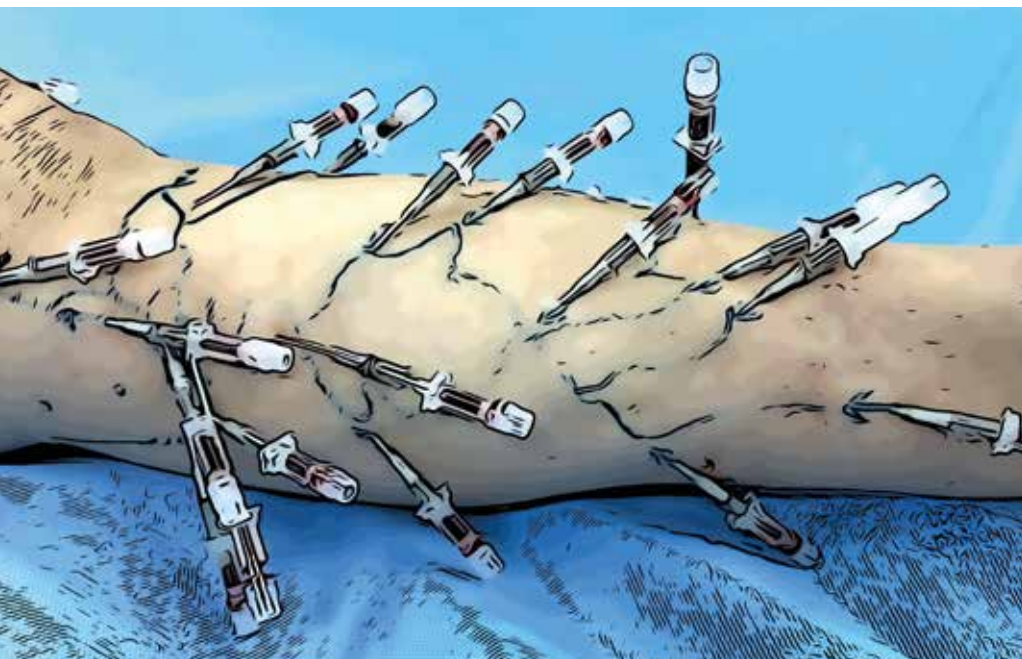




Procedimento de varizes com técnica ATTA (Acervo do Dr. Daniel Drummond)

ARTIGO CIENTÍFICO

Trombose venosa profunda de membros superiores

ESPAÇO DA ECOGRAFIA

Mapeamento venoso do membro superior para confecção de FAV: avaliação da veia basilíca

ESPAÇO DO ACADÊMICO

Breve história do tratamento de varizes por escleroterapia com espuma no Rio de Janeiro

ESPECIAL

Incubadora Científica: fomentar e amparar a produção científica na Regional

EKOS™ SISTEMA ENDOVASCULAR

A PRIMEIRA ESCOLHA

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

A ESCOLHA MAIS INTELIGENTE

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

A ESCOLHA CERTA

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



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

PALAVRA DO PRESIDENTE	
RJ vai sediar Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular, em 2027	07
PALAVRA DA VICE-PRESIDENTE EXECUTIVA	
SBACV-RJ continua trilhando seu rumo para um futuro promissor	08
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE CIENTÍFICO	
O novo e o velho normal!	09
PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL	
O papel das sociedades de especialidades	10
PALAVRA DA DIRETORIA DE EVENTOS	
Ideias para novos eventos não param de surgir	11
EDITORIAL	
O reforço vocacional da nossa revista	12
ARTIGO CIENTÍFICO	
Trombose venosa profunda de membros superiores	13
ESPAÇO DA ECOGRAFIA	
Mapeamento venoso do membro superior para confecção de FAV: avaliação da veia basílica	22
ESPAÇO DO ACADÊMICO	
Breve história do tratamento de varizes por escleroterapia com espuma no Rio de Janeiro	26
ESPECIAL	
Incubadora Científica: fomentar e amparar a produção científica na Regional	38
HISTÓRIA	
A história e evolução da cirurgia de varizes e a contribuição brasileira nos tempos atuais	40
GESTÃO DE CARREIRA	
Planejamento de aposentadoria: quando é hora de começar?	45
JURÍDICO	
O que todo médico precisa saber sobre aspectos tributários para a gestão de sua carreira	48
MEMÓRIA SBACV-RJ	
Regional do Rio de Janeiro e a SBACV Nacional - 69/70	52
INFORMANGIO	
SBACV-RJ disponibiliza novo site e aplicativo para sócios	54
Grande reencontro da Angiologia e da Cirurgia Vascular termina sua jornada com êxito de público e de crítica	54
635ª Reunião Científica	56
636ª Reunião Científica	57
637ª Reunião Científica	57
638ª Reunião Científica	57
GUIA SBACV-RJ	
Guia de materiais e produtos SBACV-RJ	58

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 3 – 2022

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

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

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Almar Assumpção Bastos

Vice-Presidente Executivo

Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Científico

Marcos Arêas Marques

Secretário-Geral

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice- Secretário

Felipe Silva da Costa

2º Vice- Secretário

Fernando Linarde Piccoli

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Felipe Francescutti Murad

2º Tesoureiro

Lys Nunes dos Santos

Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

1º Vice-Diretor Científico

Bernardo Massière

2º Vice-Diretor Científico

Helena de Oliveira Santos

Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

1º Vice-Diretor de Publicações

Pedro Oliveira Portilho

2º Vice-Diretor de Publicações

Paula Marques Vivas

Diretor de Defesa Profissional

Adilson Toro Feitosa

1º Vice-Dir de Defesa Profissional

Breno Caiata

2º Vice-Dir de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Patrimônio

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Cristina Rigueti

Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

1º Vice-Diretor de Eventos

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Eventos

Gustavo Solano

Diretor de Informática

Érica Flammarion Baioneta Vasconcelos

Vice-Diretor de Informática

Lucia Helena Souza Soares

2º Vice-Diretor de Informática

Patrícia Caneschi Moreira

Dir de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

1º Dir de Planejamento Estratégico

João Augusto Bille

2º Dir de Planejamento Estratégico

Yamil Haimuri Said

Diretor de Mídias Sociais

Leonardo Stambowsky

1º Vice-Dir de Mídias Sociais

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Dir de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

Diretor de Marketing

Bruno Morisson

1º Vice-Diretor de Marketing

Juliana de Miranda Vieira

2º Vice-Diretor de Marketing

Carolina Heil Arostegui Pacheco

Diretor de Ensino Médico

Stenio Karlos Alvin Fiorelli

1º Vice-Diretor de Ensino Médico

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Ensino Médico

Carina Schmidt Pinto Ribeiro Merlo

Coordenação de Apoio Editorial

Douglas Poschinger Figueiredo

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Alda Candido Torres Bozza

Antonio Rocha Vieira de Melo

Arno Buettner von Ristow

Carlos José Monteiro de Brito

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiata

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Marília Duarte Brandão Panico

Mario Bruno Lobo Neves

Orlando Felisberto Brum

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

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

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada da Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Natália Faria Delmonte

Comissão da Mulher Especialista

Ana Cristina Engelke Abrantes

Ana Paula de Abreu Parente

Maria Meliande Abreu Jorge

Relacionamento SMS

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlo Sassi

Responsabilidade Civil Médica

Áttila Brunet di Maio

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Jackson Silveira Caiata

Luiz Alexandre Essinger

Câmara Técnica

Joe Sestello

Deontologia Médica

Hugo Marques Tristão

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Celia Feres Monte Alto Junior

João Batista Moniz de Aragão

Comissão de Residência Médica Médica

Carmen Lucia Lascasas Porto

Associações Médicas

Ricardo Francisco de Castro

Cirurgia Endovascular

Eurico Alves Nunes

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO**Pós-Graduação**

Alberto Vescovi

Metodologia Científica

João Roberto Chaves de Almeida

Educação Continuada

Paulo Eduardo Ocke Reis

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Lipídema**

Paula Henrique de Moura Lopes

Doença Cérebro-Vascular

Marcelo Pinto Maximo Ballero

Isquemia Intestinal

Fabio de Almeida Leal

Doença Reno-Vascular

Alexandre Cesar Jahn

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Marcus Humberto Tavares Gress

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteia

Diogo Ribeiro Alves

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Raphael Fernandes Prins y Guerrero

Bernardo Malta Pinto da Silva

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Abdominal

Laerte Vaz de Melo

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Aneurisma Esplânico

Carlos Guilherme Baeta Neves da Silveira

Aneurisma Periférico

Fernando Tabet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

Arterites

Camila Mancini de Almeida

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Tromboembolismo Venoso

Camila Provençano

Tromboembolismo Pulmonar

Renata Abinader

Helen Cristian Pessoni

Insuficiência Venosa

Rodrigo Neves Lopes

Escleroterapia Química

Pedro Menezes Garcia de Freitas

Crioescleroterapia

Esmeralda Allinson Aparcana Canales

Escleroterapia com Espuma Densa

Antonio Carlos Leal Sant Anna

Carina Brandão Barbosa

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Laser Transdérmico

Luciana Lopes Gila

Termoablação por Radiofrequência

Raphaela Ferreira Gatts

Claudia Salvador Amorim

Marcello Capela Moritz

Termoablação por Endolaser

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Gisele Cardoso Silva de Sena

Angiodisplasias

Marcus Antonio Vieira Siqueira

Microcirculação

Mauricio Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Vasculites

Ana Letícia de Matos Milhomens

Acessos Vasculares

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcio Gomes Filipo

Traumatismos Vasculares

Rita de Cassia Provietti Cury

Lesões Latrogênicas

Felippe Beer

Gláucia Moreira Barbosa da Silva

Transplante Renal

Guilherme Nogueira Dutra

Manuel Julio José Cota Janeiro

Pé Diabético

Luiz Alberto Cerqueira Duque

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Rachedo Mayall

Feridas

José Amorim de Andrade

Maria de Lourdes Selbel

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Alessandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Eglina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Cristina Moreira Thomaz

Angioradiologia e Cirurgia Endovascular

Bernardo de Castro Abi-Rama Chimelli

Fulvio Toshio de Souza Lima Hara

Leonardo Aguiar Lucas

Mauricio Abi-Rama Chimelli

Rogerio Cerqueira Garcia de Freitas

Fórum Científico

Marise Claudia Muniz Almeida

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

CONSELHO CONSULTIVO

Breno Caiata

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos José Monteiro de Brito

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Ress Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

SECCIONAIS COORDENAÇÃO

Antonio Feliciano Neto

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

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

REGIÃO NORTE FLUMINENSE

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

REGIÃO METROPOLITANA

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

REGIÃO DA COSTA VERDE

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

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

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

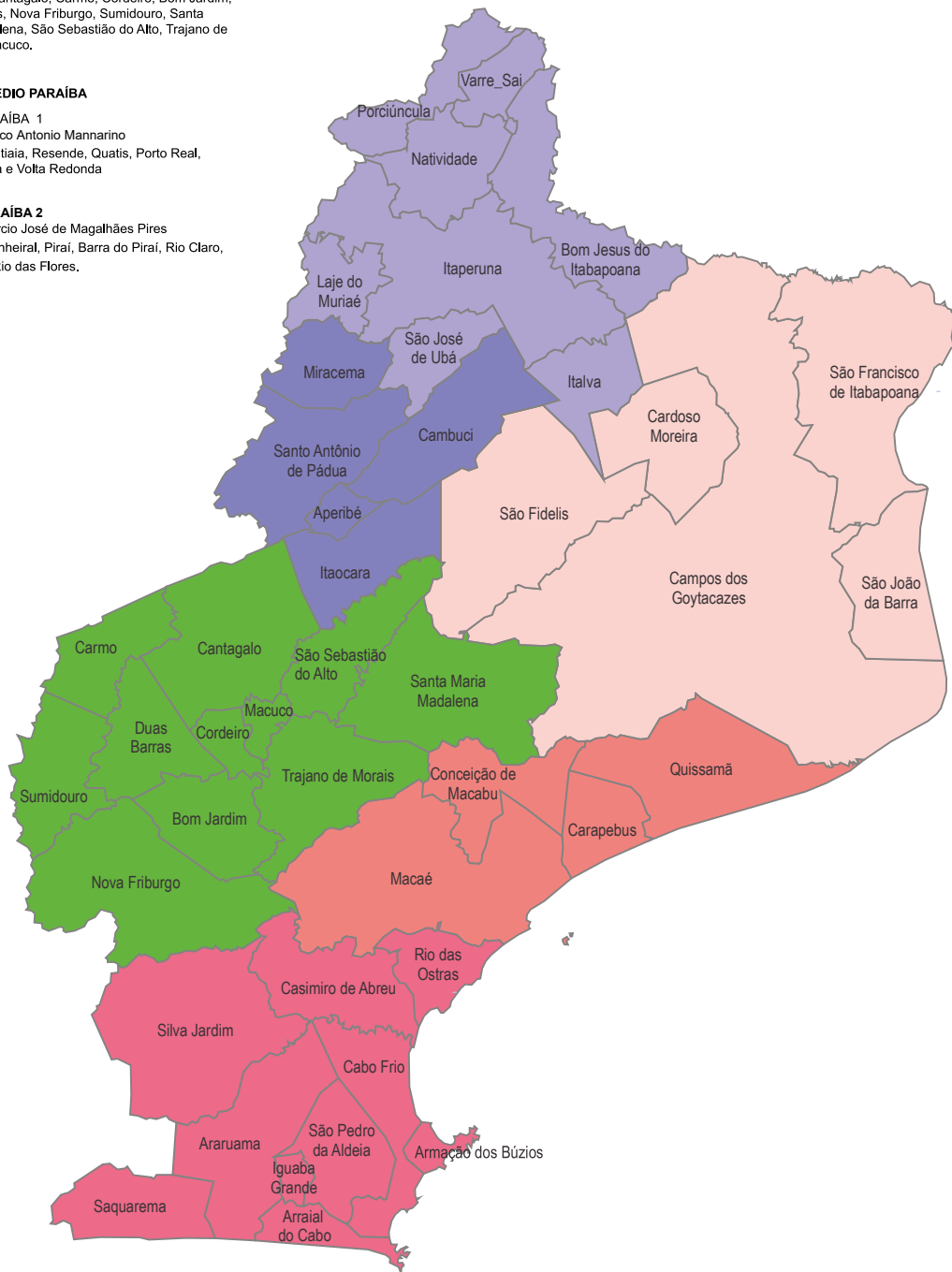
REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

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

REGIÃO MÉDIO SERRANA

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



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



Dr. Almar Assumpção Bastos

Presidente da SBACV-RJ

RJ vai sediar Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular, em 2027

E a vida vai lentamente voltando ao normal. Depois de um período de muita tristeza e insegurança, eis que a pandemia tem seu efeito amortizado pela vacinação em massa que ocorreu em todo mundo.

As restrições de aglomeração foram abolidas, assim como o uso de máscaras e as restrições a viagens aéreas. E, finalmente, foi possível voltar a nos reencontrar. Com esse espírito de reencontro e fraternidade, foi realizado o 44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em Brasília (DF), entre os dias 15 e 19 de agosto. O evento foi um grande sucesso. Mais de 2.000 especialistas de todo o país puderam se reencontrar, adquirir conhecimento científico e confraternizar após o período de dois anos de pandemia.

A nossa Regional foi muito bem representada no Congresso. Diversos especialistas do Rio de Janeiro marcaram presença tanto em palestras como em debates e moderações, todos contribuindo para o aprimoramento de nossa especialidade.

Obtivemos uma importante vitória. O Rio de Janeiro foi eleito como sede do Congresso Brasileiro de Ecografia

“Obtivemos uma importante vitória. O Rio de Janeiro foi eleito como sede do Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular, que será realizado em 2027.”

Vascular, que será realizado em 2027. Trata-se do segundo congresso em importância para a nossa especialidade, que sempre atrai um grande número de participantes. Certamente, esse evento irá reforçar ainda mais a nossa união e engrandecer o conhecimento científico de todos os sócios da SBACV.



Dra. Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Executiva da SBACV-RJ

SBACV-RJ continua trilhando seu rumo para um futuro promissor

Mais uma vez, estivemos juntos para levar aos nossos associados o melhor da nossa especialidade de forma ampla e abrangente.

O Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular foi um verdadeiro reencontro, tanto no aspecto social quanto científico. Mais do que isso, tivemos a oportunidade de estar com colegas do Brasil inteiro e o evento mostrou como toda a sociedade vascular está trabalhando coesa e pensando além. Prova disso, é a deliberação de, ao invés da disputa, decidirmos de comum acordo os locais de realização dos próximos congressos.

Apesar de, nos dias atuais, as reuniões virtuais terem se tornado entre nós uma realidade facilitadora, com custo menor e maior possibilidade de participação, nada se compara com eventos presenciais, nos quais a possibilidade de trocarmos ideias e experiências, além de podermos realizar contatos pessoais profícuos, é inequivocamente fantástica.

Hoje, estamos diante de uma nova edição da nossa revista científica, cuja confecção está muitíssimo bem conduzida por nossa Diretoria de Publicações. E precisamos reiterar que as nossas reuniões científicas têm sido extremamente produtivas e bem organizadas. Aproveitem ao máximo!

“Este é o momento de reforçarmos as nossas bases e estimularmos a adesão de novos sócios para que a SBACV seja cada vez mais forte e representativa.”

Este é o momento de reforçarmos as nossas bases e estimularmos a adesão de novos sócios para que a SBACV seja cada vez mais forte e representativa. Precisamos nos dedicar a isso com afinco, pois estamos vivenciando um período em que é necessário administrar muito bem o nosso negócio, a nossa casa, a nossa profissão. É preciso trabalhar com direcionamento a um desenvolvimento sustentável. É preciso que o nosso caminho para o futuro seja muito bem traçado para não nos depararmos com atropelos inesperados.

Grande abraço a todos!



Dr. Marcos Arêas Marques

Vice-Presidente Científico da SBACV-RJ

O novo e o velho normal!

Depois de dois anos, finalmente tivemos o nosso grande reencontro!

No mês de agosto, em Brasília-DF (minha cidade natal), tivemos o retorno do Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular de forma presencial, e a SBACV Regional do Rio de Janeiro se fez presente de forma marcante e ostensiva.

Muitos sócios de nossa Regional, incluindo membros da diretoria executiva atual, participaram de forma impactante como palestrantes, moderadores e debatedores, nos cursos pré-congresso, *masterclass* e nas diversas mesas-redondas, englobando os mais variados temas de nossas especialidades, mostrando o “peso” e a importância científica de nosso Estado dentro do cenário nacional.

Além disso, é preciso destacar a grande quantidade de trabalhos científicos enviados pelos diversos Serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular de nosso Estado, tanto na modalidade pôster, como nos temas livres orais, expondo o engajamento de nossos sócios na educação médica e treinamento de nossos futuros especialistas.

Outro fato importante foi o lançamento do magnífico livro “Aorta”, no qual um dos editores é o atual presidente da SBACV Nacional, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, ex-presidente da nossa Regional.

“As reuniões científicas ordinárias da SBACV-RJ continuarão de forma regular e mensal, ainda de modo virtual, para atingir o maior número possível de sócios adimplentes em todo Estado”

As reuniões científicas ordinárias da SBACV-RJ continuarão de forma regular e mensal, ainda de modo virtual, para atingir o maior número possível de sócios adimplentes em todo Estado. A reunião fora de sede terá a coordenação do diretor da seccional Centro-Sul Fluminense, professor Stênio Karlos Alvim Fiorelli, na região de Três Rios.

Enfim, o “novo normal” vai voltando ao “velho normal” e a vida associativa, incluindo a parte científica, vai aos poucos se restabelecendo para o bem de todos.

Grande abraço a todos!



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

O papel das sociedades de especialidades

As sociedades de especialidades têm como objetivo principal o incentivo científico educacional para seus associados. Isso é desenvolvido através da educação médica continuada, atualização científica, incentivo à pesquisa, conduta ética e a elaboração do processo seletivo para obtenção do título de especialista, visando sempre o bem-estar do paciente.

Para isso, congressos, encontros, reuniões científicas, cursos e *workshops* são sempre realizados e estimulados a serem frequentados por nossos sócios. Além disso, temos a revista da nossa Regional e o Jornal Vascular Brasileiro em que incentivamos nossos membros a produzirem e aumentarem suas publicações científicas.

Cabe às sociedades de especialidades a elaboração do processo seletivo para obtenção do título de especialista. “O título constitui a forma oficial de reconhecer o profissional com formação acadêmica-científica adequada e apto a exercer uma especialidade com ética, responsabilidade e competência”.

É importante ressaltar que nenhuma sociedade de especialidade tem o caráter punitivo. Isso não é previsto nas normas regimentais. Cabe às sociedades estarem preparadas para receber denúncias, realizar análise imparcial dos fatos e dar-lhes o devido encaminhamento com seu parecer técnico às demais instituições como Conselho Regional de Medicina, Conselho Federal de

“É importante ressaltar que nenhuma sociedade de especialidade tem o caráter punitivo. Isso não é previsto nas normas regimentais.”

Medicina, Ministério Público ou qualquer órgão cabível a depender da queixa realizada.

Concluindo, as sociedades de especialidades médicas têm um importante papel em relação à atualização científica, conduta ética e certificação de seus associados.

Lembramos a todos que nossa secretaria encontra-se à disposição para quaisquer dúvidas e solicitações através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br.



Dra. Adriana Vasconcelos

Diretora de Eventos da SBACV-RJ

Ideias para novos eventos não param de surgir

Após dois sofridos anos de pandemia, vamos pouco a pouco retomando nossas atividades presenciais, nos adaptando à nova realidade.

Começamos o ano de 2022 com os preparativos do XXXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, nosso tradicional Encontro Carioca, a todo vapor. O evento foi realizado no Windsor Barra Hotel entre os dias 17 e 19 de março, iniciando com dois cursos pré-congresso, um de ecografia vascular e outro de elastocompressão.

O nosso Encontro foi um verdadeiro reencontro, um sucesso tanto na parte científica quanto da confraternização social. Finalmente, foi possível rever os amigos e abraçar a todos celebrando a vida. Além de um programa científico de altíssimo gabarito, com diversos convidados nacionais e internacionais, aconteceram também os Encontros das Ligas Acadêmicas e dos Residentes que também foram extremamente concorridos, obtendo um resultado gratificante.

Durante o evento, tivemos a célebre homenagem do Encontro que teve como agraciado o nosso atual presidente nacional, Dr. Julio Cesar Peclat, e ainda uma homenagem surpresa idealizada por nosso presidente do Rio de Janeiro, Dr. Almar Bastos, e pelas colaboradoras da Regional, ao ex-presidente e atual Diretor de Patrimônio da SBACV-RJ, Dr. João Sahagoff.

Enfim, comemorando a vida e a superação de uma doença que ceifou milhares de pacientes e médicos brasileiros,

desfrutamos ao final de mais um evento de extremo sucesso de um show com a *Black Bird Band*, que nos brindou com um animado repertório dos Beatles.

Em julho, ocorreu a 635ª Reunião Científica da SBACV-RJ, reunião fora de sede no Hotel Porto Real em Mangaratiba, com debates sobre temas atuais da Angiologia e de Cirurgia Vascular, incluindo uma apresentação muito relevante sobre gestão de consultório. As famílias puderam também se reencontrar e confraternizar, fortalecendo ainda mais os laços que unem os associados da nossa Regional.

A diretoria está muito animada com essa retomada e as ideias para novos eventos não param de surgir. Contamos com a participação maciça de nossos sócios prestigiando nossa amada SBACV-RJ e esperamos intensificar cada vez mais a nossa integração.

“O nosso Encontro foi um verdadeiro reencontro, um sucesso tanto na parte científica quanto da confraternização social.”



Dr. Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

O reforço vocacional da nossa revista

Dentre os objetivos desta Diretoria na gestão do nosso Presidente Almar Bastos, estão fortalecer a nossa vocação científica com o reforço de validação e impacto em nossas publicações e gerar serviços que deem retorno direto ao associado.

A terceira edição de 2022 chega com grandes novidades dentre as já consagradas seções.

Iniciamos o trabalho “Empresa parceira da SBACV-RJ”, no qual estarão dispostos nas nossas páginas e no nosso site os materiais utilizados nos principais procedimentos vasculares. A intenção é servir como um guia rápido e organizado de fonte confiável, que pode ser acessado a qualquer momento na palma da mão do médico. Contamos já com excelente adesão inicial em um grande trabalho realizado pela Dra. Paula Vivas, 2ª Vice-Diretora de Publicações.

