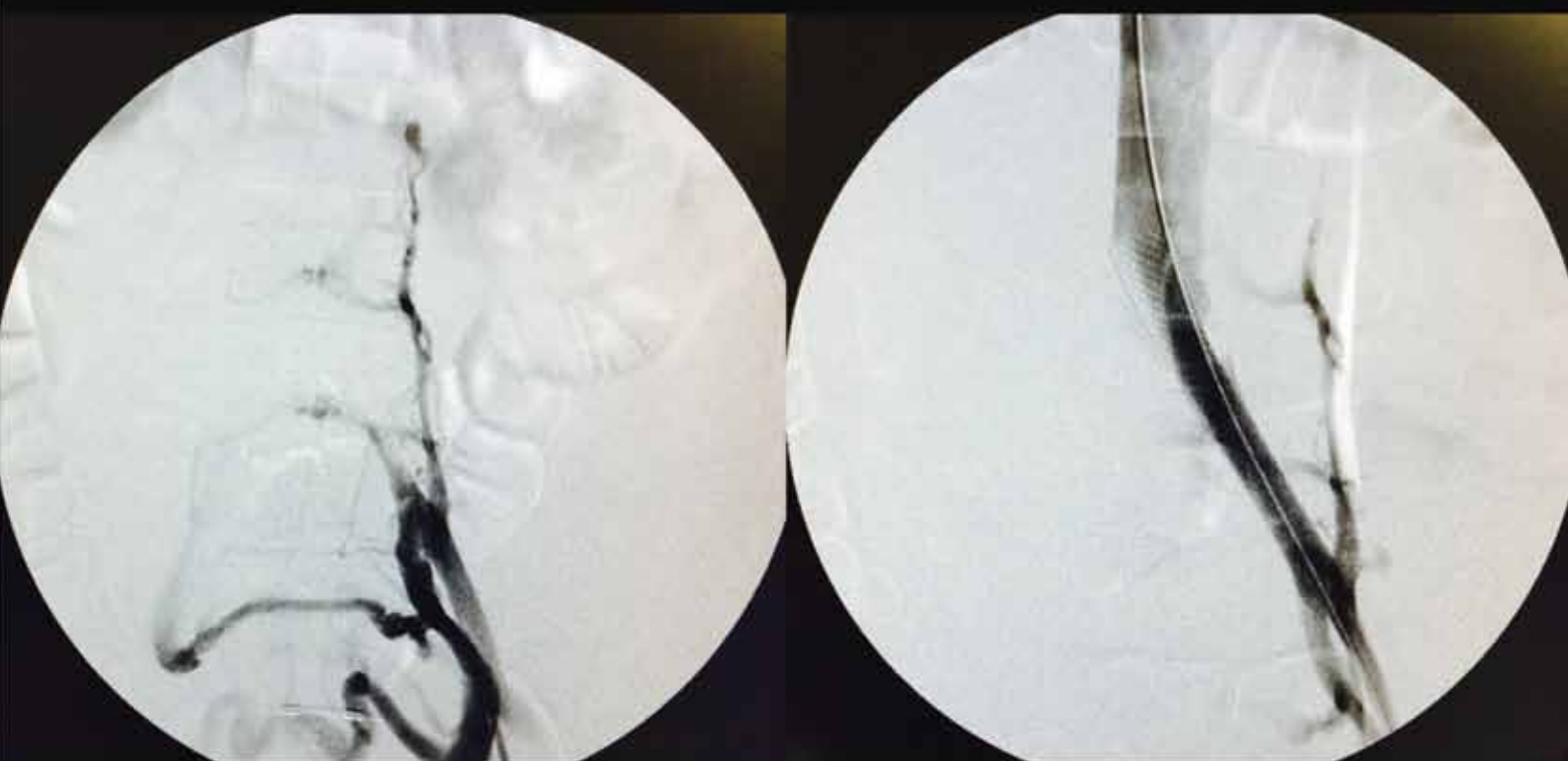




Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

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

Nº V - Set./Out. - 2014



Especial:

Semana Estadual de
Saúde Vascular alerta a
população sobre AAA

Reunião Científica:

Anticoagulação ou Fibrinólise:
qual o caminho?

Informangio:

SBACV-RJ lança
o 41º CBACV

Entrevista:

Presidente do Cremerj toma
posse como Conselheiro e
2º Secretário do CFM

DERSANI

AÇÃO EFICAZ NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

HIDROGEL COM ALGINATO

Ácidos Graxos, Alginato, Vitaminas A e E

Apresentação:
85gr



Para cicatrização de feridas
exsudativas, abrasões e lacerações.⁽²⁾
Ação hemostática.⁽²⁾



LOÇÃO OLEOSA

Ácidos Graxos Essenciais, TCM, Vitaminas A e E

Para cicatrização de

- Úlcera por pressão ⁽¹⁾
- Úlceras venosas ⁽¹⁾
- Úlceras diabéticas ⁽¹⁾
- Dermatites ⁽¹⁾



Apresentação:
Loção oleosa,
100ml e 200ml.

Referências: 1- Rótulo do Produto; 2- Rótulo do Produto. **Dersani Original – Composição:** Triglicerídeos de Ácidos Cáprico e Caprílico, Óleo de graxol clarificado, Lecitina, Palmítico de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. **Modo de Uso:** Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico, secar a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril e reaplicar a cada 12 (doze) horas. **Precauções:** Uso externo. Não deve ser ingerido. Manter fora do alcance de crianças. Não estéril. Registro nº B.0219.1900.02. **Dersani Hidrogel com Alginato – Composição:** alginato de sódio, ácidos graxos essenciais, vitaminas A e E, propilenoglicol, edetato dissódico, benzonato de sódio, carbômer, hidróxido de sódio e água purificada. **Modo de Uso:** aplicar o produto com luvas para garantir a segurança. 1. Irrigar a lesão com solução fisiológica a 0,9%; 2. Limpar a pele ao redor e secar; 3. Aplicar na ferida, sem exceder o nível ao redor da mesma; 4. Ocluir a ferida com curativo secundário e estéril e fixar. Para remover, irrigar a ferida com solução fisiológica. **Precauções:** Não utilizar se a embalagem estiver danificada ou violada. Em casos de irritação ou sensibilidade (reação alérgica) durante o uso, suspenda a utilização e consulte um profissional de saúde. Registro nº B.0219.1900.04. Resp. Técnico: Alberto R. V. Stein CRF / RJ 3257 Fabricado por Laboratório Daudt Oliveira LTDA. Rua Simões da Mota, 57 – Rio de Janeiro – RJ.



Compromisso com
a saúde desde 1882

Paciente do sexo feminino com 37 anos, apresentando edema e dor em membro inferior esquerdo após dois episódios de trombose venosa profunda ipsilateral. Em investigação diagnóstica foi afastada trombofilia e evidenciada, em estudo angiotomográfico, compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita, caracterizando Síndrome de May Thurner.

No estudo pré evidencia-se oclusão total da veia ilíaca comum esquerda, com intensa circulação colateral tipo Palma e por plexo venoso para vertebral. Realizada recanalização sob roadmapping e confirmações das medidas com cateter tipo pig tail centimetrado. Foi implantado *stent* autoexpansível de célula fechada Wallstent RP 14x60 mm, pós-dilatado com cateter balão 12x40. Bom resultado, com restituição do fluxo no eixo venoso ilíaco esquerdo e diminuição da circulação colateral. Observa-se o posicionamento do *stent* em toda extensão da veia ilíaca comum, poupando a origem da ilíaca interna, incluindo o segmento inicial da cava inferior, como recomendado na técnica.



Imagens da capa

Cedidas pelos Drs. Cristina Riguetti Pinto, Edson Riguetti e Orlando Bonin.

Palavra do Presidente

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Por mais vitórias, mais conquistas, mais ação!

05

Reuniões Científicas

Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira

Anticoagulação ou Fibrinólise: qual o caminho?

08

Especial

Aline Ferreira

Semana Estadual de Saúde Vascular alerta a população sobre AAA

35

Palavra do Secretário-Geral

Dr. Sergio S. Leal de Meirelles

“Em um Universo que já tem 10 ou 15 bilhões de anos, estamos constantemente esbarrando em surpresas.”

06

Reuniões Científicas

Drs. Cláudia Hidas, Luís Fernando Lima, Gisele Cordeiro, Miryam Marques

Síndrome aórtica aguda

16

Em discussão

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Varizes pélvicas: quando devemos tratar

40

Editorial

Dr. Marcio Arruda Portilho

Uma publicação repleta de acontecimentos e conhecimentos

07

Reuniões Científicas

Drs. Marco Antônio Mannarino Theodoro Ribeiro, Fabio Monteiro Costa, Leonardo Cesar Alvim, Luís Eduardo Fogaça Ribeiro, Carla Pessoa, Artur Guedes, Vinícius Balieiro

Tratamento híbrido do aneurisma tóraco-abdominal tipo III de Crawford associado à isquemia mesentérica crônica

21

Entrevista

Aline Ferreira

CFM tem nova Diretoria: Presidente do Cremerj toma posse como Conselheiro e 2º Secretário

42

Reuniões Científicas

Drs. Adalberto Pereira de Araujo, Cristiane Ferreira de Araujo Gomes, Felipe Borges Reis, Mônica R. Mayall, Flavia Figueira Baltharejo, Carlos Felipe Silva Delgado

Exoseal: Alternativa simples para fechamento percutâneo de punção arterial

25

Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira

Mais um passo para Rol

45

Artigo Científico

Drs. Luciana Arouca, Patrick Cardoso Candemil, Renan Cardoso Candemil, Nelson Luiz Gonçalves, Jorge de Oliveira da Rocha Filho, Ligia Camila Roskowski

Fístula arteriovenosa pós-traumática dos vasos mesentéricos superiores

32

Informangio

47

Eventos

54

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente

Arno Buettner von Ristow

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Ruy Luiz Pinto Ribeiro

Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

Diretor Científico

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Eventos

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Aguiar Lucas

Diretor de Publicações Científicas

Marcio Arruda Portilho

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Paulo Eduardo Ocke Reis

Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Rita de Cássia Proviatt Cury

Diretor de Patrimônio

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Patrimônio

Raimundo Luiz Senra Barros

Presidente da gestão anterior

Carlos Eduardo Virgini

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Público:**

Carlos Eduardo Virgini

Jurídico:

Paulo Marcio Canongia

Científica:

Marília Duarte B. Panico

Publicações:

Nostradamus Augusto Coelho

Planejamento Estratégico:

Francisco João Sahagoff D.V. Gomes

Residência Médica:

Bruno Morisson

Eventos:

Alberto Coimbra Duque

Informática:

Leonardo Silveira de Castro

Vice de Informática:

José Carlos M. Jannuzzi

Associações Médicas:

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Cirurgia Endovascular:

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios:

Roberto Furman

Ações Sociais:

Jackson Silveira Caiafa

Assessoria para assuntos**Interinstitucionais:**

Ney Abrantes Lucas

Defesa Profissional:

Marcio Leal de Meirelles

Assessoria de Imprensa:

Almar Assumpção Bastos

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS:**

Rubens Giamboni Filho

Diretor de Informática:

Vivian Carin Marino

Pós-Graduação:

Felipe Borges Fagundes

Apoio Jurídico:

Taís Antunes Torres Mourão

Educação Continuada:

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Rigueti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doenças Arteriais:**

Adalberto Pereira de Araújo

Alberto Vescovi

Bernardo Massière

Bernardo Senra Barros

Carlo Sassi

Celestino Affonso Oliveira

Edilson Ferreira Feres

Emília Alves Bento

José Ricardo Brizzi Chiani

Luiz Henrique Coelho

Nelson Vieira

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas:

Angela Maria Eugenio

Daniel Autran Burler Drummond

Diogo Di Batista de Abreu e Souza

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Leonardo Stambowsky

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Métodos Especiais:**Laser:**

Marcello Capela Moritz

Radiofrequência:

Alexandre Cesar Jahn

Espuma:

Guilherme Peralta Peçanha

Doenças Linfáticas:

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Lilian Camara da Silva

Métodos Diagnósticos**Não Invasivos:**

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Alessandra Foi Camara

Carmen Lucia Lascasas

Clóvis Bordini Racy Filho

Luiz Paulo de Brito Lyra

Sergio Eduardo Correa Alves

Angiorradiologia e Cirurgia**Endovascular:**

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Fabio de Almeida Leal

Fabio Sassi

Felipe Silva da Costa

Felippe Beer

Guilherme Nogueira d'Utra

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Marcio Maia Lima

Rodrigo Soares Cunha

Roberto Young Junior

Vitória Edwiges Teixeira de Brito

Warley Dias Siqueira Mendes

Feridas:

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental e Pesquisa:

Monica Rochedo Mayall

Nivan de Carvalho

Microcirculação:

Mario Bruno Lobo Neves

Patrícia Diniz

Solange Chalfun de Matos

Trauma Vascular:

Bruno Miana Caiafa

Leonardo Cesar Alvim

Marise Claudia Muniz de Almeida

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Vaz de Melo

Fórum Científico:

Ana Asniv Hototian

Fúlvio Toshio de S. Lima

Helen Cristina Personi

João Augusto Bille

Luiz Batista Neto

SECCIONAIS**Coordenação:**

Gina Mancini de Almeida

Norte:

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste – 1:

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste – 2:

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana – 1:

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana – 2:

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba – 1:

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba – 2:

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea:

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande:

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1 – Niterói:

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2:

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3 - Nova Iguaçu:

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4 - São Gonçalo:

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5 - Duque de Caxias:

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico:

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Luis Felipe da Silva

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marília Duarte Brandão Panico

Paulo Marcio Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Rossi Murilo da Silva

Vasco Lauria da Fonseca Filho

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

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

Jornalistas Responsáveis

Luciana Julião

Aline Ferreira

Projeto Gráfico

Julio Leiria

Diagramação

Luiz Felipe Beca

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles & Henning Comunicação Integrada

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

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

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

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

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

Por mais vitórias,



mais conquistas, mais ação!

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

Chegamos a outubro de um ano de muitas atividades, tanto na vida política e social do País (Copa do Mundo, eleições majoritárias) quanto na vida associativa na Medicina como um todo, e especificamente em nossas Especialidades.

Temos novos representantes no CFM: Sidnei Ferreira e Márcia Rosa, eleitos em agosto, assumiram suas funções como Conselheiros no início de outubro. Agradecemos a Aluísio Tibiriçá pelo seu trabalho como representante do Rio de Janeiro nos últimos anos, e desejamos aos novos Conselheiros um ótimo trabalho.

Nossa Regional segue também em grande atividade. Nesta edição de nossa revista, você poderá acompanhar a cobertura da Campanha do Aneurisma da Aorta Abdominal, tema da X Semana Estadual de Saúde Vascular. Poderá, ainda, acompanhar nossas atividades em busca da adoção do Rol de Procedimentos por Patologias Vasculares pelas operadoras de planos de saúde. A luta é grande, mas a cada dia temos mais certeza de que estamos no caminho certo, e que a lógica que adotamos nessa relação é a que mais vai ao encontro de nossos interesses e, por que não, dos pacientes também.

Ainda no que tange à Defesa Profissional e à luta por honorários dignos, apresentei em Minas Gerais, no dia 20 de setembro, para uma plateia de Especialistas mineiros, o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular da SBACV-RJ. A apresentação fez parte do Simpósio de Defesa Profissional realizado pela Regional Minas Gerais da Sociedade. Parabenizo o Dr. Francesco Evangelista Botelho, Presidente da Regional mineira, pela iniciativa.

No dia 24 do mesmo mês, realizamos uma Assembleia Geral Extraordinária para discutir a proposta da SBACV Nacional para a CBHPM. O grupo de associados reunido na ocasião considerou que a Regional tem contribuições importantes a fazer à proposta apresentada. Foi eleita uma comissão para a criação de uma tabela por patologia, o que, ao nosso ver, é o melhor caminho a seguirmos. Esta proposta foi encaminhada à SBACV dentro do período solicitado e esperamos que ajude ao nosso Presidente. Aproveito este espaço para agradecer nominalmente aos colegas que se dispuseram a assumir mais essa tarefa: José Luís Camarinha do Nascimento Silva, Guilherme Peralta, Breno Caiafa, Adalberto Pereira de Araújo, Carlos Alberto Vasconcelos e Francisco João de Deus Sahagoff Gomes.

Com o final do ano já batendo a nossas portas, gostaria de convidar todos os associados a participar da última Reunião Científica do ano, que será realizada em 06 de dezembro. Além da tradicional programação científica, que você poderá conhecer em nosso site, teremos um almoço de confraternização. Até lá, trabalhamos internamente em uma autoavaliação de todos os setores e departamentos de nossa Regional. Nosso objetivo é apresentar na ocasião um balanço do que foi realizado e também daquilo que percebemos ser importante ou possível aperfeiçoar em nossa gestão.

Por último, gostaria de comunicar aos nossos associados que os preparativos para o XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro estão bastante adiantados: a cinco meses do Evento, já estamos com a programação científica fechada, e a comercialização da exposição comercial também já está praticamente concluída! Fraterno abraço a todos!



“Em um Universo que já tem 10 ou 15 bilhões de anos, estamos constantemente esbarrando em surpresas.”

(Carl Sagan)

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



**Precisamos ter o
olhar atento e a
mente aberta para
as surpresas e
para a necessidade
de inovar, de ver
e fazer algo de
forma inédita.**

Prezados colegas,
Quando me deparei com esta frase de Carl Sagan, fiquei pensando que por mais que acreditemos que já sabemos como agir, sempre há algo novo para nos causar estranheza ou, por que não, encantamento. Isso serve para a vida e também para o dia a dia de nossas atividades profissionais (quem não se deparou com um caso inusitado, mesmo com décadas de exercício da Medicina?).

Na atividade associativa não é diferente: não há caminhos eternos, nem fórmulas prontas a serem constantemente aplicadas. Precisamos ter o olhar atento e a mente aberta para as surpresas e para a necessidade de inovar, de ver e fazer algo de forma inédita.

Com a mentalidade de quem está aberto ao novo, a atual Diretoria segue buscando inventar novos caminhos: nada do que “sempre se fez” nos parece consolidado. Por isso temos trabalhado, por meio da Secretaria Executiva, convidando os associados a trazerem suas ideias e a participarem dessa construção coletiva chamada SBACV-RJ. Foi com esse horizonte que convocamos os colegas para a Assembleia Extraordinária, que analisou a proposição da Nacional para alterações na CBHPM: acreditamos que a nova lógica que adotamos, de agrupar os procedimentos relacionados à nossas Especialidades por patologia, atende de forma muito mais efetiva às necessidades de médicos e pacientes, e que as opiniões dos associados precisavam ser ouvidas. Em nosso site, você poderá acompanhar os desdobramentos desta e de outras atividades da Regional.

Com o mesmo espírito, estamos analisando todas as ações de nossa Secretaria, assim como estão fazendo todas as diretorias da Regional, para buscar respostas a perguntas antigas (Como a Regional pode oferecer serviços melhores aos associados?) e, ainda, a antecipar desejos e necessidades que devem surgir mais à frente.

A Secretaria de uma entidade como a nossa tem papel semelhante ao sistema circulatório: temos a obrigação de promover condições para que as diversas diretorias possam cumprir seus papéis, e temos que levar aos associados aquilo que ele busca, sob a forma de serviços, de sua Sociedade de Especialidade. Assim, seguimos disponíveis e ávidos pela colaboração de todos, pelas inquietudes e olhares de todos aqueles que podem nos ajudar.



Uma publicação repleta de acontecimentos e conhecimentos



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

**Não é à toa que
temos a sensação
de que o ano
está passando
aceleradamente:
são muitos os
acontecimentos...**

Piscamos os olhos e, de repente, já é outubro. Esse ano passou incrivelmente rápido e 2015 já está ali na esquina.

Esta edição da Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular traz uma pequena mostra dos muitos eventos associativos das quais a SBACV-RJ tem tomado parte: reuniões científicas, no Rio de Janeiro e fora de sede; lançamento do Congresso Brasileiro, que será realizado aqui no ano que vem; 10ª Semana Estadual de Saúde Vascular, que esse ano teve como tema central o Aneurisma da Aorta Abdominal; discussão com demais Regionais sobre a nova CBHPM; Assembleia Geral Extraordinária...

Não é à toa que temos a sensação de que o ano está passando aceleradamente: são muitos os acontecimentos (isso sem nem falar nos eventos nacionais de 2014, como a Copa e as eleições!).

E, além das informações sobre o que acontece na Regional, a Revista traz também seis discussões científicas de grande relevância, entre artigos referentes a apresentações feitas nas nossas Reuniões Científicas; um relato de caso que nos foi trazido por jovens Especialistas do Hospital Santa Isabel, em Blumenau, Santa Catarina (sim, caros colegas, nossa publicação já atrai o interesse de colegas de outros estados); e uma interessante discussão do nosso Diretor Científico, Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, sobre varizes pélvicas.

