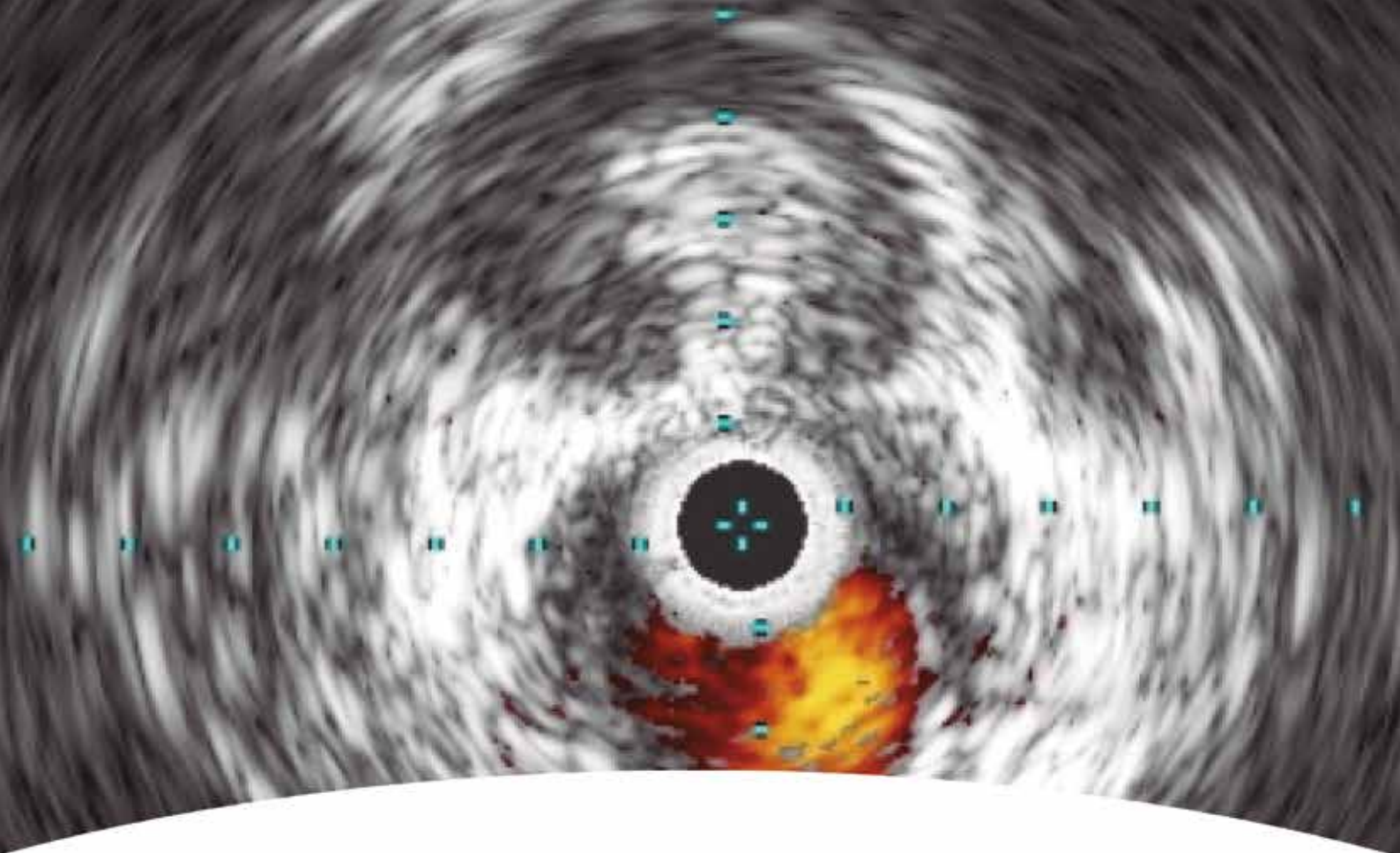




Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º III - Julho a Setembro de 2017

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

SBACV**RJ**

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

Defesa Profissional

Frente Parlamentar da Medicina:
fortalecendo a representação médica

Especial

Uma campanha sobre prevenção
a doenças vasculares evitáveis

Entrevista

Campanha Setembro Vascular leva
especialistas à Câmara Municipal

Serviços

Diretoria da Sociedade elabora projetos
para atender a demandas de especialistas

Sistema de stent auto expansível de nitinol

Equilíbrio entre adaptabilidade e suporte arterial

Resistente a fratura

Força Radial Homogênea

Alta visibilidade

Anti-kinking

Bainha Tripla

Flexível

Estrutura Contínua Sem Pontes

Não Recoberto

Acomodação total ao vaso



Palavra do Presidente*A campanha do "Setembro Vascular"*

05

Editorial*Acompanhando os acontecimentos da nossa regional*

06

Palavra do Secretário-Geral*Campanha Setembro Vascular: um trabalho em grupo com excelente resultado*

07

Palavra da Diretoria Científica*Pela valorização do conhecimento científico*

08

Defesa Profissional*Frente Parlamentar da Medicina: fortalecendo a representação médica*

09

Imagem Vascular*Lesão pediculada hiperecogênica em veia poplítea detectada pelo IVUS*

11

Artigo Científico*Tratamento do aneurisma tóraco-abdominal em expansão aguda com endoprótese ramificada "off-the-shelf": Relato de caso e revisão de literatura*

13

Artigo Científico*Relato de Caso: Síndrome da Veia Cava Superior com abordagem endovascular*

21

Artigo Científico*Abordagem de Trauma Arterial Relacionado à Punção Venosa Central*

25

Espaço Ecografia Vascular*A posição do paciente na ecografia venosa abdominal*

32

Entrevista*Campanha Setembro Vascular leva especialistas à Câmara Municipal*

35

Especial*Uma campanha sobre prevenção a doenças vasculares evitáveis*

36

Serviço*Diretoria da Sociedade elabora projetos para atender a demandas de especialistas*

43

Informangio

45

Eventos

50

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular Julho a Setembro 2017
Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Presidente

Sergio Silveira Leal de Meirelles

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Breno Caiafa

1º Vice-Secretário

Guilherme Peralta Peçanha

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

2º Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

Diretor Científico

Julio Cesar Peclat de Oliveira

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Eventos

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Eventos

Paulo Marcio Goulart Canongia

2º Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Stambowsky

Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Aguiar Lucas

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Felippe Beer

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

Almar Assumpção Bastos

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Marcello Capella Moritz

Presidente na gestão anterior

Julio Cesar Peclat de Oliveira

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Átila Brunet Di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Informática

Felipe Silva da Costa

Público

Luiz Alexandre Essinger

Jurídico

Adalberto Pereira de Araújo

Científico

Alberto Coimbra Duque

Publicações

Carmen Lucia Lascasas Porto

Planejamento Estratégico

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Residência Médica

Paulo Eduardo Ocke Reis

Vice-Residência Médica

Bruno Morrison

Eventos

Alessandra Fois Camara

Informática

Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro

Associações Médicas

Raimundo Luiz Senra Barros

Cirurgia Endovascular

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios

Ney Abrantes Lucas

Ações Judiciais

Jackson Silveira Caiafa

Defesa Profissional

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Departamentos de Gestão
Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Carlo Sassi

Educação Continuada

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Celestino Afonso Oliveira Martins

Edilson Ferreira Feres

Fernando Tebet Ramos Barreto

João Marcos Fonseca e Fonseca

Luiz Henrique Coelho

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas

Angela Maria Eugenio

Daniel Marques Figueiredo Leal

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Acesso Vasculares

Hermógenes Petean Filho

Leonardo Oliveira Harduin

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Rosa Claudia Guarido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Doenças Linfáticas

José Carlos Mayall

Monica Rochedo Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Barbara Beatriz Couto Ruivo

Clóvis Bordini Racy Filho

Karla Gomes de Abreu

Luiz Paulo de Brito Lyra

Nostradamus Augusto Coelho

Sergio Eduardo Correa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Guilherme Nogueira Dutra

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental
e Pesquisa

Bernardo de Castro Abi - Rama

Chimelli

Nivan de Carvalho

Breno França Vieira

Microcirculação

Mario Bruno Lobo Neves

André Marchiori

Trauma Vascular

Bruno Miana Caiafa

Eduardo Feres (*In memoriam*)

Rita de Cassia Provietti Cury

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Fórum Científico

Helen Cristina Pessoni

Eduardo André Simas Lemos

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz de Almeida

SECCIONAIS
Coordenação

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida

Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba - 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1
Niterói

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3
Nova Iguaçu

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4
São Gonçalo

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5
Duque de Caxias

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha

do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Leal de Meirelles

Marília Duarte Brandão Panico

Rossi Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

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

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

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

R. Gonçalves Dias, 56 - 8º andar - Centro

CEP: 20050-030 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 3190-7090

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

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

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



A campanha do "Setembro Vascular"

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

Para a realização da Campanha Setembro Vascular, a Diretoria da SBACV-RJ estabeleceu dois focos: conscientizar a população sobre a importância da prevenção e do tratamento precoce dos problemas vasculares e ampliar a visibilidade das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular diante dos legisladores, da população e dos formadores de opinião. A partir daí planejamos as ações para atingir nossos objetivos.

Começamos a agir e partimos para uma conversa com os legisladores do Rio de Janeiro, por meio de uma audiência pública, apresentando a situação da Saúde Vascular na cidade. Levamos informação por meio de diferentes canais, em locais públicos de grande circulação, além de escolas, faculdades e empresas, para estimular a população a adotar hábitos saudáveis e buscar atendimento profissional, quando necessário. A audiência aconteceu no dia 13 de setembro, na plenária da Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro, e a pauta apresentada foi baseada nas condições de acesso e tratamento da população aos cuidados com a saúde vascular.

A mesa solene foi composta por diretores da nossa regional, os Drs. Carlos Peixoto e Sérgio Meirelles; o presidente da Nacional, o Dr. Ivanésio Merlo, o Dr. Rossi Murilo representando o Cremerj, e o chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Salgado Filho, Dr. Fúlvio Hara, que representou o secretário Municipal de Saúde, Marco Antônio de Mattos. O vereador Inaldo Silva esteve presente representando a Comissão Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social e coordenando a sessão.

A divulgação da Campanha foi ampla nas diversas formas de comunicação: mídias digitais (vídeos educativos, matérias jornalísticas, entrevistas, campanha

no Instagram e no Facebook) e folders educativos e eventos específicos (palestras, atendimentos em praças públicas e ações em escolas). A artéria gigante foi a grande estratégia para atrair as pessoas à participação nas ações em espaços de acesso público.

Nas ações realizadas em outras cidades do Rio, foi importante a presença de colegas que disponibilizaram seu tempo para atender o público participante. A Campanha foi realizada em diversos pontos do Rio de Janeiro: na Capital (Cinelandia e Leme); Baixada Fluminense (Nova Iguaçu); Região Serrana (Petrópolis); Região dos Lagos (Cabo Frio); Volta Redonda e Macaé.

Nesta edição da revista, na seção Especial, vamos dar mais detalhes do desenvolvimento das ações da Campanha Setembro Vascular. Mas, aqui, quero agradecer a todos os colegas e profissionais que se empenharam em participar, e dar suporte, a um evento de tão grande importância para a nossa Sociedade. Em nome dessa Diretoria, agradeço, também, aos nossos parceiros, que faço questão de citar: Sociedades médicas de outras especialidades (Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Endocrinologia, Medicina Preventiva, Medicina do Esporte, Pediatria, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia e a Somerj), Câmara dos Vereadores da Cidade do Rio de Janeiro, a SBACV Nacional, o Cremerj e a Universidade Castelo Branco. Além de empresas de diversos setores da economia, como a FQM-Vascular.

Mas é fato que ainda temos uma caminhada pela frente. Tenho por certo que vamos colher bons frutos do esforço, que foi coletivo, mas o objetivo é seguir lançando sementes para novas e produtivas colheitas.

Muito obrigado a todos!



Acompanhando os acontecimentos da nossa regional

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

Chegamos na penúltima edição do ano da revista da SBACV-RJ. Tivemos a satisfação de publicar, até aqui, importantes atividades que a atual gestão realizou: congressos, reuniões e encontros de cunho científico, além do desdobramento de lutas em prol das nossas especialidades.

Acompanhamos, e mostramos aos colegas, as apresentações de diversos trabalhos científicos de temas com potencial para contribuir muito no dia a dia do nosso trabalho. Em todas as edições, a Diretoria de Publicações analisou e publicou trabalhos de vários Serviços de dentro e de fora do estado do Rio de Janeiro e isso gerou intercâmbio. Acreditamos que quanto mais próximos estivermos dos nossos pares mais entrosamento teremos, e nossa Sociedade só tem a ganhar com essa aproximação.

Nesta edição, teremos uma matéria especial relatando as ações realizadas na Campanha Setembro Vascular. Em vários bairros do Rio de Janeiro a equipe da SBACV-RJ, incluindo colegas das especialidades, montou uma estrutura para atendimento ao público para informar e falar, de forma mais enfática, sobre prevenção a arte-

riosclerose. Foi um período de grande interação entre os especialistas e o público, facilitando a divulgação da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

A Diretoria da regional, em contato com a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, participou de um debate público, quando foi apresentado o cenário do atendimento à população nos serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Foi um passo importante que demos em direção a possíveis soluções, já que chegamos até o poder público.

Nosso Presidente, Carlos Peixoto, aproveitou esta edição para falar sobre os serviços prestados aos associados da regional do Rio, listando projetos que estão sendo desenvolvidos. A gestão está terminando, mas os projetos continuam e a próxima diretoria da SBACV-RJ está alinhada para dar continuidade, assim como buscar novos caminhos para atender às demandas de nossas especialidades.

Convido todos a aproveitarem o conteúdo que preparamos para mantê-los informados sobre as ações e avanços de nossa Sociedade!

Boa leitura!



Campanha Setembro Vascular: um trabalho em grupo com excelente resultado

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

O Setembro Vascular nasceu da necessidade da SBACV-RJ em demonstrar sua força, capacidade de organização, criatividade e preocupação com o atendimento do paciente vascular no setor público. Aliamos uma ação popular para divulgação das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular, bem como prestamos esclarecimentos sobre as principais doenças vasculares para o público em geral, culminando em um debate na Câmara Municipal do Rio de Janeiro onde foram apresentadas várias deficiências do atendimento no serviço público, além de algumas soluções necessárias para minorá-las.

O debate público na Câmara dos Vereadores foi um importante passo que demos em direção às mudanças, necessárias, no cenário da saúde vascular no Rio de Janeiro. Mas sabemos que será um passo de cada vez; agora precisamos estar atentos aos desdobramentos relacionados às demandas apresentadas.

Entendemos que precisamos agir em várias frentes, não basta o trabalho dos especialistas nos serviços e hospitais. A população precisa ser conscientizada do seu papel no que diz respeito aos cuidados e prevenção da própria saúde. Por isso, focamos na informação e no contato com o público, alertando as pessoas sobre doenças vasculares. Para reforçar nossa comunicação, prestamos um serviço de cunho social, com atendimentos gratuitos, indo até a população. Mostramos que exames simples podem revelar, ou evitar, graves problemas.

O diferencial da Campanha Setembro Vascular foi a montagem de uma artéria inflável de 8 metros, nos locais onde as ações aconteceram (parques, praças, shopping...). Esta foi uma estratégia para atrair as pessoas para maior interação conosco, médicos especialistas, sanando dúvidas e multi-

plicando dicas preciosas. Foi importante a participação de cada colega. Em todos os lugares que passamos, a presença dos médicos angiologistas e cirurgiões vasculares era constante. Isso mostra que compartilhamos os mesmos interesses.

Campus da UNIG, Cinelândia, Leme, Petrópolis, Volta Redonda, Macaé e Cabo Frio. Esses foram os locais contemplados com a presença da Campanha Setembro Vascular para a realização de exames, consultas e distribuição de folders abordando as principais doenças vasculares. A cobertura midiática também foi bastante satisfatória, com divulgação do evento em jornais, TVs e rádios locais.

No mais, o saldo foi positivo. Estamos alegres e gratos a todos que apoiaram a SBACV-RJ e acreditaram que juntos podemos fazer muito mais pela saúde vascular da população. Quero agradecer a todos que participaram dos eventos, seja prestando esclarecimentos sobre patologias vasculares ou realizaram exames; os que cooperaram com a montagem e o funcionamento da estrutura e também os que investiram para viabilizar a realização do nosso projeto! A ideia da campanha foi integrar a população, a mídia, especialistas e gestores da área de saúde a fim de obter um amplo trabalho de prevenção.

Esperamos manter a realização desse importante evento e amplo trabalho de prevenção. Vale lembrar que desde 03 de janeiro de 2005 foi sancionada a **Lei Estadual 4491**, que institui a **Semana da Angiologia para Prevenção, Controle e Diagnóstico das Doenças Vasculares no Estado do Rio de Janeiro**; projeto, também, fruto do trabalho de Diretores da SBACV-RJ da época. Conseguimos, neste ano, ampliar esse projeto adequando às necessidades atuais, com interação, para que a população do Rio de Janeiro recebesse um atendimento mais digno e efetivo.