Dr. Douglas Poschinger, também membro de nossa Diretoria, pesquisador da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, vem reformulando nosso posicionamento editorial frente às entidades científicas, no intuito de aumentar nosso impacto no Projeto “Incubadora Científica”. Na busca de fomentar o maior número de novos trabalhos escritos no nosso Estado e alavancar consequentemente a quantidade de trabalhos enviados ao nosso Jornal Vascular Brasileiro, lançamos nesta edição o modelo padronizado a ser seguido. Toda a Diretoria de Publicações segue à disposição para consultas e auxílio neste enquadramento.

Dr. Pedro Portilho, nosso 1º Vice-Diretor de Publicações, segue à disposição tanto dos chefes de serviços quanto dos próprios associados, coordenando a seleção dos

“Na busca de fomentar o maior número de novos trabalhos escritos no nosso Estado e alavancar consequentemente a quantidade de trabalhos enviados ao nosso Jornal Vascular Brasileiro, lançamos nesta edição o modelo padronizado a ser seguido.”

artigos a serem enviados pelos cirurgiões vasculares, residentes e acadêmicos. Reiteramos que o fomento à iniciação à pesquisa e a publicação colaborando com a própria Sociedade servem como ferramenta de estímulo educacional, posicionamento e divulgação do seu trabalho e de sua equipe.

Nossa edição segue com os artigos do Dr. Ivanésio Merlo, que escreve sobre o papel histórico da SBACV-RJ dentro da SBACV Nacional, a participação dos nossos associados no Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, além de outros conteúdos de excelente qualidade.

Boa leitura a todos!

Trombose venosa profunda de membros superiores

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORES:

Ana Paula Rolim Mia Peclat

Especialista em Angiologia pela AMB – SBACV, Mestre em Gastroenterologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Doutorado em andamento em Medicina (Radiologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Arno von Ristow

Coordenador do Curso de Pós-Graduação de Cirurgia Vascular e Endovascular da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Membro da Academia Nacional de Medicina (ANM)

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Presidente da SBACV Nacional

Marcos Arêas Marques

Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), médico dos Serviços de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj) e de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (Unirio)

INTRODUÇÃO

A trombose venosa profunda de membros superiores (TVPMS) representa até 11% de todos os casos de trombose venosa profunda (TVP)¹, podendo ocorrer em qualquer uma das veias dos membros superiores e deve ser distinguida da trombose venosa das veias superficiais, ou seja, das veias cefálicas e basilícas¹. Normalmente, o processo trombótico envolve mais de um segmento venoso, sendo as veias subclávias (VSC) as mais frequentemente afetadas e as veias jugulares internas, braquicefálicas e basilícas estão envolvidas em 20 a 30% dos casos²⁻⁷.

CLASSIFICAÇÃO

TVPMS primária

A TVPMS primária ou idiopática é rara e ocorre espontaneamente, sem fatores de risco associados⁵⁻¹⁷ e apesar destes indivíduos não apresentarem fatores de risco aparentes ou doenças subjacentes óbvias,^{15,16} devemos sempre ficar atentos à possibilidade de neoplasia oculta.

Síndrome de Paget-Schröetter (SPS)

Sir James Paget^{19,20} foi o primeiro a descrever um caso de flebite gotosa da extremidade superior em 1875, que culminou em trombose espontânea da VSC e von Schröetter²¹ postulou, em 1884, que esta entidade resultou de danos diretos à veia causada pelo alongamento que ocorreu a partir de tensão muscular (figura 1). O cirurgião inglês Hughes, em 1949²², denominou a condição de SPS.

Figura 1. Foto da publicação original de Schröetter, anos após a trombose. Veias dilatadas no ombro, ausência de edema.



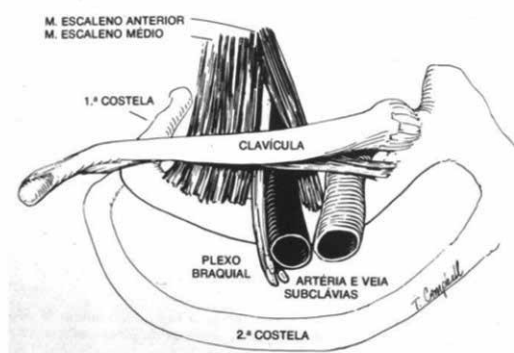
A incidência da SPS é de um a dois casos por 100.000 indivíduos/ano. Os indivíduos afetados são geralmente jovens e saudáveis e a razão sexo masculino:feminino é de aproximadamente 2:1¹⁹.

A SPS é relativamente comum em atletas que praticam esportes como o beisebol, tênis, softbol, levantamento de pesos, natação, hóquei, artes marciais e basquetebol, em que o esforço repetitivo, e por vezes extenuantes, podem levar à TVPMS²³. Alguns trabalhadores manuais são considerados “atletas industriais”, submetendo sua extremidade superior a forças semelhantes, o que aumenta a probabilidade dessa condição¹⁹.

Hipoteticamente, a compressão postural intermitente da VSC durante o exercício resulta em microtrauma repetido e lesão da íntima do vaso, com ativação da cascata de coagulação¹⁷ e formação de tecido cicatricial perivascular com estenose venosa persistente^{16,19,24}.

Anatomicamente, a compressão da VSC se dá, usualmente, no local onde já existe um estreitamento congênito do espaço delimitado pela clavícula, a primeira costela, o tendão muscular subclávio e o ligamento subclavicular (figura 2)¹⁹, embora casos de compressão da VSC pelo músculo escaleno anterior e constrição da veia axilar pelo músculo peitoral menor também sejam descritos. A presença de costelas cervicais, em geral, não é considerada relevante para o desenvolvimento da síndrome torácica venosa^{19, 25, 26}.

Figura 2. A anatomia do desfiladeiro cervico-torácico-braquial. Em destaque, as estruturas envolvidas na compressão.



TVPMS secundária

A forma secundária representa até 80% dos casos de TVPMS¹¹, desenvolve-se em consequência de causas subjacentes, como neoplasias, inserções de cateteres venosos centrais (CVC) ou periféricos e marcapasso^{8-10,27-28}, e está associada a uma maior taxa de mortalidade do que a forma primária¹²⁻¹⁷. As veias mais comumente envolvidas são a VSC (18-67%) e axilares (5-25%)⁹.

Devido ao aumento do uso de CVC para administração de medicamentos, derivados sanguíneos e nutrição parenteral, bem como para hemodiálise, a incidência de TVPMS relacionada ao CVC tem aumentado nas últimas décadas e, hoje, representa cerca de 50% dos casos^{12,16}. A escolha da VSC ou jugular interna para acesso vascular não parece afetar o risco de trombose¹⁰.

O risco de desenvolver TVP relacionada ao cateter depende do perfil do paciente e de fatores relacionados ao cateter em si (material, posição de sua ponta e história de cateterismo venoso central anterior)^{10,29-31}. Ainda não existem dados que confirmem se a técnica de inserção guiada por ultrassom reduz o risco de TVP, quando comparada a uma técnica guiada por marcos anatômicos^{29,30}.

Embora a taxa seja um pouco menor em comparação com a TVP de membros inferiores (MMII), as trombofilias (hereditárias ou adquiridas) podem ser a etiologia da TVPMS em 34,2 e 55,3% dos casos, respectivamente³⁷.

O câncer é um fator de risco importante associado à TVPMS. Mesmo que o risco trombótico nestes pacientes resulte da presença de CVC, a malignidade ativa em pacientes sem estes dispositivos pode resultar em um risco 18 vezes maior^{10,30,38-42}. Outro fator de risco é a imobilização do membro superior com gesso ou cirurgias ortopédicas no braço⁴².

Sinais e sintomas de TVPMS

Pacientes acometidos de TVPMS geralmente apresentam edema no braço afetado associado à sensação de desconforto ou dor⁴²⁻⁴⁴. Outras manifestações, como cianose, veias dilatadas na cintura escapular (figura 3) ou distensão da veia jugular, são encontradas com menos frequência^{11,42-44}.

Figura 3. Trombose venosa aguda axilossuclávia de esforço. Observar o aumento de volume do ombro e extensa circulação colateral (arquivo pessoal de Arno von Ristow).



Uma proporção não negligenciável de TVPMS (33 a 60%) é assintomática ou pode apresentar sinais e sintomas atípicos e, por isso, muitos casos podem passar despercebidos¹¹. A dor localizada no pescoço ou ombro pode sugerir acometimento jugular ou axilar, respectivamente. Parestesia do membro afetado pode ocorrer, assim como febre baixa, mas ambos são observados apenas esporadicamente⁴²⁻⁴⁴.

Sinais e sintomas da síndrome do desfiladeiro cervico-tóraco-braquial (SDCTB)

A lesão venosa causada pela SDCTB é normalmente assintomática antes do aparecimento da trombose e, em mais de 90% dos casos, apresenta predominantemente sintomas neurológicos devido à compressão do plexo braquial. Os sinais relacionados à compressão venosa são raros, porém os mais comuns são edema e cianose do membro superior dependente da posição⁴⁴⁻⁴⁶.

Vários testes e manobras clínicas, como as manobras provocativas de Adson e Wright e o teste de Roos, são descritos na literatura, no entanto, embora frequentemente utilizadas, apresentam baixas sensibilidade (73%) e especificidade (53%)⁴³⁻⁴⁶. Deve-se salientar ainda que a manobra de Adson não tem valor no diagnóstico de compressão venosa, uma vez que visa detectar compressão dentro do triângulo interescaleno, no qual apenas o nervo braquial e a artéria subclávia são avaliados⁴³.

Tendo em vista essas limitações, exames complementares, como eco Doppler colorido (EDC), angiorressonância nuclear magnética (ARNM), angiotomografia computadorizada (ATC) e venografia com contraste, para avaliação da compressão das estruturas vasculares durante manobras posturais, são fundamentais para estabelecer o diagnóstico⁴⁴. A confirmação da compressão venosa não implica necessariamente em uma síndrome clinicamente relevante, uma vez que este achado também é frequente em indivíduos assintomáticos⁴⁴.

COMPLICAÇÕES

Embolia pulmonar (EP)

A incidência real de EP (figura 4) resultante da TVPMS é desconhecida, pois os estudos dessa complicação diferem em relação ao desenho, população investigada (TVPMS primária ou secundária) e critérios aplicados para o seu diagnóstico (evento sintomático ou triagem de rotina). Porém, a maioria relata taxas de EP sintomática entre 3 e 12%^{12,14,16}, um número menor em comparação à TVP de MMII, que varia entre 16 e 29%¹².

Figura 4. ATC de tórax demonstrando uma EP de lobo inferior de pulmão direito, por TVPMS relacionada com cateter PIC (do inglês, *percutaneous inserted catheter*), implantada na veia basilíca direita (arquivo pessoal de Arno von Ristow).



Portadores TVPMS associado ao CVC têm risco particular de desenvolver EP^{13,14}.

Síndrome pós-trombótica (SPT)

A SPT é uma complicação crônica da TVPMS, podendo levar à incapacidade funcional e queda na qualidade de vida, em particular quando ocorre no membro dominante⁴⁷. Sua prevalência varia de 7 a 46% e parece ocorrer com menos frequência na TVP associada a cateter⁴⁷. Os sinais e sintomas incluem edema, dor ou sensação de peso do braço afetado, fadiga ao esforço, impotência funcional e veias colaterais dilatadas na região do ombro. A SPT grave, resultando em ulceração da pele, é muito rara^{47,48}.

Síndrome de veia cava superior (SVCS)

A SVCS pode resultar da propagação proximal do trombo e aumento de pressão venosa na cabeça, pescoço e extremidade superior. Seus sinais e sintomas mais comuns são a taquicardia sinusal, edema facial, vertigem, distúrbios de visão e dispneia⁴².

Recorrência

O risco de recorrência da TVPMS é de cerca de 9%, podendo duplicar em pacientes com câncer e, particularmente, naqueles com CVC^{12,42}.

Mortalidade

A forma primária, especialmente quando relacionada aos esforços, ocorre tipicamente em jovens saudáveis, enquanto indivíduos com a forma secundária têm frequentemente idade avançada e comorbidades. Portanto, este último grupo tem um prognóstico pior, sendo o câncer a principal causa de morte⁴².

No registro RIETE, a mortalidade em três meses em pacientes com TVPMS foi de 11%, maior do que em pacientes com TVP de MMII, que foi de 7%. O subgrupo de pacientes com TVPMS associada à malignidade tem prognóstico pior, com taxa de mortalidade de 16% e se associado a acesso venoso central, de 28%¹².

Exames complementares

Os sinais e sintomas da TVPMS são inespecíficos, portanto, o uso de exame complementares para confirmar ou excluir a TVPMS é obrigatório^{10,49-51}.

D-dímero (DD)

O DD é um teste de exclusão diagnóstica, com alta sensibilidade, baixa especificidade e alto valor preditivo negativo. Porém, devido à alta prevalência de câncer nesses pacientes, a utilidade do DD é limitada^{48,49}.

Ultrassonografia com compressão (USGC)

Apesar de algumas limitações, a USGC hoje é considerada o exame de imagem de escolha na suspeita de TVPMS, uma vez que é um método não invasivo, relativamente barato e sem exposição à radiação ou meio de contraste, podendo ser repetido de forma seriada^{52,53}.

Peculiaridades anatômicas do sistema venoso profundo dos membros superiores podem influenciar a sua acurácia no diagnóstico, como por exemplo, a capacidade de avaliação da imagem e compressão no terço médio da VSC dificultada pelo segmento sobrejacente da clavícula^{52,53}. Um exame completo deve incluir a USGC (plano transversal) das veias jugular interna, axilar, braquial e subclávia distal à clavícula. As veias cefálicas e basilicas em sua confluência com o sistema venoso profundo também devem ser avaliadas. A trombose é caracterizada pela incompleta compressibilidade do segmento venoso examinado.

O exame da VSC proximal e braquicefálicas pelo EDC pode ser útil para avaliar a sua perviedade^{52,53}, porém requer uma abordagem supraclavicular e pode exigir o uso de um transdutor específico. A conversão unilateral do padrão de fluxo bifásico normal em um sinal de fluxo contínuo não pulsátil sugere obstrução venosa central^{52,53}.

Outros exames de imagem

Até o momento, a ANRM e a ATC (figura 5) devem ser consideradas como métodos suplementares a serem realizados em caso de resultados duvidosos ou negativos da USGC, apesar da alta suspeita clínica^{54,55}. As vantagens desses exames incluem a visualização das veias torácicas centrais, bem como a possibilidade de diagnósticos alternativos, em particular a compressão venosa por crescimento tumoral local^{10,15,16}.

Figura 5. ATC evidenciando a compressão da VSC em seu trajeto entre a clavícula e a 1ª costela, em manobra de hiperabdução.



PESQUISA DE TROMBOFILIAS GENÉTICAS OU ADQUIRIDAS

Trombofilias genéticas

Como a maioria dos episódios de TVPMS está relacionada ao esforço físico, câncer ou presença de CVC, a pesquisa de trombofilias genéticas raramente afetará o seu manejo clínico. Além disso, como o risco global de recorrência é baixo e os dados relativos ao benefício de uma anticoagulação prolongada são falhos, atualmente não há base científica para o seu rastreamento sistemático^{28,31,43,69}.

Trombofilias adquiridas

Com base no benefício documentado da anticoagulação a longo prazo em pacientes com síndrome anticorpo antifosfolípido e TEV, o rastreamento de anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgM e IgG e anti- β 2-glicoproteína I IgM e IgG também pode ser considerado em pacientes com TVPMS associada à trombose arterial ou mulheres com história de perda gestacional recorrente, por exemplo⁵⁶.

Pesquisa de neoplasia oculta

Tendo em vista o risco potencial de neoplasias ocultas subjacentes, alguns pacientes com a forma primária devem ser submetidos ao seu rastreamento. A triagem deve ser realizada de acordo com as recomendações para pacientes com TVP de MMII, incluindo anamnese e exame físico, análise laboratorial de rotina, USG abdominal,

telerradiografia de tórax e exames específicos para idade e sexo. Deve-se ressaltar que não se sabe se o rastreamento de neoplasia oculta em pacientes com TEV, reduzirá a sua morbimortalidade⁵⁷.

TRATAMENTO

Terapia anticoagulante

O paciente com TVPMS necessita de terapia anticoagulante para alívio dos sinais e sintomas, prevenção de progressão e diminuição de recorrência, risco de EP e SPT¹⁵.

As diretrizes atuais recomendam o tratamento inicial com heparina de baixo peso molecular (HBPM), heparina não fracionada (HNF) ou fondaparinux, por pelo menos cinco dias, seguida por antagonistas de vitamina K (AVK), mantendo o INR entre 2 e 3, por pelo menos três meses⁵⁸⁻⁶². A HNF é recomendada em pacientes com insuficiência renal em estágios avançados ou para aqueles tratados com trombólise direcionada por cateter (TDC). A extensão para além de três meses geralmente não é recomendada após um primeiro episódio de TVPMS não associada ao câncer⁶⁰.

O tratamento de pacientes com câncer ativo é particularmente desafiador, já que estes têm aumento do risco de recorrência e de hemorragia^{10,58-60}. A anticoagulação deve ser mantida enquanto o câncer permanecer ativo e se o evento trombótico não estiver relacionado ao CVC, mas sempre avaliando o risco de hemorragia durante o tratamento.

Nos pacientes com TVPMS associada à presença de CVC, com ou sem câncer, a anticoagulação pode ser interrompida após três meses, se esse for removido⁵⁸⁻⁶⁰, caso não seja, a anticoagulação deve ser mantida enquanto este permanecer funcional^{10,58-60}. O momento ideal para a sua remoção ainda não foi estabelecido, mas é geralmente apropriado três a cinco dias após o início da anticoagulação⁵⁸⁻⁶¹.

Embora não haja evidências para a anticoagulação por tempo indeterminado após o primeiro episódio não provocado, esta conduta pode ser considerada no caso de recorrência^{9,58-61}.

OUTRAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Anticoagulantes orais diretos (DOACs)

Os DOACs têm sido amplamente utilizados no tratamento do TEV, pois em ensaios clínicos randomizados, são mais seguros e tão eficazes quanto ao tratamento tradicional com droga parenteral e AVK. Apesar da vasta evidência do seu uso no tratamento da TVP de MMII, ainda não existem dados robustos para seu uso na TVPMS^{63,64}.

Tratamento fisioterapêutico

O tratamento fisioterapêutico pode reduzir os sintomas da SDCTB arterial ou neurológica, mas não há evidências para apoiar essa abordagem em pacientes com a forma venosa.

TRATAMENTO INTERVENCIÓNISTA

Trombólise

Algumas diretrizes sugerem a anticoagulação isoladamente, enquanto outras consideram a possibilidade de intervenção cirúrgica em casos selecionados.

O Fórum Venoso Americano sugere que pacientes com TVPMS associada à SDCTB devem ser tratados com TDC seguida de descompressão cirúrgica. No entanto, salienta que deve ser feita a anticoagulação em todos os pacientes, independente da intervenção cirúrgica, com HBPM associada à AVK, inibidor oral direto da trombina (dabigatran) ou inibidores orais diretos do fator Xa (rivaroxabana e apixabana)⁶².

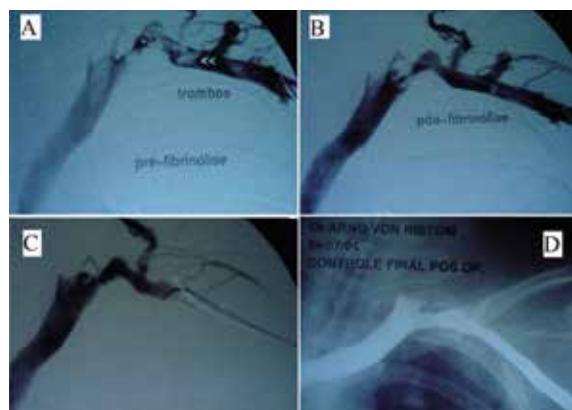
As diretrizes para profilaxia e tratamento do TEV do Colégio Americano de Pneumologia suportam apenas tratamento conservador com anticoagulação e recomenda contra a trombólise. No entanto, destaca a ausência de ensaios clínicos randomizados e que as recomendações se baseiam em evidências de estudos realizados em TVP de MMII e conhecimento da história natural da TVPMS⁵⁸⁻⁶¹.

Embora a TVPMS historicamente é pouco associada à SPT, resultados de estudos mais recentes contradizem este conceito. Em 2004, uma análise de um registro de TEV dos EUA relatou que a TVPMS estava associada à SPT em 25 a 77% dos casos⁵⁸⁻⁶¹. A remoção precoce do trombo por TDC e a consequente restauração da perviedade venosa visam reduzir o risco de SPT e reduzir a recorrência do TEV, embora não haja dados disponíveis para confirmar essa hipótese¹⁶.

A TDC isolada ou em combinação com descompressão cirúrgica e/ou angioplastia transluminal percutânea, com ou sem implante de *stent* na VSC para a restauração da perviedade venosa, pode ser considerada em pacientes selecionados, com sinais e sintomas graves e baixo risco de sangramento⁵⁸⁻⁶¹. Uma vez que a SPT grave quase nunca é observada após o tratamento conservador da TVPMS primária, ainda não está claro até que ponto os pacientes podem se beneficiar, em longo prazo, da TDC⁵⁸⁻⁶¹.

A figura 6 ilustra um caso de uma TVPMS de esforço à esquerda, sintomática. Inicialmente, foi realizada infusão de rt-PA pela veia basilíca ipsilateral, com sucesso. No dia seguinte, pela mesma via, foi realizada angioplastia venosa, com resultado precário, devido à compressão. Permaneceu anticoagulada por um mês e como persistiam sintomas neurológicos e edema, foi realizada ressecção transaxilar da 1ª costela, seguida de nova angioplastia venosa, com excelente resultado de longo prazo.

Figura 6. A: Flebografia de TVP axilossuclávia, em paciente com SDCTB. Observar a compressão venosa na junção suclávio-jugular esquerda; B: Controle após 24h de TDC, com lise completa, mas persistência da compressão; C: Aspecto pós-angioplastia (mesmo dia), com melhora parcial da estenose; D: Controle após ressecção da 1ª costela e nova angioplastia venosa, com eliminação da estenose e circulação colateral.



A trombólise farmacomecânica é definida como TDC combinada com uma intervenção com cateter mecânico, como por exemplo, a trombectomia com o sistema AngioJet® ou a trombólise assistida por ultrassom com o sistema endovascular EkoSonic®. O ultrassom por si só

não pode dissolver o trombo, mas facilita a TDC desagregando a fibrina, aumentando a permeabilidade do trombo e dispersando a droga trombolítica através de efeitos acústicos de *microstreaming*. Em comparação com a TDC isolada, a trombólise farmacomecânica pode reduzir o tempo de infusão trombolítica, a duração e os custos da internação hospitalar⁵⁸⁻⁶¹.

Tratamento cirúrgico

Na ausência de SDCTB, a terapia cirúrgica, incluindo trombectomia e derivação venosa, deve ser reservada para casos refratários, pois esses procedimentos são invasivos, com riscos inerentes à cirurgia e anestesia, e podem ser complicados por lesão no nervo frênico ou plexo braquial, fístula linfática e hemopneumotórax.

Filtro de veia cava superior (FVCS)

O implante de FVCS pode ser considerado nos pacientes com contraindicações à anticoagulação ou recorrência da TVP, apesar desta^{58,59}. O seu benefício deve ser pesado contra os riscos, como o deslocamento e trombose^{58,59}.

Síndrome de Paget-Schröetter

A abordagem que combina TDC, angioplastia com ou sem colocação de *stent* e descompressão cirúrgica precoce ou tardia é o padrão atual de tratamento da SPS⁵⁸⁻⁶¹. A descompressão cirúrgica geralmente envolve ressecção de partes da clavícula e da primeira costela^{16,19,24} e pode ser considerada em pacientes sintomáticos com falha de tratamento clínico e confirmação de compressão venosa na saída torácica⁷³. O momento ideal para a descompressão, imediatamente ou um a três meses após a TDC, permanece controverso. Em pacientes tratados com TDC, sem descompressão cirúrgica precoce, a indicação para cirurgia deve ser avaliada de um a três meses após o procedimento. Se os sinais e sintomas de obstrução venosa persistirem e existir evidência de estenose residual da VSC, a descompressão cirúrgica é justificada. Também permanece controverso se a angioplastia deve ser realizada rotineiramente nos casos em que a estenose venosa residual persiste após a descompressão cirúrgica.

O implante de *stent* em VSC sem descompressão cirúrgica não é recomendado, por causa do risco de fratura e reoclusão (figura 7)⁵⁸⁻⁶¹.

