

Por que a SBACV-RJ considera a Câmara de Representantes na Nacional tão importante?



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

A democracia é realmente fascinante: o “governo do povo” confere a cada um de nós o enorme dever /direito de representar e de se fazer representar. O grande problema é que a democracia requer maturidade (para exercer o poder, o dever, o direito) de representar e se fazer representar.

A democracia brasileira é jovem, e teve uma adolescência conturbada. Hoje buscamos recuperar o tempo perdido, mas isso também requer amadurecimento e discernimento.

Em uma linda música, Chico Buarque e Edu Lobo dizem que “mesmo sendo errados os amantes, seus amores serão bons”. Podemos dizer o mesmo das estruturas de nossa democracia: a imperfeição das pessoas – que caracteriza sua própria natureza – não diminui a importância de suas instâncias: nosso legislativo congrega, no âmbito da Federação, duas casas: o Senado, que representa os estados brasileiros, e a Câmara dos Deputados, que representa seu povo. No Senado, a representação é igualitária: cada estado brasileiro

é representado por três senadores, independente de quantos habitantes tem. Já a Câmara, por essência a casa do povo brasileiro, tem representação proporcional, ou seja, para representar o grande contingente de cidadãos dos estados mais populosos, mais representantes, cada um com o mesmo poder de voto.

Nossa SBACV reproduz este modelo democrático de debate e discussão dos destinos de nossas especialidades. O Colegiado dos Presidentes é o nosso Senado: ali cada regional é um voto, e os interesses das Sociedades são debatidos e defendidos. A Câmara dos Representantes é a nossa Câmara dos Deputados: cada Regional se faz representar proporcionalmente por seu povo (associados) e o debate que ali se conduz prioriza a ótica do dia a dia de cada angiologista ou cirurgião vascular em seu consultório, em seu Serviço.

Em Brasília, as proposições tramitam pelas duas casas, e assim, de interesses dos estados e interesses dos cidadãos que ali habitam, se fazem – ou devem se fazer – as leis brasileiras. Em nossa Sociedade – desde que a Câmara dos Representantes foi criada, durante a gestão do Dr. Airton Delduque Frankini – temos oportunidade de conduzir os debates que delineiam os rumos de nossas especialidades da mesma forma, com a discussão dos temas em duas instâncias: uma vê as questões sob a ótica das Sociedades, e outra, sob a ótica de seus associados.

Durante o 39º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que acontecerá em outubro, será

colocado em votação o fim deste modelo: de acordo com a proposta que deve ser apresentada, a Câmara dos Representantes seria extinta, cabendo exclusivamente ao Colegiado de Presidentes as decisões sobre todas as questões que envolvem nossas especialidades.

É isso que queremos?

Ou melhor, quem quer isso?

Os defensores desta proposta falam na democratização das decisões, no fim do poder concentrado nos estados com maior número de associados.

Seria isso correto?

Será que o sistema atual, ao dar voz igual a todos os estados, no Colegiado de Presidentes, e voz proporcional ao número de especialistas, na Câmara de Representantes, não se faz mais maduro e justo?

Não estamos aqui pregando contra o direito de representação de qualquer estado ou região, mas efetivamente pregando o reconhecimento da importância da opinião da maioria.

A democracia não vive apenas de políticos em Brasília: ela se constrói em cada instância na qual a sociedade brasileira se respeita e pede respeito ao seu direito de expressão e voto.

Finalmente, gostaria de agradecer aos membros de nossa Diretoria, que tanto se empenharam para que o 25º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular fosse um sucesso: Rossi Murilo, Julio César Peclat, Sergio Meirelles e Carlos Eduardo Virgini. Agradeço também ao Dr. Marcelo Martins da Volta Ferreira, e aos funcionários Neide Miranda, Elaine Rios e Adriano Silva. Sem a dedicação deles, nada teria sido possível.

Missão Cumprida!



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

Mais um Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro chegou ao fim. Este Encontro tão especial e representativo – a 25ª edição de um evento científico que começou despretensiosamente e cresceu até receber este ano a CELA em sua programação - mais uma vez cumpriu sua proposta e superou várias de nossas expectativas, embora reconheçamos que ainda é (sempre é) possível aperfeiçoar processos e procedimentos. Os Encontros nunca estão prontos: são obras em constante aperfeiçoamento e evolução. À próxima Diretoria, que será responsável pelo 26º Encontro, fica a missão de seguir neste processo permanente de evolução.

Findos os trabalhos com os preparativos do Encontro, temos agora uma nova missão: o Rio de Janeiro é candidato à sede do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que será realizado em 2015. O empenho de nossa Diretoria em trazer o Congresso para o Rio pode ser comparado ao esforço que o Brasil fez para trazer para cá os grandes eventos esportivos mundiais, que aqui serão realizados. Um Congresso Brasileiro traz à sua sede não só visibilidade, mas também recursos importantes para a Regional que o organiza. Em 2001, quando acolhemos o 34º Congresso, conseguimos, com seu resultado, comprar nossa sede.

Nossa Regional tem muitos projetos: há muito que ser feito, tanto em termos de educação continuada de nossos associados, como em termos de disponibilização de espaços e condições para que tenhamos centros de formação de excelência.

Para trazermos o Congresso Brasileiro para cá, precisamos que todos os angiologistas e cirurgiões vasculares com direito a voto na assembleia que escolherá a cidade-sede, a ser realizada em Porto Alegre, durante o Congresso Brasileiro, votem no Rio de Janeiro.

Nossa cidade, que terá sediado a final da Copa do Mundo e estará às vésperas de receber as Olimpíadas, terá condições indiscutíveis de receber um evento desta magnitude. Aliada à infraestrutura, temos a experiência em organização de eventos, sendo a Regional que mais realizou eventos próprios na história de nossa Sociedade.

Estamos preparando várias atividades para transformar o espaço que nossa Regional ocupará no Congresso deste ano num espaço que traduza a hospitalidade e o bem receber que caracteriza o Rio de Janeiro.

Entre nesta corrente conosco: se você tem direito a voto, vote. Se não tem, ao encontrar durante um Congresso com “aquele colega de turma”, que mora em outro estado, peça seu voto. Pegando emprestada uma frase que já foi incorporada ao repertório popular, “Sim, nós podemos!”.

Malformação venosa



Dr. Luiz Alexandre Essinger
Diretor de Publicações
da SBACV-RJ

Prezados colegas,

No atual número da nossa revista, temos um artigo do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Santa Tereza, em Petrópolis. Os autores apresentam um caso de tratamento percutâneo de malformação venosa na mão de um paciente pediátrico. As anomalias vasculares são verdadeiros enigmas na Medicina. Apresentam dificuldade no diagnóstico e têm um tratamento complexo e geralmente inadequado. A maior parte dos especialistas têm receio de avaliar e tratar tais lesões, pois os resultados geralmente não são bons e apresentam elevados índices de recidiva ou mesmo complicações, podendo chegar até a amputação. Como já foi escrito por Szilagyi, é importante compreender que é inútil qualquer tentativa de curar essas lesões através de procedimentos cirúrgicos, exceto quando as lesões são simples e bem localizadas, o que não é comum. As apresentações das anomalias vasculares são extremamente variáveis. Essa grande variedade tem sido uma das causas de grande confusão, com o aparecimento, através dos tempos, de inúmeras classificações e termos, inclusive com comparações curiosas com alimentos, tais como morango, cereja e vinho do Porto. Recentemente, a classificação de Hamburgo tem sido uma das mais utilizadas. Seu valor consiste na fácil aplicação clínica, gerando pouca confusão e com a terminologia fornecendo informações quanto à condição anatomofisiopatológica, facilitando uma abordagem multidisciplinar. No caso clínico apresentado, os autores utilizam o etanol como agente esclerosante. Outras substâncias também têm sido empregadas, tais como o polidocanol e a etanolamina. O etanol tem sido utilizado recentemente com bons resultados a longo prazo e com poucas recidivas. Devemos ter cautela, pois essa substância provoca efeitos colaterais graves e importantes.

O artigo escrito pelos Drs. João Batista Thomaz e Yana C. Moreira Thomaz é de grande importância para a atualização dos conhecimentos sobre obesidade e de como ela influi em nossa especialidade. A prevalência da obesidade tem crescido assustadoramente e representa um grande problema de saúde pública. Essa escalada vertiginosa se deve principalmente aos ambientes obesogênicos. Os autores ressaltam a importância da abordagem global do paciente para o correto tratamento das úlceras venosas.

Por fim, minha homenagem ao amigo que partiu, Dr. Eimar Delly de Araújo, que Deus o guarde e o abençoe.

XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular



Em uma edição histórica, o XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro marcou a celebração do Jubileu de Prata do evento, com a presença recorde de cerca de 600 participantes, que puderam discutir os mais de 100 temas apresentados pelos 26 convidados estrangeiros ou pela centena de convidados nacionais.

Mesa de abertura



O Encontro aconteceu entre os dias 6 e 9 de abril, no Hotel Windsor Barra. Já tradicional no calendário científico nacional, o evento deste ano foi realizado em *Joint Meeting* com a CELA (Cirurgãos Vasculares de Latino América). O espaço aberto para o *Joint Meeting* vai ao encontro da cultura acolhedora dos cariocas, permitindo que os profissionais de outros países pudessem compartilhar com os brasileiros debates abertos, com a participação de todos os congressistas, que tiveram o direito de voz garantido. Foi uma rica troca de experiências.

“O Encontro foi um sucesso. Antes mesmo do início do evento, o número de inscrições já estava bem acima das expectativas, com quase 600 inscritos. O evento superou as expectativas da Diretoria”, avaliou o Dr. Julio César Peclat de Oliveira, Diretor de Eventos da SBACV-RJ. Essa visão é compartilhada pelo Vice-Presidente da Regional, Dr. Carlos Eduardo Virgini Magalhães: “O evento foi um sucesso. Grande público, várias coisas novas, essa é a marca das últimas Diretorias da Sociedade. Hoje as empresas estão muito mais interessadas no evento, e a gente vê uma discussão muito grande em torno dos temas científicos”, comemorou ele.

HOMENAGENS

A sessão solene de abertura do Encontro aconteceu no dia 7 de abril, e contou com a presença do Presidente da SBACV-RJ, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro; Dr. Armin do Fernando Mendes Correia da Costa, representante do CREMERJ; Dr. Antonio Luiz de Medina, representante da Academia Nacional de Medicina; Dr. Marcelo Araújo, Secretário-Geral da SBACV Nacional; Dr. Frank Criado, então Presidente da CELA; e Dr. Marcelo Martins da Volta Ferreira, Presidente do VII Congresso da Sociedade CELA, realizado em conjunto com o evento da SBACV-RJ; além dos integrantes da Diretoria da Regional, como o Vice-Presidente, Dr. Carlos Eduardo Virgini Magalhães; o Secretário-Geral, Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles; o Tesoureiro, Dr. Rui Luiz Pinto Ribeiro; o Diretor Científico, Dr. Rossi Murilo da Silva; e o Diretor de Eventos, Dr. Julio César Peclat de Oliveira.

Estiveram também presentes ao evento diversos Presidentes das Regionais da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular e membros da Diretoria Nacional. No dia 8 de abril, enquanto os congressistas



Drs. Manuel Julio, Guilherme Pitta e Gustavo Oderich



Drs. Maldonat Azambuja, Marcio Meirelles e sua esposa, Nazareth Meirelles



Jantar no Itanhangá Golf Club

discutiam temas das especialidades, os Presidentes das Regionais e da Nacional realizaram a reunião do Colégio de Presidentes, para debater os destinos da Sociedade.

Na solenidade de abertura, a Diretoria da Regional prestou uma homenagem aos ex-Presidentes da SBACV-RJ dos últimos 25 anos. No dicionário, o verbete “homenagem” pode ser definido como ato ou demonstração de respeito, apreço ou admiração por alguém. Não se pode listar todos aqueles que serviram à Sociedade e que, por mérito, merecem receber este preito. Ainda assim, a Sociedade se propõe a, aos poucos, homenagear aqueles que dedicam suas vidas às especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Este ano, foram muitos os homenageados.

Numa edição comemorativa como esta, não se pode esquecer de todos aqueles que um dia passaram pela cadeira da Presidência, e que contribuíram para que a Sociedade pudesse chegar ao XXV Encontro. Os ex-Presidentes foram chamados ao palco e receberam das mãos de seus colegas uma plaqueta de agradecimento pela contribuição científica e engrandecimento das especialidades.

O professor Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira foi um deles. Designado para prestar a homenagem ao professor, Dr. Carlos Eduardo Virgini, Vice-Presidente da Regional, tentou resumir as 106 páginas de currículo do Dr. Paulo Roberto, destacando os seus feitos para as especialidades e para as Sociedades Nacional e Regional. O homenageado foi o Presidente do I Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em 1986, e é considerado um dos responsáveis pela transformação do Concurso para o Título de Especialista, nos 12 anos que passou à frente da Comissão. “É um currículo que impõe respeito”, concluiu Dr. Virgini em sua homenagem.

“Com sua habilidade e visão política, o Dr. Manuel Julio soube aproveitar essa data festiva e transformar o Encontro em evento comemorativo. Houve uma homenagem muito bonita aos ex-Presidentes, e a Diretoria também ofereceu um livro com a história dos 25 anos para todos os participantes do evento, além de um vídeo, onde houve um excelente trabalho jornalístico, resgatando a história da Sociedade. Eu vi nos olhos de alguns ex-Presidentes o elogio e a gratidão pelo presente que lhes foi oferecido”, contou o Dr. Julio César Peclat de Oliveira.