Pela valorização do conhecimento científico

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

Dentre as diversas atividades científicas de nossa Sociedade, a mais rotineira – nem por isso menos importante – é a Reunião Científica. Rotineira por acontecer mensalmente, e importante por representar momento único de troca de conhecimentos entre nossos pares, e apresentar os jovens colegas à produção científica em nossas especialidades. Em setembro tivemos a 582ª Reunião, que recebeu como convidados membros do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Central Aristarcho Pessoa. O oficial médico do CBMERJ, chefe do Serviço, Dr. Fábio Monteiro Costa, apresentou a estrutura do Hospital, o funcionamento do Serviço de Cirurgia Vascular e o tema “Tratamento de falso aneurisma de artéria subclávia”. Nossa reunião foi prestigiada por Diretores do Hospital. Tivemos também a apresentação de um trabalho pelo colega Eduardo Ramacciotti, chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital e Maternidade Christóvão da Gama, de São Paulo. O terceiro trabalho da noite foi do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar, apresentado pelo Dr. Marcos Barreto Rosa. Na mesma reunião, contamos com a presença do Dr. Nelson Nahon, presidente do

Cremerj, que chamou a atenção para a situação dos Hospitais do Rio de Janeiro e a importância da união da categoria por melhores condições de trabalho.

A penúltima Reunião Científica do ano, além de excelentes trabalhos, trouxe temas pouco apresentados em reuniões científicas de nossas especialidades: o trauma vascular no esporte, conduzido pelo Dr. Arno von Ristow, e o outro, voltado para os cuidados com o paciente renal crônico sem acesso, sob o título: “IRC e oclusão dos quatro troncos venosos. Ainda é possível a confecção de FAV?”, apresentado pelo Dr. Márcio Filippo (Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho).

Destaquei estas atividades exclusivamente para sinalizar a relevância de nossas reuniões e a interface que atividades como elas promovem.

Seguimos adiante com empenho na organização da última reunião do ano e da grade preliminar de nosso evento maior, o Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.



Frente Parlamentar da Medicina: fortalecendo a representação médica

Dr. João Augusto Bille - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ.

É notório que sociedades e grupos organizados atingem seus objetivos com mais facilidade do que os seus pares que não se organizam. Não é incomum ouvir pelos corredores dos hospitais ou clínicas que nós médicos somos uma classe desunida e desorganizada. Não concordo com essas alegações. São inúmeras as associações de médicos em toda a nação sem falar dos Conselhos Regionais e do Federal. O que falta, ao meu ver, é participação, empenho e dedicação junto aos que nos representam e que são, em sua maioria, eleitos por nós mesmos.

Em agosto de 2016 mais de 80 entidades médicas, com parlamentares tanto do Senado Federal como da Câmara de Deputados, criaram a Frente Parlamentar da Medicina. Talvez seja essa a maior mobilização política da nossa categoria, na Câmara dos Deputados, nos últimos anos. O objetivo da Frente Parlamentar da Medicina é fortalecer as decisões médicas no campo político.

Frentes Parlamentares são associações de membros do Legislativo Federal de vários parti-

dos que se unem para promoção de debate legislativos sobre diversos temas de interesse da Sociedade Civil. Uma Frente reúne parlamentares de diversos partidos mesmo os que tenham ideias diversas.

No Congresso existem mais de duzentas Frentes Parlamentares que se organizam para tratar de questões como cultura, direito de idosos, direitos dos adolescentes etc.

A Frente Parlamentar da Medicina terá por objetivo atuar junto ao Congresso Nacional em defesa da classe médica e da rede pública de saúde de todo Brasil. Torna-se importantíssima a participação ativa dos médicos nos movimentos políticos, especialmente agora que conquistamos esta via de diálogo junto ao Poder Legislativo. A hora é agora, devemos fazê-la acontecer! Converse com seu deputado, se não tiver um partícipe dos debates nas nossas associações e conselhos, pois tenho certeza de que outras entidades ou grupos que desejam destruir o movimento médico o estão.

DESCUBRA OS
MAIORES BENEFÍCIOS
PARA SUA PRÁTICA

longpulse

TREINAMENTO
EXCLUSIVO
COM MÉDICOS
EXPERTS EM LASER

MODO
DYNAMICS
TEMPO DE PULSO
300 US A 1 MS

RESFRIADOR
INTEGRADO
ATRAVÉS DE
ACOPLADOR
DE AR FRIO

MAIS
POTÊNCIA
SPOT 6 MM COM
15 MS E 150 MJ/CM²

1 MILHÃO DE
DISPAROS
GARANTIDOS
NO MODO
DYNAMICS

CONTROLE
INTENSIDADE
DO LASER GUIA



spots disponíveis:
2, 3, 6 e 9* mm
*opcional

E MAIS...

- sistema silencioso e mais robusto
- dispensa o uso de estabilizador
- seleção automática de voltagem
- assistência técnica de alto padrão

2
ANOS
GARANTIA

RESULTADOS



TECNOLOGIA EM LASER TRANSDERMICO
QUE VAI TRANSFORMAR A SUA PRÁTICA

saiba mais:
souvascular@vydence.com

Lesão pediculada hiperecogênica em veia poplítea detectada pelo IVUS

Leonardo Aguiar Lucas, Thiago de Souza Cabral e Vander Vinicius Costa Corteze
Sem conflito de interesse

O IVUS (Ultrassom Intravascular) é um cateter que apresenta uma miniatura de transdutor em sua ponta (Figura 1). Este transdutor é fixo e operado eletronicamente por 64 elementos que produziram as imagens. Os estudos são realizados com alta resolução em escala cinzenta utilizando modo B em tempo real, sendo visualizados no monitor do aparelho de IVUS, sendo digitalmente gravados no console S5 Philips Volcano (Figura 2).

Durante a realização do IVUS em procedimento endovascular de segmento femoro poplíteo, foi visualizada a presença de imagem hiperecogênica intravenosa pediculada em veia poplítea em cateter posicionado em artéria poplítea (Figura 3). O cateter de IVUS utilizado foi o Philips Volcano Eagle Eye, cateter que apresenta 2.9F, uma frequência de 20MHz e com um campo visual de 20 mm.

Atualmente, nosso grupo conta com mais de 800 casos (uma década de experiência) na utilização da tecnologia IVUS como método adjuvante de imagem. Concluimos que o IVUS é um método minimamente invasivo, seguro, factível e eficaz, apresentando benefícios quando utilizado em associação com dispositivos endovasculares disponíveis durante as intervenções percutâneas no sistema arterial e venoso.



Figura 1 – A parte dourada representa o transdutor.

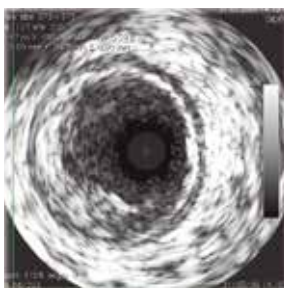


Figura 2 – Console S5 Philips Volcano e imagem IVUS em escala cinzenta.

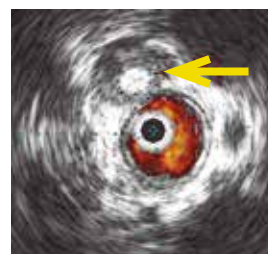
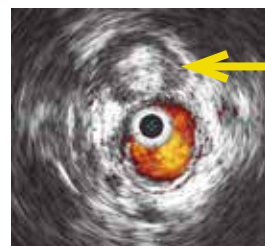
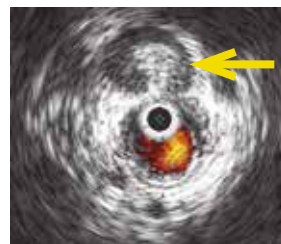


Figura 3 – Cateter de IVUS em artéria poplítea. Observamos a presença de imagem hiperecogênica pediculada em veia poplítea.

Leonardo A. Lucas

Membro Titular da SBACV

Membro SVS, Membro ISES

Título de Especialista pela SBACV em Cirurgia Vascular

Título de Especialista pela SBACV em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

Complexo Hospitalar de Niterói – CHN

Tratamento do aneurisma tóraco-abdominal em expansão aguda com endoprótese ramificada "off-the-shelf": Relato de caso e revisão de literatura

Thoraco-abdominal aneurism in acute expansion treatment with "off-the-shelf" branched endoprosthesis: Case report and literature revision

Camila Chulvis do Val Ferreira¹, Felipe Silva da Costa², Leonardo Harduin³, Breno França Vieira⁴, Brunno Ribeiro Vieira⁵,
Diogo di Battista Abreu e Souza³, Camila Frambach Simão⁵, Júlia Bandeira Guerra³.

Hospital Icarai, Hospital Sta. Martha e Hospital Niterói D'or, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

1 - Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ).

2 - Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV e em Angioradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV/AMB.

3 - Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV.

4 - Especialista em Cirurgia Vascular e Angioradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV.

5 - Especialista em Cirurgia Vascular.

RESUMO:

Os aneurismas arteriais caracterizam-se por uma dilatação de 50% ou mais da parede do vaso, de etiologia múltipla, ligada a fatores ambientais prevalentes como tabagismo e hipertensão arterial, sendo ruptura a primeira manifestação clínica em até 20% dos casos. Seu reparo é um procedimento de grande porte e técnicas têm sido desenvolvidas procurando evitar suas graves complicações, como isquemia medular. Paciente de 64 anos com aneurisma de aorta tóraco-abdominal em tratamento conservador foi internado com dor lombar direita e hipertensão. Realizada imagem, mostra

aneurisma sacular na porção descendente da aorta e outra logo após saída do tronco celiado, associados à dilatação fusiforme na aorta abdominal infrarrenal. Evolui com franca dor abdominal, sendo submetido à correção cirúrgica de urgência com endoprótese T-Branch, seguindo de alta hospitalar após 13 dias e com imagem de controle após 6 meses mostrando exclusão completa do aneurisma. Tem-se no uso da prótese off-the-shelf uma opção segura e com evidentes vantagens em termos de custos e disponibilidade, configurando-se como grande promessa para aumento da aplicabilidade de reparo endovascular dos AATA.

Palavras-chave: aneurisma, aorta tóraco-abdominal, TEVAR, endoprótese ramificada.

ABSTRACT:

Venous thromboembolism is a major cause of obstetric morbidity and mortality. During pregnancy, the risk of occurrence increases between five and ten times when compared to women of the same age who are not pregnant. Compounding this is the fact that pregnant women present certain characteristics that make diagnosis more difficult using clinical signs (high frequency of pain and swelling in the lower limbs), echographic examination (lower sensitivity and specificity for diagnosis of iliac vein thrombosis as pregnancy progresses), and laboratory findings (D-dimer levels progressively increase throughout pregnancy). Conducting careful stratification of women's venous thromboembolism risk before pregnancy could reduce the incidence of this disease, which is frequent and difficult to diagnose during pregnancy, and of its complications.

Keywords: aneurysm, thoracoabdominal aorta, TEVAR, branched endoprothesis.

INTRODUÇÃO:

Os aneurismas arteriais há séculos chamam atenção dos cirurgiões. São definidos como uma dilatação que altera em pelo menos 50% a geometria da parede do vaso. Sua etiologia é múltipla, porém deverão, obrigatoriamente, ocorrer dois eventos para o surgimento de um aneurisma: perda quase completa da estrutura da camada média do vaso e interrupção dos mecanismos reparatórios que preservam a integridade da parede vascular. Estão presentes nas doenças hereditárias como Síndrome de Marfan e associados a fatores ambientais como HAS, DPOC, hiperlipidemia, sendo o tabagismo o fator de risco epidemiológico mais importante para os aneurisma de aorta abdominal (AAA).

A maioria dos aneurismas de aorta tóraco-abdominais (AATA) tem origem degenerativa e transmissão familiar evidente. A maioria é descoberta incidentalmente, porém, conforme cresce, causa

dor crônica mal definida nas costas, cuja mudança aguda pode indicar expansão súbita ou iminência de ruptura. Em até 20% dos pacientes, a ruptura é a primeira manifestação clínica.

A prevalência crescente pode ser atribuída à melhora na tecnologia dos exames de imagem, envelhecimento da população ou a maior consciência de pacientes e médicos acerca do problema. A média de idade dos pacientes está entre 59-69 anos, com relação 2:1 a 4:1 entre os sexos masculino e feminino.

O reparo de um AATA é um procedimento de grande porte, já que os principais órgãos, incluindo coração, pulmões, fígado, rins, intestinos e medula espinhal, são colocados em risco. A isquemia medular é uma das mais temidas complicações do tratamento dos AATA, mais frequente no reparo aberto do que no endovascular. Seu risco é diretamente proporcional à extensão de cobertura da aorta, especialmente

entre T6 e T12, à ausência de revascularização da artéria subclávia esquerda, ao comprometimento das artérias ilíacas internas, à cobertura da artéria radicular magna, à ausência de drenagem liquórica, à hipotensão arterial e à presença de cirurgia prévia da aorta abdominal. Espera-se que o paciente compense esse baixo fluxo com sua rede de colaterais, que será recrutada em alguns dias após a cobertura estagiada das artérias intercostais. Usar ramos de perfusão, manter um dos ramos ou fenestras abertos por mais tempo, preservar o segmento da aorta que contenha os principais ramos medulares e manutenção do fluxo da artéria subclávia esquerda também são opções¹.

RELATO DE CASO:

Paciente masculino, 64 anos, tabagista e hipertenso, com história prévia de nefrectomia parcial bilateral em 1998 e 2001, sem necessidade de radioterapia ou quimioterapia. Apresentando aneurisma tóraco-abdominal, que foi definido como tratamento conservador a partir de setembro de 2016. Foi internado em janeiro de 2017 ao iniciar dor intensa em região lombar direita, irradiada para região inguinal direita, sem melhora com analgésicos.

Admitido na emergência, apresentava-se hipertenso (PAs 200 mmHg) com melhora da dor após controle da PA (PAs 130 mmHg). Realiza AngioTC de abdômen (sem tórax), que mostra aneurisma de aorta tóraco-abdominal associado a infiltração periaórtica, sem sinais de ruptura franca. Nesse momento, paciente apresentava-se estável, optando-se pela internação e complementação da angiotomografia com o exame da aorta torácica. Foi admitido em unidade cardiointensiva para manutenção de estabilidade clínica e preparo pré-operatório. Realizou angiotomografia de tórax e abdômen, evidenciando o seguinte: aorta tortuosa, ateromatosa calcificada e não calcificada, apresentando dilatação aneurismática sacular no segmento descendente, medindo 4,5 x 4,8 x 4,6 (L x T x AP) localizado a 4,0 cm abaixo do arco aórtico (Fig. 1; Fig. 2). Aorta abdominal tortuosa,

ateromatosa calcificada e não calcificada, algumas placas irregulares e com ulcerações, notando-se dilatação aneurismática sacular, com trombo mural excêntrico à esquerda, heterogêneo e com áreas mais densas de permeio, indicativo de componente hemático recente. Este aneurisma se origina logo após a emergência do tronco celíaco (Fig. 3) e se estende póstero-inferiormente à artéria renal esquerda, medindo 6,1 x 6,6 x 7,5 cm (Lx AP x T) com luz pérvia de 5,5 x 5,1 cm (Fig. 4). Nota-se outra dilatação aneurismática fusiforme focal na aorta abdominal infrarenal, contígua ao aneurisma supracitado, que mede 3,7 x 3,7 cm nos seus maiores eixos transversos (Fig. 5). O colo proximal e o distal dos aneurismas medem cerca de 2,8 cm. Notam-se, ainda, outras ectasias focais nas demais porções visualizadas da aorta infrarenal e importante densificação e infiltração dos planos adiposos no retroperitônio adjacentes ao aneurisma supracitado, se estendendo à fáscia pararenal anterior e látero-conal direita.



Fig. 1: dilatação da aorta torácica, logo após o arco aórtico.



Fig. 2: reconstrução mostrando a dilatação de aorta descendente e abdominal.



Fig. 3: dilatação em porção abdominal, logo após saída do tronco celiaco; presença de trombo à esquerda.



Fig. 4: aneurisma se estendendo póstero-inferiormente à artéria renal esquerda.



Fig. 5: outra dilatação fusiforme focal na aorta abdominal infrarrenal, contígua ao aneurisma.

Passadas 20 horas após a avaliação, definida opção pela endoprótese e ainda em aguardo pela autorização, o paciente evoluiu com dor franca abdominal e foi então submetido à correção cirúrgica de urgência (Fig. 6; Fig. 7; Fig. 8).

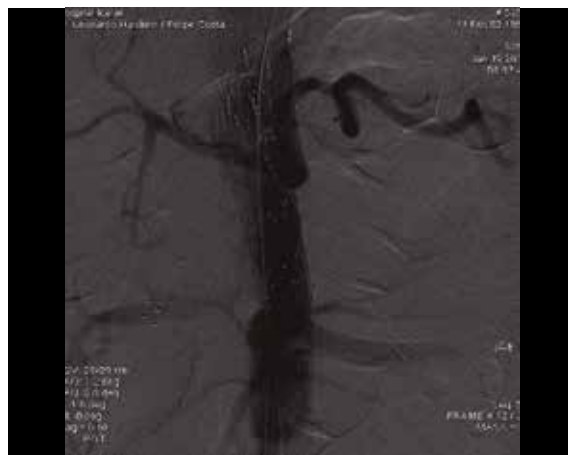


Fig 6: T-Branch "off-the-shelf" no controle perioperatório.



Fig. 7: T-Branch "off-the-shelf" no controle perioperatório.



Fig. 8: T-Branch "off-the-shelf" no controle perioperatório.