E, por falar em artigos científicos e em como o tempo voa, devo lembrar aos colegas interessados em participar do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall que é preciso correr com o envio de seus artigos para essa publicação. Para concorrer ao prêmio — cuja entrega será em março de 2015, durante o próximo Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro — é preciso que o trabalho seja publicado na Revista da Regional até a edição de janeiro/fevereiro de 2015. Parece longe, mas na verdade falta muito pouco...

Mesmo com a correria do dia a dia e com a falta crônica de tempo que nos acomete, caro colega, espero que você possa desfrutar das relevantes informações e conhecimentos que a Regional Rio de Janeiro da SBACV compartilha com seus associados nas páginas que seguem.

Boa leitura!

Trombose venosa profunda de membros inferiores

Anticoagulação ou Fibrinólise: qual o caminho?

Autor: **Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira**¹.

1. Angiologista. Titular Emérito da SBACV e do CBC.

INTRODUÇÃO

A trombose venosa profunda (TVP) tem aspectos correlacionados ao seu tratamento que merecem uma análise introdutória. Em primeiro lugar, sob o ponto de vista do seu histórico evolutivo, trata-se de uma morbidade que pode evoluir para a cura total ou, mesmo diante de uma conduta terapêutica adequada, apresentar complicações. Entre estas, de imediato, estão a embolia pulmonar (EP) e a síndrome pós-trombótica (SPT). A primeira, quando não conduz ao óbito, pode, a longo prazo, provocar um quadro de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); a segunda, na dependência da extensão da trombose e da sua repercussão sobre o aparelho valvular venoso, pode gerar a doença venosa crônica (DVC) em graus de intensidade variáveis.

Em relação à epidemiologia, está se colocando em discussão a forma de tratamento de uma morbidade que tem uma alta incidência na população. Dados estatísticos dos Estados Unidos e da Comunidade Europeia indicam uma taxa anual de 160 casos por 100.000 habitantes para a TVP e de 60 casos por 100.000 habitantes para a EP.¹ Considerando-se as taxas anuais de incidência, no mesmo quantitativo populacional, do câncer de próstata e do câncer de mama, respectivamente, 129 e 109, pode-se avaliar o nível de importância epidemiológica da TVP quando comparado ao das duas mais importantes neoplasias no homem e na mulher. Além do mais, é elevado o número de óbitos em decorrência da EP secundária à TVP, alcançando nos EEUU a cifra anual de 50.000.²

De acordo com Patterson e colaboradores³, a TVP constitui a terceira causa mais comum de enfermidade cardiovascular, superada apenas pela coronariopatia e o acidente vascular encefálico.

O impacto socioeconômico que a TVP e suas complicações produzem é alto. Estatísticas americanas apontam para um quantitativo anual de internações hospitalares que varia entre 217.000 a 600.000, sendo que de cada 9 internações em Clínica Médica uma decorre de tromboembolismo venoso⁴, estimando-se que a assistência a estes pacientes induza um custo global nos Estados Unidos e no Reino Unido de aproximadamente três bilhões de dólares por ano.⁵ No Brasil, dados colhidos por Castro Silva e Araujo Porto junto ao SUS mostram que até novembro de 2012 ocorreram 42.157 internações por TEV, sendo 36.880 por trombose venosa e 5.277 por embolia pulmonar, com gasto mensal de aproximadamente R\$ 2.700.000,00.⁶ Excluem-se desta estatística os, atualmente, 48 milhões de usuários de planos de saúde privados, segundo a Agência Nacional de Saúde que, se incluídos e analisados, certamente aumentariam em muito a magnitude do problema.

IMPORTÂNCIA DA TVP DOS MEMBROS INFERIORES

Noventa por cento dos casos de TVP ocorrem nos membros inferiores em um dos seguintes níveis: segmentos venosos femoroilíaco e poplíteo suprapatelar (TVP proximal), poplíteo infrapatelar e troncos venosos da perna (TVP distal) e segmentos venosos proximais e distais, podendo alcançar também os troncos venosos superficiais (TVP extensa), sendo esta última mais rara, geralmente relacionada com as neoplasias pélvicas (Ca de útero e ovários, Ca de próstata), provocando o quadro da *Phlegmasia coerulea dolens*. (Fig. 1)

Dos três níveis, é a TVP proximal (Fig. 2) a que induz mais complicações, não só com relação à EP como também à SPT.



Fig. 1 – *Phlegmasia coerulea dolens* no MIE de paciente com Ca de ovário.

Dados relativamente recentes da literatura médica indicam que a incidência de SPT após TVP proximal pode variar de 16% a 82% e que este quadro geralmente se instala nos primeiros dois anos após o episódio agudo.⁷ (Fig. 3)

OTRATAMENTO DATVPAGUDA DOS MEMBROS INFERIORES

O tratamento da TVP de membros inferiores na fase aguda pode ser feito por conduta clínica ou cirúrgica, esta última compreendendo a trombectomia e as técnicas endovasculares. A conduta clínica inclui medidas gerais, como a colocação do paciente em repouso em posição de Trendelenburg (com os pés da cama elevados de 15 a 20 cm) para redução do edema e aumento do fluxo venoso de retorno e, eventualmente, quando necessário, o uso de analgésicos para alívio da dor na extremidade. A contenção elástica nesta fase é medida discutível.



Fig. 2 – Trombose iliofemoral.

A principal medida no tratamento clínico da TVP aguda dos membros inferiores é a que institui o uso de anticoagulantes ou fibrinolíticos, visando fundamentalmente à não progressão do trombo, evitar a embolia pulmonar e a recorrência do episódio trombótico ou tromboembólico.

ANTICOAGULAÇÃO NATVPAGUDA DOS MEMBROS INFERIORES

A anticoagulação tornou-se medida obrigatória para o tratamento da TVP aguda dos membros inferiores a partir do trabalho de Barritt e Jordan, na década de 60, quando fizeram a comparação sobre a recorrência do tromboembolismo venoso em um grupo inicial de 16 doentes que receberam heparina não fracionada (HNF) por 1 dia e meio e antagonista da vitamina K (AVK) por 14 dias contra um grupo controle de 19 doentes



Fig. 3 – DVC por SPT após trombose iliofemoral no MIE.

não anticoagulados. Como resultado, encontraram redução da recorrência de EP (nenhum caso no grupo anticoagulado contra 10 no grupo controle). Em continuidade, 38 pacientes foram anticoagulados na fase aguda da TVP e neste grupo também nenhum caso de EP foi registrado. Concluíram eles que a anticoagulação reduzia não só a recorrência da EP como também a mortalidade em pacientes com TVP dos membros inferiores.⁸

Outro estudo que veio firmar o conceito da eficácia da anticoagulação no tratamento da TVP dos membros inferiores foi o de Widmer e colaboradores que acompanharam 204 pacientes durante 4 a 8 anos e que foram anticoagulados na fase aguda do episódio trombótico. Neles, foram encontradas menor extensão da trombose e menor incidência de SPT e de úlcera de estase, o que demonstrava o benefício da terapêutica adotada.⁹

Assim, atualmente, com um grau 1A de recomendação, o *American College of Chest Physicians* indica, respeitando-se as contraindicações, a terapêutica anticoagulante para tratamento da TVP dos membros inferiores.¹⁰

FIBRINÓLISE NA TVP AGUDA DOS MEMBROS INFERIORES

A terapêutica fibrinolítica surgiu na década de 60, inicialmente para o tratamento da trombose coronariana, mas logo se estendendo para outras áreas vasculares, inclusive a periférica arterial e venosa. No Brasil, com a entrada da

estreptoquinase (SK), começaram as primeiras avaliações, a princípio por via sistêmica. O autor teve a oportunidade de utilizá-la no Serviço da Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em casos de TVP dos membros inferiores, com resultados animadores pela obtenção de rápida recanalização, embora nem sempre total, do segmento obstruído e pela ausência de manifestações a longo prazo da SPT. As figuras 4, 5, 6 e 7 ilustram dois dos casos tratados e publicados.¹¹

Gradativamente, o tratamento fibrinolítico foi ganhando adeptos, especialmente após o surgimento do ativador tecidual do plasminogênio recombinante (r-TPA), uma droga mais segura e de fácil controle, aliado também à introdução da trombólise "in situ" através cateter (Fig. 8). Estudos demonstrativos da eficácia da terapêutica no sentido de redução mais rápida dos sintomas e da diminuição do risco de SPT foram surgindo. Hoje em dia, está definida pelo *American College of Chest Physicians* como diretriz para o uso da fibrinólise no tratamento da TVP dos membros inferiores, casos que atendam aos seguintes requisitos: trombose proximal (iliofemoral), de instalação recente (menos de 14 dias), em pacientes não idosos, com baixo risco hemorrágico e com boa expectativa de vida.

ANTICOAGULAÇÃO OU FIBRINÓLISE: QUAL O CAMINHO?

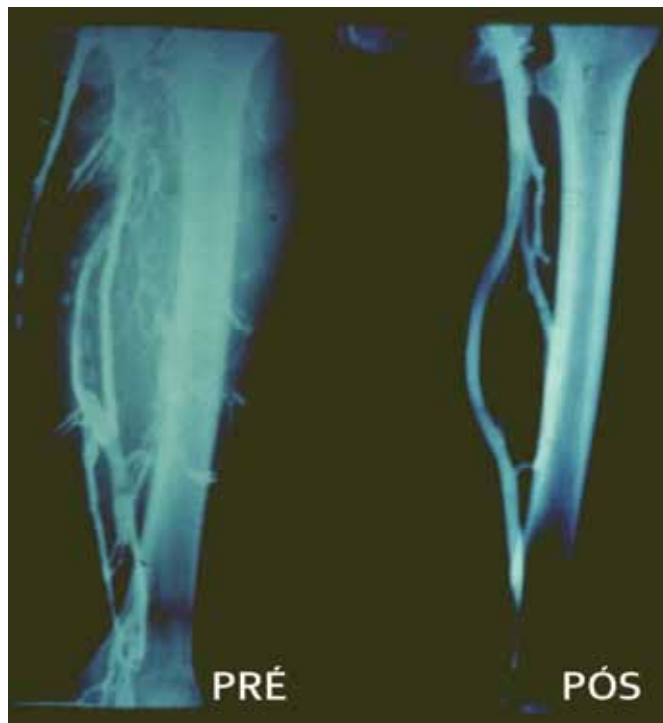


Fig. 4 – TVP femoropoplíteia antes e após tratamento fibrinolítico sistêmico com SK (recanalização total do segmento).



Fig. 5 – Mesmo caso da Fig. 4, com extensão da trombose para os troncos venosos infrapatelares e com recanalização parcial após tratamento fibrinolítico sistêmico com SK.

Um dos primeiros trabalhos sobre as duas vertentes farmacológicas para tratamento da TVP dos membros inferiores comparou um grupo (n= 140) no qual foi utilizada

a estreptoquinase com outro tratado com heparina (n= 64), sendo a avaliação feita por flebografia. No grupo da SK, 17 pacientes tiveram lise total, 83 lise parcial e em 40 a flebografia permaneceu inalterada. No grupo heparina, todos tiveram a flebografia inalterada. Portanto, nos 140 do grupo SK, o processo lítico (completo e incompleto) ocorreu em 71,43%.¹² A demonstração da eficácia da trombólise "in situ" mediante cateter e a fixação da indicação na trombólise iliofemoral foram fatores de clareamento do caminho a ser seguido.

Trabalho finlandês de um grupo do Hospital da Universidade de Helsinki¹³ comparou o tratamento fibrinolítico sistêmico em 16 pacientes com TVP iliofemoral com a fibrinólise por cateter direto em igual número de pacientes com TVP de mesma localização. O EcoDoppler colorido e um teste padronizado para avaliação de refluxo foram os parâmetros utilizados para comparação. Como resultados, a preservação da competência valvular foi obtida em maior percentual (44%) no grupo da trombólise por cateter em relação ao grupo da trombólise sistêmica (13%). O refluxo venoso profundo foi menor (44%) no grupo da trombólise por cateter do que no grupo da trombólise sistêmica (81%); da mesma forma que o refluxo venoso superficial foi igualmente menor no grupo da fibrinólise por cateter (25%) do que no da fibrinólise sistêmica (63%). Todos os resultados tiveram p= com significância estatística. Como conclusão, os autores afirmam que a função valvular venosa é melhor preservada após TVP iliofemoral quando esta é tratada

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso





condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax

(21) 3203-4348

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



Fig. 6 – Trombo agudo em veia femoral (seta), na junção safenofemoral.



Fig. 7 – Recanalização parcial do segmento trombosado após tratamento fibrinolítico sistêmico com a SK.

com trombólise local por cateter. Akesson e colaboradores¹⁴ garantem, em artigo publicado no *European Journal of Vascular Surgery*, que aproximadamente 95% dos pacientes com TVP iliofemoral tratados somente com anticoagulantes têm incompetência valvular após 5 anos, e Enden e colaboradores¹⁵, do grupo norueguês que realiza o *CaVenT study* sobre fibrinólise na TVP iliofemoral, afirmam que de cada quatro pacientes que sofrem trombose proximal um evolui para doença venosa crônica complicada. Apesar disso, Comerota e Gravett, do *Jobst Vascular Center*, em artigo recentemente publicado, afirmam que “a maioria dos médicos ainda trata pacientes com TVP iliofemoral aguda da mesma maneira com que tratam todos os pacientes com TVP aguda: somente com anticoagulação”.¹⁶

Três estudos sobre o tratamento da TVP iliofemoral comparando anticoagulação com a trombólise por cateter direto

merecem citação. O primeiro foi realizado pelo Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade do Canal de Suez, com 35 pacientes que apresentaram TVP iliofemoral aguda, sendo 17 tratados com anticoagulação convencional e 18 com trombólise “*in situ*” por cateter seguida de anticoagulação. Os pacientes foram acompanhados durante 6 meses por EcoDoppler colorido e Pletismografia. Como resultados, foi observada uma taxa de perviedade maior no grupo da trombólise (13 casos – 72%) em relação ao grupo da anticoagulação (2 casos – 12%) e encontrado um menor índice de refluxo no primeiro grupo (2 casos – 11%) em comparação com o segundo (7 casos – 41%). Concluíram os autores que, a curto prazo, pacientes com TVP iliofemoral tratado com trombólise direta obtêm melhor perviedade e competência valvular do que aqueles tratados com a anticoagulação convencional.¹⁷

O segundo estudo é norueguês, do *CaVenT study group*, randomizado e controlado, envolvendo 20 hospitais, com um total de 103 pacientes com TVP iliofemoral, com menos de 21 dias, divididos em dois grupos de tratamento: fibrinólise por cateter (n= 50) e anticoagulação (n= 53). Os pacientes foram acompanhados por 6 meses com EcoDoppler colorido e Pletismografia. Como resultados imediatos, no grupo da fibrinólise 24 pacientes (48%) obtiveram lise total e 20 (40%) lise parcial, que oscilava entre 50% a 90% da imagem do trombo original. Ocorreu uma hemorragia grave, com necessidade de intervenção terapêutica, e três relevantes. Nos resultados tardios, após 6 meses, o grupo fibrinólise apresentou maior taxa de perviedade iliofemoral completa (32 casos – 64%) contra o grupo anticoagulação (19 casos – 35,8%). Por outro lado, a obstrução venosa residual teve maior taxa no grupo da anticoagulação (26 casos – 49,1%) do que no grupo fibrinólise (10 – 20%). Como conclusão, os autores afirmam que após 6 meses, a trombólise por cateter aumentou a perviedade iliofemoral de 36% para 64% e apontam sobre a necessidade do estudo prosseguir por um prazo mais longo para determinar se o aumento da perviedade está relacionado com a melhora funcional.¹⁵

O terceiro estudo é do mesmo grupo anteriormente citado, publicado em 2012, com um número maior de pacientes (209, sendo 101 no grupo fibrinólise e 108 no grupo anticoagulação) e maior tempo de observação (24 meses). A perviedade iliofemoral completa após 6 meses foi encontrada no grupo fibrinólise (58 casos – 65,9%) contra o grupo anticoagulação (45 – 47,4%). A longo prazo, após 24 meses, em 189 pacientes, a presença de

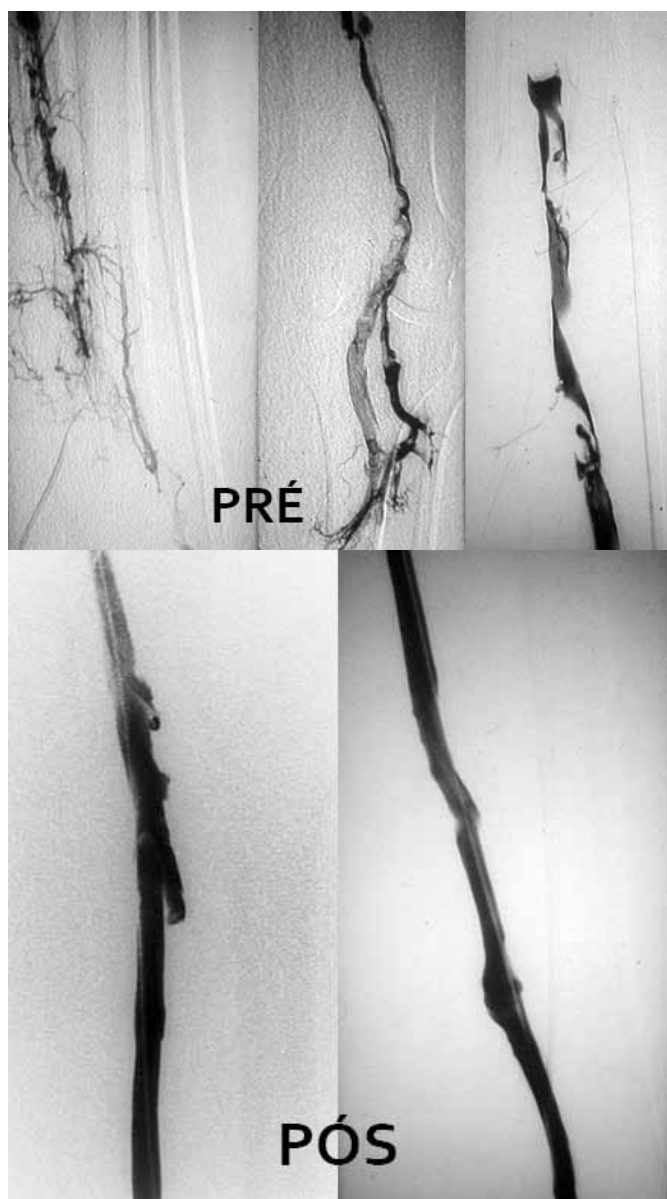


Fig. 8 – Recanalização.

SPT ocorreu em menor taxa no grupo fibrinólise (41,1%) do que no grupo anticoagulação (55,4%) ($p=0.012$), com uma redução absoluta de risco para desenvolvimento daquela condição de 14,4%. Destacando ainda que as complicações hemorrágicas foram mais incidentes no grupo da fibrinólise (20 casos) do que no da anticoagulação (nenhum caso), os autores concluem que a trombólise por cateter pode ser considerada em pacientes com TVP proximal e baixo risco para sangramento.¹⁸

A FIBRINÓLISE POR CATETER

A trombólise "in situ" realizada por cateter direto parece ser o método atual para o tratamento da TVP proximal, uma vez

que aumenta a efetividade terapêutica, diminui as complicações e tem menor invasividade quando comparado à trombectomia cirúrgica. Comerota, já em 2002, apontava ainda como outra vantagem do método a melhora da qualidade de vida do paciente. Para isto, apresentou um estudo realizado com 98 pacientes portadores de TVP iliofemoral aguda, tratados com anticoagulação convencional (30) e com trombólise por cateter direto (68), utilizando a uroquinase como medicamento fibrinolítico. Ao final de suas observações, constatou que pacientes submetidos à trombólise via cateter relataram melhor recuperação física e psicológica e menos desconforto geral pós-tratamento. Estes pacientes apresentaram também menos sintomas da SPT em comparação aos que foram anticoagulados.¹⁹

Atualmente, a trombólise "in situ" tem sido também utilizada em associação com a trombectomia mecânica por meio de diversos dispositivos (Rotable Pigtailed Catheter®, Angiojet®, Rotarex System® e Aspirex®). Esta associação apresenta as seguintes vantagens: redução da dose do trombolítico, do tempo de tratamento, das complicações e dos custos, além de permitir atuação sobre trombos mais antigos.²⁰⁻²¹

CONCLUSÃO

De acordo com as diretrizes do *American College of Chest Physicians*, publicadas no *Chest*,¹⁰ para o tratamento da TVP em membros inferiores a anticoagulação convencional ainda constitui a terapêutica de primeira escolha para os seguintes casos:

- trombose distais (tempo mínimo de tratamento: 3 meses);
- trombozes proximais sem possibilidade para fibrinólise (tempo mínimo de tratamento: 6 meses);
- complementação de tratamento trombolítico ou de trombectomia (cirúrgica ou mecânica);
- profilaxia de recorrência em pacientes de risco (regime prolongado de tratamento).

