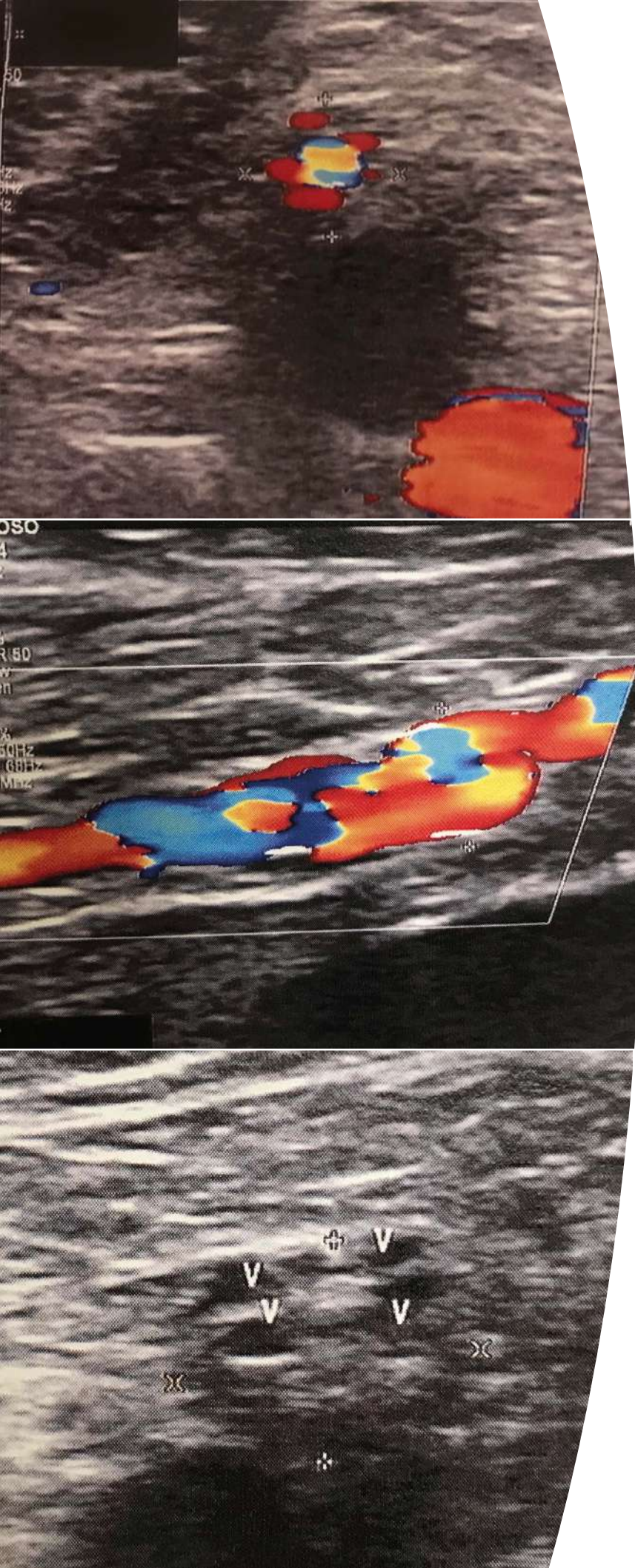




Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
n.º 3 - Julho a Setembro de 2019

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

SBACV RJ

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

Espaço Ecografia

Varizes do nervo isquiático

Artigo

Malformações vasculares: conduta atual

Artigo

Correção de fístula arteriovenosa traumática
de artéria poplítea com 20 anos de evolução

Serviços

SBACV-RJ lança novo guia de ecografia vascular

Opinião

O que você sabe sobre perícia judicial?

Informangio

Rio de Janeiro quer sediar 45º Congresso em 2023



DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS DA LINHA VASCULAR PERIFÉRICO BD/BARD NO RIO DE JANEIRO.

LIFESTREAM™

Balloon Expandable Vascular Covered Stent

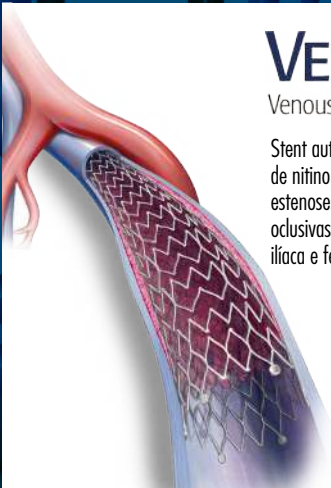


Stent revestido expansível por balão,
indicado para artéria ilíaca.

LIFESTREAM BX Endoprótese Vascular - Registro ANVISA 80689090092

VENOVO®

Venous Stent System

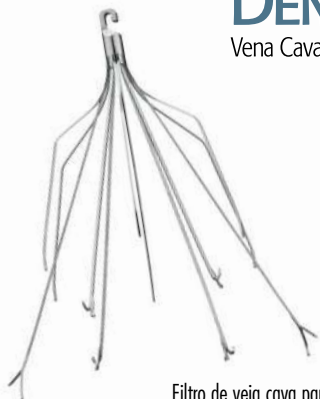


Stent auto-expansível
de nitinol, indicado para
estenoses venosas,
oclusivas ou não e de veias
ilíaca e femoral.

Stent Venoso Auto-Expansível VENOVO - Registro ANVISA 80689090148

DENALI®

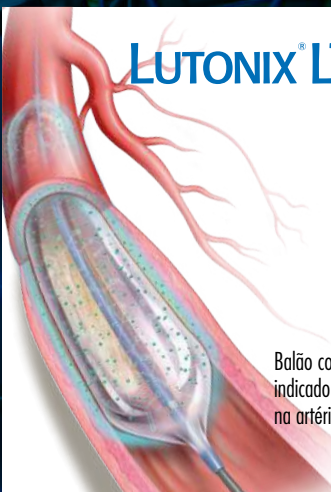
Vena Cava Filter



Filtro de veia cava para TVP.

DENALI Filtro de Veia Cava - Registro ANVISA 80689090061

LUTONIX® LTX 035



Balão coberto com paclitaxel,
indicado para angioplastias
na artéria femoral superficial.

BARD LUTONIX 035 com Geolign® - Registro ANVISA 80689090146



Capital | Região Metropolitana | Sul Fluminense
Av. José Silva de Azevedo Neto, 200 bloco 3, sala 301
Barra da Tijuca | Rio de Janeiro RJ | 22775-056
+55 21 3512.5250



Região Serrana | Região dos Lagos | Norte Fluminense
Av. dos Bandeirantes, 2600 sala 201
Reduto da Paz | Rio das Ostras RJ | 28897-060
+55 22 3324.8177

Palavra do Presidente*Uma jornada intensa e incrivelmente enriquecedora*

05

Palavra do Secretário-Geral*Em busca da valorização do trabalho dos angiologistas e dos cirurgiões vasculares*

06

Diretoria Científica*600ª Reunião Científica da SBACV-RJ: a difusão de conhecimentos e a troca de experiências não podem parar!*

07

Editorial*O risco da consciência coletiva*

09

Espaço Ecografia*Varizes do nervo isquiático*

10

Espaço Ecografia*A importância do mapeamento no Doppler venoso superficial dos membros inferiores para o tratamento das varizes*

13

Artigo Científico*Malformações vasculares: conduta atual*

16

Artigo Científico*Hematoma subcapsular renal espontâneo pós PEVAR com EndoAnchors*

32

Artigo Científico*Correção de fístula arteriovenosa traumática de artéria poplítea com 20 anos de evolução*

36

Artigo Científico*Impacto do IMC em pacientes portadores de doença venosa crônica de membros inferiores no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) – UNIRIO*

40

Entrevista*CT de Angiologia e Cirurgia Vascular do CREMERJ trabalha em parceria com a SBACV-RJ*

42

Especial*600ª reunião científica ratifica longevidade do conhecimento vascular*

45

Serviços*SBACV-RJ lança novo guia de ecografia vascular*

47

Opinião*O que você sabe sobre perícia judicial?*

49

Fora de consultório*A natureza como refúgio*

51

Informangio

57

Eventos

62

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular **Julho a Setembro 2019**
Presidente

Breno Caiafa

1º Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Sergio Silveira Leal de Meirelles

1º Vice-Secretário

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Almar Assumpção Bastos

1º Tesoureiro

Leonardo Stambowsky

2º Tesoureiro

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor Científico

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

2º Vice-Diretora de Eventos

Patrícia Caneschi Moreira

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Felipe Beer

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portillo

1º Vice-Dir. de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente na gestão anterior

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Adilson Toro Feitosa

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Pedro Oliveira Portillo

Atenção ao Sócio

Paulo Marcio Goulart Canongia

Mulher Especialista

Érica Flammariom Baioneta Vasconcelos

Comissão de Gestão Pública

Carlos Alberto Vasconcelos

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Jackson Silveira Caiafa

Jurídico

Alberto Coimbra Duque

Científico

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Publicações

Paulo Eduardo Ocke Reis

Planejamento Estratégico

Manuel Julio José Cota Janeiro

Comissão de Residência Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Bruno Morisson

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Eventos

Gisele Cardoso Silva

Associações Médicas

Rogério Antônio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Adalberto Pereira de Araújo

Defesa Profissional

Joé Gonçalves Sestello

Departamentos de Gestão

Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Antonio Rocha Vieira de Melo

Carina Brandão Barbosa

Carlo Sassi

Claudia Salvador Amorim

Fernando Thomaz Faria

Hugnei da Silva Ferro

Luiz Henrique Coelho

Rodrigo Neves Lopes

Doenças Venosas

Ana Cristina Engelke Abrantes

Angela Maria Eugenio

Camila Provençano

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoeid

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippo

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Willians Monteiro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Felipe Borges Fagundes

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Doenças Linfáticas

Monica Rochedo Mayall

José Carlos Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alesandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Egilina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Átila Brunet di Maio

Arno Von Ristow

Bernardo de Castro Abi-Rama

Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Microcirculação

Alda Candido Torres Bozza

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Trauma Vascular

Hugo Marques Tristão

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Luiz Alexandre Essinger

Rita de Cassia Proviett Cury

Fórum Científico

Eduardo Trindade Barbosa

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

SECCIONAIS
Coordenação

Antônio Feliciano Neto

REGIÃO NORTE FLUMINENSE
Norte Fluminense 1

Eduardo Trindade Barbosa

Norte Fluminense 2

Leandro Naked Chalita

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

João André Mattos Dias Serra e Gurgel

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE
Noroeste Fluminense 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste Fluminense 2

Marcelo Naegele Serafini

REGIÃO METROPOLITANA
Metropolitana 1

Guilherme Peralta Peçanha

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nycle Carvalho Magalhães

Metropolitana 4

José Nazareno de Souza Azevedo

Metropolitana 5

Felipe Souza Garcia de Sá

Metropolitana 6

George Luiz Marques Maia

Metropolitana 7

Gláucia Marques Alves Vieira

REGIÃO DA COSTA VERDE

Sergio Almeida Nunes

REGIÃO MÉDIO SERRANA
Serrana 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana 2

Celio Feres Monte Alto Junior

REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

Stênio Karlos Alvim Fiorelli Conselho

Consultivo

Alberto Coimbra Duque

Antônio Joaquim Monteiro da Silva

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Arruda Portillo

Marcio Leal de Meirelles

Merisa Braga de Miguez Garrido

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

Sergio Silveira Leal de Meirelles

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

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

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56 - Freguesia (Jacarepaguá)

CEP: 22745-012 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 3190-7090

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

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

Contato para anúncios: Sra. Neide Miranda

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



Uma jornada intensa e incrivelmente enriquecedora

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

Estamos quase no fim de nossa gestão.

A jornada tem sido muito intensa e incrivelmente enriquecedora sobre todos os sentidos. A essa altura, com poucos meses pela frente no cargo, considero natural pensar em todos os nossos projetos iniciais, naquilo que conseguimos entregar, no que surgiu pelo caminho como algo novo e importante, e no que precisará de mais tempo para ser aperfeiçoado e concretizado.

Destaco assim duas promessas que apresentamos no discurso de posse: oferecer mais serviços aos nossos associados e lutar pela implantação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular como forma de remuneração por nossos serviços.

Pensando nos colegas que moram em bairros e municípios distantes, passamos a fazer a transmissão ao vivo de nossas reuniões científicas e recentemente realizamos o nosso seiscentésimo encontro mensal e você encontra mais informações sobre isso aqui, nessa edição de nossa revista.

Hoje, nossa sociedade e nossos associados contam com os serviços de duas assessorias jurídicas: uma delas com grande experiência em saúde suplementar e nas questões relacionadas à invasão de nossas especialidades por profissionais não médicos, e outra com atuação específica nas relações entre médicos e pacientes. Ambas, além de assessorarem a SBACV-RJ, estão disponíveis para orientar e esclarecer dúvidas de nossos associados.

Nossa luta por melhores condições de trabalho e remuneração tem sido constante. É preciso muita persistência para tentar mudar uma lógica estabe-

lecida por décadas, e nossa diretoria tem sido incansável. Recebemos neste ano uma carta muito significativa: nela, a SBACV Nacional reconheceu o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular como um instrumento importante nessa empreitada.

Em 2023, nossa Regional completará 70 anos. É a Regional mais longeva da SBACV. Estamos empenhados em comemorar essa trajetória em grande estilo e, em breve, você saberá mais e poderá participar dos preparativos para as comemorações dessa grande ocasião.

Faltam poucos meses para o final da gestão e queremos passar à diretoria que assume o comando da SBACV-RJ, em janeiro, uma entidade tão sólida e vibrante como recebemos, e acrescida de realizações que vão ao encontro dos compromissos que assumimos diante de todos na cerimônia de posse.

Da mesma forma, fomos convidados para compor a chapa da SBACV Nacional na gestão 2020/21 e, com a mesma disposição e empenho, atuaremos para representar os sócios da SBACV-RJ. Para que possamos fazer jus à confiança de todos, realizamos recentemente pesquisa de opinião para levarmos projetos à Nacional.

Estaremos presentes no Congresso Brasileiro desse ano, em Recife, para participar da reunião de Presidentes, da Câmara de Representantes e da assembleia geral, na qual entre muitos assuntos relevantes, levaremos a candidatura do Rio de Janeiro como sede do 45º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular que será realizado em 2023.

Conto com apoio, participação e voto de todos!



Em busca da valorização do trabalho dos angiologistas e dos cirurgiões vasculares

Dr. Sérgio Silveira de Meirelles – Secretário-Geral da SBACV-RJ.

Durante a atual gestão, temos trabalhado para oferecer mais aos associados de forma incansável. Para isso, buscamos ouvir os colegas – de diferentes gerações – para entender o que, de fato, poderia fazer diferença em seu dia a dia.

As tradicionais reuniões científicas passaram a ser transmitidas em tempo real, o que vem possibilitando a participação de colegas de outros bairros e cidades.

Refizemos a distribuição dos municípios em seccionais para estarmos mais próximos à rotina de nossos associados.

Desenvolvemos um Guia Médico no portal da SBACV-RJ, para ampliar a visibilidade de nossos associados junto aos pacientes.

Usamos as mídias digitais para realizar campanhas de esclarecimento à população sobre a importância de consultar angiologistas ou cirurgiões vasculares para tratar de varizes.

Contratamos um escritório de advocacia para orientar os associados nas questões relacionadas à responsabilidade civil e aos riscos jurídicos no relacionamento médico-paciente.

Todas essas ações, capitaneadas pelo nosso Presidente, Breno Caiafa, tiveram o suporte da Secretaria, atenta a garantir que os benefícios possam ser, de fato, úteis.

Nos meses finais dessa gestão, ainda teremos atividades importantes: nossa Regional é candidata a sediar o 45º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que se realizará em 2023, quando a mesma completa 70 anos de existência.

Nossa Secretaria continua à disposição. Aproveitamos para solicitar que os colegas atualizem seus dados no nosso portal, para que nosso Guia de Associados reflita as informações de suas atuações profissionais.



600ª Reunião Científica da SBACV-RJ: a difusão de conhecimentos e a troca de experiências não podem parar!

Dr. Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes - Diretor Científico da SBACV-RJ.

A Diretoria Científica chega ao último quadrimestre desta gestão com uma conquista muito relevante da nossa Regional: a 600ª Reunião Científica da SBACV-RJ.

Para comemorar esse feito, a Presidência e sua Diretoria decidiram trazer para apresentar temas em Arteriopatia e Flebologia nada mais nada menos que dois experts: o Prof. Arno von Ristow, verdadeiro ícone de nossa especialidade, que nos brindou com o trabalho do seu serviço em EVAR; e o Dr. Rodrigo Kikuchi, grande estudioso sobre veias, fez duas palestras interessantíssimas sobre elastocompressão e controle da dor e discutiu didaticamente a respeito de laser transdérmico, transmitindo aos presentes aquilo que é fundamental saber a fim de realizar um ótimo e seguro tratamento.

Além dessas aulas, o Dr. Bernardo Massière de-

bateu sobre a importância da preservação da artéria hipogástrica; e o Dr. Daniel Leal discorreu sobre o uso da endoprótese Viabahn na prática diária do cirurgião vascular.

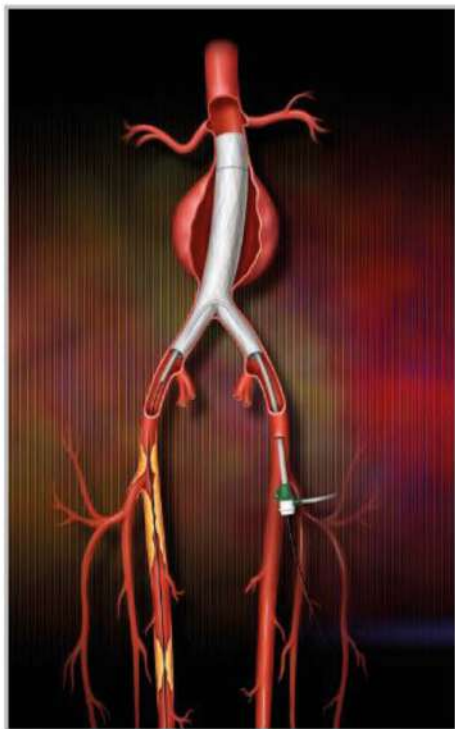
Ao término da reunião, tivemos um delicioso coquetel!

É importante ressaltar que chegamos à 600ª reunião científica, sempre mantendo alto nível de discussão em temáticas de grande relevância no dia a dia de nossa especialidade, possibilitando que os diversos serviços da nossa Regional compartilhem sua vivência com os demais associados.

Esse número 600 representa a longevidade e prosperidade científica da Regional do Rio de Janeiro, que é exemplo para sociedades brasileiras e internacionais.

Endoprótese AFX

Preserva a bifurcação nativa para uma reparo confiável e durável.



 Endologix

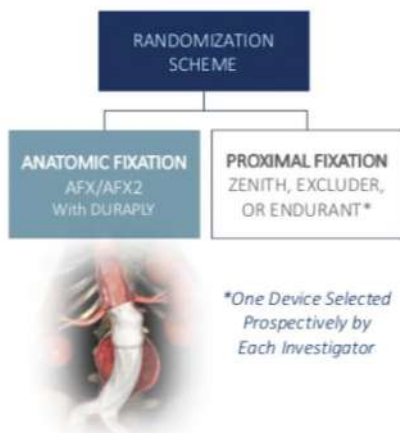


ActiveSeal™ com DuraPly – Consegue
extender a Zona de Selamento Efetiva*

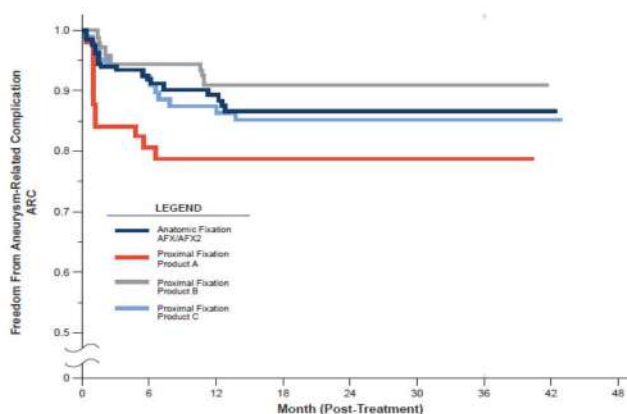


LEOPARD

Looking at EVAR Outcomes by Primary Analysis of Randomized Data



Freedom From Aneurysm Related Complications (ARC)



(21) 3598-5219
riomedica@rmedica.com.br
 Av. das Américas, 3200 Bl 1 Salas 106/107
 Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ

 MÉDICA



O risco da consciência coletiva

Dr. Bernardo Cunha Senra Barros - 1º Vice-Diretor de Publicações Científica da SBACV-RJ

A evolução da tecnologia, a conectividade e o acesso à informação facilitaram imensamente a discussão de temas e casos simples ou complexos entre os especialistas. A facilidade imediata dos smartphones e aplicativos de mensagem transforma o médico em um corpo clínico que consegue em minutos revisão do diagnóstico e opções de tratamento os mais diversos.