No pós-operatório imediato, o paciente deixou o centro cirúrgico com aminas para manutenção da pressão arterial média (PAM) próxima a 120 mmHg e permaneceu na unidade cardiointensiva, com grande variação hemodinâmica. Evoluiu sem déficit neurológico, com melhora significativa da dor e retirada do dreno liquórico no 5º dia pós-operatório, após a contagem plaquetária atingir valor acima de 100 mil p/mm³. Submetido à nova angiotomografia no 7º dia pós-operatório, a qual revelou endoleak II porém sem sinais de reexpansão e melhora importante do infiltrado periaórtico. Foi mantido na UCI até o 9º dia devido à hipertensão, com alta hospitalar 13 dias após a cirurgia.

Realizada angiotomografia de controle após 30 dias, identificando endoleak tipo II por enchimento através de lombares e artéria mesentérica inferior, porém sem expansão do saco aneurismático (Fig 9).

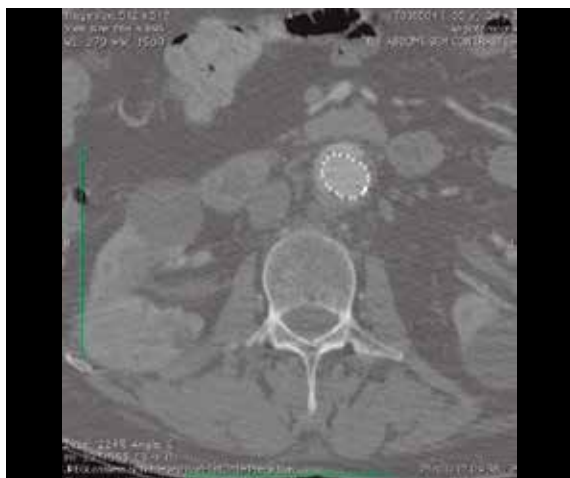


Fig. 9: Endoleak II na altura da saída da artéria mesentérica inferior.

A angiotomografia realizada rotineiramente após três meses foi postergada para seis meses. Opção da equipe baseada nos fatos de o paciente ser nefrectomizado bilateralmente, já ter realizado controle angiográfico peroperatório e angiotomografia no sétimo dia pós-operatório, além de ter apresentado evolução clínica muito boa.

O exame de controle de seis meses (Fig. 10; Fig. 11) mostra exclusão completa do aneurisma no terço médio do segmento descendente, que mede 46 x 42 mm de diâmetro. Nota-se opacificação das bordas anterior e posterior do aneurisma abdominal em continuidade com as artérias mesentérica inferior e lombares de L4, sugerindo manutenção do endoleak II (Fig. 12 e Fig. 13). O aneurisma abdominal mede 69 x 53 mm de diâmetro. Observa-se ainda progressiva opacificação das bordas anterior, posterior, lateral direita, esquerda e da artéria mesentérica inferior, sacral média e das artérias lombares na fase tardia. Sem sinal de migração, trombose ou angulação dos componentes da endoprótese. Presença de ramificações para o tronco celíaco e para as artérias mesentérica superior e renais, que encontram-se périas e sem sinal de reestenose. Os demais segmentos das artérias ilíacas comuns são ateromatosos e têm calibre normal.

Atualmente o paciente segue em acompanhamento rigoroso em conjunto com a Cardiologia, com manutenção da PAM de 120 mmHg, em uso de dupla antiagregação.

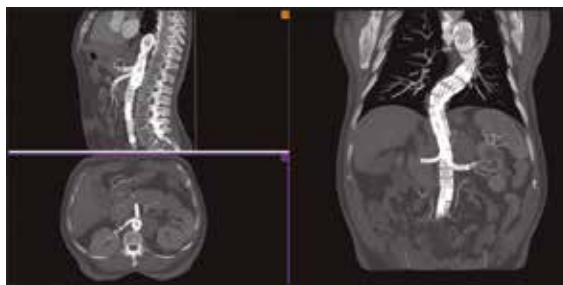


Fig. 10: controle angiotomográfico no sexto mês pós-operatório.



Fig. 11: remodelamento do aneurisma torácico.

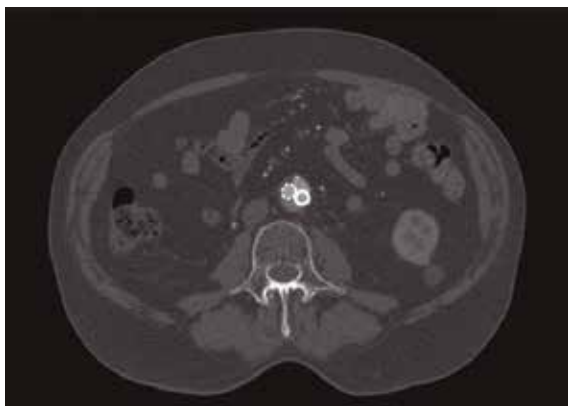


Fig. 12: Endoleak tipo II na altura das lombares.



Fig. 13: Endoleak tipo II na altura da a. mesentérica inferior.

DISCUSSÃO:

A primeira endoprótese revestida de aorta foi criada por Nicholas Volodos, em 1986, na Ucrânia e por ele utilizada pela primeira vez para correção de rotura traumática de aorta em 1988. Dois anos após, foi implantada para tratamento de aneurisma de aorta, pelo argentino Juan Carlos Parodi. No Brasil, em 1994, foram realizados os primeiros procedimentos endovasculares na aorta abdominal, utilizando uma endoprótese argentina, de configuração monoilíaca. Em 1996, as primeiras endopróteses bifurcadas foram implantadas no nosso país e, no Rio de Janeiro, o tratamento endovascular dos aneurismas de aorta teve seu início em 1997 com Gaudêncio Espinosa, Marcelo Ferreira e Arno Von Ristow, que, no ano seguinte, tratou o primeiro aneurisma da aorta torácica.

Em 1998, já havia endopróteses para aneurismas

de aorta com tecnologia brasileira: Apolo, disponível nas configurações monoilíaca e bifurcada, ambas com stent com estrutura metálica de níquel e revestida com PTFE².

Em 2003, Greenberg *et al* idealizaram a técnica da "chaminé", que consiste no implante de stents com orientação cranial, paralelos à endoprótese aórtica, que permitem a perfusão dos ramos viscerais e renais. Essa técnica torna possível a correção endovascular de aneurismas de aorta abdominal de colo proximal restrito envolvendo ramos. Além disso, permite o uso de próteses padronizadas "off-the-shelf" e prescinde de tempo para sua confecção.

A derivação também pode ser realizada a partir do procedimento descrito em 2008 por Armando Lobato, que idealizou a técnica "sanduíche". Inicialmente foi desenvolvida para manter a perviabilidade da circulação pélvica na correção de aneurismas com extensão para as ilíacas. Consiste no implante de uma endoprótese reta no colo proximal, cateterização e posicionamento das próteses nos ramos viscerais e renais, seguido de implante de endoprótese ramificada na aorta abdominal e posterior comunicação entre a peça proximal torácica e a peça distal abdominal. Essa técnica posteriormente se estenderia para tratamento também dos tóraco-abdominais e do arco aórtico.

Em ambas as técnicas alternativas, porém, há o risco considerável de oclusão de ramos, isquemia medular devido à maior extensão de segmento aórtico coberto, permanência de goteiras, preguçamento e vazamento entre os stents e a prótese aórtica, de forma que o isolamento do aneurisma não o previne da ocorrência de *leaks*.

Mais recentemente, surgiu um conceito novo no tratamento de aneurismas arteriais, com um *stent* autoexpansível multicamadas, não recoberto, com alta força radial, e fabricado a partir de fibras traçadas de liga de cobalto, o *Multilayer Flow Modulator* (MFM). Esse *stent* redireciona o fluxo sanguíneo, retirando a pressão de dentro do saco aneurismático e impedindo sua rotura. A organi-

zação dos fios em camadas do MFM altera o fluxo turbilhonar para laminar no interior do aneurisma, levando à formação de trombos organizados e estáveis no interior do saco³. Algumas condições para seu uso devem ser respeitadas, como angioplastia prévia de ramos viscerais estenosados; e um fator limitante para o uso dessa prótese é seu altíssimo custo quando comparado às outras, principalmente no Brasil.

Em 2012, uma nova alternativa para tratamento endovascular do AAT foi apresentada: a endoprótese T-Branch da Cook Medical, desenvolvida em Indiana (EUA). Uma prótese "off-the-shelf" de configuração padrão, com a proposta de reparo endovascular imediato de aneurismas tóraco-abdominais em 83% das variações anatômicas.

A evolução do tratamento da doença aneurismática da aorta também dependeu do cuidadoso planejamento pré-operatório, essencial para um procedimento bem-sucedido. A angiotomografia realizada com contraste representa o exame de imagem de escolha, realizando cortes < 3 mm desde os ramos supra-aórticos proximais até as artérias femorais. O diâmetro e comprimento das zonas de ancoragem proximal e distal são avaliados para definir a viabilidade do TEVAR juntamente com a avaliação da extensão da lesão e sua relação com os ramos e as rotas de acesso iliofemorais. Dessa forma, diminui-se muito o ônus do imprevisto e permite-se melhor preparação em relação a material a ser utilizado e táticas cirúrgicas a serem empregadas.

Um dos fatores que determina a mudança do tratamento conservador de um AATA para cirúrgico é o risco de ruptura. Isso ocorre quando as forças geradas dentro do aneurisma são maiores do que a resistência das paredes. Os diâmetros maiores, a menor espessura das paredes e a hipertensão aumentam a tensão nas paredes e, conseqüentemente, o risco de ruptura. Parece haver um ponto de transição entre 5-6 cm abaixo do qual o risco de ruptura é pequeno e acima do qual é alto. A taxa de expansão do AATA é 0,1 a 0,42 cm ao ano, o tamanho com o qual tende a se romper é 7 cm.

Comorbidades também elevam o risco de ruptura, com destaque para diâmetro inicial maior, DPOC e hipertensão, apresentadas pelo doente em questão, e precursores independentes de ruptura, incluindo ainda taxa de expansão (>0,7 cm em 6 meses ou >1 cm em 1 ano), anatomia excêntrica ou sacular do saco aneurismático, sexo feminino, história familiar de ruptura, tabagismo e PAM (1,02/mmHg).

O tratamento endovascular para a doença aneurismática da aorta repousa sobre o fato de que ela é potencialmente letal, além de estar associada a altos índices de morbimortalidade se tratada por cirurgia aberta.

Hoje, tem-se a opção sob medida para o segmento troncular da prótese. Todavia, experiências com o uso da prótese "off-the-shelf" tem mostrado que a precisão da customização pode não ser necessária. Variações no comprimento e orientação da prótese ramificada recoberta podem acomodar disparidades entre posições da prótese e o orifício da artéria correspondente.

A versão "off-the-shelf" do enxerto não substitui a customização, apenas faz com que ela seja realizada no pré-operatório e não no intraoperatório. As condições limitantes, devido à variabilidade de conformações de orientação dos ramos em relação aos cuffs, representam os limites da customização intraoperatória, levando à elegibilidade da prótese ramificada⁵.

Um estudo de Sweet e Chuter *et al*, de 2009, mostrou que uma prótese padronizada, "off-the-shelf", ramificada é dita como aplicável, contemplando os que estão dentro de parâmetros anatômicos prestabelecidos em 88% dos casos de AATA. Esses casos poderiam ter sido vistos como candidatos a próteses customizadas, de forma que esse estudo prova que o uso de uma prótese pré-fabricada tem o potencial de eliminar o longo intervalo para manufaturamento – que pode chegar a 3 meses – e expande o espectro de reparos de AATA inclusive para grandes aneurismas ou os sintomáticos.

Chuter *et al*⁷ também evidenciaram, após décadas de experiência, que, enquanto o posicionamento inexato do cuff em relação à artéria correspondente pode afetar o comprimento e formato do ramo que os conecta, jamais prejudicará a inserção do ramo ou desestabilizará sua posição.

Seu estudo retrospectivo não mostrou diferença estatística significativa entre o grupo submetido à correção com próteses "off-the-shelf" e o com customizadas em relação à idade dos doentes, diâmetro do aneurisma, tempo operatório, morbidade perioperatória, volume de contraste, perda sanguínea, angulação e extensão do ramo principal. A variabilidade na morfologia do ramo leva à forma de customização intraoperatória, a qual tem o potencial de eliminar ou reduzir a necessidade de customização pré-operatória, ampliando a aplicabilidade do reparo endovascular do AATA.

São conhecidos os desafios no uso de uma prótese "off-the-shelf". Ferreira *et al*, a partir da técnica "snare-guide", facilitou o cateterismo via axilar de ramos laterais e o posicionamento de stent utilizando um laço via acesso femoral. Com

esse procedimento, um dos grandes obstáculos anatômicos ao uso da prótese padronizada pode ser solucionado de maneira viável.

CONCLUSÃO:

Tem-se no uso da prótese "off-the-shelf", entre todas as técnicas descritas, uma opção segura e factível. Somado a isso, a realização do procedimento por equipe experiente, com assessoria multidisciplinar e em centro médico que disponha da tecnologia necessária, é indispensável para atingir o resultado esperado. Necessita ainda de maiores estudos e grande evolução técnica, todavia com expressivo progresso nos últimos anos. Além do crescente desenvolvimento de novas técnicas e materiais para expandir seu uso, aumenta também o interesse pelas evidentes vantagens de seu emprego em termos de custos e disponibilidade. Não há terapia ideal, mesmo porque a decisão deve ser feita caso a caso, com um estudo pré-operatório denso e individualizado. Nesse cenário, a prótese pré-fabricada vem configurando-se como grande promessa para aumento da aplicabilidade de reparo endovascular dos AATA.

Bibliografia:

1. SAFI, H. J.; HUYNH, T. T.; ESTRERA, A. L.; MILLER III, C. C. Aneurismas Aórticos Toracoabdominais. In: ROBERT B. RUTH-ERFORD, Ed 6. *Cirurgia Vascular*. New York: Elsevier, 2005. p 1490-1512.
2. LOBATO L.C.; COLLI JR D. F.; PRESTI C.; Seção I. Aspectos Históricos. In: ARMANDO DE CARVALHO LOBATO. *Cirurgia Endovascular*. São Paulo, 2015. p 37-47.
3. ARAUJO, A.G.; SOUZA, F. H. R.; FERNANDES, F. H.; BARBOSA, F. P.; JATENE, J. A.; CÂMARA, P. C. G. Tratamento Endovascular de Aneurisma de Aorta Abdominal pela Técnica de Chaminé. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*. São Paulo, 22,4,386,9, 2014.
4. JALDIN, R. G.; SOBREIRA, M. L.; MOURA, R.; BERTANHA, M.; MARIAÚBA, J. V. O.; PIMENTA, R. E. F.; YOSHIDA R. A.; YOSHIDA W. B.; Tratamento de aneurisma de aorta sacular justarrenal com Multilayer Flow Modulator: relato do primeiro caso realizado em Hospital Público no Brasil. *Journal Vascular Brasileiro*, São Paulo Jul.-Set.; 13(3):235-243, 2014.
5. ODERICH, G. S.; MENDES, B.; Endovascular Repair of

TAAAs With the t-Branch Multibranched Stent Graft: the technical aspects and clinical applications of this approach. *Supplement to Endovascular Today*, USA, November, 2015.

6. SWEET, M. P.; HIRAMOTO, J. S.; PARK, K. H.; REILLY, L. M.; CHUTER, T. A. M. A Standardized Multi-Branched Thoracoabdominal Stent-Graft for Endovascular Aneurysm Repair. *Journal of Endovascular Therapy*, USA, 16, 359-364, 2009.

7. CHUTER, T. A. M. A.; HIRAMOTO, J. S.; PARK, K. H.; REILLY, L. M.; The transition from custom-made to standardized multibranched thoracoabdominal aortic stent grafts. *J Vasc Surg*. 2011;54:660-8.

8. RESCH T; Improving Your Practice by Operating Within the IFU. *Supplement to Endovascular Today*. May 2014

9. FERREIRA, M.; KATSARGYRIS, A.; RODRIGUES, E.; FERREIRA, D.; CUNHA, R.; BICALHO, G.; ODERICH, G.; VERHOEVEN, ERIC L. G.; "Snare-ride": A Balloon Technique to Catheterize Target Vessels With Unfriendly Anatomy in Branched Endovascular Aortic Repair. *Journal of Endovascular Therapy*, USA, vol 24, issue 4, p 556-558, May, 2017.

Relato de Caso: Síndrome da Veia Cava Superior com abordagem endovascular

Case Report: Superior Cava Syndrome with endovascular approach

Fábio Monteiro Costa¹, Marco Antônio Mannarino Theodoro Ribeiro¹, Nelson dos Santos Neto, Felipe Fraga Rosas¹, Marleany Garcia Barros Mohallem Corrêa¹, Letícia Baldez de Almeida¹, Livia Caroline Saviolo Cunha¹, João Otávio Bellotti Rossi¹.

1 - Hospital São João Batista (HSJB), Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular Volta Redonda, Rio de Janeiro; Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (SCBM), Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular, Barra Mansa, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO:

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) é um conjunto de manifestações oriundas da obstrução da veia cava superior (VCS), seja por trombose, compressão extrínseca ou invasão direta do vaso. Apenas 5% das causas descritas na literatura são de origem benigna, sendo a presença de câncer de pulmão descrita como causa mais comum. Avanços na abordagem endovascular tem tornado possível o controle dos sinais e sintomas da síndrome durante a investigação e tratamento da doença de base. Este artigo apresenta um caso de SVCS secundário a histoplasmose e que obteve sucesso no controle dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente com tratamento endovascular.