“Acho que a homenagem, fazendo um histórico dos 25 Encontros, foi muito simpática da Sociedade, com o reconhecimento do trabalho das gestões anteriores”, afirmou o Dr. Paulo Marcio Canongia, Presidente da SBACV-RJ no biênio 2002/2003. O Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho, Presidente da Regional no biênio 1992/1993, ressaltou a importância do trabalho de resgate da memória da Sociedade: “A homenagem foi muito bonita, e isso é muito importante, porque se você não tem nada gravado, não tem nada escrito, você perde a história. O passado tem que ser lembrado, porque é ele que faz a nossa história”.

Além dos ex-Presidentes, cada um dos 26 convidados internacionais foi agraciado com uma estatueta do Cristo Redentor, como forma de agradecimento pela sua presença e colaboração.

ORGANIZAÇÃO

O XXV Encontro foi marcado pelo crescimento do evento que, este ano, durou quatro dias. O evento cresceu também sob o olhar da Comissão Nacional de Acreditação, que creditou, para o processo de revalidação do Título de Especialista, 15 pontos aos congressistas especialistas em Angiologia e em Cirurgia Vascular, e 10 pontos àqueles que têm como Área de Atuação: Cardiologia, Ecografia Vascular com Doppler, Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular e Ecocardiografia. Foram cerca de dez horas de apresentações e debates a cada dia, com pequenas pausas para *coffee break*.

Diferente de outras Sociedades Médicas, a SBACV-RJ organiza seus próprios eventos, sem participação de empresas terceirizadas, contando apenas com sua equipe própria. Enquanto a Organização e a Equipe Executiva se preocupam com a administração, a Diretoria foca na programação científica do evento. Dr. Sergio Meirelles, Secretário-Geral da Regional, relembra o momento em que a Sociedade tomou as rédeas da organização dos eventos, que, segundo ele, teve como pontapé inicial a contratação de Neide Miranda, atual Superintendente.

A cooperação entre as áreas é um dos segredos do sucesso do Encontro, que vem introduzindo novos formatos, visando a melhoria do conteúdo científico e maior

satisfação dos participantes. “O XXV Encontro mostra que a SBACV-RJ é uma Sociedade que floresceu, e o CELA só fez engrandecer esse momento. O evento passou a ter divulgação internacional, para toda a América Latina”, avaliou Dr. Marcelo Martins da Volta Ferreira.

V ENCONTRO DOS RESIDENTES

O evento começou no dia 6, com o V Encontro de Residentes, que há cinco anos vem abrindo espaço para os futuros especialistas. Dr. Rossi Murilo, Diretor Científico da SBACV-RJ, destacou a qualidade dos 18 trabalhos apresentados no dia e ressaltou a novidade: um *workshop*, no qual os residentes puderam simular as práticas da área.

A Comissão julgadora dos trabalhos, composta pelos Drs. Felipe F Murad, Julio César Peclat de Oliveira e Marcos Arêas Marques, premiou os três melhores trabalhos da categoria Tema Livre oral e um pôster.

O primeiro lugar em Tema Livre foi dado ao trabalho “Análise comparativa do tipo de acesso vascular realizado no HUCFF/UFRJ nos anos de 2009 e 2010 e as diretrizes preconizadas pelo KDOQI”, apresentado pelo Dr. Davi da Silva Cazarim, do Serviço de Cirurgia Vascular HUCFF/UFRJ. A segunda colocação ficou com o Dr. Daniel Drummond, da Centervasc-Rio Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, que apresentou o tema “Implante de filtro de veia cava inferior com uso de dióxido de carbono como meio de contraste: série de casos”. O terceiro melhor trabalho foi o de tema “Uso de Propanolol no tratamento de hemangioma proliferativo”, apresentado pela Dra. Isabela Ferreira de Castro, do Serviço de Hematologia Pediátrica do Hospital Federal da Lagoa. O pôster premiado foi apresentado pelo Dr. Leonardo Stambowsky, do Centervasc Rio/Puc-RJ, e teve como tema “Tratamento endovascular de aneurismas para-anastomóticos aórticos e ilíacos”

A avaliação dos trabalhos apresentados levou em consideração a relevância do tema, a metodologia, a apresentação e pontuou também o aproveitamento do tempo estipulado para apresentação, que era de oito minutos, dando nota máxima no quesito “nota de tempo” àqueles que apresentaram seu trabalho sem ultrapassar o tempo estabelecido.



Homenagem ao Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira, pelos Drs. Carlos Virgini e Manuel Julio

CURRÍCULO RESUMIDO DO DR. PAULO ROBERTO M. SILVEIRA

1965	Interno- Acadêmico Hospital Getulio Vargas
1967	Acadêmico- Bolsista da SUSEME Hospital Salgado Filho
1968	Médico diplomado pela FCM do Estado da Guanabara (atual UERJ)
1969	Residente Angiologia do Hospital de Clínicas da UEG (atual HUPE-UERJ)
1974	Professor-Auxiliar da Faculdade de Ciências Médicas -UERJ
1976	Mestrado em Medicina pela UFRJ
1977	Especialista em Angiologia pela SBACV e Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas
1983	Titular Colaborador do Colégio Brasileiro de Cirurgias
1985	Titular da SBACV
1986	Professor-Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas - UERJ
1986	Presidente da SBACV-RJ
1987	Membro da Ordem do Mérito René Fontaine, no grau de Mestre, SBACV
1989	Coordenador do Serviço de Angiologia do HUPE-UERJ
1992	Doutorado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina
1996	Assessor Técnico <i>ad-hoc</i> da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
2000	Criação do CENTERVASC com Dr. Arno von Ristow
2005	Membro da Ordem do Mérito René Fontaine, no grau de Grão-Mestre, SBACV

PRODUÇÃO TÉCNICA-CIENTÍFICA

Produção Científica	Quantidade
Capítulos de Livros Didáticos da Especialidade	21
Artigos em Periódicos Nacionais e Internacionais	50
Bancas examinadoras	25
Comunicações em Reuniões Científicas no Brasil e no exterior	174
Palestras proferidas em Reuniões Científicas	153
Cargos Honoríficos em Reuniões Científicas	170
Coordenador do concurso para Título de Especialista	12 anos
Membro da Banca do concurso de Especialista	15 anos



Dr. Marcelo Araujo entrega placa e livro ao Dr. Maldonat Azambuja

DR. REINALDO JOSÉ GALLO, BIÊNIO 1990/1991, não pôde comparecer ao evento.

DR. VASCO LAURIA DA FONSECA FILHO – BIÊNIO 1992/1993



Dr. Carlos de Brito entrega placa e livro ao Dr. Vasco Lauria da Fonseca

DR. JOSÉ LUIS CAMARINHA DO NASCIMENTO SILVA - BIÊNIO 1994/1995



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira entrega placa e livro ao Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva

INTERATIVIDADE

Uma das novidades trazidas pelo Encontro deste ano foi a maior interatividade com a plateia. Além das inovações trazidas no evento do ano passado - como as mesas multitemáticas e o maior rigor do tempo, para permitir uma discussão mais ampla entre congressistas e palestrantes -, os participantes do XXV Encontro contaram ainda com um sistema interativo, em que os palestrantes podiam fazer perguntas à plateia, em enquetes cujas respostas apareciam automaticamente na tela.

“O Encontro tem se mantido nos padrões de sempre, cada vez maior, e hoje ele é praticamente um congresso. A Diretoria está de parabéns. As aulas estão excelentes, o rigor com o tempo tem sido mantido, os estandes estão maravilhosos, e essa interação da plateia com o apresentador sempre faz sucesso em todos os congressos em que é utilizado. Eu acho que tudo isso valoriza bastante o evento”, avaliou o Dr. Ivanésio Merlo, Presidente da SBACV-RJ durante o biênio 2008/2009.

A interatividade também foi o destaque em relação à participação dos congressistas e à mescla de diferentes temas e experiências de profissionais brasileiros e estrangeiros. “A programação deste Encontro foi cuidadosamente elaborada para contemplar todos os aspectos de nossas especialidades, e também para oferecer oportunidades de participação ativa da plateia” declarou Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, Presidente da SBACV-RJ.

Os congressistas dispunham de 20 minutos para debater sobre o tema ao final de cada sessão. Para viabilizar este importante momento de desenvolvimento promovido pela discussão, as apresentações foram limitadas a oito minutos cada, rigorosamente contados. Dr. Antônio Luiz de Medina, representante da Academia Nacional de Medicina, participou dos 25 Encontros e ressaltou o que, para ele, mais mudou neste um quarto de século de Encontros: “Hoje em dia, as pessoas vêm de longe e têm a oportunidade de debater os assuntos e fazer suas perguntas. O Encontro ficou muito mais objetivo.”

“Esse é o mérito de uma ideia nova, como essa que o Dr. Rossi trouxe para a gente no ano passado. As pessoas vão se acostumando à ideia de falar em sete ou oito minutos. Depois de se habituar, é fácil dar o seu recado nesse tempo, e isso mantém a plateia sempre interes-

sada e atenta, porque ela sabe que não haverá tempo para se cansar, as apresentações serão sempre rápidas e objetivas”, afirmou o Secretário-Geral da Regional, Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles.

Dando ênfase à importância da atualização, as mesas multitemáticas debateram assuntos variados. Numa mesma mesa, podia-se explanar sobre artérias, veias, vasos linfáticos, cirurgias abertas ou por cateter. “Aquele que não lida muito com outra área vai, pelos menos, tomar conhecimento do que está acontecendo naquela área de atuação”, aprovou Dr. Adalberto Pereira de Araújo, Diretor de Angiorradiologia da SBACV-RJ.

Para o Dr. Sergio Meirelles, as duas formas de se montar um programa científico - a divisão por temas e as mesas multitemáticas - são aceitáveis e têm suas vantagens e desvantagens. “A vantagem da multitemática é que ela permite que o colega tenha uma visão geral da especialidade, vendo vários assuntos na mesma mesa. A forma como tem sido feito nos dois últimos Encontros tem sido um sucesso, e portanto acho que não deve mudar. Essa multiplicidade de temas numa mesma mesa passou a ser uma característica do nosso Encontro”, avaliou ele.

De acordo com o Dr. Carlos Eduardo Virgini Magalhães, o evento vai marcar época. “Uma coisa interessante dos dois últimos eventos é a mistura dos temas em cada mesa. É uma coisa aparentemente caótica, mas que é maravilhosa, porque mantém a sala lotada o tempo todo, pois todos os interesses são privilegiados”.

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Durante os quatro dias de evento, foram apresentados, ao todo, 112 temas diferentes, entre sessões interativas, palestras, vídeos editados e casos clínicos.

A troca de ideias começava logo cedo no Encontro, às 7h15min da manhã, com sessões interativas que debatiam casos complexos das especialidades. Logo após um pequeno intervalo, começavam as mesas multitemáticas, abrangendo tópicos de veias e artérias, casos clínicos e cirúrgicos.

Outro destaque da programação foram os simpósios oferecidos pela indústria. O Simpósio Tecmedic, realizado no dia 7, tratou das últimas novidades sobre o uso de balões farmacológicos no tratamento da isquemia críti-

DR. MARCIO ARRUDA PORTILHO - BIÊNIO 1996/1997



Dr. Marcelo Ferreira entrega placa e livro ao Dr. Marcio Arruda Portilho

DR. MARCIO LEAL DE MEIRELLES - BIÊNIO 1998/1999



Dr. Sergio Meirelles entrega placa e livro ao Dr. Marcio Leal de Meirelles

DR. ALBERTO COIMBRA DUQUE - BIÊNIO 2000/2001



Dr. Ruy Luis Pinto Ribeiro entrega placa e livro ao Dr. Alberto Coimbra Duque



Dr. Frank Criado entrega placa e livro ao Dr. Paulo Marcio Canongia



Dr. Marcio Meirelles entrega placa e livro ao Dr. Sergio Meirelles



Dr. Rossi Murilo recebe a placa e livro de sua esposa, Dra. Soraia Rouxinol

ca dos membros. O Simpósio Meditronic, no mesmo dia, abordou os avanços no tratamento endovascular dos aneurismas de aorta.

Nesse primeiro dia, houve ainda a apresentação de um Tema Especial, com o Dr. Alfredo Guarich, que discursou sobre segurança em cirurgia. O médico brasileiro optou pelo uso de vídeos e, assim, conquistou a atenção dos congressistas. Com tom leve, as imagens suscitavam a reflexão sobre os cuidados antes da cirurgia, propondo a realização de *check list*.

No dia 8, foi a vez dos Simpósios Gore, que teve o Dr. Arno von Ristow como *chairman*, e Sanofi Aventis, que tratou da profilaxia de TEV em populações especiais: obesos, pacientes com câncer e insuficiência renal e grávidas. No último dia do evento, os participantes puderam assistir ao Simpósio Bayer, que tratou das novas perspectivas na profilaxia anticoagulante.

No encerramento do Encontro, outra sessão especial - a Sessão 25 - tratou das mudanças do último um quarto de século, em diversas áreas das especialidades: 25 anos de serviço público, 25 anos de evolução do AAA, o que mudou e está mudando em 25 anos de tratamento de carótida, o que há de novo nesses 25 anos no tratamento das varizes, além de uma discussão sobre o trauma vascular.

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

As mesas foram divididas por profissionais nacionais e estrangeiros, que trocaram suas experiências e debateram pontos controversos das especialidades. A participação dos convidados internacionais já é tradicional nos Encontros Cariocas, mas, este ano, teve seu peso aumentado pelo *Joint Meeting* com a CELA (Cirurjanos Vasculares de Latino América), que voltou ao Brasil após oito anos da realização de seu último congresso em território nacional.

