



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º II - Mar./Abr. - 2016

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

SBACV  **RJ**

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

Palavra do Presidente

Discurso na cerimônia de abertura do
XXX Encontro Carioca

Artigos Científicos

Trabalhos apresentados no X Encontro
de Residentes

Artigo Científico Internacional

Trabalho do Dr. Cesar Carmelino (Peru)

Espaço Ecografia Vascular

Novos horizontes da imagem cardiovascular

Entrevista

Com Dr. José Ramon Varela Blanco, Presidente
da Somerj e diretor do Conselho do Cremerj

Especial

Atualização e a troca de experiências
no Encontro Carioca 2016



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

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

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



Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.



Palavra do Presidente

Ilustres autoridades presentes à mesa e aqui representadas...

05

Editorial

Sempre priorizando o conteúdo científico...

07

Palavra do Secretário-Geral

O Encontro cada vez tem mais vida, é mais claro, mais objetivo, mais leve...

08

Palavra da Diretoria Científica

O fruto de muito trabalho...

09

Defesa Profissional

A lei 13.003

10

Imagem vascular

11

Artigo Científico

Ressecção de tumor de corpo carotídeo: relato de caso e revisão da literatura

13

Artigo Científico

Síndrome do desfiladeiro torácico:

Oclusão arterial por embolização distal de aneurisma da artéria subclávia

19

Artigo Científico Internacional

Sandwich Laser Foam (SALF) an Easy Feasible Endoluminal Proposal of two Combined Methods for Treatment of Severe Dilated Saphenous Vein Incompetence

26

Espaço Ecografia Vascular

Novos horizontes da imagem cardiovascular:

US TRIDIMENSIONAL NO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA)

33

Entrevista

Com o Dr. José Ramon Varela Blanco

Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e diretor do Conselho do Cremerj

35

Especial

Atualização e troca de experiências no Encontro Carioca 2016

37

Gestão de RH em Saúde

Oito dicas para driblar a frustração e gerenciar positivamente seus recursos humanos

44

Serviço

Consultoria jurídica gratuita aos associados

46

Informangio

A 567ª Reunião Científica reuniu especialistas e convidados em torno de temas atuais

47

Novos Sócios

Cerimônia de posse no CBC

Reuniões científicas, agora com um sabor cultural também

Eventos

50

Presidente
Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Presidente
Sergio Silveira Leal de Meirelles

2º Vice-Presidente
Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral
Breno Caiafa

1º Vice-Secretário
Guilherme Peralta Peçanha

2º Vice-Secretário
Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral
Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Tesoureiro
Adilson Toro Feitosa

2º Tesoureiro
Bernardo Cunha Senra Barros

Diretor Científico
Julio Cesar Peclat de Oliveira

1º Vice-Diretor Científico
Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico
Daniel Autran Burlier Drummond

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

1º Vice-Diretor de Eventos
Paulo Marcio Goulart Canongia

2º Vice-Diretor de Eventos
Leonardo Stambowsky

Diretor de Publicações Científicas
Leonardo Aguiar Lucas

1ºVice-Diretor de Publicações Científicas
Leonardo Silveira de Castro

2ºVice-Diretor de Publicações Científicas
Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor de Defesa Profissional
João Augusto Bille

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional
Felippe Beer

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

Diretor de Patrimônio
Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio
Almar Assumpção Bastos

2º Vice-Dir. de Patrimônio
Marcello Capella Moritz

Presidente na gestão anterior
Julio Cesar Peclat de Oliveira

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS

Público
Luiz Alexandre Essinger

Jurídico
Adalberto Pereira de Araújo

Científico
Alberto Coimbra Duque

Publicações
Carmen Lucia Lascasas Porto

Planejamento Estratégico
Paulo Roberto Mattos da Silveira

Residência Médica
Paulo Eduardo Ocke Reis

Vice-Residência Médica
Bruno Morrison

Eventos
Alessandra Fois Camara

Informática
Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro

Associações Médicas
Raimundo Luiz Senra Barros

Cirurgia Endovascular
Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios
Ney Abrantes Lucas

Ações Judiciais
Jackson Silveira Caiafa

Defesa Profissional
Adriana Rodrigues Vasconcellos

Departamentos de Gestão
Relacionamento SUS

Diretor de Informática
Átila Brunet Di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Informática
Felipe Silva da Costa

Pós-Graduação
Carlo Sassi

Educação Continuada
Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPTOS CIENTÍFICOS

Doenças Arteriais

Celestino Afonso Oliveira Martins

Edilson Ferreira Feres

Fernando Tebet Ramos Barreto

João Marcos Fonseca e Fonseca

Luiz Henrique Coelho

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas

Angela Maria Eugenio

Daniel Marques Figueiredo Leal

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Acesso Vasculares

Hermógenes Petean Filho

Leonardo Oliveira Harduin

MÉTODOS ESPECIAIS

Escleroterapia

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Rosa Claudia Guarrido Enes Cota

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Doenças Linfáticas

José Carlos Mayall

Monica Rochedo Mayall

Métodos Diagnósticos

Não Invasivos

Barbara Beatriz Couto Ruivo

Clóvis Bordini Racy Filho

Karla Gomes de Abreu

Luiz Paulo de Brito Lyra

Nostradamus Augusto Coelho

Sergio Eduardo Correa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Angiorradiologia e Cirurgia

Endovascular

Alberto Beer

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Guilherme Nogueira Dutra

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental

e Pesquisa

Bernardo de Castro Abi - Rama

Chimelli

Nivan de Carvalho

Breno França Vieira

Microcirculação

Mario Bruno Lobo Neves

André Marchiori

Trauma Vascular

Bruno Miana Caiafa

Eduardo Feres

Rita de Cassia Proviett Cury

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Fórum Científico

Helen Cristina Personi

Eduardo André Simas Lemos

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz de Almeida

SECCIONAIS

Coordenação

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida

Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba - 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1

Niterói

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nova Iguaçu

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4

São Gonçalo

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5

Duque de Caxias

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha

do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Leal de Meirelles

Marília Duarte Brandão Panico

Rossi Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho



Ilustres autoridades presentes à mesa e aqui representadas...

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

"Devido às dificuldades ocasionadas pela crise econômica, a residência e a pós-graduação estão sendo ineficientes para uma formação adequada do futuro especialista. E isto terá reflexos desastrosos à carreira profissional e à saúde dos pacientes."

Prezados colegas associados da SBACV-RJ, amigos congressistas e representantes da indústria,

Tivemos a honra de assumir a presidência da Regional, e Ivanésio Merlo, a Nacional, dileto amigo, ao qual desejamos muito sucesso à frente, pode contar sempre com o apoio da SBACV-RJ. Estamos entusiasmados, eu e minha diretoria, para fazermos o melhor trabalho em prol do crescimento da Sociedade e da Especialidade.

Entre nossos projetos, queremos levar a informação ao público em geral e aos nossos pacientes para estarem alertas aos sintomas vasculares e para que nos procurem para avaliação precoce.

Outra preocupação nossa é com a formação profissional. Devido às dificuldades ocasionadas pela crise econômica, a residência e a pós-graduação estão sendo ineficientes para uma formação adequada do futuro especialista. E isto terá reflexos desastrosos à carreira profissional e à saúde dos pacientes.

A luta pela implantação do Rol na saúde suplementar será contínua. A expansão para o aceite dos códigos para o tratamento da doença venosa e aos métodos invasivos é objetivo nosso. Creio que avançamos na codificação, no que tange ao tratamento da doença arterial. A busca incessan-

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

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

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo
Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação
Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

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

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br

te pela aceitação pela fonte pagadora será mantida. Não desistiremos.

A melhoria das condições de trabalho e de salários junto aos órgãos públicos será tratada com coragem. Implantar a filosofia da Saúde Vascular na Área Pública é a “bandeira” desta e das futuras gestões. Estamos mapeando os serviços e profissionais que neles atuam e preparando um conjunto de ideias para apresentarmos aos administradores da saúde pública. Por ser ano de eleições municipais, devemos aproveitar e buscar os políticos que se comprometam com os nossos projetos para que sejam realizados.

Aos associados, iremos oferecermos um “leque” de opções que os estimule a ser adimplentes, pois a busca maior é a manutenção da credibilidade do especialista e tornar a marca SBACV-RJ mais forte e mais interessante para a mídia e para o investimento dos parceiros.

Sobre o XXX Encontro Carioca, tivemos três convidados internacionais: os Drs. Gioacchino Coppi (Itália), Cesar Carmelino (Peru) e Bruno Freitas, colega brasileiro que trabalha na Alemanha. Realizamos, também, uma justa homenagem ao professor e doutor Paulo Roberto Mattos da Silveira.

Não podemos ficar alheios aos problema políti-

cos que têm ocorrido e que têm prejudicado a vida dos brasileiros. Apoiar e repudiar qualquer ação que impeça as investigações da polícia federal, do ministério público e as decisões da justiça no combate a corrupção no país. Entendemos que nenhum cidadão ou autoridade pode ser beneficiado por subterfúgios para desvios de competências judiciais, constitucionalmente firmadas, em absoluto detrimento dos princípios da legalidade e da moralidade.

Conclamamos os médicos e a população ao engajamento na luta pelo restabelecimento da ordem jurídica determinada pela Carta Magna, indispensável à reconstrução da nação.

Somos Brasil, e a nossa bandeira será sempre verde e amarela. É um dever de todos se manifestar, de forma pacífica, mas participem! Vamos às ruas, vamos usar todas as mídias possíveis, vamos estimular os amigos, conhecidos e os que conosco trabalham. Temos que mostrar a nossa cara, de um Brasil que funciona, e que a ética e a meritocracia prevaleçam.

Aqui nascemos. Este é o país em que queremos viver e criar os nossos filhos, é aqui que queremos e vamos ficar. O momento é esse!

Brasil, mude e já!



Sempre priorizando o conteúdo científico...

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

Prezado leitor,

No mês de abril tivemos o prazer de participar do XXX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, no Windsor Barra Hotel. E, nesta edição, vamos apresentar os pontos altos deste evento, que é sempre tão enriquecedor para nossa Sociedade. Inclusive, publicamos aqui os trabalhos que foram premiados no X Encontro de Residentes.

Para nossa satisfação, no Encontro, vivemos dias de muito relacionamento e compartilhamento. Com a exposição de temas atuais, de grande interesse do mundo vascular, escolhidos pela comissão organizadora. As presenças internacionais foram destaque da programação científica. Os Drs. Gioacchino Coppi (Itália), Cesar Carmelino (Peru) e Bruno Freitas (Alemanha) dividiram conosco suas experiências apresentando casos e realizando debates produtivos. Os congressistas aproveitaram cada apresentação na plenária, sempre lotadas durante todo o evento.

Para a parte científica da nossa revista, publicaremos na seção de imagem vascular uma reconstrução tomográfica enviada pelo Dr. Pablo da Silva Mendes, associado da SBACV do Espírito Santo (especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular). Incentivando especialistas de outras regionais a divulgarem seus trabalhos em nossa revista.

No Espaço da Ecografia, os Drs. Salomon do Amaral e Orlando Veloso nos enviaram uma pequena mostra tecnológica das imagens tridimensionais para exames, na área da ecografia.

A seção de artigo internacional traz o trabalho apresentado pelo Dr. Cesar Carmelino (Peru), no Encontro Carioca. Vale a pena conferir!

Entrevistamos o Dr. José Ramon Varela Blanco – Presidente Somerj e Diretor do Conselho do Cremerj – sobre a Lei da Contratualização. O objetivo foi divulgar a importância do assunto e do apoio jurídico no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviço. Aproveitando o tema, os assessores jurídicos da Regional do Rio de Janeiro escreveram um artigo para ampliar ainda mais as possibilidades de apoio prestado aos sócios, com as mudanças neste relacionamento.

Também merece destaque o Informangio, no qual nossos leitores podem acompanhar acontecimentos importantes na nossa Sociedade, como a posse do Dr. Julio Peclat, que assumiu a Diretoria da Cirurgia Vascular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Seguimos com a premissa de que com a contribuição de todos podemos aperfeiçoar nossa Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular a cada dia.



O Encontro cada vez tem mais vida, é mais claro, mais objetivo, mais leve...

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

Fizemos um evento voltado para o dia a dia do especialista, tirando dúvidas e não escondendo conhecimento. O pré-congresso abordou o tema mais procurado no momento: Flebologia Estética, com presença de muitos sócios, de todas as gerações, desde o residente do primeiro ano até cirurgiões vasculares consagrados e interessados com as atualizações das especialidades; como o Dr. Wilton José Caiafa, meu pai, que este ano completa 80 anos.

Pontos altos do XXX Encontro Carioca:

- A frequência de sócios que, há vários anos, passou de 500 inscritos;
- A presença de três convidados internacionais que discutiram assuntos fundamentais, e importantes, em várias áreas da Angiologia e da Cirurgia Vascular: Os Drs. Gioacchino Coppi (Itália), sobre aneurismas; Bruno Freitas (Alemanha), sobre doença obstrutiva dos MMII; e Cesar Carmelino (Peru), na área de Flebologia;
- A realização de três simpósios satélites, totalmente integrados com os temas do Encontro: a FQM abordou a insuficiência venosa e os flebotômicos, a Medtronic falou sobre a radiofrequência e a Arterial Life sobre doença arterial obstrutiva dos MMII;
- O aumento das empresas interessadas em participar do Encontro Carioca, necessitando expan-

dir a área de exposição;

- O evento social de confraternização, na sexta-feira à noite, aberto a todos os sócios; com DJ, Sax, e muita descontração;
- O nosso presidente nos brindou com um discurso emocionante, na abertura do Encontro, destacando seu comprometimento em realizar uma gestão séria e profícua junto à diretoria e todos os sócios;
- A homenagem ao Professor Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira – ex-presidente da SBACV-RJ, Angiologista, Doutor pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), mestre pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e professor aposentado da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj – que foi organizada pela Profa. Marília Panico, com muita emoção de ambas as partes, levando a plateia a aplaudir de pé a merecida homenagem;
- A permanência constante e em grande número dos sócios na plenária;
- O grande número de trabalhos inscritos por residentes. Foram 27. O maior número de temas livres já enviados.

Enfim, ficamos muito satisfeitos com o sucesso alcançado e agradecemos a cada participante por ter-nos ajudado a realizar um excelente XXX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.



O fruto de muito trabalho...

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

Prezados colegas,

Durante meses nos dedicamos ao planejamento das atividades científicas do 30º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Tive o privilégio de ter ao meu lado Marcos Arêas Marques e Daniel Autran Burlier Drumond, na Diretoria Científica. Foram incontáveis reuniões, presenciais e virtuais, que nos levaram a uma intensa e vibrante programação científica, com nove presidentes de mesa, 20 moderadores, nove secretários e 42 palestrantes, sendo três internacionais, em dez mesas temáticas.