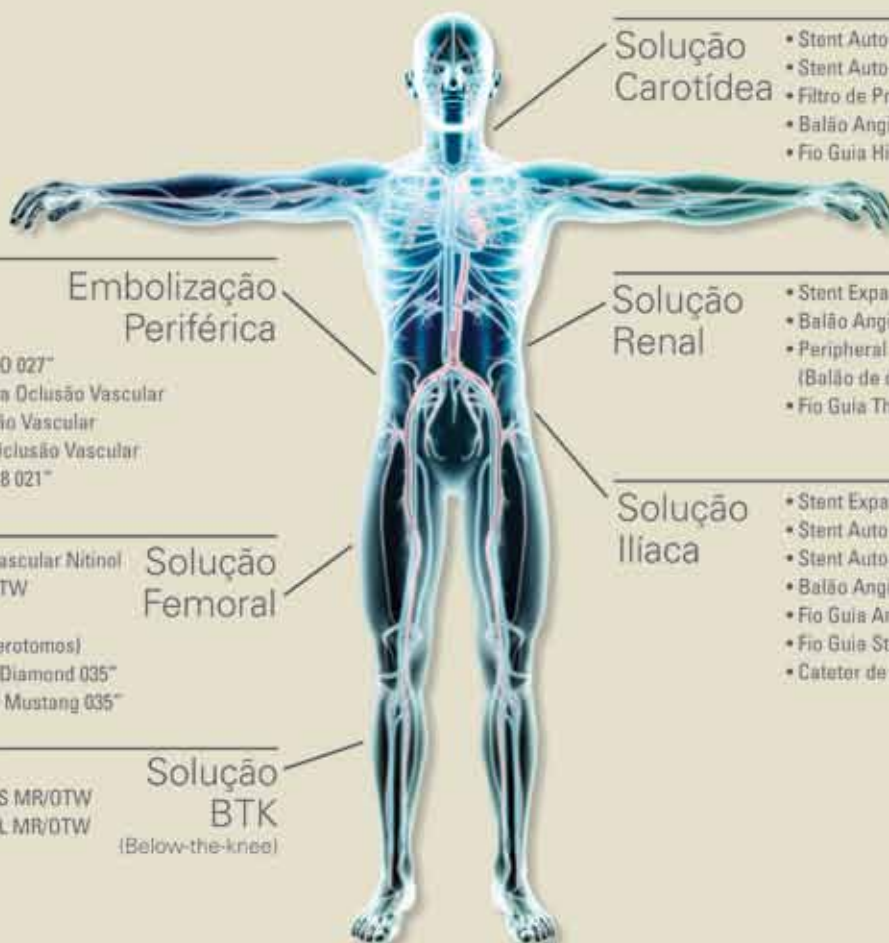
Por outro lado, Comerota, em seu artigo de 2007 no *Journal of Vascular Surgery*,¹⁶ conclui que, considerando-se o conjunto de evidências até o momento, aos pacientes com TVP iliofemoral aguda deve ser oferecida uma estratégia de remoção do trombo como tratamento preferencial inicial para melhorar o resultado a longo prazo reduzindo a morbidade pós-trombótica. Em 2008, esta conclusão foi chancelada pelo *American College of Chest Physicians*, com um nível de evidência 2B.¹⁰

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. NICOLAIDES, A.N.; ARCELUS, J.; BELCARO, G.; BERGQVIST, D.; BORRIS, L.C.; BULLER, H.R. *et al.* Prevention of venous thromboembolism. European Consensus Statement, 1-5 November 1991, developed at Oakley Court Hotel, Windsor, UK. **Int Angiol** 1992;11:151-9.
2. LIEBOWITZ, R.S. Deep venous thrombosis: thinking inside out. **Arch Intern Med**. 1998 Oct 12;158(18):1964.
3. PATTERSON, B.O.; HINCHLIFFE, R.; LOFTUS, I.M.; THOMPSON, M.M.; HOLT, P.J.E. Indications for Catheter-Directed Thrombolysis in the Management of Acute Proximal Deep Venous Thrombosis. **Arterioscler Thromb Vasc Biol** 2010;30:669-674.
4. VITAL AND HEALTH STATISTICS 1997.
5. MCGUGKIN, M.; WATERMAN, R.; BROOKS, J. *et al.* Validation of leg venous ulcers guidelines in the United States and United Kingdom. **Am J Surg** 2002;83(2):132-137.
6. CASTRO SILVA, M. & ARAUJO PORTO, T.H. "Tromboembolismo venoso – Epidemiologia e Fatores de Risco". In: BRITO, C.J. & coeditores. **Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular e Angiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. p.2023-2033.
7. HOOD, D.B. & ALEXANDER, J.Q. Endovascular management of iliofemoral venous occlusive disease. **Surg Clin North Am** 2004; 84: 1381-96.
8. BARRIT, W. & JORDAN, S.C. Anticoagulant drugs in the treatment of pulmonary embolism. A controlled trial. **Lancet** 1960;1 (7138):1309-12.
9. WIDMER, L.K.; BRANDENBERG, E.; WIDMER, M.T. *et al.* Late sequelae of deep venous thrombosis. **Inter Angio** 1982;1:31-37.
10. KEARON, C.; KAHN, S.R.; AGNELLI, G.; GOLDBABER, S.; RASKOB, G.E.; COMEROTA, A.J. Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease. **Chest** 2008;133(6 suppl):454S-545S.
11. MEDEIROS, A.; SILVEIRA, P.R.M. Terapêutica fibrinolítica nas tromboes venosas. **Medicina de Hoje** 1978;4(35):42-49.
12. WIDMER, L.K.; ZEMP, E.; WIDMER, M.T.; SCHMITT, H.E.; BRANDENBERG, E.; VOELIN, R.; BILAND, L.; SILVA A. DA; MAGGS, M. Late results in deep vein thrombosis of the lower extremity. **Vasa J Vasc Dis** 1985;14:264.
13. LAIHO, M.K.; OINONEN, A.; SUGANO, N. *et al.* Preservation of Venous Valve Function after Catheter-Directed and Systemic Thrombolysis for Deep Venous Thrombosis. **Eur J Vasc Endovasc Surg** 2004;28(4):391-396.
14. AKESON, H.; BRUDIN, L.; DAHLSTROM, J.A. *et al.* Venous function assessed during a 5-year period after acute ilio-femoral venous thrombosis treated with anticoagulation. **Eur J Vasc Surg** 1990;4:43-48.
15. ENDEN, T.; KLOW, N.E.; SANDVIK, L. *et al.* (CaVenT Study Group). Catheter-directed thrombolysis vs anticoagulant therapy alone in deep vein thrombosis: results of an open randomized, controlled trial reporting on short-term patency. **J Thromb Haemost** 2009;7:1268-1275.
16. COMEROTA, A.J.; GRAVETT, M.H. Iliofemoral venous thrombosis. **J Vasc Surg** 2007;46(5):1065-1076.
17. ELSHARAMY, M. & ELZAYAT, E. Early results of thrombolysis vs anticoagulation in iliofemoral venous thrombosis. A randomized trial. **Eur J Vasc Endovasc Surg** 2002;24(3):2009-14.
18. ENDEN, T.; HAIG, Y.; KLOW, N-E. *et al.* (CaVenT Study Group). Long-term outcome after additional catheter-directed thrombolysis versus standard treatment for acute iliofemoral deep vein thrombosis (the CaVenT study): a randomized controlled trial. **Lancet** 2012;379(9810):31-38.
19. COMEROTA, A.J. Quality-of-life improvement using thrombolytic therapy for iliofemoral deep venous thrombosis. **Rev Cardiovasc Med** 2002;3(suppl. 2):S61-S67.
20. FRISOLI, J.K. & SZE, D. Mechanical thrombectomy for the treatment of lower extremity deep vein thrombosis. **Tech Vasc Interv Radiol** 2003;6(1):49-52.
21. MURPHY, K.D. Mechanical thrombectomy for DVT. **Tech Vasc Interv Radiol** 2004;7(2):79-85.



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica



Solução Carotídea

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

Embolização Periférica

- Contour Particula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortx 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortx 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 016"

Solução Renal

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

Solução Iliaca

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

Solução Femoral

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

Solução BTK

(Below-the-knee)

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

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

Boston
Scientific

Síndrome Aórtica Aguda

Autores: **Drs. Cláudia Hidas¹, Luís Fernando Lima², Gisele Cordeiro², Miryam Marques².**

1. Chefe do serviço

2. Staffs

Serviço: Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do hospital VITA VR - Volta Redonda, RJ

INTRODUÇÃO

A Síndrome Aórtica Aguda (SAA) consiste na lesão aguda da parede aórtica com ruptura da camada média e sangramento ao longo da sua parede. As três principais formas são a dissecção aórtica (DA), o hematoma intramural (HIM) e a úlcera penetrante (UP) de aorta. O trauma de aorta com laceração da íntima também faz parte da síndrome. Os principais fatores de risco são a hipertensão arterial (75%), o tabagismo, o trauma direto e o uso de drogas ilícitas. Ocorrem 2 a 3,5 casos/ano/100.000 pessoas.

No trauma temos, normalmente, dissecção ou ruptura, mais comumente no istmo (45%) seguido da aorta ascendente (23%). A dissecção é o evento mais comum.

A dor é muito intensa e reflete a localização da ruptura inicial e muda conforme a dissecção se estende ao longo da aorta.

Os exames diagnósticos consistem em ECG, RX de tórax, exames laboratoriais com dosagem de marcadores de necrose miocárdica e D-dímero, ecocardiograma transesofágico, angiotomografia e angioressonância.

O risco maior na SAA é o tamponamento pericárdico com ou sem envolvimento das coronárias ou vasos cefálicos.

Na DA tipo A, o óbito ocorre em 1% a 2%/hora entre as primeiras 24 e 48 horas e, se não tratada, teremos até 50% de óbito na primeira semana. No tratamento cirúrgico, teremos 10% de óbito nas primeiras 24 horas e até 20% em 30 dias. A *causa mortis* ocorre mais frequentemente devido à disfunção valvar aórtica e insuficiência cardíaca aguda, tamponamento pericárdico, oclusão ou ruptura aórtica. A SAA que envolve a aorta ascendente é uma emergência cirúrgica.

Na DA tipo B, a mortalidade em 30 dias é de 10% a 25% devido a complicações isquêmicas. Quando a SAA está confinada à aorta descendente, temos como conduta o tratamento clínico, exceto em caso de isquemia de órgãos ou membros, dissecção progressiva, ruptura iminente, dor refratária ou hipertensão não controlada, e a conduta cirúrgica mais adequada hoje é a endovascular.

O tratamento clínico tem como objetivo inicial diminuir a pressão de pulso o suficiente para diminuir o estresse da parede aórtica, mantendo a perfusão de órgãos satisfatória. Utilizamos os betabloqueadores endovenosos (Labetalol — não disponível no Brasil — e Metoprolol) e a seguir orais, nitroprussiato e opioides. Deve-se efetuar o controle agressivo da HAS e testes de imagem seriados para detecção precoce de progressão, nova dissecção e formação de úlceras e aneurismas.

CASO CLÍNICO

Homem, 57 anos, médico, hipertenso não controlado, obeso leve, sedentário, tabagista pesado (40 cigarros/dia), com AMF de AAA (pai).

Início do QC pela manhã, pós-prandial, com dor intensa, em barra, tóraco-abdominal, associada à sudorese profusa, palidez e parestesia progressiva de MMII.

Ao dar entrada no OS, cerca de 1 hora após o início da dor, apresentava PA 220x130 mmHg, palidez cutâneo mucosa, agitação, taquipneia, cianose de extremidades e paraplegia de MMII. ECG sem sinais de isquemia miocárdica. Exames laboratoriais sem alterações específicas e angiotomografia evidenciando hematoma intramural iniciando logo após a ASCE e se estendendo até bifurcação aórtica, com preservação de todos os ramos viscerais e ilíacas e ausência de fluxo nas artérias medulares.

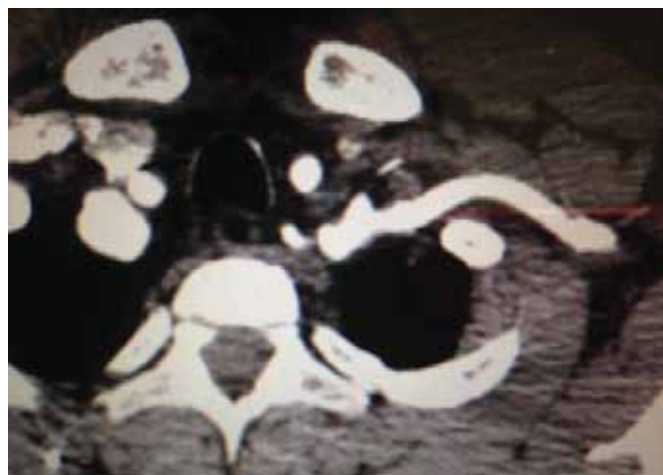


Fig. 1

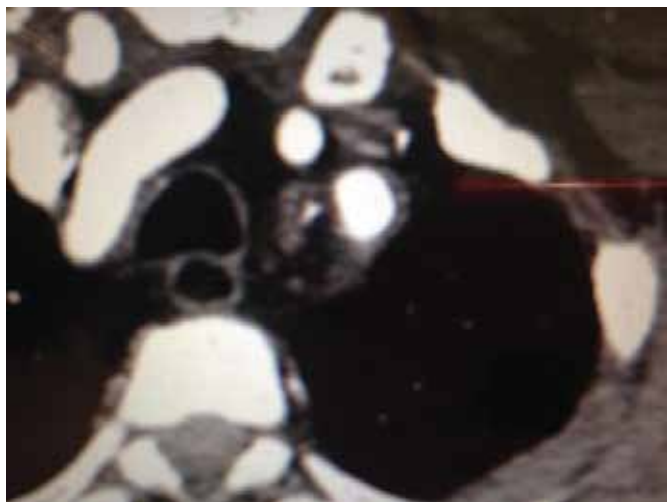


Fig. 2



Fig. 5

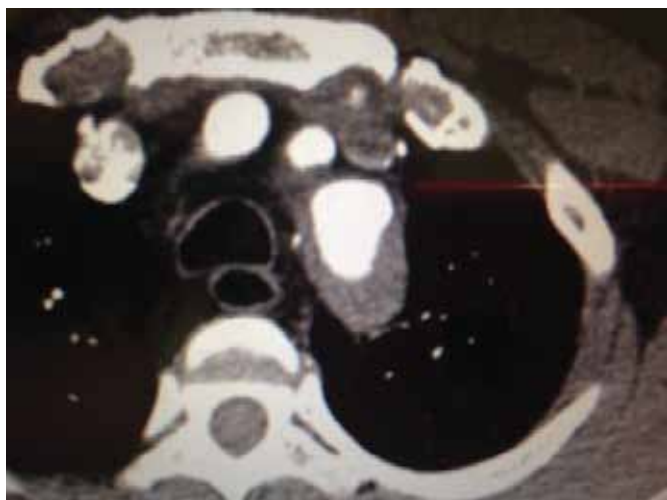


Fig. 3



Fig. 6



Fig. 4

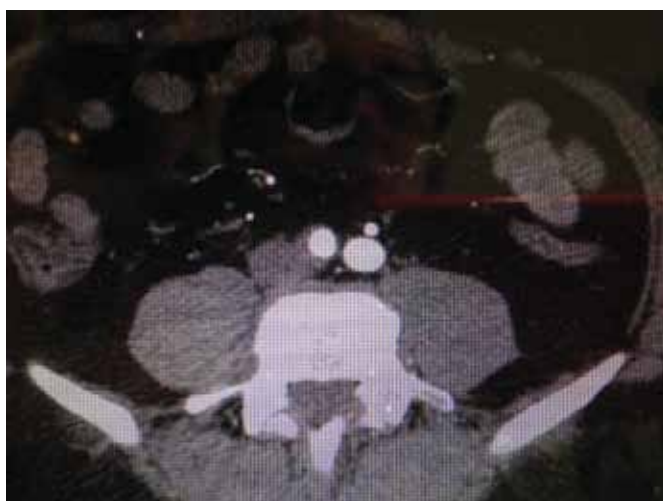


Fig. 7

Fig. 1 a Fig.7: ANGIOtc de admissão.

Iniciou-se, então, betabloqueador, nitroprussiato e morfina, instalada drenagem líquórica (1.medida= 60 mmH₂O), com melhora imediata da dor, da hipertensão e discreta melhora da paralisia em MIE. Cerca de 18 horas após a admissão, iniciou com queda da PA e diminuição do débito urinário, com piora progressiva, e após 24 horas da admissão paciente apresentava-se em QC de choque cardiogênico, com ecotratamento mostrando derrame pericárdico volumoso e sinais de tamponamento cardíaco, RX de tórax com derrame pleural à esquerda. Levado ao centro cirúrgico e submetido à pleuropericardiostomia com saída de cerca de 500 ml de sangue, havendo melhora imediata dos níveis tensionais e normalização da pressão líquórica.

Submetido a três sessões de hemodiálise com recuperação completa da função renal.

TC e RM no quinto dia de internação mostraram estabilização e regressão do hematoma intramural aórtico e edema de cone medular. Permanecia com paralisia de MID, paresia de MIE e bexiga neurogênica.



Fig.8



Fig.8 e Fig.9: RM /TC no 5 dia.

Alta hospitalar com 14 dias de evolução, com PA controlada e assintomático.

Realizada ENMG de MMII no 20º dia de evolução mostrando abolição dos reflexos sensitivo-motores à direita e recrutamento proximal em MIE.

Feita angioressonância no 30º dia de evolução que evidenciou duas úlceras de aorta descendente (25 mm após ASCE e 30 mm antes do TC) + cone medular com sinais de gliose anterior.



Fig. 10

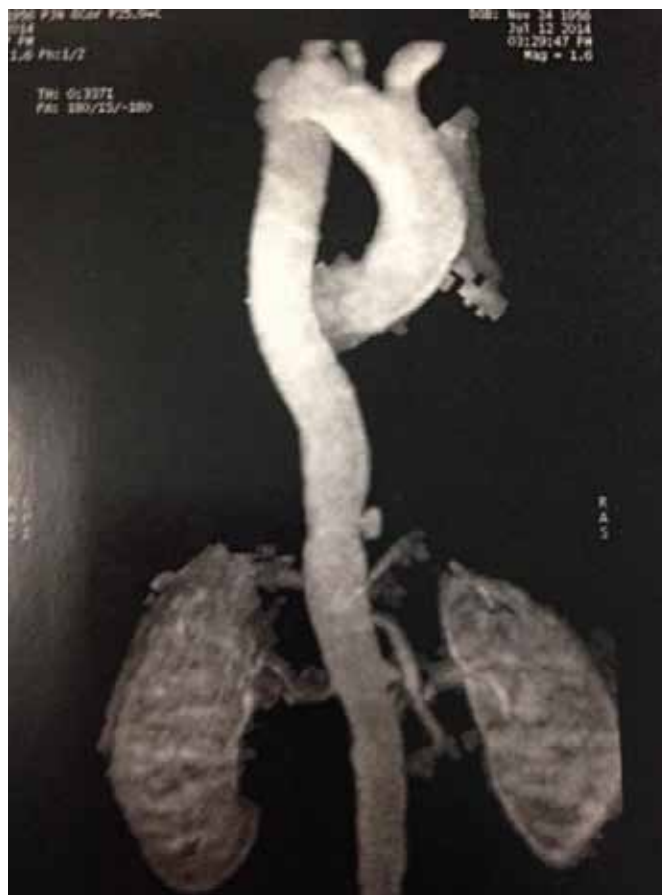


Fig. 11

Fig. 10 e Fig. 11: 30º dia de evolução.

Indicado tratamento endovascular, realizado no 40º dia de evolução com implante de Endoprótese Valiant Captivia 34x34x200

+ 34x30x150. Apresentou boa evolução pós-operatória, com alta após 36 horas da cirurgia.

BIBLIOGRAFIA

CARDIOSOURCE, AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY - Abordagem das Síndromes Aórticas Agudas.
NIENABER, C.A.; POWELL, Jr. Managemento of Acute Aortic Syndromes. *Eur Heart Journal* 2011, Aug 2.
HAGAN, P.G.; NIENABER, C.A.; ISSELBACHER, E.M.; BRUCKMAN, D.; KARAVITE, D.J.; RUSSMAN, P.L. et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into na old disease. *JAMA* 2000;283(7):897-903.
TSAI, T.T.; EVANGELISTA, A.; NIENABER, C.A.; MYRMEL, T.; MEINHARDT, G.; COOPER J.V. et al. Partial

Thrombosis of the false lumen in patients with acute type B aortic dissection. *N Engl J Med* 2007; 357 (4): 349-59.
GANAHA, F.; MILLER, D.C.; SUGIMOTO, K.; DO, Y.S.; MINAMIGUCHI, H.; SAITO, H.; et al. Prognosis os Aortic intramural hematoma with and without penetrating atherosclerotic ulcer; a clinical and radiological analysis. *Circulation* 2002; 106(3):342 -8.
PEREIRA, A.H.; PEREITA, A.A. "Síndrome Aórtica Aguda". In: LOBATO, A.C. (org.). *Cirurgia Endovascular*. 2 ed. São Paulo: ICVE. p. 603-32.