Figura 7. Fraturas múltiplas de *stent* implantado para tratamento de SPS aguda.



Terapia de compressão

A eficácia da terapia de compressão, a fim de prevenir a SPT, não é clara e esta modalidade de tratamento, portanto, não é geralmente recomendada⁵⁸⁻⁶¹. O uso de faixas elásticas ou luvas de compressão é sugerida apenas para pacientes com sintomas persistentes da SPT⁵⁵.

Profilaxia da TVPMS em pacientes com CVC

A diretriz do Colégio Americano de Pneumologia não recomenda o uso de anticoagulantes para profilaxia primária de TVPMS em pacientes com CVC, com ou sem câncer^{58,59,61}.

MENSAGENS FINAIS

A TVPMS secundária tem maior taxa de mortalidade quando comparada à forma primária, especialmente quando associada à neoplasia.

Apesar de menos frequentes que nas TVP de MMII, a EP e a SPT podem ocorrer em até 12 e 46% dos casos, respectivamente.

Os exames complementares (laboratoriais ou de imagem) para o diagnóstico da TVPMS devem ser solicitados seguindo o mesmo racional das TVP de MMII.

As diretrizes atuais recomendam, na maioria dos casos, o tratamento conservador com anticoagulantes parenterais e/ou orais, porém, em casos selecionados da SPS, o tratamento intervencionista, com TDC associado ou não à cirurgia descompressiva e/ou angioplastia transluminal percutânea com ou sem implante de *stent*, parece trazer benefícios ao paciente a curto e longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Joffe HV, Kucher N, Tapson VF, Goldhaber SZ. Upper extremity deep vein thrombosis: a prospective registry of 592 patients. *Circulation*. 2004;110:1605–1611.
- 2) Bernardi E, Pesavento R, Prandoni P. Upper extremity deep venous thrombosis. *Semin Thromb Hemost*. 2006;32:729–736.
- 3) Prandoni P, Polistena P, Bernardi E, et al. Upper-extremity deep vein thrombosis. Risk factors, diagnosis, and complications. *Arch Intern Med*. 1997;157:57–62.
- 4) Lechner D, Wiener C, Weltermann A, Eischer L, Eichinger S, Kyrle PA. Comparison between idiopathic deep vein thrombosis of the upper and lower extremity regarding risk factors and recurrence. *J Thromb Haemost*. 2008;6:1269–1274.
- 5) Persson LM, Arnhjort T, Larfars G, Rosfors S. Hemodynamic and morphologic evaluation of sequelae of primary upper extremity deep venous thromboses treated with anticoagulation. *J Vasc Surg*. 2006;43:1230–1235.
- 6) Ascher E, Salles-Cunha S, Hingorani A. Morbidity and mortality associated with internal jugular vein thromboses. *Vasc Endovasc Surg*. 2005;39:335–339.
- 7) Heron E, Lozinguez O, Emmerich J, Laurian C, Fiessinger JN. Long-term sequelae of spontaneous axillary-subclavian venous thrombosis. *Ann Intern Med*. 1999;131:510–513.
- 8) Winters JP, Callas PW, Cushman M. Central venous catheters and upper extremity deep vein thrombosis in medical inpatients: the medical inpatients and thrombosis (MITH) study. *J Thromb Haemost*. 2015;13:2155–2160.
- 9) Saseedharan S, Bhargava S. Upper extremity deep vein thrombosis. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2012;2:21–26.
- 10) Sivakumar SP, Anderson DR, Couban S. Catheter associated thrombosis in patients with malignancy. *J Clin Oncol*. 2009;27:4858–4864.
- 11) Sajid MS, Ahmed N, Desai M, Baker D, Hamilton G. Upper limb deep vein thrombosis: a literature review to streamline the protocol for management. *Acta Haematol*. 2007;118:10–8.
- 12) Munoz FJ, Mismetti P, Poggio R, et al. Clinical outcome of patients with upper extremity deep vein thrombosis: results from the RIETE Registry. *Chest*. 2008;133:143–148.
- 13) Monreal M, Lafoz E, Ruiz J, Valls R, Alastrue A. Upper extremity deep venous thrombosis and pulmonary embolism. A prospective study. *Chest*. 1991; 99: 280–283.
- 14) Kooij JD, van der Zant FM, van Beek EJ, Reekers JA. Pulmonary embolism in deep venous thrombosis of the upper extremity: more often in catheter-related thrombosis. *Neth J Med*. 1997;50:238–242.
- 15) Bernardi E, Pesavento R, Prandoni P. Upper extremity deep venous thrombosis. *Semin Thromb Hemost*. 2006;32:729–736.
- 16) Joffe HV, Goldhaber SZ. Upper-extremity deep vein thrombosis. *Circulation*. 2002;106:1874–1880.
- 17) Flinterman LE, Van Der Meer FJ, Rosendaal FR, Doggen CJ. Current perspective of venous thrombosis in the upper extremity. *J Thromb Haemost*. 2008;6:1262–1266.
- 19) Illig KA, Doyle AJ. Paget-Schröetter syndrome: a comprehensive review. *J Vasc Surg*. 2010;51:1538–1547.
- 20) Paget J. *Clinical lectures and essays*. London: Longmans, Green & Co, 1875.
- 21) von Schröetter L. *Erkrankungen der Gefasse*, in Nathnagel Handbuch der Pathologie und Therapie. Wein: Holder, 1884.
- 22) Hughes ES. Venous obstruction in upper extremity. *Br J Surg*. 1948; 36:155–63.
- 23) DeFelice GS, Paletta Jr GA, Phillips BB, Wright RW. Effort thrombosis in the elite throwing athlete. *Am J Sports Med*. 2002;30:708–712.
- 24) Thompson RW, Schneider PA, Nelken NA, Skioldebrand CG, Stoney RJ. Circumferential venolysis and paraclavicular thoracic outlet decompression for 'effort thrombosis' of the subclavian vein. *J Vasc Surg*. 1992;16:723–732.
- 25) Sanders RJ, Rao NM. Pectoralis minor obstruction of the axillary vein: report of six patients. *J Vasc Surg* 2007; 45: 1206–1211.
- 26) Jamieson CW. Venous complications of the thoracic outlet syndrome. *Eur J Vasc Surg*. 1987;1:1–3.
- 27) Van Rooden CJ, Molhoek SG, Rosendaal FR, Schalij MJ, Meinders AE, Huisman MV. Incidence and risk factors of early venous thrombosis associated with permanent pacemaker leads. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2004;15:1258–1262.
- 28) Da Costa SS, Scalabrini Neto A, Costa R, Caldas JG, Martinnelli Filho M: Incidence and risk factors of upper extremity deep vein lesions after permanent transvenous pacemaker implant: a 6-month follow-up prospective study. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2002;25:1301–6.
- 29) Verso M, Agnelli G, Kamphuisen PW, et al. Risk factors for upper limb deep vein thrombosis associated with the use of central vein catheter in cancer patients. *Intern Emerg Med* 2008; 3: 117–122.
- 30) Van Rooden CJ, Rosendaal FR, Barge RM, et al. Central venous catheter related thrombosis in haematology patients and prediction of risk by screening with Doppler-ultrasound. *Br J Haematol*. 2003;123:507–512.
- 31) Verso M, Agnelli G. Venous thromboembolism associated with long-term use of central venous catheters in cancer patients. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3665–3675.
- 32) van Rooden CJ, Rosendaal FR, Meinders AE, van Oostayen JA, van Der Meer FJ, Huisman MV. The contribution of factor V Leiden and prothrombin G20210A mutation to the risk of central venous catheter-related thrombosis. *Haematologica*. 2004;89:201–206.
- 33) Linnemann B, Meister F, Schwonberg J, Schindewolf M, Zgouras D, Lindhoff-Last E. Hereditary and acquired thrombophilia in patients with upper extremity deep vein thrombosis. Results from the MAISTHRO registry. *Thromb Haemost*. 2008;100:440–446.
- 34) Blom JW, Doggen CJ, Osanto S, Rosendaal FR. Old and new risk factors for upper extremity deep venous thrombosis. *J Thromb Haemost*. 2005;3:2471–2478.

- 35) Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P, Passamonti SM, Mannucci PM. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation*. 2004;110:566–570.
- 36) Vaya A, Martinez TM, Romagnoli M, Lopez M, Ricart A, Corella D. Lack of association between hemorheological alterations and upper-extremity deep vein thrombosis. *Clin Hemorheol Microcirc*. 2009;41:279–285.
- 37) Flinterman LE, van Hylckama Vlieg A, Rosendaal FR, Doggen CJ. Recurrent thrombosis and survival after a first venous thrombosis of the upper extremity. *Circulation*. 2008;118:1366–1372.
- 38) Rodrigues CA, Ferrarotto R, Filho RK, Novis YA, Hoff PM. Venous thromboembolism and cancer: a systematic review. *J Thromb Thrombolysis*. 2010;30:67–78.
- 39) Tesselaar ME, Ouwerkerk J, Nooy MA, Rosendaal FR, Osanto S. Risk factors for catheter-related thrombosis in cancer patients. *Eur J Cancer*. 2004;40:2253–2259.
- 40) Zangari M, Fink LM, Elice F, Zhan F, Adcock DM, Tricot GJ. Thrombotic events in patients with cancer receiving antiangiogenesis agents. *J Clin Oncol*. 2009;27:4865–4873.
- 41) Bennett CL, Silver SM, Djulbegovic B, et al. Venous thromboembolism and mortality associated with recombinant erythropoietin and darbepoetin administration for the treatment of cancer-associated anemia. *JAMA*. 2008;299:914–924.
- 42) Kucher N. Clinical practice. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med* 2011; 364: 861–9.
- 43) Grant JD, Stevens SM, Woller SC, et al. Diagnosis and management of upper extremity deep vein thrombosis in adults. *JTH*. 2012;108:1097–108.
- 44) Joffe HV, Goldhaber SZ. Upper-extremity deep vein thrombosis. *Circulation*. 2002;106:1874–80.
- 45) Vanti C, Natalini L, Romeo A, Tosarelli D, Pillastri P. Conservative treatment of thoracic outlet syndrome. A review of the literature. *Eura Medicophys*. 2007;43:55–70.
- 46) Demondion X, Herbinet P, Van Sint JS, Boutry N, Chantelot C, Cotten A. Imaging assessment of thoracic outlet syndrome. *Radiographics*. 2006;26:1735–1750.
- 47) Kahn SR, Elman EA, Bornais C, Blostein M, Wells PS. Postthrombotic syndrome, functional disability and quality of life after upper extremity deep venous thrombosis in adults. *Thromb Haemost* 2005;93:499–502. 53
- 48) Baarslag HJ, Koopman MM, Hutten BA, et al. Long-term follow-up of patients with suspected deep vein thrombosis of the upper extremity: survival, risk factors and post- thrombotic syndrome. *Eur J Intern Med*. 2004;15:503–507.
- 49) Di Nisio M, van Sluis GL, Bossuyt PM, Buller HR, Porreca E, Rutjes AW. Accuracy of diagnostic tests for clinically suspected upper extremity deep vein thrombosis: a systematic review. *J Thromb Haemost*. 2010;8:684–692.
- 50) Merminod T, Pellicciotta S, Bounameaux H. Limited usefulness of D-dimer in suspected deep vein thrombosis of the upper extremities. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2006;17:225–226.
- 51) Kleinjan A, Di Nisio M, Beyer-Westendorf J, et al. Safety and feasibility of a diagnostic algorithm combining clinical probability, d-dimer testing, and ultrasonography for suspected upper extremity deep venous thrombosis: a prospective management study. *Ann Intern Med*. 2014;160(7):451–7.
- 52) Oliver MA. Doppler color flow imaging. In: Talbot SR, Oliver MA, eds. *Techniques of Venous Imaging*. Pasadena, Calif: Appleton Davies Inc; 1992: 119–123, 129–130.
- 53) Chin EE, Zimmerman PT, Grant EG. Sonographic evaluation of upper extremity deep venous thrombosis. *J Ultrasound Med*. 2005;24:829–838.
- 54) Hartnell GG, Hughes LA, Finn JP, Longmaid HE III. Magnetic resonance angiography of the central chest veins. A new gold standard? *Chest*. 1995;107:1053–1057
- 55) Heil J, Miesbach W, Vogl T, Bechstein WO, Reinisch A. Deep vein thrombosis of the upper extremity: a systematic review. *Deutsches Arzteblatt Online* 2017. doi:10.3238/arztebl.2017.0244
- 56) Khamashta MA, Cuadrado MJ, Mujic F, Taub NA, Hunt BJ, Hughes GR. The management of thrombosis in the antiphospholipid-antibody syndrome. *N Engl J Med*. 1995;332:993–997.
- 57) Carrier M, Le Gal G, Wells PS, Fergusson D, Ramsay T, Rodger MA. Systematic review: the Trousseau syndrome revisited: should we screen extensively for cancer in patients with venous thromboembolism? *Ann Intern Med* 2008; 149: 323–333.
- 58) Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th edition: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141:e419S– e494S.
- 59) Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ; American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;133(6 suppl):454S–545S.
- 60) Louzada ML, Majeed H, Wells PS. Efficacy of low molecular weight heparin versus vitamin K antagonists for long term treatment of cancer associated venous thromboembolism in adults: a systematic review of randomized controlled trials. *Thromb Res*. 2009;123:837–844.
- 61) Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016;49(2):315–352.
- 62) Calero AT, Illig KA, Axillo-subclavian venous thrombosis in the setting of thoracic outlet syndrome, in: P. Gloviczki (Ed.), *Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum*, CRC Press, 2017, pp. 309–316.
- 63) Montiel FS, Ghazvinian R, Gottsater A, Elf J. Treatment with direct oral anticoagulants in patients with upper extremity deep vein thrombosis. *Thromb J*. 2017;15:26.
- 64) Sardar P, Chatterjee S, Lavie CJ, et al. Risk of major bleeding in different indications for new oral anticoagulants: insights from a meta-analysis of approved dosages from 50 randomized trials. *Int J Cardiol*. 2015;179:279–287.

Mapeamento venoso do membro superior para confecção de FAV: avaliação da veia basílica

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTORA:

Yanna Cristhina Moreira Thoma

*Angiomed – Centro de Tratamento de Doenças Circulatórias
– Rio de Janeiro, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular
– Uerj – Rio de Janeiro*

INTRODUÇÃO

Um número cada vez maior de pacientes evolui para a insuficiência renal crônica e requerem hemodiálise. Com isso, os acessos vasculares para hemodiálise têm sido mais necessários. Ao longo da vida dialítica dos pacientes, as fístulas arteriovenosas vão sendo realizadas em escala crescente de complexidade.

A fístula arteriovenosa (FAV) com veia autóloga é reconhecida como sendo a primeira opção, por possuir uma maior perviedade a longo prazo, com menor taxa de infecção e menor morbimortalidade. A infecção relacionada ao cateter venoso central e às próteses sintéticas contribui para as altas taxas de sepse nestes pacientes. A perviedade secundária das próteses para hemodiálise vem aumentando com a utilização de procedimentos endovasculares, porém com um custo muito elevado, quando comparado às fístulas autólogas.

As FAV autólogas são preferencialmente realizadas no punho, seguidas pela fístula braquio-cefálica no cotovelo e, depois, a fístula braquio-basílica. A transposição da veia basílica é então recomendada antes da utilização de FAV com prótese.

A utilização de próteses para confecção de FAV tem sido reservada para pacientes com falência de acessos autólogos, sem veias apropriadas ou com baixa expectativa de vida.

A falência precoce das FAV autólogas está diretamente relacionada às condições das artérias e veias envolvidas

no procedimento. Sabe-se que veia doadora menor que 3 mm de diâmetro é o principal fator preditor de falência precoce da FAV. Da mesma forma, a bifurcação alta da artéria braquial também está relacionada a insucessos¹.

A compreensão pelo cirurgião vascular da anatomia venosa do braço a ser abordado e das possíveis variações anatômicas presentes tem papel fundamental na escolha do melhor sítio para a realização da anastomose arteriovenosa.

RELATO DE CASO

Este relato se refere a uma paciente do sexo feminino de 64 anos, diabética, portadora de fístulas radio-cefálica e braquio-cefálicas trombosadas, ambas no membro superior direito. Encontra-se em hemodiálise através de *permcath* instalado na jugular interna direita. Ao exame físico, ausência de veias superficiais detectáveis nos membros superiores.

Realizado eco color Doppler venoso dos membros superiores para planejamento cirúrgico e confecção de novo acesso para hemodiálise. O exame revelou trombose completa de aspecto antigo e retração pós-trombótica da veia cefálica no antebraço direito; trombose completa de aspecto subagudo não recente da veia cefálica no braço direito; hipoplasia da veia cefálica esquerda em toda a sua extensão, com diâmetros inferiores a 2 mm.

Veias basílicas preservadas, com diâmetros de cerca de 3,5 mm, bilateralmente (imagem 1 e 2). À direita, a veia basílica conflui com veia braquial duplicada no terço proximal do braço, a cerca de 17 cm acima da prega cubital. À esquerda, conflui com veia braquial única no terço médio do braço, a cerca de 9 cm acima da prega cubital (imagem 3), continuando cranialmente como veia braquial única (imagem 4).

IMAGEM 1: Veia basilíca esquerda no braço

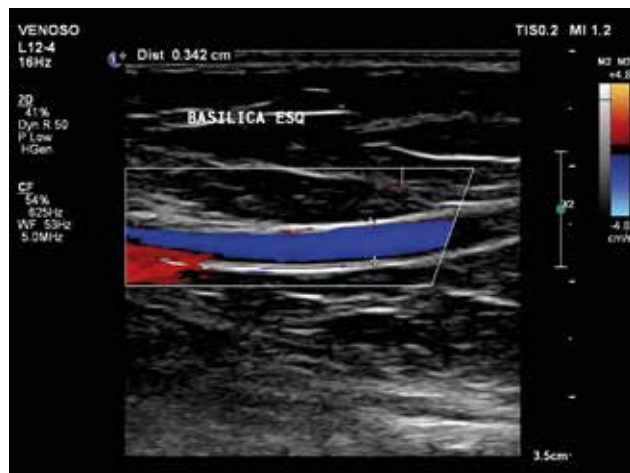


IMAGEM 4: Veia braquial esquerda única no terço proximal do braço, acima da confluência com a veia basilíca



IMAGEM 2: Veia basilíca direita no braço



IMAGEM 5: Mapeamento venoso superficial do membro superior direito

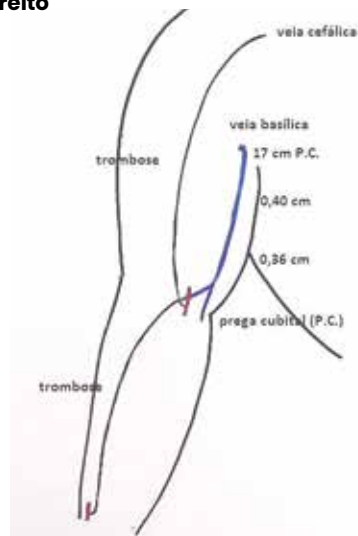


IMAGEM 3: Terço distal do braço esquerdo, demonstrando veia braquial única junto à artéria antes da confluência com veia basilíca

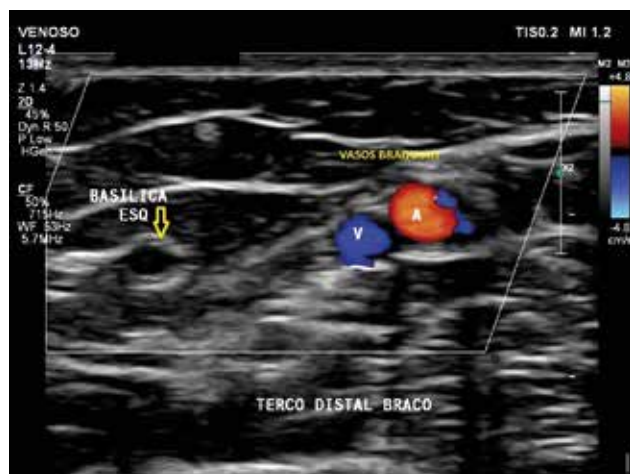
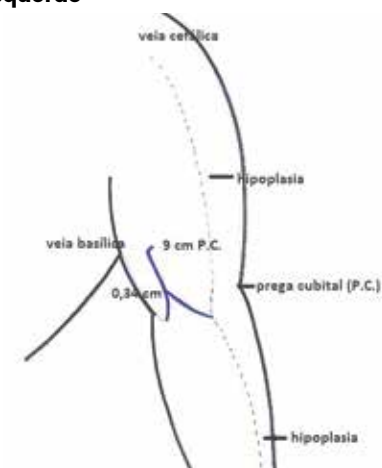


IMAGEM 6: Mapeamento venoso superficial do membro superior esquerdo



DISCUSSÃO

O mapeamento venoso superficial do membro superior está indicado para todo paciente que será submetido à confecção da FAV. Muitos estudos já demonstraram que a realização deste exame aumenta a porcentagem de pacientes que recebem FAV autólogas, diminui a possibilidade de explorações cirúrgicas desnecessárias, está relacionada a processos de maturação mais curtos e aumenta a patência das FAV tanto autólogas como com próteses. O eco color Doppler também é importante na documentação de variações anatômicas das veias que podem impactar na conduta do cirurgião².

Examina-se de rotina toda a extensão das veias cefálica e basilíca em corte transversal, testando-se inicialmente sua compressibilidade para avaliar a perviedade. Em caso de trombose, a idade do trombo deve ser estimada. Em seguida, os diâmetros internos das veias são aferidos, assim como sua distância à pele. Estas medidas devem ser feitas nos terços proximal, médio e distal do braço, na altura da prega do cotovelo, nos terços proximal e médio do antebraço e na altura do punho. O local onde a veia basilíca conflui com a veia braquial é marcado, e a anatomia das veias braquiais deve ser também avaliada².

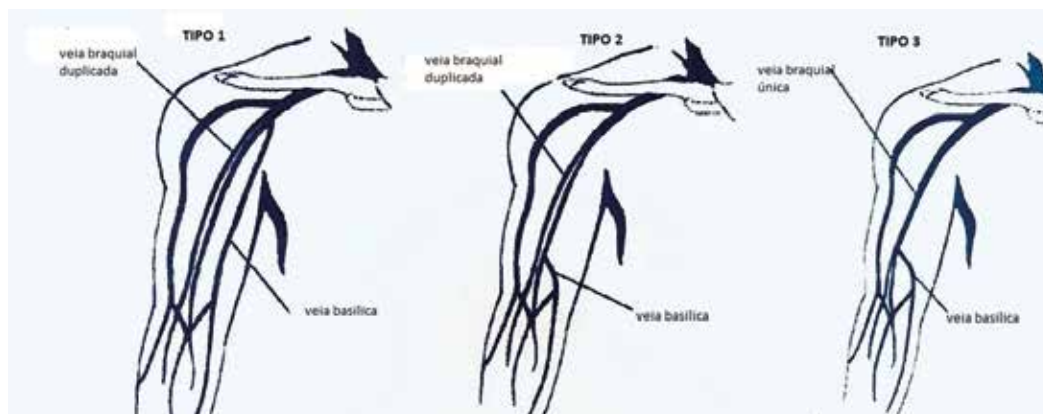
Existem referências a vários tipos de variações anatômicas das veias do antebraço, mas poucos relatos das variações que envolvem as veias basilíca e braquiais³.

Os livros de anatomia descrevem a veia basilíca distal com trajeto superficial, ascendendo ao longo da face medial do antebraço. Após cruzar a fossa antecubital, passar a ter trajeto paralelo aos vasos braquiais, acompanhando a borda medial do bíceps, perfurando a fáscia para passar ao compartimento profundo, conflui com veia braquial no terço proximal do braço, próximo a axila, formando a veia axilar⁴.

As veias braquiais são usualmente em número de duas e correm paralelas à artéria braquial, sendo formadas pela confluência das veias radiais e ulnares, próximo a altura do cotovelo⁴.

Anaya-Ayala descreveu três tipos de anatômicos para a confluência das veias braquial e basilíca. O tipo I seria o equivalente às descrições tradicionais nos livros de anatomia, quando a veia basilíca se une a veia braquial no terço proximal do braço para formar a veia axilar. Nos tipos 2 e 3, a veia basilíca se une à veia braquial nos terços médio ou distal do braço, sendo que, no tipo 2, a veia braquial permanece duplicada e, no tipo 3, ela é única a partir da confluência com a veia basilíca. Este autor demonstrou que 66% dos pacientes por ele estudados pertenciam ao tipo 1, 17% ao tipo 2 e 17% ao tipo 3. Os pacientes tipo 3 são os clinicamente mais relevantes².