Uma de nossas principais preocupações foi dar à programação científica, abrilhantada pela participação dos Drs. Gioacchino Coppi (Itália), César Carmelino (Peru) e Bruno Freitas, colega brasileiro que trabalha na Alemanha, nomes de destaque no cenário internacional, com a maior abrangência possível, de modo a contemplar vários temas da Especialidade, com destaque para a flebologia estética, por meio de um olhar sobre as novas abordagens, apresentadas no curso pré-evento, e aos procedimentos de alta complexidade, inseridos em todas as mesas de debates.

Gostaria de chamar a atenção para outro ponto

na programação científica: o Encontro de Residentes. Os trabalhos apresentados – todos de alto nível – deram à comissão julgadora, constituída por seis especialistas, sendo quatro do Rio de Janeiro, um de São Paulo e um do Rio Grande do Norte, bastante trabalho. Aproveito este espaço para parabenizar os primeiros colocados: a Dra. Carla de França Gonçalves – 1º lugar – (Cirurgia Vascular do HUCFF/UFRJ), com o trabalho sobre a “Revascularização de membro inferior pelo transplante autólogo de células-tronco da medula óssea”; a Dra. Luana Carmo – 2º lugar – (Cirurgia Vascular do HFSE), com “Ressecção de tumor de glômulo carotídeo”; e a Dra. Carolina K. Guelfi – 3º lugar – (Centervasc/Rio), com “Síndrome do desfiladeiro torácico: oclusão arterial por embolização distal de aneurisma de artéria subclávia”.

Vale destacar a emocionante homenagem prestada nesta edição ao Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira. Um verdadeiro ícone em nossa Sociedade, por toda a sua história de dedicação a ela e também às nossas Especialidades.

Finalmente, agradeço ao nosso presidente, Carlos Peixoto, pela confiança em nosso trabalho e pela valorosa parceria, e a cada colega que prestigiou nosso Encontro.

A lei 13.003

Dr. João Augusto Bille - Diretor de Defesa Profissional

No dia 24 de junho de 2014 foi sancionada pela Presidência da República, a lei 13.003 que dispõe sobre os planos de assistência privada à saúde.

A nova lei torna obrigatória a formalização de um contrato escrito entre as operadoras de planos de saúde e o prestador de serviços médicos (hospitais, clínicas, diagnósticos e autônomos).

Os contratos a serem firmados deverão conter com CLAREZA as condições para sua execução, tais como os valores, os critérios, a periodicidade, os reajustes, os prazos para faturamento e para as revisões de glosas.

Destaco um dos parágrafos da nova lei: o do reajuste.

Doravante os reajustes dos contratos deverão ser anuais e obedecerem um calendário com prazos determinados tanto para a aplicação do reajuste como para a negociação do índice de reajuste. Falando em negociação, a nova lei determina que a definição de qual será o índice de reajuste seja feito pela LIVRE NEGOCIAÇÃO entre as partes e num prazo improrrogável de 90 dias contados do início de cada ano-calendário.

Em termos práticos, até o final de março; após este período, se não houver acordo entre as partes, a ANS aplicará como índice o valor integral do IPCA, para a correção dos contratos.

As operadoras que não formalizarem os contratos escritos e de acordo com a lei 13.003 com seus prestadores serão penalizadas. Já os prestadores que não tenham os contratos escritos e sob a regulamentação da lei 13.003, não terão direito entre outras coisas ao reajuste anual e a possibilidade de contestar suas GLOSAS.

O prazo final para a celebração dos contratos foi até 22 de dezembro de 2015. Devemos estar atentos, a SBACV-RJ, através do departamento de defesa profissional, participa ativamente e presencialmente das negociações junto com a CONSSU do Cremerj, SINMED e outras Sociedades de Especialidade.

Convidamos todos nossos colegas a participarem destas reuniões que acontecem na sede do Cremerj e assim fortalecemos mais nossa regional e movimento médico por honorários mais justos.

Dr. Pablo da Silva Mendes - Título de Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV
Membro efetivo da SBACV (regional do Espírito Santo)



J.F.N., masculino, 28 anos, internado há 22 dias com quadro de dor lombar, sem febre. Antecedentes: S.I.D.A., quadro recente de sífilis, exclusão renal esquerda por trombose. Apresenta tratamento irregular da doença viral, sem outros sinais sistêmicos, VDRL negativo desde novembro de 14.

Angiotomografia da aorta torácica e abdominal mostra aneurisma sacular de aorta descendente, aneurisma fusiforme toracoabdominal, dissecação com estenose de aorta abdominal. Programação de tratamento:

- Tratamento das lesões estenóticas da aorta descendente e infrarrenal, exclusão do aneurisma sacular da aorta descendente, exclusão do aneurisma da aorta, revascularização de três troncos viscerais patentes. Optamos pela "técnica de sanduíche" por exclusão; dadas as con-

dições clínicas da internação, estado da doença de base, evolução rápida de lesões múltiplas e graves (apresentava angiotomografia recente) e alta morbidade da cirurgia convencional.

Realizamos a liberação da Endoprótese RELAY plus 34x30x200, posicionada 2 cm acima da origem do tronco celíaco. Posicionamento dos stents recobertos VIABAHN em artérias viscerais (artérias renal direita, mesentérica superior e tronco celíaco). Liberação do segundo corpo de endoprótese RELAY plus 32x28x150, de forma a deixar expostos menos de 1 cm de cada Viabahn na sua parte proximal. Liberação dos stents recobertos VIABAHN.

A imagem corresponde à angiotomografia de controle da aorta abdominal e torácica após 1 ano de tratamento do paciente descrito no caso clínico.



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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel

MEDShop

Saúde e conforto para você!



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running

Fotos meramente ilustrativas



Cinta cirúrgica
Macom Cod:
20018



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/
vaso sanitário

Produtos vendidos
separadamente.



Andador 3 rodas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo



Meias Elásticas

www.medshop.com.br

LOJAS

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

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

Humaita
Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

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

Ressecção de tumor de corpo carotídeo: relato de caso e revisão da literatura

Carotid body tumor resection: case report and literature in review

Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo¹, Rodrigo Andrade Vaz de Melo², Marcus Humberto Tavares Gress³, Jackson Silveira Caiafa², Bernardo Santos Souza¹, Nathalia Elino da Silveira¹, Lucas Augusto Barbosa Silva¹, Eduardo Wagner Guimarães Marcos da Silva¹

Resumo:

O tumor de corpo carotídeo é uma neoplasia rara, com incidência de 1 a 2 : 100.000 habitantes e corresponde a 65% dos paragangliomas de cabeça e pescoço. A maioria é benigno, com crescimento lento e assintomático, porém podem evoluir com importante invasão local. Relatamos o caso de uma paciente feminina de 82 anos, acompanhada no Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, com queixa de vertigem e massa cervical esquerda, diagnosticada como portadora de tumor de corpo carotídeo Shamblin III e tratada com ressecção cirúrgica total do tumor sem embolização pré-operatória. Na revisão da literatura, evidencia-se que a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha para esses tumores, sendo a embolização pré-operatória ainda controversa.

Abstract

The carotid body tumor is a rare tumor, with an incidence of 1 to 2 : 100,000, corresponding to 65% of head and neck paragangliomas. Most are benign, slow-growing and asymptomatic, but can develop important local invasion. We report the case of a female patient of 82 years, complaining of dizziness and left neck mass diagnosed as having carotid body tumor Shamblin III and treated with complete surgical resection tumor without preoperative embolization. In reviewing the literature, it is clear that surgical resection is the treatment of choice for these tumors and preoperative embolization remains controversial.

1. Residentes do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

2. Chefes de Clínicas do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

3. Preceptor da residência médica do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

O corpo carotídeo, também chamado de glomus carotídeo, constitui-se de um conjunto de células localizado na porção medial da bifurcação carotídea, derivado embriologicamente da crista neural e que possui grande importância na regulação aguda das concentrações de oxigênio, gás carbônico, pH e temperatura do sangue, gerando estímulos neuroendócrinos em situações de desequilíbrio destes parâmetros.¹

Os tumores de corpo carotídeo (TCC) são neoplasias raras, com uma incidência de 1-2 :100.000 e correspondendo a aproximadamente 65% dos paragangliomas de cabeça e pescoço. A maior parte dos TCC são esporádicos (75%) sendo o restante correspondente às síndromes hereditárias.^{2,3}

A média de idade da ocorrência dos casos de TCC esporádicos é de 45 a 75 anos, já os casos hereditários ocorrem em pacientes mais jovens. São bilaterais em cerca de 5% dos casos e malignos em 10-15%, havendo maior incidência destes nos casos hereditários.^{4,5,6}

Clinicamente, são em maior frequência de crescimento lento e assintomáticos, porém, se não diagnosticados e tratados, podem evoluir com importante invasão local das artérias carótidas, compressões neurais e sintomas que podem variar de alterações de pares cranianos, vertigens e disfagia a eventos isquêmicos^{7, 8}. Portanto, a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha sempre que possível.³

Relato de Caso

Paciente feminina, 82 anos, hipertensa, portadora de fibrilação atrial (FA) paroxística e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) por fibrose pulmonar ocupacional, encontrava-se em acompanhamento ambulatorial pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores

do Estado do Rio de Janeiro (HFSE) em pós-operatório de correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal, realizada em julho de 2014.

Em meados de 2015, iniciou queixa de vertigem que atrapalhava a deambulação e sua independência nos pequenos afazeres diários.

Ao exame apresentava massa cervical esquerda, em topografia de bifurcação carotídea, fibroelástica, indolor, móvel horizontalmente porém imóvel verticalmente. Não havia linfonodos palpáveis. Negava sudorese ou palpitações, apresentava-se eucárdica e normotensa.

Ecocolor-Doppler de carótidas e vertebrais de um ano antes sem alterações.

Foi solicitado novo exame, que evidenciou massa em bifurcação carotídea, vascularizada, comprimindo extrinsecamente as artérias carótida interna (ACI) e externa (ACE). Artérias vertebrais sem alterações. (Figura 1)



Figura 1

Realizada angiotomografia que ratificou a presença de massa em topografia de bifurcação carotídea, englobamento total de ACE e parcial de ACI, com Sinal da Lira presente, sendo altamente sugestiva de tumor de corpo carotídeo Shamblium III. (Figuras 2A e B).

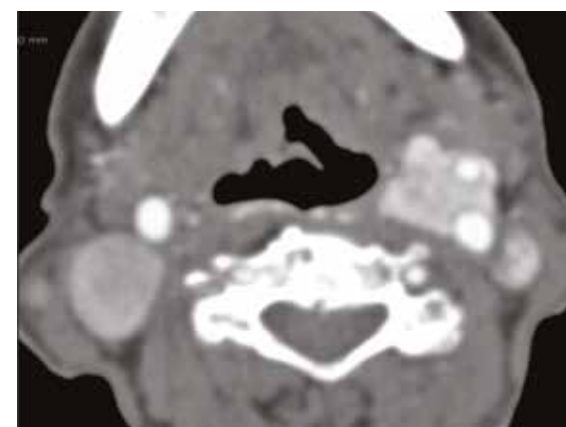


Figura 2A

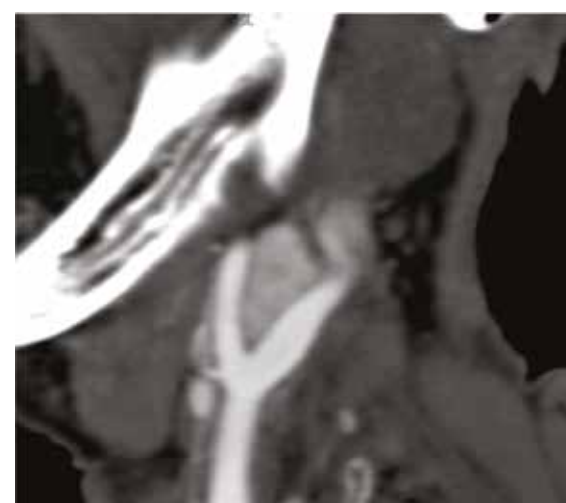


Figura 2B



Figura 3A

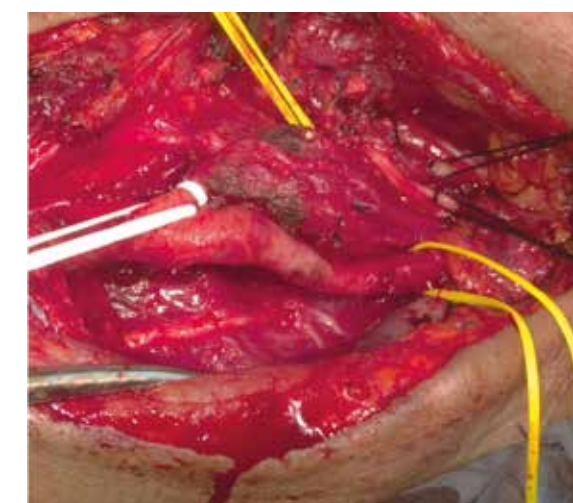


Figura 3B

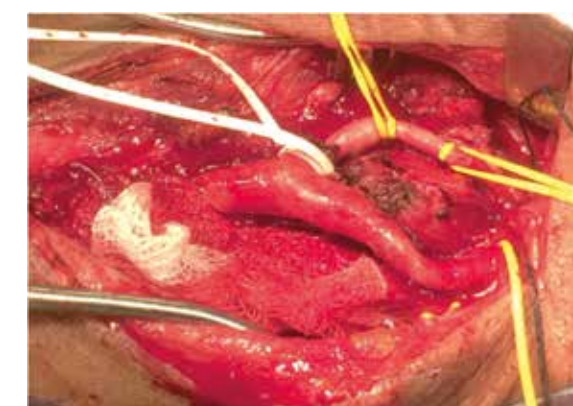


Figura 3C

O tratamento de escolha foi a ressecção cirúrgica, sem embolização pré-operatória do tumor. Não houve necessidade de reconstrução vascular, nervos preservados, sem perda sanguínea significativa nem necessidade de transfusão de hemoconcentrados no intraoperatório. (Figuras 3A, 3B, 3C, 3D, 3E) Foi realizada drenagem com Hemovac® de grosso calibre que foi retirado após 48h. Paciente foi extubada em sala.



Figura 3D

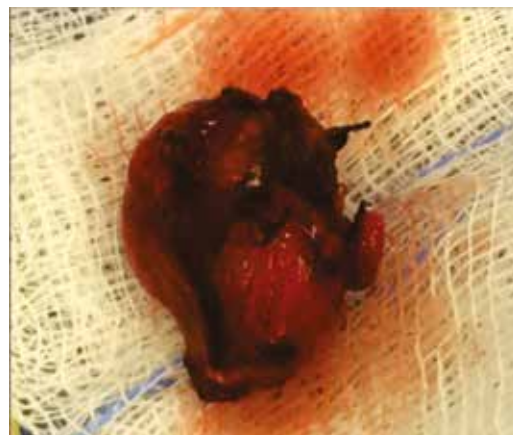


Figura 3E

O histopatológico confirmou o diagnóstico de tumor de corpo carotídeo.

