veia safena parva, nervo cutâneo femoral posterior e linfonodos poplíteos. A artéria descende obliquamente através da fossa, no trajeto anatômico normal, entrando no compartimento posterior da perna lateralmente à linha média entre o músculo gastrocnêmio e o músculo poplíteo. Nesse compartimento, se estende

desde a abertura no adutor magno, seguindo distalmente e lateralmente à fossa intercondilar do fêmur, prosseguindo em sentido caudal, passando pelo arco tendinoso do músculo sóleo, entre as cabeças da fíbula e da tíbia verticalmente, até a borda caudal do músculo poplíteo, onde se divide em artéria tibial anterior e artéria tibial posterior. A veia poplíteia corre superficialmente à artéria poplíteia e a acompanha nesse trajeto, antes de sair pela fossa poplíteia. É de extrema relevância ressaltar que normalmente a artéria poplíteia, antes de alcançar a borda distal do músculo poplíteo, passa lateralmente à cabeça medial do músculo gastrocnêmio (6).

EMBRIOLOGIA

A região poplíteia é uma região fronteira no desenvolvimento embriológico do membro inferior. Os componentes arteriais e musculares desenvolvem-se simultaneamente de uma maneira complexa. A dissincronia no desenvolvimento, por menor que seja, pode provocar uma compressão arterial. A vascularização da região caudal do ser humano em desenvolvimento é derivada da artéria ilíaca primitiva começando no estágio em que o embrião mede 9 mm. Duas estruturas seguem seus rumos em direção ao membro inferior, a artéria ilíaca interna dorsal, que irá formar a artéria axial e a artéria ilíaca externa ventral, que irá formar a artéria femoral. Quando o embrião atinge 12 mm, a artéria ilíaca externa divide-se nas artérias epigástrica e femoral. A artéria femoral emite um ramo medial que se comunica com a região superior do membro inferior e um ramo lateral, que é o ramo superior da artéria genicular suprema. Distal ao joelho, a artéria axial passa entre a tíbia e a fíbula e o seu curso é marcado pela presença de duas curvaturas, uma proximal acima do cranial ao joelho, justamente no ponto futuro de aderência da artéria femoral e uma curvatura distal no ápice do espaço tibiofibular. Aos 14mm, o ramo superior que se comunica com a artéria femoral, se anastomosa com a artéria axial. A artéria axial produz um novo ramo ao nível da curvatura distal, que passa no compartimento extensor através da parte proximal do espaço tibiofibular: o ramo crural perfurante, que formará a artéria tibial anterior através de sua porção proximal. A parte recorrente desse ramo irá produzir a artéria tibial recorrente anterior. A artéria axial, então, apresentará três segmentos, o primeiro é a artéria isquiática, que é situado cranialmente à anastomose com a artéria femoral; o segundo, intermediário, que é a artéria poplíteia profunda, que passa entre o músculo poplíteo e a face posterior da tíbia; e o terceiro, artéria interóssea, situada cranial do ramo crural perfurante. A

artéria poplíteia profunda dá origem a dois novos ramos: a artéria tibial superficial posterior e a artéria fibular superficial posterior. Esses dois ramos se fundem no estágio de 18 mm, formando a artéria poplíteia distal madura, primariamente profunda, passando anteriormente ao músculo poplíteo, entre o mesmo e a tíbia e que mais tardiamente se superficializa, passando posteriormente ao músculo poplíteo. A persistência da artéria poplíteia profunda (primitiva) associada à involução ou ausência do desenvolvimento da artéria poplíteia superficial, explica o aprisionamento anatômico exercido pelo músculo poplíteo que comprime a artéria contra o osso, situada anteriormente ao músculo de forma anômala, estando entre o osso e o músculo. A migração anômala da cabeça medial do gastrocnêmio, caracterizada pela precoce inserção lateral em graus variados na epífise distal do fêmur, produz uma posição mais medial da artéria poplíteia em relação ao músculo. O grau da deflexão arterial é inversamente proporcional ao grau de inserção muscular. O músculo que é inserido muito lateralmente desvia moderadamente o eixo arterial, enquanto um músculo normalmente inserido produz um desvio bem maior (8).

EPIDEMIOLOGIA

Oliveira et al., em 2008, estabelecem a prevalência desta anomalia em 0,16%-3,5% na população geral, atingindo tipicamente jovens do sexo masculino, na maioria das vezes com histórico atlético, sendo até oito vezes mais prevalente em homens do que em mulheres e principalmente até os 30 anos de idade, devido à maior recorrência de atividade física nessa faixa etária e ao desenvolvimento muscular elevado mais comum nessa idade. Relata-se síndrome bilateralmente sintomática em 30 a 39% dos casos. Há raros relatos de oclusão bilateral das artérias poplíteas secundárias à SAAP (2).

CLASSIFICAÇÕES

Segundo Carneiro Júnior et al., atualmente, a patologia é classificada clinicamente em seis tipos (1):

Tipo 1 – A artéria poplíteia tem um desvio medial e é medial ao tendão da cabeça medial do músculo gastrocnêmio, inserido no côndilo medial do fêmur. Decorre da migração normal da cabeça medial do músculo gastrocnêmio horizontalmente de lateral para medial, que pode sequestrar a artéria poplíteia precocemente madura (anormal) e aprisioná-la contra o côndilo medial do fêmur. É o tipo mais prevalente da SAAP.

Tipo 2 – A artéria poplítea segue seu trajeto normal e é anterior ao tendão do músculo da cabeça medial do músculo gastrocnêmio, que por sua vez se insere mais lateralmente do que o usual na área intercondiliana, causando compressão da artéria.

Tipo 3 – O músculo gastrocnêmio possui um tendão adicional ou banda fibrosa que se insere lateralmente a ele, causando compressão da artéria. Este tipo de aprisionamento aparece quando restos embriológicos do músculo gastrocnêmio permanecem posteriormente à artéria poplítea ou quando a artéria se desenvolve dentro da sua massa muscular. É o segundo tipo mais prevalente.

Tipo 4 – No desenvolvimento embriológico, a artéria poplítea é inicialmente mais profunda que o músculo poplíteo, superficializando-se mais tardiamente. Nesse tipo, a artéria poplítea continua profunda ao músculo, sendo comprimida pelo músculo contra o osso, embora o gastrocnêmio possua sua anatomia normal, persistindo a artéria axial como a artéria poplítea distal madura.

Tipo 5 – É classificado por ser uma combinação da fisiopatologia de um dos tipos supracitados com uma compressão simultânea da veia poplítea, correspondendo de 10 a 15 % dos casos.

Tipo 6 – As estruturas vasculares e musculotendinosas não apresentam variações anatômicas, sendo esse tipo caracterizado por uma compressão funcional tanto da veia quanto da artéria poplítea devido a uma hipertrofia muscular. Destaca-se o aumento desse tipo da síndrome, que vem ocupando cada vez mais uma maior porcentagem do número total de casos.

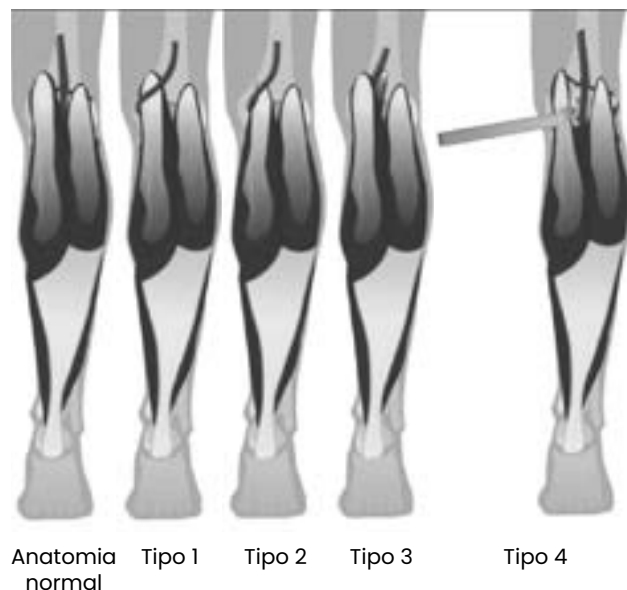
A Figura 1, reproduzida do trabalho de Bettega em 2011, ilustra os quatro tipos mais comuns de SAAP.

SINTOMATOLOGIA

Segundo Carneiro et al., os sintomas mais comumente associados à síndrome consistem na claudicação e dor intermitentes nos pés e panturrilhas durante o exercício (1). Além disso, parestesia das pernas e câimbras noturnas são destacados por Joy e Raudales (6).

Esses sintomas podem estar associados a desfechos clínicos como trombose e estenose arterial, tromboembolismo

Figura 1. Representação das classificações anatômicas do aprisionamento I-IV (3).



arterial distal e trauma repetitivo arterial levando à lesão e formação de aneurisma pós-estenótico (1). Oliveira et al. ainda destacam a isquemia crônica da perna como fator degenerativo do membro (9).

É importante ressaltar que os sintomas de insuficiência vascular são secundários às anomalias anatômicas no curso da artéria através do espaço poplíteo, devendo ter seu potencial de gerar lesões arteriais e isquemia aguda dos membros inferiores reconhecida, sendo então proposto que o desarranjo anatômico do músculo poplíteo seja alvo de tratamento devido ao receio do desenvolvimento futuro de oclusão arterial, como pontuado no tratamento por Kwon et al. (10).

DIAGNÓSTICO

O estabelecimento do correto diagnóstico da síndrome materializa-se em prol das complicações que a doença pode acarretar e dos diagnósticos diferenciais. É necessário discernir a SAAP da doença arterial obstrutiva periférica degenerativa, da degeneração cística da artéria poplítea, da claudicação neurogênica, arterites, tumores na camada adventícia da artéria, doenças musculares e lesões decorrentes de trauma na artéria poplítea (3).

