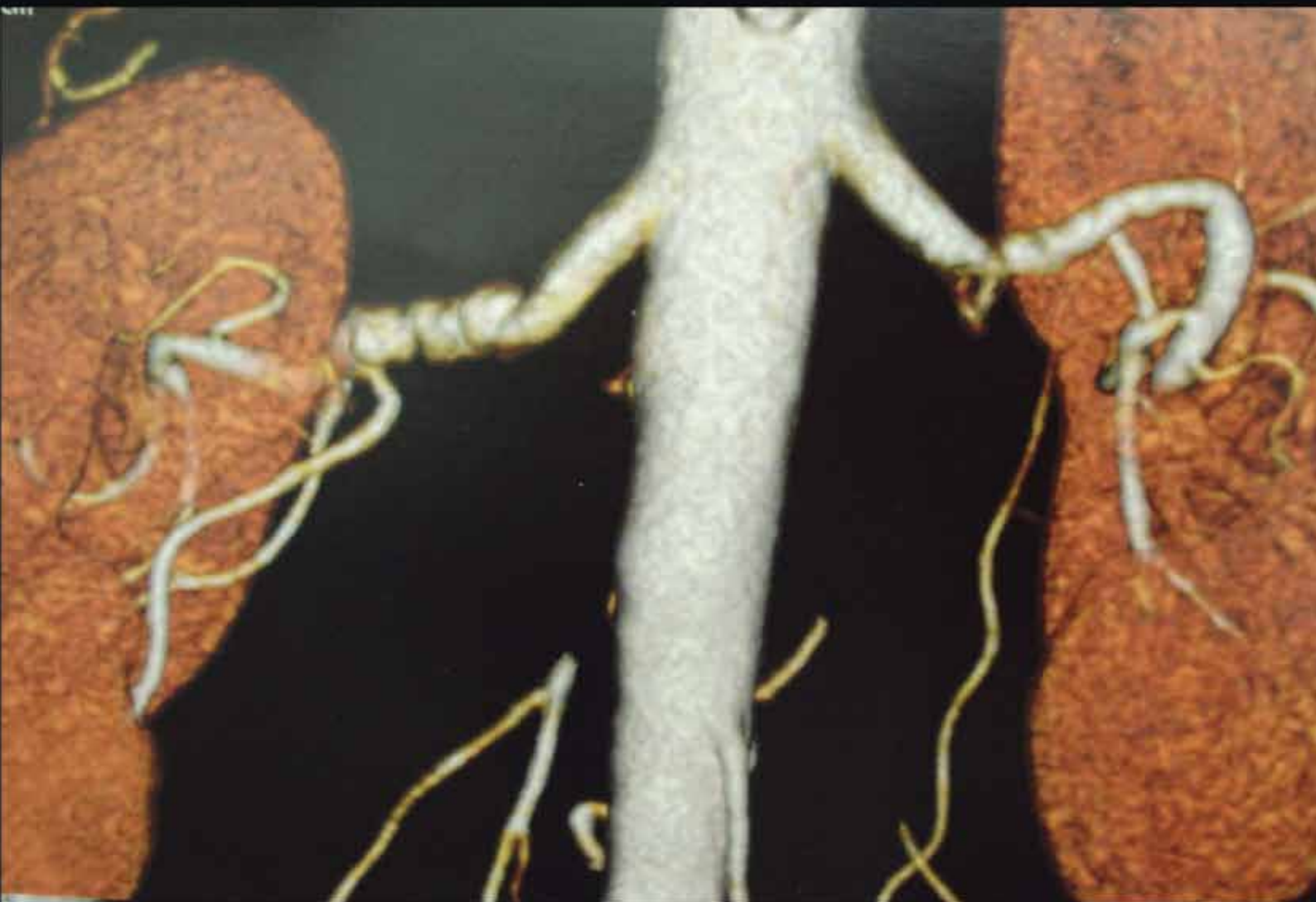


SBACV.RJ

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

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro Nº III - Mai./Jun. - 2015



Espaço Aberto:
Ética, Moral,
Deontologia, Lei

Especial:
Rol de Procedimentos
por Patologia Vascular:
um ano de luta em prol
da Defesa Profissional

Reuniões Científicas:
Tratamento de Endoleak
tipo 2 por acesso
paraprotético

Entrevista:
Presidente do 41º CBACV
destaca novidades que
aguardam os congressistas

DERSANI®

Linha completa para prevenção e tratamento em todas as fases da cicatrização.

DERSANI ORIGINAL

Loção Oleosa para prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

Apresentação
100ml e 200ml

**LINHA DERSANI
DERMATOLOGICAMENTE TESTADA
E HIPOALERGÊNICA**

**Contém ácidos graxos essenciais,
que auxiliam o processo de cicatrização.**

DERSANI HIDROGEL

Gel curativo para tratamento de feridas superficiais.

Apresentação 30g

DERSANI HIDROGEL

COM ALGINATO

Gel curativo para tratamento de feridas cavitárias e exsudativas.

Apresentação 85g

**HIDROGEL
COM ALGINATO**



Úlceras por pressão¹ | Úlceras venosas¹ | Úlceras diabéticas¹

Referência: 1. Rótulo do Produto.

Dersani® Original - Fabricado por: Laboratório Daudt Oliveira Ltda. R. Simões da Mota, 57 - Rio de Janeiro - RJ, CEP 21540-100. CNPJ 33.026.055/0001-20. Indústria Brasileira. Resp. Técnico: Michele Vieira Espindola CRF/RJ 17419. Registro ANVISA nº. 80219190002. Sob licença de: Saniplan Laboratórios Ltda. CNPJ 01.107.389/0001-31. Dersani® Hidrogel 30g - Fabricado por: Laboratório Daudt Oliveira LTDA. Rua Simões da Mota, 57 Rio de Janeiro - RJ CNPJ 33.026.055/0001-20. Indústria Brasileira. Resp. Técnico: Michele Vieira Espindola - CRF/RJ 17419 Registro Anvisa nº 80219190003 Sob licença de Saniplan Laboratórios Ltda. CNPJ 01.107.389/0001-31 Dersani® Hidrogel com Alginato: Fabricado por: Laboratório Daudt Oliveira LTDA. Rua Simões da Mota, 57 - Rio de Janeiro - RJ CNPJ 33.026.055/0001-20 Indústria Brasileira Resp. Técnico: Michele Vieira Espindola CRF/RJ 17419 Registro ANVISA nº 80219190004 Sob licença de Saniplan Laboratórios Ltda CNPJ 01.107.389/0001-31

SAC

0800 707 0987
sac@grupodaudt.com.br

www.grupodaudt.com.br

Material Impresso - Fev/15

SANIPLAN

GRUPO

Daudt

Imagem da capa

Paciente 36, anos hipertensa, em uso de três drogas anti-hipertensivas. Imagem: displasia fibromuscular ("colar de contas"), das artérias renais.



Imagem cedida por:

Dr. Ivanésio Merlo

Índice

Palavra do Presidente

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Sobre novos caminhos

05

Editorial

Dr. Marcio Arruda Portilho

Do Rol ao Google Glass, do sobreaviso à Deontologia

06

Palavra do Secretário-Geral

Dr. Sergio S. Leal de Meirelles

"Caminhos não há, mas os pés na grama os inventarão."

Ferreira Gullar

07

Diretoria Científica

Drs. Carlos Clementino dos Santos Peixoto e Marcos Arêas Marques

Um novo espaço para assuntos científicos

08

Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira

O que você faz quando está de sobreaviso?

10

Reuniões Científicas

Aneurisma verdadeiro de artéria carótida interna – Relato de Caso

Drs. Daniel Falcão P. da Fonseca, Leandro Tavares B. de Matos, Cristiane Vieira, Filipe Cardoso, Bernardo Chimelli, Hélder Vilela, Roberta Rocha, Ana Hototian, Marise Muniz, Patrícia Guerra, Atila Di Maio e Vasco Lauria da Fonseca Filho

11

Reuniões Científicas

Tratamento minimamente invasivo de pseudoaneurisma de artéria vertebral pós-perfuração por arma de fogo

Drs. Nivea Czernocha Lins, Rita Proviatt, Antonio Claudio Oliveira, Rosana Palma, Renata Villas Boas, Augusto Freitas, Paulo de Tarso Martins

14

Reuniões Científicas

Tratamento de Endoleak tipo 2 por acesso paraprotético

Drs. Nathan de Liz, Robert Eudes, Arno von Ristow, Bernardo Massière, Alberto Vescovi, Daniel Leal, Carlos Simoneti, Davi Heckmann, Bernardo Ristow

18

Reuniões Científicas

Embolização pré-operatória de angiofibroma nasofaríngeo juvenil – Relato de caso

Drs. Bernardo de Castro Abi-Ramia Chimelli, Helder Vilela de Oliveira e Silva, Daniel Falcão P. da Fonseca, Leandro Tavares Barbosa de Matos, Atila Brunet Di Maio, Marcelo Sarmento, Vasco Lauria da Fonseca Filho

23

Artigo Científico

Oclusão Arterial Aguda

Drs. Pietro de Almeida Sandri e Paulo Eduardo Ocke Reis

28

Especial

Rol de Procedimentos por Patologia Vascular: um ano de luta em prol da Defesa Profissional

Por Aline Ferreira

33

Entrevista

Dr. Rossi Murilo

Presidente do 41º CBACV destaca novidades que aguardam os congressistas

39

Espaço Aberto

Dr. Luiz Roberto Londres

Ética, Moral, Deontologia, Lei

43

Opinião

Dr. Alberto C. Duque

Uso dos óculos da Google na Medicina

46

Informangio

Eventos

48

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente

Arno Buettner von Ristow

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Ruy Luiz Pinto Ribeiro

Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

Diretor Científico

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Eventos

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Aguiar Lucas

Diretor de Publicações Científicas

Marcio Arruda Portilho

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Paulo Eduardo Ocke Reis

Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Rita de Cássia Proviatt Cury

Diretor de Patrimônio

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Patrimônio

Raimundo Luiz Senra Barros

Presidente da gestão anterior

Carlos Eduardo Virgini

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Público:**

Carlos Eduardo Virgini

Jurídico:

Paulo Marcio Canongia

Científica:

Marília Duarte B. Panico

Publicações:

Nostradamus Augusto Coelho

Planejamento Estratégico:

Francisco João Sahagoff D.V. Gomes

Residência Médica:

Bruno Morisson

Eventos:

Alberto Coimbra Duque

Informática:

Leonardo Silveira de Castro

Vice de Informática:

José Carlos M. Jannuzzi

Associações Médicas:

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Cirurgia Endovascular:

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios:

Roberto Furman

Ações Sociais:

Jackson Silveira Caiafa

Assessoria para assuntos**Interinstitucionais:**

Ney Abrantes Lucas

Defesa Profissional:

Marcio Leal de Meirelles

Assessoria de Imprensa:

Almar Assumpção Bastos

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS:**

Rubens Giamboni Filho

Diretor de Informática:

Vivian Carin Marino

Pós-Graduação:

Felipe Borges Fagundes

Apoio Jurídico:

Taís Antunes Torres Mourão

Educação Continuada:

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Rigueti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doenças Arteriais:**

Adalberto Pereira de Araújo

Alberto Vescovi

Bernardo Massière

Bernardo Senra Barros

Carlo Sassi

Celestino Affonso Oliveira

Edilson Ferreira Feres

Emília Alves Bento

José Ricardo Brizzi Chiani

Luiz Henrique Coelho

Nelson Vieira

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas:

Angela Maria Eugenio

Daniel Autran Burler Drummond

Diogo Di Batista de Abreu e Souza

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Leonardo Stambowsky

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Métodos Especiais:**Laser:**

Marcello Capela Moritz

Radiofrequência:

Alexandre Cesar Jahn

Espuma:

Guilherme Peralta Peçanha

Doenças Linfáticas:

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Lilian Camara da Silva

Métodos Diagnósticos**Não Invasivos:**

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Alessandra Foi Camara

Carmen Lucia Lascasas

Clóvis Bordini Racy Filho

Luiz Paulo de Brito Lyra

Sergio Eduardo Correa Alves

Angiorradiologia e Cirurgia**Endovascular:**

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Fabio de Almeida Leal

Fabio Sassi

Felipe Silva da Costa

Felippe Beer

Guilherme Nogueira d'Utra

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Marcio Maia Lima

Rodrigo Soares Cunha

Roberto Young Junior

Vitória Edwige Teixeira de Brito

Warley Dias Siqueira Mendes

Feridas:

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental e Pesquisa:

Monica Rochedo Mayall

Nivan de Carvalho

Microcirculação:

Mario Bruno Lobo Neves

Patrícia Diniz

Solange Chalfun de Matos

Trauma Vascular:

Bruno Miana Caiafa

Leonardo Cesar Alvim

Marise Claudia Muniz de Almeida

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Vaz de Melo

Fórum Científico:

Ana Asniv Hototian

Fúlvio Toshio de S. Lima

Helen Cristina Personi

João Augusto Bille

Luiz Batista Neto

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 Luiz de Medina

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Luis Felipe da Silva

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marília Duarte Brandão Panico

Paulo Marcio Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Rossi Murilo da Silva

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

Jornalistas Responsáveis

Luciana Julião

Aline Ferreira

Projeto Gráfico

Julio Leiria

Diagramação

Leonardo Rocha

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles & Henning Comunicação Integrada

Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 - 2º andar - Centro

CEP: 20080-007 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2233-0005

selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

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



Sobre novos caminhos

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira - Presidente da SBACV-RJ



**Em abril,
nosso Rol de
Procedimentos
por Patologia
Vascular
completou um
ano de existência.**

Sob risco de parecer monotemático, gostaria de mais uma vez utilizar este espaço para falar sobre Defesa Profissional. O fato de me centrar neste tema de forma nenhuma significa que estou descuidando dos outros temas que representam os objetivos e focos de nossa Regional, como a Educação Continuada, o oferecimento de oportunidades aos nossos associados para atualização científica, ou mesmo a inserção dos jovens Especialistas na vida associativa. Pelo contrário, estou cercado de colegas extremamente competentes em nossa Diretoria, e todos nós temos visto o resultado disso: Encontros Cariocas de alto nível, Reuniões Científicas na Capital e fora de sede com apresentação de excelentes trabalhos, frequentadas por um número de associados acima de nossa média histórica, com participação de um expressivo número de Residentes, um *site* constantemente atualizado, com conteúdo relevante, sem mencionar a qualidade desta publicação que está em suas mãos agora.

Mas a Defesa Profissional foi uma promessa de nossa campanha e, ao contrário do que se observa em outras instâncias em nosso País, tenho convicção de que uma promessa é um compromisso.

Em abril, nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular completou um ano de existência. Um ano de muito trabalho, marcado por muitas reuniões e uma incansável perseverança de toda a nossa Diretoria. Ouvimos críticas, convivemos com alguma incredulidade, mas estamos alcançando êxitos inéditos.

Você deve ter recebido a comunicação enviada na última semana de maio sobre o termo de ajuste histórico assinado com a Golden Cross. Já vínhamos obtendo vitórias ao longo do ano, mas ainda não tínhamos um acordo firmado por escrito, um compromisso de adoção integral de nossa proposta. O acordo assinado no final de maio com a Golden, mais do que um marco, é um trunfo para negociações melhores com as demais operadoras.

Não podemos mais ser chamados de sonhadores. Começamos a fazer dos sonhos uma realidade, que certamente, em um espaço de tempo menor do que imaginamos, representará benefícios para todos os Vasculares do Rio de Janeiro, e não apenas para os credenciados pela operadora que assinou o acordo com a SBACV-RJ.

Vivemos agora um momento de alegria pela conquista, mas isso de forma alguma reduz nosso empenho. Continuamos empenhados, e agora com as energias renovadas, para continuar negociando em busca daquilo em que acreditamos, em busca de dignidade na remuneração por nossos serviços, assim como empenhados em oferecer todas as condições possíveis para que o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que será realizado em outubro, aqui no Rio de Janeiro, seja um evento ímpar!

Boa leitura!





Do Rol ao Google Glass, do sobreaviso à Deontologia

Dr. Marcio Arruda Portilho - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ



**Podemos ver
artigos científicos
de qualidade,
relatos de casos
interessantes, a
rara imagem da
capa, comentários
sobre a Defesa
Profissional e
notícias sobre o Rol
e suas vitórias...**



Prezados amigos, mais uma edição do nosso periódico lhes é enviada e, como de costume, repleta de novidades, das mais variadas naturezas.

Podemos ver artigos científicos de qualidade, relatos de casos interessantes, a rara imagem da capa, comentários sobre a Defesa Profissional e notícias sobre o Rol e suas vitórias, entre outros assuntos. Aliás, usando o poder de síntese do Rol, nem seria necessário utilizar o Google Glass, noticiado pelo Dr. Alberto Duque, para codificar as cirurgias em nossas faturas

Ainda sobre Defesa Profissional, o Dr. Átila aborda um tema da mais alta relevância, que é o sobreaviso sem remuneração!

Agindo assim, o Hospital ou a Instituição passa a dispor, "a custo zero", de atendimento Especializado (de Angiologia e Cirurgia Vascular, em nosso caso) de urgência.