Seguir apenas as dicas ou sugestões de outros especialistas, sem seguir dados estatísticos ou discussões desenvolvidas entre grupos com grande nível de conhecimento, simplifica demasiadamente a tomada de decisão gerando riscos graves ao paciente. Uma anamnese e um exame físico de 30 minutos não podem ser resumidos em algumas linhas de mensagem e em duas ou três imagens. Com isso, as respostas geradas muitas vezes por personalidades médicas, sem necessariamente conhecimento na área em discussão, influenciam mais por poder de marca e nome do que por nível científico.

Por outro lado, listas de discussões nas quais as respostas podem ser selecionadas e restringidas pelos moderadores, em que o cuidado na associação de artigos, meta análises ou guidelines podem criar um conhecimento crítico e capaz de tomar decisões individuais e específicas para cada paciente, me parecem um caminho mais seguro.

O *e-learning*, *Health Tech* e IA (aprendizado online, tecnologia em saúde e inteligência artificial) são uma realidade há mais de 10 anos e com resultados muito positivos comprovados por

estudos e análises bem fundamentadas. Porém, nada disso tem qualquer valor sem a moderação, controle e revisão constante dos resultados por mentes humanas cada vez mais integrativas e bioconscientes.

Ao mesmo tempo, a capacidade de armazenagem de informação pelo ser humano permanece pouco ou nada alterada e incapaz de absorver e reter informações geradas e alteradas dia a dia. Essa certeza incontestável, ao menos até a liberação dos implantes de memória (projeto *iHuman*), ao invés de gerar ojeriza ou desespero, deve buscar incentivar a consciência coletiva de que não somos capazes de diagnosticar, tratar e saber de tudo.

Deixo aqui um refletir antagônico sobre o conhecimento artificial, fácil e não moderado que atinge uma comunidade médica iniciante, seja no conhecimento adquirido por pouco tempo de experiência, seja pela não adaptação à revolução tecnológica instalada.

Um grupo de colegas excepcionais em conhecimento e prática médica, reunidos em grupos específicos e com foco em temas do seu domínio, pode sim nos sugerir baseados em evidência e em trabalhos bem desenhados os caminhos para conduta adequada. No entanto, esse autor se surpreende diariamente com a certeza gerada nas mensagens quase anônimas de casos mal caracterizados com poucos detalhes clínicos e que reverberam como verdades absolutas de forma validada por todo o Brasil.

Varizes do nervo isquiático

Dra. Yanna Cristhina Moreira Thomaz¹ e Dr. Alexandre Cesar Jahn²

1. Cirurgiã Vascular e Ecografista Vascular na Angiomed-Centro de Tratamento de Doenças Circulatórias
2. Título de Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgião Vascular e Endovascular na Angiomed- Centro de Tratamento de Doenças Circulatórias

INTRODUÇÃO

Das varizes não safênicas, as que acompanham troncos nervosos são pouco frequentes e, muitas vezes, negligenciadas durante o exame de eco color Doppler venoso. A localização mais comum destas varizes é no trajeto do nervo isquiático e suas ramificações.⁽¹⁾

HISTÓRICO

A primeira descrição anatômica das varizes do nervo isquiático foi feita em 1890 por Verneuil. Em 1988, Thiery descreveu o quadro clínico das varizes do nervo isquiático como “sintomas de varizes sem varizes e ciatalgia que começa no oco poplíteo e se irradia para a região glútea”. Thiery observou estas varizes durante amputações de coxa, quando se fazia necessário ligar o nervo isquiático, assim como em cirurgia de varizes em pacientes com sintomatologia de insuficiência venosa e suspeita de insuficiência de safena parva, quando a exploração cirúrgica revelava parva preservada, porém nervo sural espessado e rodeado por varizes.⁽²⁾

QUADRO CLÍNICO

As varizes do nervo isquiático geralmente fazem parte de um quadro de varizes difusas, em pacientes C2 da classificação CEAP, sendo raramente encontradas de forma isolada. Ocorrem mais frequentemente em mulheres com múltiplas gestações.⁽¹⁾ Os pacientes apresentam queixas relacionadas à insuficiência venosa, as quais podem estar associadas a dores intermitentes do tipo ciática. Existe inclusive relato de uma “síndrome ciática pré-menstrual”. Esta dor pode ser reproduzida através da compressão digital da fossa poplíteo lateral.⁽³⁾

Eventualmente, as varizes do nervo isquiático podem não ser visualizadas na superfície da pele, sendo um achado exclusivo do exame de ultrassonografia vascular. Entretanto, na nossa experiência, o principal achado clínico consiste na presença de varizes de calibres variados (desde telangiectasias até veias varicosas de grosso calibre) localizadas na face postero-lateral do terço médio da perna.



Localização mais comum da exteriorização das varizes do nervo isquiático: face postero-lateral do terço médio da perna.

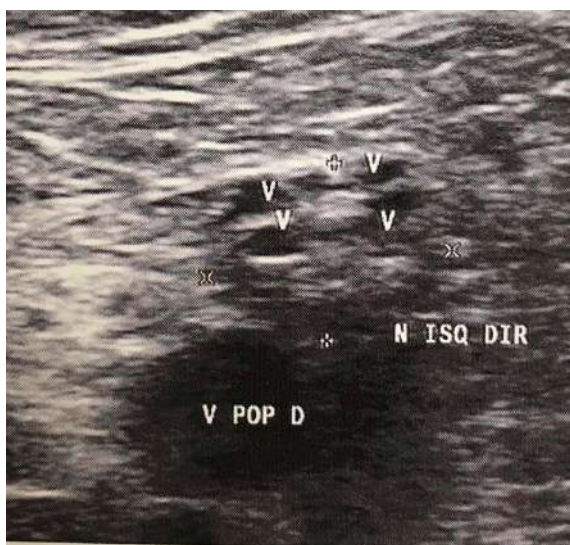
ANATOMIA

O conhecimento da anatomia do nervo isquiático e suas ramificações se torna importante, visto que possibilita ao examinador relacionar as veias insuficientes detectadas com os nervos adjacentes.

O nervo isquiático pode ser facilmente identificado durante o exame de ultrassom na coxa posterior, sob o músculo bíceps femoral, a cerca de 4 cm abaixo da superfície da pele.⁽⁴⁾ Na presença de varizes neste nervo, sua localização se torna ainda mais evidente devido ao espessamento da bainha neural e dissecação de suas fibras pelas varizes.



Fácil visualização do nervo isquiático devido a sua grande ecogenicidade.

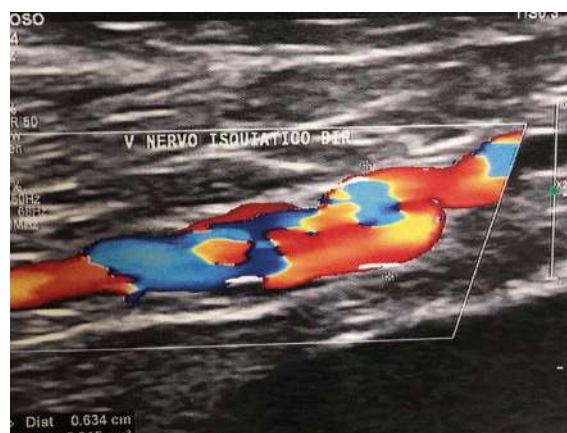


Corte transversal do nervo isquiático com varizes ao modo B.



Corte transversal do nervo isquiático com varizes ao Doppler colorido.

As varizes do nervo isquiático são visualizadas em localização subfascial na face posterior da coxa, no interior ou adjacente ao nervo isquiático, sendo geralmente finas (2 a 3 mm), de trajeto espiralado e com refluxo prolongado (> 2 segundos).



Corte longitudinal revela varizes no trajeto do nervo isquiático.

No oco poplíteo, passam geralmente a acompanhar o nervo fibular comum em posição intrafascial e, na face postero-lateral da perna, seu ramo sensitivo, o nervo cutâneo sural lateral.⁽³⁾



Corte transversal na panturrilha proximal esquerda revela hipoplasia da safena parva (A) e veia ectasiada no trajeto do nervo cutâneo sural lateral (B).



Corte transversal na panturrilha proximal direita revela safena parva (A) com calibre normal e veia ectasiada no trajeto do nervo cutâneo sural lateral (B).

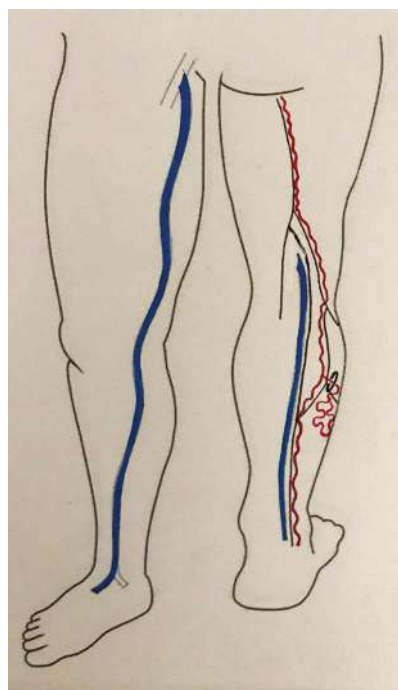
Do trajeto do nervo cutâneo sural lateral, estas varizes podem se superficializar completamente no terço médio da perna ou ainda acompanhar o ramo comunicante fibular até sua confluência com o nervo cutâneo sural medial e, posteriormente, o nervo sural, no terço distal da perna.⁽⁵⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Importante diferenciar as varizes do nervo isquiático da veia isquiática, que consiste em veia retilínea e calibrosa ao longo do trajeto do nervo isquiático. Pode ser encontrada após quadros de trombose, quando então se torna dilatada, ou nos casos de persistência da veia isquiática, comumente relatada em pacientes com Síndrome de Klippel-Trenaunay.⁽⁶⁾

CONCLUSÃO

O achado de varizes do nervo isquiático em exames de eco color Doppler venoso não é incomum na nossa prática. Em pacientes com varizes da face postero-lateral da perna, especialmente quando não justificáveis por insuficiência de troncos safenos, deve-se suspeitar de varizes dos trajetos nervosos.



Desenho esquemático do trajeto mais frequente das varizes do nervo isquiático e suas ramificações.

Referências:

1. Labropoulos N, Tassiopoulos AK, Gasparis AP, Phillips B, Pappas PJ. Vein along the course of the sciatic nerve. *J Vasc Surg* 2009 Mar, 49(3): 690-696.
2. Thierry L. La veine Du nerf sciatique impact clinique et thérapeutique. *Phlébologie* 1988, 41: 687-689.
3. Ricci S, Georgiev M, Jawien A, Zamboni P. Sciatic Nerve Varices. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005 Jan, 29: 83-87.
4. Ricci S. Ultrasound observation of the sciatic nerve and its branches at the popliteal fossa: always visible, never seen. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005 Dec, 30(6): 659-663.
5. Ricci S, Moro L, Antonelli R. Ultrasound imaging of the sural nerve: ultrasound anatomy and rationale for investigation. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010 May, 39(5): 636-641.
6. Kenneth J, Cherry Jr, Gloviczki P, Stanson AW. Persistent sciatic vein: diagnosis and treatment of a rare condition. *J Vasc Surg* 1996 Mar, 23(3): 490-497.



Veja as
cartografias
desse caso

A importância do mapeamento no Doppler venoso superficial dos membros inferiores para o tratamento das varizes

Dra. Eglina Filgueiras Porcari, membro da SBACV, ecografista da rede D'Or e do Hospital Federal do Andaraí/MS

O Eco Doppler colorido e o método de escolha "Padrão Ouro" para o estudo da anatomia e fisiologia das veias por causa de sua acurácia, reprodutibilidade e natureza não invasiva.^{*(1-2)} Podendo ser repetido quantas vezes for necessário sem prejuízos ou riscos aos pacientes.

O mapeamento venoso no DUPLEX é utilizado na investigação da doença venosa, por ser sensível, específico e fornecedor de dados anatomo-funcionais; facilitando na definição do melhor tratamento e técnica a ser utilizada devido às informações valiosas existentes.

A pesquisa de refluxo nas veias profundas e o estudo das veias superficiais devem ser realizados com o paciente em posição ortostática, com rotação lateral da extremidade e discreta flexão do joelho.

O transdutor linear é o indicado para avaliação dos diâmetros, refluxos e alterações anatômicas e deve ser utilizado nas posições longitudinal e transversal.

"O teste do refluxo em pacientes na posição supina deve ser evitado, devendo ser realizado somente na posição ortostática". Labropoulos et al 2003^{*(3)}

As limitações mais frequentes da ecografia vascular, no estudo das varizes dos membros inferiores, estão associadas a causas ortopédicas e à idade avançada, devido à dificuldade de permanência por longo período em posição ortostática.

Materiais utilizados para realizar o procedimento:^{*(5)}

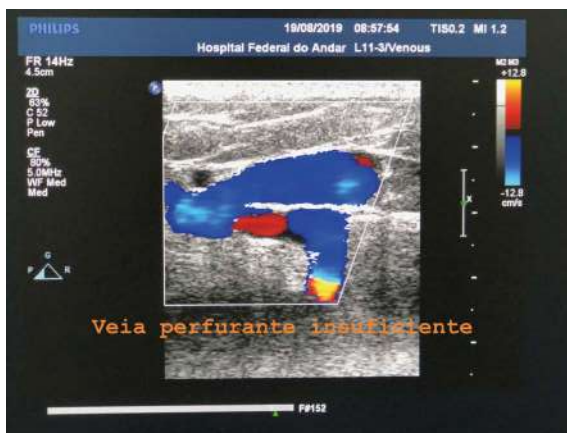
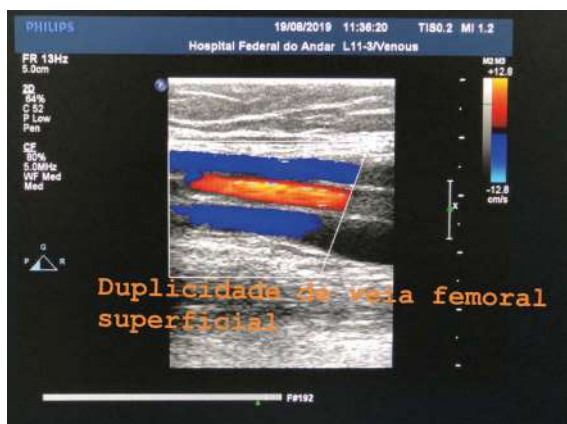
- Sonda de alta frequência de 5 a 8 MHz; linear ou microconvexa para explorar veias profundas e musculares dos membros inferiores.
- Sonda linear de frequência muito alta de 7,5 a 13 MHz para explorar as veias superficiais dos membros inferiores.
- Escada de flebologia para exploração das redes venosas profundas e superficiais na posição de pé.
- Mapa cartográfico com desenho esquemático dos membros inferiores.
- Canetas coloridas para melhor ilustração da patologia venosa.
- Já existem programas de computação que permitem o mapeamento, porém o mais utilizado ainda é o manual.

Assim, com essas informações, pode se utilizar o mapeamento para diversas situações:

1. Indicação e programação do endolaser através da medição da distância da epigástrica da junção safenofemoral;
2. Indicação e programação do tratamento cirúrgico convencional através da quantidade de tributárias que serão retiradas com flebectomia e ou safenectomia convencional inclusive suas perforantes;
3. Programação do tratamento escleroterápico com CLACS e ou espuma densa, de acordo com

- calibre e quantidade de tributárias varicosas;
- Indicação de drenagem das fleboesclerose após o tratamento com espuma densa;
 - Acompanhamento de possíveis recanalizações da esclerose de tributárias em pacientes tratados com espuma e ou laser.

Assim, acredito que o mapeamento nesses mol-
des é tão importante ou mais que o registro fo-
tográfico antes de qualquer procedimento de
varizes nos membros inferiores, já que é um re-
gistro funcional e quantitativo das varizes, que
muitas vezes não são visíveis por fotos ou dispo-
sitivos de realidade virtual.





Referências:

1. World J. SURG. 2002; 26(12): 1507-11
2. J. VASC. SURG. 1998; 28(5): 767-76
3. J. VASC. SURG. 2003; 38(4): 793 – 98
4. Guia prático de ultrassonografia vascular. 2011
5. Eco DOPPLER Vascular. 2018
6. Avaliação do refluxo venoso superficial ao mapeamento dúplex em portadores de varizes primárias de membros inferiores: correlação com a gravidade clínica da classificação CEAP – J. Vasc Bras. 2009; 8(1): 14-20.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso





condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax

(21) 3203-4348

Malformações vasculares: conduta atual

Autores: Drs. Andréa Peixoto de Lima, Guilherme Vasquez Feteira, Marcos Areas Marques, José Augusto Nogueira Sérgio Miranda, Felipe Beer e Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Equipe de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Pró-Cardíaco

RESUMO

OBJETIVO

Demonstrar a experiência do grupo no diagnóstico e tratamento de patologia vascular que compromete cerca de 3% das crianças. Com o advento dos métodos de diagnóstico e de tratamento, a procura aos profissionais da especialidade tem se intensificado ao longo dos anos. Este trabalho relata de forma simplificada como podemos diagnosticar a doença e estabelecer uma conduta terapêutica efetiva.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, com a amostra de 398 pacientes tratados por embolização das malformações vasculares, no período de julho de 1996 a julho de 2019. Os pacientes foram acompanhados desde o diagnóstico até o seu tratamento, com reavaliações periódicas. A embolização foi o método empregado preferencialmente e nos pacientes que necessitaram de tratamento cirúrgico coadjuvante, a cirurgia plástica realizou a abordagem invasiva. Devido à doença ter caráter multidisciplinar, o envolvimento de outros profissionais médicos, e ainda na área de psicologia e fisioterapia, comumente, é necessário e eles participam desse processo.

RESULTADOS

No total da amostra avaliada, 59% eram do sexo feminino e 41% do sexo masculino. A faixa etária foi de dois a 79 anos, com a média de 37 anos. Deste estudo, 61 pacientes eram menores de 16

anos, o que representou 15,8%. O número de procedimentos realizados por paciente foi de dois, o que correspondeu a 36% da casuística. Em 58 % dos pacientes, utilizamos o adesivo tissular ÔNYX; em 40 %, o Histoacril com lipiodol; e em 2 %, molas ou plugs. 72 % dos pacientes tratados por embolização não tiveram a necessidade de procedimento cirúrgico complementar.

CONCLUSÃO

A embolização é um procedimento terapêutico efetivo nas malformações vasculares. Estabelecer o momento certo de intervir e como fazê-lo se constituem no verdadeiro desafio.

PALAVRAS CHAVES: malformação vascular, síndromes angiomasas, cirurgia endovascular, radiologia intervencionista e embolização terapêutica.



INTRODUÇÃO

As malformações vasculares correspondem ao grupo das síndromes angiomasas. Faremos um resumo daquelas que representam maior interesse de ocorrência, conhecimento e da necessidade de abordagem. Entre elas, temos:

1. Síndrome de Kasabach-Meritt (SKM)

Síndrome definida pela presença de um grande hemangioma associado à trombocitopenia e coagulopatia de consumo¹, devido a um defeito endotelial no qual o hemangioma causa ativação plaquetária, formação de trombos de fibrina associados a plaquetas e, consequente, consumo dos fatores da coagulação²⁻⁵. Até o início do século 21, havia cerca de 200 casos relatados na literatura. A descrição clássica da SKM foi relatada, pela primeira vez, na década de 40 pelos próprios epônimos da síndrome.

Cerca de 80% dos casos são diagnosticados nos primeiros anos de vida⁶ e a maioria dos casos encontra-se associado à hemangioendoteliomas kaposiformes (46%) ou tufos angiomatosos (31%). Cerca de 23% dos casos estão associados a hemangiomas infantis⁷.

As taxas de mortalidade geral variam próximas a 12%, contudo quando associado a hemangiomas cavernosos que evoluem para sangramento, podem chegar a taxas de 30% de mortalidade⁸. Muitos tratamentos já foram relatados na literatura com resultados inconsistentes.

Os dois maiores objetivos do tratamento incluem controle da coagulopatia de consumo e trombocitopenia, assim como a erradicação dos hemangiomas. Consequentemente, diversas terapias que incluem corticóides sistêmicos^{9,10}, irradiação¹¹⁻¹⁵, compressão¹⁶, embolização^{17,18}, agentes antifibrinolíticos¹⁹, inibidores da agregação plaquetária²⁰, interferon²¹⁻²³, assim como outras estratégias diversas²⁴⁻²⁶.



2. A Síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT)

A síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) é uma malformação vascular combinada congênita complexa. Esta afecção, embora rara, é uma das síndromes mais comuns angio-osteo-hipertrofica (envolvendo malformação vascular e gigantismo monomélico).