MEDShop

Saúde e conforto para você!

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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/
vaso sanitário
Produtos vendidos
separadamente



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

Fotos meramente ilustrativas

www.medshop.com.br

LOJAS

Humaita

Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

Centro

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

Botafogo

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

Barra

Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S

Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924 / 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Tratamento híbrido do aneurisma tóraco-abdominal tipo III de Crawford associado à isquemia mesentérica crônica

Desafio terapêutico

Autores: Drs. Marco Antônio Mannarino Theodoro Ribeiro¹, Fabio Monteiro Costa², Leonardo Cesar Alvim³, Luís Eduardo Fogaça Ribeiro⁴, Carla Pessoa⁵, Artur Guedes⁶, Vinícius Balieiro⁷.

1. Especialista em Cirurgia Vascular pela UERJ-MEC e SBACV. Especialista em Cirurgia Endovascular pela SBACV. Coordenador dos Serviços de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital São João batista (HSJB) – Volta Redonda – RJ e da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa – (SCMBM) – RJ.

2. Especialista em Cirurgia Vascular pela UERJ-MEC e SBACV. Especialista em Cirurgia Endovascular pela SBACV. Cirurgião Vascular do HSJB e da SCMBM.

3. Especialista em Cirurgia Vascular pelo Hospital da Força Aérea Galeão-MEC E SBACV. Cirurgião Vascular do HSJB e da SCMBM.

4. Especialista em Cirurgia Vascular pelo HSJB-MEC. Cirurgião Vascular do HSJB.

5. Médica Residente R3 de Cirurgia Vascular do HSJB.

6. Médico Residente R2 de Cirurgia Vascular do HSJB.

7. Médico Residente R1 de Cirurgia Vascular do HSJB.

INTRODUÇÃO

Quando observamos a evolução do tratamento cirúrgico para o aneurisma da aorta tóraco-abdominal (AATA), incluindo os tipos I, II, III e IV de Crawford e tipo V de Safi⁷, nos confrontamos com inúmeras opções terapêuticas alternativas às abordagens cirúrgicas por tóraco-frenolaparotomias, sejam através das endopróteses fenestradas¹, ramificadas, técnicas de chaminé², sanduíche³, *stents* de multicamadas⁶, procedimentos híbridos^{4 e 5}, tendo como objetivo principal a diminuição da morbimortalidade cirúrgica, mas também permitindo o tratamento do AATA, além das fronteiras de poucos Serviços aptos a realizarem a cirurgia aberta convencional dos tipos I, II e III com mortalidades aceitáveis, inferiores a 20%, e, especialmente nos procedimentos híbridos, uma opção para os casos de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o custeio dos centros credenciados não contempla as opções endovasculares.

Apresentamos um caso de uma paciente cujo quadro clínico inicial se deu pela obstrução crônica dos vasos viscerais, com sintomatologia de Isquemia Mesentérica Crônica (IMC), diagnosticado um AATA tipo III, com oclusão/suboclusão crônica dos vasos viscerais, sendo o procedimento híbrido uma opção ao tratamento cirúrgico convencional de ambas as patologias.

PARTE 1 – SITUAÇÃO CLÍNICA

Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa, tabagista, com história de dores abdominais pós-prandiais, de início há 1 ano e piora progressiva, recentemente aversão ao alimento e emagrecimento (18Kg/10 meses). Há 30 dias dores abdominais e lombares constantes, sem melhora com analgesia convencional. Ao exame físico, se mostrava uma paciente em precário estado nutricional, fâscies de dor, com massa abdominal pulsátil em meso e epigástrico, doloroso à palpação profunda, sem sinais peritoneais. Pulsos periféricos palpáveis em todos os quatro membros. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia inespecíficas. Ecocardiograma com FE 48%. Cinecoronariografia com lesão 50% em ramo descendente anterior e ventriculografia com hipocinesia difusa moderada. Angiotomografia (ATC) demonstrando diâmetro aórtico torácico de 28 mm ao nível do 6º espaço intercostal (EIC), com início de dilatação e trombos parietais a partir do 9 e 10 EIC (Fig. 1), com início do aneurisma no 11 EIC (42 mm), suboclusão do tronco celíaco (TC) (Fig. 2), oclusão crônica da artéria mesentérica superior (AMS) (Fig. 3), estenose ostial da artéria renal direita (ARD), e dilatação máxima de 60 mm ao nível da veia renal esquerda (VRE) (Fig. 4), terminando na bifurcação aórtica, com artérias ilíacas comuns (AIC) de bons calibres e sem calcificações.

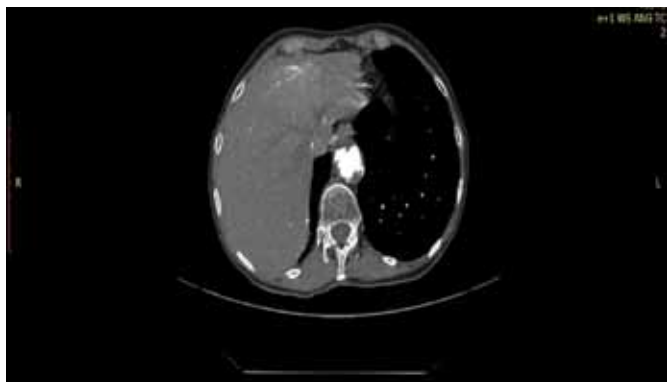


Fig 1: Aorta torácica ao nível do 10 EIC. Observar a grande quantidade de trombos.

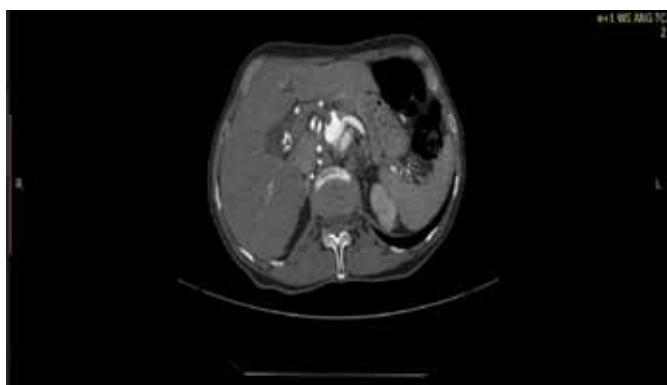


Fig. 2: Suboclusão do TC.

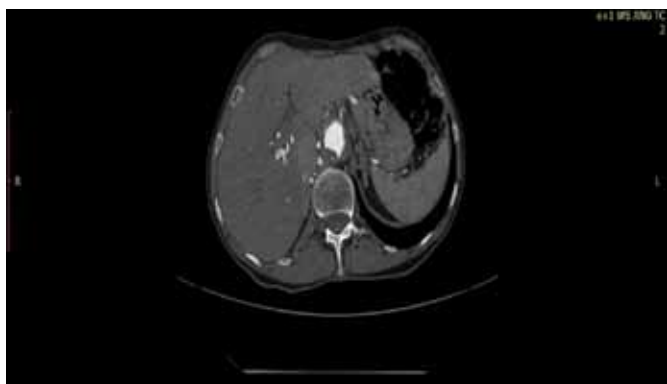


Fig. 3: Oclusão crônica AMS.



Fig. 4: Nível da veia renal esquerda. Maior diâmetro.

PARTE 2 – O QUE FOI FEITO?

Considerando a necessidade de revascularização mesentérica e exclusão do AATA, optamos pelo procedimento híbrido, em 02 tempos, iniciando pela confecção de pontes viscerais retrógradas e posterior implante de endoprótese bifurcada. Em 03/05/2013, a paciente foi submetida à laparotomia xifopúbica mediana, dissecação e isolamento da AIC direita e dos ramos viscerais por abertura da pequena curvatura gástrica (Fig. 5). Utilizamos uma prótese tubular de Dacron Hemashield de 7 mm com confecção de ramo em Y, com anastomose término-lateral em 1/3 distal de AIC direita (Fig. 6), tunelização do enxerto por túnel retroperitoneal anterior à VRE e retropancreático, com anastomoses distais término-terminais, sob magnificação, em artérias renais direita e esquerda e implantes do TC e AMS no corpo do enxerto (Fig. 7), com ligadura justa aórtica dos cotos proximais. O tempo médio de isquemia renal foi de 13 minutos, sendo realizado resfriamento renal com solução de ringer com lactato a 4 graus Celsius, no volume de 160 ml/Rim. Paciente manteve-se estável no per e pós-operatório (PO), sem necessidade de hemotransusão ou entubação prolongada, recebendo alta da UTI no 3º PO e sendo agendado implante da endoprótese no 5º PO (08/05/2013), após completa estabilização clínica e recuperação da função renal. O procedimento de exclusão do AATA foi programado visando à utilização de uma endoprótese bifurcada, implantada por acesso cirúrgico inguinal bilateral desde o 9 EIC até o final da AICE (corpo principal), posicionando o componente contralateral até os 2 cm iniciais da AICD (Fig. 8). Foi utilizada uma endoprótese customizada Braille Biomédica 42x14x300 mm e ramo contralateral 14x16x150 mm. Ao término dos implantes, foi realizada angiografia para confirmação



Fig. 5: Dissecação troncos viscerais pela pequena curvatura gástrica.



Fig. 6: Anastomose TL 1/3 distal da AICD retrógrada.

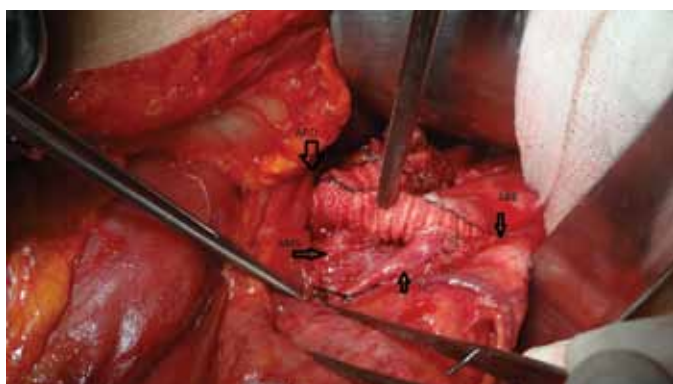


Fig. 6: Anastomose TL 1/3 distal da AICD retrógrada.

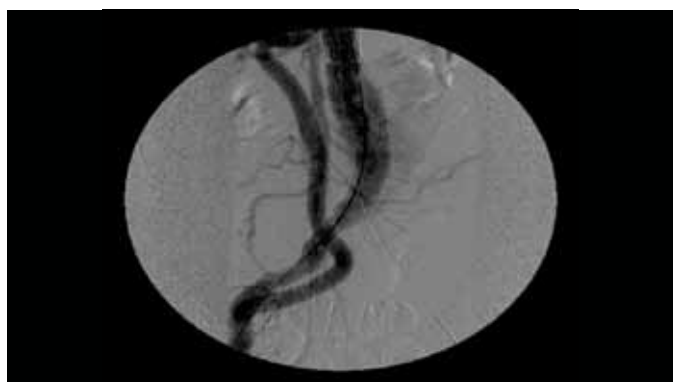


Fig 7: Aspecto final das anastomoses viscerais.



Fig. 8: Controle final com posicionamento ramo ilíaco contralateral justa-anastomótico.

da patência das anastomoses (Fig. 9). A paciente evoluiu sem nenhuma intercorrência clínica ou cirúrgica, recebendo alta no 4º dia pós-implante da endoprótese. O controle por ATC realizado com 30 dias demonstrou patência de todos os ramos com exclusão do saco aneurismático, sem endoleaks (Fig. 10). O controle por ATC de 01 ano (12/07/2014) demonstrou patência de todos os ramos viscerais, diminuição do saco aneurismático para 58 mm, ausência de endoleaks, nenhuma alteração de densidades no trajeto das pontes. Clinicamente a paciente se encontra em plena atividade laborativa, assintomática, com função renal normal, já tendo recuperado 15Kg de peso corporal.



Fig. 9: Controle angiográfico final demonstrando perviedade pontes viscerais.



Fig. 10: Angio TC controle 30 dias.

DISCUSSÃO

Embora as soluções endovasculares tenham sido rapidamente assimiladas para o tratamento do aneurisma da aorta abdominal e do aneurisma isolado da aorta torácica descendente nos últimos anos, a aplicação desta tecnologia nos AATA tem sido consideravelmente mais lenta, devido à presença dos ramos viscerais e renais, e apesar de sua

utilização, a aplicação universal destas tecnologias tem sido limitada por questões logísticas e regulatórias. Quanto à correção cirúrgica dos AATA, os resultados são aceitáveis e duradouros, porém com índices de mortalidade nos procedimentos eletivos em torno de 20%^{8,9}, e, nos casos da cirurgia do AATA, relacionado ao volume/cirurgião-equipe. Nos últimos anos, entretanto, os procedimentos híbridos de “Debranching” com o reparo aórtico endovascular têm sido adotados como um procedimento menos invasivo, particularmente nos pacientes de alto risco, evitando-se o clampeamento aórtico, incisões tóraco-abdominais, perfusão extracorpórea, longos períodos de isquemia visceral, maiores perdas sanguíneas, maiores complicações respiratórias, maiores índices de paraplegia, sendo relatadas taxas de mortalidade de 11.9% nos procedimentos eletivos⁴. Nesse mesmo trabalho⁴, os autores consideram o tratamento híbrido como de escolha para AATA tipos I, II e III, naqueles casos que não se enquadram à endovascular. Para refletirmos,

na cirurgia híbrida, assim como na endovascular, temos os endoleaks que aumentarão as reintervenções, risco de erosões entéricas tardias, além de dúvidas quanto à patência dos enxertos viscerais. Baseados nos estudos das pontes retrógradas e anterógradas para revascularização na IMC e na presença de AATA, encontramos taxas de patências primárias que variam de 86% a 100%¹⁰.

Nesse caso em particular, optamos pela cirurgia híbrida por não haver viabilidade técnica e financeira ao StentMultilayer pela oclusão AMS e suboclusão do TC, o que também tornaria o implante de endoprótese ramificada/Técnica de Sanduíche desafiador, pela necessidade de se manipular o óstio do TC e a AMS cronicamente ocluída. Em se optando pela cirurgia aberta, haveria a necessidade de criação de pontes individuais para os troncos viscerais, com necessidade de endarterectomias no TC, AMS e ARD, aumentando muito o período de isquemia visceral, além da necessidade de toracotomia, e em uma paciente em mal estado nutricional. Optamos pela customização para criarmos um tubo aórtico longo (200 mm), com diâmetro de 42 mm e bifurcado, evitando-se assim o uso de inúmeras extensões proximais e distais, diminuindo a chance de endoleaks tipo 3 e o custo do procedimento. Realizamos a tunelização retropancreática, embora autores⁵ hoje optem pelo trajeto antepancreático, após um caso de pancreatite necro-hemorrágica.

CONCLUSÃO

Embora os procedimentos híbridos para o AATA ainda necessitem estudos de longo prazo, sua eficácia tem sido demonstrada com menores índices de morbimortalidade na maioria das séries. Torna-se uma ferramenta útil para situações de alto risco cirúrgico aberto, principalmente para os AATA tipos I, II e III, para situações onde não haja viabilidade financeira ou logística para uma correção endovascular total, e, de uma maneira democrática, propicia cada vez mais Serviços a realizarem esse tipo de cirurgia. Como já dito, o procedimento híbrido hoje representa uma fase de transição para o procedimento totalmente endovascular.

O estudo foi todo realizado na SCMBM e no HSJB.

Fonte de financiamento, não há.

Declaramos não haver nenhum conflito de interesse.

Pulsar
stent autoexpansível
de nitinol

Tecnologia exclusiva para
membros inferiores

A BIOTRONIK tem o compromisso
de fornecer soluções completas
para membros inferiores. Pulsar
dispõe de stents longos com
comp. de 20 a 200mm, força radial
otimizada e flexibilidade sem igual.

- Tecnologia comprovadamente
eficaz: Resultados excelentes no
Estudo 4EVER indicam patência
primária de 81.4%
- Durabilidade: 0% de fratura em 2
anos mostrada no Estudo REAP¹

www.biotronik.com

SupriMedical

50 years
BIOTRONIK
excellence for life

1) Bessler R. 2012. 4EVER Study - primeira aplicação. Presented on behalf of the 4EVER Investigators. C2012, Lisboa, Portugal 15-19 September 2012.
2) Acler P et al. 2015. A long Pulsar stent with its bifurcated distal branch. Submitted. Biotronik. 2015. Pulsar stent is preclinical Pulsar stent system.

Exoseal: Alternativa simples para fechamento percutâneo de punção arterial

Autores: **Drs. Adalberto Pereira de Araujo¹, Cristiane Ferreira de Araujo Gomes², Felipe Borges Reis³, Mônica R. Mayall⁴, Flavia Figueira Baltharejo⁴, Carlos Felipe Silva Delgado⁴.**

1. Cirurgião Vascular-Endovascular. Diretor do Endovasc Center Rio de Janeiro - RJ.

2. Cirurgiã Vascular-Endovascular. Chefe de Clínica do Endovasc Center.

3. Cirurgião Vascular-Endovascular. Assistente do Endovasc Center.

4. Cirurgiã Vascular. Assistente do Endovasc Center.

INTRODUÇÃO

Os dispositivos de fechamento percutâneo de punção arterial foram introduzidos na década de 90, e a experiência com tais dispositivos demonstra que têm permitido a diminuição do tempo dos procedimentos endovasculares percutâneos e as complicações inerentes à hemostasia por compressão, dentre as quais o pseudoaneurisma é uma das mais temidas. Outras vantagens observadas incluem não ser necessário inibir a heparina administrada, dispensar a compressão local prolongada – uma bainha 5F exige, pelo menos, 15 minutos de compressão¹ – dispensar curativo compressivo prolongado, evitar a formação de hematomas e as epidermólises, por vezes provocadas pelos adesivos aplicados sob pressão para manter o curativo compressivo. Podem-se citar também como vantagens evitar eventuais graves reações idiossincrásicas da protamina e permitir ao paciente deambular poucas horas após o procedimento^{2,3}, abreviando a alta hospitalar.

OBJETIVO

Relatar pequena experiência adquirida com a aplicação do Exoseal e nossa impressão sobre esse dispositivo.

DESENVOLVIMENTO

As indicações para a utilização dos dispositivos de fechamento percutâneo de punção arterial (DFPPA) são: pacientes obesos, artéria de bom calibre, pacientes hipertensos, necessidade de manter antiagregado, pacientes discrásicos ou anticoagulados e utilização de bainha maior que 5F após procedimentos terapêuticos. As indicações maiores são: pacientes obesos, discrásicos ou anticoagulados e antiagregados.

Revendo a literatura, encontramos onze DFPPA, mas, no Brasil, somente quatro deles têm sido utilizados. São eles: o Starclose, o Angioseal, o Perclose ProGlide e, mais recentemente, o Exoseal. Os três primeiros, apesar de comprovada eficiência⁴, encerram pequeno potencial de complicação, que varia de 1 a 2,5%^{5,6}. Faremos um breve resumo desses três primeiros dispositivos, para, a seguir, discorrer sobre o Exoseal e justificar nossa boa impressão a seu respeito.

Starclose® (Abbott Vascular, Santa Clara, CA, USA)

O Starclose⁷⁻¹⁰ é um DFPPA no qual se aplica um clip no orifício de punção. Para exercer essa função, esse clip é aplicado por um dispositivo de alta tecnologia que conduz uma ogiva com 4 asas na ponta. Essa ogiva é introduzida e se movimenta no lúmen arterial; a seguir, ela se abre em 4 asas, que são recuadas contra o endotélio, onde se encontra o orifício de punção. Ao serem tracionadas contra o orifício de punção pelo mecanismo de disparo do sistema, as asas se retraem, saem do lúmen arterial e um clip de nitinol é aplicado no orifício de punção arterial. Como o passo a passo para sua aplicação é complexo, eventualmente esse dispositivo pode lesar a artéria, obrigando à conversão para cirurgia reparadora da lesão arterial produzida.

Angioseal® (St. Jude Medical)

O Angioseal¹¹⁻¹⁴ é um DFPPA também muito eficiente e largamente utilizado em nosso meio. É composto de três componentes absorvíveis e biocompatíveis: uma âncora de biopolímero de ácido lático e ácido glicólico (50:50) que fica tracionada contra o endotélio, local do orifício interno de punção, e assim é mantida por uma esponja de colágeno fixada sobre

a adventícia, com 5 pontos de passagem de um fio de sutura através da esponja de colágeno, produzindo a compactação final desses componentes.

Também é um dispositivo composto de componentes que são introduzidos na luz arterial, adotando-se um passo a passo que eventualmente falha e obrigando à compressão local para obter a hemostasia, ou causando complicação arterial que obriga à cirurgia reparadora para corrigir a complicação.

É com esse dispositivo que acumulamos uma experiência maior, de aproximadamente 200 casos. Em cinco deles, foi necessária a cirurgia reparadora no per ou no pós-operatório imediato.

