

REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

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

NÚMERO V - SET/OUT DE 2010

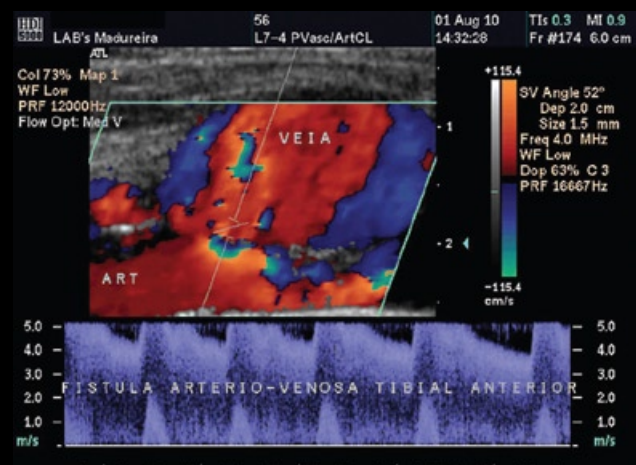
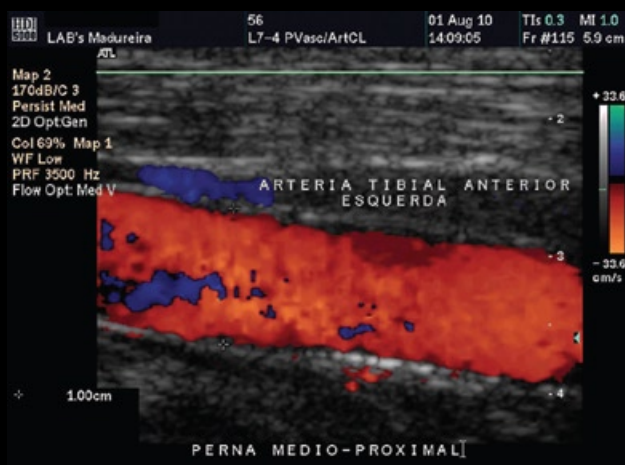
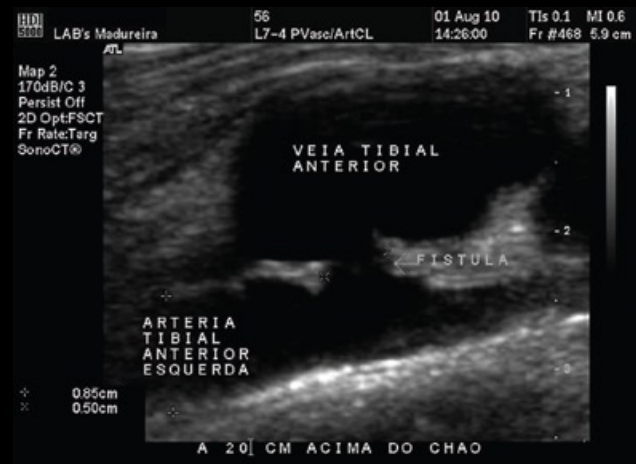
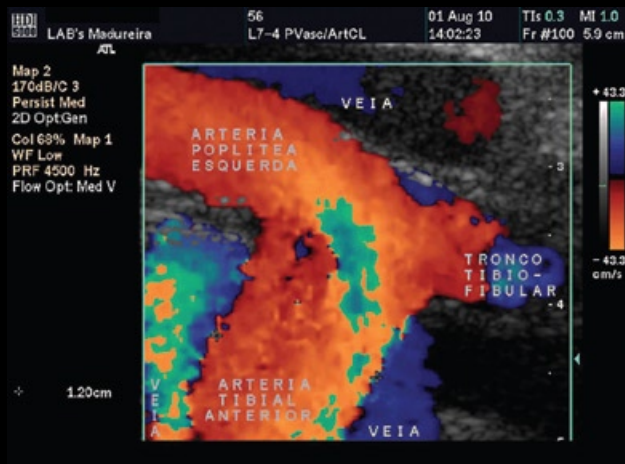


IMAGEM VASCULAR

Fístula artério-venosa traumática entre os vasos tibiais anteriores

SBACV RJ

O perfil da Angiologia e da
Cirurgia Vascular no
Rio de Janeiro

XI Congresso
Panamericano

Tratamento minimamente
invasivo do pseudoaneurisma
de artéria femoral

Tratamento endovascular
das lesões traumáticas
contusas da aorta torácica

XXV ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

Data: 06 a 09 de abril de 2011
Local: Hotel Windsor – Barra - RJ



Joint-Meeting
with CELA - 2011



Convidados Internacionais

Felix Pitty - Panamá
Frank Criado - USA
Francisco Valdés - Chile
Gaudencio Espinosa - Espanha
Gustavo Hubio - Mexico
Gustavo Oderich, USA
Ignacio Escoto - México
Ignacio Ucros - Colombia

João albuquerque - Lisboa
Jordi Maeso - Espanha
Juan Carlos Parodi - USA
Julio A Rodriguez-Lopez - USA
Luis Bechara - Zamudio - Argentina
Luis Sanchez - USA
Marcelo Cerezo - Argentina
Mariano Ferreira - Argentina

Manuel Espindola - Chile
Oswaldo Yano - USA
Raúl Blanco - Uruguay
Renato Mertens - Chile
Thomas Maldonado - USA
Vicente Riambau - Espanha
Walter Giossa - Uruguay

Informações: 55 21 2215-1919
e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br
www.sbacvrj.com.br

Apoio:



Realização:



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

Um ano veloz

“Os dias talvez sejam iguais para um relógio, mas não para um homem.”

(Marcel Proust)



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

Prezados colegas,
O ano de 2010 se aproxima do fim. Incrível a velocidade com que ele transcorreu. Parece que ainda ontem era janeiro, e iniciávamos a gestão. Talvez, mais do que a pressa que caracteriza nossas rotinas atribuladas – que, de fato, se tornam mais atribuladas ainda com os compromissos da Presidência de nossa SBACV-RJ – o que efetivamente torna um ano tão veloz é a quantidade de tarefas e atividades com as quais nos envolvemos, e a nossa Diretoria está efetivamente envolvida em muitas atividades e projetos.

Além dos eventos científicos já realizados este ano (XXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro, Reuniões Científicas mensais e Reuniões Fora de Sede), estamos trabalhando intensamente na organização do Encontro de 2011, o vigésimo quinto encontro, o Jubileu de Prata de nossa principal atividade científica. Teremos um *Join Meeting* com o CELA, que trará um aporte de convidados e participantes internacionais bastante significativo. Queremos que esta edição seja especialmente festiva, que comemore a relevância da marca alcançada. Para isso, estão sendo preparados um livro e um documentário, que resgatam a memória de nossos Encontros, e ainda outras atividades que possam enriquecer ainda mais nossa programação.

Temos também participado ativamente dos debates acerca da implantação da 5ª edição da CBHPM, junto à SBACV-Nacional e à AMB. A Defesa Profissional é sem dúvida um aspecto que assume para nós grande relevância. O Censo de Angiologia e Cirurgia Vascular, cujos resultados preliminares você terá oportunidade de conhecer nesta edição, é um exemplo muito claro do caminho que escolhemos em busca de melhores condições de trabalho e de oferta de serviços à população: para reivindicar melhoria das condições, precisamos ter pleno conhecimento das atuais. O trabalho realizado com o Censo – inédito em sua abrangência, pois contemplou tanto os serviços públicos quanto os privados e mapeou a atuação dos profissionais que atendem em mais de um município – servirá como base para as nossas conversas com autoridades responsáveis pela gestão do sistema público e pelo sistema de Medicina Suplementar. Em setembro, já tivemos uma primeira reunião com o Ministério Público. Outras, com o próprio Ministério e com outros órgãos e entidades, estão em pauta.

Realizamos também, agora em outubro, a Semana Estadual de Saúde Vascular. Mais que uma oportunidade de visibilidade para a SBACV-RJ, ela é

um compromisso social que Diretorias anteriores assumiram e que temos o dever de perpetuar, já que o acesso à informação sobre saúde – e principalmente sobre sua preservação – é ainda muito reduzido para grande parte de nossa população. Gostaria de agradecer aos colegas e aos serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular que, cientes da relevância deste trabalho, se organizaram para participar.

A frase de Proust que inicia este texto foi escolhida justamente por conta daquilo que temos vivido: com um olhar um pouco menos atento, pode parecer que a gestão de uma entidade como a nossa é composta exclusivamente de atividades rotineiras, e que a sua Presidência se assemelha ao trabalho de um síndico, mas, na verdade, no tempo que temos em uma gestão, as necessidades de posicionamentos e ações e as oportunidades de elevação não só da visibilidade de nossas especialidades, mas também de cumprimento do nosso papel social, são muito maiores que aquilo que um relógio ou um calendário podem assinalar.

***“O trabalho realizado com o Censo
– inédito em sua abrangência,
pois contemplou tanto os serviços
públicos quanto os privados e
mapeou a atuação dos profissionais
que atendem em mais de um
município – servirá como base para
as nossas conversas com autoridades
responsáveis pela gestão do sistema
público e pelo sistema de
Medicina Suplementar.”***

Por uma Medicina Vascular de ponta



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

Mais uma vez, nossa Regional realizou a Semana Estadual de Saúde Vascular, que este ano completou sua sexta edição. Além de um movimento de nossa entidade em direção à sociedade fluminense, por meio de esclarecimentos de dúvidas e da disponibilização de informações, nossa Semana representa um momento muito importante de união, já que colegas de diferentes Seccionais disponibilizam um pouco de seu escasso tempo para promover, não só nossas especialidades, como também nossa Sociedade.

O esforço de sucessivas Diretorias para continuar levando à frente este projeto - iniciado após a promulgação da lei estadual que instituiu a Semana no Calendário Oficial do Estado, que teve origem no primeiro Censo de Angiologia e Cirurgia Vascular em nosso estado, capitaneado pelo Dr. Ney Abrantes Lucas - mostra o amadurecimento de nossa entidade: não estamos à mercê de projetos pessoais, que se transformam a cada nova gestão, mas sim unidos, sucessivamente, pelo trabalho maior, que o engrandecimento da SBACV-RJ representa. Não podemos deixar de agradecer às empresas que apoiaram esta iniciativa: Kendall, Servier e SEPEX, Sindicato das Empresas Exibidoras de Mídia Exterior, que gentilmente cederam tabuletas para a veiculação de nossa campanha em outdoor.

Ainda nesta linha, publicamos nesta edição o resumo dos resultados obtidos com o segundo Censo de Angiologia e Cirurgia Vascular. Os números são impressionantes, pois no referido trabalho levantamos também informações sobre a oferta de serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular no âmbito da Saúde Suplementar. O próximo passo será a divulgação de seus resultados junto às autoridades e a busca de soluções para os problemas identificados.

No início de novembro, foi realizado, mais uma vez no Rio de Janeiro, o *XI Panamerican Congress of Vascular and Endovascular Surgery*. O evento reuniu cerca de 800 participantes, numa prova clara do reconhecimento dos angiologistas e cirurgiões vasculares da excelência da programação científica e da relevância dos convidados nacionais e internacionais.

No mais, nossa Sociedade segue em seu trabalho de defesa da saúde vascular de nossa população, e das condições de trabalho de nossos especialistas. Estamos atentos às dificuldades que a determinação da Unimed, que passa a exigir o certificado de área de atuação em Angiorradiologia ou em Cirurgia Endovascular, representa para alguns colegas. Sabemos também que os certificados representam tanto a valorização de nossas especialidades quanto o reconhecimento da importância de nossas Sociedades. Esperamos, em breve, poder divulgar boas notícias sobre isso.

A Secretaria da SBACV-RJ mais uma vez se coloca à disposição de todos os associados.



Dr. Luiz Alexandre Essinger
*Diretor de Publicações
da SBACV-RJ*

Prezados Colegas,

No presente número da nossa Revista temos três seções dedicadas ao traumatismo vascular. São duas seções com relato de caso e uma com imagem vascular.

A equipe do Hospital Municipal Souza Aguiar nos apresenta um caso de uma lesão traumática contusa de aorta torácica, tratada com a técnica endovascular. A lesão contusa de aorta torácica é causa importante de mortalidade e, apesar dos avanços nos métodos de diagnóstico por imagem, da técnica cirúrgica e dos cuidados de suporte pós-operatório, a sobrevida dos pacientes não melhorou muito. O diagnóstico inicial é sutil e, muitas vezes, difícil devido à presença de múltiplas lesões associadas. O tratamento endovascular é promissor, graças à sua natureza menos invasiva. Evitando-se a toracotomia se reduz a necessidade de anestesia e reposição sanguínea. Apresenta alto índice de sucesso técnico imediato, porém seus resultados a médio e longo prazo ainda não são conhecidos. Para sua realização, é importante que os serviços de emergência possuam equipamentos radiológicos adequados e material endovascular disponível 24 horas por dia.

A equipe da Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo descreve um caso de trauma vascular, que evoluiu com pseudoaneurisma de artéria femoral profunda. Foi tratado com embolização e complementado em segundo tempo com cirurgia aberta. Muitas lesões vasculares traumáticas permanecem ocultas e só se manifestam clinicamente algum tempo depois (dias ou meses), como pseudoaneurismas ou fístulas artério-venosas, tornando sua correção muito mais difícil. A utilização da técnica endovascular simplificou em muito a abordagem da lesão e também reduziu a perda sanguínea. A Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular pode e deve auxiliar na divulgação da importância da incorporação plena de novas tecnologias nos serviços de emergência, tanto públicos como privados. Os equipamentos devem estar disponíveis em todos os hospitais que possuam uma equipe de Cirurgia Vascular e não apenas nos hospitais de alta complexidade.

Na seção Imagem Vascular, podemos observar dois exames de pacientes com fístulas artério-venosas traumáticas. Aqui ocorreu um fato muito comum e inexplicável, que muitos médicos já vivenciaram (provavelmente você também leitor). Após o diagnóstico de um caso raro, ou pelo menos não muito comum, encontramos outro igual logo a seguir. Como o autor relata, o segundo caso foi visto alguns dias após o primeiro. As fístulas artério-venosas traumáticas estão entre as patologias vasculares, como uma das lesões mais interessantes. Quanto maior o tempo de existência, maiores as alterações locais e sistêmicas. Nas alterações locais podemos citar o alongamento e dilatação da artéria proximal, espessamento e alterações degenerativas da veia proximal, desenvolvimento de circulação colateral arterial e venosa, dilatação e incompetência na veia distal e artéria distal com o mesmo calibre, ou em alguns casos, com calibre reduzido.

Apresentamos também os resumos de quatro excelentes trabalhos premiados no XI Congresso Panamericano de Cirurgia Vascular e Endovascular. Vale ressaltar o estudo prospectivo da escleroterapia com polidocanol comparado à cirurgia para o tratamento de úlceras venosas. Embora ainda a casuística seja pequena, os resultados, até o momento, são animadores e muito importantes devido à simplicidade do tratamento para esta patologia de alta prevalência.

Boa leitura.