O diagnóstico da síndrome baseia-se no exame físico detalhado com aferição de pulsos distais dos membros

inferiores como tibial posterior e dorsal do pé, reduzidos ou ausentes, juntamente à palidez e presença de extremidades dos membros inferiores frias, uma vez que haja história de parestesia e mialgia aos esforços físicos. Além disso, é de grande valor o eco Doppler colorido, mostrando fluxo reduzido ou ausente nas artérias da região como a tibial anterior e posterior, principalmente durante a dorsiflexão resistida do pé. A arteriografia pré-operatória também é de grande valor, sendo capaz de identificar com precisão o trajeto da artéria poplítea, assim como sua compressão. Mais recentemente, o uso da angiotomografia tornou-se mais elucidativo, pois, além dos vasos, revela as estruturas musculofasciais envolvidas, na tentativa de identificar o fator causal da compressão e classificar o tipo da síndrome.

TRATAMENTO

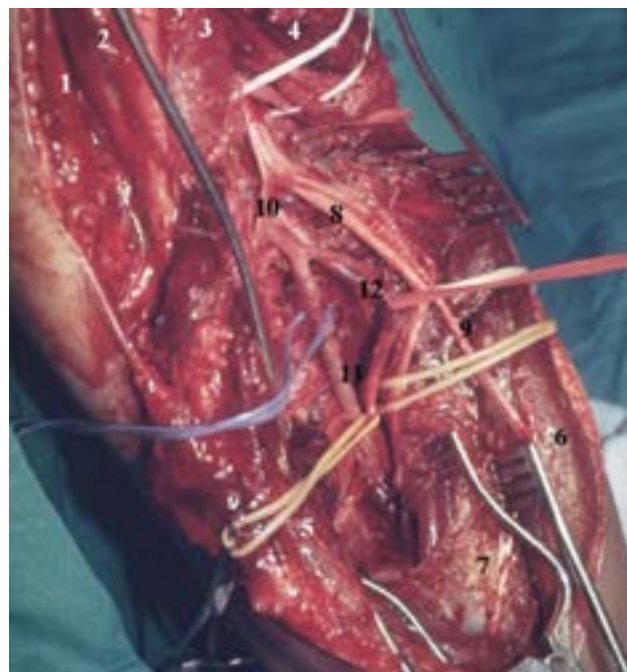
Os objetivos do tratamento consistem em erradicar o fator desencadeante do aprisionamento e da consequente compressão vascular externa que gera dano arterial e, nos casos em que isso ocorra, a reconstrução arterial também passa a ter uma finalidade terapêutica. Assim, erradicar esse fator consiste em uma descompressão vascular por transecção musculotendínea, podendo ser até uma secção da cabeça medial do músculo gastrocnêmio, em alguns casos tendo de ser realizada uma remoção de fibrose em volta da artéria e até liberações de bridas. Além disso, outros procedimentos podem ser realizados, como uma miotomia parcial do músculo gastrocnêmio nos casos de aprisionamento funcional em virtude da hipertrofia muscular, assim como uma retirada de uma parte dos músculos poplíteos ou semimembranoso, miectomia parcial da cabeça medial do músculo gastrocnêmio e secção de um eventual fascículo tendinoso acessório desse, e por fim, exérese do músculo plantar (1-3,5-10).

O tratamento da SAAP é essencialmente cirúrgico, com ótimo prognóstico. A tendência é de que os pacientes retornem às atividades físicas em três meses em mais de 90% dos casos, sem prejuízo de intensidade e função. É de suma importância que a intervenção precoce seja indicada e exercida eficazmente, tendo em vista o potencial de ocorrência de danos arteriais irreversíveis. Portanto, é indicada inclusive no membro contralateral assintomático, assim como em pacientes totalmente assintomáticos enquanto as alterações arteriais não existam ou sejam mínimas, sobretudo, nos indivíduos que possuem evidência de oclusão arterial ao Doppler quando realizam o teste provocativo (flexão plantar forçada) (2,10).

Todavia, segundo Carneiro, a taxa de sucesso operatório é maior dentre os indivíduos com SAAP congênita, reservando, dessa forma, o tratamento cirúrgico nos casos de aprisionamento funcional somente para os casos sintomáticos, propondo conduta conservadora para os assintomáticos como observação e aplicação de toxina botulínica intramuscular, embora esse último ainda não tenha benefício terapêutico evidente na literatura (1).

Considerando o tratamento cirúrgico, segundo Bettega et al., há duas vias de acesso cirúrgico da fossa poplítea, a via medial e a posterior. O acesso pela via posterior é realizado em forma de S e é mais benéfica ao cirurgião, uma vez que existe uma melhor visão de todas as estruturas anatômicas envolvidas, tanto vasculares quanto musculotendinosas (Figura 2). Contudo, o acesso pela via medial, realizado pela primeira vez por Darling em 1974, é mais indicado quando há presença de trombose da artéria, visto que tal acesso permite a dissecação da veia safena magna visando realizar enxerto venoso, e também em oclusões extensas, nas quais torna-se necessário realizar uma ponte femoropoplítea (11).

Figura 2. Ampla exposição da artéria poplítea em acesso posterior (Imagem cedida pelo Dr. Alberto Vescovi do CENTERVASC-RIO)



1. Músculo Grácil | 2. Músculo semimembranoso | 3. Músculo semitendinoso | 4. Músculo bíceps femoral | 5. Músculo gastrocnêmio medial | 6. Músculo gastrocnêmio lateral | 7. Músculo sóleo | 8. Nervo tibial | 9. Nervo cutâneo medial da perna | 10. Ramo muscular do nervo tibial | 11. Veia poplítea | 12. Artéria poplítea

Como já abordado, em grande parte dos casos, nos quais não há dano arterial envolvido que necessite de reparo, a simples remoção do fator constritor, seja ele qual for, é suficiente para atingir o objetivo terapêutico. De acordo com o levantamento realizado por Castiglia, isso representa 34,33% dos casos de SAAP, enquanto o restante envolve outros procedimentos como reparação vascular ou trombólise, com

destaque para reconstrução em ponte ou por interposição venosa, representando 30,57% dos casos (Quadro 1). Por fim, há relatos de endarterectomia/tromboendarterectomia, representando 10,60% dos casos e os não operados, com tratamento conservador, representando 4,53% dos casos. O Quadro 1, compilado da literatura e publicado por Castiglia, ilustra as opções terapêuticas empregadas (2).

Quadro 1. Procedimentos cirúrgicos no tratamento da SAAP (2).

Tratamento	Quantidade	Percentual (%)
Liberação do fator constritor	311	34,33
Bypass ou interposição venosa	277	30,57
Ressecção arterial + arteriorrafia	4	0,44
Ressecção arterial + prótese	4	0,44
Reconstrução com artéria femoral autóloga	3	0,33
Endarterectomia/tromboendarterectomia	96	10,60
Angioplastia com balão	9	0,99
Sympatectomia	6	0,66
Fasciotomia	2	0,22
Trombólise	18	1,99
Trombectomia	1	0,11
Angioplastia com remendo	34	3,75
Valvuloplastia/transferência de vela axilar	11	1,21
Não operados	41	4,53
Não especificado	89	9,82
Totais	906	100

CONCLUSÃO

Através dos fatos elucidados sobre a síndrome do aprisionamento da artéria poplítea, ressalta-se a sua importância dentre as etiologias vasculares geradoras de claudicação intermitente e parestesias dos membros inferiores, assim como o crescente número de casos do tipo VI. Não obstante, ainda é uma síndrome extremamente subdiagnosticada, sendo fundamental que seja considerada como diagnóstico diferencial nos casos de sintomatologia de

claudicação intermitente da perna e pé, sobretudo, em jovens e diagnosticada na ocasião, sendo importante o emprego das manobras de flexão e extensão forçadas do pé, principalmente, durante exame com eco Doppler a cores, evitando complicações arteriais mais severas e de maior complexidade cirúrgica. Logo, é uma patologia que embora conhecida, é pouco difundida no arsenal diagnóstico atual e, dado aos fatos apresentados, deve ter seu crescente reconhecimento e receber adequada importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carneiro Júnior FCF, Carrijo ENDA, Araújo ST, Nakano LCU, de Amorim JE, Cacione DG. Popliteal Artery Entrapment Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. Am J Case Rep. 2018;19:29-34.
2. Castiglia V. Síndrome do aprisionamento da artéria poplítea. In Maffei FHA al (Eds): Doenças Vasculares Periféricas (5a ed), vol. 2, Cap 129. Rio de Janeiro, GEN – Guanabara Koogan, 2016. Pg 1715-1726.
3. Bettiga M, Szeliga A, Hagemann RP, Filho ALS, Júnior ANM "Síndrome do aprisionamento da artéria poplítea: relato de caso". J Vasc Br. 2011;10:325-29.
4. Stuart TPA. Note on the variation in the course of the popliteal artery. J Anat. 1879;13:162.
5. Ristow Av, Arruda AM. Síndrome de compressão da artéria poplítea. Medicina de Hoje. 1979;5:80-82.
6. Joy SM, Raudales R. "Popliteal Artery Entrapment Syndrome": Current Sports Medicine Reports. 2015;14: 364-67.

7. Lamb CM, Davies CG, Whitbread T "Two Cases of Mis-Diagnosed Popliteal Artery Entrapment Syndrome." EJVES Extra. 2010;20:16-18.
8. Rosset E, Hartung O, Brunet C, et al. "Popliteal artery entrapment syndrome. Anatomic and embryologic bases, diagnostic and therapeutic considerations following a series of 15 cases with a review of the literature." Surg Radiol Anat. 1995;17:161-9.
9. Oliveira FM, Santos ACB, Takito AM, Bolanho E, Costa RFB, Fernandes Jr N. "Bilateral popliteal artery entrapment syndrome: case report." J Vasc Br. 2008;7:159-62.
10. Kwon YJ, Kwon TW, Gwon JG, Cho YP, Hwang SJ, Go KY. Anatomical popliteal artery entrapment syndrome. Ann Surg Treat Res. 2018; 94:262-269
11. Darling RC, Buckley CJ, Abbott WM, Raines JK. Intermittent claudication in young athletes: Popliteal artery entrapment syndrome. J Trauma. 1974;14:543-52.