E, o que é mais grave, essa situação só se perpetua porque nossos Colegas concordam em assumir a função que outros não querem perpetuar.

Muitas vezes somos chamados para atender um paciente, em Hospital distante, cuja remuneração do parecer é inferior até à despesa de locomoção!!

Leia mais no texto do Dr. Di Maio.

Como que em continuação ao tema Disceologia Médica, veremos também a seguir o excelente artigo de nosso colega, amigo e filósofo Dr. Luis Roberto Londres que, a nosso convite, tece considerações sobre Ética, Moral, Deontologia e Lei.

Cordiais saudações.



***“Caminhos não há,
mas os pés na grama
os inventarão.”***

Ferreira Gullar

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



**De pequenas
marcas no
gramado,
representadas
pela adoção do Rol
para um ou outro
procedimento,
chegamos a esse
momento ímpar.**

Os primeiros meses deste ano foram marcados, de forma geral no Brasil – e talvez com um pouco mais de ênfase em nosso estado –, por certo desânimo, daqueles que crises financeiras e de segurança impõem.

Sem muita esperança, sem muito ânimo...

Felizmente, estes sentimentos ruins não contaminaram o nosso empenho no trabalho da Regional. Afinal, seremos sede do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e há muito trabalho envolvendo a Regional em uma empreitada de tal porte. Felizmente também, não desanimamos na condução das negociações por honorários dignos, um projeto que efetivamente marca a atual gestão.

Iniciei este texto repetindo um verso de Ferreira Gullar que foi inserido no material que divulgou o termo de ajuste firmado entre nossa Regional e a Golden Cross. O verso espelha muito bem o momento que vivemos hoje: há pouco mais de um ano, tínhamos a sensação clara de que “alguém precisava fazer alguma coisa”. O achatamento de nossos honorários era real, terrível e parecia, em alguns momentos, irremediável.

A Diretoria, capitaneada por Julio Cesar Peclat de Oliveira, entendeu que não se tratava de alguém fazer alguma coisa: precisávamos assumir as rédeas da situação.

Assim se deu: durante a I Convenção da Regional, realizada no início de abril de 2014, foi aprovado o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, elaborado, a pedido de nosso Presidente, por um grupo de Colegas que estudou cuidadosamente a questão e propôs um agrupamento de procedimentos visando a uma justa e digna remuneração médica.

E aí veio o momento de amassar a grama...

Primeiro obtendo o aval dos Colegas, depois, do Conselho Regional de Medicina. Na sequência, começamos a conversar com as empresas de planos de saúde.

De pequenas marcas no gramado, representadas pela adoção do Rol para um ou outro procedimento, chegamos a esse momento ímpar.

Vamos seguir adiante, pois ainda há muita grama à nossa espera!

Nossa Secretaria permanece à sua disposição para prestar esclarecimentos quanto ao acordo firmado com a Golden e para lhe oferecer nossos Serviços.





Um novo espaço para assuntos científicos

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto - Diretor Científico da SBACV-RJ

Dr. Marcos Arêas Marques - Vice-Diretor Científico da SBACV-RJ



O sucesso desta Reunião fora de sede justifica que esse tipo de encontro deve ser mantido e expandido para outros locais do estado.



Prezados Colegas,

A pedido do nosso Presidente, Dr. Julio Peclat, e do Diretor de Publicações, Dr. Marcio Arruda Portilho, teremos um espaço para divulgar os assuntos pertinentes à Diretoria Científica. Assim sendo, realizaremos um resumo das atividades do mês de maio:

Foram realizadas duas Reuniões Científicas. A primeira, de número 559, aconteceu no dia 28, no auditório Charles Damian do CREMERJ, com os seguintes temas:

- Tratamento por embolização do Endoleak tipo 1A, proferido pelo Dr. Leonardo Stambowsky, do Serviço ENDOVASC, e debatido pelos Drs. Felipe Costa, Guilherme D'Ultra e Pablo Varela.

- Tratamento de aneurisma da aorta torácica ascendente, arco aórtico, aorta descendente com cirurgia híbrida e endoprótese fenestrada "feita em casa", proferido pelo Dr. Leonardo Almeida, do Serviço VASCULARES ASSOCIADOS, e debatido pelos Drs. Carlos Sassi, Cristina Riguetti e Francisco João Sahagoff Gomes.

- Aula Especial: Desafios na prevenção da isquemia medular na cirurgia da aorta, proferida pelo Dr. Arno von Ristow, do CENTERVASC RIO, debatida pelos Drs. Adilson Feitosa, Felipe Murad e Marcelo Monteiro.

A plateia presente pôde aprender, questionar e trocar experiências a respeito dos brilhantes temas apresentados.

No dia 30, tivemos a Reunião fora de sede, em Búzios, no Hotel Atlântico, organizada pela Coordenadora de Seccionais, Dra. Gina Mancini de Almeida, e pelos Drs. Antonio Feliciano Neto e Rogério Garcia de Freitas.

Nesta reunião, tivemos mais de 50 colegas presentes que, além do conteúdo científico, puderam aproveitar o caráter informal, característico das Reuniões fora de sede, ao levar seus familiares para um maior conagração social.

A programação científica contou com os seguintes temas:

- Abordagem prática e econômica na terapia endovascular, proferido pelo Dr. Rogério Garcia de Freitas e debatido pelos Drs. Adalberto Pereira de Araújo, Francisco João Sahagoff Gomes, João Roberto C. de Almeida, Marcelo B. Rizzo e Marcio Arruda Portilho.

- Angiodisplasia e varizes na infância e adolescência - Uma abordagem atualizada, proferido pela Dra. Alda Bozza e debatido pelos Drs. Adriana Vasconcelos, Almar Bastos e Stênio K. Fiorelli.

- Alça de veia femoral com técnica menos invasiva, proferido pelo Dr. George Luiz Marques Maia e debatido pelos Drs. Eduardo Trindade e Luiz Carlos Gonçalves.

A Reunião foi finalizada com a Mesa Redonda “Rol de Procedimentos por Patologia Vascular”, cujo coordenador foi o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, contando com a participação dos Drs. Antonio Feliciano Neto, Breno Caiafa, Carlos Enaldo Pacheco, Carlos Peixoto, Cristiane Araújo Gomes, Eduardo Feres, Gina Mancini, Guilherme Peralta Peçanha e Sergio Meirelles.

Dr. Julio nos mostrou os caminhos e as dificuldades para a implementação do Rol, mas informou que o contrato com a Golden Cross sinaliza o avanço do movimento e que a união dos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares se constitui no verdadeiro “pilar” para a melhoria dos honorários profissionais dos Especialistas junto à fonte pagadora e seus clientes. Os participantes desta Mesa puderam questionar, opinar e sugerir para que o Rol avance em direção a todas as fontes pagadoras...

O sucesso desta Reunião fora de sede justifica que esse tipo de encontro deve ser mantido e expandido para outros locais do estado.

Neste mês, o conteúdo científico foi intenso!

Até a próxima Reunião, em Petrópolis, será organizada pelo Dr. Eduardo Loureiro. Em breve divulgaremos a confirmação das datas.

Abraços a todos...



O que você faz quando está de sobreaviso?

Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ



**Sabemos das
dificuldades que
o mercado impõe,
mas não podemos
esperar que,
passivamente,
os hospitais
nos ofereçam a
remuneração.**



Caros Sócios, temos recebido solicitações de vários Colegas em relação às negociações a respeito de sobreaviso em Cirurgia Vascular. Venho colhendo impressões e opiniões que são unânimes em concluir que o sobreaviso é um trabalho que exige tempo disponível, proximidade do hospital, rapidez na avaliação (tendo em vista as implicações médicas e jurídicas envolvidas), estresse emocional, enorme exposição civil e legal da equipe responsável. Sendo assim, parece óbvio e consensual que deve ser remunerado. Mas não o é!

O Conselho Federal de Medicina (CFM) já publicou uma orientação à comunidade médica sugerindo que não seja aceita uma condição de sobreaviso não remunerado. Sabemos das dificuldades que o mercado impõe, mas não podemos esperar que, passivamente, os hospitais nos ofereçam a remuneração. Se nós mesmos não nos posicionarmos em relação ao fato, nada muda. Nem o CFM, nem a Sociedade, nem nada vai promover essa mudança. Então, isso me faz repetir mais uma vez nosso eterno discurso: união!

Acompanhei de perto equipes de amigos que deixaram sobreavisos pelos quais respondiam por conta da recusa do hospital em reconhecer a remuneração do sobreaviso. Minha própria equipe assim o fez, deixando um hospital pelo qual respondíamos há anos e do qual gostávamos. Por quê? Pela ideologia de uma luta coletiva. Ora, senhores, eu vos pergunto: o que leva outro colega a aceitar correndo a vaga deixada por uma equipe nessas condições? Necessidade? Falta de consciência política? Tomar proveito e enfraquecer uma luta de classe? Falta de visão do futuro? Seja como for... Lembro que o Código de Ética Médica tem um artigo específico sobre isso...

Assim sendo, deixo claro que a SBACV-RJ está com esse assunto na pauta e vem discutindo soluções coletivas e institucionais para o caso, de forma a unificar e respaldar as atitudes dos Sócios em suas defesas. Mas não chegaremos a lugar algum enquanto "nós mesmos" burlarmos nossas defesas.

Em relação ao Rol de Procedimentos por Patologia, temos a comunicar-lhes avanços importantes em negociações com grandes operadoras. Já estamos percebendo um maior entendimento por parte delas da importância da valorização dos honorários dos Médicos e, portanto, da implantação do próprio Rol. Esperamos em breve ter mais notícias concretas!

Aneurisma verdadeiro de artéria carótida interna – Relato de Caso

Autor: **Dr. Daniel Falcão P. da Fonseca**

Residente de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular do Hospital Federal da Lagoa;
Cirurgião Vascular do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

Coautores: **Drs. Leandro Tavares B. de Matos¹, Cristiane Vieira², Filipe Cardoso³, Bernardo Chimelli⁴, Hélder Vilela⁴, Roberta Rocha⁵, Ana Hototian⁶, Marise Muniz⁷, Patrícia Guerra⁸, Atila Di Maio⁹ e Vasco Lauria da Fonseca Filho¹⁰**

1- Cirurgião Vascular do Hospital Salgado Filho

2- Cirurgiã Vascular

3- Residente de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular do Hospital Federal da Lagoa

4- Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa

5- Cirurgiã Vascular do Hospital Federal da Lagoa; Cirurgiã Vascular do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro; Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV

6- Médica do Hospital Municipal Miguel Couto, Departamento de Cirurgia Vascular; Médica do Hospital Federal da Lagoa, Departamento de Cirurgia Vascular

7- Membro Efetivo SBACV-RJ; Membro da Comissão de Trauma da SBACV-RJ; Cirurgiã Vascular do Hospital Federal da Lagoa e Hospital Municipal Lourenço Jorge

8- Cirurgiã Vascular do Hospital Federal da Lagoa; Cirurgiã Vascular do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro; Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV

9- Membro Efetivo da SBACV-RJ; Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa; Preceptor da Residência Médica do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa

10- Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e do Setor de Hemodinâmica do Hospital Federal da Lagoa; Membro Titular da SBACV; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pela SBACV; Especialista em Cirurgia Endovascular pela SBACV e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal da Lagoa

Os aneurismas das carótidas extracranianas são muito pouco frequentes, tanto em relação àqueles das carótidas intracranianas como em relação aos aneurismas do sistema arterial de uma forma geral. Em decorrência da sua raridade, é difícil definir a evolução natural, bem como sua real incidência e se ela tem aumentado ultimamente. É possível que um pequeno aumento seja devido ao uso mais frequente e de melhores métodos de imagem.

Pela raridade do tema, o presente trabalho tem por objetivo relatar o único caso de aneurisma de carótida interna operado no Hospital Federal da Lagoa (HFL) nos últimos 12 anos. Em outubro de 2013, foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Vascular do HFL a paciente Z.M., 71 anos, sexo feminino, viúva,

aposentada, natural do Rio de Janeiro, com queixa de sensação de “caroço no pescoço” associada a dor e latejamento com cerca de 9 meses de evolução. A paciente referia piora progressiva no período. Na consulta de admissão, trouxe USG cervical que sugeriu “dilatação aneurismática em trajeto carotídeo”. Dispneia, disfagia e alterações neurológicas não estavam associadas ao quadro. Como comorbidades, Z.M. apresentava apenas hipertensão arterial leve.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, lúcida, eupneica em ar ambiente, portando massa pulsátil de aproximadamente 3 cm em região cervical direita. Pulsos carotídeos, dos membros superiores e inferiores, amplos e simétricos. No exame do abdome, nada digno de nota.



Fig. 1 – Massa cervical.

Foi solicitada, então, uma angiotomografia de carótidas que evidenciou aneurisma de 1,5 cm associado a kinking de artéria carótida interna direita. De acordo com a literatura, a localização mais encontrada é a carótida comum, particularmente em sua bifurcação; em seguida vem a carótida interna e, com frequência bem menor, a externa.

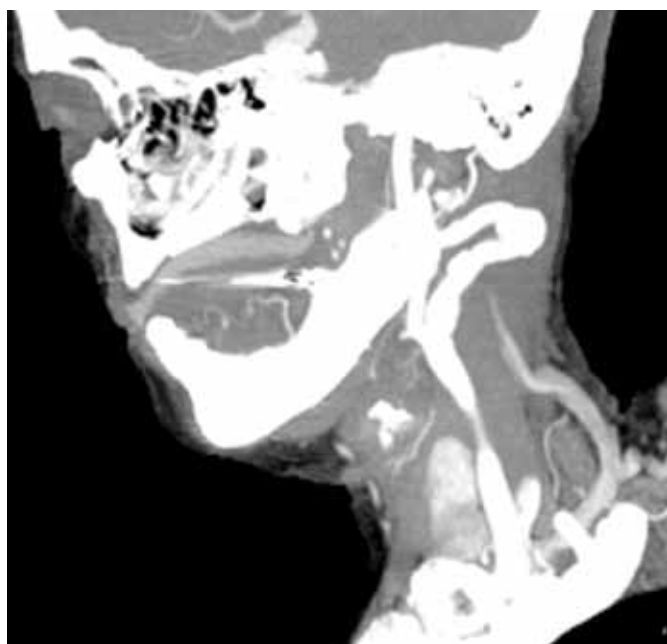


Fig. 2A – AngioTC corte coronal.



Fig. 2B – AngioTC corte sagital.

Apesar de poucos, os estudos disponíveis acerca do tema são unânimes em apontar o alto índice de complicações (embolização seguida de AVE ocorre em até 50% dos casos) nos pacientes não tratados cirurgicamente. Por esta razão, após discussão do caso na sessão clínica do Serviço, optou-se pela abordagem cirúrgica do aneurisma em questão. A presença de importante tortuosidade no vaso-alvo do tratamento nos fez decidir pela cirurgia convencional.

A paciente foi submetida à ressecção e anastomose primária, sob anestesia geral e sem shunt, no dia 16/09/2014, que ocorreu sem intercorrências. Permaneceu em unidade fechada por um dia, tendo alta para enfermaria. No 1º dia de pós-operatório, queixou-se de rouquidão e disfagia importante. No 6º dia, já apresentava melhora significativa da fala e da deglutição, tendo recebido alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial conjunto com o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

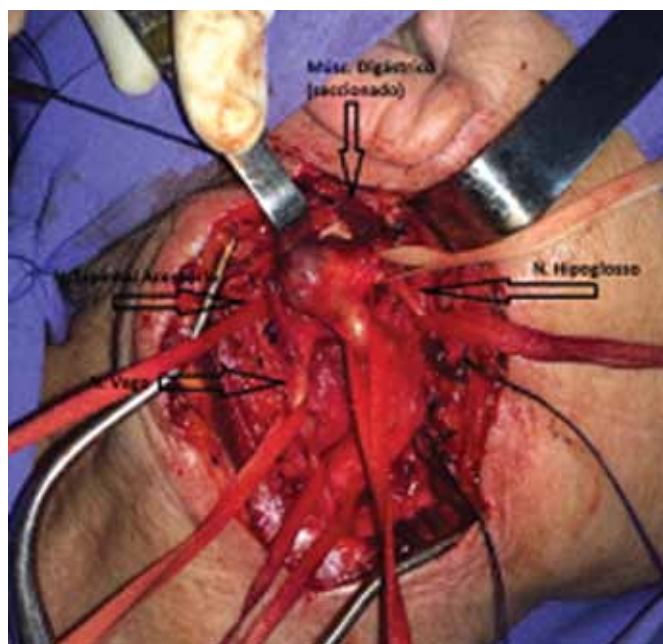


Fig 3A - Per-op (dissecção).