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular

SETEMBRO/OUTUBRO - 2010

Presidente	Manuel Julio Cota Janeiro	Pesquisa em Feridas Crônicas	José Amorim de Andrade
Primeiro Vice-Presidente	Carlos Eduardo Virgini		Maialu Rodrigues Ambrósio
		Transplante de Órgãos	Laerte Andrade Vaz de Melo
Secretário Geral	Sergio Silveira Leal de Meirelles		Rodrigo Augusto
Primeiro Secretário	Maria de Lourdes Seibel	Trauma Vascular	Rita de Cassia Proviett Cury
			Renata Pereira Jollo
Tesoureiro Geral	Ruy Luiz Pinto Ribeiro	Venosa	Marcio José Magalhães Pires
Primeiro Tesoureiro	Felipe Francescutti Murad		Fernando da Silva Sant'Anna
Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva	Câmara Técnica para Assuntos de Responsabilidade Civil	Alberto Coimbra Duque
Vice-Diretor Científico	Joé Gonçalves Sestello		Saul Bteshe
Diretor de Eventos	Julio Cesar Peclat de Oliveira	Comissão de Ensino e Graduação	Alda Candido Torres Bozza, Arno Buettner Von Ristow, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, José Luis Camarinha do Nascimento Silva, Luis Felipe da Silva, Marília Duarte Brandão
Vice-Diretor de Eventos	Cristina Ribeiro Riguetti Pinto		Panico, Mario Bruno Lobo Neves, Paulo Marcio Canongia e Paulo Roberto Mattos da Silveira
Diretor de Publicações	Luiz Alexandre Essinger	Conselho Consultivo	Antonio J. Monteiro da Silva, Antonio Luiz de Medina, Antonio Rocha Vieira de Mello, Carlos José Monteiro de Brito, Henrique Murad, Marcio Leal de Meirelles, Reinaldo José Gallo e Vasco Lauria da Fonseca Filho
Vice-Diretor de Publicações	Raimundo Luiz Senra Barros		
Diretor de Defesa Profissional	Rubens Giambroni Filho		
Vice-Diretor de Defesa Profissional	Bernardo Massiéri		
Diretor de Patrimônio	Marcio Arruda Portilho	SECCIONAIS	Coordenação: Gina Mancini de Almeida
Vice-Diretor de Patrimônio	Breno Caiafa	Norte	Claudio Eduardo Carvalho Santos
		Noroeste - 1	Eugenio Carlos de Almeida Tinoco
Diretor de Informática	Julio Diniz Amorim	Noroeste - 2	Sebastião José Baptista Miguel
Vice-Diretor de Informática	Francisco G. Martins	Serrana - 1	Eduardo Loureiro de Araújo
		Serrana - 2	Celio Feres Monte Alto Junior
Presidente da Gestão Anterior	Ivanésio Merlo	Médio Paraíba 1	Luiz Carlos Soares Golçalves
		Médio Paraíba 2	Fernando Antonio Vidinha Fontes
Departamentos Científicos		Baixada Litorânea	Antonio Feliciano Neto
Anatomia Vasc. e Vias de Acesso	Marco Antonio Alves Azizi Helen Cristian Pessoni	Baia de Ilha Grande	Sergio Almeida Nunes
Angioradiologia	Adalberto Pereira de Araújo Renata Villas-Bôas	Metropolitana 1	Luiz Henrique Coelho
Arterial	Celestino Affonso oliveira Emília Alves Bento	Metropolitana 2	Simone Loureiro
Cirurgia Endovascular	Marcelo Martins da Volta Ferreira Cristiane Ferreira de Araújo Gomes	Metropolitana 3	Rafael Lima da Silva
Cirurgia Experimental	Ligia Jacqueline Iorio Pires Monica Rochedo Mayall	Metropolitana 4	José Nazareno de Azevedo
Laser	Marcelo Capela Moritz Ana Asniv Hototian	Metropolitana 5	Alexandre Cesar Jahn
Linfologia	Antonio Carlos Dias Garcia Mayall Lilian Camara da Silva	Jornalista Responsável	Luciana Julião - Mtb.: 6.401
Métodos Não Invasivos	Carmen Lucia Lascasas Vivian Carin Marino	Diagramação	Paulo Oliveira
Micro-Circulação	Angela Maria Eugenio Ana Leticia de Mattos Milhomens	Projeto Gráfico	Selles & Henning Comunicação Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 2º and. - Centro - CEP: 20080-007 Rio de Janeiro - RJ Tel.: (21) 2233-0005 selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br
Pesquisa com Células Tronco	Paulo Eduardo Ocke Reis Gustavo Petorossi Solano	Contato para Anúncios	Sra. Neide Miranda - (21) 2533-7905 / 9534-8679 neidemiranda@sbacvrj.com.br

09	ESPECIAL <i>A fotografia da Angiologia e Cirurgia Vascular no estado de Rio de Janeiro</i>
13	OPINIÃO <i>Modestas propostas</i>
15	RELATO DE CASO <i>Tratamento endovascular das lesões traumáticas contusas da aorta torácica</i>
22	ARTIGOS CIENTÍFICOS <i>Resumo dos trabalhos premiados durante o XI Congresso Panamericano de Cirurgia Vascular e Endovascular</i>
26	RELATO DE CASO II <i>Tratamento minimamente invasivo de pseudoaneurisma de artéria femoral profunda</i>
30	IMAGEM VASCULAR <i>Fístula artério-venosa traumática entre os vasos tibiais anteriores</i>
35	INTERFACE <i>A Cirurgia Vascular e a Coloproctologia: Existe interface?</i>
36	INFORMANGIO
40	NOTÍCIAS DAS SECCIONAIS <i>Confraternização e atualização em Angra dos Reis</i>
42	EVENTOS

A fotografia da Angiologia e Cirurgia Vascular no estado de Rio de Janeiro

Em 29 de março deste ano, a Diretoria da SBACV-RJ deu início a uma pesquisa que buscava traçar o perfil do atendimento das especialidades no estado do Rio de Janeiro. O Censo Angiológico levantou dados referentes ao número de angiologistas e cirurgões vasculares atuantes nos municípios, tanto na rede pública como na rede privada, assim como o nível de complexidade destes atendimentos e quais os exames complementares específicos para o diagnóstico das doenças vasculares estão disponíveis nas diferentes regiões do estado. Além disso, a pesquisa buscou ainda mapear para onde são encaminhados, na rede pública, os pacientes dos municípios que não possuem as especialidades.

Os resultados, apesar de apresentarem uma melhora em relação ao passado, não são animadores. O número de especialistas no estado ainda está longe de garantir um atendimento condizente com o número de habitantes, de acordo com os índices recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que determina a presença de 1 especialista para cada 17.000 habitantes, sendo aceitável em países do terceiro mundo a relação de 1 especialista para cada 35.000 habitantes.

A pesquisa revelou ainda uma disparidade muito grande entre as redes pública e privada. Os números encontrados para a rede particular, notavelmente mais expressivos que os números da rede pública, aparentemente alcançam os índices recomendados pela OMS. No entanto, levando-se em consideração que o número de beneficiários de planos de saúde no estado atinge uma parcela pequena da população, em média 34,51%, percebe-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido para se conquistar um atendimento de qualidade à população fluminense.

METODOLOGIA

A realização de pesquisas sobre o atendimento angiológico da população não é uma novidade na SBACV-RJ. Na gestão 2002-2003, a Regional mapeou atendimento das especialidades na rede pública, através de um questionário enviado aos 92 municípios do Rio de Janeiro. O resultado do levantamento mostrou, como escreveu o então Presidente da Regional, Dr. Paulo Marcio Canongia, no Boletim da Sociedade, “incoerência total de especialistas, direcionamento anárquico de pacientes e falta de informação”. Somente na cidade do Rio de Janeiro, foi registrada a existência de um angiologista para cada 1.127.397 habitantes e um cirurgião vascular para cada 67.915 habitantes.

Para a pesquisa atual, assim como na anterior, o estado foi dividido em Regiões e Microrregiões de Saúde de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de Saúde. Mas, ao contrário do último estudo, o de agora incluiu também a rede privada na avaliação, com uma metodologia própria de levantamento de dados. Para a rede privada, foram utilizados dados secundários encontrados nos guias médicos dos planos de saúde, nas Telelistas, no site Catálogo.med e os dados fornecidos pela própria SBACV-RJ. Através do cruzamento desses dados, foi possível determinar a quantidade de profissionais atuantes nos municípios. Com relação ao número de beneficiários de planos de saúde, os dados são referências da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para março de 2010.

Para a rede pública, os dados foram fornecidos pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e através de pesquisa pessoal

via telefone, ou através de questionários enviados por e-mail ou fax, coletando dados diretamente nas Secretarias de Saúde dos municípios.

Os dados referentes ao número de habitantes em cada município são da estimativa feita pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que totalizou 16.010.429 habitantes no estado em 2009.

RESULTADOS

Na rede particular, o Censo Angiológico estima que, em todo o Rio de Janeiro, haja em torno de 676 profissionais e 283 unidades de saúde onde as especialidades são oferecidas. Considerando-se o número de habitantes estimados pelo IBGE, teríamos 1 angiologista para cada 17.969 habitantes e 1 cirurgião vascular para cada 19.243 habitantes, assim distribuídos:

Região	Angiologia	Cirurgia Vascular
Baía de Ilha Grande	4	4
Baixada Litorânea	20	15
Centro-Sul	10	10
Médio Paraíba	52	51
Metropolitana 1	627	603
Metropolitana 2	88	65
Noroeste	20	20
Norte	32	30
Serrana	38	34
Total	891	832

OBS.: A simples soma dos dados apresentados na apuração não refletem a realidade do número total de profissionais que atuam nas especialidades. Isto porque cerca de 18% dos profissionais atuam em mais de uma localidade, em média 2 localidades por profissional. Há casos de profissionais que atuam em até 4 localidades diferentes. Além disso, a maioria dos profissionais atuam em ambas as especialidades e os profissionais credenciados também realizam atendimento particular em consultórios próprios.

No entanto, há que se considerar que o número de beneficiários de planos de saúde em todo estado, segundo dados da ANS, é de 5.525.791, o que corresponde a menos de 35% da população, deixando, portanto, mais de 65% dos habitantes do estado distantes desses índices de atendimento próximos aos do primeiro mundo.

Vale também ressaltar que algumas regiões possuem um número de beneficiários de planos de saúde ainda menor que a média estadual, como é o caso da região da Baixada Litorânea (com 15,6% da população atendida por convênios), região Centro Sul (14,04%) e região Noroeste (12,47%).

Na rede pública, os resultados alcançados com os dados das Secretarias de Saúde são muito diferentes daqueles obtidos com os dados do DATASUS, que apontam a situação mais otimista (embora de qualquer forma muito inferior à situação da rede privada). Considerando os dados fornecidos pelas Secretarias, teríamos 1 angiologista para cada 195.249 habitantes e 1 cirurgião vascular para cada 238.961 habitantes. Já considerando os dados obtidos no DATASUS, chegaríamos a 1 angiologista para cada 82.955 habitantes e 1 cirurgião vascular para cada 63.786 habitantes. A tabela abaixo resume os achados para a rede pública:

Região	Angiologia		Cirurgia Vascular	
	Secretarias de Saúde	DATASUS	Secretarias de Saúde	DATASUS
Baía de Ilha Grande	2	1	2	2
Baixada Litorânea	17	12	12	7
Centro-Sul	7	12	5	7
Médio Paraíba	12	17	11	15
Metropolitana 1	17	68	7	165
Metropolitana 2	7	28	6	12
Noroeste	3	11	2	7
Norte	5	18	16	20
Serrana	12	26	6	16
Total	82	193	67	251

Segundo os dados do Ministério da Saúde, houve um aumento de 216,4% no número de angiologistas no estado (considerando os dados fornecidos pelas Secretarias de Saúde, o aumento seria de 34,4%) e de 58,9% do número de cirurgiões vasculares se comparados aos números encontrados na pesquisa anterior.

Pelos dados das Secretarias de Saúde, apenas na região Norte o número de cirurgiões vasculares alcançou os índices da OMS, com 1 especialista para cada 25.761 habitantes. Já de acordo com os dados do DA-

TASUS, as regiões Centro Sul (com 1 angiologista para cada 26.530 habitantes) e Noroeste (1 angiologista para cada 30.537 habitantes) também alcançaram os índices mínimos da Organização Mundial de Saúde. Para todas as outras regiões e para as outras especialidades das regiões acima, os índices não foram alcançados, deixando o Estado longe das recomendações estabelecidas pela OMS.

O Censo constatou ainda que vários municípios - com exceção daqueles do Médio Paraíba e Norte - não seguem o que determina o Plano de Regionalização da Secretaria de Estado de Saúde. Há casos em que os pacientes são encaminhados para outros estados, como os de Miracema e São José do Vale do Rio Preto, que são encaminhados para Muriaé, em Minas Gerais, ou os de Vassouras, que são encaminhados para Juiz de Fora, também em Minas Gerais,

em alguns casos de realização de Ressonância Magnética. Outros municípios referenciam o atendimento de seus pacientes para cidades muito distantes da sua região.

Como já era de se prever, a pesquisa mostrou ainda que o município do Rio de Janeiro, por ser a principal referência do estado, recebe pacientes de vários municípios que não fazem parte da sua região. O atendimento na região Metropolitana não é satisfatório, de acordo com as recomendações da OMS, e receber pacientes de outros municípios sobrecarrega ainda mais o atendimento na capital.

Com relação aos exames complementares, é possível observar que muitos municípios precisam terceirizar o serviço através de contratos ou licitações com empresas particulares, seja pela ausência dos equipamentos no município ou pelo fato deles se encontrarem inoperantes.

O retrato que se faz das especialidades no estado, portanto, é preocupante. Com a realização do Censo, contudo, a SBACV-RJ espera auxiliar administradores e autoridades públicas, uma vez que o conhecimento da realidade é o primeiro passo para que se possa planejar ações políticas de saúde que contribuam para o alcance dos índices recomendados para as especialidades no estado, necessários ao atendimento eficaz e à diminuição das desigualdades encontradas nas classes menos favorecidas da população.

A Regional espera ainda que esta pesquisa seja motivação para as demais Regionais da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, para a realização de levantamentos semelhantes que permitam retratar o perfil das especialidades no país.



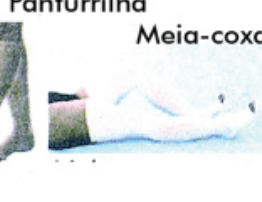
Produtos Médicos

Meias nacionais e importadas em vários modelos e tamanhos
Malhas p/ queimados e linfedemas sob medida
Linha ortopédica
Material para diabéticos
Ataduras - Curativos e descartáveis




Medidores de Glicose

Cadeiras de Rodas

Bolsas de Colostomia

Antitrombo

Panturrilha

Meia-coxa

entregamos em domicílio

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199/Lj. 107 - Tel: 2569-4754 (próx. Hosp.Perinatal)

Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7/Lj. A/B - Tel: 2535-2223/2537-0848 (próx. Cobal)

Centro: Rua do Ouvidor, 130/1º S/lj. 213/214 - Tel: 2508-8993/2507-0282 (próx. Merc. das Flores)

Itaguaí: Rua Gal. Bocaiúva, 279 - Tel: 2688-7620/7831-2935 (Rua do Forum)

2014

(Copa do Mundo)



2015

**41° Congresso Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia Vascular**
Rio de Janeiro - candidato natural

2016

(Jogos Olímpicos)



SBACV RJ

Modestas propostas*

A campanha eleitoral já se encerrou e hoje já sabemos quem ocupará a Presidência em janeiro de 2011. Nos entanto, os questionamentos postos pela Professora Lígia Bahia em artigo publicado durante a campanha se mantêm válidos e, por isso, o texto abaixo continua atual, e serve de reflexão sobre o futuro da Saúde no Brasil sob o comando da futura Presidente Dilma Rousseff.



Vai uma enorme distância entre a prioridade dos problemas de saúde para os brasileiros, registrada pela recente pesquisa do Ibope (41% dos entrevistados), e as propostas para solucioná-los dos dois candidatos à Presidência

apontados como favoritos. A proporção de insatisfação com a atenção à saúde dos brasileiros é crescente (aumentou em relação àquela registrada em 2009) e difere de tendências internacionais. Nos países europeus, as preocupações com saúde ocupam o quinto lugar, e nos EUA, apesar da Reforma Obama, o segundo.

Dilma e Serra certamente conhecem bem esses números; sabem que o escore elevado inclui pessoas vinculadas a planos privados no coro dos descontentes. Afinal de contas, os resultados não lhes poderiam ser estranhos. Suas experiências pessoais de atendimento e andanças políticas os deixam frente a frente com discriminações e privilégios que ainda marcam nosso sistema de saúde.

Confirmada a hipótese sobre a capacidade dos candidatos e de suas competentes equipes de campanha, resta examinar os motivos e as circunstâncias subjacentes à opção da troca voluntária do debate de políticas de saúde para todos pelas promessas de bondades condicionadas para determinados doentes. O aumento de 10% dos recursos para a aquisição de medicamentos para diabetes e hipertensão, os mutirões para cirurgias de catarata, varizes

e próstata e a disputa sobre o número de prédios e ambulâncias a serem construídos e adquiridos são proposições minúsculas. As analogias com a modesta proposta que intitula a obra de Jonathan Swift são quase automáticas. Em 1729, a irônica resolução da miséria seria viabilizada pelo comércio da carne de crianças. Agora, a soma de todos os casos a serem atendidos conjuntamente por Dilma e Serra deixaria de fora a maioria da população.