ELUVIA RMÉDICA

BOSTON SCIENTIFIC

Encontro Carioca: primeiro evento presencial desde o início da pandemia

Com a participação de mais de 600 especialistas, o XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, primeiro evento presencial depois da pandemia, foi um grande sucesso. Realizado pela SBACV-RJ no formato híbrido, de 17 a 19 de março de 2022, o Encontro Carioca, como é popularmente conhecido, foi a oportunidade de rever colegas, trocar experiências e visitar a exposição comercial, depois do período de afastamento imposto pela Covid-19.

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA: CONVIDADOS ESTRANGEIROS E TEMAS RELEVANTES

A programação científica contou com apresentações de renomados palestrantes nacionais e internacionais, dentre eles, Augusto Sampaio (Portugal), Martin Björck (Suécia), Tal M. Hörer (Suécia) e Luca Bertoglio (Itália). De forma precursora, o evento trouxe os Drs. Michael Pruffer, da França, e Daniel Amatuzzi, pioneiros nas novas técnicas endovenosas para tratamento tanto de safenas quanto de tributárias, para a primeira mesa-redonda dedicada ao assunto no mundo. Foram realizadas oito mesas-redondas, além de cinco simpósios satélites, que abordaram temas relevantes para a atualização e educação médica continuada dos especialistas.



CURSOS PRÉ-CONGRESSO, ENCONTRO DE RESIDENTES E ENCONTRO DE LIGAS ACADÊMICAS



Ainda foram realizados dois cursos pré-congresso: “Treinamento de enfaixamento compressivo” e “A imagem ecográfica ao alcance do angiologista e do cirurgião vascular”. Na ocasião, também aconteceram o Encontro de Residentes, com mais de 60 participantes e que teve apresentações de trabalhos interessantes e de importância científica; e o Encontro de Ligas Acadêmicas, prestigiado por 74 alunos de Medicina.

– Outro Encontro marcante aconteceu no Rio de Janeiro, mas, dessa vez, com um sabor especial de reencontro. O primeiro evento realmente presencial da especialidade pós-pandemia reuniu muitos amigos, colegas de especialidade e o futuro da Angiologia e da Cirurgia Vascular. O respeitado Encontro Carioca contou, esse ano, com um excelente Encontro de Residentes, com a apresentação de trabalhos cada vez mais interessantes e de importância científica – avaliou Dr. Bernardo Barros, 1º Vice-Diretor de Ensino Médico da SBACV-RJ e um dos coordenadores do Encontro de Residentes.

A composição da plateia, continuou o especialista, teve o brilho dos alunos de medicina, que chegaram cedo para se ambientar com esse novo mundo através do Encontro de Ligas Acadêmicas. Com mais de 70 participantes e uma sala exclusiva nesta edição, o encontro complementou as apresentações dos residentes e confirmou a aposta do Presidente Almar Bastos nesse grupo de jovens ligados à especialidade através das ligas universitárias.

– Faço um agradecimento especial à LIGES (Liga de Gestão e Empreendedorismo – Unirio), que nos ajudou na organização do evento demonstrando sua aptidão para o empreendedorismo, e à LACIV (Liga Acadêmica de Angiologia e Cirurgia Vascular – Unirio) pela presença e participação expressiva – ressaltou.

ABERTURA E HOMENAGEM



A solenidade de abertura do Encontro Carioca contou com a presença dos diretores da Sociedade; do Presidente da SBACV Nacional, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira; do Segundo Secretário do Cremerj, Dr. Yuri Salles Lutz; do representante da Academia Nacional de Medicina, Dr. Arno von Ristow; e de vários especialistas.

O ponto alto do evento foi a homenagem prestada ao Presidente da SBACV Nacional, Dr. Julio Peclat, que ocupou todos os cargos de diretoria na SBACV-RJ. Doutor pela UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e mestre pela UNIRIO (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), Dr. Julio Peclat é membro titular da SBACV, membro titular do CBC (Colégio Brasileiro de Cirurgiões) e membro titular da ABMM (Academia Brasileira de Medicina Militar). Na ocasião, os filhos do Dr. Peclat, Lucas e Rafael, apresentaram um vídeo com depoimentos de familiares e amigos do homenageado.

Veja a seguir o que foi debatido nas mesas-redondas

MESA-REDONDA 1 – FLEBOLOGIA I**Por Dr. Ivanésio Merlo**

A primeira sessão científica do Encontro foi muito interessante para grande maioria dos angiologistas e cirurgiões vasculares. Esse tema responde por uma imensa parcela da receita nos consultórios da especialidade. Tivemos o prazer de poder contar com a elegância e a experiência inquestionável do Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira (RJ) como Presidente da Sessão. Eu e a Dra. Helena Santos (RJ) fomos os moderadores. Os temas foram comentados com bastante clareza pelos *experts*: Dra. Luciana Gila (RJ), Lyz Nunes (RJ), Douglas Poschinger (RJ), Lais Faina (RJ) e Darlene Paixão (RJ).

A primeira apresentação coube ao Dr. Rodrigo Kikuchi (SP) com um tema bem atual, que ele domina e nos ensina com muita propriedade. Como se sabe o laser transdérmico aplicável aos vasos da face e malformações vasculares/hemangiomas está muito bem estabelecido. Com relação às varizes/telangiectasia e reticulares, nos membros inferiores, há uma importante variação de parâmetros a serem considerados. Ele nos mostrou que se deve respeitar o tipo de pele, profundidade e calibre do vaso (alvo), aliados às características do equipamento. Assim, a escolha do spot, este quanto maior for maior será a penetração do laser. A duração do pulso precisa estar de acordo com o tempo de relaxamento térmico da estrutura tratada, para se evitar dano térmico. A fluência deve estar de acordo com a capacidade do vaso em absorver a energia aplicada. Esta é inversamente proporcional à fluência/energia necessária.

O laser associado à escleroterapia química para os vasos dos membros inferiores parece ser um consenso entre os adeptos. O que parece não comungar do mesmo pensamento é a ordem dos fatores. Muitas publicações sugerem que primeiro se aplica o laser e depois a escleroterapia química. O Dr. Bernardo Barros (RJ), entre outros, mostrou sua experiência para convencer os participantes, que é melhor fazer ao contrário. Primeiro, o esclerosante e, depois, o laser. Vale a tentativa?

A espuma de polidocanol para o tratamento das varizes em substituição à cirurgia já é uma realidade em nosso meio. Entretanto, o volume máximo a ser injetado é ainda um ponto polêmico. O Dr. Bruno Morrison (RJ) desmistificou essa questão e apresentou técnica com espuma de polidocanol em altas doses e com bons resultados.

O tratamento de veias safenas incompetentes sofreu grandes mudanças na última década. Anteriormente, era só a remoção cirúrgica como principal escolha de tratamento. No entanto, tem sido gradativamente substituída pela ablação endotérmica: laser ou radiofrequência.

O Dr. Augusto Sampaio (Lisboa) apresentou um novo conceito de tratamento, o fechamento com cianoacrilato, já aprovado para o tratamento de veias safenas incompetentes. O “*Vena-Seal Closure System*” (Medtronic, Minneapolis, MN, EUA), reconhecida na Europa (*Conformité Européenne*) em setembro de 2011. A técnica foi aprovada pela *U.S. Food and Drug Administration* em fevereiro de 2015 e na Coreia em novembro de 2016. Sua experiência é promissora, mas ainda envolve alguns pontos a serem aprimorados. O custo parece ser um dos limitadores.

O Dr. Daniel Coutinho (MT) falou que é possível construir um negócio lucrativo e sustentável. Disse que esse sonho, de muitas pessoas, pode trazer ótimos resultados para quem quer ser inovador e investir. Naturalmente, vão existir segmentos mais lucrativos que outros e você precisa saber sobre as oportunidades existentes antes de escolher. Estudar as recomendações para entender as ideias, empreender e ter algo rentável é o primeiro passo. Manter sempre uma boa dose de coragem é imprescindível.

MESA-REDONDA 2 – CARÓTIDA

A mesa-redonda que abordou o tema carótida teve como presidente o Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho (RJ) e os moderadores Drs. Julio Peclat (RJ) e Bernardo Massière (RJ). Os debatedores foram os Drs. Daniel Bezerra (RJ), Antônio Freitas (RJ), Marco Carneiro (RJ) e Rodrigo Cunha (RJ).

Durante a mesa-redonda foram apresentados os temas “Revascularização carotídea após isquemia cerebral aguda: qual o melhor momento e estratégia de abordagem?”, por Dr. Arno von Ristow (RJ); “Sistema de proteção cerebral: quando e como? Eles são realmente seguros?”, por Dr. Eugênio Tinoco (RJ); “Revisitando endarterectomia carotídea: técnica do neobulbo com carótida externa para evitar patch de outra natureza”, por Dr. Adalberto Pereira de Araujo (RJ); “Resultados comparativos entre a cirurgia aberta e endovascular na doença carotídea obstrutiva: evidências atuais”, por Dr. Erasmo Simão (SP); e “AVC após revascularização carotídea: o que podemos fazer de prático para minimizar essa tragédia e seus danos?”, por Dr. Carlos Peixoto (RJ).

MESA-REDONDA 3 – TEMAS RELEVANTES I

O Dr. José Luiz Camarinha do Nascimento Silva (RJ) foi o presidente da mesa-redonda que abordou temas relevantes. Os Drs. Breno Caiafa (RJ) e Carlos Enaldo Pacheco (RJ) foram os moderadores, enquanto que os Drs. Paula Lopes (RJ), Luiz Alberto Duque (RJ), Adilson Feitosa (RJ) e Francesco Evangelista (MG) foram os debatedores.

Os temas apresentados foram “Lipedema: do diagnóstico ao tratamento”, por Dr. Alexandre Amatto (SP); “Táticas cirúrgicas no pé diabético de urgência. Evitando mutilações precoces”, por Dr. Eliud Garcia (ES); “A medicina regenerativa através do uso de microenxertia local”, por Dra. Nycole Carvalho Magalhães (RJ); “Maturação de FAV assistida por balão”, por Dr. Leonardo Harduim (RJ); e “Modelo consolidado de procedimentos da SBACV, uma realidade na melhoria de honorários médicos?”, por Dr. Eraldo Arraes (PE).

