



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

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



SBACV-RJ empossa segunda mulher a exercer o cargo de presidente e a primeira que atua fora da capital

ARTIGO CIENTÍFICO I

Estenose artéria hepática após transplante hepático

ARTIGO CIENTÍFICO II

Tratamento clínico da doença arterial periférica aterosclerótica de membros inferiores

ARTIGO CIENTÍFICO III

Dissecção de aorta tipo B crônica associada a aneurisma de arco aórtico

ENCONTRO CARIOCA

Temas e debates que enriquecem nossas especialidades

ENTREVISTA

Estoicismo e a conexão com o paciente

MÍDIAS SOCIAIS PARA VASCULARES

Redes sociais: espaço para manter relação com o paciente e divulgar seu trabalho

Revista de Angiologia e
de Cirurgia Vascular
nº 01/2024

VIABAHN



**ENDOPRÓTESE
RAMIFICADA DE ILÍCA**

VBX

**ENDOPRÓTESE TORACICA
REPOSICIONAVEL**

Sobre nós

Produtos minimamente invasivos com a confiança, segurança e qualidade que só a Invasive pode oferecer! Distribuímos produtos médicos de alta qualidade e inovação que aumentam as opções de tratamento, restauram a saúde e melhoram a qualidade de vida dos pacientes.

Contato

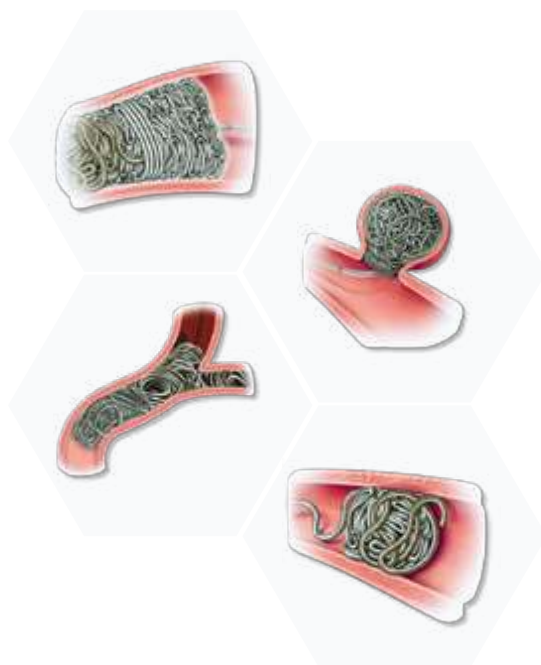
+55 21 2480-2075 | +55 41 99173-6491 MKT
invasive-rj@invasive.com.br
invasive.com.br

Penumbra 

LIGHTNING FLASH

Trombectomia Mecânica

Transformando vidas através da saúde



PALAVRA DA PRESIDENTE	07
Compromisso e determinação	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO	08
O sócio é a nossa prioridade	
PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL	09
Continuaremos inovando em ações para benefício do associado	
EDITORIAL	11
A revista da SBACV-RJ nas plataformas de áudio	
ARTIGO CIENTÍFICO I	12
Estenose artéria hepática após transplante hepático – Relato de Caso	
ARTIGO CIENTÍFICO II	18
Tratamento clínico da doença arterial periférica aterosclerótica de membros inferiores	
ARTIGO CIENTÍFICO III	25
Dissecção de aorta tipo B crônica associada a aneurisma de arco aórtico. Tratamento híbrido em caráter de urgência – Relato de caso	
INCUBADORA CIENTÍFICA	28
Como fazer uma pesquisa para se atualizar em um tema ou responder uma questão?	
ARTIGO CIENTÍFICO – REGRAS	36
Regras para envio de artigos científicos	
ESPECIAL	41
SBACV-RJ empossa segunda mulher a exercer o cargo de presidente e a primeira que atua fora da capital	
ENCONTRO CARIÓCA	45
Encontro Carioca: temas e debates que enriquecem nossas especialidades	
ENTREVISTA	47
Estoicismo e a conexão com o paciente	
MÍDIAS SOCIAIS PARA VASCULARES	50
Redes sociais: espaço para manter relação com o paciente e divulgar seu trabalho	
VOZ DA NACIONAL	53
SBACV anuncia projetos de suporte técnico e consultoria jurídica para seus associados	
MEMÓRIA SBACV-RJ	54
SBAng & SBACV: de René Fontaine a Michael E. DeBakey	
INFORMANGIO / EVENTOS	56

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 01 – 2024

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

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

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Executivo

Breno Calafá

Vice-Presidente Científico

Almar Assumpção Bastos

Secretário-Geral

Adriana Rodrigues Vasconcelos

1º Vice- Secretário

Antonio Feliciano Neto

2º Vice- Secretário

Carolina Heil Arostegui Pacheco

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Leonardo Lucas Aguiar

2º Tesoureiro

Cristina Riguetti

Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

1º Vice-Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

2º Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações

Eduardo Trindade Barbosa

2º Vice-Diretor de Publicações

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

1º Vice-Dir de Defesa Profissional

Adilson Toro Feitosa

2º Vice-Dir de Defesa Profissional

João Augusto Bille

Diretor de Patrimônio

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Patrimônio

Gisele Cardoso Silva de Sena

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Renata Abinader

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretor de Eventos

Juliana de Miranda Vieira

2º Vice- Diretor de Eventos

Natalia Delmonte

Coor de Apoio a Eventos

Helena de Oliveira Santos

Diretor de Informática

Ana Paula de Abreu Parente

Vice-Diretor de Informática

Lucia Helena Souza Soares

2º Vice-Diretor de Informática

Patrícia Caneschi Moreira

Dire de Planejamento Estratégico

Fernando Linarde Piccoli

1º Dir de Planejamento Estratégico

Pedro Portilho

2º Dir de Planejamento Estratégico

Camila Mancini

Diretor de Mídias Sociais

Leonardo Stambowsky

1º Vice-Dir de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

2º Vice-Dir de Mídias Sociais

Marina Bocalletti

Diretor de Marketing

Marco Carneiro Teixeira

1º Vice-Diretor de Marketing

Ana Cristina Engelke Abrantes

2º Vice-Diretor de Marketing

Bruno Morisson

Diretor de Ensino Médico

Stenio Karlos Alvin Fiorelli

1º Vice-Diretor de Ensino Médico

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Ensino Médico

Érica Flammariom Baioneta Vasconcellos

Coordenação de Apoio Editorial

Douglas Poschinger Figueiredo

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Alda Candido Torres Bozza

Antonio Rocha Vieira de Melo

Arno Buettner von Ristow

Carlos José Monteiro de Brito

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Marília Duarte Brandão Panico

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Sérgio S. Lealde Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

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

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada da Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Comissão da Mulher Especialista**

Lucia Helena Souza Soares

Renata Abnader

Maria Meliande Abreu Jorge

Relacionamento SMS

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlo Sassi

Responsabilidade Civil Médica

Átila Brunet di Maio

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Luiz Alexandre Essinger

Câmara Técnica

Joe Sestello

Deontologia Médica

Hugo Marques Tristão

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Carlos Enaldo

Comissão de Residência Médica Médica

Carmen Lucia Lascasas Porto

Associações Médicas

Ricardo Francisco de Castro

Cirurgia Endovascular

Eurico Alves Nunes

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO**Pós-Graduação**

Bernardo Massière

Metodologia Científica

Adilson Feitosa

Educação Continuada

Thiago Coutos

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Lipedema**

Ana Paula Peclat

Doença Cérebro-Vascular

Marcelo Pinto Maximo Ballero

Isquemia Intestinal

Fabio de Almeida Leal

Doença Reno-Vascular

Alexandre Cesar Jahn

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Marcus Humberto Tavares Gress

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Diogo Ribeiro Alves

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Raphael Fernandes Prins y Guerrero

Bernardo Malta Pinto da Silva

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Abdominal

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Aneurisma Esplânico

Carlos Guilherme Boeta Neves da Silveira

Aneurisma Periférico

Fernando Tebet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Tromboembolismo Venoso

Camila Provençano

Tromboembolismo Pulmonar

Manuel Julio Cota Janeiro

Insuficiência Venosa

Rodrigo Neves Lopes

Escleroterapia Química

Helen Personi

Pedro Menezes Garcia de Freitas

Crioesccleroterapia

Esmeralda Allinson Aparcana Canales

Escleroterapia com Espuma Densa

Antonio Carlos Leal Sant Anna

Carina Brandão Barbosa

Bernardo Senra Barros

Laser Transdérmico

Luciana Lopes Gila

Termoablação por Radiofrequência

Raphaella Ferreira Gatts

Claudia Salvador Amorim

Marcello Capela Moritz

Termoablação por Endolaser

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Gisele Cardoso Silva de Sena

Angiodisplasias

Marcus Antonio Vieira Siqueira

Microcirculação

Mauricio Ricardo Nobre Machado Zanillo

Vasculites

Ana Letícia de Matos Milhomens

Acessos Vasculares

Guilherme Farne de Amoedo

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcio Gomes Filippo

Traumatismos Vasculares

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Latrogênicas

Felippe Beer

Glauca Moreira Barbosa da Silva

Transplante Renal

Guilherme Nogueira Dutra

Pé Diabético

Luiz Alberto Cerqueira Duque

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Rochado Mayall

Feridas

José Amorim de Andrade

Mária de Lourdes Seibel

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Alessandra Fois Câmara

Carmen Las Casas

Clóvis Bordini Racy Filho

Eglina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Yanna Cristina Moreira Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

Bernardo de Castro Abi-Rama Chimelli

Leonardo Silveira de Castro

Mauricio Abi-Rama Chimeli

Rogerio Cerqueira Garcia de Freitas

Fórum Científico

Marise Claudia Muniz Almeida

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

CONSELHO CONSULTIVO

Almar Assumpção Bastos

Breno Calafá

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos José Monteiro de Brito

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

SECCIONAIS
COORDENAÇÃO

João Roberto Chaves de Almeida

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE



NOROESTE FLUMINENSE 1

Diretor: Alexandre Funes

Cidades: Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana, Itaíva, Lajes do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai.



NOROESTE FLUMINENSE 2

Diretor: Marcelo Naegle Serafini

Cidades: Itaocara, Aperibé, Cambucí, Santo Antônio de Pádua, Miracema e São José de Ubá.

REGIÃO NORTE FLUMINENSE



NORTE FLUMINENSE 1

Diretor: Marcelo Nascimento

Cidades: Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã



NORTE FLUMINENSE 2

Diretor: Leandro Naked Chalita

Cidades: Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana

REGIÃO METROPOLITANA



METROPOLITANA 1

Diretor: Gustavo Solano

Cidades: Niterói



METROPOLITANA 2

Diretora: Elimário Ferreira da Silva

Cidades: Bangu, Santa Cruz e Campo Grande



METROPOLITANA 3

Diretora: Camila Provençano

Cidades: Nova Iguaçu



METROPOLITANA 4

Diretor: José Nazareno

Cidades: São Gonçalo



METROPOLITANA 5

Diretor: Felipe Souza Garcia de Sá

Cidades: Duque de Caxias



METROPOLITANA 6

Diretor: George Luiz Marques Maia

Cidades: Rio Bonito



METROPOLITANA 7

Diretor: Gláucia Marques Alves Vieira

Cidades: Magé e Guapimirim



REGIÃO DA COSTA VERDE

Diretor: Sergio Almeida Nunes

Cidades: Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.



REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

Diretor: João André Mattos Dias Serra e Gurgel

Cidades: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim



REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

Diretor: Paloma Areas

Cidades: Três Rios, Areal Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia, Vassouras, Paty dos Alferes, Mendes, Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin.



REGIÃO MÉDIO SERRANA

SERRANA 1

Diretor: Eduardo Loureiro de Araújo

Cidades: Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto



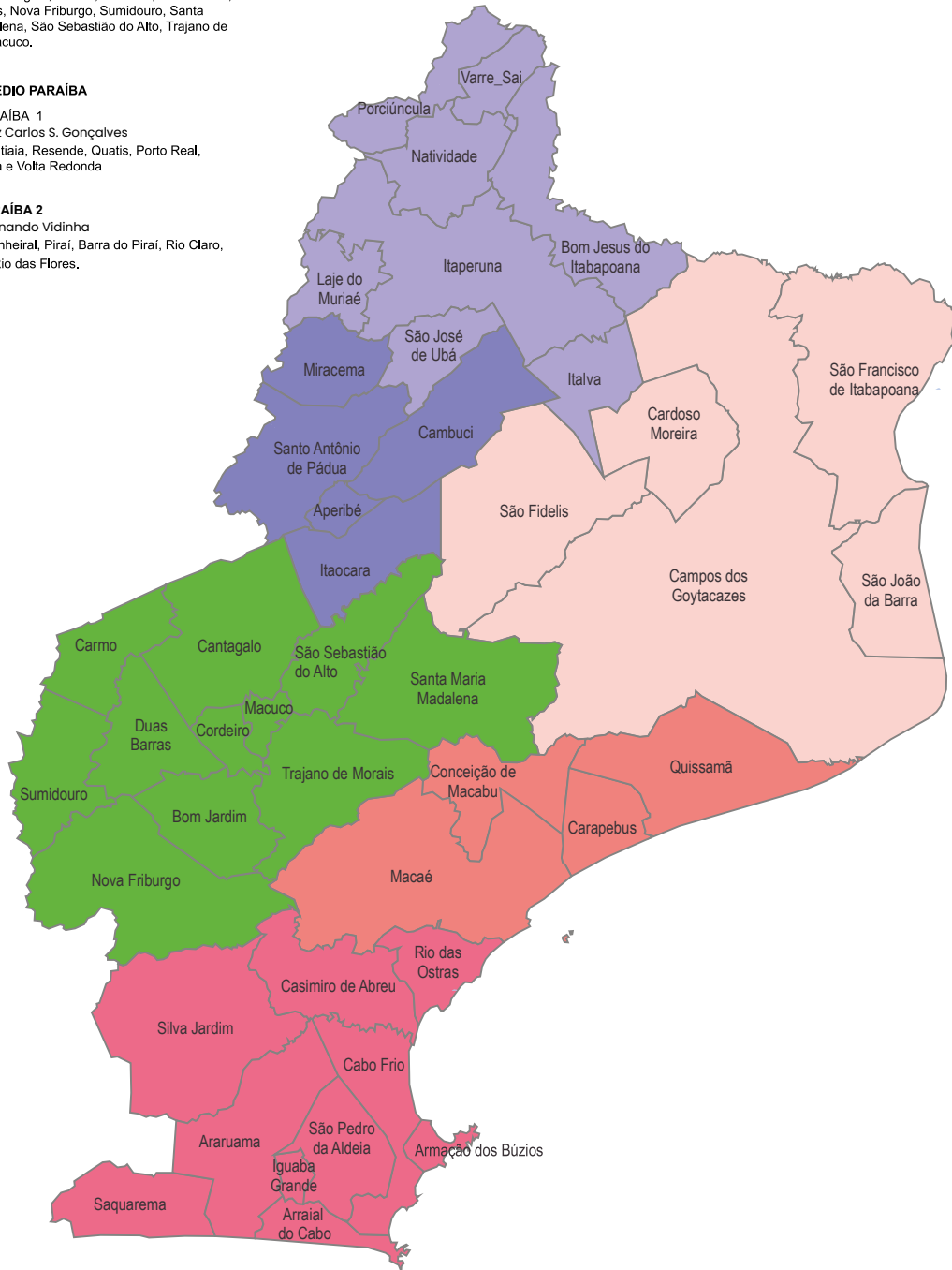
REGIÃO MÉDIO SERRANA

SERRANA 2
Diretor: Egídio Alcides Bonin de Azevedo
Cidades: Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Bom Jardim, Duas Barras, Nova Friburgo, Sumidouro, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Macuco.

REGIÃO MÉDIO PARAÍBA

MÉDIO PARAÍBA 1
Diretor: Luiz Carlos S. Gonçalves
Cidades: Itaiaia, Resende, Quatis, Porto Real, Barra Mansa e Volta Redonda

MÉDIO PARAÍBA 2
Diretor: Fernando Vidinha
Cidades: Pinheiral, Pirai, Barra do Pirai, Rio Claro, Valença, e Rio das Flores.