Passada a estupefação com o acanhamento das propostas, o primeiro impulso para explicar a assimetria, entre as expectativas relacionadas com a saúde e as perspectivas para equacioná-las, é recorrer aos estratagemas do marketing. As ideias simples, direcionadas a segmentos-alvo, cujas carências transbordam dos destinatários específicos para comover multidões. Outras análises esclarecedoras sobre a adoção do tom débil, quase inaudível, da atual disputa eleitoral consideram a inequívoca aprovação do governo de Lula como limite intransponível para o confronto de projetos. O assentimento tácito para dar continuidade às realizações governamentais deslocaria as luzes das diferenças políticas para o enfoque nos dotes de gestão dos candidatos.

Uma vez que não se mexe em time que está ganhando, o questionamento ou a formulação de alternativas para a saúde adquire uma aura de ousadia e impertinência. Paira um silêncio consensual sobre as relações entre o público e o privado no financiamento, gestão e prestação de serviços de saúde, geradoras de iniquidades. Nenhuma palavra sobre ressarcimento ao SUS.

A conversão de uma plataforma política para a saú-

de a um punhado de programas incrementais é conveniente à expansão de um processo de privatização perverso. Fingir ignorá-lo pode ser uma estratégia eficiente no curto prazo, mas implica cobrança ulterior. Em 2007, a destinação da responsabilidade do atendimento a organizações privadas patrocinadoras de eventos com atletas e foliões deixou um rasto dramático. A empresa contratada se recusou a propiciar assistência para os para-atletas, possivelmente, por não julgar adequado combinar sua imagem à de deficientes físicos. E em 2010? Qual será a natureza jurídico-institucional, quais as dimensões e onde será localizada a infraestrutura de assistência à saúde para as Olimpíadas e para a Copa? A transferência de recursos públicos para o setor privado será efetuada ainda em maior escala ou se investirá na recuperação e ampliação da rede pública?

Por enquanto, a não definição de projetos estratégicos permite saltar etapas para ir direto ao ponto de interesse das alargadas coalizões governamentais que

apóiam as candidaturas: decidir quem será o próximo Ministro da Saúde. Para levar adiante tão modestas propostas cogita-se atribuir o cargo a uma personalidade maior do que as atribuições que, por ora, lhes são atribuídas. A importância da saúde dependerá da força política de quem ocupar a pasta e não da expressão orçamentária e espaço efetivo do tema na agenda governamental. Para bons entendedores, nem meia palavra é preciso. Os programas propostos blindam as empresas privadas dos revezes da associação de riscos sociais aos financeiros e derrogam disposições de escrutinar democraticamente as possibilidades e os limites de construção de um sistema de saúde para o Brasil do século XXI.

** Artigo originalmente publicado no Jornal O Globo, em 23 de agosto de 2010.*



Endoprótese Abdominal E-vita

Especificamente desenvolvida e desenhada para tratamento de lesões endoluminais, em particular aneurismas e dissecções da aorta abdominal; Composta por stents individuais em nitinol, revestidos por manta de poliéster, em formatos tubulares ou cônicos; Estrutura com forte força radial e elevada flexibilidade; Marcas radiopacas em liga irídio-titânio que possibilita alta visibilidade em raio-X e posicionamento preciso; O número de pontas é proporcional ao diâmetro das endopróteses: 5, 6 ou 7 pontas.

E-vita
abdominal
Stentgraft System

JOTEC
SOLUTIONS FOR VASCULAR DISEASE

Tratamento endovascular das lesões traumáticas contusas da aorta torácica

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO - HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR - CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a lesão contusa da aorta torácica está associada à mortalidade de mais de 80% dos casos, com incidência estimada de 7500 a 8000 casos por ano nos Estados Unidos, sendo a segunda causa de morte no trauma, apenas atrás das hemorragias intracranianas. Menos de 25% dos pacientes com lesão aórtica chegam para atendimento hospitalar e, daqueles que chegam, 50% morrem em 24h.

A localização mais comum dessas lesões é ao nível do ligamento arterioso, logo abaixo da emergência da artéria subclávia esquerda. O tratamento convencional é a cirurgia aberta, porém ela está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade, particularmente porque esses pacientes se apresentam com múltiplas injúrias. O reparo endovascular, apesar de desenvolvido para doenças degenerativas, tem sido usado para esse tipo de trauma, mostrando que pode estar associado a maiores taxas de sucesso nesse cenário complexo.

RELATO DE CASO

Y. C. M., 26 anos, masculino, pardo, ambulante, vítima de atropelamento por veículo em movimento em via expressa (Ponte Rio - Niterói) e trazido ao Hospital Municipal Souza Aguiar pelo SOS Ponte no dia 27 de abril de 2010.

Ao exame, na admissão, o paciente se encontrava com intubação orotraqueal, ventilando por ambu, murmúrio vesicular diminuído em bases e o tórax estável.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bu-

lhas normofonéticas. PA: 120x70 mmHg e FC: 96 bpm.

Abdome: Atípico. Flácido. Indolor à palpação. Pelve estável.

Neurológico: Presença de colar cervical. Sedado. Pupilas isocóricas e reflexo fotomotor lentificado.

Membros Superiores: Pulsos amplos e simétricos. Fratura fechada em braço esquerdo.

Membros inferiores: Pulsos amplos e simétricos. Fraturas expostas em coxa e perna direitas e perna esquerda.

Realizada tomografia de crânio que não mostrava hemorragias ou fraturas. Tomografia de abdome sem líquido livre, pneumoperitônio ou sinais de lesão visceral. Tomografia de tórax: contusão pulmonar à direita, alargamento do mediastino, hemotórax à esquerda (Fig. 1) e lesão na aorta torácica descendente compatível com dissecação a 4 cm da emergência da artéria subclávia esquerda, sem extravasamento de contraste (Fig. 2).

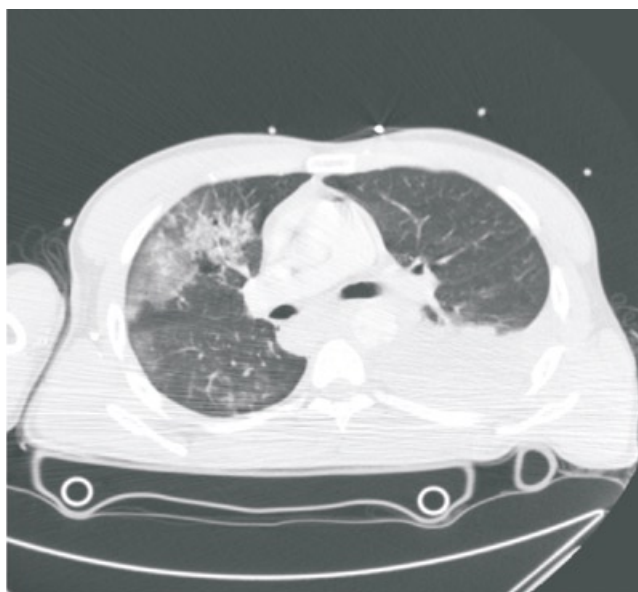


Figura 1



Figura 2

Encaminhado ao centro cirúrgico, realizada aortografia por acesso de punção de artéria braquial esquerda, passagem de bainha 5 French, sob fio guia hidrofílico e cateter Pigtail, sem evidências de lesões aórticas ou extravasamento de contraste. No mesmo procedimento, foram estabilizadas fraturas. Manteve-se estável e encaminhado à Unidade de Pacientes Graves.

No dia 28 de abril de 2010, mantinha-se sedado, havendo piora da gasometria arterial e do hematócrito. Submetido a nova tomografia de crânio com o mesmo laudo anterior e tomografia de tórax que evidenciou: derrame pleural bilateral (Fig. 3), contusão pulmonar, dis-



Figura 3

creto desvio do mediastino e pequeno pneumotórax à direita (Fig. 4), aumento do hemotórax à esquerda, irregularidades parietais aórticas, dissecção do segmento descendente e extravasamento de contraste (Fig. 5).



Figura 4



Figura 5

Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e necessidade do uso de amins, apesar da hemotransfusão, o que o levou novamente ao centro cirúrgico.

Paciente foi submetido à anestesia geral, posição em decúbito dorsal com membro superior esquerdo em abdução 90° com o corpo, foi realizada dissecção da artéria femoral esquerda e passagem de bainha longa 7 French, realizada aortografia com extravasamento de contraste iodado (Fig. 6). Realizada punção sob visão direta de artéria

braquial esquerda, posicionada bainha 5 French e passagem de cateter sob fio guia em artéria subclávia esquerda para marcação da origem da mesma (Figs. 7 e 8). Fio guia da femoral foi trocado por um Amplatz, retirada bainha longa, posicionada endoprótese Zenith ZTEG 2P24-115 (Fig. 9). Liberada endoprótese, acomodada com balão Coda, e controle sem “endoleak” (Figs. 10 e 11). Procedeu-se drenagem do hemitórax esquerdo com saída de 1,2L de sangue.

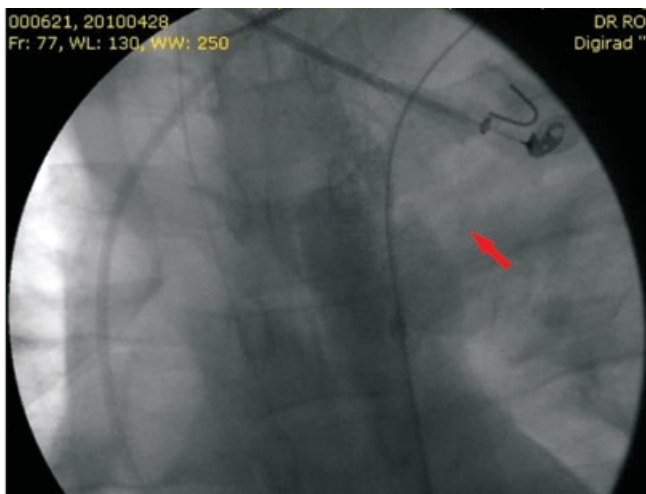


Figura 6

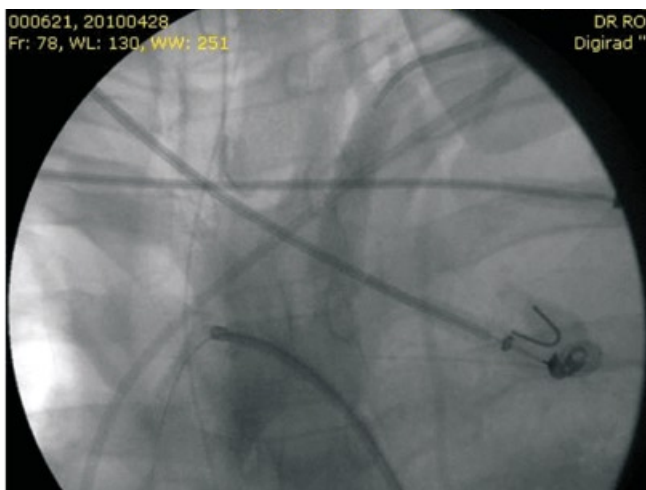


Figura 7

No dia 29 de abril de 2010, foi suspensa sedação. Dia 01 de maio de 2010, com mais de 24h sem sedação, não apresentava reflexos do tronco cerebral, entrou no protocolo de morte encefálica e comunicado o serviço do Rio Transplante, porém evoluiu para bradiarritmia e parada cardiorrespiratória.

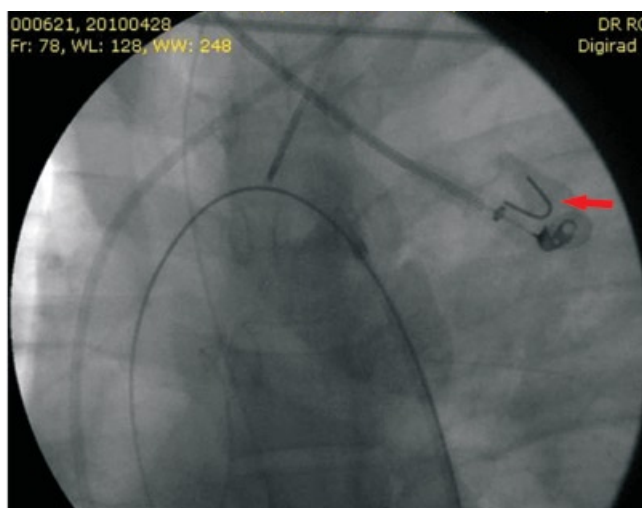


Figura 8

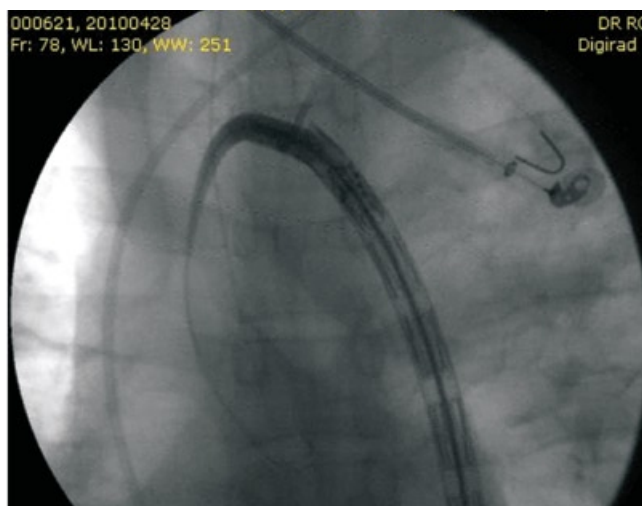


Figura 9

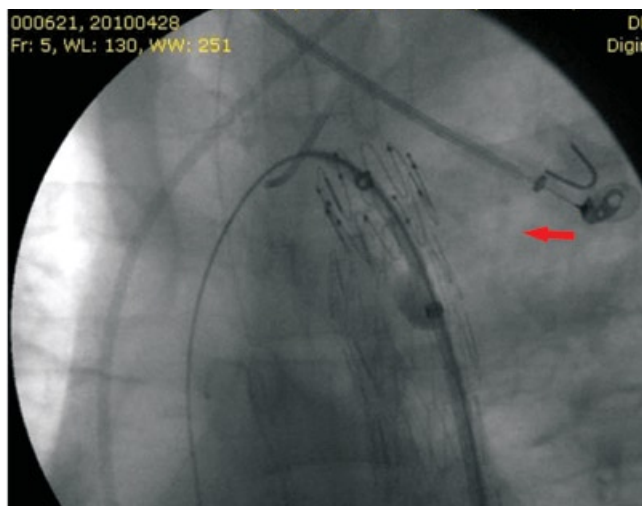


Figura 10

Momentos marcantes para a vida. Não para a pele.

HEMATOMAS^{1,2}FLEBITES^{1,2}CONTUSÕES E
DISTENSÕES^{1,2}

Trombofob[®] Gel
heparina sódica 200U

Trombofob[®] Pomada
heparina sódica 50 U - nicotinato de benzila 2 mg

Não precisa
massagear nem
friccionar^{1,2}

Ações:

- Anti-inflamatória;
- Anticoagulante;
- Melhora a circulação local;
- Hidratante tecidual.¹⁻³



TROMBOFOB GEL[®] (heparina sódica 200U) E TROMBOFOB POMADA[®] (heparina sódica 50U + nicotinato de benzila 2 mg) SÃO MEDICAMENTOS. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Trombofob gel[®] (heparina sódica). Indicações: flebites e tromboflebites superficiais, lesões desportivas e acidentais como hematomas, distensões e contusões, tenossinovites; flebites pós-injeção endovenosa e venoclise; estases venosas nas extremidades. M.S.: 1.0553.0323. Informações adicionais estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda – Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 – Brooklin, São Paulo / SP – Cep: 04566-905 ou fone 0800-7031050. Medicamento Isento de Prescrição Médica. **Trombofob pomada[®] (heparina sódica).** Indicações: distensões e contusões; tromboflebites e tromboes superficiais; infiltrados inflamatórios e hematomas; tenossinovites e epicondrites; flebites pós-injeções e venoclise. M.S.: 1.0553.0333. Medicamento isento de prescrição médica. Informações adicionais estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda – Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 – Brooklin, São Paulo / SP – Cep: 04566-905 ou fone 0800-7031050. Medicamento Isento de Prescrição Médica. Referências: 1. Trombofob[®] Gel. Bula de Produto. Abbott Laboratórios do Brasil. 2. Trombofob[®] Pomada. Bula de Produtos. Abbott Laboratórios do Brasil. 3. Colombel M. Trombophob Gel in de Unfallchirurgie. Allgemeinmedizin 1971; 47 (22): S129-30. Prod. em Jan. / 2010.