Palavras-Chave: Síndrome da Veia Cava Superior, Veia Cava Superior, Procedimentos Endovasculares.

ABSTRACT:

Superior vena cava syndrome (SVCS) is a set of manifestations originating from obstruction of the superior vena cava (SVC), either by thrombosis, extrinsic compression or direct invasion of the vessel. Only 5% of the causes described in the literature are of benign origin, and the presence of lung cancer is described as the most common cause. Advances in the endovascular approach have made it possible to control the signs and symptoms of the syndrome during the investigation and treatment of the underlying disease. This article presents a case of SVCS secondary to histoplasmosis and was successful in controlling the signs and symptoms presented by the patient with endovascular treatment.

Keywords: Superior vena cava syndrome, vein cava superior, Endovascular Procedures.

INTRODUÇÃO:

A SVCS por definição é a expressão clínica da obstrução ao fluxo sanguíneo na VCS. A síndrome clínica tem uma gradação nas manifestações que é correlata ao grau de obstrução da veia no mediastino.¹ A obstrução da VCS pode ser causada por compressão extrínseca do vaso, invasão tumoral, trombose ou por dificuldade do retorno venoso ao coração secundária a doenças intra-atriais ou intraluminais.²

A compressão inicial (estágio em que 60% dos pacientes procuram atendimento) manifesta-se com edema facial matutino, edema cervicofacial, pletora facial, dispneia e turgência venosa cervical. Com a evolução do quadro, surgem outras manifestações como edema de membros inferiores, dor torácica, disfagia, turgência venosa em membros superiores, tosse-síncope, vertigem, obnubilação mental, coma e circulação colateral da parede torácica.³

A SVCS é encontrada na evolução da histoplasiose, sendo ocasionada pela fibrose mediastinal gerada pela doença. A incidência da histoplasiose é mundial. No Brasil, a doença incide em todas as regiões, entretanto, o estado do Rio de Janeiro é responsável pelo maior número de microepidemias descritas até hoje⁴ (Aide, 2002).

Nos últimos anos, o uso de *stents* endoluminais tornou-se uma alternativa terapêutica importante no tratamento da SVCS de diferentes etiologias, permitindo alívio rápido dos sintomas, sem a necessidade de procedimento cirúrgico maior, enquanto o paciente pode continuar a terapia específica da doença responsável pela síndrome.⁵

Este artigo tem como intuito relatar um caso de SVCS de origem não maligna, e expor a abordagem endovascular que determinou a remissão completa dos sinais e sintomas decorrentes da síndrome.

Relato de caso:

PSP, masculino, 26 anos, pardo, engenheiro químico em atividade, procurou atendimento

médico em ambulatório de cirurgia vascular com a queixa de edema facial, relata que o sinal surgiu há aproximadamente seis meses. Concomitante com a queixa inicial, o paciente referiu dores periorbitais e epistaxe durante a prática de exercícios físicos de resistência e força. Durante entrevista o paciente negou episódios prévios do quadro, ou outras comorbidades, relatou vida sexual ativa sem promiscuidade e negou o uso de drogas e/ou tabagismo, descreveu ainda boas condições de higiene e saneamento básico, negou convívio com animais, porém relatou viagens para áreas rurais com frequência.

Ao exame o paciente se encontrava em bom estado geral, normocorado, eupneico, afebril, com presença de edema facial e circulação venosa jugular visivelmente dilatada. Não foram encontradas alterações nos sistemas cardíaco e respiratório, abdome flácido, indolor, sem massas ou visceromegalias e todos os pulsos cheios e simétricos, sem edemas em outras regiões do corpo.

Diante dos achados da anamnese e exame físico inicial foram solicitados como exames complementares: tomografia computadorizada de tórax, angiotomografia de tórax (Figura I e Figura II), pesquisa de doenças infectológicas e biópsia de linfonodo mediastinal.



Figura I – Angiotomografia de Tórax evidenciando estenose crítica em veia cava superior (VCS).

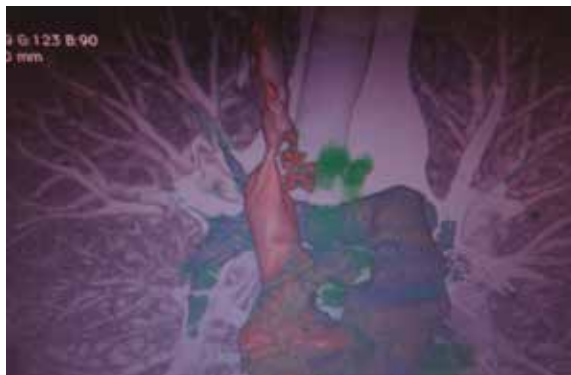


Figura II – Angiotomografia de Tórax com reconstrução 3D, demonstrando área de estenose crítica da veia cava superior (VCS).



Figura IV – Realização de flebografia pré-operatória.

A respeito da obstrução demonstrada pela angiotomografia torácica, a abordagem da obstrução foi feita por procedimento endovascular com acesso em veia jugular direita com introdutor 5F (Figura III), e veia femoral direita com introdutor 10F. Sendo realizada flebografia pré-operatória (Figura IV) e pré-dilatação com balão 10x40 mm (Figura V), implante de stent Sinus 20x40 mm (Figura VI), pós-dilatação com balão 12x40 mm (Figura VII), seguido de uma angiografia de controle (Figura VIII) da hemostasia por compressão.



Figura V – Pré-dilatação da veia cava superior em área de estenose com balão 10x40 mm.



Figura III – Introdutor 5F em veia jugular direita para realização de flebografia.

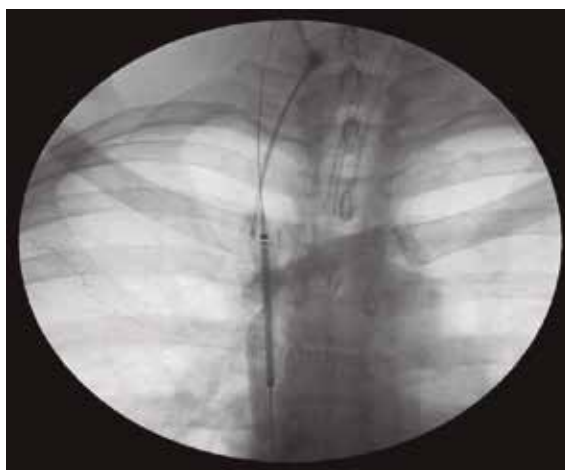


Figura VI – Angioplastia sendo realizada com stent Sinus 20x40 mm em veia cava superior.



Figura VII – Aspecto final do stent inserido em veia cava superior pós-dilatação com balão 12x40 mm.



Figura VIII – Flebografia de controle.

O paciente apresentou regressão total dos sintomas 24 horas após a intervenção cirúrgica, recebendo alta hospitalar em 48 horas de internação. Os resultados da investigação etiológica da síndrome demonstraram resultados negativos para neoplasia e infecção por paracoccidioidomicose e reagente à infecção por histoplasmose.

Concluimos que a técnica endovascular é uma técnica minimamente invasiva, factível e que apresenta excelentes resultados no tratamento da SVCS.

Referências:

- 1 - Baumgarten AS, Richardson C, Dolan D. Superior vena cava syndrome. *J Fam Pract* 1986;23:375-6.
- 2 - Parish JM, Marschke RF Jr, Dines DE, Lee RE. Etiologic considerations in superior vena cava syndrome. *Mayo Clin Proc.* 1981;56(7):407-13.
- 3 - Cordeiro, SZB, Cordeiro, PB. Síndrome da Veia Cava Superior. *J Pneumol* 28(5) – set-out de 2002.
- 4 - Aide MA. "Histoplasmose". In: Tarantino AB, editor. *Doenças Pulmonares*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 426-34.
- 5 - Yim CD, Sane SS, Bjarnason H. Superior vena cava stenting. *Radiol Clin North Am.* 2000;38(2):409-24.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax

(21) 3203-4348

Abordagem de Trauma Arterial Relacionado à Punção Venosa Central

Management of Arterial Trauma Due to Central Venous Catheterization

Henrique Salles Barbosa¹, Rosana da Silva Costa Palma², Antônio Cláudio Pinto de Oliveira³, Rita de Cássia Proviatt Cury⁴.
Hospital Municipal Souza Aguiar, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

- 1 - Médico residente em Cirurgia Endovascular no Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA).
2 - Preceptora da residência médica dos Programas de Cirurgia Vascular e Endovascular do HMSA.
3 - Chefe de Clínica do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do HMSA.
4 - Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do HMSA.

RESUMO:

Introdução: O uso de cateteres venosos centrais é bem difundido para prover acesso venoso. Os procedimentos de instalação para acesso venoso central se associam com punção arterial inadvertida ou cateterismo arterial em até 6% dos pacientes. Complicações mecânicas agudas estão comumente associadas à lesão a estruturas contíguas, como a pleura, nervos, esôfago ou artérias vizinhas. Não há diretrizes na literatura que nomeiem e orientem conduta no cateterismo arterial inadvertido, com dispositivos de grande calibre (maiores ou iguais a 7Fr).

Materiais e métodos: Pesquisamos na base de dados PubMed com os termos “iatrogenic arterial trauma”, “central venous catheter” e “adult patients”. Oito artigos foram selecionados por abordarem a conduta e tratamento da lesão arterial. Realizamos estudo retrospectivo de casos de trauma arterial iatrogênico relacionados a tentativa de cateterismo venoso, do período de Julho de 2015 a Janeiro de 2016, operados pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar. Tratamos da elaboração de algoritmo de conduta e manejo no cateterismo arterial inadvertido.

Resultados: O estudo retrospectivo no Hospital Municipal Souza Aguiar, com intuito de levantar casos submetidos a tratamento cirúrgico para o trauma arterial iatrogênico em decorrência de tentativa de inserção de cateter venoso central, resultou em dois casos. A revisão da literatura na base de dados PubMed, de acordo com os critérios anteriormente relatados, resultou em 8 artigos, cujo escopo de pacientes envolvidos atinge 49. As técnicas descritas no tratamento do trauma arterial relacionado à punção venosa incluíram: embolização, tamponamento com balão, dispositivo de selamento, compressão manual, implante de *stent* recoberto e embolização com molas. Embora em número e sob condições variadas, o sucesso das diferentes alternativas de tratamento intervencionista foi superior a 80%, em oposição à compressão manual, que alcançou adequada hemostasia em apenas 60% dos casos.

Conclusão: O manejo percutâneo e endovascular do cateterismo arterial inadvertido parece ser seguro e pode oferecer vantagens em relação ao reparo aberto em pacientes selecionados.

Palavras-chaves: Cateter venoso central, trauma arterial, trauma iatrogênico

ABSTRACT:

Introduction: The use of central venous catheters is widespread to provide venous access. Installation procedures for central venous access are associated with inadvertent arterial puncture or arterial catheterization in up to 6% of patients. Acute mechanical complications are commonly associated with injury to contiguous structures, such as the pleura, nerves, esophagus, or neighboring arteries. There are no guidelines in the literature that name and guide conduct in inadvertent arterial catheterization with large caliber devices (greater than or equal to 7Fr).

Materials and methods: We searched the PubMed database with the terms "iatrogenic arterial trauma" and "central venous catheter" and "adult patients". Eight articles were selected for addressing the management and treatment of arterial injury. We performed a retrospective study of cases of iatrogenic arterial trauma related to the attempt of venous catheterization, from July 2015 to January 2016, operated by the Vascular Surgery Service of the Souza Aguiar Municipal Hospital. We've dealt with the elaboration of an algorithm of conduct and management in the inadvertent arterial catheterization.

Results: The retrospective study at the Souza Aguiar Municipal Hospital, in order to raise cases submitted to surgical treatment for iatrogenic arterial trauma, as a result of an attempt to insert a central venous catheter, resulted in 2 cases. The review of the literature in the PubMed database, according to the criteria previously reported, resulted in 8 articles, whose scope of involved patients reaches 49. Techniques described in the treatment of arterial trauma related to venipuncture included: embolization, balloon tamponade, sealing device, manual compression, covered stent implantation and embolization with coils. Although in number and under varied conditions, the success of the different alternatives of interventional treatment was superior to 80%, as opposed to manual compression, which reached adequate hemostasis in only 60% of the cases.

Keywords: Central venous catheter, arterial trauma, iatrogenic trauma

INTRODUÇÃO:

O uso de cateteres venosos centrais é bem difundido para prover acesso venoso. Os cateteres são um auxílio essencial ao cuidado de numerosos pacientes, facilitando a monitorização hemodinâmica, terapia intravenosa, nutrição parenteral, hemodiálise e ressuscitação volêmica.¹

Os procedimentos de instalação para acesso venoso central se associam com punção arterial inadvertida ou cateterismo arterial em até 6% dos pacientes, quando são usadas técnicas com base em referências anatômicas. Há subsequente desenvolvimento de hemorragia, pseudoaneurisma, dissecação arterial, fistula arteriovenosa, lesão neurológica ou ainda obstrução letal de via aérea. O uso de ultrassonografia para a punção ainda é infrequente, apesar das altas taxas de sucesso e menores complicações.²

A inserção de um cateter venoso central na veia subclávia em pacientes num campo de batalha foi descrita pela primeira vez em 1952 por Aubaniac. A canulação venosa central percutânea tornou-se um útil e comum procedimento entre

as especialidades clínicas e cirúrgicas.²

Os sítios mais usuais de inserção dos cateteres são veias jugular interna, subclávia e femoral. Apesar de vários estudos randomizados terem mostrado a superioridade a punção guiada por ultrassonografia da veia jugular interna, a punção e cateterismo venoso ainda são frequentemente realizadas às cegas, empregando parâmetros anatômicos palpatórios e visuais, com taxa de sucesso relatada entre 75% e 99%.³

Apesar de treinamento e experiência, a instalação de tais cateteres não é isenta de risco. Complicações mecânicas agudas estão comumente associadas à lesão a estruturas contíguas, como a pleura, nervos, esôfago ou artérias vizinhas.³

A punção arterial inadvertida com agulhas de pequeno calibre é geralmente benigna e ocorre em 5% dos casos (0% a 11%). Complicações de maior morbidade pelo posicionamento arterial incorreto de um cateter de grande calibre tem incidência de 0,1% a

0,8%. Outras complicações potenciais são o hematoma, que potencialmente podem expandir e obstruir a via aérea, hemotórax, pseudoaneurisma, fistula arteriovenosa e acidente vascular encefálico (AVE).⁴

Não há diretrizes na literatura que nomeiem e orientem conduta no cateterismo arterial inadvertido, com dispositivos de grande calibre (maiores ou iguais a 7Fr).^{1,2}

A lesão arterial devido a cateterismo inadvertido pode ser manejada com técnicas cirúrgicas abertas, embora técnicas minimamente invasivas tenham emergido com opções de tratamento: *stent grafts*, dispositivos de selamento percutâneo e tamponamento com balão.^{2,5}

A remoção em ambiente não controlado de cateteres intra-arteriais, seguida por compressão externa ("puxar-e-comprimir") está associada a altas taxas de complicações e deve ser evitada.²

MÉTODOS:

Pesquisamos na base de dados PubMed com os termos "iatrogenic arterial trauma", "central venous catheter" e "adult patients". Obtivemos 13 artigos, dos quais 8 foram selecionados por abordarem a conduta e tratamento da lesão arterial.

Realizamos estudo retrospectivo de casos de trauma arterial iatrogênico relacionados à tentativa de cateterismo venoso, do período de julho de 2015 a janeiro de 2016, operados pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar.

Tratamos da elaboração de algoritmo de conduta e manejo no cateterismo arterial inadvertido a ser implementado na Instituição do autor.

Incluímos também a casuística do autor no âmbito do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar na punção de veia jugular interna guiada por ultrassonografia desde abril de 2016 a fevereiro de 2017, período durante o qual tal recurso se tornou disponível.

RESULTADOS:

O estudo retrospectivo no Hospital Municipal Souza Aguiar, com intuito de levantar casos submetidos a tratamento cirúrgico para o trauma arterial iatrogê-

nico, em decorrência de tentativa de inserção de cateter venoso central, resultou em dois casos. Ambos foram tratados por cirurgia aberta. Os prontuários foram revisados e o sucesso técnico, analisado.

Caso 01. Trata-se de paciente MHD, sexo masculino, 51 anos, portador de Doença Renal Crônica (DRC) Dialítica. Foi submetido à tentativa de inserção de cateter temporário de diálise em v. jugular interna direita, por referências anatômicas. Observou-se fluxo arterial e pulsátil pelo cateter, que foi mantido in loco e contactada a Cirurgia Vascular. O paciente foi submetido a angiografia, que confirmou a posição arterial do cateter na artéria carótida comum direita. Procedeu-se à cervicotomia exploradora, retirada do cateter sob visão direta e reparo da lesão arterial, além de drenagem fechada. O paciente não apresentou déficits neurológicos e recebeu alta no 2º dia de pós-operatório.

Caso 02. O paciente RSO, de 69 anos, sexo masculino, portador de DRC, com agudização recente e necessidade de suporte dialítico, foi submetido à tentativa de implante de cateter temporário em v. jugular interna direita por referências anatômicas. Houve retorno de fluxo arterial pelo cateter e formação de hematoma cervical, que foi mantido in loco até avaliação da Cirurgia Vascular. A angiografia perioperatória confirmou posicionamento do cateter em a. subclávia direita. Optou-se por acesso supraclavicular e cervical anterior combinados. Realizou-se retirada do cateter sob visão direta e hemostasia. O acompanhamento pós-operatório não apresentou intercorrências.