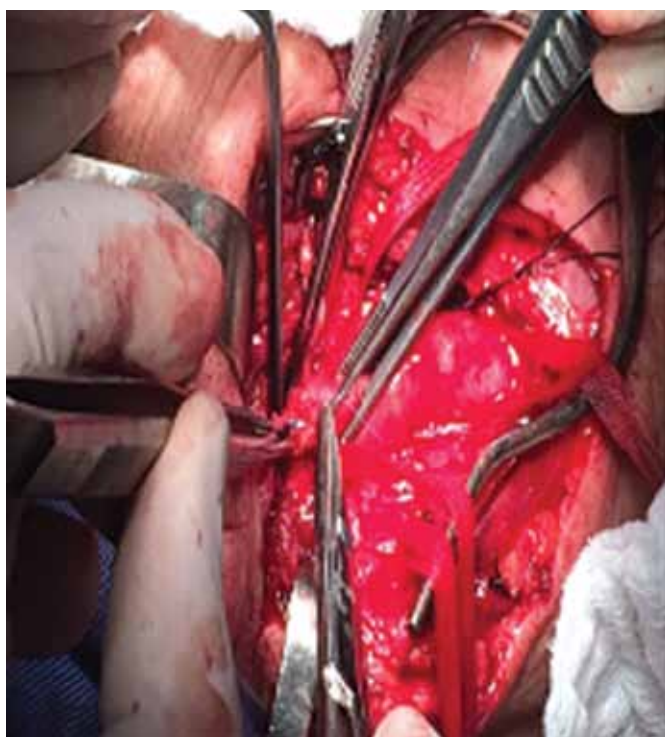


Fig. 3B – Per-op (anastomose).



Fig. 3C – Per-op (aspecto final).

Na consulta de acompanhamento com 30 dias de pós-operatório, a paciente apresentava recuperação subtotal da fonação e melhora parcial da disfagia, ainda com certa dificuldade em deglutir alimentos pastosos. Dessa forma, foi solicitada pelo Cirurgião de cabeça e pescoço uma videoendoscopia da deglutição, que revelou “disfagia faríngea leve por atraso no reflexo da deglutição”, sendo então sugerida fonoterapia.



Fig. 4A - Pré-op.



Fig. 4B - Pós-op. (60 dias).

Concluimos, com isso, que pelo alto índice de complicações (principalmente embólicas) associado ao tratamento conservador, os aneurismas de carótida devem, sempre que possível, ser abordados cirurgicamente. O principal objetivo do tratamento é a prevenção de déficits neurológicos definitivos, o qual foi alcançado pelo presente estudo.

Não foi possível definir um fator etiológico relacionado ao caso, já que a paciente tinha poucos fatores de risco e nenhuma evidência que apontasse para aterosclerose sistêmica (principal causa) e nada que sugerisse relação com displasia fibromuscular, infecção, dissecção ou qualquer outro fator conhecido.

A presença frequente de redundância das artérias possibilita a ressecção com anastomose primária em mais de 50% dos casos, sendo, por outro lado, uma das contraindicações relativas à técnica endovascular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rutherford's Vascular Surgery 8th edition – Elsevier
- BRITO, Carlos José de. **Cirurgia Vascular**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Tratamento minimamente invasivo de pseudoaneurisma de artéria vertebral pós-perfuração por arma de fogo

Autor: Drs. Nivea Czernocha Lins², Rita Proviert², Antonio Claudio Oliveira³, Rosana Palma⁴, Renata Villas Boas⁵, Augusto Freitas⁶, Paulo de Tarso Martins⁷

1 - Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)

2 - Chefe da Cirurgia Vascular do HMSA

3 - Subchefe da Cirurgia Vascular do HMSA

4 - Preceptora de Residência Médica de Cirurgia Vascular do HMSA

5 - Cirurgiã Vascular do HMSA

6 - Residente de Cirurgia Vascular do HMSA

7 - Residente de Cirurgia Endovascular do HMSA

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA)

INTRODUÇÃO

O trauma da artéria vertebral (AV) é uma entidade rara, correspondendo a 0,2% a 0,8% dos casos de trauma vascular¹. Como em qualquer trauma cervical, 86% ocorrem em homens, principalmente entre 20-40 anos². Num estudo realizado entre 2001-2011, num hospital de referência em trauma em Phoenix, nos EUA, de 36.942 traumas atendidos, 0,13% correspondeu a um trauma de AV. Quanto à etiologia, aquelas decorrentes de trauma contuso (fraturas e subluxações de vértebra cervical, entre C2 e C6) somam 88%, enquanto dentre as decorrentes de traumas perfurantes (14%), encontram-se na maioria causada por arma branca, com um aumento importante nas por arma de fogo, e em menor número nas por iatrogenia (punções inadvertidas, acidentes em procedimentos endovasculares)³. A mortalidade é baixa, 8%, geralmente associada a trauma de outras regiões³. A incidência de lesões traumáticas por segmento da AV tem a seguinte relação: V1: 18%, V2: 67%, V3: 31%, V4: 6%; ocorrendo inversão entre os segmentos V2 e V3 nos casos em que as lesões contusas com fratura de vértebra foram mais frequentes³ (Figura 1).

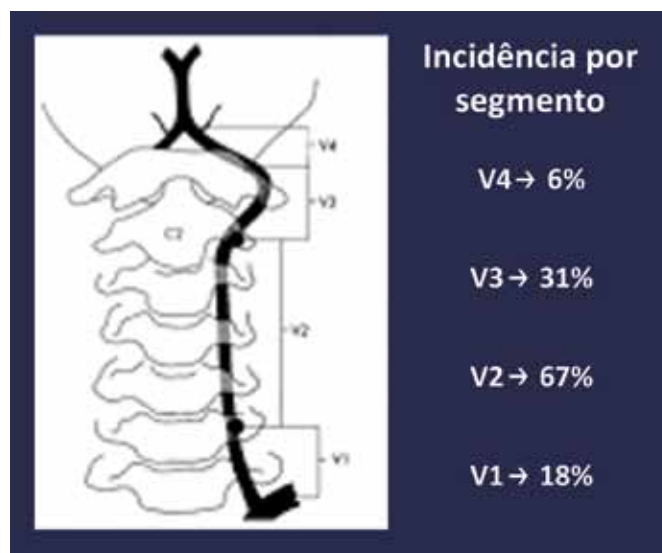


Figura 1 – Segmentos da AV: V1- estende-se da origem na artéria subclávia até a sua entrada no forame do processo transversal da sexta vértebra cervical; V2- ascende através do forame transversal das seis vértebras cervicais. V3- vai da primeira vértebra cervical à base do crânio; V4- intracraniano².

RELATO DO CASO

O paciente B.S.A., de 15 anos de idade, morador do bairro de Manguinhos, foi internado através da Emergência, no

Serviço de Cirurgia Vascular do HMSA com tumoração em região cervical anterior direita (Figura 2), de aumento progressivo e dor moderada a intensa, associada à cefaleia e a zumbidos. Relatou internação prévia (5 semanas antes) no Serviço de Cirurgia Geral do HMSA por perfuração por projétil de arma de fogo (PAF) em região posterior de hemitórax direito (HTD), quando foi submetido a atendimento primário, drenagem de HTD por hemotórax, exames laboratoriais e de imagem, antibioticoterapia, curativos; evoluiu com melhora e recebendo alta hospitalar, sem o dreno, após 1 semana. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, deambulando, afebril, corado, hidratado, estável, eupneico, pressão arterial: 120x80 mmHg, frequência cardíaca 82 BPM. Massa pulsátil de 10,0x8,0 cm de diâmetro em região cervical anterior direita, com frêmito à palpação. Ferida em região infraescapular em dorso de HTD, com crosta cicatricial, sem sinais flogísticos (orifício de entrada do projétil). Membro superior direito com todos os pulsos e perfusão preservados.



Figura 2 – Ectoscopia do paciente B.S.A.

Foi submetido a exames laboratoriais (hemograma, coagulograma e provas de função renal normais) e tomografia com contraste venoso que evidenciou: formação aneurismática fusiforme na topografia das artérias subclávia e vertebral direitas (segmento V1), medindo cerca de 9,0x4,0x12,0 cm, parcialmente trombosada. Fluxos proximal e distal à lesão preservados. PAF alojado em partes moles da região supraclavicular direita,

gerando artefatos que prejudicavam parcialmente a avaliação das imagens (Figura 3).

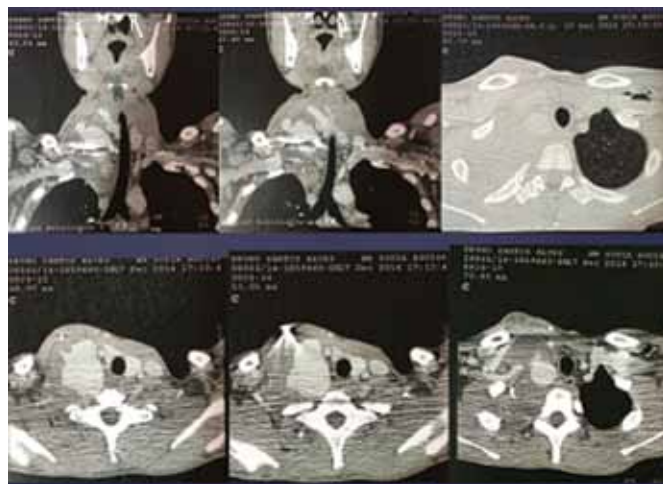


Figura 3 – Tomografia com contraste venoso.

A partir deste exame, programou-se como tratamento cirúrgico eletivo endovascular: embolização de segmento distal ao pseudoaneurisma da AV; embolização de segmento proximal ao pseudoaneurisma da AV; liberação de *stent* revestido em segmento de óstio de AV, na artéria subclávia (ASC) direita.

Foram utilizados os seguintes materiais para o procedimento: Bainha 4F 10 cm; Bainha 7F 70 cm; Fio-guia hidrofílico 0,35 mm (Aqualiner®); Fio-guia teflonado 0,35mm; Cateter VERT 5F; Cateter HH1 4F; Mola de liberação não controlada (0,035"x5cmx5mm)- Braile®; Mola de liberação não controlada (0,035"x8cmx5mm)-Braile®; Stent Fluency® 8x60 mm; Cateter balão 7x100 mm -Cordis®.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Procedeu-se punção retrógrada de artéria femoral comum direita, posicionamento de bainha 4F – 10 cm. Anticoagulação plena sistêmica com 5000U de Heparina. Cateterização e arteriografia de ASC e de AV direitas. Identificação de formação aneurismática com extravasamento de contraste em 1/3 proximal de AV, envolvendo óstio da mesma (Figura 4). Introdução de cateter Vert 5F 125 cm sob fio-guia até 1/3 médio de AV e liberação de *coils* embolizantes distal e proximal à formação aneurismática (Figura 5). Posicionamento de *stent* revestido na ASC e balonamento *intrastent* com cateter balão. Realizada arteriografia de controle que evidenciou perviedade da ASC e seus ramos e oclusão da AV (Figura 6).



Figura 4 – Arteriografia de AV direita.



Figura 5 – Embolização distal.

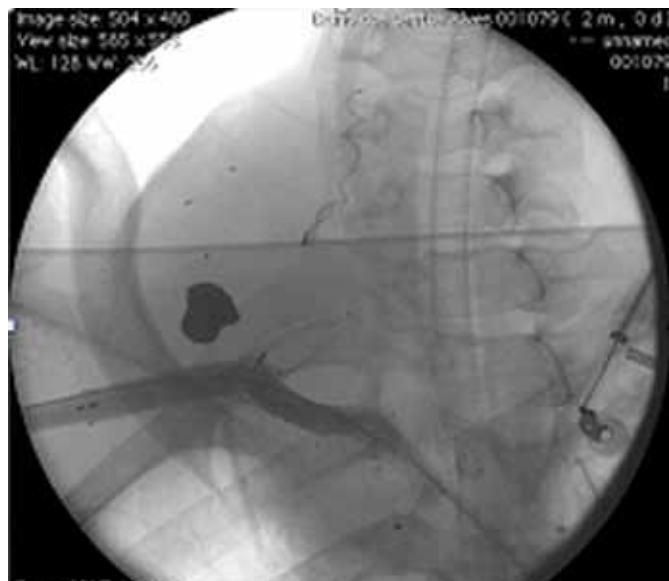


Figura 6 – Arteriografia de controle.

Após procedimento, foram constatadas manutenção de pulsos em membro superior direito e ausência de pulso e frêmito em massa cervical. O paciente foi submetido à dose de ataque de Clopidogrel (300 mg) e AAS (200 mg) e permaneceu em Unidade fechada nas primeiras 24h de pós-operatório, sem intercorrências. Com 24h de pós-operatório, já houve melhora da dor e diminuição de expansibilidade em massa cervical. O Doppler arterial de controle evidenciou: imagem de aspecto nodular supraclavicular direita, sem sinais de fluxo em seu interior; ASC direita com paredes íntegras e fluxo trifásico; não caracterizado fluxo em trajeto habitual de AV. Foram mantidos 75 mg de Clopidogrel e 100 mg de AAS nos dias subsequentes, inclusive na alta hospitalar, com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. No seguimento, com 15 e 30 dias de pós-operatório, o paciente manteve-se assintomático, com regressão expressiva e total da massa cervical.

REVISÃO DA LITERATURA

A apresentação clínica das lesões traumáticas de AV não é rica em sinais e sintomas, já que a maioria das lesões se dá por oclusão e estenose da AV (lesões cervicais contusas), sendo apenas 20% seguidas de sintomas por isquemia (embolia de áreas do cerebelo, córtex visual e tronco cerebral), como: cefaleia, dor cervical, alterações sensoriais e marcha, tontura, náuseas, vômitos, alterações do nível de consciência, fala e visuais³. Em relação ao pseudoaneurisma de AV, a manifestação clínica mais frequente é a massa pulsátil, com frêmito ou sopro, associada ou não a tontura, zumbidos, náusea, vômitos, mais raramente, dispneia¹ e sintomas compressivos em nervos do plexobraquial.

A investigação diagnóstica deve incluir de rotina uma angiogramografia da região cervical, tórax e também de crânio. Ela permite uma avaliação rápida das três regiões no mesmo tempo de contraste venoso. Avalia também simultaneamente lesões em órgãos adjacentes e o delineamento da trajetória de um projétil em relação a estruturas vitais². Além de ter sensibilidade e especificidade próximas a 100%³, também possibilita o estudo de fluxo sanguíneo para a circulação posterior, a fim de detectar se a artéria cerebelar pósterio-inferior depende exclusivamente da circulação posterior ou se a rede de anastomoses é suficiente para suprir a perfusão cerebral, em caso de oclusão de uma das AV¹.

A correção cirúrgica de um pseudoaneurisma de AV

sintomático e expansivo (que não se resolverá espontaneamente), seja por via convencional (ligadura) ou endovascular (oclusão), incluía interrupção do fluxo da AV⁴. É importante considerar a presença de aterosclerose, o sistema de colaterais e a dominância da artéria vertebral na circulação posterior para o planejamento cirúrgico. Sabe-se que a AV esquerda é dominante em torno de 60% das pessoas quanto ao fluxo da circulação posterior³ e que somente 10% do fluxo cerebral total é devido ao par de artérias vertebrais¹. Esse estudo de fluxo cerebral também pode ser feito por arteriografia, sendo esse um exame mais invasivo, que exige mais estrutura.

A arteriografia é um excelente método diagnóstico, com elevada sensibilidade e especificidade, que pode ser realizado durante o procedimento cirúrgico-anestésico, complementando o tratamento endovascular. Identifica com precisão o tipo de lesão e sua localização².

Já o ecoDoppler tem uma sensibilidade baixa – de 38,5%³ – no diagnóstico das lesões traumáticas de AV em geral. Porém, torna-se interessante no estudo de fluxo no pseudoaneurisma, e por ser não invasivo, não expor o paciente à radiação e contraste, de baixo custo, é um bom método para seguimento ambulatorial pós-operatório, ou daquelas lesões em que se optou por tratamento conservador.

Em relação ao tratamento por via convencional, é preciso salientar sua complexidade e difícil acesso à AV no segmento V₁, por requerer grande área exposta⁴, numa região afetada com processo inflamatório e de cicatrização. No caso em questão, havia mais um fator agravante neste acesso: o pseudoaneurisma estava ocupando o espaço supraclavicular. A abordagem à AV neste segmento (V₁) deve ser realizada na sua origem, na base do pescoço, por uma incisão supraclavicular ou cervical oblíqua, com extensão distal ampliada e desinserção do músculo esterno cleidomastoideo. O risco de complicações é elevado. Entre elas, lesão do ducto torácico (AV esquerda), lesão de plexo braquial, hemorragia, lesão do nervo frênico⁵.

O desenvolvimento de *stents* revestidos e o advento das molas embolizantes possibilitaram o tratamento de perfurações arteriais, fistulas arteriovenosas e pseudoaneurismas, com a manutenção da perviedade dos vasos, por acesso remoto² e com precisão. O tratamento endovascular torna-se uma alternativa interessante na medida em que tecnicamente é mais simples de

ser realizado, mais rápido e, ainda, menos invasivo ao paciente. Possui uma morbidade reduzida em comparação à técnica convencional para controle de hemorragias em locais de difícil acesso, minimizando a perda de tecido por necrose, assim como a dor no pós-operatório e o tempo de internação. A terapia de antiagregação plaquetária pós-operatória é necessária para evitar estenose e trombose do *stent* revestido⁴.