Abbott Center
Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050
www.abbottbrasil.com.br

Abbott
A Promise for Life

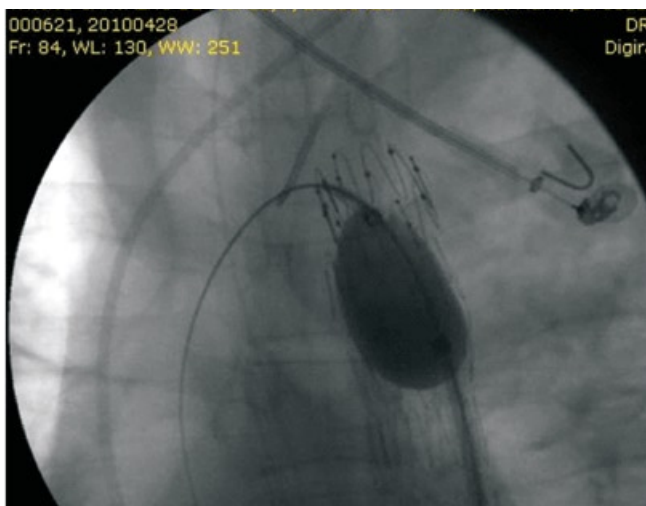


Figura 11

ATENDIMENTO INICIAL

É de fundamental importância o atendimento no local do trauma, com equipes especializadas e treinadas para reconhecimento, atendimento básico e transporte rápido para o setor de emergência. Além de fundamental importância a história do local do trauma: o mecanismo do mesmo, o uso de cinto de segurança e acionamento de “airbags”, as lesões ou morte de outros ocupantes do veículo para noção da severidade do acidente⁵.

No setor de emergência, os pacientes devem ser avaliados conforme os protocolos de suporte avançado de vida do *American College of Surgeons (ATLS)*. É garantida permeabilidade das vias respiratórias, avaliado pneumotórax hipertensivo, hemorragias, hemopericárdio. São avaliadas a circulação e a perfusão orgânica do paciente. É efetuado um exame neurológico direcionado e o paciente é completamente despido. Dessa forma, algumas lesões vasculares torácicas podem ser diagnosticadas, como pulsos cervicais e dos membros diminuídos ou ausentes ou hematomas do desfiladeiro torácico, bem como fratura do esterno, da clavícula ou da escápula^{5,6}.

Nos pacientes hemodinamicamente estáveis, deve ser usado β -bloqueador para controle da pressão arterial média (PAM) e para diminuir a força de cisalhamento (dP/dt). O alvo da PAM é de 60-70 mmHg.

Porém, se há lesão cerebral concomitante, hipotensão pode piorar o dano neurológico e uma pressão arterial normal deve ser mantida⁵.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das lesões traumáticas da aorta tem aumentado devido ao aumento do uso da tomografia computadorizada e da angiotomografia de tórax como primeira opção por apresentar uma sensibilidade de 97 – 99,3% e especificidade de 87 – 99,8%⁵. Além disso, com a melhora da resolução e diminuição do tempo do exame desse método, tende a substituir a arteriografia convencional como procedimento padrão^{1,3}, inclusive mostrado em estudo que a angiotomografia foi incapaz de diagnosticar lesões mínimas em 10%; enquanto a arteriografia, em 50%³. Atualmente, a maioria dos cirurgiões usa a arteriografia para planejar a intervenção cirúrgica.

Embora esses novos scanners apresentem resolução superior, existem novos artefatos nesses detalhados exames que geralmente precisam ser explicados, que foram descritos por Ken Mattox (cirurgião do trauma/torácico), Sal Sclafani e Bertil Leidner (radiologistas do trauma) como VOMIT (vítima da tecnologia de imagem médica)³. Logo, deve-se ter cuidado ao interpretar as imagens da angiotomografia e procurar por sinais secundários de trauma da aorta torácica, como hematoma de mediastino, para confirmar se a lesão está mesmo presente. Se houver qualquer dúvida, arteriografia se faz necessária, somando-se também ao uso do ultrassom intravascular (IVUS) durante o procedimento para definir melhor essas lesões.

TRATAMENTO

Em geral, a mortalidade associada ao tratamento das lesões contusas da aorta torácica é de 31%.

Há consideráveis controvérsias sobre o apropriado manejo desses pacientes quanto à abordagem imediata, a observação e acompanhamento radiográfico.

Isso levou Mattox e Wall a classificarem as lesões aórticas contusas em três categorias⁶ (Quadro 1):

Categoria 1: Pacientes que apresentam lesões maciças, com exsanguinação no local do acidente. As tentativas de reparo cirúrgico são universalmente infrutíferas.

Categoria 2: Pacientes que se apresentam ao setor de emergência com instabilidade hemodinâmica que responde transitoriamente ao tratamento. Pode haver tempo para obter exames e levar o paciente para o centro cirúrgico, porém a taxa de mortalidade é elevada.

Categoria 3: Pacientes hemodinamicamente estáveis, com uma lesão aórtica contusa e um hematoma bloqueado. Inicialmente, acreditava-se que esses pacientes não apresentavam lesão aórtica, porém eles são avaliados devido à história de uma lesão por desaceleração. Esse grupo de pacientes habitualmente não necessita de reparo de emergência e eles podem ser seguramente transferidos dos hospitais nos quais os reparos aórticos não são rotineiramente efetuados. Porém, o ideal é realizar a cirurgia 72h após a lesão, antes da organização fibrinosa do hematoma do mediastino.

O tempo exato da abordagem cirúrgica, aberto ou endovascular, depende das condições clínicas do paciente. Os pacientes com evidências de ruptura iminente ou extravasamento de contraste devem ser submetidos a tratamento cirúrgico imediato. Naqueles sem risco de ruptura imediata, terapia médica intensiva e estabilização permitem o manejo de outras lesões potencialmente letais primeiro.

Opções de tratamento incluem reparo aberto e endovascular. A experiência do tratamento endovascular nos traumas contusos da aorta torácica é recente, com apenas um grande estudo prospectivo e ainda nenhum estu-

do controlado e randomizado. Além do quê, há pouca informação sobre os resultados a médio e longo prazos.

Tratamento endovascular do trauma da aorta torácica vem sendo sugerido nos pacientes estáveis hemodinamicamente, nos Serviços com acesso ao material e com experiência técnica, como uma alternativa minimamente invasiva, com riscos reduzidos de sangramento e transfusões sanguíneas, disfunção pulmonar, paraplegia, mortalidade e, somado a isso, um menor tempo cirúrgico.

Em 1997, num estudo da *American Association for the Surgery of Trauma*, todos os 207 pacientes foram submetidos a reparo aberto de suas lesões aórticas comparados com apenas 35% no estudo em 2007, que foram submetidos à técnica endovascular^{1, 3, 5}. Os resultados dos pacientes nesses dois estudos mostraram melhoras significativas de um estudo para o outro na mortalidade geral (22% x 13%, $p = 0,02$) e na incidência de paraplegia (9% x 2%, $p < 0,001$). Notadamente, mortalidade após tratamento endovascular foi de 7% com apenas um caso de paraplegia (1 em 125, 1%).

Por outro lado, esse estudo não mostrou diferença no tempo de hospitalização, tempo de permanência em unidade de tratamento intensivo, tempo de dependência de ventilação mecânica ou na incidência de complicações sistêmicas como pneumonia, síndrome da angústia respiratória do adulto (SARA), sepse, infecção do trato urinário, trombose venosa profunda e falência renal.

Levando-se em consideração que as próteses atuais foram desenvolvidas para doenças degenerativas da aorta e que esse grupo de pacientes pertence a uma fai-

QUADRO 1: GRUPOS DE PACIENTES COM LESÃO DA AORTA TORÁCICA

Grupo	Descrição	Tempo para diagnóstico	Mortalidade %	Causas de morte
1	Morto/morrendo no local do acidente	<60min	100	Sangramento
2	Instável durante o transporte	1-6h	>96	Traumatismo de múltiplos sistemas
3	Estável	4-18h	5-30	Lesão cerebral

xa etária maior, algumas considerações devem ser feitas a respeito do uso dessas em pacientes jovens vítimas de trauma contuso e que podem comprometer a durabilidade, levar à migração e oclusão da prótese.

Há implicações técnicas que se referem à morfologia da aorta torácica, localização da lesão e tipo de prótese disponível, que podem interferir no resultado a curto e longo prazos.

Comparando pacientes mais velhos com doenças degenerativas com os jovens vítimas do trauma, o arco aórtico nos mais jovens é mais angulado. Pode haver dificuldade em posicionar a endoprótese devido a essa curvatura, resultando em inadequada acomodação da mesma.

Também é relatado em jovens diâmetros menores da aorta. Deve-se levar em consideração que os sistemas devem ter 10 – 20% do diâmetro da área de ancoragem e que os dispositivos foram desenvolvidos para aortas de pacientes mais velhos e com aneurismas. Se for escolhida uma endoprótese com diâmetros maiores do que o recomendado, pode-se ocasionar uma fixação e adaptação inseguras, “endoleak”, colapso e até morte por oclusão aguda da aorta.

O local da lesão é, na maioria das vezes, ao nível do ligamento arterioso, distal à origem da artéria subclávia esquerda. Porém, dependendo da localização exata da lesão, a artéria subclávia esquerda pode ser coberta pela endoprótese. Nessas situações, um estudo da anatomia do sistema vertebrobasilar é fundamental para evitar complicações neurológicas. O posicionamento proximal da endoprótese na aorta pode aumentar riscos de acidentes vasculares encefálicos e isquemia do membro superior esquerdo. Por isso, deve-se indicar a revascularização da artéria subclávia quando temos artéria vertebral esquerda dominante, origem aórtica da mesma e pacientes com membro esquerdo dominante.

CONCLUSÃO

Existe uma série de vantagens do tratamento endovascular do trauma contuso da aorta torácica, como evitar toracotomia ou esternotomia, ventilação de um só

pulmão, bypass cardiopulmonar, menor tempo cirúrgico, clampeamento da aorta e menos paraplegia, menos sangramento e hemotransfusões, mostrando que o procedimento é possível com baixas taxas de morbidade e mortalidade. Dispositivos desenvolvidos especificamente para o trauma devem ser urgentemente desenvolvidos. Contudo, mesmo com resultados promissores, a durabilidade a longo prazo do reparo endovascular deve ser ainda acompanhada de perto.

Referências Bibliográficas

1) Freezor RJ, Jr PJH, Martin TD, Klodell CT, Beaver TM, Lottenberg L, Martin LC: Endovascular Treatment of Traumatic Thoracic Aortic Injuries. J American College of Surgeons 2009, 208, N°. 4:510-516.

2) Asmat A, Tan L, Caleb MG, Lee C, Robless PA: Endovascular Management of Traumatic Thoracic Aortic Transection. Asian Cardiovascular & Thoracic Annals 2009, vol 17, N°. 5: 458-461.

3) Atkins MD, Marrocco CJ, Bohannon WT, Bush RL: Stent-Graft Repair for Blunt Traumatic Aortic Injury as the New Standard of Care: Is There Evidence? J Endovascular Therapy 2009; 16 (Suppl I): 153-162.

4) Barnard J, Humphreys J, Bittar MN: Endovascular versus open surgical repair for blunt thoracic aortic injury. Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery 2009, 9: 506-509.

5) O'Connor JV, Byrne C, Scalea TM, Griffith BP, Neschis DG: Vascular injuries after blunt chest trauma: diagnosis and management (Review). Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2009, 17: 42.

6) Wall MJ, Huh J, Mattox KL: Traumatismo Vascular Torácico. RUTHERFORD – Cirurgia Vascular, Sexta Edição, Volume Um, Capítulo 71, 1017-1028.

7) Aun R, Puech-Leão P, Netto BM: Lesões Vasculares Traumáticas e Iatrogênicas – Tratamento Endovascular. CARLOS JOSÉ DE BRITO – Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular e Angiologia, Segunda Edição, Volume 2, Capítulo 76, 1461-1468.

Nessa seção, publicamos os resumos dos trabalhos vencedores do Prêmio Unimed Panamerican - 2010, realizado durante o XI Congresso Panamericano de Cirurgia Vascular e Endovascular, que aconteceu entre os dias 2 e 6 de novembro no Rio de Janeiro (*confira a cobertura do evento na seção Informangio*). Foram premiados trabalhos de Temas Livres, divididos em três categorias: Doença venosa, Temas especiais e Aneurisma da aorta. Os resumos dos trabalhos contemplados em 1º lugar na premiação estão aqui publicados. Na categoria Doença venosa, dois trabalhos ficaram empatados com a 1ª colocação, e portanto ambos ganharam espaço nas páginas da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Endovascular treatment of Abdominal Aortic Aneurysm

PRÊMIO UNIMED PANAMERICAN - 2010 - TEMAS LIVRES
1º LUGAR - ANEURISMA DA AORTA

BACKGROUND

The abdominal aortic aneurysm (AAA) is caused by a non specific degenerative process (commonly considered atherosclerosis) in 95% of patients and may be symptomatic or not. Endovascular treatment of aortic disease represents a new alternative to conventional surgery, being less invasive, especially for patients at high surgical risk, with lower morbidity and mortality.

METHOD

A prospective study to evaluate the morbidity and mortality in 30 days, 125 patients with AAA treated by endovascular technique, from January 2007 to September 2010. Of the patients 8% were female and 91% male, with ages ranging from 54 to 86 years. The patients underwent AngioCT 40 channels, respecting the diagnosis and measures for the implant of the stent. A ZENITH stent graft was used in 124 cases. In 02 cases we used a aorto monoiliac stent graft plus femoro-femoral crossover bypass and in 122 cases a bifurcated stent graft. In one case an Endologix stent graft was used.

RESULTS

In this series, there were 03 deaths (2.7%), 02 cases resulting in aortic rupture and 01 case of renal failure and pneumonia on the 11th POD. In 01 case failure occurred in the release of the stent, requiring conversion. A leak occurred in 4 patients, being Type I in 01 case, and Type II in 03 cases of endoleak Type II. We had 02 cases of acute artery occlusion

of the iliac extension on the 3rd day and 27th POD, corrected with femoro-femoral cross over bypass. Accidental occlusion of the renal artery occurred in 03 cases, all immediately corrected with brachial access stenting.

CONCLUSION

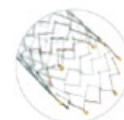
The endovascular technique is presented as a good alternative in the treatment of AAA.

Astron Pulsar Flexibilidade em destaque



Astron Pulsar 4mm - Stent de Nitinol Auto-expansível

- > Excelente flexibilidade
- > Compatibilidade de todas medidas com introdutor 4F
- > Revestido com PROBIO®



A BIOTRONIK continua a entregar os melhores produtos em suas mãos.

América Latina - Brasil
SupriMedical
Representante: Instituto Vascular e Transcatheter Lab

BIOTRONIK
excellence for life

Prospective and randomized study comparing polidocanol foam sclerotherapy with surgery for the treatment of venous ulcers in patients from HC-FMUSP

PRÊMIO UNIMED PANAMERICAN - 2010 - TEMAS LIVRES

1º LUGAR - DOENÇA VENOSA

OBJECTIVE

To compare foam polidocanol with surgery for the treatment of venous ulcer, analyzing ulcers healing, incidence of complications and improvement in life quality of the patients with venous disorders from the vascular service of HC-FMUSP

MATERIAL AND METHODS

During the period from 07/08/07 to 28/02/10, 51 consecutive limbs of 49 patients with primary chronic venous insufficiency, active ulcer (C6) and saphenous venous insufficiency were prospectively randomized into 2 groups, treated by either surgery (28 limbs) or foam sclerotherapy (23 limbs). Patients of both groups answered the Aberdeen questionnaire of quality of life and were analyzed and classified according to CEAP. The follow up was of 502 ± 220 days.