No segundo dia pós-operatório, na unidade intensiva, apresentou FA com alteração hemodinâmica e necessitou de reintubação orotraqueal e suporte ventilatório. Devido à fibrose pulmonar e DPOC, o desmame ventilatório foi lento, evoluindo para traqueostomia.

Permaneceu cerca de 2 meses no CTI e 15 dias na enfermaria, tendo alta hospitalar deambulando sem queixas de vertigem, se alimentando e respirando em ar ambiente com o orifício da traqueostomia ocluído.

Discussão

O TCC esporádico é o tipo mais prevalente desse tumor e o principal fator de risco a ele relacionado é a hipóxia crônica. Portanto, indivíduos que vivem em grandes altitudes, portadores de cardiopatias cianóticas ou pacientes com DPOC, como no caso relatado, possuem maior propensão a esse tipo de tumor. A hipóxia crônica gera um estímulo constante às células do corpo carotídeo gerando hiperplasia e neoplasia destas.¹

Sua apresentação ocorre geralmente com uma massa cervical indolor que ao exame físico demonstra mobilidade horizontal com fixação vertical, devido à aderência carotídea (Sinal de Fontaine). Pode haver sopro e frêmito.⁹

Os exames de imagem são essenciais para o diagnóstico, tendo em vista que a biópsia é proscrita pela alta chance de sangramento do procedimento. O Ecocolor-Doppler se encaixa como exame inicial de diagnóstico, sendo importante também na análise da vascularização tumoral. A angiotomografia e a arteriografia são exames mais específicos e mais efetivos para o estudo completo tumoral.¹¹

A malignidade do TCC é baixa e muitas vezes pouco definida, contudo, se não tratado, mantém o crescimento local e a invasão das artérias carótidas, podendo causar sintomas compressivos em nervos, sistema digestório, respiratório e eventos isquêmicos, além de se tornar progressivamente mais complicada a ressecção tumoral.¹⁰ Shamblyn *et al.* criaram em 1971 uma classificação quanto à invasão local desses tumores e a sua relação com as carótidas: Tipo I são tumores localizados entre a ACI e ACE e são facilmente ressecáveis. No tipo II, a massa envolve parcialmente os vasos carotídeos, enquanto no tipo III, há envolvimento total, englobando 360º pelo menos uma das artérias carótidas, como no caso descrito.¹²

A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha nos pacientes com adequado risco cirúrgico, tanto pela seu potencial de invasão e crescimento local, como pelo seu percentual de maligni-

dade, que não é desprezível. Vale lembrar que nos casos de tumores irresssecáveis e pacientes de alto risco, a radioterapia é uma alternativa na redução da massa tumoral.⁹

A embolização pré-operatória é muito discutida na literatura e não há definição clara quanto ao seu benefício. Alguns estudos mostram bons resultados na embolização até 48 horas antes da ressecção de tumores com mais de 4 cm e hiper-vascularizados.¹³ Porém uma metanálise de fevereiro de 2016 com 470 pacientes demonstrou ausência de benefício per ou pós-operatório na embolização prévia destes tumores.¹⁴

Conclusão

Tumores de corpo carotídeo são entidades raras, porém devem sempre ser lembrados no diagnóstico diferencial de massas cervicais.

Apesar de apresentarem um potencial de malignidade baixo, principalmente nos casos adquiridos, a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha nos pacientes elegíveis pelo potencial de invasão local e gravidade do acometimento dos vasos carotídeos e estruturas cervicais, sendo a necessidade de embolização pré-operatória ainda uma controvérsia.

Bibliografia

- 1 - Mohamad R Chaaban, MD, MBA, MSCR, FACS, FAAOA; Chief Editor: Arlen D Meyers, MD, MBA. Carotid Body Tumors. *Medscape* Jan 20, 2015
- 2 - Sevilla Garcia MA, Llorente Pendas JL, Rodrigo Tapia JP, Garcia Rostan G, Suarez Fente V, Coca Pelaz A. Head and neck paragangliomas: Revision of 89 cases in 73 patients. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007;58:94-100
- 3 - Jennifer L. Dixon, MD, Marvin D. Atkins, MD, William T. Bohannon, MD, Clifford J. Buckley, MD, and Terry C. Lairmore, MD. Surgical management of carotid body tumors: a 15-year single institution experience employing an interdisciplinary approach. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2016;29(1):16-20
- 4 - JL Netterville, KM Reilly D, Robertson, ME Reiber, WB Armstrong and P. Childs. Carotid body tumors: a review of 30 patients with 46 tumors. *Laryngoscope*. 1995. 105:114-126.
- 5 - Karatas E, Sirikci A, Baglam T, Mumbuc S, Durucu C, Tutar E. Synchronous bilateral carotid body tumor and vagal paraganglioma: a case report and review of literature. *Auris Nasus Larynx*. 2008 Mar. 35(1):171-5.
- 6 - Gardner P, Dalsing M, Weisberger E, Sawchuk A, Miyamoto R. Carotid body tumors, inheritance, and a high incidence of associated cervical paragangliomas. *Am J Surg*. 1996 Aug. 172(2):196-9.
- 7 - Sajid MS, Hamilton G, Baker DM. A multicenter review of carotid body tumour management. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 34: 127-130, 2007.
- 8 - Hrvoje Budinevi1, Ana Pirš1, Tihana Bohm1, Tomislav Trajbar, Ante Ivkoš3, Tomislav Pavlovi, Ivan Bielen and Silva Soldo-Butkovic. Carotid Body Tumor as a Cause of Stroke. *Intern Med* 55: 295-298, 2016
- 9 - Barbara Peric*, Ziva Pohar Marinsek, Breda Skrbinc, Maja Music, Ivana Zagar and Marko Hocevar. A patient with a painless neck tumour revealed as a carotid paraganglioma: a case report. *World Journal of Surgical Oncology* 2014, 12:267
- 10 - Mohamed A Elsharawy, Hind Alsaif,1 Aymen Elsaid, and Ali Kredees. Management of sizeable carotid body tumor: Case report and review of literature. *Avicenna J Med*. 2013 Oct-Dec; 3(4): 106-108.
- 11 - Sudhir M. Naik, Ashok M. Shenoy, Nanjundappa, Rajshakar Halkud, Purshottam Chavan, K. Sidappa, Usha Amritham, and Sumit Gupta. Paragangliomas of the Carotid Body: Current Management Protocols and Review of Literature. *Indian J Surg Oncol*. 2013 Sep; 4(3): 305-312.
- 12 - Shamblyn WR, ReMine WH, Sheps SG, Harrison EG Jr. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am J Surg* 1971, 122:732-739.
- 13 - Zhang TH, Jiang WL, Li YL, et al. Perioperative approach in the surgical management of carotid body tumors. *Ann Vasc Surg*. 2012 Aug. 26(6):775-82.
- 14 - Abu-Ghanem S1, Yehuda M1, Carmel NN1, Abergel A1, Fliss DM1. Impact of preoperative embolization on the outcomes of carotid body tumor surgery: A meta-analysis and review of the literature. *Head Neck*. 2016 Feb 15. doi: 10.1002/hed.24381.



1,5 ponto

Reuniões Científicas Mensais 2016

JUN

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

Local: Auditório do CREMERJ

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

Horário: 19h30

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

Local: Penedo - RJ

Horário: a definir

JUL

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

Local: Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

Horário: 19h30

AGO

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

Local: Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

Horário: 19h30

SET

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

Local: Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

Horário: 19h30

OUT

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

Local: Auditório B do CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 - Botafogo - Rio de Janeiro

Horário: 19h30

SBACV RJ

www.sbacvrj.com.br

Síndrome do desfiladeiro torácico: oclusão arterial por embolização distal de aneurisma da artéria subclávia

Thoracic outlet syndrome: arterial occlusion by distal embolization from a subclavian artery aneurysm

Carolina Kayser Guelfi¹, Daniel Leal², Alberto Vescovi³, Bernardo Massière⁴,
Bernardo Dalago Ristow¹, Nathan Aquino de Liz¹, Paula Marques Vivas¹ e Arno von Ristow⁵

RESUMO

A Síndrome do Desfiladeiro Torácico engloba uma constelação de sinais e sintomas nas extremidades superiores, resultantes da compressão do feixe neurovascular nesse território. As manifestações arteriais são raras e graves, seguem um curso caracterizado por compressão extrínseca, dilatação pós-estenótica, degeneração aneurismática e embolização secundária. Os autores relatam o caso de um homem de 45 anos com quadro de oclusão arterial por embolização distal de aneurisma da artéria subclávia direita na presença de costela cervical unilateral.

Palavras-chave: Síndrome do Desfiladeiro Torácico; complicações arteriais; costela cervical; aneurisma da artéria subclávia.

1. Médicos pós-graduandos do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

2. Cirurgião vascular do Centervasc-Rio. Professor Instrutor do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

3. Cirurgião vascular do Centervasc-Rio. Professor Assistente do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

4. Cirurgião vascular e diretor, Centervasc-Rio. Professor Associado do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

5. Cirurgião vascular. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina. Professor Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Vascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

ABSTRACT

Thoracic outlet syndrome is a constellation of upper extremity symptoms and signs resulting from compression of the neurovascular bundle in thoracic outlet area. Arterial manifestations usually follow a progressive course characterized by extrinsic compression, post-stenotic dilatation, aneurismal degeneration, and secondary embolization. The authors report a case of a 45 year-old man with arterial occlusion caused by distal embolization from a right subclavian artery aneurysm in the presence of unilateral cervical rib.

Keywords: Thoracic outlet syndrome; arterial complications; cervical rib; subclavian artery aneurysm.

Introdução

O termo Síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) foi utilizado pela primeira vez por Peet *et al*¹ em 1956 e descreve um quadro clínico atribuído à compressão isolada ou múltipla do plexo braquial, artéria e veia subclávias, na região designada desfiladeiro torácico. Existem três tipos de SDT: o neurológico, mais comum, ocorrendo em mais de 95% dos casos, o venoso, em 2-3% e o arterial, o mais raro, que corresponde a menos de 1% das situações.²

As lesões arteriais na SDT são geralmente associadas a anormalidades ósseas, costela cervical e primeira costela anômala.³ A síndrome de costela cervical, termo sugerido por J. B. Murphy em 1916, ocorre quando o triângulo intrecostoescalênico é invado por uma costela cervical, que empurra a artéria subclávia e o plexo braquial anteriormente de encontro ao escaleno anterior. Esta compressão causa comprometimento do terceiro segmento da artéria subclávia e produz uma lesão intimal com ou sem dilatação pós-estenótica.^{3,5,6}

O diagnóstico na SDT arterial é clínico, feito pela combinação de elementos da anamnese e do exame físico. Manobras de compressão têm sido historicamente utilizadas para auxiliar no diagnóstico da SDT, mas nenhum é preciso e patognomônico de lesão arterial.^{7,8,9,10}

O presente artigo relata o caso de um paciente com oclusão arterial aguda do membro superior direito por embolização distal, devido a aneurisma pós-estenótico como complicação da SDT.

Relato de caso

Paciente homem, 45 anos, empresário, previamente hígido, admitido na emergência com quadro de dor, hipoestesia e frialdade da mão direita há 30 dias e piora dos sintomas há cinco dias. Ao exame físico apresentava palidez e hipotermia da mão direita, ausência de pulsos braquial, radial e ulnar, motricidade preservada. Realizado Eco-Doppler que evidenciou trombose não recente da artéria braquial direita com reabitação do fluxo a nível do antebraço (fluxo monofásico nas artérias radial e ulnar). Diagnosticada isquemia crítica do membro e iniciada heparinização sistêmica (heparina não fracionada), com compensação da isquemia. Submetido à angiotomografia computadorizada (ATC), que evidenciou aneurisma sacular de 19 mm de diâmetro da artéria subclávia, trombose extensa da artéria braquial e costela cervical (tipo III), configurando SDT (Estádio III da Classificação Scher). (Figura 1)



Figura 1 - Reconstrução angiotomográfica evidenciando aneurisma sacular de 19 mm de artéria subclávia, trombose extensa de artéria braquial e costela cervical direita.

Planejadas descompressão neurovascular cervicobraquial, aneurismectomia e revascularização do membro. A arteriografia intraoperatória confirmou oclusão e reabitação na bifurcação braquial direita. (Figura 2)

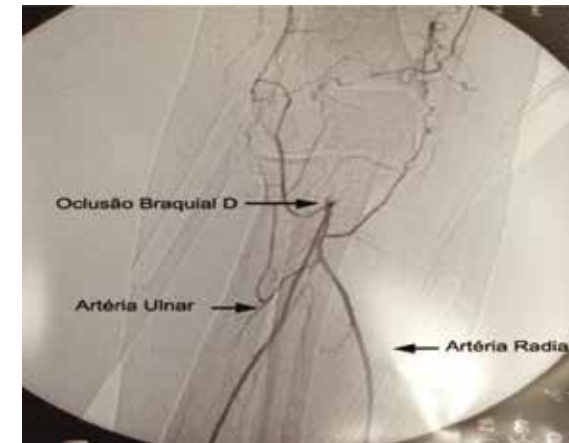


Figura 2 - Arteriografia intraoperatória apresentando oclusão braquial direita com reabitação do fluxo ao nível da bifurcação.

Realizados quatro acessos cirúrgicos, supraclavicular, infraclavicular, axilar e braquial, além da incisão inguinal para colheita da veia safena esquerda. Realizadas a ressecção via supraclavicular da costela supranumerária e da primeira costela; aneurismectomia, seguida de interposição subclavioaxilar e ponte axilobraquial ambas com veia safena magna devalvulada, não invertida e ex vivo (Figura 3 e Figura 4). Imediatamente após liberação do fluxo foram identificados pulsos distais, com melhora da perfusão do membro. Paciente apresentou boa evolução e nenhuma complicação. Recebeu alta hospitalar no sexto dia pós-operatório. Assintomático após seis meses, em plena atividade laborativa. Exame físico revela boa perfusão periférica, com pulsos axilar, braquial, radial e ulnar amplos. ATC de controle evidenciou perviedade das reconstruções e calibres preservados do segmentos interposto com veia safena ao nível subclavioaxilar e da ponte axilobraquial. (Figura 5)



Figura 3 - Imagem intraoperatória da aneurismectomia da artéria subclávia direita.



Figura 4 - Imagem intraoperatória evidenciando aspecto final da interposição subclavioaxilar utilizando veia safena magna (vide texto para detalhes).