CONCLUSÃO

O pseudoaneurisma de AV, como todo trauma de AV, apesar de pouco frequente, aparece cada vez mais nos Serviços de Cirurgia Vascular por conta das perfurações por PAF e também nas lesões iatrogênicas por punções inadvertidas de AV. É preciso ter um criterioso conhecimento anatômico da região e também do paciente para efetuar o melhor planejamento terapêutico-cirúrgico.

A cirurgia convencional de correção do pseudoaneurisma da artéria vertebral exige exposição da artéria subclávia retroclavicular, havendo risco de lesão de estruturas nobres. O reparo endovascular é totalmente factível quando bem indicado e permite excluir a lesão de maneira seletiva, tornando-se evolutivamente a principal opção no tratamento do pseudoaneurisma, e também de outras formas de lesão traumática da AV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - PEREIRA, C. E. E. C. Falso aneurisma traumático de artéria vertebral: relato de caso e revisão da literatura. **Revista de Cirurgia Vascular e Angiologia**. Santos, 12 ed., janeiro 1996. 40-43.
- 2 - BRITO, C. J. D. **Cirurgia Vascular**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.
- 3 - ALTERMAN DM, H. R. Contemporary outcomes of vertebral artery injury. **Journal Vascular Surgery**, Phoenix, v. 57^a ed, p. 741-746, Março 2013.
- 4 - TANZER SANCAK, M. S. B. M. A. E. U. Endovascular Stent-Graft Treatment of a Traumatic Vertebral Artery Pseudoaneurysm and Vertebrojugular Fistula. **Korean Journal of Radiology**, 9, 20 julho 2008. 68-72.
- 5 - JALDIN, R. G. E. C. Pseudoaneurisma da artéria subclávia próximo a origem da artéria vertebral após punção inadvertida: tratamento endovascular ou cirurgia aberta?. **Jornal Vascular Brasileiro**, 12 ed., jul.-set. 2013. 237-242.

Tratamento de Endoleak tipo 2 por acesso paraproterico

Autor: **Drs. Nathan de Liz¹, Robert Eudes¹, Arno von Ristow², Bernardo Massiere³, Alberto Vescovi⁴, Daniel Leal⁵, Carlos Simoneti¹, Davi Heckmann¹, Bernardo Ristow¹**

1. Médico Pós-Graduando - PUC-RJ / CENTERVASC-Rio

2. Professor Coordenador; Diretor Científico do CENTERVASC-Rio; Membro da Academia Nacional de Medicina

3. Professor Associado; Diretor do CENTERVASC-Rio

4. Professor Assistente; Cirurgião do CENTERVASC-Rio

5. Professor Instrutor; Cirurgião do CENTERVASC-Rio

Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro no CENTERVASC-Rio – Centro de Pesquisa, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Vascular. Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

A maior preocupação após o tratamento endovascular (TE) de um aneurisma é a persistência de fluxo dentro do saco aneurismático. *Geoffrey White*, em 1966, cunhou o termo em inglês *endoleak (EL)* para designar esta ocorrência e descreveu seus vários tipos.¹ No vernáculo, a nosso ver, a persistência de fluxo dentro do saco aneurismático é erroneamente denominada como vazamento, quando na realidade nada encontra-se vazando... Esta denominação assusta de maneira terrível muitos pacientes. Na verdade não há vazamento nenhum – o sangue não está se perdendo, ele simplesmente persiste fluido e circulando dentro do saco aneurismático.

O mais comum é o tipo 2. O *endoleak tipo 2 (EL 2)* é decorrente da manutenção de fluxo entre ramos da aorta, usualmente entre a artéria mesentérica inferior e lombares ou entre lombares. O *EL 2* continua sendo o calcanhar de Aquiles no tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal (AAA), com uma incidência de até 20%.² Grande parte possui comportamento benigno, e em aproximadamente 90% ocorre resolução espontânea dentro de um ano do procedimento.^{3,4} A predição de sua ocorrência foi amplamente estudada por nós, mas sua prevenção ainda é motivo de discussão.^{4,5}

Quando o saco aneurismático não apresenta expansão, é recomendado apenas o acompanhamento clínico.³ A indicação

de tratamento ainda é controversa. A maioria dos autores concorda que tratar só se justificaria no caso do *EL 2* persistir por mais de 6 meses e com crescimento superior a 5-10 mm acima do diâmetro original do aneurisma.^{6,7,8}

Diversas técnicas foram empregadas para tratamento do *EL 2*, como cirurgia direta, clipagem videocirúrgica retroperitoneal, embolização da artéria mesentérica inferior através da arcada de *Riolan*, embolização de artérias lombares a partir de ramos ileolombares, embolização por punção direta translombare, cateterização transcaval. Estas são utilizadas para oclusão do *EL tipo 2*, entretanto, nenhuma dessas técnicas demonstrou efetividade completa.^{9,10,11,12}

Em 2014, foi proposta por *Coppi* e cols. a embolização do *nidus* de *EL* tipo 2 por acesso transfemoral paraproterico, através de cateterização do saco aneurismático, via zona de ancoragem distal da endoprótese.¹³

OBJETIVOS

Avaliar a segurança e a eficácia do tratamento do *EL 2* pela técnica de embolização paraproterica.

CASUÍSTICA

No período de janeiro de 1998 a dezembro de 2014, realizamos 708 tratamentos endovasculares para AAA primários. Des-

tes, 17 necessitaram tratamento de EL tipo 2.¹⁴ A técnica trans-femoral paraprotética foi empregada em cinco casos.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Realizamos:

1. Confirmação de EL tipo 2 por Angiotomografia Computadorizada de abdome (Figura 1)

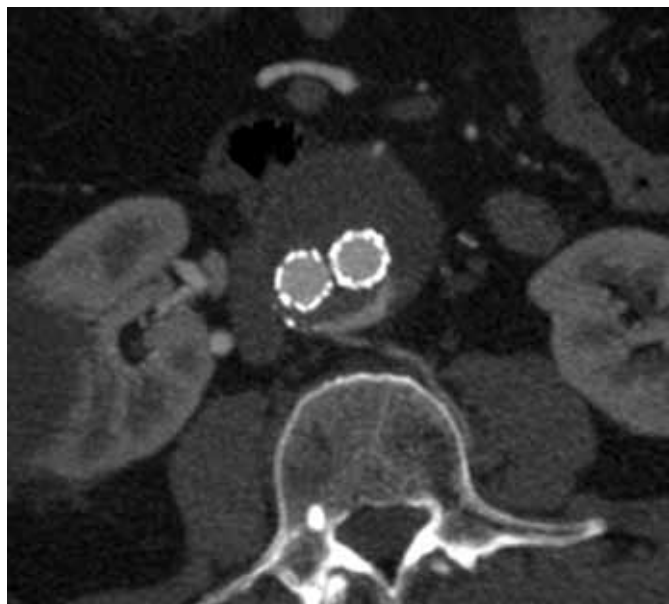


FIGURA 1 - Angiotomografia computadorizada de abdome demonstrando EL 2.

2. Acesso femoral à Seldinger.
3. Cateterização do saco aneurismático, através de zona distal de ancoragem com cateter diagnóstico e fio-guia hidrofílico (Figura 2).



FIGURA 2 - Cateterização do saco aneurismático, através de zona distal de ancoragem.

4. Angiografia intrassaco aneurismático para confirmação do local do *nidus* do *Endoleak* (Figura 3).

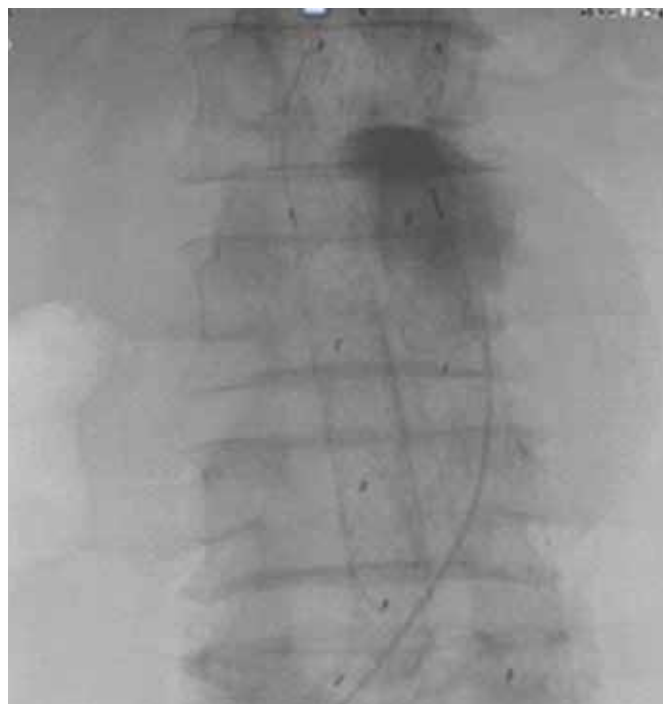


FIGURA 3 - Angiografia intrassaco aneurismático.

5. Aferição da pressão intrassaco.
6. Navegação com Microcateter Rebar® e microfio-guia SilverSpeed® até o *nidus* (figura 4).



FIGURA 4 - Navegação com microcateter e microfio-guia até o *nidus*.

7. Embolização com micromolas Axiom® e agente líquido Onyx® (Covidien, Plymouth, MN, EUA) (Figura 5).



FIGURA 5 - Embolização com micromolas e agente líquido.

- 8. Angiografia de controle intrassaco.
- 9. Aferição de controle da pressão intrassaco.
- 10. Acomodação do ramo ilíaco da endoprótese com cateter balão após retirada dos dispositivos.
- 11. Aortografia de controle (Figura 6).



FIGURA 6 - Aortografia de controle com resultado satisfatório.

12. Selamento percutâneo.

RESULTADOS

Em dois pacientes, foi evidenciada presença de *EL* tipo 1b à angiografia inicial e não *EL* tipo 2, conforme previamente suposto, sendo tratados pela mesma técnica. Um paciente com *EL* 1b necessitou de um implante de extensão ilíaca para aumentar a zona de selamento. Outro paciente necessitou de cirurgia direta 14 dias após o procedimento endovascular por crescimento súbito e sintomático do saco aneurismático (persistia uma lombar pérvia, sem deságue, que foi ligada). Não houve complicações peroperatórias.

Os quatro pacientes com sucesso terapêutico permanecem em acompanhamento, com estabilização das dimensões do saco aneurismático.

“A maior preocupação após o tratamento endovascular (TE) de um aneurisma é a persistência de fluxo dentro do saco aneurismático.”

CONCLUSÃO

A abordagem paraprotética para tratamento de *EL* 2 é factível e segura. Nossa experiência inicial mostrou 80% de sucesso técnico, sem morbimortalidade peroperatória.

Observamos que a técnica é efetiva também no tratamento do *EL* 1b.

A técnica poderá ser acrescentada ao arsenal terapêutico do *EL* 1b e do *EL* 2, uma vez confirmados resultados em séries maiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHITE, G.W.; YU, W.; MAY, J. Letter to the Editors. **J Endovasc Surg** 1996; 3: 123-125.
2. GREENHALGH, R.M.; BROWN, L.C.; POWELL, J.T.; *et al.* Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. **N Engl J Med** 2010; 362(20): 1863-71.
3. LARZON, T. & FUJITA, S. Type II endoleak: A problem to be solved. **J Cardiovasc Surg** 2014; 1: 109-118.
4. RISTOW, A.V.; VESCOVI, A.; MASSIÈRE, B.V.; CORREA, M.P. "Aneurismas da Aorta Abdominal – Tratamento pela Técnica Endovascular". In: BRITO, C.J (Ed). **Cirurgia Vascular**. Rio de Janeiro, Revinter, 2013, pg 799-878.
5. MARCHIORI, A.; RISTOW, A.V.; GUIMARÃES, M.; UFLACKER, R. Predictive factors for the development of Type II Endoleaks. **J Endovasc Ther** 2011; 18: 299-305.
6. TOLIA, A.J.; LANDIS, R.; LAMPARELLO, P.; *et al.* Type II endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: natural history. **Radiology** 2005; 235: 683-6.
7. GALLAGHER, K.A.; RAVIN, R.A.; MELTZER, A.J.; *et al.* Midterm outcomes after treatment of type II endoleaks associated with aneurysm sac expansion. **J Endovasc Ther** 2012; 19(2): 182-92.
8. MOLL, F.L.; POWELL, J.T.; FRAEDRICH, G.; *et al.* Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. **Eur J Vasc Endovasc Surg** 2011; 41(Suppl. 1): S1-58.
9. BAUM, R.A.; CARPENTER, J.P.; TUIITE, C.M.; *et al.* Diagnosis and treatment of inferior mesenteric arterial endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. **Radiology** 2000; 215(2): 409-1
10. MANSUETO, G.; CENZI, D.; SCURO, A.; *et al.* Treatment of type II endoleak with a transcatheter transcaval approach: results at 1-year follow-up. **J Vasc Surg** 2007; 45(6): 1120-7.
11. AZIZ, A.; MENIAS, C.O.; SANCHEZ, L.A.; *et al.* Outcomes of percutaneous endovascular intervention for type II endoleak with aneurysm expansion. **J Vasc Surg** 2012; 55(5): 1263-7.
12. SARAC, T.P.; GIBBONS, C.; VARGAS, L.; *et al.* Long-term follow-up of type II endoleak embolization reveals the need for close surveillance. **J Vasc Surg** 2012; 55(1): 33-40.
13. COPPI, G.; SAITTA, G.; GENNAI, S.; *et al.* Transealing: A Novel and Simple Technique for Embolization of Type 2 Endoleaks Through Direct Sac Access From the Distal Stent-graft Landing Zone. **Eur J Vasc Endovasc Surg** 2014; 47(4): 394-401.
14. RISTOW, A.V.; MASSIÈRE, B.V.; VESCOVI, A.; LEAL, D.M.F. "Complicações da Correção Endovascular do Aneurisma da Aorta Abdominal". In: LOBATO, A.C. (Ed). **Cirurgia Endovascular**. São Paulo, ICVE, 2015, pg 875-99.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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



condus

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348



MEDShop

Saúde e conforto para você!

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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/
vaso sanitário

Produtos vendidos
separadamente.



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

www.medshop.com.br

Fotos meramente ilustrativas

LOJAS

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

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

Humaita
Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

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

Embolização pré-operatória de angiofibroma nasofaríngeo juvenil – Relato de caso

Autor e relator: **Dr. Bernardo de Castro Abi-Ramia Chimelli**
Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa

Co-autores: **Drs. Helder Vilela de Oliveira e Silva¹, Daniel Falcão P. da Fonseca², Leandro Tavares Barbosa de Matos³, Atila Brunet Di Maio⁴, Marcelo Sarmiento⁵, Vasco Lauria da Fonseca Filho⁶**

1- Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa

2- Residente de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular do Hospital Federal da Lagoa; Cirurgião Vascular do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

3- Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Municipal Salgado Filho

4- Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Federal da Lagoa

5- Radiologista Intervencionista do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa

6- Cirurgião Vascular e Endovascular e Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal da Lagoa

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal da Lagoa

Angiofibroma nasofaríngeo juvenil é descrito como uma doença rara, diagnosticada normalmente em adolescentes do sexo masculino. É um tumor histologicamente benigno, altamente vascularizado, de crescimento lento, mas localmente invasivo e destrutivo. Possui uma sensibilidade hormonal importante.

Originado na margem de fora meesfeno palatino, estende-se para fossa pterigopalatina, seios paranasais e cavidade nasal, sendo nutrido normalmente pela artéria maxilar interna e seus ramos. Sintomas como dor, obstrução nasal unilateral e epistaxe são comuns. Masotitemédia serosa e perda auditiva também podem ocorrer.

“É um tumor histologicamente benigno, altamente vascularizado, de crescimento lento, mas localmente invasivo e destrutivo.”

Tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear são os exames mais importantes no seu diagnóstico. A biópsia dessas lesões devem ser evitadas pelo risco de hemorragia.

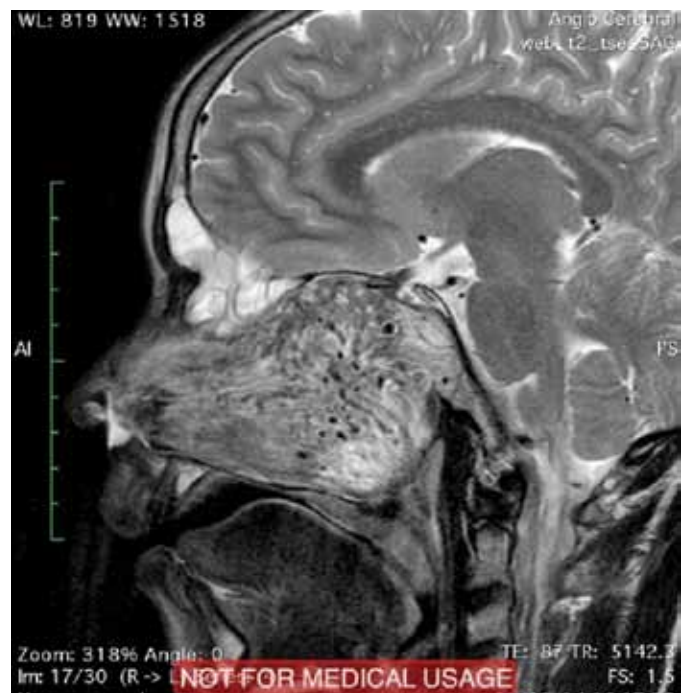


Fig. 1A - AngioRNM corte coronal.