RESULTS

The ulcer healed in 28 patients (100%) of the surgical group and 19 patients (91.3%) of sclerotherapy group, without statistical difference ($P=0.19$ - Test of Fisher). However it took a shorter time in the patients of surgery group to heal the ulcer. The incidence of complications was of 14,2% in the group of surgery and 13.0% in sclerotherapy group ($P=1.0$, test of Fisher). There were four cases of new ulcer in the sclerotherapy group and two among the surgical patients ($P=0.39$, test of Fisher). Both treatments had provided significant improvement in patients lives. In the sur-

gical group, the medium venous clinical severity score went from 12,5 to 3,39 and the index of incapacity due to venous disorder went from 2,14 to 1,18 ($P 0,001$ for both, Test of Wilcoxon). The same happened in the group treated with polidocanol foam: the clinical venous severity score went from 12,26 to 4,26 and the index of incapacity due to venous disorder went from 2,00 to 1,09 ($P 0,001$ for both, Test of Wilcoxon). The scores of damage in the quality of life, initially high in both the groups had also suffered important reduction. The values before the treatment had been of 40,31 and 37,72 for the groups of surgery and sclerotherapy respectively. At the end of the follow up, these values were of 12,30 and 15,95 in the respective groups ($P 0.001$ for both, Test of Wilcoxon). When the clinical results and quality of life are compared between the two groups, there were no differences in the final results analyzing clinical venous severity score, incapacity due to venous disorder and damage in quality of life ($P=0.58$, 0,66 and 0,45, respectively, test U of Mann-Whitney).

CONCLUSIONS

The two methods lead to the healing of the wounds, without statistical differences. There were significant improvement of the venous clinical severity score, index of incapacity due to venous disorder in both groups, demonstrating satisfaction and improvement in quality of life. The sclerotherapy was not inferior to the surgical treatment. It is an alternative treatment for patients with high surgical risk, or health politics publish for treatment of advanced venous insufficiency with ulcer in activity.



DRS. J.F. FREIRE¹, O.B. JACOBSEN¹, G.G. BIASI², B.F. PILAN², N.F. DELMONTE³, G.P. OLIVEIRA⁴, G.J.D.P. MOLINARI⁴, C.A.F. BOSNARD⁵, B. DI BERNARDO, A.T. GUILLAUMONT⁶

¹ Residente do 2º ano de Cirurgia Vascular do HC-Unicamp

² Residente do 2º ano de Cirurgia Geral do HC-Unicamp

³ Residente do 1º ano de Cirurgia Vascular do HC-Unicamp

⁴ Residente de Cirurgia Endovascular do HC-Unicamp

⁵ Assistente da Disciplina de Cirurgia Vascular do HC-Unicamp

⁶ Livre Docente; Chefe da Disciplina de Cirurgia Vascular do HC-Unicamp

Endovascular management of central venous total obstruction in hemodialysis patients - evaluation of the clinical outcomes

PRÊMIO UNIMED PANAMERICAN - 2010 - TEMAS LIVRES
1º LUGAR - DOENÇA VENOSA

INTRODUCTION

Central venous stenosis is a significant clinical problem that most commonly results from use of catheters as access for hemodialysis. It can lead to venous hypertension with upper extremities edema, development of collateral circulation and chronic pain. It can also diminish flow and cause arteriovenous fistula malfunction. In the past, open surgery treatment has shown durability but was associated with significant morbidity. Percutaneous treatment developed as an efficient alternative, with low complications and acceptable patency rates. Central venous total obstructions present a challenge in the endovascular treatment and only with more experience will the success rate improve.

OBJECTIVE

The purpose of this study is to evaluate the clinical outcomes of endovascular procedures for treatment of central venous total obstructions in hemodialysis patients.

METHODS

All endovascular procedures performed for venous stenosis and occlusions in hemodialytic patients from September 2003 to August 2010 were evaluated retrospectively. The patients who presented only peripheral stenosis were excluded from the study. The data collected was tabulated and statistically analyzed.

RESULTS

Sixty-eight endovascular procedures were performed on 53 patients, age ranging from 24 to 75 years (mean

age 51.6y); there were 28 males (53%) and 25 females (47%). Thirty-three patients had previously used a central catheter as access. As for the clinical presentation, 81% of the patients presented upper extremities edema, 19% presented breast and facial edema, 45% developed collateral circulation, 26% evolved with fistula malfunction and 9% did not have a viable access. Eleven patients had a pre-operative ultrasonography and two had an angiotomography. All of them were submitted to flebography, where 25 total occlusions, 15 90-99% stenosis, 12 70-90% and 1 50-69% were observed. Concerning the total obstructions, lesion sites were 9 axillary/subclavian veins, 14 brachiocephalic veins, 1 superior vena cava and 1 inferior vena cava. Those cases were treated with 7 angioplasties and 10 stenting implantations; 8 cases were not successful. Technical success rate was 0%, 33%, 75%, 83% and 77%, from 2006 to 2010, respectively. There were 7 minor complications: 4 vein perforations, 1 hemotorax, 1 access thrombosis and 1 infected hematoma; and 1 major complication - 1 myocardial infarction, without further events. The median follow up was 256 days (63 to 988d) and 4 patients had no follow up. There were 4 reinterventions in 3 patients: one of them unsuccessful in the fourth post-operative month, two - on the same patient - in the fourth and sixth month and one in the fifth month.

CONCLUSION

Percutaneous treatment of central venous occlusions is effective and presents good patency and low major complication rates. Although multiple procedures are sometimes needed, as the vascular surgeon gets more used to it, there is an improvement in technical success, as well as symptomatic relief and dialysis flow.

DRS. FRANCISCO CARDOSO BROCHADO NETO¹, ALINE YOSHIMI FUTIGAMI², SUELLEN STEVAM TIMOTHEO², ANA CAROLINA DE OLIVEIRA CALIXTRO², DIOGO PIRES SANTOS², MAURICIO HIROSHI YAMADA³, MARCELO JORGE KALAF⁴, MARCOS ROBERTO GODOY⁴, MARCELO FERNANDO MATIELO⁵, ROBERTO SACILOTTO⁶

¹ Cirurgião Vascular, assistente e preceptor de Residência Médica em Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

² Residente do 2º ano de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

³ Cirurgião Vascular do 1º ano de Especialização em Cirurgia Endovascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

⁴ Cirurgião Vascular e Médico assistente do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

⁵ Cirurgião Vascular e Médico assistente e preceptor de Residência Médica em Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

⁶ Cirurgião Vascular e Diretor Técnico do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

The basilic vein as an autogenous conduit for lower extremity vein graft revisions

PRÊMIO UNIMED PANAMERICAN - 2010 - TEMAS LIVRES
1º LUGAR - TEMA LIVRE - ESPECIAL

INTRODUCTION

About 20% of the patients submitted to lower extremity vein grafts will develop important stenosis at the body of the graft or at the native arteries, which represents a threat to its patency. One extension graft is usually performed when exists a long stenosis. The use of the autogenous grafts is preferred because of the lesser infection risk when compared to prosthetic ones. There is no consensus about which would be the best conduit when the great saphenous vein is unavailable. We have chosen the basilic vein as a conduit because of its deeper location in the arm, protected from punctures and its large caliber compatible to the femoral vessels.

OBJECTIVES

To evaluate the basilic vein as an alternative of autogenous conduit for lower extremity vein graft revisions when the saphenous vein is unavailable.

METHODS

Fifteen vein grafts revisions were performed between 1991 and 2009 when long critical stenosis was present, using the basilic vein. It was used as a single segment in 11 cases; basilic-cephalic handle in two cases; and two venovenostomy compositions. All graft revisions were performed in patients with graft at risk of occlusion identified at surveillance protocol. These patients were asymptomatic in 46,7% and with critical limb ischemia in 53,3%. The basilic vein was used when the great saphenous vein was unavailable. The group was formed by eight men and seven wo-

men. The main risk factor was hypertension in 66,7% and the mean age was 70,6 years. The basilic vein was used as proximal revision in seven cases, distal extension in seven cases and interposition vein graft in one case. The data were analyzed by Kaplan-Meier life-table and log-rank test.

RESULTS

From all 15 revisions performed, the primary patency was 65,6% and the secondary patency was 71,1% in a 24 months follow-up, with acceptable standard error within the first year. The estimates of limb salvage was 72,6% in a 24 months follow-up, with acceptable standard error within the first year. The overall survival was 78,3% in a 24 months follow-up, with acceptable standard error until 5 months. The stratification of the graft revisions showed a secondary patency of proximal revision better than distal extension (87,5% X 50%) in a 24 months follow-up, with unacceptable standard error. The estimates of limb salvage were 50% in the group of the distal extensions and 100% in the group of the proximal revisions in a 24 months follow-up. The estimates of survival were 71,4% in the group of the distal extensions and 72,9% in the group of the proximal revisions in a 24 months follow-up, with unacceptable standard error. The operatory mortality was 6,6%. We observed that seven patients continued independent with their social activities, five patients partially dependent and three patients dependent.

CONCLUSION

The basilic vein with its anatomic features, including short length and deeper location, may be used as a conduit in vein graft revisions successfully, especially as proximal revision, being a good choice to the treatment of long critical stenosis in these vein graft.

DRS. MARCELO DE AZEVEDO DAHER¹, WARLEY DIAS SIQUEIRA MENDES², ELIMÁRIO FERREIRA DA SILVA³, BRENO PAES DE SOUZA³, THIAGO AZEVEDO ROCHA³, NILO PINTO LOPES LOUREIRO⁴, SIMONE DO CARMO SILVA LOUREIRO⁵

¹ Cirurgião Vascular da Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo - RJ

² Mestre e Doutor em Cirurgia Vascular pela UFRJ/ Especialista em Cirurgia Endovascular pela SBACV

³ Cirurgião Vascular da Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo - RJ

⁴ Cirurgião Vascular da Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo - RJ/ Membro Titular do CBC / Membro Efetivo da SBACV

⁵ Cirurgião Vascular da Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo - RJ/ Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV

Tratamento minimamente invasivo de pseudoaneurisma de artéria femoral profunda

RESUMO

O tratamento dos pseudoaneurismas da artéria femoral profunda ganhou importância no cenário cirúrgico vascular, devido ao aumento de sua incidência após procedimentos médicos diagnósticos ou terapêuticos sobre os vasos femorais e como complicações de fraturas do terço proximal do fêmur.

Devido à sua localização anatômica, na profundidade da musculatura da coxa, entre o vasto medial e os músculos adutores, posterior à veia femoral, o acesso cirúrgico pode tornar-se um desafio frente a uma situação de urgência, podendo causar aumento de morbidade pós-operatória.

Neste artigo, apresentamos um caso em que um volumoso pseudoaneurisma do terço distal da femoral profunda se desenvolveu cinco meses após fratura causada por projétil de arma de fogo sobre o fêmur esquerdo, que foi tratado com embolização por molas e posterior drenagem do hematoma residual.

INTRODUÇÃO

O pseudoaneurisma da artéria femoral profunda pode ser causado por lesões iatrogênicas após procedimentos diagnósticos ou terapêuticos nas proximidades dos vasos femorais ou após fraturas do terço proximal do fêmur. Pode ser reconhecido precocemente ou crescer insidiosamente e aparecer somente após semanas ou meses do trauma inicial¹.

Após a lesão parcial da parede da artéria, ocorre o extravasamento de sangue para os tecidos adjacentes, formando uma cavidade com cobertura endotelial em continuidade com o defeito arterial, posteriormente formando uma parede de fibrina, coágulo organizado e tecido conectivo².

O tratamento é sempre cirúrgico, visando o acesso

ao hematoma pulsátil e correção do defeito na parede arterial ou ligadura do vaso acometido.

Ultimamente, tem se proposto o tratamento por via endovascular com a embolização terapêutica por molas ou trombina como alternativa menos invasiva³.

Tratamos um caso de um paciente jovem com um pseudoaneurisma traumático de artéria femoral profunda esquerda através de embolização por molas e posterior drenagem do hematoma residual com sucesso.

RELATO DE CASO

Paciente de 29 anos, sexo masculino, vítima de projétil de arma de fogo transfixante na coxa esquerda em dezembro de 2008. Foi submetido a tratamento cirúrgico de urgência visando a fixação interna de fratura do terço proximal do fêmur. Teve alta hospitalar sem sintomas vasculares.

Cinco meses após deu entrada novamente no serviço de emergência com a presença de grande massa e edema acentuado em raiz da coxa esquerda. Dor intensa, calor, rubor e febre evoluindo há aproximadamente 24 horas (Figs. 1 e 2). Pulsos pediosos presentes. Apresentava proteína c-reativa de 100,3 mg/dl e velocidade de hemossedimentação de 75 mm na primeira hora. Níveis de eletrólitos e escórias nitrogenadas normais. Hematócrito de 28%, hemoglobina de 8,1g% e leucócitos de 6.360/mm³ com 1% de bastões.

A tomografia computadorizada evidenciou grande massa em raiz da coxa esquerda em proximidade com os vasos femorais.

Foi submetido ao estudo arteriográfico, que evidenciou volumoso pseudoaneurisma de artéria femoral profunda esquerda (Fig. 3).

Foi programado o tratamento em duas etapas, a primeira endovascular e a segunda cirurgia aberta. O proce-



Fig. 1 – Hematoma em raiz da coxa esquerda



Fig. 2 – Grande hematoma em raiz da coxa esquerda, vista lateral

dimento inicial foi de embolização, realizado através de punção arterial femoral direita e introdução de bainha 5f. Após cateterização seletiva da artéria femoral profunda contralateral, foram liberados dentro do saco aneurismático treze molas do tipo “Gianturco” e “Bird Nest” para oclusão total do pseudoaneurisma (Fig. 4).

Após 24h do tratamento inicial, o paciente foi levado para o centro cirúrgico para realizar a segunda etapa do tratamento com a drenagem do hematoma residual (Fig. 5). A cirurgia foi realizada através de uma incisão oblíqua na face medial da coxa.

Evoluiu no pós-operatório com redução acentuada do edema da coxa (Figs. 6 e 7). O paciente teve alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório, após certificarmos ausência de infecção ou descompensação vascular.

Durante acompanhamento ambulatorial, desenvolveu um pequeno granuloma nos pontos da drenagem do hematoma, que deu saída a uma das molas utilizadas no procedimento, vindo a cicatrizar completamente depois (Fig. 8). Após 10 meses, o paciente permanece assintomático, tendo retornado normalmente às suas atividades laborativas.

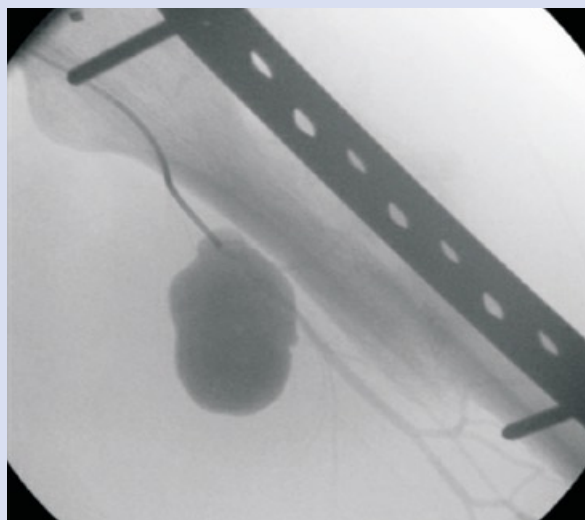


Fig. 3 – Arteriografia demonstrando pseudoaneurisma em terço médio de artéria femoral esquerda

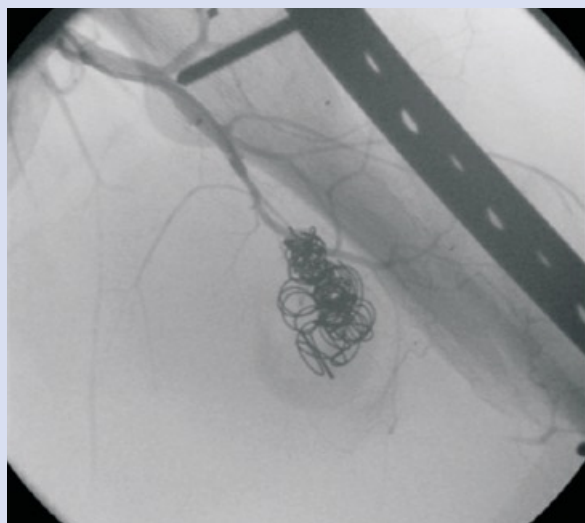


Fig. 4 – Pseudoaneurisma ocluído após introdução de molas de tipo Gianturco e Bird Nest



Fig. 5 – Hematoma residual drenado por incisão em face medial da coxa esquerda



Fig. 6 – Redução do edema



Fig. 7 – Redução acentuada do edema após drenagem do hematoma residual

DISCUSSÃO

Os aneurismas femorais verdadeiros são muito raros e representam cerca de um terço de todos os aneurismas periféricos, sendo os da femoral profunda mais raros ainda, correspondendo de 0,5% a 1% destes. Já os pseudoaneurismas femorais são mais frequentes, podendo ocorrer após intervenções diagnósticas ou terapêuticas sobre os vasos femorais ou nas proximidades destes, alcançando até 8% dos procedimentos intervencionistas⁴.