MESA-REDONDA 4 – DAOP

Por Dr. Antonio Vieira de Mello

Tema 1 – Oclusão aortoiliaca tratada por via endovascular – dicas e truques

Apresentadora: Dra. Cristina Rigueti (RJ)

Oclusões totais do eixo aortilíaco são as mais complexas para abordagem endovascular, segundo TASC II. Diversidades anatômicas entre as ilíacas comum e externa exigem domínio de técnica e dos materiais endovasculares para o sucesso nesta região. Foram demonstrados casos de recanalização endoluminal, subintimal, uso de dispositivo de reentrada, stents diversos, técnicas kissings.

Tema 2 – Aneurisma de poplíteo – Tratamento endovascular – Dicas e truques

Apresentador: Dr. Marco Antonio Mannarino (RJ)

O aneurisma poplíteo tem variadas formas de apresentações e riscos de complicações. A cirurgia aberta continua “padrão ouro” como indicação primária. Em três anos, resultados de perviedades primárias na endovascular são inferiores à cirurgia aberta, mas similares nas perviedades secundárias. Foram apresentados critérios anatômicos para a seleção de casos para cada indicação, assim como o passo a passo e dicas para correções endovasculares.

Tema 3 – O papel dos dispositivos de reentrada no tratamento das oclusões arteriais crônicas periféricas

Apresentador: Dr. Marcelo Lacativa (RJ)

As técnicas de recanalização no tratamento endovascular das oclusões arteriais femoropoplíteas podem apresentar dificuldades para reentrada. Algumas dicas são muito válidas, como girar o cateter próximo a um ramo, recanalização retrógrada pelas artérias podais ou poplíteas, e técnica Michelangelo e uso de dispositivos de reentrada.

Tema 4 – Para onde se dirige o tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores?

Apresentador: Dr. Daniel Leal (RJ)

A taxa anual de mortalidade de pacientes diabéticos com isquemias críticas de membros inferiores é elevada. Os últimos consensos, WIFI e GLASS, definiram bem condutas e procedimentos para maior sucesso nas isquemias críticas, tal como, uso de IVUS e arteriografia com CO₂; balões especiais; aterectomia; litotripsia; filtros de proteção; arteria-lização venosa; uso de novos medicamentos.

Tema 5 – Revascularização em territórios femoropoplíteo e infrapatelar com baixo perfil 4F

Apresentadora: Dra. Cristina Rigueti (RJ)

O sistema 4F permite a abordagem dos territórios femoropoplíteo e infrapatelar sob a mesma plataforma .018”. Com bainha Fortress; fio-guia Cruiser 18; balão Passeo1; stent autoexpansível Pulsar 18 (Biotronik), os estudos atualizados demonstram redução de 45% da área no sítio de punção arterial quando comparado ao sistema convencional 6F.

MESA-REDONDA 5 – FLEBOLOGIA II

Por Dra. Alda Bozza

Presidente da mesa: Alda Bozza (RJ)

Moderadores: Carmen Porto (RJ) e Leonardo Stambovsky (RJ)

Debatedores: Carolina Heil (RJ), Stenio Fiorelli (RJ), Diogo Ribeiro (RJ), Thiago Rocha (RJ), Esmeralda Alinson Aparcana Canales (RJ) e Livia Ramos (RJ)

Tema 1 – Avaliação ecográfica no tratamento moderno de varizes; o que não pode faltar no seu exame

Apresentadora: Juliana Veira (RJ)

O tratamento de varizes é o procedimento mais realizado pelos médicos vasculares no Brasil.

Com a evolução da ecografia venosa nas últimas duas décadas, esse método de imagem tornou-se crucial no

pré-tratamento. Através dele, podemos avaliar a hemodinâmica, calibre, profundidade das veias safenas, varizes, reticulares e perfurantes e, assim, optar pelo método mais indicado para cada paciente.

Essas informações pelo eco Doppler, juntamente com o exame físico vascular, trazem um impacto significativo sobre o tratamento oferecido, visando resultados mais seguros, duradouros e eficazes.

Tema 2 – Profilaxia de TEV na cirurgia de varizes. Qual a prática do cirurgião vascular atual e quais as evidências científicas?

Apresentador: Alcides José (DF)

Considerando os dados epidemiológicos atuais, a doença tromboembólica venosa é incomum após a cirurgia de varizes. Grande importância precisa ser feita na profilaxia de rotina tanto no pré quanto no pós-operatório, tendo em mente o *caprini score* (Joseph Caprini).

O escore de Caprini é uma das ferramentas mais interessantes para realizar a estratificação de risco de TVP durante a avaliação pré-operatória. Sempre ter em mente o enfoque individualizado do paciente.

Tema 3 – Novas técnicas não ablativas e não tumescentes: Flebogrif e Clarivein

Apresentador: Felipe Coelho Neto (DF)

As técnicas minimamente invasivas têm ocupado um espaço de destaque no tratamento de varizes. E a evolução dos dispositivos tem caminhado para procedimentos ainda mais rápidos, mais confortáveis e de pronta recuperação para os pacientes.

As técnicas não térmicas e não tumescentes permitem a realização do procedimento de tratamento da veia safena em regime ambulatorial, sem a necessidade de anestesia tumescente. Todavia, as taxas de oclusão ainda não são comparáveis aos dispositivos térmicos no médio prazo. Os estudos futuros poderão determinar qual o melhor perfil de pacientes que podem se beneficiar das técnicas não térmicas e não tumescentes.

Tema 4 – Novas tecnologias de tratamento de varizes: vale a pena investir?

Apresentador: Helen Pessoni (RJ)

Precisamos iniciar este assunto considerando dois conceitos importantes: excelência e valor agregado. Excelência é a qualidade de ser excelente, fazer o melhor e adquirir o melhor. Já valor agregado é o benefício que extrapola a necessidade básica do cliente, vai além do que o cliente julgou como necessário quando procurou o serviço. Tendo em mente esses conceitos, vamos navegar nas tecnologias que encontramos hoje à disposição para realizarmos um serviço médico diferenciado, agregando tecnologias que nos ajudam não somente no diagnóstico, mas também na execução dos nossos tratamentos. E quais são essas tecnologias?

Fleboscópio, ultrassom Doppler, resfriador de pele, plataformas de radiofrequência e endolaser, plataformas de laser transdérmico, dispositivos de realidade aumentada e aparelhos de sedação consciente são exemplos do que temos disponível hoje. Os valores dos investimentos variam de acordo com a qualidade da tecnologia e empresa fornecedora, mas a grande discussão aqui não é se vale a pena investir e sim quando e por onde começar nosso investimento. Obviamente, ter uma clínica completamente equipada e adequada com as novas tecnologias não é facilmente acessível para todos, mas é algo possível quando planejamos e avaliamos cada necessidade.

As formas de diagnóstico e tratamentos tradicionais, que são utilizadas por décadas, são adequadas, mas atualmente, com o conhecimento que temos sobre a complexidade da doença venosa, devemos nos questionar: é o suficiente para realizarmos nosso trabalho com excelência? Estamos oferecendo o melhor que podemos para os nossos pacientes?

O que podemos fazer com as tecnologias é a realização de diagnósticos mais precisos, planejamentos mais objetivos, tratamentos mais completos e procedimentos menos invasivos. Considerações são importantes quando pensamos em investir: inicie pela tecnologia que o auxilie no procedimento que mais realiza no momento; faça parcerias que possam facilitar seu investimento; e construa uma estratégia de investimento e crescimento.

O objetivo final e primordial é realizar atendimento e tratamento que sejam o mais completo, o mais confortável possível, com menor incidência de complicações e maior satisfação para o nosso paciente.

Tema 5 – Endolaser de varizes no consultório: step by step

Apresentador: Bruno Morisson (RJ)

Neste trabalho, apresento o protocolo de escleroterapia de varizes com megadoses de espuma de polidocanol no ambulatório de doenças venosas do Hospital Federal do Andaraí. Foram avaliados 420 pernas em quatro anos de acompanhamento com excelentes resultados e demonstrando que é possível tratar grandes varizes em um tempo só com segurança e eficácia.

Endolaser de varizes no consultório: como eu faço

Nesta apresentação, relato todas as etapas e itens necessários para realizar a termoablação de safenas, perforantes e tributárias ambulatorialmente com sedação consciente com óxido nitroso ou sedação venosa com anestesia, comparando tempo e retorno financeiro ao procedimento realizado no hospital.

Tema 6 – Manejo da dor durante os tratamentos e percepção de valor: a experiência com o uso Anox

Apresentador: Marcelo Monteiro (RJ)

A importância do tratamento individualizado e o manejo adequado da dor e da ansiedade. Considerar o medo, a ansiedade e o estresse de cada paciente.

A cirurgia a laser é uma das técnicas mais consagradas no tratamento de veias safenas insuficientes. Sem a necessidade de realizar cortes, o procedimento é feito com anestesia local e consiste em promover o tratamento das veias doentes através do calor emitido pelo aparelho de laser. A cirurgia a laser é uma técnica rápida, que não priva o paciente das suas atividades diárias e é indicada para tratar veias de médio e grosso calibres.

MESA-REDONDA 6 – TEMAS RELEVANTES II

Por Dra. Cristiane Araujo

A mesa-redonda “Temas relevantes II” teve a participação de ícones de nossa especialidade. A mesa conseguiu reunir referências em patologia arterial, venosa e renal. Com isso, tivemos um nível científico elevadíssimo.

Pudemos contar com a experiência do Dr. Armando Lobato em patologias da aorta. Reunimos os Drs. Adilson Paschoa e Eduardo Ramacciotti numa discussão excepcional sobre anticoagulação e DOACs. Foi brilhante! Pudemos aprender mais um pouco com Dr. Fábio Rossi e sua experiência com

recanalização ilíofemoral na síndrome pós-trombótica, procedimento cada dia mais realizado por nós. E fechando a mesa, Dr. Leonardo Harduim, atualmente uma das maiores referências em acesso para hemodiálise em nosso país, nos abrilhantou ainda mais com seu conhecimento, prática e dedicação aos pacientes renais crônicos.