Fig.1B – AngioRNM corte axial.

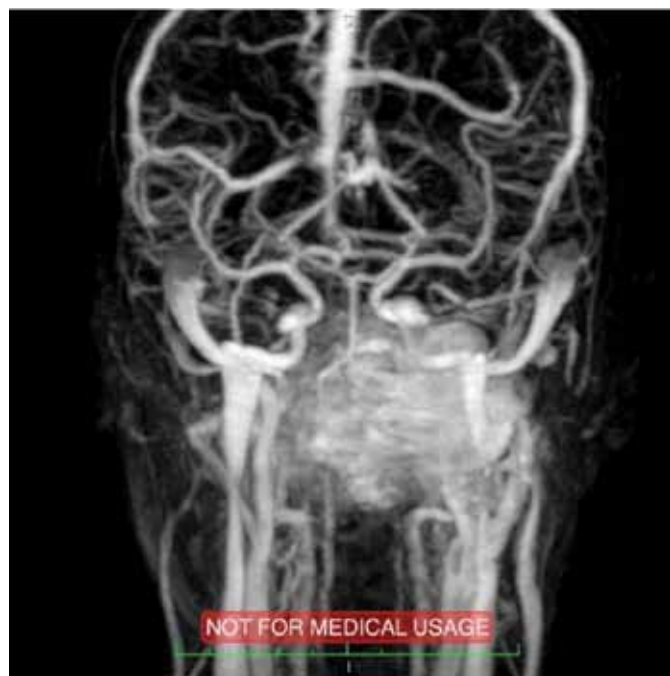


Fig.1C – AngioRNM vascularização tumoral.

Diversas abordagens cirúrgicas têm sido descritas para tumores de grande extensão como: a via transpalatal, a rinotomia lateral e o degloving médio-facial. Associada a qualquer destas técnicas, a embolização tumoral pré-ope-

ratória tem sido recomendada na literatura; suas indicações e benefícios:

- Controlar os alimentadores arteriais cirurgicamente inacessíveis;
- Diminuir a morbidade cirúrgica, reduzindo a perda de sangue;
- Encurtar o tempo do procedimento operatório;
- Aumentar as chances de ressecção cirúrgica completa;
- Diminuir o risco de danos para o tecido normal adjacente;
- Aliviar a dor intratável;
- Diminuir a reincidência do tumor;
- Permitir uma melhor visualização do campo cirúrgico, com diminuição global de complicações cirúrgicas.

Apesar do benefício comprovado, a embolização possui complicações transitórias, como febre, dor no local e hematomas de sítio de punção, e algumas mais graves, como danos nervosos, lesões teciduais, AVC e até mesmo podendo levar à morte.

Em fevereiro de 2015, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal da Lagoa o paciente do sexo masculino, 14 anos, estudante, natural do Rio de Janeiro.

Vinha sendo acompanhado no ambulatório da Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HFL desde 01/15 com queixa de epistaxe e dor em face, que foram investigados e diagnosticado o angiofibroma extenso em nasofaringe esquerda, com comprometimento de fossas nasais e seio cavernoso.

Após discussão do caso e avaliação do risco-benefício, foi decidido em conjunto com ambos os Serviços a embolização pré-operatória do tumor. Na arteriografia armada, evidenciou-se que o tumor tinha vascularização proveniente das artérias maxilares internas e de ramos das carótidas internas bilateralmente, sendo realizada cateterização seletiva das artérias maxilares internas e embolização das mesmas com partículas de Gelfoam. Foi decidido não embolizar os ramos das carótidas internas pela localização intracraniana e risco importante de AVC como complicação.

O paciente permaneceu internado em unidade fechada no pós-operatório imediato da embolização, mantendo-se estável sem intercorrências por 36 horas, quando foi encaminhado ao CC para ressecção cirúrgica do tumor.

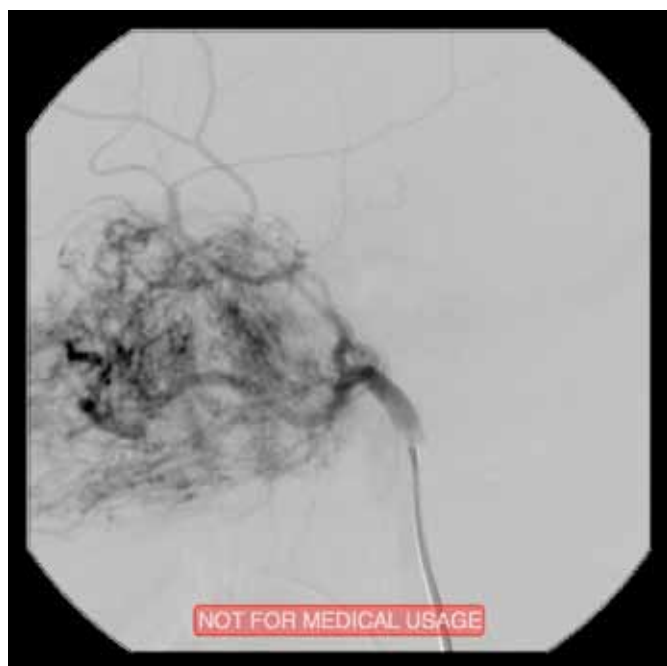


Fig. 2A – Arteriografia pré-embolização.

O tumor foi abordado pela Cirurgia de Cabeça e Pescoço em conjunto com a Neurocirurgia. Durante o procedimento, foi comprovada invasão local extensa do tumor, durante a dissecação do mesmo foi necessária ligadura bilateral das carótidas externas para controle de hemorragia. Pelo sangramento vultuoso e invasão de estruturas nobres, como carótidas internas e clivus, foi decidido pela retirada parcial do tumor (80%) e posterior citorredução.



Fig. 2B – Arteriografia pós-embolização.



Fig. 3A- Imagens da abordagem e peça cirúrgicas.



Fig. 3B- Imagens da abordagem e peça cirúrgicas.

O paciente permaneceu internado em unidade fechada por 72 horas e recebeu alta hospitalar após 8 dias do procedimento. A embolização facilita a ressecção cirúrgica e reduz a perda sanguínea intra-operatória de tumores vasculares, e seu benefício é comprovado na literatura. Mas a seleção e individualização dos pacientes é crucial para seu sucesso técnico e clínico. No caso em questão, o sucesso técnico foi satisfatório pelo controle arteriográfico da embolização realizada. Podemos dizer que o sucesso clínico também foi satisfatório pelo desfecho positivo do caso, apesar do sangramento cirúrgico importante, que poderia ter sido fatal se não tivesse sido realizada a embolização pré-operatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MACPHERSON, P. The value of pre-operative embolisation of meningioma estimated subjectively and objectively. **Neuroradiology** 1991;33:334-337.
- CASASCO, A.; HERBRETEAU, D.; HOUDART, E. Devascularization of craniofacial tumors by percutaneous tumor puncture. **AJNR Am J Neuroradiol** 1994;15:1233-1239.
- GEORGE, B.; CASASCO, A.; DEFFRENNES, D.; HOUDART, E. Intratumoral embolization of intracranial and extracranial tumors: technical note. **Neurosurgery** 1994;35:771-774.
- STAMMARD, S.C.; AHUJA, A.; LIVINGSTON, K.; GUTERMAN, L.R.; HOPKINS, L.N. Endovascular embolization and surgical excision for the treatment of cerebellar and brain stem hemangioblastomas. **Surg Neurol** 1994;41:405-410.
- RADKOWSKI, D.; MCGILL, T.; HEALY, G.B.; OHLMS, L.; JONES, D.T. Angiofibroma: changes in staging and treatment. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 1996;122:122-129.
- DESCHLER, D.G.; KAPLAN, M.J.; BOLES, R.; Treatment of large juvenile nasopharyngeal angiofibroma. **Otolaryngol Head Neck Surg** 1992;106:278-284.
- BISHOP JR., G.B.; URIST, M.M.; EL GAMMAL, T.; PETERS, G.E.; MADDOX, W.A. Paragangliomas of the neck. **Arch Surg** 1992;127:1441-1445.
- WIET, R.J.; HARVEY, S.A.; O'CONNOR, C.A. Recent advances in surgery of the temporal bone and skull base. **Southern Med J** 1993;86:5-12.
- WAX, M.K. & BRIANT, T.D. Carotid body tumors: a review. **J Otolaryngol** 1992;21:277-285.
- ABRAMOWITZ, J.; DION, J.E.; JENSEN, M.E. Angiographic diagnosis and management of head and neck schwannomas. **AJNR Am J Neuroradiol** 1991;12:977-984.
- MANELFE, C.; LASJAUNIAS, P.; RUSCALLED, J. Preoperative embolization of intracranial meningiomas. **AJNR Am J Neuroradiol** 1986;7:963-972.
- RICHTER, H.P.; SCHACHENMAYR, W. Preoperative embolization of intracranial meningiomas. **Neurosurgery** 1983;13:261-268.
- HIESHIMA, G.B.; EVERHART, F.R.; MEHRINGER, C.M. Preoperative embolization of hemangiomas. **SurgNeurol** 1980;14:119-127.
- AHUJA, A. & GIBBONS, K.J. Endovascular therapy of central nervous system tumors. **Neurosurg Clin N Am** 1994;5:541-554.
- PLATZBECKER, H. & KOHLER, K. Embolization in the head and neck region. **Acta Radiol Suppl** 1991;377:25-26.

Flebon®

Pinus pinaster (Pycnogenol®)
Extrato seco - 50 mg



ALÍVIO RÁPIDO E EFICAZ DOS SINTOMAS DA IVC^{1,2}



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

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

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



Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

FQM
Farmoquímica

Oclusão Arterial Aguda

Autores: **Drs. Pietro de Almeida Sandri¹ e Paulo Eduardo Ocke Reis²**

1- Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF;

Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV)

2- Professor Adjunto de Cirurgia Vascular da Universidade Federal Fluminense – RJ; Especialista em Cirurgia Vascular e

Endovascular pela AMB/SBACV/CBR; Membro Titular do CBC e da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV)

Texto relativo à apresentação feita durante XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

HISTÓRICO

Destacamos na história recente dessa patologia catastrófica a genialidade do inventor do cateter de embolectomia, Dr. Thomas Fogarty (Figura 1), que o idealizou para extração dos trombos enquanto ainda era Residente em Cirurgia Vascular¹. Em recente revisão sobre o tema, o Dr. Fogarty declara: *"In the 1960s, the amputation and death rates following attempts at removal were as high as 50%"*².

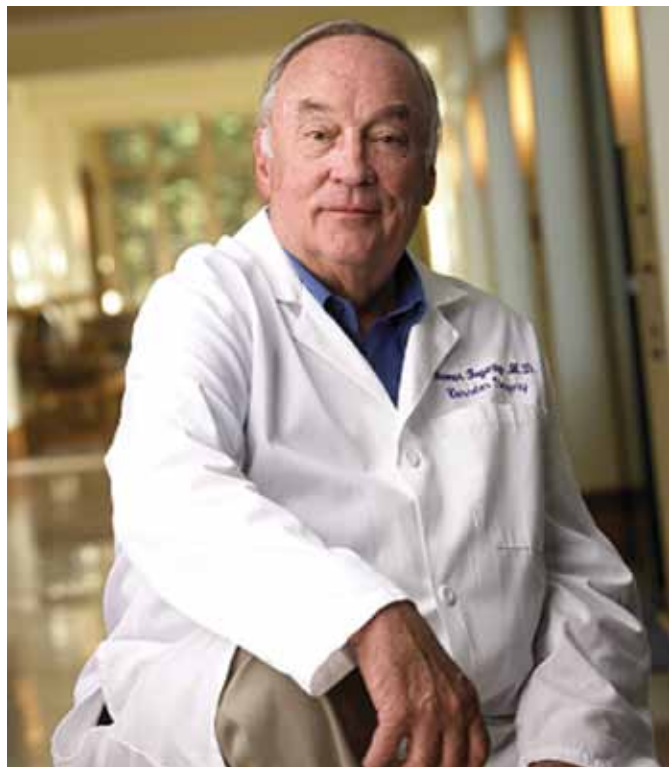


Foto: Divulgação

Figura 1- Dr. Thomas Fogarty

FISIOPATOLOGIA

Inicia-se pela interrupção abrupta do fluxo sanguíneo arterial, caracterizado por uma síndrome isquêmica que vai ter repercussão clínica variada, dependendo da capacidade funcional da circulação colateral. A evolução dependerá da capacidade de resposta das conexões arteriais preexistentes.

Principais causas da oclusão arterial aguda

Embolia

- Cardíaca
- Arterial

Trombose

- *In Situ*
- Reconstrução Arterial

Trauma

Embolia arterial

- Origem – Coração em 66% dos casos³.
- Direção mais frequente – Aorta, ilíacas e MMII em 73% dos casos³.
- Causa mais comum – Fibrilação Atrial em 60% dos casos³.
- Causas raras – ex.: *Blue Toe Syndrome**.

*Síndrome do dedo azul em um homem que apresentou um quadro de isquemia bilateral de *podas* e foi submetido ao reparo bem-sucedido de um aneurisma da aorta abdominal e de estenose da artéria renal associada. A síndrome do dedo azul é caracterizada pela isquemia tecidual, secundária à embolização de cristais de colesterol ou aterotrombose⁴. (Figuras 2,3)



Figura 2- Necrose de podos.

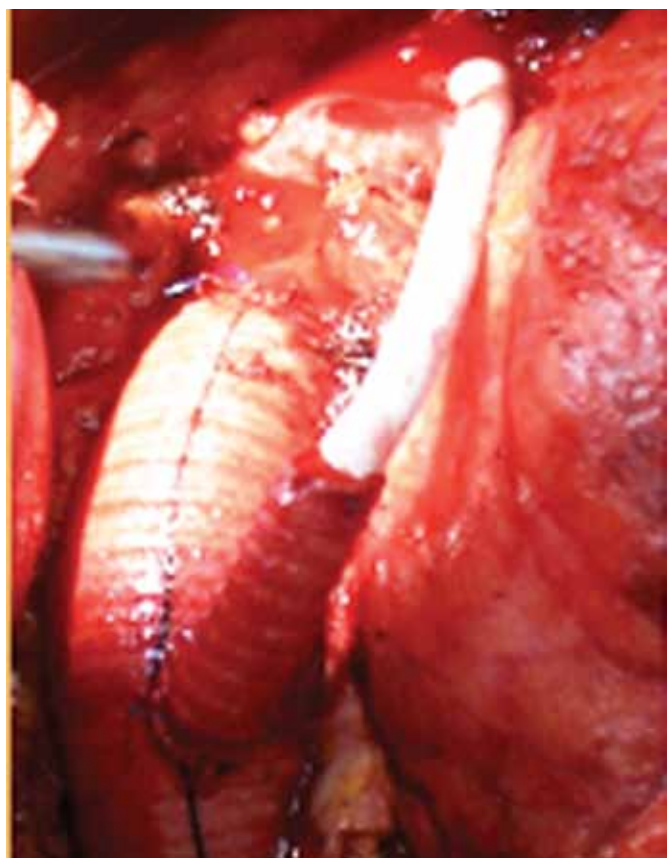


Figura 3- Aorta abdominal, fonte da aterotrombose tratada.

Trombose arterial

- Aterosclerose – É a principal causa de trombose através da sua evolução inexorável.
- Aneurisma – ex.: Aneurisma de artéria poplítea (Figuras 4, 5, 6, 7 e 8).
- Dissecção de Aorta
- *Entrapment*
- Doença Cística
- Iatrogenia
- Trombofilia
- Trauma



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

Figuras 4, 5, 6, 7 e 8- Aneurisma de artéria poplíteia com trombose arterial aguda tratado por acesso ipsilateral híbrido. Da esquerda para direita, feito o diagnóstico e o tratamento com resultado final satisfatório, realizada trombectomia farmacológica e mecânica com angioplastia infrapatelar inicialmente e posterior exclusão do aneurisma com endoprótese.

Tabela 1 - Classificação clínica da isquemia aguda de membros inferiores (SVS/ISCVS)⁴

Categoria	Prognóstico	Achados Clínicos		Sinais ao Doppler	
		Perda Sensoria	Paresia	Arterial	Venoso
I. Viável		Ausente	Ausente	Presente	Presente
II. Em risco a. Potencial	Sem risco de perda imediata de membro	Ausente ou mínima (artelhos)	Ausente	Frequente - ausente	Presente
b. Imediato	Bom prognóstico se tratado precocemente	Maior que em artelhos, dor em repouso	Moderada	Usualmente - ausente	Presente
III. Irreversível	Perda tecidual importante, lesão neurológica irreversível	Profunda	Paralisia	Ausente	Ausente

Quadro 1- Categorias clínicas de isquemia arterial aguda de membros^{5,6}.

Características trombose X embolia

CARACTERÍSTICA	EMBOLIA	TROMBOSE
Início	Agudo	Agudo ou Gradual
Dor	Súbita e Intensa	Súbita e Intensa a Moderada
Antecedentes de Claudicação	Ausentes	Presentes
Doença Cardíaca	Frequente	Ocasional
Pulsos no Membro Contralateral	Geralmente Presentes	Geralmente Ausentes

Quadro 2- Diferenças entre trombose e embolia⁷.