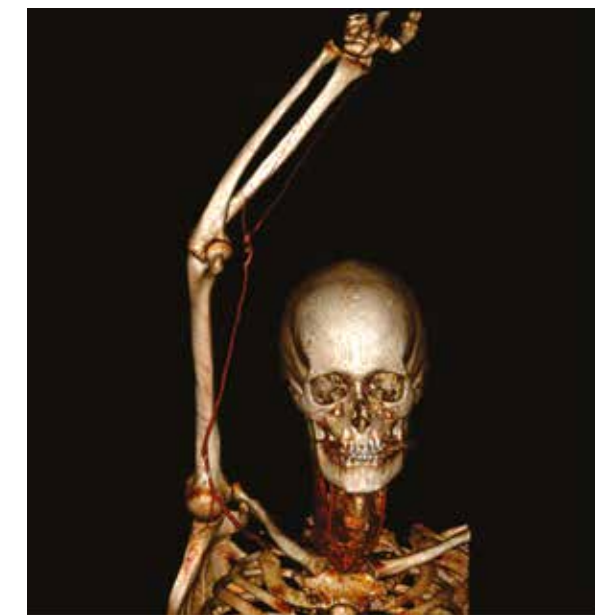


Figura 5 - Reconstrução AngioTC de controle após seis meses. Observar a ausência de compressões, mesmo em hiperabdução e perviedade das reconstruções arteriais.

Discussão

As complicações arteriais por compressão da artéria subclávia representam o tipo menos comum na SDT, contudo, apresentam importantes indicações de intervenção cirúrgica. A maioria dos pacientes com sintomas arteriais na SDT é de adulto jovem. A idade média publicada em séries é de 37 anos de idade.¹¹

As costelas cervicais são condições raras, presentes em aproximadamente 1% da população, mas somente 10% são sintomáticos. Representam apenas 4,5% dos pacientes com SDT. Acomete mais mulheres na proporção 7:3.¹²

O tipo de costela cervical é de grande importância nas complicações arteriais. As costelas curtas (tipo I) e as incompletas (tipo II) produzem preferencialmente complicações neurológicas, enquanto que as longas ou completas (tipo III) apresentam complicações arteriais. São incompletas em 70% dos casos e completas em 30%. Além disso, podem ser uni ou bilaterais, acometimento bilateral em 65% dos casos.¹³

Os sintomas na SDT arterial incluem isquemia digital, claudicação, frialdade, palidez, parestesia e dor na mão, e raramente sintomas algícos no ombro ou no pescoço. Esses sintomas são o resultado de eventos embólicos originados de trombo de aneurisma da artéria subclávia ou a partir de trombo formado distalmente à eventual estenose da artéria subclávia.^{14,15}

Exames de imagem como as radiografias de tórax e coluna cervical são de extrema valia para revelar alterações ósseas. A Angiotomografia Computadorizada (ATC) é um exame útil para definir o diagnóstico e para auxiliar no planejamento cirúrgico. ATC pode identificar o ponto exato de compressão e a extensão da doença arterial que requer tratamento.¹⁶

A ressonância magnética tem se mostrado eficaz em demonstrar bandas fibróticas e desvio do plexo braquial em pacientes sem costela cervical. A avaliação eletrodiagnóstica é útil para

diagnóstico na compressão do carpo e no canal de Guyon, mas no diagnóstico da SDT sofre alterações devido à posição em que é realizado o teste.¹⁷

A ultrassonografia é um importante método no estudo da compressão vascular na SDT, devendo ser realizada de forma dinâmica com manobras específicas. Consiste em um exame não invasivo e que não envolve o uso da radiação ionizante. Pode demonstrar alterações aneurismáticas ou aumento da velocidade de fluxo correlacionado à compressão estenótica. Associado a estas vantagens, o método permite diagnosticar trombose dos vasos subclávios e pode ser utilizado quando existirem contraindicações à angiografia.^{18,19}

A maioria dos pacientes com SDT é assintomático e poucas vezes necessita tratamento.¹ O tratamento pode ser conservador com fisioterapia, repouso da atividade que originou os sintomas e analgesia, quando a síndrome for principalmente de comprometimento neurológico. Em casos de falha no tratamento clínico (após 6 meses sem melhora ou reaparecimento dos sintomas), não controle da dor e da parestesia, além de acometimento vascular, deve ser indicado o tratamento cirúrgico.^{20, 21}

Embora a SDT arterial tenha apresentação característica, outras causas de isquemia das extremidades superiores devem ser suspeitadas e investigadas durante a anamnese e exame físico.² Entre os diagnósticos diferenciais relatados, encontramos cardioembolismo, embolização de arco aórtico, vasculites (Takayasu e Arterite de Células Gigantes), dissecação, lesão por radiação e distúrbios do tecido conjuntivo, entre outras menos comuns.¹²

O tratamento cirúrgico é guiado de acordo com o grau de lesão arterial. A Classificação de Scher para SDT arterial fornece uma orientação para tratamento apropriado. O Estágio Scher I descreve a compressão da artéria subclávia com menor dilatação pós-estenótica e sem ruptura da ínti-

ma. O tratamento adequado consiste em descompressão do desfiladeiro torácico, incluindo ressecção da costela cervical ou da primeira costela, secção do músculo escaleno anterior e ressecção de qualquer doença fibrosa anômala. O Estágio Scher II inclui artéria subclávia com lesão da íntima, degeneração aneurismática e trombo mural. O tratamento adequado inclui descompressão do desfiladeiro torácico e reconstrução da artéria subclávia. O estágio Scher III inclui os pacientes com embolização distal. O tratamento deve incluir uma combinação de trombólise ou tromboembolectomia, descompressão do desfiladeiro torácico e reconstrução vascular.^{22, 23}

A morbidade está diretamente relacionada com as estruturas anatômicas do desfiladeiro torácico e inclui pneumotórax, hemotórax, linforreia, plexopatia braquial e lesão vascular.²⁴ Lesão do nervo torácico longo e frênico também é relatada. Raramente, a lesão da cadeia simpática cervical pode resultar na Síndrome de Horner. A taxa de morbidade global publicada varia de 7% a 40%, sendo as mais frequentes as lesões pleurais e lesão transitória do plexo braquial.²⁵

Ao contrário da SDT neurogênicas, a recorrência da SDT arterial é muito rara em pacientes que tenham sido submetidos à descompressão completa e reconstrução arterial adequada.⁸ A perviabilidade do enxerto é relatada em torno de 90% a 100%, dependendo do deságue. A taxa de salvamento do membro se aproxima de 100% no estágio Scher I e II; as embolizações distais podem resultar em amputação de dedos em pacientes com lesões estágio III de Scher, mas amputação de braço é incomum.^{26,27}

No caso do paciente em questão, por se tratar de uma SDT arterial com compressão causada por costela cervical unilateral verdadeira e completa (tipo III), com complicações arteriais (aneurisma da artéria subclávia e embolização distal), foi indicado o tratamento de todas as patologias compressivas e isquêmicas em um só ato operatório. Foi realizada uma via de acesso supra e outra infraclavicular; uma axilar distal e outra na

prega antecubital direita. A seguir, ressecção da costela cervical e da primeira costela, associada à escalenectomia.

Neste caso, com aneurisma infraclavicular, usamos vias supra e infraclaviculares simultâneas, que dão acesso amplo e seguro às estruturas e permitem a ressecção das partes posterior e anterior da primeira costela. Simultaneamente, outra equipe realizou a colheita e preparo da veia safena interna esquerda, desde a região inguinal até o joelho, conforme descrito por nós anteriormente.^{28,29} Infiltramos o trajeto da veia a ser mobilizada com solução de papaverina a 0,1 mg/ml, o que evita a ocorrência de espasmo e favorece a dissecação em membros com isquemia crônica. Após, é realizada técnica de dissecação precisa e atraumática, com mínimo manuseio; as tributárias devem ser ligadas a 2 mm da parede da veia. Uma vez retirada de seu leito, a veia deve ser irrigada e distendida gradualmente, com solução de sangue autólogo heparinizado, contendo papaverina e no máximo a 100 mmHg de pressão. Mantemos o enxerto distendido com sangue autólogo heparinizado com papaverina enquanto não se realiza o implante. Ao se remover a veia para um enxerto *ex vivo*, a veia deve ser mantida distendida com solução de papaverina e soro fisiológico, a 4°C. Para devalvulação da veia empregamos rotineiramente um valvulótomo Insutucath®, de pequeno diâmetro. As reconstruções arteriais foram realizadas com técnica microcirúrgica preconizadas por nós previamente.⁸

Conclusão

A SDT deve ser lembrada como diagnóstico etiológico e diferencial na isquemia dos membros superiores. O tratamento deve ser individualizado e conduzido por equipe especializada. Entendemos que a descompressão neurovascular cervicobraquial e a revascularização do membro afetado devem ser realizadas simultaneamente para otimizar o ato cirúrgico e a recuperação do paciente. O tratamento da SDT, mesmo quando complexa, é factível, efetivo e durável.

Referências:

1. Peet PM, Henriksen MD, Anderson TP: Thoracic Outlet Syndrome: Evaluation of a Therapeutic Exercise Program. *Mayo Clin Proc* 31: 281-7, 1956.

2. Sanders RJ, et al: Diagnosis of thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg* 46:601-604, 2007.

3. Criado E, et al: The spectrum of arterial compression at the thoracic outlet. *J Vasc Surg* 52:406-411, 2010.

4. Murphy JB: Cervical rib excision: collective review on surgery of cervical rib. *Clin John B Murphy* 5:227-240, 1916.

5. Durham JR, et al: Arterial injuries in the thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg* 21:57-70, 1995.

6. Adson AW: Surgical treatment for symptoms produced by cervical ribs and the scalenus anticus muscle. *Surg Gynecol Obstet* 85:687-700, 1947.

7. Palazzo J. C., Ristow, A. V. B. Síndrome de compressão neurovascular da cintura escapular: diagnóstico diferencial e tratamento, *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 4, n. 28, p. 30-33, abril, 1989.

8. Palazzo JCC, RISTOW Av. Síndrome de Compressão Neuro-Vascular da Cintura Escapular. *Jornal Brasileiro de Medicina*. 1982;43:25-41.10.

9. Palazzo JCC, RISTOW Av. Síndrome de Compressão Neurovascular da Cintura Escapular – Diagnóstico Diferencial e Tratamento. *Jornal Brasileiro de Medicina*. 1989;56:28-37.

10. Ristow Av, Costa ELF, Cury JM, Abreu RC, Sampaio M, Gardeazabal GF. Derivação arterial com veia ‘in situ’ no membro superior - caso especial. *Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro* 1992; 1: 93-8.

11. Davidovic LB, et al: Arterial complications of thoracic outlet syndrome. *Am Surg* 75:235-239, 2009.

12. Sanders RJ, et al: Management of cervical ribs and anomalous first ribs causing neurogenic thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg* 36:51-56, 2002.

13. Gruber W. Ueber die Halsrippen des Menschen mit vergl. chend anatomischen Bermerkungen. St Petersburg: *Memoires de l'Academie Imperial Scientia*; 1869.v.2,p.727.

14. Lee TS, et al: Cerebral embolic stroke and arm ischemia in a teenager with arterial thoracic outlet syndrome: a case report. *Vasc Endovascular Surg* 41:254-257, 2007.

15. Hugl B, et al: Unusual etiology of upper extremity ischemia in a scleroderma patient: thoracic outlet syndrome with arterial embolization. *J Vasc Surg* 45:1259-1261, 2007.

16. Matsumura JS, et al: Helical computed tomography of the normal thoracic outlet. *J Vasc Surg* 26:776-783, 1997.

17. Charon JP, et al: Evaluation of MR angiographic technique in the assessment of thoracic outlet syndrome. *Clin Radiol* 59:588-595, 2004.

18. Demondion X, et al: Ultrasonographic assessment of arterial cross-sectional area in the thoracic outlet on postural maneuvers measured with power Doppler ultrasonography in both asymptomatic and symptomatic populations. *J Ultrasound Med* 25:217-224, 2006.

19. Stapleton C, et al: Sonographic evaluation of the subclavian artery during thoracic outlet syndrome shoulder maneuvers. *Man Ther* 14:19-27, 2009.

20. Thoracic-outlet syndrome: evaluation of therapeutic exercise program. *Proc Staff Meet Mayo Clin*. 1956;31:281-7.

21. Bouhoutsos J, Morris T, Martin P. Unilateral Raynaud’s phenomenon in the hand and its significance. *Surgery*. 1977;82:547-51.

22. Degeorges R, et al: Thoracic outlet syndrome surgery: long-term functional results. *Ann Vasc Surg* 18:558-565, 2004.

23. Scher LA, et al: Staging of arterial complications of cervical rib: guidelines for surgical management. *Surgery* 95:664-669, 1984.

24. Davidovic LB, et al: Vascular thoracic outlet syndrome. *World J Surg* 27:545-550, 2003.

25. Durham JR, et al: Arterial injuries in the thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg* 21:57-70, 1995.

26. Gelabert HA, et al: Diagnosis and management of arterial compression at the thoracic outlet. *Ann Vasc Surg* 11:359-366, 1997.

27. Warrens A, et al: Thoracic outlet compression syndrome: the lack of reliability of its clinical assessment. *Ann R Coll Surg Engl* 69:203-204, 1987.

28. Ristow, Av ; Cury, J. M. Ateroesclerose Obliterante Periférica - Tratamento Cirúrgico das Oclusões Abaixo do Ligamento Inguinal. In: Maffei, F.H.A. (Org.). *Doenças Vasculares Periféricas*. 3ed.Rio de Janeiro: MEDSI, 2002, v. , p. 1071-1106.

29. Ristow, Av, Cury, J.M., Pedron, C., Vescovi, A. “Obstruções Arteriais Crônicas Infra-Inguinais - Tratamento Cirúrgico”. In: Brito, C.J. (Org.). *Cirurgia Vascular*. Rio de Janeiro: Revinter, 2013, v. p. 682-729.

Vem aí o 4º prêmio Mayall Prepare o seu trabalho.

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

Da participação e inscrição

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

Formatação

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

Premiação

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

Julgamento

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



Sandwich Laser Foam (SALF) an Easy Feasible Endoluminal Proposal of two Combined Methods por Treatment of Severe Dilated Saphenous Vein Incompetence

Cesar Carmelino MD¹, Hugo Navas MD², Collaboration; Juan Flores MD¹
Correspondence address; ccarmelino@hotmail.com, navashugo@gmail.com

1. VENOCENTRO-CLINICA MIRAFLORES; LIMA-PERU
2. HOSPITAL DE CLINICAS CARACAS-VENEZUELA

Abstract

Endoluminal laser and foam sclerotherapy each constitute excellent alternatives for the treatment of insufficient saphenous veins. Over the last decade, multiple studies have been published comparing different methods for endovascular ablation of the saphenous veins, including several meta-analysis, in which one may behold very solid, long-term occlusion rates with laser and lower rates with foam sclerotherapy.