MESA-REDONDA 7 – TEMAS DESAFIADORES EM AORTA

Por Dr. Henrique Murad

A mesa teve como Presidente o Dr. Henrique Murad, Professor Emérito da UFRJ, e como moderadores os Drs. Arno Von Ristow, pioneiro em cirurgia endovascular, e o Julio Peclat, Presidente da SBACV.

A aorta sempre trouxe desafios aos cirurgiões, e eles foram paulatinamente sendo vencidos. Charles Dubost, em 1951, iniciou as vitórias sobre as doenças da aorta ao realizar a primeira ressecção de um aneurisma de aorta abdominal. Os desafios continuam e precisam ser vencidos. Nesta mesa-redonda, procurou-se trazer à tona alguns destes desafios e as respostas suscitadas por eles.

O Dr. Luca Bertoglio, do Hospital *San Raffaele*, de Milão, apresentou o tratamento do aneurisma toracoabdominal de modo endovascular em três estágios, com o objetivo de menor mortalidade e menor incidência de paraplegia. No primeiro estágio, uma endoprótese é colocada na aorta torácica; no segundo estágio, é tratada a aorta visceral; e por último, uma endoprótese bifurcada revasculariza os membros inferiores.

O Dr. Bernardo Massière, do Centervasc, no Rio de Janeiro, mostrou que o endoleak tipo II, após o tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal, pode ser maligno e mostrou as diversas formas de abordar o problema.

O Dr. Paulo Ronaldo Bohrer, cirurgião de Campos dos Goytacazes, com treinamento em Nuremberg (Alemanha), demonstrou a possibilidade de tratar pacientes com colo de aneurismas muito curtos e angulados utilizando a endoprótese Incraft.

O Dr. Edwaldo Joviliano, da Faculdade de Medicina da USP-Ribeirão Preto, mostrou que o tratamento endovascular pode ser utilizado em aneurismas rotos da aorta abdominal, com uma mortalidade de 15%, baixa para este

grupo de pacientes. Comentou sobre o uso de balão intra-aórtico para diminuir o sangramento até que se faça o controle proximal do aneurisma, e salientou a necessidade de um estado permanente de alerta para poder atender rapidamente os pacientes que chegam à emergência do hospital, e ter endopróteses disponíveis.

O Dr. Martin Björck, Professor de Cirurgia Vascular da Universidade de Uppsala, na Suécia, discorreu sobre a síndrome compartimental após tratamento endovascular do aneurisma abdominal roto, salientando a importância de se orientar pela diretriz europeia, a qual ele é membro do comitê executivo, e a importância da medida de pressão intra-abdominal no manuseio destes pacientes.

O Dr. Tal Hörer, Professor de Cirurgia Vascular e Trauma na Universidade de Örebro, na Suécia, mostrou o quanto o cirurgião vascular pode contribuir para o tratamento de pacientes com hemorragias graves. Salientou a hipotensão permissiva até o controle do sangramento e o uso de REBOA (*Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta*), colocado de modo endovascular. Há décadas, o Dr. Adalberto Pereira de Araujo vem defendendo o uso oclusão aórtica por balão em aneurismas rotos da aorta abdominal.

Ao fim das apresentações, os assuntos foram amplamente debatidos pelos Drs. Felipe Murad, Nilo Mandelli, Rodrigo Vaz de Melo, Felipe Beer e João Sahagoff.

MESA-REDONDA 8 – FLEBOLOGIA III

Por Dr. Daniel Drummond

Ao lado do Dr. Sergio Meirelles, tive a honra de moderar esta sessão que contou com a presença de alguns dos maiores expoentes da flebologia da atualidade, que encerraram de forma grandiosa o XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Leonardo Stambowsky abriu a sessão contando sua experiência com a termoablação ambulatorial. A necessidade de estrutura completa e preparada para conforto e segurança do paciente, capacitação profissional médica e de equipe de apoio e seleção adequada dos pacientes foram consideradas bases para a possibilidade do tratamento endovenoso ambulatorial, sendo também considerado que a padronização e rotinização dos procedimentos levam a resultados de excelência.

Walter Junior Boim de Araújo dissertou sobre os “Fatores preditivos no insucesso e complicações na termoablação de safenas”. Dentre as possíveis complicações relatadas por ele, ressaltou a possibilidade da aplicação dos escores de risco para prevenção da trombose venosa profunda. Quando estes são relacionados ao calor da fibra (TICE), identifica a maior incidência quando há veias de maior calibre, múltiplas flebotomias e ao sexo masculino. Como prevenção recomenda o uso de meias, deambulação precoce e a possibilidade de anticoagulação profilática de acordo com alguns trabalhos.

A palestra de Eduardo Trindade, “EHIT e EFIT – Manejo prático”, uniu a necessidade de forte embasamento científico para a melhor prática clínica. Reforçou que embora façamos procedimentos minimamente invasivos, como visto nas termoablações venosas, contamos com relevante incidência de trombozes induzidas pelo calor (até 16%) e reforça a ideia da estratificação de risco de trombose nestes pacientes, assim como medidas de prevenção.

Com o tema “Tratamento de veias safenas e tributárias, esmagado ou em tempo único”, Livia Lyra apontou que existem variáveis a serem consideradas nesta escolha. Como desvantagens, apontou maior número de atos anestésicos e do número de procedimentos, questões logísticas maiores, assim como tratamento mais prolongado. Já os tratamentos em tempo único oferecem resultados mais rápidos, sem aumento do risco clínico ou de TVP. Reforça também a tendência a serem oferecidos tratamentos mais rápidos, fora do hospital, menos invasivos e com anestesia local.

Daniel Amatuzy apresentou sua técnica ATTA, procedimento disruptivo para o tratamento endovenoso para safenas e tributárias. Englobando o diagnóstico com a realidade aumentada, ecografia vascular e câmeras termográficas, seguiu demonstrando como realiza a marcação cutânea para a realização do procedimento e seus protocolos para punções das tributárias e cálculos de energia para correta ablação destas. Com mais de 400 casos tratados pela técnica, apontou a segurança do procedimento e versatilidade para o uso em veias de qualquer diâmetro passível de ser puncionado.

Marcello Moritz, Marcelo Nascimento, Antônio Feliciano, Paula Vivas, Helena Santos e Michaël Prüffer compuseram a mesa, como debatedores, em uma sessão certamente histórica para a flebologia e para a Cirurgia Vascular.

**Dr. Lorenzo Tomé**

CEO Saúde Digital Ecosystema, médico radiologista pela UFMG, mestre pela FGV, professor universitário de tecnologias digitais na Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic e consultor para telemedicina na Unimed Campinas

Como atrair e fidelizar pacientes com estratégias digitais

Atrair e fidelizar futuros pacientes são um desafio para muitos médicos hoje em dia. Contudo, aqueles que conseguem elaborar uma estratégia de comunicação inteligente e hábil no meio digital ficam com as clínicas cheias de pacientes.

A telemedicina e o mundo digital ampliaram o alcance dos médicos, permitindo que muitos deles possam aumentar seus ganhos com cada consulta. Ao utilizar o marketing digital, é possível:

- Ter uma agenda cheia;
- Reduzir o número de abstenções e cancelamentos de consultas;
- Ter pacientes fiéis;
- Praticar um valor de consulta que reflete o valor do seu trabalho.

Para isso, contudo, não bastam estratégias amadoras de comunicação. Não é uma questão de estar nas redes sociais ou ter um site, é preciso fazer um marketing profissional. Vamos dar algumas dicas para que você melhore sua comunicação com pacientes a seguir. Acompanhe!

ENTENDA PROFUNDAMENTE SEU PÚBLICO-ALVO

Um dos principais erros em campanhas de marketing médico é focar as estratégias em “todos os pacientes” de uma especialidade. O princípio da segmentação é fundamental no marketing: quanto mais você trabalha sua mensagem em um público mais específico e aprende a se relacionar bem com ele, melhor.

COMO ISSO SE TRADUZ NA PRÁTICA?

Entenda os pacientes mais fiéis que você atende na sua clínica atualmente. Quais são as características mais

comuns entre eles? Observar quem já é cliente é uma excelente forma de compreender quem está mais disposto a engajar nas campanhas de marketing que você vai fazer.

Essas são as pessoas que, por algum motivo, são mais espontaneamente atraídas e satisfeitas pela sua forma de exercer a medicina. Assim, uma tática de atrair pacientes fiéis é buscar pessoas com um perfil semelhante.

Entenda padrões, como:

- Quais são as características demográficas deles? (Sexo, localidade, residência, profissão, nível educacional, entre outros pontos)
- Quais são os comportamentos?
- Quais são os hábitos?
- Quais são os interesses?

“O princípio da segmentação é fundamental no marketing: quanto mais você trabalha sua mensagem em um público mais específico e aprende a se relacionar bem com ele, melhor.”

Inclusive, passe a dedicar um tempo na consulta para colher essas informações. Além de ajudarem a criar uma relação médico-paciente mais humana, elas poderão fornecer insights valiosos (lembrando sempre de observar os princípios do sigilo médico).

Assim, você poderá lançar campanhas mais focadas e que trarão mais resultados inicialmente.

CONHEÇA A JORNADA DO PACIENTE

A jornada do paciente abrange todos os pontos de contato que um paciente tem para encontrar você e desenvolver um relacionamento. Ou seja, não é apenas como uma pessoa o encontra, mas também todo o caminho necessário para que esse paciente permaneça fiel. Veja suas etapas a seguir:

IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE SAÚDE

É o *trigger*, o gatilho, de todo o processo. Pode começar quando um paciente percebe um sintoma e inicia buscas para explicá-los. Também pode ocorrer após ter visto um médico falar sobre alguma ação de promoção de saúde e ele ter percebido.

Estratégias nesse sentido são:

- Publicar textos inéditos em seu website sobre cuidados com a saúde e identificação de condições. Eles podem aparecer no Google;
- Fazer postagens nas redes sociais sobre esses temas;
- Publicar vídeos e podcasts da sua clínica em canais, como o Youtube e o Spotify.