Dra. Gina Mancini de Almeida
Presidente da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Compromisso e determinação

Antes de qualquer coisa, quero agradecer a todas as pessoas que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para que nossa gestão se transformasse em mais do que uma promessa, uma realidade.

Trago comigo uma trajetória de longa data em nossa Regional. Ao longo de quase quatro décadas, tive o privilégio de participar ativamente das atividades da Sociedade e, com isso, aprender muito sobre o que significa o associativismo médico e sobre a importância de cada associado nessa comunidade.

Aprendi que nem sempre podemos alcançar todas as metas, mas é crucial trabalhar incansavelmente em direção a elas, pois nossa Sociedade existe para servir aos seus membros.

Sou a segunda mulher a ocupar a presidência de nossa Regional em seus quase 60 anos de existência. Carrego a responsabilidade deste cargo e o dever de honrar o legado da inesquecível Dra. Merisa Garrido. Também tenho a honra de ser a primeira pessoa que mora e atua fora da capital a ocupar a presidência, isso significa um compromisso absoluto com uma gestão ainda mais inclusiva e participativa.

Além disso, estamos empenhados em proporcionar aos nossos membros uma educação científica contínua e de qualidade, em colaboração com a SBACV Nacional.

É crucial defender a justa remuneração e o respeito pela nossa profissão, tanto por parte dos empregadores quanto das operadoras de saúde. Devemos também trabalhar eficientemente para combater a invasão de nossa atividade médica por não médicos e, ainda, por não especialistas.

“Sou a segunda mulher a ocupar a presidência de nossa Regional em seus quase 60 anos de existência.”

Pensando no futuro de nossas especialidades, queremos colaborar com os centros de formação, programas de pós-graduação e residência médica para garantir a excelência na formação de novos profissionais. Pretendemos manter relações sólidas com entidades como o Conselho Regional de Medicina do Estado do RJ (Cremerj), a Academia Nacional de Medicina (ANM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).

Certamente, partimos de uma base sólida: o trabalho das diretorias que nos antecederam. Conto também com uma diretoria que compartilha de nossos ideais e está comprometida com um trabalho focado na sustentabilidade de nossa Regional.

Mas, efetivamente, nosso sucesso está condicionado à sua participação e engajamento. Vale sempre lembrar: a SBACV-RJ é nossa!



Dr. Breno Caiafa

Vice-Presidente Executivo da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



O sócio é a nossa prioridade

O início de cada gestão é um importante momento que envolve renovação de pessoas e energias, oxigenando a diretoria e dando oportunidade a novos projetos e continuidade nas ações vencedoras da gestão anterior.

Assumo o cargo de Vice-Presidente trazendo a experiência de vários cargos em gestões anteriores associado à empenhamento de sempre.

A Sociedade é de todos os sócios. E foram eles que nos elegeram em uma eleição que há muito tempo não acontecia na nossa Regional, mas que confirmou a credibilidade no trabalho realizado pelas diretorias anteriores nas quais participamos.

A Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular precisa demonstrar suas forças não só internamente, mas também junto a outras especialidades médicas, no Conselho Regional de Medicina do Estado do RJ (Cremerj), no Conselho Federal de Medicina (CFM), na Associação Médica Brasileira (AMB), na política e em qualquer outro lugar em que ela esteja representada. Nós temos que ditar diretrizes, protocolos e critérios em procedimentos, serviços e honorários médicos e também sermos exemplo de atitudes, posturas e condutas éticas.

Temos mais força que imaginamos e iremos usá-las. Precisamos cada vez mais estar unidos e pensar no coletivo, para juntos enfrentarmos a crise política, financeira e moral do nosso país.

Precisamos pensar simples e direcionar nossas ações para facilitar a vida dos sócios, as nossas e a dos nossos

pacientes. Olhar ao redor, escutar, descobrir algo que incomoda e o que pode ser feito para ser melhorado.

Precisamos inovar, ousar, ter vontade de fazer algo diferente e transformar o sonho em realidade, nos preparando para as barreiras que iremos enfrentar.

Precisamos ter foco, usar a força que temos e seguirmos com determinação.

Nada se faz sozinho! Temos o privilégio de participar de uma diretoria empenhada e dinâmica.

O sócio é a nossa prioridade e todas as ações serão voltadas para atender suas necessidades.

"Solidários, seremos união. Separados uns dos outros, seremos pontos de vista. Juntos, alcançaremos a realização de nossos propósitos."

Bezerra de Menezes



Dra. Adriana Rodrigues Vasconcelos
Secretária-Geral da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Continuaremos inovando em ações para benefício do associado

Estamos iniciando uma nova gestão, dando continuidade aos antigos e bem-sucedidos projetos das gestões anteriores e colocando em prática novos projetos para o benefício de nossos associados.

A Secretaria tem um papel muito importante de aproximação entre as diretorias e os associados, e um de nossos principais objetivos na atual gestão é estar cada vez mais próximo dos angiologistas e cirurgiões vasculares de todo o Estado do Rio de Janeiro. Queremos ouvir as demandas, sejam elas referentes ao setor público ou privado. Também estamos atentos às solicitações diversas dos especialistas da capital e do interior, pois entendemos que se trata de diferentes realidades de um Estado tão heterogêneo.

Nosso trabalho está direcionado para atrair novos associados, principalmente os recém-formados, e também reconquistar aqueles que por diferentes motivos deixaram de pertencer aos nossos quadros. Para isso, continuaremos inovando em ações para benefício do associado da SBACV-RJ, mormente no que diz respeito à educação médica continuada e defesa profissional. Queremos ouvir e dar voz aos nossos sócios, pois essa é a mais legítima forma de defesa profissional.

No momento, estamos com todo nosso empenho voltado à lapidação do nosso popular e querido Encontro Carioca, um evento reconhecido em todo Brasil pelo seu charme e grande contribuição científica para nossas especialidades, além de ser o mais longo e tradicional do Brasil.

“Queremos ouvir as demandas, sejam elas referentes ao setor público ou privado. Também estamos atentos às solicitações diversas dos especialistas da capital e do interior, pois entendemos que se trata de diferentes realidades de um Estado tão heterogêneo.”

Lembre-se que além de todo cunho científico, nosso Encontro é uma ótima oportunidade para rever colegas, estreitar laços, conhecer um pouco mais sobre as ações da nossa SBACV-RJ e conversar sobre como a participação e experiência de cada associado é importante para o crescimento das nossas especialidades.

Em nome da Secretaria, juntamente com os colegas Antônio Feliciano e Carolina Heil, agradeço a confiança depositada pela Presidente Gina Mancini e nos colocamos à disposição de todos os sócios para discutirmos como a SBACV-RJ pode ser presente e atuante em prol do seu associado.

Medtronic

Abre™

Stent expansível para
sistema venoso.

Simplicidade para você.
Durabilidade para eles.

Acesse e saiba mais



*Para indicações de uso, precauções/advertências, contraindicações e efeitos adversos, consulte as instruções de uso.
Registros Anvisa: 10349001275 © 2024 Medtronic. Todos os direitos reservados. Medtronic, o logo da Medtronic e Outros são, em conjunto, marcas registradas da Medtronic.™* Marcas de terceiros são marcas registradas de seus respectivos proprietários. Todas as outras marcas são marcas registradas de uma empresa da Medtronic.

**Dr. Felipe Silva da Costa**

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ

A revista da SBACV-RJ nas plataformas de áudio

Começamos agora a gestão 2024/2025 à frente da Diretoria de Publicações Científicas e da revista da SBACV-RJ, acompanhados dos Drs. Eduardo Trindade e Diogo Di Battista.

Na verdade, retornamos após duas gestões procurando, assim como na primeira passagem, manter a qualidade científica da revista, mas também trazer inovações como foi naquela época, com a introdução do QR code, em que conseguimos disponibilizar mais materiais, como fotos e vídeos.

Desta vez, estamos trazendo a possibilidade de ouvir a revista, não propriamente em formato de audiobook, mas com as matérias comentadas pelos próprios sócios que enviaram os artigos e relatos. Assim, será possível escutar o podcast da revista no deslocamento para o trabalho ou em outros lugares e, posteriormente, ler a publicação convencional. Ou o inverso, por quê não?

A princípio, manteremos as quatro edições anuais, porém com a possibilidade de edições extras como fizemos na primeira passagem também.

O objetivo da revista será informar o sócio da Regional, dar visibilidade aos Serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro, até mesmo de forma

“Desta vez, estamos trazendo a possibilidade de ouvir a revista, não propriamente em formato de audiobook, mas com as matérias comentadas pelos próprios sócios que enviaram os artigos e relatos.”

nacional, visto que a distribuição é feita on-line pelas mídias sociais e pelos meios de comunicação por mensagem, além de estar disponível no site da SBACV-RJ. E, agora, ainda está nas plataformas de áudio.

Esperamos que todos curtam essa novidade! É importante lembrar que estamos à disposição para críticas e sugestões.

Boa leitura!

Estenose artéria hepática após transplante hepático – Relato de Caso

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



*AUTORES: Pereira, FS; Silva, GAF; Cristino, DA; Azevedo, FG

**COAUTORES: Teixeira, MC; Silva VV; Chaves, MRR; Cabral, DDL; Ferreira, CJG; Portilho, PO; Pacheco, KU; Diniz, JGF; Villela, HAA

Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG) – Rio de Janeiro, RJ

Resumo: A estenose da artéria hepática é uma das complicações após transplante hepático e a principal causa de trombose da artéria hepática, podendo ocorrer em até 25% dos casos, sendo a região da anastomose enxerto e receptor o local mais frequentemente envolvido. O diagnóstico da estenose e trombose de artéria hepática pode ser efetuado com auxílio de métodos de imagem, como o ultrassom Doppler e a angiotomografia. Neste artigo, é relatado o caso de um paciente de 40 anos, diagnosticado na fase adulta com insuficiência hepática grave com indicação de transplante hepático. Cerca de nove meses após a realização do procedimento, evoluiu com estenose de artéria hepática. Tendo em vista as complicações iminentes, a indicação de tratamento precoce se faz imprescindível. Tradicionalmente, a cirurgia tem sido o tratamento de primeira linha das complicações, embora, atualmente, o tratamento endovascular tem se posicionado como primeira opção, limitando a cirurgia aos casos em que a intervenção vascular é limitada ou falha. O prognóstico, na maioria dos casos, é positivo com o tratamento endovascular, mas estudos têm observado a necessidade de novas intervenções. Novos estudos são necessários para avaliar a melhor conduta diante da diversidade de eventos. Em conclusão, a terapia endovascular garante uma boa sobrevida de enxerto de cinco anos (64,5%) e sobrevida do paciente (85,3%) em pacientes com estenose artéria hepática, mantendo a patência da artéria hepática com baixa morbidade (3,3%). Neste artigo, é relatado o caso de um paciente com estenose de artéria hepática após transplante hepático que foi admitido no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital da Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro – RJ.

Palavras-chave: Estenose artéria hepática, transplante hepático, diagnóstico, tratamento.

Abstract: Hepatic artery stenosis is one of the complications after liver transplantation and the main cause of hepatic artery thrombosis, which may occur in up to 25% of cases, with the region of the graft-to-receptor anastomosis being the most frequently involved site. The diagnosis of stenosis and thrombosis of the hepatic artery can be performed with the aid of imaging methods, such as Doppler ultrasound and angiotomography. In this article, we report the case of a 40-year-old patient, diagnosed in adulthood with severe liver failure with indication for liver transplantation. About 9 months after the procedure, the patient developed hepatic artery stenosis. In view of the imminent complications, the indication of early treatment is essential. Traditionally, surgery has been the first-line treatment for complications, although, currently, endovascular treatment has been positioned as the first option, limiting surgery to cases in which vascular intervention is limited or fails. The prognosis in most cases is positive with endovascular treatment, but studies have observed the need for new interventions, but new studies are needed to assess the best conduct in the face of the diversity of events. In conclusion, endovascular therapy ensures good 5-year graft survival (64.5%) and patient survival (85.3%) in patients with hepatic artery stenosis maintaining hepatic artery patency with low morbidity (3.3%). This article reports the case of a patient with hepatic artery stenosis after liver transplantation who was admitted to the Vascular Surgery Service of the Galeão Air Force Hospital, Rio de Janeiro – RJ.

Keywords: *stenosis, liver transplantation, diagnosis, treatment.*

Introdução

A estenose da artéria hepática é uma das complicações após transplante hepático com incidência que varia em torno de 4,8 a 13%. A estenose é a principal causa de trombose da artéria hepática, podendo ocorrer em até 25% dos casos, sendo a região da anastomose enxerto e receptor o local mais frequentemente envolvido. Nestes casos, a angioplastia pode representar procedimento de grande valia para prolongar a sobrevivência do enxerto e melhorar a função hepática nesses pacientes. (OLIVEIRA; MOURÃO, 2012), (GOLDSMITH et al., 2017)

O transplante hepático é uma terapêutica consagrada para pacientes com doença hepática crônica irreversível. No caso da deficiência de alfa 1 antitripsina, leva à cura da doença uma vez que o fígado transplantado produz a proteína normal. No entanto, apesar da técnica operatória ter evoluído expressivamente, a incidência de complicações permanece alta.

O objetivo deste estudo é relatar o caso de estenose de artéria hepática relacionado a transplante hepático em portador de deficiência de alfa 1 antitripsina, admitido no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG), Rio de Janeiro.

Relato de Caso

KCA, 42 anos, diabético, portador de transtorno psiquiátrico, negava etilismo e tabagismo, evoluindo com edema de membros inferiores e ascite. Apresentava sorologias para hepatites virais negativas. Após investigação clínica e laboratorial, recebeu o diagnóstico de cirrose hepática por deficiência de alfa 1-antitripsina evoluindo com insuficiência hepática grave, com indicação de transplante urgente.

Foi submetido à cirurgia de transplante hepático com sucesso. Desde então, o paciente passou a fazer uso de imunossupressores regularmente, sem intercorrências. Teve boa evolução inicial e manteve acompanhamento periódico com a equipe de transplante hepático com avaliação clínica e laboratorial (transaminases, enzimas

canaliculares e coagulograma). Após nove meses, de seguimento mensal, com a equipe de transplante, realizou ultrassom Doppler com fluxometria, sem visualização da artéria hepática pelo método, suspeitando de trombose de artéria hepática.

A angiotomografia de abdome total evidenciou redução do calibre com subestenose, apresentando fluxo filiforme em bifurcação da artéria hepática própria nos ramos arteriais hepáticos direito e esquerdo ao nível do hilo hepático e leito anastomótico. Diante do risco de perder o enxerto (fígado transplantado), foi indicada a realização de procedimento endovascular para correção da estenose.

Ao exame físico: lúcido, orientado, cooperativo, humor algo deprimido, hidratado, corado, anictérico, acianótico, afebril. Sinais vitais estáveis. Extremidades com enchimento capilar normal, sem edema, ausência de varizes superficiais em membro inferiores e pele íntegra. Laboratório sem hiperbilirrubinemia, com aumento leve de enzimas canaliculares, transaminases dentro da normalidade.

Paciente foi submetido à angioplastia com implante de stent em artéria hepática, o que pode ser observado nas imagens a seguir.

“A estenose da artéria hepática é uma das complicações após transplante hepático com incidência que varia em torno de 4,8 a 13%.”



Figura 1 – Angiografia de artéria hepática com estenose significativa



Figura 2 – Vasoespasmo durante a tentativa de passagem do fio guia pela lesão (tratado com vasodilatador local)



Figura 3 – Pré-dilatação com balão 2x20 mm e passagem de fio guia após microcateterismo

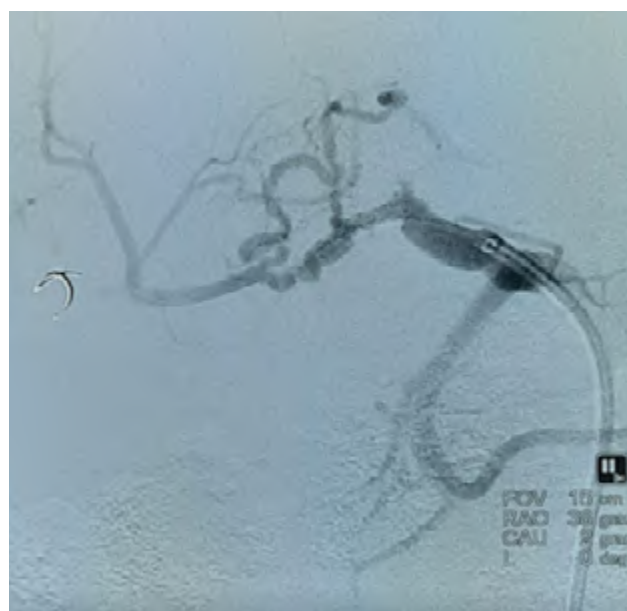


Figura 4 – Resultado angiográfico pós-implante de stent 3x19 mm

No pós-operatório, foi realizado novo ultrassom Doppler vascular hepático no qual se evidenciou veia porta pária, com calibre aumentado (16 mm), com fluxo hepatopetal e velocidade média de 40 cm/s (previa era de 90 cm/s). Veias supra-hepáticas párias, com padrão de fluxo trifásico habitual. Artéria hepática pária, com calibre normal e IR de 0,62 (normal).