Perclose – ProGlide® (Abbott Vascular, Santa Clara, CA, USA)

O Perclose-ProGlide¹⁵⁻¹⁷ é um dispositivo de tecnologia refinada, muito utilizado atualmente. Funciona aplicando-se um ponto de sutura no orifício de punção arterial. Sua aplicação exige um passo a passo composto por quatro etapas relativamente simples; no entanto, para ser aplicado, exige a introdução de dispositivo metálico no lúmen arterial. Tem um mecanismo que faz abrir e fechar uma âncora metálica no lúmen arterial para permitir a aplicação do ponto de sutura no orifício de punção.

Esse mecanismo eventualmente pode falhar, fazendo o sistema de entrega ficar retido no lúmen arterial e obrigando à conversão para cirurgia aberta. Em artérias calcificadas, o fio pode romper-se, obrigando à compressão local para a hemostasia.

As recomendações do fabricante informam que o Perclose-ProGlide não é recomendado, ou sua segurança não foi comprovada, em casos de sítio de punção arterial femoral superficial e profunda, presença de hematoma ou FAV antes da retirada da bainha, femoral comum calcificada visível na radioscopia, femoral comum de calibre reduzido (<5 mm), estenose femoral comum maior que 50%, punção em enxerto, punção anterógrada, gravidez, obesidade mórbida, diátese hemorrágica ou coagulopatia e em jovens com menos de 18 anos.

Exoseal® (Cordis Corporation – www.exoseal.com)

O que nos chama a atenção no Exoseal^{18,19} é a simplicidade do dispositivo, que permite a sua aplicação sem risco de algum dos seus componentes ficar retido na luz arterial, produzindo

complicação. Portanto, o Exoseal chama a atenção pela simplicidade, pela pouca sofisticação e por ser um dispositivo de fechamento do orifício externo de punção arterial, ao depositar um tampão de ácido poliglicólico entre o orifício externo da punção arterial e a fáscia femoral. Ou seja, não há a possibilidade de nenhum dos componentes do sistema ficar retido no lúmen arterial e, portanto, torna remoto o surgimento de complicação que determine a necessidade de conversão para cirurgia aberta. Por quê? A descrição do dispositivo e sua técnica de aplicação, conforme transcritas abaixo, respondem bem a essa pergunta.

DESCRIÇÃO DO EXOSEAL

O Exoseal® é constituído de dois componentes básicos: um cabo e uma cânula (Fig.1). O cabo (Fig. 1f) contém uma janela indicadora (Fig. 1a) do momento em que o tampão de ácido poliglicólico se encontra entre o orifício externo de punção e a fáscia femoral, portanto, vedando o orifício externo. Um sinalizador de fluxo (Fig.1b), que é uma espécie de suspiro que exhibe refluxo de sangue enquanto o dispositivo ainda se encontra no lúmen da artéria e cessa de sangrar, indicando que o tampão já não mais está no lúmen arterial e, portanto, está se aproximando o momento de ser liberado sobre o orifício externo de punção. Um gatilho (Fig. 1c) destina-se a fazer recuar a cânula, liberando esse tampão extravascular. O cabo ainda tem um anel adaptador da bainha (Fig. 1d), a bainha que está na artéria.

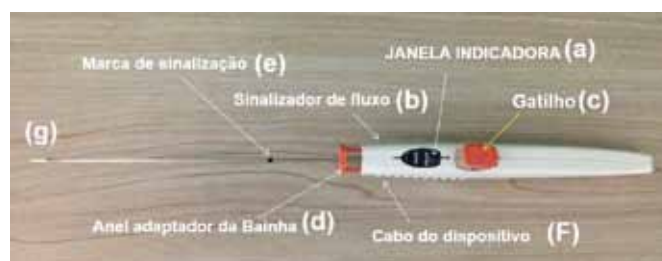


Fig. 1: a) Exoseal: Janela indicadora, b) Sinalizador de fluxo, c) Gatilho, d) Anel adaptador da bainha, e) Marca de sinalização, f) Cabo do dispositivo, g) Tampão de ácido poliglicólico.

A cânula contém três microtubos. Em um deles encontra-se o tampão de ácido poliglicólico na sua extremidade distal (Fig. 1g e Fig. 2); em outro, um anel de nitinol retificado; e há um terceiro microtubo que se abre no sinalizador de fluxo (*suspiro*) e permite indicar os momentos em que a cânula se encontra no lúmen arterial (sinalizador com fluxo) e o momento em que ela sai dele (sinalizador sem fluxo).



Fig. 2: Cânulla com o tampão do Exoseal na ponta.

A cânulla contém uma marca circular de cor preta em seu terço proximal denominada marca de sinalização (Fig. 3a). Essa marca é o limitador da introdução da cânulla na bainha. O dispositivo de aplicação do Exoseal funciona da seguinte maneira: terminado o procedimento diagnóstico ou terapêutico via femoral, retira-se o cateter e o fio-guia e deixa-se a bainha. Introduce-se a cânulla do Exoseal na bainha até a marca de sinalização atingir a válvula antirrefluxo da bainha (Fig. 4a). Nesse momento, a cânulla ainda não ultrapassou a ponta da bainha, portanto, ela ainda não penetrou na luz da artéria (Fig. 5a,b).



Fig. 3: Cânulla entrando na bainha. Observar a marca de sinalização(a).



Fig. 4: (a) A marca de sinalização foi avançada até a válvula antirrefluxo da bainha.



Fig. 5: (a) marca de sinalização na válvula antirrefluxo, (b) cânulla ainda dentro da bainha.

A partir dessa etapa, todos os movimentos feitos com a bainha e com a cânulla são movimentos de recuo. Com o cabo do Exoseal estacionário, recua-se a bainha até ela encostar no seu adaptador (Fig. 6a), que faz parte do cabo; nesse momento, a cânulla do dispositivo encontra-se exteriorizada da bainha e, portanto, no lúmen arterial (Fig. 6b), por isso inicia-se um pequeno jato de sangue pelo sinalizador de fluxo (Fig. 6c). A seguir, recua-se mais um pouco a bainha contra o seu adaptador, fazendo-o penetrar no cabo do dispositivo (Fig. 7a). Nesse momento, ouve-se um *click* (Fig. 7b).

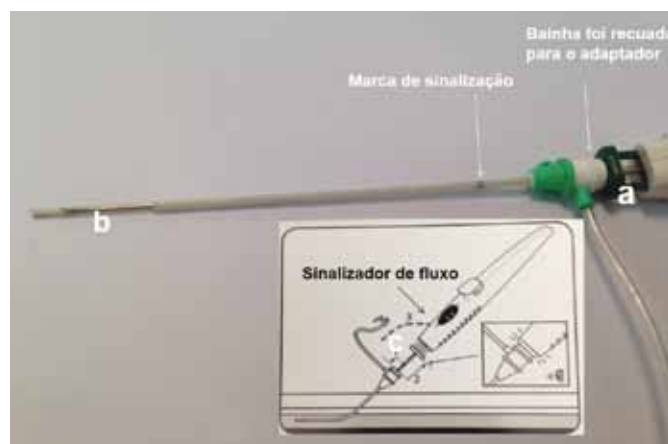


Fig. 6: (a) Bainha recuada para seu adaptador, (b) ponta da cânulla exteriorizada da bainha, portanto já na luz da artéria.



Fig. 7: (a) Bainha foi recuada para encaixar o anel adaptador ao cabo do dispositivo. (b) Ouve-se um *click* indicando que a alça de nitinol se armou na ponta da cânulla (c) na luz arterial.

Com esse movimento e esse *click*, uma alça de nitinol é exteriorizada na ponta da cânulla (Fig. 7c). A partir desse momento, segura-se a bainha com a mão esquerda, e o cabo do dispositivo com a mão direita (Fig. 8). Recua-se a bainha, fazendo-a recuar simultaneamente ao cabo do dispositivo.

Esse recuo da bainha deve ser inicialmente rápido e, a seguir, vai-se muito lentamente procedendo da seguinte maneira:

no paciente magro, recua-se rapidamente o correspondente a 4 ou 5 dedos transversos de bainha e, a seguir, passa-se a recuar lentamente. No paciente gordo, recua-se rapidamente o correspondente a 2 ou 3 dedos transversos de bainha e, a seguir, lentifica-se a velocidade de recuo. Essa tática destina-se a diminuir o tempo de sangramento pelo sinalizador de fluxo (Fig. 6c, 7d, e 8b e 9a).

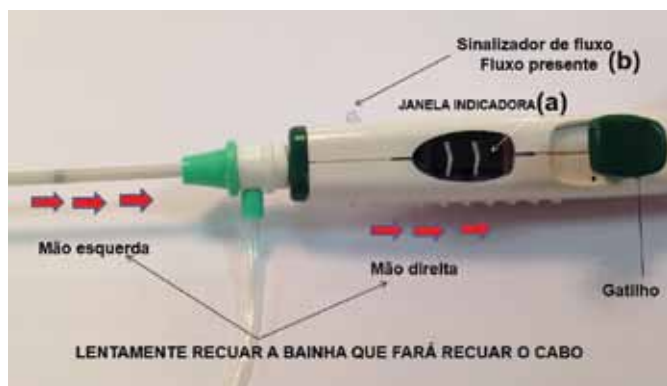


Fig. 8: Segurando a bainha com a mão esquerda e o cabo do Exoseal com a mão direita. Recuar puxando a bainha que fará recuar o cabo do Exoseal.



Fig. 9: (a) Observar o fluxo arterial pelo sinalizador de fluxo. Nesse momento recua-se a bainha que fará o cabo recuar junto.

O tempo de recuo lento deve ocorrer olhando-se fixamente a janela sinalizadora (Fig. 8a e 10a). Não é necessário se preocupar com o local da punção nem manter qualquer tipo de compressão nele. A segurança da técnica nesse momento encontra-se na janela indicadora. Quando o sangramento pelo sinalizador de fluxo cessar (Fig. 8a e 10b), é sinal de que a cânula está chegando ao orifício externo de punção. Nesse momento, a alça de nitinol que se encontra exteriorizada na ponta da cânula (Fig. 7c) está se retificando através do orifício de punção. Essa resistência da alça para se retificar aciona o mecanismo que faz a *janela indicadora* mudar a cor de preto-branco (Fig. 8a e 10a) para preto-preto (Fig. 11a), indicando o momento exato de disparar o gatilho do dispositivo (Fig. 11b).

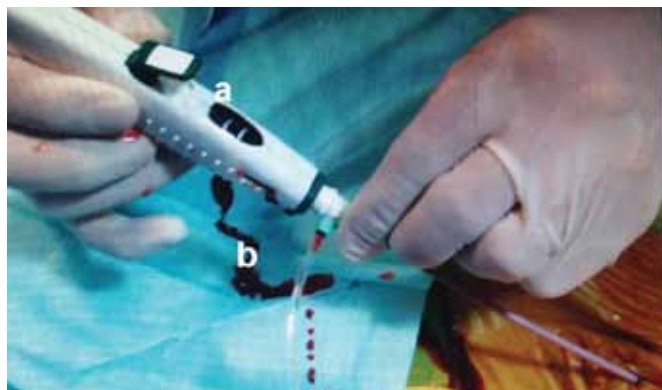


Fig. 10: (a) Janela indicadora. (b) Observar que parou o fluxo no sinalizador. A partir desse momento o recuo deve ser lentíssimo até a janela virar preto-preto. (c) Observar que a ponta da bainha já saiu na pele, sem problema, a cânula ocupa o orifício na artéria evitando hematoma.

Nesse momento, a ponta da cânula que contém o tampão de ácido poliglicólico encontra-se em contato direto com o orifício externo de punção da parede arterial (Fig. 11c). Antes do disparo do gatilho, devemos colocar o sistema em posição de 45° em relação à pele, apoiar a mão esquerda na pele e segurar a bainha e efetuar o disparo com a mão direita, assim aumenta-se a estabilidade do sistema. O disparo do gatilho (Fig. 11b) faz a ponta da cânula recuar, depositando o referido tampão entre o orifício externo da punção arterial e a fáscia femoral (Fig. 11d). Feito isso, retiramos todo o sistema e fazemos compressão local leve por dois minutos, tempo necessário para que o tampão aumente, por embebição de sangue, em até 20% do seu volume, aumentando também a sua eficácia.



Fig. 11: (a) Janela indicadora preto-preto, hora de apertar o gatilho (b). (c) Nesse momento a ponta da cânula que contém o tampão encontra-se em contato direto com o orifício externo de punção da artéria. (d) Tampão depositado entre o orifício externo de punção arterial e a fáscia femoral.

Por vezes, a ponta da bainha exterioriza-se na pele (Fig. 10c). Esse fato não deve desviar a atenção do operador, mas mantê-la com o olhar fixo na *janela indicadora*, porque a cânula ocupa o lugar da bainha, vedando o orifício de punção na parede da artéria e evitando a formação de hematoma pericânula.

Portanto, em nenhum momento existe movimento de avanço dos dispositivos na luz arterial, todos os movimentos são de recuo, inclusive o movimento que produz o disparo do gatilho. Não há injeção nem ejeção do tampão que se encontra na ponta da cânula, mas apenas deposição desse tampão no ponto-alvo. Com a ponta da cânula que conduz o tampão de ácido glicólico na luz arterial, o gatilho se mantém travado. São esses os fatos que tornam muito segura a aplicação desse dispositivo. Não há nada que possa ficar na luz arterial provocando obstrução e trombose. No máximo, pode ocorrer alguma falha de aplicação do dispositivo, o que acarretará a conversão para compressão manual, e não para cirurgia.

Em caso de falha na aplicação do dispositivo, em que o tampão é liberado acidentalmente no trajeto da punção, a eficiência da compressão manual aumentará, pois, no trajeto entre a pele e a parede da artéria, haverá esse tampão de ácido poliglicólico.

MATERIAL E MÉTODO

A nossa pequena experiência consta da aplicação de 11 Exoseal em 11 pacientes não selecionados, todos em artéria femoral comum por punção retrógrada. Ocorreram duas falhas que obrigou à compressão manual convencional, sem outras intercorrências. Essas duas falhas foram causadas pela nossa preocupação em manter a mão esquerda comprimindo levemente o local de punção, enquanto recuava o dispositivo utilizando apenas a mão direita. Essa manobra dificulta a estabilização do dispositivo e é desnecessária, considerando que não há risco de formação de hematoma pericânula, especialmente se utilizamos as bainhas adequadas. O sistema é compatível com todas as bainhas de 11 a 12 cm de comprimento com 5-F, 6-F e 7-F, que são compatíveis com o Exoseal 5, 6 e 7-F. As únicas bainhas não compatíveis com esse dispositivo são a bainha da Cook, por ter 13 cm de comprimento, e a bainha da Boston, por ter uma válvula um pouco mais longa, o que faz o seu comprimento total ser de 13 cm.

Maxien *et al.*²⁰ demonstraram que esse dispositivo pode ser usado mesmo em artérias muito calcificadas. Dentre os 59 pacientes não selecionados nos quais ele aplicou o Exoseal 6-F, obteve 98,3% de sucesso técnico. Um caso de falência primária foi convertido para compressão manual. Houve um caso (1,7%) de pseudoaneurisma, dois (3,4%) de pequeno hematoma, e um caso (1,7%) em que houve pequena hemorragia secundária. Não houve liberação intravascular do tampão em nenhum desses pacientes. Do total, 55 (93,2%) pacientes não referiram dor durante a aplicação do dispositivo.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há contraindicações conhecidas para a aplicação desses dispositivos²¹, mas existem recomendações e precauções dos fabricantes em relação à sua utilização nas seguintes situações: sítio de punção arterial femoral superficial e profunda, presença de hematoma ou FAV antes da retirada da bainha, femoral comum calcificada visível na radioscopia, femoral comum de calibre reduzido (<5 mm), estenose femoral comum maior que 50%, punção em enxerto, punção anterógrada, gravidez, obesidade mórbida. No entanto, as recomendações do fabricante do Angioseal o contraindicam para artéria inferior a 4 mm, punções próximas a bifurcações e em artérias com placa de ateroma.

DISCUSSÃO

Dentre os 11 dispositivos que vimos na literatura para fechamento percutâneo de punção arterial, o único similar ao Exoseal chama-se On site Datascope, indicado para artéria de até 4 mm de diâmetro, o que pode ser a indicação também para o Exoseal. A “dica” para abreviar o tempo de sangramento pelo sinalizador de fluxo é fazer recuo rápido do sistema num trajeto correspondente a 2 ou 3 dedos transversos no paciente magro, e de 4 ou 5 dedos no paciente gordo, seguido de recuo bem lento. Fixar a visão na *janela indicadora* enquanto se faz o recuo lento é outro detalhe que aumenta o sucesso do procedimento.

O gatilho do sistema fica travado, ele só é liberado para disparo quando a alça de nitinol é retificada, e a alça só se retifica quando, no recuo, passa pelo trajeto de punção da parede arterial. Portanto, com a ponta da cânula que conduz o tampão de ácido glicólico na luz arterial, o gatilho se mantém travado. Esse é o detalhe que evita o disparo do tampão na luz arterial.

CONCLUSÕES

Acreditamos que todos os dispositivos de fechamento percutâneo de punção arterial são muito eficazes, mas o Exoseal parece ser tão eficiente quanto os quatro dispositivos ora citados. Pela sua simplicidade e facilidade de aplicação, permite baixa incidência de complicação e mínima possibilidade de obrigar à conversão para cirurgia aberta, considerando ser ele um dispositivo de aplicação percutânea extravascular. Apresenta a desvantagem de só poder ser empregado em procedimentos com a utilização de bainha de, no máximo, 7-F.

Consideramos ser necessário um número maior de aplicações do Exoseal para validar essas suposições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BIONDI-ZOCCAI, G.G.; SANGIORGI, G. Shutting the door after antegrade femoral arteriotomy: should you push, clip, tie, or plug?. **J Endovasc Ther.** 2010;17:376–379.
2. ENGELBERT, T.L.; SCHOLTEN, A.; THOMPSON, K. *et al.* Early ambulation after percutaneous femoral access with use of closure devices and hemostatic agents. **Ann Vasc Surg.** 2010;24:518–523.
3. KHATRI, R.; ROSTAMBEIGI, N.; HASSAN, A.E.; *et al.* The use of vascular closure devices outside the catheterization laboratory after neurointerventional procedures is safe and effective: evidence from a retrospective study. **J Endovasc Ther.** 2012;19:239–245.
4. BIANCARI, F.; D'ANDREA, V.; Di MARCO, C.; *et al.* Metaanalysis of randomized trials on the efficacy of vascular closure devices after diagnostic angiography and angioplasty. **Am Heart J.** 2010; 159:518–531.
5. WAGNER, S.C.; GONSALVES, C.F.; ESCHELMAN, D.J.; *et al.* Complications of a percutaneous suture-mediated closure device versus manual compression for arteriotomy closure: a case-controlled study. **J Vasc Interv Radiol.** 2003;14:735–741.
6. NASSER, T.K.; MOHLER, E.R.; WILENSKY, R.L.; *et al.* Peripheral vascular complications following coronary interventional procedures. **Clin Cardiol.**
7. ABBOTT VASCULAR. StarClose SE vascular closure system; instructions for use. Available at: <http://www.abbottvascular.com/us/starclose-se.html>. Last accessed January 14, 2012).
8. NOORY, E.; RASTAN, A.; SIXT, S.; *et al.* Arterial puncture closure using a clip device after transpopliteal retrograde approach for recanalization of the superficial femoral artery. **J Endovasc Ther.** 2008;15:310–314.
9. Jaff MR, Hadley G, Hermiller JB *et al.* The safety and efficacy of the StarClose Vascular Closure System: the ultrasound substudy of the CLIP study. **Catheter Cardiovasc Interv.** 2006 Nov;68(5):684–9.
10. ANSEL, G.; YAKUBOV, S.; NEILSEN, C.; *et al.* Safety and efficacy of staple-mediated femoral arteriotomy closure: results from a randomized multicenter study. **Catheter Cardiovasc Interv.** 2006;67:546–553.
11. BIONDI-ZOCCAI, G.G.; FUSARO, M.; TASHANI, A.; *et al.* AngioSeal use after antegrade femoral arteriotomy in patients undergoing percutaneous revascularization for critical limb ischemia: a case series. **Int J Cardiol.** 2007;118:398–399.
12. DEULING, J.H.; VERMEULEN, R.P.; ANTHONIO, R.A.; *et al.* Closure of the femoral artery after cardiac catheterization: a comparison of Angio-Seal, StarClose, and manual compression. **Catheter Cardiovasc Interv.** 2008;71:518–523).
13. ABANDO, A.; HOOD, D.; WEAVER, F.; *et al.* The use of the Angioseal device for femoral artery closure. **J Vasc Surg.** 2004;40:287–290.
14. LUPATTELLI, T.; CLERISSI, J.; CLERICI, G.; *et al.* The efficacy and safety of closure of brachial access using the AngioSeal closure device: experience with 161 interventions in diabetic patients with critical limb ischemia. **J Vasc Surg.** 2008;47:782–788).
15. FRAM, D.B.; GIRI, S.; JAMIL, G.; *et al.* Suture closure of the femoral arteriotomy following invasive cardiac procedures: a detailed analysis of efficacy, complications, and the impact of early ambulation in 1,200 consecutive, unselected cases. **Catheter Cardiovasc Interv.** 2001;53:163–173.
16. GERCKENS, U.; CATTELAENS, N.; LAMPE, E.G.; *et al.* Management of arterial puncture site after catheterization procedures: evaluating a suture-mediated closure device. **Am J Cardiol.** 1999;83:1658–1663.
17. DOSLUOGLU, H.H.; CHERR, G.S.; HARRIS, L.M.; DRYJSKI, M.L. Total Percutaneous Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysms Using Perclose ProGlide Closure Devices. **J Endovasc Ther.** 2007;14:184–188
18. WONG, S.C.; BACHINSKY, W.; CAMBIER, P.; *et al.* A randomized comparison of a novel bioabsorbable vascular closure device versus manual compression in the achievement of hemostasis after percutaneous femoral procedures: the ECLIPSE (Ensure's Vascular Closure Device Speeds Hemostasis) Trial. **JACC Cardiovasc Interv.** 2009;2:785–793).
19. CORDIS CORPORATION© Cordis Corporation 2011 For customer service, call 1-800-327-7714, or visit us at www.cordis.com or www.exoseal.com 155-7687-1 22077 05/2011
20. MAXIEN, D.; BEHREND, B.; EBERHARDT, K.M.; *et al.* Valuation of the 6-F ExoSeal Vascular Closure Device in Antegrade Femoral Artery Punctures. **J Endovasc Ther.** 2012;19: 836–843.
21. KORENY, M.; RIEDMULLER, E.; NIKFARDJAM, M.; *et al.* Arterial puncture closing devices compared with standard manual compression after cardiac catheterization: systematic review and meta-analysis. **JAMA.** 2004;291:350–357.