IMAGEM 7: Tipos anatômicos das veias basilíca e braquial



Na transposição da veia basilíca, um longo trecho de veia deve ser mobilizado para promover uma extensão adequada para punção. Isso é facilmente executado nos pacientes tipo 1.

Quando a veia basilíca conflui com a veia braquial em posição baixa, nos terços médio e distal do braço, a veia braquial é geralmente confundida com uma tributária da veia basilíca e é ligada distalmente na confecção da fístula⁵.

Nos pacientes tipos 2 e 3, a veia braquial é totalmente mobilizada também. Nos de tipo 2, uma outra veia braquial está presente e fica preservada. Nos pacientes tipo 3, a única via de drenagem profunda da região fica comprometida. Em caso de falência deste acesso, um próximo procedimento pode ser impactado pelo tipo anatômico preexistente².

A confecção de uma FAV com prótese num membro com trombose de acesso e anatomia prévia tipo 3 pode se tornar inviável, visto que a trombose pode ascender proximalmente à axila em um membro já com a drenagem profunda comprometida pela ligadura da veia braquial única distal. Relatos na literatura demonstram o desenvolvimento de edema volumoso do membro e necessidade de ligadura da prótese nestes casos⁶. O conhecimento desta variação anatômica pode justificar a opção pela FAV com prótese antes da transposição da veia basilíca².

No caso relatado, identificamos uma anatomia tipo 1, à direita, e tipo 3, à esquerda, o que nos levou a indicar como próximo procedimento a realização de alça de basilíca no membro superior direito. Caso se optasse pela utilização do membro superior esquerdo, consideramos que a FAV com prótese seria a melhor escolha.

CONCLUSÃO

Apesar das vantagens da alça de basilíca sobre as FAV com prótese, sabe-se que aproximadamente 40% delas irão entrar em falência em até dois anos e que novas FAV serão necessárias, o que justifica que o patrimônio vascular destes pacientes tente ser preservado para cirurgias futuras².

Sabendo-se que 1 em cada 5 pacientes possuem anatomia da veia basilíca tipo 3 e que isso pode impossibilitar a posterior confecção de uma FAV com prótese neste membro, é importante que o cirurgião seja previamente alertado desta variação para melhor planejar seus procedimentos².

Sugerimos que, nos exames de mapeamento venoso para FAV, seja incluída a avaliação detalhada da anatomia das veias basilíca e braquial e a classificação do seu tipo anatômico, antes das cirurgias de transposição da veia basilíca⁶.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Castro-Santos G, Salles AG, Anjos GS, Procópio RJ, Navarro TP. Transposição da veia braquial como acesso para hemodiálise: uma alternativa ao uso de prótese sintética. *J Vasc Bras* 2019, 18:e2020190077.
- 2) Anaya-Ayala JE, Younes HK, Kaiser CL, Syed O, Ismail N, Naoum JJ, Davies MG, Peden EK. Prevalence of variant brachial-basilic vein anatomy and implications for vascular access planning. *J Vasc Surg* 2011, 53:720-4.
- 3) Kumar N, Aithal AP, Rao MKG, Nayak SB. The venous chiasma between the basilic vein and the brachial vein: a case report. *J Clin Diagn Res* 2012, 6(9): 1539-40.

- 4) Rehman ZU, Majid Z, Qadar LT, Majid A. Anatomical variation in upper arm vasculature pertinent to haemodialysis access creation: are surgeons aware sufficiently? *J Pak Med Assoc* 2020, 70(12): 2239-43.
- 5) Kaiser CL, Anaya-Ayala JE, Ismail N, Davies MG, Peden EK. Unrecognized basilic vein variation leading to complication during basilic vein transposition arteriovenous fistula creation: case report and implications for access planning. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010, 39: 627-9.
- 6) Lee HS, Song YR, Kim JK, Choi SR, Joo N, Kim HJ, Park P, Kim SG. *J Vasc Access* 2019, 20(3): 270-5.

Breve história do tratamento de varizes por escleroterapia com espuma no Rio de Janeiro

Acesse o artigo científico, clicando no QR CODE



AUTOR PRINCIPAL:

Felipe Salis Leal de Meirelles – Acadêmico da Unirio

CO-AUTORES:

Matheus Colombo Luvissario – Acadêmico da Unirio

Dimitri Saraiva Martins Marques – Acadêmico da Unirio

Lucas Mannarino Santos de Campos – Acadêmico da Unirio

Rafael Aguilar Sales – Acadêmico da Unirio

Mariana Salis Leal de Meirelles – Médica da Clínica Meirelles

Sergio Silveira Leal de Meirelles – Cirurgião Vascular

Marcos Arêas Marques – Médico Angiologista do HUGG

Stênio Karlos Alvim Fiorelli – Professor de Cirurgia Vascular do HUGG

Bernardo Cunha Senra Barros – Professor de Cirurgia Vascular do HUGG

Eduardo Trindade – Cirurgião Vascular da UFRJ

INTRODUÇÃO

O tratamento das veias varicosas data desde o século XIX, com Trendelenburg fazendo as primeiras ligaduras de safena para a correção da doença venosa crônica (DVC) e os avanços nas técnicas operatórias, sobretudo nos últimos 25 anos, trouxeram novas perspectivas no tratamento dessas. Desde a aplicação da energia de radiofrequência para a ablação da veia safena até o redirecionamento das técnicas dermatológicas a *laser* para o tratamento das varizes, as evoluções na cirurgia vascular tendem à aplicação de técnicas cada vez menos invasivas. Nesse sentido, a escleroterapia com espuma ecoguiada (EEE) cresce como uma possibilidade de baixo custo e alternativa, em alguns casos, à cirurgia convencional¹.

A primeira tentativa de se injetar um produto medicinal para se conseguir um efeito esclerosante remete ao

século XVII, quando Zollikofer introduziu um ácido em uma veia para provocar uma trombose. No entanto, foi apenas no século XIX que o cirurgião francês Pravaz inventou um dispositivo no qual um pistão poderia ser acionado em uma seringa permitindo que se escolhesse uma dose exata a ser administrada².

Somente os agentes esclerosantes do tipo detergentes são capazes de se transformar em espuma. Sendo assim, embora o morruato de sódio, mais antigo representante deste grupo, tenha sido utilizado pela primeira vez em 1930 por Higgins e Kittel, apenas em 1939 que McAusland testou a injeção dessa substância na forma de espuma no tratamento da telangiectasia³.

Diferentes técnicas para formação de espuma foram desenvolvidas ao longo do tempo, como a utilização de pequenas peneiras ou filtros, descrita em 1936 por Waldschmidt, ou o método da escova giratória em uma solução detergente, descrita por Wilsmsmann em 1964⁴.

Embora não utilizasse ou mesmo sugerisse o uso da espuma, o trabalho de Orbach, de 1944, trouxe observações com potencial de revolucionar a flebologia, ao injetar esclerosante dentro de um seguimento venoso colabado entre dois torniquetes, para em seguida liberar o bloqueio proximal. Com o bloqueio distal ainda presente, o suprimento de novo sangue venoso era impedido ou diminuído, de forma que a diluição do líquido esclerosante era menor. Para intensificar o contato entre o agente e o endotélio, Orbach descobriu ainda que a veia poderia estar livre de qualquer sangue, além de conseguir uma redução máxima no diâmetro do vaso, se injetasse até 3 ml de ar antes do tratamento².

O oleato de etanolamina foi descrito pela primeira vez como substância esclerosante em 1937, por Biegeleisen. Em 1944, mesmo ano da publicação do trabalho de Orbach, o livro de Foote sugere a espuma dessa substância para o tratamento das veias aracneiformes¹.

Combinando as duas técnicas, Sigg, em 1949, relata a utilização da técnica denominada *foam-block*. Pelo mesmo princípio de Orbach, ele injetou espuma antes do tratamento, pois a espuma é removida da veia varicosa menos rapidamente do que acontecia com a injeção pura de ar, potencializando o seu resultado^{1,2}.

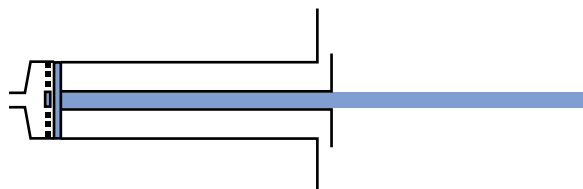
Em 1950, Orbach publica os primeiros trabalhos comparando a eficácia da espuma com a dos esclerosantes líquidos, demonstrando que a eficácia da espuma gerada pela agitação da seringa ou do frasco de medicamento aumentava em cerca de três a quatro vezes, em comparação com a mesma quantidade de líquido^{1,2}.

Flückiger, em 1956, descreve a técnica da escleroterapia retrógrada, em que, através da elevação da perna e aplicação da espuma dentro da veia safena no sentido proximal para o distal, era possível alcançar colaterais incompetentes. Ele observou que, por conta da flutuabilidade, a espuma exibe apenas uma baixa tendência a movimentar-se no sentido do fluxo sanguíneo e que, após a sua injeção, ela pode ser deslocada pela massagem manual contra a periferia^{2,3}. Outra contribuição de Flückiger foi a discussão da relação entre o tamanho das bolhas e a sua área de superfície de contato com o endotélio, argumentando que quanto menor fossem as bolhas, maior seria a área de superfície de contato. Ele também criticou as técnicas de Orbach e Sigg, que consistem na agitação de uma seringa para formação da espuma, classificando-as como inapropriadas, visto que o resultado era a formação de bolhas heterogêneas não muito pequenas. Ele inventa, então, a técnica de aspiração simultânea de ar e esclerosante, em que uma delicada agulha é utilizada e 2/3 da abertura do bisel ficam embebidos no líquido ao passo que o ar é tracionado pelo êmbolo simultaneamente ao oleato de etanolamina^{1,4}.

Mayer e Brücke publicaram, em 1957, o que viria a ser um marco acerca do aprimoramento e da padronização

da espuma, descrevendo um dispositivo (figura 1) que utilizava uma seringa de êmbolo duplo desenvolvida especificamente para a sua preparação. O dispositivo dispunha de um êmbolo principal, maior, e um segundo êmbolo mais fino com numerosos orifícios. A fixação do êmbolo principal permitia que o segundo se movimentasse para frente e para trás, fazendo com que ar e substância esclerosante (oleato de etanolamina) fossem misturados através dos orifícios, criando bolhas uniformes menores do que 250µm, chamadas de microespuma¹⁻⁵.

Figura 1. Dispositivo de Mayer-Brücke. O êmbolo interno, com numerosos orifícios, pode ser movimentado para frente e para trás, misturando ar e substância esclerosante.



O polidocanol, esclerosante mais utilizado atualmente, só teve seu uso descrito na década de 1960. Em 1963, Henschel descobriu que injeções intravasculares de concentrações mais altas de polidocanol provocavam o efeito colateral de irritação da parede venosa. Entre 1963 e 1966, Lunkenheimer testou seu uso como agente esclerosante e, após isso, começaram as vendas da solução de polidocanol³.

O USO DA ECOGRAFIA NO TRATAMENTO POR EEE

Dois outros aprimoramentos foram propostos antes da utilização das técnicas de imagens ultrassonográficas. Gillesberger, em 1969, propõe uma técnica de formação de espuma que se baseava na geração de pressão negativa em uma seringa, de forma que o ar pudesse adentrar através de uma fenda capilar entre o pistão da seringa e o êmbolo e, dessa forma, formar bolhas e, em 1984, Hauer submete patente de um conjunto com duas seringas paralelas, uma com ar e outra com solução esclerosante que lançavam simultaneamente seu conteúdo para dentro de uma câmara de mistura, onde ocorria a formação da espuma¹.

A combinação da ultrassonografia modalidade B e o efeito Doppler foram descritas pela primeira vez em 1974, por Barber, com finalidade diagnóstica. Em 1989, Knight, Vin e Zygmunt descrevem o uso dessa técnica na terapêutica, com a ideia de aumentar a segurança da escleroterapia, evitando injeções intra-arteriais ou extravasculares inadvertidas do esclerosante¹.

Cabrera, em 1994, apresentou pedido de concessão de patente de uma técnica de formação de espuma a partir da agitação de solução com uma escova giratória de alta velocidade e o acréscimo de dióxido de carbono e/ou oxigênio como gases carreadores¹. Cabrera utilizou a espuma, aliado ao uso da ecografia, para tratamento da veia safena e outras máis-formações venosas com grande êxito⁵.

O método MUS, apresentado por Monfreux em 1997, utilizava um sistema de pressão negativa similar ao proposto por Gillesberger. Uma pressão negativa é gerada em uma seringa de vidro cheia com solução esclerosante e, pela entrada de ar através da delicada fenda entre o cilindro e o êmbolo da seringa, transforma-se a solução em espuma densa^{1,5}.

Em 1999, Garcia Mingo também descreveu um dispositivo específico para formação de espuma. O *foam medical system* consistia na utilização de um cilindro com gás (hélio, dióxido de carbono ou outros) pressurizado para dentro de uma segunda câmara que contém a solução esclerosante¹.

A primeira apresentação da famosa técnica de turbilhão foi apresentada por Tessari em 1999. Apenas com o uso de seringas comuns (de 2 a 10 ml), uma torneira de três vias, e 20 movimentos de bombeamento era formada uma espuma densa. Essa técnica permitia, pela primeira vez, que a espuma pudesse ser formada sem qualquer equipamento especial¹. À época, somente o tetradecil sulfato de sódio era utilizado⁵.

A primeira tentativa de padronização da formação da espuma pelo método de turbilhão foi proposta por

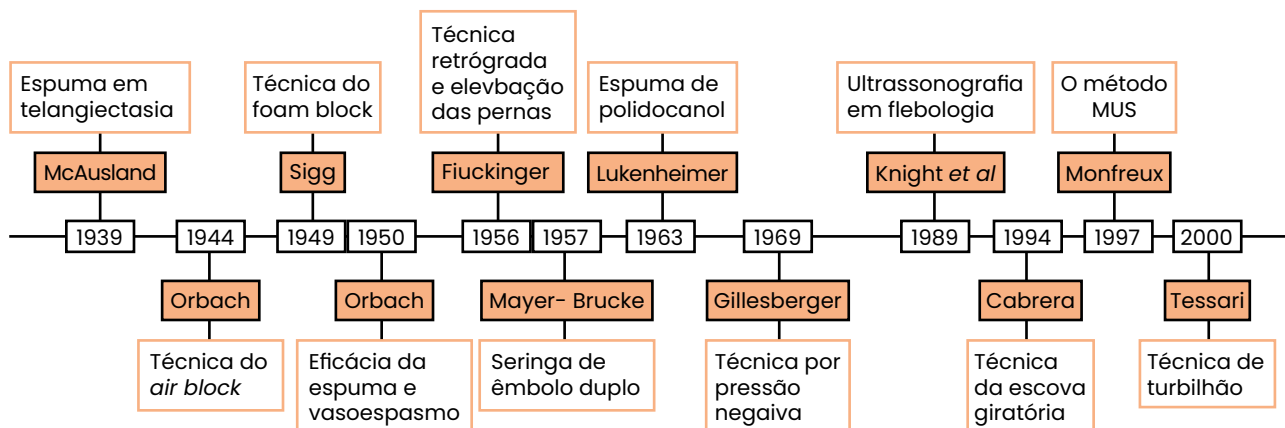
Hamel-Desnos, em 2001, através do DSS (*Double serynge system*)⁵ que preconizava que uma espuma mais estável, homogênea e com bolhas mais delicadas.

A técnica de Tessari-DSS é até hoje uma das formas mais simples e barata para formação de espuma densa e homogênea. No entanto, alguns dispositivos de mesmo objetivo foram propostos ao longo dos anos. O *TurboFoamer*[®] foi apresentado por Hamel e Desnos em 2001, um sistema mecânico computadorizado destinado a agitar o sistema DSS com potência e duração definidas. No intuito de solucionar o problema da degradação do polidocanol, que pode ocorrer se for exposto ao oxigênio por um período mais longo, Writh e Harman apresentaram, em 2003, uma lata de espuma melhorada com construção de “bolsa na válvula”. Em 2005, Wollmann apresentou o conjunto *EasyFoam*[®], uma versão mais avançada do sistema Tessari-DSS, contendo o componente gasoso na quantidade necessária em uma única seringa, uma ligeira modificação da relação de líquido para gás da relação DSS, além de outras alterações. De maneira semelhante ao método de Flückiger, Gobin e Benigni publicaram, em 2006, a técnica de *Sterivein*, utilizando uma única seringa e um filtro de ar, com a geração de espuma sendo feita mediante movimentos de bombeamento^{1,3}.

Os consensos europeus dos anos de 2003 e 2006, que aconteceram em Tergensee, Alemanha, foram eventos científicos que visaram à padronização da EEE. Neles, foram feitas recomendações que permitiram que o procedimento deixasse de ser considerado experimental. Outra importante contribuição foi o trabalho de Guex, de 2005, que analisou 12.173 sessões de escleroterapia em estudo multicêntrico e prospectivo, que avaliou a segurança da técnica. Nele, foi relatado de acidentes visuais (0,4%) e prevalência de trombose venosa profunda (TVP) em apenas 3:10.000 sessões⁶.

Para fins didáticos, foi elaborada uma linha do tempo com as principais inovações técnicas da utilização da espuma para uso em escleroterapia ao longo do século XX, conforme exposto na figura 2.

Figura 2. Linha do tempo das técnicas de espuma em escleroterapia



METODOLOGIA

As informações obtidas para estruturar esse trabalho são de difícil aquisição, visto que não há muitos artigos e relatos publicados no Brasil sobre a técnica da EEE. Foram realizadas entrevistas com as atuais referências da especialidade na cidade do Rio de Janeiro que se dispuseram a contribuir com a pesquisa, além de informações obtidas em acervos de universidades e hospitais que trabalham com a especialidade e disponibilizam um histórico do seu trabalho, evolução e nomes que por ali passaram. Para a revisão da literatura foram utilizadas as bases de dados do SciELO, PubMed, Google Scholar, LILACS e CNPq – Currículo Lattes, sendo aceitos artigos em português, inglês e espanhol, com o uso dos descritores: ‘história da escleroterapia com espuma’; ‘EEE’ e ‘escleroterapia com espuma’. Não houve restrição quanto à data de publicação.

DISCUSSÃO

Os anos 2000 foram marcados pela popularização da técnica de EEE, sobretudo na Europa². No Brasil, o primeiro trabalho sobre o assunto só foi publicado no Jornal Vascular Brasileiro (JVB), em setembro de 2006. Nele, Figueiredo relatou o tratamento de varizes tronculares primárias por EEE em 25 pacientes. O estudo selecionou pacientes classificados entre C3 e C6 de acordo com a classificação clínica, etiológica, anatômica e fisiopatológica (CEAP),

sendo excluídos aqueles que apresentavam antecedentes de TVP, trombofilia, gestação, neoplasia e insuficiência arterial periférica. Utilizou-se microespuma de polidocanol (3%) preparada a partir da proporção de 1:5, obtida pela técnica de Tessari. A compressão pós-tratamento foi feita com atadura inelástica por cinco dias e, posteriormente, com meia elástica de compressão graduada (MECG) por até três meses. Os pacientes foram monitorizados por eco Doppler colorido (EDC) após o tratamento por um ano, caracterizando sucesso pela ocorrência de oclusão total ou recanalização parcial sem refluxo, enquanto o insucesso foi caracterizado pela recanalização parcial com refluxo ou recanalização completa ao final do período. Dos 25 pacientes tratados, 21 tiveram oclusão ou recanalização parcial sem refluxo, alcançando uma taxa de sucesso de 84%⁷.

Em 2009, Figueiredo publicou no *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery* um trabalho comparando a eficácia do tratamento cirúrgico com a EEE em pacientes de classificação CEAP C5. Dos 60 pacientes selecionados, 27 foram tratados por EEE e 29 por cirurgia, enquanto quatro foram excluídos por abandono. Os pacientes foram acompanhados com EDC antes do tratamento e 30, 60 e 180 dias após. Foi observado que a safena magna foi ocluída em 90% do grupo cirúrgico e em 78% do grupo de EEE⁸.

Outra importante publicação da época foi proposta por Bastos, em 2011. Sua pesquisa analisou os efeitos da EEE em 2.677 sessões, tratando 1.067 pacientes, entre 2004 e 2010, com classificação CEAP de C3 a C6, sendo a maioria C3 (45,7%). O trabalho não detalha o acompanhamento dos resultados em termos de recanalização da veia tratada. No entanto, relata que a oclusão acontece, em média, em 84,4% dos casos e que os sinais mais objetivos de eficácia do tratamento foram o desaparecimento das veias dilatadas e dos sinais e sintomas de DVC. Dos 1.067 pacientes tratados, em 40% foi feita apenas uma sessão; em 25%, até duas sessões; em 15%, três sessões; e mais de três sessões foram realizadas em cerca de 20% dos casos, sendo 10 o número máximo de sessões realizadas no mesmo paciente. As complicações encontradas foram formação de *esclerus* em 12,2% e escotoma visual em 0,64% dos casos. O trabalho preconiza o uso de MECG de 20-30 mmHg, podendo se obter uma compressão dupla utilizando duas meias em sobreposição. Recomendava ainda compressão suplementar em regiões selecionadas com bolas de algodão fixadas com Micropore®⁹.

O segundo artigo de mesmo tema publicado no JVB foi apenas em 2012, e avaliava o resultado do tratamento em quase três vezes mais casos do que o de Figueiredo, em 2009. A pesquisa de Silva avaliou os efeitos da EEE em 71 pacientes, portadores de DVC CEAP C6 com mais de seis meses de evolução. Os métodos foram similares aos do trabalho de Figueiredo, no entanto utilizou a proporção agente/ar de 1:4 e a realização de compressão excêntrica no trajeto da veia tratada associada à compressão concêntrica do membro com faixa inelástica por 48h, e posterior contenção elástica por 30 dias. A cicatrização da úlcera ocorreu em 64 dos 76 membros e, mesmo nos pacientes que mantiveram a úlcera após 89 dias, houve melhora dos sinais e sintomas. A maior parte dos casos (88,2%) não teve complicação, e somente em dois casos (2,6%) foi constatado TVP¹⁰.

Coelho Neto, em 2013, avaliou os resultados de EEE em 87 pacientes, CEAP C5 e C6, em um centro de saúde pública de Brasília. O estudo evidenciou a cicatrização das úlceras em 85% dos casos, condizente com os achados de Bastos, concluindo que a técnica se mostrava segura e eficaz no tratamento das varizes associadas a DVC¹¹.

Em 2015, foi publicado o primeiro artigo no JVB que buscava correlacionar a qualidade de vida com o tempo de enchimento venoso (TEV) antes e depois do tratamento de EEE, em um grupo de 32 pacientes. A pesquisa avaliou a qualidade de vida através da aplicação da versão brasileira do questionário VEINESQOL/Sym, enquanto o TEV foi aferido por fotopletismografia (FPG) antes e 45 dias após o tratamento. O estudo concluiu que a EEE mostrou-se eficaz, com alto índice de satisfação e baixas taxas de complicações maiores, como o TEV, por exemplo¹².

Em 2016, a Rede Globo de televisão transmitiu em seu programa Fantástico, uma matéria que viria a ser um importante marco para a EEE no país. A reportagem, que contou com a participação do então presidente da SBACV Nacional, Ivanésio Merlo, retratou a prevalência da DVC na população brasileira e a relevância do seu tratamento, ressaltando as enormes filas para o tratamento cirúrgico não estético das varizes no Sistema Único de Saúde (SUS) e abordou o sucesso terapêutico de alguns serviços, sobretudo o de Marcelo Liberato, na Bahia, ressaltando o impacto da EEE no tratamento da DVC diante da insuficiente oferta pública de cirurgia para a demanda populacional¹³. A matéria concluiu com a fala do ex-ministro da saúde, Ricardo Barros, dizendo que determinaria que a Comissão de Incorporação de Novas Tecnologias (Conitec), incluísse o procedimento no SUS.

"A matéria concluiu com a fala do ex-ministro da saúde, Ricardo Barros, dizendo que determinaria que a Comissão de Incorporação de Novas Tecnologias (Conitec), incluísse o procedimento no SUS".