Discussão

O transplante hepático é uma terapêutica consagrada para pacientes com doença hepática crônica irreversível. No entanto, apesar da técnica operatória ter evoluído expressivamente, a incidência de complicações permanece alta. (GOEL et al., 2014)

Uma das principais complicações do transplante hepático é a estenose da artéria hepática, cuja incidência relatada em estudos tem variado de 4,8% a 13%. No entanto, a verdadeira incidência não é bem definida porque a maioria dos pacientes é assintomática. (GOLDSMITH et al., 2017)

A trombose é a principal complicação da estenose da artéria hepática, com variações médias de 30 a 50% de risco de trombose, que pode chegar a uma incidência de até 65% em algumas revisões. Além do que a trombose de artéria hepática pode duplicar a taxa de complicações biliares e insuficiência hepática, com potencial de levar à disfunção e perda do enxerto. Tal gravidade ocorre porque a artéria hepática é a principal via de suprimento dos ductos biliares. (MOURAD et al., 2014), (GOLDSMITH et al., 2017; HAMBY et al., 2013), (COELHO et al., 2000)

Em relação às manifestações de trombose da artéria hepática, elas podem variar desde formas assintomáticas até a ocorrência de casos graves como choque séptico decorrente da necrose hepática fulminante. Tais condições podem ser identificadas por meio de acompanhamento clínico laboratorial periódico, efetuado com auxílio de métodos de imagem como o ultrassom Doppler e a angiotomografia. (DELGADO-MORALEDA; BALLESTER-VALLÉS; MARTI-BONMATI, 2019)

“No entanto, a verdadeira incidência não é bem definida porque a maioria dos pacientes é assintomática.”

O acompanhamento laboratorial de transaminases, canaliculares e de bilirrubinas, associado à clínica do paciente, também pode sugerir alguma disfunção e/ou lesão hepática ou mesmo algum sinal de rejeição do enxerto. (MOURAD et al., 2014)

O exame de eco Doppler auxilia identificar de maneira precoce a estenose de artéria hepática, especialmente em pacientes assintomáticos. Neste caso, a estenose arterial pode ser visualizada nas imagens de ultrassom duplex de vigilância de rotina, cujas características são velocidade sistólica máxima >400 cm/s, índice de resistiva <0,5, e presença de formas de onda tardus parvus. A presença dessa onda é o indicador individual mais preciso de estenose ou trombose da artéria hepática, com sensibilidade de 91% e especificidade de 99,1%. (HAMBY et al., 2013)

A ultrassonografia com Doppler colorido é um exame simples e fácil acesso que também permite a avaliação precoce da permeabilidade dos vasos do enxerto ainda na unidade de recuperação após a cirurgia. Quando o ultrassom mostra uma anormalidade vascular, a interpretação da anatomia cirúrgica é complexa ou o estado clínico do paciente está piorando, se faz necessário complementar o estudo com exames de angiotomografia ou ressonância

magnética contrastados. Este estudo foi considerado valioso no planejamento do tipo de abordagem mais indicado para cada caso. (DELGADO-MORALED A; BALLESTER-VALLÉS; MARTI-BONMATI, 2019)

Desta forma, no acompanhamento periódico, pode-se identificar alterações antes da disfunção irreversível do enxerto, permitindo que outras modalidades terapêuticas sejam aplicadas. (MOURAD et al., 2014)

Uma vez identificada a estenose ou trombose de artéria hepática, deve-se planejar a mais adequada abordagem terapêutica, que tradicionalmente envolvia a revisão cirúrgica aberta da artéria hepática ou novo transplante hepático. As opções cirúrgicas incluem a ressecção do segmento estenótico com reanastomose ou confecção de um enxerto venoso ou arterial.

Tradicionalmente, a cirurgia tem sido o tratamento de primeira linha das complicações. Embora, com a evolução dos materiais e tecnologias, o tratamento endovascular está se posicionando como opção, limitando a cirurgia aos casos em que a radiologia intervencionista é limitada ou falha. (DELGADO-MORALED A; BALLESTER-VALLÉS; MARTI-BONMATI, 2019)

Mesmo com várias opções terapêuticas para o manejo da estenose da artéria hepática, incluindo reconstrução arterial, trombectomia cirúrgica e trombólise guiada radiologicamente, estão disponíveis, o retransplante ainda é o tratamento padrão-ouro. No entanto, existem variáveis que restringem o retransplante como maior restrição quanto à disponibilidade do enxerto e pela condição geral do paciente. (MOURAD et al., 2014)

Entretanto, outras opções terapêuticas podem ser usadas para tratar a estenose e/ou trombose após o transplante de fígado, desde tratamentos conservadores como a anticoagulação, até opções mais invasivas, como a trombólise endovascular, técnicas endovasculares com uso ou não de stent. (GOLDSMITH et al., 2017)

Neste artigo, optou-se por analisar as técnicas endovasculares que também têm sido utilizadas como alternativa

“No entanto, ainda são poucos estudos de maior impacto sobre qual a melhor técnica de tratamento.”

para abrir o reparo cirúrgico com menor morbidade e mortalidade e com taxas semelhantes de sobrevida geral do paciente após cinco anos. No entanto, ainda são poucos estudos de maior impacto sobre qual a melhor técnica de tratamento.

A angioplastia transluminal percutânea com ou sem stent é uma técnica usada para prolongar a sobrevida do enxerto e retardar a necessidade de revascularização cirúrgica aberta ou retransplante hepático. (RAJAKANNU et al., 2016)

Embora o risco de mortalidade e morbidade seja significativamente diminuído no tratamento percutâneo em comparação com a revascularização cirúrgica e o retransplante, essas intervenções não estão livres de riscos. As complicações potenciais incluem ruptura da artéria hepática, perfuração, dissecção, formação de pseudoaneurisma e trombose. O risco relatado de tais complicações durante o tratamento endovascular varia de 5% a 19%. (GOEL et al., 2014)

O sucesso técnico imediato da técnica endovascular na maioria dos estudos foi superior a 90%. O tratamento endovascular de estenose de artéria hepática pode ser realizado com alto sucesso técnico, excelente patência assistida primária e morbidade aceitável. O uso inicial de um stent pode melhorar a patência primária. Exceto em casos de trombose muito precoce ou estenose (intervalo

de tempo ≤ 7 dias a partir do transplante hepático), que nestes casos o melhor tratamento é revascularização cirúrgica. A angioplastia trans luminal percutânea garante boa patência arterial e melhora a sobrevivência do enxerto e do paciente em pacientes com estenose. No entanto, não existem diretrizes de gestão geralmente aceitas para estenose por uma abordagem endovascular, especialmente em pacientes com isquemia biliar estabelecida. (RAJAKANNU et al., 2016)

Em alguns estudos, há relatos de que no primeiro ano após o stent, aproximadamente 22% dos pacientes experimentam reestenose de stent, aumentando o risco de trombose arterial e complicações relacionadas e 50% destes podem evoluir com insuficiência hepática. Os principais mecanismos foram fratura focal e parcial do stent, mau posicionamento do stent tardio, hiperplasia neointimal dentro do stent e neoaterosclerose. (GALASTRI et al., 2020)

Outro dado relevante é sobre o intervalo entre o transplante e os sinais de trombose artéria hepática. Quanto mais precoce a trombose da artéria hepática, sem

revascularização urgente ou retransplante, maior o risco de mortalidade. Sendo considerado precoce se a trombose da artéria hepática ocorrer em 30 dias ou menos ou tardio se ocorrer 30 dias após transplante. (HSIAO et al., 2015)

O prognóstico, em estudos seriados, tem observado taxas primárias de patência no primeiro, terceiro e sexto mês, pela análise da tabela de vida de Kaplan-Meier, de 92%, 85% e 69%, respectivamente nos pacientes inicialmente tratados com stent, em comparação com 70%, 60% e 50% naqueles tratados com angioplastia. Tem se encontrado bons resultados com o uso de stent. (RAJAKANNU et al., 2016)

Conclusão

Em conclusão, a terapia endovascular garante uma boa sobrevivência do enxerto e do paciente com estenose crítica da artéria hepática, mantendo sua patência com baixa morbimortalidade. A incidência de estenose é bem variável, mas a verdadeira incidência é difícil de avaliar porque a maioria dos casos é identificada na fase de trombose. A literatura tem evidenciado o benefício da intervenção endovascular para manutenção da perviabilidade do enxerto hepático.

REFERÊNCIAS

1. GALASTRI, F. L.; GILBERTO, G. M.; AFFONSO, B. B.; VALLE, L. G. M.; FALSARELLA, P. M.; CAIXETA, A. M.; LIMA, C. A.; SILVA, M. J.; PINHEIRO, L. L.; BAPTISTELLA, C. D. P. A.; DE ALMEIDA, M. D.; GARCIA, R. G.; WOLOSKEWICZ, N.; NASSER, F. Diagnosis and Management of Hepatic Artery In-Stent Restenosis after Liver Transplantation by Optical Coherence Tomography: A Case Report. *World Journal of Hepatology*, v. 12, n. 7, p. 399–405, 27 jul. 2020.
2. GOEL, A.; MEHTA, N.; GUY, J.; FIDELMAN, N.; YAO, F.; ROBERTS, J.; TERRAULT, N. Hepatic Artery and Biliary Complications in Liver Transplant Recipients Undergoing Pretransplant Transarterial Chemoembolization. *Liver Transplantation: Official Publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*, v. 20, n. 10, p. 1221–1228, out. 2014.
3. GOLDSMITH, L. E.; WIEBKE, K.; SEAL, J.; BRINSTER, C.; SMITH, T. A.; BAZAN, H. A.; STERNBERGH, W. C. Complications after Endovascular Treatment of Hepatic Artery Stenosis after Liver Transplantation. *Journal of Vascular Surgery*, v. 66, n. 5, p. 1488–1496, nov. 2017.
5. HAMBY, B. A.; RAMIREZ, D. E.; LOSS, G. E.; BAZAN, H. A.; SMITH, T. A.; BLUTH, E.; STERNBERGH, W. C. Endovascular Treatment of Hepatic Artery Stenosis after Liver Transplantation. *Journal of Vascular Surgery*, v. 57, n. 4, p. 1067–1072, abr. 2013.
6. RAJAKANNU, M.; AWAD, S.; CIACIO, O.; PITTAU, G.; ADAM, R.; CUNHA, A. S.; CASTAING, D.; SAMUEL, D.; LEWIN, M.; CHERQUI, D.; VIBERT, E. Intention-to-Treat Analysis of Percutaneous Endovascular Treatment of Hepatic Artery Stenosis after Orthotopic Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, v. 22, n. 7, p. 923–933, 2016.
7. STOLLER, J. K.; HUPERTZ, V.; ABOUSSOUAN, L. S. Alpha-1 Antitrypsin Deficiency. Em: ADAM, M. P.; ARDINGER, H. H.; PAGON, R. A.; WALLACE, S. E.; BEAN, L. J.; GRIPP, K. W.; MIRZAA, G. M.; AMEMIYA, A. *GeneReviews®*. Seattle (WA): University of Washington, Seattle, 1993.

Tratamento clínico da doença arterial periférica aterosclerótica de membros inferiores

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



AUTORES: Marina Araujo Zulchner¹, Isabel de Castro Nunes Senfft¹, Marcela do Couto Soares de Paula Barros¹, Juliana de Miranda Vieira², Ana Letícia de Matos Milhomens², Carmen Lucia Lascasas Porto³, Marcos Arêas Marques^{2,4}

¹Residente de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HuPe) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);

²Médico Angiologista da Unidade Docente Assistencial (UDA) de Angiologia do HuPe (UERJ);

³Professora Associada de Angiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj;

⁴Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

Introdução

A aterosclerose é o acúmulo de material lipídico e fibroso entre as camadas da parede arterial responsável pela formação da placa de ateroma, o que resulta em redução ou obstrução da luz luminal do vaso. Quando acomete as artérias dos membros inferiores (MMII), é conhecida como doença arterial periférica aterosclerótica (DAPa).¹

Os pacientes portadores DAPa apresentam mortalidade duas a três vezes maior do que os pacientes não portadores da doença, especialmente pelo aumento do risco de eventos adversos maiores cardiovasculares (MACE, do inglês, *major adverse cardiovascular events*): infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e morte cardiovascular.²

O tratamento clínico deve incluir medidas destinadas a reduzir o risco de eventos MACE e eventos adversos maiores de membros (MALE, do inglês, *major adverse limb events*): isquemia crítica que leve à amputação maior ou à intervenção cirúrgica. Além disso, o tratamento clínico também visa melhorar os sintomas e a qualidade de vida do paciente.^{1,3}

“Os pacientes portadores DAPa apresentam mortalidade duas a três vezes maior do que os pacientes não portadores da doença, especialmente pelo aumento do risco de eventos adversos maiores cardiovasculares (MACE, do inglês, *major adverse cardiovascular events*) (...).”

Fisiopatologia e epidemiologia

A deposição de material lipídico e fibroso ocorre na camada subintimal da artéria levando à formação de placas que podem provocar estreitamento ou obstrução do seu lúmen.¹ Dentre as condições que contribuem para a patogênese da aterosclerose, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes *mellitus* (DM), o tabagismo e a dislipidemia. Esses fatores de risco induzem aos processos inflamatórios e imunológicos que ao final levam à disfunção endotelial e aumento da atividade de plaquetária.^{4,5}

A prevalência geral de DAPa é variada dependendo da população estudada, mas estima-se que ocorra em aproximadamente 10% dos indivíduos maiores de 55 anos.^{6,7,8} Estima-se que a DAPa afete mais de 40 milhões de pessoas na Europa e é duas a quatro vezes mais prevalente em pacientes portadores de DM tipo 2, além disso a DAPa encontra-se em franca expansão demográfica devido ao envelhecimento da população, aumento do tabagismo, hábitos sedentários, HAS, DM e dislipidemia.³

Apresentação clínica

Muitos portadores de DAP são assintomáticos, a despeito da presença da doença, e nesses, a detecção precoce da DAPa tem grande importância na identificação daqueles com risco aumentado de MACE e MALE.¹¹

A claudicação intermitente (CI) é definida como um desconforto ou dor de um grupamento muscular de MMII, de caráter reprodutível, que é induzido pelo exercício e aliviado rapidamente com o repouso e é patognomônica da DAP.^{10,12} Porém, essa pode não ser tão característica devido a comorbidades ou limitação física, seja pela idade avançada ou degenerações osteoarticulares, e alterações na percepção da dor, muito comuns em diabéticos e tabagistas.^{12,13}

O grupo muscular acometido tem relação com a artéria acometida. A CI da nádega e quadril ocorre em pacientes com DAPa aortoiliaca. Além disso, nos homens, a DAPa nesta localização também pode estar associada à disfunção erétil (Síndrome de Leriche).¹⁴ Já a CI da coxa é provocada pelo acometimento da artéria femoral comum, enquanto a de panturrilha, a mais comum, quando ocorre nos dois terços superiores da panturrilha é secundária à doença da artéria femoral, e quando ocorre no seu terço inferior é devido à doença na artéria poplítea. A CI dos pés está relacionada ao comprometimento das artérias tibiais e fibulares, porém isoladamente é rara.¹⁵

A dor isquêmica de repouso ocorre quando há uma grave diminuição na perfusão sanguínea dos MMII. Ela geralmente não melhora com analgesia comum, é agravada

“A claudicação intermitente (CI) é definida como um desconforto ou dor de um grupamento muscular de MMII, de caráter reprodutível, que é induzido pelo exercício e aliviado rapidamente com o repouso e é patognomônica da DAP.”

pela elevação da extremidade e mitigada quando o paciente deixa os pés pendentes.^{16,17,18}

Diagnóstico

O diagnóstico de DAPa é feito pela anamnese e exame físico, associados à mensuração do índice tornozelo-braço (ITB) $\leq 0,9$. O ITB é uma razão de comparação entre a pressão arterial sistólica em repouso do tornozelo e dos braços realizada com um Dopplerfluxômetro de ondas contínuas. O eco Doppler colorido arterial também pode ser utilizado para localizar, qualificar e quantificar a lesão aterosclerótica.¹⁹

A angiotomografia computadorizada, a angiorressonância e arteriografia com subtração digital por cateter são reservados para pacientes nos quais há perspectivas de intervenção ou quando ainda há dúvidas após os exames complementares não invasivos.