It has been established that the results with laser are highly satisfactory with veins that measure less than 1 cm in diameter, at the saphenofemoral junction or at the saphenopopliteal; results show that the higher the diameter, the higher recanalization rates, and many groups prefer recurring to conventional saphenectomy, disconnection of the saphenofemoral or saphenopopliteal junction or by applying sclerotherapy or complementary laser for such complex cases.

We propose a new technique which combines the benefits of laser and foam Sandwich Ablation Laser Foam (SALF) in the same procedure, with more benefits and less complications, with high occlusion rates for saphenous veins measuring more than 1cm. Mainly for those which are highly dilated and hold the presence of aneurysmatic dilatations in its trunk, without having to significantly increase the amount of necessary energy to achieve an effective laser ablation, nor excessive quantities of sclerosant.

Introduction

Over the past 15 years, an important change has been developing in the search for the venous insufficiency treatment, through the quest of a less invasive and more effective surgery, with less complication rates and fewer long-term recurrences. Thus appearing thermal ablations through laser treatment, with Boné's published papers¹⁻³ and radiofrequency, more recently with water steam.

Chemical ablation through foam sclerotherapy and new methods developed in the past few years, such as cyanoacrylate^{4,5} or the use of a catheter, allowing to damage the endothelium through rotation while performing liquid sclerotherapy (Clarivein®), have been Non-Thermal ablation alternatives. These positive results have encouraged continuing research and innovation on procedures that will be each time less aggressive.

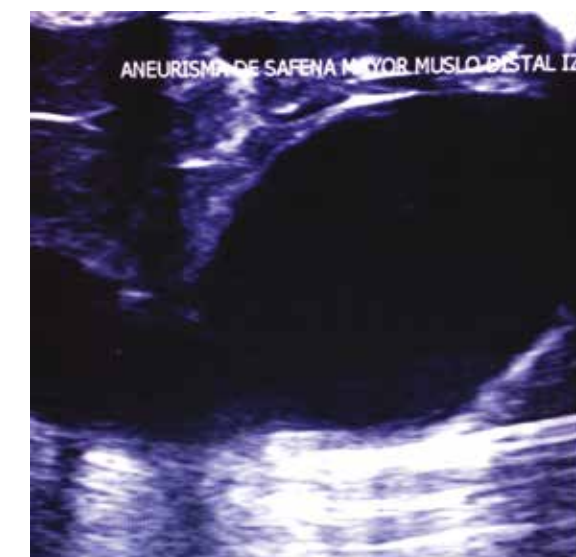
There have been many publications oriented toward thermal ablation and chemical ablation, however, these have always shown very similar results in all series and meta-analysis^{6,7} exhibiting a superiority at length of thermal over chemical ablation treatments, due to its higher long-term recanalization. In addition, there is a certain consensus in order to choose alternatives for conventional procedures for saphenous vein removal, or by foam when the patient carries large dilatations in the saphenous vein, or when the proximal segments of saphenous veins are highly dilated. There is a consensus to choose stripping, disconnections followed by thermal or chemical ablation, or the use of foam as a sole treatment, with the inherent risks of lower rate, long-term occlusion.

In this sense, it can be observed in our work that patients recanalize with greater ease when

the GSV or LSV is greatly dilated, or when dilated sectors are present, especially when they are near the entering of the deep venous system, (SFJ or SPJ) and when large tributaries are present. We believe that if we can combine the advantages that each method holds separately within the same procedure, we may be able to go beyond increasing the benefits, and achieve a rise in the success rate, as well as decrease long-term complications.

Inclusion Criteria

We have considered for this series patients diagnosed with chronic venous disease, with CEAP of 2 to 6, symptomatics, and ecographics findings of the saphenofemoral junction superior to 1 cm of diameter or saphenopopliteal junction superior to 0.8 cm. Also, presence of aneurysmatic dilatations in the saphenous vein trunk larger than 1 cm diameter without placing a limit to the dilatation of the SFJ or SPJ, neither in the saphenous trunk. In our series, the maximum diameter of the saphenofemoral junction reached has been 28 mm.



Model case in which it is opted for SALF combined technique

Table 1

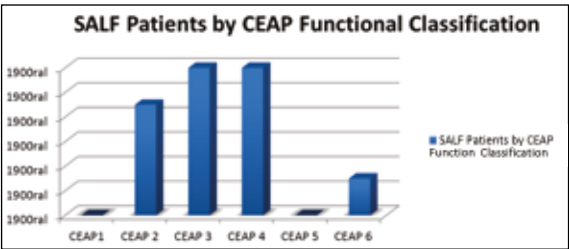
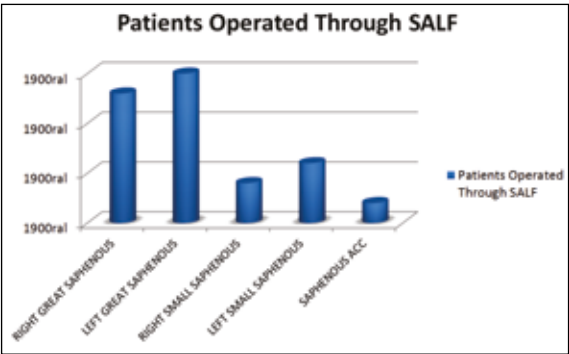


Table 2



Operational Technique

Preparation and selection of the patient is always done with exhaustive clinical testing, evaluating arterial integrity, clinical background and CEAP classification, mapping is proceeded with ecodoppler color, deep venous system permeability is evidenced, escape points, reentry points, incompetent perforators veins, diameter of great or small saphenous vein in all its trunk. A particular emphasis is placed in determining these findings in order to include the patients in our series:

- Diameter of Saphenofemoral junction (SFJ) greater than 12 mm and saphenopopliteal junction (SPJ) superior to 0.8mm.
- Dilatations in the trunk of the great or small saphenous vein that exceed 1 cm.

When we observe in our patient these two aspects of dilatation in saphenous junctions and saphenous vein trunk, we proceed to decide the combined procedure (SALF). We carry out strict photographic documentation (mapping) through skin-marking of the patient standing and lying down, according to the eco-graphic report for areas of greater dilatations of the sa-

phenous vein, with the aid at all time of the venoscope and the augmented reality visualization system (vein viewer®), in our office and at room temperature in order to avoid venous spasm.

Once the patient is in the OR, a routine takes place in all cases: cardiovascular monitoring, pulse oximetry and IV line. We then proceed to cannulate percutaneously under ultrasound control the dilated saphenous vein in the patellar region using the Seldinger technique; the tip of the laser fiber (radial) was positioned at 2 cm from SFJ or SFP. Most of the procedures were performed under local anesthesia (lidocaine) and endovenous sedation.

Laser 1470nm and radial emission fiber was used in all cases, starting with the thermal ablation in the proximal segment of saphenous vein, implementing a variable energy according to the case, starting with 8 watts and for a time varying from 5 to 15 seconds, observing the formation of intraluminal images that initially go in proximal direction and then change direction. Once we observe the formation of a white line, ultrasound examination of the closure and the draining of the epigastric vein were confirmed.

The energy implemented in this phase varies, depending on each patient's ultrasound examination, we can observe varying values from 48 to 120 Joules/cm. Immediately after verifying the proximal occlusion, we continue the saphenous ablation for the following 3 to 5 centimeters of length, at which point we culminate the first part, leaving the fiber positioned in place. Verifying that there is no displacement during the following phase, and using the accessory way with 7 FR introducer, we aspire the blood and then injected 3 cc of 3% polidocanol FOAM in the GSV, or 3 cc of 1% polidocanol FOAM in the case of a SSV.

We can observe the passage of the foam, with a uniform and total diffusion in the saphenous vein trunk, witnessing a highly marked spasm in the entire vein and observing foam bubble being retained in a 5 centimeter of the SFJ or SPJ.

We carry on with laser ablation of the saphenous vein in a continuous form with LEEDS measures of 30 to 40 Joules/centimeter. Lastly, we make the necessary ultrasound verifications and complete the procedure with the removal of the varicose vein cluster.

Results

In a period from December 2014 to October 2015 (10 months,) we have been operating on 36 patients with this SALF technique (30 cases carried out in Lima, 6 cases carried out in Caracas), corresponding to 49 inferior members that were operated under this technique (13 cases of bilateral procedures). 25 of the patients were female and 11 were male, all cases were performed under local anesthesia and endovenous sedation.

The average age of the patients was 56.8 years (ages ranged from 37-74 years). 28 were great saphenous veins (15 right, 13 left), and 11 were small saphenous veins (6 left, 5 right), as well as two anterior accessory saphenous veins that were also operated. The most frequent functional classification was CEAP 3 and 4 which both make up a 63% of the cases, 3 patients were operated in the functional stage of CEAP 6 (table 1 and 2)

The results from the six-month monitoring was 100% occlusion in all saphenous veins treated, we have not found recanalizations nor greater complications in the procedure to the present day. Tolerance has been adequate in all patients. Monitoring of patients has been carried out through at the first week and month ultrasound controls, in addition to the three months and six months following the operation; yearly control for long-term monitoring has been arranged to continue.

Table 3

COMPARATIVE TABLE BETWEEN SALF PROCEDURE AND LASER ABLATION PERFORMED IN DIFFERENT SAPHENOUS VEINS IN THE SAME PATIENT AND SURGERY			
SALF (LASER-FOAM)		LASER	
RIGHT SAFENOUS VEIN	25 Joules/cm	LEFT SAFENOUS VEIN	50 Joules/cm
RIGHT SAFENOUS VEIN	18 Joules/cm	LEFT SAFENOUS VEIN	26 Joules/cm
LEFT SAFENOUS VEIN	33 Joules/cm	RIGHT SAFENOUS VEIN	20 Joules/cm
LEFT SAFENOUS VEIN	38 Joules/cm	RIGHT SAFENOUS VEIN	33 Joules/cm
SMALL LEFT SAFENOUS VEIN	24 Joules/cm	RIGHT SAFENOUS VEIN	35 Joules/cm
SMALL RIGHT SAFENOUS VEIN	36 Joules/cm	LEFT SAFENOUS VEIN	23 Joules/cm
SMALL RIGHT SAFENOUS VEIN	33 Joules/cm	RIGHT AND LEFT SAFENOUS VEIN	39 and 38 Joules/cm
SALF (LASER-FOAM) Median 29.57 J/cm		LASER Median 33 J/cm	

Table 4

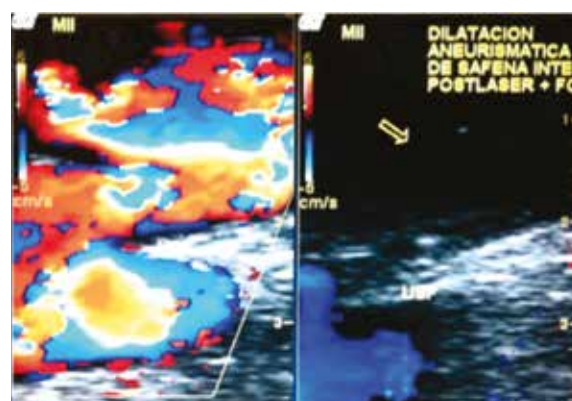
COMPARATIVE TABLE SHOWING 10 INFERIOR LIMBS OPERATED BY SALF VERSUS 10 INFERIOR LIMBS OPERATED BY LASER ABLATION EXCLUSIVELY							
CASES USING SALF (HIGHLY DILATED SAPHENOUS)				CASES USING ONLY LASER (control)			
SAPHENOUS VEIN	LENG TH	LEED	AVERA GE	SAPHENOUS VEIN	LENG TH	LEED	AVERAGE
Right	25	788	31.5	Right	30	753	25.1
Left	30	631	21.0	Left	15	538	35.8
Left	35	637	18.2	Left	35	905	25.8
Left	30	458	15.3	Left	30	1109	36.9
Left	40	1250	31.2	Left	35	789	22.5
Right	20	538	26.9	Right	35	712	20.3
Left	35	930	26.6	Left	30	725	24.1
Right	35	1186	33.8	Right	35	738	21.1
Left	40	1084	27.1	Left	20	847	42.3
Right	40	1191	29.8	Right	30	701	23.3
AVERAGE 26.14 Joules/cm				AVERAGE 27.72 Joules/cm			

Discussion

Some years ago, a technique named LAFOS (Laser Assisted Foam Sclerotherapy), was introduced by Frullini and Fortuna 8 in which a Holmium YAG of 2100nn laser equipment is used to deliver a sort of coarctation of the saphenous vein, then proceeding to sclerosis with 3% polidocanol for the greater saphenous vein, and 2% for the smaller saphenous vein. What is striking about this is that according to the group, when the diameter of saphenous vein is reduced, it is done at the expense of the retraction of middle layer collagen, without damaging the endothelium.

For such, they use a maximum emission of 5 watts with fluence of 250 mili Joules and at 10 Joules per centimeter, with 10 short discharges per second in the form of micro-pulses; aiming to reduce the saphenous vein diameter to proceed to a more efficient application of the sclerosant, so that the reduction of the diameter will allow optimizing the effect of the latter (the main objective is to achieve a more effective sclerotherapy by reducing the caliber of the saphenous vein through the use of laser).

The main objective of the Frullini study was not ablation, but thermal reduction of the size of the saphenous vein in order to optimize sclerotherapy. In our work, we obtain the initial thermal ablation of the proximal saphenous vein followed by the potentiated and doubled ablation of the saphenous vein, with an increased effect by means of foam sclerosis and laser ablation, with fluences ranging from 30 to 40 Joules per centimeter.



Large aneurysmatic dilatation of Saphenofemoral junction perfectly occluded by SALF combined technique

This new combined technique that we set out is oriented toward the cases where there is much controversy in the appropriate therapeutic option, such as a great saphenous vein with a diameter superior to 1 centimeter, a saphenous vein with severe dilatations during its trunk, or the presence of venous aneurysms near the saphenofemoral or the saphenopopliteal junction; furthermore, fears

of a recurrences or deep vein thrombosis have led many surgeons to perform a crossectomy.

We consider that the safety provided by an initial occlusion of the proximal and trunk of saphenous vein can ensure avoiding propagation of foam in the deep venous system. We can observe initially an intense spasm following the application of foam, however, the echogenic image shown after the application of the laser subsequent to the foam, shows a highly severe spasm with the formation of a very dense, white hyperechogenic line in the entire saphenous vein trunk; which is not usually visible in either method separately.

Certain benefits can be obtained from requiring a smaller quantity of energy. Just by finding a distinctly marked spasm in the saphenous vein trunk, its diameter is already decreased, thus allowing a better contact of the optic fiber with the venous walls, performing a faster laser ablation procedure with less demand of energy to destroy the endothelium, noting during the ablation a considerable resistance of the optic fiber in the saphenous vein during the discharge; additionally, we can observe fewer possibility of microperforation and ecchymosis. We diminish the risk of embolization of foam particles when a seal marking the junction of the saphenous vein through laser treatment is executed, for which reason we have not observed a single patient with adverse effects attributable to foam.