VORTEX® VX 9,6 FR



Totalmente Implantável de Infusão de Drogas

Permitir múltiplo acesso ao sistema vascular

Livre do trauma associado com múltiplas punções às veias ou artérias

Ideal para infusão de medicamentos, coleta de sangue e seus derivados, nutrição e contraste radiológico.

Novas soluções para cirurgias endovasculares

SINUS SUPERFLEX 635



Auto-expansivo adapta-se perfeitamente e de forma muito confiável às paredes dos vasos chega até 200ml;

Ideal para estenoses longas;

Stent de Nitinol superflexível com polimento eletrônico de alta qualidade;

Máxima potência, flexibilidade e força radial;

Design híbrido com células abertas no meio do stent e células fechadas na ponta.

SINUS VENOUS STENT

Stent de veia de 10F;

Design híbrido;

Combinação de alta potência radial e flexibilidade;

Liberação PULLECK com deslizamento suave;

Ideal para Trombose Venosa Profunda;

Peça ÚNICA de Nitinol.

Acesse www.criticare.saude.com.br

Fístula arteriovenosa pós-traumática dos vasos mesentéricos superiores

Autores: **Drs. Luciana Arouca¹, Patrick Cardoso Candemil², Renan Cardoso Candemil⁴, Nelson Luiz Gonçalves³, Jorge de Oliveira da Rocha Filho², Ligia Camila Roskowski⁴.**

1. Médica Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Isabel.

2. Cirurgião Vascular do Hospital Santa Isabel.

3. Cirurgião Geral do Aparelho Digestivo do Hospital Santa Isabel.

4. Médico(a) Residente do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Santa Isabel.

INTRODUÇÃO

Relato de um caso pouco comum de fístula arteriovenosa pós-traumática dos vasos mesentéricos superiores causada por arma branca.

A fístula arteriovenosa (FAV) traumática dos vasos mesentéricos superiores é rara. Antecedente de trauma, dor abdominal, diarreia e sopro abdominal são os achados mais comuns. O diagnóstico é confirmado por angiografia seletiva da artéria mesentérica superior.

RELATO DE CASO

Relata-se o caso de um homem de 59 anos, branco, solteiro, que se queixava de “cansaço” e “sangramento escuro nas fezes”.

Há cinco anos, o paciente realizou uma laparotomia exploradora por trauma abdominal penetrante com arma branca (faca), a qual só revelou pequeno hematoma em raiz de mesentério.

Desde então, o mesmo iniciou com episódios frequentes de astenia, melena e anemia com descompensação hemodinâmica, com necessidade de múltiplas transfusões sanguíneas.

Em relação às comorbidades, o paciente era deficiente auditivo, portador de afasia congênita, fibrilação atrial crônica e hipertensão arterial sistêmica.

Apesar dos sintomas constantes, o paciente permaneceu sem diagnóstico por quatro anos, pois, sempre que buscava atendimento médico, era estabilizado, recebia concentrado de hemácias e era liberado, sem diagnóstico.

Em 06/02/2013, quatro anos após o trauma abdominal, realizou uma tomografia computadorizada de abdome total com contraste, cujo laudo revelou importante aumento do calibre das veias porta e mesentérica superior (VMS), varizes adjacentes à VMS, aneurisma de 1,6 cm de ramo da artéria mesentérica superior (AMS) com íntimo contato com a VMS e ectasia da AMS na porção proximal (Fig.1).

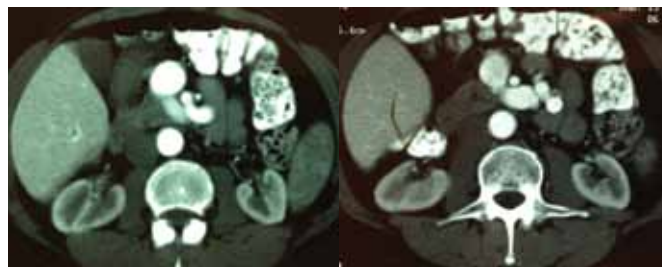


Fig. 1: Tomografia de abdome total com contraste evidenciando dilatação das veias mesentérica superior e porta, aneurisma de 1,6 cm de artéria mesentérica superior e comunicação deste com a veia.

Em 04/07/2013, submeteu-se à angiografia de aorta abdominal, dos vasos mesentéricos superiores e do tronco celiaco no Hospital Santa Isabel de Blumenau (SC) – HSI - onde foi identificada hipertrofia da artéria mesentérica superior e comunicação da mesma com a veia mesentérica superior em seu terço proximal, constatando diagnóstico de fístula arteriovenosa (FAV) dos vasos mesentéricos superiores (Fig. 2).



Fig. 2: Arteriografia mostrando fístula arteriovenosa no terço proximal da artéria e veia mesentérica superior. Demonstra também a veia porta hipertrofiada.

O paciente retornou para o domicílio para aguardar procedimento endovascular percutâneo eletivamente, porém, 68 dias depois (12/09/2013), veio à Emergência do HSI com quadro de descompensação cardiológica pela impossibilidade de anticoagulação para a fibrilação atrial devido aos episódios de sangramento digestivo.

Ao exame físico, encontrava-se emagrecido, com palidez extrema, apresentando pressão arterial de 90 x 60 mmHg e a frequência cardíaca de 100 bpm. O abdome era indolor à palpação e havia um sopro abdominal contínuo em "maquinário". A radiografia de tórax evidenciava área cardíaca aumentada, o hematócrito era de 13,5% e a hemoglobina, de 3,9 g/dl.

Trazia consigo exames recentes (fevereiro/2013) evidenciando endoscopia digestiva alta com gastrite antral moderada, colonoscopia normal, trânsito intestinal sem alterações e pesquisa de sangue oculto positiva.

Foi internado na mesma data, foi transfundido com quatro concentrados de hemácias e iniciou antiagregação com Clopidogrel (75mg/dia).

Ao sétimo dia de internação (19/09/2013), foi submetido à angiografia seletiva dos vasos mesentéricos. Nesta ocasião, foi tentada embolização com micromolas de liberação controlada (Fig.3), porém, como as mesmas migravam para o interior da veia porta, houve interrupção do procedimento.



Fig. 3: Arteriografia seletiva de artéria mesentérica superior veia porta dilatada.

Foi aventada a hipótese de implante de *stent* revestido na artéria, fechando o orifício da fístula, mas como havia uma grande desproporção entre o calibre da artéria proximal e distal, este tratamento também ficaria inviável.

Assim, foi optado pela correção da fístula por cirurgia aberta, que ocorreu no dia 23/10/2013, no Hospital Santa Isabel.

O acesso foi via laparotomia mediana xifo-supra-umbilical sobre a incisão prévia. No inventário da cavidade, havia presença de aderências em cólon, estômago e vesícula biliar, palpava-se frêmito importante na raiz do mesentério e identificava-se hipertrofia das veias porta e mesentérica superior.

Após a liberação do baço e do pâncreas através de rotação medial, visualizou-se a aorta e identificou-se a AMS.

Realizada dissecação da AMS, seguindo seu trajeto até a identificação de sua comunicação com VMS (Fig.4).

A fístula foi isolada e reparada, os vasos foram clampeados temporariamente e foi realizada rafia contínua de todo o trajeto fistuloso com fio inabsorvível.

O paciente teve alta no sexto pós-operatório, apresentando hematócrito de 31,4%, sem queixas. Após um ano da cirurgia, permanece assintomático, com regressão completa do sopro abdominal e sem novos episódios de sangramento.

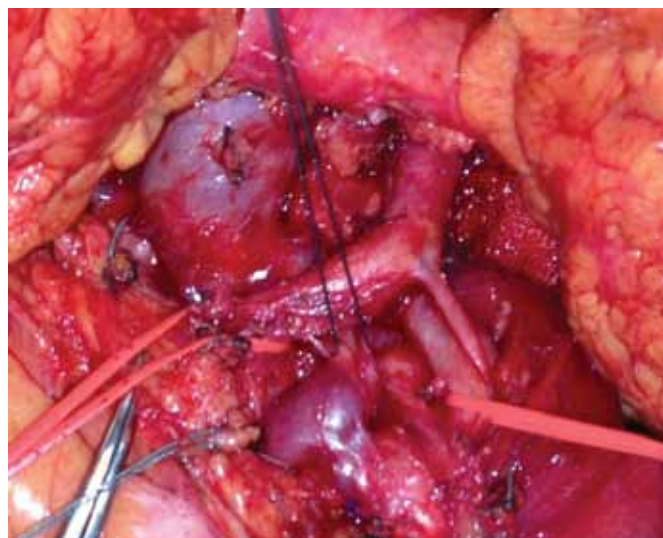


Fig. 4: artéria e veia mesentérica superior reparadas no transoperatório.

DISCUSSÃO

A primeira descrição na literatura de uma fístula arteriovenosa foi em 1757, por William Hunter, mas o primeiro caso de fístula arteriovenosa dos vasos mesentéricos superiores (FAVMS) foi relatado em 1947, por Nusselt¹. Segundo a literatura, há 40 casos descritos de FAVMS traumática³.

Muitos pacientes podem ser assintomáticos, mas a maioria apresenta perda de peso, náuseas, vômitos, dor abdominal, ascite, diarreia, sinais de insuficiência cardíaca direita, isquemia mesentérica ou sangramento^{3,4}. Ao exame físico, o mais freqüente é haver um sopro abdominal sistólico e diastólico - "em maquinário" - ⁵, como havia no caso relatado.

O quadro pode ser percebido tanto alguns dias após o trauma, como anos depois, o que muitas vezes culmina em desenvolvimento de hipertensão portal⁶.

A arteriografia da artéria mesentérica superior não só diagnostica, como demonstra a localização exata da fístula².

Feito o diagnóstico, o tratamento consiste na obliteração da fístula de maneira cirúrgica, como foi realizado neste caso¹. Nos que não toleram cirurgia, a embolização angiográfica é uma opção terapêutica, porém existem riscos de indução de trombose mesentérica², ou, em caso de uma fístula larga, de migração das micromolas³, como ocorreu no caso descrito.

MATERIAIS E MÉTODOS

Relato de caso. Paciente do sexo masculino, 59 anos, que apresentava episódios frequentes de melena e anemia grave com descompensação cardíaca após laparotomia exploradora branca por trauma abdominal penetrante com arma branca (faca). Permaneceu

cinco anos com os sintomas até receber o diagnóstico de fístula arteriovenosa entre a artéria e a veia mesentérica superior através de tomografia computadorizada de abdome total com contraste. O diagnóstico foi confirmado pela arteriografia seletiva da artéria mesentérica superior. Tentado tratamento endovascular com embolização com micromolas de liberação controlada, porém, como as mesmas migravam para o interior da veia porta, o procedimento foi abortado e foi optado pela correção da fístula por cirurgia aberta. A técnica cirúrgica foi realizada através de rafia contínua do trajeto fistuloso com fio inabsorvível.

RESULTADOS

O paciente apresentou remissão completa dos sintomas e mantém-se assintomático após um ano do procedimento.

CONCLUSÃO

O caso mostra evolução positiva de caso raro e comumente letal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CARDOSO, E.J. *et al.* Fístula arteriovenosa traumática dos vasos mesentéricos superiores: Relato de caso. *Cir. Vasc. Ang.* 7(4): 15,18, 1991.
2. MICK, S.L.; BUSH, H.L. Jr; BARIE, P.S. Hematemesis masiva por fístula arteriovenosa mesentérica superior. *Surgery Today*. 134 (1): 102-4, 2003.
3. CHUN, GENW.U. *et al.* Posttraumatic superior mesenteric arteriovenous: Endovascular treatment with a covered stent. *Journal of Vascular Surgery*. 47 (3): 654-656, 2008.
4. KATO, S.; NAKAGAWA, T.; KOBAYASHI, H.; ARAI, E. Superior Mesenteric Arteriovenous Fistula: Report of a case and review of the literature. *Surgery Today, Japanese Journau Surgery*. 23: 73-77, 1993.
5. CHIRIANO, J. *et al.* Tratamiento de una fístula de artéria mesentérica superior y vena porta com endoprótesis expandidas por balón. *Anales de Cirurgia Vascular*, 23 (1): 109-113, 2008.

VENATECH CONVERTIBLE
Sistema de filtro de veia cava

NOVO

Procedimento de Conversão
Tecnologia e Confiabilidade

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

intimal
suplementos médicos

+21 2225-5572
intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905
Flamengo - Rio de Janeiro - RJ
DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA NO RIO DE JANEIRO

Semana Estadual de Saúde Vascular alerta a população sobre AAA



Aline Ferreira

Entre os dias 13 e 17 de outubro, foi realizada a 10ª Semana Estadual de Saúde Vascular – maior evento de integração da Regional Rio com a população. O evento tem o objetivo de mostrar os cuidados preventivos e alertar sobre a importância do diagnóstico precoce dos principais problemas de saúde relacionados à Angiologia e à Cirurgia Vascular. Este ano, o tema abordado foi o Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA), doença grave e silenciosa, presente em 4% da população em geral e 6% dos indivíduos acima de 60 anos, e 15ª maior causa de morte no mundo.

Segundo o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o grande diferencial desta edição da Semana Vascular é que, mesmo com o evento durando apenas sete dias, a campanha sobre o AAA continuará até o ano que

vem. “Não ficaremos restritos à Semana Vascular. Será uma campanha atemporal, nossa ideia é continuar divulgando o Aneurisma da Aorta Abdominal pelos próximos meses, e fazer isso até a realização do Congresso Brasileiro de 2015. Com isso, esperamos que sejam feitos vários diagnósticos e que várias vidas sejam salvas”.

O Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, completou enfatizando que a principal meta da Regional é desenvolver um trabalho de conscientização no Rio de Janeiro. “Nós queremos que os público leigo, de uma forma geral, entenda que o AAA é uma doença que deve ser investigada, que tem sua prevalência maior na faixa etária das pessoas acima de 50 anos. Com isso, queremos mostrar à população que essa doença existe, que não é maligna e que, portanto, é tratável”.

Ação na Cinelândia atende mais de 150 pessoas

Entre os dias 14 e 15 de outubro, das 8h às 12h, quem passou na Cinelândia pôde observar uma tenda com balões sinalizadores, onde os Especialistas da SBACV-RJ esclareciam as principais dúvidas do público sobre o Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA). Na tenda, após preencher uma ficha, os pacientes recebiam uma senha e eram direcionados para a realização do Eco-Doppler, exame capaz de diagnosticar a doença. Houve ainda a exibição de um vídeo educativo e a entrega de cartilhas sobre a patologia.

Na ocasião, foram realizados, pelas Dras. Alessandra Fois, Adriana Vasconcelos e Bárbara Ruivo, 155 exames, e foi detectado Aneurisma da Aorta Abdominal em 10 casos. Todos os atendidos receberam diagnóstico no local e laudo médico no mesmo dia. Os pacientes que apresentaram o quadro foram encaminhados para o Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE). “A gente encontrou o Aneurisma da Aorta Abdominal em mais de



Dras. Adriana Fois e Bárbara Ruivo realizando exame de Eco-Doppler.

6% da população avaliada com mais de 55 anos. Os pacientes foram devidamente encaminhados para as estruturas hospitalares que fazem esse tipo de procedimento no SUS”, enfatizou o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira.



Carlos Goulart, Ricardo Jesus, Neide Miranda, Drs. Adilson Toró Feitosa, Barbara Ruivo, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Francisco João de Deus Sahagoff Gomes, Adriana Vasconcelos e Regina Roche.



Público atendido no evento.

Para a Angiologista Dra. Bárbara Ruivo, a prevenção faz toda a diferença e, por isso, a Semana Vascular se faz tão necessária. “Os pacientes que vieram aqui conversar com a gente não têm informação sobre o aneurisma. De modo geral, as pessoas têm bastante informação sobre hipertensão, diabetes, alteração das taxas de colesterol, mas para o aneurisma, especificamente, não. Então, esse evento é um grande avanço: começar a diagnosticar as pessoas e falar sobre essa patologia”.

De acordo com a Angiologista Dra. Alessandra Fois, é essencial frisar para os pacientes que se trata de uma patologia assintomática. “É uma doença silenciosa, com uma mortalidade muito alta: 90% dos pacientes vão a óbito antes de chegar ao centro cirúrgico, caso esses aneurismas rompam. Não custa nada fazer o exame, que dura 10 minutos no máximo, e identifica a doença e salva uma vida”.

O aposentado Harry Werner Jung foi acompanhar a sua esposa, resolveu fazer o exame e descobriu que tinha a doença. “Eu já tinha noção do que era porque minha esposa tem esse problema. Mas agora fui diagnosticado também, foi um choque. Agora eu tenho que cuidar de mim e correr atrás para que não aconteça nada”. O paciente Joberto Barcelos Maia, que também foi diagnosticado durante a ação, enfatizou que sem a campanha talvez ele nunca soubesse que tinha o AAA. “Por intermédio da campanha, eu vim a saber que tinha problema. Mas estou tranquilo, o médico me falou que tem cura e que é só fazer um acompanhamento médico que a gente consegue superar”.

A informação a serviço da prevenção

Entendendo que o conhecimento é o melhor caminho para a prevenção, a SBACV-RJ elaborou para a campanha inúmeras ferramentas que facilitam o acesso da população às informações básicas sobre o AAA e esclarecem suas principais dúvidas. São elas:

Outdoors e Busdoors: Durante a campanha do AAA, foram expostos pelo estado do Rio de Janeiro cerca de 20 outdoors entre a Zona Norte, Oeste, São Gonçalo e Baixada; e disponibilizados busdoors entre as linhas 525, 318, 170, 360 e 538.



Cartazes e cartilhas para os pacientes: Foram distribuídos cerca de 1.000 cartazes em hospitais e outros pontos de grande circulação da cidade. Além disso, foram produzidas 30.000 cartilhas explicativas para pacientes. Elas foram distribuídas em locais com intenso fluxo de pessoas. Nelas, o público leigo poderá encontrar, em poucas palavras, a definição, os fatores de risco, sintomas, diagnósticos e o tratamento da doença.



Aplicativo: Seguindo o conceito atual de informação ao acesso das mãos, a Sociedade lançou um aplicativo para a campanha, disponível para *download* no Google Play para Android. No aplicativo, de forma rápida e acessível, é possível fazer um teste de risco, esclarecer suas dúvidas, obter informações sobre a campanha e conferir os vídeos explicativos elaborados para as Semanas Vasculares. Através do App, o público pode ainda entrar em contato com a Sociedade.



Facebook e Página da campanha: Durante a Semana Vascular, a divulgação na internet por meio das redes sociais foi intensa. O Facebook da SBACV-RJ teve 49.468 visualizações do mundo inteiro, alcançou 45 cidades do Brasil – tendo mais curtidas no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte - e esteve presente em mais 36 países – entre eles Argentina, Venezuela e Estados Unidos. O post de lançamento da campanha esteve entre os mais curtidos, com 1.351 *likes*, 67 compartilhamentos e 29 comentários. Já a página oficial da campanha teve, durante a Semana Estadual de Saúde Vascular, mais de 800 acessos.