Tratamento e manejo

O acompanhamento clínico dos pacientes com DAPa (assintomático ou não) é voltado para o alívio dos sintomas, redução da progressão da doença e para a profilaxia secundária de MACE e MALE (Figura 1).^{20,21}

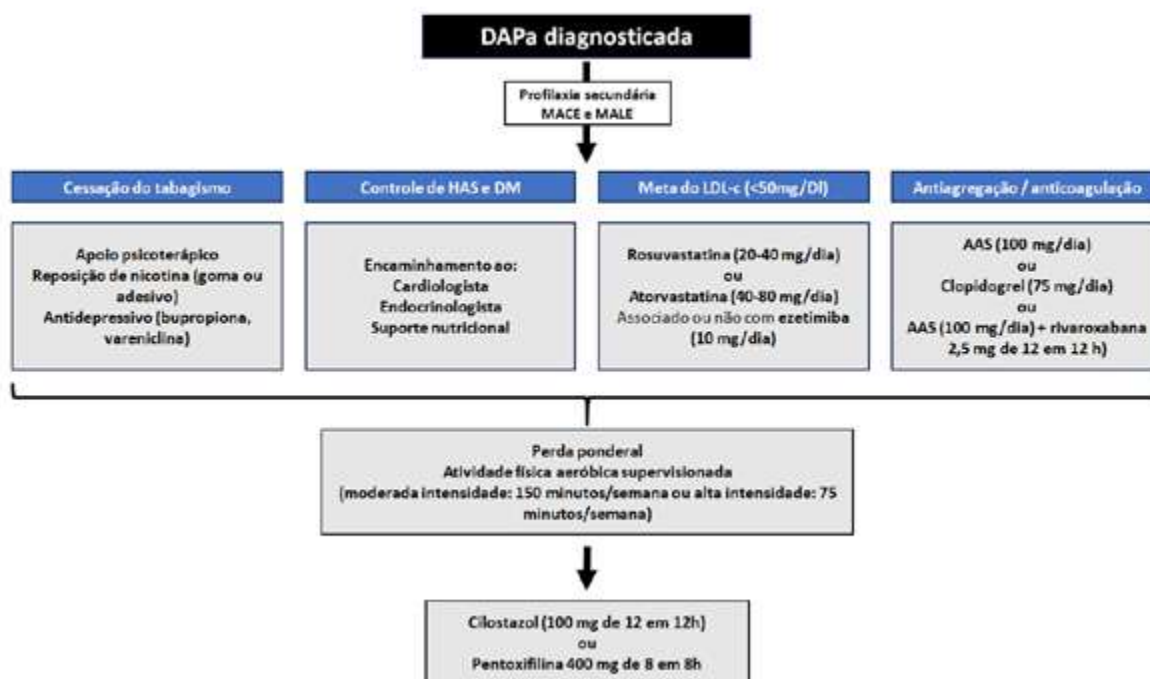


Figura 1 – Abordagem clínica inicial do paciente portador de DAPa

Antiagregação plaquetária

A monoterapia antiplaquetária com ácido acetil salicílico (AAS), 100 mg/dia, ou clopidogrel, 75 mg/dia, em uso contínuo, é recomendada pelas diretrizes para portadores de DAPa.^{20,21} No estudo CAPRIE, que comparou o clopidogrel com o AAS, observou-se uma redução do risco de eventos isquêmicos de aproximadamente 9% com o clopidogrel.²²

Para os pacientes assintomáticos, a decisão pelo uso de antiagregação plaquetária deve ser individualizada, levando em consideração o risco de sangramento e o seu benefício.

A dupla antiagregação plaquetária não é recomendada de rotina, exceto na presença de outras indicações, por exemplo, doença coronariana ou após revascularização.²¹

A despeito de diversos estudos mostrarem eficácia similar do ticagrelor e do vorapaxar, no que se refere ao clopidogrel, a relação custo-benefício de ambos ainda é questionada.^{23,24}

Antiagregação associada à anticoagulação (dupla via de inibição)

O estudo COMPASS sugeriu um benefício significativo na redução de MALE e MACE com a associação de AAS (100 mg/dia) com rivaroxabana em dose baixa (2,5 mg, de 12 em 12 horas) nos pacientes com DAPa, quando comparado ao AAS 100 mg/dia isoladamente. Isso provavelmente se deve ao fato da DAP estar associada não só à aterosclerose, como também à trombose arterial, especialmente em segmento abaixo da artéria poplítea.²⁵

Controle dos fatores de risco da DAPa

Os pacientes com DAPa necessitam de medidas de prevenção intensiva e gerenciamento dos fatores de risco para redução dos eventos MACE e MALE.

Terapia antitabagismo

O tabagismo é um dos fatores de risco mais associadas à DAPa e suas complicações, e sua interrupção completa e inexorável, reduz MACE e MALE e aumenta a capacidade funcional dos pacientes.³

A abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar e deve incluir especialmente aconselhamento e apoio psicológico.

A terapia medicamentosa pode ser fundamental nesse processo para controle da ansiedade e redução dos sinais e sintomas da abstinência. Atualmente, as abordagens farmacológicas mais aceitas são a reposição de nicotina (goma ou adesivo) e o uso de antidepressivos, como a bupropiona e vareniclina.²⁶

Tratamento das dislipidemias

Estatinas

As estatinas de alta potência em máxima dose tolerada (atorvastatina, 40-80 mg/dia ou rosuvastatina, 20-40 mg/dia) associadas ou não à ezetimiba, 10 mg/dia, são recomendadas para todos os pacientes, independentemente do nível sérico do LDL colesterol (LDL-c), pois todo paciente portador de DAPa é considerado de muito alto risco cardiovascular. A diretriz brasileira atual da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) sugere o alvo terapêutico de LDL-c abaixo de 50 mg/dL, para a redução de MACE e MALE.³⁰

Anticorpos monoclonais – Inibidores de PCSK9

Os estudos FOURIER e ODYSSEY avaliaram o uso do evolucumabe e alirocumabe, respectivamente, que são anticorpos monoclonais inibidores da PCSK9 (do inglês, *proprotein convertase subtilisin/kexin type 9*), uma protease responsável por degradar os receptores de LDL-c hepáticos. Ambos reduziram significativamente o risco de MACE e MALE, internação hospitalar por angina instável, revascularização coronariana nos pacientes com DAPa, quando comparado com placebo.^{27,28} Porém, a prescrição desses medicamentos está restrita aos pacientes com efeitos colaterais intoleráveis com o uso de estatinas ou naqueles que não alcançaram o nível desejado de LDL-c com a abordagem inicial.

Hipertensão arterial sistêmica

O controle da HAS reduz a progressão da DAPa e, portanto, de MACE e, possivelmente, MALE.

“A abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar e deve incluir especialmente aconselhamento e apoio psicológico.”

Qualquer classe de antihipertensivo pode ser usada para esse objetivo e é importante ressaltar que não existem evidências de que o uso de betabloqueadores para tratamento da HAS piore a CI. Portanto, seu uso é permitido naqueles pacientes com DAPa nos estágios iniciais.³

O estudo HOPE mostrou que o ramipril, um inibidor da enzima conversora de angiotensina, reduziu MACE, particularmente no paciente com DAPa.³²

Diabetes mellitus

Todo paciente portador de DM deve ser rastreado para DAPa, pois excetuando o tabagismo, o DM é o fator de risco mais importante para o aparecimento e progressão da DAPa. Diversos estudos mostram que o controle efetivo do DM está associado à redução de MACE e MALE.³

Tratamento sintomático

A resolução dos sintomas também faz parte do manejo dos pacientes com DAP a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

Atividade física aeróbica supervisionada

A atividade física supervisionada é a medida mais efetiva para o aumento da distância de marcha total e livre de dor no paciente portador de DAPa sintomática. O objetivo é pelo menos 150 minutos semanais de atividade aeróbica de moderada intensidade ou 75 minutos de alta intensidade.^{20,3}

Tratamento farmacológico da CI

Cilostazol

O cilostazol (50-100 mg, de 12 em 12 horas), um inibidor da fosfodiesterase III de plaquetas e células musculares lisas vasculares, é um potente agente antiplaquetário e vasodilatador, e reduz a proliferação vascular in vivo. Em alguns estudos, o cilostazol dobrou a distância percorrida e melhorou a qualidade de vida dos indivíduos analisados em comparação com o placebo.³¹

Pentoxifilina

A pentoxifilina (400 mg, de 8 em 8 horas) é um hemorreolítico que diminui a viscosidade do sangue, melhora a flexibilidade dos eritrócitos e aumenta o fluxo microcirculatório e a concentração de oxigênio tecidual e é aprovado para o tratamento da CI, porém com resultados controversos.³¹

Se os sintomas de CI persistirem, apesar das mudanças de hábito de vida e da terapia medicamentosa ou em

caso de evolução para isquemia crítica com dor em repouso ou perda tecidual, o paciente portador de DAPa pode ser candidato à intervenção cirúrgica aberta ou endovascular para melhorar a perfusão do membro acometido.^{20,21}

Mensagem final

O tratamento da DAPa é multidisciplinar e envolve, principalmente, o controle dos fatores de risco como o tabagismo, dislipidemias, DM e HAS. O uso de medicamentos, associados à mudança de hábitos de vida, é fundamental na profilaxia secundária de eventos maiores, tanto cardiovasculares, quanto de membros e, portanto, da redução da sua morbimortalidade. Além disso, é fundamental que o paciente entenda sua condição para o aprimoramento do tratamento. O acolhimento periódico da equipe médica, associado ao apoio psicológico, nutricional e fisioterapêutico são condições *si ne qua non* para a sua melhora clínica.

REFERÊNCIAS

1. McDermott MM, Ferrucci L, Gonzalez-Freire M, et al. Skeletal muscle pathology in peripheral artery disease: A brief review. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2020; 40:2577-2585.
2. Narula N, Dannenberg AJ, Olin JW, et al. Pathology of peripheral artery disease in patients with critical limb ischemia. *J Am Coll Cardiol* 2018; 72:2152-2163.
3. Antignani PL, Gargiulo M, Gastaldi G, Jawien A, Mansilha A, Poredos P. Lower extremity arterial disease perspective: IUA consensus document on "lead management". Part 1. *Int Angiol* 2023;42:382-95.
4. Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet* 2013; 382:1329-40.
5. Keller K, Hobohm L, Geyer M, et al. Obesity paradox in peripheral artery disease. *Clin Nutr* 2019; 38:2269-2276.
6. Pande RL, Perlstein TS, Beckman JA, Creager MA. Secondary prevention and mortality in peripheral artery disease: National Health and Nutrition Examination Study, 1999 to 2004. *Circulation* 2011; 124:17-23.
7. Gallino A, Aboyans V, Diehm C, Cosentino F, Sticker H, Fal E, et al. Non-coronary atherosclerosis. *Eur Heart J* 2014; 35:1112-9.
8. Joosten MM, Pai JK, Bertoia ML, et al. Associations between conventional cardiovascular risk factors and risk of peripheral artery disease in men. *JAMA* 2012; 308:1660-7.
9. Layden J, Michaels J, Bermingham S, et al. Diagnosis and management of lower limb peripheral arterial disease: summary of NICE guidance. *BMJ* 2012; 345:e4947.
10. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: executive summary. *Vasc Med* 2017; 22.
11. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001; 286:1317-24.

12. Tendera M, Aboyans V, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the task force on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011; 32:2851-906.
13. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Inter-Society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007; 45 Suppl S: S5-67.
14. Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche syndrome. *J Gen Intern Med* 2010; 25:1102-4.
15. McDermott MM, Greenland P, Liu K, et al. Leg symptoms in peripheral arterial disease: associated clinical characteristics and functional impairment. *JAMA* 2001; 286:1599-606.
16. Cranley JJ. Ischemic rest pain. *Arch Surg* 1969; 98:187-8.
17. DeWeese JA, Leather R, Porter J. Practice guidelines: lower extremity revascularization. *J Vasc Surg* 1993; 18:280-94.
18. McGee SR, Boyko EJ. Physical examination and chronic lower-extremity ischemia: a critical review. *Arch Intern Med* 1998; 158:1357-64.
19. Koelemay MJ, den Hartog D, Prins MH, et al. Diagnosis of arterial disease of the lower extremities with duplex ultrasonography. *Br J Surg* 1996; 83:404-9.
20. Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group, Conte MS, Pomposelli FB, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. *J Vasc Surg* 2015; 61(3 Suppl):2S-41S.
21. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients with Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2017; 21;69(11):1465-1508.
22. CAPRIE Steering Committee. A randomized, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *Lancet* 1996; 348:1329-39.
23. Bonaca MP, Creager MA, Olin J, et al. Peripheral revascularization in patients with peripheral artery disease with vorapaxar: Insights from the TRA 2°P-TIMI 50 Trial. *JACC Cardiovasc Interv* 2016; 9:2157-64.
24. Bonaca MP, Gutierrez JA, Creager MA, et al. Acute limb ischemia and outcomes with vorapaxar in patients with peripheral artery disease: results from the trial to assess the effects of vorapaxar in preventing heart attack and stroke in patients with atherosclerosis-thrombolysis in myocardial Infarction 50 (TRA2°P-TIMI 50). *Circulation* 2016; 133:9971005.
25. Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without Aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017; 377:1319-1330.
26. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43:1731-7.
27. Bonaca MP, Nault P, Giugliano RP, et al. Low-Density lipoprotein cholesterol lowering with evolocumab and outcomes in patients with peripheral artery disease: insights from the FOURIER Trial (Further Cardiovascular Outcomes Research with PCSK9 Inhibition in Subjects With Elevated Risk). *Circulation* 2018; 137:338-50.
28. Szarek M, White HD, Schwartz GG, et al. Alirocumab reduces total nonfatal cardiovascular and fatal events: The ODYSSEY OUTCOMES Trial. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73:387-396.
29. Heffron SP, Dwivedi A, Rockman CB, et al. Body mass index and peripheral artery disease. *Atherosclerosis* 2020; 292:31-36.
30. Izar MCO, Giraldez VZR, Bertolami A, Santos Filho RDS, Lottenberg AM, Assad MHV, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar – 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 117:782-844.
31. Reilly MP, Mohler ER 3rd. Cilostazol: treatment of intermittent claudication. *Ann Pharmacother*. 2001 Jan;35:48-56
32. Yusuf S et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342:145-153.
33. alhiyyah K, Senanayake E, Abdel-Hadi M, Booth A, Michaels JA. Pentoxifylline for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jan 18;1.



ENDOVASCULAR.SCIENCE.COM.BR
(11) 97434.1474

A VISÃO DO FUTURO DA CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR

NO SCIENCE, VOCÊ CONFERE AS ÚLTIMAS DESCOBERTAS CIENTÍFICAS EM
CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR, APRESENTADAS POR RENOMADOS
ESPECIALISTAS DO MUNDO TODO.

**CURSO DE FLEBOLOGIA ESTÉTICA,
ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER E
LIPEDEMA INTERNATIONAL SIMPOSIUM**

04 A 06 DE ABRIL - INSCREVA-SE AGORA!



LIPEDEMA
ACADEMY



**Participe da Aula Exclusiva
para Médicos, Lipedema
MasterDay, dia 26 de março
às 19:00.**

LIPEDEMAACADEMY.COM



**Prepare-se com o curso que mais
aprova no Título SBACV.**

Prepare-se com o curso que mais aprova no título de especialista SBACV.
Muito mais que um curso preparatório, uma transformação profissional 94%
de aprovação na segunda fase e 82% de aprovação geral em 2022.