O relatório de recomendação, que contava com 25 páginas, selecionou 31 artigos, dentre revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos randomizados, retratando a eficácia e segurança da técnica, escolha do agente esclerosante e qualidade de vida, e descrevia que a EEE é pelo menos tão eficaz e segura quanto à cirurgia. O documento fez ainda uma análise sobre o impacto orçamentário, considerando os valores do Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS (SIGTAP/SUS). Foi avaliado que o custo do tratamento com EEE unilateral era de R\$ 300,78 e bilateral de R\$ 392,62, ambos acrescidos do EDC, 35% menor do que o custo da cirurgia¹⁴. O Registro de Deliberação nº 229/2017 foi assinado em 12 de janeiro de 2017, recomendando a incorporação do procedimento para o tratamento não estético de varizes de membros inferiores. A Portaria nº 4, de 31 de janeiro de 2017, foi publicada em 1º de fevereiro do mesmo ano no Diário Oficial da União, incorporando o procedimento no âmbito do SUS¹⁵.

Em 2018, durante o I Meeting Nacional da SBACV em São Paulo, Rodrigo Kikuchi apresentou a padronização do método de tratamento com EEE. A comissão, que contava com os coordenadores Bruno Naves e Elias Arcenio Neto, junto com os membros da subcomissão de EEE, Eduardo Trindade e Marcelo Liberato, revisou 198 artigos sobre o assunto no intuito de se propor recomendações, a nível nacional. O trabalho estabeleceu recomendações acerca das indicações e contraindicações, dose máxima do agente esclerosante (2 mg/kg) e volume máximo de espuma. Além de recomendar o uso de EDC, da torneira de três vias (técnica de Tessari), contra a utilização de agulhas mais finas que 26G, e manter material de ressuscitação ao alcance, com pessoal treinado. O relatório também padroniza as concentrações do polidocanol, locais de punção, técnicas de execução, a terapia compressiva e o acompanhamento ecográfico¹⁶.

A história do crescimento e popularização da EEE no Estado do Rio de Janeiro conta com diversos protagonistas, de forma que é difícil precisar todos que fizeram parte desse processo. No entanto, tal qual o cenário nacional, a técnica era bem pouco difundida antes do início da última década. Os doutores Bernardo Barros¹⁷ e Eduardo Trindade¹⁸ são certamente dois dos grandes responsáveis por esse crescimento no Estado, e tiveram seus principais

"Além de recomendar o uso de EDC, da torneira de três vias (técnica de Tessari), contra a utilização de agulhas mais finas que 26G, e manter material de ressuscitação ao alcance, com pessoal treinado. O relatório também padroniza as concentrações do polidocanol, locais de punção, técnicas de execução, a terapia compressiva e o acompanhamento ecográfico".

contatos com a EEE em meados dos anos 2010. Barros refere que seu entusiasmo pela espuma começou nessa época, quando da sua participação no *European Venous Forum*, congresso europeu com foco no tratamento de doenças venosas.

Trindade também teve sua vocação pela técnica motivada de forma contemporânea. Em 2010, durante um congresso em Buenos Aires, Argentina, ele relata que fora convidado por Francisco Reis Bastos, um dos precursores da técnica no Brasil, a assistir a sua apresentação de alguns casos sobre espuma. "Ali iniciou-se de verdade o meu interesse pelo assunto", relata Trindade.

Bastos, inclusive, tem outra participação no desenvolvimento dessa técnica no Rio de Janeiro ao ministrar um curso teórico sobre EEE durante o Encontro Mineiro da SBACV, com Barros como um de seus ouvintes. Esse curso o motivou ainda mais a aprofundar seus estudos e conhecimentos sobre a técnica, e impulsionou em grande escala sua vontade de realizá-la, embora reconheça que o tema era, à época, muito novo: "ninguém falava nisso, imagina fazer", conta. Outra participação digna de nota

na história do Rio de Janeiro é de Eduardo Toledo de Aguiar, de São Paulo, mas que esporadicamente executava EEE também no Rio de Janeiro. Barros relata, inclusive, ter tido diversas experiências com a espuma acompanhando os casos de Toledo.

O Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), chefiado por Carlos Eduardo Virgini Magalhães, teve grande importância, na evolução da técnica no Estado, implementando, desde 2014, a EEE no tratamento de pacientes acometidos pela DVC, exclusivamente em ambiente ambulatorial¹⁹. No entanto, os primeiros pacientes foram tratados, em centro cirúrgico. Segundo Barros, a ideia inicial era fazer em ambiente ambulatorial, porém isso não foi possível, pois além das limitações de acesso do próprio Serviço, se tratava ainda de uma ideia embrionária.

Na época, Barros propunha tratar os casos de pacientes com úlceras venosas e varizes com a técnica, mas a falta de codificação para cobrança pelo SUS dificultava a sua execução. De fato, a Uerj custeou o tratamento por vários anos com recursos próprios, até que a codificação foi aceita pela Conitec em 2017^{14,15}. A proposta foi aceita

pelo Chefe do Serviço, Virgini Magalhães, que apoiou a iniciativa. Foram tratados 17 casos com úlcera venosa no centro cirúrgico da Policlínica Piquet Carneiro (UERJ), todos, segundo Barros, com fechamento da ferida. A ideia foi apoiada também por Carmen Lúcia Lascasas Porto, Chefe do Serviço de Angiologia do Hupe, que trouxe referências estrangeiras para contribuir com o aperfeiçoamento da técnica.

Foram necessárias preparações para a transição do ambiente cirúrgico para o ambulatorial. De acordo com Barros, os preparativos do ambulatório, como alteração das macas, compra do EDC e outros materiais foram custosos. Barros destaca a importância do apoio da SBACV-RJ, de outros colegas que trabalhavam com a EEE e inclusive da reportagem do programa "Fantástico" no processo de regulamentação para captação de verbas e viabilização do projeto.

A influência do trabalho de Barros atinge hoje também o Serviço de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Barros, que é professor de Cirurgia Vascular da instituição, junto com o angiologista Marcos Arêas Marques, da cirurgia vascular Helena dos Santos e do chefe da cadeira, professor Stênio Fiorelli, vem desenvolvendo um projeto de espuma no hospital desde 2020. O intuito é tornar o serviço um centro de treinamento e excelência no tratamento de varizes com EEE, estimulando publicações e teses de término de curso.

Outra importante referência na história da EEE no Estado do Rio de Janeiro é o trabalho realizado no município de Macaé. Em 2017, foi realizado nesta cidade o primeiro curso teórico-prático do Estado, liderado por Trindade. O intuito do Vascular Prime® sempre foi de orientar a capacitação de cirurgiões vasculares na técnica de EEE. O teor prático, sobretudo do uso do EDC, foi inclusive um grande diferencial, pois outros cursos do país eram voltados para apresentação de casos e exposição teórica do tema.

A importância dos conhecimentos ecográficos já fora relatada diversas vezes na evolução do tratamento com

"Na época, Barros propunha tratar os casos de pacientes com úlceras venosas e varizes com a técnica, mas a falta de codificação para cobrança pelo SUS dificultava a sua execução. De fato, a Uerj custeou o tratamento por vários anos com recursos próprios, até que a codificação foi aceita pela Conitec em 2017".

"Outra importante referência na história da EEE no Estado do Rio de Janeiro é o trabalho realizado no município de Macaé. Em 2017, foi realizado nesta cidade o primeiro curso teórico-prático do Estado, liderado por Trindade. O intuito do Vascular Prime® sempre foi de orientar a capacitação de cirurgiões vasculares na técnica de EEE."

EEE^{1,6,10,21,22}. Para Trindade, a espuma, que é uma técnica já antiga, foi reintroduzida na prática clínica por conta do surgimento de diversos aparelhos que conseguem mensurar a interação espuma/humano, como a realidade aumentada, fleboscópio e EDC com maior resolução. O trabalho de Cerati, publicado no periódico de Radiologia Brasileira, em 2011, é um exemplo dessa importância. Eles evidenciaram a segurança e eficácia do tratamento com EEE em 18 pacientes, e foi resultado de uma pesquisa conjunta entre membros do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem com Okano, cirurgia vascular²⁰.

Segundo Trindade, o crescimento da EEE em Macaé se deve muito à vocação da cidade, assim como de outras do interior do Brasil, no tratamento da DVC. Problemas de saúde de alta complexidade tendem a concentrar o tratamento nos grandes centros urbanos. No entanto, os pacientes portadores de DVC^{1,3,6,7,11,12,16,21} valorizam a proximidade em seus tratamentos.

Seu trabalho com EEE na cidade teve início em 2016, através de uma iniciativa filantrópica, no chamado

Asilo dos Idosos da cidade, realizando o tratamento em pacientes que procuravam o ambulatório com problemas vasculares.

Sua participação na elaboração de recomendações para o tratamento de varizes por EEE não se limita ao Rio de Janeiro, tendo participado da formação da padronização do método de tratamento com EEE pela SBACV. Seus cursos permitiram que inúmeros colegas especialistas tivessem contato de fato com a técnica e foram fundamentais para a propagação do conhecimento científico nesse setor para todo o Estado.

Sobre o futuro da técnica no país, Barros acredita que as iniciativas, embora brilhantes, ainda são resultado das ações independentes de pequenos grupos, defendendo que a uniformização, através de um projeto de saúde público-privada, traria resultados melhores.

Trindade, por sua vez, acredita que a técnica tende a ser cada vez mais empregada na prática clínica, pois na abordagem do paciente de varizes em diversos estágios é possível incluir, com critérios, grande parte deles no tratamento ambulatorial de EEE, diminuindo as hospitalizações. Ele pondera, contudo, que mais pesquisas sobre a DVC são necessárias, visto a pequena quantidade de trabalhos em comparação com outras doenças de semelhante, ou até menor, prevalência.

CONCLUSÃO

A técnica da EEE como conhecida hoje foi resultado de uma série de aprimoramentos e descobertas que se desenvolveram ao longo de quase um século. A descoberta da espuma para fins de tratamento de DVC marcou a possibilidade de se tratar uma questão, antes apenas cirúrgica, ambulatorialmente, trazendo um benefício social revolucionário. No Brasil, a participação da sociedade e da mídia exerceram papel fundamental na implementação e inclusão da técnica no SUS, permitindo a sua plena realização na saúde pública. Os resultados provam que os investimentos na capacitação de novos profissionais e nas estruturas necessárias para que a EEE seja aplicada produzem retornos esplêndidos para a saúde da população, visto que a prevalência da DVC na sociedade brasileira ainda é muito grande.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergan J, Cheng VL. Escleroterapia com espuma: técnicas e resultados. 1ª ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2009.
- Wollmann JC. R. The History of Sclerosing Foams. Dermatologic Surgery. [S. l.]: Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), May 2004.
- Myers K. A history of injection treatments – II sclerotherapy. Phlebology: The Journal of Venous Disease. [S. l.]: SAGE Publications, 18 Oct. 2018. DOI 10.1177/0268355518798283.
- Exerowa D, Kruglyakov P. Foam and foam films: theory, experiment, application. Elsevier, 1997. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=K2O3qJiEi4sC&oi=fnd&pg=PP1&dq=foam+techniques&ots=LkLx-kCsQG&sig=ocn4-9GFvI-V7UHobe3KU83_ow28&redir_esc=y#v=onepage&q=foam%20techniques&f=false
- Ellis H, Logan BM, Dixon AK. Handbook of Venous Disorders, 3rd edn. The Annals of The Royal College of Surgeons of England. [S. l.]: Royal College of Surgeons of England, mar. 2010. DOI 10.1308/rcsann.2010.92.2.179a. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=oGNBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA380&dq=history+of+sclerosant+foam&ots=f94CzKzIFn&sig=ryt5hXK-8DKO6wrwOHsVZnisW6-A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Bastos FR, Oliveira CCA, Paiva ACO. A história da escleroterapia. Rev Med Minas Gerais. 2016;26:e1807.
- Figueiredo M, Araújo SP, Penha-Silva N. Ecoescleroterapia com microespuma em varizes tronculares primárias. J Vasc Bras. [S. l.]: Fap UNIFESP (SciELO), set. 2006. DOI 10.1590/s1677-54492006000300005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1677-54492006000300005>.
- Figueiredo M, Araújo SP, Barros Junior N, Miranda Junior F. Results of surgical treatment compared with ultrasound-guided foam sclerotherapy in patients with varicose veins: a prospective randomised study. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. [S. l.]: Elsevier BV, dez. 2009. DOI 10.1016/j.ejvs.2009.07.015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2009.07.015>.
- Bastos FR. Escleroterapia com espuma estudo retrospectivo. Flebologia e linfologia – Leituras vasculares, 6, 16, p. 963-970, ago. 2011. Disponível em: http://www.sflb.com.ar/revista/2011_09_16-03.pdf.
- Moraes Silva MA, Burihan MC, Barros OC, Nasser F, Ingrund JC, Nesser A. Resultados do tratamento da insuficiência venosa crônica grave com espuma de polidocanol guiada por ultrassom. J Vasc Bras. [S. l.]: Fap UNIFESP (SciELO), set. 2012. DOI 10.1590/s1677-54492012000300007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1677-54492012000300007>.
- Coelho Neto F, de Araújo GR, Kessler IM, de Amorim RFB, Falcão DP. Treatment of severe chronic venous insufficiency with ultrasound-guided foam sclerotherapy: A two-year series in a single center in Brazil. Phlebology: The Journal of Venous Disease. [S. l.]: SAGE Publications, 12 dez. 2013. DOI 10.1177/0268355513517225. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0268355513517225>.
- Coelho Neto F, de Araújo GR, Kessler IM. Evaluation of quality of life and photoplethysmography in patients with chronic venous insufficiency treated with foam sclerotherapy. J Vasc Bras. [S. l.]: FapUNIFESP (SciELO), jun. 2015. DOI 10.1590/1677-5449.8314. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.8314>.
- Drauzio Varella fala de varizes, doença que pode ter sérias complicações. Rio de Janeiro: Globo, 2016. 1 vídeo (14 min). Reportagem do programa Fantástico de 11 dez. 2016. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/5506762/>
- CONITEC. Relatório de Recomendação. Tratamento esclerosante não estético de varizes de membros inferiores. Jan. 2017. Nº 247. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relatorio_Escleroterapia_Recomendacao.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 4, de 31 de janeiro de 2017. Torna pública a decisão de incorporar procedimento para o tratamento esclerosante não estético de varizes de membros inferiores no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 fev. 2017. p. 84.
- SBACV. Padronização do Método de tratamento com Espuma densa pela SBACV. I Meeting Nacional. São Paulo, nov. 2018. Disponível em: <https://sbacv.org.br/padronizacao-do-metodo-de-tratamento-com-espuma-densa-pela-sbacv/>
- Currículo do sistema de Currículos Lattes. Informações sobre Bernardo Cunha Senra Barros. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5360087028153653>
- Currículo do sistema de Currículos Lattes. Informações sobre Eduardo Trindade Barbosa. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9641243098178266>
- UERJ, Diretoria de comunicação social. HUPE investe em tratamento de varizes com uso de espuma. UERJ em dia. Rio de Janeiro, ano XIX, nº 773, dez. 2016. Disponível em: <https://www.uerj.br/wp-content/uploads/2019/01/UERJ-em-dia-Edi%C3%A7%C3%A3o-773.pdf>
- Ceratti S, Okano FM, Pontes ABG, pontes AL, Nastri R. Ecoescleroterapia com espuma no tratamento da insuficiência venosa crônica. Radiologia Brasileira. [S. l.]: Fap UNIFESP (SciELO), jun. 2011. DOI 10.1590/s0100-39842011000300009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-39842011000300009>.
- Moraes Silva MA, Araújo AZP, Amaral JF, Jesus-Silva SG, Cardoso RS, Miranda Junior F. Impacto da escleroterapia com espuma de polidocanol guiada por ultrassom em pacientes com úlcera venosa. Jornal Vascular Brasileiro. [S. l.]: FapUNIFESP (SciELO), set. 2017. DOI 10.1590/1677-5449.002717. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.002717>.
- De Abreu GCG, Camargo Junior O, de Abreu MFM, de Aquino JLB. Ultrasound-guided foam sclerotherapy for severe chronic venous insufficiency. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. [S. l.]: FapUNIFESP (SciELO), out. 2017. DOI 10.1590/0100-69912017005014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017005014>.
- Bastos FR. Escleroterapia com Espuma. Belo Horizonte: Editora Folium; 2012.

A background image showing three scientists in white lab coats working in a laboratory. One man in the foreground is looking at a tablet, another man behind him is using a microscope, and a woman is partially visible in the background. The image has a blue overlay with a network pattern of dots and lines.

Está na hora de transformar a sua vivência em um trabalho publicado. A SBACV-RJ dá a consultoria que você precisa para isso.

Incubadora Científica

Mais um serviço exclusivo para os associados.

Saiba mais

Localização: Praça Floriano, 55 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20031-050, Brasil

Secretária: (21)99682-8921

Financeiro: (21)99732-5241

Superintendente: (21)99688-7721

E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

SBACV-RJ

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

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

- **Direxion** Microcateter
- **Direxion HI FLO** Microcateter
- **Contour** Micropartículas
- **Renegade HI FLO** Microcateter
- **Renegade STC** Microcateter
- **Vortx** Sistema de Oclusão Vascular
- **Interlock** Sistema de Oclusão IDC em Fibra
- **Fathom** Fio Guia
- **Embozene** Microesfera

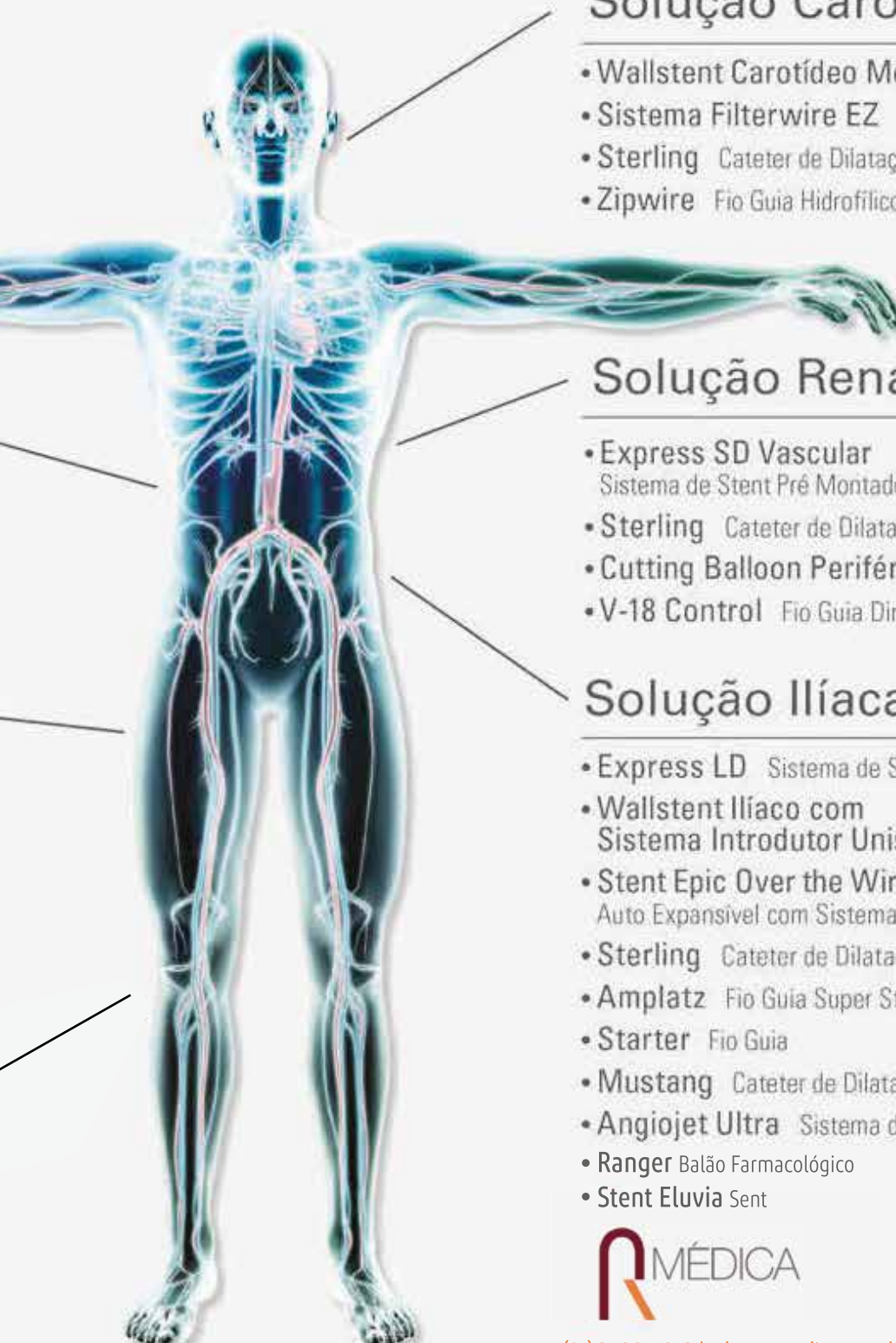


Solução Femoral

- **Innova Over the Wire** Stent Auto Expansível
- **Stent Epic Over the Wire** Stent Vascular de Nitinol Auto Expansível com Sistema Introduzidor
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Cutting Balloon Periférico**
- **Bead Block** Microesferas
- **Mustang** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Stent Eluvia** Stent Farmacológica com Polímero
- **Jetstream** Sistema de Aterectomia
- **Thruway Fio** Guia para Aterectomia
- **Ranger** Balão Farmacológico

Solução BTK (Below-the-knee)

- **V-18 Control** Fio Guia Dirigível
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Coyote** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Ranger** Balão Farmacológico
- **Rubicon** Cateter de Apoio
- **V-14 ControlWire** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico



Solução Carotídea

- Wallstent Carotídeo Monorail
- Sistema Filterwire EZ
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Zipwire Fio Guia Hidrofílico

Solução Renal

- Express SD Vascular
Sistema de Stent Pré Montado
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Cutting Balloon Periférico
- V-18 Control Fio Guia Dirigível

Solução Ilíaca

- Express LD Sistema de Stent Periférico
- Wallstent Ilíaco com
Sistema Introdutor Unistep Plus
- Stent Epic Over the Wire Stent Vascular de Nitinol
Auto Expansível com Sistema Introdutor
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Amplatz Fio Guia Super Stiff
- Starter Fio Guia
- Mustang Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- Angiojet Ultra Sistema de Trombectomia
- Ranger Balão Farmacológico
- Stent Eluvia Sent



Dr. Douglas Poschinger Figueiredo

Coordenação de Apoio Editorial da SBACV-RJ

Incubadora Científica: fomentar e amparar a produção científica na Regional

Expandir os horizontes, atravessar as fronteiras e transcender os paradigmas. Essa é a alma da ciência. E os frutos desse valoroso trabalho devem ser revelados e semeados pelos veículos que se dispõem a tal nobre tarefa. É essa a chama que a tradicional Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular deve alimentar e entregar a cada nova edição.

Nesse sentido, inspirados pelo dinamismo e vivacidade dos nossos associados, convergimos os esforços, assumindo a missão de marcar posição e adotar os padrões requeridos para a promoção do nosso periódico no âmbito mundial.

"Diversas adequações imprescindíveis foram realizadas aproveitando a reestruturação do site, brilhantemente conduzida pela Diretoria de Informática, liderada pela sua carismática Diretora Érica Flammarion".

Não é uma tarefa fácil ou rápida, mas um trabalho de irmãos, com remos em uníssono, rumo às novas possibilidades. Diversas adequações imprescindíveis foram realizadas aproveitando a reestruturação do site, brilhantemente conduzida pela Diretoria de Informática, liderada pela sua carismática Diretora Érica Flammarion.

Normas para publicação com padrões equivalentes aos mais proeminentes periódicos da Angiologia e da Cirurgia Vascular foram adotadas, como o estabelecimento de um corpo editorial, a adoção da revisão cega dos pares e o estabelecimento das dimensões dos artigos. A familiarização do associado com tal sistema irá conferir o traquejo preciso para alçar submissões às revistas de referência, como o Jornal Vascular Brasileiro e os com envergadura internacional. Nossa intenção é concatenar os atores capazes de fomentar e amparar o processo da produção científica na nossa regional, funcionando como uma verdadeira Incubadora Científica.

A adoção do novo modelo irá favorecer a inclusão progressiva da nossa revista nas bases indexadoras internacionais, sendo esse o nosso propósito fundamental (ABEC, Crossref, doi, LILACS, Google Acadêmico etc.). Essa é nossa meta e tenho certeza do nosso destino. Salta aos olhos a quantidade e a qualidade da ciência produzida pelos nossos associados. Infelizmente, e por diversas razões, acaba não sendo registrada e tampouco divulgada no nosso meio.