Vídeo educativo: Com o objetivo de conscientizar o público leigo sobre a gravidade da patologia e mostrar a importância de os indivíduos que fazem parte do grupo de risco procurarem um Especialista, a Regional Rio produziu um vídeo educativo para consultórios – disponibilizado para que os associados possam usar em seus sites e também em suas salas de espera. O vídeo, de aproximadamente 3 minutos, utiliza os recursos da animação por computação gráfica para transmitir as informações básicas sobre o AAA para o público-alvo.



Confira o que saiu na mídia!

A Campanha do AAA se fez presente também em diversos canais de comunicação. Foram inúmeras as matérias que saíram em TVs, jornais e revistas.



Veículos	Data
Jornal do Comércio	06/08/14
Site Senhores e Senhoras	15/09/14
Jornal Meia Hora	02/10/14
O Globo Online (Blog Emergência)	06/10/14
Jornal O Dia	07/10/14
Portal Fator Brasil	07/10/14
Portal Boletim Política & Poder	09/10/14
Rádio MEC	13/10/14
GloboNews	14/10/14
Portal Globo on-line (editoria Rio)	14/10/14
Jornal Extra (Saúde e Ciência)	14/10/14
Jornal Extra on-line	14/10/14
Rádio Tupi	14/10/14
Jornal Bom dia Rio	15/10/14
Jornal Globo News	15/10/14
O Globo On-line (Blog Emergência)	15/10/14
Facebook Portal O Rio	15/10/14
Rádio Manchete – entrevista ao vivo	17/10/14

Campanha do AAA supera as expectativas

“Sucesso”. Foi assim que o Presidente da SBACV-RJ definiu a campanha deste ano. “Cumprimos o nosso papel enquanto Sociedade. Estamos bem satisfeitos com esse resultado. Gostaria de aproveitar para parabenizar nominalmente alguns colegas que, além de participarem ativamente da organização do evento, estiverem presentes na ação na Cinelândia. Os Drs. Breno Caiafa, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Francisco João de Deus Sahagoff Gomes, Adriana Vasconcelos, João Augusto Bille, Sergio S. Leal de Meirelles, Bárbara Ruivo, Adilson Toro Feitosa, Alessandra Fois. Peço desculpas caso tenha esquecido alguém”, enfatizou.

Para o Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles, além de esclarecer a população, o evento revela a importância de se buscar auxílio profissional. “Mostramos hoje, com toda a evidência possível, a importância desse tipo de atividade da Sociedade, de divulgar uma patologia para população e vincular essa patologia ao Cirurgião Vascular”.

O Diretor de Eventos da Regional, Dr. Breno Caiafa, afirmou que a Diretoria está empenhada em incentivar e desenvolver novos projetos, e que as ações da 10ª Semana Estadual de Saúde Vascular são parte dessa estratégia. “A procura está sendo enorme. Várias pessoas estão sendo orientadas sobre a doença. Provavelmente o evento continuará ano que vem, devido à gravidade da doença

quando não tratada. A população está agradecendo a nossa ação e nós estamos alertando os Serviços Estaduais e Municipais de Saúde da necessidade desse exame”.

Apoio - A SBACV-RJ agradece as empresas patrocinadoras: Signus, Medtronic, Vasculaine, Kendall e MedShop por contribuir para que a 10ª Semana Estadual de Saúde Vascular fosse um sucesso e chegasse a esse excelente resultado.

Algumas delas, deixaram suas impressões a respeito do Evento:

“Para nós é um prazer muito grande estar aqui com vocês, apoiando essa iniciativa, principalmente porque aneurisma de aorta é uma importante causa de morte no mundo. Reconhecemos o esforço da Sociedade, por isso estamos aqui como patrocinadores de mais esse projeto”. Regina Roche, desenvolvimento de mercado da Medtronic.

“Em virtude da parceria que temos com a Sociedade, achamos interessante estar aqui, para divulgar o problema dessa enfermidade que é desconhecida para população”. Jonas Guimarães, executivo de vendas da Fujifilm Sonosite.

“Somos parceiros da Sociedade há mais de 15 anos e sempre que tem um evento estamos aqui para apoiar. A conscientização é bem importante e é bom saber que tem uma Sociedade que trata dessa parte”. Carlos Goulart, sócio da empresa MedShop.

delight
ELT SYSTEM

FIBRA SATURN™ REGISTRO ANVISA 8003830017 • DELIGHT® REGISTRO ANVISA 8003830018

O PRIMEIRO SISTEMA DE ELT COM LASER 1470NM APROVADO PELA ANVISA

- TECNOLOGIA DE ÚLTIMA GERAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELT
- PRIMEIRO APARELHO ELT DESENVOLVIDO E FABRICADO NO BRASIL
- DUAS OPÇÕES DE COMPRIMENTO DE ONDA: 980 E 1470 NM
- FIBRAS ÓPTICAS BARE-TIP E SATURN™
- GARANTIA DE 2 ANOS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA PERMANENTE
- ÚNICO LASER ELT EM 1470 NM COM FINANCIAMENTO PELO CARTÃO BNDES
- MELHORES CONDIÇÕES DE AQUISIÇÃO DO MERCADO



OPÇÕES DE FIBRA BARE TIP E SATURN™

Além da fibra bare tip tradicional, DELIGHT® também incorpora em sua tecnologia a possibilidade de uso combinado com as fibras do modelo SATURN™, amplamente conhecida pela eficácia no tratamento endovascular a LASER, sobretudo nos segmentos varicosos com maior tortuosidade, aumentando ainda mais a segurança e eficácia do procedimento.



Varizes pélvicas: quando devemos tratar

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

A insuficiência das veias do plexo gonadal e hipogástrico vem sendo “alvo” de estudos a cada dia, mais pormenorizados. Já há várias décadas, o assunto vem sido discutido, mas a definição diagnóstica “inespecífica” e, principalmente, a falta de procedimentos terapêuticos invasivos eficazes faziam com que as orientações “passadas” às pacientes fossem de medidas clínicas “sintomáticas”, não só para o desconforto clínico, mas para, também, o des controle emocional.

Cerca de 40% das mulheres na fase adulta apresentam a Síndrome da Congestão Pélvica. Destas, a metade decorre das veias varicosas pélvicas. Então, a prevalência é elevada, mas como disse acima, do que adiantava diagnosticar, se não havia opções terapêuticas invasivas...

No meio da década de 2000, a evolução notável dos métodos de diagnóstico não invasivo, como o eco Doppler, assim como ao desenvolvimento das tecnologias de imagem, por tomografia (CT) e ressonância (RM), com o uso de contrastes, deu um enorme “salto” para a análise precisa destas patologias.

Assim sendo, tornou-se a cada dia mais notável a informação dos colegas examinadores de que a paciente em estudo era “portadora” de dilatação das veias do plexo pélvico. Na grande maioria das vezes, o estudo não tem este fim...

Com estas informações recebidas nos laudos, os Especialistas, principalmente, os Angiologistas, Cirurgiões Vasculares, e ainda os Radiologistas intervencionistas, “passaram” a se interessar pelo assunto. Os ginecologistas, a “real” fonte examinadora deste pacientes, até hoje “olham” para o tema com dúvidas e incertezas... Fato que também ocorre para os procedimentos de embolização dos leiomiomas uterinos...

Os europeus, principalmente os espanhóis e franceses, o grande “berço” da Angiologia no mundo moderno, foram os primeiros a despertar para o assunto. A investigação clínica

em pacientes sintomáticas se tornou “rotina” de avaliações. O algoritmo de Javier Leal Monedero, renomado Angiologista “madrileno”, é de uso prático e de simples compreensão. Devemos estudar as pacientes sintomáticas por eco Doppler e se necessário complementar por Angio CT e/ou Angio RM.

A utilização de flebografias tem sido aplicada aos pacientes que são “positivas” nas fases anteriores, e tem intuito para informações durante o ato terapêutico, logo para confirmação das veias varicosas na pelve e, ato contínuo, de embolização. Um passo atrás foi dado já que a Agência Nacional de Saúde (ANS) no Brasil, que “regula” as terapêuticas que devem ser aplicadas às doenças, retirou do seu ROL de procedimentos “obrigatórios” a serem contemplados planos e seguradoras de saúde; logo, não obrigando, portanto, não autorizando, o tratamento pelas técnicas “minimamente invasivas”, como é sabido, que não há cirurgia “direta”.

Desta forma, se diagnostica, se pesquisa, mas não se trata de forma eficaz. As pacientes ficam por aí, indo de um lado ao outro, “mudando” de médicos e especialistas, e várias “acabam” nos consultórios de Especialistas em dor crônica e Psiquiatras... Frente aos inúmeros trabalhos científicos existentes, as grandes casuísticas, “principalmente” as de origem europeia, corroboradas pelas já existentes no nosso meio, portanto, é devido que as Sociedades de classe devem se unir para que estes procedimentos voltem a ser “incluídos” no ROL da ANS.

Até lá, temos “procurado” minimizar o sofrimento das pacientes, com os “velhos” sintomáticos, buscando “reduzir” o uso de medicações analgésicas mais potentes, e “insistindo” para que o tratamento das pacientes pelas técnicas de embolização seja realizado “preferencialmente” nas pacientes nas quais estas medidas foram ineficazes e cujos exames complementares “são” de extrema clareza, justificando, portanto, as autorizações para a embolização por cateter das veias varicosas pélvicas pelas fontes pagadoras.



41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR



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

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

www.riovascular2015.com.br



Promoção:

SBACV

Realização:

SBACV RJ

Comercialização:

NMS

Organização:

TDN

Secretaria Executiva:

MÉTODO

Agência de Viagem:

ACTIVIA
Corporate Travel
& Congress

CFM tem nova Diretoria: Presidente do Cremerj toma posse como **Conselheiro** e 2º Secretário

Aline Ferreira

Fotos: Márcio de Aruda.



Dr. Sidnei Ferreira
Presidente do Cremerj
Conselheiro e 2º Secretário do CFM

O Conselho Federal de Medicina acaba de eleger sua nova diretoria. A cerimônia administrativa de posse da gestão 2014-2019 ocorreu no dia 1º de outubro, em Brasília, na sede da entidade. Na ocasião, foram empossados também os 28 Conselheiros Federais Efetivos, que representarão a entidade no próximo quinquênio. Entre os nomeados, como porta-voz do Rio de Janeiro, foi eleito o atual Presidente do Cremerj (2013-2015), Dr. Sidnei Ferreira.

Professor das Universidades Federal do Rio de Janeiro e Estácio de Sá, nas cadeiras de Pediatria e Pneumologia Pediátrica; Integrante da Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Comitê Científico de Doenças Respiratórias da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (Soperj), Dr. Sidnei acredita que este é um momento importante e um grande desafio.

Em entrevista exclusiva para esta publicação, o Dr. Sidnei Ferreira expôs um pouco de suas propostas e desejos a frente desse novo cargo. "Nosso objetivo é continuar lutando em defesa da Medicina, dos médicos e por uma saúde de qualidade para a população. Temos um compromisso com a categoria médica e com a sociedade", enfatizou.



O que representa para o Sr. esse novo desafio?

Esse desafio representa para mim um entendimento dos médicos do Rio de Janeiro do trabalho desempenhado por nós. Um trabalho que tem sido fiel à nossa luta na Saúde.

Quais são os seus planos como Conselheiro e como 2º Secretário do CFM?

Nossa primeira meta é unir, ainda mais, as entidades Nacionais e Estaduais num movimento de âmbito nacional para poder melhorar e negociar com os governos as questões que nós temos enfrentado em relação à Saúde Pública e Suplementar.

Enquanto Presidente do Cremerj e agora como representante do CFM, quais são os passos que o Sr. pretende dar em apoio e defesa da classe?

Como Conselheiro, tenho que pensar nessas questões do movimento médico e vou levar a nossa experiência do Rio de Janeiro para o CFM. Vou conversar abertamente com os outros 28 Conselheiros, e, juntos, vamos trabalhar bastante para unir o Movimento Nacional, mobilizando as entidades nacionais e regionais para poder ir ao Governo para resolver as questões que estão agravando a saúde da população; e para melhorar não só o atendimento prestado, mas também o ensino do Médico, o ambiente de trabalho, a oferta de concursos públicos, salários dignos e condições dignas de trabalho.

Qual a sua expectativa para essa gestão?

Nós somos representantes, simplesmente representantes. Então estamos aqui para representar o desejo – dos médicos do Rio de Janeiro e de outras regiões – de mudança nos moldes da Saúde Pública e da Saúde Suplementar no Brasil.

Nova Diretoria do CFM gestão 2014-2019

Presidente: Dr. Carlos Vital Corrêa Lima (Pernambuco)

Primeiro Vice-Presidente: Dr. Mauro Luiz de Britto Ribeiro (Mato Grosso do Sul)

Segundo Vice-Presidente: Dr. Jecé Freitas Brandão (Bahia)

Terceiro Vice-Presidente: Dr. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (Alagoas)

Secretário-Geral: Dr. Henrique Batista e Silva (Sergipe)

Primeiro-Secretário: Dr. Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen (Minas Gerais)

Segundo-Secretário: Dr. Sidnei Ferreira (Rio de Janeiro)

Tesoureiro: Dr. José Hiran da Silva Gallo (Rondônia)

Segundo-Tesoureiro: Dr. Dalvélio de Paiva Madruga (Paraíba)

Corregedor: Dr. José Fernando Maia Vinagre (Mato Grosso)

Vice-Corregedor: Dr. Celso Murad (Espírito Santo)

Comissão de Tomada de Contas: Drs. Cláudio Balduino Souto Franzen (Rio Grande do Sul), Lúcio Flávio Gonzaga Silva (Ceará) e Donizette Dimer Giamberardino Filho (Paraná)

Novos Conselheiros da gestão 2014-2019.



Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos

Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS

Fabricante:
 **Cardiatis**

Distribuidor exclusivo:
 **Tecmedic**
PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

www.tecmedic.com.br

Mais um passo para o Rol



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

Caros sócios,
Avançamos no segundo semestre sedimentando as lutas anteriores, nesse ano de difíceis negociações com as operadoras.

Como resultados desses incansáveis diálogos, obtivemos algumas melhoras:

- quase todas as operadoras concordaram e já iniciaram os reajustes;
- está sendo dimensionada pela rede suplementar a equiparação dos valores de enfermaria aos de quarto;
- foi aprovada a lei 13.003/14, que garante a contratualização com reajuste anual de honorários;
- iniciamos a apresentação do nosso Rol e várias operadoras já sinalizaram positivamente para sua instalação;
- nossa Regional assumiu posições no CRM, articulou conexões práticas com outras Sociedades de Especialidades e com outras Regionais, configurando uma verdadeira rede de difusão de nossas lutas e seus motivos. Dessa forma, conquistamos aliados em outros setores.

Duas operadoras, porém, fizeram reajustes pífios, tratando nossos honorários com o desprezo de sempre. Uma terceira pratica uma tabela com três estratificações de “clientes” e com isso paga três faixas de preço diferentes. Uma quarta apenas comunicou que não haveria reajuste.

Dessa forma, durante a Assembleia Geral de Convênios ficou decidido que novas reuniões serão agendadas com essas quatro e possíveis sanções a elas serão discutidas em nova sessão no conselho.

São caminhos longos e lentos. As empresas inescrupulosas contam com nossa desunião e pouca persistência nessa luta. Estou certo que ficarão surpresas com a união, foco e força de nossa Sociedade.

Por fim, gostaria de pedir que encaminhem ao e-mail da Sociedade as solicitações e sugestões que eventualmente tenham. Também casos em que desejem a intervenção da Sociedade como mediadora para algum auxílio. Temos sido procurados por colegas nos corredores dos hospitais para debater assuntos que podem ser do interesse de todos. Será sempre um prazer apoiar o sócio. Nossa Diretoria cuida de questões coletivas, movimentos de classe... mas podemos sempre oferecer auxílio aos colegas individualmente. A Sociedade é de todos!



**Avançamos no
segundo semestre
sedimentando as
lutas anteriores,
nesse ano de difíceis
negociações com as
operadoras.**



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

20 E 21 DE MARÇO DE 2015
WINDSOR BARRA HOTEL



Organização:

SBACV RJ

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

Apoio:



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular



552ª Reunião Científica Fora de Sede: Seccional Médio Paraíba 1

A Regional Rio da SBACV realizou, no dia 16 de agosto, no Hotel Pequena Suíça, em Penedo, a sua 552ª Reunião Científica Fora de Sede. O evento organizado pelo Dr. Luiz Carlos Soares Gonçalves e supervisionado pela coordenadora de Seccionais, Dra. Gina Mancini, contou com cerca de 100 pessoas e cumpriu mais uma vez, uma das metas da Regional Rio: se aproximar ainda mais de suas Seccionais.

A programação começou, às 9h, com a apresentação dos casos clínicos. Na ocasião compuseram a mesa de honra o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o Secretário-Geral, Sergio S. Leal de Meirelles, e os Diretores Científicos Drs. Carlos Peixoto e Marcos Âreas Marques. Segundo o Dr. Luiz Carlos, a organização da Reunião Científica juntamente com a Diretoria de Eventos se preocupou em expor temas de grande interesse e relevância científica para os sócios. O primeiro tema foi "TVP, Anticoagulação e Fibrinólise. Qual o caminho?", apresentado pelo Dr. Paulo Roberto Matos da Silveira e debatido pelos Drs. Carlos Peixoto, Gina Mancini e Leonardo Aguiar Lucas.

Em seguida, foram apresentados os casos: "Úlcera de aorta. Tratamento com Multilayer", pelo Dr. João Roberto C. de Almeida,

com os debatedores Drs. Fábio de Almeida Leal, Leonardo da Cruz Renó e Vasco Lauria da Fonseca Filho; e "Síndrome Aórtica Aguda", pela Dra. Claudia Hidas, debatido pelos Drs. Gustavo Petorossi Solano, Luiz Henrique Coelho e Maria Miguel Pereira Dotta. Por último, o caso "Tratamento Híbrido do Aneurisma Aórtico Abdominal", pelo Dr. Marco Antonio Mannarino T. Ribeiro, que teve como debatedores os Drs. Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes e Márcio José de Magalhães Pires.

Após a sessão científica, os participantes tiveram a oportunidade de desfrutar do conagraçamento com seus pares, em um almoço de confraternização. À noite, o sábado foi encerrado com um jantar ao som das músicas de Vinicius de Moraes. "Essa foi uma das melhores Reuniões Fora de Sede da qual já participei. A recepção de boas-vindas foi descontraída e extremamente agregadora, repleta de pessoas comprometidas unicamente com a vontade de contribuir. Este conjunto de fatores permitiu não só a divulgação do excelente trabalho médico vascular realizado nas cidades do "interior" como também um conagraçamento entre os sócios, ditado pela própria característica, digamos, familiar deste tipo de evento", ressaltou o Dr. Luiz Carlos.

Sócios que prestigiaram a 552ª Reunião Científica Fora de Sede.

Foto: acervo SBACV-RJ.



SBACV-RJ lança o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Aline Ferreira

A SBACV-RJ realizou no Pier Mauá, no dia 27/08, o café da manhã de lançamento comercial do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que acontecerá em 2015, entre os dias 6 e 10 de outubro. “O evento de lançamento do Congresso Brasileiro foi um grande sucesso. Cerca de 50 empresas estiveram presentes e ficaram impressionadas com a beleza do Pier Mauá. Acho que o pontapé inicial não poderia ter sido melhor”, ressaltou o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira.

O Presidente da SBACV Nacional, Dr. Pedro Pablo Komlós, completou dizendo: “Essa é a primeira vez que se faz um lançamento oficial com a presença dos patrocinadores. Isto valoriza, acima de tudo, a Especialidade e a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. O Rio de Janeiro é uma cidade extraordinária, é o lugar ideal para se fazer um evento dessa ordem. Fazer um Congresso aqui é uma situação única e certamente vai deixar marcas”.

Durante o encontro, a comissão organizadora expôs para as empresas presentes as possibilidades de apresentarem as suas marcas em um dos eventos mais importantes da Angiologia e Cirurgia Vascular. Além disso, na ocasião, os que desejaram, fizeram um tour pelo ambiente e puderam conhecer melhor os armazéns 2 e 3, onde ficarão a plenária e os estandes. Esta é a primeira vez que ocorre um evento médico no Pier Mauá; o local foi escolhido pela Regional Rio por ser um dos cartões-postais mais bonitos da cidade.

“Há muito tempo que não é feito um Congresso Brasileiro aqui, no Rio de Janeiro. A gente pretende fazer então com que ele seja diferenciado. O local é muito bonito, nunca foi realizado um Congresso Médico nesse local. A Comissão Executiva e os

presidentes da Nacional, da Regional Rio e do Congresso estão unidos e empenhados em fazer deste um brilhante evento”, enfatizou o Diretor de Eventos, Dr. Breno Caiafa.



Foto: Aline Ferreira.

Dr. Rossi Murilo da Silva, Presidente do Congresso, Dr. Pedro Pablo Komlós, Presidente da SBACV, e Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Presidente da Regional -RJ.

O que esperar do 41º CBACV?