APRENDIZADO E DESCOBERTA

Ele começa a querer entender suas demandas de saúde e começa a aprofundar a pesquisa sobre elas. Pode começar após uma pesquisa mais detalhada no Google ou nas redes sociais sobre uma doença ou como funciona uma ação de promoção de saúde.

Algumas medidas que trazem resultados promissores são:

- Faça muitos blogs posts focados em algumas doenças mais prevalentes, explicando as causas, os sintomas, a epidemiologia, o diagnóstico, o tratamento e, até mesmo, algumas curiosidades;

- Se você tiver renome ou for especializado no tratamento de alguma condição, a explore bastante para que seu nome esteja sempre presente no resultado das buscas no Google e nas redes sociais;
- Newsletters específicas — disponibilize o cadastro em uma lista de e-mail com a proposta de a pessoa receber periodicamente informações sobre uma doença específica, por exemplo.

RECONHECIMENTO DO PROBLEMA

É quando ele percebe que realmente pode ter uma determinada condição médica ou que precisa se engajar em medidas preventivas. Para isso, ele busca temas mais específicos e deseja materiais que sejam mais aprofundados:

- E-books sobre os impactos de uma determinada doença ou sobre uma estratégia de promoção de saúde;
- Vídeos em que você explica “tudo” sobre uma doença em uma linguagem acessível.

CONSIDERAÇÃO DO TRATAMENTO

É a etapa em que ele avalia as soluções disponíveis para a dor dele. Então, ele procura possíveis tratamentos e busca por médicos especializados.

- Blog posts um pouco mais “comerciais” em que você explica o tratamento da doença e fala sobre o sua expertise pessoal;
- Campanhas de automação de e-mail/WhatsApp, em que dois ou três e-mails sobre as possibilidades de tratamento de uma doença são enviados ao longo de uma semana para as pessoas que se cadastrarem.

DECISÃO E AGENDAMENTO DA CONSULTA

Ele compara as possíveis soluções e decide qual é a melhor. Para isso, no mundo digital, ele pode usar avaliações disponíveis no Google, no LinkedIn e no Doctoralia. Também pode buscar comentários de outros pacientes nas suas redes sociais.

Algumas táticas importantes são:

- Fazer um bom perfil, focado no seu público-alvo, no Doctoralia e no Google Negócios;
- Estimular o seu paciente a fazer uma avaliação sincera nessas páginas (evite induzir o que ele vai falar).

Após ter escolhido o médico, ele entra em contato. Hoje em dia, a maioria das pessoas prefere marcar por WhatsApp ou pelo próprio website do consultório e da clínica. Então, certifique-se que seja fácil entrar em contato com você por esses meios e reduza as burocracias para a marcação de consulta.

Vejam algumas ações interessantes para isso:

- Ter uma ferramenta de agendamento de consulta no seu website;
- Ter uma ferramenta que automatize as respostas no WhatsApp;
- Utilizar as mensagens privadas nas redes sociais como um canal de comunicação para marcação de consultas.

Essas mesmas ferramentas poderão ser utilizadas para enviar lembretes de consultas para os pacientes e reduzir a abstenção.

FIDELIZAÇÃO DO PACIENTE

Começa por uma consulta bem feita, humanizada, técnica e empática. É criar a sensação de “Uau, esse médico é excelente” no paciente. Depois disso, é muito importante entrar em contato para acompanhá-lo, pois um dos grandes desejos de qualquer paciente é saber que o médico se preocupa. Quando ele sente isso, é muito provável que ele se fidelize.

Algumas ações de fidelização são:

- Envio de mensagens na semana posterior à consulta para verificar a adesão ao tratamento;
- Newsletter personalizada para quem é paciente. Encantamento do paciente

É muito importante que um dos grandes objetivos das suas estratégias seja fazer com que o paciente recomende seu serviço para outras pessoas espontaneamente. Para isso, é fundamental encantá-lo.

Algumas ações que funcionam muito bem nesse sentido são:

- Enviar e-mails com dicas de cuidado com a saúde. Isso deve ser feito com campanhas de e-mail marketing

estratégicas, que utilizam uma linguagem específica e táticas de conversão;

- Enviar mensagens no WhatsApp com dicas e lembretes de promoção de saúde. Muitos médicos acham que isso pode dar muito trabalho. Porém, existem ferramentas que ajudam e automatizam todo o processo. Você escreve uma mensagem e ela é enviada para todos os pacientes cadastrados.
- Mensagens de feliz aniversário personalizadas e lembretes de retorno.

Como os médicos têm uma rotina atribulada, muitas dessas ações precisam ser terceirizadas. Nesse sentido, é possível contratar agências ou profissionais de marketing para elaborar as mensagens e configurar as ferramentas para você usar rapidamente.

Por motivos de sigilo do paciente, dados pessoais não podem ser compartilhados. Então, inevitavelmente, você ou sua equipe precisarão se engajar em uma parte do trabalho.

Para isso, é muito importante escolher uma agência, observando alguns critérios essenciais, como:

- Entendem como um paciente age e o que ele procura?
- Sabem como é a jornada do paciente e dominam táticas para abordar cada ponto de contato?
- Compreendem como usar uma linguagem empática e humanizada na área da saúde?
- Conseguem visualizar como é o processo de adoecimento e como utilizar técnicas de comunicação para ajudá-lo em um momento em que ele pode estar fragilizado em vez de explorar a ansiedade dele com finalidade comercial?
- Conhecem as limitações e permissões da ética médica?

Dominar a comunicação no mundo digital é fundamental para o médico que quer ter mais satisfação profissional e ganhos compatíveis com sua dedicação. Hoje em dia, nossa classe está cada vez mais estressada e infeliz devido ao excesso de trabalho, mas sem que isso se traduza em um retorno financeiro compatível com o esforço. O marketing digital pode ajudar você a ter uma agenda mais cheia em consultas com um valor mais elevado.



ROL DE PROCEDIMENTOS

DISPONÍVEL

O Rol de
Procedimentos é um
material fundamental
no dia a dia do
angiologista e do
cirurgião vascular.

**A versão atualizada
está disponível em
nosso portal.**



ACESSE AGORA MESMO E CONFIRA!
WWW.SBACVRJ.COM.BR

O termo de consentimento livre e esclarecido e a LGPD

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento conhecido dos médicos há muito tempo. Mesmo sendo um importante instrumento para fornecer todas as informações relacionadas ao atendimento do paciente, muitos médicos ainda não o utilizam no seu dia a dia. Atualmente, além de se preocupar em esclarecer todo o procedimento a ser realizado, incluindo benefícios e riscos, o médico também deve se atentar às normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), uma vez que lida com dados ligados à saúde do paciente, classificados pela legislação como dados pessoais sensíveis. E, recentemente, a Resolução CFM nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação, também estabelece que o “paciente ou seu representante legal deverá autorizar o atendimento por telemedicina e a transmissão das suas imagens e dados por meio de (termo de concordância e autorização) consentimento, livre e esclarecido”.

Para abordar esses assuntos, entrevistamos o assessor jurídico da SBACV-RJ, Guilherme Portes, advogado que atua na área de direito médico.

Qual é a importância do termo de consentimento livre e esclarecido no trabalho do médico?

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constitui instrumento de prova hábil à comprovação da prestação de informações sobre o procedimento a ser realizado, seus benefícios e seus riscos. O TCLE está intimamente relacionado ao dever de transparência e deve ser elaborado com uma linguagem acessível a todos, de forma a permitir a plena compreensão pelo paciente. O médico deve, em qualquer caso, verificar a necessidade de adequação do TCLE ao nível de conhecimento do paciente e o fornecimento de esclarecimentos adicionais. A importância da adoção de um TCLE que efetivamente informe ao paciente acerca do procedimento e seus potenciais riscos ganhou ainda mais evidência com o

recente julgamento do Recurso Especial nº 1.848.862, em sede do qual o Superior Tribunal de Justiça se manifestou contrariamente à adoção de termos de consentimento genéricos.

Como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) impacta no trabalho do médico?

A LGPD é um marco no tratamento de dados pessoais e trouxe importantes mudanças no dia a dia de praticamente todos os ramos da economia. No contexto da medicina, a LGPD tem especial importância em virtude da necessidade do tratamento de dados ligados à saúde do paciente, classificados pela lei como dados pessoais sensíveis. Esses dados são protegidos de forma mais rigorosa pela legislação e, portanto, o médico deve estar



Guilherme Portes,
assessor jurídico da SBACV-RJ

“O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constitui instrumento de prova hábil à comprovação da prestação de informações sobre o procedimento a ser realizado, seus benefícios e seus riscos.”

atento às obrigações e responsabilidades impostas pela LGPD. O TCLE, antes considerado apenas em relação aos procedimentos médicos, passou a abranger também questões relacionadas ao tratamento de dados pessoais tutelados pela LGPD.

Com a LGPD, alguma coisa muda em relação ao termo de consentimento livre e esclarecido?

Particularmente, recomendamos que o TCLE relacionado ao tratamento médico propriamente dito foque essencialmente naquelas questões, sob pena de desvirtuamento de sua finalidade. Por outro lado, em razão das obrigações e responsabilidades impostas pela LGPD aos médicos, que como dito anteriormente tratam dados sensíveis ligados à saúde do paciente, é importante que seja adotado também outro termo, este acerca da política de tratamento de dados, isto é, um descritivo sobre a forma como os dados são armazenados (prontuários físicos ou eletrônicos), quem tem acesso a esses dados, as medidas de proteção que são adotadas para impedir ou reduzir as chances de vazamento, dentre outros. Entretanto, a união dos dispositivos em um único documento fica a critério de cada um. O importante é que

todos os médicos e estabelecimentos devem ter uma política de tratamento de dados pessoais e que ela seja informada aos pacientes.

O médico que já usava o documento pode utilizar o mesmo de antes da LGPD ou há necessidade de alguma modificação/atualização?