A tríade característica da SKT inclui a associação de angioma plano em um membro, anomalias venosas e hipertrofia de tecidos moles ou ossos, sendo encontrada na sua forma completa em 30-60% dos casos^{1,2}. Trata-se de uma doença rara, congênita e sem predominância étnica ou de gênero^{2,3}. A presença de duas características da síndrome nos permite diagnosticá-la em sua forma incompleta.

Malformações vasculares da síndrome incluem as de fluxo lento, excluindo-se malformação arterial (fluxo rápido). Por este motivo, os sistemas vasculares afetados na SKT incluem capilares, sistema venoso e sistema linfático.

O angioma plano é a alteração mais constante entre as alterações citadas da tríade clássica, caracterizada como uma mácula eritematosa (violácea a vinhosa) presente ao nascimento e que evolui com o desenvolvimento da criança. Entre os angiomas, distinguem-se o angioma plano geográfico (limitado, contornos regulares em forma "continente", cor roxa escura, geralmente anterior e lateral, em coxa ou perna) e o angioma plano segmentar (róseo, mal circunscrito, alargado a um ou mais segmentos de membros, e cujos limites com a pele adjacente saudável são menos claros). A literatura associa angiomas geográficos à evolução com complicações ortopédicas, linfáticas, trombóticas e hemorrágicas subsequentes⁴.

Malformações venosas são muito variadas. Estão presentes em quase 70% dos casos^{2,3}. Podem não ter impacto clínico ou, quando presente, com sinais clínicos de insuficiência venosa crônica, podem originar dor, edema, varizes e quadros tróficos secundários como celulite, dermatite de estase e úlceras.

Hipertrofia do membro é inconstante. Tem sido relatado em aproximadamente 60% dos SKT², com maior frequência, na circunferência do membro, mas também em relação ao comprimento do membro.

Outras alterações encontradas incluem malformações do sistema linfático associadas ou não a quadros infecciosos (celulites), desordens hemorrágicas (gastrointestinais e ginecológicas), eventos trombóticos e tromboembólicos, coagulopatias de consumo, tumores benignos e malignos, alterações ortopédicas das extremidades (sindactilia, macrodactilia, polidactilia e agenesia metacarpo-falangeana), além de luxação congênita de quadril.

O diagnóstico desta condição é essencialmente clínico e pode ser complementado por simples testes não invasivos. Perante paciente portador de angioma plano de membro, o exame físico deve se direcionar para a pesquisa de sinais de insuficiência venosa, linfática ou busca de evidência de fístulas arteriovenosas (sopros ou frêmitos). Exames complementares incluem ecografia vascular com Doppler colorido, radiologia convencional (alterações ortopédicas presentes ao exame físico) e angio ressonância magnética, e devem ser direcionados a alterações encontradas no exame físico. A suspeita de alterações de coagulação deve levar à investigação dos produtos da coagulação (fibrinogênio, D-dímeros entre outros) e a suspeita de evento tromboembólico pulmonar pode indicar cintilografia ventilação-perfusão ou ainda angiotomografia computadorizada de tórax.

O diagnóstico diferencial inclui o angioma plano de membro inferior (malformação comum na população caucasiana atingindo 0,3-0,5% dos recém-nascidos), Síndrome de Parkes-Weber (descrito a seguir), Síndrome de Servelle-Martorell (associação entre manchas de coloração vinhosa, somadas à malformação venosa e hipotrofia do membro afetado), Síndrome Proteus (descrito a seguir) e malformações venosas isoladas.

A maioria dos casos é esporádica, tornando sua origem genética muito discutida. A hipótese mais plausível sobre a origem da SKT parece ser embrionária. Ela pode estar ligada a anomalias de desenvolvimento da rede vascular durante os estágios embrionários entre a terceira e sexta semana de gestação⁵. Existe uma maturação anormal da rede vascular embrionária primitiva, com a persistência de estruturas fetais no membro adulto. Tal persistência geraria um desequilíbrio entre as citocinas que podem promover a angiogênese (fator de crescimento endotelial vascular) e citocinas que podem inibi-lo (angiopoietina²), o que resulta numa falta de apoptose de células endoteliais. Esta rede pode incluir a rede arteriovenosa capilar dentro da pele, aumentando o fluxo arterial no membro afetado⁵.

O tratamento envolve intervenção sobre o angioma plano, sobre a insuficiência venosa, sobre as complicações linfáticas e sobre a desproporcionalidade dos membros afetados, assim como acompanhamento psicológico.

A opção para o tratamento do angioma plano inclui sessões de laser pulsado, com melhores resultados obtidos em pacientes muito jovens e nas regiões da face^{6,7}. Quanto à insuficiência venosa, o melhor tratamento é a prevenção precoce com uso de compressão elástica. O resultado cirúrgico no tratamento de pacientes com insuficiência venosa associada à SKT é controverso^{8,9,10}, envolvendo técnicas percutâneas (melhores resultados cirúrgicos) até ligadura de veias embrionárias e fleboextração. É importante salientar que todos os pacientes com SKT, que serão submetidos à intervenção cirúrgica, devem ser investigados quanto a alterações do sistema venoso profundo e o tratamento deve ser dirigido a pacientes portadores de lesões tróficas ou complicações diretas associadas à insuficiência venosa.

Alterações linfáticas podem ser manejadas com compressão elástica e, eventualmente, profilaxia antibiótica em pacientes com quadros de linfangite de repetição.

O tratamento da desigualdade de comprimento dos membros é essencial para que complicações ortopédicas sejam minimizadas. Os objetivos do tratamento incluem a obtenção de igual comprimento, o alinhamento da pelve e a melhora funcional. O tratamento conservador é possível para desigualdades menores que dois centímetros¹¹. Toda criança, que apresentar diferença maior que dois centímetros entre os membros, deve ser avaliada por especialista em ortopedia.

3. A Síndrome Parkes-Weber (SPW)

Trata-se de uma malformação envolvendo a presença de fístulas arteriovenosas múltiplas combinadas a angioma plano nos membros^{1,2}. A presença de fístulas arteriovenosas exclui pacientes do diagnóstico de SKT, uma condição que por muitos anos esteve associada à SPW.

Os sintomas incluem alterações cardiovasculares associadas a um aumento importante do débito cardíaco, especialmente nas câmaras cardíacas à direita, devido à presença das fístulas, assim como alterações ortopédicas oriundas do hiperfluxo durante o período de crescimento ósseo, levando a um aumento do membro afetado pelas comunicações arteriovenosas. Os sintomas podem ser claros somente na puberdade.

Importante ressaltar que as alterações cardiovasculares encontradas nesta síndrome não ocorrem em pacientes com SKT.

4. A Síndrome de Maffucci

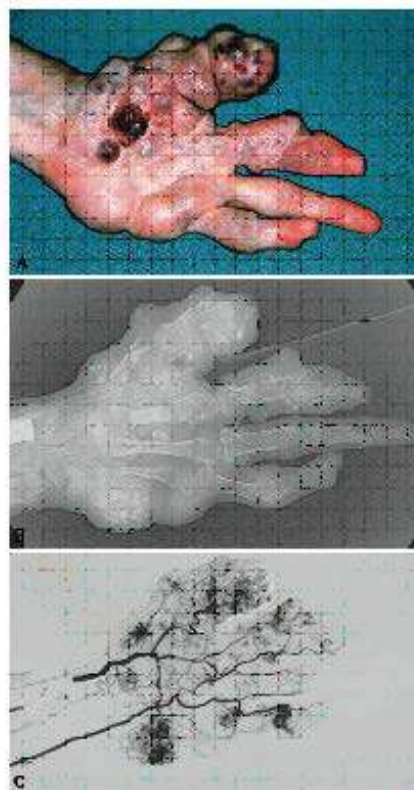
Trata-se de uma rara síndrome não hereditária que discorre com displasia mesenquimal manifestada por encondromatose associada a hemangiomas com alta taxa de transformação maligna. Até o ano de 2009, cerca de 150 casos foram publicados na literatura^{1,2}.

A síndrome afeta o sistema ósseo e a pele através do desenvolvimento de múltiplos encondromas e hemangiomas, cujo aparecimento predomina nas duas primeiras décadas de vida^{3,4}.

Em geral, os sítios dos encondromas e dos he-

mangiomas não coincidem e o envolvimento de mucosas ou vísceras pelos hemangiomas é muito raro nestes pacientes^{5,6}. Revisão de literatura evidencia que 5-10% dos pacientes apresentam envolvimento da cabeça e pescoço⁷, com envolvimento oral manifestado em raros casos por hemangiomas coasionais⁷.

O manejo das lesões de pele e orais é, em geral cirúrgico, na dependência da localização e tamanho da lesão. Eventualmente, a amputação do segmento afetado por uma grande lesão pode ser a única terapia viável⁵.



A. Left hand of patient showing extensive hemangiomas. The fifth finger had to be removed 8 years previously. B. Radiograph of the left hand showing multiple calcifications within the hemangiomas (eg. first finger, base of fifth finger) and multiple enchondromas (eg. metacarpophalangeal joint of the fourth finger, proximal and distal interphalangeal joints of second through fourth fingers). C. Arteriogram of the left hand showing multiple hemangiomas.

5. A Síndrome PHACE

Existe um subgrupo de pacientes portadores de hemangioma infantil que se apresenta em associação com alterações estruturais do cérebro, vascularização cerebral, olhos, aorta e parede torácica conhecida pelo acrônimo PAHCE. Este

foi criado por Frieden¹ et al em 1996, referindo-se a anomalias de fossa posterior, hemangiomas, lesões arteriais, anormalidades cardíacas/coarctação da aorta e anormalidades dos olhos. Existem especulações de que esta síndrome seja a mais frequente entre as alterações neurocu-



FIGURE 2
Diagram of the proposed facial segments

tâneas encontradas em crianças² e esforços importantes estão sendo realizados para direcionar o diagnóstico de forma mais consistente. Reforça tal necessidade a afirmação de que, no passado, alguns casos de SSW na verdade se tratavam da síndrome PAHCE³.

Inicialmente, a proposta para a definição diagnóstica incluía a presença de hemangioma facial associado a pelo menos uma alteração extra cutânea^{4,5}. Os hemangiomas usualmente não se encontram presentes no nascimento, aparecendo durante os primeiros dias a semanas de vida. Estes tendem a ser grandes (> 5,0 cm) e se distribuem de forma segmentar conforme esquema a seguir⁶.

Mais de 95% dos casos descritos na literatura da Síndrome PAHCE descrevem-na com hemangiomas faciais com distribuição, conforme esquema ao lado em quatro zonas: frontoparietal, maxilar, mandibular e frontonasal. Alguns trabalhos indicam que hemangiomas na zona 1 apresentam maiores índices de associação à má formação cerebral e ocular, enquanto hemangiomas na zona 3 são indicativos de lesões cardiovasculares e defeitos de desenvolvimento ventral^{2,5,6}.

TABLE 2: Diagnostic Criteria: PHACE Syndrome

PHACE Syndrome			
Facial Hemangioma >5 cm in diameter PLUS 1 Major Criteria OR 2 Minor Criteria			
Possible PHACE Syndrome			
Facial Hemangioma >5 cm in diameter PLUS 1 Minor Criteria	Hemangioma of the Neck or Upper Torso: PLUS 1 Major Criteria OR 2 Minor Criteria	No Hemangioma PLUS 2 Major Criteria	
Organ System	Major Criteria	Minor Criteria	
Cerebrovascular	- Asymmetry of major cerebral arteries - Dysplasia^a of the large cerebral arteries^b - Arterial stenosis or occlusion with or without moyamoya collaterals - Absence or moderate to severe hypoplasia of the large cerebral arteries - Aberrant origin or course of the large cerebral arteries^c - Persistent trigeminal artery - Saccular aneurysms of any cerebral arteries	- Persistent embryonic artery other than trigeminal artery - Proatlantal intersegmental artery (types 1 and 2) - Primitive hypoglossal artery - Primitive aortic artery^d	
Structural brain	- Posterior fossa anomaly - Dandy-Walker complex or unilateral/bilateral cerebellar hypoplasia/dysplasia	- Extending extra-axial lesion with features consistent with intracranial hemangioma^e - Midline anomaly^f - Neuronal migration disorder^g	
Cardiovascular	- Aortic arch anomaly - Coarctation of aorta/hypoplasia^h - Aneurysm - Aberrant origin of the subclavian artery with or without a vascular ring	- Ventricular septal defect - Right aortic arch (double aortic arch)	
Ocular	- Posterior segment abnormality - Persistent fetal vasculature (persistent hyperplastic primary vitreous) - Retinal vascular anomalies - Morning Glory disc anomaly - Optic nerve hypoplasia - Peripapillary staphyloma - Coleboma	- Anterior segment abnormality - Sclerocornea - Cataract - Dalrymple - Microphthalmia	
Ventral or midline	- Sternal Defect - Sternal cleft - Suprasternal notch - Sternal defects	- Hypopituitarism - Ectopic thyroid	

^a Includes kinking, looping, tortuosity, and/or dolichoectasia

^b Includes carotid artery, middle cerebral artery, anterior cerebral artery, posterior cerebral artery, or vertebral/basilar system

^c See Structural Brain Anomalies section for definition

^d Includes agenesis or dysgenesis, septum pellucidum agenesis, pituitary malformation, or pituitary ectopia

^e Polymicrogyria, cortical dysplasia, or gray matter heterotopia

6. A Síndrome de Proteus

Condição muito rara que envolve desordem do crescimento, tendendo a gigantismo assimétrico. O caso mais antigo relatado data do século 19, descrito por Treves^{1,2}. Em virtude da raridade da síndrome, muitas vezes, o diagnóstico passa por outras desordens genéticas até sua confirmação⁹.

A condição geralmente se manifesta após o nascimento com crescimento exacerbado irregular e progressivo envolvendo vários tecidos e distorcendo a anatomia normal. As manifestações são caracteristicamente assimétricas e sua distribuição varia entre os afetados. Outro dado importante é o crescimento de qualquer tipo de tecido do corpo com relatos de crescimento do sistema

nervoso central, timo, baço, cólon, entre outros.

O segundo aspecto importante da síndrome inclui a velocidade de crescimento elevada com rápida progressão das distorções. Malformações vasculares são também comuns nesta patologia^{3,4}. Entre as mais comuns, citam-se as capilares cutâneas, contudo pode-se encontrar malformações arteriovenosas intracranianas. Malformações arteriais isoladas são infrequentes nesta síndrome. É importante ressaltar que as alterações vasculares encontradas nesta síndrome não são tão graves quanto às encontradas na Síndrome de Klippel-Trenaunay⁵ e, classicamente, podem ser distinguidas desta por seu crescimento de tecido conjuntivo na forma de *nevus cerebriforme*.

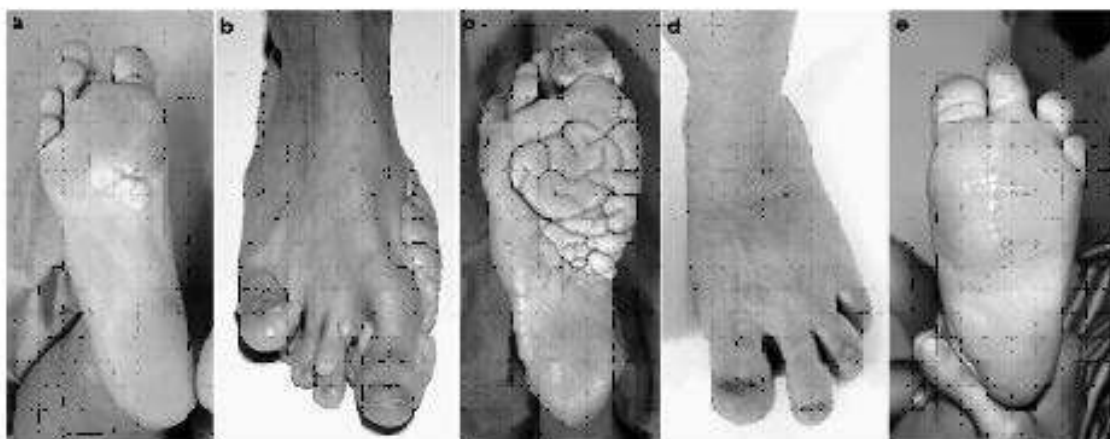


Figure 1 The distinction of overgrowth in a patient with PS (a–c) from that of a patient with hemihyperplasia (d, e). Panel a shows an early CCTN. Note that the appearance of this lesion is distinct from that of wrinkling of normal sole tissue. Panels b and c are from a patient with more advanced PS demonstrating several features of the disorder. Panel b shows distorting overgrowth of the first and fifth digits (arrows) with loss of the normal architecture of the digits. The overgrowth in the patient with PS is associated with calcified tissue around the epiphyses that restricts movement at the affected joints. The overgrowth in the patient with hemihyperplasia (d, e) is described by as ‘ballsoring’ overgrowth as it is not associated with distortion.

Alteração do crescimento de tecido gorduroso é outro marco da doença, com crescimento exacerbado em algumas regiões na forma de lipomas e hipotrofia do mesmo em outras (tórax).

Outra manifestação de pele frequente inclui *nevus verrucoso* linear epidérmico, que pode estar presente, inclusive, no nascimento. A lesão apresenta-se, classicamente, com textura rude e coloração marrom enegrecido.

Alterações faciais são menos frequentes e in-

cluem queda palpebral, achatamento dos ossos maxilares e discreto alongamento da face.

Tumores associados à síndrome incluem adenomas monomórficos de parótida e cistoadenomas de ovário.

Atualmente, o diagnóstico é definido por critérios, que são controversos para a maioria dos especialistas no assunto. Os critérios são divididos em gerais e específicos e encontram-se discriminados na tabela a seguir:

Table 1 Revised PS diagnostic criteria.

To make a diagnosis of PS, one must have all the general criteria, and various specific criteria

General Criteria		Specific Criteria	
All the following:		Either:	
Mosaic distribution of lesions		Category A or,	
Sporadic occurrence		Two from category B or,	
Progressive course		Three from category C	
Specific criteria categories			
A.	1. Cerebriform connective tissue nevus ⁴	C.	1. Dysregulated adipose tissue
B.	1. Linear epidermal nevus	Either one:	
	2. Asymmetric, disproportionate overgrowth ⁵	(a) Lipomas	
	One or more:	(b) Regional lipohypoplasia	
	(a) Limbs	2. Vascular malformations	
	(b) Hypertostosis of the skull	One or more:	
	(c) Hypertostosis of the external auditory canal	(a) Capillary malformation	
	(d) Megacystic dysplasia	(b) Venous malformation	
	(e) Viscera:	(c) Lymphatic malformation	
	Spleen/thymus	3. Lung cysts	
	3. Specific tumors before 2nd decade	4. Facial phenotype	
	One of the following:	Alt:	
	(a) Bilateral ovarian cystadenoma	(a) Dolichocephaly	
	(b) Parotid monomorphic adenoma	(b) Long face	
		(c) Down-slanting palpebral fissures and/or minor ptosis	
		(d) Low nasal bridge	
		(e) Wide or anteverted nares	
		(f) Open mouth at rest	

This table is adapted from prior publications.^{8,9,20}

⁴Cerebriform connective tissue nevi are skin lesions characterized by deep grooves and gyrations as seen on the surface of the brain; see text and Figure 1 for details.

⁵Asymmetric, disproportionate overgrowth should be carefully distinguished from asymmetric, proportionate, or ballooning overgrowth. See text and Figure 1 for details.

O manejo destes pacientes é complexo. Para o tratamento do crescimento exacerbado, em geral, são necessários múltiplos procedimentos ortopédicos com o passar dos anos. O tratamento cirúrgico deve ser adiado o máximo possível, sendo indicado antes que alguma alteração debilitante esteja estabelecida.

A causa mais comum de morte neste grupo de pacientes é a trombose venosa profunda, associada a evento embólico pulmonar, mesmo em crianças^{6,7}. Por este motivo, recomenda-se que qualquer tratamento cirúrgico, seja precedido de terapia profilática com anticoagulantes, mesmo quando em associação com malformações vasculares.

7. A Síndrome de Sturge-Weber (SSW)

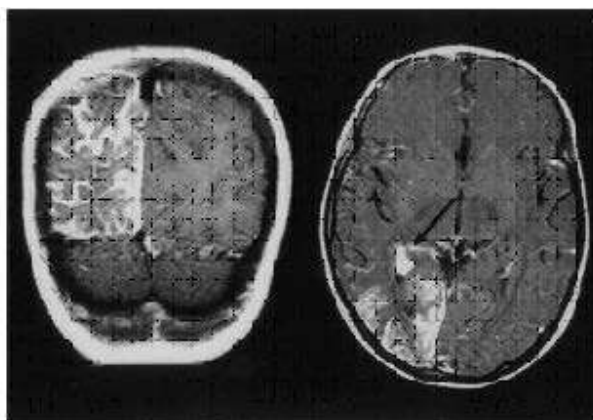
Rara síndrome neurocutânea que compromete a microcirculação venosa cefálica, apresentando frequência estimada de 1:50.000¹. A alteração neurovascular clássica é a angiomatose lepto-

menígea, geralmente envolvendo os lobos occipital e parietal posterior, contudo, pode afetar qualquer território do hemisfério cerebral. Os outros componentes clínicos da síndrome incluem crises convulsivas, glaucoma, cefaleia, acidentes isquêmicos transitórios e alterações de comportamento.¹¹

Geralmente, a síndrome se manifesta ao nascimento, com malformação vascular em face. Trata-se de um *nevus vinhoso* usualmente no segmento superior da face e ipsilateral a angiomatose. Crianças com nevus envolvendo pálpebras se encontram entre os de maior risco para lesões oculares e intracranianas².