The presence of a perforator vein in the thigh would not constitute a contradiction in a strict sense, just as the foam technique for saphenous veins does not exclude it, due to the fact that the sclerosant has little passage to the deep system from an insufficient perforator vein, and the amount that could pass through is quickly diluted in the bloodstream. Moreover, the use of smaller amounts of sclerosant than the exclusively foam ablation, could diminish the risk of embolization and adverse effects.



Image of intraoperative surgery: moment of proximal post closure - previous to injecting foam

As to the recurrences, Brittenden 9 exhibits by comparing foam, stripping, and laser, similar six-month results with fewer complications in the group of laser treatment. Different types of complications have been reported, being deep vein thrombosis the most feared, followed by fistulas and aneurysm of the residual stump 10-13. As to the possibility of a recurrence, we can currently observe the perfect closure of all cases, without finding a re-canalization in this initial series of patients during monitoring period; all with severe saphenous veins pathology.

This makes us believe that the strengthened effect of combining two methods implemented with excellent results, will allow a lower relapse rate in comparison to the use of a single method. It is always a matter of controversy the best method for severely dilated saphenous veins, including SFJ flush ligation plus laser treatment, versus pure endovenous laser treatment. In a moderated and high fluence 14,15 better results are visible using a greater quantity of energy that go up to 150 Joules/cm.

We can observe the benefit regarding a greater spasm and occlusion of difficult and highly dilated areas, just by using foam it favors a total spasm of the vein, allowing it to reach areas of marked dilatations and aneurysms, in which usually there would be a possibility that the fiber will not get to make contact with the totality of the

wall. In this way, foam succeeding to occupy the whole area, will produce an evident and immediate puncture of the occlusion.

As we continue with laser, we can see that the spasm is so marked that it practically wraps with the optic fiber. The heat generated by laser can possibly be strengthening the foam effect by the increase of foam temperature; although it has not yet been described, it may be possible that foam in a higher temperature will have a better effect, considering that we witnessed in the laser emission the formation of boiling bubbles, which would be incrementing foam temperature and perhaps incrementing its ability to cause endothelial injury.

We can see (table 3) by comparing the same patient, the amount of energy applied using Laser+Foam (SALF), in contrast with just Laser; they are quite similar, considering that the average saphenous vein ablated by laser has an exclusive, discrete tendency to receive greater amounts of energy, even though they are of a smaller diameter than those treated through the combined form.

When we take 10 random patients that have been treated by SALF with greatly dilated saphenous veins, and compare them with control cases made up of 10 patients treated with laser for insufficient saphenous veins without serious dilatations; we can see the energy applied is practically the same, which shows that highly dilated saphenous vein with the use of foam requires a lower quantity of energy in order to complete the procedure, independently from the greater aneurysmatic dilatations along the saphenous trunk (table 4.)

In conclusion, evolution is constant and has many options that could come up in the future 16-17. However, we believe the "SALF method" is effective, easy to deliver, and allows an excellent control of the procedure on physical and chemical ablation of the saphenous vein. Thus strengthening the effect, as well as permitting the treatment of more dilated, tortuous saphenous

nous veins, or with aneurysms, while using less amount of energy, and possibly better long-term results than with other methods implemented in a single form. Long-term results could lay out

the implementation of this method as an easy mechanism to address very complex cases, fulfilling results in the long run similar to those reported in simple saphenous vein pathology.

Bibliografia

1. Boné Carlos; Tratamiento endoluminal de las varices con láser de diodo. Estudio Preliminar. Revista Patología Vascular. Vol.V. Enero 1999. No 1 pág 31-39.
2. Boné Carlos;Traitement endoluminale des varices avec laser de diode. Vasomed. The journal of vascular diseases no 220.pág 41.enero-99.
3. Navarro, Min, Boné; Endovenous laser: A new Minimally Invasive Method of Treatment for varicose veins.Preliminary observations using an 810 nm diode laser. Dermatol. Surg 2001;27:117-122.
4. Min, Almeida, Mc Lean, Madsen; Raabe; Novel vein closure using a proprietary cyanoacrylate adhesive: 30 days swuine model results. Phlebology, December 2012; vol 27, 8: pp. 398-403.
5. Almeida, Proebste, et al; Two year follow-up of first human use of cyanoacrylate adhesive for treatment of saphenous vein incompetence. Phlebology, July 2015; vol 30, 6: pp. 397-404.
6. Gloviczki Peter; The care of patient with varicose veins and associated chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Journal of Vascular Surgery 2011; 53:2S-48S.
7. Managment of Chronic Venous Disease, Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS); European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2015; 49: 678-737.
8. Frullini, Fortuna; Laser assisted foam sclerotherapy (LA-FOS) a new approach to the treatment of incompetent saphenous veins. Phlebology 2013; 66: pp 51-54
9. Brittenden et al; New England Jouranl of Medicine 371; 13: Sept 2014
10. Marsh P.; DVT after venous thermoablation techniques: rates of endovenous heat-inuced thrombosis and classical DVT after radiofrequency and endovenous laser ablation in a single centre; European Journal of Vascular and Endovascular Surgery; Oct 2010, 40(4) 521-7
11. Carmelino César; Celulitis flemonosa como complicacion post cirugia venos de safena por laser endoluminal; Revista Mexicana de Angiologia y Cirugia Vascular 2007; 35 (1) 27-31
12. J Leigh Eidson III; Aneurysmal dilatation of the great saphenous vein stump after endovenous laser ablation; J Vasc Surg 2008; 48: 1037-9
13. Geza Mozes et al, Extension of saphenous thrombus into the femoral vein: a potential complication of new endovenous ablation techniques. J Vasc Surg; 2005; 41: 130-5
14. Starodubtsev, Lukyanenko, Karpenko and Ignatenko; Endovenous laser ablation in patients with wide diameter of the proximal segment of the great saphenos vein: Comparison of methods. Phlebology; Oct 2014
15. Viani Marco; One-shot scleroembolization: a new technique for the treatment of varicose veins disease of lower extremities. Preliminary results; Phlebology 2014; Vol 29(10) 694-7
16. Lane Tristan et al; Cyanoacrylate glue for the tratment of great saphenous vein incompetence in the anticoagulated patient. Journal of Vas Surg. Vol 1 (3) 2013, 298-300
17. Lawson; Sapheon the solution? Phlebology March 2013 (28) suppl 1, 2-9

Novos horizontes da imagem cardiovascular: US TRIDIMENSIONAL NO ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA)

Dr. Salomon Israel do Amaral - Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV, Especialista em Ecocardiografia pelo DIC da SBC.

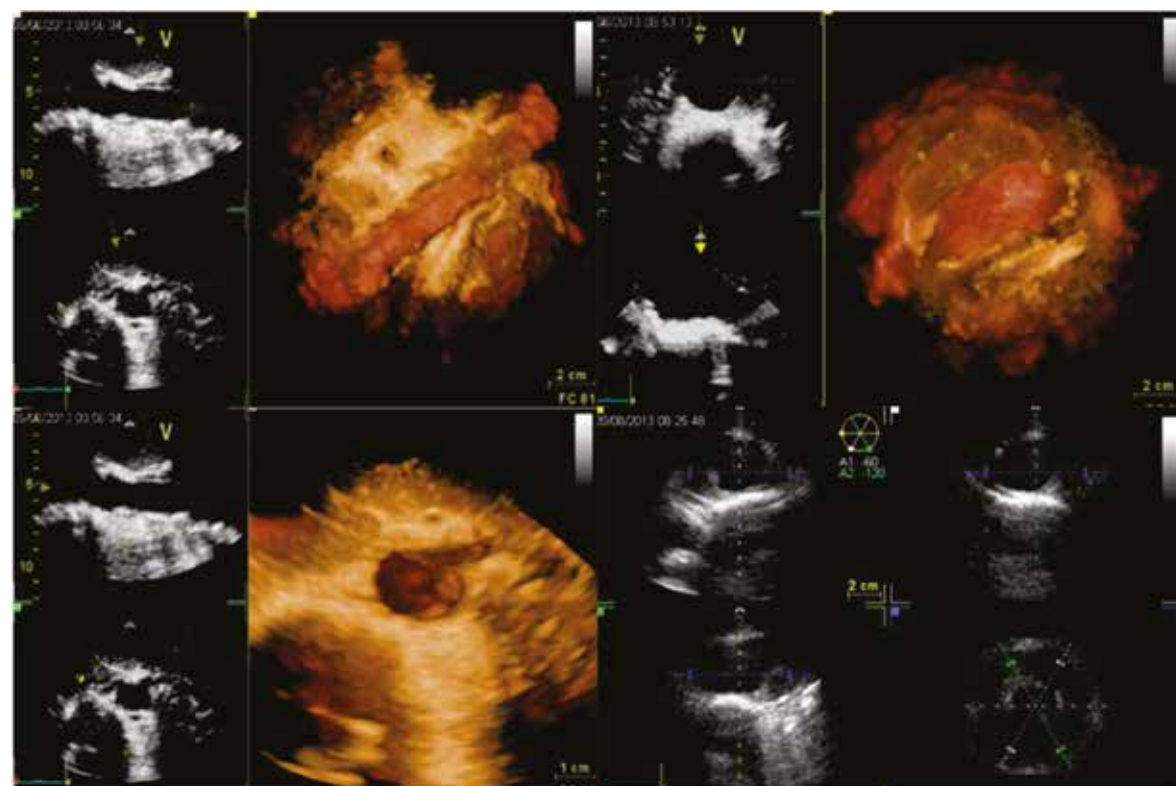
Dr. Orlando Veloso - Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV, Especialista em Ecocardiografia pelo DIC da SBC.

Recentemente a utilização de imagem tridimensional vem ganhando destaque na área da ecocardiografia. Com essa técnica obtém-se em tempo real o volume de um cubo no qual estão contidas as estruturas com preservação da relação espacial entre as mesmas (que são demonstradas em 3 eixos (x,y e z)). Isso possibilita medidas mais precisas de volume e da distância de duas estruturas posicionadas em diferentes eixos. Há também grande vantagem na mensuração correta dos diâmetros, pela possibilidade de correção de eventuais angulações. Apesar do rápido desenvolvimento desta tecnologia na ultrassonografia cardíaca e obstétrica e das potenciais vantagens na avaliação do AAA, não temos observado o interesse dos fabricantes no desenvolvimento de *softwares* com esse objetivo.

Apresentamos algumas imagens pioneiras e

destacamos algumas potenciais vantagens da técnica neste campo.

1. Corte longitudinal da porção proximal da aorta abdominal com localização do eixo da artéria renal esquerda (seta verde), possibilitando a medida mais precisa do colo proximal.
2. Emergência da artéria renal esquerda com segmentação extrarrenal do vaso (seta vermelha).
3. Trombo no interior da cavidade aneurismática mostrando aspecto regular e organizado de sua superfície.
4. Correção do eixo da aorta gerado por possíveis angulações, possibilitando medidas precisas dos diâmetros anteroposterior e anterolateral.



Dr. José Ramon Varela Blanco - Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e diretor do Conselho do Cremerj

"A Lei da Contratualização (1303/14) foi criada com o objetivo de organizar o setor de saúde, garantindo reajustes anuais para os atos médicos executados". Esta é a fala do Dr. José Ramon Varela Blanco – Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e diretor do Conselho do Cremerj –, convidado pela revista da SBACV-RJ a responder a algumas perguntas sobre o assunto.

Revista da Vascular - Quais são as principais perguntas que os médicos do estado do Rio de Janeiro encaminham ao Cremerj sobre esse tema?

Dr. Ramon - Há multiplicidade de perguntas, entretanto questões como valores praticados, cláusulas contratuais abusivas, falta de cumprimento de prazo para pagamento de fatura e descumprimento sem justificativa são as principais indagações que nos são dirigidas.

RV - As sociedades de especialidades podem ajudar a dirimir tais dúvidas?

Dr. Ramon - Certamente que sim, principalmente aquelas que estão mais presentes nas negociações e demandas junto ao eixo COMSSU/ Cremerj, SOMERJ, Sociedade de Especialidades e Sinmed/RJ. Muitas delas contribuem decisivamente para os resultados obtidos.

RV - Quais são, em sua opinião, as principais dificuldades encontradas pelas sociedades de especialidades quando buscam orientar seus associados sobre a assinatura de contratos com as operadoras de planos de saúde?

Dr. Ramon - Algumas associações médicas colocam em segundo plano, a prática diária nos mostra isso, as questões do mercado, incluindo a questão da saúde suplementar. Somos de opinião que a excelência no trato da ciência, do aprimoramento continuado deva ser o ponto principal de tais associações. Isso não implica em deixar numa área sombria linhas políticas de remuneração do mercado assistencial, que envolvam seus associa-

dos com as operadoras de saúde.

RV - Qual é, neste contexto, a importância de uma sociedade contar com uma assessoria jurídica?

Dr. Ramon - A assessoria jurídica é um instrumento necessário para dar suporte às ações da defesa profissional em qualquer Sociedade Científica, sobretudo em relação à pactuação de contrato, sejam os médicos rotulados como pessoas físicas ou jurídicas.

RV - Como o Cremerj vê, no curto e médio prazo, a evolução da Saúde Suplementar em nosso Estado? E a questão da chamada judicialização da Saúde?

Dr. Ramon - Com preocupação, e esta tem sido uma atuação permanente. Quanto à judicialização da saúde, embora necessária, em alguns aspectos, a exacerbada demanda ao judiciário tem sido alvo de críticas. Os domínios técnicos de temas da área de saúde estão distantes do arcabouço da formação dos juristas, contudo, o diálogo permanente com os juizados certamente promoveria decisões fundamentadas na técnica e na justiça é o objetivo de nossos magistrados.

RV - A SBACV-RJ tem buscado estabelecer diálogo com as operadoras de planos de saúde e desenvolveu o Rol de procedimentos por patologia vascular para ser usado nas negociações. Como o senhor vê este movimento?

Dr. Ramon - Esse é o caminho. Entendo que deva ser percorrido com insistência, pois, como já consagrou SERRAT, o caminho se faz é caminhando.

569ª Reunião Científica SBACV-RJ Fora de Sede - Penedo

25 de junho de 2016
Sábado, às 9h



Hotel Pousada do Lago
24 a 26 de junho de 2016
Av. das Mangueiras, 200 - Penedo, Itatiaia - RJ

Presidente: Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Secretário Geral: Breno Caiafa

Diretoria Científica: Julio Cesar Peclat de Oliveira, Marcos Arêas Marques e Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Eventos: Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes, Paulo Marcio G. Canongia e Leonardo Stambowsky

Coordenadora de Seccionais: Gina Mancini de Almeida

Organizador e Diretor da Seccional Médio Paraíba 2: Luiz Carlos Soares Gonçalves

Atualização e troca de experiências no Encontro Carioca 2016

Fotos: Michel Angelo

Márcia Asevedo

"Neste evento, a comissão organizadora escolheu o debate de temas atuais e de interesse para o mundo vascular. Agradeço a todos que tornaram possível chegar ao XXX Encontro, a todos que participaram em prol do desenvolvimento e crescimento da SBACV-RJ."
(Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, presidente da SBACV-RJ)



Estiveram presentes na Cerimônia de Abertura os Drs. Carlos Enaldo Pacheco, Nelson Nahon (2º Vice-Presidente do Cremerj), Ivanésio Merlo (Presidente da SBACV), Cristiane F. de Araújo, Carlos Peixoto (Presidente da SBACV-RJ), João Sahagoff, Arno von Ristow, Sergio S. Leal de Meirelles, José Ramon Blanco (Presidente da Somerj e Diretor do Conselho do Cremerj), Julio Cesar Peclat de Oliveira e Breno Caiafa.