Podem ocorrer semanas ou meses após fraturas do terço proximal do fêmur em uma incidência de 0,21% dos casos⁵. Esta apresentação clínica tardia deve-se à localização da artéria femoral profunda, na intimidade do tecido muscular da coxa, determinando sintomas somente quando atinge grandes proporções, geralmente resultando em ruptura e hemorragia.

O acesso cirúrgico pode ser dificultado pela distorção anatômica causada pela lesão expansiva e infiltração hemorrágica muscular. O tratamento compressivo guiado por eco-Doppler não se mostra adequado, pois nesta lo-

calização não há reparo anatômico contra o qual possa ser comprimido, como acontece ao nível da femoral comum. Como são lesões expansivas e hemorrágicas que, na época do diagnóstico, geralmente apresentam tamanho muito aumentado, tem se proposto o tratamento por via endovascular, com embolização com molas, fragmentos de gelfoam, cola cirúrgica ou trombina, que podem ser as melhores opções terapêuticas nestes casos.

No presente caso, o paciente teve uma lesão parcial da parede arterial que poderia ter sido causada por fragmentos ósseos ou por propagação de energia cinética, térmica ou mesmo mecânica pelo projétil de arma de fogo na época do acidente, vindo a desenvolver o pseudoaneurisma somente cinco meses após o acidente.

Ao chegar no pronto-socorro, já apresentava sinais de ruptura na coxa devido ao volume que a lesão tinha alcançado.

Após o tratamento por embolização e oclusão do aneurisma por trombo, decidimos pela drenagem do hematoma residual, apesar do risco de deslocamento das molas, porque havia uma grande quantidade de sangue coagulado no terceiro espaço, o que seria um facilitador de infecção e morbidade. Procedimento este que foi realmente benéfico, pois se conseguiu uma redução significativa do edema e aceleração da recuperação pós-operatória.

CONCLUSÃO

O caso relata um tratamento bem sucedido de tratamento endovascular de uma lesão de difícil acesso cirúrgico, devido à sua localização em compartimento profundo na coxa, sem causar lesões importantes, demonstrando que, dependendo da situação clínica, patologias consideradas eminentemente cirúrgicas de urgência podem ser conduzidas de forma pouco invasiva.



Fig. 8 – Mola expulsa através de granuloma da incisão cirúrgica, antes da cicatrização completa

Referências Bibliográficas :

1. Unay K, Poyanli O, Akan K, Poyanli A. Profunda femoris artery pseudoaneurysm after surgery and trauma. *Strategies Trauma Limb Reconstr.* 2008 Dec;3(3):127-9.
2. Fordyce A. False aneurysm of the profunda femoris artery following nail and plate fixation of an intertrochanteric fracture. Report of a case. *J Bone Joint Surg Br.* 1968 Feb;50(1):141-3.
3. Walker TG, Geller SC, Brewster DC. Transcatheter occlusion of a profunda femoral artery pseudoaneurysm using thrombin. *AJR Am J Roentgenol.* 1987 Jul;149(1):185-6.
4. Brito C. J. *Cirurgia vascular, endovascular e angiologia.* 2008; Segunda edição.
5. Cowley A, Williams D, Butler M, Edwards A, Parsons S. Pseudo-aneurysm of the profunda femoris artery as a late complication of hip fracture in a patient with myelodysplasia. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007 Oct;89(7):W4-6.
6. Rapoport S, Sniderman KW, Morse SS, Proto MH, Ross GR. Pseudoaneurysm: a complication of faulty technique in femoral arterial puncture. *Radiology.* 1985 Feb;154(2):529-30.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

*Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents*

nano
*Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta*

intimal
suprimentos médicos

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 - Rio de Janeiro - RJ
PABX: (21) 2225-5572 - intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

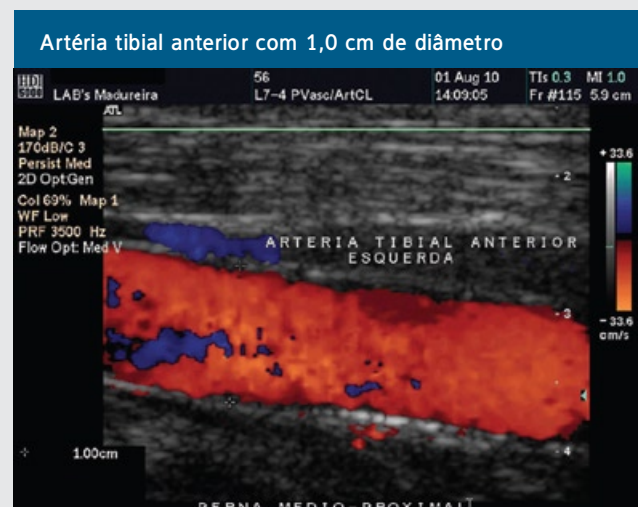
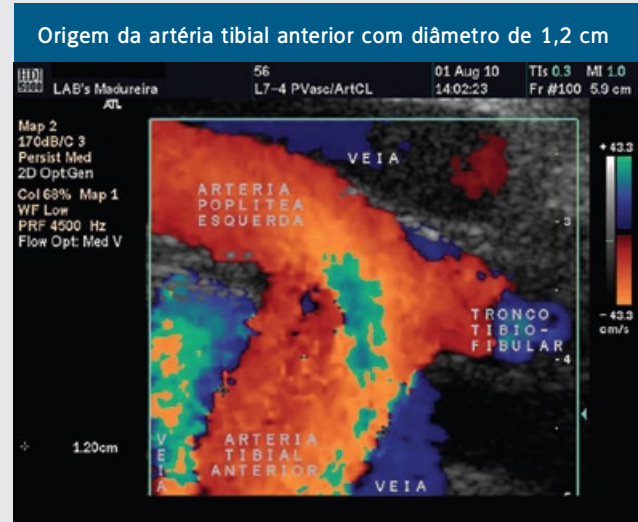
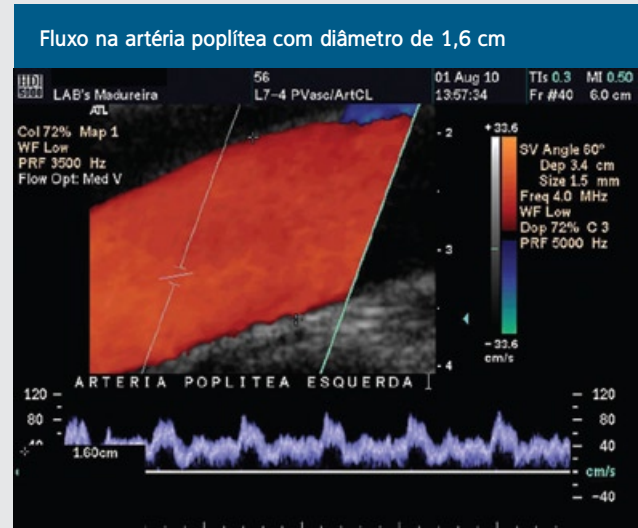
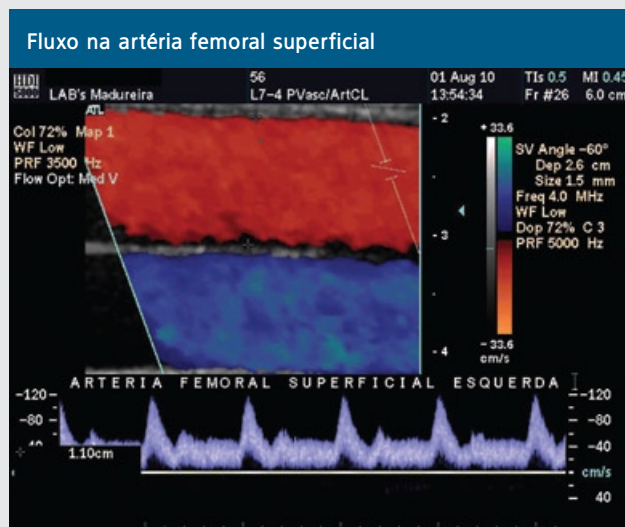
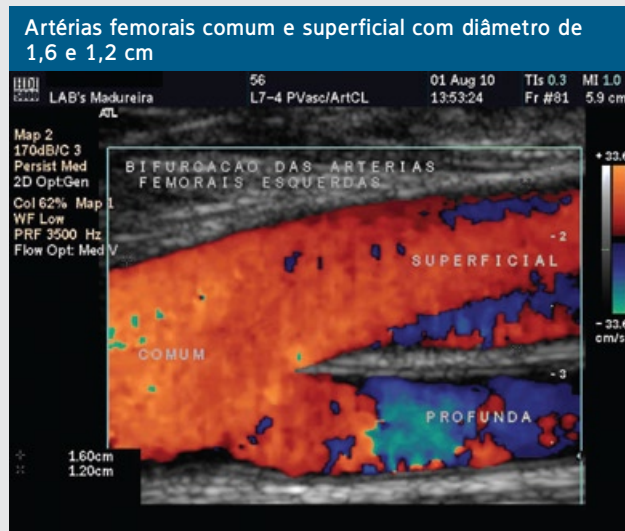
NOVOS PRODUTOS
COM TECNOLOGIA
DE PONTA.

Programação Visual - www.ummodo.com.br

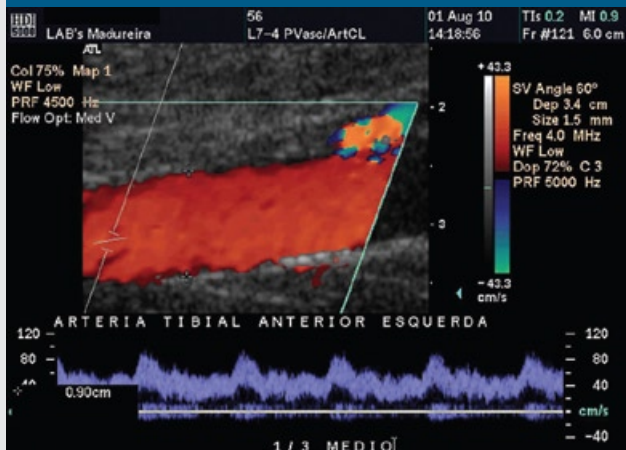
Fístula artério-venosa traumática entre os vasos tibiais anteriores

CASO 1:

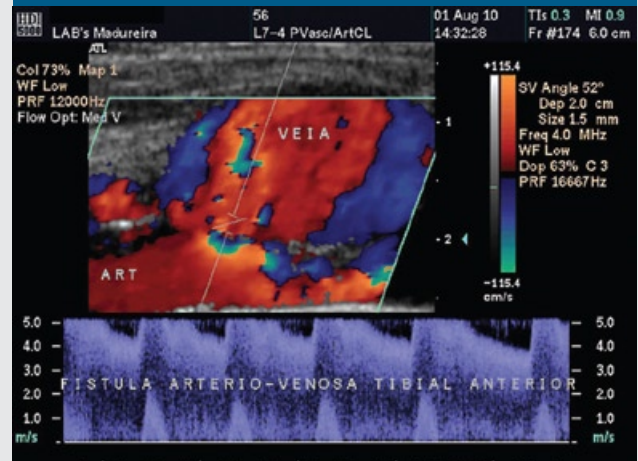
Paciente do sexo masculino, 56 anos, com trauma fechado do membro inferior esquerdo há 10 anos por queda de laje. Reparar no calibre regularmente aumentado no eixo arterial fêmoro-poplíteo-tibial anterior proximal, apresentando fluxo de resistência bastante reduzida. O retorno venoso fistular é intenso e arterializado pela veia tibial anterior proximal, drenando para o eixo venoso fêmoro-poplíteo.



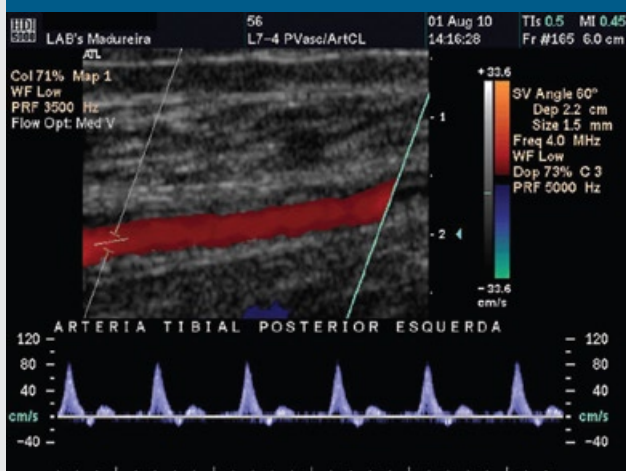
Fluxo na artéria tibial anterior proximal com 0,9 cm de diâmetro



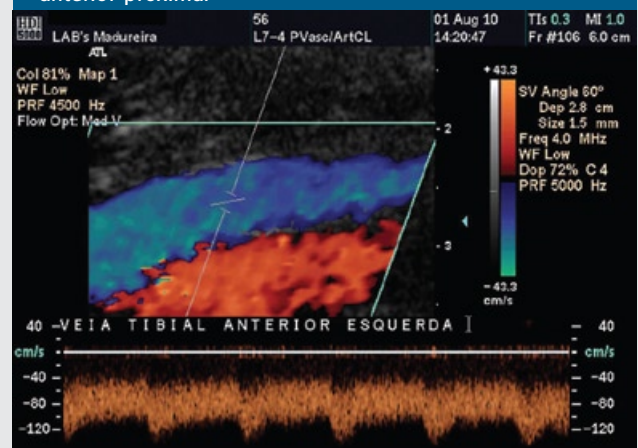
Fluxo turbulento e de velocidades bastante elevadas na fístula



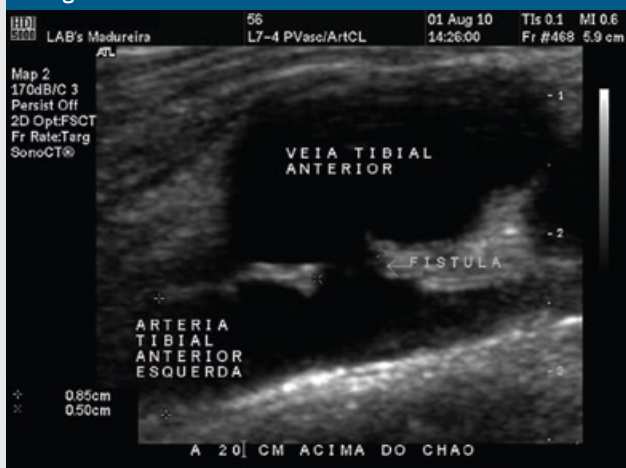
Artéria tibial posterior com calibre e fluxo normais



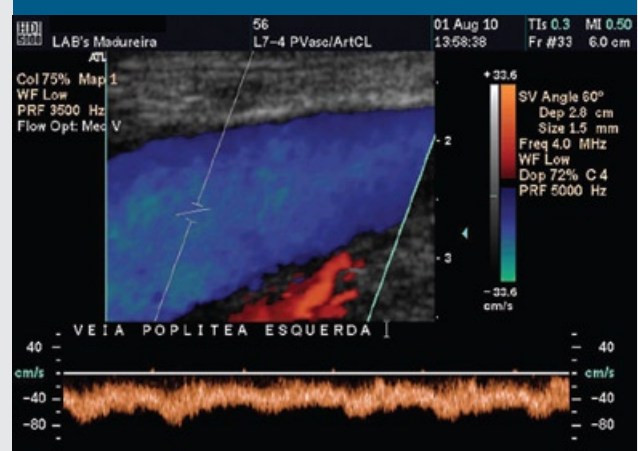
Fluxo espontâneo intenso e arterializado na veia tibial anterior proximal