Durante o período de abril de 2016 a fevereiro de 2017, o autor realizou 20 punções de v. jugular interna direita guiadas por ultrassonografia, em pacientes internados na enfermaria da Cirurgia Vascular e Nefrologia. Os cateteres implantados foram de calibres 7Fr (17 casos) e 12Fr (3 casos). Houve punção arterial em 1 caso, com agulha de calibre 18 Gauge, imediatamente identificada pelo refluxo pulsátil. Procedeu-se à retirada da agulha e compressão local, com hemostasia adequada e sem formação de hematoma. Não houve outras complicações.

A revisão da literatura na base de dados PubMed, de acordo com os critérios anteriormente relatados, resultou em 8 artigos, cujo escopo de pacientes envolvidos atinge 49. As técnicas descritas no tratamento do trauma arterial relacionado à punção

venosa incluíram: embolização, tamponamento com balão, dispositivo de selamento, compressão manual, implante de *stent* recoberto e embolização com molas. Embora em número e sob condições variadas, o sucesso das diferentes alternativas de tratamento intervencionista foi superior a 80%, em oposição à compressão manual, que alcançou adequada hemostasia em apenas 60% dos casos.

Pikwer e colaboradores relataram 11 casos de cateterismo arterial inadvertido (4 na artéria carótida comum, 6 na artéria subclávia e 1 na femoral) em 10 pacientes. Os fatores de risco identificados foram obesidade (2 pacientes), pescoço curto (1 paciente) e procedimento de emergência (4 pacientes). Com exceção de um, todos os outros cateteres foram implantados sob referência anatômica.²

As técnicas utilizadas para o tratamento foram: implante de “*stent*” recoberto (2 pacientes), dispositivo de selamento arterial percutâneo (2 pacientes), compressão externa após angiografia (1 paciente), oclusão temporária por balão e reparo aberto (1 paciente) e reparo aberto após falha de dispositivo de selamento percutâneo. Não houve complicações periprocedimento relatadas dentro de um período de seguimento de 16 meses.²

Leonardou e Pappas relataram três casos de lesão arterial em subclávia, com reparo endovascular por *stent* revestido. Mesmo em pacientes com choque hipovolêmicos (dois pacientes) ou paralisia do plexo braquial devido a pseudoaneurisma da artéria subclávia (um paciente), houve sucesso no implante de *stent* balão-expansível por via braquial (dois pacientes) ou femoral (um paciente). O *follow-up* mostrou patência adequada.³

Rossi e colaboradores analisaram um caso de paciente submetida à tentativa de implante de cateter de diálise em veias jugulares internas, sem sucesso. Houve formação de pseudoaneurisma de a. subclávia esquerda. O tratamento com *stent* revestido e embolização da a. mamária interna com “Amplatzer Vascular Plug” foi realizado sem intercorrências e a patência durante os 24 meses seguintes de acompanhamento foi demonstrada.²

Ruan e colaboradores revisaram a formação de pseudoaneurismas em artéria de menor calibre, como a artéria tireóidea inferior e apresenta um caso em que houve formação de pseudoaneurisma

após tentativa de punção de veia jugular interna direita. O paciente foi tratado com sucesso por meio da embolização com molas de liberação livre.^{2,7}

Yu e colaboradores apresentaram a série de casos com 13 pacientes com lesão iatrogênica de artéria subclávia, após tentativa de inserção de cateter venoso central. A taxa de sucesso de 100% foi conseguida com a técnica do balonamento temporário. O tempo médio de balonamento foi de 14 min. Em um paciente, houve formação de trombo não oclusivo e assintomático na a. subclávia. Não há relatos de outras complicações.⁸

O uso de *stent-grafts* é novamente comentado por Wahbi *et al.* em seus dois relatos de casos. Os autores apresentaram duas complicações hemorrágicas em pacientes submetidos à tentativa de punção de veias femorais, com formação de pseudoaneurisma e instabilidade hemodinâmica. Os pacientes foram tratados com *stents* revestidos. Não houve complicações periprocedimento. Não há informações a respeito da patência dos dispositivos.⁸

A abordagem cirúrgica aberta em caso de hemotórax maciço após tentativa de punção em v. subclávia direita é objeto do artigo de Deogaonkar *et al.* Os autores recomendam o uso rotineiro de ultrassonografia para auxiliar a punção e reduzir complicações.⁹

Chemeli e colaboradores revisaram cinco casos de pacientes com lesão de artéria mamária interna, após tentativa de cateterismo de a. subclávia. Todos foram submetidos à embolização, sem intercorrências.¹⁰

DISCUSSÃO:

Complicações após lesão arterial cérvico-torácica relacionada a cateteres podem ser devastadoras. O trauma iatrogênico às artérias carótidas e subclávias podem provocar sangramento severo, dissecação arterial, embolia ou trombose. Vários relatos de casos de complicações, como obstrução de via aérea por hematoma cervical, choque devido a hemotórax, acidentes vasculares encefálicos devido à trombose arterial ou embolia cerebral, pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa podem ser encontradas.²⁻¹⁰

Em pacientes anestesiados, a cateterização arterial inadvertida que não é prontamente reconhecida e tratada pode levar a complicações devastadoras irreversíveis. Nos Estados Unidos da América, le-

sões ligadas a acessos venosos centrais são uma causa frequente de processos médicos. Além disso, tais lesões se acompanham de um maior grau de severidade e mortalidade aumentada, comparado com outras queixas no banco de dados da Sociedade Americana de Anestesiologistas.^{4,11}

Em uma pesquisa recente entre cirurgias vasculares, questionados sobre a conduta diante de um caso hipotético em que um cateter de grande calibre (8,5Fr) foi implantado na carótida, 60% responderam que adotariam a tática de “puxar-e-comprimir”. Tal resultado pontua a necessidade de disseminar informação entre profissionais responsáveis pelo implante de acessos venosos centrais, assim como diretrizes para a prevenção e manejo de lesões arteriais.²

Tradicionalmente, cateteres venosos centrais eram posicionados por meio de marcos anatômicos superficiais. Recentemente, a punção ecoguiada se provou eficiente: nove estudos prospectivos e randomizados compararam a punção ecoguiada versus punção por referências anatômicas. Em todos esses estudos, a taxa de sucesso inicial era maior no grupo da punção ecoguiada.^{2,4,5}

Complicações também foram relatadas nos estudos e as taxas de punção arterial inadvertida são significativamente menores com o ultrassom – todavia, a cateterização arterial da carótida pode ocorrer. Embora a punção ecoguiada não tenha função no tratamento da lesão arterial, sem dúvidas é de relevante papel na prevenção de complicações.^{4,5}

A retirada de agulha de pequeno calibre, seguida de compressão externa, após punção da artéria carótida, é uma abordagem comum e parece ser isenta de consequências maiores na maioria dos casos. Este é um evento provavelmente subnotificado e pouco relatado nos prontuários médicos e na literatura.^{4,7}

Há apenas alguns relatos de complicações maiores relacionadas a punções carótidas com agulhas e tratam de pacientes sob anestesia geral, com doença aterosclerótica significativa, que evoluíram com embolia cerebral nas primeiras 48h pós-operatórias. A postergação de cirurgias eletivas e o seguimento dos parâmetros neurológicos por 24h poderiam ser justificados em pacientes selecionados, especialmente com estenose carotídea importante, múltiplas punções arteriais ou hematoma.^{2,4,11}

Uma vez reconhecido, o manejo de lesões arteriais cervicotorácicas mais graves dependerá de vários fatores, como o ambiente do procedimento, estabilidade do paciente, diâmetro do cateter e lesão arterial, caso ele ainda esteja posicionado, e estado neurológico do paciente. O reconhecimento precoce do trauma arterial e imediata abordagem são requeridos.¹¹

Duas diferentes estratégias para o tratamento da cateterização arterial não planejada têm sido utilizadas: remoção do cateter, seguido pela compressão local, ou imediato tratamento cirúrgico ou endovascular. A informação científica presente até o momento demonstra que, com cateteres maiores do que 7Fr, a técnica de “puxar-e-comprimir” pode se associar à morbidade significativamente maior do que o tratamento cirúrgico ou endovascular, incluindo AVE, hematoma expansivo causando compressão de via aérea, pseudoaneurisma e morte.^{1,7}

Deve-se salientar que a abordagem de porção mais caudal da veia jugular interna pode lesar não apenas a artéria carótida, mas também a subclávia, os vasos inominados ou a aorta. A punção de veia subclávia também pode levar a lesões aórticas, de carótida comum ou artéria inominada. Embora as veias-alvo sigam trajeto paralelo aos ramos supra-aórticos, uma proporção significativa de lesões arteriais ocorrem distantes da veia cujo acesso se pretende obter – prescindindo-se, assim, de compressão externa eficaz para tamponar o sangramento.^{4,5,11}

Sob nenhuma circunstância a canulação arterial prolongada deve ser tolerada. Há vários relatos de achados de trombo no sítio da lesão arterial, principalmente após o cateterismo prolongado. A heparinização deve ser considerada se o tratamento imediato não for possível.²

AVEs foram relatados após a técnica “puxar-e-comprimir”. É recomendado pela literatura, embora com baixo nível de evidência científica, que se proceda à avaliação neurológica antes de procedimentos eletivos e após a ocorrência de lesões arteriais iatrogênicas. Postergar cirurgias eletivas garantirá que o paciente, sob anestesia, não tenha um AVE em evolução e não reconhecido.⁷

Mais recentemente, técnicas endovasculares, com o implante de *stents* revestidos ou dispositivos de fechamento arterial percutâneo, têm sido rela-

tadas nas lesões arteriais cervicotorácicas. Essas opções são ideais para trauma arterial em sítios abaixo ou atrás da clavícula, como a artéria carótida comum proximal ou a artéria subclávia.¹⁻¹¹

O trauma arterial abaixo da articulação esternoclavicular não deve ser reparado através de acesso cervical. A suspeição clínica dessas lesões mais proximais deve levar à realização imediata de imagem pré-operatória para evidenciar com clareza o sítio de lesão e o plano de tratamento.^{1,4}

Complicações tais como pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa podem ser reconhecidas tardiamente, em até duas semanas após lesões arteriais tratadas pela técnica “puxar e comprimir”. É razoável estabelecer a obtenção de imagens de pacientes tratados pela técnica “puxar-e-comprimir”, mesmo que assintomáticos. Finalmente, seguimento clínico seriado por 24h para excluir hematoma em expansão ou complicações neurológicas é sugerido, mesmo se os exames de imagem complementares forem normais.²

Ao extrapolarmos conhecimentos obtidos de intervenções endovasculares percutâneas, como o cateterismo de artéria femoral comum, devemos nos lembrar de que são punções planejadas, não acidentais. A maioria dos procedimentos coronários ou periféricos é realizada com cateter 5Fr ou 6Fr, menores do que os cateteres venosos centrais atuais (7 a 8,5Fr).⁸

Sangramento maior ou hematoma após a remoção de cateteres arteriais e compressão na região inguinal ocorre em 1% a 2,4% dos pacientes – e a taxa de complicação aumenta com cateteres de maior calibre. Complicações são mais frequentes quando o sítio de punção arterial é muito acima ou muito abaixo do ligamento inguinal, impedindo a compressão adequada. Tal conhecimento e expertise devem ser considerados ao tratarmos lesões arteriais cervicotorácicas ligadas ao cateter, uma vez que hemorragia cervical ou complicações isquêmicas cervicais são mais graves e acarretam maior mortalidade.⁸

A adequada compressão na região cervical não é possível sem comprometer a perfusão cerebral. É frequente encontrarmos relatos de casos de hematomas com expansão rápida, após remoção de cateter mal posicionado, resultando em dificuldade na intubação de emergência.

A alta taxa de pseudoaneurismas após a sequên-

cia “puxar-e-comprimir” após lesão arterial por cateteres de grosso calibre não é surpreendente. Não há diretrizes para o tratamento do cateterismo arterial acidental durante o implante de cateteres venosos centrais.^{2,4,11}

A Sociedade Canadense de Cirurgia Vascular sugere um algoritmo para o tratamento de cateterismo arterial inadvertido, o qual adaptamos e adequamos para a disponibilidade de recursos e material da nossa instituição.²

O Hospital Municipal Souza Aguiar é um hospital geral e instituição de ensino, com cerca de 400 leitos. Localiza-se na região central do Rio de Janeiro e é referência para Urgência e Emergência em Eventos de Massa da Microrregião “Centro” do município.

O implante de cateteres venosos centrais é muito frequente e, em alguns setores, como unidades de terapia intensiva e enfermaria de Nefrologia, alcança números maiores e, inexoravelmente, maior ocorrência de complicações.

Em razão de haver um Serviço de Cirurgia Vascular constituído, elaborou-se um algoritmo para a conduta e manejo na suspeita de cateterismo arterial inadvertido (Figura I). Nele, estabelecemos, com base na evidência científica mais atual, a melhor prática médica para o trauma arterial iatrogênico de A. Carótida e ramos, A. Femoral e ramos e A. Subclávia e ramos.¹⁻¹²

Os vasos mais superficiais e de abordagem com menor morbimortalidade, como Aa. Carótida e Femoral, são tratados por cirurgia aberta. Em casos de trauma iatrogênico em A. Subclávia e ramos, consideramos a abordagem endovascular.

A opção pelo tratamento endovascular envolve diferentes recursos, cuja disponibilidade imediata é variável na instituição, porém devem compor o arsenal terapêutico do Cirurgião Vascular, quais sejam: obtenção de imagem angiográfica imediata para confirmação da lesão; balonamento temporário com balão de angioplastia não complacente; implante de *stent* revestido e uso de dispositivo de selamento percutâneo.

Pilar do algoritmo é a avaliação imediata pela Cirurgia Vascular, factível mediante plantão presencial diuturnamente, todos os dias da semana. A implementação do algoritmo, ainda a ser protocolado no Hospital,

objetiva a prevenção de complicações, aumento do diagnóstico das lesões arteriais iatrogênicas e conscientização dos demais profissionais da ineficácia da técnica “puxar e comprimir”. A necessidade de acompanhamento e consulta à Cirurgia Vascular para tais lesões deve ser bem estabelecida e divulgada.

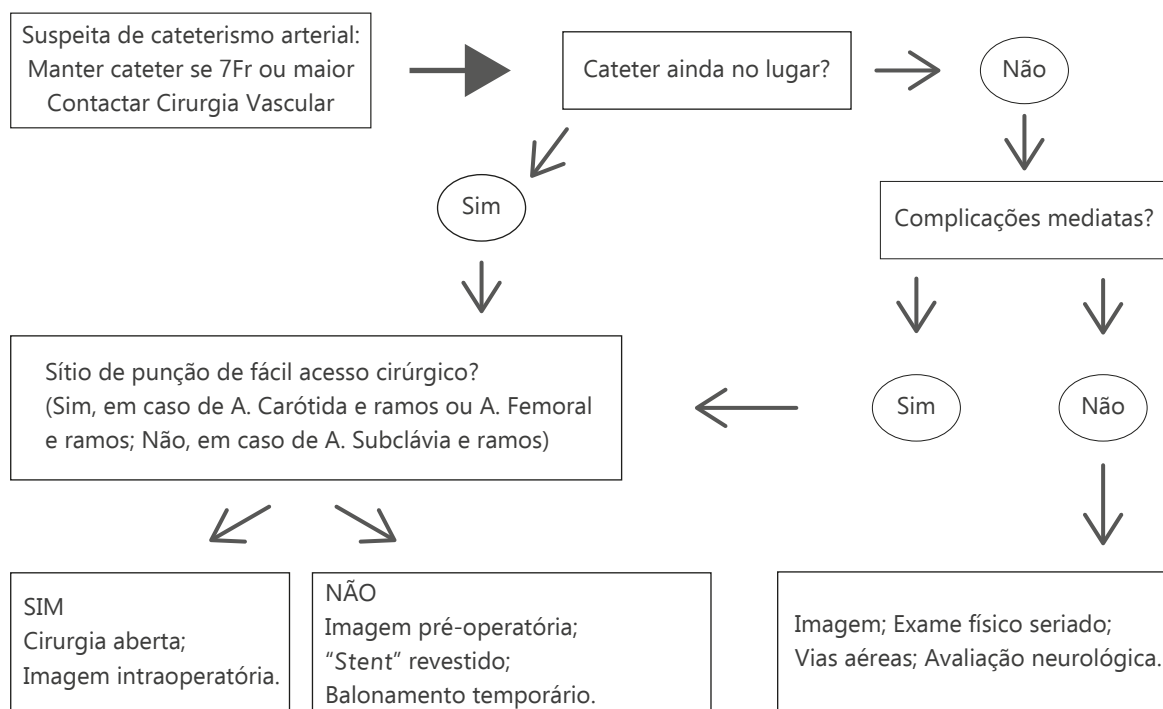
CONCLUSÃO:

Os cateteres venosos centrais estão entre os procedimentos invasivos mais frequentes, porém não são isentos de complicações e a única forma

de reduzi-las é através de treinamento contínuo, rigor técnico e educação médica continuada.

A punção ecoguiada acompanha-se de maior sucesso técnico e menor morbidade e deve, conforme sua utilização se tornar mais ampla, resultar em menor número de lesões arteriais iatrogênicas.