Entre os dias 17 e 19 de março, foi realizado o XXX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em plena orla da Barra da Tijuca, no Windsor Barra Hotel. O Encontro mais antigo do Brasil teve o número expressivo de 522 inscitos!

Como em outras edições, foi elaborada uma programação com vistas à educação continuada e à troca de experiências entre especialistas de renome, nacionais e internacionais, sobre temas de grande relevância para o bom desempenho dos trabalhos realizados nas especialidades.

Logo no primeiro dia (17) o pré-encontro levantou um tema bastante atual: a flebologia estética. O objetivo foi mostrar o dia a dia do cirurgião vascular que, no consultório, lida diretamente

com a doença venosa. "O curso de flebologia estética foi brilhante, com alto nível científico, e contou com um grande número de inscrito: 65!", comemorou o Dr. Francisco João Sahagoff, Diretor de Eventos da SBACV-RJ.



O Presidente da Regional, Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto no Pré-Encontro.

Na cerimônia de abertura do XXX Encontro, o presidente da SBACV-RJ fez um discurso emocionante, falando sobre seu comprometimento em realizar uma gestão séria e proficiente, ao lado da diretoria e todos os sócios: "Com imenso prazer fomos eleitos para a presidência no dia 23 de janeiro. Agradeço ao meu leal e grato amigo Julio Peclat pela indicação e concordância de sua diretoria, pela indicação do meu nome. Temos muito trabalho a realizar e, por isso, peço o empenho desta diretoria, escolhida na base da confiança e competência, para nos ajudar a fazer o melhor pela nossa querida SBACV-RJ".

Estiveram presentes o Dr. José Ramon Varela Blanco, Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e diretor do Conselho do Cremerj; o Dr. Nelson Nahon, Vice-Presidente do Cremerj; o representante da

Academia Nacional de Medicina, Dr. Arno von Ristow; o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, representando o Colégio Brasileiro de Cirurgiões; e o presidente eleito da SBACV Nacional, Dr. Ivanésio Merlo.

Personalidades e representantes de importantes entidades médicas presentes no Encontro Carioca



Dr. José Ramon Varela Blanco
Presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e diretor do Conselho do Cremerj

Todos os encontros das diferentes especialidades médicas têm importância, mas a Vascular tem um papel relevante dentro das situações, principalmente na saúde pública. Nós temos situações muito graves, principalmente pela falta de cobertura nas unidades hospitalares, principalmente em emergências, e situações vasculares desafiam as autoridades. Para ter uma ideia, as amputações pela não condução dos casos em momentos apropriados levam a uns índices de amputações de membros inferiores, como, por exemplo, o diabetes e as doenças vasculares obstrutivas de extremidades que nos envergonham diante da realidade mundial.



Dr. Nelson Nahon

Vice-Presidente do Cremerj

A presença do Cremerj no Encontro da SBACV-RJ é para consolidar uma atuação que já vem sendo conjunta, da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular com o Cremerj e com a Somerj, no sentido de juntos lutarmos em defesa da categoria, da saúde pública, que atravessa uma grave crise de financiamento com uma gestão que não funciona, gerando para o paciente, inclusive da Cirurgia Vascular, filas enormes com consequências trágicas. Como no Rio de

Janeiro, um dos estados com o maior número de amputações de pacientes diabéticos pela falta de atenção inicial e primária.



Dr. Arno von Ristow

Membro e 2º Vice-Presidente da SBACV-RJ, representando a Academia Nacional de Medicina

A Academia Nacional de Medicina é a entidade maior da classe médica brasileira, sob o ponto de vista científico. Então, estar representada no Encontro é muito importante para fazer a divulgação da nossa Sociedade, além de levar para Academia os avanços que foram apresentados no Encontro. Considero importante essa participação. Estamos querendo também aumentar o relacionamento entre a Sociedade e a Academia. Isto está em estudo no momento.



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Membro e Diretor Científico da SBACV-RJ, representando o Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Sobre a representatividade da presença do CBC no Encontro, nosso objetivo é que a Sociedade estreite o relacionamento com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões; e a primeira conquista foi conseguir anistia para os membros que fazem parte do Colégio. Para mim foi uma honra ter sido eleito representante do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.



Dr. Ivanésio Merlo

Presidente da SBACV Nacional

Mais uma vez a Regional RJ brilhou no cenário científico nacional. Evento elegante, fraterno e bem organizado. A homenagem muito justa e merecida ao professor Paulo Roberto, feita pela Regional e Dra. Marília, emocionou a todos! Excelência em todos os aspectos.

Convidados nacionais e internacionais de extraordinária grandeza. Entre nós, a competência e a solidariedade do Arno, sempre presente, fazem a diferença. Sinto orgulho de pertencer a essa Regional que teve sempre grandes líderes, assim como agora tem você, Carlos Peixoto. Aproveito para cumprimentar toda equipe de trabalho: Peclat, Sérgio, João, Breno, Cristiane, Neide e a toda Diretoria.

Educação continuada em ambiente de descontração e parceria

O Encontro Carioca tem mostrado que ter boas parcerias gera apoio e possibilita ir mais longe. Este ano foram 32 empresas patrocinando o evento. "Significou o aumento das empresas interessadas em participar do Encontro, necessitando aumentar a área de exposição", explicou o Dr. Breno Caiafa. Como forma de reconhecimento, a diretoria executiva esteve em cada stand para agradecer a presença das empresas que apoiaram o evento.



Expositores das empresas que patrocinaram o XXX Encontro Carioca.

Além disso, o momento se mostrou oportuno para a realização de reuniões estratégicas entre as seccionais e representantes da AMB, Cremerj e CBC. A assessoria jurídica da Regional também marcou presença com os advogados Guilherme Portes e Jaime Martins, que ficaram num stand para esclarecer dúvidas e divulgar o trabalho a

ser prestado aos sócios. "Também nos reunimos com várias empresas para desenvolvimento de novos projetos para a gestão que apenas se inicia, e com várias diretorias para tratar do planejamento do biênio", informou o Dr. Breno Caiafa.

Durante os dias do evento, foram sorteados alguns brindes aos sócios presentes: um iPad mini, uma TV de LED 40 polegadas e uma caneta Mont Blanc.



A Diretoria da Regional do Rio de Janeiro na entrega de um dos brindes (TV de LED 40").

Visando a tornar o evento mais prático e dinâmico foi disponibilizado um aplicativo especificamente para o 30º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Nele foi possível encontrar informações relacionadas ao Encontro, auxiliando os participantes no acompanhamento das palestras e demais dados.

Pontos altos do XXX Encontro Carioca

Uma programação com temas integrados

"O Programa do evento não se prendeu, exclusivamente, a um foco. O objetivo foi abranger diferentes aspectos das especialidades."
(Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira – Diretor Científico)

Na 30ª edição do Encontro, a presença de cirurgiões vasculares internacionais conceituados agregou valor à programação, incentivando a discussão de assuntos rotineiros nos serviços e consultórios. O Dr. Gioacchino Coppi (Itália) falou sobre aneurisma toracoabdominal, a forma estadiada de tratar, gerando a diminuição do tempo de anestesia, de contraste, além de o paciente ficar menos tempo na sala de cirurgia. O outro trabalho apresentado foi do Dr. Bruno Freitas (Alemanha) mostrando a importância de procedimento em pacientes com isquemia crítica, que são os que têm gangrena ou estão em repouso, com uma abordagem do pé para o coração (sentido contrário do que é feito), objetivando melhores resultados. O Dr. Cesar Carmelino (Peru) falou sobre flebologia, assunto que tem crescido muito, principalmente na abordagem da doença venosa.

Durante os dias do evento foram realizados três simpósios com o intuito de estimular a discussão



Diretores da Regional com o convidado internacional Dr. Cesar Carmelino (Peru).

científica. Na avaliação do Dr. Breno Caiafa, Secretário-Geral, as informações apresentadas foram muito importantes para as especialidades. Ele comentou que mais uma vez a Regional do Rio pode contar com seus patrocinadores, que organizaram palestras sobre: Insuficiência venosa e os flebotômicos (FQM); Radiofrequência (Medtronic); Doença arterial obstrutiva dos MMII (Arterial Life).

X Encontro de Residentes

"O Encontro dos Residentes é fundamental para que a nossa especialidade estimule o futuro. Somente perpetuaremos a especialidade se houver a dedicação para ensiná-los e estimular estes jovens a publicarem e a apresentarem trabalhos e artigos científicos."
(Dr. Francisco João Sahagoff – Diretor de Eventos da SBACV-RJ)

Desde o ano passado, o Encontro de Residentes foi incluído na plenária principal do evento carioca e o objetivo, segundo o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, foi incentivar a produção científica e a troca de conhecimentos, seja por meio da valorização das reuniões científicas ou dos trabalhos. Neste, que foi o X Encontro de

Residentes, foram inscritos 27 trabalhos (temas livres) apresentados e defendidos de forma oral e por meio de pôsteres.

Estiveram presentes onze serviços: o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IE-CAC; Hospital de Ipanema; Hospital Universitário

Antonio Pedro (HUAP/UFRJ); Hospital do Andaraí; Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ); Hospital Municipal Souza Aguiar; Hospital Municipal Miguel Couto; CENTERVASC, Hospital da Lagoa, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ) e Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Os três trabalhos mais bem avaliados foram premiados:

1. Primeiro lugar: Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ, com o relato de caso "Revascularização de membro inferior pelo transplante autólogo de células-tronco da medula óssea" – apresentado pela Dra. Carla de França Gonçalves;



Entrega do prêmio à Dra. Carla de França Gonçalves pelo 1º lugar dos Temas Livres apresentados pelos residentes.

2. Segundo lugar: Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – HFSE, com o relato de caso "Ressecção de tumor de glômus carotídeo" – apresentado pela Dra. Luana Carmo;



Entrega do prêmio à Dra. Luana Carmo pelo 2º lugar dos Temas Livres apresentados pelos residentes.

3. Terceiro lugar: Serviço de Cirurgia Vascular do Centro de Pesquisa, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Vascular – CENTERVASC/Rio – com o trabalho "Síndrome do desfiladeiro torácico: oclusão arterial por embolização distal de aneurisma de artéria subclávia" – apresentado pela Dra. Carolina K. Guelfi.



Entrega do prêmio à Dra. Carolina K. Guelfi pelo 3º lugar dos Temas Livres apresentados pelos residentes.

"Demonstramos que a Sociedade do Rio de Janeiro tem personalidade, energia própria e mais consciência. Fizemos um evento voltado para o dia a dia do especialista, tirando dúvidas e não escondendo conhecimento."

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

Como é de praxe, foi organizado o momento de confraternização e muita descontração com um divertido *happy hour*, ao som de um DJ e, em especial, um saxofonista contratado para o entretenimento dos sócios e convidados.



Momento de confraternização no Encontro.

Momento de grande emoção na homenagem a um ícone da Angiologia

"É um momento de muita emoção para mim, primeiro porque estou vendo a semente que eu plantei, há 20 anos, dando fruto; deu uma árvore, e essa árvore está sendo mantida. Uma árvore frondosa que é o Encontro da Angiologia e Cirurgia Vascular. O evento começou comigo, quando fui presidente da Regional e o primeiro Encontro foi no Copacabana Palace."

(Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira)



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Carmem Porto, Marília Panico, Arno von Ristow e João Sahagoff com o homenageado Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira.

Um dos pontos alto do XXX Encontro Carioca foi a homenagem ao Angiologista, professor e doutor Paulo Roberto Mattos da Silveira, graduado na Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Guanabara, hoje Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1968; dedicou 40 anos ao serviço da especialidade. Durante 30 anos foi professor na faculdade de Ciências Médicas no Hospital Pedro Ernesto.

"O Dr. Paulo da Silveira desenvolveu um trabalho pioneiro no Brasil (1976) no estudo das doenças vasculares..."

O Dr. Paulo da Silveira desenvolveu um trabalho pioneiro no Brasil (1976) no estudo das doenças vasculares, usando plestimografia e termografia, em sua tese mestrado em Angiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. O tema foi: "Avaliação dos efeitos do fumo sobre o fluxo arterial periférico". Segundo a Dra. Marília Panico, que homenageou o Dr. Paulo, o trabalho foi um reforço aos argumentos dos primeiros médicos que, naquela época, publicamente, tiveram a coragem de combater o tabagismo.

Em 1992, concluiu seu doutorado em Cirurgia Cardiovascular e Anestesiologia pela Universidade Federal de São Paulo e defendeu a tese: "Estudo estrutural da veia safena magna normal e varicosa", com o uso da microscopia ótica, microscopia eletrônica e técnicas histoquímicas para avaliar a estrutura e a reatividade da parede venosa normal e a da veia doente. Como professor, faz parte do grupo de pessoas com um legado importante para a Faculdade de Ciências Médicas da Uerj e para a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

A Dra. Marília foi aluna do professor Paulo e elogia: "Ele é dono de um talento nato e reúne qualidades extraordinárias como a capacidade para uma comunicação fácil, direta e eficiente com seus alunos; sempre generoso, não se furtava a ensinar. Sempre muito estudioso e extremamente didático, passava seus conhecimentos preocupado com a formação dos alunos de graduação e também com os da pós-graduação".

Além de Angiologista, o Dr. Paulo Roberto Mat-

tos da Silveira cultiva um hobby: a música. É o criador da Vasculararte, evento que acontece dentro do Congresso da SBACV, no qual Angiologistas e Cirurgiões Vasculares expõem seus talentos musicais e artísticos.

"A carreira médica exige para o seu exercício pleno a existência do componente 'sensibilidade', sendo o ser humano dela possuidor, em graus

variados de intensidade. A música estimula e potencializa esse componente da natureza humana. Já a carreira de músico, mesmo que seja na condição de amador, necessita de tenacidade e dedicação, qualidades inerentes aos que buscam a carreira médica. Dessa forma, é possível conciliar as duas atividades para alegria e felicidade de todos os que as exercem."

(Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira)

Uma mensagem ao homenageado

"Sua competência e sabedoria o tornam um ser iluminado, nunca desacreditando no potencial de cada um. Parabéns por suas vitórias e conquistas! Que Deus continue o iluminando e guiando suas mãos para que permaneça sempre com esse exemplo digno de ser seguido. Com certeza, é uma simples homenagem a alguém tão especial e merecedor de todo nosso respeito. Que Deus continue abençoando seus caminhos."