Fístula artéria/veia tibiais anteriores em preto & branco - longitudinal

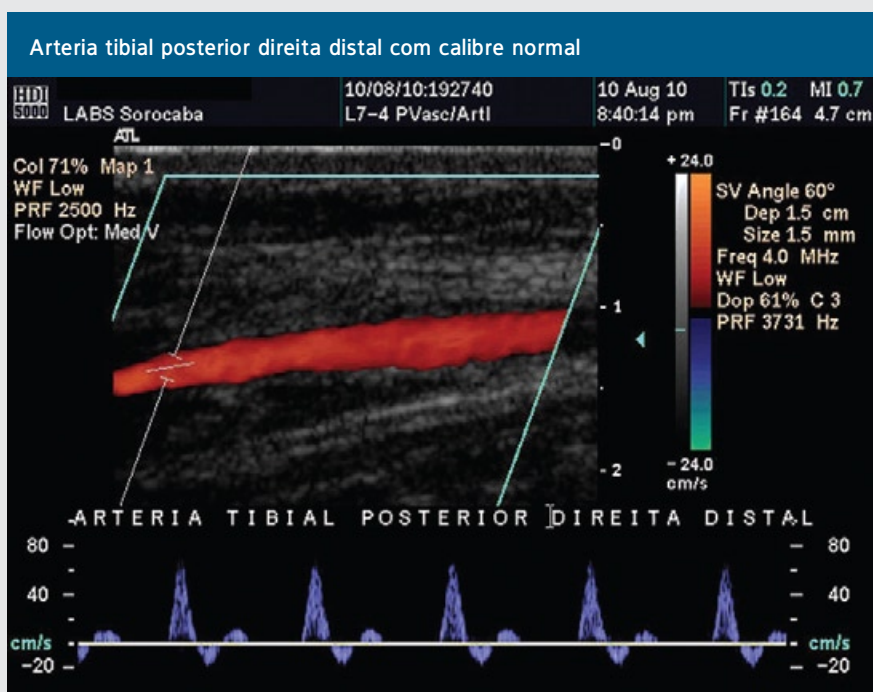
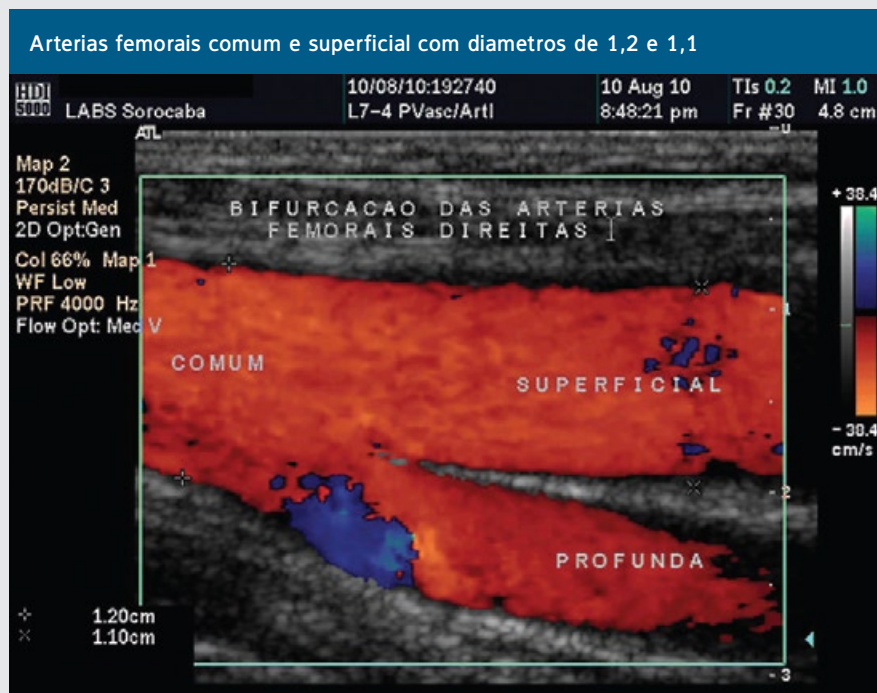


Fluxo espontâneo na veia poplitea

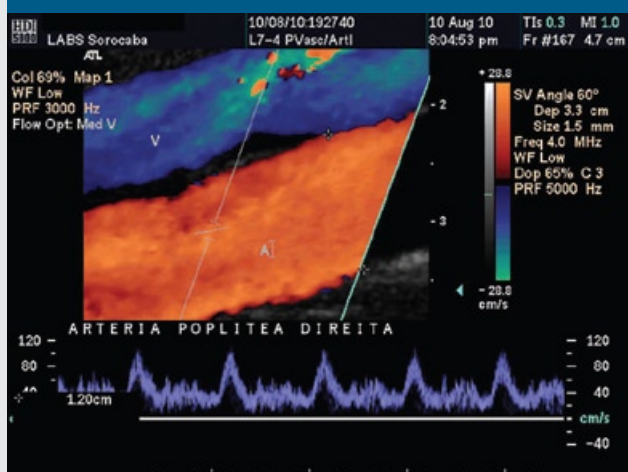


CASO 2:

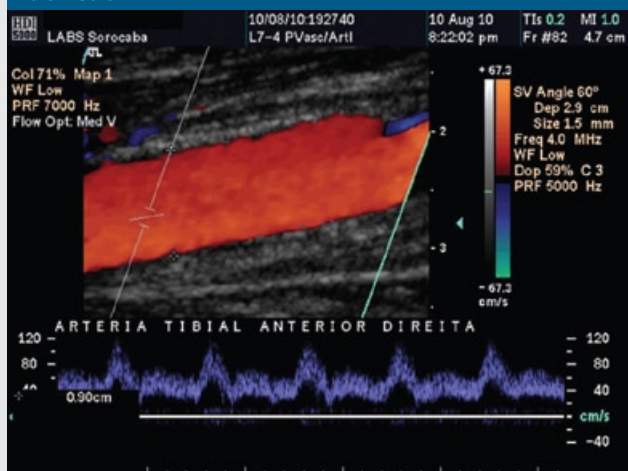
Paciente do sexo masculino, 31 anos, com trauma perfurante do membro inferior direito há 6 anos por pistola de pregos. Como curiosidade o exame foi realizado apenas 9 dias após o caso anterior.



Fluxo na artéria poplíteia com diâmetro de 1,2 cm



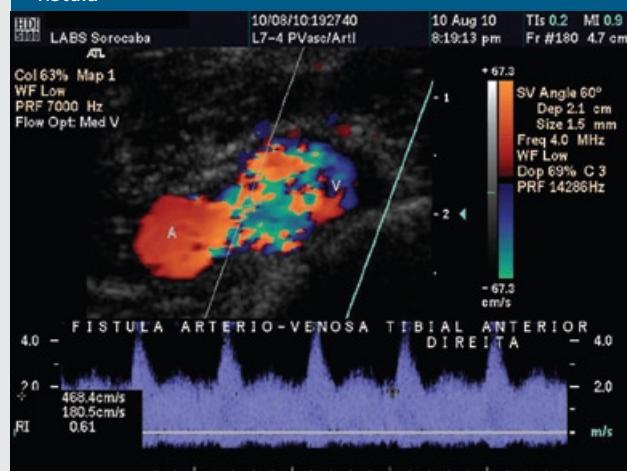
Fluxo na artéria tibial anterior proximal com 0,9 cm de diâmetro



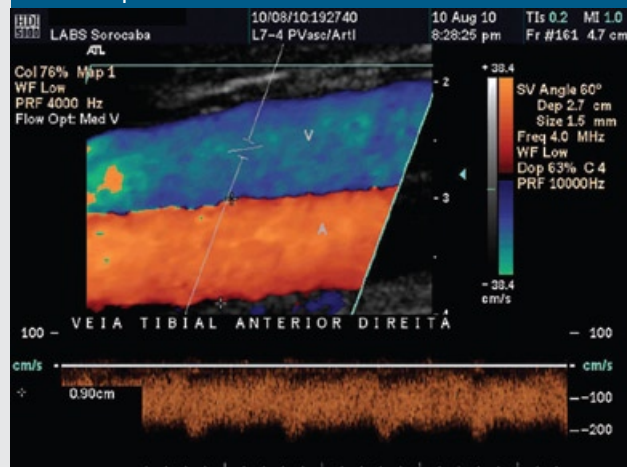
Fístula artéria/veia tibiais anteriores em preto & branco - transversal



Fluxo turbulento e de velocidades bastante elevadas na fístula



Fluxo espontâneo intenso e arterializado na veia tibial anterior proximal



A Cirurgia Vascular e a Coloproctologia: Existe interface?

Se ficarmos apenas no campo da formalidade técnica, podemos dizer que não. Na AMB não há, oficialmente, uma definição de interface (“Área de Atuação”) envolvendo estas duas especialidades. Na vida prática, a resposta adequada é um enfático “sim”. Primeiro exemplo: a hemorragia colônica, modernamente investigada por angiografias que podem delimitar a origem e extensão do problema. A hemorragia colônica é um problema complexo cujo diagnóstico topográfico é indispensável para correta abordagem, frequentemente cirúrgica. É totalmente frustrante para o cirurgião indicar uma colectomia total por não estar certo do local afetado no colo. Quando dispomos da informação precisa de uma angiografia, possibilitando uma ressecção segmentar, chegamos no ponto adequado de tratamento eficaz e seguro para nossos pacientes. Outro exemplo, desta vez no sentido inverso: o cirurgião vascular liga a artéria mesentérica inferior para tratamento de um aneurisma da aorta abdominal. Todos sabemos que esta manobra pode ter como consequência o sofrimento vascular do colo sigmóide e para este diagnóstico o exame adequado é a colonoscopia. Novamente, Coloproctologia e Cirurgia Vascular ocupando campos semelhantes de trabalho.

Recentemente, recebi um honroso convite da Sociedade Peruana de Cirurgia Vascular para uma apresentação envolvendo a hemorragia colônica, mostrando cabalmente o interesse dos cirurgiões vasculares por este tema.

Claro que na maioria das especialidades cirúrgicas estes mesmos mecanismos vão se repetir, mas, no caso das nossas especialidades, temos decisões graves em pacientes idosos com risco elevado de insucesso, caso estas decisões não sejam bem pesadas.

Mesmo antes de atuarmos, ainda na fase de tomada de decisões, existe uma situação clássica que exige ponderação dos dois especialistas: o paciente portador de aneurisma de aorta e tumor de colo. O que operar em primeiro lugar? Muito já se falou e muito já foi escrito e publicado para orientar a terapêutica destes casos. Não há uma receita definitiva, em cada caso particular o especialista decidirá de acordo com suas convicções e sua experiência.

Trabalhando em hospitais públicos por mais de trinta anos, tive a honra e a grande satisfação de conviver com alguns dentre os mais afamados e competentes cirurgiões vasculares do país. Este convívio, harmonioso e enriquecedor, é um exemplo sucinto da colaboração na área da cirurgia. É um grande benefício para nossos pacientes e um fator de aprimoramento para os especialistas envolvidos.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



Condux Consultoria Empresarial
contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP. 20.061-030

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

Consulte profissionais qualificados que possam simular os efeitos e demonstrar através da contabilidade os reais custos e benefícios do seu negócio, seja o seu consultório, clínica ou hospital.

Tel/Fax

(21) 3203-4348

HOMENAGEM AO PROFESSOR MAFFEI

O XI Congresso Panamericano de Cirurgia Vascular e Endovascular reservou espaço para uma homenagem especial ao Professor Francisco Humberto de Abreu Maffei.

No terceiro dia do evento, a Dra. Regina Moura subiu ao tablado do Hotel Intercontinental, em São Conrado, Rio de Janeiro, para homenagear o Professor Maffei, considerado o pioneiro em diversas atividades,



Drs. Sergio S. Leal de Meirelles, Ivanésio Merlo, Enrico Ascher, Manuel Julio Cota Janeiro, Merisa Garrido, Emil Burihan, Carlos Jose de Brito, Francisco Humberto de Abreu Maffei e sua esposa Dra. Verena Maffei, Marcio Castro e Silva e Marcio Meirelles



Drs. Enrico Ascher, Francisco Humberto de Abreu Maffei, José Luís Camarinha do Nascimento Silva, Verena Maffei e Sergio S. Leal de Meirelles

entre elas a criação da disciplina de Cirurgia Vascular, da linha de pesquisa em Trombo Embolismo Venoso e da Residência Médica em Cirurgia Vascular.

O Professor Emérito da FMB-UNESP já foi Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional São Paulo e também da Nacional. Aposentado desde 2008, o Professor colhe os frutos de sua dedicação à Medicina.

XI PANAMERICANO

A décima primeira edição do Congresso Panamericano de Cirurgia Vascular e Endovascular aconteceu entre os dias 2 e 6 de novembro, no Hotel Intercontinental, em São Conrado, Rio de Janeiro.

O evento contou com a participação de 23 convidados internacionais, vindos de países como Dinamarca, Portugal, Suécia, Irlanda, Itália, Alemanha e EUA.

Foram 150 temas livres, divididos nas seguintes categorias: carótida, veias, doença arterial visceral, doenças arteriais dos membros inferiores, trauma, doenças da aorta, aneurisma arterial periférico, além de apresentações de trabalhos diversos, agrupados na sessão miscelânea. Cada apresentador teve o prazo de 8 minutos para exposição.

No programa científico, foram 144 temas, abordados em painéis, conferências e mesas-redondas. Ao longo das apresentações, os congressistas puderam participar, formulando perguntas e debatendo com os palestrantes.

O Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, ressaltou a qualidade da organização do evento, sob o comando dos Drs. Enrico Ascher, José Luís Camarinha do Nascimento Silva e Sergio Leal de Meirelles. “É um evento que sempre traz novidades e facilita a vida dos profissionais que estão no Rio, que podem assistir a um congresso internacional de grande porte sem ter muito custo, sem sair da cidade”, diz o Presidente da Regional.

Os sócios adimplentes da SBACV desembolsaram apenas metade do valor da inscrição.

A originalidade e ousadia, consideradas como pontos determinantes do evento pela comissão organizadora, estiveram presentes mais uma vez no Congresso deste ano, agora sob a forma de novidades na organização científica e social. Dr. Sergio Leal de Meirelles, Secretário-Geral da

SBACV-RJ, destacou uma das novidades: a apresentação de vídeos editados, em que a cirurgia era apresentada de forma objetiva. “Foi interessante porque isso não havia acontecido ainda: uma sessão onde você podia ter uma noção completa da dificuldade do cirurgião, das decisões que ele tomou, de uma forma objetiva e com bastante interação dos congressistas”, diz ele.

PRÊMIO UNIMED PANAMERICAN – 2010 *

O último dia do evento teve direito a premiação. O prêmio Unimed Panamerican - 2010 contemplou diversos trabalhos de temas livres, nas categorias doença venosa, aneurisma da aorta e temas especiais.

TEMAS LIVRES – DOENÇA VENOSA

1º lugar (houve empate) - artigo “Prospective and randomized study comparing polidocanol foam sclerotherapy with surgery for the treatment of venous ulcers in patients from HC-FMUSP”, apresentado pela Dra. Inez Ohashi Torres e artigo “Endovascular Management of Central Venous Total Obstruction in Hemodialysis Patients - Evaluation of the Clinical Outcomes”, apresentado pela Dra. Juliana Fonseca Freire.

3º lugar - artigo “Profile of the foring thrombophilian in patiens with superficial and deep venous thrombosis accompanied in the service vascular surgery Mandaqui Hospital Complex”, apresentado pelo Dr. Adriano Pastorelli Machado de Lima.

TEMAS LIVRES – ANEURISMA DA AORTA

1º lugar - artigo “Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm”, apresentado pelo Dr. Rafael Guimarães Cerqueira.

2º lugar - artigo “Endovascular treatment of embolic disease originating from the non-aneurysmatic aorta”, apresentado pela Dra. Marcia Maria Morales.

3º lugar - artigo “Normothemic distal bypass versus cold crystalloid perfusion for renal protection during toracoabdominal aorta aneurysm repair in patiens with non-dialytic kidney dysfunction”, apresentado pela Dra. Marcia Maria Morales.

TEMAS LIVRES – ESPECIAL

1º lugar - artigo “The basilic vein as na autogenous conduit for lower extremity vein graft”, apresentado pela Dra. Aline Yoshimi Futigami.

2º lugar - artigo “Arterial Collateral branches of the foot: one option for the treatment of clinical limb ischemia”, apresentando pela Dra. Suellen Stevam Timotheo.