DIAGNÓSTICO DE IMAGEM

Habitualmente, no evento agudo o ecocolorDoppler arterial tem prioridade no pré-operatório da trombose arterial aguda pela facilidade de realização, sendo a arteriografia diagnóstica uma ótima opção para otimização do tratamento e revascularização do membro.

- Duplex Scan
- Arteriografia
- Angiotomografia
- AngioRNM

TRATAMENTO INICIAL

- Heparinização terapêutica (ev) bolus de 300 UKg seguido de infusão contínua.
- TTPa entre 2,5 e 3 x o valor basal.

INDICAÇÕES DO TRATAMENTO

- **CONSERVADOR** – Sem interferir no trombo ou êmbolo diretamente. Geralmente indicado nos pacientes graves com fatores de risco, como insuficiência cardíaca congestiva, pós-operatório recente de cirurgia de grande porte ou nos casos em que a isquemia é mínima. Mantém o tratamento com anticoagulação.

- **INTERVENCIONISTA** – Nos casos de isquemia moderada. Classe I (nos casos em que a opção de tratamento conservador foi descartada) e II de Rutheford⁵.

- **AMPUTAÇÃO PRIMÁRIA** – Nos casos em que o membro é inviável. Classe III de Rutherford⁵.

OPÇÕES DO TRATAMENTO INTERVENCIONISTA

- Fibrinolíticos
- Embolectomia
- Endovascular
- Revascularizações
- Híbrido

As opções do tratamento são ferramentas disponíveis ao Cirurgião Vascular para restaurar o fluxo do membro o mais precocemente. Elas podem ser usadas individualmente, como no caso da embolectomia, ou serem híbridas, quando associadas.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

- Penetrar no trombo
- Fracionar e/ou modificar o coágulo

- Eliminar o produto resultante
- Restaurar a anatomia
- E, principalmente, restaurar o fluxo

“In the 1960s, the amputation and death rates following attempts at removal were as high as 50%”.

COMPLICAÇÕES – SÍNDROME DE REPERFUSÃO

- A sua gravidade clínica está associada à intensidade da isquemia e à sua duração
- Regional – Síndrome Compartimental
- Sistêmico – Síndrome metabólica – acidose metabólica, hiperpotassemia, insuficiência respiratória e renal

SÍNDROME COMPARTIMENTAL

- Para evitar a síndrome compartimental, deve ser realizada fasciotomia ampla dos quatro compartimentos.

ATENÇÃO ESPECIAL

Tempo de Isquemia



Figuras 9,10- Fasciotomia profilática.



Figura 11- Os quatro compartimentos.

Muito importante: Atenção com o Tempo de isquemia = Tratamento rápido

Salvamento do Membro e da Vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Fogarty, T.J., Cranley, J.J., Krause, R.J., Strasser, E.S., Hafner, C.D. A method for extraction of arterial emboli and thrombi. Surg Gynecol Obstet ; 1963, 116: 241- 244.
- 2 - Fogarty, T. J. Historical Reflections on the Management of Acute Limb Ischemia. Semin Vasc Surg; 2009, 22: 3-4 .
- 3 - Abbott WM, Maloney RD, Mc Gabe CC. Arterial embolism, a 44-year perspective. Am J Surg 1982; 143: 460-69 .
- 4 - Ocke Reis, P. E. Blue Toe Syndrome. JVB; 2005, 4: 391-393.
- 5 - Rutherford, R.B., Baker, J.D., Ernst, C., et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg. 1997; 26:517-538.
- 6 - Norgren, L., Hiatt, W.R., Dormandy, J.A., Nehler, N.R., Harris, K.A., Fowlkes, F.G. TASC for the management of peripheral arterial disease –(TASC II). J Vasc Surg; 2007,45 (Suppl. S): S5-67.
- 7 - Bellen, B.V. Obstrução Arterial Aguda. In: Brito, C.J. Cirurgia Vascular: Cirurgia Endovascular, Angiologia. Terceira Edição . RJ: Revinter, 2014.V1, 1177-1199.

SIGVARIS

8º Curso de atualização em elastocompressão

Vagas
limitadas

*Elaborado para atender médicos e residentes
de Angiologia e Cirurgia Vascular.*



- **Professores:**
Dr. José Luiz Cataldo
Dr. Newton Barros
e convidados
- **Coordenação:**
Dr. José Luiz Cataldo

- **Carga horária:**
8 horas/aula
- **Data:**
7 de Outubro de 2015

- **Local:**
Pier Mauá - RJ
41º Congresso Brasileiro de Angiologia
e de Cirurgia Vascular
- **Inscrições:**
www.riovascular2015.com.br

Apoio:



SIGVARIS is a registered trademark of SIGVARIS AG, in many countries worldwide.
© 2014 Copyright by SIGVARIS Management AG, Wilen/Schweiz

www.sigvaris.com.br
SAC 0800 707 7311

SIGVARIS



Um ano de luta em prol da Defesa Profissional

Por Aline Ferreira



Drs. Julio Cesar Peclat Oliveira e Sergio S. Leal de Meirelles durante a Convenção Regional



Reunião de diretores da SBACV-RJ com a diretoria do CREMERJ



Drs. Sergio S. Leal de Meirelles, Julio Cesar Peclat Oliveira, Valéria Azevedo, Breno Caiafa e a superintendente Neide Miranda



1ª Convenção da SBACV-RJ



Honorários defasados, burocracia para obter autorização de exames fundamentais para o diagnóstico e acompanhamento da evolução de pacientes, glosas sem justificativa... Essas e outras questões vêm sendo, há tempos, alvo de queixas e preocupações dos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares do Rio de Janeiro.

Atenta a isso e consciente da força do trabalho em conjunto, a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ) intensificou, desde o início da atual gestão, sua luta intransigente em prol da Defesa Profissional da classe, reivindicando melhores honorários e condições médicas. “Não havia como exercer uma Medicina de boa qualidade com o desprezo que sofriamos em relação à nossa remuneração”, afirmou o Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ, Dr. Átila di Maio.

Como fruto dessa luta, foi criado, há um ano, o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. Baseado na Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), trata-se de um documento que organiza os procedimentos envolvidos no dia a dia dos Cirurgiões Vasculares, traz os honorários médicos para um patamar mais justo e reduz a burocracia, tornando o processo mais ágil, uma vez que, para cada procedimento cirúrgico, não haverá mais a necessidade de negociação de cada etapa do tratamento.

Para o Presidente da Regional Rio, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o Rol representa bem mais que um documento: “O Rol é, antes de tudo, uma construção coletiva, que nasceu dos anseios dos Vasculares do Rio de Janeiro e só veio a se tornar uma realidade graças à adesão dos Colegas, que participaram de sua construção, que fizeram suas cobranças usando sua codificação e que o divulgaram também. Ainda temos muito trabalho pela frente, mas certamente encontramos um caminho em busca de honorários dignos e relações mais transparentes com as operadoras”.

O Rol é, antes de tudo, uma construção coletiva, que nasceu dos anseios dos Vasculares do Rio de Janeiro e só veio a se tornar uma realidade graças à adesão dos Colegas, que participaram de sua construção, que fizeram suas cobranças usando sua codificação e que o divulgaram também.



Evolução do Rol ao longo de um ano

Primeira fase: contratação de assessorias especializadas

O primeiro passo dado pela Diretoria da SBACV-RJ foi a profissionalização do relacionamento com as entidades e empresas que atuam na Saúde Suplementar por meio da contratação de duas assessorias, a João de Almeida Fernandes Filho Assessoria, especializada em negociações com operadoras de planos de saúde, e a Martins & Portes Advogados, que passou a ser responsável pela Assessoria Jurídica da Sociedade.

A intenção era dar um caráter mais técnico e profissional à condução de discussões e negociações relativas à melhoria de honorários médicos e outros problemas. Os associados passaram a ser representados pelas assessorias nas negociações da Comissão de Saúde Suplementar do Cremerj (COMSSU) com as operadoras, em negociações coletivas de honorários e condições de trabalho. Além disso, os Sócios da SBACV-RJ passaram a contar com orientações jurídicas em caso de dúvidas trabalhistas ou nos contratos e relacionamento com as operadoras de planos de saúde.

Segunda fase: aprovação do Rol em convenção

No dia 5 de abril de 2014, no Windsor Plaza Hotel, em Copacabana, a Regional realizou sua 1ª Convenção. Com recorde de público, com 44 Diretores presentes, o evento reuniu os membros da Diretoria com o objetivo de definir os rumos da Sociedade.

Na ocasião, discutiu-se a questão da valorização dos honorários médicos e a participação da Sociedade nas decisões sobre o tema junto às operadoras de planos de saúde. Após intensos debates, os presentes aprovaram por unanimidade o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular (RPPV), próximo passo no processo de profissionalização do relacionamento dos Vasculares com as empresas da Saúde Suplementar.

Terceira fase: apoio e representação da classe

O terceiro passo dado foi levar ao Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) o movimento e solicitar seu apoio, o que foi obtido prontamente, em reunião realizada com seu então Presidente, Dr. Sidnei Ferreira, em 14 de abril de 2014. Paralelamente a isso, a Regional tratou de apresentar e discutir o RPPV com o Presidente da Nacional, Dr. Pedro Pablo Komlós, e os colegas Presidentes das Regionais. O aval de todos representou o fortalecimento da SBACV-RJ rumo ao cumprimento do objetivo principal.



Direita para esquerda – Drs. Carlos Enaldo, Átila Brunet di Maio, José Ramon Blanco, Márcia Rosa de Araújo, João Augusto Bille e João Fernandes.

Fotos: Arquivo SBACV-RJ



Público participante da reunião da COMSSU.



Drs. Cyro Herdy, Breno Caiafa, Ruy Pinto Ribeiro, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Sergio S. Leal de Meirelles, Arno von Ristow, Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes, Ney Abrantes Lucas, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Adalberto Pereira de Araújo e o Técnico da Seleção Brasileira de Vôlei Masculino, Bernardinho.



Reunião da Diretoria da SBACV-RJ

Fase atual: implantação do Rol

Atualmente, a Diretoria da Regional, em busca de negociar e mostrar os benefícios da adoção dessa nova dinâmica de remuneração, vem realizando uma série de reuniões com as principais operadoras de saúde que atuam no Estado do Rio de Janeiro. Várias operadoras já estão pagando, com base no Rol, o tratamento de algumas patologias, mas até aqui ainda não havia nenhuma que tivesse adotado a proposição da Regional de forma mais ampla.

Mas agora a SBACV-RJ apresenta a seus Sócios uma excelente notícia: a Golden Cross é a primeira a se comprometer a adotar o Rol integralmente. No dia 12 de maio, foi assinado com a Superintendente Técnica da empresa, Dra. Valéria Azevedo, o termo de compromisso que garante o acordo firmado com a operadora. A partir desta data, seus credenciados passaram a receber seus honorários com base na planilha de valores do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular elaborado pela Sociedade.

Para o Diretor de Defesa Profissional, Dr. Átila di Maio, o cenário atual da Saúde no país é um dos maiores obstáculos a ser enfrentado nessa fase de implantação do Rol: "As maiores dificuldades giram em torno do momento pelo qual passa o nosso país, que diminui a complacência das operadoras para nossa causa. Mas, através do diálogo, temos conseguido que todos entendam que

essa valorização do trabalho médico terá medidas benéficas para todos os envolvidos, incluindo as operadoras de Planos de Saúde".

Vale lembrar que a elaboração do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular é um projeto pioneiro da SBACV-RJ. "Existem trabalhos análogos em outras Especialidades, que já trouxeram benefícios aos usuários e aos Especialistas, mas experiências iguais ao Rol não, somos os pioneiros. As outras Regionais da Sociedade também já estão adotando o Rol, o que só aumenta a força deste movimento", ressaltou Dr. Átila



1ª Reunião de Diretoria da SBACV-RJ, gestão 2014/2015.

Os apoios obtidos ao longo desse ano de lutas:



"Esse movimento da Regional do Rio de Janeiro vai ser um marco; um divisor de águas. É importante mostrar para a população, e não só pra a classe médica, o quanto realmente vale o médico; vai além dos honorários. Falar de Rol de Procedimentos Vasculares é falar de uma série de outros fatores, não só do ato cirúrgico. Acho que é um exemplo que a Sociedade Vascular dá para as outras. Um exemplo de boa luta, justa e ética, que vai beneficiar não só os Médicos da sua Sociedade, mas, também, os Colegas de outras Sociedades. A Regional está de parabéns."

(Dr. Sidney Ferreira, Ex-Presidente do CREMERJ, durante Reunião no Conselho para apresentação do Rol, no dia 14 de abril de 2014)



"O importante é a Sociedade estar à frente das negociações específicas da própria Vascular. Mas eu acho que a iniciativa das Sociedades é importante para que os procedimentos específicos da área possam ser valorizados e otimizados, de acordo com cada característica. Esse tipo de trabalho deve ser conduzido pela própria Sociedade por causa da correção de valores que, muitas vezes, estão congelados por algum tempo. Pelo que eu vi do Rol da Cirurgia Vascular, acho interessante. Considero que foi uma iniciativa positiva."

(Dra. Márcia Rosa de Araújo, Conselheira do CREMERJ, em entrevista para edição Maio/junho de 2014)



"Quero dizer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) tem assento na Câmara Técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que elabora e aprova o Rol de Procedimentos."

Nós vamos lutar para ampliar o Rol, para garantir o acesso da população ao que a Medicina melhor oferece."

(Dr. Pablo Vazquez Queimadelos, atual Presidente do CREMERJ, em entrevista para edição março/abril de 2015)

SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA

PARA **ANGIOLOGIA** E
CIRURGIA VASCULAR

1064 LONGPULSE®

Nós trazemos até você a solução definitiva
para o **tratamento de lesões vasculares**
com eficácia de resultados e a mais alta
tecnologia em LASER transdérmico.



etherea
light source solutions

longpulse

lesões vasculares dos membros inferiores



antes

depois

lesões vasculares dos membros inferiores



antes

depois



INDUSTRA
TECHNOLOGIES



INDUSTRA® Technologies Ltda. Rua Aldo Germano Klein, 359. CEAT - CEP 13573-470 São Carlos, SP. Brasil.
PABX 16 3306 5050 • vendas@industria.com.br • get connected at www.industra.com.br

Presidente do 41º CBACV destaca novidades que aguardam os congressistas

Foto: Arquivo SBACV-RJ



Dr. Rossi Murilo

Entre os dias 6 e 10 de outubro, o Rio de Janeiro recebe a 41ª edição do Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Com cinco dias inteiros dedicados ao aprimoramento científico, o Congresso, que será realizado pela primeira vez no Pier Mauá, possui um programa extenso e abrangente, que valoriza tanto profissionais renomados como os novos talentos das Especialidades.

Em entrevista, o Presidente da Comissão organizadora do evento, Dr. Rossi Murilo, adianta os detalhes e as novidades que estão sendo preparadas para o Congresso. Confira!

Revista SBACV-RJ: Como andam os preparativos para o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular? Qual a expectativa da Comissão Organizadora?

Dr. Rossi Murilo: Os preparativos para o 41º Congresso Brasileiro da SBACV estão dentro do cronograma estabelecido. A maioria dos contratos estruturais e logísticos já foi firmada. A questão comercial está também dentro do esperado. A expectativa da Comissão Organizadora está positiva e todos nós estamos em harmonia.

Revista SBACV-RJ: Pela primeira vez o evento ocorrerá no Pier Mauá. Por que a escolha desse local?

Dr. Rossi Murilo: O Pier Mauá está dentro do projeto de revitalização do Porto do Rio, e pela primeira vez terá um evento médico. Acredito que o local referencia um pouco da história do Rio, além de ser um ponto turístico da cidade. O local está muito bem localizado e sua infraestrutura está dentro do planejamento.

Revista SBACV-RJ: O Congresso terá uma temática central? Se não, quais serão os temas abordados?

Dr. Rossi Murilo: O Congresso procura a maior abrangência temática possível. Para este ano, foram escolhidos 14 temas centrais, são eles: Doenças Carotídeas, Varizes dos Membros Inferiores, Acesso Vascular, Aneurisma da Aorta Torácica, Doença Oclusiva Aortolíaca, Embolização, Aneurismas Periféricos e Viscerais, Insuficiência Venosa Crônica, Doença Arterial Aterosclerótica Distal, Trombose Venosa Profunda e Tromboembolismo, Aneurisma Toracoabdominal, Trauma Vascular, Aneurismas da Aorta Abdominal e Flebologia Estética.

Revista SBACV-RJ: Quais serão as novidades do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular?

Dr. Rossi Murilo: A interatividade será o ponto marcante do evento. Todas as sessões das plenárias terão a participação dos congressistas, tendo um bom tempo para as discussões. A busca será pela tentativa de consenso, principalmente, nas conferências das condutas específicas.

Revista SBACV-RJ: Como será a programação do Pré-Congresso?

Dr. Rossi Murilo: Haverá três cursos durante o Pré-Congresso: Flelobologia Estética; Pé Diabético; e Embolização e Procedimentos Ecoguiados. Eles ocorrerão simultaneamente, no dia 6 de outubro, das 9h às 17h.