**PREPARATÓRIOS PARA ANGIOLOGIA,
CIR. VASCULAR, CIR. ENDOVASCULAR E
ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER**

WWW.CURSOBIZU.COM.BR
(11) 99523.4922



Dissecção de aorta tipo B crônica associada a aneurisma de arco aórtico. Tratamento híbrido em caráter de urgência – Relato de caso

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



**AUTORES: Costa FM, Mannarino MA, Mannarino M, Mannarino G, Pereira EA*

Resumo: A dissecção da aorta tipo B compreende uma grave patologia sendo considerada uma síndrome aórtica aguda. Sua ocorrência se deve a diferentes doenças da parede da aorta torácica ou hipertensão arterial. Neste artigo, será apresentado um relato de caso de um paciente com dissecção aórtica tipo B crônica com volumoso aneurisma de arco aórtico, sendo tratado com cirurgia híbrida em caráter de urgência.

Palavras-chave: Aorta, aneurisma e hipertensão.

Introdução

O tratamento do arco aórtico, seja pela via convencional ou endovascular, continua sendo um desafio na cirurgia da aorta torácica, principalmente pela presença dos troncos supra-aórticos. As opções terapêuticas incluem a cirurgia aberta convencional, a troca total do arco aórtico (TAR), associada à correção torácica endovascular (TEVAR), e o tratamento cirúrgico híbrido. Devem ser levadas em consideração, no manejo eletivo ou de urgência, as comorbidades do paciente, os recursos à disposição, a experiência do cirurgião, entre outros fatores.

Apresentação de caso

Paciente masculino, 70 anos, tabagista e hipertenso, interna com relato de dor torácica intensa, irradiando para as costas. Refere início de dor há um mês, com piora há dois dias.

Angiotomografia de internação revela quadro de dissecção de aorta tipo B crônica, associada a aneurisma de arco aórtico, sem extensão de colo adequada para o tronco braquiocéfálico e artéria carótida comum esquerda.

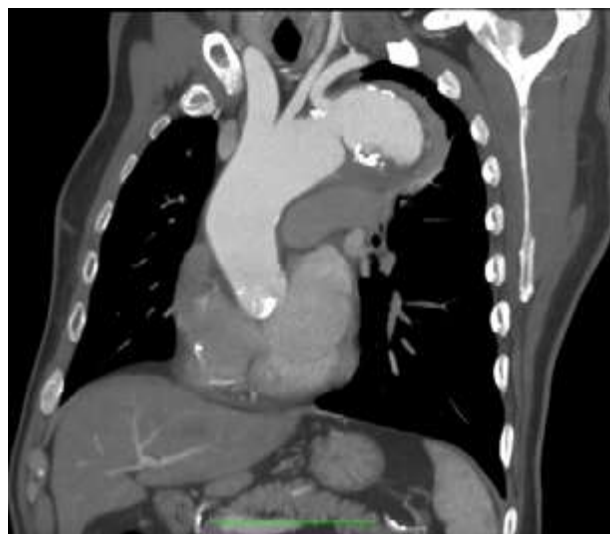


Figura 1

Devido ao elevado risco cirúrgico do paciente para correção aberta do aneurisma de arco, foi optado pelo tratamento híbrido em caráter de urgência. O primeiro passo consiste no bypass carótido-carotídeo e o segundo no tratamento endovascular do aneurisma do arco aórtico.

Iniciamos pela dissecação bilateral de ambas artérias carótidas comuns. Foi realizada a tunelização manual retrofaríngea, para confecção do bypass carótido-carotídeo com prótese de Dacron.



Figura 2

O tratamento endovascular se inicia pela dissecação de artéria axilar direita e femoral comum direita. Então, é realizada punção de artéria braquial esquerda e femoral comum esquerda com uso de introdutores 6Fr. Pelo acesso retrógrado da artéria axilar direita, é introduzida a endoprótese 14Fr Zenith (Cook), com sistema de liberação curto, para realização da técnica dos stents em paralelo.

Pelo acesso femoral direito, é introduzida a endoprótese torácica 46x200 mm (Medtronic), sendo realizado selamento na Zona 0 de Ishimaru. Então, devido ao caráter cirúrgico de urgência, foi optado pela embolização da artéria subclávia esquerda, pelo acesso braquial esquerdo.



Figura 3

O paciente não apresentou déficits neurológicos ou outras intercorrências. Teve alta hospitalar com três dias de pós-operatório. AngioTC de controle evidenciou endopróteses pérvias, sem sinais de endoleak.



Figura 4

“Teve alta hospitalar com três dias de pós-operatório. AngioTC de controle evidenciou endopróteses pérvias, sem sinais de endoleak.”

Discussão

O tratamento cirúrgico realizado em caráter de urgência foi direcionado ao quadro do aneurisma arco aórtico sintomático, sendo evidenciado pela AngioTC de controle uma dissecação de residual tipo B na aorta descendente e toracoabdominal, que será tratada em um segundo tempo com endoprótese ramificada.

A escolha do tratamento híbrido se mostra segura e eficaz em pacientes com quadro de aneurisma de arco aórtico sintomático e risco cirúrgico elevado. A técnica de stents paralelos utilizada é uma alternativa útil em casos de aneurismas complexos, que necessitam de extensão proximal no ponto de selamento da endoprótese.



Douglas Poschinger Figueiredo

Coordenação de Apoio Editorial da SBACV-RJ

Como fazer uma pesquisa para se atualizar em um tema ou responder uma questão?

Caro(a) associado(a),

Seja muito bem-vindo(a) a mais uma edição da nossa querida Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Nesta primeira edição da nova diretoria da SBACV-RJ, vamos falar um pouco sobre inícios.

Independentemente de quantas milhas tenhamos percorrido na estrada da Medicina, e de quanta experiência nos seja própria sobre um tema, eventualmente nos deparemos com alguma dúvida. Isso é muito bom, pois não há como saber tudo. Sem contar com as tantas novidades surgindo dia após dia.

E neste caminho, podemos topar com uma reflexão. Como posso fazer uma pesquisa para me atualizar em um tema ou responder uma questão?

Com certeza, existem diversas maneiras de fazer isso, mas um caminho bastante adotado por quem está escrevendo um artigo ou uma tese é o que segue. Sem dúvida, não esgota o tema, mas é um bom ponto de partida, um início.

O MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) é um bom lugar para começar uma pesquisa. Nessa plataforma,

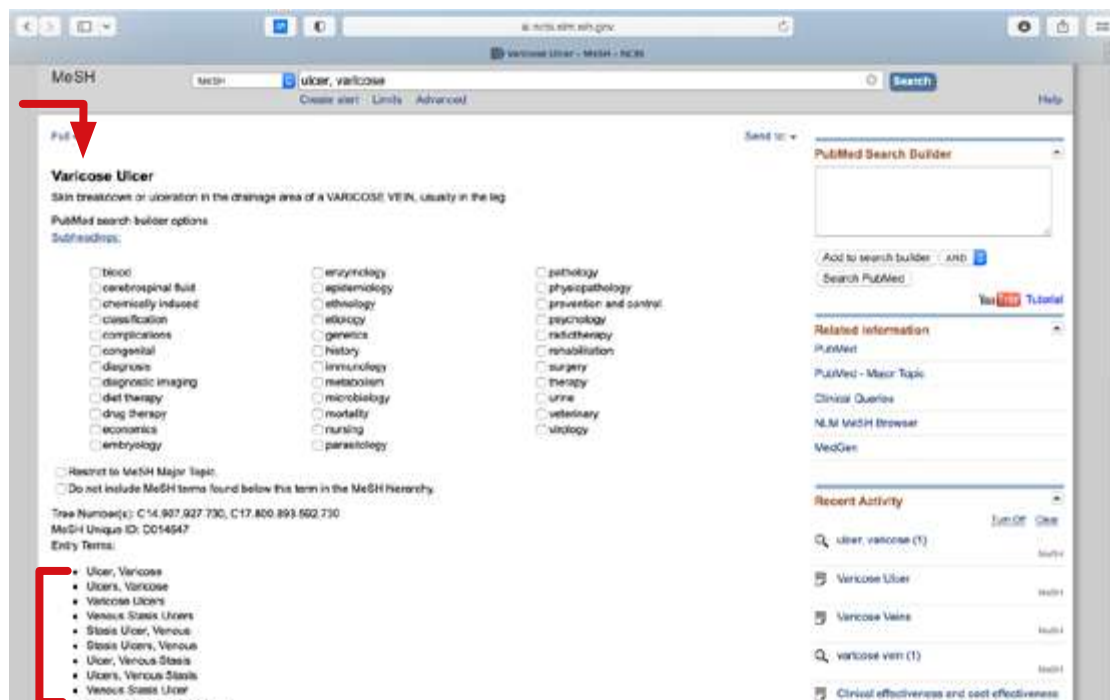
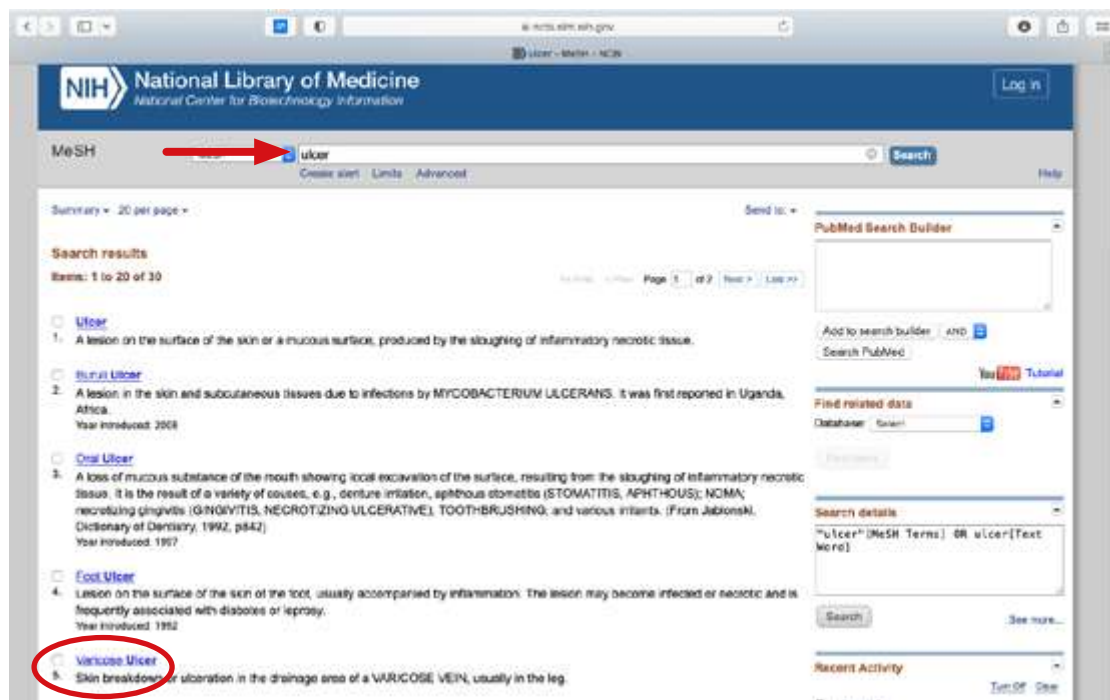
você pode estabelecer um termo raiz para a sua busca que condense diversas palavras-chave correlatas.

Caso você não use esse termo, corre o risco de não aparecerem artigos em que o pesquisador não teve a preocupação de usar as palavras-chave raiz e usou um termo diferente do qual você utilizou na sua busca, criando uma divergência.

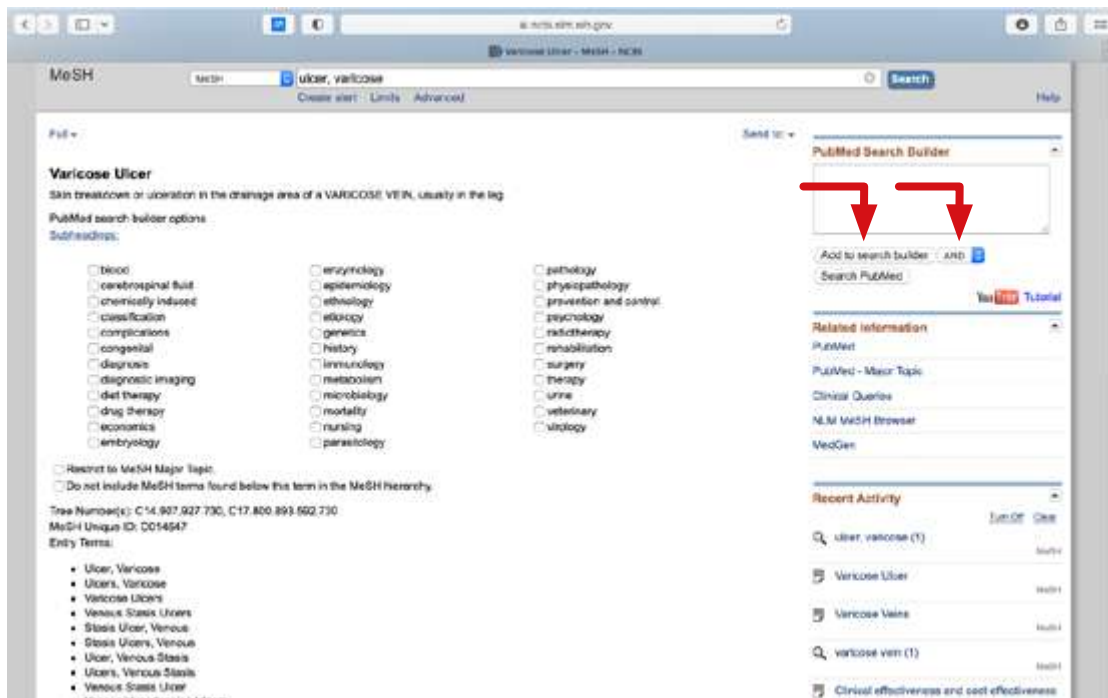
Um exemplo possível seria: um pesquisador que na publicação do seu artigo inseriu como “keyword” o termo “Stasis Ulcer”. Você na busca, por outro lado, pesquisou por “Venous Ulcer”. Os dois estão falando a mesma coisa, mas por diferenças linguísticas entre escolas ou países você perderá esse artigo. Ele simplesmente não aparecerá nos resultados. Entretanto, caso você use o termo “Varicose Ulcer”, esse termo raiz contempla o termo “Stasis Ulcer”, então o artigo irá aparecer.

Claro que o ideal seria o pesquisador ter utilizado o termo raiz, mas isso frequentemente não ocorre.

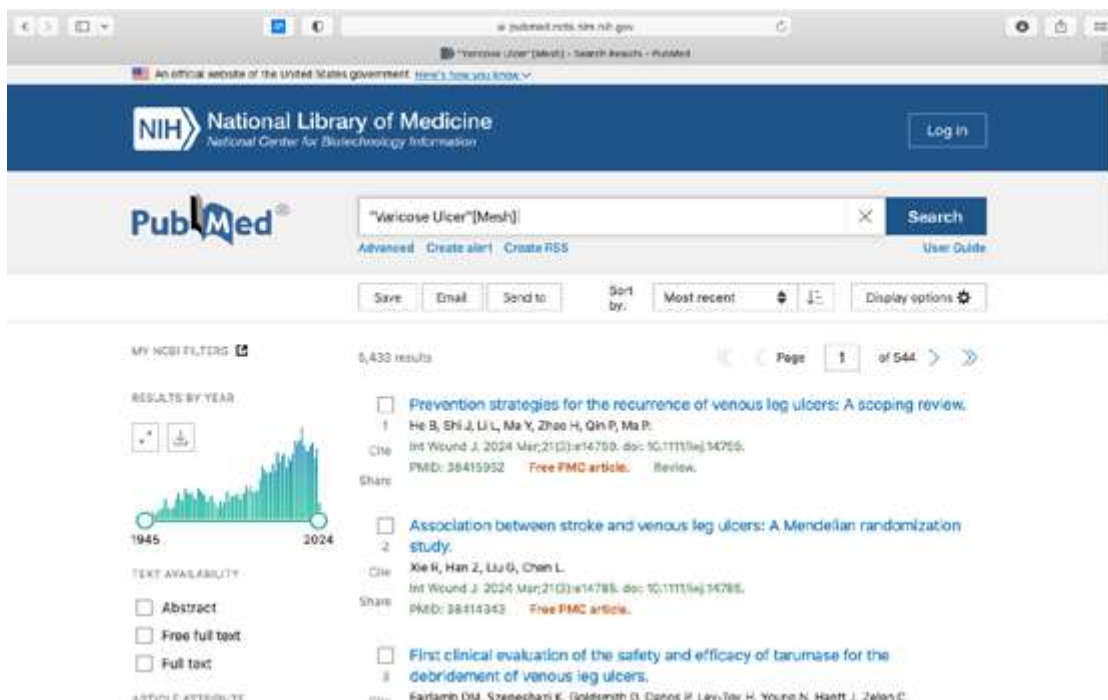
A busca é simples. Após inserir o termo que você quer pesquisar, a plataforma irá exibir uma lista de termos raiz que podem corresponder à sua pesquisa. Então, é só clicar naquele que melhor corresponder.