A chave no diagnóstico é a identificação da angiomatose leptomenígea, contudo ela pode não estar presente na infância precoce. Estudos de imagem podem identificar o grau de calcificação, atrofia e gliose cerebral, assim como perda neuronal³.

Figure 2. Coronal and axial T₁-weighted (TR = 516 ms, TE = 11 ms) gadolinium-enhanced postcontrast images demonstrate prominent leptomeningeal enhancement over the surface of the right occipital and parietal lobes. In the posterior horn of the right lateral ventricle, the choroid plexus is enlarged (arrow).



Setenta e cinco por cento a 90% das crianças afetadas pela síndrome apresentam crises convulsivas parciais até a idade dos três anos⁴ e estas crises representam pior prognóstico.¹³

Quanto à definição diagnóstica, esta é tomada na presença de alterações oftalmológicas e neurológicas.

O tratamento encontra-se resumido na tabela a seguir:

Table 1. Recommended treatments for associated complications in Sturge-Weber syndrome

Therapy	Glaucoma	Partial Epilepsy ^a	Headache/Migraine ^b	Stroke-like Episodes ^c	Neurobehavior
1st choice	Beta blocker drops	Carbamazepine	Ibuprofen	Aspirin 3-5 mg/kg/d ^d	Methylphenidate
2nd choice	Adrenergic drops or carbonic anhydrase inhibitor drops	Valproate Topiramate Phenobarbital Phenytoin	Abortive therapy with sumatriptan	Unknown	Clonidine
Other options	Trabeculectomy ^e	Epilepsy surgery	Preventive therapy with propranolol or nortriptyline	Unknown	Dextroamphetamine Risperidone

* If drops fail, consider trabeculectomy. Surgery is associated with a high risk of complications because of elevated episcleral venous pressure from the hemangioma.

^b Children with SWS may have generalized seizures or infantile spasms, but partial epilepsy (with or without secondary generalization) is most prevalent.

^c Approximately one third of children with SWS meet diagnostic criteria for migraine. Management in SWS is similar to management of common migraine not associated with SWS.

^d Anecdotal evidence suggests that children with SWS receiving aspirin therapy (antithrombotic dose) have fewer stroke-like episodes.

Abbreviation:

SWS = Sturge-Weber syndrome

O prognóstico varia amplamente conforme o acometimento do sistema nervoso central se desenvolve e afeta as funções primordiais do paciente. Entre aqueles com estudos de imagens negativos para os achados clássicos de calcificação, encontram-se os de pior prognóstico, com evolução rápida para epilepsia intratável, infartos e deterioração da função cognitiva.¹⁶

Diante dessas diferentes apresentações de malformações vasculares, após avaliação diagnóstica e comprovação por imagem, definimos a conduta intervencionista e o momento mais propício de realizá-lo.¹⁷

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, realizado

pelo Serviço, com a amostra de 398 pacientes submetidos à embolização terapêutica das malformações vasculares (MAV), no período de julho de 1996 a julho de 2019. Em todos os pacientes, realizamos a avaliação clínica, o estudo de imagem pelo eco color Doppler e os pacientes, candidatos à intervenção, utilizamos a angioressonância (RM). A angio tomografia foi realizada quando a angio RM não era possível realizar, como nos clastrofóbicos.

A indicação terapêutica no adulto é mais fácil definir. Nas crianças, recomendamos intervir com menos de 16 anos, se a MAV é incompatível com a vida e seu crescimento, nos casos de intratabilidade clínica e no “bullyng”.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir dos dados coletados da amostra de 398 pacientes, verificamos que a embolização terapêutica na MAV, foi realizada em 15,8% em menores de 16 anos. A média de idade foi de 37 anos e o sexo feminino representou 59% dos pacientes. O eco color Doppler foi o exame de imagem inicialmente utilizado e, nos pacientes que sugerimos intervir, a angio RM foi realizada para melhor planejamento terapêutico.

Em síntese:

- **Eco Doppler:** faz o diagnóstico.
- **Ressonância magnética:** é o melhor método para avaliação pré-operatória, definindo a extensão da lesão e as relações anatômicas com estruturas adjacentes.
- **Tomografia computadorizada:** importante quando houver comprometimento ósseo. É limitada na avaliação das MAVs de partes moles.
- **Arteriografias/flebografias:** avalia número de pedículos nutridores, presença de fístulas artério-venosas e a drenagem venosa. Exame pré-terapêutico.¹⁸

Com posse destes exames, estabelecemos estratégia de tratamento. O pré-operatório consiste na avaliação clínico-cardiológica seguindo o critério da ASA (*American Society of Anesthesiologists*). A equipe de anestesiologia faz contato

com os pacientes e se certifica desta avaliação e corrobora os dados.²⁰

Como trabalhamos com Medicina privada, solicitamos as autorizações aos planos/seguros ou cooperativas. Após as autorizações, agendamos a data do tratamento. Damos preferência aos hospitais com sala de hemodinâmica ou híbrida (equipamentos de melhor resolução). Nem sempre é possível e, às vezes, utilizamos o arco em “C” vascular. Já realizamos os procedimentos em cerca de 16 hospitais do Estado do Rio de Janeiro e em de outros estados do país.

Nas MAV de crânio e tronco, utilizamos a anestesia geral. Nas lesões de extremidades, o bloqueio loco-regional com sedação, tem sido utilizada. Habitualmente, a nossa rotina é pela internação com três horas antes do procedimento, para devida hidratação e medicação pré-anestésica. O preenchimento dos termos de consentimento anestesiológico e cirúrgico são necessários e feitos com rigor. O paciente, então, é conduzido para a sala operatória, aonde se iniciam os processos de monitorização. O uso de acesso venoso profundo (a rotina é a veia jugular interna), a monitorização da pressão arterial radial (PAM) e a sondagem vesical, são medidas que utilizamos, e que pontualmente, podem ser restringidas conforme o caso. Para a abordagem por via arterial, damos preferência ao cateterismo da artéria femoral na prega inguinal.

Se tratarmos o membro inferior, preferimos o acesso à artéria femoral contra-lateral, por via retrógrada. A técnica de Seldinger é a escolhida. Realizamos o cateterismo nas artérias portadoras com o cateter diagnóstico e, somente após a confirmação da lesão e definição da estratégia de tratamento, realizamos a heparinização sistêmica (cerca de 100 UI/Kg).

Lembro que não fazemos a angiografia diagnóstica, logo, a mudança de estratégia pode ser possível. A seguir, trocamos o material de acesso pelo de trabalho e fazemos o cateterismo seletivo. Na grande maioria dos casos, progredi-

mos o micro-catéter sob o micro-guia o utilizando como cateter-mãe. Pontualmente, trabalhamos com catéter-guia o introdutor longo. O uso de "road mapping" facilita o acesso, dinamiza o procedimento e otimiza o tempo.

O foco é o tratamento do "NIDUS", que é considerado o núcleo da lesão. O intuito é a sua exclusão com a preservação das artérias ditas "portadoras". Desta forma, em caso de nova sessão, preservamos a via e/ou vias de acesso à lesão. A proposta de tratamento é a completa exclusão da nutrição arterial e, se necessário for, a sua complementação da embolização por via venosa e/ou percutânea em outro tempo terapêutico.

Para fins didáticos, utilizamos a classificação das MAVs de Mulliken JB et al: *Classification of vascular birthmarks* - 1988. Mesmo já criada há tantos anos, é de grande utilidade prática²¹.

- Capilar
- Venosa
- Linfática
- Mista
- Malformação artério-venosa: "NIDUS" – alto fluxo

Portanto, a embolização pode ser:

- Curativa.
- Redução "efeito de massa" ou controle de sangramentos.
- Pré-operatória.
- Um procedimento que visa facilitar a cirurgia proposta.

Os acessos utilizados são: a via arterial, venosa,

percutânea e/ou combinada.

Objetivos técnicos:

- Avaliação precisa da anatomia vascular.
- Avaliação da hemodinâmica da lesão:
 1. Alto ou baixo fluxo.
 2. Drenagem venosa.
 3. Colaterais.
 4. Escolha adequada do material de acordo com a hemodinâmica.
- Evitar refluxo para vasos normais.

Os principais agentes que utilizamos são:

Agentes esclerosantes: preferencialmente, utilizados nas lesões de caráter venoso ou nas punções diretas.

Os líquidos:

1. Álcool absoluto:

É o esclerosante mais potente²².

Porém, pode apresentar complicações, como o eritema, a necrose de pele, a lesão de nervos adjacentes, a trombose venosa profunda e o colapso cardiovascular que é incomum (todos os casos com doses acima de 0,8mL/kg).

2. Polidocanol:

- Irritante vascular.
- Com a técnica de Tessari é injetado como espuma.
- A espuma aumenta a superfície ativa do esclerosante.

Maior eficácia com menores volume e concentrações de esclerosante.



Preparo da espuma densa.

Outras opções de agentes líquidos, mas com ação emboligênica, temos o Histoacryl e o Glubran:

- Substâncias que são injetadas sob a forma líquida e polimerizam;
- Polimerizam quando entram em contato com as soluções iônicas (soro, sangue);
- Para retardar o tempo de polimerização, o Histoacryl é misturado com lipiodol em concentrações variáveis. O tempo de polimerização depende da concentração desta mistura;
- Cuidados: nenhum material como agulhas, seringas ou torneiras, que tenham estado em contato com soro, devem ficar no campo de trabalho para evitar que haja polimerização precoce. O cateter, por onde será injetado a mistura, deve ser intensamente lavado com solução de glicose 5 ou 10 %²³.



Histoacryl



Lipiodol

Adesivos tissulares:

O ÔNYX:

- Sistema embólico líquido
- Copolímero Ethylene-vinyl alcohol (EVOH)
- Solvente Dimethyl Sulfoxide (DMSO)
- Pó de tantalum (Ta)



- Etilene vinil álcool (Ônix)
- Esclerosante fluido que consiste num polímero misturado com metrizimide ou tântalo em uma base de dimetil sufoxide (DMSO).
- É injetado através de um cateter adequado ou por punção direta, após ter sido injetada uma quantidade exata de DMSO para que o ônix precipite com formação de uma massa esponjosa, que age como êmbolo compacto provocando oclusão mecânica direta o vaso.
- Uma vantagem do Ônix é que por não ser uma substância adesiva, não há risco de colar o cateter²⁴.

As características são:

- Mistura líquida radiopaca, pronta para injeção.

O polímero precipita em contato com solução aquosa.





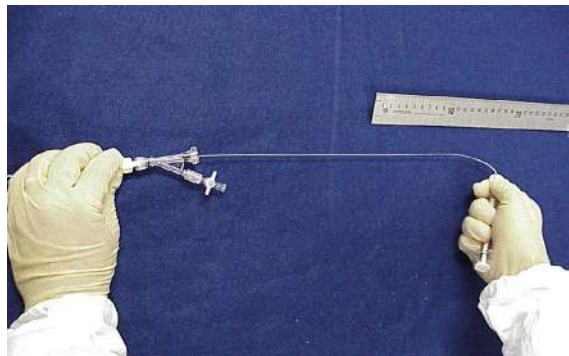
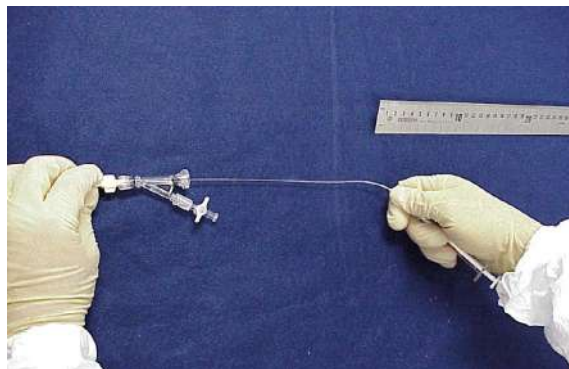
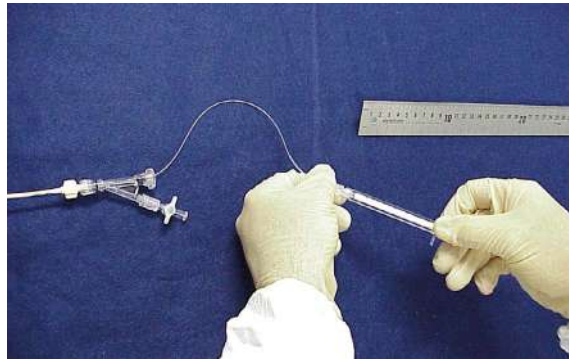
A técnica utilizada é o micro-cateterismo seletivo:

- Confirmação do microcateterismo distal
- Incidência para definir com precisão da extremidade do cateter em perfil e estimar margem segura de refluxo.



Cateterismo seletivo da lesão com o micro-cateter

A retirada do cateter deve ser cuidadosa. Apesar de constar na "bula" que o cateter não cola na lesão submetida à embolização com este adesivo tissular, a técnica de retirada deve ser respeitada²⁵.

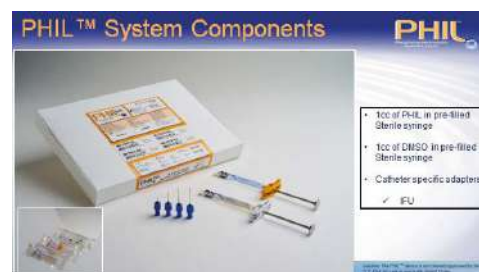
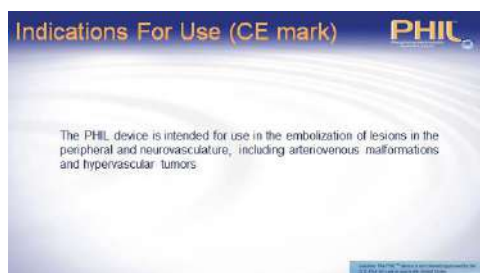


Outra opção que temos utilizado de agente emboligênico é o SQUID.





O agente emboligênico PHIL é o mais recente dos adesivos tissulares que temos utilizado, seu diferencial é de evitarmos o risco de manchar a pele por ser incolor. Devido ao maior custo, o temos utilizado nas lesões de face ou áreas de maior exposição em que há a preocupação estética²⁶.



Vamos demonstrar dois procedimentos:

O primeiro realizado por cateterismo arterial, cuja a embolização foi pelo micro-cateterismo seletivo do "NIDUS" da MAV de coxa.



O segundo caso, realizamos a punção direta da MAV em coxa.



As síndromes angiomatosas, portanto as mal-formações vasculares, constituem uma doença a cada dia mais prevalente nos consultórios dos especialistas. A internet vem auxiliando na divulgação da patologia, no que tange ao diagnóstico e às diferentes opções de tratamento, logo, a procura se intensificou. Ela é interdisciplinar e, a cada dia mais, é necessário o conhecimento, envolvimento e atualização dos profissionais que visam tratar e reabilitar estes pacientes. Cremos que, cada vez mais, ofereceremos procedimentos terapêuticos mais eficientes e menos invasivos.

Referências:

1. Kasabach HH, Merritt KK. Capillary hemangioma with extensive purpura: report of a case. *Am J Dis Child* 1940; 59:1063–70.
2. El-Dessouky M, Azmy AF, Raine PA, Young DG. Kasabach–Merritt syndrome. *J PediatrSurg* 1988; 23:109–11.
3. Ortel TL, Onorato JJ, Bedrosian CL, Karfman RE. Antifibrinolytic therapy in the management of the Kasabach–Merritt syndrome. *Am J Hematol* 1988; 29:44–8.
4. Larsen EC, Zinkham WH, Eggleston JC, Zitelli BJ. Kasabach–Merritt syndrome: therapeutic consideration. *Pediatrics* 1987;79:971–80.
5. Warrell RP Jr, Kempin SJ. Treatment of severe coagulopathy in the Kasabach–Merritt syndrome with aminocaproic acid and cryoprecipitate. *N Engl J Med* 1985; 313:309–12.
6. Martins AG. Hemangioma and thrombocytopenia. *J PediatrSurg* 1970 ;5:641.
7. Alvarez-Mendoza A, Lourdes TS, Ridaura-Sanz C, Ruiz-Maldonado R. Histopathology of vascular lesions found in Kasabach–Merritt syndrome: review based on 13 cases. *PediatrDevPathol* 2000; 3:556–60.
8. Camilleri M, Chadwick VS, Hodgson HJF. Vascular anomalies of the gastrointestinal tract. *Hepatogastroenterology* 1984; 31:149–53.
9. Millar JG, Orton CI. Long term follow-up of a case of Kasabach–Merritt syndrome successfully treated with radiotherapy and corticosteroids. *Br J PlastSurg* 1992;45:559–61.
10. Hagerman LJ, Czapak EE, Donnellan WJ, Schwartz AD. Giant hemangioma with consumption coagulopathy. *J Pediatr* 1975; 87:766–8.
11. Biswal BM, Anand AK, Aggarwal HN, Ghadiok G, Ghosh D. Vertebral hemangioma presenting as Kasabach–Merritt syndrome. *ClinOncol* 1993;5: 187–8.
12. Dutton SC, Plowman PN. Paediatric haemangiomatosis: the role of radiotherapy. *Br J Radiol* 1991;64: 261–9.
13. Schild SE, Buskirk SJ, Frick LM, Cupps RE. Radiotherapy for large symptomatic hemangiomas. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 1991;21:729–35.
14. Seo W, Kishimoto M, Minato T, Nishimura Y. Submandibular hemangioma as the initial manifestation of Kasabach–Merritt syndrome. *Int J PediatrOtorhinolaryngol* 1993;25:389–91.
15. Mitsuhashi N, Masaya F, Sakurai H, Takahashi T, et al. Outcome of radiation therapy for patients with Kasabach–Merritt syndrome. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 1997;39:467–73.
16. Aylett SE, Williams AF, Bevan DH, Holmes SJK. The Kasabach–Merritt syndrome: treatment with intermittent pneumatic compression. *Arch Dis Child* 1990;65:790–1.
17. Apfelberg DB, Maser MR, White DN, et al. Combination therapy for massive cavernous hemangioma of the face: YAG laser photocoagulation plus direct steroid injection followed by YAG laser resection with sapphire scalpel tips, aided by superselective embolization. *Laser Surg Med* 1990; 10:217–23.
18. Sato Y, Frey EE, Wicklund B, et al. Embolization therapy in the management of infantile hemangioma with Kasabach–Merritt syndrome. *PediatrRadiol* 1987;17:503–4.
19. Neidhart JA, Roach RW. Successful treatment of skeletal hemangioma and Kasabach–Merritt syndrome with aminocaproic acid. *Am J Med* 1982; 73:434–8.
20. Koerper M, Addiego JE Jr, DE Lorimier AA. Use of aspirin and dipyridamole in children with platelet trapping syndromes. *J Pediatr* 1983; 102: 311–4.
21. Alvarez-Franco M, Paller AS. Congenital Kasabach–Merritt syndrome. *PediatrDermatol* 1994; 11:80–1.
22. Ezekowitz RAB, Mulliken JB, Folkman J. Interferon alpha-2a therapy for life-threatening hemangiomas of infancy. *N Engl J Med* 1992; 326: 1456–63.
23. Hatley RJ, Sabio H, Howell CG, et al. Successful management of an infant with a giant hemangioma of the retroperitoneum and Kasabach–Merritt syndrome with alpha-interferon. *J PediatrSurg* 1993; 28:1356–9.
24. Paletta FX, Walker J, King J. Hemangioma-thrombocytopenia syndrome. *Plast Reconstruct* 1959; 23:615–20.
25. Saegusa Y, Ziff M, Welkovich L, Cavender D. Effect of inflammatory cytokines on human endothelial cell proliferation. *J Cell Physiol* 1990; 142:488–95.
26. Tanaka K, Shimao S, Okada T, Tanaka A. Kasabach–Merritt syndrome with disseminated intravascular coagulopathy treated by exchange transfusion and surgical excision. *Dermatologica* 1986; 173:90–4.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