Pode ser conservado o uso do TCLE relacionado ao procedimento médico, reiterando que o referido documento deve conter uma linguagem acessível, de forma a permitir a plena compreensão do procedimento, seus benefícios e riscos pelo paciente. O fornecimento de consentimento para o tratamento de dados pessoais a que se refere a LGPD pode ser obtido no mesmo TCLE ou mediante o uso de outro termo de avulso, que dará ciência ao paciente acerca das políticas de tratamento de dados.

Quais são cuidados que o médico deve ter ao elaborar o termo de consentimento livre e esclarecido para que esteja de acordo com a LGPD?

Deverá ser analisado o fluxo interno das informações e instituídas medidas que demonstrem o cuidado no tratamento dos dados pessoais dos pacientes, a exemplo da identificação dos colaboradores que poderão receber e processar os dados e da limitação de acesso por àqueles que não dependam desse tratamento para o exercício de suas respectivas competências.

A LGPD incentiva a criação de novos pilares de governança, para que sejam identificadas as vulnerabilidades e riscos no tratamento dos dados pessoais dos pacientes e adotados protocolos e ferramentas para mitigá-los.

Como visto, é preciso compreender o “ciclo de vida” dos dados pessoais dentro dos consultórios e clínicas médicas. Esses protocolos e ferramentas vão desde a manipulação dos dados pessoais por profissionais como secretárias e faturistas até a implementação de softwares, que garantam um padrão mínimo de segurança para reduzir os riscos de vazamentos desses dados (ex.: controle de acesso com senha individual, armazenamento na nuvem, criptografia, anonimização etc.).

A estrutura de governança deverá ser formalizada em documentos escritos, a exemplo do inventário de

“Por outro lado, em razão das obrigações e responsabilidades impostas pela LGPD aos médicos, que como dito anteriormente tratam dados sensíveis ligados à saúde do paciente, é importante que seja adotado também outro termo, este acerca da política de tratamento de dados (...).”

dados pessoais e do relatório de impacto à proteção de dados pessoais. Os referidos documentos contêm o mapeamento do fluxo e a descrição dos processos de tratamento de dados pessoais, que podem gerar riscos às liberdades civis e aos direitos fundamentais, bem como medidas, salvaguardas e mecanismos de mitigação de risco.

A coleta do consentimento dos pacientes deverá ser instrumentalizada por meio de documento próprio, de modo a comprovar a sua ciência e consentimento para que o tratamento dos seus dados pessoais seja realizado daquela determinada forma.

A demonstração desses cuidados no controle é importante para fins de eventual fiscalização ou defesa no caso de vazamento dos dados.

Recomenda-se uma consulta ao website da Agência Nacional de Proteção de Dados (ANPD) para maiores informações sobre o tema.

O conteúdo do termo de consentimento livre e esclarecido no atendimento presencial e por telemedicina pode ser o mesmo? Existe alguma diferença que deve ser ressaltada levando em consideração à LGPD?

O conteúdo base do termo de consentimento é similar, mas cumpre destacar o disposto na Resolução CFM nº 2.314/2022:

“Art. 15. O paciente ou seu representante legal deverá autorizar o atendimento por telemedicina e a transmissão das suas imagens e dados por meio de (termo de concordância e autorização) consentimento, livre e esclarecido, enviado por meios eletrônicos ou de gravação de leitura do texto com a concordância, devendo fazer parte do SRES do paciente.

Parágrafo único. Em todo atendimento por telemedicina deve ser assegurado consentimento explícito, no qual o paciente ou seu representante legal deve estar consciente de que suas informações pessoais podem ser compartilhadas e sobre o seu direito de negar permissão para isso, salvo em situação de emergência médica.”

“A coleta do consentimento dos pacientes deverá ser instrumentalizada por meio de documento próprio, de modo a comprovar a sua ciência e consentimento para que o tratamento dos seus dados pessoais seja realizado daquela determinada forma.”

Além disso, revela-se igualmente importante informar sobre a utilização de plataformas de telemedicina seguras. Em caso de gravação da consulta pelo médico e arquivamento (tema delicado e que deve ser feito apenas em casos excepcionais), o consentimento do paciente deve ser expresso.

No que se refere à LGPD, há alguma diferença no conteúdo do termo de consentimento livre e esclarecido usado pelo médico profissional autônomo e o médico que trabalha como pessoa jurídica?

Deverá ser mapeado o fluxo das informações e instituídas medidas que demonstrem o cuidado no tratamento dos dados pessoais dos pacientes. As eventuais diferenças de conteúdo dependerão do porte e estrutura do prestador.

Angiologistas e cirurgiões vasculares têm algum cuidado, específico de suas atuações, que devem tomar ao fazer um termo de consentimento livre e esclarecido em relação à LGPD?

Qualquer médico deverá observar as diretrizes gerais para o tratamento de dados pessoais, de modo que não vislumbramos cuidados específicos em relação a essas especialidades médicas.

**Dra. Livia Lyra**

Cirurgiã vascular membro da SBACV e fundadora do PhleboAcademy

Do atendimento pelo convênio ao particular

A doutora ou o doutor realizam atendimento por convênio?

Essa é uma das perguntas mais frequentes no setor de atendimento de muitas clínicas e consultórios médicos. E é também a maior objeção para o não agendamento de um atendimento particular.

Apesar de uma crescente desvalorização dos honorários médicos e também do grande controle exercido pelos planos de saúde no ato médico, o credenciamento aos convênios pode ser uma forma de facilitar a captação de pacientes e aumentar o fluxo de atendimentos.

Especialmente no momento inicial em que nos colocamos no mercado de trabalho, atender planos de saúde e convênios parece ser o caminho mais rápido de crescimento e posicionamento no mercado. No entanto, não parece ser a mais estratégica em longo prazo.

Então como nos posicionarmos de forma cada vez mais independente ou até mesmo usar os planos de saúde ao nosso favor?

O primeiro ponto é entender que essa caminhada de transição nos traz crescente liberdade e possibilidade de grande valorização de nosso honorários. No entanto, é um caminho que vem acompanhado de aumento de riscos, complexidade de gestão, alto nível de exigência dos pacientes/clientes e necessidade de estratégias de captação e marketing.

Se você está disposto a viver essas mudanças e deseja algumas dicas práticas, sugiro continuar esta leitura.

Em especialidades como a cirurgia vascular, especialmente na flebologia moderna, muitas vezes, as consultas pelo convênio são realizadas com o intuito de captação de pacientes para procedimentos particulares. Uma opção é que esses atendimentos sejam feitos via cooperativa, o que traz um menor vínculo direto e de controle do plano de saúde.

Nesse contexto, ter dados objetivos da sua taxa de conversão para cada convênio atendido, poderá te guiar na seleção dos convênios que podem não ser interessantes.

Como fazer esse controle? Uma sugestão é fazer uma tabela simples de Excel em que será registrado o nome do paciente, qual convênio possui e se foi iniciado o procedimento particular ou não. A partir desses dados, você conseguirá ter um ranking dos convênios mais interessantes e que mais rentabilizam em seu negócio, e qual a ordem estratégica de descredenciamento.

“Em especialidades como a cirurgia vascular, especialmente na flebologia moderna, muitas vezes, as consultas pelo convênio são realizadas com o intuito de captação de pacientes para procedimentos particulares.”

Outra forma de utilizar os convênios ao seu favor é se familiarizar e ter expertise com os processos de reembolso médico. Auxiliar o paciente e trazer fluidez ao processo de reembolso ou livre escolha, traz satisfação, recorrência e também aumenta a chance do paciente te indicar para outros usuários do mesmo seguro saúde.

Existem algumas formas de fazer o processo de reembolso médico. Vou denominá-los de 1) reembolso de risco e 2) particular com auxílio ao reembolso.

Na primeira modalidade, é feito um processo semelhante a um atendimento por convênio e recebimento em um segundo momento e com risco de glosa. No entanto, esse recebimento acontece para o paciente e o mesmo te repassa o valor após o pagamento. Essa forma de trabalhar pode permitir um aumento da taxa de conversão para procedimentos e exames e pode ser um passo na transição para o atendimento 100% particular. No entanto, vale ressaltar que se assume um risco de inadimplência, de glosa e também de falta de entendimento do paciente durante o processo, que gera ruídos de comunicação.

De forma prática, é solicitada prévia de reembolso para os códigos de procedimentos e/ou exames a serem realizados. Após receber a prévia dos valores, o paciente assina um termo de compromisso e ciência do processo de reembolso. O procedimento é realizado, as notas e relatórios

são emitidos e enviados para a seguradora. Após um prazo médio de 20 dias, o paciente recebe o valor e repassa para a clínica. É um processo que exige um acompanhamento para não haver inadimplência.

A segunda modalidade de reembolso é a forma que atuo em minha clínica atualmente. Realizo atendimentos 100% particulares, o paciente realiza o pagamento de forma antecipada e, para os pacientes que possuem seguro saúde, auxiliamos em todo processo através de emissão das notas fiscais e relatórios necessários para otimizar o processo de reembolso do paciente. Essa é a forma mais independente de trabalhar.

Ao longo dos últimos 10 anos, vivi todas as etapas descritas neste artigo para conseguir um posicionamento independente dos planos de saúde. Esse era um desejo pessoal meu e acredito que de alguns outros colegas que chegaram até esse ponto da leitura. Reforço que ao decidir galgar essa trajetória, enfrentaremos a necessidade de ampliar conhecimento em marketing, gestão de negócios e pessoas, encantamento do paciente e venda.

Se você deseja um cenário de mais valorização de seus honorários, independência dos convênios e um novo posicionamento de mercado, crie estratégias e mantenha-se consistente e disciplinado no jogo em que inicialmente perde-se para ganhar em longo prazo.

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.

condus

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

www.condus.com.br condus@condus.com.br

Tel/Fax
(21) 3203-4348

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

A "Vacca", a vacina, e o animal pintado

A história da medicina é muito curiosa, está longe de ser um testemunho de sábios ou idealistas, assim como a própria história do homem. Naturalmente, sempre esteve envolvido aí, uma imensa curiosidade e inquietação. A busca por salvar vidas ou tratar uma doença "incurável" era o que movia esses desbravadores da sobrevida humana. Os mais inteligentes, astutos, impacientes, obsessivos, com uma boa dose de sorte e inspiração ou intuição, conseguiram encontrar um bom caminho.