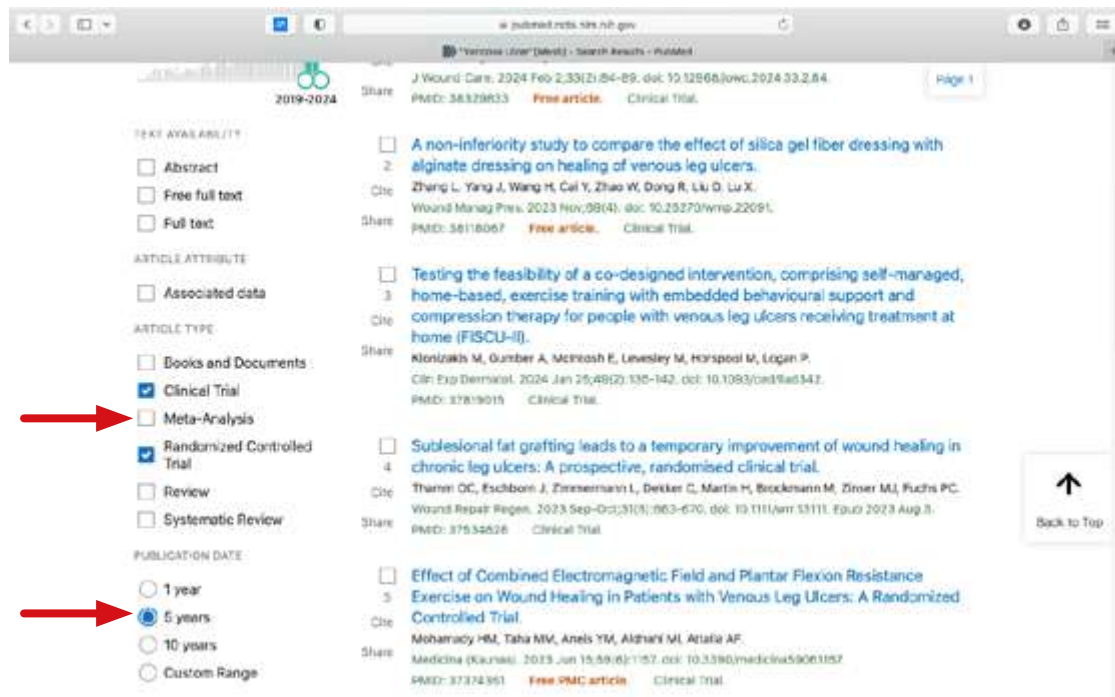
O passo seguinte é clicar no botão “Add to Search Builder”. Assim, é possível montar uma equação de busca, adicionando mais termos, adotando termos opcionais e excluindo termos indesejados. A cada novo termo pesquisado, é preciso determinar qual a operação (and, or, not) e pressionar novamente o botão.



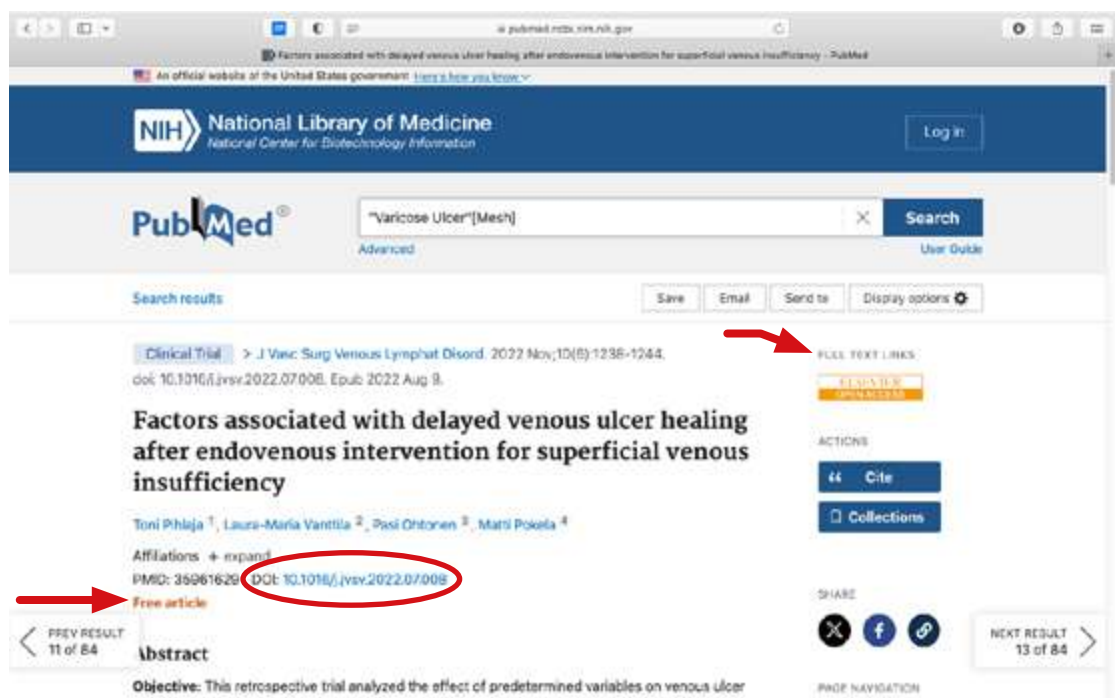
Quando a equação estiver completa, é só pressionar o botão “Search Pubmed”. Você será redirecionado para o Pubmed e todas as publicações disponíveis para a equação de busca serão exibidas.



Nessa plataforma, o primeiro passo é definir os filtros daquilo que será exibido, como o tipo de artigos que você deseja incluir na busca (artigo de revisão, estudo clínico randomizado etc.), o ano da publicação etc.

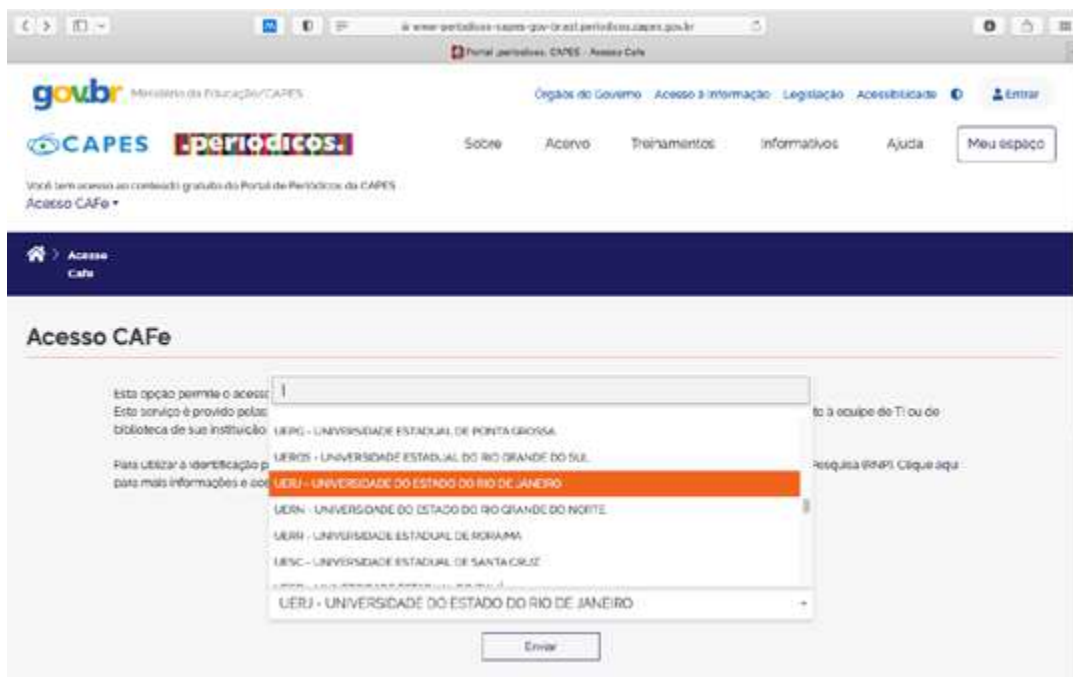


Alguns artigos terão a indicação de “Free Article”, facultando acesso ao conteúdo integral. Botões com a indicação “Full Text Links” levarão até o artigo completo.

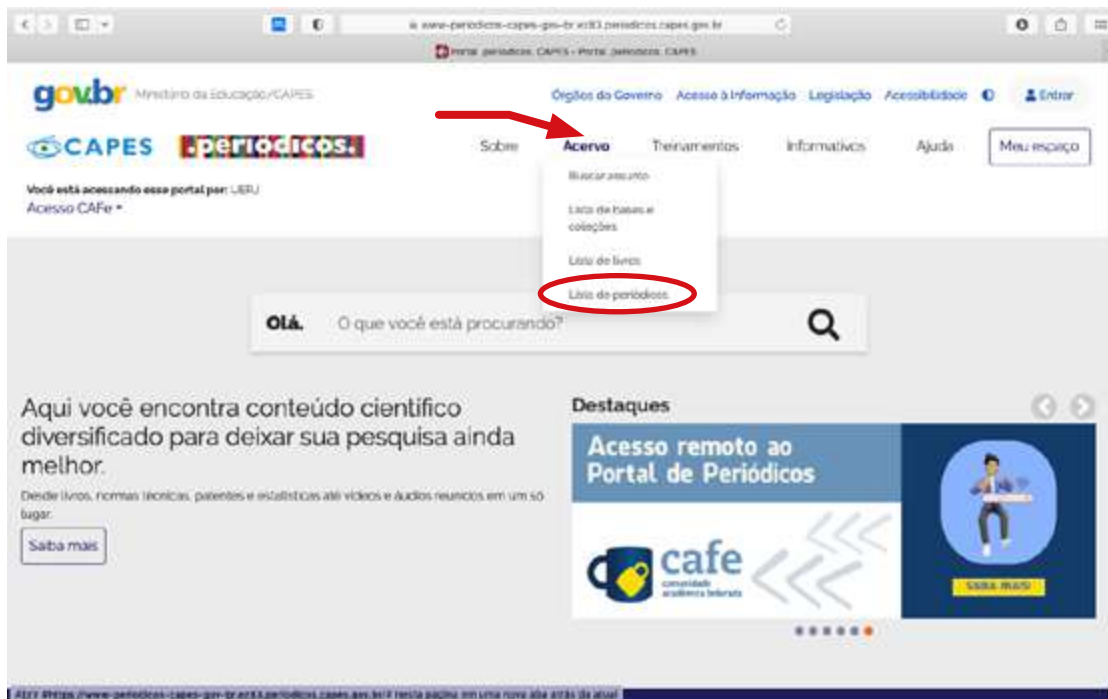


O caminho mais tradicional é a plataforma do Periódicos Capes (<https://www-periodicos-capes-gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php?>).

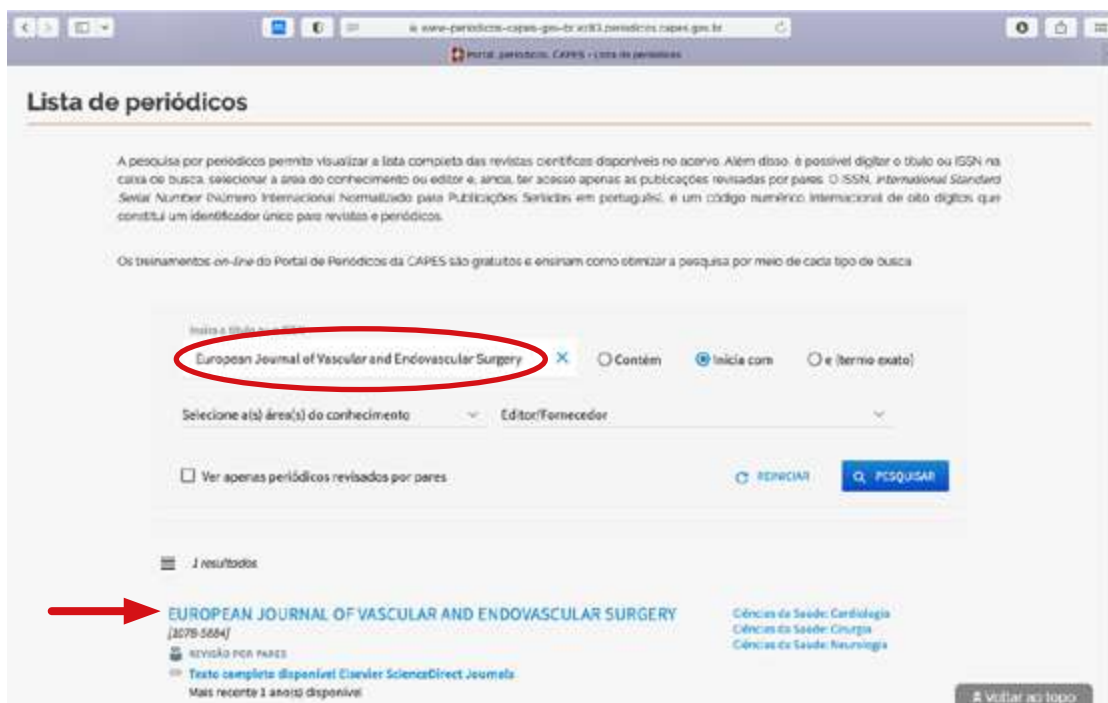
SBACVRI



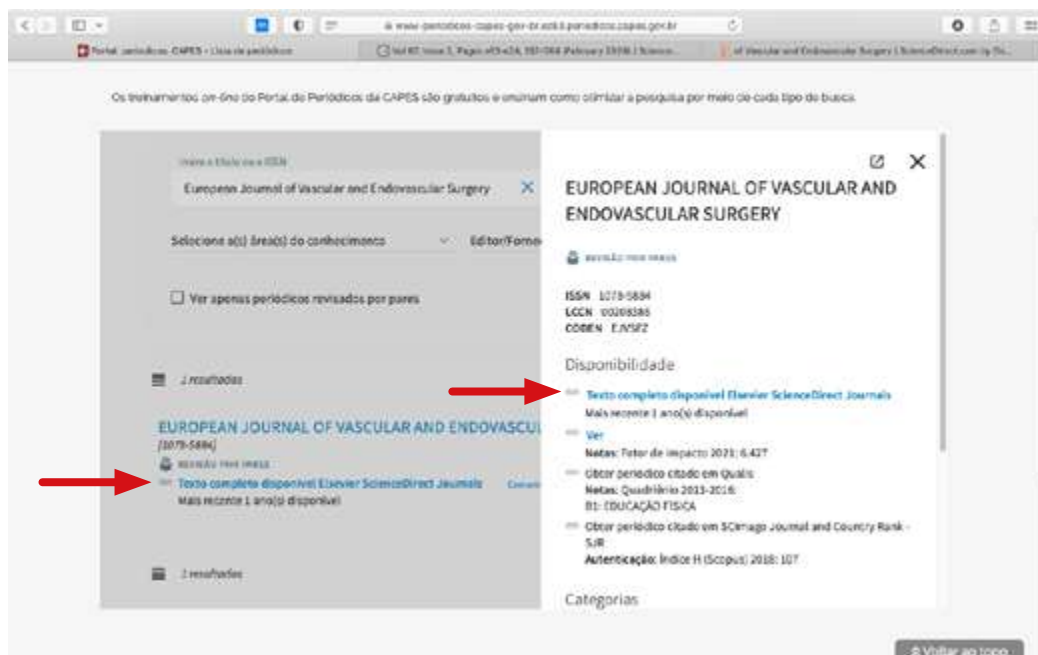
Após o login, vá em “Acervo” e “Lista de Periódicos”.