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

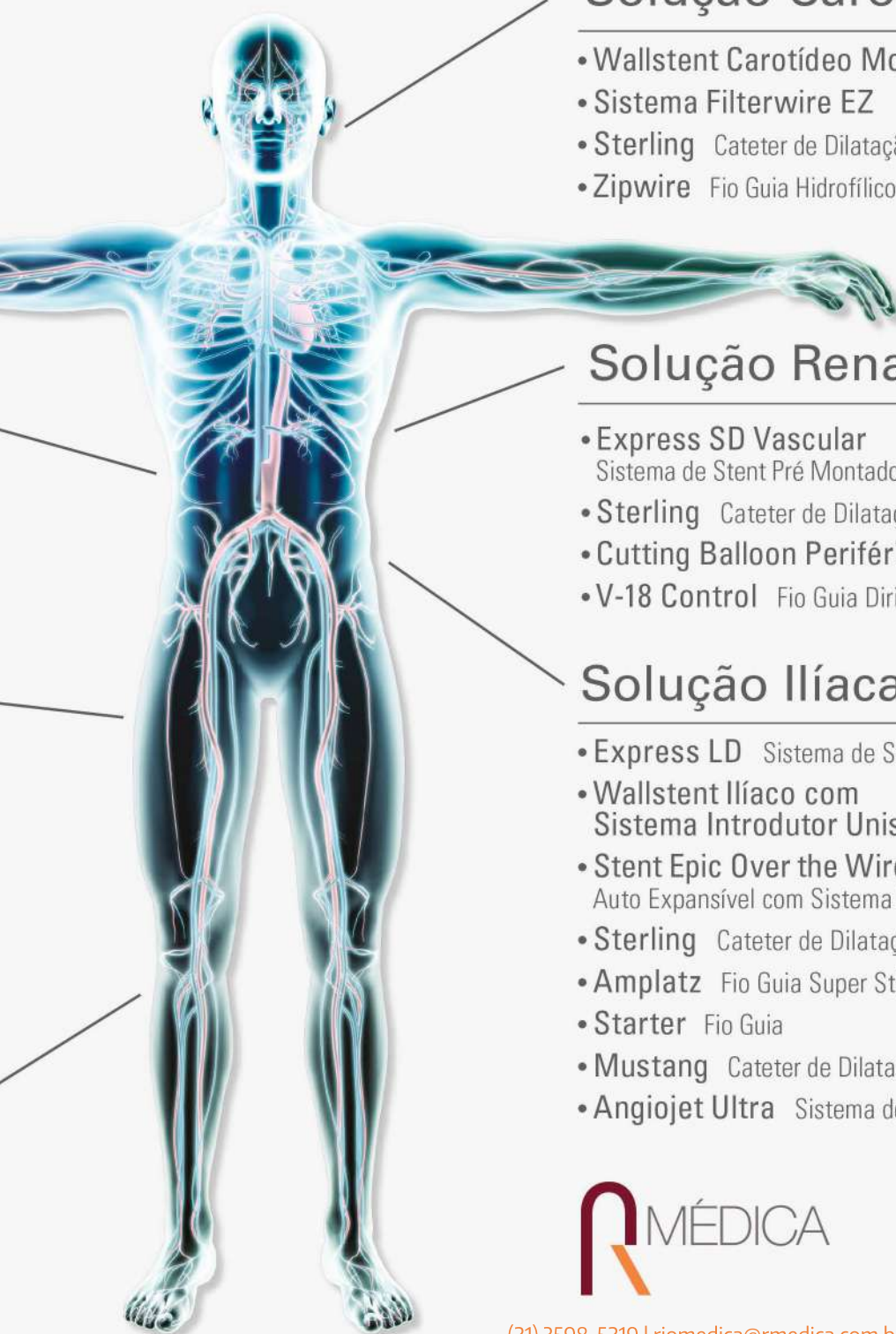


Solução Femoral

- **Innova Over the Wire** Stent Auto Expansível
- **Stent Epic Over the Wire** Stent Vascular de Nitinol Auto Expansível com Sistema Introdutor
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Cutting Balloon** Periférico
- **Mustang** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Offroad** Cateter de Reintrodução
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **TruePath** Dispositivo para Utilização em Oclusão Total Crônica

Solução BTK (Below-the-knee)

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



Solução Carotídea

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

Solução Renal

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

Solução Ilíaca

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



Assista
aos vídeos
desse caso
e veja as
referências
bibliográficas

Hematoma subcapsular renal espontâneo pós PEVAR com EndoAnchors

Dr. Alexandre Inacio Moreira Coutinho¹, Dra. Stefany Gimenes Baptista Coutinho² e Dr. Mauricio Pinheiro Santos³.

1. Capitão de Corveta Médico, Cirurgião Vascular da Marinha do Brasil, Encarregado da Interoperabilidade entre as Forças Armadas em Cirurgia Vascular e Endovascular na Amazônia Ocidental, Titular da Academia Brasileira de Medicina Militar, Vice-Presidente da SBACV regional Amazonas
2. Capitão-Tenente Médica, Cirurgiã Vascular da Marinha do Brasil, Diretora de Defesa Profissional da SBACV regional Amazonas
3. Capitão Médico, Cirurgião Vascular do Exército Brasileiro

RESUMO:

O hematoma renal subcapsular espontâneo é uma patologia rara e pouco descrita na literatura médica. É definido como um sangramento do parênquima renal, que permanece contido no espaço subcapsular. Os pacientes podem apresentar instabilidade hemodinâmica e dor lombar intensa nos casos de hematoma renal espontâneo. O reparo endovascular do aneurisma de aorta abdominal com CO₂, em paciente estável hemodinâmica sem queda dos níveis hemodinâmicos, pode estar relacionado ao aprisionamento do gás intestinal. As causas de ruptura do parênquima renal podem estar relacionadas à lesão renal pré-existente, como tumores (angiomiolipoma ou carcinoma de células renais) e, mais raramente, a ruptura de cistos renais em pacientes anticoagulados plenamente. Esse é um relato de caso com hematoma subcapsular renal espontâneo em rim com cisto, após o reparo endovascular do aneurisma de aorta abdominal justa renal com colo dilatado. Descreve-se passo a passo a técnica PEVAR (*Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair*), utilizando CO₂ para implante de endoprótese, e EndoAnchors e embolização da artéria interlobar no polo inferior do rim esquerdo para controle de sangramento em paciente portador de insuficiência renal crônica não dialítica.

Palavra-chave: hematoma renal; hematoma subcapsular; ruptura renal espontânea; embolização

INTRODUÇÃO

O hematoma renal subcapsular espontâneo é uma condição extremamente rara e pouco descrita na literatura médica mundial. A sua abordagem terapêutica é dependente do diagnóstico, muitas vezes de difícil definição (SINGH et al, 2017). Ocorre quando há uma hemorragia do parênquima renal que se mantém confinado ao espaço subcapsular. O quadro clínico sugestivo desta condição caracteriza-se com dor intensa em região lombar ou em flanco, associado à instabilidade hemodinâmica podendo ocorrer alteração na função renal. Não muito raro, pode evoluir com necessidade de intervenção cirúrgica e, até mesmo, nefrectomia (BAISHYA et al, 2011).

Os casos de hematoma renal subcapsular espontâneo descritos na literatura estão relacionados à presença de cistos renais, tumores renais benignos ou malignos, lesões vasculares e pacientes em regime de anticoagulação ou antiagregação plaquetária (GRECO et al, 2016).

As hemorragias podem ser classificadas em menor ou maior. A hemorragia maior é assim denominada quando há risco iminente de morte, quando

acomete áreas nobres (cérebro, retroperitônio, peritônio, tórax, medula espinhal, trato gastrointestinal e articulações), e que resulta em uma queda de 2 g/dL na hemoglobina ou caso demande intervenção cirúrgica (GORI et al, 2012).

Atualmente, com a evolução das técnicas cirúrgicas e dos materiais, a cirurgia endovascular abre possibilidades para intervenções minimamente invasivas e evita cirurgias mais radicais, como a laparotomia e nefrectomia.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 78 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica não dialítica e coronariopatia. Apresentou desconforto torácico e abdominal, foi atendido na emergência do Hospital Militar de Área de Manaus. Identificado flutter atrial de alta resposta, cardiovertido com sucesso e submetido à cineangiocoronariografia com angioplastia e implante de stent em ramo ventricular posterior esquerdo da artéria coronariana. Realizou check-up vascular com eco color Doppler das artérias carótidas, aorta abdominal e arterial dos membros inferiores. Identificado aneurisma de aorta abdominal (AAA) medindo 5,2 cm justarenal. Optou-se por tomografia de tórax e abdome sem contraste para planejamento cirúrgico (fig.1). Além do AAA, foi observado um cisto renal à esquerda (fig.2).



Fig. 1 - Reconstrução da aorta com tomografia computadorizada sem contraste.

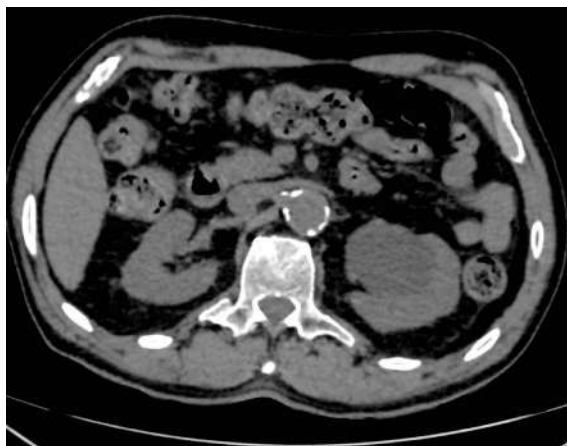


Fig. 2 - Cisto renal à esquerda.

O paciente foi submetido a implante de endoprótese pela técnica PEVAR (*Percutaneous Endovascular Aneurysm Repair*) em segmento justarenal, com kit de CO₂, associado ao implante de EndoAnchors, com bom resultado angiográfico (step by step - vídeo 1, vídeo 2, vídeo 3, vídeo 4, vídeo 5, vídeo 6, vídeo 7, vídeo 8 e vídeo 9). O paciente evoluiu em 2 horas com instabilidade hemodinâmica, responsivo ao uso de cristalóide e dor intensa em região lombar esquerda. Foi realizada tomografia sem contraste que evidenciou um hematoma subcapsular renal à esquerda (fig.3). Inicialmente, foi tratado com medidas conservadoras, porém não responsivas após 24 horas. Optou-se prosseguir com angiografia superseletiva diagnóstica, usando a artéria braquial esquerda como via de acesso. Punção ecoguiada da artéria braquial esquerda e colocação de introdutor 6F, navegação com cateter Cobra 2 80cm, cateterizada artéria renal esquerda, sem contraste, usando como referência o início do freeflow justarenal. A angiografia superseletiva com microcateter 150x6 cm, observado sangramento da artéria interlobar no polo inferior do rim esquerdo (Fig. 4), realizada embolização com molas (1,5x2cm, 2,0x3cm, 2,5x4,0cm) atingindo o alvo (artéria interlobar) do sangramento, estendendo até a artéria lobar do polo inferior do rim esquerdo (Fig. 5), com excelente resultado angiográfico, e parada do sangramento. O paciente evoluiu sem queixas, com estabilização hemodinâmica, e com status renal prévio sem

alteração. Recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório.



Fig. 3 - Hematoma subcapsular renal à esquerda.

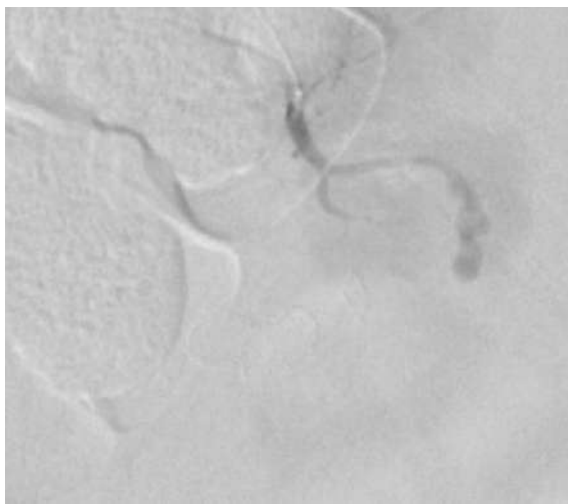


Fig. 4 - Angiografia superseletiva com microcateter demonstra o extravazamento do contraste no segmento distal da artéria interlobar no polo inferior do rim esquerdo.



Fig. 5 - Controle angiográfico pós-embolização com molas.

DISCUSSÃO

O tratamento do hematoma subcapsular renal depende do quadro clínico do paciente. Segundo Wanic-Kossowska et al, em 2005, deve-se considerar três possibilidades: o tratamento com medidas conservadoras, a drenagem do hematoma e, por último, a decorticação renal e nefrectomia. Na maioria dos casos, o hematoma é reabsorvido espontaneamente e a pressão arterial do paciente é normalizada.

O hematoma renal subcapsular espontâneo é um achado raro, relacionado à ruptura do parênquima renal ou de lesão renal pré-existente, como tumores (angiomiolipoma ou carcinoma de células renais) e, mais raramente, a ruptura de cistos renais (WANIC-KOSSOWSKA et al, 2005).

Boumdin et al descrevem em seu artigo seis casos de hematoma subcapsular renal espontâneo, sendo um deles após litotripsia extracorpórea, que foram tratados com angiografia e embolização, em pacientes estáveis hemodinamicamente.

No caso descrito, o paciente manteve-se anticoagulado plenamente e estável hemodinamicamente durante o ato cirúrgico com monitorização arterial invasiva. Apresentou picos hipertensivos durante todo o procedimento, o que pode ter contribuído, juntamente a anticoagulação, para o sangramento espontâneo do parênquima renal e formação do hematoma subcapsular, que resultou em instabilidade hemodinâmica no pós-operatório imediato. Optou-se pela angiografia seletiva da artéria renal esquerda para tomada de decisão e embolização superseletiva, o que evitou uma nefrectomia e manteve o status renal prévio não necessitando de hemodiálise.

CONCLUSÃO

O hematoma subcapsular renal espontâneo é raro, podendo não ser esclarecida a causa. A intervenção está diretamente relacionada ao status hemodinâmico do paciente. Atualmente, a angiografia seletiva, armada para tomada de decisão em prosseguir com a embolização para controle imediato do sangramento, deverá ser considerada precocemente na tentativa de preservação do rim.

Referência em cirurgia
vascular e endovascular.



Supera

SISTEMA DE STENT PERIFÉRICO

Soluções em :

Intervenção vascular periférica

TEVAR e EVAR

Prevenção e tratamento de feridas

Cateter para quimioterapia

Fechamento arterial

Avenida Ruy Frazão Soares, 121
Lojas J, K e L - Ala Curação - La Playa Festmall
Cep: 22793-074 - Alfa Barra 1 - Barra da Tijuca / RJ

Tel: 2495-0176

hospicath@hospicath.com.br

Correção de fístula arteriovenosa traumática de artéria poplítea com 20 anos de evolução

Simão A.P.A; Cury R.C.P; Palma. R.S.C; Pinto A. C; Maia M.; Azevedo .L.B; Boas .R.V; Soares. L .H; Santos.L.F.

INTRODUÇÃO

A fístula arteriovenosa (FAV) consiste em uma comunicação anormal entre as artérias e veias, podendo ser congênitas ou adquiridas. Dentre as etiologias adquiridas encontram-se as iatrogênicas e traumáticas, sendo esta última decorrente de agressão por arma branca ou por projétil de arma de fogo, conforme citado no estudo de Robbins et al. A variedade de apresentações clínicas e suas consequências sistêmicas estão relacionadas à natureza do trauma, localização anatômica e duração. As manifestações tardias de uma FAV de membro inferior não tratada podem cursar desde sinais de insuficiência venosa crônica e lesões ulceradas à insuficiência cardíaca. Claudicação e necrose tecidual distal também podem ocorrer. O caso apresentado refere-se à FAV traumática por arma de fogo com 20 anos de evolução, com sinais clínicos de insuficiência venosa crônica.

RELATO DE CASO

L.C.A.S. 40 anos, militar, natural da Angola, sem comorbidades, vítima de lesão por arma de fogo em membro inferior esquerdo em 1998, durante a guerra civil angolana, tratado conservadoramente na época. Após oito anos, evoluiu com edema progressivo importante do membro, sinais clínicos de hipertensão venosa crônica e úlcera em face lateral de perna de difícil cicatrização com história de períodos de remissão. Relatava diminuição de temperatura em terço distal de perna, porém sem claudicação.

Admitido no Hospital Municipal Souza Aguiar, em 07/12/2018, com edema assimétrico im-

portante 3+/4+, úlcera rasa perimaleolar, com fundo de granulação, sem sinais clínicos de infecção. Apresentava lesão cicatricial de orifício de entrada e saída com trajeto retilíneo 06 cm acima da linha articular do joelho, temperatura diminuída em terço distal da perna. Pulso poplíteo de amplitude aumentada e frêmito. Ausculta local apresentando sopro contínuo com reforço sistólico 4+/4+. Pulsos distais ausentes. Eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Submetido à arteriografia diagnóstica, apresentando diâmetros arteriais proximais, até artéria poplítea suprapatelar aumentados (30mm), neste segmento, observada fístula arteriovenosa e enchimento precoce de veia femoral (40mm), demais segmentos arteriais hipoplásicos (Figura I e II).



Fig. I: Enchimento venoso precoce.



Fig. II: Fístula arteriovenosa e discrepância de diâmetros.

Devido à disparidade no diâmetro dos feixes vasculares proximais e distais, foi optado pela correção cirúrgica aberta.

A abordagem cirúrgica foi realizada através de incisão longitudinal em face medial de coxa e perna esquerda, dissecação de feixe vascular femoral proximal e poplíteo infrapatelar com rigoroso controle de hemostasia (Figura III). Observado presença de aneurisma venoso e orifício fistular de 02 cm na artéria poplíteia em face posterolateral (Figura IV).



Fig. III: Incisão medial com reparo de feixe vascular proximal e distal.

Realizada ressecção 04 cm de veia e artéria poplíteia com anastomose terminoterminal com prolene 5.0 de segmento arterial, no segmento venoso foi necessário venoplastia distal com posterior anastomose terminoterminal pela importante disparidade de diâmetro (Figura V e VI).

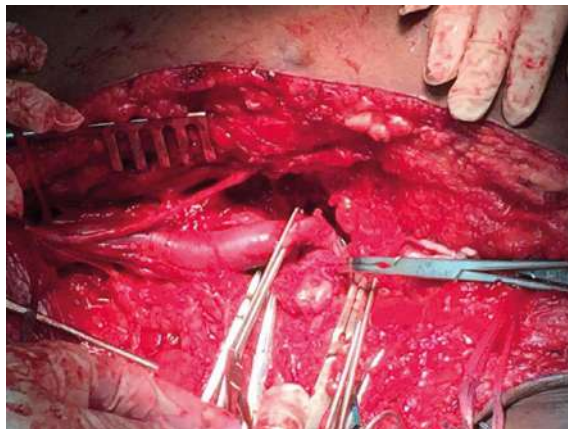


Fig. IV: Orifício fistular em segmento venoso de artéria poplíteia, após ressecção de segmento da a. poplíteia.

Pós-operatório de evolução satisfatória com desaparecimento do frêmito, presença de pulsos pedioso e tibial posterior e melhora importante do edema.



Fig. V: Fístula artériovenosa e disparidade de diâmetro nos feixes vasculares.



Fig. VI: Aspecto final da anastomose terminoterminal.

Após 30 dias, foi realizado Doppler de membro inferior esquerdo que mostrou patência de feixe vascular e velocidade de fluxo preservado (Figura VII).

Observada ainda completa cicatrização da úlcera e importante regressão de edema do membro.



Fig VII: Doppler com pós-operatório com patência da anastomose.

DISCUSSÃO

As FAV traumáticas podem variar de incidência e agente etiológico, de acordo com a área onde ocorrem, se militar ou civil. Lesões por materiais explosivos representam 73% em ambiente militar e as por arma branca ou por projétil de arma de fogo são mais comuns em ambientes urbanos. Segundo estudo de Robbs et al, as FAV em ambiente civil ocasionadas por arma branca representam 61,7% dos casos, enquanto as por arma de fogo correspondem a 26% e trauma contuso 1%.

As manifestações clínicas variam desde quadros assintomáticos até sinais de hipertensão venosa e insuficiência cardíaca.

De acordo com Melliére et al, o curso clínico depende do fluxo relativo da FAV. A fístula de baixo fluxo pode evoluir com fechamento espontâneo, enquanto que as de alto fluxo cursam com insuficiência cardíaca e necessidade de correção cirúrgica precoce sem apresentação de arteriomegalia. Já as FAV de médio fluxo podem apresentar diagnóstico tardio e são associadas ao quadro clínico diversificado, desde hipertensão venosa e ausência de pulsos distais até insuficiência cardíaca moderada a grave.

As alterações observadas no segmento arterial são decorrentes de aumento de velocidade sanguínea no local. Na fase inicial, há redução de calibre arterial proximal, porém com o posterior aumento de fluxo sanguíneo ocorre dilatação arterial progressiva. As artérias distais tornam-se

hipoplásicas, exceto nos casos em que a fibrose causada pela reação cicatricial leve a estreitamento da artéria proximal, reduzindo o fluxo do sangue em direção ao local de menor resistência correspondente a fístula.