O manejo percutâneo e endovascular do cateterismo arterial inadvertido parece ser seguro e pode oferecer vantagens em relação ao reparo aberto em pacientes selecionados.



Anexo I - Algoritmo de conduta e manejo de cateterismo arterial inadvertido.

Referências:

- 1 - Sabiston JR, Townsend MC. *Tratado de Cirurgia*. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- 2 - Guilbert MC, Elkouri S, Bracco D, Corriveau MM, Beaudoin N, Dubois MJ, Bruneau L, Blair JF. Arterial trauma during central venous catheter insertion: Case series, review and proposed algorithm. *J Vasc Surg*. 2008 Oct;48(4):918-25; discussion 925. doi: 10.1016/j.jvs.2008.04.046. Epub 2008 Aug 13. Review.
- 3 - Leonardou P, Pappas P. Urgent endovascular treatment of iatrogenic subclavian artery rupture: report of three cases. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2012 Nov;18(6):527-30. doi: 10.5505/tjtes.2012.50374.
- 4 - Nicholson T, Ettles D, Robinson G. Managing inadvertent arterial catheterization during central venous access procedures. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2004 Jan-Feb;27(1):21-5.
- 5 - Cronenwett, J.L., Johnston, K.W. Rutherford. *Cirurgia Vascular*. 8 ed. Saunders Elsevier, 2016.
- 6 - Yu H, Stavas JM, Dixon RG, Burke CT, Mauro MA. Temporary balloon tamponade for managing subclavian arterial injury by inadvertent central venous catheter placement. *J Vasc Interv Radiol*. 2011 May;22(5):654-9. doi: 10.1016/j.jvir.2011.03.010.
- 7 - Jankovic R, J, Pavlovic M, S, Stojanovic M, M, Stosic B, S, Milic D, J, Ignjatovic N, S, Bogicevic A, N, Djordjevic D, R, Savic N, N,

- Risk Factors Associated with Carotid Artery Puncture following Landmark-Guided Internal Jugular Vein Cannulation Attempts. *Med Princ Pract* 2011;20:562-566
- 8 - Al Wahbi A. Stent-grafts in the management of life-threatening hemorrhage following inadvertent femoral catheterization in high-risk patients: report of two cases and review of the literature. *Vasc Health Risk Manag*. 2010 Dec 3;6:1111-4. doi: 10.2147/VHRM.S15598.
- 9 - Deogaonkar K, Shokrollahi K, Dickson WA. Haemothorax: A potentially fatal complication of subclavian cannulation--A case report. *Resuscitation*. 2007 Jan;72(1):161-3. Epub 2006 Nov 27.
- 10 - Chemelli AP, Chemelli-Steingruber IE, Bonaros N, Luckner G, Millonig G, Seppi K, Lottersberger C, Jaschke W. Coil embolization of internal mammary artery injured during central vein catheter and cardiac pacemaker lead insertion. *Eur J Radiol*. 2009 Aug;71(2):269-74. doi: 10.1016/j.ejrad.2008.04.024. Epub 2008 Jun 4.
- 11 - Wicky S, Meuwly JY, Doenz F, Uské A, Schnyder P, Denys A. Life-threatening vascular complications after central venous catheter placement. *Eur Radiol*. 2002 Apr;12(4):901-7. Epub 2001 Aug 28.
- 12 - Cohen JE, Moshe Gomori J, Anner H, Itshayek E. Inadvertent subclavian artery cannulation treated by percutaneous closure. *J Clin Neurosci*. 2014 Nov;21(11):1973-5. doi: 10.1016/j.jocn.2014.04.009. Epub 2014 Jun 6.

A posição do paciente na ecografia venosa abdominal

Clovis Bordini Racy Filho¹, Dr. Ivanésio Merlo²,
Dra. Cristina Ribeiro Riguetti-Pinto³.

1 - Autor. Ecografista Vascular SBACV-RJ. Clínica Clovis Bordini – Ecografia Vascular

2 - Coautor. Titular da SBACV/Titular do CBC/Diretor da Clínica do Aparelho Circulatório do Rio de Janeiro.

3 - Coautora. Riguetti-Pinto C.R. Profa. Assistente da FCM-UERJ, Coordenadora do Endocurso-RJ, Médica Cirurgiã Vascular da Vascularis, Mestre em Cirurgia Vascular UFRJ, Membro Titular da SBACV, Título de Especialista em Cirurgia Vascular SBACV, Área de Atuação em Angioradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV.

É inegável a importância de se realizar o exame ecográfico venoso dos membros inferiores com o paciente em ortostatismo, principalmente para o mapeamento do sistema superficial.

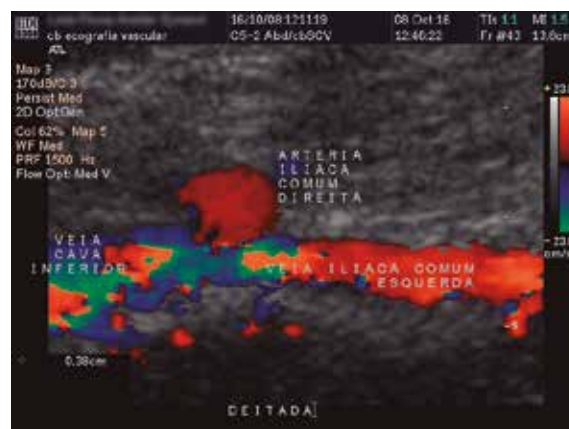
Entretanto, pela ausência do hábito e pela própria dificuldade técnica, a avaliação ecográfica venosa abdominal é quase sempre realizada com o paciente em decúbito dorsal.

Há anos já sigo o protocolo de, para afirmar a positividade para as síndromes de May Thurner e Quebra-Nozes, examinar o paciente inicialmente em decúbito e posteriormente sentado recostado, caso haja a suspeita à avaliação na primeira posição. Quando mantidos os achados, afirmo a positividade, quando não, relato as modificações.

As alterações de diâmetro e hemodinâmicas nas veias abdominais são muitas vezes significativas com a alteração da posição, talvez justificando o elevado número de falso-positivos em exames tomográficos e ecográficos realizados apenas em decúbito dorsal.

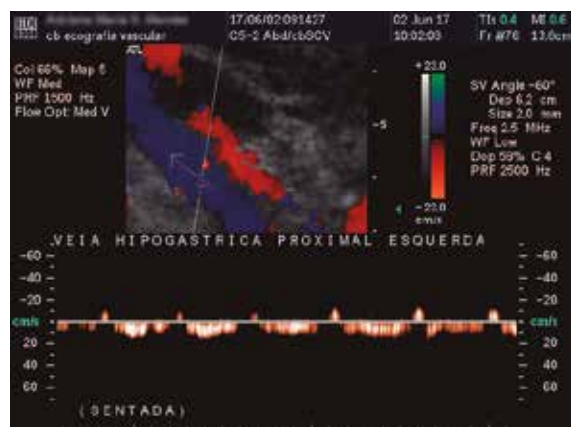
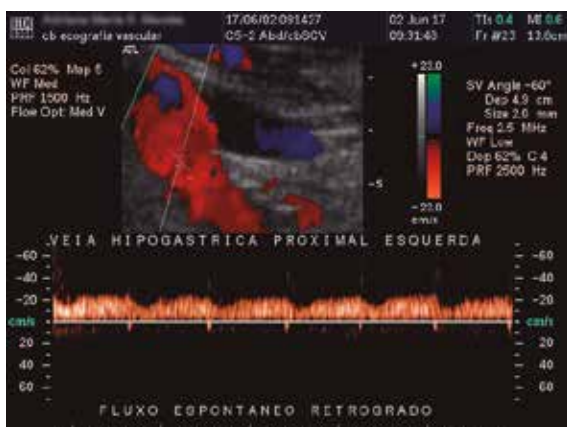
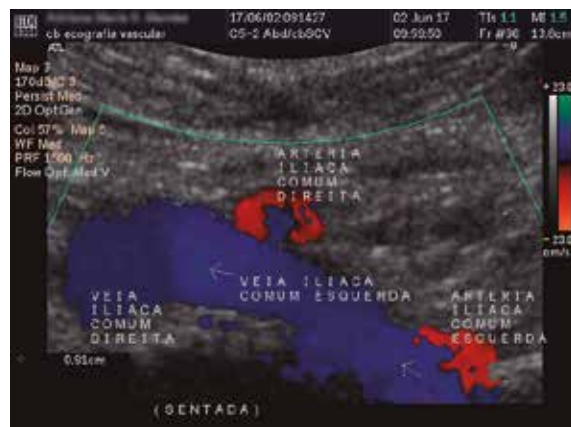
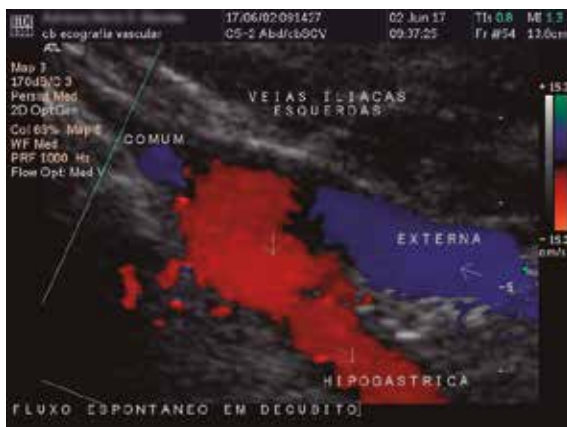
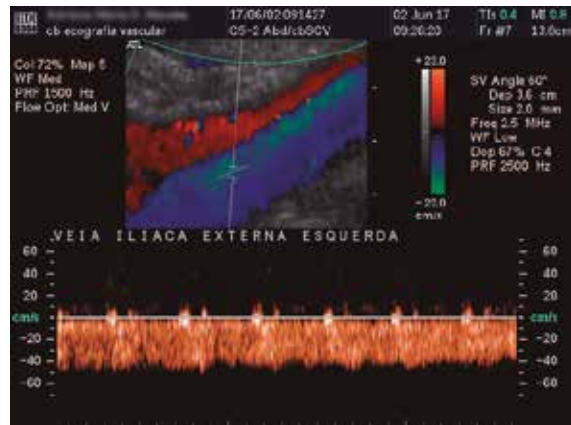
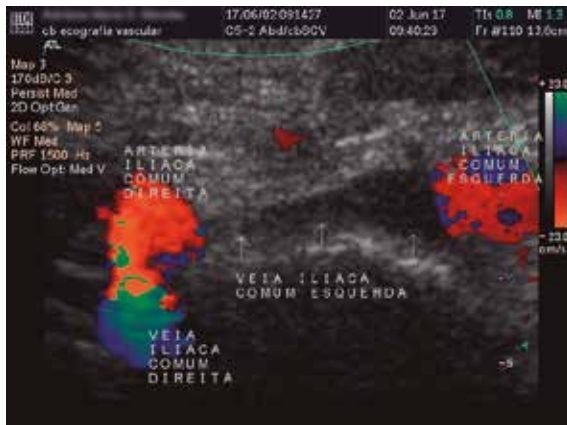
A seguir, imagens de alguns exames realizados num mesmo momento e nas duas posições para reflexão sobre estas avaliações.

Exame 1 - Variação de diâmetro da veia ilíaca comum esquerda com alteração de posição:



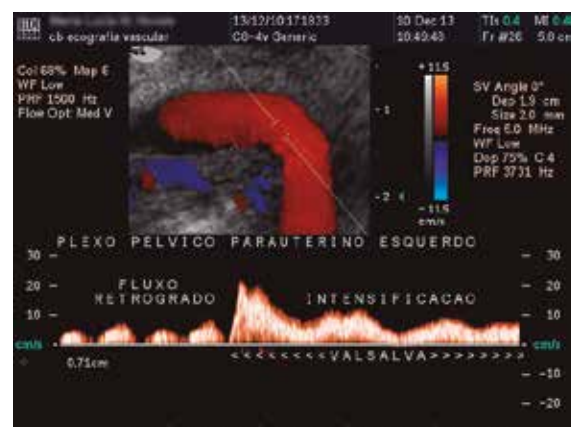
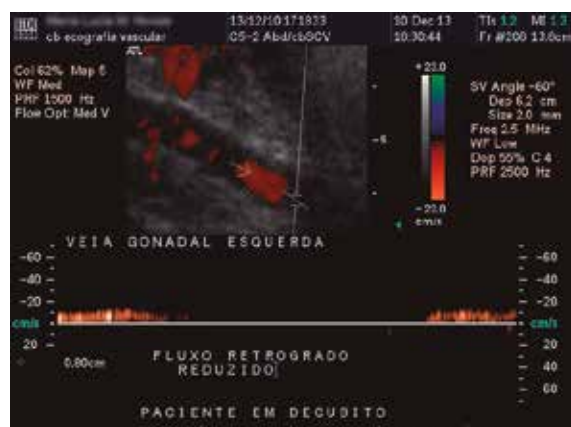
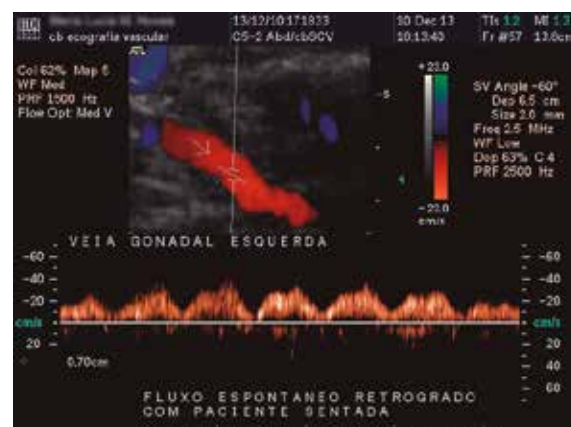
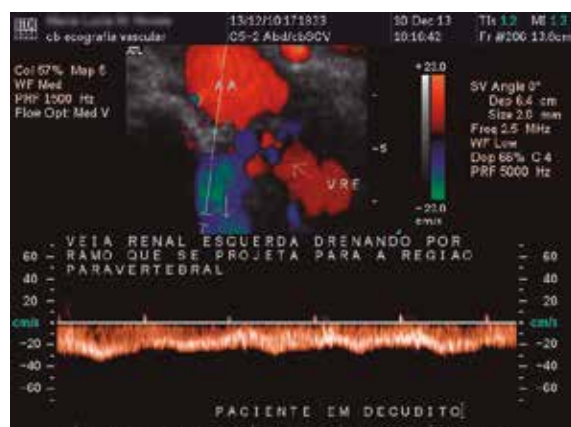
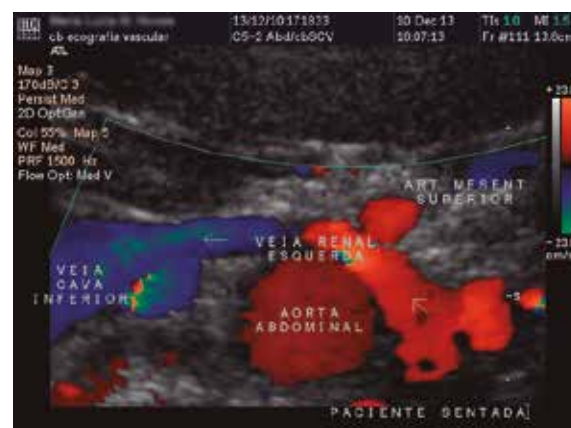
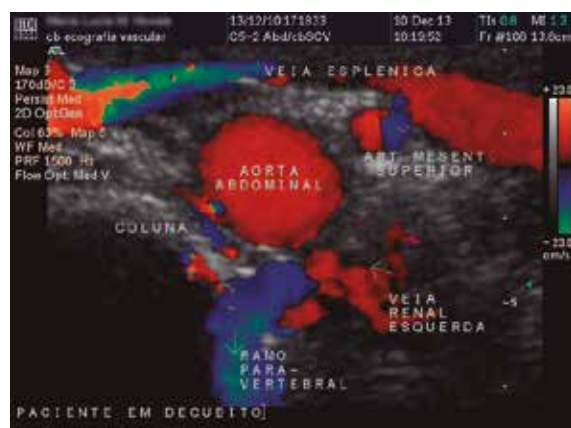
Exame 2 - Variações de diâmetro e hemodinâmica das veias ilíacas esquerdas com alteração de posição: o fluxo da veia ilíaca externa segue predominantemente e de forma retrógrada pela veia hipogástrica proximal, sendo de difícil detecção espontânea na veia ilíaca comum de ca-

libre reduzido ao nível do cruzamento em decúbito dorsal. Com a paciente sentada recostada, passa a seguir pela veia ilíaca comum, que tem incremento significativo do calibre, e a veia hipogástrica passa a apresentar fluxo anterógrado de menor intensidade.



Exame 3 - Variação hemodinâmica no eixo renal-gonadal esquerdo com alteração de posição em caso de varizes pélvicas: a drenagem da veia renal se dá predominantemente por ramo paravertebral comunicante com a veia lombar ascendente em decúbito dorsal e a veia gonadal apresenta fluxo retrógrado, mas discreto. Com a paciente sentada recostada, o

fluxo da veia renal se restabelece por seu trajeto habitual, não se percebendo mais o escape pelo ramo paravertebral. A veia gonadal tem seu fluxo retrógrado claramente aumentado, "alimentando" as varizes em plexo parauterino esquerdo. Estas apresentam fluxo retrógrado (refluxo) espontâneo e que é intensificado durante Valsalva.