(Dra. Marília Panico)

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax: **(21) 3203-4348**



Oito dicas para driblar a frustração e gerenciar positivamente seus recursos humanos

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

“Não se deixe levar pelas emoções ao tomar decisões. Muitas vezes, decisões precisam ser adiadas por um tempo para que possamos obter mais informações sobre o caso, deixar a emoção baixar.”

Receitas podem ser definidas como passos para se chegar a um resultado final esperado. Quando se fala em gestão de pessoas, a quantidade de variáveis envolvidas é tão grande que receitas prontas tornam-se pouco eficazes.

Conhecer a experiência de outros profissionais da área, seus planos e resultados obtidos é uma estratégia importante para conhecer melhor seu trabalho e poder tomar melhores decisões sobre como conduzir a gestão de RH em seu serviço de saúde.

Em boa parte das clínicas e consultórios do país, as decisões sobre a condução da gestão nesta área cabem ao médico, que não raramente sente-se despreparado para tal missão, que tem um valor fundamental para o sucesso dos serviços.

Desta forma, eu pergunto: como chegar a excelentes resultados na gestão de RH? Quais são os aspectos importantes a se fazer ou evitar? Como driblar os resultados ruins?

É muito comum o gestor despreparado que, na gestão de RH, se depara com situações que apresentam resultados negativos, frustrações ou

outras experiências sem sucesso nos resultados e acaba tomando decisões emocionais, que afetam ainda mais negativamente a performance da equipe.

As dicas abaixo são uma tentativa de tornar a minha experiência de longa data nesta área em passos importantes para se chegar aos resultados que todo gestor busca nesta área, se desviando de possíveis ações equivocadas:

1. Não desista diante de maus resultados. Saiba que o resultado ruim pode nos ensinar muito sobre como não errar novamente, e este conhecimento é extremamente valioso.

2. Não se deixe levar pelas emoções ao tomar decisões. Muitas vezes, decisões precisam ser adiadas por um tempo para que possamos obter mais informações sobre o caso, deixar a emoção baixar. No entanto, é preciso lembrar que o adiamento deve ser pelo menor prazo possível. Decisões que se arrastam demais também são prejudiciais.

3. Não generalize as situações, principalmente as negativas. Por exemplo: *Eu investi em cursos para aquela funcionária e ela foi trabalhar com o concorrente. Então não vou mais investir em cursos para a equipe nesta clínica!* Saiba que você precisa analisar o que levou o seu colaborador a trocar de emprego. O que o concorrente está oferecendo e que eu não estou? Talvez esta venha a ser a mesma razão que vá motivar a saída de outro colaborador. Seja racional e mantenha o foco no investimento em RH, ele é muito im-

portante para os seus resultados positivos.

4. Não entre na “zona de conforto” onde time que está ganhando não se mexe. Saiba que se a sua equipe está funcionando bem, você deve continuar reavaliando as políticas de RH que vem sendo aplicadas e procurar sempre renovar e atualizar suas estratégias de gestão na área.

5. Entenda que o reconhecimento, que você recebe da equipe por ações positivas, não é algo que irá durar permanentemente. O sentimento de reconhecimento que a equipe nutre pelo serviço de saúde, com o tempo, se não houver novas ações, irá esmaecer.

6. Da mesma forma, o reconhecimento recebido pela equipe deve também ser apropriadamente aplicado, e de forma continuada, para que seus efeitos positivos não se esvançam.

7. Seja um observador atento do que acontece em seu serviço de saúde. Os “ventos” dos bons resultados e satisfação no trabalho por parte da equipe podem rapidamente mudar. Seja o primeiro a perceber isto e adotar rápidas ações no sentido de retomar o caminho dos bons resultados.

8. Saiba que as ações na área de recursos humanos devem ter um caráter contínuo, e não de ações isoladas.

Henry Ford disse: *“O fracasso é a oportunidade de começar de novo inteligentemente”*. Isto certamente é algo para se lembrar nos momentos difíceis.



Consultoria jurídica gratuita aos associados

Drs. Guilherme Portes e Jaime Martins – Assessores Jurídicos da SBACV-RJ e Advogados da empresa Martins & Portes Sociedade de Advogados

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ) oferece aos seus associados acesso a uma gama de serviços de consultoria e assessoria gratuitos, inclusive de cunho jurídico. Entretanto, muitos associados desconhecem esses benefícios ou não compreendem as regras para a sua utilização.

A Assessoria Jurídica da SBACV-RJ é composta pelos advogados Guilherme Portes e Jaime Martins, ambos integrantes do escritório Martins & Portes Sociedade de Advogados, à disposição de todos os associados para análises, dúvidas ou esclarecimentos sobre os mais variados temas.

A título meramente exemplificativo, podem-se citar como tópicos mais recorrentes: i) análise de contratos com operadoras de planos e seguros de assistência à saúde; ii) dúvidas sobre a relação dos médico com as operadoras; e iii) esclarecimentos sobre as resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Os serviços contemplados não são limitados às situações anteriormente apresentadas, de modo que os interessados devem entrar em contato com a secretaria da SBACV-RJ para fins de avaliação sobre o enquadramento do caso concreto às possibilidades de auxílio pela Assessoria Jurídica.

Os associados adimplentes, por intermédio de acordo entre a SBACV-RJ e o escritório Martins & Portes Sociedade de Advogados, possuem acesso a honorários advocatícios diferenciados em caso de contratação do escritório para a intervenção em processos ou procedimentos nos âmbitos judicial, extrajudicial ou administrativo.

O sigilo profissional sobre as informações recebidas ou prestadas é observado em qualquer das hipóteses, seja pela consultoria gratuita por intermédio da SBACV-RJ ou na contratação direta do escritório. A divulgação das informações é admitida somente nos casos que houver autorização expressa do médico, de modo a resguardá-lo perante a própria classe e a terceiros.

O acesso à informação é essencial para o regular funcionamento das atividades em consultórios, clínicas e hospitais, em especial no momento em que novas regras de relacionamento entre médicos e operadoras estão sendo publicadas pela ANS. Neste sentido, a adoção de medidas preventivas constituem-se em instrumentos necessários a profissionais de todas as esferas.

Informe-se acerca dos serviços gratuitos disponibilizados pela SBACV-RJ e desempenhe suas atividades de forma mais segura e eficiente. O corpo de advogados permanece à disposição dos associados para auxiliá-los no que for possível.

A 567ª Reunião Científica reuniu especialistas e convidados em torno de temas atuais

Fotos: SBACV-RJ



Drs. Diogo Di Baptista, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Marcelo Patrício, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Marcos Areas e Breno Caiafa.

Na noite de 28 de abril, no auditório Júlio Sanderson, no Cremerj, foi realizada a 567ª Reunião Científica da SBACV-RJ. A segunda do ano, cujo Programa Científico contemplou temas atuais de grande expressão na atualidade. A mesa foi composta pelo Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto; o Secretário-Geral, Dr. Breno Caiafa; o Diretor Científico, Dr. Julio Peclat; o Vice-Diretor Científico, Dr. Marcos Arêas; o Diretor de Eventos, Dr. João Sahagoff; e a Tesoureira, Dra. Cristiane Araújo.

Na entrada, todos os sócios adimplentes receberam o novo *bottom* da SBACV-RJ e um informativo sobre o benefício de desconto para realização de *check-up* na clínica Med-Rio, nova parceira da Regional, fazendo parte do projeto do Clube de Vantagens para o sócio, lançado nesta reunião, pelo Presidente, o Dr. Carlos Peixoto.

O Gerente de Serviços Médicos do Comitê Olímpico Rio 2016, Dr. Marcelo Patrício, falou sobre "Serviços médicos nos Jogos Olímpicos"; o tema foi debatido

junto aos Drs. Adilson Toro Feitosa, Hugo Marques Tristão e João Sahagoff. "Pelo que assistimos, vejo com boa expectativa e otimismo que poderemos apresentar jogos olímpicos de alto nível", comentou o Dr. Carlos Peixoto, sobre o trabalho apresentado.

A indústria farmacêutica Farmoquímica (FQM) patrocinou a reunião científica e trouxe a dermatologista Samanta Nunes, da Santa Casa de São Paulo, convidada a palestrar sobre "Hiperpigmentação pós-procedimentos". Os Drs. Breno Caiafa, Marco Antônio Alves Azizi e Ney Abrantes Lucas integraram os debates. O Presidente, Dr. Carlos Peixoto, falou da importância do tema: "Termos a visão do dermatologista no auxilia para evitarmos uma complicação desagradável que, se não bem conduzida previamente, pode ser definitiva".

"Síndrome aórtica aguda - Tratamento endovascular com prótese customizada em bancada" foi o tema relatado pelo Dr. Daniel Falcão, sob autoria dos Drs. Felipe Francescutti Murad, Daniel Falcão, Leonardo Teixeira de Almeida, Gabriela Segalla Francescutti, Henrique Murad e Rubens Giamboni Filho, do Serviço Vasculares Associados. Os debatedores deste último tema foram os Drs. Marcelo Martins da Volta Ferreira e Rodrigo Andrade Vaz de Melo.

A noite também foi de entrega de certificados aos novos sócios aspirantes pela Diretoria da Regional. O Dr. Caio Rangel Neves recebeu pelas mãos da Dra. Cristiane Gomes; o Dr. Breno Caiafa entregou para a Dra. Natália Faria Delmonte; a Dra. Carina S. Pinto Ribeiro Merlo recebeu o certificado das mãos

do Presidente da SBACV Nacional, seu pai, o Dr. Ivanésio Merlo.

Além do anúncio da ampliação do Clube de Vantagens, o sorteio de treze inscrições para o Simpósio Aorta 2016 e a presença de vinte acadêmicos da UNIG (Universidade Iguaçu), com a nomeação da uma Liga Acadêmica da SBACV-RJ, também foram pontos altos da Reunião.

A próxima Reunião Científica (568ª) será dia 02/06 no auditório do Cremerj.



Dr. Breno Caiafa com os representantes da Farmoquímica (FQM).

Novos Sócios

Aspirantes	
Aline Hamilton Goulart	Janeiro /16
Douglas Almeida Oliveira	Janeiro /16
Sergio Pacheco de Oliveira	Janeiro /16
Carina Schmidt Pinto Ribeiro Merlo	Março /16
Carlos Henrique de Souza Levinho	Abril /16
Daniel Fernandes Guimarães	Abril /16
Caio Rangel Neves	Abril /16
Natália Faria Delmonte	Abril /16

Efetivos	
Pablo Salim Varela	Fevereiro/16
Daniel Altran Burlier Drummond	Março/16
Leandro Tavares Barbosa	Março/16
Marcela Azzi Tassi	Abril/16

Titulares	
Guilherme Peralta Peçanha	Abril/16
João Roberto Chaves de Almeida	Abril/16

Remidos	
Marcio Arruda Portilho	Março/16
José Luis Camarinha do Nascimento Silva	Abril/16



Sócio Aspirante Natália Faria Delmonte.



Sócio Aspirante Carina S. Pinto Ribeiro Merlo.



Sócio Aspirante Caio Rangel Neves.

Cerimônia de posse no CBC

Em 30/04/16 foi realizada, em sessão ordinária, a posse dos novos diretores de seções especializadas do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, e o Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões Julio Cesar Peclat de Oliveira, Diretor Científico da SBACV-RJ, assumiu a Diretoria da Cirurgia Vascular, como representante legítimo da Regional Rio, que indicou-lhe para o cargo.



Posse do Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira no Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Estiveram presentes vários diretores da Regional: os Drs. Sérgio Silveira Leal de Meirelles, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Arno von Ristow, Francisco João Sahagoff, Márcio Leal de Meirelles, Adalberto Pereira de Araujo, Cristiane Ferreira de Araujo, Márcio Arruda Portilho, Bruno Caiafa e Carlos Enaldo de Araujo Pacheco.

Reuniões científicas, agora também com um sabor cultural

Atendendo a uma diretriz da Presidência, a Diretoria de Eventos iniciou um projeto de incentivo ao comparecimento às Reuniões Científicas. Periodicamente, serão promovidos eventos com distribuição de convites entre os sócios adimplentes da SBACV-RJ, presentes nas Reuniões Científicas.

Eventos da Regional do Rio foi o lançamento do filme: "O Maior Amor do Mundo", com a atriz Julia Roberts. Os contemplados tiveram direito à sessão privada, com pipoca, refrigerante e um acompanhante, no cine Estação NET Gávea no dia 09 de maio, às 21h.

A próxima Reunião Científica (568) acontecerá no dia 02 de junho, no Cremerj. Não percam!

O primeiro evento organizado pela Diretoria de

Errata

Na última edição da Revista (Nº I - janeiro/fevereiro de 2016), na palavra da Tesouraria-Geral publicada na página 09, foi citado o nome do Dr. Adilson Feitosa, como Tesoureiro-Geral da gestão anterior (2014-2015) que, na realidade, é o 1º Tesoureiro da gestão atual (2016/2017). O correto seria citar o nome do Dr. Ruy Luiz Pinto como Tesoureiro-Geral da gestão 2014/2015.

21º Encontro Pernambucano Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

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

Congreso Del Bicentenario Flebolinfo 2016

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

Encontro Mineiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

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

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

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

VII Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular 2016



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

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

Data: 08 a 10 de setembro de 2016
Local: Seara Praia Hotel – Av. Beira Mar, 3080 Meireles, Fortaleza (CE)
Telefone de contato: (85) 4011-1573
Informações: www.nnevascular.com.br
divulgacao@arxeventos.com.br
Facebook Fanpage: CirurgiaVascular2016

XIV Panamerican Congress on Vascular Surgery

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

XIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular CONE SUL 2016

Data: 04 e 05 de novembro de 2016
Local: Hotel Costão do Santinho, Florianópolis (SC)
Telefone de contato: (48) 3037-4637
Info.: conesul2016@paulasalleseventos.com.br

42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 09 a 13 de outubro de 2017
Local: Natal (RN)
Telefone de contato: (84) 3221-3200

Conheça o Sistema

VENTURI Vivano



Bomba de pressão Negativa Venturi Modelos Avanti e Compact

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



Espuma VivanoMed

Tamanhos P, M, G para melhor adaptação às feridas



Hydrofilm

Transparente, auto adesivo com alto índice MVTR



Bandeja com Itens

Apresentação do Kit Abdominal e do tamanho XL



Embalagem

Plástico transparente para fácil visualização



Portal Drain

Feito em silicone macio, auxilia a saída do exsudato



Silicone Layer

Camada de interface para proteção de órgãos

EXCLUSIVA
Cirurgias e Procedimentos Hospitalares

(21) 2425-0688
exclusiva@exclusivabrasil.com

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control™



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company