As veias proximais à fístula também podem apresentar dilatação e tortuosidade, com alterações da sua parede podendo evoluir para aneurismas venosos. As veias distais às fístulas calibrosas e de longa duração se apresentam dilatadas com insuficiência valvular, assim como aquelas adjacentes às FAV encontram-se dilatadas e com maior pressão sanguínea.

O objetivo do tratamento deve ser sempre a exclusão total da fístula e restauração do fluxo o mais precoce possível.

A abordagem cirúrgica pode ser por via endovascular com implante de stents-grafts isolados ou combinados com embolização, quando associado a pseudoaneurisma com menor perda sanguínea. Não há estudos randomizados que comparem o tratamento endovascular com a cirurgia aberta. Quando a anatomia for desfavorável à endoprótese, como nas grandes disparidades entre a artéria proximal e distal à fístula, a técnica de correção aberta é a primeira escolha.

A abordagem aberta pode ser desafiadora pela hipertensão venosa, tecido cicatricial local e circulação colateral. O controle proximal e distal deve ser realizado por reparo venoso e arterial concomitante. Em casos de difícil acesso, o implante de balão intra-arterial é uma opção. A restauração do fluxo pode ser realizada por fechamento primário do orifício fistuloso em fístulas pequenas e precoces. A ressecção com regularização do coto e anastomose terminoterminal deve ser realizada em casos de grandes orifícios fistulosos ou em fístulas tardias. Em casos de grande destruição dos vasos com ressecções extensas, pode ser necessário o uso de enxerto sintético.

No caso descrito, a discrepância de calibre entre as artérias proximal e distal à fístula e a proximidade com a articulação foi determinante para optarmos pela abordagem aberta. Apesar de intensa colateralização vascu-

lar e hipertensão venosa ocasionada pela FAV de longa data, a perda sanguínea no per operatório foi pequena sem necessidade de hemotransusão.

O pós-operatório evolui satisfatoriamente, com melhora da hipertensão venosa, regressão do edema e ainda cicatrização completa da úlcera de estase perimaleolar logo após 30 dias.

Referências:

1. Robbs, J.V., Carrim, A.A., Kadwa, A.M., and Mars, M. Traumatic arteriovenous fistula (Experience with 202 patients). *Br J Surg.* 1994; 81: 1296–1299
2. Cakmak M, Cakmak N, Sert A, Say AE, Ersek B. Congestive heart failure due to traumatic arteriovenous fistula—two case reports. *Angiology* 2003; 54:625-9
3. *Cirurgia Vascular Endovascular e Angiologia - terceira edição*: 2014; 1741 -1755
4. Fox CJ, et al: Contemporary management of wartime vascular trauma. *J Vasc Surg* 2005; 41: pp
5. Glen C. Hunter, Scott Berman, Eric M. Walser. Acquired Arteriovenous Fistulas. *Rutherford's Surgery and Endovascular Therapy*. Cap. 174, 2273-2277. 2019
6. Graham AN, Barros D'Sa AA. Missed arteriovenous fistulae and false aneurysms in penetrating lower limb trauma: relearning old lessons. *Injury* 1991; 22:179-82.
7. Melliére, D., Hassen-Khodja, R., Cormier, J.M., Le Bas, P., Mikati, A., and Ronsse, H. Proximal arterial dilatation developing after surgical closure of long-standing post-traumatic arteriovenous fistula. *Ann Vasc Surg.* 1997
8. Ozcan, F., Baki, C., Piskin, B., Kaptanoglu, M., and Yavas, D. Aneurysmatic dilatation of ~ç;popliteal and femoral artery due to long-standing traumatic arteriovenous fistula. *Vasa.* 1990; 19: 79–81arterial injuries. *J Vasc Surg.* 1993;17:399–407
9. Perry MO. Complications of missed Rich, N.M. Mechanism and reversibility of proximal arterial dilatation with large arteriovenous fistula. in: F.J. Veith (Ed.) *Current critical problems in vascular surgery*. Quality Medical Publishing, St Louis (Mo); 1989
10. Puppink P, Chevalier J, Ducasse E, et al. Connection between a long-standing traumatic arteriovenous fistula and development of aneurysmal disease. *Ann Vasc Surg* 2004; 18:604-607
11. Rich NM, et al: Fístulas arteriovenosas traumáticas e aneurismas falsos: uma revisão de 558 lesões. *Surgery* 1975;78:817–28
12. Seaton DL. Traumatic arteriovenous fistula of the leg. An easily missed diagnosis. 1998 Mar; 46(3):247-50

Lendo o QR Code no iPhone

Abra a câmera do seu iPhone; toque no ícone do aplicativo da câmera. Em seguida, aponte a câmera para o código QR; que, depois de alguns segundos, vai ajustar o foco no código. Veja se o código QR está centralizado na tela. Quando ficar centralizado na tela, o código será escaneado quase instantaneamente. O celular dará a opção de abrir o conteúdo no navegador que você usa.



Lendo o QR Code no Android

Primeiro baixe o aplicativo de sua preferência, em seu smartphone ou tablet Android. Depois, instale e abra o aplicativo. Quando iniciar, você precisa centralizar o código no meio da tela. Após ser lido, o aplicativo dará opções de abrir a página pelo navegador, compartilhar o link com outras pessoas ou pesquisar no Google.



Impacto do IMC em pacientes portadores de doença venosa crônica de membros inferiores no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) – UNIRIO

Merlo CSPR, Braz JM, Fiorelli SKA, Leão I, Manjela R, Nóbrega AC, Vieira F, Yampara J, Zamudio M, Marques MA

OBJETIVO: Avaliar a relação do índice de massa corpórea (IMC) com os sinais e sintomas de doença venosa crônica (DVC) e seus aspectos socioeconômicos.

CASUÍSTICA E MÉTODOS: Estudo prospectivo com amostra de 113 pacientes em acompanhamento no ambulatório de DVC do HUGG. Avaliou-se a relação do IMC com a dor secundária à DVC, através da escala visual analógica (EVA) de dor, e a classificação CEAP.

DISCUSSÃO: O sobrepeso (IMC entre 25 e 30 kg/m²) e a obesidade (IMC acima de 30 kg/m²) estão associados a diversas complicações, incluindo a DVC, avaliada neste estudo. A DVC é uma afecção bastante comum e, embora de mortalidade baixa, pode apresentar morbidade importante, levando à piora da qualidade de vida dos doentes, acompanhada de impacto socioeconômico importante. Na amostra estudada, percebemos que os pacientes com o IMC acima de 25 kg/m² apresentaram maior

intensidade de dor na EVA e estado mais avançado da DVC pela classificação CEAP, enquanto aqueles com IMC normal, entre 18,5 e 25 kg/m², tinham menor intensidade de dor e DVC menos avançada.

RESULTADOS: Neste estudo, 33% dos pacientes avaliados apresentam obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²). Nestes, a maioria se apresentava como C3 na classificação CEAP e grau 7 (de 0 a 10) pela EVA de dor. Os pacientes com sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) representam 36% do total de pacientes, com grande parte classificados, também, como C3 na classificação CEAP e com grau 7 na EVA de dor. Já os pacientes com peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), que representaram 31% da amostra avaliada, a maioria foi classificada como C2 e grau 5 na EVA de dor. (Tabela 1)

CONCLUSÃO: Os pacientes com sobrepeso ou obesidade, classificados pelo IMC, apresentam DVC mais avançada, na classificação CEAP e maior intensidade da dor na EVA.

Tabela 1

Parâmetros Avaliados	Peso Normal IMC até 25 kg/m ²	Sobrepeso IMC entre 25-29,9 kg/m ²	Obesidade IMC > 30 kg/m ²
Sexo	Feminino 73,5%	Feminino 70,7%	Feminino 73,7%
CEAP	2	3	3
EVA	4,9	7,4	7,4

OBS: Esse artigo científico ficou em 2º lugar na apresentação de temas livres no I Congresso de Ligas de Cirurgia Vascular da Região Sudeste, realizado no dia 21 de março, durante o XXXIII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.



O **ÚNICO** NOAC QUE COMBINA
SUPERIORIDADE EM SEGURANÇA*
E POSOLOGIA 1X AO DIA¹⁻⁶

- **O MAIOR ESTUDO PIVOTAL DE UM NOAC EM TEV²⁻⁶**
8.292 pacientes
- **EFICÁCIA COMPROVADA**
Tratamento do TEV e da EP^{1,2}
Prevenção eficaz do AVC e ES em pacientes com FANV^{1,7}
- **SUPERIOR NA REDUÇÃO DOS SANGRAMENTOS**
vs. varfarina bem controlada²
- **DOSE ÚNICA DIÁRIA:**
MAIOR ADEÇÃO AO TRATAMENTO^{1,8}

**DISPONÍVEL
NOS PONTOS
DE VENDA!^{9,10}**



Referências: 1. Bula do Produto. 2. Büller HR et al. Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. N Engl J Med. 2013 Oct 10;369(15):1406-15. 3. Schulman S et al. Dabigatran versus warfarin in the treatment of acute venous thromboembolism. N Engl J Med. 2009 Dec 10;361(24):2342-52. 4. Bauersachs R et al. Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26):2499-510. 5. Büller HR et al. Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. N Engl J Med. 2012 Apr 5;366(14):1287-97. 6. Agnelli G et al. Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. N Engl J Med. 2013 Aug 29;369(9):799-808. 7. Giugliano RP et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2013 Nov 28;369(22):2093-104. 8. Weeda ER et al. Impact of once- or twice-daily dosing frequency on adherence to chronic cardiovascular disease medications: A meta-regression analysis. Int J Cardiol. 2016 Aug 1;216:104-9. 9. Revista Kairos, acesso em 30/11/2018 através do link: <http://brasil.kairosweb.com/producto-lixiana-25801>. 10. ANVISA. Acesso pelo link: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>.

Lixiana® (edoxabana). INDICAÇÕES: Reduzir o risco de AVC e/ou embolia sistêmica em pacientes adultos com fibrilação atrial não valvar (FANV); tratamento de tromboembolismo venoso (TEV) incluindo trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) e prevenção de TEV recorrente (TVP e/ou EP). **CONTRAINDICAÇÕES:** Sangramento ativo clinicamente significativo; doença hepática associada à coagulopatia; risco de hemorragia clinicamente relevante; hipersensibilidade à edoxabana ou a componentes da fórmula. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** Lixiana aumenta o risco de sangramento, que pode ser potencialmente fatal. Descontinuar Lixiana no caso de sangramento ativo clinicamente significativo. Da mesma forma que outros anticoagulantes, deve ser usada com cautela nos pacientes com condições associadas a risco aumentado de sangramento. O uso concomitante de medicamentos que afetam a hemostasia pode aumentar o risco de sangramento. Como ocorre com outros anticoagulantes, o uso concomitante com ISRS/IRSN pode aumentar o risco de sangramento. Não há nenhuma maneira estabelecida ou agente específico para reverter o efeito anticoagulante de Lixiana. Lixiana não foi estudada em pacientes com válvulas cardíacas mecânicas e em pacientes pediátricos, portanto o uso não é recomendado nesses pacientes. Antes de intervenção neuroaxial, considerar o potencial benefício versus o risco em pacientes anticoagulados ou em pacientes a serem anticoagulados para tromboprofilaxia. **Categoria de risco na gravidez: D.** Lactantes: Considerar a importância do medicamento para a mãe para decidir entre descontinuar a amamentação ou a terapia. A eficácia e segurança em idosos foram semelhantes às observadas nos pacientes com <65 anos. Há dados clínicos limitados nos pacientes com ClCr <15 mL/min, portanto o uso não é recomendado nesses pacientes. O uso não é recomendado em pacientes com insuficiência hepática grave ou com doença hepática associada a anormalidades de coagulação intrínsecas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Considerar a dose de 30 mg 1x/dia no caso de uso de inibidores da P-gp, exceto amiodarona. O uso concomitante de rifampicina deve ser evitado. A administração concomitante com outros anticoagulantes não é recomendado. Lixiana pode ser co-administrada com doses baixas de ácido acetilsalicílico (≤100 mg por dia). O uso crônico dos AINEs não é recomendado. Interações com alimentos e álcool: não são conhecidas interações significativas. **REAÇÕES ADVERSAS: Reações comuns:** anemia, epistaxe, hemorragia do trato gastrointestinal superior, hemorragia do trato gastrointestinal inferior, hemorragia oral/faríngea, hemorragia em tecido subcutâneo, rash, hematúria macroscópica/uretral, hemorragia vaginal, hemorragia no local da punção e provas de função hepática anormal. Vide bula completa. **POSOLOGIA: FANV:** 60 mg, 1x/dia. Tratamento e prevenção de TEV: 60 mg, 1x/dia após o uso inicial de heparina. **Redução de dose:** 30 mg 1x/dia via oral para pacientes com insuficiência renal moderada a grave (CrCl de 15-50 mL/min), peso corpóreo ≤60 kg e/ou em uso de inibidores da P-gp, exceto a amiodarona. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg M.S.: 1.0454.0185. Farm. Responsável: Dr. Eduardo Mascari Tozzi – CRF-SP 38.995. Registrado por: Daiichi Sankyo Brasil Farmacêutica Ltda. Serviço de Atendimento ao Consumidor: 08000- 556596. Informações adicionais à disposição da classe médica: MB_04.

Material destinado exclusivamente à classe médica. Dezembro/2018. 550569 - TEV - Tromboembolismo Venoso, EP - Embolia Pulmonar, ES - Embolia Sistêmica, AVC - Acidente Vascular Cerebral, FANV - Fibrilação Atrial Não Valvar *Redução de sangramento em relação ao desfecho primário de segurança vs. varfarina bem controlada.



CT de Angiologia e Cirurgia Vascular do CREMERJ trabalha em parceria com a SBACV-RJ

Dr. Saul Bteshe e Dr. Carlos Enaldo Pacheco

O CREMERJ é uma autarquia federal, criada pela Lei nº 3.268/1957, com o objetivo de promover o perfeito desempenho ético e moral da Medicina e o prestígio dos que a exerçam legalmente. Desta forma, o Conselho é responsável por habilitar o médico a exercer seu trabalho e fiscalizar o cumprimento da legislação pertinente à sua profissão. É o único órgão com autonomia para expedir a carteira profissional médica, além de orientar, disciplinar e julgar eticamente os médicos. O CREMERJ também é uma instituição auxiliar do Estado que, por delegação deste lhe outorga competência para supervisionar a ética profissional e normatizar o exercício da profissão. Para prestar assessoramento ao Conselho em diversas instâncias, foram criadas as Câmaras Técnicas nas várias especialidades médicas.

Nessa edição da Revista da SBACV-RJ, os Drs. Saul Bteshe, membro da Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular do CREMERJ, e Carlos Enaldo Pacheco, Ex-Conselheiro do CREMERJ, falam sobre a importância da atuação da CT para os especialistas.

Revista SBACV-RJ: Quando a Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular do CREMERJ foi criada, como é formada e qual a sua rotina de trabalho?

Dr. Saul Bteshe: A Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular foi criada em Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 17/01/2001 e é composta de um Conselheiro Responsável, um Coordenador e mais 19 membros. A Câmara Técnica é formada por um grupo de especialistas escolhidos criteriosamente, pelos Conse-

lheiros do CREMERJ, com o principal objetivo de estudar, debater técnica e eticamente cada caso e, após traçar suas considerações, elaborar um relatório final, que será encaminhado ao Corregedor que dará continuidade ao procedimento de abertura de um processo ético ou arquivamento.

Sua rotina de trabalho é feita pela realização de reuniões que ocorrem sempre nas primeiras quartas-feiras de cada mês, às 19h na sede

do CREMERJ, salvo exceções como feriados ou falta de demanda. Cidadãos recorrem ao CREMERJ para tratar de questões médicas éticas e de suspeita de erro médico. Cada caso é enviado pelo Corregedor para as câmaras técnicas das especialidades as quais se referem. Em nosso caso, a Câmara Técnica (CT) de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Na Câmara Técnica, é escolhido um Relator, que após analisar o referido caso, com tempo definido pelo Coordenador da CT, apresenta seu parecer em reunião publicada oficialmente, colocando em discussão para o Grupo, para um parecer final.

O atual envolvimento e a parceria da CT de Angiologia e Cirurgia Vascular com a SBACV-RJ tornaram os procedimentos e as decisões do grupo mais ágeis e justas.

Revista SBACV-RJ: Qual é o objetivo do trabalho da Câmara Técnica e quais são as suas atribuições?

Dr. Saul Bteshe: As Câmaras Técnicas são criadas e extintas por Resolução e têm por objetivo assessorar as diversas instâncias do Conselho no campo de suas atribuições específicas e incluem as seguintes tarefas: emitir pareceres, quando solicitadas, através da Diretoria, CODIPEP, Equipe de Processos Consulta, Câmaras Administrativas ou outras Câmaras Técnicas; e debater internamente propondo eventos ligados a aspectos ético-técnicos da especialidade, isoladamente, ou em conjunto, com outras Câmaras.

As Câmaras Técnicas requerem conhecimento ético e estudo contínuo das patologias e procedimentos atualizados, ligados à área, assim como, destacadamente, a troca de conhecimento entre os profissionais que dela fazem parte.

Revista SBACV-RJ: Qual é a importância da Câmara Técnica de Angiologia e Cirurgia Vascular do CREMERJ?

Dr. Carlos Enaldo Pacheco: Embora o CRM seja uma instituição plural e composta por médicos eleitos por seus pares de cada Estado, não necessariamente há todas as especialidades em seu corpo de conselheiros.

Muito em consequência disso, também se faz necessária a existência das câmaras técnicas para que se tenha uma análise e assessoria extremamente técnicas e resolução de pareceres completamente imparciais aos conselhos, nas questões que envolvem temas pertinentes às especialidades, conforme resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Como dito anteriormente, suas atribuições são contribuir sempre por solicitação de algum conselheiro, na análise e emissão de pareceres que os ajudem, com o respaldo específico na especialidade em questão, para que tenham um melhor esclarecimento ou até mesmo dirimir eventuais dúvidas que envolvam questões técnico-científicas nas sindicâncias, processos ou ainda sobre técnicas diagnósticas e terapêuticas. Porém, é importante frisar que a CT nunca se manifesta sobre o mérito da sindicância ou do processo que lhe for encaminhada.

Além de assessorar o Conselho em assuntos relevantes às especialidades já reconhecidas, a meu ver, a CT também baliza o exercício de cada especialidade de forma técnica, o que aproxima de forma prodiga e inteligente a SBACV-RJ ao órgão regulador de nossa profissão em nosso Estado, já que todos seus integrantes são membros da Sociedade. Não é incomum o desenvolvimento de fóruns médicos de interesse mútuo, sendo a título de educação continuada ou até mesmo outras questões que se apresentem apropriadas na época de sua realização.

5º Prêmio Mayall

O prêmio Rubens Carlos Mayall foi criado para incentivar a produção científica dos sócios da Regional do Rio de Janeiro e homenagear a dedicação de um dos fundadores da Sociedade, que dá nome ao prêmio.

Da participação e inscrição —

Art. 1 • A inscrição deverá ser feita por meio 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 as edições de janeiro a dezembro de 2019 e apresentado em uma das Reuniões Científicas da Regional, que são agendas 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 Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro de 2020, evento onde será entregue o prêmio.

Art. 5 • O trabalho deverá ser realizado por serviços de Residência ou pós-graduação em Angiologia ou de 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.

Formatação —

Art. 9 • Os trabalhos devem ser digitados em espaço duplo e alinhados à esquerda em todas as seções, inclusive página de rosto, referências, tabelas e legendas. Utilize processador de texto compatível com Microsoft Word®, fonte Arial, tamanho 12.

Art. 10 • O trabalho deverá seguir a sequência: **a)** Folha de rosto; resumo, não excedendo 150 palavras; introdução; relato do caso; discussão; e referências bibliográficas; **b)** O trabalho poderá ser complementado com fotografias, imagens e tabelas. **c)** Os relatos de caso devem ter, no máximo, 2.500 palavras, excetuando-se a referência bibliográfica, que deve ser limitada a 15 diferentes fontes.

Art. 11 • Na folha de rosto deverá constar: **a)** Título do trabalho em português; **b)** Nome (s) do (s) autor (es) sem abreviação; **c)** Instituição, consultório, clínica ou hospital onde foi realizado o trabalho; **d)** Endereço para correspondência, telefone e e-mail de contato.

Premiação —

Art. 12 • O trabalho vencedor receberá uma inscrição para participação de seu autor em evento internacional a ser definido pelo patrocinador do Prêmio.

Art. 13 • A edição 2019 será patrocinada pela empresa [Daiichi Sankyo](#).

Art. 14 • A entrega do prêmio de melhor trabalho científico será realizada durante o Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. A data e o local serão definidos e divulgados posteriormente pela SBACV-RJ.



Veja mais
fotos da
reunião

600ª reunião científica ratifica longevidade do conhecimento vascular



A SBACV-RJ teve um marco importante para comemorar no mês de setembro: a realização da sua 600ª reunião científica, que ratificou a longevidade da busca pelo conhecimento vascular, a pujança da Regional do Rio de Janeiro, assim como da própria especialidade médica.