Agora, você poderá inserir o nome da revista que você quer visitar e verificar se ela é disponibilizada pelo portal. Mas, nem todos os periódicos terão um acordo ativo para a data da publicação que você deseja ter acesso.

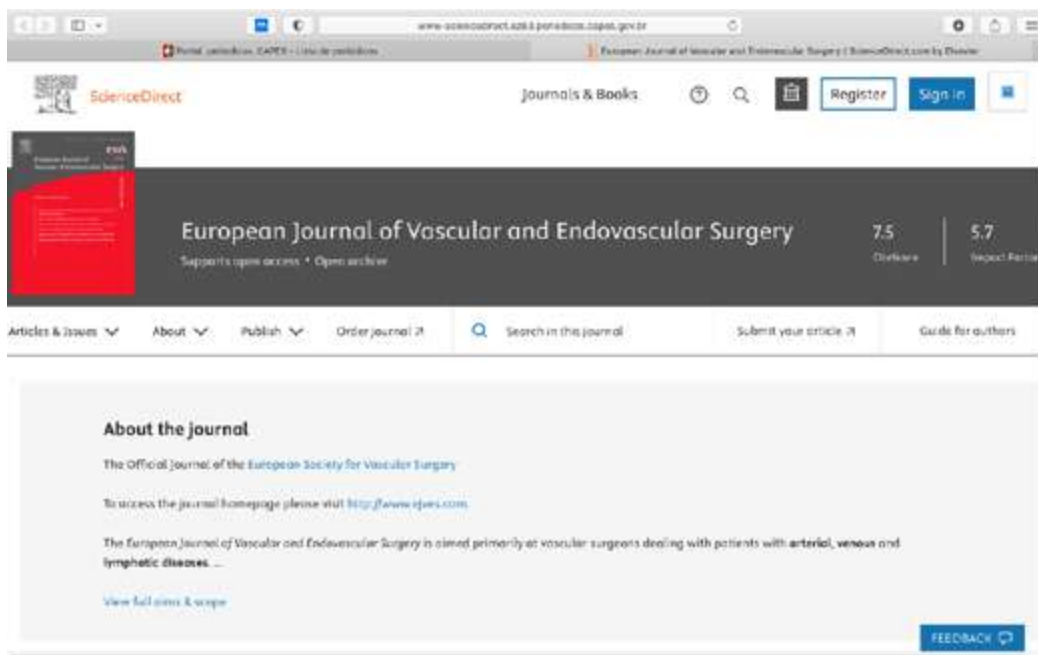


Algumas revistas possuem diversos links, com diversos acordos distintos para intervalos de tempo específicos. Escolha o link que se enquadra à sua necessidade temporal.



Pronto! Agora, você poderá acessar normalmente a página da revista, sem restrições para o período discriminado pelo link que você usou para acessar.

Navegue pelos menus da revista até chegar à edição em que o artigo que você deseja foi publicado.



Existe um site que oferece acesso gratuito a diversas publicações, violando direitos autorais e burlando a necessidade de pagamentos das editoras. É um portal acessado por diversos links, ora funcionantes, ora restritos, e faz a busca dos artigos pelo número DOI, disponibilizando a versão em PDF para download. Devido a irregularidades em vários processos organizacionais, esse portal está envolvido em diversas ações judiciais.

Aparte a questão legal, essa prática compromete as métricas de acesso aos artigos, impedindo a contabilização de leitores de um periódico ou artigo específico.

Um e-mail endereçado ao “Autor Correspondente” é uma boa maneira de ter acesso à versão completa do trabalho. Muitos periódicos estimulam essa via de divulgação, que pode ser um excelente caminho inclusive para aproximação profissional.

Não é raro que o autor se sinta estimulado a passar materiais adicionais após esse contato.

Caso nada disso seja frutífero, o artigo pode ser comprado no site da revista. Algumas bibliotecas institucionais podem fazer a compra sob a demanda. Nesses casos, o custo pode ser subsidiado, mais baixo do que a compra direta pelo usuário, ou mesmo não ter custo.

“Um e-mail endereçado ao “Autor Correspondente” é uma boa maneira de ter acesso à versão completa do trabalho. Muitos periódicos estimulam essa via de divulgação, que pode ser um excelente caminho inclusive para aproximação profissional.”

Esperamos ter contribuído nesse tópico e desejamos boa sorte nas futuras pesquisas!

Caso alguma dificuldade apareça, não se preocupe! A Incubadora Científica da SBACV-RJ está do seu lado nessa empreitada, não deixe de nos contatar. Até as próximas edições!

Regras para envio de artigos científicos

GUIA RESUMIDO PARA AUTORES

INTRODUÇÃO

A Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular publica artigos originais, revisões, resumos de teses ou dissertações, inovações ou variações técnicas, relatos de caso, *short reports*, vídeos, imagens, comentários convidados e correspondências relacionadas a publicações anteriores.

Todos os manuscritos têm autoria velada e são revisados por pares da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Não há cobrança de taxas de avaliação ou publicação.

CHECKLIST PARA ENVIO

Certifique-se de que os seguintes itens estejam presentes:

1) Um autor foi designado como autor correspondente com detalhes de contato público (divulgado no volume):

- a)** Nome completo
- b)** Afiliação (serviço ou clínica)
- c)** Endereço postal completo
- d)** Telefone
- e)** Endereço de e-mail

2) Todos os arquivos necessários foram anexados ao e-mail:

- a)** Manuscrito:
 - i) Página de título (tipo do manuscrito, título, autores e afiliações, autor correspondente, resumo, seis palavras-chave, conforme o padrão DeCS/MeSH)

ii) Corpo do manuscrito (estruturado conforme o tipo, cuidando para que não seja possível identificação de autoria ou origem institucional)

iii) Agradecimentos (quando aplicáveis)

iv) Declarações de conflito de interesses, financiamento e adequação ética.

v) Referências

b) Todas as figuras (incluindo legendas)

c) Todas as tabelas (incluindo títulos e notas de rodapé)

d) Certifique-se de que todas as citações de figuras e tabelas no texto correspondam aos arquivos fornecidos.

e) Arquivos complementares (quando aplicável)

f) Carta de apresentação dos autores

• Outras considerações

3) O manuscrito foi verificado para ortografia e gramática.

4) Todas as referências mencionadas na Lista de Referências são citadas no texto e vice-versa.

5) Foi obtida permissão para uso de material protegido por direitos autorais, quando aplicável.

6) Uma declaração de conflito de interesses foi fornecida, mesmo que os autores não tenham interesses conflitantes a declarar.

7) As políticas do periódico detalhadas neste guia foram revisadas.

DADOS DE CONTATO PARA SUBMISSÃO

Para enviar seu manuscrito, use o e-mail da Diretoria de Publicações: secretaria@sbacvrj.com.br

A versão integral deste guia encontra-se no portal da Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

	Resumo	Corpo do Texto	Figuras/Tabelas	Referências
Pesquisa Original	300	3000	6	30
Teses ou Dissertações	300	3000	6	30
Artigos de Revisão	300	3000	6	30
Variações Técnicas	300	1500	3	10
Relatos de Casos	300	1500	3	10
Vídeos	300	1500	3	10
Imagens	0	150	2	0
Comentários Convidados	0	750	1	10
Correspondência	0	500	1	10

Notas: Os valores se referem ao número máximo de palavras, figuras, tabelas ou referências para cada modalidade de trabalho científico.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

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

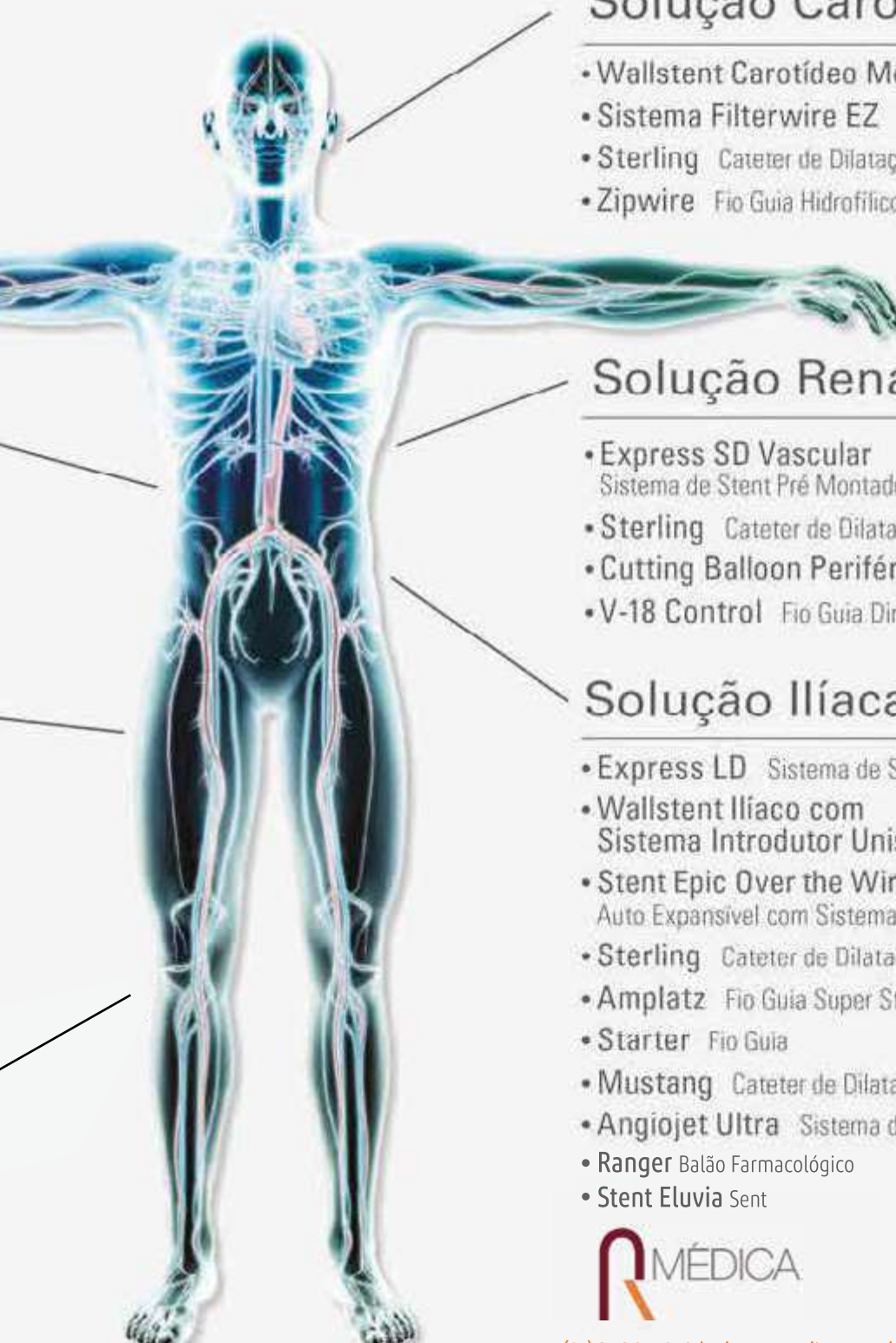


Solução Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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



Solução Carotídea

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

Solução Renal

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

Solução Ilíaca

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



**CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA VASCULAR, ANGIOLOGIA E NOVAS TECNOLOGIAS**

02 A 04 DE MAIO DE 2024 | RIO DE JANEIRO-RJ

A SUA JORNADA NA CIRURGIA VASCULAR 4.0

*Onde tradição e inovação na Cirurgia Vascular,
Endovascular e Angiologia convergem*

PRÉ-CONGRESSO: 02.05.2024

CONGRESSO: 03 E 04.05.2024

Windsor Barra Hotel | Rio de Janeiro-RJ

**INSCRIÇÕES
ABERTAS!**

PARTICIPE TAMBÉM:

Curso pré-congresso

Rodrigo Kikuchi

FLEBOLOGIA ESTÉTICA

Novas Tecnologias e inovações

02 de maio das 13h30 às 18h00



ACESSE O SITE E SAIBA MAIS

WWW.CIVAT.COM.BR

SBACV-RJ empossa segunda mulher a exercer o cargo de presidente e a primeira que atua fora da capital

A nova diretoria da SBACV-RJ tomou posse no dia 18 de janeiro. À frente da nova gestão está a Dra. Gina Mancini de Almeida, segunda mulher a exercer o cargo como presidente da Sociedade e a primeira que atua fora da capital. Em seu discurso de posse, ela ressaltou que pretende representar os especialistas do interior do Estado de forma exemplar e trabalhar para que a história de inclusão continue.

- Pretendemos realizar uma gestão inclusiva, com participação e valorização de todos os nossos associados. Não importando se em algum momento houve discordância de pensamentos. A nossa Sociedade existe para promover todos os nossos associados. Manteremos o nosso objetivo de incluir ao máximo os angiologistas e cirurgiões vasculares que atuam no Estado do RJ. Precisamos englobar os colegas que atuam em nossas especialidades. Sabemos que alguns resistem a fazer parte da nossa Sociedade, mas precisamos trabalhar no sentido de reverter este pensamento e aproximá-los cada vez mais da SBACV-RJ – enfatizou a presidente.

Também vamos manter, continuou Dra. Gina Mancini, o objetivo de estimular e oferecer ao associado uma evolução científica continuada e de qualidade, em conjunto com a nossa SBACV Nacional. Outro ponto fundamental é trabalhar para que o nosso direito a uma remuneração justa e adequada seja respeitado tanto pelos empregadores, sejam privados ou públicos, bem como pelas operadoras de plano de saúde.

- Precisamos e me disponho a trabalhar de forma eficiente e eficaz contra a invasão de nossa atividade médica por não médicos e por profissionais médicos de outras especialidades. A defesa de nossa atuação profissional é essencial – considerou.

A presidente afirmou ainda que a SBACV-RJ vai atuar junto com os centros formação de especialistas, os serviços de pós-graduação e residência médica, no sentido de melhorar sempre a qualidade do profissional que inicia a sua jornada.



- Gostaria de manter a Sociedade o mais próximo possível, de forma colaborativa, com esses serviços. Estimular esses profissionais a estarem na Sociedade e obterem seus títulos de especialistas nas diversas áreas de atuação. Também precisamos manter e reforçar o bom relacionamento que sempre tivemos com as demais instituições, como o Cremerj, a Academia Nacional de Medicina, a Associação Médica Brasileira e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões – observou.

A vida associativa da nova presidente

A vida associativa da Dra. Gina Mancini na SBACV iniciou-se no ano de 1987, como membro aspirante da SBACV-RJ. Em 1991, se tornou membro efetivo e, em 2014, alcançou a categoria de membro titular.

Começou sua atuação mais próxima das diretorias da SBACV-RJ, durante a gestão do Presidente Maldonado Azambuja, quando realizou a primeira reunião científica fora de sede em Volta Redonda. Posteriormente, na gestão do Dr. Marcio Leal de Meirelles, organizou a primeira reunião fora de sede que durou todo o fim de semana, na cidade de Penedo. Daí em diante, foram diversas participações até se tornar Vice-Presidente na gestão do Presidente Almar Bastos (2022/2023). Dra. Gina Mancini participou ativamente nas últimas dez gestões da SBACV-RJ.

Ao longo de todo este período, desde 1984, ela compreendeu como a Sociedade funciona e o que o especialista espera da entidade.



Carioca com atuação profissional no interior do Estado

Dra. Gina Mancini é carioca de Santa Teresa, filha de um imigrante italiano com uma campista. Casada com o Dr. João Roberto desde 1979, tem três filhos e seis netos.

Formou-se em Medicina na UFRJ em 1979. É pós-graduada em Angiologia pela PUC-Rio desde 1981, mesmo ano em que fez residência no Hospital Rocha Faria. Também é pós-graduada em Medicina do Trabalho pela Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda, desde 1983.