“Acho que foi um evento desafiante para as duas Sociedades, porque foi preciso pensar nos interesses de ambas. O evento foi importante para dar visibilidade internacional à Regional e, para a CELA, também foi importante porque muitos brasileiros que não conheciam a Sociedade e puderam agora conhecê-la”, afirmou o Dr. Marcelo da Volta Ferreira, presidente do Congresso da CELA.

O Encontro Carioca recebia, em média, seis convidados internacionais, e este ano, com a CELA, o número de

convidados estrangeiros chegou a 26. “Como sempre, o evento foi um sucesso: uma plateia grande e uma frequência bastante alta. Acho que essa união com o Congresso da CELA foi muito positiva, porque trouxe mais convidados internacionais para o Encontro e maior interesse tanto para a audiência quanto para as indústrias”, avaliou o Secretário-Geral da Regional. Para o Vice-Presidente da SBACV-RJ, a CELA trouxe mais rigor científico, mais inovação, e mais respeito em relação aos patrocinadores. “Isso ajudou a dar esse salto de qualidade em relação ao evento do ano passado. O desafio será manter esse padrão para o próximo ano”, disse ele.

O Dr. Manuel Espindola, chileno, veio ao Rio como membro da CELA. Para ele, em cada país onde realiza seus congressos, a CELA permite que muitos cirurgias se incorporem à Sociedade, dando a eles a oportunidade de aprender e discutir as novas tecnologias e o que há de mais avançado na Medicina Endovascular. “A CELA também é um grupo de amigos e a Sociedade nos permite conviver, não só na parte científica, mas também compartilhar vivências e experiências. Cada vez são mais pessoas que querem participar da CELA, e os que querem devem apenas se aproximar do Comitê Organizador, estão todos convidados a participar”, acrescentou ele.

O Dr. Enrico Ascher, assíduo frequentador dos Encontros e um dos organizadores do Panamericano, parabenizou a Diretoria da SBACV-RJ pelo evento e pela parceria com a Sociedade latino-americana. “Acho que os cirurgias vasculares do Brasil são heróis, por muitos motivos. O primeiro é que eles conseguiram construir uma Sociedade que hoje é reconhecida no mundo inteiro, e começaram do nada. E eles abriram as portas do Brasil para cirurgias vasculares do mundo inteiro virem aqui, não só ensinar mas também aprender o que se está fazendo de novo e de interessante aqui no Rio de Janeiro”, afirmou ele.

ESTANDES

Ao todo, participaram do evento 44 empresas e algumas delas trouxeram novidades para o Encontro. O Diretor da Companhia BioMedical, Marcos Machado, trouxe ao evento a nova fístula Flixene. Segundo ele, o material evita entupimentos. “Ela tem uma durabilidade muito maior”, garante o Diretor. Outra novidade lançada durante o evento foi o Relay Plus, uma prótese hidrofílica.



Dr. Manuel Julio entrega placa e livro ao Dr. Ivanésio Merlo

DR. MANUEL JULIO COTA JANEIRO – BIÊNIO 2010/2011



Prof.º Antonio Luiz de Medina entrega a placa e livro ao Dr. Manuel Julio Cota Janeiro



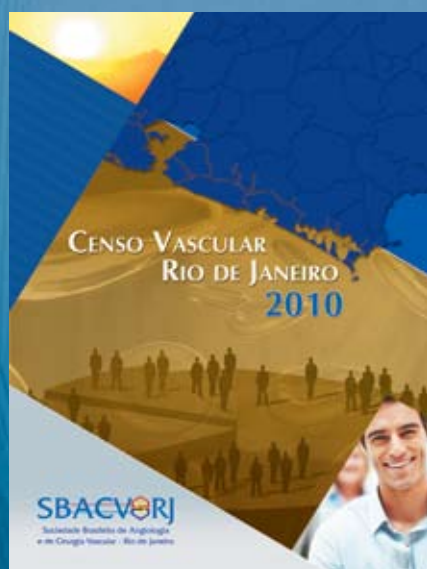
Drs. Rubens Giambroni (RJ), Roberto Sacilotto (SP), João Luis Sandri (ES) e Paulo Roberto Mattos da Silveira (RJ) no coquetel de confraternização



Dr. Marcelo Ferreira, Presidente do VI Congresso da CELA, entrega homenagem ao Dr. Frank Criado, Presidente da Associação CELA – Cirujanos Endovasculares de Latino America



Dr. Marcelo Ferreira entrega homenagem CELA ao Dr. Rossi Murilo



O laboratório Servier esteve presente aos 25 Encontros e pôde ver de perto toda a caminhada da Regional, desde quando o evento era uma reunião local, que durava apenas um dia. Ao longo desta parceria, o laboratório se tornou mais que um patrocinador e passou a ser considerado um parceiro da Sociedade, participando, inclusive, de outros eventos da Regional. “Ao longo do crescimento da Sociedade Carioca, a Servier também cresceu junto. A Servier tem um relacionamento ímpar com a Regional”, afirma Fabiana Rosito, Gerente do Daflon 500, único produto da farmacêutica promovido na especialidade.

O Diretor Comercial da Vasculaine, Bruno Muniz, comenta a parceria com o Regional: “É uma parceira que já tem alguns anos, a gente apóia, de certa forma, os Encontros científicos. A Vasculaine está sempre presente”, conclui ele. Para o Gerente de Produtos da franquia endovascular da Aché, Ronaldo Araújo Silva, já são 25 edições de sucesso. “Essa edição comemorativa, pelo *feedback* que estou recebendo, tem sido ainda melhor que as anteriores. Para nós, é uma parceria contínua, a gente quer estar presente todos os anos, especialmente pela importância da Sociedade Carioca”, avaliou.

CENSO VASCULAR

A data comemorativa é também uma oportunidade para reflexão sobre as condições das especialidades no estado. Portanto, foi este o momento escolhido para a publicação do Censo de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro.

O censo atualizou dados que foram levantados pela primeira vez em 2003, pelo Dr. Ney Abrantes Lucas, durante a gestão do Dr. Paulo Marcio Canongia, e completou uma lacuna deixada na época: a não avaliação da rede privada de atendimento. Agora completo, o Censo Vascular mostra que o número de especialistas em Angiologia e em Cirurgia Vascular só alcança o índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na rede privada de atendimento, evidenciando os exíguos números da rede pública. De acordo com a OMS, a proporção aceitável de médicos, em países em desenvolvimento, é de 1 especialista para cada 35.000 habitantes.

Além da distribuição do material impresso aos associados, os resultados da pesquisa podem ser conferidos pelos sócios através do site da Regional. (www.sbacvrj.com.br)

Impressões dos moderadores

Alguns moderadores enviaram à Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular seus comentários sobre as mesas das quais participaram. As impressões destes moderadores ficam aqui registradas.

MESA: 17

Temas debatidos:

Resposta inflamatória pós procedimento endovascular; Aneurisma com colo angulado: Qual a melhor opção terapêutica?; Cirurgia de varizes em obesos. Há contra indicações?; Recanalizações ilíaco-cava na insuficiência venosa crônica; Pseudo oclusão ateromatosa da artéria carótida interna - *String sign*.

Moderadores:

Drs. Alberto Coimbra Duque e Guilherme Farm D'Amoed

"A mesa em questão foi excelente, com o auditório lotado. O tema mais comentado foi a realização da cirurgia de varizes em pacientes obesos. O relator lembrou que a população de obesos aumentou em todo o mundo, inclusive no Brasil, onde são cerca de 30% da população. Concluiu que a cirurgia pode ser feita com segurança se todos os exames pré-operatórios forem normais e o hospital estiver apto a atender eventuais complicações. Lembramos que, na Clínica Sorocaba, onde atuamos há mais de 30 anos, optamos por realizar a cirurgia em dois tempos, a primeira etapa em decubito ventral e a segunda em decubito dorsal. Outro tema importante foi a cirurgia endovascular, cada vez mais presente no dia a dia do cirurgião vascular. A conclusão é que a cirurgia endovascular é hoje uma alternativa rápida e segura para o tratamento cirúrgico das moléstias vasculares, não obstante seu custo elevado. O espaço destinado às perguntas foi de 20 minutos, utilizado pelos presentes para perguntas de todo o tipo. Observamos que esta tática é muito melhor do que a opção por "debatedores", usada no passado. O medo da ausência de pessoas na plateia não existe mais, nos dias de hoje, quando o total de inscritos no evento foi acima de 600 médicos. Parabéns à Diretoria da SBACV-RJ".

Dr. Alberto Coimbra Duque

MESA: SIMPÓSIO MEDTRONIC - AVANÇOS NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DOS ANEURISMAS DE AORTA

Moderadores:

Drs. Hellen Pessoni e Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

"O Encontro Carioca de 2011 superou em qualidade e conteúdo os Encontros passados, não desmerecendo os outros anos. A presença de convidados brasileiros e estrangeiros, experientes, envolvidos em pesquisas, foi ponto fundamental para este sucesso. A junção com a CELA proporcionou estas presenças e a mesa moderada por mim foi um ótimo exemplo.

"Inicialmente, colocando os temas em perspectiva, poderia-se analisá-los como promocionais da empresa fabricante da endoprótese. Os aspectos estritamente médicos e acadêmicos estariam comprometidos.

"Mas, analisando de uma forma mais profunda, madura e acadêmica, podemos chegar a conclusões interessantes. Conhecer os detalhes técnicos e estruturais do material endovascular a ser utilizado é essencial, pois só assim poderemos saber as limitações e ampliações de seu uso. Os resultados dos estudos clínicos com novas endopróteses nos dá discernimento para descontermos o entusiasmo do trabalho de marketing. Os principais pontos questionados para a aprovação pelo FDA, órgão exigente e de credibilidade, são importantes de serem conhecidos.

"Sendo assim, nossos palestrantes, Dr. Frank Cria-do e Dr. Carmelo Gastambide, conseguiram preencher nossas expectativas, colaborando para o sucesso do evento".

Dra. Hellen Pessoni

MESA: 8

Temas debatidos:

"Best medical therapy" - Quando empregar na doença cerebrovascular?; Trauma vascular militar: Lições aprendidas em um hospital do Exército dos EUA; Acesso para hemodiálise em pacientes com acessos clássicos exauridos; Controvérsias "B"; Endarterectomia femoropoplítea. Ainda há espaço para sua indicação?

Moderadores:

Drs. Sérgio Silveira Leal de Meirelles e José Marcelo Corassa

"A inclusão de uma variedade de temas em uma mesma sessão trouxe mais dinâmica ao Encontro, fazendo com que todas as sessões sejam interessantes para a maioria dos sócios presentes ao evento, mantendo o público mais tempo presente às plenárias."

"A política tem que ser sempre essa: engrandecer o evento cada vez mais, com inovações científicas, palestrantes capazes, assuntos atuais e mantendo o rigor no horário, que é uma coisa importante para manter a plateia sempre atenta e ligada às apresentações".

Dr. Sérgio Silveira Leal de Meirelles

MESA: 18

Temas debatidos:

Novos *insights* sobre fisiopatologias da dissecação aórtica; Maturação assistida por balão de FAVs em nível ambulatorial: Resultados e nova classificação das lesões venosas em 350 casos; Insuficiência venosa crônica X varizes; A Radiofrequência é melhor opção que o laser na ablação segmentar da veia safena?; Tratamento endovascular do aneurisma roto da aorta.

Moderadores:

Drs. Angela Eugenio e Adilson Toro Feitosa

"A apresentação sobre fisiopatologias da dissecação aórtica teve como diferencial o fato de trazer uma importante revisão sobre os mecanismos de adoecimento da

parede da aorta, considerando um aspecto muito importante, que é a nutrição da parede vascular, o mecanismo denominado vasa-vasorum, valorizando a estrutura vascular como um órgão e não como um simples tubo por onde o sangue escoar.

"Na apresentação sobre maturação assistida por balão de FAVs, Dr. Enrico Ascher trouxe como novidade a tendência da Medicina nos EUA de intensificar a realização dos procedimentos em ambiente ambulatorial, reduzindo assim o número de internações hospitalares. Para incentivar esta conduta, a remuneração dos médicos por procedimento pode aumentar em até 10 vezes. Esta tendência requer consultórios muito bem equipados e com suporte hospitalar para eventuais complicações. No Brasil, esta prática, para ser implantada, teria que passar pela avaliação da ANS e das operadoras de plano de saúde, além de uma mudança de paradigmas no modo de trabalhar de nossos médicos. Outro aspecto importante a ressaltar seria a necessidade de incentivo fiscal para montagem destes "consultórios" equipados com equipamentos para anestesia, ultrassom vascular, dentre outros."

"Em insuficiência venosa crônica X varizes, Dr. Mario Bruno ressaltou com muita propriedade a diferença conceitual entre insuficiência venosa e doença varicosa. Este aspecto é relevante, pois, conhecendo-se bem a etiologia da insuficiência venosa, seu controle pode ser adequado e apresentar melhores índices de sucesso."

"Com relação à pergunta se a radiofrequência como opção para ablação segmentar da veia safena é melhor opção que o laser, esta pergunta talvez seja melhor respondida com a evolução da técnica, que poderá então ser comparada com a cirurgia tradicional e o laser em grandes séries."

Finalizando, a apresentação sobre tratamento endovascular do aneurisma roto da aorta.

"É inegável que, a cada dia, o domínio das técnicas endovasculares vem se colocando como uma opção terapêutica segura a ser considerada no tratamento destes pacientes".

Dra. Angela Eugenio



Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Sócio Titular da SBACV-RJ

Rio de Janeiro, 12 de abril de 2011,

Prezado Dr. Manuel Julio,

O XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro tornou-se um marco na história da nossa Regional e será lembrado para sempre por muitas gerações futuras.

A comemoração dos 25 anos de sua existência trouxe felicidade e boas recordações a todos aqueles que protagonizaram esta trajetória, iniciada na gestão do caro amigo Professor Paulo Roberto Mattos da Silveira e completada pela sua Diretoria.