Campanha Setembro Vascular leva especialistas à Câmara Municipal

Vereador Inaldo Silva

Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara.

Especialistas da SBACV-RJ participaram de um debate público na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, no dia 13 de setembro, como parte dos eventos relacionados à campanha Setembro Vascular. O objetivo da diretoria da Regional, com a realização do evento, foi chamar a atenção das autoridades do município para as demandas do atendimento público de saúde para a população, com foco nas doenças vasculares. Angiologistas e cirurgiões vasculares convidados estiveram no Plenário da Câmara mostrando este cenário.

O Vereador Inaldo Silva, da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara, foi o presidente da seção e ficou impactado com a gravidade da situação do serviço público nas especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Na entrevista abaixo, o Vereador faz considerações sobre toda a problemática apresentada.

Revista: O que achou da iniciativa da SBACV-RJ em solicitar uma audiência pública para mostrar demandas relacionadas à saúde vascular da população?

Vereador Inaldo Silva: É importantíssimo que os especialistas solicitem uma audiência dessa para a Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, porque daqui saem as leis. É aqui que são fiscalizados todos os órgãos públicos e quando eles mostram, não só falam, por meio de fotos e imagens a situação nos impacta. O foco é a população, as pessoas que mais precisam, desde aqueles que começam com o diabetes no dedinho do pé que se não cuidar tiver o

devido cuidado terão que amputar, e até perder a perna. Então eu parabeno e digo que é um assunto de grande importância.

Revista: Qual o seu conhecimento acerca das especificidades apresentadas no trabalho realizado pelo angiologista e pelo cirurgião vascular?

Vereador Inaldo Silva: Nenhum conhecimento. Fiquei impressionado! O tema teve grande impacto para mim. São problemas que podem ser tratados no início para não levar a uma situação mais grave, conforme foi mostrado nas palestras. O Rio de Janeiro, que já foi um referencial, hoje tem um atendimento precário, está sendo um dos piores municípios, com atraso nas providências para as situações mostradas. E hoje vemos os médicos trabalhando para mudar esse quadro.

Revista: Após ter acesso a todas essas informações, na sua visão, o que pode ser feito sobre esse assunto?

Vereador Inaldo Silva: Agora, o papel da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social é fazer um resumo de tudo o que foi apresentado no Plenário da Câmara e apresentar ao Prefeito do Rio e ao Secretário Municipal de Saúde. Nos sensibilizamos com toda a necessidade apresentada e vamos levar ao conhecimento dos órgãos competentes. Acredito que vamos ter certa facilidade em fazer isso, pois entendemos que temos mais acesso.

Uma campanha sobre prevenção a doenças vasculares evitáveis

Setembro foi o mês que a Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro escolheu para falar sobre a prevenção da saúde vascular da população do estado do Rio de Janeiro e para buscar mais visibilidade às especialidades e suas demandas diante do poder público, na área da saúde, do município e estado.

Para que toda a Campanha ficasse alinhada foi

realizado um planejamento que abrangeu todas as ações de forma estratégica. Com isso, o Setembro Vascular esteve presente em várias áreas do estado do Rio de Janeiro: nas regiões Lagos, Serrana, na Capital e na Baixada Fluminense com a incumbência de divulgar os riscos e a prevenção à aterosclerose incentivando hábitos saudáveis como: controle da alimentação, prática de exercícios físicos e exames periódicos para evitar o desenvolvimento da doença.

"Em algumas praças públicas distribuímos cartilhas e mostramos, numa maquete, o que ocorre com acúmulo de gordura nas artérias. Também realizando exames básicos como aferição de glicemia, pressão arterial e avaliação do pé diabético", explicou o Presidente da Regional do Rio, Dr. Carlos Clementino Peixoto



Fotos: Acervo da SBACV-RJ.

O Dr. Carlos Peixoto apresentando a Campanha Setembro Vascular no Cremerj.

Um passo importante dado pela diretoria, antes de iniciar as ações específicas da Campanha, foi a busca pelo apoio do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. O Dr. Carlos Peixoto apresentou o Setembro Vascular na sede do Conselho, em reunião, onde estiveram presentes o

Presidente do Cremerj, Dr. Nelson Nahon, o representante da Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular, Dr. Carlos Enaldo de Araújo Pacheco, e o presidente da SBACV, Dr. Ivanésio Merlo.

Em um segundo momento, também no Cre-

merj, membros da Diretoria da Sociedade participaram de uma reunião, desta vez para apresentar a Campanha Setembro Vascular a representantes das sociedades de especialidades de Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Endocrinologia, Medicina Preventiva, Medicina

do Esporte, Pediatria, Pneumologia, Neurologia e Nefrologia. A Somerj (Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro) e a Secretaria Estadual de Esporte e Lazer, da Câmara dos Vereadores da Cidade do Rio de Janeiro também deram apoio ao projeto.



Diretoria da SBACV-RJ, Presidente da SBACV, Diretores do Cremerj e representantes de Sociedades de Especialidades Médicas.

O passo seguinte foi dado com a preparação do material da Campanha e com a definição das áreas de atuação. Foram produzidas 7.000 cartilhas educativas com informações sobre saúde vascular para serem distribuídas à população conscientizando sobre os cuidados necessários para evitar as do-

enças abordadas no impresso, além de incentivo aos hábitos saudáveis. Também foi produzida uma artéria inflável, para interação com o público, simulando uma placa de ateroma nas paredes internas de uma artéria, ilustrando as consequências à saúde pela ausência de hábitos saudáveis.

A Campanha Setembro Vascular na UNIG

No dia 05 de setembro foi iniciada a Campanha **no campus da Universidade de Iguazu – UNIG**. Alunos da Liga Acadêmica, orientados pelos Drs. Marcos Azizi e Joe Sestello, abordaram alunos que passaram pelo local para falar sobre prevenção à arteriosclerose. Os temas da Campanha Setembro Vascular foram apresentados no II Simpósio da Liga Acadêmica da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

“As pessoas se mostraram curiosas, perguntando muito sobre os temas, proporcionando grande interação com os alunos”, informou o Dr. Marcos Azizi.



Dr. Carlos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ, com especialistas em ação na UNIG.

Geralmente, circulam pelo campus aproximadamente cinco mil alunos por dia. Isso significa que a divulgação teve potencial de alcançar esse público no período entre 08h e 22h.

Setembro Vascular: debate público na Câmara Municipal e atendimentos na Cinelândia

No dia 13 de setembro, as demandas da Angiologia e da Cirurgia Vascular foram apresentadas em um debate público na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, presidido pelo vereador Inaldo Silva, representante da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara.



Audiência Pública da Angiologia e da Cirurgia Vascular na Câmara Municipal do Rio de Janeiro.

Compondo a mesa no plenário estavam o Presidente da SBACV, Dr. Ivanésio Merlo, o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto, o vice-Presidente da SBACV-RJ, Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles, o representante do Conselho Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, Dr. Rossi Murilo, e o chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Salgado Filho, Dr. Fúlvio Hara, que representou o Secretário Municipal de Saúde, Marco Antônio de Mattos.

Especialistas traçaram o cenário dos principais problemas relacionados à saúde vascular no Rio de Janeiro em aulas apresentadas na tribuna da Câmara, com dados que mostraram que na cidade há cerca de 550 mil casos de diabetes. Desse total, 82,5 mil apresentam feridas nos pés. A média de amputações na cidade é de 52,9 para cada 100 mil pessoas, superando a média nacional, de 46, umas das mais altas no mundo.

Dr. Carlos Eduardo Virgini: A situação do atendimento do pé diabético;

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira: A importância do diagnóstico de varizes;

Dr. Breno Caiafa: A Trombose Venosa como a terceira doença cardiovascular mais prevalente depois do infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC);

Dr. Rossi Murilo: O trauma vascular e a violência urbana;

Dr. Guilherme Farne D'Amoedo: Acessos vasculares para hemodiálise;

Dr. Carlos Clementino Peixoto: O tratamento endovascular e suas implicações clínicas.



Diretoria da SBACV e SBACV-RJ com o vereador Inaldo Silva, que presidiu a Audiência Pública.

Os Drs. Carlos Clementino Peixoto, Breno Caiafa, Julio Cesar Peclat de Oliveira e Bernardo Senra marcaram presença na ação realizada na Cinelândia. Funcionários da Sociedade também estiveram no local distribuindo cartilhas educativas sobre prevenção.

"A ideia da Campanha é integrar a população, a mídia e os gestores a fim de obter um amplo trabalho de prevenção", declarou o Dr. Carlos Peixoto.

Enquanto estavam sendo apresentados os trans-tornos enfrentados no dia a dia do exercício das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular no serviço público de saúde, as pessoas que passava pela Cinelândia (em frente à Câmara) eram surpreendidas com uma artéria gigante inflável instalada no meio da praça. No local, o público teve a oportunidade de receber orientação sobre prevenção e tratamento de doenças vasculares. Também foram oferecidos: medição de glicemia e análise de pé diabético. A ação ocorreu em parceria com a Universidade Castelo Branco.



Campanha Setembro Vascular na Cinelândia (RJ).

A campanha de prevenção chegou à orla do Rio de Janeiro



Foi disponibilizado um caminhão para os atendimentos ao público.

Diretores e membros da SBACV-RJ, acadêmicos de Medicina e funcionários da Sociedade participaram ativamente dos atendimentos à população, na praia do Leme. Quem passou pelo local recebeu informações sobre as consequências da falta de hábitos saudáveis e foi orientado sobre cuidados relacionados à saúde vascular. Também pôde ser submetido a exame de Eco-Doppler de carótidas, aferição de pressão arterial, teste de glicemia, avaliação de risco de pé diabético e orientação sobre a prevenção das doenças vasculares com a distribui-

ção de cartilhas educativas. Uma equipe de educação física esteve presente ministrando aulas de ginástica, estimulando à prática de atividade física.

Os especialistas que participaram da ação no Leme foram os Drs. Carlos Peixoto, Breno Caiafa, Adalberto Pereira, Cristiane Araujo, Joao Sahagoff, Leonardo Stambowsky, Bernardo Senra Barros, Maria Meliande, Adriana Rodrigues Vasconcellos, Fernanda Penza, Vitória Edwiges, Ana Cristina Marinho e Alexei Loureiro.



Especialistas que estiveram presentes na Campanha realizada no Leme.



Os representantes do patrocinador FQM-Vascular com o presidente da regional, Dr. Carlos Peixoto, e a superintendente, Neide Miranda.



Atendimento à população durante Campanha Setembro Vascular.

A ação da Campanha Setembro Vascular no Leme foi no dia 24 de setembro, com atendimentos em um caminhão-ambulatório, oferecido pela empresa Farmoquímica, e tendas da Universidade Castelo Branco e da SBACV-RJ. A artéria inflável, produzida pela regional do Rio, foi montada mostrando a evolução da doença aterosclerótica, facilitando o entendimento das consequências da doença.

A Campanha chega a Petrópolis e atrai mais de mil pessoas



Participação da população de Petrópolis nas atividades da Campanha Setembro Vascular.



"A maioria das pessoas que estiveram na Praça da Liberdade tinha conhecimento da atividade realizada pelo angiologista e pelo cirurgião vascular, assim como das patologias vasculares. Outras foram ao local por indicação do posto de saúde", explicou o Dr. Eduardo Loureiro, Coordenador do evento, em Petrópolis.

As atividades realizadas pela SBACV-RJ em Petrópolis, no Setembro Vascular, atraíram mais de mil pessoas durante o dia 26 de setembro. Os pacientes foram identificados e, após passarem por avaliação com uma equipe de enfermeiros, que rastrearam pessoas com pés diabéticos, verificavam a pressão arterial e a glicemia. Após essas avaliações, eram encaminhados ao especialista. Os que foram agendados previamente pela Secretaria

Municipal de Saúde foram examinados com o Eco-Doppler. As ações foram no período das 09h às 17h, na Praça da Liberdade; com visita à artéria inflável incentivando a prevenção à saúde vascular.

De acordo com informações da coordenação do evento, duas pessoas foram diagnosticadas com doença carotídea; e uma com trombose venosa aguda, que foi encaminhada para o pronto-socorro.

Estiveram envolvidos na organização do evento em Petrópolis os Drs. Eduardo Loureiro, Cristiane Bessa, Carla Motta, Nilza Porto, Rita Proviatt Cury, Alexandre Midao, Tiago Coutas, e Henrique Sales. Além de funcionários da SBACV-RJ e alunos da Faculdade de Medicina de Petrópolis, que também deram suporte à ação.

Campanha da SBACV-RJ marca presença em Volta Redonda

A Campanha Setembro Vascular foi realizada em Volta Redonda, no Espaço Memorial Getúlio Vargas, na Praça Rotary, Vila Santa Cecília, dia 21 de outubro, com o objetivo de esclarecer a população sobre as doenças vasculares, orientar sobre a prevenção e a manutenção da saúde vascular.

Coordenada pelo Dr. Luiz Carlos Gonçalves, o evento contou com a presença dos especialistas Drs. Gina Mancini, João Roberto Chaves de Almeida, Marco Mannarino, Thiago Gouveia, Luiz Eduardo e Nelson Santos, que se disponibilizaram para explicar ao público acerca da importância dos cuidados

com a saúde vascular, ilustrando a importância em adotar bons hábitos de saúde com a distribuição de cartilhas, exposição e visitação do interior de uma artéria simulado por um enorme inflável.

Estiveram presentes também Sra. Tânia de Almeida e a funcionária Elaine, da SBACV-RJ, para dar apoio na estrutura do evento.



Equipe que interagiu com o público em Volta Redonda.

"Foi uma experiência muito interessante para nós, profissionais médicos, porque tivemos a oportunidade de um contato informal e amistoso com as pessoas. Acredito que estas campanhas também servem para humanizar a figura do Angiologista e do Cirurgião Vascular, pois nos aproxima das pessoas permitindo um trabalho de utilidade pública que é visto com muita simpatia. Acredito que a Campanha foi muito bem recebida e a participação das pessoas foi muito espontânea. A SBACV RJ está de parabéns!"

Declarou o Dr. Luiz Carlos Gonçalves, Coordenador da ação em Volta Redonda.



Dando continuidade às ações de divulgação no Rio, a SBACV-RJ veiculou uma mensagem no painel eletrônico durante o jogo entre os times do Vasco e do Coritiba, no estádio do Maracanã. O conteúdo foi um alerta à população sobre a prevenção à saúde vascular como um dever de cada um.

Campanha Setembro Vascular em Macaé

No dia 27 de outubro foi realizada mais uma edição da Campanha Setembro Vascular, na Praça Veríssimo de Melo, no Centro de Macaé. Dando continuidade ao serviço de informações sobre doenças vasculares, e as formas de prevenção, segundo o coordenador do evento, Dr. Eduardo Trindade, foram distribuídos mil folders com orientações à população.

Quem esteve no local pôde aferir a pressão arterial e fazer o teste de glicemia; alguns foram submetidos ao tratamento de varizes com a técnica de microespuma densa. A artéria inflável foi montada no local com demonstração de problemas vasculares.



Equipe de especialistas que colaboraram com atendimento e esclarecimentos à população.



Os especialistas Drs. Eduardo Trindade Barbosa, Erica Flamarion B. Vasconcelos, Cristina Juliana Georg Ferreira, Paulo Marcio Canongia, Marcelo Nascimento Azevedo, Pedro Augusto May Ribeiro, Erica Abreu Reis Vargas de Almeida, Savio Rangel Mussi Rocha, Luiz Porto e Flavio dos Santos Antunes participaram das ações. As representantes da SBACV-RJ, Neide Miranda e Elaine, deram suporte à organização do evento.

O evento teve repercussão na mídia, com publicação em jornais locais, no SBT, na InterTV Alto Litoral (afiliada à Rede Globo) e na rádio 95,3 FM – em todo o interior do estado.

Cabo Frio também participou da Campanha Setembro Vascular

Em 28 de outubro foi a vez da cidade de Cabo Frio receber as ações educativas e preventivas do Setembro Vascular. Segundo o coordenador do evento, Dr. Antônio Feliciano, dentre o público, as idades variaram entre 15 e 83 anos de idade. O local escolhido foi a praça central do Shopping ParkLagos, das 10h às 17h. Foram 320 atendimentos como aferição de pressão arterial, medida de glicemia, orientação de Fisioterapia e de Enfermagem para exercícios e curativos, demonstração de exames de eco-Doppler, ressonância e tomografia vasculares e distribuição de folders explicativos.

Os especialistas e profissionais de saúde que estiveram presentes foram os cirurgiões vasculares: Drs. Antônio Feliciano Neto, Rogerio Garcia de Freitas, Gilmar Noieto, João André Serra Gurgel, Guilherme Cunha e Érica Flamarion, e o

radiologista Jose Roberto Rocha. Também participaram professores e alunos de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida e enfermeiros e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio.

O evento teve cobertura da InterTV Alto Litoral (afiliada à Rede Globo).



Participantes da Campanha em Cabo Frio.

A Campanha Setembro Vascular, idealizada pela SBACV-RJ, contou com patrocínio da FQM-Vascular, apoio da Universidade Castelo Branco, Cremerj e SBACV Nacional.

Vem aí o

4º prêmio Mayall

Prepare o seu trabalho.