Publicar dá um trabalhão, é verdade, tem a tal da Plataforma Brasil, os CEPs, os modelos etc. Mas, tudo isso é transponível, dá para pegar o jeito depois de um feito. É parecido com aquela punção guiada, que é atabalhoada na primeira vez e depois se pega o gosto.

Sabe aquele caso interessante que vemos uma só vez na vida? Aquele que deixou uma impressão tão forte que te acompanhou sempre, que você contou aos seus irmãos em Hipócrates, seus pupilos, seu cônjuge, filhos e até para os amigos que nem gostam de sangue? Esse caso pode e deve ser compartilhado com aqueles que, com o coração aberto, leem essas páginas. Honremos aquela parte do juramento em que prometemos “ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem a necessidade de aprendê-la...”.

Depois de sair das brumas da dificuldade, vem a glória do legado. Essa é a forma de deixar um pedacinho do nosso conhecimento para os herdeiros do porvir. É um ato de caridade, ensinar algo, iluminar a mente, afastar a tristeza da ignorância.

E navegar é preciso... Não vou continuar porque hoje podemos navegar e voltar para casa vivos. Roubo agora essa ênfase para dizer que publicar é preciso! Com qualidade, claro! Propósito, idoneidade e imparcialidade. Vale o que está escrito. Certamente, todos ouvimos isso em algum momento das nossas vidas. Afinal, tem até canção

"Roubo agora essa
ênfase para dizer que
publicar é preciso!
Com qualidade, claro!
Propósito, idoneidade e
imparcialidade. Vale o que
está escrito. Certamente,
todos ouvimos isso em
algum momento das
nossas vidas".

com esse título. Visite o site para conhecer as novidades e não deixe de nos mandar seu trabalho. Estamos à disposição para te ajudar.

Nós, da Diretoria de Publicações, reverenciamos o ilustre leitor e desejamos que a sua experiência seja melhor a cada edição. Trabalhamos sempre e com muita dedicação para isso.

Boa leitura!

**Dr. Daniel Autran Burlier Drummond**

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

A história e evolução da cirurgia de varizes e a contribuição brasileira nos tempos atuais

As varizes acompanham a humanidade desde que a evolução nos levou a ficar de pé. Relatos das enfermidades venosas ocorrem desde os primórdios das civilizações, como descrito no antigo Egito na 27ª dinastia faraônica, 1580-1320 a.C. no papiro Ebers.

Inúmeras iniciativas técnicas para o tratamento das varizes foram criadas por todo o mundo. Na Grécia antiga, o pai da Medicina Hipócrates (460-377 a.C.) realizava a introdução de objetos finos de ferro e em brasa visando o fechamento das veias para o tratamento venoso, porém descrevendo a possibilidade de úlceras nas áreas de incisões.

Caio Mario (157-86 a.C.), destacado cônsul Romano, se submeteu à cirurgia de varizes em uma perna, se recusando a operar a outra dizendo que “a cura não vale a dor”, sendo o primeiro relato de um pós-operatório.

Durante o império romano, Aurelius Cornelius Celsus (53 a.C. – 7 d.C.) praticava cauterização com ferro e realizava flebectomias. Descreveu: “Faça uma incisão na pele que cobre uma veia varicosa, afaste a borda da ferida com um pequeno gancho e use um bisturi para desprender a veia varicosa das partes circundantes, tomando cuidado para não machucá-las. Após o descolamento, um pequeno gancho rombudo é colocado abaixo dele, sempre deixando um intervalo de quatro dedos entre as incisões, e a mesma operação é continuada na veia”. Dois mil anos após, já na Medicina “moderna”, esta técnica ainda se coloca presente no nosso dia a dia.

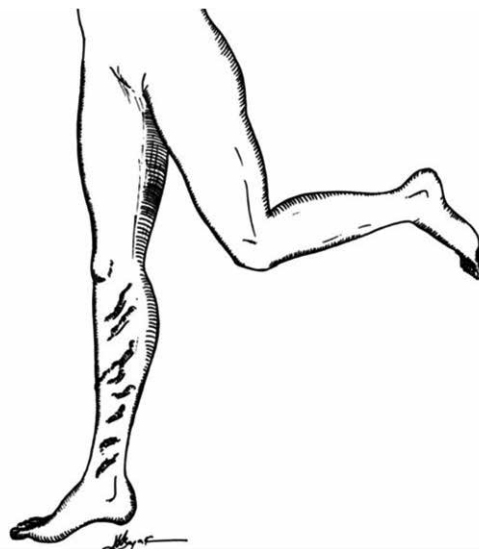


Aurelius Cornelius Celsus

Galeno de Pergamo (130-200 d.C.) distinguiu as veias de artérias, obteve importante reconhecimento em sua época ao se tornar médico de gladiadores e do filho do então imperador Marco Aurelio. Em um tempo onde a dissecação em seres humanos era proibida, desenvolveu rico trabalho com vivissecação de animais realizando estudos anatômicos e fisiológicos. Dá-se a ele o crédito de criador da ligadura vascular, apesar de relatos existirem desde 270 a.C. na escola médica de Alexandria por Herophilos e Erasistratos.



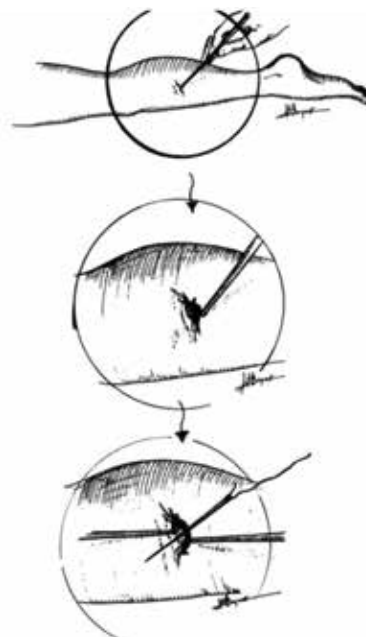
Galeno de Pergamo



Na era bizantina, Oribasius de Pergamo (325-395?) escreveu três capítulos sobre a cirurgia de varizes em seu livro cirúrgico XVI com relevantes contribuições seguidas até hoje, dentre as quais a marcação cirúrgica realizada após banho morno um dia antes da cirurgia com o paciente em pé; ricos detalhes sobre a técnica de realização da flebectomia com materiais específicos; extratores de varizes com ponta em “L” invertido; a ressecção de veias de perna antes das de coxa; a preferência pela extração da veia antes da ligadura pela menor chance de recidiva.



Oribasio de Pergamo, à esquerda, e Philip, médico antigo à direita. Extraído de Codex 3632.



Deve-se ao grego Paulus Aegineta (607-690?), da Escola de Alexandria, os créditos da primeira ligadura de safena interna para tratamento da doença venosa. Al Zahrawi (930-1013?), em Andaluzia, também conhecido no ocidente como Albucasis, um dos mais brilhantes cirurgiões da história, escreveu uma enciclopédia com cerca de 30 tratados dedicada à educação e prática médica. Dominava já as enfermidades vasculares, realizava flebectomia com incisões escalonadas seguidas de enfaixamento, utilizava instrumentais cirúrgicos e descreveu com ricos detalhes a primeira safenectomia.

Aprimoramentos das safenectomias foram realizados na Renascença por Ambroise Pare (1510-1590), que relatou também a ligadura alta da safena interna, e descritos mais tarde em artigo científico por Friedrich Trendelenburg (1844-1925) que permaneceu como referência para os próximos séculos.

Se encontra também como fato marcante a criação de técnicas menos invasivas como a fleboextração extraluminal por Mayo em 1904, e Keller em 1905 já com o desenvolvimento de um instrumento intraluminal para eversão.

O século 20 ficou marcado pela criação de técnicas para tratamento de veias perforantes com Homans (1916), Linton em 1938 e 1953, Cocket-Dodd em 1956, assim como a endoscópica subfascial de perforantes (SEPS) por Hauer & Sattler em 1985.

O fortalecimento de técnicas visando a esclerose química venosa se desenvolveu na segunda metade do século 19 e se fortaleceu principalmente após os trabalhos de Tessari na década de 1990, se mantendo ainda como opções terapêuticas apropriadas atualmente, com melhor ação em tributárias menores que 6 mm, como sugerido nas linhas de tratamento da Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular (ESVS), de 2022.

Apesar de introduzido na Medicina de forma gradual a partir dos anos 1970, a publicação da experiência de

Carlos Bonet Salat, em 1999, no tratamento endoluminal com laser, encontra-se como marco disruptivo na terapia venosa dos membros inferiores. O impacto do novo tratamento levou a incorporação já como Nível Ib de evidência para o tratamento de safenas, no *Guideline do American Venous Forum* em 2011. Incluiu-se também o tratamento troncular com técnica de radiofrequência, sendo ambas chamadas então de técnicas termoablativas.



Carlos Bonet Salat

Neste interim, métodos não térmicos não tumescentes (NTNT) foram desenvolvidos a fim de serem reduzidas algumas complicações possíveis de ocorrer nas terapias ablativas como as neurites periféricas, apresentaram-se também como opções no tratamento de safenas sem risco de dano aos nervos periféricos, porém com limitações técnicas em relação a não possibilidade de tratamento de tributárias varicosas, assim como restrições a menores áreas tratadas devido ao volume de segurança da espuma de polidocanol.

O tratamento de tributárias com endolaser, inicialmente descrito por Myers em 2011, se mostrou promissor com resultados positivos em até 2/3 dos casos. Relatos e experiências iniciais foram também citadas em encontros científicos em nossa Sociedade por Cesar Carmelino, do Peru. Barrie Price descreve, em 2016, a

utilização do endolaser através da técnica de porco espinho para a recidiva varicosa devido à neovascularização de crossa de safena. Michaël Prüfer, em 2020, descreve seu planejamento e técnica para o tratamento de varizes com endolaser utilizando introdutores sem a utilização de guia.



Michaël Prüfer

Em uma contribuição marcante e histórica para nosso país, temos Daniel Amatuzy, criador da técnica de ablação térmica total assistida (ATTA). Seu protocolo foi detalhado em artigo científico no Jornal Vascular Brasileiro, este descreve, de forma ordenada, planejamento e tratamento venoso com uso de energia dispensada de acordo com parâmetros clínicos, topográficos e sonográficos. Daniel é educador com centro de formação onde já passaram cerca de 100 cirurgiões vasculares brasileiros e da América do Sul.



Daniel Amatuzy

Devido a múltiplos fatores, o Brasil se destaca na história recente mundial no desenvolvimento e aprimoramento da Angiologia e da Cirurgia Vascular, assim como na Ecografia Vascular. Podem ser citados fatores sociodemográficos e a abrangência universal do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), que inclui a doença venosa entre as incluídas no seu rol de procedimentos desde seus princípios. Há ainda grande tradição do tratamento venoso frente à demanda cosmética exigente da população em um país tropical com hábitos praianos.

O amplo sistema educacional brasileiro traz um número crescente de profissionais médicos anualmente. Assim como a própria Medicina, acompanhamos o mesmo fenômeno com a Angiologia e Cirurgia Vascular. Atualmente ocupando o primeiro lugar em número de especialistas no mundo, nossa Sociedade se posiciona e se consolida também como centro excelência na transmissão do conhecimento na preparação de cursos, programas de pós-graduação e educação continuada, em encontros nacionais e regionais, em que se destaca o papel da nossa SBACV-RJ, que realizou a primeira mesa-redonda dedicada ao tratamento de tributárias com endolaser no mundo.

Assim como mostra a história, tão importante quanto a criação de novos instrumentais ou variações cirúrgicas é o poder de disseminação e penetração no meio científico e alcance ao personagem principal: o paciente. Podemos atestar o poder de dispersão e reprodutibilidade do conhecimento brasileiro neste sentido, desde a utilização por todos das agulhas de Crochet na primeira metade do século passado, e mais recentemente na criação e popularização do método CLACS de Kasuo Miyake para o tratamento de telangiectasias e veias reticulares.

Longe de pensarmos ter alcançado algum ápice ou final para esta evolução, ou mesmo que as técnicas recentemente trazidas substituam as antigas, é fundamental o pensamento contínuo na busca de procedimentos menos invasivos, que ofereçam resultados adequados sendo mantida a segurança à população.

EM MARÇO,
TEMOS UM ENCONTRO MARCADO!

XXXVII ENCONTRO DE
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR
DO RIO DE JANEIRO

23 A 25 DE MARÇO DE 2023

WINDSOR BARRA HOTEL

WWW.SBACVRJ.COM.BR

**Jeanete Herzberg**

Administradora de empresas graduada e pós-graduada pela Fundação Getúlio Vargas. Sócia da Interact Gestão de Negócios LTDA, empresa prestadora de serviços em processos de decisão relacionados à estratégia, administração e sucessão empresarial e de consultórios e clínicas médicas. Autora do livro “Sociedade e Sucessão em Clínicas”, pela editora DOC CONTENT, 2015.

Planejamento de aposentadoria: quando é hora de começar?

Desde que comecei a falar do assunto de sucessão em clínicas, entrada de novos sócios, saída de sócios, a pergunta mais frequente que ouço é sobre o momento certo de começar esse processo.

Entendo que são duas principais vertentes a serem pensadas e estruturadas, mas, de fato, esse é um assunto para se começar a pensar desde já e sempre, independentemente de quando a decisão de se aposentar for tomada.

A primeira vertente é a administração da clínica bem feita e com transparência: com seus dados bem coletados, corretos e coerentes. Por que isso? Para, na hora de uma negociação, facilitar o cálculo do valor das quotas da clínica. Se os dados não forem bons, não há como se fazer uma valoração justificável e que reflita, de fato, quanto ela vale.

Outro aspecto é a utilização correta da contabilidade, na produção de todas as obrigações fiscais, tributárias e trabalhistas, reduzindo o custo eventual de impostos não pagos ou documentação não fornecida aos órgãos competentes.

Ao não se seguir o que é estipulado pelos preceitos contábeis, incluindo o cálculo e pagamento dos impostos e entrega de relatórios exigidos pelo fisco, o passivo oculto – aqueles eventuais problemas tributários e trabalhistas que não se observam naquele momento da transação, mas que podem aparecer em futuro próximo – pode reduzir significativamente o valor, na negociação da clínica.

Um terceiro aspecto se refere a ter a documentação societária organizada: é importante ter a tranquilidade de fazer uma transação sem grandes surpresas. Por exemplo,

o contrato social da clínica deve espelhar exatamente a situação dela em relação à sociedade – qualquer alteração na composição societária deve ser registrada. Assim, sócios que se retiram devem sair do contrato social, assim como os que entram devem ser incluídos.

Ao não se fazer desta forma, num momento de transição serão necessárias providências de atualização, mas que poderão gerar custos e, principalmente, incidência de impostos que não foram previstos. Por exemplo: se um sócio saiu e não se registrou no contrato social e nem se apurou ganho de capital e consequente recolhimento de imposto, numa futura transação ocorrerão duas situações não desejadas:

1. O sócio que se retirou terá que assinar, nesse momento da transação, sua saída no contrato social – se a saída dele, na época, não foi amistosa, então poderá haver dificuldade de obter assinatura e concordância do que está sendo feito nesta fase.
2. Ao se tentar trazer a realidade no contrato social, poderão aparecer impostos relativos a ganho de capital e que podem até inviabilizar o negócio.

Outro aspecto a mencionar diz respeito a contratos de locação do local da clínica ou de serviços de manutenção, informática, que sejam verbais. Não ter os contratos estabelecidos de maneira formal pode significar riscos maiores para os interessados em adquirir quotas da clínica, o que vale dizer uma redução do valor a ser combinado para a transação.

Quanto mais organizada, estruturada e administrada a clínica, melhores serão as chances de um bom processo sucessório da pessoa jurídica.

A segunda vertente está relacionada ao estado de espírito do sócio da clínica. Já ouvi de diversos médicos, que gostariam de estar atendendo e escrevendo receitas para seus pacientes até o final da vida, ou seja, não vislumbravam a possibilidade de aposentadoria, de pararem de trabalhar por escolha, por vontade própria, já que o exercício de sua profissão é o que mais lhes dá prazer.

Mas, como se sabe, a vida é uma caixinha de surpresas e não é possível determinar até quando se terá saúde, vontade e disponibilidade ao trabalho. Além disso, é preciso entender que assumir o desejo de começar o processo de transição exigirá abertura e compreensão de que muitas decisões serão do sucessor e que o relacionamento com a clínica e pacientes, como um todo, mudará. Se esse entendimento não for aceito e interiorizado, o caminho dessa sucessão será bem mais difícil.

A chave desse assunto está na postura do sócio de uma clínica em enfrentar essa mudança e tudo fica mais fácil se esse processo se iniciar de maneira suave e pensada ao longo do tempo.

Preparar-se para aposentadoria significa constituir um patrimônio que garanta financeiramente os dias em que não ocorrerem mais os rendimentos do exercício da profissão; significa ter em mente que a clínica pode ser objeto

de transição com a entrada de novos sócios, sejam eles familiares ou não; significa pensar em longo prazo na administração da clínica para que ela tenha o maior valor possível no momento dessa transição; significa preparar para seus familiares uma transição tranquila do negócio, com tempo e para que o valor seja maximizado; significa ter abertura para pensar em novos passos, para novas atividades de prazer e alegria numa nova fase da vida.

Cada clínica tem suas características que são determinadas pelos seus donos e tem seu próprio ciclo de vida. Preparar a aposentadoria tem a ver com administrar esses ciclos de tal forma a poder ir sempre maximizando o valor de seu patrimônio e assim garantir seu sustento numa fase de retirada de suas atividades profissionais.

Concluo este artigo respondendo a pergunta de seu título: pensar na aposentadoria é um dever desde o momento do início de suas atividades profissionais – deixar esse assunto para “mais tarde” pode significar não conseguir chegar ao ponto de ter a escolha de quando gostaria de parar.

Optar por pensar na preparação da aposentadoria desde o início da carreira permitirá manter o poder da escolha em suas mãos e não nos acontecimentos erráticos da vida. Exerça seu poder de escolha e decisão e comece já a se preparar para sua aposentadoria!

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso





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

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

(21) 3203-4348

Tel/Fax

Você já viu as fotos do Encontro Carioca?

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

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

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

NÃO PERCA ESSA OPORTUNIDADE!



SBACV-RJ

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

**Roberto Rimes**

Contador, analista tributário, consultor de empresas médicas e CEO da Condux Consultoria

O que todo médico precisa saber sobre aspectos tributários para a gestão de sua carreira

Os médicos fazem parte de uma categoria profissional que possui diversas formas de prestação de serviços, como funcionários da iniciativa privada, no serviço público, militares, em consultórios próprios privados, pessoas jurídicas atendendo diretamente aos pacientes, por meio de operadoras de saúde ou ainda terceirizando seus serviços em clínicas e hospitais. Muitas vezes, esta diversidade de formas faz com que os médicos fiquem perdidos no momento de escolher a melhor formação jurídica de prestar seus serviços para um determinado tipo de tomador. Além disso, também ficam em dúvida sobre qual o melhor regime de tributação que pode ser aplicado a sua atividade.

Antes de abordar os tributos, é preciso definir a forma jurídica na qual este profissional irá atuar. A forma mais básica de prestar serviços médicos é através de sua pessoa física. Os tipos de vínculo mais comuns para esta forma são o empregatício com a CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social assinada; ou quando a prestação de serviços for esporádica, através de RPA – Recibo de Pagamento de Autônomos. Normalmente, tais formas são tributadas pelo Imposto de Renda e pela Previdência Social. O ônus desses impostos é do médico, mas a responsabilidade pelo recolhimento é do seu tomador de serviços. Esses tipos de vínculo são cada vez mais raros, em virtude do ônus trabalhista que geralmente impõe ao tomador de serviços.

De acordo com o “Panorama Financeiro do Médico” do AFYA, cerca de 51,5% dos médicos são contratados com

regime de pessoa jurídica (PJ). Em sua maioria, os tomadores de serviços médicos preferem contratar através de PJ. Fato comum, os médicos se veem na “obrigação” de possuir uma pessoa jurídica para conseguir faturar o serviço que prestou. Neste momento, surge a dúvida: qual é a melhor forma jurídica para a constituição de uma empresa médica?

A resposta a tal questão necessita de uma análise prévia de como será prestado este serviço. Se o médico for prestar o serviço sozinho, não havendo a colaboração de sócios, é comum se usar a SLU – Sociedade Limitada Unipessoal. Caso o serviço seja prestado por mais de um médico, havendo a necessidade da constituição de uma sociedade, teremos a Sociedade Simples. Tal tipo societário foi instituído através do art. 997 do Código Civil Brasileiro e pode ter duas modalidades, a Pura ou a Limitada.

"De acordo com o "Panorama Financeiro do Médico" do AFYA, cerca de 51,5% dos médicos são contratados com regime de pessoa jurídica (PJ)".

As Sociedades Simples Puras, normalmente, podem se beneficiar pelo regime de tributação do ISS Uniprofissional, desde que atendam a outros requisitos que precisam ser observados. Por outro lado, esse tipo de sociedade pode colocar os bens dos sócios em risco em caso de dívidas da empresa, o que não acontece no caso das Sociedades Simples Limitadas.

Para alguns médicos, pode ser conveniente ainda o uso da Sociedade Empresária, principalmente para aqueles que visam pleitear o direito ao uso de alíquota hospitalar para pagamento de impostos.

Tendo recorrido sobre as principais formações jurídicas para às sociedades de médicos, podemos agora falar sobre regimes de tributação federal para as pessoas jurídicas, que vão ser comuns a qualquer uma das formas citadas.

O regime de tributação mais tradicional às sociedades médicas é o lucro presumido, no qual o fisco cobra o imposto por alíquotas de acordo com o que ele presume que é o lucro da empresa. No caso de clínicas médicas em geral, a presunção é de 32%. Isso significa que a empresa paga 15% de IRPJ – Imposto de Renda da Pessoa Jurídica e 9% de CSSL – Contribuição Social Sobre o Lucro, que são aplicados sobre 32% do faturamento.

Além disso, as empresas tributadas pelo Lucro Presumido pagam PIS e Cofins, que somam juntamente com o IRPJ e a CSSL, 11,33%. Para empresas que faturam

"O regime de tributação mais tradicional às sociedades médicas é o lucro presumido, no qual o fisco cobra o imposto por alíquotas de acordo com o que ele presume que é o lucro da empresa".

acima de R\$ 187.500,00 por trimestre, ainda teremos o adicional do IRPJ.

O outro regime de tributação mais tradicional para a categoria é o regime do Simples Nacional. Embora exista desde 2006, somente em 2014, com a promulgação da Lei Complementar nº 147, os médicos puderam ingressar no regime. Com alíquotas a partir de 15,5%, nem sempre essa é a melhor opção do ponto de vista financeiro. Peça anualmente ao seu contador uma avaliação de regime de tributação para se certificar de que está pagando pelo regime mais econômico.

Já os profissionais que prestam serviços em um consultório como pessoas físicas, seja atendendo a pacientes particulares ou através da intermediação dos convênios,

podem e devem aproveitar as suas despesas do consultório para abater a base de cálculo do seu Imposto de Renda da Pessoa Física, mas para isso precisam ter escriturado o livro caixa.

O livro caixa deve ser escriturado mensalmente através do eCac – Centro Virtual de Atendimento ao Contribuinte da Receita Federal. Neste livro, devem ser lançadas, além de todos os recibos emitidos aos pacientes particulares, todas as despesas relacionadas ao custeio do consultório. Considera-se despesa de custeio aquela indispensável à atividade profissional, como aluguel de sala comercial, gastos com água, luz, telefone, material de expediente ou de consumo e contratação de pessoal.

Além dessas, outras despesas podem ser deduzidas como: compra de roupas especiais e publicações necessárias à atividade do profissional; contribuições a sindicatos, associações e conselhos; pagamentos

feitos a terceiros sem vínculo empregatício; gastos com propaganda, taxa de inscrição, compra de publicação, hospedagem e passagens na participação em encontros científicos como congressos e seminários, desde que escrituradas no livro caixa e devidamente comprovadas.

O resultado da multiplicidade de vínculos e o excesso de detalhes na hora de prestar contas ao fisco fazem com que os médicos sejam, já há alguns anos, a categoria que mais cai em malha fina na Receita Federal. Soma-se a isso, o fato de que os erros nas declarações de despesas médicas estarem entre os principais motivos para os contribuintes em geral caírem na malha fina do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF).