A reunião, realizada no dia 19 de setembro, no auditório do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, abordou os seguintes temas: "Experiência de 20 anos com Gore Excluder", apresentado pelo Dr. Arno Von Ristow; "Importância da Preservação da Artéria Hipogástrica", pelo Dr. Bernardo Massière; "Viabhan: um dos dispositivos mais versáteis à disposição do cirurgião vascular", pelo Dr. Daniel Leal; "Laser transdérmico: tudo o

que você precisa saber" e "Conhecimento como arma no relacionamento médico-paciente e terapia compressiva e controle da dor – Foco no pós-operatório", pelo Dr. Rodrigo Kikuchi.

Para o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, desde 1953, a Regional vem realizando excelentes reuniões científicas, inclusive com uma importante atuação nacional e internacional. Ao longo dos anos, professores e especialistas construíram a Sociedade em pilares e alicerces com base na ética e na educação científica continuada.

- Cada um dos presidentes, que passaram pela Sociedade, deu a sua contribuição para a solidificação das reuniões científicas, realizando em

média 20 sessões durante as suas gestões, que somadas, nos fizeram chegar ao número 600. Hoje, temos a honra de ter a presença de vários presidentes aqui. A 600ª reunião científica não é somente uma meta alcançada, mas também é um momento de reflexão para avaliarmos se estamos no caminho certo. Por isso, fizemos questão de preparar uma programação especial – afirmou Dr. Breno Caiafa.

De acordo com o Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Francisco João Sahagoff, a Medicina é uma profissão das que mais avançam em pesquisas e desenvolvimento, por isso, é fundamental que o profissional esteja sempre atualizado diante das inovações tecnológicas, da crescente produção científica e das necessidades sociais do ser humano.

- A tradição continuará sendo a marca registrada da reunião científica da Regional RJ, que tem o objetivo de apresentar e discutir casos clínicos, estudos retrospectivos, pesquisa clínica, pesquisa experimental e estudos prospectivos entre grupos de médicos e residentes. Nada mais é do que um encontro voltado à atualização e ao aprendizado do nosso especialista, além da oportunidade de auxiliar no dia a dia do angiologista e cirurgião vascular, de “trocar” experiências e de propiciar o conagração social – enfatizou Dr. Sahagoff.

Habitualmente, continuou o Diretor Científico, temos três temas de debate, sendo na maioria das vezes um tema de interesse médico, contudo sem ser específica e necessariamente um tema da angiologia ou cirurgia vascular. Já tivemos discussão sobre responsabilidade civil médica, sobre legalização da documentação do consultório, sobre melhor forma de apresentação gráfica de diapositivos para transmissão de recado científico, etc.

- Além disso, temos outros dois temas subsequentes que versam sobre o universo angiológico. A escolha dos temas é bastante flexível, uma vez que a Diretoria Científica dá prioridade aos excepcionais trabalhos realizados pelos serviços do Estado

do Rio de Janeiro que possuem residência médica, não somente porque são formadores de opinião, de protocolos, de especialistas, mas também porque com a apresentação desse trabalho na reunião científica e, posteriormente, a publicação dele na Revista da SBACV-RJ, há a oportunidade de conquistar o Prêmio Mayall, que já é sucesso há cinco anos – ressaltou Dr. Sahagoff.

Segundo o Diretor Científico, apesar da prioridade da apresentação ser desses serviços formadores, nada impede que outros serviços privados, ou convidados nacionais de notório saber possam proferir palestras também.

- Com relação aos debatedores convidados, a Diretoria Científica procura relacionar a experiência pessoal do convidado com o tema que será apresentado, numa tentativa sempre de convocar o maior número possível de sócios. Recentemente, as reuniões científicas também têm sido transmitidas on-line, o que permite que médicos de outras cidades e até estados possam usufruir das mais interessantes e atuais apresentações relativas ao tema circulatório. Após a concretização da 600ª Reunião Científica da Regional do Rio de Janeiro, continuaremos a contagem regressiva rumo à milésima reunião. Viva a SBACV-RJ! – comentou Dr. Sahagoff.

Dr. Sérgio Silveira de Meirelles, Secretário-Geral da SBACV-RJ, lembrou ainda que, com o passar do tempo, as reuniões científicas passaram a ser organizadas com tanto primor e obtiveram grande sucesso que saíram da capital e foram para fora da sede da Regional.

- As chamadas reuniões fora de sede se transformaram na oportunidade de levar as atividades realizadas na capital para o interior e na possibilidade da diretoria da Regional de visitar e estar mais perto dos sócios que moram distante, compartilhando conhecimento e promovendo confraternização. As reuniões científicas fora de sede são muito benéficas, pois não se fala apenas de ciência, também há o convívio fraternal – ponderou Dr. Sergio Meirelles.

SBACV-RJ lança novo guia de ecografia vascular

A diretoria da SBACV-RJ está implementando um guia de referência de angiologistas e cirurgiões vasculares da Regional que realizam exames de Ecografia Vascular em todo o Estado do Rio de Janeiro.

Desta forma, os colegas de especialidade poderão acessar através do site da SBACV-RJ, a lista desses médicos referenciados com endereço de atendimento e telefone, indicando-os para realização dos exames de seus pacientes.

O objetivo desse projeto é prestigiar os angiologistas e cirurgiões vasculares aproximando ainda mais os associados, facilitando a vida dos espe-

cialistas no consultório com a garantia de receber exames de melhor qualidade, direcionados para a necessidade de cada paciente, além de permitir um acesso direto ao ecografista.

Em última análise, pretendemos fortalecer a Angiologia e a Cirurgia Vascular e, consequentemente, nossa Sociedade.

Para constar nesse guia, é necessário apenas que o angiologista ou cirurgião vascular sócio adimplente da SBACV entre em contato com nossa secretaria, pelos telefones (21) 99682-8921 ou (21) 2533-7905 ou através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br.



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

✓ Revista ✓ Clube de vantagens ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível
nas lojas:



SBACV-RJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro



optimed

open up new
perspectives



VENOUS



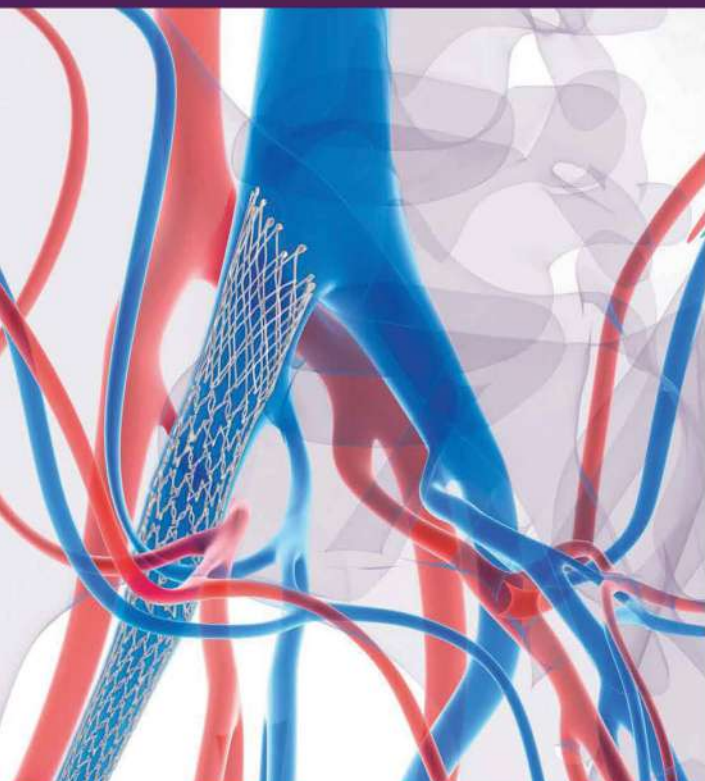
10F
Ø device



.035i
guide wire



NiTi
nitinol stent

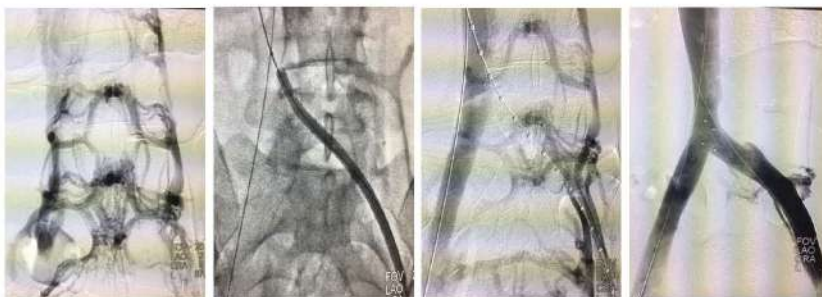


sinus- Obliquus

dedicated for patients with
symptomatic obstructions
of the iliac veins



Paulo Eduardo Ocke Reis, MD, PhD
CRM - 52497496



www.gflabor.com.br



contato@gflabor.com.br



Rua Quinze de Novembro, 90
Centro, Niterói - RJ 24020-125



+55 (21) 2622-1422





O que você sabe sobre perícia judicial?

Lymark Kamaroff - Assessor Jurídico da SBACV-RJ

Olá, meu nome é Lymark Kamaroff, sou advogado especializado em direito médico e me foi confiado falar sobre perícia judicial. Então, eu tenho uma pergunta para você: o que você sabe sobre perícia judicial? Se você me responder que não sabe nada, eu vou ficar muito feliz, sabe por que? Porque isso significa que a judicialização da Medicina é um tema que passa longe do seu dia a dia, que você não conhece ninguém que já sofreu um processo e, muito menos, você não conhece nenhum advogado. Resumindo, certamente você é uma pessoa livre de problemas e preocupações.

Agora, se você é uma pessoa que vive a realidade da maioria dos profissionais de saúde, isto significa que você já teve a infeliz experiência com o nosso Judiciário e, portanto, sabe me falar alguma coisa sobre perícia judicial.

Sendo assim, sua resposta deve ser algo parecido com isso: "Lymark, uma perícia judicial é quando um médico é chamado pelo juiz de um processo, no qual se discute o ato médico, para avaliar a sua correção, dizendo se o que o médico fez está certo ou errado".

Muito bem! É mais ou menos isso mesmo. Tecnicamente, a perícia judicial é o ato médico praticado por um médico, chamado por um juiz de

Direito, para avaliar uma questão técnica sobre o atuar de um profissional, a fim de dizer se sua atuação implicou na prática de um ato ilícito, por responsabilidade subjetiva, ponderando a sua culpabilidade face à natureza de sua obrigação.

Em resumo, é um médico que é chamado por um juiz para avaliar o trabalho de outro médico. Mas, qual a importância desta análise para o deslinde da questão? O que o perito falar vale? Se o perito disser que houve falha, então o médico é condenado? Se o perito falar que não houve falha, então o médico deve ser inocentado? O perito é quem julga então o outro médico?

Calma! Muitas perguntas... Vamos às respostas! O peso de um laudo pericial é crucial para o deslinde favorável ou não de um processo, mas não é determinante! No final das contas, é o juiz, e não o perito, quem irá decidir a questão. Ele poderá considerar o laudo pericial ou não!

É isso mesmo, o juiz poderá dar uma decisão contrária à avaliação do perito, manifestada em seu laudo pericial.

Como o juiz pode fazer isso, se ele não é médico? Justamente porque quem decide o processo é o juiz e não o perito! O juiz é considerado o perito dos peritos.

Lembro que a sentença não é o fim da linha, pois a mesma cabe ainda recurso de apelação, no qual poderá ter a sua revisão pelo tribunal de Justiça.

Mas, como fazer uma defesa processual de um médico, se o juiz pode condená-lo, mesmo com outro médico de sua confiança (perito judicial) dizendo no seu laudo pericial, que o mesmo não tem qualquer responsabilidade? Isso não seria cerceamento de defesa?

Então, esse mesmo questionamento já foi feito em nossos tribunais e a Ministra do Superior Tribunal de Justiça, Dra. Nancy Andrighi, já analisou este caso, no Recurso Especial nº 1.677.309 de 2016 e disse:

*“Em posicionamentos recentes, o STJ reitera sua jurisprudência no sentido de **que o julgador não está vinculado ao laudo pericial produzido nos autos**, quando presentes concretos elementos de convicção acerca da efetiva ocorrência do ato ilícito. **Ante o exercício do livre convencimento devidamente motivado do julgador, não há que se falar em cerceamento de defesa** apenas porque as conclusões obtidas diante das provas dos autos foram contrárias aos interesses de uma das partes. Nesse sentido: AgInt no AREsp 991.175/SP, Terceira Turma, DJe 01/03/2017; AgInt no REsp 1406117/MG, Quarta Turma, DJe 06/02/2017.”*

Por isso, é importante no curso do processo nos certificarmos de todos os elementos e argumentos para que não reste dúvidas sobre a nossa correção, para que a decisão do juiz não fique exclusivamente na mão do perito.

Neste prisma, é muito valorizado o assistente pericial, que é o médico que ajuda o advogado de defesa ou de ataque a corroborar o seu ponto de vista. Lembrando que ainda assim o juiz pode julgar de uma forma, ignorando tudo isso.

E aí? Bom, meus amigos, o que temos que fazer é focar o nosso trabalho para prevenir processos, ter uma boa documentação e, principalmente, uma ótima relação médico-paciente para evitar um processo judicial, pois lá: tudo pode acontecer!



Av. Abelardo Bueno, 01 Bloco 01, lojas 103 a 104 A Barra da Tijuca - RJ

Cursos Disponíveis

Ecografia Vascular:

Carótidas e Vertebrais

Vasos Abdominais

Arterial e Venoso de Membros

Mapeamento Fistula
Arteriovenosa

Acesso Vascular

6x
NO BOLETO
NÃO CUMULATIVOS

15%
PARA
RESIDENTES

5%
PARA MENORES
DE 18 ANOS



Prof. Dra. Adriana
Vasconcelos
Especialista em Angiologia
SBACV/ AMB
Especialista em Ecografia
Vascular SBACV/ CBR/
AMB

www.ietecs.com.br

(21) 99978-7575

(21) 3613-4849

A natureza como refúgio

Muitos são os refúgios que os médicos buscam para recarregar as baterias do dia a dia atribulado e cansativo da profissão. O contato com a natureza e com os animais é um de-

les. Os Drs. João Roberto Almeida, Bernardo Barros e Paulo Marcio Canongia nos contam como é se refugiar em meio a flores, animais e plantações.

A PAIXÃO PELAS FLORES

Dr. João Roberto C. Almeida, cultivo de orquídeas



A Medicina, principalmente a área de cirurgia, é uma atividade muito estressante. Vivemos em um ambiente que não é nada amigável, com ruídos, tensões, que variam desde a falta de material, até os problemas institucionais, a finitude dos nossos pacientes e nossas inseguranças.

O nosso mundo é muito louco. Não temos horário para nada, a família fica em segundo plano e para não enfartarmos, virarmos alcoólatras, ou pirarmos, temos que criar um mundo paralelo para fugirmos. Eu procurei a natureza. Sempre, desde jovem, acampeei em muitos lugares, juntamente com a minha família. Depois, as coisas foram ficando mais complicadas e eu procurei as flores e me apaixonei pelas orquídeas. São lindas, imponentes, e podem ser criadas praticamente em qualquer lugar. Ao ler isso alguém vai dizer que eu já fiquei maluco!

As orquídeas, na maioria das vezes, podem ser criadas num canto da varanda. Se não tem varanda, então, pode ser em uma mesa da sala ou da cozinha. Como estas lindezas vivem na natureza? Trepadas numa árvore, com a luz do sol e água, eventualmente, quando chove. Em casa, você pode colocar a orquídea próxima a uma janela que tenha luz solar direta ou indiretamente, aguar duas vezes por semana, tendo o cuidado de molhar as raízes e não deixar água no fundo do prato, pois caso contrário você mata a planta por amor, afogada. Como ela se mantém por raízes aéreas, a água, quando passa, é que traz os nutrientes.

Na natureza, a água passa no tronco das árvores e leva a poeira e os restos de folhas que secaram, fazendo esta nutrição. Em casa, devemos fazer uso de uma solução que é vendida em qualquer loja de flores, diluído e usado apenas uma vez por mês. As orquídeas tem um ciclo de floração que, normalmente, é de um ano, se ela gostar do lugar. As folhas devem se carnudas e de um verde vivo e brilhante. Se elas tiverem estas características, aguarde, pois elas vão florir em um ano.

Existem muitas espécies de orquídeas na natureza, acredita-se que tenham 25.000 conhecidas com várias formas e cores, mas mantendo sempre um desenho básico. Hoje, muitos sites ensinam como tratar e outros ainda vendem mudas. É muito interessante, mas cuidar de orquídea é um jogo de paciência, tem de aguardar o tempo dela para ser recompensado.

Praticamente, em todos os Estados do Brasil, existem Associações de Orquidófilos. No Rio de Janeiro, temos a OrquidaRio, que promove pelo menos duas exposições anuais no Jardim Botânico, com cursos, palestras, aulas de fotografias e venda de plantas. Normalmente, o evento acontece em maio e setembro. Tenho uma mulher maravilhosa e artista plástica, que usa as flores como tema e me alivia na bagunça da varanda. Tive a oportunidade de ter uma casa em Penedo, onde tenho a maioria das minhas plantas.

Estou iniciando um novo hobby que é ter um meliponário, em Penedo!

UM HOBBY OU UM VÍCIO

Dr. Bernardo Barros, criação de gado

Todos nós, médicos e profissionais de alto nível de diferentes áreas, sofremos com a necessidade da perfeição e mínimo erro no dia a dia da profissão. Essa pressão externa ou interna acarreta grande desgaste psicológico e social que, às vezes, se confunde com o sacerdócio ou o padrão workaholic descritos frequentemente como características necessárias para o sucesso.

Como válvula de escape, procuramos os mais diferentes meios de diversão, distração ou simplesmente suborno pessoal aos sofrimentos e exageros imputados a cada um. O vício, palavra pejorativa responsável por diversos pré-conceitos e rejeições, nada mais é que um hábito muito frequente nos dias de hoje. E que jogue a primeira pedra que não tem um, ou mais de um!



Meio que por acaso, após a morte de meu avô, me vi responsável por tentar salvar e manter o oásis familiar, que era uma propriedade rural de médio porte no Vale do Paraíba (RJ). Com características leiteiras instaladas e pouca mecanização, apresentava um terreno pouco propício para a prática leiteira (fato que só vim entender dois anos depois) e um acesso difícil nos meses de chuva.

As memórias ainda vivas da minha infância e o luto orgulhoso de que seria uma homenagem ao patriarca me fizeram mergulhar em um ambiente rural, com quase nenhum conhecimento e em uma sociedade com um produtor local com vivência na técnica, mas nenhum suporte financeiro e que só me trouxe desgosto e prejuízo.

Vivi durante cinco anos esse misto de grandes alegrias e uma vida bem mais tranquila e saudável, com estadias frequentes na propriedade, alimentos orgânicos e frescos, concursos leiteiros e prêmios com recordes de produção. Ainda muito jovem e iludido por uma infância maravilhosa, investi tempo e dinheiro na mecanização da produção e melhorias em todas as áreas, inclusive com investimento na genética dos animais, realização de FIV (fertilização in vitro) e abri mão de investir na carreira médica que estava em franco desenvolvimento.

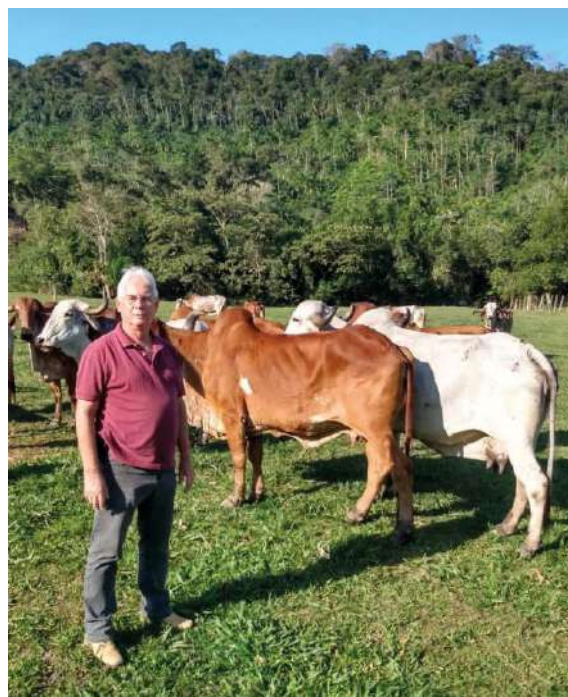
Olhando para trás, percebo que os maiores beneficiados foram os meus filhos, Bruno e Malu, que puderam usufruir da infância maravilhosa que eu tive; e indiretamente eu e Carol, minha esposa, pois tivemos esse tempo com eles e não me arrependo em nada por isso. Meu aprendizado poderia ter sido menos doloroso e dispendioso, mas o conhecimento adquirido não pertence a universidades ou livros. Aprendi com suor e lágrimas tudo o que precisava para chegar onde estou. E digo aos ventos que aprendi aos 30 o que muitos só aprendem aos 60.