SBACV-RJ

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



Diretoria da Sociedade elabora projetos para atender a demandas de especialistas

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

Desde o início da gestão, a atual diretoria da SBACV-RJ tem focado em atividades em prol da defesa profissional e da educação continuada dos membros da Sociedade. As ações vão desde a realização de reuniões e elaboração de documentos voltados para as melhorias das condições de trabalho, e da valorização de seus especialistas, até a organização de eventos voltados

para o enriquecimento dos conhecimentos nas áreas de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Para a próxima gestão fica a missão de dar continuidade aos projetos iniciados em benefício dos membros da Sociedade, visando à promoção da saúde vascular da população.

O Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto, apresenta, nesta edição da revista da Sociedade, os projetos que foram elaborados pela Diretoria da regional e que estão em andamento:

PROJETO: PESQUISA DE PRIORIDADES

Pesquisa on-line realizada entre os associados da SBACV-RJ com o objetivo de eleger qual a atividade já desenvolvida pela regional deve ter prioridade para ser trabalhada em favor da classe. As questões apresentadas são relativas à valorização do médico e melhora das condições de trabalho, tanto na iniciativa privada quanto no setor público, o aprimoramento científico, divulgação das especialidades e áreas de atuação e a promoção do intercâmbio científico. Todas essas ações foram relacionadas de forma a receberem o grau de importância por sequência.

Segundo o Dr. Peixoto, os honorários baixos e a falta de condições de trabalho são as principais queixas dos médicos, sejam os que trabalham na rede pública ou os que estão na rede privada. "Basta fazermos uma pesquisa para termos a base para propor na Câmara dos Representantes esta importante ação de melhora nas condições de trabalho. E nós esperamos contar com o apoio da SBACV", explica o presidente da regional do Rio.

PROJETO: AMBULATÓRIO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR NA UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO

Foi fechado um convênio entre a SBACV-RJ e a Universidade Castelo Branco que contempla a montagem de dois ambulatorios sociais, nas unidades Centro e Realengo. Os atendimentos serão agendados previamente a partir de um cadastro on-line que será montado pelas duas instituições.

Os atendimentos serão realizados por especialistas associados da SBACV-RJ, principalmente os que têm até cinco anos de residência, garantindo, assim, a atuação na própria especialidade e um espaço para desenvolver o trabalho. Os atendimentos serão realizados com preços populares.

PROJETO: CURSO DE EXTENSÃO PARA MESTRADO E DOUTORADO EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

A SBACV-RJ e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, departamento de Cardiologia, fecharam uma parceria para a realização de um curso de extensão para mestrado e doutorado em Angiologia e Cirurgia Vascular para os associados adimplentes. Inicialmente o projeto será realizado em oito hospitais, com o compromisso de

melhorar a segurança no trabalho do médico e do paciente nos procedimentos.

A parceria tem o objetivo de proporcionar a SBACV-RJ e seus associados um nível de conhecimento e aprimoramento profissional contínuo.

PROJETO: PARCERIA COM UERJ PARA VIABILIZAR A EDUCAÇÃO CONTINUADA

A SBACV-RJ firmou um acordo de parceria institucional para a realização de projetos entre a Sociedade e a Uerj. A partir dessa união várias

ações de interesse comum terão condições de realização, como: cursos, formação docente e outros a serem acordados.

"Nossa gestão está realizando tudo o que foi proposto: a valorização profissional por meio da melhoria das condições de trabalho e a educação continuada. Cada gestão busca aprimorar: temos o trabalho do Rol, que começou com o Julio Peclat. E o Breno Caiafa, presidente da próxima gestão, faz parte disso. É uma gestão de continuidade, os bons projetos serão mantidos e, claro, serão aprimorados os outros que forem considerados necessários."

Dr. Carlos Peixoto, Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

Outros projetos serão implementados conforme a necessidade que a diretoria considerar adequada.

Promoção de intercâmbio e valorização do conhecimento científico reúne especialistas

A Diretoria Científica da SBACV-RJ entende a importância de reunir especialistas, residentes e alunos de Medicina para assistir e participar de apresentações de trabalhos científicos elaborados a partir de experiências vividas no dia a dia

dos serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em outras cidades e estados do País. O objetivo é disseminar técnicas para o crescimento na qualidade do serviço prestado e benefício da população atendida.

Reunião Científica 579ª: intercâmbio de informações



Fotos: Acervo da SBACV-RJ.

Diretores da SBACV-RJ com os palestrantes: Drs. Gutenberg Gurgel (RN) e Anna Sincos (SP).

Na 579ª reunião da SBACV-RJ a Dra. Anna Sincos, de São Paulo, foi convidada a apresentar uma aula sobre "Cuidados do intra e pós-operatório de varizes: dicas para otimizar os resultados". Segundo a Dra. Anna, foi uma oportunidade de falar sobre os procedimentos realizados para otimizar os resultados estéticos da

cirurgia de varizes e a reabilitação desses pacientes de forma mais precoce, técnicas menos invasivas, associação de técnicas e a necessidade de o cirurgião estar habilitado para fazer ultrassom.

Na mesma noite, o Dr. Gutenberg Gurgel, da SBACV-RN, falou sobre "Cirurgia de varizes com tecnologia: o que fazemos", abordando as novas tecnologias. Na oportunidade, o Dr. Gutenberg apresentou o projeto "O que é checkup vascular? Qual a importância para o angiologista/cirurgião vascular?" com o objetivo de gerar uma reflexão do que pode ser feito pela saúde do paciente em termos de prevenção, prestando esclarecimentos sobre a doença. A ideia geral do projeto é evitar que problemas de saúde se instalem e gerem complicações.

Reunião Científica 580ª: Fora de Sede, Petrópolis



Participantes da Reunião Científica Fora de Sede - Petrópolis.

A Faculdade de Medicina da cidade de Petrópolis foi cenário da 580ª reunião fora de sede da SBACV-RJ. O Dr. Tiago Coutas de Souza foi o primeiro palestrante, levando à discussão o "Tratamento endovascular de aneurisma justa-renal".

O Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, foi um dos convidados e apresentou o tema "DVC e o uso de heparinoides no pós-operatório de cirurgia vascular". Na sequência, o Dr. Henrique Salles falou sobre "Oclusão aguda de artéria femoral por uso de dispositivo oclutor".

Após as apresentações das aulas, cerca de 40 especialistas que participaram da reunião fora de sede se reuniram para um almoço de confraternização na churrascaria Lago Sul, no bairro Quitandinha. Os Drs. Eduardo Loureiro e Gina Mancini, coordenadora de Seccionais, foram os organizadores do encontro.

Reunião Científica 581ª: trabalhos científicos e divulgação do Setembro Vascular

A Campanha Setembro Vermelho, com foco na divulgação da prevenção à arteriosclerose, foi o tema de abertura da 581ª Reunião Científica da SBACV-RJ. A assessora de marketing da Sociedade, Alice Selles, apresentou a Campanha aos especialistas presentes.

No decorrer do período os trabalhos foram apresentados, começando pelo Dr. Adilson Paschoa, que abordou o tema *"Expandindo as opções para o tratamento e prevenção do TEV: eficácia e segurança do uso dos novos anticoagulantes"*. O Dr. Hugo Marques Tristão ministrou sobre a *"Terapia compressiva de baixa elasticidade e sua aplicabilidade"*.



Apresentação da Campanha na Reunião Científica 581ª.

Finalizando as apresentações, o tema *"Atenção multidisciplinar ao paciente diabético. Uma tentativa de reduzir mutilações. Experiência do programa PROPE – PMVV"* foi apresentado pelo Dr. Eliud Garcia Duarte Junior, do Espírito Santo.

Reunião Científica 582ª: com convidados ilustres



Mesa composta pela Diretoria da SBACV-RJ, em apresentação de Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CBMERJ.

Na 582ª Reunião Científica da SBACV-RJ foram recebidos convidados ilustres para apresentações de trabalhos científicos nas áreas de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Após o *welcome coffee*, a primeira apresentação foi do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Central Aristarcho Pessoa, do Corpo de Bombeiros Militares do Estado do Rio de Janeiro. O oficial médico do CBMERJ, e chefe do Serviço, Dr. Fábio Monteiro Costa, após falar sobre o funcionamento do Serviço de Cirurgia Vascular, no hospital, apresentou o caso *"Tratamento de falso aneurisma de artéria subclávia"*. Diretores do

Hospital Aristarcho Pessoa estiveram presentes e prestigiaram a apresentação do caso. O Coronel Roberto Miúra, Diretor Geral de Saúde do CBMERJ, esteve presente e declarou sua satisfação com o convite feito pela SBACV-RJ para apresentação do caso realizado no Serviço de Cirurgia Vascular da instituição: *"É uma honra para a corporação estar representada aqui apresentando esse caso, grave, que, graças à capacidade técnica dos nossos oficiais vasculares, teve um expressivo sucesso. A Diretoria de Saúde do Corpo de Bombeiro estimula a participação científica dos oficiais médicos que compõem a nossa força de trabalho"*. Ainda transmitiu os agradecimentos do Comandante-Geral da corporação pela deferência do convite, da Diretoria Científica da Sociedade, e um abraço a todos os membros da Sociedade.

O segundo tema da noite foi apresentado pelo Dr. Eduardo Ramacciotti, que é chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital e Maternidade Christóvão da Gama, de São Paulo. O Dr. Ramacciotti é membro da SBACV e professor de trom-

bose e hemostasia na Loyola University Medical Center, Chicago, IL, EUA. O especialista foi convidado para fazer uma revisão de literatura sobre doença arterial periférica e o que há de novo em termos de estratégia terapêutica, no contexto do Cirurgião Vascular. O tema do trabalho foi: "Risco cardiovascular e manejo lipídico. O que o especialista deve saber?".

O terceiro trabalho da noite foi do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar, apresentado pelo Dr. Marcos Barreto Rosa, sobre o tema: "Embolização de malformação arteriovenosa hepática".

O Dr. Nelson Nahon, presidente do Cremerj, esteve na 582ª Reunião, e aproveitou a presença dos médicos para falar sobre a situação dos Hospitais do Rio de Janeiro e a importância da união

da categoria por melhores condições de trabalho. Na ocasião, o presidente do Cremerj elogiou a gestão do Dr. Carlos Peixoto pela iniciativa e realização da campanha Setembro Vascular no Rio de Janeiro. "Quero falar do exemplo que esta gestão, desta Sociedade, vem dando há muito tempo. O Setembro Vascular é uma ação positiva e importantíssima".



Oficiais do CBMERJ, Diretoria do Hospital Aristarcho Pessoa na Reunião Científica.

Congresso Brasileiro com expressiva representação carioca

De 09 a 13 de outubro foi realizado o 42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em Natal (RN). Um número expressivo de especialistas do Rio de Janeiro marcou presença na programação científica do evento, que aconteceu no Centro de Convenções de Natal. Os participantes puderam aproveitar apresentações de assuntos rela-



"Diretores da SBACV-RJ na 3ª Câmara de Representantes, durante o 42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em Natal (RN)

cionados à inovação industrial, educação continuada, pesquisa e medicina regenerativa, judicialização da Medicina e administração vascular.

A SBACV-RJ agradece à Comissão Científica do Congresso

Brasileiro a grande oportunidade da participação de seus associados na grade científica no maior evento da Sociedade.

Simpósio na Academia Nacional de Medicina: atualização do diagnóstico de tratamento da doença obstrutiva cerebrovascular



A diretoria da SBACV-RJ organizou um simpósio, junto com a Academia Nacional de Medicina, para falar sobre a atualização do diagnóstico de tratamento da doença obstrutiva cerebrovascular. O objetivo do evento, que reuniu especialistas da Angiologia e da Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, foi chamar a atenção para o Acidente Vascular Cerebral, uma das três principais causas mais comuns de óbito no mundo.

Os temas foram divididos por módulos para falar sobre a abordagem do diagnóstico e o seu tratamento.

O primeiro módulo foi presidido pelo Dr. Ivanésio Merlo, presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e moderado pelo acadêmico Sérgio Novis.

ASSUNTOS APRESENTADOS:

- **"A importância do Tema"**, por Dr. Daniel Bezerra, do Hospital Pró-Cardíaco Diagnóstico por Imagem;
- **"Eco-Doppler"**, por Dra. Ana Carla Palis, do Hospital Copa Star;
- **"Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética"**, pelo Dr. Ricardo B. Carneiro, do

Centro de Diagnóstico por Imagem (CPDI-RJ).

O segundo módulo foi presidido pelo Acadêmico Gerson Canedo de Magalhães e moderado pelo Dr. Julio Peclat de Oliveira, Diretor Científico SBACV-RJ.

ASSUNTOS APRESENTADOS:

- **"Quando Indicar a Revascularização Carotídea no Indivíduo Assintomático?"** – Dr. Gabriel de Freitas, da Universidade Federal Fluminense
- **"Tratamento Cirúrgico das Carótidas"** – Dr. Bernardo Massière, da PUC-Rio
- **"Tratamento Endovascular das Carótidas"** – Dr. Carlos Clementino Peixoto, da PUC-Rio, Presidente da SBACV-RJ
- **"Análise Crítica e Atual dos Tratamentos da Doença Carotídea"**, por Dr. Tulio Navarro, da Universidade Federal de Minas Gerais
- **"Tratamento dos Troncos Supra-Aórticos e das Vertebrais"**, por Dr. Carlos Abath, ANGIO-RAD; Hospital Português, Recife
- **"Revascularização Intracerebral"** – Acadêmico Paulo Niemeyer
- **"Carótidas – Intervenção Precoce com Sintomas Agudos?"** – Acadêmico Arno von Ristow.

Novos Sócios

Aspirantes	
Rafael Perez dos Santos	Jul./2017
Vitor Nascimento Mais	Jul./2017
Paula Marques Vivas	Jul./2017



Baixe o app e fique
por dentro de tudo!

- ✓ Revista
- ✓ Clube de vantagens
- ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível nas lojas:



App Store



Google play

SBACV RJ

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

584ª Reunião Científica da SBACV-RJ

Data: 25 de novembro de 2017
Reunião de encerramento das atividades científicas.

II Jornada Paraense de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 25 de novembro de 2017
Local: Hotel Radisson
Endereço: Avenida Bras de Aguiar, 391, Belém (PA)
Telefone de contato: (91) 3230-1622
Informações: www.jornadavascularpara2017.com.br

VIII Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

Data: 5 a 8 de setembro de 2018
Local: Sheraton Reserva do Paiva
Endereço: Avenida A, 4, Paiva - Cabo de Santo Agostinho (PE)
Telefone: (81) 99653-3044
Informações: www.ecografia2018.com.br



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

Hotel
Royal Tulip

22 a 24 de Março
de **2018**

Fledoid®

polissulfato de mucopolissacarídeo

Nas apresentações
Gel 300 e 500 e
Pomada 300 e 500.



Fledoid



Pós-trauma¹
Pós-escleroterapia¹
Pós-cirúrgico¹
Tromboflebitis¹
Úlceras¹
Pós-punção¹

Se Fledoid® fosse
um site de buscas,
os resultados seriam
surpreendentes.

Fledoid®. Explore as indicações
e obtenha resultados surpreendentes.

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

FLEDROID® (polissulfato de mucopolissacarídeo). Apresentações: Gel de 3 mg/g ou 5 mg/g - cartuchos contendo bisnagas com 20 g ou 40 g de GEL. Pomada de 3mg/g ou 5mg/g - cartuchos contendo bisnagas com 40 g de POMADA. **Indicações:** Nos quadros clínicos e processos em que é necessária uma ação anti-inflamatória, antiexsudativa, anticoagulante, antitrombótica, fibrinolítica e se deseja a regeneração do tecido conjuntivo, especialmente dos membros inferiores. Nos processos inflamatórios localizados, varizes, flebitis pós-infusão e pós-venóclise, tromboflebitis superficiais, linfangites, linfadenites, hematomas, furúnculos e mastite. Especialmente apropriado para o alívio dos casos nos quais a presença de edema leva à sensação de peso nas pernas. **Contraindicações:** Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Advertências e precauções:** Não se recomenda o uso em olhos e mucosas. **FLEDROID® GEL** - Não deve ser usado em feridas abertas por conter álcool. Não é recomendado o uso do produto durante a gravidez e no período de amamentação. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com FLEDROID®. **Reações adversas:** Em alguns casos, a aplicação de FLEDROID® poderá causar reações de hipersensibilidade, como vermelhidão na pele, porém, geralmente, estes sintomas desaparecem com a interrupção do uso do medicamento. Foram relatados alguns casos isolados de dermatite de contato, mas os sinais regrediram em alguns dias após a suspensão do uso do medicamento. **Posologia:** **FLEDROID® GEL** - Aplicar uma camada sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Deverá ser aplicado até o desaparecimento dos sintomas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. **FLEDROID® POMADA** - Aplicar uma camada de sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Pode ser utilizado em feridas abertas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. M.S: 1.0390.0188. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br.

Referências bibliográficas: 1. HAAS S. et al. Topical mucopolysaccharide polysulfate (MPS) in the treatment of thrombophlebitis-A critical review. PHLEBOLOGIE-STUTT GART, v. 30, n. 6, p. 132-139, 2001 2. Fledoid® - Bula do produto



SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Material destinado exclusivamente à classe médica.

1600005569 - JUL/2017



VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis



ANGIOGUARD
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



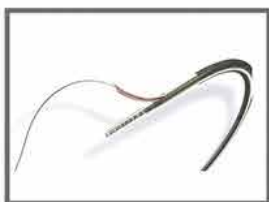
SMART
Control



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de
Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company

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

www.vasculaine.com.br