Revista SBACV-RJ: Quando a programação científica completa será divulgada?

Dr. Rossi Murilo: Acredito que até o final de junho todo o programa científico esteja finalizado.

Revista SBACV-RJ: Foram confirmados mais de 10 convidados internacionais. O que os participantes podem esperar desse intercâmbio de conhecimentos?

Dr. Rossi Murilo: Todos os convidados internacionais dispõem apresentações. São renomados profissionais com destaque em suas ações profissionais e científicas. Suas experiências enriquecerão o evento. Entre os convidados confirmados estão: Drs. Charles Fox (EUA), Enrico Ascher (EUA), Gustavo Oderich (EUA), José Fernandes e Fernandes (Portugal), Marcelo Guimarães (EUA), Matthew Eagleton (EUA), Michael Jacobs (Holanda), Natalie Marks (EUA), Patricia Thorpe (EUA) e Peter Lawrence (EUA).

Revista SBACV-RJ: E quanto à programação social, quais serão os destaques?

Dr. Rossi Murilo: Ainda em elaboração, a Programação Social será divulgada brevemente. É uma questão delicada em razão da disponibilidade espontânea da Cidade do Rio de Janeiro.

Foto: Divulgação



Pier Mauá, onde será realizado o evento

Revista SBACV-RJ: Qual a importância deste Encontro para os Angiologistas e Cirurgiões Vasculares?

Dr. Rossi Murilo: É o maior evento científico da nossa Sociedade e, como tal, deve ser considerado por todos associados: valorizando-o, divulgando-o e, acima de tudo, estando presente.

Revista SBACV-RJ: Gostaria de deixar alguma mensagem para os participantes?

Dr. Rossi Murilo: Estamos muito empolgados e extremamente otimistas de que teremos um Congresso proporcional à importância da nossa Sociedade. Todos os detalhes e todas as sugestões estão sendo analisados e inseridos no Congresso. Participe!



É o maior evento científico da nossa Sociedade e, como tal, deve ser considerado por todos associados...

Fotos: Arquivo SBACV-RJ



Diretoria da SBACV-RJ



Comissão organizadora do Evento- Drs. Rossi Murilo da Silva, Pedro Pablo Komlós e Julio Cesar Peclat de Oliveira.



PARTICIPE DO EVENTO COM O MAIOR NÚMERO DE ESPECIALISTAS EM ANGIOLOGIA, CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR DA AMÉRICA LATINA.



**41º CONGRESSO BRASILEIRO DE
ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR**

Em outubro de 2015, a cidade do Rio de Janeiro terá a honra de receber a 41ª EDIÇÃO DO CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR, considerado um dos maiores eventos da maior sociedade da especialidade no mundo. A SBACV está trabalhando para realizar no PÍER MAUÁ o maior congresso da América Latina.

6 A 10 DE OUTUBRO
PÍER MAUÁ - ARMAZÊNS 2 E 3

www.riovascular2015.com.br. Visite-nos e inscreva-se já!



Realização:



Organização:



Comercialização:



Secretaria Executiva:



Agência de Viagem:





Ética, Moral, Deontologia, Lei

Dr. Luiz Roberto Londres - Diretor da Clínica São Vicente; Diretor do Movimento de Participação Médica

Duas lições inesquecíveis vindas de duas sumidades no mundo do Direito fazem parte da formação de minha ideologia.

1ª LIÇÃO: durante a confecção do Código de Ética Médica de 2008, num intervalo, indaguei Miguel Kfoury Neto, desembargador do estado do Paraná: "O que é mais importante: a ética ou a lei?" E ele prontamente respondeu: "A Ética!".

2ª LIÇÃO: uma palestra memorável do hoje Ministro do Supremo Tribunal Federal, o conceituado profissional Luiz Fux, seu título era "As Leis Imorais"!

Ética, moral, deontologia e lei são quatro passos que procuram regular a convivência de um ser humano com os demais. Eles partem da intimidade de cada um e se estendem por caminhos diversos.

A Ética (do grego *ηθική*), significando caráter, é algo próprio de cada um de nós em relação ao convívio social. A noção de se fazer o bem e de se evitar qualquer tipo de mal, a noção de que o nosso bem não pode causar mal para outros, sejam ou não nossos conhecidos.

A Moral (do latim *mores*) é relativa aos costumes de grupamentos diversos. O que pode ser correto em nossa sociedade pode ser incorreto em outra e vice-versa. Um bom exemplo é a relação conjugal em diversos estágios: na nossa sociedade, com a profunda influência das religiões vigentes, somos monogâmicos; entre os muçulmanos, a poligamia existe e o Alcorão aceita um marido com quatro esposas.

A Deontologia (do grego *δέον* - dever + *λόγος* - ciência) é relativa a grupamentos específicos, como acontece na Medicina (nosso Código de Ética é, na verdade, um código deontológico). Procura ver as particularidades de cada grupo independente de culturas ou religiões. Na Medicina, esse código visa a reforçar princípios relacionados a uma

atividade que lida e assume responsabilidades sobre um ser humano: sigilo, encontro médico-paciente e ações sempre evitando conflito de interesses e visando ao máximo benefício para aquele que se entrega a nós.

A Lei (do latim *lex* com o mesmo significado – lei) é uma imposição à sociedade como um todo, impondo ou vedando caminhos e decisões. Por definição, a lei seria igual para todos, mas, quando a ética não prevalece, isso não acontece.

É nesse campo complexo que se dá a atuação do médico. Muito mais do que costumes, do que normas da profissão e mesmo do que a própria lei, a lisura do caráter pessoal e o compromisso em relação a fazer o bem a quem o procura são os verdadeiros norteadores de sua atividade.

Kfoury e Fux deram duas aulas da maior importância. Nenhum de nós pode abdicar de nosso caráter para seguir normas e leis que podem mudar gradualmente ou mesmo bruscamente para o seu oposto. No caso da lei, inúmeros exemplos nos vêm por leis e projetos (imorais) que seguem vontades pessoais ou partidárias com interesses próprios, acima do interesse da sociedade a qual os legisladores devem sua fidelidade.

No caso da deontologia, temos um exemplo importantíssimo: a acupuntura. Há milênios praticada nas sociedades orientais, ela não era reconhecida em nosso país como uma especialidade médica¹, o que só passou a acontecer a partir de 1995² sem que fosse revogada a resolução anterior, o que só ocorreria em 2003³. E, mais recentemente, foi instituído que apenas médicos poderiam fazer acupuntura⁴.

=====

Nossa sociedade está atravessando momentos nos quais quase sempre todos esses princípios são desprezados. E



A Ética, significando caráter, é algo próprio de cada um de nós em relação ao convívio social. A noção de se fazer o bem e de se evitar qualquer tipo de mal, a noção de que o nosso bem não pode causar mal para outros, sejam ou não nossos conhecidos.



nossa nobre atividade passa pelos mesmos problemas. Eles começam na formação de novos profissionais que encontram um número exagerado de escolas médicas⁵, grande parte com competência questionável para formar bons médicos. Com nossas 248 escolas, só perdemos para a Índia com 381; comparadas a outros países com população muito superior à do Brasil, temos a China com 150, os Estados Unidos com 141, a Federação Russa com 62 e a Indonésia com 32. E em relação a essa distorção, valem dois comentários:

A- Relatório Flexner⁶: há mais de cem anos, um estudo em relação ao ensino médico na América do Norte provocou o fechamento de uma grande quantidade de escolas.

B- Exame de ordem do CREMESP⁷: um exame efetuado entre os recém-formados em Medicina reprovou 60% deles, sendo que, das escolas públicas, foram 34%; e, das escolas privadas, 71%; ou seja, mais do que o dobro dos egressos de escolas públicas.

O mesmo quadro pode ser visto no setor de atendimento. Há 30 anos, os melhores hospitais do Rio de Janeiro eram os públicos e a cidade contava com excelentes hospitais filantrópicos. Um pensamento saudosista nos faz lembrar da bela época dos hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto, Ipanema, Lagoa, Paulino Werneck, Salgado Filho, Carlos Chagas e tantos outros. Presidentes da República eram internados no Hospital dos Servidores do Estado. E também da excelência dos hospitais filantrópicos como a Santa Casa da Misericórdia e a Beneficência Portuguesa. Hoje esses hospitais se encontram abandonados, dando lugar a instituições pertencentes a grandes grupos, cujo principal objetivo é comercial. Vemos os objetivos financeiros se tornarem mais importante do que os objetivos humanísticos e sociais. Como ouvi de um eminente médico de um reputado hospital paulista: "Meu temor é que a planilha está ficando mais importante que o prontuário".

Três outras distorções vigentes, sempre causadas pelo desprezo das relações e obrigações sociais, são causadas pelo predomínio de segmentos que deveriam servir à Medicina, mas dela se servem:

A- Excesso de solicitações de exames complementares, que hoje se autointitulam "Medicina Diagnóstica", quando, na ver-

dade, a verdadeira Medicina diagnóstica está na anamnese bem feita, pela qual um bom médico tem 90% de possibilidades de chegar a hipóteses diagnósticas corretas; os exames então são para confirmá-las ou não e quantificá-las. Isso se dá pela má formação do profissional e também é consequência dos baixos honorários pagos.

B- Distorções diversas das indústrias de medicamentos e materiais. Sobre esses assuntos, dois trabalhos de importantes figuras do meio editorial na área da Saúde: Marcia Angell, que foi editora do *New England Journal of Medicine*⁸, e Richard Smith, que foi editor do *British Medical Journal*⁹. Ambos mostram, direta ou indiretamente, as distorções que hoje ocorrem na metodologia dos estudos científicos: a metodologia e as amostragens escolhidas, que eram para saber se um produto tinha certas qualidades, hoje são para provar que isso acontece. E um fato da maior gravidade, ferindo todos os pontos das relações sociais, é o que oferece ao médico uma quantia ou percentual por produto usado. Esta situação cria um importante conflito de interesses, tendo por um lado o benefício do paciente e do outro um enriquecimento espúrio e maléfico.

C- Interferência de intermediários financeiros na atividade médica, hoje os verdadeiros comandantes de nossa atividade. Para esses, com raríssimas exceções, o paciente deixa de ser objetivo para se transformar em um transtorno. O dinheiro é mais importante e, em função desse pensamento, inúmeras deturpações acontecem: não mais é aceita a livre escolha do profissional e instituição, o que deturpa a relação médico-paciente; os preços

são ditados pelos intermediários e, com uma enorme frequência, o valor de uma consulta médica é inferior ao que se paga por um corte de cabelo. A não aceitação de diversos passos, como exames laboratoriais, internações e indicações cirúrgicas, faz com que uma pessoa a distância, sem qualquer responsabilidade no que acontecer, tem mais poder do que o médico que está convivendo com o paciente.

D- Alterações nas legislações diversas em função dos interesses dos intermediários financeiros. A primeira lei referente a essa questão foi o Decreto-Lei 73 de 1966, que dizia em dois dos seus artigos:

Artigo 130 §2º A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior; e

Art 133. É vedado às Sociedades Seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar.

Protegia assim a relação médico-paciente e evitava conflito de interesses nos intermediários financeiros. Essas situações desapareceram na legislação atual.

=====

Ética, moral, deontologia e lei: a lei pode ter mudado, mas a deontologia médica permanece defendendo esses princípios¹⁰. A moral em nossos dias está subvertida, mas a ética não se deixa corromper por interesses egoístas e passageiros. Cabe a nós, médicos, a cada passo em nossa atividade, lembrar que está em nossas mãos uma pessoa necessitando de nossos serviços e que a ela, antes de tudo, devemos nossa lealdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1972/467_1972.htm
- 2- http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1455_1995.htm
- 3- http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1666_2003.htm
- 4- http://www.cremal.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21444:justica-determina-que-so-medicos-podem-exercer-a-acupuntura&catid=3
- 5- <http://www.escolasmedicas.com.br/intern2.php>
- 6- http://en.wikipedia.org/wiki/Flexner_Report
- 7- <http://blog.portalexamedeordeordem.com.br/blog/2014/01/exame-do-cremesp-reprova-60-dos-candidatos-por-que-entao-todos-poderao-exercer-a-medicina/>
- 8- <http://www.nybooks.com/articles/archives/2004/jul/15/the-truth-about-the-drug-companies/?pagination=false>
- 9- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1383755/>
- 10- http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122



Uso dos óculos da Google na Medicina

Dr. Alberto C. Duque – Sócio Titular e Diretor da SBACV-RJ

A empresa Google, conhecida de todos pelo seu excelente mecanismo de busca de dados na internet, desenvolveu o Google Glass, um pequeno computador ligado à internet que é acoplado aos seus óculos normais ou a óculos especiais. O dispositivo tem uma microcâmera que visualiza, em tempo real, o que está sendo visto pelo usuário. Nos Estados Unidos, este dispositivo, que parece uns óculos comuns sem as lentes, já está sendo testado por médicos em várias situações. Como o equipamento é levíssimo e de alta precisão, pode ser usado pela equipe sem problemas.

Com ele não há necessidade de se afastar do campo cirúrgico para ver exames. Também é possível pedir pareceres de outros colegas *on-line*. Se uma imagem cirúrgica é diferente da imagem do exame, o Radiologista pode ser conectado e informar sua opinião sobre o caso, vendo as imagens do exame e do paciente, tudo em tempo real e com imagem digital.

Como os comandos são ativados por voz, é possível, ainda, pedir que ele faça uma verificação dos procedimentos, analisar o que pode e ainda deve ser feito e auxiliar na medicação do paciente. O equipamento permite ainda uma troca de conhecimentos imediata e em tempo real, melhor do que o Skype ou a videoconferência.

Outra grande diferença é que o Google Glass é usado no dia a dia, e pode assim ser útil a qualquer momento. No consultório, pode evitar um assalto ou um paciente ameaçador. Já existem casos de pacientes que receberam atendimento a distância por enfermeiros usando estes dispositivos e de Cirurgiões que receberam ajuda, *on-line*, quando não sabiam o que fazer com determinada lesão ou situação.

ASPECTOS MÉDICOS LEGAIS

Um dos questionamentos destes dispositivos é a quebra da

confidencialidade médica, ou seja, o Código de Ética Médica seria um óbice ao uso destes equipamentos. A análise inicial impede o seu uso, mas pode-se argumentar que o paciente deve ser informado destes dispositivos e que sua anuência deve ser por escrito. Nos EUA, a maioria dos pacientes assina feliz os termos de liberação ao saber do que se trata. A dúvida é se assuntos privados surgirem e, em estando o caso na web, se outros poderão ter acesso. Esta questão, ainda complexa, merece mais debates.

USO PELOS PACIENTES

Uma outra novidade é permitir aos pacientes o uso do Google Glass para se cuidarem. Seria possível? A resposta é sim. Seu uso permite ao médico controlar, por exemplo, o curativo diário de um paciente feito em casa e orientá-lo, seja por erro na feitura do mesmo, seja por indicação de outro produto. O paciente não precisa ir à clínica e economiza em passagens, dinheiro usado para se cuidar melhor. Pacientes diabéticos ou aqueles ostomizados, cujo tratamento é prolongado, serão os mais beneficiados. Já os pacientes cirúrgicos também gostarão do dispositivo, pois poderão se comunicar antes e depois da operação, tirando dúvidas *on-line* e evitando a queixa de que o médico abandonou o paciente.

CONCLUSÃO

Por tudo isto, o Google Glass é um grande avanço científico. Mas, devido a reclamações do risco de quebra de privacidade e consequentes ações civis contra a empresa e os seus usuários, e devido às considerações ético-legais retrocitadas, o produto que deveria chegar ao mercado em maio de 2015 teve sua produção adiada sine die.



1,5 ponto

Reuniões Científicas 2015

SBACV^{OR}J

- **561ª Reunião Científica Mensal – 25 de junho** (5ª feira)
Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro
Horário: 19:30h
- **562ª Reunião Científica Mensal – 30 de julho** (5ª feira)
Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro
Horário: 19h30
- **563ª Reunião Científica Fora de Sede - 29 de agosto** (Sábado)
Local: Faculdade Arthur Sá EARP Neto - Petrópolis
Hospedagem: Hotel Vale Real
- **564ª Reunião Científica Mensal - 24 de setembro** (5ª feira)
Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro
Horário: 19h30
- **565ª Reunião Científica Fora de Sede - 13 a 15 novembro**
Local: Hotel Portobello – Angra dos Reis



559ª Reunião Científica da SBACV-RJ



Drs. Carlos Peixoto, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Marcelo Monteiro, Arno von Ristow e Bruno Caiafa

Aconteceu no dia 28 de maio, no auditório do CREMERJ, em Botafogo, a 559ª Reunião Científica da SBACV-RJ. A Mesa de Honra foi composta pelos seguintes membros da Diretoria: Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Sergio S. Leal de Meirelles, Carlos S. Clementino Peixoto e Breno Caiafa. A apresentação do tema científico "Tratamento por Embolização do Endoleak Tipo 1A", pelo Dr. Leonardo Stambowisky, abriu a Reunião. O trabalho foi debatido pelos Drs. Felipe Silva da Costa, Guilherme Nogueira d'Utra e Pablo Salim Varela.