Muito frequente pode se ver nos livros dedicados que: "as grandes descobertas da medicina aconteceram, sem que o seu protagonista tivesse a menor ideia do que estava sendo descoberto".

Thomas Hardy (1840-1928), poeta e romancista inglês, em seu livro "*Tess dos D'Urbervilles*", descreve a casa do leiteiro *Crick* durante o trabalho matinal de ordenha e preparação do leite. Quando uma jovem ordenhadeira, bela, cabelos

louros e olhos que cintilavam ao sol, surge na porta do galpão e sob o olhar do patrão *Sr. Crick*, esse lhe pergunta:

"Como a chamam?"

"*Tess*", senhor.

Então, ele lhe fez um elogio: "É uma benção que rosto tão lindo tenha escapado da sanha selvagem do "animal pintado" (a varíola).

Ela responde: "Eu não posso apanhar varíola, porque já tive a varíola bovina."

Ele exclama em voz alta: "Por Deus, descobri!"

Assim, um dos mais importantes escritores da Inglaterra descreve, em forma de romance, a descoberta da vacina por *Edward Jenner* (1749-1823).

No século XVIII, as ordenhadeiras de Gloucestershire, condado a sudoeste da Inglaterra, descobriram, mais com resignação do que com aborrecimento, que as manchas em seus braços e mãos eram derivadas do contato com as feridas da varíola bovina, nos úberes inflamados das vacas leiteiras.

Depois de uma semana, as manchas viravam pústulas e as jovens tinham um leve mal-estar, sintoma parecido com gripe. Ao secarem as feridas, elas ficavam imunes à varíola humana. Essa curiosidade era conhecida, há bastante tempo, naquela região. O *Dr. John Fewster* (1738-1824),

"Muito frequente pode se ver nos livros dedicados que: "as grandes descobertas da medicina aconteceram, sem que o seu protagonista tivesse a menor ideia do que estava sendo descoberto"."

médico do condado, especializado em varíola bovina, desde 1765, já havia observado essa proteção imunológica em diversas pessoas. Isso levou Fewster a se perguntar se a varíola bovina poderia proteger contra a varíola humana. Ele teria discutido essa possibilidade durante um jantar da “Convivio-Medical Society”, no Ship Inn, em Alveston. Nessa ocasião, também encorajou outros a pesquisar melhor essa curiosidade. Entre os presentes na reunião estava *Edward Jenner*, um jovem aprendiz de médico na época.

Algum tempo depois, Fewster passou a inocular pessoas com o pus da varíola bovina, entre essas, três crianças em Thornbury, durante a primavera de 1796. Essas vacinações ocorreram na mesma época que Jenner fazia as primeiras tentativas de vacinação. No entanto, Fewster jamais afirmou ter descoberto a vacinação.

Fato histórico foi que, no dia 14 de maio de 1796, o *Dr. Jenner*, de Berkley, um povoado do Condado de Gloucestershire, coletou pus das feridas infectadas com varíola bovina de *Sarah Nelmes*, filha de um fazendeiro local, e através de duas arranhaduras no braço infectou *James Phipps*, um menino de 8 anos de idade.

Durante 20 anos, *Jenner* vinha amadurecendo e discutindo com colegas essa ideia. Entediava os médicos em suas

“Essas vacinações ocorreram na mesma época que Jenner fazia as primeiras tentativas de vacinação. No entanto, Fewster jamais afirmou ter descoberto a vacinação.”

reuniões quando falava sobre o assunto e, esses, resmungando, pediam para que ele ficasse quieto.

Ele precisa de uma confirmação na continuidade da sua pesquisa. Então, no dia 1º de julho, ele inoculou o braço do menino *James* com pus da varíola humana e a doença não aconteceu. Repetiu a dose alguns meses depois, novamente, nada aconteceu.

O *Dr. Jenner* acabava de inventar a vacinação, “*vaccination*”, cuja palavra deriva de *vacca* (em italiano) e acabou o “animal pintado”.

Referências Bibliográficas:

1. <https://www.topleituras.com/livros/tess-d-urbervilles-mulher-pura-6277>
2. Jesty, Robert; Williams, Gareth (2011). “Who invented vaccination?”
3. Charles Creighton, M.D. (1889). “Chapter 3. Jenner’s “Inquiry.””. *Jenner and Vaccination – A Strange Chapter of Medical History*. London: Swan Sonnenschein & Co, Paternoster Square.

Novo momento da SBACV-RJ nas redes sociais

Quem acompanha as redes sociais da SBACV-RJ já deve perceber algumas mudanças nas postagens, principalmente no Instagram. Com o objetivo de tornar o *feed* mais atraente e informativo, além dos tradicionais posts abordando a prevenção de doenças vasculares e datas comemorativas na área de saúde, a Diretoria de Mídias Sociais tem priorizado apresentar temas mais científicos, mas de forma que a população entenda o conteúdo e tenha acesso à informação técnica.

Esse trabalho tem sido feito, principalmente, com a postagem de vídeos e *reels*, nos quais especialistas falam de patologias mais frequentes, tratamentos e procedimentos vasculares. Entre os assuntos já abordados, estão a importância de manter os cuidados adequados com a saúde vascular, feridas nos membros inferiores, doença venosa crônica, indicação de arteriografia, a atuação do médico

“Entre os assuntos já abordados, estão a importância de manter os cuidados adequados com a saúde vascular (...).”

vascular em serviços de emergência, a formação do médico vascular, avanços em cirurgia vascular, a importância de uma musculatura saudável no retorno venoso e outros. Alguns vídeos e *reels* postados foram gravados durante do XXXVI Encontro Carioca, assim como as fotos publicadas.

O *feed* também tem apresentado angiologistas e cirurgiões vasculares, sócios da SBACV-RJ, com seu respectivo contato e CRM.

Você já viu as fotos do Encontro Carioca?

A SBACV-RJ está oferecendo mais um serviço aos associados.

As fotos do Encontro estão disponíveis no site para que os sócios possam baixá-las.

Em alta resolução, as fotos podem ser postadas nas redes sociais.

NÃO PERCA ESSA OPORTUNIDADE!



Acesse o QR Code e veja todas as fotos do Encontro Carioca.

SBACV-RJ

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

632ª Reunião Científica

A SBACV-RJ realizou remotamente, no dia 12 de abril, a sua 632ª reunião científica. Os temas abordados foram "Mapeamento venoso de membros inferiores: compressão hemodinâmica e considerações", que teve a apresentação do Dr. Clóvis Bordini (RJ) e foi debatido pelos

Drs. Nostradamus Augusto Coelho (RJ) e Raphaela Gats (RJ); e "Desafio terapêutico: pseudoaneurisma do arco aórtico com compressão do esterno", que teve a apresentação do Dr. Arno von Ristow (RJ) e foi debatido pelo Dr. Alexandre Anacleto (SP).

633ª Reunião Científica

Em 5 de maio, a SBACV-RJ realizou on-line a sua 633ª reunião científica. O primeiro tema abordado foi "Radiofrequência e espuma em intervenção ambulatorial única: corte envolvendo safenas de grandes diâmetros",

apresentado pelo Dr. Douglas Poschinger (RJ). O segundo tema foi "Protocolo de regeneração com laser de alta potência. Protocolo TB HILT", apresentado pelo Dr. Bernardo Barros (RJ).

634ª Reunião Científica

No dia 14 de junho, foi realizada on-line a 634ª reunião científica da SBACV-RJ, que teve como temas "Inovação tecnológica: o uso de células mesenquimais no tratamento de feridas complexas", apresentado pelo Dr. Marco Teixeira (RJ) e debatido

pelos Drs. João Sahagoff (RJ) e Lys Nunes (RJ); e "Trombólise in situ acelerada por ultrassom: experiência inicial com o sistema EKOS", apresentado pelo Dr. David Heckmann (DF) e debatido pelos Drs. Bernardo Massière (RJ) e Carlos Peixoto (RJ).



anuidade 2022



Você pode pagar sua anuidade de 2022 parcelada
em 4 vezes sem juros no cartão!

Acesse o QR code e faça o pagamento!

Taxa de pagamento **ZERO**, mais uma
comodidade da SBACV-RJ para você.

SBACV-RJ

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

Eventos

07/07/2022

635ª Reunião Científica da SBACV-RJ

04/08/2022

636ª Reunião Científica da SBACV-RJ

15/08/2022

44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Centro de Convenções Ulysses Guimarães – DF

www.vascularbrasil2022.com.br

08/09/2022

637ª Reunião Científica da SBACV-RJ

13/10/2022

CONESUL 2022

Organizador: SBACV-RS

www.sbacvrs.com.br

20/10/2022

1º Encontro Maranhense de Cirurgia Vascular e Endovascular

Hotel Blue Tree Towers – São Luís (MA)

www.sbacvma.com.br

22/10/2022

638ª Reunião Científica da SBACV-RJ

23/10/2022

639ª Reunião Científica da SBACV-RJ

03/11/2022

Congresso TECNOVASC 2022

Organizador: SBACV-ES

www.congressotecnovasc.com.br

17/11/2022

6º Encontro Goiano de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Organizador: SBACV-GO

www.egacve.com.br

QUEM É VISTO É LEMBRADO

Mantenha seus dados de cadastro atualizados e seja encontrado por milhares de pessoas em nosso portal.

[Acesse o QR code e atualize seu cadastro!](#)



ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



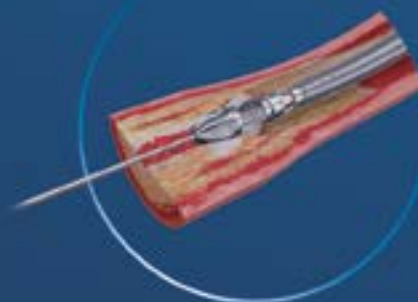
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound



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





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