Por esse motivo, é vital para a carreira do médico que ele adquira ao menos um conhecimento básico sobre tributos e que, principalmente, esteja bem assessorado nesta área.



anuidade 2022

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

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

SBACV-RJ

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



ROL DE PROCEDIMENTOS

DISPONÍVEL

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

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



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

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

Regional do Rio de Janeiro e a SBACV Nacional – 69/70

Quando as primeiras instituições, como sociedades médicas, dedicadas às moléstias vasculares surgiram no planeta, alguns médicos e cirurgiões, mesmo não especialistas, acredito que o termo nem existia, já estavam se dedicando ao tratamento dessas doenças.

Foi assim com Dr. Cândido Borges Monteiro, Visconde de Itaúna, em 27 de junho de 1842, quando tratou *“aneurismas das artérias ilíacas: primitiva e externa”*, através de ligadura dessas artérias. Cirurgia realizada pela técnica do Prof. Luiz da Cunha Feijó, por via extraperitoneal, em casa do paciente, no Rio de Janeiro, na mesa da sala de jantar e sem anestesia. Esse procedimento, que durou 1 hora e 10 minutos, teve grande repercussão internacional com diversas publicações: *The Lancet (Inglaterra)*, *Anais da Academia Francesa*, *Gazeta Médica de Portugal*, entre outros.

Seguindo essa linha, vários artigos foram publicados nos Anais de Medicina Brasileira: *Cura extraordinária de um grande aneurisma por meio de aplicações de gelo* – Dr. João Ferreira da Silva – 1847. O Dr. Augusto Cândido Bustamante de Sá, médico Militar da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, tratou com êxito vários aneurismas de pacientes oriundos da Guerra do Paraguai, em 1872. Ainda houve tratamento de aneurisma da artéria subclávia pelo Dr. Oscar Adolfo de Bulhões Ribeiro, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Os primeiros sinais vieram com o Dr. Alípio Correia Neto em 1936, na USP, onde criou o grupo de estudos de moléstias vasculares e ainda, em 1954, teve o pioneirismo de fundar a Disciplina de Cirurgia Vascular na Escola Paulista de Medicina. Ou seja, dois anos depois da fundação da Sociedade Brasileira de Angiologia.

Nesse contexto, em nível internacional, o Dr. Fernando Martorell (Barcelona), em 1942, publica um livro na Alemanha sobre doenças vasculares periféricas, com enfoque mais clínico do que cirúrgico. Então, ele escreve a René Leriche (Paris), sugerindo a criação de uma Sociedade Internacional de Angiologia. Essa ideia teve ampla aceitação por um grupo de colegas que se dedicava a essa patologia. No período pós-guerra, essas ideias amadureceram e avançaram.

No Rio de Janeiro, vários nomes já estavam se organizando sobre o assunto: Sydney Arruda, Fernando Duque, Paulo Samuel Santos, Antônio Luiz de Medina, Carlos José de Brito, entre outros. Em São Paulo, Mário Degni, Octavio Martins de Toledo, Luiz Edgar Puech-Leão e outros.

A partir de então, a coisa começou a tomar corpo e solidificar-se. Surgiu fundação da *International Society of Angiology*, por Leriche, Martorell, Desterling, Haimovici e outros, em 1950, nos Estados Unidos. Aqui uma questão, o Dr. Rubens Carlos Mayall afirma, numa publicação, que tal fundação ocorreu em 1951, em Lisboa. Em nosso meio, a Sociedade Brasileira de Angiologia (SBAng), foi fundada em 01 de novembro de 1952, em São Paulo.

A primeira regional foi em Belo Horizonte, fundada em 11 de abril de 1953. A Regional do antigo Distrito Federal, hoje Rio de Janeiro, em 13 de maio de 1953, em sessão extraordinária no Sindicato dos Médicos.

A Regional de Porto Alegre, em 28 de outubro de 1953. Em 01 de novembro de 1953, ou seja, exatamente um ano após a fundação da Nacional foi organizada a Regional de Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro. Foram essas as primeiras Regionais da SBAng.

A Regional do Rio de Janeiro teve como seu primeiro Presidente, Dr. Sydney Arruda; Secretário, Dr. Fernando Luiz Vieira Duque; e Tesoureiro, Dr. Antônio Rebello Filho (1953-1955). Na Presidência atual, está o Dr. Almar Bastos (2022-23).

Durante esses 69 anos, a Regional do Rio de Janeiro, sempre em parceria com a SBACV Nacional, tem sido fundamental na manutenção e evolução da Angiologia e Cirurgia Vascular no Brasil.

Hoje, a Regional RJ é reconhecidamente uma das mais atuantes no cenário nacional. Como relatado acima, documentos atestam que, desde meados do Século XIX, o Rio de Janeiro tem prestado bons serviços aos pacientes vasculares e à Medicina brasileira.

A primeira revista dedicada exclusivamente às doenças vasculares tem sua história ligada ao Rio de Janeiro: Angiopatas – Revista Brasileira de Angiologia, idealizada pelo Dr. Algy de Medeiros (Diretor) e Amélio Pinto-Ribeiro (Redator). O primeiro número foi publicado em 1961 em dois idiomas: português e inglês, e com resumos em quatro outros: espanhol, francês, italiano e alemão.

Por outro lado, a Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro – editada pela Regional – surgiu em 1992. Idealizada na gestão de Reinaldo José Gallo e concretizada sob a Presidência de Vasco Lauria da Fonseca Filho, tendo à frente o Diretor de Publicações Paulo Márcio Canongia.

Os encontros regionais, organizados por uma Regional, pioneiramente aconteceram em 1986, sob a presidência do Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira. Como destaque, tivemos ainda o Curso Preparatório para Título de Especialista que começou em 1993, sob a presidência do Dr. Sérgio Leal de Meirelles.

Além da intensa atividade científica que a Regional RJ sempre teve, surgiu a necessidade de atuar na defesa profissional dos seus membros. Essa questão começou a ficar mais evidente em meados da década de 70. Assim, em 1979, na gestão da Dra. Merisa Garrido, foi criada uma comissão para revisão de THM da AMB composta por: Arno von Ristow, Vasco Lauria da Fonseca Filho, Marcio Arruda Portilho e Antônio Carlos Mayall.

"Além da intensa atividade científica que a Regional RJ sempre teve, surgiu a necessidade de atuar na defesa profissional dos seus membros. Essa questão começou a ficar mais evidente em meados da década de 70".

Em 1985, surgiu a primeira greve de especialistas contra os convênios, em sessão extraordinária da SBACV-RJ, convocada pelo Dr. José Luis Camarinha Nascimento Silva.

Em 1988, na gestão do Dr. Maldonat Azambuja dos Santos, foi constituída a primeira Comissão de Defesa Profissional da Regional: Alberto Duque, Amélio Pinto-Ribeiro, Ivanésio Merlo, José Amorim de Andrade, José Luis Camarinha Nascimento Silva, Márcio Arruda Portilho e Tarcísio Rivello.

Com entusiasmo e reconhecimento, posso afirmar que os 37 presidentes da Regional RJ e suas diretorias, ao longo desses 69 anos, trabalham intensamente sempre ao lado da SBACV Nacional – 70 anos. Juntos procuram construir um destino científico claro e moderno para os seus membros: aquisição de sede própria, promoção de reuniões científicas, encontros regionais, simpósios, congressos, jornadas, publicações, cursos de atualizações, documentações da sua história, divulgações em mídias sociais, e por aí vai.

Assim, historicamente, constatamos que a SBACV-RJ, junto com a Nacional, também desenvolve uma parceria de deveres e responsabilidades, seja nas políticas de saúde da população, seja na defesa dos interesses profissionais dos associados. Esses serão sempre os pilares principais dessa grande construção.

SBACV-RJ disponibiliza novo site e aplicativo para sócios

Consciente do momento em que a comunicação virtual e o acesso às informações são de extrema importância nos dias atuais, a Diretoria de Informática da SBACV-RJ decidiu criar um aplicativo e aperfeiçoar o site da Sociedade, com a finalidade de torná-lo mais objetivo, interativo, funcional, dinâmico e de fácil acesso tanto para os especialistas, de modo que os associados tenham uma fonte embasada para suas buscas, retiradas de dúvidas e apoio logístico dentro do exercício de sua especialidade, de seu papel e benefícios como sócio; quanto para os visitantes, que terão acesso ao contato de trabalho dos especialistas associados, de locais para exames, sendo tratados com qualidade e atenção.

De acordo com a Diretora de Informática da SBACV-RJ, Dra. Érica Flammarión, o site também conta com algumas novidades, como “Encontre o seu Médico”, baseado na geolocalização, facilitando que o visitante (paciente)

encontre o especialista mais próximo de sua residência; “Dicas” – rápidas e práticas para prevenção de doenças vasculares mais comuns; “Palavra do Especialista” – com pequenos vídeos, explicando de forma acessível, as doenças vasculares; “Espaço do Residente” – onde o futuro especialista não terá acesso apenas como visitante e sim como futuro associado; e “Informativo de Campanhas e Eventos” – promovidos pela SBACV-RJ.

– Implementamos projetos que vão dar ao site um padrão que leva a buscas mais dinâmicas, passando por modificações em modos de acesso, conteúdo, layout e estrutura de navegação. A integração entre as diversas diretorias e a sincronidade com o aplicativo da SBACV-RJ tornam a navegação dinâmica, com conteúdo atualizado com periodicidade. O site é a ferramenta que nos possibilita uma busca com credibilidade, profissionalismo e garantia de uma informação segura e eficiente para todos – afirmou a diretora.

Grande reencontro da Angiologia e da Cirurgia Vascular termina sua jornada com êxito de público e de crítica

Atualização profissional 360 graus, oportunidades imperdíveis de networking e acesso a novas tecnologias combinadas em um mesmo evento. O 44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular (CBACV)

entra para a história da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) não apenas por ter sido o primeiro grande evento no pós-pandemia da Covid-19 – 100% presencial e sem a necessidade de

distanciamento social –, mas também por oferecer uma programação científica desenhada em conjunto com o médico associado.

O resultado foi um evento robusto, trazendo novos temas, que desafiam angiologistas e cirurgiões vasculares no dia a dia, e as tendências tecnológicas que farão o novo ciclo de evolução da medicina vascular. “Cumprimos uma programação intensa, com a resolução de questões e decisões importantes para os próximos eventos da SBACV nacional; com os cursos pré-congresso, que tiveram uma adesão massiva principalmente dos jovens, na busca de atualização, de novos conhecimentos”, avaliou o Diretor Científico da SBACV, Edwaldo Joviliano.

Segundo ele, o 44º Congresso trouxe uma série de inovações com relação ao controle do tempo, a novas formas de discussão entre o participante e os professores – como por exemplo a *masterclass*; à possibilidade de discussão em todas as mesas e seções interativas. “Eu percebi que as pessoas queriam muito se reencontrar, pessoalmente. Elas queriam estar perto, discutir e trocar experiências fora do contexto virtual. Essa troca presencial foi muito interessante”, comentou Mateus Borges, Diretor de Publicações da SBACV.

“Eu percebi que as pessoas queriam muito se reencontrar, pessoalmente. Elas queriam estar perto, discutir e trocar experiências fora do contexto virtual. Essa troca presencial foi muito interessante”, comentou Mateus Borges, Diretor de Publicações da SBACV”.

Borges destacou ainda que, além do conteúdo teórico, houve a oportunidade de manipular dispositivos novos, conhecer novas tecnologias, até simuladores, além da própria interação dentro e fora dos auditórios entre as pessoas. Os dois diretores da SBACV nacional destacaram como diferencial uma programação que abrangeu vários temas relevantes da Angiologia e da Cirurgia Vascular, contemplando suas muitas áreas de atuação: ecografia vascular, cirurgia arterial e venosa e a cirurgia endovascular em seu contexto mais amplo, apresentadas de forma aprofundada, com as inovações mais recentes.



Sessão solene na Câmara dos Deputados em homenagem ao Dia do Cirurgião Vascular e do Angiologista

O 44º Congresso também percorreu temas como flebologia estética, segmento que vem crescendo dentro da Angiologia e da Cirurgia Vascular; angiorradiologia; e novos conceitos sobre o uso de endopróteses – dos casos mais complexos com a preservação de vasos viscerais. No total, foram mobilizados 60 palestrantes internacionais e 300 painelistas brasileiros. “Reforçamos conceitos, apresentamos os *guidelines* internacionais mais recentes publicados. O participante que veio à Brasília participou ativamente, se integrou ao Congresso, teve a oportunidade de se atualizar de forma completa”, diz Joviliano.

PROXIMIDADE AO ESPECIALISTA

Toda a programação do 44º CBACV foi construída como fruto de um diálogo direto da SBACV com seus associados, por intermédio de escuta ativa conduzida por suas regionais em todo o país. A organização do evento buscou saber quais os desafios mais importantes que os especialistas estão enfrentando no dia a dia, que temas estão no seu radar de interesse ou preocupação, o que gostariam de ver no evento.

“Além de uma total integração entre as Diretorias Científicas da Regional DF e da entidade nacional, hoje nós temos comunicação com todos os estados brasileiros. Por isso, conseguimos colocar na programação inúmeras demandas dos associados”, relatou o Diretor Científico da SBACV,

Alcides Araújo. Segundo ele, além de uma programação inesquecível, essa articulação deixa como legado uma aproximação ainda maior da entidade com suas regionais e com o médico especialista. “Nosso associado ficou muito envolvido com o Congresso, se sentiu participante e executor ao mesmo tempo. Todos se sentiram responsáveis pelo seu sucesso, e eu tenho certeza de que essa é uma experiência que será repetida”, afirmou.

A defesa profissional é outro tema que mobilizou a programação e o interesse dos participantes. Além da realização do II Congresso de Defesa Profissional, em que a SBACV protagonizou uma sessão solene na Câmara dos Deputados em homenagem ao Dia do Cirurgião Vascular e do Angiologista, os especialistas puderam discutir a agenda de defesa das especialidades em outras mesas.

“Nós tivemos um interesse enorme, porque é um tema que preocupa muito todos os profissionais. A SBACV está muito atenta a isso e trouxe esse problema para ser discutido, para ser debatido e está buscando soluções, junto com os associados”, comentou Joviliano. Finalmente, Mateus Borges resumiu o êxito do evento: “Nosso Congresso superou as expectativas com relação ao público, o engajamento dos associados e a participação nas palestras. O termo sucesso resume o que vivemos”.

635ª Reunião Científica

A 635ª reunião científica da SBACV-RJ foi realizada fora de sede, de 01 a 03 de julho, em Angra dos Reis.

O primeiro tema apresentado foi “Revascularização endovascular das lesões aorto ilíacas TASC D – Relato de caso e revisão”, por Vinícius Primo Balieiro Diniz Menandro – RJ. Os debatedores foram Alexandre Jahn – RJ e Breno Caiafa – RJ.

O segundo tema do dia abordou “Planejamento tributário para médicos”, apresentado por Rogério Duarte – RJ e debatido por Daniel Drummond – RJ e João Sahagoff – RJ.

O último tema do evento foi “Perspectivas no tratamento da IVC: o uso clínico do Dobeven® (Aula Aspen)”, apresentado por Almar Bastos – RJ e teve como debatedores Stênio Fiorelli – RJ e Marcos Arêas Marques – RJ.

636ª Reunião Científica

Em 23 de agosto, a SBACV-RJ realizou a 636ª reunião científica, que apresentou dois temas. O primeiro foi "Trauma vascular no esporte", por Arno Von Ristow. Enquanto que o

segundo foi "Mecanismos de lesões vasculares no esporte de alto rendimento", por Rodrigo G. Jaldin. Os debatedores foram Marcelo da Volta Ferreira e Juliana Vieira.

637ª Reunião Científica

A 637ª reunião científica da SBACV-RJ, realizada no dia 15 de setembro, abordou os temas: "Experiência do Hospital Federal de Ipanema na cirurgia de carótida", que teve como palestrante Felipe Murad e como debatedor

Carlos Peixoto; e "O que realmente precisamos saber sobre as técnicas combinadas no tratamento de varizes?", apresentado por Daniel Drummond e debatido por Bernardo Barros.

638ª Reunião Científica

Em 18 de outubro, a SBACV-RJ realizou a sua 638ª reunião científica. Foram apresentados os temas "Tratamento da disfagia lusória", por Fábio Monteiro – RJ e os debatedores Adalberto Pereira – RJ e Arno von Ristow

– RJ; e "Experiência como uso do Angiodroid no Hospital de Força Aérea do Galeão", por Pedro Portilho – RJ e os debatedores Marcelo Lacativa – RJ e João Batista Moniz – RJ.

QUEM É VISTO É LEMBRADO

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



Guia de materiais e produtos SBACV-RJ

A SBACV-RJ reuniu a listagem de materiais e produtos oferecidos aos vasculares por empresas que atuam no Rio de Janeiro. O objetivo dessa listagem é facilitar a consulta por parte dos especialistas a quem pode ser fornecedor em cada tipo de procedimento.

CRITICARE

Produto	Diâmetro	Nº Catálogo	Comprimento	Formato de Ponta	Composto
ASAHI Gladius	0.36mm (0.014inch)	PPW14R100S	200cm	Straight	ACT ONE
		PPW14R200S	235cm		
		PPW14R300S	300cm		
	0.36mm (0.014inch)	PPW14R100P	200cm	Pre-shape	
		PPW14R200P	235cm		
		PPW14R300P	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PPW18R100S	200cm	Straight	
		PPW18R200S	235cm		
		PPW18R300S	300cm		
ASAHI Halberd	0.36mm (0.014inch)	PHW14R101S	200cm	Straight	ACT ONE
		PHW14R201S	235cm		
		PHW14R301S	300cm		
	0.36mm (0.014inch)	PHW14R101P	200cm	Pre-shape	
		PHW14R201P	235cm		
		PHW14R301P	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PHW18R101S	200cm	Straight	
		PHW18R201S	235cm		
		PHW18R301S	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PHW18R101P	200cm	Pre-shape	
		PHW18R201P	235cm		
		PHW18R301P	300cm		
ASAHI Gaia PV	0.45mm (0.018inch)	PHW18R102S	200cm	Straight	ACT ONE
		PHW18R202S	235cm		
		PHW18R302S	300cm		
	0.45mm (0.018inch)	PHW18R102P	200cm	Pre-shape	
		PHW18R202P	235cm		
		PHW18R302P	300cm		
Regalia XS 1.0	0.36mm (0.014inch)	PAGP140000	180cm	Straight	-
		PAGP140300	300cm		
Astatto XS 20	0.36mm (0.014inch)	PAGH143092	180cm		
		PAGH143392	300cm		
Astatto XS 40	0.36mm (0.014inch)	PAGHW143094	200cm		
		PAGHW143394	300cm		
Astatto 30	0.45mm (0.018inch)	PAGH18M071	180cm		
		PAGH18M371	300cm		
Treasure Floppy	0.45mm (0.018inch)	PAGH18M072	190cm		
		PAGH18M372	300cm		
Treasure 12	0.45mm (0.018inch)	PAGH18M070	180cm		
		PAGH18M370	300cm		

Produto	Diâmetro externo	Nº Catálogo	Comprimento utilizável	Formato de ponta
ASAHI Silverway	0.89mm (0.035 inch)	SA0035N15S	150cm	Angle
		SA0035N18S	180cm	Angle
		SA0035N20S	200cm	Angle
		SA0035N22S	220cm	Angle
		SA0035N26S	260cm	Angle
		SA0035N30S	300cm	Angle
		SJ1535N15S	150cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N18S	180cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N20S	200cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N22S	220cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N26S	260cm	J-shape1.5mm
		SJ1535N30S	300cm	J-shape1.5mm
		SJ3035N15S	150cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N18S	180cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N20S	200cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N22S	220cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N26S	260cm	J-shape3.0mm
		SJ3035N30S	300cm	J-shape3.0mm

Produto	Nº Catálogo	Diâmetro externo			Diâmetro interno		Comprimento utilizável	Recomendado GW
		Ponta	Eixo distal	Eixo proximal	Ponta	Eixo		
ASAHI Corsair Pro	CSR135-26P	0.42mm (1.3Fr)	0.87mm (2.6Fr)	0.93mm (2.8Fr)	0.38mm (0.015inch)	0.45mm (0.018inch)	135cm	0.36mm (0.014inch)
	CSR150-26P	0.42mm (1.3Fr)	0.87mm (2.6Fr)	0.93mm (2.8Fr)	0.38mm (0.015inch)	0.45mm (0.018inch)	150cm	0.36mm (0.014inch)

ENDOVIX

MATERIAIS MEDTRONIC
Endoprótese Endurant Bifurcada/Monoilíaca - para AAA infra-renal
Endoprótese Valiant - Para AAT
Endoancora Heli-FX - para vedação e fixação primárias e de revisão em casos de EVAR e TEVAR
Sentrant - Bainha introdutora com revestimento hidrofílico 12F a 26F x 28 cm
Reliant AB46 - Balão complascente de acomodação de endoprótese
Balão Admiral Inpact - Balão farmacológico com Paclitaxel 0,035
Stent Protege Rx - stent auto expansível de nitinol, célula aberta para carótida
Stent Visi-Pro - stent balão expansível
Stent Protege Everflex/GPS - stent autoexpansível
Balão Admiral Xtreme - Balão semi-complascente 0,035
Balão Fortrex - Balão não complascente para FAV
Balão Pacific Plus - Balão 0,018
Balão Amphirion Deep - Balão 0,014
Hawkone - sistema de aterectomia direcional
MoMa - dispositivo de proteção cerebral
Spider - filtro de proteção embólica
Trailblazer - cateter de suporte
Viance - cateter de cruzamento de lesões
Rebar - micro cateter
Echelon - Micro cateter

Apollo - micro cateter com ponta destacável
Avigo - micro guia
Goose neck - laço de captura
Molas Axiom - molas de liberação controlada
Molas Concerto - molas fibradas de liberação controlada
Onyx - Agente embólico

MATERIAIS MERIT
CentrosFlo - cateter de longa permanência para diálise
Embosphere - esfera de embolização
Hero/ Super Hero - acesso para hemodiálise totalmente implantável
Wrapsody - Stent revestido para veia (6F a 16F x 50/75/100)
Filtro de Veia Cava Aegsy

E-TAMUSSINO

AORTA TORÁCICA DESCENDENTE:
Zenith TX2 (diâmetro de 22 a 42 mm). Perfil 20 e 22 F
Zenith Alpha torácica (diâmetro de 24 a 46 mm). Perfil 16, 18 e 20 F
Zenith Dissection - indicada para dissecação de aorta tipo B (stent dissection sem tecido com 36 e 46 mm de diâmetro). Perfil 20 e 22 F

AORTA ABDOMINAL:
Zenith Flex - trimodular (diâmetros entre 22 a 36 mm). Perfil 18, 20 e 22 F
Zenith Spiral - ramo ilíaco para uso com Zenith flex (diâmetros distais de 11, 13, 16, 20 e 24). Perfil 14 e 16 F
Zenith Branch - ramificada de ilíaca - tratamento de aneurisma de ilíaca (diâmetro distal de 10 e 12 mm). Perfil 20 F

AORTA TORACOABDOMINAL:
Zenith T-Branch: prótese de pateleira com 4 ramos para as artérias viscerais. Diâmetro proximal: 34 mm; distal 18 mm. Comprimento: 202 mm
Zenith Unibody: endoprótese bifurcada para uso com T-Branch. Perfil 20 F Diâmetro proximal: 22 mm Comprimentos de contralateral: 81, 98 e 115 mm
Zenith CMD: sob medida

MATERIAIS PARA ACESSO:
Agulha de punção 18 G
Kit de micropunção (Agulha 21 G; Introdutor 4 ou 5F; Fio guia 0.018 mm)

FIOS GUIA:
Fio guia hidrofílico Road Runner RPC e RLPC 0.035 mm
Fio guia teflonado 0.035 mm
Fio guia Amplatz reto e curvo 0.035 mm
Fio guia Lunderquist 0.035 mm
Fio guia extrasuporte 0.014 e 0.018 mm

CATETERES ANGIOGRÁFICOS:
KMP, DAV, H1, JB1 E JB2, JIM, MPA, SIM1, SIM2, SIM3, PED, C1, C2, C3, MIK

CATETERES SELETIVOS:
PIG 5F
PIG centimetrado

CATETERES DE SUPORTE:
CXC (0,014, 0,035 e 0,038)
CXI (0,018 e 0,035)

INTRODUTORES:
Curtos: 5 a 14 F. Comprimento 13 cm
Longos: 6 a 18 F
Extralargos: 22 e 24 F
Flexor: aramado- 6 a 12 F. Comprimento: 30, 40 e 80 cm
Flexor Balkin: aramado- 6 a 8 F. Comprimento: 40 cm
Flexor Raab: aramado- 5 a 9 F. Comprimentos: 55, 70 e 90 cm
Flexor HFan: aramado- 6 a 12 F. Comprimento 45, 55 e 70 cm
Flexor Ansel: aramado- 4 a 7 F. Comprimento 45, 55 e 110 cm
Flexor Shuttle: aramado- 5 a 8 F. Comprimento 90 cm

INTERVENÇÃO PERIFÉRICA:
Triforce- conjunto para cruzamento periférico: cateter 4F, comprimento 65 e 100 cm; bainha de 55 e 90 cm
Laço Indy: para retirada de corpo estranho. Bainha 8F, comprimento 55 e 100 cm

BALÕES DE ANGIOPLASTIA:
Advance ATB: semicomplacente: 5 a 14 mm- Guia 0.035 mm
Advance LP PTA: baixo perfil: 3 a 12 mm- Guia 0.014 e 0.035 mm

BALÃO DE ACOMODAÇÃO:
CODA: 9 e 10 F. Volume máximo 30 ou 60 ml. Diâmetros máximos: 32 e 46 mm

STENTS:
Zilver Flex: autoexpansível (6F) Diâmetros: 5 a 10 mm Comprimentos: 40 a 140 mm
Zilver PTX: farmacológico autoexpansível (6F). Diâmetros: 5 a 7 mm Comprimentos: 40 a 140 mm
Zilver Vena: autoexpansível dedicado a tratamento venoso (7F). Diâmetros: 14 e 16 mm Comprimentos: 60, 100 e 140 mm

FILTRO DE VEIA CAVA:
Removível - veia cava entre 15 e 30 mm. Acesso jugular ou femoral.
Kit de recuperação de FVC por via jugular

INTERVENÇÃO RADIOLÓGICA – MOLAS:
Mola Nester – liberação livre – 0.018 e 0.035 mm Diâmetro da micromola: 3, 4, 6, 8 e 10 mm Diâmetro da macromola: 4, 6, 8, 10, 12, 14, 18 e 20 mm
Micromola MReye: liberação livre – 0.035 e 0.038 mm Diâmetros: 3, 4, 5, 8 e 10 mm
Mola Retracta: reposicionável e destacável – 0.035 mm Diâmetros: 8, 10, 12, 14, 16, 18 e 20 mm
Partícula de embolização PVA: embolização de tumores hipervasculares, malformações arteriovenosas e embolizações intracranianas.