Caracterizado por ser um dos principais eventos de Angiologia e Cirurgia Vascular no país, o Congresso Brasileiro trata-se de um momento ímpar de atualização, integração multidisciplinar, reflexão e união dos pares para se determinar as diretrizes da evolução das Especialidades. Compreendendo cinco dias de intensa programação científica, a expectativa da Diretoria é reunir, em média, entre 2.000 e 3.000 Especialistas de todo o Brasil.

De acordo com o Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto, o principal objetivo da Comissão Científica é montar uma estrutura bem planejada para atrair o maior número de congressistas. “Temos como meta fazer com que o Congresso seja atraente, interessante e o melhor de todos os que já organizamos



Pier Mauá, local onde ocorrerá o evento.

para que as pessoas venham, aproveitem e, quem sabe, tragam suas famílias para curtir um pouco da Cidade Maravilhosa”.

Quanto à elaboração do Programa Científico, o Presidente do Congresso, Dr. Rossi Murilo, esclarece: “Ele está sendo formulado de uma forma cuidadosa, extensa e abrangente, valorizando tanto a participação de profissionais renomados na Angiologia e Cirurgia Vascular como os novos talentos da nossa Especialidade, e mesclando a isso as experiências internacionais de médicos estrangeiros de forma a enriquecer ainda mais o evento”.

Os temas centrais do Congresso já foram definidos, serão eles: Varizes dos Membros Inferiores, Trombose Venosa, Tromboembolismo Pulmonar, Aneurisma de Aorta Abdominal, Doença Obstrutiva Carotídea, Isquemia dos Membros Inferiores

e Imagem Vascular. Na ocasião, os congressistas terão a oportunidade de assistir e participar de inúmeras plenárias, aulas e debates sobre estes e outros temas relevantes para as Especialidades.

Segundo o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o lançamento comercial do evento foi o primeiro passo e as comissões vão continuar trabalhando para definir e concluir as próximas etapas. “Elas têm se reunido semanalmente, estamos bem adiantados em relação à organização, tanto em programação científica quanto em comercialização do evento. Esperamos que seja um dos eventos mais belos e grandiosos do ponto de vista científico”, enfatizou.

“A Sociedade do Rio de Janeiro está trabalhando para que tenhamos um evento dessa grandeza na cidade, congregando todos os sócios do Brasil. O evento será certamente de alto nível científico e vai repercutir para nossa Regional mostrar o seu potencial, expertise de organizar eventos e o seu trabalho; além de permitir também que todo o Brasil mostre sua capacidade científica, possibilitando uma grande troca de informações”, completou o Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles.

XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro: No dia 20 de agosto, aconteceu na sede da SBACV-RJ o café da manhã de lançamento comercial do evento. Estiveram presentes cerca de 30 empresas que, na ocasião, assistiram à apresentação da Diretoria sobre a melhor forma de expor suas marcas e sobre a importância do Encontro, que será realizado no ano que vem, entre os dias 20 e 21 de março, no Windsor Barra Hotel.

Foto: Aline Ferreira.



Drs. Breno Caiafa, Ivanésio Merlo, Rossi Murilo, Pedro Pablo Komlós, Sergio S. Leal de Meirelles, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Francisco João de Deus Sahagoff Gomes e Carlos Clementino dos Santos Peixoto.

553ª Reunião Científica da SBACV-RJ

No dia 28 de agosto, aconteceu no Hotel Windsor Atlântica, em Copacabana, a 553ª Reunião Científica da SBACV-RJ. Denominado como *II Rio Endovascular Summit*, o evento especial foi organizado pela Diretoria da Regional Rio em parceria com a Cordis. Entre os palestrantes, a Reunião contou com a presença do Chefe de Cirurgia Endovascular do *University of Texas Southwestern Medical Center*, Dr. Carlos Timaran.

A mesa de honra do evento foi composta pelo Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, o Secretário-Geral, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles e os Diretores Científicos Dr. Carlos Peixoto e Marcos Arêas Marques. Dividida em três sessões, a primeira parte foi moderada pelo Dr. Carlos Peixoto, teve como tema central *Carótidas* e contou com a apresentação de dois casos clínicos: *"Melhores Práticas na Doença Carotídea"*, apresentada pelo Dr. Carlos Timaran (USA), e *"Casos de Discussão: Tratamento Endovascular da Doença Carotídea"*, do Dr. Fulvio Toshio Hara. Ambos foram debatidos pelos Drs. Celestino Afonso, Marcus Gress e Carlo Sassi.

A temática seguinte foi *Dispositivos de Fechamento Vascular*. Os participantes puderam assistir aos trabalhos científicos: *"Como Utilizamos o Dispositivo de Fechamento Vascular?"*, do Dr. Carlos Timaran, e *"Exoseal é a Escolha para a Sutura Vascular Percutânea – Por quê?"*, do Dr. Adalberto Pereira de Araújo. O moderador foi o Dr. Paulo Ocke e os debatedores foram os Drs. Breno Caiafa, Luiz Baptista e Bernardo Massiere.

Moderada pelo Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, a última sessão sobre *Tratamento da Isquemia de membros inferiores* contou com as seguintes apresentações: *"Dicas e Truques para a Recanalização Vascular nas Obstruções Crônicas Arteriais"* e *"Controle em 03 anos/Evolução das Configurações dos Stents para a Melhora dos Resultados da Doença Arterial Periférica"*, do Dr. Carlos Timaran; *"Casos de Discussão: Outback no Tratamento da Doença Obstrutiva no Território Ilíaco"*, do Dr. Alberto Vescovi, e *"Casos de Discussão: Recanalização para Tratamento da Obstrução Crônica"*, do Dr. Daniel Drummond. Os trabalhos foram debatidos pelos Drs. Rossi Murilo, Leonardo Lucas e Felipe Beer.

Novos sócios

Sócio Pleno	
Luiz Alberto Cerqueira Duque	Agosto
Taís Antunes Torres Mourão	Agosto

Sócio Aspirante	
Marcio Gomes Filippa	Setembro

Homenagem ao Presidente pelo Dia do Médico

A edição especial de setembro/outubro da Revista DOC, voltada para o Dia do Médico, celebrado em 18 de outubro, homenageou em suas páginas alguns dos grandes nomes da Medicina no país; entre eles, o presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio

Cesar Peclat de Oliveira, que teve uma foto com a sua família publicada na seção DOCgente.



Exames de Especialistas na Nacional

Anualmente a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular realiza exames de suficiência para obtenção de título de Especialista em Angiologia, Cirurgia Vascular e de certificação das áreas de atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular. Em 2014, 300 candidatos foram avaliados por examinadores do Conselho Científico da Sociedade após a realização das provas que aconteceram durante os dias 06 e 07 de setembro, no Maksoud Plaza Hotel, em São Paulo.

Segundo o Presidente da SBACV Nacional, Dr. Pedro Pablo Komlós, o local da aplicação do exame foi preparado para que os candidatos pudessem se sentir confortáveis e tranquilos para a realização da prova, que durou 2h30 cada uma. O Dr. Komlós informou que a estrutura do local permitiu fácil desenvolvimento dos serviços da banca examinadora, tendo suporte da Direção da SBACV, presente durante todo tempo desde antes até depois do exame. Foi disponibilizada, também, assessoria jurídica e a

praticidade da leitura óptica para correção das provas. Tudo foi pensado para garantir o conforto e a segurança dos candidatos.

Os números dos aprovados ficaram em torno de 45% e 50%, para os títulos de Especialistas, e na Endovascular a aprovação foi um pouco acima de 60%. Para o Presidente da SBACV Nacional, fazer a avaliação de seus colegas não é uma tarefa fácil. "É muito difícil fazer uma prova de suficiência para dosar a avaliação de colegas que são iguais a nós. Mas hoje nós precisamos oferecer esse serviço de comprovação da sua suficiência, em conjunto com a AMB".

Dentre os candidatos do Rio de Janeiro que participaram do Exame de suficiência para obtenção do Título de Especialista em Cirurgia Vascular dez foram aprovados e sete obtiveram o certificado de área de atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular.

As provas para 2015 já estão marcadas: nos dias 29 e 30 de agosto, no hotel Maksoud Plaza, no Centro da cidade de São Paulo.

Listagem de aprovados do Rio de Janeiro no Exame de Especialista

Título de Especialista em Cirurgia Vascular
Eduardo de Oliveira Rodrigues Neto
Felipe Martins de Souza
Joana Babo Lessa Campos
Leonardo Teixeira de Almeida
Marcus Vinicius Teles Ventura
Núbia da Silva Nascimento
Paloma Torno Arêas
Raphel Fernandes Prins Y Guerrero
Robert Eudes Nunes de Souza Segundo
Thiago Fagundes Filippo

Certificado de Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
Daniel Autran Burler Drummond
Guilherme Nogueira D'utra
Leonardo César Alvim
Mateus Picada Corrêa
Pablo Salin Varela
Rodrigo Soares Cunha
Tiago Coutas de Souza

A Diretoria da Nacional se reúne com os Presidentes das Regionais e discute a nova CBHPM

No dia 13 de setembro, a Diretoria da SBACV Nacional e os Presidentes das Regionais se reuniram no Hotel Blue Tree Faria Lima, em São Paulo, para discutir assuntos relativos aos interesses de seus associados e necessidades das Regionais. Aproximadamente 30 pessoas, representando 18 Regionais, discutiram a nova CBHPM, entre outros temas.

Na avaliação do Presidente da Regional do Rio de Janeiro, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, “estar reunido com a Nacional é sempre muito importante para que a visão e as ações estejam alinhadas, junto a todos os membros das nossas entidades”. A Diretoria da Nacional, na ocasião, definiu a aproximação com as Regionais e o auxílio na regularização formal das que precisarem desse tipo de apoio, além de promover o aprofundamento no estudo da nova CBHPM, junto com os presentes.

No encontro, também foi efetivada a Comissão de Divulgação para ampliar a exposição das Especialidades, e



Foto: acervo SBACV.

Presidentes das Regionais presentes na reunião.

doenças relacionadas, entre o público leigo e médicos de outras áreas. A Comissão será coordenada pelo Vice-Presidente da SBACV, Dr. Ivanésio Merlo, e composta pelos Drs. Bruno Naves, Diretor de Publicações; Gutenberg Gurgel, Presidente da Regional Rio Grande do Norte; Marcelo Moraes, Presidente da Regional São Paulo; e Rodrigo Kikushi, membro da Comissão de Enfermidades Venosas.

SBACV-RJ participa de reunião da COMSSU

O Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ, Dr. Átila di Maio Brunet, esteve presente em assembleia (15/09) que reuniu representantes do Cremerj, das Sociedades de Especialidades e associações médicas de bairro para discutir as propostas oferecidas pelos planos de saúde. Segundo divulgação do Cremerj, os valores oferecidos para consultas e procedimentos ficaram abaixo do que a categoria reivindicou e, por este motivo, foi unânime a decisão por novas negociações com as operadoras.

A Coordenadora da Comissão de Saúde Suplementar (Comssu), a Conselheira Márcia Rosa de Araujo, frisou que os médicos lutarão por um reajuste digno em 2014, independente

da lei. “A lei só entrará em vigor após ser regulamentada. Ano que vem, continuaremos reivindicando a equiparação dos honorários de enfermarias aos de quartos e a unificação das tabelas de honorários pela CBHPM Plena”, declarou a Dra. Márcia Rosa para o site do Cremerj.

Na ocasião, o Presidente do Cremerj, Dr. Sidnei Ferreira, salientou a realização de ato público em defesa da saúde suplementar, no Centro do Rio de Janeiro (10/09): “Fizemos uma panfletagem explicando para a população as nossas reivindicações. Além disso, é importante que continuemos falando com nossos pacientes sobre o movimento, mantendo a panfletagem nos consultórios e nas clínicas”, relatou.

Simpósio de Defesa Profissional

O Presidente da Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, Dr. Julio César Peclat de Oliveira, apresentou em Minas Gerais, no último dia 20 de setembro, para uma plateia de Especialistas mineiros, o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular da SBACV-RJ. A apresentação foi feita para o Simpósio de Defesa Profissional, realizado pela Regional Minas Gerais da Sociedade.

Além da palestra do Dr. Julio Peclat, o Simpósio contou ainda com uma mesa-redonda para discutir a Responsabilidade Civil do Médico, apresentada pelo advogado Fernando Mitraud Ruas, e palestras sobre *"Como estabelecer uma relação de confiança com a auditoria médica"* (feita pelo Dr. Fernando de Assis Figueiredo Júnior, da SBACV-MG) e *"Escleroterapia em consultório e per-operatória: como proceder"* (proferida pelo Dr. Eduardo Lopes Tomich, também da SBACV-MG).



Foto: acervo SBACV.

Drs. Julio Cesar Peclat, Francesco Evangelista Botelho, Daniel Mendes Pinto, Átila Di Maio e Francisco João de Deus Sahagoff Gomes.

O Diretor de Defesa Profissional da Regional Rio de Janeiro, Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira, também esteve presente no Simpósio, onde participou das mesas-redondas para discussão dos temas apresentados.

Um colega na Diretoria da SMC-RJ

O Dr. Alberto Coimbra Duque, membro da Diretoria Institucional da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ), foi eleito Vice-Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMC-RJ), além da Diretoria de Defesa Profissional.

A posse da nova Diretoria da SMC-RJ, que assumirá a Sociedade para o triênio 2014 / 2017, será no dia 17 de outubro, no Leme Tênis Clube. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro é a mais antiga entidade médica de livre associação no Brasil, fundada em 1886.

Assembleia Geral Extraordinária da SBACV-RJ

A Diretoria da SBACV-RJ realizou, no dia 24 de setembro, no auditório C do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), a Assembleia Geral Extraordinária a fim de discutir a proposta da Nacional para a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Na ocasião, os presentes optaram por eleger uma Comissão para criar uma tabela dividida por Patologia.

Coordenada pelo Dr. José Luís Camarinha e composta pelos Drs. Guilherme Peralta, Breno Caiafa, Adalberto Pereira de Araújo, Carlos Alberto Vasconcelos e Francisco João de Deus Sahagoff Gomes, a Comissão já elaborou a tabela e encaminhou para a Nacional. Segundo o Dr. José Luiz do Camarinha, este novo

documento apresenta inúmeros benefícios: "Essa tabela tem a grande vantagem de reduzir a burocracia, uma vez que ela pontua os procedimentos por Patologia e não por cada coisa que você faça. Isso reduz muito o tempo de auditoria, isso facilita para o prestador, para o usuário e para o médico".

O Presidente da SBACV, Dr. Pedro Pablo Komlós, comunicou que recomendará a todas as Regionais a utilização da tabela produzida pela Regional Rio. Antes de enviar a nova tabela, o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, com objetivo de aprimorá-la ainda mais, decidiu unificá-la ao texto do Rol de Procedimentos, elaborado no ano passado.

Eventos

12º Curso Master em Fleboestética

Data: 05/11 a 08/11

Local: Goiânia, GO

Contato: www.fleboesteticamaster.com.br

Curso de Angiorradiologia

Módulo 9

Data: 27/11 a 29/11

Local: Florianópolis, SC

Contato: www.sbacv.com.br

556ª Reunião Científica da SBACV-RJ (ÚLTIMA DO ANO)

Data: 06/12

Local: Hotel Windsor Barra, RJ

Contato: www.sbacvrj.com.br

5º Curso Master em Escleroterapia com Espuma

Data: 05/12 e 06/12

Local: Cascavel, PR

Contato: www.fleboesteticamaster.com.br

Curso de Angiorradiologia

Módulo 10

Data: 11/12 a 13/12

Local: Florianópolis, SC

Contato: www.sbacv.com.br

NACIONAIS

XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

Data: 20/03 a 21/03 de 2015

Local: Windsor Barra Hotel, RJ

Contato: www.sbacvrj.com.br

XIII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 14/05 a 16/05 de 2015

Local: São Paulo, SP

Contato: www.encontrosapaulo.com.br

41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 06/10 a 10/10 de 2015

Local: Pier Mauá, RJ

Contato: www.riovascular2015.com.br



Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular em 2016

Data: 07/09 a 10/09 de 2016

Local: Minas Gerais, MG

Contato: www.sbacv.com.br

INTERNACIONAIS

2014 Veith Symposium

Data: 18/11 a 22/11 de 2014

Local: Nova Iorque, EUA

Contato: www.veithsymposium.org/index.php



Saiba como participar:

3ª Edição do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

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

Regulamento:

- Art. 1-** A inscrição deverá ser feita através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo. Não será aceito o envio por correio;
- Art. 2-** O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
- Art. 3-** Para concorrer ao prêmio, o trabalho deve ser publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular da Regional Rio de Janeiro entre a edição de Janeiro/Fevereiro de 2014 até Janeiro-Fevereiro de 2015, e apresentado em uma das Reuniões Científicas da Regional, que são agendadas previamente e comunicadas através dos e-mails encaminhados pela Secretaria da Sociedade.
- Art. 4-** É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (2015), evento em que será entregue o prêmio.
- Art. 5-** O trabalho deverá ser realizado em consultórios, clínicas ou hospitais especializados em Cirurgia Vascular.
- Art. 6-** Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para a publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
- Art. 7-** Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
- Art. 8-** Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

Para mais informações entre em contato com a secretaria da SBACV-RJ.

Diosmin SDU

diosmina · hesperidina

O exclusivo sachê em dose única diária^{1,3}



único em sachê^{1,3}

Inovação no tratamento da DVC^{1,2}

- Dose única diária¹
- O único sachê com 1.000 mg^{1,3}
- Eficácia e tolerabilidade demonstradas em estudo brasileiro exclusivo¹

Cuidados
pela
Vida
Benefícios para uma vida melhor

Maior compreensão da doença^{4,5}

Maior interação com o médico⁵⁻⁷

Maior acessibilidade^{7,8}

Maior adesão ao tratamento⁴⁻⁹



Sabores²

Abacaxi

Laranja-Limão

Sachês:

posologia⁹ 1x ao dia

Referências Bibliográficas: 1) STREFEZZA, E.F. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachês no tratamento da dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, v. 67, n. 1/2, p. 21-31, 2010. 2) Bula do produto DIOSMIN SDU. Farmacêutica Responsável: Gabriela Mellmann, Guarulhos, SP. Achê Laboratórios Farmacêuticos S.A. 3) Kairos Web Brasil. Disponível em: <http://brasil.kairoweb.com>. Acesso em Maio, 2014. 5) AMARANTE, L.C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 31, n. 3, p. 209-215, 2010. 6) MILLER, N.H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. The American Journal of Medicine, v. 102, n. 2, p. 43-49, 1997. 7) LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. Saúde Coletiva [online], v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. 8) SILVA, N.L. et al. Compliance with treatment: related issues and insights for pharmacist intervention. Braz. J. Pharm. Sci. v. 47, n. 1, p. 1-12, 2011. 9) CLAXTON, A. J. et al. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clinical Therapeutics, v. 23, n. 8, p. 1296-1310, 2001.

CONTRAINDICAÇÕES: CONTRAINDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. NÃO SE CONHECE, ATÉ O MOMENTO, NENHUMA CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA PARA O USO DE DIOSMIN. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ATÉ O MOMENTO NÃO HÁ INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM DIOSMIN DESCRITAS NA LITERATURA.

DIOSMIN SDU. Diosmina 900 mg - hesperidina 100 mg - granulado - uso oral - uso adulto - MS - 1.0573.0383. **INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. DIOSMIN SDU é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa do plexo hemorroidário. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU É CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DISPOE, ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM AVALIADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRAVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CRISE HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A; ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **POSOLOGIA:** Você deve usar DIOSMIN SDU apenas sob a orientação do médico. Nos quadros de varizes e de sintomas relacionados à insuficiência venosa, a posologia usual de DIOSMIN SDU é de 1 sachê ao dia, de preferência pela manhã. Nos quadros de crise hemorroidária a dose usual é de 1 sachê 3 vezes ao dia por 4 dias, retornando a posologia de 1 sachê ao dia, por mais 3 dias, ou conforme orientação médica. DIOSMIN SDU deve ser dissolvido em 1 copo com aproximadamente 250 ml de água e ingerido logo em seguida. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANSIEDADE E FADIGA. GASTROINTESTINAL: NAUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIGASTRALGIA, DISPEPSIA E DIARREIA, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PTIRÍASE ROSEA PODEM RARAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERRUPÇÃO DE DIOSMIN SDU. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe seu médico. Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica - Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. MB_05_SAP_4432400. MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA. Junho/14.

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

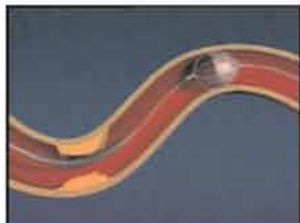
TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis



ANGIOGUARD
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM

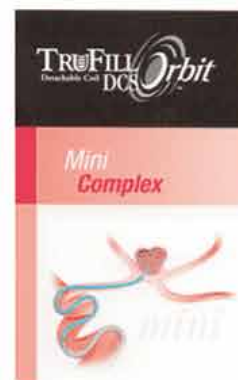


SMART
Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de
Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company