3º lugar - artigo - “Saphenous vein grafts stenoses in infrainguinal revascularizations - prevalence study”, apresentado pela Dra. Marina Barros Mourão.

*O resumo dos artigos premiados em primeiro lugar se encontram na seção “Artigos Científicos” desta publicação.

PREMIAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS

O Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Antônio Pedro mostra presença marcante em Florianópolis ao participar do X Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Cone Sul, organizado pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular e ocorrido entre os dias 22 e 24 de outubro de 2010. Representado por seu Chefe, Dr. Paulo Edu-

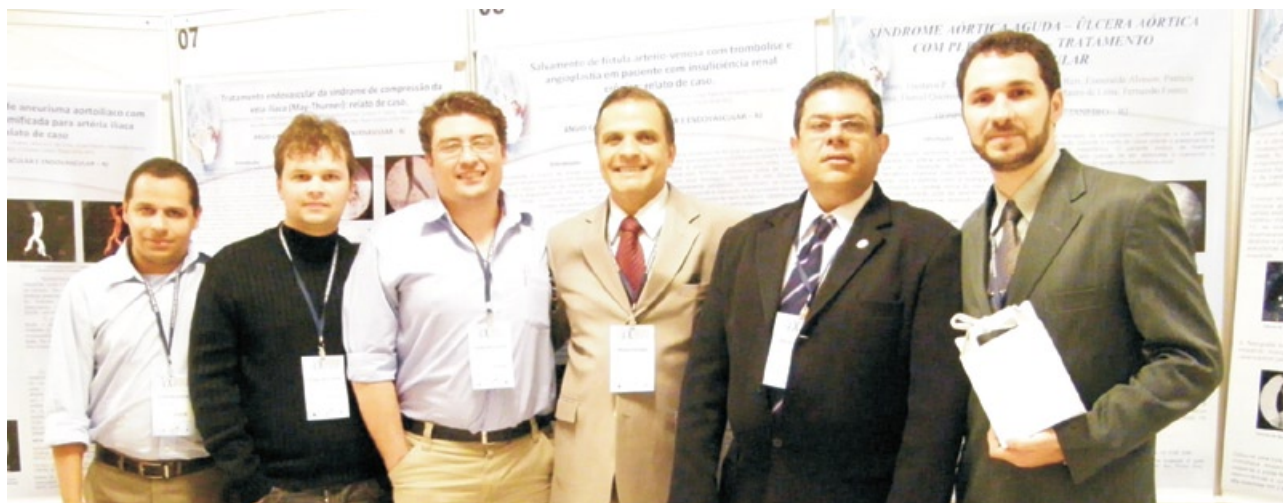
ardo Ocke Reis, seus Residentes Daniel Neves e Jorge Ribeiro, Pós-Graduandos Márcio Cerbazzi e Mauro Lima e pelo Dr. Gustavo Solano, ex-Residente do Serviço, apresentaram trabalhos realizados a partir de casos do HUAP e da clínica privada do Dr. Paulo Ocke (Angiocare). Dos 16 trabalhos que concorreram a prêmios, sete pertenciam ao grupo e, dentre eles, foi premiado o trabalho intitulado “Tratamento Convencional e Endovascular para Rara Associação de Patologias:

Síndrome da Veia Cava Superior e Aneurisma Aorto-ilíaco – Controle Após 12 Meses”, realizado a partir do relato de um caso do HUAP

O Dr. Paulo Ocke destacou-se ainda ao proferir a palestra “Isquemia Crítica de Membros Inferiores. Impacto da Terapia Celular e Gênica em Modelo Animal” em uma sessão dedicada à Pesquisa e Desenvolvimento.

Em evento do mais alto nível, que contou com con-

vidados internacionais e os mais renomados cirurgiões vasculares do Brasil, o grupo recebeu elogios de seus pares pela diversidade, produção científica e qualidade dos trabalhos apresentados, enaltecendo o nome da Universidade Federal Fluminense ao dar visibilidade ao serviço de Cirurgia Vascular do HUAP e demonstrar a qualidade dos profissionais que ali trabalham ou são formados.



Integrantes do Serviço de Cirurgia Vascular do HUAP e o Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular em foto durante o evento (Da esquerda para a direita: Dr. Mauro Lima – Pós-graduando, Dr. Jorge Ribeiro – Residente, Dr. Daniel Neves – Residente, Dr. Paulo Ocke – Chefe do Serviço, Dr. Guilherme Pitta – Presidente da SBACV, Dr. Gustavo Solano – Ex-Residente).

SEMANA DE SAÚDE VASCULAR

Em mais uma edição, a Semana Estadual de Saúde Vascular beneficiou a população, a Sociedade e os residentes. A Semana ocorre tradicionalmente antes do Dia do Médico, 18 de outubro, mas este ano o evento foi adiado, e aconteceu entre os dias 25 e 29 de outubro. O adiamento se deveu à preocupação em manter a qualidade do evento, que poderia ser comprometida pelo feriado prolongado.

Como de costume, a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro buscou um tema de interesse público, que permitisse a aproximação da Sociedade com a população. Depois abordar nos eventos anteriores temas como varizes, saúde vascular na gravidez e pé diabético, chegou a vez da saúde vascular dos homens, tema escolhido para a sexta edição da Semana.

A eleição do tema vai ao encontro da Política Nacional do Homem, lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde. A nova política foi elaborada tendo em vista o fato de que os homens não procuram por atendimento médico, o que impede o diagnóstico precoce das doenças e pode dificultar o tratamento. O Ministério da Saúde associa esta relação distante entre os médicos e os homens a uma questão cultural. Por isto, o evento focou não só as possíveis patologias que podem ser desenvolvidas pelos homens, mas também a importância do atendimento médico, procurando desfazer o mau hábito.

Com o tema “A saúde precisa circular por todo o seu corpo: Consulte um angiologista ou cirurgião vascular”, as ações da Semana buscavam conscientizar os homens sobre a importância de se cuidar da saúde. E o slogan utilizado em todas as peças publicitárias da Semana levava a essa reflexão: “Quem se cuida, não perde o melhor da vida”.

Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, Presidente da Regional, falou sobre as dificuldades enfrentadas: “A verba este ano foi limitada, o que de certa forma limitou as ações da Sociedade. Apesar disso, conseguimos alcançar o objetivo, que é chamar atenção para as patologias. É importante que os homens passem a procurar os angiologistas para tratar de suas doenças, já que acima dos 50 anos há o aumento na incidência das patologias vasculares”, diz ele.

Durante a semana, foram distribuídas 10 mil cartilhas e foram expostas mais de 20 placas de outdoor em todo o estado do Rio de Janeiro.

Todo ano, a Sociedade conta com o apoio e a participação dos seus sócios na realização da Semana, pois são eles os responsáveis pelo contato direto com a população. A Sociedade elabora os materiais, mas são os especialistas, espalhados por todo o estado, que distribuem as cartilhas e cartazes, em palestras que visam informar as comunidades locais sobre a prevenção e tratamento das doenças vasculares. As cartilhas e as apresentações em Power Point mais uma vez foram disponibilizadas para os associados, estreitando também o relacionamento da Sociedade com seus sócios.

Dr. Sergio Leal de Meirelles, Secretário-Geral da SBACV-RJ, destacou a participação dos sócios na Semana de Saúde Vascular. “O evento esclarece o que é patologia vascular, o que é ser um cirurgião vascular e o que a Angiologia acompanha. Nem sempre os sócios percebem o alcance social do evento, que não gera recursos de forma imediata e direta, mas existe um grupo atuante que faz o evento acontecer”.

Todos ganham com a participação no evento. Para a população, é uma oportunidade de aprender sobre os cuidados com a saúde vascular. Para os médicos, uma forma de divulgar a especialidade, uma vez que a população, já mais consciente das atribui-

ções dos angiologistas e cirurgiões vasculares, passa a procurar os especialistas com maior frequência. Para os residentes, a participação nas Semanas Estaduais de Saúde Vascular representa, de acordo com o Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Rossi Murilo, “além do estreitamento da relação com a nossa Sociedade, uma oportunidade de desenvolver o contato com os pacientes, propiciando uma relação médico-paciente ideal, sob supervisão”.

Como nos anos anteriores, o evento chamou atenção da imprensa e notícias sobre a iniciativa da Sociedade foram publicadas na internet e em emissoras de rádio como a Rádio Globo, CBN e Rádio Nacional.



VI Semana Estadual de
Saúde Vascular
Saúde Vascular do Homem



**Quem se cuida, não perde
o melhor da vida.**

Confraternização e atualização em Angra dos Reis

As Reuniões Científicas Fora de Sede, com discussões científicas de qualidade e atividades de confraternização entre os colegas e seus familiares, já são uma tradição na Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. E, entre os dias 24 e 26 de setembro, a Regional realizou mais uma dessas reuniões de sucesso, dessa vez no Hotel Porto Real – Resort & Marina, em Angra dos Reis.

Sob a organização dos Drs. Sergio Almeida Nunes, da Seccional Baía de Ilha Grande, e Simone do Carmo Loureiro, da Seccional Metropolitana 2, o evento, mais uma vez, trouxe atualização científica e diversão para os angiologistas e cirurgiões vasculares do estado. Os participantes foram recebidos na noite de sexta-feira, 24 de setembro, com um coquetel de boas-vindas e jantar.

No dia seguinte, a manhã foi de intensos debates científicos. A programação teve início com a apresentação do Dr. Marcelo de Azevedo Daher sobre Tratamento minimamente invasivo de pseudo-aneurisma de artéria femoral profunda (o resumo do trabalho pode ser lido na seção Relato de Caso II desta revista), com debates dos Drs. Antonio Feliciano Neto, Breno Caiafa e Cristina Rigueti. Na sequência, foi apresentado o tema Aneurisma de artéria esplênica – Experiência de 06 casos com tratamento endovascular, pelo Dr. Rodrigo Cunha. Os debates ficaram a cargo dos Drs. Helen Pessoni, Joé Sestello e Luiz Henrique Coelho.

Após um breve intervalo, as discussões começaram com a apresentação pela Dra. Renata Villas-Bôas do tema Lesão Vascular complexa de membro superior, com debates dos Drs. Francisco Sahagoff, Gustavo Solano, Luiz Carlos Soares Gonçalves e Marcio Leal de Meirelles. A última apresentação do dia foi feita pelo Dr. José Carlos Moreira Jannuzzi, com uma Análise de custos no consultório médico. Debateram a questão os Drs. Maria de Lourdes Seibel, Vitória Edwiges Teixeira de Brito e Wagner Marcondes.

Terminados os debates, os participantes foram brinda-

dos com um almoço de confraternização no Hotel. À noite, após uma tarde de relaxamento e passeios pela bela Angra dos Reis, os angiologistas e cirurgiões vasculares presentes no evento participaram de um jantar e Luau. Um dos destaques desta Reunião Científica Fora de Sede foi a confraternização dos associados aprovados no último Concurso de Título de Especialista.

No domingo, 26 de setembro, depois de uma manhã livre, os participantes se encontraram para um último almoço juntos, e em seguida regressaram para suas cidades, descansados e atualizados.



Especialistas presentes no evento



Drs. Sergio S. Leal de Meirelles, Manuel Julio Cota Janeiro, Maria de Lourdes Seibel, Simone Loureiro, Gina Mancini e Luis Henrique Coelho



Plenário



Drs. Manuel Julio Cota Janeiro e Sérgio S. Leal de Meirelles



Drs. Manuel Julio Cota Janeiro, Simone Loureiro e Sergio Alves Nunes



Dr. Sergio Alves Nunes



Drs. Sergio Alves Nunes, Claudia Rosa Enes Cota, Simone Loureiro, Manuel Julio Cota Janeiro e Sergio S. Leal de Meirelles



Dr. Luis Carlos Soares Gonçalves

NACIONAIS

XIX Encontro de ex-estagiários do serviço de cirurgia vascular do Hospital da Beneficência Portuguesa

Data: 12 de fevereiro de 2011

Local: São Paulo - SP

Site: <http://www.wix.com/ivcbev/ecovascularsp>

II Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 24 a 27 de fevereiro de 2011

Local: Guarujá - SP



39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 11 a 15 de outubro de 2011

Local: Anhembi – São Paulo

INTERNACIONAIS

Vascular Annual Meeting da American Vascular Association (AVA)

Data: 16 a 18 de junho de 2011.

Local: Chicago-EUA

CURSOS

Concurso de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 02 a 04 de dezembro de 2010

Local: São Paulo - SP

Concurso para Área de atuação em Cirurgia Endovascular

Data: 03 a 04 de novembro de 2010

Local: São Paulo – SP



Data: 06 a 09 de abril de 2011

Local: Hotel Windsor – Barra - RJ

SBACV RJ

57 anos a serviço da Angiologia e Cirurgia Vascular.

Cebralat[®]

cilostazol

Caminhar é preciso. Prevenir é necessário.⁽¹⁾

- Aumento da distância caminhada na DAP⁽²⁾
- Prevenção secundária do AVC⁽³⁾
- Prevenção de re-estenose coronária⁽⁴⁾



Comprimidos
UM MÊS DE TRATAMENTO

Apresentações:

Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 50mg
Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 100mg



CEBRALAT cilostazol 50 mg e 100 mg com 30 ou 60 comprimidos USO ORAL e USO ADULTO Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral. **Resultados de Eficácia:** Estudos demonstraram que CEBRALAT aumenta a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável em cerca de 3-4 semanas. A capacidade do cilostazol em aumentar a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável foi estudada em 8 grandes estudos, randomizados, placebo-controlados, duplo-cegos, com 12-24 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diários/via oral (n=303); 200 mg/diários/via oral (n=998) e placebo (n=973). A eficácia foi determinada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em esteira rolante. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significativos nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobreviverem (distância máxima caminhada). O efeito do cilostazol na distância caminhada foi observado já no primeiro ponto de observação da terapia de 2-4 semanas. Por meio de oito ensaios clínicos, a taxa de aumento da distância máxima caminhada nos pacientes tratados com cilostazol 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral expressos como porcentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28%-100%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de - 10%-41%. **Contraindicações:** Portadores de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula; com distúrbios hemostáticos; com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Estudos de cerca de 6 meses mostraram que, neste período, os pacientes permaneceram relativamente estáveis. O risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (reversível após descontinuação) quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. Não foram avaliados pacientes com insuficiência hepática moderada a severa, sendo recomendado cuidado especial. Pacientes com insuficiência renal (CL_{cr} 25 mL/min) devem ser cuidadosamente acompanhados (não se sabe se o cilostazol é removido por diálise). Pacientes idosos: pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. **Interações medicamentosas:** Devese ter cautela quando co-administrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). Dilatarem: aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1: pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas/ e alterações de exames laboratoriais:** As reações mais comuns foram: cefaleia, 27 e 34 % para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 14% para placebo; diarreia e fezes anormais, 12 e 15% para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 4% para placebo; dor abdominal, 4 e 5% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 3% para placebo; palpitações, 5 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 1% para placebo; tontura, 9 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 6% para placebo. **Posologia:** 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da co-administração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e diliazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/2 vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompeia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Franciotti, 88/Embu- SP/CNPJ61.230.314/0005-07/PRODUTO-MB0X-08/Serviço de Atendimento LIBBS: 0800040135044. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. **Documentação Científica e informações adicionais** estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **Referências Bibliográficas:** (1) NORGREN, L. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg, v.33, Suppl.1, p.S1-75, 2007. (2) HIATT, W.R. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. Atheroscler Suppl, v.6, n.4, p.21-31, 2006. (3) HUANG, Y.N. Cilostazol reduces cerebral hemorrhage in secondary stroke prevention: a multicenter, randomized, double-blind, aspirin control study. Cerebrovasc. Dis., v.23, suppl.2, p.32, 2007. (4) DOUGLAS JUNIOR, J.S. et al. Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. Circulation, v. 112, n.18, p.2826-32, 2005.**

CONTRAINDICAÇÃO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTICOAGULANTES

 **08000-135044**
libbs@libbs.com.br

LIBBS
cardiovascular

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

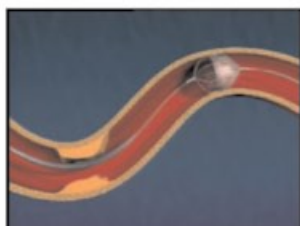
TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART
Control™



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Portes de acesso venoso totalmente implantáveis com câmara de titânio e cobertura em MBS

B | BRAUN