EXCLUSIVA

EMBOLIZAÇÃO:
Destacador de Molas Azur
Micromola Azur com Hidrogel - Ø 2-20 mm x 1-60 cm
Microcateter Ravi - 2,4fr 150 cm

TRATAMENTO DE AAA E ILÍACA:
Endoprótese aórtica Treo - sob consulta
Endoprótese aórtica Anaconda - sob consulta

TRATAMENTO DE AAT:
Endoprótese aórtica torácica RELAY - sob consulta

ACESSÓRIOS:
Kit Introdutor Femoral - 5-11fr 11 cm
Kit Micropunção - 5-6fr / 0,021"
Introdutor Pinnacle - 6, 7 e 8fr / 45, 65 e 90 cm
Cateter Angiográfico - 4 e 5fr 100 cm
Fio guia hidrofílico - STD e Stiff / 0,035" x 260 cm
Fio guia Super Stif Advantage - 0,014", 0,018" e 0,035"

GF LABOR

FILTRO VEIA CAVA:
Filtro de veia cava AEGISY bainha 6F (LIFETECH)
Introdutor femoral 5F
Fio guia aqualiner Stiff e Regular 0,035 x 260 ou 0,035 x 180 (NIPRO)
Cateter Vert e HI 5F 100 cm (MERIT)

ANGIOPLASTIA VENOSA:
Insuflador - Seringa insuflador
Introdutores 10F
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Cateter angiográfico Vert / HI/ Cobra 1 - 100 cm (MERIT)
Cateter balão Zelos 12 mm a 20 mm / 40 cm (OPTIMED)
Stent - Venous 12mm a 18 mm 60/80/100/120 (OPTIMED)
Stent XL (OPTIMED)
Stent Obliquus - 14 mm a 18 mm (quando se tratar de síndrome de May-Thuner). 60/80/100 (OPTIMED)

ARTÉRIA FEMORAL E ARTÉRIA BTK:
Angioplastia Femoral / Infrapatelar / Fêmoro Poplíteo (Joelho + flexível):
Seringa insufladora (XIAMEN NEW)
Bainha longa 6F 45/65/90 cm (EPSYLAR)
Introdutor 5F (SHUNMEI)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)

Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Cateter Vert e IM 5F 100 cm (MERIT)
Cateter de suporte Quick Cross. 0,018 (4F) e 0,035 (5F) (SPECTRANETICS)
Cateter balão Nylotrack 0,018 _infrapatelar e 0,035 femoral (OPTIMED)
Cateter balão AngioSculpt 2 a 8 mm (20/40/100/200) (SPECTRANETICS)
Balão farmacológico Stellarex 2 a 6 mm (40/60/80/100/120/150/200) (SPECTRANETICS)
Stent autoexpansível SINUS superflex 635 (6 a 12 mm 120 cm) /SINUS superflex 418 (3 a 5 mm 135 cm) _ para femoral (OPTIMED)
Stent autoexpansível JAGUAR 4 a 6 mm / 40 a 150 mm (BALTON)
Selador hemostático Angioseal 6F e 8F (TERUMO)

ANEURISMA DE AORTA:
Conector Y (XIAMEN NEW)
Insuflador – Seringa insufladora (XIAMEN NEW)
Cateter laçador – Snare até 30 mm (SCITECH)
Introdutores de 5F a 12F
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio Lunderquist 0,035 x 260 (SCITECH)
Bainha longa 6F a 8F 45/65/90 cm (EPSYLAR)
Cateter angiográfico vert/H1/JR 100 cm (MERIT)
Cateter balão Zelos 12 mm a 20 mm / 40 cm (OPTIMED)
Cateter balão NyloTrack 0,035 (4 mm a 8 mm 40/60/80/100/120) - (OPTIMED)
Balão de acomodação Giant 20 a 46 mm (SCITECH)
Stent SINUS XL 16 a 34 mm (OPTIMED)
Endoprótese Solaris 5 a 9 mm (40/60/80) (SCITECH MEDICAL)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)
Endoprótese NANO: Reta torácica, bifurcada, reta unilíaca, reta ilíaca, reta oclusora, fenestrada e ramificada. (APOLO)

ARTÉRIA AORTA/ILÍACA:
Introdutor 5F a 10F
Conector Y
Insuflador – Seringa Insufladora
Cateter laçador – Snare até 30 mm (SCITECH)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Bainha longa 6F a 8F 45/65/90 EPSYLAR (OPTIMED)
Cateter de suporte Quick Cross. 0,018 (4F) e 0,035 (5F) (SPECTRANETICS)
Cateter Balão Nylotrack 0,035 (OPTIMED)
Cateter Balão Zelos 12 mm a 20 mm (OPTIMED)
Cateter Balão AngioSculpt 6, 7 e 8 mm (20/40/100/200) (SPECTRANETICS)
Balão Farmacológico Stellarex 6 mm (40/60/80/100/120/150/200)(SPECTRANETICS)
Endoprótese V12 5 a 10 mm (ATRIUM)
Stent autoexpansível SINUS 635 (6 a 12 mm/ 120 cm) (OPTIMED)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)
Stent com balão Neptun – (para ilíaca) 6 a 8 mm (BALTON)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)

FÍSTULA:
Introdutor 5F a 10F
Conector Y
Insuflador - Seringa insufladora
Cateter de trombectomia rotacional Cleaner 6f e 7F 65 e 135 (ECOMED)
Bainha longa 6F a 8F 45/65/90 cm (EPSYLAR)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio guia 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Cateter de suporte Quick Cross. 0,018 (4F) e 0,035 (5F) (SPECTRANETICS)
Cateter Balão Nylotrack 0,018 e 0,035 (OPTIMED)
Cateter Balão AngioSculpt 4 a 8 mm (20/40) (SPECTRANETICS)
Balão Farmacológico Stellarex 4 a 6 mm (40/60/80/100) (SPECTRANETICS)
Balão de alta pressão Cronus HP 5 a 10 mm (20/30/40/60) (RONTIS)
Endoprótese Solaris 5 a 9 mm (40/60/80) (SCITECH MEDICAL)
Stent autoexpansível SINUS 635 (6 a 12 mm/ 120 cm) / 418 (3 a 5 mm /135 cm) (OPTIMED)
Cateter de embolectomia – Fogarty de 2 a 6F (LUCAS MEDICAL)
Enxerto VXT
Enxerto de punção rápida Flixene (GETINGE)

HEMODIÁLISE:
Cateter de hemodiálise de longa permanência:
Hemoflow (12,5F e 14F) e Splitcath (10F e 14 F) 24/28/32/36 cm (MEDCOMP)
Introdutor 5F – Femoral
Cateter angiográfico Vert / HI 100 cm (MERIT)
Fio Hidrofílico stiff e regular 0,035 x260 (AQUALINER)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)

QUIMIOTERAPIA:
Introdutor 5F – Femoral
Cateter angiográfico Vert / HI/ Cobra 1 100 cm (MERIT)
Cateter total / implantável Dignity 5F/ 6,6F /8F /9,6F e ProFuse 6,6F / 8F/ 9,6F (MEDCOMP)

CARÓTIDA:
Introdutor 5F
Insuflador - Seringa insufladora
Cateter angiográfico vert / HI 100 mm (MERIT)
Fio hidrofílico aqualiner stiff e regular 0,035 x 260 (NIPRO)
Fio amplatz 0,035 x 260 (OPTIMED)
Fio guia 0,014 e 0,018/ 300 cm (ASAHI)
Bainha longa 9F 90 cm (EPSYLAR)
Stent autoexpansível mer 5F 8/6/40 cônico (BALTON)
Filtro de carótida Robin 4 a 8 mm (BALTON)
Balão de troca rápida RX 5/20 ou 6/20 (SIMPASS)
Selador Hemostático Angio-Seal 6F (TERUMO)

INTIMAL

ANEURISMA DE AORTA, COM ÊNFASE EM CASOS COMPLEXOS E DESAFIADORES:
Endopróteses do sistema endovascular APOLO – Oclusora – 12, 14, 16, 18, 25, 28 mm x 25 x 16Fr;
Endopróteses retas de baixo perfil (16Fr) • Reta torácica – 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 mm (16 e 18Fr) *Consultar comprimento recoberto; • Reta torácica (Dissection) – 31, 34, 37 mm x 30; Consultar comprimentos*; • Reta torácica (Cuff) – 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 mm 16Fr; • Reta ilíaca (Bell Bottom) – 10, 12, 14, 16, 18 mm (14Fr) *Consultar diâmetro distal e comprimento recoberto; • Reta unilíaca – 22, 25, 28, 31, 34, 37 mm *Selecionar diâmetro distal e comprimento recoberto; • Reta ilíaca contralateral – 10, 12, 14, 16, 18 mm (14Fr) *Consultar comprimento;
Endopróteses bifurcadas (16 e 18Fr) – 22, 25, 28, 31, 34, 37 mm.
Endopróteses fenestradas e ramificadas de abdômen e tórax: sob consulta
Acessórios (fornecidos somente para procedimentos com o sistema endovascular Apolo):
Introdutor 6 ou 7F
Cateter Vertebral
Cateter 125 Cm
Cateter angiográfico mamário
Cateter Simons
Cateter Pig tail
Cateter Pig Tail Normal
Guia hidrofílica Standart
Fio guia hidrofílica Stiff
Fio guia Amplatz
Fio guia Amplatz Stiff ponta 1 cm
Fio guia Lunderquist
Balão acomodação
Balão periférico 6 x 40; 7 x 40; 8 x 40; 9 x 40
Indeflator
Stent revestido (tamanhos variados)
Laço de captura
Bainha introdutora
Vascular Patch – BBraun – Remendo de poliéster uretano alifático, não absorvível, para cirurgia vascular / medida disponível: 2 x 9 cm
Insitucat Valvulótomo – BBraun – Instrumento estéril para eliminação atraumática das válvulas venosas. Medidas disponíveis: 2,0 mm / 2,5 mm e 3,0 mm
Venostrip – BBraun – Conjunto de fleboextração descartável
Filtro de Veia Cava – BBraun – Venatech Convertible (filtro de veia cava conversível, ação permanente ou temporária)
PROCEDIMENTOS ONCOLÓGICOS:
Catéter Totalmente Implantável Celsite – BBraun – Administração de Medicamentos Citotóxicos. Tamanhos: 8,5Fr – 10Fr – 6,5Fr / Babyport _ 4,5Fr e 6Fr

NEW ORTHO

ENDOPRÓTESE ORTIC BIFURCADA/TORÁCICA/MONOILÍACA/CUSTOMIZADA
Stent revestido de carbono Carbostent
Stent autoexpansível Exist
Stent autoexpansível revestido de ePTFE Solaris
Balão farmacológico Accoat (Paclitaxel)
Balão Simpass Endo – 0,14 – 0,18 e 0,35
Filtro de veia cava Aegisy 6FR
Selador hemostático Angio Seal 6 e 8 FR
Fio Guia ASAHI Silverway 0,35 x 260
Fio Guia ASAHI Halbert 0,18 x 300 (12gr)
Fio Guia ASAHI Gladius 0,14 x 300 (3gr)
Balão de acomodação Giant

RIO MÉDICA - BOSTON SCIENTIFIC

CARÓTIDA:
Wallstent carotídeo – Monorail
Sistema de proteção embólica EZ Filterwire
Cateter guia Imager II
Opticross 18 – IVUS
Cateter balão Sterling Monorail – Cateter de dilatação por balão
Zip Wire – Fio guia hidrofílico

ARTÉRIA RENAL:
Express SD – Sistema de stent pré-montado em balão
Cateter balão Sterling Monorail – Sistema 0,018 de baixo perfil
Cutting Baloon periférico
Fio Guia V18
Opticross 18 – IVUS
Cateter Guia RDC e Cobra 2 6F e 7F
Microcateter Renegade STC 18 ponta reta e angulada
Micromolas fibradas Interlock 2D e 3D – 0,018” e 0,035”

ARTÉRIA FEMURAL:
Stent INNOVA Over the Wire – Stent de Nitinol autoexpansível 5 mm a 8 mm 40, 60, 80, 100, 120, 150 mm
Cateter balão Mustang – Balão de alta pressão para PTA
Cutting Baloon periférico
Cateter balão Sterling Over the Wire – Balão 0,018 baixo perfil
Fio Guia Victory 12 e 25 grams – Fio para CTO com 12 e 25 grams de ponta
Amplatz ponta reta com 1 cm e ponta curva
Starter – Fio guia teflonado
Jetstream – Sistema de aterectomia com aspiração ativa – sistema XC (lâminas expansíveis) 2.4-3.4 e 2.1 – 3.0 – 7F
Fio guia Thruway – Fio guia com revestimento de silicone
Opticross 18 – IVUS
Cateter guia Mach 1
Angiojet – Sistema de trombectomia – 0,035”x 6F Omni, Proxi (femuro poplíteo)
Fio guia V18
Cateter Rubicon 35 e 18 – Cateter de suporte hidrofílico
Cateter balão farmacológico Ranger – cobertura de Transpax (éster de citrato + paclitaxel – hidrofóbico e lipofílico)
Micocateter Renegade STC 18 angulado ou reto
Micromolas fibradas Interlock 2D e 3D – 0,018” e 0,035”

ARTÉRIAS BTK:
Fio guia V18
Cateter balão Sterling Over the Wire – perfil 0,018"
Cateter balão Coyote Over the Wire – perfil 0,014"
Angiojet – Cateter de trombectomia – Sistema Dista – 0,014 x 4F
Fio guia V14
Fio guia Victory 18 com 12 e 25 grams
Cateter Rubicon 14 e 18 – Cateter de suporte hidrofílico
Jetstream SC 1.6 (Single Cutter) 7F
Fio guia Thruway – Fio guia com revestimento de silicone Fio guia PT2 MS (Moderate Support) – 0,014" x 300 cm – Fio guia hidrofílico

VEIA ILÍACA:
Express LD – Sistema de stent periférico montado em balão
Wallstent Uni – Stent ilíaco com sistema introdutor Unistep Plus
Stent Epic over the wire – Stent de Nitinol autoexpansível 9 mm a 14 mm
Cateter balão Mustang 3 mm a 12 mm 40, 60, 80, 100, 120, 150, 180
Opticross 18 – IVUS
Angiojet – Sistema de trombectomia venoso – Zelante DVT 0,035" x 8F
Fio guia Amplatz
Fio guia Backup Meier – Fio guia extra rígido 0,035"
Cateter balão XXL 12 mm a 18 mm

VASCULINE – CORDIS

CARÓTIDA:
Stent Precise RX – Célula aberta
Filtro de proteção cerebral Angioguard
Introdutor brite tip 6F – 11 cm
Introdutor Guia Válvulado IG 8F – 95 cm
Cateter diagnóstico MPA 2 5F – 125 cm
Cateter balão Raiden 3,0 x 20 mm – Pré-dilatação
Cateter balão Aviator 5,0 x 20 mm – Pós-dilatação
Fio guia Aquatrack 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Seringa insufladora
Selador Exoseal 6F

RENAL:
Stent Palmaz Blue – Cromo cobalto (Montado em balão)
Cateter balão Raiden 3,0 x 20 mm – Pré-dilatação
Cateter Guia RDC 6F, 7F e 8F – 65 cm
Válvula hemostática Y
Fio guia Stabilizer 014 x 300 cm
Fio guia Aquatrack 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico C2 5F – 100 cm

FEMORAL DISTAL:
Stent Smart Flex - Nitinol - Primeira geração 5 mm,6 mm,7 mm,8 mm x 40 mm, x 60 mm, 80 mm, 100 mm, 120 mm, 150 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm
Cateter balão Saber - 018 2,0 mm, 2,5 mm, 3,0 mm, 3,5 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm, x 150 mm, x 250 mm
Cateter balão Slek - 014 2,0 mm, 2,5 mm, 3,0 mm, 3,5 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm, x 150 mm, x 250 mm
Introdutor brite tip 6F - 11 cm
Introdutor contralateral IG 8F
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Fio guia Shinobi 014 x 300 cm
Fio guia SV- 5 018 x 300 cm
Cateter diagnóstico VER 5F - 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback

ILÍACA COMUM:
Stent Palmaz Gênesis Opta Pró- 6 mm, 7 mm, 8 mm, 9 mm, 10 mm x 29 mm, x 39 mm, x 59 mm, x 79 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm / 9 mm a 12 mm x 4 cm, x 6 cm, x 10 cm
Introdutor brite tip 7F - 11 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico IM 5F - 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback
Selador Exosel 7F
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback

ILÍACA EXTERNA:
Stent Smart Control - Nitinol - 6 mm, 7 mm, 8 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm, 120 mm, 150 mm / 9 mm, 10 mm, 12 mm, 14 mm x 40 mm, x 60 mm, x 80 mm, x 100 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm / 9 mm a 12 mm x 4 cm, x 6 cm, x 10 cm
Introdutor brite tip 7F - 11 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico IM 5F - 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Cateter Fronrunner
Cateter reentrada Outback
Selador Exoseal 6F

SUBCLÁVIA:
Stent Palmaz Gênesis Opta Pró- 6 mm, 7 mm, 8 mm, 9 mm, 10 mm x 29 mm, x 39 mm, x 59 mm, x 79 mm
Cateter balão Power Flex- 4 mm a 8 mm x 4 cm, x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 15 cm, x 22 cm / 9 mm a 12 mm x 4 cm, x 6 cm, x 10 cm
Introdutor brite tip 7F – 11 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Cateter diagnóstico IM 5F- 100 cm
Seringa insufladora
Cateter suporte Elite Cross
Selador Exoseal 7F

FILTRO DE VEIA CAVA:
Optease 6F – Temporário
Trapease 6F – Definitivo

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:
Endoprótese INCRAFT
Corpo Principal – 22 mm, 26 mm, 30 mm, 34 mm
Extensões – 10 mm, 13 mm, 16 mm, 20 mm, 24 mm x 8 cm, x 10 cm, x 12 cm, x 14 cm
Cuff – 22 mm, 26 mm, 30 mm, 34 mm

MATERIAIS DE ACESSO:
Fio guia Lunderquist 035 x 260 cm
Fio guia Emerald Amplatz 035 x 260 cm
Fio guia Aquatrack (Stiff e Regular) 035x260 cm
Introdutor 12F
Introdutor brite tip 8F
Cateter balão de acomodação
Cateter diagnóstico HI 5F

RIGENERA – HULMAN BRAIN WAVE SRL
Kit Rigenera – Aplicação única – Minimamente invasiva (tecnologia que nos permite a obtenção de microenxerto para tratamento de úlcera arterial e venosa, mal perfurante plantar, coto de amputação, pé diabético, ferida que não cicatriza e tratamento de sacra).

ABLAÇÃO POR ENDOLASER:
Fibras de 400 (2,6 m e 1 mm) – 600 (2,6 m e 1,8 mm) microns
Tratamento de safenas e varizes

VIDE BULA

ANGIOPLASTIA ILÍACA, FEMORAL E INFRA:
Cat de recanalização Sergeant 0,035" e 0,018" – 4Fr x 150 cm
Cat balão Oceanus 35 0,035" – Ø4-14 mm x 60-200 mm
Cat balão Oceanus 18 0,018" – Ø 2-4mm x 60-220mm
Cat balão Oceanus 14 0,014" – Ø 2-4 mm x 60-22 mm
Cat Balão farmacológico Freeway14 0,014"* – Ø 2-3,5 mm x 40-150 mm
Cat balão farmacológico Luminor 35 0,035"* – Ø 5-7 mm x 40-150 mm
Stent autoexpansível iVolution 0,035" – Ø 6-12 mm x 60-150 mm
Stent balão expansível Restore 0,035" – Ø 5-8 mm x 40-60 mm
Stent balão expansível E-Ventus 0,035" (Revestido)* – Ø 5-10 mm x 18-58 mm

ANGIOPLASTIA CARÓTIDA:
Cat balão Prospero - Ø2-7 mm x 20 mm
Stent CASPER (dupla camada célula fechada) - Ø 5-10 mm x 25-40 mm
Stent CGuard (dupla camada célula fechada)* - Ø 6-10 mm x 25-40 mm
Filtro de proteção cerebral EmPro - Ø 3 mm x 6,5 mm
Filtro de proteção cerebral Captor EX - Ø 3 mm x 6,5 mm
ANGIOPLASTIA VEIA:
Stent SIOXX XL - Ø 14-21 mm x 60-100 mm
ANGIOPLASTIA ARTÉRIAS DE BAIXO CALIBRE:
Cat balão Prospero - Ø2-7 mm x 20 mm
Stent balão expansível Architect (farmacológico) - Ø 2,5-5,5 x 15-20 mm
EMBOLIZAÇÃO:
Microesfera EmboSoft - 300-900 µm
Microcateter Headway17 (reto ou 45°) - 0,017"
Microguia Traxcess14 - 0,014"
Destacador de molas
Micromolas Microplex (destaque controlado) - Ø 1-24 mm e comp 1-68 mm
Stent redirecionador de fluxo Derivo* - Ø 3,5-8 x 15-50 mm
Stent modelador de colo Accilino Plus* - Ø 3-6,5 x 15-35 mm
Microcateter NeuroSlider - 15' ou 21'
FILTRO DE VEIA CAVA:
Filtro de veia cava Aegisy (permanente ou removível) - 6F 20-28 mm
TRATAMENTO DE AAA E ILÍACA:
Endoprótese aórtica E-iliac - sob consulta
Endoprótese aórtica E-Tegra - sob consulta
Endoprótese aórtica E-nside TAAA - sob consulta
TRATAMENTO DE AAT:
Endoprótese aórtica - Ø 24-44 mm
Endoprótese aórtica E-xl - sob consulta
MATRIZ DÉRMICA:
Matriz Dérmica FLOWABLE (disperciva) - 3cc
Matriz Dérmica Laminar - sob consulta

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



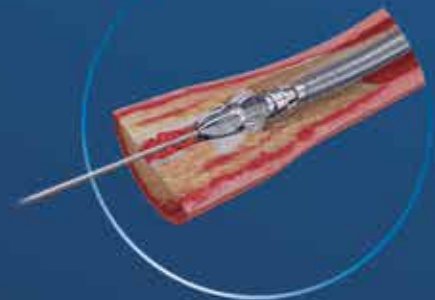
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound



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





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