Na sequência, os presentes puderam assistir à brilhante apresentação do Dr. Arno von Ristow: "Desafios na Prevenção da Isquemia Medular na Cirurgia da Aorta", debatido pelos Drs. Adilson Toro Feitosa, Felipe F. Murad e Marcelo Willians Monteiro. Finalizando o evento, o Dr. Leonardo T. de Almeida apresentou o tema "Tratamento de Aneurisma de Aorta

Torácica Ascendente, Arco Aórtico e Aorta Torácica Descendente com Cirurgia Híbrida e Endoprótese Fenestrada 'feita em casa'", debatido pelos Drs. Carlo Sassi, Cristina Rigueti e Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes.



Foto: Arquivo SBACV-RJ

Mesa de honra: Drs Carlos Peixoto, Sergio S. Leal de Meirelles, Julio Cesar Peclat de Oliveira e Bruno Caiafa

SBACV-RJ marca presença no XIII Encontro de São Paulo

Entre os dias 15 e 16 de maio, aconteceu no Centro de Convenções do Shopping Frei Caneca, em São Paulo, o XIII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular. Na ocasião, o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, participou, com o Dr. Nelson de Luccia, como moderador da mesa Complicações e Urgências Vasculares. A Diretoria da SBACV-RJ aproveita o momento para parabenizar a Regional São Paulo pelo sucesso do evento.



Mesa de Complicações e Urgências Vasculares

Diretoria da Regional Rio participa do Encontro Pernambucano



20ª Edição do Encontro Pernambucano

Sob a organização do Presidente da Regional Pernambuco, Dr. Eraldo Arraes de Lavor, foi realizado no auditório do JCPM Trade Center, em Recife, entre os dias 21 e 23 de maio, a 20ª edição do Encontro Pernambucano de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular. A Regional Rio marcou presença no Encontro por meio do seu Presidente, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, e do seu Vice-Presidente, Dr. Arno von Ristow, que participaram da Programação Científica do Evento.

Assembleia da SBACV

Fotos: Arquivo SBACV-RJ



No dia 14 de maio, ocorreu em São Paulo a Assembleia Geral da SBACV. O objetivo foi examinar e discutir as contas dos administradores, demonstrações financeiras do exercício, balanço e relatório de atividades da SBACV, do ano-exercício de 2014. As contas foram aprovadas por unanimidade e o relatório recebeu voto de louvor. O relatório detalhado da gestão será divulgado na Radar nº 16 (abr./maio/jun.), que chega aos associados em junho.

Assembleia aprovou contas da Sociedade por unanimidade

Prezada Diretoria da SBACV-RJ

Em especial ao colega Marcio Arruda Portilho por suas palavras de carinho com referência à publicação da minha carta - Pérvio x Permeável - no último número da nossa Revista.

Meus sinceros agradecimentos e compreensão do dever em manter nosso vernáculo angiológico o mais casto possível. A todos, meu muito obrigado!

Guilherme José Abrahão.

SBACV-RJ participa do Ação Global Nacional

No dia 30 de maio, das 8h às 16h, a SBACV-RJ participou da 22ª Edição do Ação Global Nacional – evento que é fruto da parceria da Rede Globo com o SESI e ocorre nos 26 estados e no Distrito Federal. Este ano, no Rio de Janeiro, o evento aconteceu no antigo Jardim Zoológico, em Vila Isabel, e reuniu aproximadamente 43 mil pessoas.

A equipe da SBACV-RJ na Ação era coordenada pelo Dr. Adilson Feitosa e composta pelas Dras. Bárbara Ruivo e Solange Chalfun e pelas funcionárias Alessandra Trindade e Elaine Rios. Com o objetivo de informar a população sobre a importância do diagnóstico precoce das doenças vasculares e de alertar sobre os sintomas e as formas de tratamento, a equipe distribuiu mais de mil folhetos explicativos e tirou as dúvidas dos participantes.

O material distribuído abordou três temas centrais: Varizes, Aneurisma de Aorta e Pé Diabético. Segundo o Dr. Adilson Feitosa, estes são tópicos fundamentais: “São três tópicos importantes, que todos os hospitais públicos e privados deveriam ter como foco, pois se tratam de patologias comuns na população. Distribuímos folders com uma

linguagem bem simples, que passavam a mensagem que queremos sobre as patologias e, além disso, esclarecemos as dúvidas e orientamos aqueles que necessitavam para que buscassem um Angiologista ou Cirurgião Vascular para iniciar um tratamento”.

A Dra. Solange Chalfun ressalta a informação disponibilizada no evento como o mais importante: “A saúde depende muito da educação, do conhecimento. Porque, se a gente conhece, a gente sabe principalmente como evitar”. A Dra. Bárbara Ruivo completou: “Até porque o primeiro passo, até para você buscar um tratamento, para qualquer doença, é você conhecê-la. Saber o que tem, como surge, como trata, como acompanhar e qual o profissional Especialista mais indicado





Funcionários da SBACV-RJ, Alessandra Trindade e Elaine Rios, e os Drs. Bárbara Ruivo, Solange Chalfun e Adilson Feitosa, coordenação da ação.

com o futuro da sua filha foi o que a impulsionou a ir ao evento: "A minha filha tem angioma na perna e apareceram varizes nela. A gente sempre gosta de ter opiniões de outros médicos, não só de um. Aí, eu vi o programa da Sociedade aqui no Ação Global, e então vim aqui saber mais detalhes sobre o problema dela".

A Gerente de Suporte Operacional do SESI/SENAI, Ana Carla Alcântara, agradeceu por meio de carta, a participação da SBACV-RJ no evento:

A Ação Global Nacional Vila Isabel, realizada no dia 30/05, gerou uma média de público atendido de 43.872 e um total de atendimentos de 109.680 através dos 121 serviços efetivados pelo SESI e parceiros. O evento é um mutirão de solidariedade para contribuir com a inclusão social e o fortalecimento da cidadania e sua instituição é parte fundamental nesse processo.

O SESI agradece pela participação e esperamos que na próxima Ação Global estejamos todos juntos novamente!



Folhetos distribuídos no evento.

para ajudar no seu caso. A vantagem deste evento é que você consegue trazer uma grande quantidade de pessoas, concentrar vários serviços num só lugar e facilitar o acesso dessas pessoas a informação".

Para a agente educadora Sônia Gomes Vieira, a grande motivação para ir ao estande da Regional foi a prevenção. "Nós, mulheres, nos preocupamos muito com a questão estética e nós esquecemos que isso, futuramente, pode gerar um problema. Então, é a questão da prevenção em si, o que eu vou fazer para me cuidar e prevenir".

Para Maria do Carmo Evangelista Lopes, a preocupação



Público participante no evento

Foto: Arquivo SBACV-RJ

A SBACV-RJ foi representada na posse do diretor-presidente da ANS

O Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Presidente da SBACV-RJ, esteve na cerimônia de posse do diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Dr. José Carlos de Souza Abrahão, no dia 23 de junho, que aconteceu na ANS. O novo diretor da Agência foi designado pela presidente da República, Dilma Rousseff, para exercer a função até 11/05/2017.

Os Drs. Pablo Vazquez Queimadelos, Presidente do Cremerj; Aloísio Tibiriçá Miranda e Luís Fernando Soares Moraes, ambos Conselheiros do Cremerj; e Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Presidente da SBACV-RJ. No centro, da foto, o Dr. José Carlos de Souza Abrahão, novo Diretor-Presidente da ANS.



Nota de falecimento

A SBACV-RJ comunica, com muito pesar, o falecimento do Professor Márcio José de Castro Silva, membro do Conselho Superior da SBACV.

Formou-se médico em 1957, e pertenceu a inúmeras entidades médicas nacionais e internacionais, como a Academia Nacional de Medicina e a International Union of Angiology, sempre com brilho invulgar.

Lenda viva da história da SBACV, Presidente da SBACV em duas gestões, seu falecimento deixa a nossa Sociedade irremediavelmente empobrecida.

Homem de educação refinada, possuidor de uma cultura incomum e de inteligência rara, o Professor Márcio foi um representante do mais puro espírito mineiro, capaz de, através das suas palavras, criar sempre um ambiente de cordialidade e de apaziguamento das diferenças.

Protagonista da nossa história, tornou-se um ícone da Cirurgia Vascular.

À querida Maria José, sua dedicada esposa e aos seus filhos, genros e noras e netos, enviamos os nossos votos de solidariedade e de compartilhamento dessa dor e as nossas orações para que Deus os conforte nesse momento tão difícil.

560º Reunião Científica Fora de Sede

Entre os dias 29 a 31 de maio, a SBACV-RJ realizou na Baixada litorânea em Búzios, a 560ª Reunião Científica Fora de Sede. Estiveram presentes, na ocasião, 44 especialistas, que foram recebidos com um jantar de boas vindas no Hotel Atlântico Búzios.

Organizado pelos Drs. Antonio Feliciano Neto e Rogério C. Garcia de Freitas, sob a coordenação da Dra. Gina Mancini de Almeida, o evento contou com as seguintes apresentações dentro da Programação Científica:

- “Abordagem Prática e Econômica na Terapia Endovascular”, apresentada pelo Dr. Rogério C. Garcia de Freitas e debatida pelos Drs. Adalberto Pereira de Araújo, Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes, João Roberto Chaves de Almeida, Marcelo Batista Rizzo e Marcio Arruda Portilho;
- “Angiodisplasia e Varizes na Infância e Adolescência – Uma Abordagem Atualizada”, exposto pela Dra. Alda Bozza, e debatido pelos Drs. Adriana R. Vasconcellos, Almar Assumpção Bastos, e Stenio Karlos A. Fiorelle;
- “Alça de Veia Femoral com Técnica Menos Invasiva”, pelo Dr. George Luiz Marques Maia, e debatido pelos Drs. Eduardo Trindade, Luiz Carlos Gonçalves e Pedro Portilho.

Após as apresentações, os presentes puderam participar de uma importante Mesa Redonda, coordenada pelo Presidente da Regional Rio, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, sobre o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. Após fazer uma breve explanação sobre o tema, ressaltando as importantes conquistas obtidas até o momento, o Presidente convidou para os debates os Drs. Antonio Feliciano Neto, Breno Caiafa, Carlos Enaldo de Araújo Pacheco, Carlos Peixoto, Cristiane Ferreira de Araujo Gomes, Eduardo Feres, Gina Mancini, Guilherme Peralta Peçanha e Sergio S. Leal de Meirelles.

Após o encerramento, o público participou de um agradável almoço de confraternização.



Membros participantes do evento.



Drs. Marcia Portilho, Márcio Arruda Portilho e Gina Mancini de Almeida.



Clima de confraternização após o encontro.

Eventos

11º SITE - Simpósio Internacional sobre Terapêutica Endovascular – IX CELA – Congresso Latino-Americano de Cirurgia Endovascular

Data: 24 a 27/06

Local: Barcelona, Espanha

Contato: www.sitesymposium.org



4ª Jornada da Associação Brasileira de Flebologia e Linfologia e 1º Simpósio Internacional de Flebologia e Linfologia

Data: 25 e 26/06

Local: Hotel Maksoud Plaza, São Paulo (SP)

Contato: www.tecnomkt.com.br ou marcia@tecnomkt.com.br

I Simpósio de Flebologia do Distrito Federal e Curso Prático de Laser Transdérmico

Data: 26/06 e 27/06

Local: Auditório do Centro Clínico

Advance em Brasília, DF

Contato: www.sbacvdf.com.br

XII Curso de Escleroterapia com Espuma (C1 a C6) + Foco Multidisciplinar ao Paciente com Úlcera Venosa

Data: 10 e 11/07

Local: Auditório Luigi Faroldi, Hospital

São Rafael, Av. São Rafael, 2152,

Salvador (BA)

Contato: cursoespuma@hotmail.com

14º Curso Master em Fleboestética

Data: 29/07 a 01/08

Local: Hotel Blue Tree, Rua 22, 122, Setor

Oeste, Goiânia (GO)

Contato: charles.vascular@gmail.com

Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular em 2016

Data: 07/09 a 10/09

Local: Hotel Mercure em Belo Horizonte, MG

Contato: www.sbacvrj.com.br



41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 06/10 a 10/10

Local: Pier Mauá, RJ

Contato: www.riovascular2015.com.br



Veith Symposium

Data: 17 a 21/11

Local: Nova Iorque, EUA

Contato: www.veithsymposium.org

Jornada Paraense de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 28/11

Local: Hotel Princesa Louçã, Av. Presidente Vargas, 882, Centro, Belém (PA)

Contato: ptoscano2007@yahoo.com.br

Saiba como participar:

3ª Edição do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

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

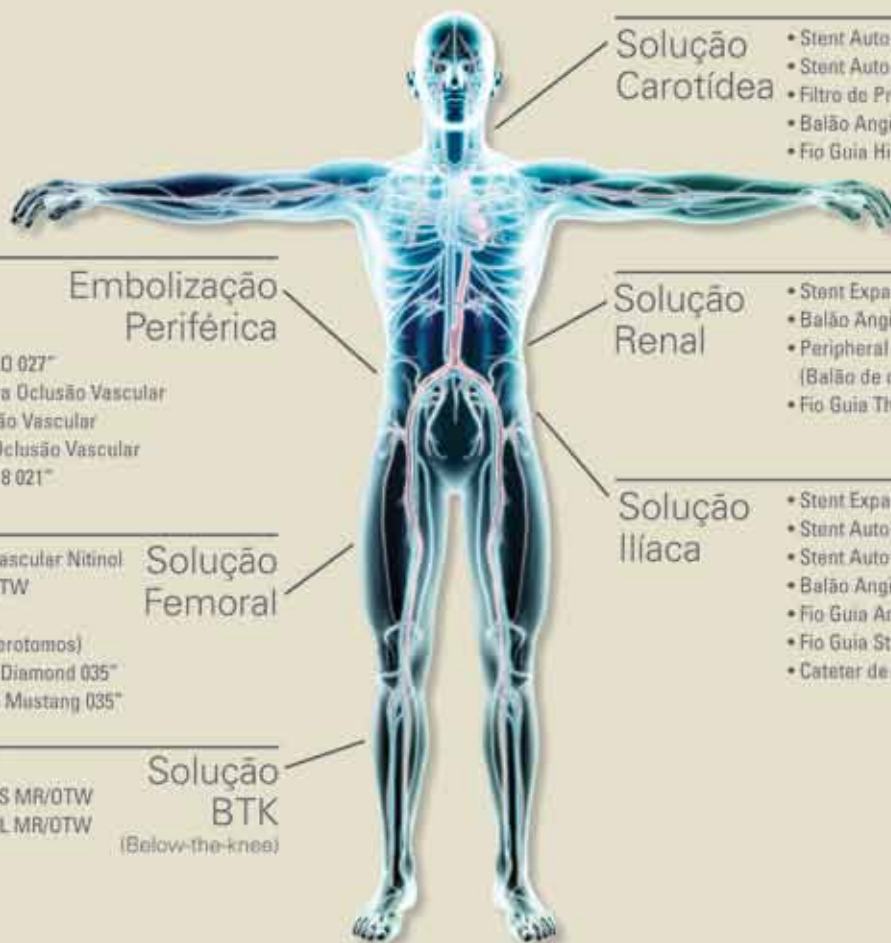
Regulamento:

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

A premiação ocorrerá durante o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica



Solução Carotídea

- Stent Auto-Expansível Wallstent Monorail
- Stent Auto-Expansível Adapt Nitinol
- Filtro de Proteção FilterWire EZ
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Fio Guia Hidrofílico ZipWire 035"

Embolização Periférica

- Contour Partícula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortex 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortex 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 015"

Solução Renal

- Stent Expansível por Balão Express SD
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Peripheral Cutting Balloon (Balão de dilatação com aterotomos)
- Fio Guia Thruway 018"

Solução Ilíaca

- Stent Expansível por Balão Express LD
- Stent Auto-Expansível Wallstent Uni
- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Fio Guia Amplatz 035" Stiff/Teflonado
- Fio Guia Starter 035" - Revestimento de PTFE
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução Femoral

- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Peripheral Cutting Balloon (Balão para dilatação com aterotomos)
- Balão Angioplastia Ultra-thin Diamond 035"
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução BTK

(Below-the-knee)

- Fio Guia V-18 018"
- Balão Angioplastia Sterling ES MR/OTW
- Balão Angioplastia Sterling SL MR/OTW
- Fio Guia Journey 014"

Av. das Americas, 3959 – Gr. 307 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ CEP 22631-003
Tel: 21 2432-8272
contato@signusdobrasil.com.br
www.signusdobrasil.com.br

Boston
Scientific

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

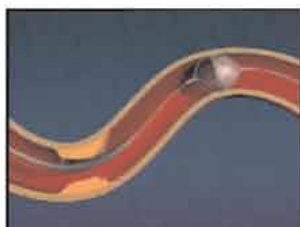
TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



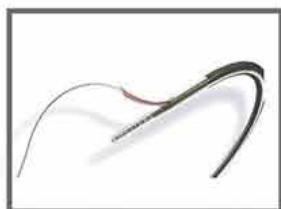
SMART Control™



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de
Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company