A homenagem rendida a todos os Presidentes que lhe antecederam e que contaram com a realização de Encontros durante seus respectivos períodos à frente da Regional foi muito tocante e certamente calou fundo no

coração de cada um de nós. Entretanto, certamente, estas homenagens foram extensivas a todos os membros das respectivas Diretorias. Sem o trabalho de muitos, nenhum de nós poderia ter concretizado esta missão.

Peço-lhe que estenda esta congratulação a todos os componentes da sua Diretoria, e, muito especialmente, aos Doutores Rossi Murilo da Silva e Julio Cesar Peclat de Oliveira que, à frente das Diretorias Científica e de Eventos, cumpriram com raro brilho o que deles se esperava. Seus respectivos esforços foram traduzidos por um programa científico inovador e de alta qualidade e pelo apoio maciço da indústria farmacêutica e de equipamentos.

Da mesma forma, parablenizo todos os funcionários administrativos da SBACV-RJ, simbolizados na Sra. Neide Miranda, que são a força motriz da nossa engrenagem.

Não poderia deixar de aludir à inestimável contribuição trazida pelo Dr. Marcelo Ferreira, que trouxe o VII Congresso da CELA para encorpar ainda mais este evento.

Desta forma, caro Presidente, sua inegável liderança personificou-se neste Encontro e creio que posso traduzir o sentimento de toda a coletividade angiológica com duas singelas palavras: muito obrigado!

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

Condux Consultoria Empresarial
contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP. 20.061-030

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

Consulte profissionais qualificados que possam simular os efeitos e demonstrar através da contabilidade os reais custos e benefícios do seu negócio, seja o seu consultório, clínica ou hospital.

(21) 3203-4348

Tel/Fax



Entrevista com Dr. Diego Fajardo, novo Presidente da CELA (Cirurjanos Vasculares de Latino América)

O colombiano Dr. Diego Fajardo foi eleito o novo Presidente da CELA, durante o XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Em entrevista à Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, ele falou do seu prazer em ter estado no Brasil, “com essa gente e essa cidade maravilhosas, que fazem com que a gente se sinta mesmo em casa”. Dr. Fajardo avaliou o evento e convidou os cirurgiões vasculares brasileiros a se juntar à associação dos vasculares latino-americanos. Confira a íntegra da entrevista:

REVISTA DE ANGIOLOGIA - Quais foram suas impressões gerais sobre o XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro em *Joint Meeting* com o VII Congresso CELA?

DR. FAJARDO - Para nós, da CELA, foi muito bom compartilhar com um congresso brasileiro, onde os melhores expoentes da Cirurgia Vascular falam e expõem suas experiências nos diferentes tópicos, unidos aos congressistas de grande experiência que a CELA agrupa. Foi muito frutífero, acredito, para ambas as Sociedades. Tanto para os nossos membros quanto os da Sociedade Carioca, foi uma experiência muito boa.

REVISTA - O Sr. foi eleito o novo Presidente da CELA. Conte-nos um pouco da sua experiência na Sociedade.

DR. FAJARDO - Sou colombiano. Não sou membro fundador da CELA, mas, desde o seu primeiro congresso, não faltei a nenhum. Ocupei diversos cargos eletivos, sobretudo como delegado da Colômbia durante todos os congressos que fizemos, nos diferentes países.

Organizei o último congresso da CELA, que foi em Cartagena das Índias, na Colômbia, e foi lá que surgiu a ideia de fazermos o congresso seguinte no Rio. Depois, veio a feliz ideia de agrupá-lo com o Encontro Carioca.

Aqui, fui eleito o próximo Presidente da CELA. Eu assumo o lugar do Dr. Criado, nosso último Presidente, um uruaio radicado nos Estados Unidos, uma figura mui-

to importante da Cirurgia Vascular, um inovador, e tenho imensa honra em sucedê-lo.

REVISTA - Qual é a força da CELA no cenário da cirurgia mundial?

DR. FAJARDO - A participação de cirurgias vasculares inovadores dentro da CELA tem sido, para a cirurgia mundial, de uma força importantíssima. Um dos nossos fundadores foi o Dr. Parodi, conhecido por ter sido a pessoa que introduziu as primeiras endopróteses para aneurisma abdominal, e a partir dele a técnica e a indústria se desenvolveram muito. As contribuições de todos os latino-americanos têm sido muito importantes e acredito que o trabalho da CELA, agrupando esses profissionais, foi e será de grande relevância para o desenvolvimento da cirurgia endovascular mundial.

REVISTA - Como é a presença brasileira na CELA?

DR. FAJARDO - Nós contamos, na CELA, com cirurgias brasileiros muito importantes, que já foram inclusive Presidentes da Sociedade, e são pessoas que nos ajudaram muitíssimo cientificamente, ao longo da trajetória da CELA. E, agora, foi muito produtiva essa associação acadêmica das duas Sociedades.

REVISTA - Como os médicos brasileiros interessados devem fazer para participar da CELA?

DR. FAJARDO - O presidente do VII Congresso da CELA, realizado em conjunto com o XXV Encontro Carioca, foi o Dr. Marcelo Ferreira. Ele é Vice-Presidente da nossa associação e é amplamente conhecido no Brasil. Provavelmente será nosso próximo Presidente, quando fizermos a eleição no próximo congresso, em Cancun. Eu acredito que ele vai ser o multiplicador, para trazer os muitos brasileiros que queiram ingressar à CELA. Seria interessantíssimo que muitos cirurgiões vasculares, com suas ideias e seus trabalhos, chegassem à CELA.

¹ Professor Adjunto de Cirurgia Vascular da Universidade Federal Fluminense – Niterói, Rio de Janeiro. Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Membro da Comissão Científica Latino Americana da Revista Flebologia e Linfologia Bonaerense – Buenos Aires – Argentina. Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Fellow Pan American Trauma Society

² Eco-Doplista do Grupo Labs – Rio de Janeiro. Membro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Ex-Interna do Instituto Virchow - Berlim -Alemanha

Importância da obesidade na cicatrização das úlceras venosas dos membros inferiores

INTRODUÇÃO

A obesidade tem se tornado uma epidemia na época atual, especialmente no ocidente, não poupando nenhuma faixa etária. Ainda que não se tenha um conhecimento preciso do mecanismo intrínseco responsável pela necessidade angustiante da ingestão alimentar além das necessidades biológicas mantenedoras da vida, a sua discussão não tem saído da pauta na época atual, já que a mesma envolve qualidade de vida e a sobrevivência humana. A obesidade está associada com numerosas comorbidades, especialmente o infarto do miocárdio/ictos cerebrais, diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, alguma forma de câncer, doenças degenerativas osteo-articulares e doenças venosas e suas sequelas [úlceras]^{1,2,3,4,5,6}. Desta forma, essa condição mórbida tem constituído um fator de risco independente para cardiopatias dilatadas e/ou isquêmica, fato esse ligado tanto no adulto como na infância ou puberdade¹⁰. Vem constituindo, como atestam várias pesquisas, condição capaz de levar a um aumento dos índices de letalidade como, da mesma maneira, a expectativa de uma vida saudável^{11,14,21,24,27,28,37,38,39,43}.

A obesidade tem tido um alto preço para os serviços de saúde - públicos e particulares - para os países ocidentais, já que tem íntima relação com uma gama de condições clínicas que drasticamente levam o paciente a necessitar de atendimento médico-hospitalar, afora o declínio dos seus encargos profissionais⁴³.

OBESIDADE E COMORBIDADES

Nos últimos dez anos, o ocidente tem assistido a um aumento global da obesidade, estando a mesma ligada praticamente a todas as fases etárias, especialmente à juventude, no seu período de aprendizado, e aos adultos, nos seus períodos laborativos. Dependendo do perfil analítico, tem-se caracterizado e definido a obesidade lançando mãos do parâmetro utilizado pela “Metropolitan Life Insurance Company”, a qual expressa o peso corporal e a sua relação com a massa corporal do indivíduo, através do “índice de massa corporal” (IMC)^{17,19}. Esse índice estabelece a “relação entre o peso corporal e a altura ao quadrado”.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$$

No adulto, o excesso de peso tem sido definido como aquele indivíduo que apresenta um IMC entre 25,0-29,9 kg/m² e o obeso aquele que venha extrapolar a casa de 30,0 kg/m²^{2,8,11,17,19}.

A maioria dos critérios diagnósticos do obeso, nos últimos anos, tem incluído, como elemento expressivo, o aumento da circunferência abdominal. A distinção entre a circunferência abdominal é uma consequência natural do depósito do tecido adiposo subcutâneo e, só recentemente, tem sido extrapolada essa possibilidade para os depósitos intra-abdominais e seu papel no contexto da definição do que é obesidade. Sabe-se que a circunferência abdominal e omental são responsáveis por 50%-75% do depósito gorduroso do organismo na produção

de ácidos graxos livres que são lançados diretamente na circulação sistêmica, promovendo e espelhando as consequências laboratoriais e clínicas conhecidas na época atual, de modo especial o colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, proteína C reativa entre outros^{2,3}.

**TABELA 1. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE ESTÃO
LIGADAS A OBESIDADE**

1, 2, 3, 4, 5, 11, 21, 27, 31, 32, 37, 38, 42, 43

-
- Úlcera venosa dos membros inferiores
 - Varizes dos membros inferiores
 - Edema crônico dos membros inferiores
 - Síndromes isquêmicas dos membros inferiores
 - Diabetes do tipo 2
 - Hipertensão arterial sistêmica
 - Dislipidemia
 - Doença isquêmica coronariana
 - Isquemia cerebral (AVC)
 - Cardiomiopatia
 - Síndrome da obesidade-hipoventilação
 - Hipertensão pulmonar
 - Apnéia noturna do sono
 - Litíase vesicular e renal
 - Esteatose hepática não alcoólica
 - Incontinência urinária
 - Refluxo gastroesofágico
 - Osteoartrites, especialmente de joelhos, colunas, articulação do pé
 - Dores lombares
 - Infertilidade
 - Disfunção erétil
 - Perda/diminuição da libido
 - Hipogonadismo
 - Síndrome do ovário policístico
 - Complicações obstétricas
 - Anormalidades fetais
 - Depressão
 - Labilidade psico-emocional
 - Aumento da incidência de câncer: próstata, mama, endométrio e intestino
 - Hipertensão intracraniana
 - Gota
 - Doenças da pele: hirsutismo, acne, acantose Nigris etc.

A despeito dos potenciais mecanismos responsáveis pelo excesso da distribuição do tecido adiposo em nível do abdome (extra e/ou intra-abdominal), ainda se questiona quais localizações teriam maiores influências deletérias em precipitar/agravar condições clínicas anteriormente referidas e/ou quais localizações teriam preponderância sobre a outra em relação à liberação de ácidos graxos livres pós prandial. “Calcula-se que o acúmulo de gordura demonstrada ectopicamente – abdome, glúteo e membros inferiores” correspondem a em torno de 40% - 50% da gordura total orgânica, a qual desempenha papel adverso em todo metabolismo orgânico^{33,34,35,36}.

A obesidade tem se tornado um problema da mais alta relevância em termos de saúde (doenças) no mundo ocidental na época presente e as perspectivas não são alvissareiras para as décadas futuras. Tem sido estimado que em torno de 1 bilhão de pessoas da civilização ocidental são obesos, e este número tende a crescer em progressão aritmética. O excesso de peso, que em épocas passadas era tradução de boa vitalidade, transformou-se em doença na atualidade, já que a sua presença constitui num marcador de uma má qualidade de vida e elemento desfavorável abreviador/promotor de doenças graves e de mortes prematuras. O “*National Institutes of Health*”, dos Estados Unidos, chamou a atenção para o fato de que a obesidade está associada a uma redução da expectativa de vida e condição de primeira linha para exacerbar muitas doenças, especialmente aquelas ligadas à circulação no seu amplo contexto³.

A maioria dos adultos nos Estados Unidos, Europa e América do Sul são obesos (IMC > 25,0). Traduzindo este fato: em torno de 20% da sua população é de potenciais candidatos a serem portadores de doenças cardiovasculares, diabetes melito, hipertensão arterial e suas consequências clínicas e elevadas morboletalidades^{2,3,4,5,9,15,17}. A “*World Heart Organization*” chamou a atenção para o fato de que, na Rússia, 54% dos adultos apresentam excesso de peso e/ou são obesos na sua expressão máxima; no Brasil, 36%; na Malásia, 27%, e, na China, 29,5%⁸.

Inquestionavelmente, a obesidade tem uma forte influência genética e/ou intrauterina, ainda que seu fenótipo possa ter uma expressão ambiental. A sua incidência

está diretamente relacionada com o estilo de vida que predomina nos países desenvolvidos ou nas classes privilegiadas do mundo ocidental. Nos países subdesenvolvidos, as classes menos favorecidas pelo *establishment* consomem quantidade excessiva de alimento, julgando, por certo, que diante da sua carência estarão preparados organicamente para vencer as aguras da sua ausência e ao preceito de que o “aumento de peso/obesidade traz vitalidade e boa saúde”. Nos países desenvolvidos, a visão toma outra dimensão: consomem-se abundantes calorias decorrentes do sedentarismo, do status social elevado que se obtém com toda forma de excessos, especialmente de alimentos e bebidas alcoólicas ou mesmo do “bloqueio do senso da moderação no ingesta alimentar” provenientes do uso imoderado dos “drinks” ou bebidas com teor alcoólico elevado. O impulso alimentar transformou-se num vício com similaridade ao tabaco e o seu consumo imposto por uma vontade anormal gera dependência similar a das conhecidas drogas - maconha, cocaína - capitaneadas, especialmente, pelas frituras, sanduíches, chocolate e doces e os derivados dos amidos.