Há quatro anos, deixei a propriedade e pude voltar a priorizar minha segunda paixão (depois da família, é claro!), que é a Medicina com todas as suas facetas científicas e acadêmicas. E quanto mais longe das lembranças me ponho, mais doces elas se tornam. Revendo imagens para esse relato, só pude lembrar dos bons momentos e do quanto o convívio rural me fez bem.

Se voltarei ao meio rural ou agropecuário? Já voltei! Agora, como consultor e usufruindo da propriedade como um local de lazer e prazer, mas sem a obrigação financeira.

A VIVÊNCIA NO CAMPO

Dr. Paulo Marcio Canongia, plantação de palmito



Há cerca de 40 anos, a convite de nosso colega Luiz Fernando Rodrigues da Cunha, fui conhecer Uberaba e, coincidentemente, acontecia a exposição rural da cidade, à época a maior do Brasil. Fiquei encantado com a beleza e força do agronegócio.

Passado o tempo, decidi comprar um sítio, para meu lazer e para que meus filhos pudessem ter uma vivência no campo. Após uma longa busca, cheguei à Fazenda Bel-fa, um paraíso no município de Silva Jardim (RJ), onde pude comprar, em 1993, uma fração desta propriedade.

Minha vida é pautada por forte compromisso com o trabalho e a produção. Na fazenda, pude transformar uma gleba em uma área produtiva, chamada Fazenda Mico-Leão-Dourado. Essa atividade me proporcionou novos conhecimentos, amizades,

aumentou minha capacidade de observação, paciência e, em especial, a resiliência. É preciso plantar no momento certo, cuidar, aguardar, para depois colher. Muitas vezes, surgiram adversidades gerando perdas e foi necessário recomeçar.

Depois de várias experiências agrícolas e pecuárias, a fazenda se especializou na cultura do palmito de pupunha. Comecei plantando 15.000 pés e cheguei a 50.000. Como a pupunheira cresce em touceiras, hoje, talvez tenha cerca de 100.000 pés, que são cortados, beneficiados “in natura” e comercializados duas vezes por semana, atendendo especialmente a restaurantes do Rio de Janeiro.

Transferindo a experiência adquirida na SBACV-RJ para o campo, criei com um casal amigo, Ana Beatriz Cordeiro e Ayrton Violento, uma festa municipal, a I Festa do Palmito de Pupunha de Silva Jardim. Por razões políticas, o casal não pode me acompanhar na produção das II, III, IV Festas da Pupunha. O evento era dividido em três etapas. Pela manhã, o que chamei de Congresso de Pupunha, composto de uma série de palestras sobre agricultura. À tarde, o Concurso Gastronômico, com participação de faculdades de Gastronomia do Rio de Janeiro, com a elaboração e o preparo de pratos feitos pelos alunos, julgados e classificados pelos professores. A Festa era uma ferramenta de marketing divulgando o palmito e o município para os chefes de cozinha. À noite, havia uma etapa cultural com apresentação de balé das crianças, exposição fotográfica e concurso fotográfico, que teve o Luiz Henrique Coelho premiado com a foto “Um monte de pupunha”. Depois, acontecia a degustação dos pratos premiados em um restaurante instalado na praça, com música ao vivo. Também por razões políticas a Festa acabou.

Pude também desenvolver o Turismo Gastronômico na Fazenda, com visita guiada na plantação e degustação do palmito assado na brasa, e o Turismo Aventura com o Curso de Sobrevivência na Selva, que teve dentre seus alunos Leonardo Bertino, o melhor de sua turma.

Não satisfeito e incentivado por um programa da Secretaria Estadual de Agricultura, o Rio Genética, voltei à Uberaba e, com o auxílio do Luiz Fernando, adquiri de um selecionador, Silvio Queiroz, 13 receptoras (barriga de aluguel) com embriões sexados de fêmeas de gado da raça Gir Leiteiro, pela técnica de fecundação “in vitro” (FIV). Com o nascimento das bezerras e compra de alguns outros animais de criadores renomados do Rio de Janeiro, iniciei minha criação de gado e me tornei um melhorador genético da raça, certificado pela Secretaria Estadual de Agricultura.

Hoje, além de animais da raça Gir Leiteiro, tenho uma criação de vacas da raça Girolanda. Tornei-me também um produtor de leite, o que redundou na construção de uma queijaria artesanal, a Leiteria Jardim, que produz queijo minas frescal, meia cura, ricota, creme de leite e manteiga.

A Medicina e a fazenda têm me dado muita experiência e alegria. Não é papo de palestrante em Congresso, mas, nesse pequeno espaço de papel, não consigo transcrever todas as histórias!



O mesmo produto, agora com **NOVAS EMBALAGENS**

As pessoas querem muito mais do que apenas consumir um produto, elas querem viver uma experiência a cada nova compra. Por isso, renovamos globalmente a forma de conversar com nosso público.

Dentro da caixa, você encontrará **a mesma qualidade e tecnologia** que a SIGVARIS GROUP sempre ofereceu.

Do lado de fora, **o layout foi redesenhado** para facilitar o reconhecimento da nossa marca e as informações de uso dos produtos.

Viva a vida. **Sinta o seu melhor!**



SAC 0800 707 7311
sac@sigvaris.com
www.sigvaris.com.br
f @ sigvarisgroup.brasil

**SIGVARIS
GROUP**

Flebúzios promove aprimoramento na prática dos especialistas



Em sua reunião científica realizada fora de sede, em Búzios, no dia 20 de julho, a SBACV-RJ promoveu o Flebúzios - I Simpósio Prime de Flebologia. De acordo com o Dr. Eduardo Trindade Barbosa, Presidente do evento, nos últimos anos, houve um “boom” de novas tecnologias no que tange ao tratamento de patologias venosas. O Simpósio promoveu um valoroso aprimoramento das atividades na prática diária dos angiologistas e cirurgias vasculares.

- Cada vez mais, despertam o interesse por procedimentos minimamente invasivos, aliados a trabalhos científicos e ligas acadêmicas, o que nos motiva a realizar um evento, no qual os “experts do território venoso” podem fazer uma imersão destas técnicas, enriquecendo o trabalho médico, através de uma metodologia e seus

resultados, de forma que o maior beneficiado será o nosso paciente - avaliou.

Segundo Dr. Eduardo Trindade, durante o Simpósio, foram discutidos temas, que trataram de regras para o exercício da especialidade com segurança e enfoque em futuros dilemas de uma Medicina de vanguarda.

- Com isso, revelamos talentos e estimulamos habilidades, que foram apresentadas durante todo o evento. Apoiando-nos no tripé acadêmico de ensino, pesquisa e extensão, estimulamos colegas a realizarem atividades em prol das comunidades que os cercam, no âmbito público e privado. Além do conhecimento e da experiência do profissional médico que foi compartilhada pelos docentes, tivemos qualidade nos diversos debates – avaliou.



Veja mais
fotos e assista
ao vídeo da
Reunião

SBACV-RJ promove 599ª reunião científica



No dia 29 de agosto, foi realizada a 599ª reunião científica da SBACV-RJ, no auditório do CDPI/DASA, em Botafogo, na capital fluminense. Como sempre acontece, a reunião teve transmissão ao vivo possibilitando a participação dos sócios que não puderam comparecer.

O primeiro assunto abordado foi "Hematoma de aorta: aspectos clínicos e tratamento", apresentado pelo Dr. Gaudêncio Espinosa, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). A palestra teve como debatedores os Drs. Marcus Humberto Tavares Gress e Adalberto Pereira de Araújo.

"Por que não devo pedir a homocisteína na investigação de TVP?" foi o tema da segunda palestra proferida pela Dra. Alice Kano, pós-graduanda do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Os debate-



dores foram os Drs. Mario Bruno Lobo Neves e Alda Cândido Torres Bozza.

Finalizando a reunião científica, o Dr. Ricardo Carneiro, do Serviço de Radiologia Cardiovascular do DASA, falou sobre "Atualizações em exames angiográficos". Os Drs. Vitor Sardenberg e Rafael Cadete foram os debatedores do tema.

Mais um apoio ao movimento de defesa profissional da SBACV-RJ



Conheça
o Rol de
Procedimentos
por Patologia
Vascular

A SBACV-RJ recebeu mais um apoio ao seu movimento de defesa profissional. A SBACV Nacional enviou documento manifestando apoio à atuação da Regional, baseado no Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, que teve sua primeira edição em 2015, com o objetivo de construir uma alternativa de impacto nas relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

- O Rol já chegou a sua 4ª edição e está disponível no site da Sociedade para a consulta de todos os associados. Agradecemos ao Dr. Roberto Sacilotto e a toda diretoria da Nacional pela compreensão da necessidade de fortalecimento dos movimentos regionais, para que possamos evoluir na área de honorários médicos – ressaltou Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ.



O Rol, acrescentou Dr. Breno Caiafa, é um grande passo para que haja entendimento pelas operadoras de que é possível usar apenas um código para solicitar o procedimento, enquanto que a operadora remuneraria com o valor somado de todos os outros, que são relativos ao tratamento da patologia em questão, evitando assim, glosas, e facilitando os processos de faturamento.

Para o Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV-RJ, o apoio da Nacional mostra que a Regional está no caminho adequado e ético das negociações com as operadoras de planos e seguradoras de saúde, uma vez que a adoção do rol por parte das empresas leva ao cirurgião vascular um ganho real e mais justo pelos seus procedimentos.

- O próximo passo, como o nosso Presidente, Dr. Breno, já determinou, é uma nova rodada de reuniões com as principais operadoras e seguradoras do Rio de Janeiro para nos aproximar ainda mais e dirimir possíveis dúvidas em relação à nossa proposta - enfatizou Dr. Julio Peclat.

O Vice-Presidente da Regional lembrou ainda que o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular recebeu o apoio do Presidente e do Diretor de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), assim como do Cremerj e por todos os presidentes do Conselho que sucederam o Dr. Sidnei Ferreira, desde 2014, quando se deu o início dos debates para a composição do Rol.



Leia os artigos publicados na Revista da SBACV-RJ

Nova seção do site disponibiliza artigos científicos



Uma nova seção está disponível para os associados no site da SBACV-RJ. Chamada de "ARTIGOS", a nova seção disponibiliza os artigos científicos publicados na revista da Sociedade nos últimos cinco anos. Para acessar, basta entrar no site da Sociedade, rolar um pouco a página principal e o sócio encontrará na tarja vermelha, à direita, o link "ARTIGOS CIENTÍFICOS".

- Mais do que uma simples publicação, a Revista SBACV-RJ tem responsabilidade com a memória da Regional Rio de Janeiro, tão importante na história da Angiologia e da Cirurgia Vascular a nível nacional e mundial, sendo um celeiro de grandes angiologistas e cirurgiões vasculares. Como participante do processo de implantação da seção "ARTIGOS" no site, fico extremamente feliz e honrado com o convite do Presidente Breno Caiafa para apresentar este novo espaço – afirmou Dr. Felipe Costa, Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

De acordo com o Dr. Felipe Costa, na gestão 2016/2017, do Presidente Carlos Peixoto, a Diretoria de Informática foi incumbida de renovar o site da Regional. O desafio era único: transformar o site na "sede virtual" da SBACV-RJ.

- Na época, o Diretor Dr. Atila di Maio e eu, Vice-Diretor, tivemos como meta entregar ao fim da gestão um site não só renovado e mais atualizado, mas principalmente mais funcional ao sócio. Para isso, visamos dar mais destaque e espaço para as diretorias, criando um ambiente onde elas pudessem divulgar seus conteúdos e expandir suas possibilidades de interação com o sócio. Assim, melhoramos o acesso dos associados aos materiais, facilitamos a utilização e aumentamos a capacidade do site de fornecer conteúdo científico, assuntos de interesses diversos, entre outros. Sabíamos que ali estávamos continuando o trabalho de diretorias anteriores, mas que precisávamos fazer algo que tivesse um seguimento fluido nas gestões seguintes – relatou o Diretor de Publicações Científicas.

Uma das "meninas dos olhos" da nossa gestão, continuou Dr. Felipe Costa, era criar a possibilidade de termos um acervo de artigos publicados na nossa Revista. Nos dois anos da nossa gestão, não conseguimos andar com este ponto devido a outros compromissos do projeto, mas tentamos deixar o ambiente propício ao surgimento do acervo, do nosso Banco de Artigos Científicos.

- Eis que agora, na gestão do Dr. Breno Caiafa, Presidente, e do Dr. Adilson Feitosa, Diretor de Informática, temos disponível no site da SBACV-RJ o espaço "ARTIGOS"! Acessem sbacvrj.com.br e conheçam melhor todo o site, feito e pensado no sócio – ressaltou o Diretor.



Rio de Janeiro quer sediar 45º Congresso em 2023



Assista ao vídeo da candidatura do Rio de Janeiro ao 45º Congresso

Em reunião de diretoria, a SBACV-RJ aprovou a candidatura da Regional à sede do 45º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular em 2023. Segundo o Presidente da Sociedade, Dr. Breno Caiafa, até a data do evento, já terão passado oito anos desde a realização de um congresso brasileiro no Rio de Janeiro.

- Somos a segunda maior Regional do Brasil, com 640 sócios. Também somos a segunda maior Regional em número de titulares no país. Temos vários atributos que nos faz ser uma ótima escolha para sediar o 45º Congresso Brasileiro em 2023. Nossa cidade tem capacidade para receber grandes eventos e temos o apoio do Governo do Estado e da Secretaria de Turismo – enfatizou o Presidente.

A SBACV-RJ, continuou Dr. Breno Caiafa, é uma Regional que se destaca muito pelas suas realizações, não somente nas atividades de educação médica continuada, mas também por suas ações na área de defesa profissional, com o apoio e as atuações das nossas assessorias jurídica e de marketing. A Sociedade tem ainda uma boa relação com entidades de classe e associações médicas, o que facilitaria a organização de um fórum de discussão sobre defesa profissional e honorários médicos, assuntos de grande importância para as demais regionais e a Nacional.

- Na verdade, o nosso trabalho de defesa profissional tem um impacto grande para todos da nossa Regional e, indiretamente, também para os sócios do Brasil como um todo. Nesse aspecto, uma vez

que pensamos na defesa profissional dos especialistas do país, o Rio de Janeiro se sente muito acolhido pelas demais regionais – avaliou o Presidente.

Dr. Breno Caiafa ressaltou ainda que a Regional tem uma extensa experiência em realização de congressos, com a organização dos eventos feita pela própria sede da SBACV-RJ. Além disso, o Rio de Janeiro tem um grande complexo hoteleiro e uma excelente malha aérea para receber convidados nacionais e internacionais.

- Temos um complexo hoteleiro que pode suprir não somente a hospedagem de palestrantes e inscritos como também a possibilidade de sediar o Congresso, nos próprios centros de convenções, evitando assim a necessidade de grandes deslocamentos entre o evento e os hotéis - comentou.

A realização do 45º Congresso no Rio de Janeiro, acrescentou o Presidente, também seria um facilitador para a indústria farmacêutica, já que a grande maioria dos laboratórios se encontram no eixo Rio-São Paulo, contribuindo assim para a estruturação de estandes dos expositores e a vinda de palestrantes convidados.

- Os sócios podem esperar um Congresso moderno e inovador, inclusive, com a possibilidade de transmissão ao vivo de cirurgias. Os acompanhantes também receberão uma atenção especial para desfrutarem das belezas da nossa cidade – enfatizou Dr. Breno Caiafa.



**43º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR**
RECIFE | 2019

**43º congresso Brasileiro de Angiologia
e de Cirurgia Vascular**

08 a 12 de outubro de 2019

Centro de Convenções de Pernambuco
Recife (PE)

(81) 99289-9875

www.sbacv-pe.com.br



**2º Simpósio e Acesso Vascular
e Endovascular em Nefrologia**

17 a 19 de outubro de 2019

<https://simposiosave.com.br>

REUNIÕES CIENTÍFICAS

da Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro **2019**

601ª

Reunião Científica Mensal

 31 de outubro - Quinta-feira

 Auditório do CBC

602ª

Reunião Científica Mensal

 30 de novembro - **Sábado**

 Colégio Brasileiro de Cirurgias

EcoDoppler Vascular

com a segurança
e a confiabilidade
que você busca para
seu diagnóstico



(21) 2421-2525

(21) 2421-9017

(21) 2421-9018



Barra da Tijuca
Avenida Ayrton Senna,
3000 Via Parque Offices
Bloco 1 - Salas 117 a 120


diagnósticos
por Imagem

Completapara **todas as etapas**
de um **tratamento vascular****Família FL³**

A linha FL3 Vascular da FQM Farma oferece produtos para todas as etapas de um tratamento vascular (procedimento, recuperação e rotina).

Flebon®, Fledoid® e FleTop® são produtos que se completam, proporcionando uma terapia integral para os seus pacientes e muito mais segurança para você.

Flebon 4,5,6

- Utilizado em estágios mais avançados da doença venosa 1-3
- Eficaz no rápido e duradouro controle da dor 1-3

FleTop 4,5,6

- Auxilia no alívio dos sintomas da DVC 4,5,6
- Sensorial agradável 4,5,6

Fledoid 8,9

- Aumenta a síntese de colágeno atuando no remodelamento 8,9
- Estimula o metabolismo do tecido conectivo 8,9

FLEBON® (Pinus pinaster Aiton - Pycnogenol®). **Apresentação:** embalagem com 12, 30 ou 60 comprimidos. **Indicações:** indicado no tratamento da fragilidade vascular e do edema dos membros inferiores, na prevenção das complicações causadas pela insuficiência venosa e na prevenção da síndrome do viajante. **Contraindicação:** hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de Pinus pinaster Aiton está classificado na categoria B de risco na gravidez. **Interação medicamentosa:** não há evidência científica de interações medicamentosas. **Reações adversas:** até o momento só foi relatada à seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando Flebon® após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. Síndrome do viajante: tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar, quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. M.S.: 1.0390.0181. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 0800 025 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e dispensar medicamentos.

FLEDROID® (polissulfato de mucopolissacarídeo). **Indicação:** Indicado nos quadros clínicos e processos em que é necessária uma ação antiinflamatória, antiexsudativa, anticoagulante, antitrombótica, fibrinolítica e se deseja a regeneração do tecido conjuntivo, especialmente dos membros inferiores. Nos processos inflamatórios localizados, varizes, flebites pós-infusão e pós-venoclise, tromboflebitides superficiais, linfangites, linfadenites, hematomas, furúnculos e mastite. É especialmente apropriado para o alívio dos casos nos quais a presença de edema leva à sensação de peso nas pernas. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. "FLEDROID É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA". M.S.: 1.0390.0188. Farmoquímica S/A. SAC 0800 025 0110.

FLETOP®: Processo ANVISA: 25351.349543/2013-13. AFE nº:2.03540-1. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. SAC 0800 025 0110.

REFERÊNCIAS: 1 - Petrassi, C; et al: Pycnogenol in Chronic Venous Insufficiency. Phytomedicine – vol. 7(5): 383-388, 2000. 2 - Bula do produto FLEBON. 3 - Cesarone, MR; et al: Rapid Relief of Signs/Symptoms in Chronic Venous Microangiopathy with Pycnogenol: A Prospective, Controlled Study. Angiology – vol. 57(5): 569-576, 2006. 4 - Bula do produto FLETOP. 5 - Caiafa B, Addor A: Associação de pycnogenol com fitoextratos no alívio da sintomatologia da insuficiência venosa crônica em mulheres gestantes e não gestantes: estudo clínico piloto- Revista SBACV-RJ/ novembro dezembro 2014. 6 - Caiafa B; Addor F: Avaliação do uso tópico de uma associação de fitoextratos com pycnogenol na microcirculação sanguínea por termografia. Revista da SBACV-RJ; Janeiro/março 2018. 7 - Bula FLEDROID. 8 - Monografia FLEDROID. 9 - Gorog P, Raake W. Antithrombotic effect of a mucopolysaccharide polysulfate after systemic, topical and percutaneous application. Arzneim. Forsch drugs [drug.res] 1987;37:342-5.

RECEBA O MELHOR TRATAMENTO PARA O SEU CASO.

A Cardiovent cuida dos insumos e processos para que você se dedique inteiramente ao sucesso da cirurgia. Conte com o nosso atendimento próximo e um tratamento especializado, caso a caso.

www.cardiovent.com.br
contato@cardiovent.com.br

21 3936-0898

COMPARE O PERFIL
EXTERNO DO DISPOSITIVO
COM OUTROS PERFIS
DO MERCADO.

18F

MicroPort Hercules™
Low-Profile

22F

Gore TAG *

23F

COOK Zenith *
TX2 *

24F

Medtronic Valiant *
Captiva *

Hercules™

Endoprótese torácica MicroPort com
sistema de entrega de baixo perfil.



CARDIOVENT

Cardiovent representa as marcas:

