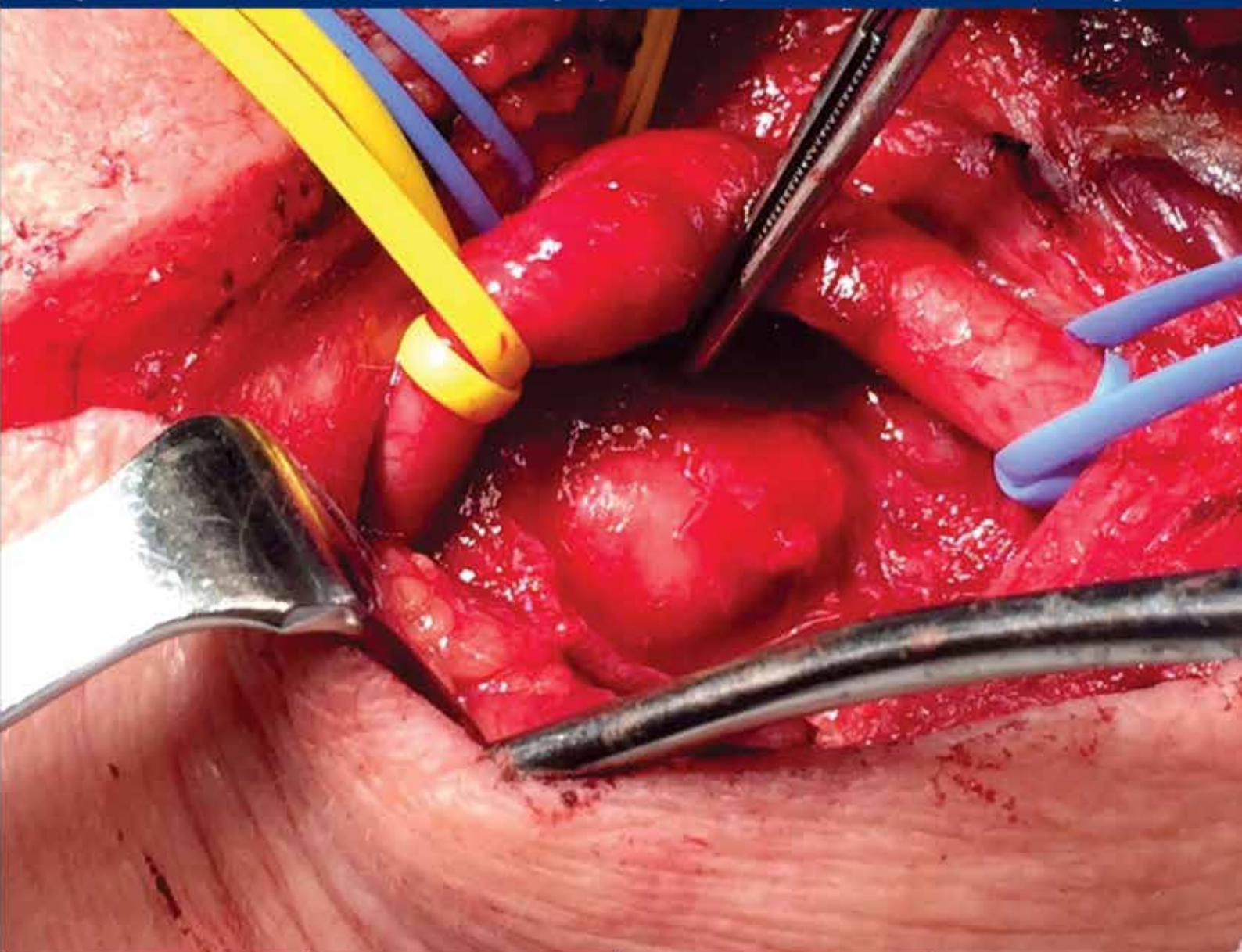


SBACV-RJ

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

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro Nº IV - Jul./Ago. - 2015



Opinião:
Mais Médicos
completa 2 anos sem
melhoras na Saúde

Especial:
Uma década
de diálogo com
a população

Reuniões Científicas:
Tratamento endovascular
da dissecção aórtica
do Tipo B - Relato de Caso

Defesa Profissional:
São muitos caminhos
a percorrer

DERSANI®

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

DERSANI ORIGINAL

Loção Oleosa para prevenção e tratamento de úlceras por pressão.

Apresentação
100ml e 200ml

**LINHA DERSANI
DERMATOLOGICAMENTE TESTADA
E HIPOALERGÊNICA**

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

DERSANI HIDROGEL

Gel curativo para tratamento de feridas superficiais.

Apresentação 30g

DERSANI HIDROGEL

COM ALGINATO

Gel curativo para tratamento de feridas cavitárias e exsudativas.

Apresentação 85g

**HIDROGEL
COM ALGINATO**



Úlceras por pressão¹ | Úlceras venosas¹ | Úlceras diabéticas¹

Referência: 1. Rótulo do Produto.

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

SAC

0800 707 0987
sac@grupodaudt.com.br
www.grupodaudt.com.br

Material Impresso - Fev/15

SANIPLAN

GRUPO

Daudt

Imagem da capa

Tumor raro de origem neurológica. O diagnóstico não foi feito por imagem, que sugeriu um paraganglioma (tumor de GLOMUS CAROTÍDEO). Realizada biópsia excisional.

Imagem cedida por:

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira



Índice

Palavra do Presidente

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Em contagem regressiva

05

Editorial

Dr. Marcio Arruda Portilho

Com a esperança de contribuir sempre

06

Palavra do Secretário-Geral

Dr. Sergio S. Leal de Meirelles

“Os componentes da sociedade não são os seres humanos, mas as relações que existem entre eles.”

07

Palavra da Diretoria Científica

Drs. Carlos Clementino dos Santos Peixoto e Marcos Arêas Marques

Trocas de conhecimento e experiência

08

Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira

São muitos caminhos a percorrer

09

Reuniões Científicas

Balões farmacológicos em território fêmoro-poplíteo – como e quando usá-los

Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Felipe Silva da Costa, Diogo Di Batista, João Marcos Fonseca e Fonseca, Fernando Tebet.

10

Reuniões Científicas

Tratamento endovascular da dissecação aórtica do Tipo B - Relato de Caso

Drs. Pedro Oliveira Portilho, Fernanda Federico Rezende, Fabio Fortes Bonafé, Eduardo Rosalvo Costa, Roberto Young Jr., Patrícia Guerra, Rossi Murilo, Eduardo André Simas.

14

Reuniões Científicas

Tratamento clínico da arterite de Takayasu

Drs. Carmen Lucia Lascasas Porto, Juliana de Miranda Vieira, Marcos Arêas Marques, Marília Duarte Brandão Panico, Ana Letícia Milhomens, Márcia Maria Ribeiro Alves, Lílian Câmara.

20

Reuniões Científicas

Trauma de aorta torácica: experiência do Hospital Municipal Souza Aguiar

Autores: Drs. Paulo de Tarso Martins Araujo, Nívea Czernocha Lins, Rita Proviert, Antônio Carlos Oliveira, Rosana Palma Costa, Renata Villas Boas, José Augusto Freitas.

25

Especial

Uma década de diálogo com a população

Por Luciana Julião

31

Espaço Aberto

Dr. Alberto C. Duque

Kim Peek (Rain Man)

39

Opinião

Dr. Florentino de Araujo Cardoso Filho

Mais Médicos completa dois anos com indicadores na Saúde piores do que quando foi implementado

40

Informangio

42

Eventos

50

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente

Arno Buettner von Ristow

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Ruy Luiz Pinto Ribeiro

Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

Diretor Científico

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Eventos

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Aguiar Lucas

Diretor de Publicações Científicas

Marcio Arruda Portilho

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Paulo Eduardo Ocke Reis

Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Rita de Cássia Proviatt Cury

Diretor de Patrimônio

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Patrimônio

Raimundo Luiz Senra Barros

Presidente da gestão anterior

Carlos Eduardo Virgini

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Público:**

Carlos Eduardo Virgini

Jurídico:

Paulo Marcio Canongia

Científica:

Marília Duarte B. Panico

Publicações:

Nostradamus Augusto Coelho

Planejamento Estratégico:

Francisco João Sahagoff D.V. Gomes

Residência Médica:

Bruno Morisson

Eventos:

Alberto Coimbra Duque

Informática:

Leonardo Silveira de Castro

Vice de Informática:

José Carlos M. Jannuzzi

Associações Médicas:

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Cirurgia Endovascular:

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios:

Roberto Furman

Ações Sociais:

Jackson Silveira Caiafa

Assessoria para assuntos**Interinstitucionais:**

Ney Abrantes Lucas

Defesa Profissional:

Marcio Leal de Meirelles

Assessoria de Imprensa:

Almar Assumpção Bastos

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS:**

Rubens Giamboni Filho

Diretor de Informática:

Vivian Carin Marino

Pós-Graduação:

Felipe Borges Fagundes

Apoio Jurídico:

Taís Antunes Torres Mourão

Educação Continuada:

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Rigueti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doenças Arteriais:**

Adalberto Pereira de Araújo

Alberto Vescovi

Bernardo Massiere

Bernardo Senra Barros

Carlo Sassi

Celestino Affonso Oliveira

Edilson Ferreira Feres

Emília Alves Bento

José Ricardo Brizzi Chiani

Luiz Henrique Coelho

Nelson Vieira

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas:

Angela Maria Eugenio

Daniel Autran Burler Drummond

Diogo Di Batista de Abreu e Souza

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Leonardo Stambowsky

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Métodos Especiais:**Laser:**

Marcello Capela Moritz

Radiofrequência:

Alexandre Cesar Jahn

Espuma:

Guilherme Peralta Peçanha

Doenças Linfáticas:

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Lilian Camara da Silva

Métodos Diagnósticos**Não Invasivos:**

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Alessandra Foi Camara

Carmen Lucia Lascasas

Clóvis Bordini Racy Filho

Luiz Paulo de Brito Lyra

Sergio Eduardo Correa Alves

Angiorradiologia e Cirurgia**Endovascular:**

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Fabio de Almeida Leal

Fabio Sassi

Felipe Silva da Costa

Felippe Beer

Guilheme Nogueira d'Utra

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Marcio Maia Lima

Rodrigo Soares Cunha

Roberto Young Junior

Vitória Edwiges Teixeira de Brito

Warley Dias Siqueira Mendes

Feridas:

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental e Pesquisa:

Monica Rochedo Mayall

Nivan de Carvalho

Microcirculação:

Mario Bruno Lobo Neves

Patrícia Diniz

Solange Chalfun de Matos

Trauma Vascular:

Bruno Miana Caiafa

Leonardo Cesar Alvim

Marise Claudia Muniz de Almeida

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Vaz de Melo

Fórum Científico:

Ana Asniv Hototian

Fúlvio Toshio de S. Lima

Helen Cristina Personi

João Augusto Bille

Luiz Batista Neto

SECCIONAIS**Coordenação:**

Gina Mancini de Almeida

Norte:

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste – 1:

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste – 2:

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana – 1:

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana – 2:

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba – 1:

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba – 2:

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea:

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande:

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1 – Niterói:

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2:

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3 - Nova Iguaçu:

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4 - São Gonçalo:

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5 - Duque de Caxias:

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico:

Antonio Luiz de Medina

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Luis Felipe da Silva

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marília Duarte Brandão Panico

Paulo Marcio Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Rossi Murilo da Silva

Vasco Lauria da Fonseca Filho

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

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

Jornalista Responsável
Luciana Julião

Projeto Gráfico
Julio Leiria

Diagramação
Danielle Athayde

Coordenação, Editorial e Gráfica
Selles & Henning Comunicação Integrada
Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 - 2º andar - Centro
CEP: 20080-007 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2233-0005
selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda
(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



Em contagem regressiva

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



... o mais importante é que o programa científico já está pronto e procurou prestigiar os melhores trabalhos das mais variadas regiões do País...



Pouco mais da metade do ano já se passou. Em pouco tempo estaremos pensando em final de ano, em festividades e analisaremos como, afinal de contas, sobrevivemos a 2015 (que até aqui...).

Mas antes disso, como diriam os mais antigos, ainda há muita água para rolar sob a ponte. Entre elas, temos o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, no início de outubro, aqui, na cidade do Rio de Janeiro.

Meus amigos... ser anfitrião de um congresso com essa magnitude e importância é tão assustador (quanta responsabilidade!) quanto prazeroso. Afinal, a Regional Rio de Janeiro e cada um de nós que integra a Comissão Executiva estamos dando o melhor de nós para fazer um evento pelo menos tão memorável quanto os que fizeram aqueles que nos antecederam. À toda a adrenalina de pensar em tudo, buscar cumprir prazos e mesmo se antecipar em tudo o que for possível, somou-se a crise financeira, que paralisou diversos investimentos, inclusive, é claro, de nossos potenciais patrocinadores! Mas como também se diz por aí, a necessidade é a mãe da invenção (você poderão ver em outubro o quanto inventamos!).

Mas o mais importante é que o programa científico já está pronto e procurou prestigiar os melhores trabalhos das mais variadas regiões do País. Não descuidamos também da programação social: está intensa o suficiente para que tenhamos ótimas oportunidades de conagração com colegas de todo o país. E ela será especial, como um evento como esse merece: a abertura do Congresso será realizada em um local singular, o Maracanã!

Além do Congresso, nossa Regional continua extremamente envolvida com a questão da Defesa Profissional: no momento em que esta edição de nossa Revista é fechada, estamos em negociações com a Amil sobre um projeto pioneiro, que representa mais uma oportunidade de concretização do nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular.

Enquanto seguimos nas negociações, também começamos a desenhar os caminhos para atingir a nossa próxima meta, que vem ao encontro dos desejos de nossos associados: sobreaviso remunerado.

Como você, leitor, pode perceber, seguimos em frente em contagem regressiva, mas não para o fim de alguma coisa, ou a conclusão de um projeto, mas sim na busca por novos e desafiadores objetivos.

Boa leitura!



Com a esperança de contribuir sempre

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



**... com a mesma
esperança de
contribuir com
o cenário geral,
nossa intenção
é que a Revista
lhes traga
informações úteis
e agradáveis...**

Prezados sócios, em clima de protestos políticos pelo país, concluímos mais essa edição da Revista da SBACV-RJ, que ora lhe apresentamos.

Guardadas as devidas proporções, com a mesma esperança de contribuir com o cenário geral, nossa intenção é que a Revista lhes traga informações úteis e agradáveis, no que tange à troca de conhecimento e experiência, como se vê nas palavras dos Drs. Carlos Peixoto e Marcos Areas Marques; no conteúdo dos artigos científicos; nas palavras do Presidente da AMB sobre o "Mais Médicos"; nas notícias sobre o movimento de Defesa Profissional e implantação do Rol e nos muitos outros artigos de interesse.

Com os cumprimentos do Editor.





“Os componentes da sociedade não são os seres humanos, mas as relações que existem entre eles.”

Arnold Toynbee

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



Reparem que tais medidas, (...) na verdade são passos muito importantes em nosso processo permanente de aperfeiçoamento da gestão da Regional.



E escolhi para iniciar este texto uma frase atribuída a Arnold Toynbee, economista inglês que viveu no século XIX, por causa do momento muito especial que vivemos em nossa Sociedade: a reforma do Estatuto Social e a criação do Regimento Interno da SBACV-RJ.

Talvez o Colega mais novo no movimento associativo, ou mesmo aquele com um pouco mais de tempo de carreira, nunca tenha parado para pensar no que isso representa, não se dê conta da relevância dessas ações, que buscam tornar mais simples e ágeis as atividades de nossa Regional.

Em relação ao Estatuto, é importante destacar que as alterações que foram adotadas no Estatuto Social da SBACV-Nacional fizeram com que surgissem disparidades entre este e o Estatuto da SBACV-RJ, como a criação da categoria de Associado Pleno, que não existia na SBACV-RJ. Também foi importante aprimorar o texto para facilitar a leitura e evitar interpretações dúbias acerca de dispositivos, em especial aqueles que tratam do relacionamento entre a nossa Regional e a SBACV-Nacional. Seguindo a mesma linha, também está sendo proposta a criação de um Regimento Interno da SBACV-RJ, que determine normas sobre o funcionamento interno da Regional. A criação do Regimento Interno, que será aprimorado com o passar dos anos e com a experiência prática, permitirá a padronização de certos procedimentos e auxiliará na gestão mais eficiente e transparente da SBACV-RJ.

Reparem que tais medidas, que aparentemente dizem respeito apenas a questões burocráticas, na verdade são passos muito importantes em nosso processo permanente de aperfeiçoamento da gestão da Regional, e contribuem fortemente para que ofereçamos serviços cada vez melhores – e de forma mais ágil e inteligente – aos nossos associados.

Além disso, seguimos dando todo o suporte necessário em duas linhas muito importantes para nossa Regional: as ações de Defesa Profissional, no que tange às negociações pela implantação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular junto às operadoras que ainda não o adotaram, mesmo que parcialmente, e os preparativos do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Nossa Secretaria permanece à disposição para atender os associados em tudo o que for necessário.



Trocas de conhecimento e experiência

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

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



**... após intensos
trabalhos e
diversas reuniões,
foi definido o
programa científico
do 41º Congresso
Brasileiro de
Angiologia e
Cirurgia Vascular.**

Prezados Colegas, conforme orientação do nosso Presidente, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, e do Diretor de Publicações, Dr. Marcio Arruda Portilho, usaremos novamente este espaço para divulgar as atividades da Diretoria Científica.

No mês de junho, tivemos apenas uma Reunião Científica, a de número 561, no dia 25, realizada no Auditório do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, quando tivemos as apresentações de dois trabalhos e de uma aula. Os trabalhos foram "As endopróteses vasculares e o impacto no pós-operatório na visão do intensivista", proferido pelo Dr. Jorge Eduardo Soares Pinto, Chefe do CTI do Hospital Norte D'Or e Professor de Clínica Médica no Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj), debatido com brilhantismo pelos Drs. Adalberto Pereira de Araújo, Breno Caiafa, Felipe Francescutti Murad e Luísa Toscano; e "Balões farmacológicos no território fêmoro-poplíteo – como e quando usá-los", proferido pelo Dr. Felipe Silva da Costa, do Serviço Clínica Julio Peclat, que gerou muitos debates por parte dos Drs. Eduardo Simas e Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes, que contribuíram com sua visão científica sobre o tema.

Os participantes da Reunião também puderam assistir à aula especial "Tratamento Clínico da arterite de Takayasu", proferida pela Dra. Juliana de Miranda Vieira, médica do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Uerj). Esta magnífica apresentação foi debatida com grande conhecimento pelas Dras. Alda Torres Cândido Bozza e Ângela Maria Eugênio. Todas as apresentações foram intensamente discutidas e contaram com a presença de uma plateia de aproximadamente de 60 Angiologistas e Cirurgiões Vasculares, que puderam trocar experiências, impressões e opiniões com os relatores e debatedores de cada tema.

Para finalizar o mês de junho, após intensos trabalhos e diversas reuniões, foi definido o programa científico do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, que ocorrerá no Píer Mauá, Rio de Janeiro, entre os dias 6 e 10 de outubro de 2015, quando esperamos contar com a presença maciça dos Especialistas de todo o Brasil.

Um grande abraço a todos...





São muitos caminhos a percorrer

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



**A SBACV-RJ está
em constante
atividade para a
defesa do bom
exercício de nossa
Especialidade e
das atividades de
nossos Sócios.**

Caros Sócios, a SBACV-RJ está em constante atividade para a defesa do bom exercício de nossa Especialidade e das atividades de nossos Sócios. Atuando em várias frentes, tivemos nesse período discussões sobre o sobreaviso remunerado, assunto que vem circulando ao longo de várias reuniões e com decisões delicadas a serem tomadas, pela dificuldade em valorizar a todos sem prejudicar aqueles que nesse momento respondem a sobreavisos em hospitais.

Também tivemos o desprazer de receber denúncias de irregularidades em clínicas que, infelizmente, insistem em oferecer escleroterapia realizada por pessoas que não são médicas. Já encaminhamos o assunto para uma análise aprofundada no CRM. Esse assunto é bastante grave.

No tocante à relação com operadoras, mantemos nossa participação constante nas reuniões da COMSSU, promovidas pelo Cremerj, que reúne representantes das operadoras e das Sociedades de Especialidades.

E, como não poderia deixar de citar, temos a constante atividade para a implantação plena do Rol de Procedimentos. Agora, além das operadoras que já têm autorizado os códigos conforme o Rol, ainda que de forma extraoficial, temos pela primeira vez a oficialização de nosso Rol por parte de uma operadora. Acreditamos que esse passo tem e terá peso especial na progressão dos nossos objetivos de valorização dos honorários médicos e na manutenção da qualidade do atendimento prestado à população – objetivo maior de nosso trabalho.



Balões farmacológicos em território fêmoro-poplíteo – como e quando usá-los

Autores: **Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira¹, Felipe Silva da Costa², Diogo Di Batista³, João Marcos Fonseca e Fonseca³, Fernando Tebet⁴.**

1 - Cirurgião Vascular. Membro Titular da SBACV. Membro Titular do CBC. Título de Especialista em Cirurgia Vascular SBACV. Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular SBACV. Presidente da SBACV-RJ.

2 - Cirurgião Vascular. Membro Pleno SBACV.

3 - Cirurgião Vascular. Membro Aspirante da SBACV.

4 - Cirurgião Vascular. Residente (R3) de Cirurgia Endovascular e Angiorradiologia no HUCFF. Membro Aspirante da SBACV.

Trabalho realizado no Serviço da Clínica do Dr. Julio Peclat.

INTRODUÇÃO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) consiste em permanente desafio aos Cirurgiões Vasculares e recorrente sofrimento aos pacientes. Com o desenvolvimento das técnicas de tratamento ao longo dos últimos 30 anos, novas questões se apresentam para serem superadas, principalmente sobre as indicações mais precisas e definitivamente qual a melhor abordagem terapêutica. Neste sentido, as opções de angioplastia percutânea se aperfeiçoam à medida que o conhecimento da técnica se solidifica e os resultados dos estudos indicam as melhores respostas.

O conceito de intervenção arterial ideal no território infrainguinal consiste em ser minimamente invasiva, não implantar *stent* metálico na superfície arterial e promover perviedade duradoura. Nesse sentido, o uso dos balões farmacológicos parece promissor.

Neste trabalho, apresentamos as últimas conclusões sobre como e quando usar os balões farmacológicos no território fêmoro-poplíteo.

HISTÓRICO

Desde 1977, com o início da técnica de angioplastia percutânea, os efeitos adversos desta modalidade terapêutica – em especial a proliferação neointimal – se constituíram como os vilões dos resultados da terapêutica e da evolução da doença propriamente dita. Os balões não revestidos apresentam, em geral, resultado imediato e a curto prazo satisfatório, porém não evitam

a proliferação neointimal, que consiste na resposta inflamatória evolutiva da DAOP.

Em 1986, o uso dos *stents* convencionais metálicos inovaram no tratamento da DAOP, mas por consistirem em uma armação metálica intravascular permanente, se comportam necessariamente como corpo estranho, o que leva ao aumento da proliferação neointimal e futura reestenose. Ainda possuem a desvantagem de serem mais propícios quando usados no eixo fêmoro-poplíteo, porém raramente no território infrapatelar.

Como forma de aperfeiçoamento da técnica, os dispositivos liberadores de droga, como os *stents* farmacológicos e os balões farmacológicos, foram projetados com o objetivo de limitarem o processo reacional e proliferativo da hiperplasia neointimal, resultando assim em melhores índices de perviedade após tratamento no eixo fêmoro-poplíteo.

Em 2001, houve o advento dos *stents* eluídos em droga. Estes dispositivos ainda permanecem como armação metálica intravascular permanente, o que previne a retração elástica após a angioplastia e limitam a proliferação neointimal, em virtude dos efeitos farmacológicos. Porém, o trauma repetitivo intravascular e a reação inflamatória elevada contribuem para a hiperplasia miointimal e, assim, não se firmaram como padrão-ouro.

Como alternativa ao uso dos *stents*, em 2006 os balões de eluição de medicamento se firmaram como limitadores da proliferação neointimal por liberarem drogas de antiproliferação celular diretamente na lesão vascular, sem os efeitos adversos

potenciais do uso de material estranho permanente intravascular, o que se aproxima do conceito de intervenção arterial ideal no território infrainguinal; sendo adequados inclusive para os territórios fêmoro-poplíteo e infrapatelar (FIGURA 1).

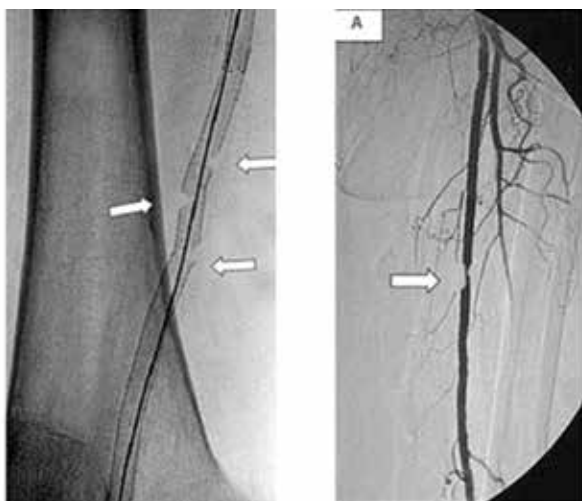
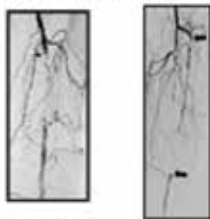


Figura 1. Fratura e Reestenose intrastent.

Observa-se que o balão farmacológico pode ser uma melhor opção de tratamento no território fêmoro-poplíteo, principalmente nos casos de lesões “de novo”, de reestenose após angioplastia convencional e de reestenose intrastent (FIGURA 2).

Nas lesões De-novo

Locais em que de muita Movimentação ou Flexão (SFA/Pop)



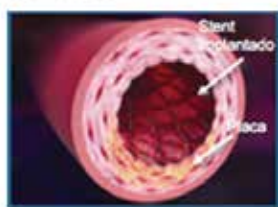
O stent pode não ser a solução ideal (p. ex., muitos stents na SFA)

Na Reestenose após a POBA



Terapia antiproliferativa desejável

Na Reestenose do Stent



Técnica “stent-in-stent não desejada

Figura 2. Principais indicações de angioplastia com balões farmacológicos

MECANISMO DE AÇÃO

O fármaco Paclitaxel (PTX) consiste num agente antineoplásico com atuação inibitória sobre a proliferação e migração das células musculares lisas, reduzindo, assim, a hiperplasia miointimal.

Estudos experimentais sugeriram que a liberação satisfatória do PTX na parede arterial, usando os balões farmacológicos, ocorre em 1 minuto de insuflação do balão, atingindo ao longo do tempo a inibição das células musculares lisas.¹

Assim, após a cateterização do vaso, transposição da oclusão e insuflação do balão, há incorporação de partículas de paclitaxel (PTX) como reservatório de liberação sustentada na parede arterial associada à dissolução e absorção pela superfície arterial. Inevitavelmente, há perda sistêmica da droga, o que, em geral, não provoca repercussão sistêmica alguma.

Hoje, para o tratamento do território fêmoro-poplíteo, no Brasil, encontram-se os balões In.Pact e Freeway, produzidos pela Medtronic /Invatec e Eurocor, respectivamente.

ESTUDOS

No primeiro estudo avaliado, multicêntrico e randomizado, com 87 pacientes (WERK *et al*, 2007), comparando-se balões farmacológicos e balões convencionais, os balões impregnados com Paclitaxel não causaram efeitos adversos e reduziram a taxa de reestenose em pacientes submetidos a angioplastias do segmento fêmoro-poplíteo.²

Em estudo seguinte, avaliando-se o custo do tratamento nos Estados Unidos e na Alemanha, conclui-se que a probabilidade de sua redução é pequena.

A respeito de complicações diretas relacionadas à utilização de balões farmacológicos, apenas um trabalho apresentando dois casos de falsos aneurismas foi encontrado (J Vasc Surg. 2014, May 3).³

Comparando-se os balões farmacológicos e os stents farmacológicos, ambos demonstraram bom desempenho e resultados semelhantes no tratamento endovascular de lesões fêmoro-poplíteas maiores ou iguais a 10 centímetros e melhores resultados que o tratamento endovascular tradicional (Endovascular Ther. 2014, Jun).⁴

Como estudo mais relevante neste levantamento, encontra-se, de 2008, na “The New England Journal of Medicine”, o Thunder Trial – estudo prospectivo, randomizado e multicêntrico –, que comparou o uso de balão revestido com paclitaxel (n = 48) com angioplastia com balão não revestido (n = 54) e um grupo

de controle com angioplastia com balão mais infusão de drogas e mostrou uma significativa redução da reestenose aos seis meses para o balão ativamente revestido ($0,4 \pm 1,2$ versus $1,7 \pm 1,8$ mm, $P < 0,001$). O Thunder Trial mostra uma redução significativa da taxa de reestenose aos 6 meses (17% versus 44%).⁵

Em trabalho apresentado no *Charing Cross 2014*, pacientes com doença arterial periférica em membros inferiores apresentaram significativamente melhores resultados aos 12 meses após o tratamento com o balão revestido com droga Admiral IN.PACT, quando comparados à angioplastia por balão não revestido, com perviedade primária aos 12 meses de 82,2% com balões farmacológicos e 52,4% na angioplastia com balões convencionais.

No estudo italiano de Micari *et al*, prospectivo, multicêntrico, com o objetivo de avaliar a eficácia do Admiral IN.PACT no tratamento de oclusões fêmoro-poplíteas, o tratamento com balões farmacológicos na doença arterial fêmoro-poplíteia resultou em

melhora clínica consistente em vários pontos com uma baixa taxa de utilização de *stents* e com revascularização das lesões.⁶

Um novo estudo conduzido por Werk *et al*, em 2008, o Fem-PAC Trial pode ser considerado um estudo confirmatório. Utilizou-se um formato semelhante com um número total de 87 pacientes randomizados, comparando-se balões farmacológicos com angioplastia convencional. O estudo mostrou uma redução semelhante na perda luminal tardia.²

O LEVANT I mostra que, aos 6 meses, a perda luminal tardia foi de 58% menor para balões farmacológicos. 0,39 mm e a taxa de revascularização. O tratamento de lesões fêmoro-poplíteas com balões farmacológicos diminuiu a reestenose com segurança comparável ao grupo submetido à angioplastia convencional.⁷

O LEVANT II, estudo prospectivo, multicêntrico e randomizado, comparando balão farmacológico com balão convencional para tratamento de lesões do segmento fêmoro-poplíteo. Foram 476 pacientes randomizados. Concluiu-se que a perviedade primária aos 12 meses do grupo tratado com balão farmacológico foi superior à do grupo de controle de angioplastia (65,2% versus 52,6%, $p = 0,015$).

No EuroPCR 2015, foi apresentado por Scheinert o estudo “Balão farmacológico para o tratamento de pacientes com claudicação intermitente: Novos Insights do Estudo Global do IN.PACT lesão extensa (≥ 15 cm) de imagem Cohort”. Este estudo foi feito com 1400 pacientes divididos em três subgrupos: (1) reestenose intrastent, (2) lesões “de novo” com comprimento de lesão ≥ 15 centímetros, e (3) oclusão total crônica (CTO) ≥ 5 cm. A estimativa da perviedade primária, definida como a ausência de revascularização da lesão-alvo clinicamente orientada e ausência de reestenose como determinado pela relação de pico da velocidade sistólica (PSVR) $< 2,4$ pelo ultrassom doppler, foi de 91,1%. Não houve grandes amputações de membros relatados no prazo de 12 meses. O resultado primário de segurança, um composto formado pela ausência de mortalidade relacionada ao dispositivo e/ou ao procedimento aos 30 dias e ausência de amputação do membro e ausência de revascularização do vaso-alvo (TVR) clinicamente orientada dentro de 12 meses, foi de 94,0%. O comprimento médio da lesão foi de $26,4 \pm 8,61$ centímetros, incluindo 60,4% de CTOs e 71,8% de lesões calcificadas. Além das lesões complexas, 41% dos pacientes tinham diabetes. Este trabalho, o mais recente dos pesquisados, conclui que a baixa taxa de rein intervenção e a alta perviedade aos 12 meses neste subgrupo de

“...a eficácia de um tratamento com balão farmacológico pode ser em grande parte dependente da dose e da formulação de revestimento”

pacientes complexos, com um comprimento da lesão média de 26,4 centímetros, confirmam a eficácia do balão IN.PACT Admiral para o tratamento de lesões longas complexas. O uso desse balão como uma terapia de primeira linha pode resultar em melhoria dos resultados clínicos e redução de custos.

Por último, acrescenta-se um estudo de 2013 de Liistro *et al*, no qual 104 pacientes (110 membros inferiores com 110 lesões) foram randomizados 1:1 para balão farmacológico mais *stent* versus balão convencional mais *stent*. Todos apresentavam lesões ou oclusões totais de pelo menos 40 mm na artéria femoral superficial ou poplítea. Concluiu-se neste trabalho que a pré-dilatação com balão farmacológico anterior ao implante de *stent* comparada com balão convencional mais *stent* em lesões complexas da artéria femoral superficial reduz a reestenose e a revascularização aos 12 meses.⁸

CONCLUSÃO

Avaliando-se os estudos apresentados, conclui-se que a eficácia de um tratamento com balão farmacológico pode ser em grande parte dependente da dose e da formulação de revestimento. Isso dificulta conclusões gerais a respeito da tecnologia. Será obrigatório no futuro que os dados de eficácia e segurança sejam fornecidos para cada produto disponível no mercado.

Há, provavelmente, um percentual relevante de lesões complexas que não podem ser tratadas apenas por angioplastia. Particularmente lesões calcificadas e críticas podem exigir abordagens de tratamentos mecânicos adicionais, tais como *stent* ou aterectomia.

A eficácia do tratamento combinado de balões farmacológicos mais *stent* ou a aterectomia ainda estão sendo estudados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHELLER, B. *et al*. Paclitaxel balloon coating, a novel method for prevention and therapy of restenosis. **Circulation** 110:810–814, 2004.
2. WERK, M. *et al*. Inhibition of Restenosis In Femoropopliteal Arteries. Paclitaxel-Coated Versus Uncoated Balloon: Femoral Paclitaxel Randomized Pilot Trial. **Circulation Journal of American Heart Association**. Jun 2008.
3. DIAMANTOPOULOS, A.; GUPTA, Y.; ZAYED, H.; KATSANOS, K. Paclitaxel-coated balloons and aneurysm formation in peripheral vessels. **J Vasc Surg**. 2014 May3.pii: S0741-5214(14)00710-1.
4. ZELLER, T.1; RASTAN, A.; MACHARZINA, R.; TEPE, G.; KASPAR, M.; CHAVARRIA, J.; BESCHORNER, U.; SCHWARZWÄLDER, U.; SCHWARZ, T.; NOORY, E. Drug-coated balloons vs. drug-eluting stents for treatment of long femoropopliteal lesions. **Endovascular Ther**. 2014 Jun.
5. TEPE, Gunnar, M.D.; ZELLER, Thomas, M.D.; ALBRECHT, Thomas, M.D.; HELLER, Stephan, M.D.; SCHWARZWÄLDER, Uwe, M.D.; BERGER, Jean-Paul, M.D.; CLAUSSEN, Claus D.; M.D., OLDENBURG, Anja, M.D.; SCHELLER, Bruno, M.D.; SPECK, Ulrich, Ph.D. Local Delivery of Paclitaxel to Inhibit Restenosis during Angioplasty of the Leg. **N Engl J Med** 358;7. february 14, 2008.
6. MICARI, A.; CIOPPA, A.; VADALÀ, G. Clinical evaluation of a paclitaxel-eluting balloon for treatment of femoropopliteal arterial disease. **J Am Coll Cardiol Interv**. 5 2012:331-338.
7. SCHEINERT, D.; DUDA, S.; ZELLER, T.; *et al*. The LEVANT I (Lutonix Paclitaxel-Coated Balloon for the Prevention of Femoropopliteal Restenosis) Trial for Femoropopliteal Revascularization: First-in-Human Randomized Trial of Low-Dose Drug-Coated Balloon Versus Uncoated Balloon Angioplasty. **J Am Coll Cardiol Interv**. 2014;7(1):10-19. doi:10.1016/j.jcin.2013.05.022.
8. LIISTRO, F. *et al*. **J Am Coll Cardiol Interv** 2013;6(12):1295-1302.
9. JENS, S.; CONIJN, A.P.; KOELEMAY, M.J.; BIPAY, S.; REEKERS, J.A. Randomized trials for endovascular treatment of infrainguinal arterial disease: systematic review and meta-analysis (part 1: above the knee). **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery** 2014; 47(5): 524-535.
10. SINGH, G.D.; ARMSTRONG, E.J.; LAIRD, J.R. Femoropopliteal in-stent restenosis: current treatment strategies. **J Cardiovasc Surg (Torino)** 2014 Jun; 55(3):325-33.
11. PIETZSCH, J.B.; GEISLER, B.P.; GARNER, A.M.; ZELLER, T.; JEFF, M.R. Economic analysis of endovascular interventions for Femoropopliteal arterial disease: A systematic review and budget Impact model for the United States and Germany. **Catheter Cardiovasc Interv** 2014 Oct 1; 84(4): 546-54.

Tratamento endovascular da dissecção aórtica do Tipo B – Relato de Caso

Autores: **Drs. Pedro Oliveira Portilho¹, Fernanda Federico Rezende¹, Fabio Fortes Bonafé¹, Eduardo Rosalvo Costa², Roberto Young Jr.², Patrícia Guerra², Rossi Murilo³, Eduardo André Simas⁴.**

1 - Pós-Graduando em Cirurgia Vascular pela PUC RJ / IECAC.

2 - Cirurgião Vascular “staff” do IECAC.

3 - Cirurgião Vascular e Diretor Geral do IECAC.

4 - Coordenador do Serviço de Cirurgia Vascular do IECAC.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) – Rio de Janeiro.

RESUMO

Relato de caso bem sucedido de correção endovascular de dissecção aórtica do tipo B (Stanford) ou do tipo IIIa (De Bakey). Paciente do sexo masculino, cinquenta e cinco (55) anos de idade, natural do estado do Rio de Janeiro, apresentou dor torácica súbita, sem melhora. Foi diagnosticada dissecção aórtica do tipo B em fase crônica e ectasia da aorta descendente com dor torácica refratária ao tratamento clínico. Submetido a tratamento endovascular da dissecção, através do implante de endoprótese “*evita thoracic – jotec®*” 44 mm x 170 mm, iniciando seu implante ao nível da subclávia esquerda, e com término ao nível da transição toracoabdominal. Paciente evoluiu com melhora significativa do sintoma após implante da endoprótese, com bom resultado angiográfico final. O presente relato visa a discutir o tratamento para a dissecção aórtica tipo B sintomática, tendo em vista a comparação da morbimortalidade entre os tratamentos cirúrgicos convencional e endovascular.

PALAVRAS-CHAVE

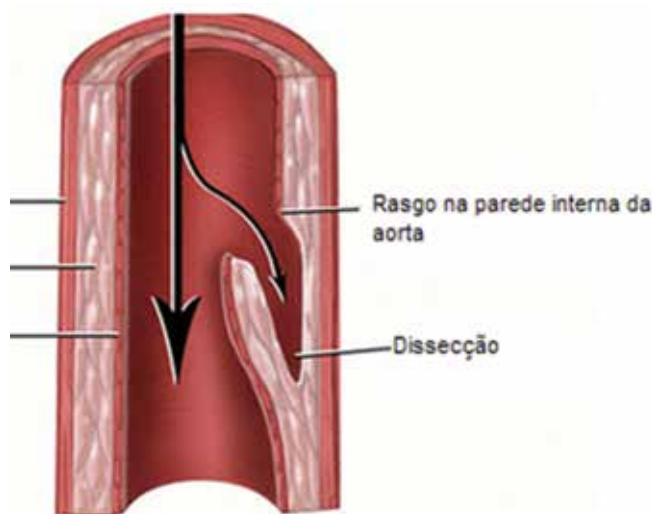
“Dissecção Aórtica”, “Dissecção Aórtica Tipo B”, “Dissecção Aórtica Tipo IIIa”, “Endoprótese”, “Tratamento Endovascular”.

INTRODUÇÃO

Definição:

Consiste na “delaminação” longitudinal e helicoidal das túnicas arteriais, causando uma falsa luz na aorta. Possui orifício de entrada e, eventualmente, orifício de saída.

A determinação da localização do orifício de entrada e do grau e extensão do acometimento da aorta é fundamental na evolução da doença e no seu tratamento.



Classificações:

Pode ser classificada em função do tempo de evolução e pelo grau de acometimento da aorta.

Tempo:

Aguda < 15 dias

Crônica > 15 dias

Grau de acometimento:

De Bakey

Tipo I – dissecção envolvendo a aorta ascendente, transversa e descendente

Tipo II – dissecação restrita à aorta ascendente, da raiz da aorta até tronco braquicefálico (a. Inonimada)

Tipo III – dissecação iniciada na aorta descendente, abaixo da a. subclávia esquerda

IIIa – envolve apenas a aorta torácica

IIIb – envolve aorta torácica e abdominal, com ilíacas e renais
Stanford

Tipo A – envolve a aorta ascendente

Tipo B – envolve somente a aorta descendente

Epidemiologia:

É a patologia aguda mais comum na aorta. Sendo 1,5 vezes mais frequente que o aneurisma de aorta abdominal roto e 4 vezes mais frequente que o aneurisma de aorta torácica roto. Cerca de 2000 casos por ano nos Estados Unidos da América.

Prevalência entre os homens é maior que nas mulheres – 2:1 / 6:1. Cerca de 1% dos pacientes morre a cada hora após o diagnóstico. Ocorre mais frequentemente entre as 6ª e 7ª décadas de vida.

Etiologia:

- Arteriosclerose
- Síndrome de Marfan
- Gravidez
- Válvula Aórtica Bicúspede
- Coarctação Do Istmo Aórtico
- Aortites de Cels. Gigantes, Bacteriana, Sínd. Noohan, Sínd. Turner, Lupus
- Sífilis
- Trauma.
- Há associação com HAS em 2/3 dos casos

Tipo B 99%

tipo A ~ 50%

Patogenia e História Natural:

- . Alterações Degenerativas da Túnica Média
- . Necrose Mediocística
- . Hemorragia Intramural
- . Hematoma Intramural
- . Úlcera Aterosclerótica
- . HAS

“Cura Natural”: ~ 10% dos Doentes Não Tratados

Trombose da Falsa Luz (Perfeita)

Orifício de Reentrada (Imperfeita)

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

JCP, sexo masculino, 55 anos de idade, portador de hiperten-

são arterial, “virgem” de tratamento. Natural de Silva Jardim/RJ.

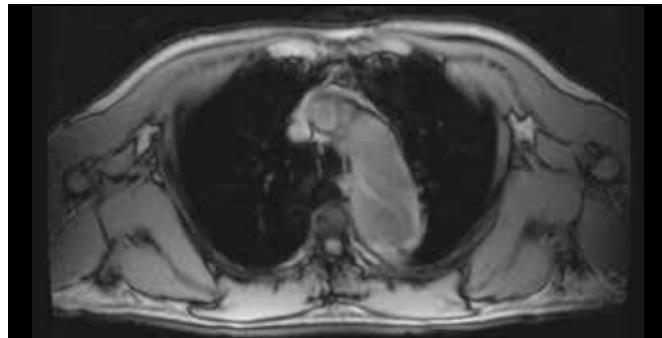
Apresentou episódio de dor torácica súbita em região dorsal, iniciando-se próximo a 1ª vértebra cervical, com irradiação para região subescapular esquerda, com as seguintes características: em aperto / forte intensidade / súbita.

Foi admitido em unidade de pronto atendimento regional (UPA) com hipertensão arterial (160 x 100 mmHg).

A dor não apresentava melhora com analgesia convencional e era refratária a nitratos. Melhora com morfina. Internado em hospital regional. Realizados eletrocardiograma e análise de enzimas cardíacas, que foram negativos para síndrome coronariana.

Angiorressonância com Diagnóstico de Dissecação Aórtica Tipo (IIIa – De Bakey) em fase aguda – jan. 2015

Transferido para nosso hospital no início de fevereiro de 2015.



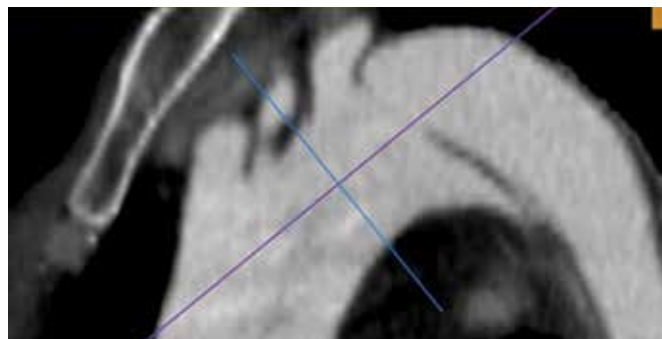
Avaliado pela equipe de Clínicos do nosso Serviço. Inicialmente foi tentado tratamento clínico, com controle da PA e FC.

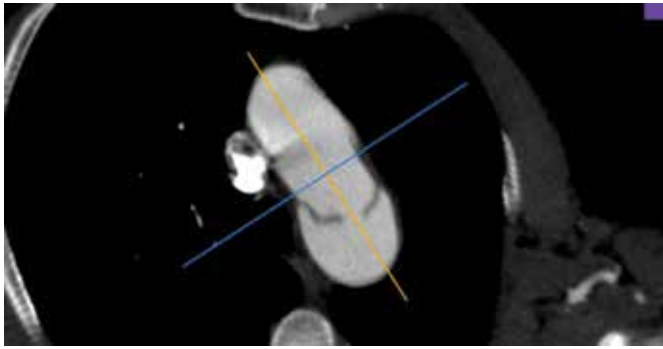
Mesmo após controle da pressão e frequência cardíaca, paciente manteve quadro de dor torácica.

Exame físico vascular sem alterações significativas, com pulsos periféricos amplos.

Realizado novo “screening” para doença coronariana – sem sinais de isquemia miocárdica (ECOT / RX / ECG / LABS – NEGATIVOS).

Solicitada angiotomografia, que demonstrou área de ectasia na aorta descendente proximal, logo após a origem da artéria subclávia esquerda.



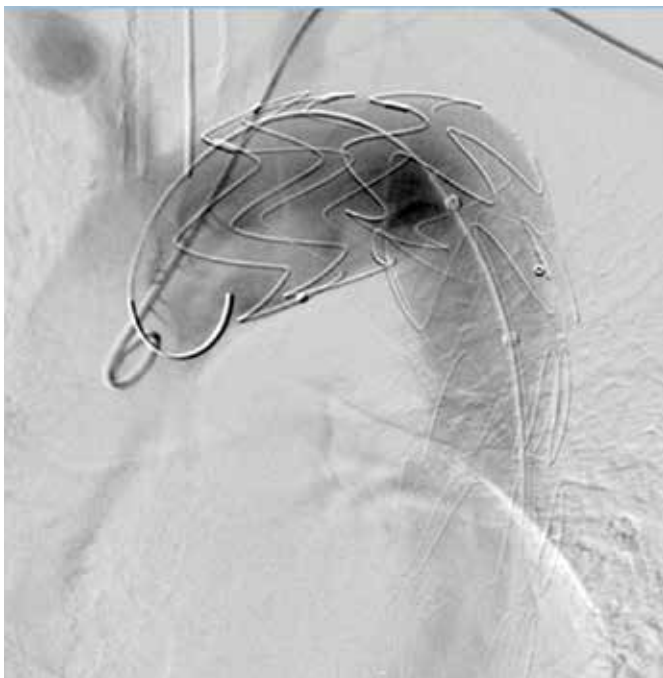


Decisão terapêutica

Discutido o caso em sessão clínica e optado pelo tratamento cirúrgico por via endovascular, com implante de endoprótese em aorta torácica.

"Passo a passo" do procedimento:

- Paciente sob anestesia geral.
- Acesso braquial esquerdo por punção retrógrada – introdutor "tipo radial" 5F e cateter pigtail 5F x 100 cm.
- Acesso por dissecação à femoral comum direita – punção retrógrada por visão direta e implante de introdutor 5F x 11 cm – PIG centimetrado.
- Aortografia diagnóstica.
- Implante da endoprótese "evita Thoracic 3G – JO-TEC®" 44 mm x 170 mm (introdutor 24F) via femoral direita, sob guia extrarrígida – Lunderquist®(COOK) 0.035" x 260 cm.
- Arteriografia de posicionamento...



- Paciente evoluiu com bradicardia importante após o implante do "free flow" da endoprótese ao nível da aorta transversa, revertida com atropina.

- Melhora clínica significativa da dor torácica no pós-operatório imediato.

Reação Febril ao Implante da Prótese

- Apresentou febre (38°C) no 1º dia de pós-operatório – mantendo febre vespertina diária nos 3 dias subsequentes – reação febril ao implante de endoprótese aórtica.

- Culturas do sangue e urina negativas.
- Sem leucocitose – aumento discreto PCR.
- No 6º dia de pós-operatório obteve alta hospitalar.
- Retorno ambulatorial após 1 mês em ótimo estado geral, assintomático e sem febre.

DISCUSSÃO

Tratamento clínico - dissecação tipo B

- Compensação clínica – B-bloqueador + controle PA
- Melhora clínica
- Ausência de sinais de alarme

Indicações cirúrgicas - dissecação tipo B

- Dor persistente
- Choque hemorrágico
- Derrame pleural / pericárdico / tamponamento
- Aneurisma
- Isquemia visceral
- Insuficiência renal
- Isquemia de membros inferiores

Tratamento cirúrgico convencional

- Toracotomia
- Shunt aorto-femoral/ CEC parcial ou total é risco de embolização – Síndrome Discrásica – hemólise
- Índices elevados de isquemia medular / insuficiência renal / isquemia mesentérica / IAM / AVC

"Clamp and go!"

- Quanto maior o tempo de pinçamento aórtico, maior o risco de isquemia medular e paraplegia:

< 30min: Seguro

30-60: Vulnerável

> 60 MIN: Certo

IRAD – 1996 e 1998

- 175 pacientes catalogados



**A determinação
da localização do
orifício de entrada
e do grau e extensão
do acometimento
da aorta é
fundamental na
evolução da doença
no seu tratamento.**



- Mortalidade intra-hospitalar cirúrgica: 31%
- Mortalidade com tratamento clínico: 11%

Estreta *et al* – 2001-2006 – *Ann Thoracic Surg* 2007 feb;
83:S842-S55

159 pacientes

- Morte cirúrgica: 8,8%
- Paraplegia: 8,2%
- AVE: 5%

Pacientes complicados (MORTE CIR.): 17% vs

Não complicados (MORTE CIR.): 1,2%

Complicados tratados clinicamente: 7,4%

Alta incidência de complicações renais e pulmonares no P.O.

Tratamento Cirúrgico Endovascular

- Baixos índices de isquemia medular
- Baixos índices de AVE
- Baixa resposta metabólica ao trauma
- Baixo risco de isquemia visceral
- Menos invasivo

Eggebrecht et al (Eur Heart Journal – 2006)

- Metanálise = 609 pacientes diss. AO. tipo B
- Sucesso técnico: 95%
- Sobrevida em 2 anos: 90%
- Complicações intra-hospitalares: 14-18%
- Rel. Dir. Proc.: 7%
- Neuro: 3,4%
- Risco de paraplegia: 1%
- Risco de AVC: 2,6%

Svensson et al – 2007 – Ann Thoracic Surg 2008 jan; 85:S1-S41

- 1898 casos / Centros de excelência
- Usando endopróteses
- Morte: 4,8%
- Paraplegia: 3,4%
- AVE: 2,7%

CONCLUSÕES

Tratamento cirúrgico convencional x endovascular:

- Queda importante dos índices de morbimortalidade em 30 dias após advento da técnica endovascular.
- Necessita de melhores estudos a longo prazo, principalmente em pacientes jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MURAD, H. & MURAD, F.F. "Dissecção aórtica". BRITO, C.J. et al. In: **Cirurgia Vascular**. 3 ed. Cap. 44. p. 961-1002.
2. NIENABER, C.A.; CLOUGH, R.E. LANCET. Management of acute aortic dissection. 2015 Feb 28;385(9970):800-11. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61005-9. **Epub** 2015 Feb 6. Review.
3. SUEYOSHI, E.; ONITSUKA, H.; NAGAYAMA, H.; SAKAMOTO, I.; UETANI, M. SPRINGERPLUS. Endovascular repair of aortic dissection and intramural hematoma: indications and serial changes. 2014 Nov 13;3:670. doi: 10.1186/2193-1801-3-670. **eCollection** 2014. Review.
4. SHAO, H.; YANG, Z.; ZHI, Sheng Wu I Xue Gong Cheng Xue Za Zhi. Research progress in multidetector-row computed tomographic presentations and their anatomic-pathologic features of aortic dissection after endovascular graft exclusion or combined surgical and endovascular treatment. 2014 Aug;31(4):945-9. **Review**.
5. DUARTE, J.J.; PONTES, J.C.; BENFATTI, R.A.; FERRACHINI, A.L.; KARAKHANIAN, W.K.; RAZUK FILHO, A. Indication of endovascular treatment of type B aortic dissection--literature review. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. 2014 Jul-Sep;29(3):396-401. Review.
6. HUGHES, G.C. Management of acute type B aortic dissection; ADSORB trial. **JThorac Cardiovasc Surg**. 2015 Feb;149(2 Suppl):S158-62. doi: 10.1016/j.jtcvs.2014.08.083. **Epub** 2014 Sep 19.
7. LEDERLE, F.A.; POWELL, J.T.; NIENABER, C.A. Does intensive medical treatment improve outcomes in aortic dissection?. **BMJ**. 2014 Sep 9;349:g5288. doi: 10.1136/bmj.g5288.
8. PATEL, A.Y.; EAGLE, K.A.; VAISHNAVA, P. Acute type B aortic dissection: insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. **Ann Cardiothorac Surg**. 2014 Jul;3(4):368-74. doi: 10.3978/j.issn.2225-319X.2014.07.06.
9. TIAN, D.H.; SILVA, R.P. de, WANG, T.; YAN, T.D. Open surgical repair for chronic type B aortic dissection: a systematic review. **Ann Cardiothorac Surg**. 2014 Jul;3(4):340-50. doi: 10.3978/j.issn.2225-319X.2014.07.10.
10. NIENABER, C.A.; DIVCHEV, D.; PALISCH, H.; CLOUGH, R.E.; RICHARTZ, B. Early and late management of type B aortic dissection. **Heart**. 2014 Oct;100(19):1491-7. doi: 10.1136/heartjnl-2013-305133. **Epub** 2014 Aug 4.
11. CANAUD, L.; FAURE, E.M.; OZDEMIR, B.A.; ALRIC, P.; THOMPSON, M. Systematic review of outcomes of combined proximal stent-grafting with distal bare stenting for management of aortic dissection. **Ann Cardiothorac Surg**. 2014 May;3(3):223-33. doi: 10.3978/j.issn.2225-319X.2014.05.12.
12. PATTERSON, B.; DE BRUIN, J.L.; BROWNRIGG, J.R.; HOLT, P.J.; LOFTUS, I.M.; THOMPSON, M.M.; HINCHLIFFE, R.J. Current endovascular management of acute type B aortic dissection - whom should we treat and when?. **J Cardiovasc Surg (Torino)**. 2014 Aug;55(4):491-6. **Epub** 2014 Jun 18.
13. MITSUOKA, M.; INOUE, N.; MORI, S.; MATSUMOTO, T.; MEGURO, T. Renal dysfunction on admission as a predictor for in-hospital mortality of patients with stanford type B acute aortic dissection. **Ann Vasc Dis**. 2013;6(3):624-30. doi: 10.3400/avd.oa.13-00034. **Epub** 2013 Jul 31.
14. MEROLA, J.; GARG, K.; ADELMAN, M.A.; MALDONADO, T.S.; CAYNE, N.S.; MUSSA, F.F. Endovascular versus medical therapy for uncomplicated type B aortic dissection: a qualitative review. **Vasc Endovascular Surg**. 2013 Oct;47(7):497-501. doi: 10.1177/1538574413495462. **Epub** 2013 Jul 12.
15. FATTORI, R.; CAO, P.; RANGO, P. de, CZERNY, M.; EVANGELISTA, A.; NIENABER, C.; ROUSSEAU, H.; SCHEPENS, M. Interdisciplinary expert consensus document on management of type B aortic dissection. **J Am Coll Cardiol**. 2013 Apr 23;61(16):1661-78. doi: 10.1016/j.jacc.2012.11.072.
16. KHOYNEZHAD, A.; DONAYRE, C.E.; WHITE, R.A. Endovascular management of acute complicated type B aortic dissection in North America. **Rev Cardiovasc Med**. 2012;13(4):e176-84.
17. THRUMURTHY, S.G.; KARTHIKESALINGAM, A.; PATTERSON, B.O.; HOLT, P.J.; THOMPSON, M.M. The diagnosis and management of aortic dissection. **BMJ**. 2011 Jan 11;344:d8290. doi: 10.1136/bmj.d8290.
18. CRIADO, F.J. Aortic dissection: a 250-year perspective. **Tex Heart Inst J**. 2011;38(6):694-700.
19. MEISNER, R.J.; LABROPOULOS, N.; BILFINGER, T. The current state of type B aortic dissection. **Acta Chir Belg**. 2011 Mar-Apr;111(2):57-62.
20. APOSTOLAKIS, E.; BAIKOSSIS, N.G.; GEORGIOPOULOS, M. Acute type-B aortic dissection: the treatment strategy. **Hellenic J Cardiol**. 2010 Jul-Aug;51(4):338-47.
21. ANACLETO, A.M. et al. "Dissecção aórtica". In: MAFFEI, F.H.A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. 4 ed. Cap. 92. p. 1348-86



MEDShop

Saúde e conforto para você!

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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



Cinta cirúrgica
MaCom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/
vaso sanitário

Produtos vendidos
separadamente.



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

Fotos meramente ilustrativas

www.medshop.com.br

LOJAS

Botafogo

Rua Voluntários da Pátria, 126

Tels.: (21) 2527-3955 / 2527-4109

Centro

Rua do Ouvidor, 130 - 1º sobreloja 213 e 214

Tels.: (21) 2508-8993 / 2507-0282

Humaita

Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

Barra (Nova Loja)

Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S

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

Tratamento clínico da arterite de Takayasu

Autores: **Drs. Carmen Lucia Lascasas Porto¹, Juliana de Miranda Vieira², Marcos Arêas Marques², Marília Duarte Brandão Panico², Ana Letícia Milhomens², Márcia Maria Ribeiro Alves², LÍlian Câmara².**

1 - Chefe do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Faculdade de Ciências Médicas da Uerj.

2 - Médicos do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Faculdade de Ciências Médicas da Uerj.

Trabalho realizado no Serviço de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Uerj.

A arterite de Takayasu (ATK), descrita por Mikito Takayasu em 1908, é uma vasculite granulomatosa crônica de origem idiopática, que atinge artérias de grande e médio calibres, que afeta primariamente a aorta e seus principais ramos, levando à estenose, oclusão e eventual formação de aneurisma¹.

Devido ao frequente acometimento das artérias subclávias na ATK, pode ocorrer redução ou perda da pulsação em uma ou ambas as artérias radiais e é, por isso, também conhecida como “doença sem pulso” (*pulseless disease*).

EPIDEMIOLOGIA

A sua distribuição é universal, porém a sua prevalência é mais acentuada em países asiáticos, principalmente no sudeste da Ásia, e na América Central¹.

A ATK é mais frequente em jovens do sexo feminino, correspondendo a 80-90% dos casos no Japão e no México, porém este padrão não é tão relevante no sudeste da Ásia^{1,9}.

Geralmente, o início dos sintomas começa antes dos 40 anos de idade, em mulheres ainda em idade reprodutiva².

HISTOPATOLOGIA

O exame macroscópico das artérias acometidas revela comprometimento parietal e de estruturas vizinhas, caracterizada por rigidez da parede aórtica e de seus ramos, geralmente acompanhada por reação periarterial. Microscopicamente, trata-se de uma panarterite das grandes artérias elásticas, com infiltração de células gigantes e histiócitos em todas as camadas da parede do vaso.

Na fase inicial prevalece um infiltrado inflamatório, já na fase tardia prevalece a hiperplasia intimal, degeneração da média e fibrose da adventícia, que são proporcionais ao tempo e à gravidade das lesões da fase aguda. Pode também ocorrer ruptura de colágeno e elastina, levando à formação de aneurismas^{1, 2}.

QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas são muito variáveis, podendo ser divididas em duas fases:

1) Fase inicial, sistêmica ou pré-oclusiva: é insidiosa, podendo preceder o envolvimento vascular por muitos anos. Prevalencem manifestações inflamatórias sistêmicas inespecíficas, como febre, mal-estar, sudorese, perda de peso, artralgia e fadiga. Nesta fase, a elevação nos marcadores séricos de atividade inflamatória pode ser encontrada¹.

2) Fase tardia ou oclusiva: as lesões vasculares já estão estabelecidas com fibrose, estenose ou oclusão, o que pode levar a manifestações isquêmicas cerebrais, viscerais, cardíacas ou nos membros¹.

As manifestações clínicas mais comuns nesta fase são: sopros no trajeto da artéria carótida (80%), claudicação de membros superiores (62%) e inferiores (32%), diminuição ou ausência de pulsos nos membros superiores (53%) e inferiores (15%), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (33%) e retinopatia (37% dos casos). O exame clínico da arterite de Takayasu tem alta especificidade, porém baixa sensibilidade⁵, pois mesmo o exame clínico completo não identifica cerca de 30% das lesões vistas na arteriografia⁵.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Não existe marcador laboratorial específico para o diagnóstico ou acompanhamento da ATK. Alterações compatíveis com processo inflamatório sistêmico podem ocorrer: aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS) e dos níveis séricos da proteína C reativa, anemia normocrômica e normocítica, alfa 1 glicoproteína ácida aumentada e ferritina diminuída¹.

Cerca de 20-25% dos pacientes têm marcadores normais mesmo com a doença ativa, quando comparados com a angio RNM. Portanto, marcadores normais não excluem falta de atividade da doença⁷ e, caso eles aumentem, deve-se pensar também em outras causas inflamatórias ou infecciosas para não alterar a dose dos imunossupressores desnecessariamente.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Embora a angiografia por subtração digital seja considerada padrão-ouro para o diagnóstico, os métodos de imagem não invasivos (ecoDoppler Colorido, Angio RNM, Angio TC e Pet Scan) estão ganhando cada vez mais espaço¹⁰. Como a arteriografia só demonstra lesões quando o lúmen do vaso está afetado (não dando informações adicionais sobre a parede arterial), lesões iniciais e não oclusivas podem passar despercebidas¹⁰. Além disso, é um método invasivo e expõe o paciente à radiação¹⁰.

O ecoDoppler, a Angio-RNM e a angio-TC podem demonstrar sinais precoces de inflamação (inflamação mural e espessamento da parede arterial), bem como complicações tardias (estenoses e aneurismas)¹⁰.

O ecoDoppler colorido é geralmente a primeira modalidade de investigação radiológica realizada nos pacientes com sinais e sintomas de ATK¹², pois possui baixo custo, não expõe o paciente à radiação e proporciona imagens de boa qualidade, porém não fornece informações sobre a aorta torácica e artérias pulmonares¹. O espessamento parietal é o sinal mais precoce encontrado¹². É homogêneo, difuso, com ecogenicidade moderada envolvendo toda a circunferência do vaso (FIGURAS 1 e 2). Este achado é muito comum na carótida e é descrito como "sinal de macaroni"¹². Esse espessamento é diferente do encontrado na aterosclerose (que apresenta ecogenicidade mais heterogênea)¹². O aumento da espessura parietal é associado com achados secundários, como diminuição da pulsatilidade do vaso e perda do padrão de fluxo trifásico¹² (FIGURA 3).

A regressão do espessamento da parede da carótida após terapia com corticoide mostra a utilidade do seu modo-B para a avaliação do efeito terapêutico, além de auxiliar no diagnóstico precoce¹⁰. Porém, este exame é avaliador dependente.



Figura 1: Espessamento concêntrico da carótida comum.



Figura 2: Espessamento difuso de toda a extensão da carótida comum ("String Sign").

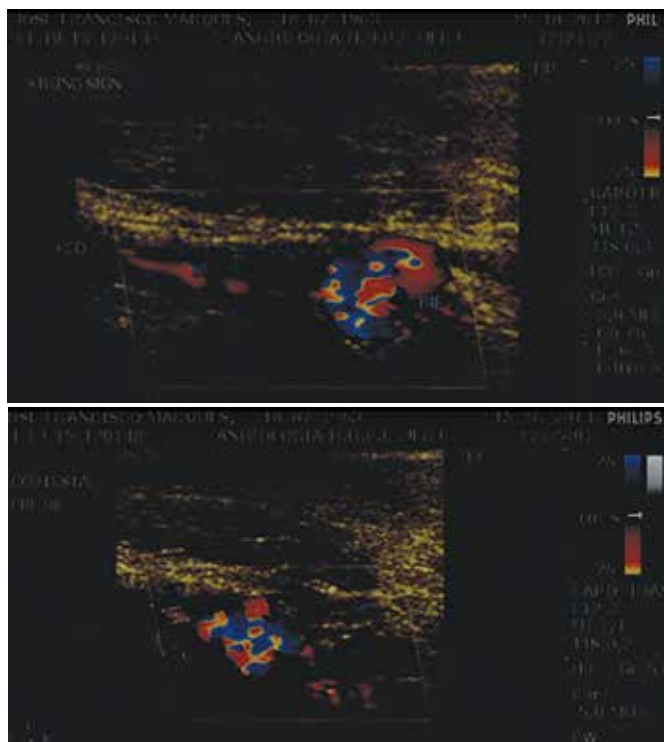


Figura 3: Fluxo ao Color Doppler, mostrando o lúmen residual da carótida comum.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Tratamento anti-inflamatório:

Em fases iniciais, a terapia anti-inflamatória pode levar à restauração e melhora da circulação arterial. Porém, em fases tardias, apenas retardam a progressão ou a piora da lesão arterial¹.

1) Corticoides (CTC): terapia inicial de escolha, prednisona (1 mg/kg/dia)¹.

Deve-se manter a dose de 1 mg/kg/dia por pelo menos 30 dias e, então, iniciar a redução graduada de 5 mg por semana até alcançar a dose de 20 mg por dia. Após, reduzir 2,5 mg por semana até atingir a dose de 10 mg por dia e, posteriormente, reduzir 1 mg/mês⁵ até a retirada da medicação.

A resposta com essa posologia de CTC é geralmente rápida e eficiente nas manifestações sistêmicas (80% – 90% de taxa inicial de remissão), mas relapsos podem ocorrer durante a redução gradual da dose (>80% reativação com redução da droga) e uso por longos períodos podem causar efeitos adversos⁶. A taxa de remissão sustentada só com o CTC é baixa (< 10%)⁶.

Entre 69% e 75% dos pacientes terão benefício com a associação com outros imunossuppressores, permitindo reduzir a dose do CTC e os seus efeitos adversos, além de aumentar a taxa de remissão sustentada⁶.

Dieta hipossódica, controle da pressão arterial, atividade física regular, cessação do tabagismo e suplementação de cálcio e vitamina D são essenciais para reduzir os efeitos colaterais dos CTC⁷.

2) Agentes Imunossuppressores (IS)

Não existem ainda estudos randomizados comparando a eficácia dos diferentes agentes IS em ATK, assim, não existem evidências que mostrem qual medicamento é superior no tratamento dessa vasculite^{6,7}.

O metotrexato (MTX) é um IS relativamente barato e de fácil acesso, tornando-se a primeira escolha de muitos médicos⁷. A dose inicial utilizada é de 15 mg por semana (máxima 25 mg/semana) via oral. Deve-se associar ácido fólico, pois o MTX interfere com o seu metabolismo. Cuidado com o uso em mulheres em idade fértil, pois é uma medicação teratogênica. O efeito poupador de CTC pelo MTX em dose baixa pode ser enfatizado também na criança¹.

A azatioprina também é um IS muito utilizado na dose de 1 a 2 mg/kg/dia⁷.

A ciclofosfamida (2 mg/kg/dia) é um IS citotóxico potente, geralmente usada em casos severos, como na vasculite de retina ou de artéria pulmonar, regurgitação aórtica severa ou miocardite⁷. Devido à sua toxicidade, alguns cuidados devem ser observados, como não utilizar em pacientes com leucócitos < 3.000/mm³. Seus principais efeitos colaterais são: cistite hemorrágica, leucopenia, infecções, infertilidade e mielodisplasia¹.

O micofenolato mofetil (MMF) é um agente promissor no tratamento da ATK⁷, usado como alternativa em casos que não melhoram ou estabilizam com a terapia convencional¹. Em um estudo com MMF em dez pacientes resistentes ao tratamento convencional, o MMF foi administrado por um período médio de 23 meses, resultando em redução significativa nos marcadores de fase aguda⁸.

3) Agentes Imunobiológicos (Agentes anti-TNF)

Os níveis de TNF-alfa estão aumentados nos pacientes com ATK, principalmente durante a fase ativa da doença, podendo ser usado em pacientes refratários ao tratamento convencional⁷, sendo o infliximab um dos mais utilizados⁷.

PROGNÓSTICO

A ATK é uma doença crônica, progressiva e com alta morbidade. Sua evolução é variável e ocorre em ciclos^{1,2}.

Seu prognóstico guarda relação estreita com a gravidade da doença, a ocorrência de hipertensão arterial e a precocidade do seu tratamento medicamentoso e cirúrgico. Os óbitos geralmente estão relacionados com insuficiência cardíaca congestiva, acidentes vasculares cerebrais, infarto do miocárdio e insuficiência renal².

A mortalidade, no entanto, não é alta, com sobrevivência de 5 a 10 anos entre 80% a 90%², sendo essa baixa mortalidade atribuída à utilização de altas doses de esteroides, à realização de restaurações arteriais e ao controle efetivo da hipertensão^{2, 11}.

A ATK é uma doença de difícil diagnóstico e tratamento, pois os sintomas iniciais são heterogêneos e inespecíficos, o que retarda o seu diagnóstico⁷.

Não existe um critério de diagnóstico específico para atividade inflamatória e 80% dos casos não mantêm uma melhora sustentada dos sintomas, apesar do tratamento com CTC em doses corretas. Além disso, há relapsos frequentes e necessidade frequente de associação com IS⁷.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSSERMELLI, W. "Arterite de Takayasu". In: COSSERMELLI, Wilson. **Vasculites**. 2002;21:269-294.
2. KAUFFMAN, P. & SISTRÂNGULO, C.J. "Arterites de células gigantes". In: MAFFEI, Francisco Humberto de Abreu. **Doenças vasculares periféricas** – 4 ed. 100:1478-1485
3. NITYANAND, S.; MISHRA, K.; SHIVASTAVA, S.; HOLM, G.; LEFVERT, A.K. Autoantibodies against cardiolipin and endothelial cells in Takayasu's arteritis: Prevalence and isotype distribution. **British J Rheumatol** 1997; 36: 923-4.
4. DONG, R.P.; KIMURA, A.; NUMANO, F.; NISHIMURA, Y.; SASAZUKI, T. HLA-DP antigen and Takayasu arteritis. **Tissue Antigens** 1992; 39: 106-10.
5. CHATTERJEE, S.¹; FLAMM, S.D.; TAN, C.D.; RODRIGUEZ, E.R. Clinical diagnosis and management of large vessel vasculitis: Takayasu arteritis. **Curr Cardiol Rep**. 2014 Jul; 16:499.
6. HOFFMAN, G.S.¹; LEAVITT, R.Y.; KERR, G.S.; ROTTEM, M.; SNELLER, M.C. *et al.* Treatment of glucocorticoid-resistant or relapsing Takayasu arteritis with methotrexate. **Arthritis Rheum**. 1994; 37:578-82.
7. KESER, G.¹; DİRESKENELİ, H.; AKSU, K. Management of Takayasu arteritis: a systematic review. **Rheumatology**. 2014;53:793-801.
8. SHINJO, S.K.¹; PEREIRA, R.M.; TIZZIANI, V.A.; RADU, A.S.; LEVY-NETO *et al.* Mycophenolate mofetil reduces disease activity and steroid dosage in Takayasu arteritis. **Clin Rheumatol**. 2007; 26: 1871-5.
9. KONG, X.¹; MA, L.¹; WU, L.²; CHEN, H.¹; MA, L.¹ *et al.* Evaluation of clinical measurements and development of new diagnostic criteria for Takayasu arteritis in a Chinese population. **Clin Exp Rheumatol**. 2015;33:S-48-55.
10. POLACHEK, A.¹; PAUZNER, R.; LEVARTOVSKY, D.; ROSEN, G.; NESHER, G. *et al.* The fine line between Takayasu arteritis and giant cell arteritis. **Clin Rheumatol**. 2015;34:721-7.
11. HALL, S.; BARR, W.; LIE, J.T.; STANSON, A.W.; KAZMIER, F.J. *et al.* Takayasu arteritis. A study of 32 North American patients. **Medicine**. 1985; 64: 89-99.
12. CHAUBAL, N.; DIGHE, M.; SHAH M. Sonographic and color doppler findings in aortoarteritis (Takayasu arteritis). **J Ultrasound Med**. 2004; 23: 937-44. Review.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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



condus

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

SIGVARIS

8º Curso de atualização em elastocompressão

Vagas
limitadas

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



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

▪ **Coordenação:**
Dr. José Luiz Cataldo

▪ **Carga horária:**
8 horas/aula

▪ **Data:**
7 de Outubro de 2015

▪ **Local:**
Pier Mauá - RJ
41º Congresso Brasileiro de Angiologia
e de Cirurgia Vascular

▪ **Inscrições:**
www.riovascular2015.com.br

Apoio:



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

www.sigvaris.com.br
SAC 0800 707 7311

SIGVARIS

Trauma de aorta torácica: experiência do Hospital Municipal Souza Aguiar

Autores: **Drs. Paulo de Tarso Martins Araujo¹, Nívea Czernocha Lins², Rita Proviatt³, Antônio Carlos Oliveira⁴, Rosana Palma Costa⁵, Renata Villas Boas⁶, José Augusto Freitas².**

1 - Residente (R3) de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA).

2 - Residentes (R2) de Cirurgia Vascular HMSA.

3 - Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HMSA.

4 - Subchefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HMSA.

5 - Preceptora de Residência Médica do Serviço de Cirurgia Vascular do HMSA.

6 - Staff do Serviço de Cirurgia Vascular do HMSA.

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

INTRODUÇÃO

A incidência de aneurisma de aorta torácica traumática varia nos centros de trauma, mas é reconhecida pela *American Trauma Data Base* como 0,3%, sendo estatisticamente a segunda causa de morte no trauma, atrás somente das hemorragias cranianas. Nos Estados Unidos, constata-se 7500 a 8000 casos/ano e mais de 85% dos pacientes com lesão contusa da aorta torácica morrem no local do atendimento, menos de 25% chegam ao hospital e destes 50% morrem nas primeiras 24 horas. A lesão decorre de súbita desaceleração, frontal ou lateral, sendo que qualquer lugar da aorta pode ser acometido, mas a lesão mais

comum ocorre na parte proximal da aorta descendente (istmo) justa subclávia distal (em autópsias notam-se 80% das lesões localizadas no istmo, 3% a 10% na aorta ascendente, arco e aorta descendente distal).

Os traumas aórticos contusos possuem classificação de acordo com a extensão do dano sobre as diferentes camadas da parede aórtica, sendo: Grau 1 (laceração intimal); Grau 2 (Hematoma intramural); Grau 3 (pseudoaneurisma) e Grau 4 (Ruptura).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Normalmente, ocorre em pacientes jovens, que são divididos em 2 grupos inicialmente: instáveis (com mortalidade superior a 90%) e estáveis (com mortalidade menor que 25%); nestes últimos, normalmente existe tempo para elaboração de estratégias terapêuticas. De acordo com o AAST, 50% dos pacientes possuem lesões cerebrais associadas, além de fraturas de costelas, contusões pulmonares e esplênicas. A associação destas lesões torna o paciente de alto risco e maior mortalidade.

DIAGNÓSTICO

No primeiro atendimento deve ser realizado o raio X de tórax para diagnóstico diferencial e exclusão de outras patologias, mas o exame de maior importância é a tomografia computadorizada, que possui especificidade de 40% a 100% com sensibilidade de 86% a 100%, além de identificar com precisão lacerações de íntima, hematomas de parede aórtica, hemotórax, pseudoaneurisma de aorta e hematoma mediastinal, ademais de avaliação concomitante de outros órgãos.

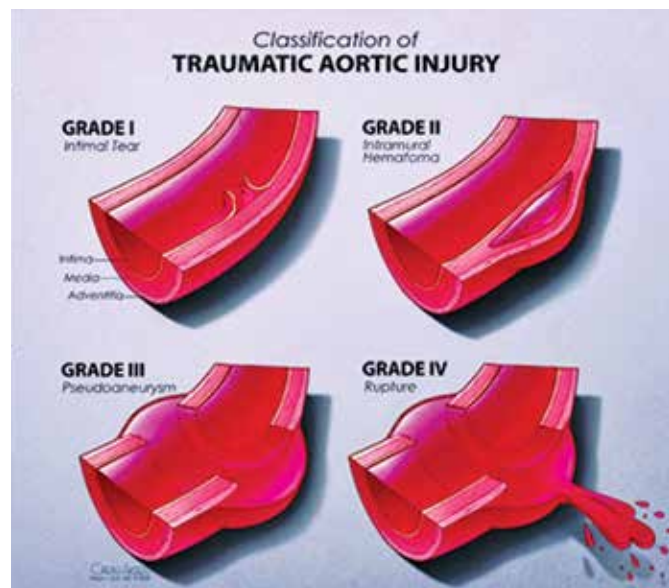


Figura 1 - Classificação de injúria aórtica contusa.



A base para o tratamento consiste em diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica imediata quando necessário ou preferencialmente dentro de 24 horas.

Outras técnicas diagnósticas utilizadas podem ser a angiografia, a qual já foi considerada padrão-ouro, porém hoje utilizada mais no intraoperatório, o ultrassom intravascular (IVUS), a angiorressonância magnética (útil na avaliação do componente hemorrágico e determinação da extensão do hematoma) e, por último, o ecocardiograma transesofágico, um exame de alta especificidade e sensibilidade que pode ser realizado à beira do leito.

TRATAMENTO

A base para o tratamento consiste em diagnóstico rápido e intervenção cirúrgica imediata quando necessário ou preferencialmente dentro de 24 horas. Os primeiros cuidados visam à prevenção da ruptura com controle pressórico agressivo (PAM < 80 mmHg), além de tratamento de outras lesões adjacentes. Pacientes com risco cardiológico alto, TCE grave associado, injúria pulmonar, coagulopatia e lesões graves (abdominais, pélvicas) podem se beneficiar de tratamento medicamentoso, além de um preparo pré-procedimento e um reparo cirúrgico ainda dentro das 24 horas.

A estratégia terapêutica é guiada pela classificação da lesão em questão. Pacientes grau I podem usufruir de tratamento medicamentoso, além de repetição de angio TC, em até 6 semanas. Pacientes estáveis (graus II / III / IV) são candidatos a reparo endovascular de urgência se anatomicamente compatíveis, caso contrário opta-se pelo reparo convencional.

No caso de reparo aberto, podemos lançar mão de duas técnicas: “*clamp and go*”, que possui mortalidade de 16% a 31% com índices de paraplegia de 5% a 19%; e o uso de mecanismo de perfusão distal, podendo ser *bypass* de átrio esquerdo para aorta descendente ou CEC; nesta técnica, índices de paraplegia são de 3% com mortalidade de 12%.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Este trabalho visa à descrição de três casos de politrauma atendidos no Hospital Municipal Souza Aguiar entre os períodos de 2010 a 2014. Os três pacientes foram diagnosticados com trauma aórtico contuso, sendo que dois foram classificados como instáveis e um, como estável. O tratamento em todos foi por via endovascular.

Caso 1

Em 27/04/2010, chegou ao HMSA, após atropelamento em via expressa, paciente de 26 anos, masculino, em uso de ventilação mecânica, apresentava fraturas em membro superior esquerdo e fraturas expostas em coxa e perna esquerda. A tomografia de tórax mostrou alargamento de mediastino, contusão pulmonar à direita e



hemotórax à esquerda, notada lesão em aorta torácica descendente após 4 cm da emergência da artéria subclávia esquerda (sem sinais de extravasamento de contraste no momento). Encaminhado ao centro cirúrgico, foi realizada aortografia, que não demonstrou extravasamento de contraste ou lesões aórticas agudas, transferido então à unidade intensiva, evolui com queda importante de hematócrito e instabilidade hemodinâmica, submetido a novo procedimento no qual foi constatada lesão aórtica contusa com extravasamento; foi então submetido à implantação de prótese de aorta abdominal revestida com sucesso em aortografia de controle posterior.

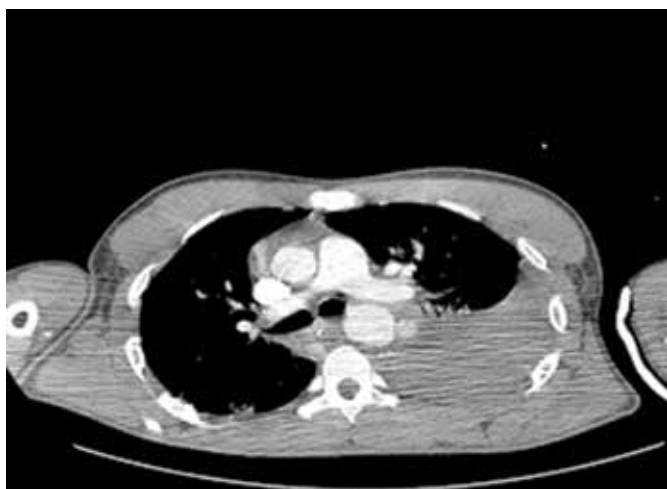


Figura 2 - Tomografia de tórax que mostra alargamento de mediastino, hemotórax à esquerda, notada lesão em aorta torácica descendente após 4 cm da emergência da artéria subclávia esquerda (sem sinais de extravasamento de contraste).



Figura 3 - Controle pós-implante de prótese.

Caso 2

Ocorreu em 18/04/2013 com um paciente de 56 anos que deu entrada na emergência do HMSA após colisão de veículo motorizado com caminhão, apresentava fraturas de múltiplos arcos costais e fêmures, além de abdome com sinais de irritação peritoneal. Exames de imagem mostram: laceração de aorta torácica no istmo, com hematoma periaórtico, sem extravasamento de contraste. Em abdome, notada laceração hepática em lobo esquerdo com hemoperitônio maciço. Realizado *damage control* pela Cirurgia Geral, além de fixação de fraturas pela Ortopedia. Encaminhado ao centro cirúrgico para implantação de endoprótese revestida, com bom controle pós-implantação.



Figura 4 - Controle pós-implantação.

Caso 3

Último caso relatado ocorreu em 09/12/14 com um paciente de 41 anos trazido após atropelamento por ônibus, encontrava-se estável, lúcido. Tomografia computadorizada de abdome demonstrava lesão renal grau IV. Foi, então, internado para tratamento pela urologia com diagnóstico de hematoma perirrenal. Em tomografia de tórax durante internação, foi notada pseudoaneurisma de aorta descendente logo após emergência da artéria subclávia esquerda.

Indicada a correção cirúrgica por via endovascular, realizada introdução de prótese de aorta abdominal revestida com ancoragem em zona 3 com controle angiográfico satisfatório, levado ao CTI após, com evolução para estabilidade e alta posterior.

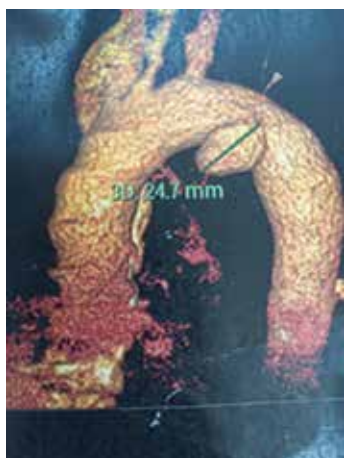


Figura 5 - Tomografia demonstrando o pseudoaneurisma local pós-traumático.



Figura 6 - Controle pós-angiográfico.

RESULTADOS

Dentre os pacientes apresentados, todos foram submetidos a reparo por via endovascular através de prótese revestida. Dois evoluíram ao óbito e um obteve alta dentro de uma semana pós-procedimento. Dentre os pacientes que faleceram, notam-se lesões concomitantes importantes com alta morbidade e mortalidade agregada.

CONCLUSÃO

Pacientes com trauma de aorta contuso normalmente são vítimas de acidentes com alto impacto e cinética, pro-

vocando não só lesão vascular como outras lesões concomitantes, na maioria das vezes de ordem cerebral ou abdominal, tais lesões contribuem para incremento da mortalidade geral dos pacientes.

Nota-se que o reparo endovascular em casos de aneurisma de aorta torácico contuso tem grande vantagem em relação ao reparo convencional, com importante queda de mortalidade, além dos índices de paraplegia reduzidos. O método endovascular reduz agressão cirúrgica facilitando estabilização em paciente com outras lesões concomitantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J VASC SURG. 2009 Jun;49(6):1403-8. doi: 10.1016/j.jvs.2009.02.234.
2. BRITO, C.J. **Cirurgia vascular**. 3 ed. 2015.
3. KATRAS, T.; BALTAZAR, U.; RUSH, D.S. *et al.* Subclavian arterial injury associated with blunt trauma. **Vasc Surg** 2001;35:43-50.
4. KIDD, J.N.; DRUMMOND-WEBB, J.J.; VANDEVANTER, S.H. *et al.* Proximal left subclavian artery disruption caused by blunt trauma in an adolescent: case report and review of literature. **J Trauma** 2005; 58:845-847.
5. DEMETRIADES, D.; CHAHWAN, S.; GOMEZ, H. *et al.* Penetrating injuries of the subclavian vessels. **Br J Surg**. 1994;81:524-526w.
6. HOFF, S.J.; REILLY, M.K.; MERRIL, W.H.; STEWART, J.; FRIST, W.H.; MORRIS, J.A. Analysis of blunt and penetrating injury of the innominate and subclavian arteries. **Am Surg** 1994;60:51-54.
7. LOBATO, A.C. **Cirurgia endovascular**. 3 ed. 2015.
8. DEMETRIADES, D. Penetrating injuries to the thoracic great vessels. **J Card Surg**. 1997;12(Suppl): 173-179.
9. DUTOIT, D.F.; STRAUSS, D.C.; BLASZCZYK, M.; DEVILLIERS, R.; WARREN, B.L. Endovascular treatment of penetrating of thoracic outlet arterial injuries. **Eur J Vasc Endovascular Surg** 2000;19:489-495.

VascuTrak®

Cateter de Dilatação ATP

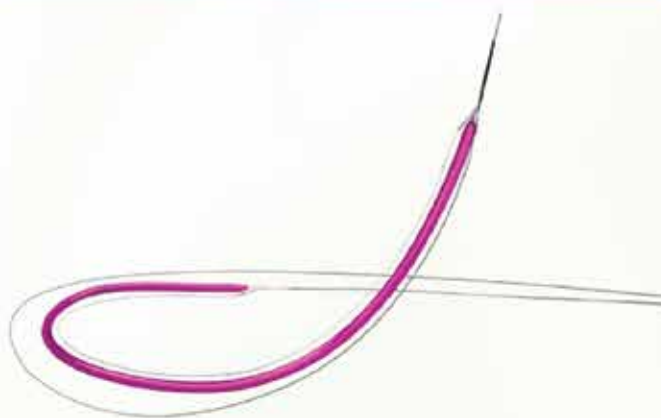
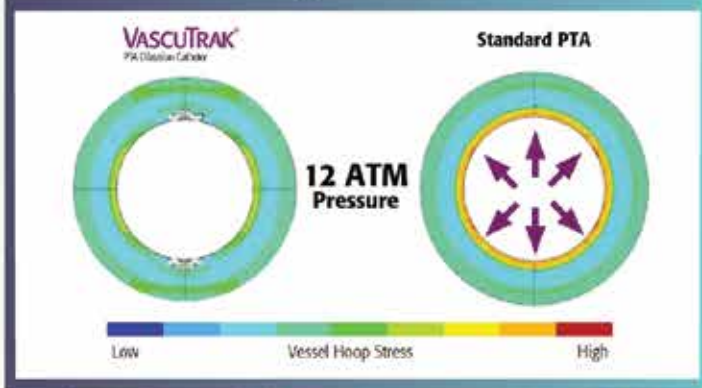
Como e por que funciona:

- Áreas onde stents não são indicados;
- Pós-Cruzamento de oclusões totais crônicas (OTC);
- Lesões resistentes e calcificadas Pós-aterectomia;
- Alivia a força do arco no círculo de placa calcificada e permite o vaso abrir com uma menor pressão aplicada pelo balão.



Balão de primeira linha para terapia em anatomia tortuosa e lesões calcificadas.

Atenuação de Risco



**ARTERIAL
LIFE**

Serviços e Comércio Ltda.

BAIRD

Tel.: +55 21 2499-3253 / www.arteriallife.com.br

SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA

PARA **ANGIOLOGIA** E
CIRURGIA VASCULAR

1064 LONGPULSE®

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



etherea
light source solutions

longpulse

lesões vasculares dos membros inferiores



antes

depois

lesões vasculares dos membros inferiores



antes

depois



INDUSTRA
TECHNOLOGIES



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

Uma década de diálogo com a população

Por Luciana Julião

O ano era 2003. Sob o comando do então Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Ney Abrantes Lucas, a Regional realizou o 1º Censo Angiológico do Rio de Janeiro. E o retrato traçado nesse mapeamento dos Especialistas espalhados pelo estado não era nada promissor.

“A Organização Mundial de Saúde preconiza a necessidade de um Especialista Médico para cada 17 mil habitantes, e aceita até um Especialista para 35 mil habitantes em países do Terceiro Mundo. No município do Rio de Janeiro, temos um Angiologista para cada 1.127.397 e um Cirurgião Vascular para cada 67.915 habitantes. Que classificação de mundo é a nossa? Que categoria de população somos aos olhos de nossos governantes? Como reverter essa situação? A discussão está aberta”, escreveu à época o Dr. Paulo Marcio Canongia, então Presidente da SBACV-RJ.

A discussão proposta pela Sociedade foi frutífera. Gerou ações importantes, e até uma nova legislação estadual, que instituiu a Semana Estadual de Saúde Vascular. O autor da lei foi o Deputado Pedro Augusto. Sensibilizado pelos resultados do levantamento feito pela Regional, o parlamentar propôs o projeto que se tornaria a Lei 4.491, aprovada na Assembleia Legislativa em 3 de janeiro de 2005.

“Nossa intenção foi a de chamar a atenção para o problema, criando mecanismos de combate a esta distorção, incentivando a criação de programas de conscientização aliados a campanhas preventivas que revertam este quadro e colaborem para a melhoria da qualidade de vida da população do nosso estado”, afirmou o Deputado para a Revista da SBACV-RJ quando da realização da I Semana.

I Semana Nacional de Saúde Vascular em 2005. Atendimento à população.



Dr. Ney Abrantes Lucas
Diretoria Institucional da Regional
do RJ - Assessoria para Assuntos
Interinstitucionais

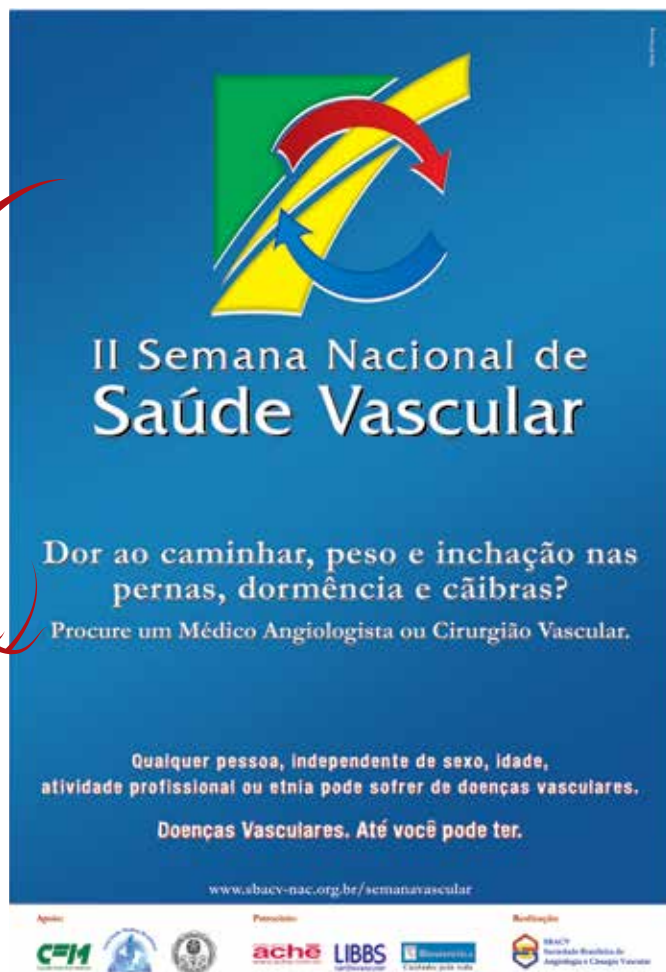
E hoje, se houvesse outro censo, o que ele revelaria?

“Infelizmente muito pouco mudou! A Semana a que a lei se reporta é a Semana de Angiologia no Estado do Rio de Janeiro e, segundo o Superintendente de Atenção Básica da SES-RJ, na época a Semana foi criada, mas o autor da lei não definiu de onde viriam os recursos financeiros para sua realização e, desta forma, o estado não a realiza, ficando a Regional do Rio com essa responsabilidade. O trabalho realizado fez o levantamento nos 92 municípios do estado e constatamos que exportávamos pacientes para Minas Gerais! Os grandes polos centralizadores ainda são os municípios do Rio e de Niterói.”

A Semana aconteceu já em 2005, entre 9 e 15 de outubro. O trabalho inovador da Diretoria da Sociedade, capitaneado pelo então Presidente, Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles, permitiu que, nesse período, a população tivesse acesso a palestras, exames-diagnósticos oferecidos em tendas montadas em pontos estratégicos e material informativo.

“Um dos desenvolvimentos mais significativos na área da Saúde foi a conscientização dos Médicos e da população de que ‘é mais importante prevenir do que remediar’. O que temos podido perceber, nas várias ações até aqui promovidas pela Regional, é a existência de um alto grau de desconhecimento sobre

Imagens: Divulgação



Cartaz da II Semana Nacional de Saúde Vascular em 2006.

Outdoor da V Semana Nacional de Saúde Vascular em 2009.

as doenças vasculares e um nível preocupantemente baixo de adesão às medidas de profilaxia e de tratamento. É, portanto, fundamental insistir na divulgação dos dados conhecidos e dos programas já existentes nessa área”, afirmou Dr. Sergio Meirelles em entrevista realizada durante essa I Semana.

Com o tempo, essa “insistência na divulgação de conhecimento” virou tradição. E, ano a ano, a Regional vem se aperfeiçoando, promovendo eventos mais e mais abrangentes e informativos, e sempre contribuindo com melhorias na qualidade de vida da população fluminense.

Já em sua segunda edição, a Semana Estadual de Saúde Vascular foi capaz de alcançar um público de mais de 6 mil pessoas, graças a uma ampla cobertura dos eventos pelos meios de comunicação. Nesse ano, o tema da Semana foi “Varizes”, o problema vascular mais comum na população em geral.

Em 2007, a III Semana de Saúde Vascular tratou do “Pé diabético”. Além das orientações médicas fornecidas pelos Especialistas e Residentes da área, essa edição do evento teve também palestras sobre nutrição, com direito a receitas apropriadas para os diabéticos.

No ano seguinte, a IV Semana Estadual de Saúde Vascular desenvolveu suas ações sob o tema: “Tudo o que você precisa saber sobre sua Saúde Vascular”. Aproximadamente, 10 mil cartilhas foram distribuídas em 26 hospitais do estado e um vídeo foi produzido para exibição no site da Regional e nas salas de espera dos Sócios.

A V Semana Estadual de Saúde Vascular, realizada entre 13 e 16 de outubro de 2009, discutiu os efeitos das varizes durante a gravidez e os cuidados a serem tomados pelas gestantes. Cartilhas e cartazes foram distribuídos em hospitais públicos e ambulatorios de Ginecologia e Obstetrícia pelo estado, e outdoors foram colocados em vias de grande movimento nos principais municípios fluminenses.

Enquanto aguarda a chegada de seu bebê, cuide-se.

Previna-se contra as varizes.

Consulte um angiologista ou cirurgião vascular.



V Semana Estadual de
Saúde Vascular
De 13 a 16 de outubro

Realização:
SBACV RJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Regional do Rio de Janeiro
www.sbacvrj.com.br

Apoio:
KENDALL
Kendall é uma marca registrada da Servier.
SERVIER
VASCULARENE



Banner da VI Semana Nacional de Saúde Vascular em 2010.

No ano seguinte, foi a vez dos homens. Coincidindo com a Política Nacional da Saúde do Homem, lançada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aumentar os cuidados masculinos com a própria saúde, a Regional Rio de Janeiro da SBACV focou nesse público sua campanha, para a qual foram produzidos 30 outdoors e 50 mil folhetos informativos que tinham como lema "A saúde precisa circular por todo o seu corpo: Consulte um Angiologista ou Cirurgião Vascular".

O ano de 2011 trouxe uma ferramenta nova para esse esforço contínuo de diálogo da Regional com o público leigo. Foi o primeiro ano em que as mídias sociais – Facebook e Twitter – foram usadas na divulgação das informações da Semana Estadual de Saúde Vascular. A sétima edição do evento teve como tema "Arteriosclerose", em razão do potencial de risco vascular que a patologia representa. As ações propostas tinham como objetivo motivar a mudança de hábitos pouco saudáveis, e incentivar a população a buscar a orientação de Especialistas para seus problemas vasculares.

“

Um dos desenvolvimentos mais significativos na área da Saúde foi a conscientização dos Médicos e da população de que ‘é mais importante prevenir do que remediar’...

”

Tudo que é vivo, circula...

Mas a arteriosclerose pode fazer parar!

Para prevenir a arteriosclerose, você precisa eliminar de sua vida os fatores de risco controláveis:

- Valores elevados de colesterol no sangue;
- Pressão arterial alta;
- Cigarro;
- Obesidade;
- Falta de exercícios físicos.

O melhor tratamento para a arteriosclerose é a prevenção.

Procure um angiologista ou cirurgião vascular.



VII Semana Estadual de Saúde Vascular
De 28 de nov a 02 de dez - 2011



SBACV RJ **KENDALL**
Associação Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
www.sbacvrj.com.br

Cartaz da VII Semana Nacional de Saúde Vascular em 2011.

Entre 7 e 14 de novembro de 2012, a SBACV-RJ voltou a discutir a questão do “Pé diabético”. Um vídeo de 30 segundos foi veiculado nos canais abertos de TV; material informativo foi disponibilizado no site da Regional e 50 *busdoors* sobre a prevenção da doença circularam pela capital. Mas talvez a programação mais importante dessa oitava edição do evento tenha sido a Audiência Pública realizada na Assembleia Legislativa, que debateu os achados do estudo “O pé diabético nas emergências do Rio de Janeiro”. O levantamento revelou que mais da metade das pessoas que procuram a emergência hospitalar no estado com problema de pé diabético acaba sofrendo amputação.

Sobre uma década de Semana Vascular...

“A Semana é uma atividade muito interessante porque permite uma divulgação para a população leiga de patologias que, muitas vezes, as pessoas não imaginam que são tratadas por essas Especialidades. Foi uma oportunidade muito boa de divulgar vários temas e, ao mesmo tempo, multiplicar e ensinar à população formas de prevenção, de avaliação e até formas de tratamento. Todos os temas expostos nas Semanas foram interessantes porque permitiram a interação dos Médicos Vasculares e Angiologistas com a população, no intuito de explicar, ensinar e compartilhar informação.”



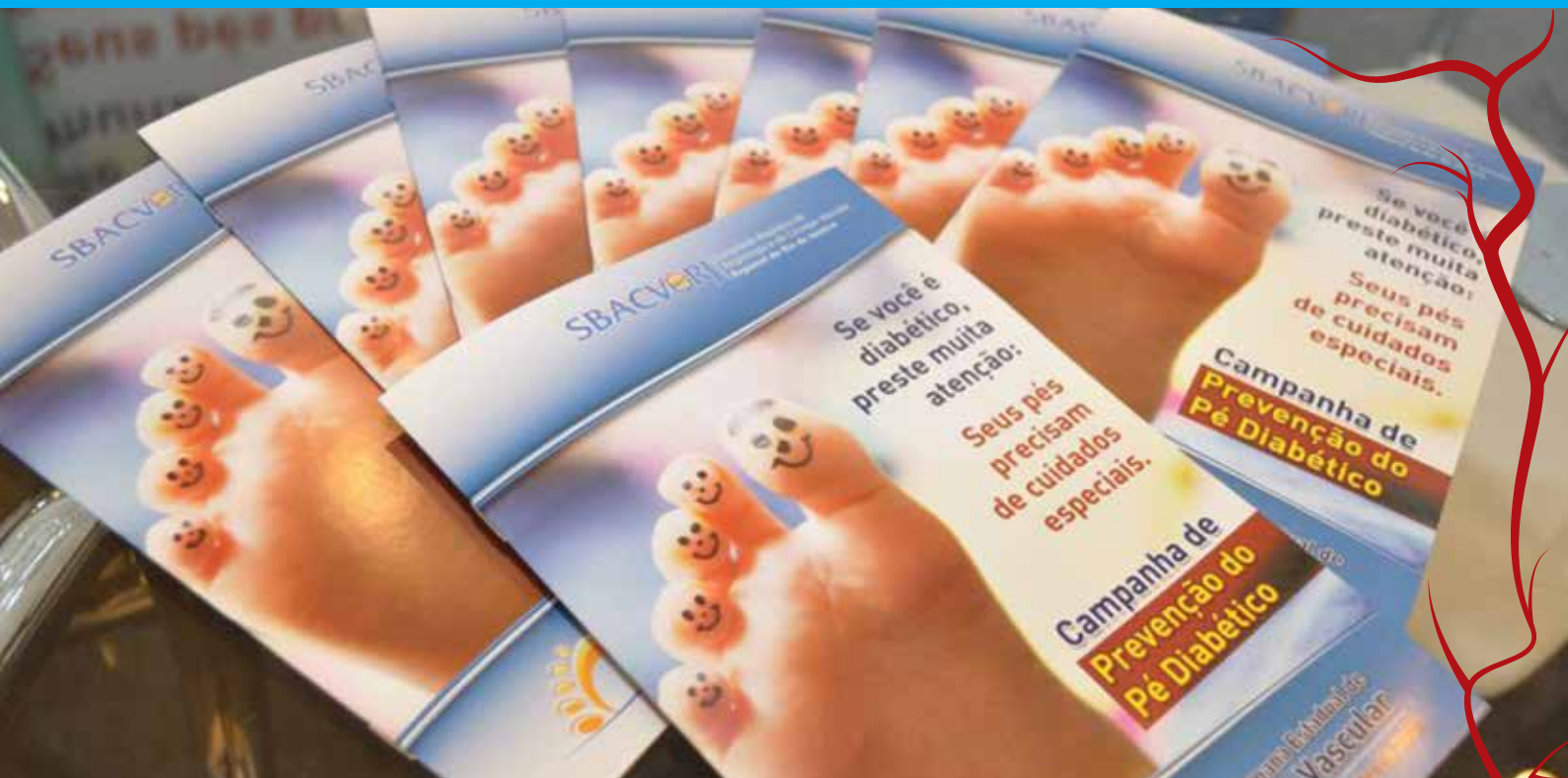
VIII Semana Nacional de Saúde Vascular em 2012. Atendimento à população.

No ano seguinte, a SBACV-RJ voltou à questão das varizes, dessa vez com uma abordagem particular do tema. “O slogan da campanha – Varizes: muito além da estética, uma questão de saúde! – procura desmistificar a ideia de que varizes estão associadas apenas a uma questão cosmética, e chamar a atenção para os problemas associados à doença venosa crônica e suas complicações. Uma patologia extremamente comum que precisa ser encarada com seriedade por todos, especialmente pelos gestores públicos”, enfatizou o Dr. Carlos Eduardo Virgini, então Presidente da Regional.

No ano passado, a décima edição da Semana Estadual de Saúde Vascular, realizada entre 13 e 17 de outubro, teve como tema o Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA). Com o lema “O diagnóstico precoce pode salvar a sua vida”, o evento disponibilizou mil cartazes e 30 mil cartilhas explicativas sobre a doença, presente em 4% da população em geral e 6% dos indivíduos acima de 60 anos.



Dr. Sergio S. Leal de Meirelles
Atual Secretário-Geral da SBACV-RJ
Presidente da Regional da RJ, na ocasião da I Semana de Saúde Vascular (2005).



Cartilha distribuída na VIII Semana Nacional de Saúde Vascular em 2012.

Mais uma vez, agora sob o comando do Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, atual Presidente da Regional, a SBACV-RJ seguiu seu firme propósito de divulgar, alertar e educar a população sobre as complicações das doenças vasculares, as formas de prevenção e os benefícios de uma vida saudável.

Olhando para trás, percebe-se que um longo caminho foi percorrido desde a I Semana, realizada há uma década. Os meios de divulgação da informação se aprimoraram, o diálogo da Sociedade com a população se fortaleceu, os profissionais da

Especialidade compreenderam a importância de abertura de canais de comunicação com o público leigo.

A Regional, no entanto, sabe que ainda há muito por fazer nessa luta pela garantia de uma Saúde Vascular de qualidade para a população fluminense. É por isso que, mais do que apenas comemorar os eventos passados, a SBACV-RJ pretende, ao rememorar esses 10 anos de contribuição para a divulgação da Especialidade, tomar fôlego para iniciar uma nova década de conquistas, sempre empenhada na conscientização e informação da população.

Ação na Central do Brasil - IX Semana Nacional de Saúde Vascular em 2013.



O aneurisma de aorta abdominal é uma doença grave, com altas taxas de mortalidade, mas que quando diagnosticada precocemente tem grande potencial de cura.

Campanha do Aneurisma da Aorta Abdominal

Saiba mais. Acesse www.sbacvrj.com.br/campanhadooaa

Aneurisma da Aorta Abdominal

O diagnóstico precoce pode salvar a sua vida.

Realização: SBACV-RJ

Apoio Institucional: CREMERJ

Apoio: SISGUS Medtronic VASCULATINE KENDALL

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

Folder distribuído na X Semana Nacional de Saúde Vascular em 2014.

Trombose Venosa Profunda: a prevenção é a melhor forma de tratamento

A 11ª edição da Semana de Saúde Vascular está sendo preparada para orientar a população acerca da gravidade da Trombose Venosa Profunda (TVP), doença com grande potencial de complicações. Segundo o Ministério da Saúde, a TVP atinge cerca de 1,5 milhão de brasileiros e é responsável por 20% dos casos de AVC registrados. A Semana contará com palestras para falar sobre a prevalência da doença, os sintomas, situações de risco e a importância da consulta ao Especialista; além de atendimentos ao público, em locais de grande circulação.

A Dra. Solange Chalfun, Angiologista e Cirurgiã Vascular, tradicionalmente participa da Semana de Saúde Vascular e comemora a escolha do tema: "Bato palmas para a escolha do tema e terei o maior prazer em participar mais este ano. Temos percebido, no consultório, um aumento significativo de pacientes com trombose. Eu acredito que isso só acontece à medida que há mais divulgação sobre a doença, aumentando a percepção do paciente".

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira:

"Durante nossa gestão, procuramos escolher temas de grande relevância, não apenas pelo fato de a população ter pouco conhecimento sobre eles, mas também — e talvez principalmente — pela importância da prevenção e do diagnóstico precoce. Em 2014 trabalhamos com um problema da aorta, e agora escolhemos como tema um problema venoso.

Nossa proposta de ação tem sido baseada em levar informação, seja por meio da mídia leiga, seja por meio de palestras, e também da interação do público com os Médicos, membros de nossa Sociedade, em ações em pontos de grande circulação de pessoas."

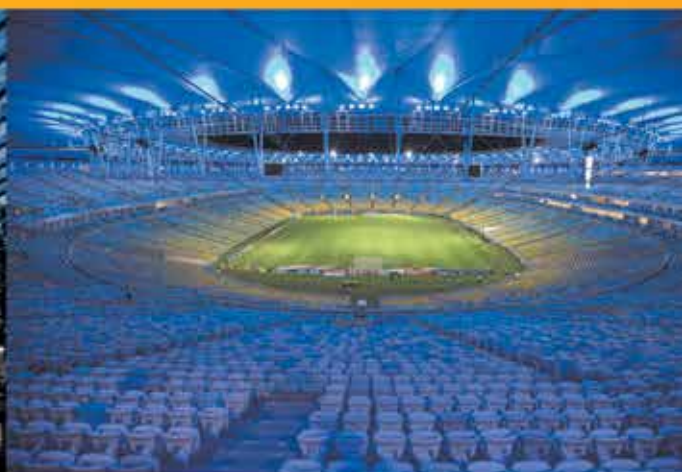
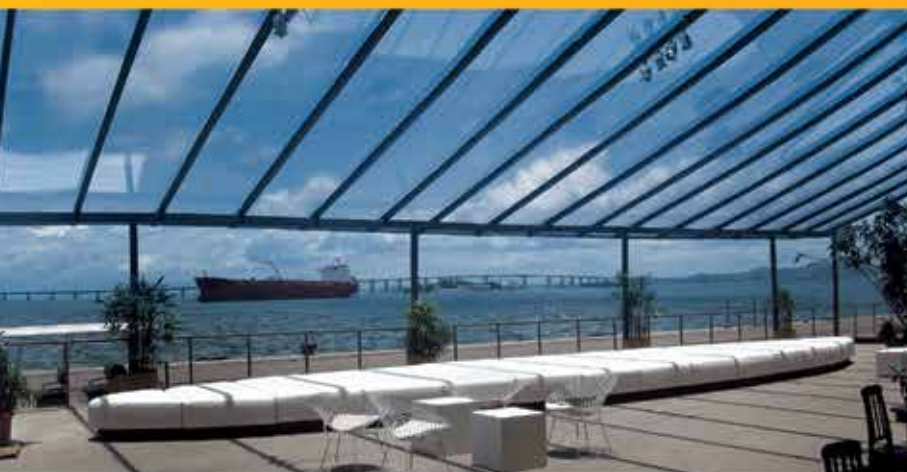


Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira
Presidente da SBACV-RJ

INSCREVA-SE NO MAIOR EVENTO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR



Em sua 41ª edição, o Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular reúne os principais expoentes brasileiros e internacionais, que transformarão a cidade em um ambiente de efervescência científica. O Congresso conta com inúmeras empresas fornecedoras de produtos, equipamentos e serviços, fazendo do evento um ponto de atualização e aperfeiçoamento.



O Maracanã será o palco da cerimônia de abertura do Congresso, com direito a minitour pelo estádio, e no Píer Mauá acontecerá a festa de confraternização.

E mais: Infraestrutura de alimentação com Food Trucks, Estacionamento com manobrista, e Transporte de ida e volta dos hotéis ao Maracanã e Píer Mauá.

Para mais informações acesse o site:
WWW.RIOVASCULAR2015.COM.BR

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

Medtronic



Realização:
SBACV

Organização:
SBACV RJ

Comercialização:
NMS

Secretaria Executiva:
MÉTODO

Agência oficial:
BLUMAR

Flebon®

Pinus pinaster (Pycnogenol®)
Extrato seco - 50 mg



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



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

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

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



Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

FQM
Farmoquímica



Kim Peek (Rain Man)

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

Há poucos meses, faleceu o Sr. Kim Peek. Ele serviu de inspiração para o personagem de Dustin Hoffman em “*Rain Man*”. Este filme, rodado na década de 90, apresentava-o no papel de um indivíduo autista, incapaz de muita coisa mas que, ao longo do filme, nos surpreende pelo seu carisma e capacidades especiais. Ele contracenava com **Tom Cruise**, que fazia o papel de seu irmão mais jovem e extremamente impaciente com as “maluquices” que o irmão (Dustin Hoffman) aprontava. Este foi o primeiro filme a tratar do autismo, um assunto considerado “tabu” na época e ainda em debate na classe médica. A doença não parece ser uma forma de retardo mental, como se pensava, mas uma forma diferente do cérebro funcionar. A chance de uma criança nascer autista

é de 1 em 110, e os primeiros sinais da condição são a ausência de sorrisos ou caretas aos seis meses e o desinteresse em balbuciar palavras. Muitos são mudos.

O caso de **Kim Peek** é especial, pois fazia coisas que eram impossíveis para um ser humano. No início, foi considerado um débil mental completo, pois era incapaz de se vestir sozinho, de escovar os dentes sem ajuda e não compreendia metáforas ou frases cômicas. Com o passar dos anos, verificou-se que fazia coisas incríveis, como ser capaz de ler dois livros ao mesmo tempo, decorar TODAS as palavras do texto e repetir tudo com enorme exatidão. Desta forma, leu mais de 12.000 volumes. Era capaz de responder a todas as perguntas sobre história, geografia, literatura, música, cinema e teatro. A tomografia de seu cérebro mostrava deformações diferentes dos demais autistas, mas ainda similares desta condição. Seu cérebro tinha dois hemisférios que funcionavam em separado, como dois imensos computadores, não interligados. Isto explicaria – em parte – as suas deficiências para o dia a dia.

Diante destas habilidades, passou a ser exibido em shows da TV americana, respondendo, com acerto, a todas as perguntas. Não podia frequentar o teatro ou assistir aos concertos de música clássica, pois levantava no meio do espetáculo e corrigia o ator ou o maestro, quando este mudava ou errava os acordes ou o texto. Foi expulso de vários teatros, para constrangimento de sua família. Ao ter sua história contada em filme, virou personalidade nos Estados Unidos, dando palestras em universidades e programas de TV. Demonstrava suas habilidades em público e, em seguida, pedia AUXÍLIO E COMPREENSÃO para os deficientes mentais do mundo inteiro, arrecadando grandes quantias para instituições de caridade.

Ele nunca usou um computador, aprendeu a ler e a escrever sozinho e só não foi lobotomizado aos 9 anos porque o pai não deixou. Morreu aos 58 anos de idade de infarto agudo do miocárdio.

“... leu mais de
12.000 volumes. Era
capaz de responder
a todas as perguntas
sobre história,
geografia, literatura,
música, cinema e
teatro.”



Mais Médicos completa dois anos com indicadores na Saúde piores do que quando foi implementado

Dr. Florentino de Araujo Cardoso Filho – Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).

No dia 8 de julho de 2013, o Governo Federal anunciou com toda pompa o programa Mais Médicos, que pela visão marqueteira na data do anúncio parecia ser uma iniciativa que mudaria consideravelmente para melhor a saúde no Brasil. Depois de dois anos e de quase três bilhões de reais entregues em um convênio até hoje obscuro com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), no qual mais de 70% do que o Brasil paga se perde em remuneração para própria entidade e para o Governo Cubano, o que nos resta comemorar?

Desde o início, a Associação Médica Brasileira (AMB) assumiu a posição de apontar problemas que o programa claramente apresentava, desde suas motivações politiqueras e eleitoreiras, até sua operacionalização. Em diversos momentos, a AMB acabou sendo estigmatizada. Menos de um mês após o lançamento do programa, a entidade protocolou no Superior Tribunal Federal (STF) Ação Civil Pública com pedido de liminar para barrar a Medida Provisória 621/13, que instituía o Mais Médicos. Entre os argumentos, alguns acabaram na prática acontecendo, como o descumprimento de direitos constitucionais de participantes, enquanto trabalhadores, como é o caso dos médicos cubanos que vivem em um regime de trabalhos análogo à escravidão; além da violação do princípio da isonomia, direito de ir e vir, liberdade de expressão etc.

O embrião do programa nasceu após pesquisas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgadas em 2011, nas quais ficava evidenciada a percepção ruim da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal queixa a falta de médicos. Na mesma época, levantamentos feitos por entidades médicas mostravam que mais que a carência de profissionais, o principal fator para tal opinião da sociedade estava baseado na má distribuição de médicos no país, principalmente para usuários do SUS, que contavam com quatro vezes menos médicos que o setor privado.



Temos mais de 400 mil médicos e cerca de 203 milhões de brasileiros.

Abrir escolas de Medicina sem infraestrutura, como hospital universitário e corpo docente qualificado, colocará a população em risco.



A partir desta avaliação equivocada, o Governo Federal acreditou que fosse possível resolver o problema da saúde no Brasil com ações oportunistas, pontuais, míopes e que nunca focam nos grandes problemas do setor: subfinanciamento, má gestão e corrupção. Dois anos depois da criação, fica cada vez mais claro que a grande bandeira do atual governo na área da saúde não se sustenta além dos limites do marketing. Não observamos melhorias significativas na saúde brasileira, muito pelo contrário, piora cada dia.

Também incoerente é a não exigência de revalidação do diploma de médicos formados no exterior que vieram para o programa, além das críticas do TCU sobre a alocação dos médicos em locais onde já havia outros profissionais, levando à demissão dos que já trabalhavam na localidade e na concentração em grandes cidades.

Fora do programa, a saúde brasileira piorou ainda mais nestes dois últimos anos. A situação das Santas Casas de Misericórdia e outros hospitais filantrópicos está caótica em todo país, muito por conta da tabela SUS, que finge remunerar pelos serviços prestados e é um assunto que claramente não há previsão de entrar na pauta do Ministério da Saúde.

Recentemente, o Hospital São Paulo (HSP), ligado à Universidade Federal de SP (Unifesp), aumentou o número de atendimentos do Pronto-Socorro e Clínica Médica, enquanto o repasse de recursos do Governo Federal, que é responsável por quase metade do financiamento da instituição, foi reduzido em 40%. Isso fez com que o problema da falta de remédios e equipamentos agravasse ainda mais os problemas no HSP. Se este é o quadro em um dos principais hospitais de São Paulo, maior metrópole do país, numa instituição ligada a uma universidade federal, imaginemos como vive a grande maioria da população brasileira que não está nos grandes centros e depende da saúde pública. Pacientes estão morrendo de causas evitáveis por culpa do descaso do governo com a saúde. Há a cultura da propaganda enganosa e manipulação de números, dados e informações pelo governo.

Um comparativo feito pelo próprio Datasus mostra que, entre maio de 2007 e o mesmo mês de 2015, diminuíram quase 25 mil leitos no SUS. É possível um médico dar tratamento adequado a um paciente que não consegue internar quando precisa? Há emergências superlotadas, com pacientes em macas, em corredores e até no chão. Falam da atenção à gestante, quando nos deparamos com maternidades sem a mínima condição para

parturientes, com falta de insumos básicos, leitos, obstetras, pediatras e anestesistas, por descaso do poder público, colocando em risco mãe e bebê.

O Governo Federal fala em mais de 63 milhões de pessoas atendidas pelo Mais Médicos. Como é possível atender esse número tão elevado de pacientes com cerca de 15.000 médicos? Caso esse número fosse real, significaria que trinta por cento da população não tinha acesso nenhum a atendimento médico antes do programa? Claro que esse número de atendimentos está superfaturado, como temos visto em inúmeras obras públicas no Brasil. Utilizando "a conta mágica" do governo, quantas pessoas teríamos atendido nesse mesmo período? Existe um ditado que diz: "Mentiras contadas repetidas muitas vezes e de maneira despudorada fazem com que imaginemos ser verdade".

Continuemos o exercício com o número divulgado pelo Governo Federal, de que médicos do Mais Médicos teriam atendido 63 milhões de brasileiros. Por que então criar mais vagas e escolas de Medicina? Temos mais de 400 mil médicos e cerca de 203 milhões de brasileiros. Abrir escolas de Medicina sem infraestrutura, como hospital universitário e corpo docente qualificado, colocará a população em risco. A sociedade já questiona a proliferação de faculdades em detrimento da qualidade. A imprensa também discute a estratégia de inflar números de médicos formados, quando o governo não resolve carências básicas nas condições de postos de saúde e hospitais. Muitos, reconhecendo a importância do médico para a sociedade, defendem a criação de uma avaliação nacional para exercício da profissão.

Estamos vivendo o reaparecimento do sarampo, crescimento da dengue, aumentos de casos de tuberculose multirresistente e elevado número de casos de hanseníase. Onde está a atenção básica, que é uma das bandeiras do programa, diante de números até piores do que na época da implementação do programa? Sem contar também o desabastecimento, falta de pessoal e de investimentos em hospitais públicos federais, estaduais e municipais. A crise no Brasil não é somente econômica, social e outras, a pior é a de credibilidade.

O aniversário do Mais Médicos não merece aplausos. Não há o que comemorar. Infelizmente, o programa foi usado política e eleitoralmente. Precisamos é sair do discurso enganoso e melhorar a saúde no Brasil. Defendemos o SUS como foi concebido, que é bastante diferente da propaganda e do que aflige e faz sofrer nosso povo.

561ª Reunião Científica da SBACV-RJ

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões (Auditório B), no bairro de Botafogo, foi o local escolhido para a realização da 561ª Reunião Científica, que reuniu Especialistas da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, no dia 25 de junho, às 19h30, para apresentação de debate de trabalhos científicos. Após um momento de interação, com um pequeno lanche, os três trabalhos selecionados para a noite foram apresentados.

Abrindo as apresentações, o Dr. Jorge Eduardo Soares Pinto, Clínico e Endocrinologista, apresentou o tema: “As endopróteses vasculares e o impacto no pós-operatório na visão do intensivista”; em seguida foi apresentado o trabalho sobre “Balões farmacológicos no território femoro-poplíteo – Como e quando usá-los”, de autoria dos Drs. Fernando Tebet, Thayane Guimarães, João Marcos Fonseca e Fonseca, Diogo Di Battista de Abreu e Souza, Felipe Silva da Costa e Julio Cesar Peclat de Oliveira. O terceiro trabalho científico abordou o “Tratamento clínico da arterite de Takayasu”, dos autores: Drs. Carmem L. Portyo, Juliana de Miranda Vieira, Letícia Milhomens, Marília Panico e Marcos Arêas Marques.



561ª no Colégio Brasileiro de Cirurgiões (RJ).



Membros da Diretoria da SBACV-RJ e Especialistas presentes na 561ª Reunião Científica.

Imagens: Acervo SBACV-RJ

562ª Reunião Científica da SBACV-RJ

Na noite de 30 de julho, Especialistas da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro se reuniram no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, para a realização da 562ª Reunião Científica, quando foram apresentados casos clínicos vivenciados na rotina dos autores.



562ª no Colégio Brasileiro de Cirurgiões (RJ).



Drs. Carlos Peixoto, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Paulo Ronaldo Bohrer e Sergio S. Leal de Meirelles.