TABELA 2. VALORES ÉTNICOS DA CIRCUNFERÊNCIA MÉDIA ABDOMINAL⁹

1. AMERICANOS DO NORTE, SUL E, EUROPEUS

MASCULINO ± 94 cm

FEMININO ± 80 cm

2. SUL ASIÁTICO

MASCULINO ± 90 cm

FEMININO ± 80 cm

3. CHINÊS

MASCULINO ± 90 cm

FEMININO ± 80 cm

4. NIPÔNICO

MASCULINO ± 85 cm

FEMININO ± 90 cm

O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos referiu que foram consumidas, per capita, 152.4 libras de

açúcar no ano de 2000 e essa cifra traduziu um aumento em mais de 20% do consumo desse adoçante nos últimos 14 anos, possivelmente através de doces, bolos, sorvetes, etc⁹. Consome-se quantidade excessiva de calorias e gasta-as de maneira parcimoniosa... A função alimentar tem deixado de ser uma necessidade biológica para constituir-se em uma demonstração de poder do indivíduo como, da mesma maneira, do seu status social. A ingestão alimentar em nível além do necessário transformou-se no aforismo atualmente utilizado: “comer excessivamente (consumir) é poder”.

A associação da obesidade com um gama de enfermidades (tabela 1) tem sido cada vez mais conhecida, estreita e com tendência a sofrer acréscimo. Tem sido referido que a relação entre a obesidade, hiperinsulinemia, a “cascata da inflamação”, glicemia pós-prandial, trigliceridemia e a hipertensão arterial fazem parte de um mesmo contexto patológico e marcadores de disfunção cardiocirculatória, incluindo a hipertensão venosa crônica nos membros inferiores e suas sequelas^{1, 3, 4, 6, 7, 10, 21, 24, 25, 27, 30, 32, 67, 68, 69, 70}.

Ainda que não se tenham conhecimentos precisos da época na qual foi pela primeira vez chamada a atenção para a questão da obesidade como uma doença epidêmica, com grande margem de acerto pode-se referir que sua origem remonta a 1994, quando o “*National Center for Health Statistics*” divulgou relatório abrangendo os períodos de 1988-1994 e de 1999-2000. Esse relatório fazia referência à prevalência do aumento de peso no adulto americano. Foi nessa época demonstrado que tinha ocorrido aumento de 55,9% para 64,5% nos americanos que apresentavam sobrepeso e que, nesse mesmo período, a obesidade sofreu um acréscimo de 22,9% para 30,5%^{4, 5, 7, 8, 9, 10, 11}.

A obesidade comumente está associada com uma série de comorbidades, como doenças cardiovasculares, especialmente a coronariana e cerebral, diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, certos tipos de câncer e doenças arteriais, venosa e linfática dos membros inferiores. (Tabela 2). *Engeland et al* têm chamado a atenção para o fato que, em 30% de todas as causas de mortalidade, não dependendo do sexo, havia relação direta com a obesidade, especialmente quando o IMC estava restrito a 85% - 95% do peso corporal¹⁹. Fontaine et al⁴², Olshansky

et al⁴³, Hu et al⁴⁴ chamaram a atenção para o fato de que a obesidade é associada com um aumento de risco de morbidade e letalidade em ambos os sexos e influência na expectativa de vida e na sua qualidade.

TABELA 3. CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE SEGUNDO O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) ^{5, 7, 9, 11, 17,19, 20, 22}

PESO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (Kg/m ²)
MAGRO	< 18,5
NORMAL	18,5-24,9
SOBREPESO	25,0-29,9
OBESO	
GRAU I	30,0-34,9
GRAU II	35,0-39,9
GRAU III	> 40,0

Os efeitos adversos no contexto hemodinâmico do portador de obesidade têm sido referidos e têm ofertado condições para justificar uma gama de condições cardiocirculatórias que ocorrem nessa doença. Alpert chamou a atenção para o fato que a obesidade tende a produzir um aumento absoluto do volume total sanguíneo e proporcionalmente no aumento do volume de ejeção cardíaca, em decorrência do aumento da demanda metabólica que acompanha o excesso de peso corporal⁴⁵. De modo proporcional, a curva de Frank-Starling é alterada em decorrência do aumento da pressão e do enchimento do volume sanguíneo ventricular, o qual, por sua vez, predispõe a dilatação dessa câmara cardíaca⁴⁵. As repercussões anatômico-funcionais cardíacas, diante dessa condição, tornam-se patentes: ocorre aumento da massa miocárdica, vindo a culminar com hipertrofia ventricular do tipo excêntrico. O átrio esquerdo não fica ileso ou indiferente a essas alterações. Ocorre sua dilatação, que vem culminar com o aumento correspondente da massa ventricular. Essa anormalidade, ligada à estrutura cardíaca, possibilita condições favorecedoras de alterações fisiopatológicas, especialmente aquela ligada à fibrilação atrial ou hipertrofia ventricular esquerda³².

A cardiomiopatia que acompanha o obeso - conhecida como "adipositas cordis" - foi descrita por Cheyne em 1818, quando foi referida pela primeira vez a respiração que

é conhecida pelo epônimo de "Cheyne-Stoks". Estudos posteriores, especialmente o levado por Smith em 1933, já chamavam a atenção para o acúmulo de gordura na região epical e infiltração miocárdica, as quais geravam disfunção desse órgão⁴⁶. Lugo, analisando essa condição, fez referência ao fato de que o acúmulo de gordura miocárdica não era uma decorrência direta de um processo infiltrativo, mas sim decorrente de um fenômeno de metaplasia. Esse quadro representa uma substituição gradativa de um tipo celular por outro decorrente de condições adversas, *in loco* como sistêmica⁴⁷. O acúmulo de gordura (ex.: similar ao que ocorre no fígado e pâncreas) gradativamente vai ocorrendo entre as fibras musculares, podendo gerar, de modo paulatino, sua degeneração e derradeira insuficiência cardíaca do tipo congestivo. Com o advento do estudo do estresse oxidativo e do apoptose, foi chamada a atenção para a lipotoxidade, que era induzida ao miocárdio em decorrência da ação daninha dos ácidos graxos livres que, por sua vez, teriam influência na morte celular programada (apoptose).

ADIPOSIDADE E SUA INFLUÊNCIA NA CIRCULAÇÃO VENOSA

O tecido adiposo, sendo constituído por condições endócrinas, é envolvido por uma exuberante e volumosa circulação veno-linfo-arterial. Essas circulações, localizadas nas imediações e intimamente ligadas às células desse tecido, apresentam como característica funcional alta permeabilidade e diminuta pressão hidrostática, o que faz com que haja uma alta difusão de componentes bioquímicos e moléculas complexas do tecido adiposo para a circulação sistêmica. Larsen et al, na década de 60, já chamavam a atenção para o fato de que, em período basal, a quantidade de sangue que flui através do tecido adiposo estava limitada entre 2-3 ml/min por 100 gramas de gordura e que poderia ocorrer um aumento nessa circulação após a ingestão alimentar^{34,35}.

TECIDO ADIPOSEO COMO GERADOR DE INFLAMAÇÃO

Nos mamíferos, existem dois tipos de tecido adiposo: o tecido adiposo marrom e o tecido adiposo branco. Esses tecidos têm capacidade de armazenar lipídeos, metabolizá-los e funcionar como órgãos endócrinos, ainda que apresentem diferenças quanto às suas morfologias, expressão gênica e funções. Assim é que o tecido

adiposo branco apresenta como característica armazenar energia sob a forma de gordura; o marrom, de modo especial, é depósito energético que é ativado todas as vezes que o organismo necessita de calor acessório.

O tecido adiposo foi conhecido como sendo formado por um agrupamento de células inertes, unidas através de ligações ou mesmos pseudópodes, que apresentavam como características principais serem depósitos de energia. Estudos posteriores vieram a demonstrar que o tecido adiposo, ao contrário das ideias dominantes, era constituído por células com graus diferenciados de funções pleiotrópicas e capazes de expressar numerosos receptores, traduzindo e secretando uma gama de peptídeos, estando entre eles o fator alfa de necrose tumoral (TNF- α), adipocitoquinas, leptina, inibidor do ativador do plasmimogênio entre outras^{48,49,50,52}.

Esses peptídeos atuam de maneiras diversas – autócrina/parácrina – ou mesmo sistêmica (endócrina), podendo influenciar a regulação do metabolismo energético, na reprodução, na função de órgãos endócrinos, na atividade muscular, e nos fenômenos ligados a imunidade. Hotamisligil et al chamam a atenção para o fato de que essa função tem implicações diretas com três condições humanas: 1. Com o jejum; 2. Com a ingestão alimentar e 3. Diante de abundância de gordura orgânica⁴⁸.

O indivíduo torna-se obeso quando seus adipócitos aumentam tanto na sua quantidade quanto na sua dimensão. Sendo um tecido extremamente dinâmico, o aumento desproporcional na sua quantidade reflete no metabolismo sistêmico pela ativação/potencialização de uma gama de fatores que se encontram normalmente em condições sub-clínicas ou mesmo ausentes no estado eutrófico. Os ácidos graxos são os mais conhecidos, já que intrinsecamente apresentam potencial de ativar a “cascata da inflamação”, como da mesma maneira influenciar a resistência à insulina, especialmente em nível muscular. Uma causa ligada ao aumento desses ácidos graxos atualmente em amplas frentes de estudos encontra-se nas alterações ligadas à expressão das perilipinas. É conhecido que essas proteínas são encontradas nas superfícies dos adipócitos, facilitando a liberação de ácidos graxos, já que apresentam o poder de ativar a “cascata enzimática” ligadas a hidrolização dos triacilgliceróis^{33,34,36,48,49,50,51,52}.

TABELA 4. RECEPTORES PRESENTES NO TECIDO ADIPOSEO¹⁵

1. RECEPTORES DE MEMBRANAS HORMONAIS

Insulina
Glucagon
TSH
Angiotensina I e II

2. RECEPTORES NUCLEARES HORMONAIS

Tiroidiano
Vitamina D
Andrógenos
Estrógenos
Progesterona
Glicocorticosteróide

3. RECEPTORES DE CITOCINAS

Leptina
Adiponectina
TNF- α

4. RECEPTORES DE CITOQUINAS

β 1, β 2, β 3.

Dentre os elementos sanguíneos que têm sido estudados de modo mais preciso, situam-se os macrófagos, já que os mesmos encontram-se aumentados numericamente nas células adiposas dos obesos, e sua função, nesses tecidos, tem sugerido ser além da fagocitar adipócitos em decomposição. Essas células sanguíneas têm responsabilidades na produção e ativação de muitas citocinas produzidas no tecido adiposo do paciente obeso^{51,52,53}. Por certo, os macrófagos são responsáveis pela expressão dos TNF- α produzidos pelo tecido gorduroso (adipócito) dos obesos e pela inibição das interleucinas -6 (IL-6) e indução da expressão das sintetases óxido nítrico⁵³. Desta maneira, as evidências têm sido da vez mais sugestivas de que o tecido adiposo tem responsabilidade tanto na pró-inflamação como na sua magnitude na maioria dos estágios ligados às complicações ligadas ao paciente obeso, não se podendo excluir, absolutamente, as consequências que essas condições representam na história natural da

hipertensão venosa crônica nos membros inferiores e as suas dificuldades cicatriciais.

TABELA 5. PROTEÍNAS DERIVADAS DOS ADIPÓSITOS

1. PROTEÍNAS LIGADAS AS CITOCINAS

Leptina

TNF- α

IL-6

2. PROTEÍNAS RELACIONADAS AO SISTEMA IMUNOLÓGICO

MCP-1

3. PROTEÍNAS LIGADAS AO SISTEMA FIBRINOLÍTICO

Fator tissular

PAI-1

4. PROTEÍNAS LIGADAS AO COMPLEMENTO

Adipsina

Fator B

Adiponectina

5. TRANSPORTADORES E LIGANTES AO METABOLISMO DOS LÍPIDES

Lipoprotina lípase (LPL)

CEPT (Cholesterol Ester Transfer Protein)

Apolipoproteína E

FFA

AP-2

6. ENZIMAS LIGADAS NO METABOLISMO ESTEROIDIANO

Citocromo p-450

17 β HDS

11 β HSD-1

Uma série de fatores pró-inflamatórios da mais alta expressão são produzidos e liberados nos tecidos gordurosos dos portadores de obesidade, sendo os mais comumente estudados a TNF- α , a interleucina (IL-6), as proteínas quimostáticas dos monócitos, fator de crescimento β 1, inibidor do ativador do plasminogênio-1, fator tissural e o fator VII.

A concentração de TNF- α no tecido adiposo, ainda

que presentemente não tenha sido claramente elucidada, está intrinsecamente ligada ao excesso de peso (obesidade), à resistência à insulina e às manifestações clínicas que precedem e/ou estão intimamente ligadas à diabetes tipo 2. A TNF- α tem estreita relação com a lipólise, e particularmente tem relação com a ação/efeito da liperilipina^{49,50}. Dentro desse contexto, a TNF- α tem potencial de aumentar a resistência à insulina sistêmica e facilitar a liberação dos ácidos graxos do tecido adiposo para a circulação sistêmica. Na expressão de Greenberg et al³⁶, a TNF- α tem responsabilidade em promover a resistência insulínica nos tecidos periféricos, especialmente no muscular.

As expressões das interleucinas, especialmente a seis encontra-se aumentada nos pacientes na qual a obesidade é um elemento clínico de importância significativa. De maneira similar, essas expressões estão acrescidas nos tecidos adiposos dos obesos e as mesmas são de significativa importância clínica-patológica nos portadores de sequelas da hipertensão venosa crônica, quer primária ou secundária, a trombose venosa profunda dos membros inferiores. *Fried et al* chamam a atenção para o fato de que a expressão da interleucina-6 nos indivíduos obesos é 10 vezes mais relevante quando comparada com os indivíduos eutróficos, ainda que tenham o mesmo número de adipósitos⁵⁰.