O primeiro tema foi apresentado pela equipe do Hospital Municipal Miguel Couto, sobre Tratamento endovascular de aneurisma de artéria poplíteia trombosada, composta pelos Drs. Paulo Ronaldo Bohrer, Hugo Tristão, Lidiane Damásio, Vitor Cavalliere, Guilherme d'Utra, Eduardo de Paula Feres, Ítalo Dal'Orto e Felipe Beer. Logo após, foi a vez da equipe da Clínica Julio Peclat; o trabalho apresentado pelos Drs. Diogo Di Battista, Felipe Costa Silva, João Fonseca e Fonseca, Fernando Tebet, Rogério Sarmento, Pedro Rotava e Julio Cesar Peclat de Oliveira foi sobre a Revascularização Distal por Técnica Endovascular.

Encerrando as apresentações, foi exposto o tema Trauma de Aorta por Parafuso Ortopédico – Tratamento Endovascular, sob a autoria dos Drs. Felipe Francescutti Murad, Walter Giuliano Baldoni, Rodrigo Augusto Raymundo da Silva e Pablo Salim Varela.



Entrega de Diploma de Membro Aspirante, na 562ª Reunião Científica.

Imagens: Acervo SBACV-RJ

563ª Reunião Científica - Fora de Sede da SBACV-RJ

O *campus* da Faculdade de Medicina de Petrópolis foi o ambiente escolhido para a realização da próxima Reunião Científica Fora de Sede (563ª). No dia 28 de agosto, os membros da Sociedade tanto do Rio de Janeiro quanto de cidades fluminenses serão recebidos no restaurante do Hotel Valle Real, em Itaipava, para uma confraternização. No sábado (29), pela manhã, será realizada a Reunião Científica em mais uma ação conjunta com os

sócios da Regional Serrana, coordenada pelo Dr. Eduardo Loureiro de Araújo.

Após a programação científica, os participantes seguirão para o almoço na antiga Cervejaria BOHEMIA, que foi totalmente restaurada, onde haverá um tempo para integração. Aos que desejarem, depois do almoço, haverá visita às dependências da antiga fábrica com direito à degustação dos últimos lançamentos da cervejaria.



Campus da Faculdade de Medicina de Petrópolis, onde acontecerá a 563ª Reunião Científica da SBACV-RJ.



Hotel Valle Real - em Itaipava.



Antiga Cervejaria Bohemia.

Imagens: Divulgação

A parte científica vai acontecer entre 09h e 12h30, e os temas a serem discutidos estão descritos abaixo:

Dois casos cirúrgicos realizados em Petrópolis, com a participação de debatedores.

TEMA I

Aneurisma isolado de artéria ilíaca comum: tratamento endovascular com preservação da artéria ilíaca interna.

Dr. José Eduardo Costa Filho.

TEMA II

Tratamento de aneurisma sacular pararenal com endoprótese fenestrada.

Dr. Tiago Coutas.

10h30 – Coffee break

O Dr. Iugiro Roberto Kuroki dará uma aula sobre os avanços tecnológicos e técnicos que facilitam a aquisição rápida, entregando melhor resolução com menor dose de radiação e de contraste.

TEMA III

Técnicas avançadas de aquisição de imagens e pós-processamento em angiotomografia.

Dr. Iugiro Roberto Kuroki.

Palestra com Dr. Jorge Martins, Juiz atuante na cidade, será a novidade deste ano.

TEMA IV

A segurança do paciente e a (in)segurança do médico

A Medicina Defensiva e seus efeitos no público e no privado.

Dr. Jorge Martins.

Relação de novos sócios

Nós, da SBACV-RJ, recebemos e parabenizamos os novos sócios!

Aspirante
Marcelo Willians Monteiro / Março
Edilberto Calejjas / Junho
Adriana Gutierrez Negret / Julho

Efetivo
Débora de Oliveira Silva / Março
Luis Felipe Mendes Rodrigues / Março
Paloma Torno Arêas / Março
Luis Fernando Queiroz de Lima / Maio
Leonardo Teixeira de Almeida / Julho

Titulares
Alexandre Molinaro Correa / Fevereiro
Bernardo de Vasconcellos Massièri / Fevereiro
Bruno Barone / Fevereiro
Carlos Alexandre de Paula Barros / Fevereiro
Paulo Fernando de Mello Torrentes / Junho
Cristiane Ferreira de Araújo Gomes / Julho
Marcelo Martins da Volta Ferreira / Julho

A poucos meses do 41º Congresso Brasileiro

O Pier Mauá será o palco do próximo Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, que acontecerá entre os dias 06 e 10 de outubro, e reunirá Especialistas nacionais e internacionais em um momento de muita interação. Segundo o Coordenador do evento, Dr. Rossi Murilo, o local escolhido representa algo inédito para as atividades médicas. Inclusive a abertura oficial que será no estádio do Maracanã, um dos pontos turísticos do Rio de Janeiro. A expectativa da Comissão Organizadora é que o evento esteja proporcional ao tamanho da Sociedade.

O Congresso vai incluir o I Encontro Nacional de Residentes, *The First Meeting of Societis*, a Arena de Controvérsias e Casos Clínicos e o Fórum Brasil, onde serão contempladas todas as solicitações e indicações das Sociedades Regionais do Brasil. Com relação ao conteúdo científico do evento, mais de 500 temas livres foram enviados e já estão em processo de seleção. Foram convidados Especialistas de relevância internacional, com publicações e apresentações em outros eventos científicos de importância mundial. Inclusive brasileiros que hoje são expoentes fora do Brasil.

As mesas com debates acontecerão após cada apresentação e o objetivo será desmassificar o programa científico. O Dr. Rossi informou que a interatividade será o ponto forte na participação, representando a democratização da programação, todos terão essa oportunidade. Além disso, ao final de cada mesa, haverá um tempo para discussão em que a plateia também terá voz.

A estrutura do Congresso foi providenciada para oferecer conforto, objetividade e orientação visual. Haverá pessoas treinadas, bilíngues, acessíveis para atender às demandas dos participantes. O espaço físico é climatizado e agradável, favorecendo a boa interação entre congressistas e expositores. Toda infraestrutura está sendo diariamente checada e essa rotina será mantida durante o evento, informou o coordenador.



Dr. Rossi Murilo da Silva
Presidente do 41º
Congresso Brasileiro

Foto: Acervo SBACV-RJ

Ao final do Congresso acontecerá uma confraternização, no Pier, organizada pela Comissão. "Estamos trabalhando para que ela aconteça, que seja marcante e atenda às expectativas de todos os participantes, mas também dentro de uma realidade econômica que o país vive", anunciou o Dr. Rossi Murilo.

Eleições para a Diretoria Nacional e Conselho Fiscal da SBACV - Gestão 2016 / 2017

Amanhã do dia 23 de setembro de 2015 é a data marcada para a eleição da Diretoria e Conselho Fiscal na SBACV-Nacional. Conforme o Estatuto Social e o Regimento Eleitoral, disponíveis no site da Nacional, o voto será exclusivamente por correspondência. Os membros associados adimplentes das categorias Pleno, Efetivo e Titular receberão, via correio, no endereço registrado como "correspondência" no CANU, uma carta contendo o envelope de resposta endereçado à Caixa Postal nº 28748-São Paulo/SP, CEP: 04948-970, um envelope sem identificação carimbado, a Cédula Eleitoral, e instruções de voto. O eleitor deverá preencher e enviar seu voto à SBACV em prazo hábil para a apuração, que acontecerá em Assembleia Geral, realizada na Rua Estela, 515, Bloco E, sala 21, São Paulo - SP, às 8h30min do dia 23 de setembro. Só serão aceitas as cédulas que chegarem à Caixa Postal até o horário do início da Assembleia, em primeira convocação.

Chapa 01 – Candidatos à Diretoria Nacional e Conselho Fiscal - 2016/2017	
Cargo pretendido	Nome do candidato
Presidente	Ivanessio Merlo – RJ
Vice-Presidente	Marcelo Rodrigo de Souza Moraes – SP
Secretário-Geral	Sergio Silveira Leal de Meirelles – RJ
Vice-Secretário	Manuel Julio Jose Cota Janeiro – RJ
Tesoureiro-Geral	Julio Cesar Peclat de Oliveira – RJ
Vice-Tesoureiro	Eraldo Arraes de Lavor – PE
Diretor Científico	Roberto Sacilotto – SP
Vice-Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva – RJ
Diretor de Publicações	Gutenberg do Amaral Gurgel – RN
Vice-Diretor de Publicações	Adamastor Humberto Pereira – RS
Diretor de Patrimônio	Paulo Martins Toscano – PA
Vice-Diretor de Patrimônio	Ronald José Ribeiro Fidelis – BA
Diretor de Defesa Profissional	Francesco Evangelista Botelho – MG
Vice-Diretor de Defesa Profissional	Antonio Carlos de Souza – DF

Candidatos ao Conselho Fiscal
Reginaldo Boppré – SC
Clovis Altair Diehl – RS
Aldo Lacerda Brasileiro – BA

Novo membro da Academia Brasileira de Médicos Escritores

O Prof. Dr. Paulo Cesar Frutuoso, experiente Cirurgião Geral e Oncológico do nosso estado, tomou posse em 3 de julho passado como membro da Academia Brasileira de Médicos Escritores (ABRAMES). A cerimônia de posse foi realizada no auditório Julio Sanderson, na sede do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ).

Formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 1975, Dr. Frutuoso especializou-se em Cirurgia Geral no Hospital Mario Kroeft e no Centro Leon Berard em Lyon, França, em 1990. O Cirurgião também é estudioso dos fenômenos mediúnicos. Entre os livros publicados por ele, destaca-se "A Face Oculta da Medicina", excelente obra que discorre sobre aspectos espiritualistas

da profissão e que tem sido um sucesso editorial.

Dr. Frutuoso ocupa agora a Cadeira 9 da Academia, que se apresenta como única associação literária exclusiva de médicos que se conhece no mundo. Criada em 1987, a ABRAMES compõe-se de cinquenta cadeiras, sendo seus patronímicos ilustres médicos escritores, vários deles pertencentes à Academia Nacional de Medicina, à Academia Brasileira de Letras e congêneres de renome.

Entre os Diretores da Academia presentes à cerimônia de posse estava o Dr. Antonio Gutman, também médico, patologista, escritor e poeta que publicou, entre outros, o livro "Dr. Formol - poesias, crônicas e sátiras".





1,5 ponto

Reuniões Científicas 2015



- **563ª Reunião Científica Fora de Sede - 29 de agosto** (Sábado)

Local: Faculdade Arthur Sá EARP Neto - Petrópolis

Hospedagem: Hotel Vale Real



- **564ª Reunião Científica Mensal - 10 de setembro** (5ª feira)

Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro

Horário: 19h30



- **565ª Reunião Científica Fora de Sede - 13 a 15 novembro**

Local: Hotel Portobello – Angra dos Reis





Uma homenagem ao Dr. Marcio José de Castro Silva

por **Dr. Carlos José de Brito** – Sócio Titular e Diretor da SBACV-RJ

Nada seria mais imperioso e imprescindível para a nossa Sociedade Regional do Rio de Janeiro que se manifestar sobre a lamentável e comovente notícia do falecimento do nosso querido Márcio de Castro Silva.

Sempre presente em nossos Encontros e Congressos, colaborando e cooperando de forma permanente para o sucesso dos eventos, com a sua importante participação.

Falando do Márcio, não podemos deixar de nos referir à sua companheira de uma vida, a Zezé. O casal exemplar marcava com sua presença nossos eventos.

Sua frequência em nossa Sociedade pode ser medida por pequenas amostras de suas realizações, pois não seria factível referir-se a todas. Foi presidente de cinco Congressos Nacionais: 68, 77, 83, 99 e 2003.

Foi presidente Nacional da Sociedade por duas vezes e da Regional de Minas por três vezes.

Participou como membro da Banca Examinadora do Título de Especialista nos anos de 74, 77 a 80, 83 a 86.

Para se ter uma ideia da grandeza de sua presença em nossa Sociedade, um levantamento no Congresso de 2001 (e lá se vão 14 anos) como presidente, coordenador e moderador, havia participado de 120 Encontros nacionais e internacionais e sobre eles havia publicado cerca de 150 trabalhos.

Foi importante na expansão de nossa Sociedade no exterior pelo comparecimento em Congressos fora do país e por suas relações com nomes influentes no cenário internacional.

Sua maior qualidade, evidentemente em paralelo com suas qualificações especificamente médicas, foi o seu senso político e societário. Nenhum conjunto humano sobrevive sem uma atuação política eficiente e a do Márcio foi com "P" maiúsculo.

Sempre agregou e nunca desagregou. Sempre resolveu eventuais conflitos sem apelar ao confronto, mas às negociações. Sempre teve um perdão em seu coração, sem mágoas para aqueles que de alguma forma o agrediram no decorrer de todos esses anos. Fez dos inimigos amigos, dos contendedores aliados.

Márcio era um otimista ferrenho. Sempre fez o que sabia e lhe agradava, Medicina e política societária. Lembro que o chefe de uma banda de música americana, cujo nome não me recordo, quando indagado, desde que já tinha a nossa faixa etária, quando pretendia se aposentar, ele respondeu: "mas como me aposentar se nunca trabalhei?". Assim era o Márcio, meu companheiro de romper a barreira dos 80, que nunca trabalhou, sempre se distraiu fazendo o que gostava.

Talvez vocês tenham estranhado eu ter dado mais relevância aos dotes políticos e societários e menos a sua competência profissional, mas nossa Sociedade é forte em profissionais, além dele, altamente qualificados do ponto de vista médico, mas como toda Sociedade pobre naqueles verdadeiramente capacitados para a sua condução, e é aí que o Márcio afluía como um dos melhores que já tivemos.

Acompanhamos consternados o fim de sua existência terrena.

Teve a morte dos justos, morreu em sua residência, cercado da família e sem nada que fosse invasivo para seu corpo. Partiu como uma vela que simplesmente se apaga. Em paz tão profunda que nem mesmo seu acompanhante que estava a seu lado percebeu.

Estivemos com ele até a tarde da véspera em que faleceu. Estava completamente lúcido e nossa despedida foi realmente impactante.

Na missa de 7º dia a que comparecemos em BH, juntamente com Ivanésio e sua esposa Valéria, presenciamos uma verdadeira multidão. Não me lembro de ter ido a uma missa de 7º dia com tamanho comparecimento. Só alguém muito especial atrairia tal número de pessoas.

Márcio, vá em paz e que Deus prepare o espaço que você conquistou por uma vida digna e produtiva. Não morreu, permanece em sua família e em seus amigos.

Adeus, querido irmão.



Foto: Arquivo pessoal

Eventos

2015

XXIV Congresso Internacional do Grupo CLAHT

Data: 27 a 29 de agosto de 2015
Local: Amcham, Rua da Paz, 1431, Santo Amaro, São Paulo (SP)
Telefone de contato: (11) 3372-6603
Informações: diretoria@chsp.org.br



41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 06 a 10 de outubro de 2015
Local: Píer Mauá, Av. Rodrigues Alves, 10, Rio de Janeiro (RJ)
Telefone de contato: (21) 2215-1919



2nd Congress on Controversies in Thrombosis & Hemostasis (CiTH), Barcelona, Espanha

Data: 05 a 07 de novembro de 2015
Local: Barcelona, Espanha
Telefone de contato: (972) 72 279 0307 ou (972) 545 8371050
Informações: www.congressmed.com/cith

Veith Symposium

Data: 17 a 21 de novembro de 2015
Local: Nova Iorque
Contato: www.veithsymposium.org



Jornada Paraense de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 28 de novembro de 2015
Local: Hotel Princesa Louçã, Av. Presidente Vargas, 882, Centro, Belém (PA)
Telefone de contato: (91) 4006-7000
Informações: ptoscano2007@yahoo.com.br
www.jornadavascularpara2015.com.br

2016



XIV Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 12, 13 e 14 de maio de 2016
Local: Centro de Convenções Frei Caneca 4º andar - São Paulo (SP)
Telefone de contato: (11) 5087-4888 (11) 3849-0379
Informações: www.encontrosaopaulo.com.br

Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular 2016

Data: 07 a 10 de setembro de 2016
Local: Ouro Minas Palace Hotel, Belo Horizonte (MG)
Telefone de contato: (31) 3213-0572 / (31) 8458-2493
Informações: www.sbacvmg.org.br

Saiba como participar:

3ª Edição do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

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

Regulamento:

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

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

Conheça o Sistema

VENTURI Vivano®



Bomba de pressão Negativa Venturi Modelos Avanti e Compact

Reservatório de 300 ou 600 mL,
bateria de até 24h, dois modos
de pressão: contínua e intermitente.



Espuma VivanoMed

Tamanhos P, M, G para
melhor adaptação às feridas



Hydrofilm

Transparente, auto adesivo
com alto índice MVTR



Bandeja com Itens

Apresentação do Kit
Abdominal e do tamanho XL



Embalagem

Plástico transparente
para fácil visualização



Portal Drain

Feito em silicone macio,
auxilia a saída do exsudato



Silicone Layer

Camada de interface
para proteção de órgãos

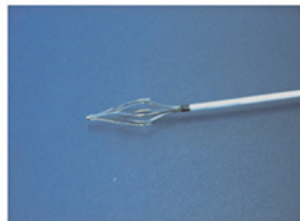
EXCLUSIVA
Distribuidora de Produtos Médicos e Hospitalares

(21) 2425-0688
exclusiva@exclusivabrasil.com

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

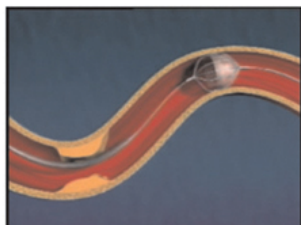
TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



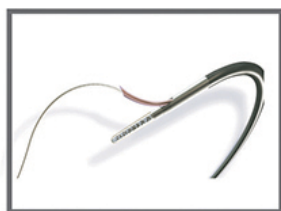
SMART Control™



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de
Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company