A concentração plasmática de interleucina-6 é comumente elevada nos portadores de obesidade e essa condição tem influência marcante na hipertensão venosa crônica nos membros inferiores, no desencadeamento de processos de natureza trombótica e, especialmente, na fisiopatologia dos processos cicatriciais das úlceras tróficas desses membros. Estudos atuais têm chamado a atenção para o fato de que a concentração plasmática da interleucina-6 (IL-6) é elevada nos obesos; nesses pacientes, o tecido adiposo é o elemento de máxima expressão em produzir elevação desse elemento (IL-6), o qual pode ser responsabilizado por mais de 30% da sua produção total orgânica⁵⁰. Sabe-se que a IL-6, ainda que seja um elemento que necessita de pesquisas mais abrangentes quanto à sua função na homeostasia orgânico-sanguínea, tem influência na lipólise e na oxidação das gorduras orgânico-sanguíneas e, especialmente, na resistência à insulina

apresentada pelo paciente com sobrepeso ou mesmo obeso. Das suas funções mais conhecidas e terríveis, a interleucina-6 (Il-6) tem sido responsabilizada por ser um elemento que prediz efetivamente a possibilidade do indivíduo em desenvolver diabetes tipo 2 ou mesmo infarto do miocárdio⁵³.

Portanto, as medidas que visam influenciar a cicatrização dos portadores de obesidade são complexas e passam, irremediavelmente, por condutas que visam minimizar a quantidade da adiposidade apresentada por esses pacientes, especialmente os omentais e/ou an-dróides (extra-abdominais).

Linde et al chamou a atenção para a grande quantidade de líquido que normalmente é presente tanto no tecido adiposo como no espaço intersticial, podendo os mesmos ser responsáveis por $\pm$ 10% do peso corporal⁵⁴. Esse volume excessivo, ligado ao “terceiro espaço” sob condições adversas sendo incorporado à circulação sistêmica, promoverá, por certo, uma sobrecarga da mesma, podendo ter repercussões desfavoráveis no coração e na própria microcirculação. Ainda que o aumento do volume de ejeção cardíaca seja acrescido no obeso, esse fato não promove um aumento absoluto na perfusão do tecido adiposo dos obesos, já que, por definição, o tecido gorduroso é menos vascularizado que outros tecidos. Ainda que o volume de ejeção, volume total cardíaco e a massa ventricular esquerda estejam comumente aumentados nos obesos, esses aumentos têm sido responsabilizados mais por serem decorrentes de questões metabólicas que envolvem esses pacientes (ex.: aumento quantitativo dos ácidos graxos liberados pelo tecido adiposo) que propriamente da massa gordurosa apresentada pelo indivíduo.

A úlcera nos membros inferiores, especialmente as de origem venosa, têm cada vez mais apresentado ligações com o paciente obeso, já que as alterações orgânicas que ocorrem na sua presença, de modo inquestionável, têm repercussões na circulação venosa, especialmente na sua disfunção endotelial.

Não importando a origem da hipertensão venosa crônica nos membros inferiores (ex.: essencial, pós-flebítica fístula arteio-venosa), a sua história natural têm o seu clímax com a formação de úlceras, sendo a “mi-

croangiopatia venosa” o elemento capital e o apanágio dentro dessa questão. Sabe-se que: 1. Há ativação das células da linhagem branca sanguínea, que aderem ao endotélio venoso, endotélio capilar e venular; 2. Há alterações morfológico-funcionais das células endoteliais micro vasculares; 3. Há estase sanguínea nesse segmento, o que vem facilitar a liberação de substâncias autofarmacológicas in situ; 4. Há formação de micro trombos, especialmente nas vênulas e linfáticos; 5. Há significativa deformidade dos elementos figurados sanguínea, especialmente hemática; 6. Há hipóxia endotelial e tissular regional^{1,6768}.

TABELA 6. BENEFÍCIOS DA REDUÇÃO PONDERAL DO PESO CORPORAL NO SISTEMA CARDIOVASCULAR³²

- . Diminuição do volume sanguíneo
- . Diminuição no volume de ejeção sanguíneo durante os batimentos cardíacos
- . Diminuição da pressão em nível capilar pulmonar
- . Melhora da disfunção diastólica ventricular esquerda
- . Melhora da disfunção sistólica ventricular esquerda
- . Diminuição do consumo de oxigênio em repouso
- . Diminuição da pressão arterial sistêmica – sistólica e diastólica
- . Diminuição na resistência arterial sistêmica
- . Diminuição nos batimentos cardíacos em estado basal
- . Diminuição no intervalo QTC
- . Aumento na variabilidade da taxa cardíaca

A liberação enzimática e dos radicais livres que seguem as modificações funcionais da microcirculação, especialmente pela presença de células brancas sanguíneas, apresenta similaridade com as lesões que ocorrem após surtos isquêmicos ou a própria isquemia crítica dos membros inferiores. Há décadas sabe-se que essas células possuem capacidade de liberar mediadores inflamatórios, como citocinas, fatores necróticos tumorais β e leucotrienos. Ocorrendo a liberação constante e sucessiva dessas substâncias, as mesmas apresentam poder de danificar, de modo irreversível, toda a estrutura microvascular e os tecidos circunvizinhos, culminando com a formação de uma úlcera dérmica. A hipertensão venosa crônica tem o potencial de “danifi-

car” a codificação gênica das células tegumentares, isto é, diminuindo a sua programação de sobrevivência (apoptose), facultando e ofertando condições favoráveis de serem injuriadas e sofrerem necrose. Portanto, dois fenômenos reguladores da vitalidade e sobrevivência celulares estão comprometidos e/ou implicados e fazem parte da fase tardia da hipertensão venosa crônica: o apoptose e a necrose.

Deste modo, as alterações presentes na macro/micro circulação afetam sensivelmente o fluir sanguíneo e linfático do membro inferior, especialmente nas suas porções mais distais: capilares e vênulas. Essas modificações hemolinforreológicas geram influências marcantes no comportamento fisiológico das células endoteliais como, da mesma forma, na conduta e na função leucocitária. As células que constituem o arcabouço de sustentação e da funcionalidade desses segmentos micro circulatórios são, da mesma maneira, influenciadas pela estase sanguínea e pela forças que regulam as velocidades circulatórias nos setores compartimentais venosos, linfáticos e pelo “estresse oxidativo”.

Tem sido matéria de estudos e especulação a identificação das proteínas que teriam a expressão em intermediar todos esses processos. As moléculas de adesão – [VCAM-1], as β -integrinas, os linfócitos associados aos antígenos 1 e 4, a prostaglandinas [PGF 2], e o fator de crescimento fibroblástico α apresentam especiais atrações para o endotélio microvascular (“microangiopatia venosa”), especialmente diante da presença de HVC. A proximidade ou aderência das células da linhagem branca a esse endotélio facilita a liberação de uma série de enzimas proteolíticas e radicais livres que predis põem ao dano dessas células, aumentando e perpetuando a estase sanguínea e as manifestações clínicas da HVC em todo o seu cortejo sintomático⁶⁹.

Portanto, a estase sanguínea venosa, inicialmente decorrente de alterações anatômico-funcionais valvares e posteriormente em nível micro circulatória, gera como consequência uma sucessão de eventos ou “cascatas” que danificam as estruturas celulares e desencadeiam uma série de reações bioquímicas, vindo a culminar com o desenvolvimento clínico da insuficiência venosa crônica e do seu apanágio: úlcera de estase.

Um achado comum nos obesos é a presença de edema distal nos membros inferiores, especialmente justa maleolar ou mesmo no dorso do(s) pé(s), cuja origem tem sido referida, de modo prioritário, como sendo de origem cardíaca (ex.: elevada pressão de enchimento e/ou elevação do seu esvaziamento) e, de maneira insignificante, julgada ou responsabilizada a circulação de retorno venoso/linfático do(s) membro(s) inferior(s). O sedentarismo ou dificuldade de ativar os mecanismos responsáveis pelos retornos dessa(s) circulação(s) (“coração periférico”) podem influenciar sobremaneira a instalação, perpetuação e transformação desses edemas, culminando com o fibroedema – clímax dessa condição. Resta pouca dúvida de que esses fenômenos são extremamente dinâmicos, ainda que, paradoxalmente, o paciente tenha tendência a imobilismo e vêm a culminar com a formação ulcerosa. Surgerman et al demonstraram que derivação gástrica no sentido de regressão das obesidades mórbidas traz como efeito paralelo a melhora dos quadros de insuficiência venosa avançada dos membros inferiores⁷².

A obesidade e os estados metabólicos ligados a ela, especialmente a queda da função endotelial, têm marcantes efeitos na circulação venosa periférica, especialmente nos casos de úlcera decorrentes de insuficiência venosa crônica. Deste modo, é possível catalogar uma série de consequências adversas da obesidade nessa circulação, como sejam: 1. A insuficiência venosa crônica é mais severa e de maior duração nos obesos que nos indivíduos sem essa condição; 2. As manifestações parestésias (ex.: dor, queimação, câimbras, pruridos, inflamação crônica nos membros inferiores etc.) são maiores quanto à intensidade e duração e com maior frequência nos obesos; 3. A presença de refluxo em nível de poplitea é mais comum nos obesos; 4. 50% - 75% dos portadores de úlceras venosas nos membros inferiores são obesos; 5. Essas úlceras são mais recalcitrantes ao tratamento clínico - sistêmico e local - e à regressão e, portanto, de maior morbidade nos obesos; 6. As recidivas ulcerosas são mais frequentes nesses doentes¹.

Dentro da visão ora em tela, as medidas terapêuticas assentadas no sentido de levar à cicatrização das

úlceras de origem venosa nos portadores de obesidade necessitam passar, irremediavelmente, como conduta paralela, pela regressão do peso corporal desses pacientes. Essa questão, à luz dos conhecimentos atuais, é de importância significativa, já que os transtornos metabólicos sistêmicos e locais gerados pela obesidade minimizam a atuação de quaisquer modalidades de esforços terapêuticos que visam levar a regressão dessas distrofias. Portanto, medidas que visam modificar o *modus vivendi* do ulceroso obeso é uma questão peremptória e inegociável, de modo especial a perda ponderal de peso, questão essa que deve ser sempre encorajada e que deve ser levada em estrita consideração.

CONDUTAS QUE LEVAM A REDUÇÃO PONDERAL DO PESO CORPORAL

Pela importância médico-social da obesidade e as suas consequências sócio-econômicas, a mesma tem sido estudada com afinco e estratégia de tratamento tem sido estabelecida com resultados promissores (Tabela 7). Fundamentalmente, o que se procura com essas medidas é minimizar as ações ou reflexos dos seus componentes na homeostasia orgânica, através de fármacos de vários teores e características, no sentido de minimizar os efeitos daninhos de condições como obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias, uso do fumo e hiperglicemia. A constatação da presença da obesidade, aliada à hipertensão venosa crônica e suas sequelas (úlceras), são motivo suficientemente forte para encorajar o paciente a modificar seu estilo de vida, especialmente com o combate ao imobilismo (sedentarismo), modificação alimentar - dieta hipocalórica - e manutenção sob controle das condições que levem ao consumo excessivo alimentar.

Eckel et al⁸, Poirier et al³² chamam a atenção para o fato de que a perda ponderal de peso melhora todos os aspectos ligados à obesidade, especialmente as causas ligadas à morbiletalidade cardiocirculatória. Diante de grandes dificuldades em levar o paciente a perder peso, a prática de exercício físico com auxílio de segundos (ex.: fisioterapeuta, psicólogo, “*personal training*”, etc.) e de uma dieta equilibrada, sob supervisão, têm efeito favorável na performance cardiocirculatória, na hipertensão arterial sistêmica, na resistência à insulina, nos estados

pró-trombótico, inflamatórios e nas sequelas da hipertensão venosa em nível distal do(s) membro(s) inferior(s), especialmente as ulcerações.

TABELA 7. MEDIDAS TERAPÊUTICAS QUE VISAM A REDUÇÃO DE PESO NOS PORTADORES DE OBESIDADE E ÚLCERA NO MEMBRO INFERIOR.

1. PERDA DE PESO:

1. Dieta hipocalórica, hiposódica
2. Exercícios físicos programados
3. Orlistat
4. Controle do estresse
5. Controle emocional

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL:

1. Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA)
2. Betabloqueadores cardioseletivos
3. Diuréticos tiazídicos

3. DISLIPIDEMIAS:

1. Inibidores da coenzima A (HMG Coa) (Estatinas)
2. Fibratos
3. Ácido nicotínico
4. Sequestradores de ácidos biliares

4. RESISTÊNCIA À INSULINA:

1. Cloridrato de metformina
2. Sulfoniluréia
3. Inibidor da α glicosidase
4. Tiazolidinedionas

5. ESTADOS PRÓTROMBÓTICOS:

1. Ácido acetil salicílico (AAS)

Diante das evidências clínicas e laboratoriais, é essencialmente necessário que o portador de úlcera de estase venosa nos membros inferiores, que tenha associada obesidade, seja analisado de maneira holística, valorizando as alterações orgânicas de “risco”, especialmente hipertensão arterial, hiperglicemia, hiperlipidemias e os marcadores inflamatórios, como a proteína C reativa. A “monoterapia”, espe-

cialmente a que tem exclusividade em atuar no leito lesional, encontra-se na época atual sob suspeita, a despeito da sua influência favorável no fenômeno cicatricial. A dinâmica molecular que intimamente tem estado envolvida no processo de reparação tissural está subordinada a uma gama de condições clínicas/laboratoriais que, de modo inquestionável, têm responsabilidade e influência não atingida pelo uso irrestrito de uma substância “padrão”. Portanto, quaisquer medidas terapêuticas que venham a entrar em confronto, ou ter ação inexpressiva na harmonia desses princípios, por certo deixarão de ser favoráveis à cicatrização.

Na última década, tem sido desenvolvido o axioma de que “a cicatrização da úlcera venosa tem sua subordinação a princípios que estão em consonância com o fenômeno que regem a reparação tissural”. Dentro desse contexto, um detalhe patológico e/ou terapêutico pode influenciar favorável/desfavoravelmente o processo cicatricial. Tem sido demonstrado que uma série de condições clínicas/laboratoriais comprovadamente têm responsabilidades na história evolutivo-regressiva dessas formas de lesões. Dentre esses elementos, a obesidade e suas consequências clínicas/metabólicas/humorais têm uma posição de destaque. Dentro desse contexto, a hipertensão arterial, dislipidemias, os pro/agregantes sanguíneos, inflamatórios, resistência à insulina, hiperinsulinismo, tabagismo, obesidade, espoliação protéica, vitamínico, dos oligoelementos, e demais alterações metabólicas que seguem essas condições influenciam diretamente nas consequências que seguem o quadro de hipertensão venosa em nível dos membros inferiores e influenciam, de alguma forma, na gênese ulcerosa, na sua manutenção e, especialmente, na sua cicatrização. As correções dessas anormalidades, aliada aos cuidados locais (ex.: contensão elástica, curativos coerentes com as necessidades cicatriciais presentes, repouso com os membros elevados, abolição de alguns alimentos comprovadamente deletérios a cicatrização dessas úlceras, etc.), são de valor expressivo no contexto terapêutico da recuperação tissural, já que apresentam coerência com os fatores que visam à cicatrização das lesões ulcerosas.

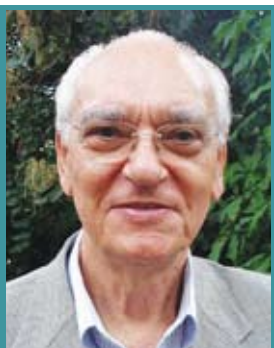
BIBLIOGRAFIA

1. Thomaz JB. Influência da síndrome metabólica na cicatrização das úlceras venosas dos membros inferiores. *Rev Angiol Cirur Vasc RJ*, 2007; 4: 7-19.
2. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC Jr, Lenfant C.: American Heart Association: National Heart, Lung and Blood Institute. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 2004; 109: 433-438.
3. World Heart Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Genève: World Heart Organization. 1998.
4. Vega GL. Obesity, the metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Am Heart J* 2001; 142: 1108-1116.
5. Ford ES, Giles WH, Dietz WJ. Prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults: findings from the Third National Heart and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287: 356-359.
6. Pereira MA, Jacobs DR Jr, Van Horne L, Slattey ML, Kartashov AI, Ludwig DS. Dairy consumption, obesity and the insulin resistance syndrome in young adults: the CARDIA Study. *JAMA* 2002; 287: 2081-2089.
7. Cameron AJ, Shaw JE, Zimmet PZ. The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2004; 33: 351-375.
8. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Seminar* 2005; 365: 1415-1424.
9. Ford ES, Gilles WH, Dietz WE. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287: 365-359.
10. Colucci Coelho FA. Associação da síndrome metabólica e seus componentes com a insuficiência cardíaca na atenção primária. Tese de Mestrado em Ciência Cardiovasculares da Universidade Federal Fluminense, 2006.
11. Rudeerman N, Chrisholm D, Pi-Sunyer X, Schneider S. The metabocally obese, normal-weight individual revised. *Diabetes* 1998; 47: 699-713.
12. Yaney GC, Corkey BE. Fatty acid metabolism and insulin secretion in pancreatic beta cells. *Diabetologia* 2003; 46: 1297-1212.

13. Norwrocki AR, Scherer PE. The delicate balance between fat and muscle: adipokines in metabolic disease and musculoskeletal inflammation. *Curr Opin Pharmacol* 2004; 4: 281-289.
14. Allison DB, Fontaine KR, Manson JE. Annual deaths attributable to obesity in the United States. *JAMA* 1999; 282: 1530-1538.
15. Gomez Tereza FJ, Torres JMR, Aguillar-Salinas CA, Garber IL, Rull JA. Posição de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología sobre el manejo del síndrome metabólico. *Rev Endocr Nutr* 2005; 13: 9-23.
16. Colditz GA. economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 31: (Suppl 11): S663-S667.
17. Himes JH, Bopuchard C. Do the new Metropolitan Life Insurance weight-height tables correctly assess body frame and body fatal relationships? *Am J Public Health* 1985; 75: 1076: 1079.
18. Leite Luna R. Resistência á insulina. In: Síndrome Metabólica; Conceito Atual. Leite Luna R (ED). Livraria e Editora Revinter, Rio de Janeiro, 2006. P-55-69.
19. Engeland A, Bjorge T, Sogaard AJ, Tverdal A. Body mass index in adolescence in relation to total mortality: 32-year follow-up of 227000 Norwegian boys and girls. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 517-523.
20. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence and trends in obesity among US adults. 1999-2000. *JAMA*; 288: 1723-1727.
21. Clinical Guidelines on the Identification Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res* 1998; (Suppl 2): 51S-209S.
22. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM, Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults: the National Health and Nutrition Examination Survey, 1960-1991. *JAMA* 1994; 272: 205-211.
23. Morkdad AH, Serdulla MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA* 1999; 282: 1519-1522.
24. Eckel RH. Obesity and heart disease: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation* 1997; 96: 3248-3252.
25. Isamaa B, Almgren P, Tuomi T. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 683-689.
26. Einhorn D, Reaven GFM, Cobin RH. American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome. *Endocrinol Pract* 2003; 9: 237-252.
27. Abdul-Ghani M, Nawaf G, Nawaf F, Itzhak B, Munuchi O, Vardi P. Increased prevalence of micro vascular complications in type 2 diabetes patients with the metabolic syndrome. *IMJ* 2006; 8: 378-382.
28. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kupusalo E, Tuomilehto J, Salonen JY. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-age men. *JAMA* 2002; 288: 2709-2116.
29. Fonseca-Alaniz MH, Takada J, Alonso-Vale MIC, Bessa Lima FO tecido adiposo como centro regulador do metabolismo. *Arq Brás Endocrinol Metabol* 2006; 50: 1-17.
30. Veja Franco L. La eutrofia como paradigma de la salud pública em el siglo XXI. *Respyn* 2005; 6: 1-6.
31. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, atherogenic dyslipidemia and the metabolic syndrome. *Am J Cardiol* 1998; 81: 18B-25B.
32. Poirier P, Giles TDG, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi-Sunyer FX, Eckel RH. Obesity and cardiovascular disease: Pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. An update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity and metabolism. *Circulation* 2006; 113: 898-918.
33. Resell S, Felfrage E. Blood circulation in adipose tissue. *Physiol Rev* 1979; 59: 1078-1104.
34. Larsen OA, Lasen NA, Quaade F Blood flow through human adipose tissue determined with radioactive xenon. *Acta Physiol Scand* 1966; 66: 337-345.
35. Lesser GT, Deutsch S. Measurement of adipose tissue blood flow and perfusion in man by uptake of 85 Kr. *J Appl Physiol* 1967; 23: 621-630.
36. Summers LK, Samara JS, Humphreys SM, Morris RJ, Frayn KN. Subcutaneous abdominal adipose tissue blood flow: variation within and between subjects and relationship to obesity. *Clin Sci* 1996; 91: 679-683.
36. Greenberg AS, Obin MS. Obesity and the role of adipose tissue in inflammation and metabolism. *Am J Clin Nutr* 2006; 83 (Suppl): 461S-5S.

37. Klein S, Burke LE, Bray GA, Blair S, Allison DB, Pi-Sunyer X, Hong Y, Eckel RH. American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2004; 110: 2952-2967.
38. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet* 2005; 365: 1415-1428.
39. Kahn R, Buese J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 2289-2304.
40. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001; 414: 782-787.
41. Stunkard AJ, Foch TT, Hrubec Z. A twin study of human obesity. *JAMA* 1986; 256: 51-54.
42. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003; 289: 187-193.
43. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Canes BA, Brody J, Hayflick L, Butler RS, Allison DB, Ludwig DA. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21 st century. *N Engl J Med* 2005; 352: 1138-1145.
44. Hu FB, Willett WC, Li T, Stampfer MJ, Colditz GA, Manson JE. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *N Engl J med* 2004; 351: 2694-2703.
45. Alpert MA. Obesity cardiomyopathy: pathophysiology and evolution of the clinical syndrome. *Am J Med Sci* 2001; 321: 225-236.
46. Smith HL, Willis FA. Adiposity of the heart: a clinical and pathologic study of one hundred man thirty-six obese patients. *Arch Intern Med* 1933; 52: 911-931.
47. Lugo M, Putong PB. Metaplasia: an overview. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108: 185-189.
48. Hotamisligil GS, Shargill NS, Spiegelman BM. Adipose expression of tumor necrosis factor- α : direct role in obesity-linked insulin resistance. *Science* 1993; 259: 87-91.
49. Zhang HH, Souza SC, Muiro KV, Kraemer FB, Obin MS, Greenberg AS. Lipase-selective functional domains of perilipin A differentially regulate constitutive and protein kinase A-stimulated lipolysis. *J Biol Chem* 2003; 278: 51535-51542.
50. Fried SK, Burkitt DA, Greenberg AS. Omental and subcutaneous adipose tissues of obese subjects release interleukin-6 depot difference and regulation by glucocorticoid. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 847-850.
51. Xu H, Barnes GT, Yang Q. Chronic inflammation in fat plays a crucial role in the development of obesity-related insulin resistance. *J Clin Invest* 2003; 112: 1821-1830.
52. Weisberg SP, McCann D, Desai M, Rosenbaum M, Leibel RL, Ferrante AW Jr. Obesity is associated with macrophage accumulation in adipose tissue. *J Clin Invest* 2003; 112: 1796-1808.
53. Pradham AD, Manson JE, Rifai N, Buring JE, Ridker PM. C-reactive protein, interleukin-6 and risk of developing type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2001; 286: 327-334.
54. Linde B, Christolm G. The interstitial space of adipose tissue as determined by single injection and equilibration techniques. *Acta Physiol Scand* 1975; 95: 383-390.
55. Bruun JM, Lihn AS, Verdech C. Regulation of adiponectin by adipose tissue-derived cytokines: in vivo and in vitro investigations in humans. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2003; 285: E527-E533.
56. Hotamisligil GS, Spiegelman BM. Tumor necrosis factor α : a key component of the obesity-diabetes link. *Diabetes* 1994; 43: 1271-1278.
67. Dormandy JA. Pathophysiology of venous leg ulceration. An update. *Angiology* 1997; 8: 71-79.
68. International Task Force: The management of chronic venous disorders of the leg: an evidence-based report of an international task force. *Epidemiology. Phlebology* 1999; 14: (Suppl 1): 23.
69. Oberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2005; 111: 2398-2409.
70. Benigni JP, Cazoubon M, Mathieu M, Achammer I. Chronic venous disease in the obese male: an epidemiological survey. *Phlebology* 2006; 14: 47-49.
71. Nielsen O, Jacobson A, Fransson I. Leg ulcer prevalence in a defined geographical population: a repeated cross-sectional study. *Phlebology* 2006; 14: 50-51.
72. Sugerman HJ, Sugerman EL, Wolfe L, Kellum JM Jr, Schweitzer MA, DeMaria EJ. Risks and benefits of gastric bypass in morbidly obese patients with severe venous stasis disease. *Am Surg* 2001; 234: 41-46.

Um novo patamar de relacionamento



Os resultados da Paralisação Nacional de Atendimento aos Planos de Saúde, no dia 7 de abril, foram animadores. Em alguns locais, o índice de adesão chegou a 85%. O objetivo de alertar os médicos e a população e advertir os planos de saúde foi, em gran-

de parte, alcançado.

Um colega, na internet, parece ter resumido o pensamento geral: “É de valores éticos e morais que se trata. E não apenas de valores monetários”.

Com efeito, como afirmou o Presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM: “Os médicos continuarão a lutar pela valorização da Medicina e da assistência em saúde com qualidade”. E a Federação Nacional dos Médicos - FENAM, em nota oficial, defende a definição de critérios de contratação e de credenciamento, o reajuste periódico de honorários, a instituição de contratos coletivos e a participação das entidades médicas.

Não se sabe ainda como reagirão as operadoras. Mas, é certo que, da parte das lideranças médicas, observa-se um significativo avanço. Já não se trata apenas de suplicar migalhas adicionais no valor das consultas. Passamos a lutar por um novo patamar de relacionamento, mais justo e equilibrado, com as operadoras de saúde, caracterizado pelo estabe-

lecimento de critérios transparentes para credenciamento e descredenciamento, de um contrato coletivo de trabalho e de representação dos médicos por suas entidades. Tudo isso, com o objetivo maior de valorização da Medicina e prestação de uma assistência em saúde com qualidade.

Na medida em que avançarmos nessas conquistas, passaremos da atual situação, subalterna e submissa, frente aos planos de saúde para outra, bem diferente, de gratificação, de autonomia e de dignidade profissional.

A Coopangio, que desde a sua fundação, há 16 anos, defende essas teses, vê com satisfação a gradativa aceitação das mesmas por parcelas cada vez maiores da comunidade médica. E continuará a lutar, com redobrado entusiasmo, por sua implementação.

Produtos médicos

- Meias nacionais e importadas em vários modelos e tamanhos
- Malhas para queimados e linfedemas sob medida
- Linha ortopédica
- Material para diabéticos
- Ataduras - Curativos e descartáveis

MEDShop

Saúde e conforto para você!

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199 - Lj. 107 - Tel.: 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531 (próx. Hosp. Perinatal)

Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7 - Lj. A/B - Tel.: 2535-2223 / 2537-0848 (próx. Cobal)

Centro: Rua do Ouvidor, 130 - S/lj 213 / 214 - Tel.: 2508-8993 / 2507-0282 / 2688-7620 (próx. Merc. das Flores)

www.medshop.com.br

Autores:

DRS. FABIO AUGUSTO CYPRESTE OLIVEIRA¹, FABIO LEMOS CAMPEDELLI², CARLOS EDUARDO DE SOUSA AMORELLI³, JOSÉ EDUARDO DA COSTA FILHO², DANIEL RESENDE GIBBON², JULIANA CAETANO BARRETO³

¹ Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Santa Teresa - Congregação Santa Catarina, Petrópolis, Rio de Janeiro. Cirurgiões vasculares com Título de Especialista em Cirurgia Vascular e Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) / Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) / Associação Médica Brasileira (AMB)

² Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Santa Teresa - Congregação Santa Catarina, Petrópolis, Rio de Janeiro. Cirurgiões vasculares com Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) / Associação Médica Brasileira (AMB)

³ Serviço de Terapia Intensiva do Hospital Santa Teresa - Congregação Santa Catarina, Petrópolis, Rio de Janeiro. Acadêmica concursada, Faculdade de Medicina de Petrópolis

Nenhum conflito de interesse declarado

Tratamento percutâneo de malformação venosa em mão de paciente pediátrico

RESUMO

As malformações vasculares surgem devido a falha focal da diferenciação vascular normal na fase intrauterina e são formadas por vasos anômalos com endotélio preservado e anatomia imprevisível. Dessa forma, representam a patologia vascular de maior complexidade para classificação, diagnóstico e tratamento.

Relatamos caso de paciente pediátrico com malformação venosa (MV) em mão direita, sintomática, submetida à tratamento percutâneo por alcoolização direta da lesão.

Palavras-chave: malformação venosa, alcoolização e tratamento percutâneo.

ABSTRACT

Vascular malformations arise due a failure of normal focal vascular differentiation in utero and are formed by anomalous vessels with preserved endothelium and presents unpredictable anatomy. Thus, representing vascular pathology of greater complexity for classification, diagnosis and treatment.

A case of pediatric patients with venous malformation (MV) in right hand, symptomatic, underwent percutaneous direct alcoholization treatment of the lesion.

Keywords: venous malformation, alcoholization, percutaneous treatment.

INTRODUÇÃO

Após a classificação de Hamburgo (1988), a Sociedade Internacional para Estudo de Anomalias Vasculares (ISSVA) adotou a classificação das anomalias vasculares, com algumas modificações, em busca de consensos facilitando o estudo e o tratamento dessas lesões⁵.

TABELA 1
CLASSIFICAÇÃO DAS ANOMALIAS VASCULARES

Tumores vasculares	Malformações vasculares	
Hemangiomas	Simples	Combinadas
Outros	- Capilar - Linfática - Venosa	- Fístula arteriovenosa (fav) - Malformação arteriovenosa (mav) - Malformação venocapilar - Malformação venocapilar-linfática - Malformação veno-linfática - Malformação arterio-venosa-capilar-linfática

Dentre as malformações vasculares, a malformação venosa é a mais comum e representa um desafio terapêutico^{1,2}.

As malformações venosas apresentam caráter benigno, porém podem cursar com tromboflebite, calcificações vasculares (flebólito), invasão articular e consumo de fatores de coagulação. As indicações de tratamento incluem lesões sintomáticas (dor, ulceração e/ou sangramento), alteração funcional e grandes alterações estéticas⁶.

O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico e exames complementares. A telerradiografia simples pode evidenciar aumento de partes moles, deformidade óssea e flebólitos, considerados patognomônicos⁸. A arteriografia é reservada para casos complexos com lesões combinadas e a angiorressonância representa o exame de eleição para o diagnóstico das malformações venosas.

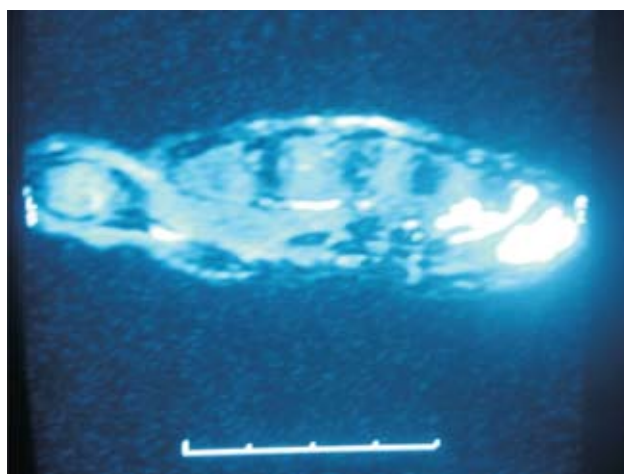
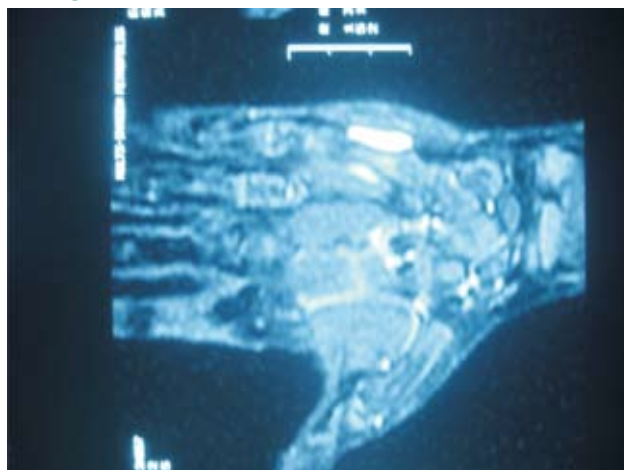
Dentre as opções terapêuticas, encontramos: tratamento clínico, ressecção cirúrgica, esclerose percutânea com álcool absoluto ou procedimentos combinados⁷.

RELATO DE CASO

Paciente de 6 anos de idade, sexo feminino, parda, brasileira, estudante, com relato há 6 meses de dor na mão direita durante atividades escolares de pintura e escrita, sem qualquer relação com trauma local. Apresentou crescimento e desenvolvimento adequados à idade e ausência de qualquer alteração congênita.

Ao exame vascular, presença de tumoração azulada, amolecida e depressível em região hipotenar de mão direita, com pulsos universalmente palpáveis e ausência de fremitação. Restante do exame físico dentro do padrão da normalidade. Realizou eco-Doppler colorido da mão direita, evidenciando “lagos” vasculares anômalos depressíveis, porém com ausência de sinais de fluxo nas cavidades anômalas. Angiorressonância do membro superior direito com estrutura osteoarticular preservada, presença de lesões com intensidade elevada em T2, margens bem definidas e septações no seu interior, restritas à região hipotenar de mão direita (figuras 1 e 2).

Figuras 1 e 2 - Angiorressonância de mão direita demonstrando malformação venosa em região hipotenar



Após diagnóstico de malformação venosa, iniciamos tratamento clínico com medidas posturais, elastocompressão e uso de flebotrópicos, porém sem melhora clínica, principalmente pela compressão da lesão durante as atividades escolares. Decidimos, então, por tratamento invasivo. Realizamos flebografia transoperatória com punção direta da lesão, a partir de pele sadia, e instilação de contraste não iônico hipoosmolar, mostrando enchimento do lago venoso anômalo e opacificação das veias de drenagem lenta (figuras 3 e 4).

Figura 3





Figura 4

Figuras 3 e 4 - Punção direta da lesão com flebografia demonstrando a drenagem venosa da malformação.

Optamos por esclerose percutânea com etanol 99,5% no mesmo volume de contraste necessário para opacificação de toda lesão (aproximadamente 3ml), com garrote proximal, sob anestesia local e sedação. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório, com analgésico oral e orientações posturais.

Após 30 dias do procedimento inicial, observamos reação inflamatória local, com dor e calor sendo tratado clinicamente e melhora em algumas semanas. Realizamos nova sessão de alcoolização 2 meses após a primeira sessão, seguindo o mesmo protocolo prévio, com regressão expressiva da lesão e melhora clínica.

A paciente encontra-se no 24º mês pós-operatório, com revisão clínica semestral, mantendo-se assintomática, com suas atividades escolares mantidas e sem queixas algicas. Devido à idade da paciente e bom resultado clínico, optamos, no momento, por não realizar nova angiorressonância.

DISCUSSÃO

As malformações venosas apresentam-se como uma coleção de vasos anômalos, tipicamente constituídos por canais venosos pós-capilares dilatados, de parede fina e desprovidos de válvulas³.

De acordo com sua localização, podem ser responsáveis por alterações estéticas e funcionais, com comprometimento de pele, mucosa, musculatura, nervo, articulação e/ou osso. O exame físico é caracterizado pela presença de massa amolecida, depressível à palpação e de coloração azulada^{3,4,5}. O diagnóstico é confirmado por angiorressonância e, dentre as opções terapêuticas disponíveis, o tratamento clínico conservador é inicialmente instituído. A abordagem cirúrgica direta da lesão é restrita às lesões simples e

de diâmetro reduzido. A alcoolização fica como principal opção de tratamento único ou combinado ao tratamento cirúrgico, podendo ser necessárias várias sessões, de acordo com a lesão.

Dentre as complicações da alcoolização, incluímos: as complicações sistêmicas, diretamente ligadas à dose do etanol, sendo considerada tóxica a dose superior a 300mg/dl equivalente a 100ml de etanol 99,5%⁹. Hipertensão pulmonar e arritmias com instabilidade hemodinâmica são descritas com a utilização de 20 a 80ml de etanol. Como complicações locais, podem ocorrer inflamação, hematoma, trombose, alcoolização de tecido não alvo e necrose cutânea, porém com incidência aceitável.

O relato de caso trata-se de lesão incapacitante em paciente pediátrico, tratada com alcoolização percutânea com bons resultados iniciais e livre de complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lee bb. Nouvelles donnees diagnostiques et therapeutiques sur les malformations veineuses congenitales. *Angiologie* 1998;50:17-9.
- 2- Lee bb. Congenital venous malformation: New look to old problem with multidisciplinary approach. in: wang zg, editor. *Vascular surgery proceedings of the 3rd congress of asian vascular society*. Beijing: international academic publishers; 1998. p. 252-4.
- 3- Lee bb. What is new in venous disease: New approach to old problem of venous disease - congenital vascular malformation. in: Angelides ns, editor. *Advances in phlebology*. limassol: hadjigeorgiou printing & co; 1998. p. 59-64.
- 4- Muliken jb, glowah j/ hemangioma and vascular malformation in infants and childrens: a classification based on endothelial characteristics'plast reconstr surg 1982;69:412-20.
- 5- Rosen rj, riles ts, berenstein a. congenital vascular malformations. in: Rutherford rb. *Vascular surgery*. 3rd ed. philadelphia: saunders, 1989. chap. 90, p. 1049-61.
- 6- Laskowski ia, morasch md, maun d. arteriovenous fistulas.(internet) dec 2008. accessed dec, 2009 at: <http://www.emedicine.com>.
- 7- Lorimier aa. Sclerotherapy for venous malformation. / *pediatr surg*, 1995;30:188-94.
- 8- Dubois j, soulez g, Olivia vl, berthume mj, lapierre c, therasse e. soft-tissue venous malformation in adult patients: imaging and therapeutic issues. *radiographics*. 2001 nov-dec; 21(6):1519-31.
- 9- Thomas ml. radiological assesment of vascular malformation. in *vascular birthmarks: hemangiomas and malformations*. philadelphia: w.b. saunders, 1988. chap. 13, p. 141-69.
- 10- Pohorecky la. pharmacology of ethanol. *pharmacol ter* 1988;36:355-70.

NACIONAIS

16º Encontro Pernambucano de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 05 a 07 de maio de 2011

Local: Recife – PE

www.sbacv-pe.com.br

V Simpósio sobre Trombose e Hemostasia

Data: 14 de maio de 2011

Local: São Paulo - SP

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 11 a 15 de outubro de 2011

Local: Anhembi – São Paulo

CURSOS

1º Curso Internacional de Cirurgia Vascular

Data: 12 a 14 de maio de 2011

Local: Gramado - RS

INTERNACIONAIS

Vascular Annual Meeting da American Vascular Association (AVA)

Data: 16 a 18 de junho de 2011

Local: Chicago-EUA

Vascular Interventional Advances (VIVAS)

Data: 18 a 21 de outubro de 2011

Local: Las Vegas - EUA

38th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues, Techniques, Horizons (VEITHsymposium)

Data: 16 de novembro de 2011

Local: Nova York - EUA

XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 30 de outubro a

03 de novembro de 2012

Local: Rio de Janeiro - RJ


ecohome
Image
Diagnóstico por Imagem em Domicílio

Direção técnica:
Dra. Carmen Lucia Lascasas Porto - CRM 5253133-9

Eco Color Doppler* domiciliar

O acompanhamento de seus pacientes acamados ou executivos sem tempo, que preferem o conforto do seu lar ou local de trabalho para fazer seus exames, acaba de ganhar um forte aliado.

*Ultrassonografia vascular colorida.

Para obter alguma informação, ou agendar um exame,
ligue (21) 2212-1354 / 8873-7153 / 8879-2274

www.ecohome.med.br