Dra. Gina Mancini tem título de especialista em Angiologia pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular desde 1986; de especialista em Medicina Interna pelo Conselho Regional de Medicina do RJ desde 1991; de Ecografia Vascular com Doppler desde 2002; e é sócia titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro desde 2014.

Em sua atuação profissional, trabalha no consultório que funciona em Volta Redonda, desde 1987, além da Angioscan Centro de Imagem Vascular, um laboratório de imagem vascular, também em Volta Redonda, desde 1983.

SBACV-RJ entrega a Medalha do Mérito Vascular Professor Antônio Luiz de Medina

Durante a solenidade de posse, Dr. Almar de Assumpção Bastos, Presidente na gestão 2022/2023, fez a entrega da Medalha do Mérito Vascular Professor Antônio Luiz de Medina, concedida a associados e não associados como reconhecimento por seu trabalho e contribuição em benefício da SBACV-RJ e da promoção e defesa da saúde nas especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular e das suas respectivas áreas de atuação. Foram agraciados com a medalha o vereador Felipe Michel e os Drs. Antonio Rocha Vieira de Mello, Bernardo Cunha Senra Barros, Bernardo Massière, Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos, Leonardo Stambowsky, Marco Carneiro Teixeira e Stenio Fiorelli.

"Também vamos manter o objetivo de estimular e oferecer ao associado uma evolução científica continuada e de qualidade, em conjunto com a nossa SBACV Nacional."



Conheça a nova diretoria da SBACV-RJ (Gestão 2024/2025)

Presidente	Gina Mancini de Almeida
Vice-Presidente Executivo	Breno Caiafa
Vice-Presidente Científico	Almar de Assumpção Bastos
Secretária-Geral	Adriana Vasconcelos
1º Vice-Secretário	Antonio Feliciano
2ª Vice-Secretária	Carolina Heil
Tesoureiro-Geral	Carlos Peixoto
1º Vice-Tesoureiro	Leonardo Lucas
2ª Vice-Tesoureira	Cristina Rigueti
Diretor Científico	Daniel Drummond
1º Vice-Diretor Científico	Arno von Ristow
2º Vice-Diretor Científico	Marcos Arêas
Diretora de Eventos	Cristiane Araujo
1ª Vice-Diretora de Eventos	Juliana Miranda
2ª Vice-Diretora de Eventos	Natalia Delmonte
Coord. Apoio a Eventos	Helena Santos
Diretor de Publicações	Felipe Costa
1º Vice-Diretor de Publicações	Eduardo Trindade
2º Vice-Diretor de Publicações	Diogo Di Batista
Coord. Apoio Editorial	Douglas Porschinger
Diretor de Defesa Profissional	Carlos Enaldo
1º Vice-Diretor de Defesa Profissional	Adilson Feitosa
2º Vice-Diretor de Defesa Profissional	João Bille

Diretor de Patrimônio	João Sahagoff
1ª Vice-Diretora de Patrimônio	Gisele Cardoso
2ª Vice-Diretora de Patrimônio	Renata Abinader
Diretora de Informática	Érika Flammarion
1ª Vice-Diretora de Informática	Lucia Helena
2ª Vice-Diretora de Informática	Patricia Caneschi
Diretor de Mídias Sociais	Leo Stambowski
1ª Vice-Diretora de Mídia Sociais	Darlene Paixão
2ª Vice-Diretora de Mídia Sociais	Marina Bocalletti
Diretor de Ensino Médico	Stenio Fiorelli
1º Vice-Diretor de Ensino Médico	Bernardo Barros
2ª Vice-Diretora de Ensino Médico	Ana Paula Parente
Diretor de Marketing	Marco Teixeira
1ª Vice-Diretora de Marketing	Ana Cristina Engelke
2º Vice-Diretor de Marketing	Bruno Morisson
Diretor de Planejamento	Fernando Picolli
1º Vice-Diretor de Planejamento	Pedro Portilho
2ª Vice-Diretora de Planejamento	Camila Mancini



Dr. Daniel Autran Burler Drummond
Diretor Científico da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Encontro Carioca: temas e debates que enriquecem nossas especialidades

O XXXVIII Encontro Carioca ainda não começou, mas já é um sucesso. Será realizado entre os dias 21 e 23 de março em novo local, agora no Windsor Oceânico.

Com o retorno pleno presencial, teremos no dia 21 um curso pré-congresso com dois módulos: pela manhã, organizado pela Dra. Adriana Vasconcelos, será realizado um hands on em punções ecoguiadas; e à tarde, pelo Dr. Felipe Coelho, apresenta atualizações em flebologia moderna. Os cursos contarão com expoentes nacionais e internacionais em um modelo interativo direcionado à prática diária de ponta.

O dia 22 será iniciado com a apresentação dos temas livres na plenária pelos residentes e, a seguir, terão seu já tradicional Encontro, assim como o de ligas acadêmicas, eventos sempre de grande interesse que fortalecem e semeiam o futuro de nossa Sociedade.

Em outra sala, teremos um café de boas-vindas inédito em uma completa mesa, coordenada pelo Dr. Julio Peclat, com temas focados em doenças da aorta.

A mesa 2, coordenada pela Dr. Helena Santos, trará atualizações técnicas e tecnológicas no tratamento de doença

"O XXXVIII Encontro Carioca ainda não começou, mas já é um sucesso. Será realizado entre os dias 21 e 23 de março em novo local, agora no Windsor Oceânico."

venosa abordando a ecografia, novos tratamentos com a espuma densa e as técnicas não térmicas não tumescentes.

A mesa 3, coordenada pelo Dr. Arno von Ristow, abordará enfoques relevantes nas indicações do tratamento no evento agudo, acompanhamento per operatório assim como a abordagem cirúrgica por mini incisão.

Fechando o dia, Dr. Leonardo Harduin conduzirá uma rica sessão focada em acessos vasculares para hemodiálise, sendo explorados novos materiais disponíveis, a avaliação

ultrassonográfica assim como as técnicas mais recentes para salvamentos das fistulas arteriovenosas.

O dia 23 se iniciará novamente com um café de boas-vindas em sessão coordenada pelo Dr. Breno Caiafa, com a abordagem da doença vascular periférica as novas diretrizes e consensos, tratamento clínico, novos materiais disponíveis, assim como as novas técnicas de salvamento de membro com avanços em recanalização retrograda e acessos ultradistais.

Na sequência, o tema tromboembolismo venoso é dissecado na mesa 6, com coordenação do Dr. Marcos Arêas, avaliação, acompanhamento e intervenção na síndrome pós-trombótica crônica serão assuntos apresentados, assim como a trombose em vasos esplâncnicos e indicações de extensão da anticoagulação.

A mesa Temas Relevantes, coordenada pelo Dr. João Sahagoff, trará especialistas renomados em trauma vascular, assim como discutirá outros assuntos como recanalizações complexas, transplante renal e as atualizações no manejo do lipedema.

A última mesa do Encontro, Flebologia 2, coordenada pelo Dr. Leonardo Stambowsky, terá a homenagem ao convidado internacional Dr. Michaël Prüfer, grande apaixonado pela nossa cidade e contribuidor na difusão dos avanços das técnicas com endolaser. Teremos ainda outras aulas sobre o tema envolvendo aspectos ecográficos, discussões sobre o cálculo do LEED adequado, prevenção de complicações e alinhando expectativas.

Ainda teremos uma bonita e honrosa homenagem à Dra. Marília Panico, conduzida pela Dra. Carmen Porto, uma vez que nossa Sociedade reconhece e enaltece toda uma vida

"A mesa Temas Relevantes, coordenada pelo Dr. João Sahagoff, trará especialistas renomados em trauma vascular, assim como discutirá outros assuntos como recanalizações complexas, transplante renal e as atualizações no manejo do lipedema."

dedicada ao ensino e à difusão de uma Medicina de alto padrão à população do Rio de Janeiro.

Nosso Encontro contará também com inúmeros simpósios paralelos, com as últimas novidades tecnológicas trazidas pelas empresas, debates a cada mesa buscando resoluções práticas para a melhora de honorários médicos e defesa profissional, assim como grande ênfase nas discussões e debates que enriquecem e engrandecem nossas especialidades.

Esperamos você lá!

Estoicismo e a conexão com o paciente

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Você sabe o que é estoicismo? A filosofia do estoicismo foi fundada por Zenão de Cítio, um filósofo grego que viveu no início do século III a.C. Apesar do estoicismo ter sido fundado há mais de dois mil anos, sua filosofia ainda é relevante nos dias atuais. Um dos princípios da filosofia estoica ensina que deve-se aceitar o que não pode ser mudado, e se concentrar em controlar as próprias reações e emoções em relação aos eventos externos. O estoicismo também aborda a importância da autodisciplina, autocontrole e da prática da virtude.

Leo Simão, empreendedor Endeavor, graduado em Engenharia de Produção pela UFSCar e pós-graduado no OPM na *Harvard Business School*, é uma das pessoas que atualmente acredita que o estoicismo pode ajudar empreendedores e líderes de alta performance. Em sua trajetória profissional, ele é a personificação do empreendedorismo intuitivo e inovador, com um histórico impressionante no lançamento e crescimento de startups tecnológicas. No entanto, um problema de saúde fez com que ele mudasse a forma de encarar a vida e o aproximou do estoicismo.

Em entrevista ao Dr. Felipe Costa, Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ, Leo Simão fala sobre a importância desse conhecimento filosófico.

Felipe Costa - Quando você começou a se interessar pelo estoicismo?

Leo Simão - Foi logo depois da pandemia. Peguei Covid, tive 90% do meu pulmão tomado e fiquei sete dias na UTI, com 22 leitos e 21 pacientes entubados. Somente



Leo Simão

eu estava com máscara de oxigênio. Não sabia se tinha horas ou minutos até ser entubado. Acabei não sendo entubado e sobrevivi sem sequelas, mas quando saí do hospital, estava completamente desconectado. Estava com depressão profunda. Não tinha vontade de fazer mais nada. Olhava para os meus negócios e aquilo me emburalhava o estômago. Para mim, nada mais fazia o menor sentido. Naquele momento, tive a vivência da impermanência de todas as coisas materiais. Então, pensei, preciso buscar a resposta sobre o que é a vida, sobre o que eu estou fazendo aqui.

Num primeiro momento, li as principais escrituras. Todas são maravilhosas e escritas por mestres inspirados, mas não encontrei conexão. Até que um dia, no carro, estava escutando um podcast em que um cara estava lendo o livro *Meditações*, de Marco Aurélio, o imperador romano. As pessoas não têm consciência do que era ser um imperador naquela época. Era ter o poder de todos os presidentes atuais somados, dos Estados Unidos, Japão, China e Rússia; a fama dos jogadores de futebol, influencers e artistas; e o dinheiro de todos os empresários.

A parte do livro que eu estava escutando era sobre gratidão. Marco Aurélio estava expressando gratidão às pessoas da vida dele, que ensinaram virtudes e valores para ele. E, aquilo me conectou de um instante para outro, aquilo fez sentido para mim. Marco Aurélio integrou a corrente do estoicismo.

Felipe Costa – Como aconteceu o seu contato com a filosofia estoica?

Leo Simão – O estoicismo de Marco Aurélio me ajudou a entender todas as demais escrituras. Os senadores romanos perguntaram para Marco Aurélio: “você é tão focado em viver dos seus valores, das suas virtudes, mas já parou para pensar que talvez não exista nada depois da vida?”. O estoicismo é muito racional, muito lógico. Marco Aurélio respondeu que existem duas possibilidades: “numa delas, existe alguma coisa além da vida. Na outra, não. Primeiro, vamos falar da possibilidade de que existe, em que somos seres espirituais passando por uma experiência humana. Nesse caso, eu não levo quando vou embora meus palácios, meus mármore, meu ouro, nem meu corpo. O que eu levo é o que sou, e o que sou são minhas virtudes e meus valores. Levo a sabedoria que adquiri, a bondade, a justiça que pratiquei, a coragem que tive para mudar, viver, ajudar. Levo a temperança, a forma como equilibrei minha vida. Então, tudo isso faz de mim o que sou. Por outro lado, pode ser que realmente não exista nada depois da vida. Nesse caso, essa seria a minha única oportunidade de viver da minha virtude e dos meus valores. Portanto, eu não quero desperdiçar essa oportunidade”.

"A parte do livro que eu estava escutando era sobre gratidão. Marco Aurélio estava expressando gratidão às pessoas da vida dele, que ensinaram virtudes e valores para ele. E, aquilo me conectou de um instante para outro, aquilo fez sentido para mim. Marco Aurélio integrou a corrente do estoicismo."

Felipe Costa – Essa fala é fantástica e o que você está dizendo traz muito sobre a forma que eu interpreto o papel do médico frente ao paciente. Temos uma responsabilidade muito grande no consultório médico. A palavra consultório já diz, o paciente vai para receber uma consulta, um aconselhamento, não é um “obrigatório médico” ou “ordenatório médico”. Em nenhum momento, é imperativo, porque o paciente é dono do atendimento dele. A cura está no desejo de ser curado, já ouvimos isso na filosofia também.

De certa forma, a conexão com o paciente dentro do consultório vem se perdendo, o que era para ser o principal está se transformando em diferencial na prática médica. Temos uma responsabilidade muito grande na prática da Medicina, porque o paciente está ali precisando de um

conselho, de uma ajuda. Acredito que ao estudar a filosofia estoica, tive um ganho próprio muito grande para dentro do coração e da mente. No consultório, passei a aproveitar muito mais a troca com o paciente, minha conexão com o paciente melhorou.

Felipe Costa – Você sentiu essa conexão dentro da relação com os seus médicos?

Leo Simão – Estou relendo um livro chamado “Você é o placebo”, do Joe Dispenza. A publicação relata uma série de estudos sobre o poder da nossa mente, da nossa crença na cura. Mostra exemplos do efeito placebo na cura de várias doenças. Dentro do estoicismo, trabalhamos bastante a questão mental. O nosso poder da mente tem a capacidade de curar e também de trazer doença, porque sabemos que é tudo vibração, é energia. Então, a frequência mental da nossa vibração influencia na nossa matéria. Nosso padrão vibratório influencia, potencializa a cura ou a doença. O médico, além de levar tratamento, leva fé, confiança para o paciente. O estoicismo nos ajuda a ter essa conexão.

Os treinamentos, que realizo com empreendedores e empresários, além de trazer a filosofia estoica, aborda a metodologia “Calma da Mente” que tem o objetivo de reconectar com seu propósito e controlar suas emoções para liderar e viver com mais potência, foco e leveza. É o caminho para mudar o seu estilo de vida. Utilizo a mandala das sete lentes da transformação, que é uma ferramenta que permite visualizar tudo o que acontece em nossas vidas por um novo prisma. Da mesma forma que uma lente de contato auxilia um míope a enxergar as coisas como realmente são.

O objetivo é fazer você compreender o propósito de cada acontecimento e como agir para obter sempre o melhor resultado possível em qualquer situação, para conquistar novos patamares em sua vida pessoal e profissional, dominar suas próprias emoções e usá-las a seu favor, ter uma visão clara do que deseja para os próximos anos e viver em paz consigo mesmo, cuidando de seu corpo e mente.

"Os treinamentos, que realizo com empreendedores e empresários, além de trazer a filosofia estoica, aborda a metodologia “Calma da Mente” que tem o objetivo de reconectar com seu propósito e controlar suas emoções para liderar e viver com mais potência, foco e leveza."

Felipe Costa – Qual é a sua sugestão de leitura inicial para conhecer o estoicismo?

Leo Simão – Nenhum outro livro substitui Meditações de Marco Aurélio, mas é uma leitura muito densa. Quando fui impactado pela filosofia estoica, resolvi fazer um podcast chamado “Meditação estoica”. Acabei fazendo um por dia para não me desconectar. Hoje, já estou no 760º episódio e fiz reflexões sobre o livro inteiro.

Em março, estarei lançando meu livro “365 dias com a Calma da Mente”, que são pensamentos e reflexões diárias, cada um acompanhado de um link em QR code para acessar o episódio do dia. Todos os conteúdos estão separados por tema.



Dr. Leonardo Stambowsky

Diretor de Mídias Sociais da SBACV-RJ

Redes sociais: espaço para manter relação com o paciente e divulgar seu trabalho

A Diretoria de Mídias Sociais da SBACV-RJ, em parceria com a Diretoria de Publicações, estará disponibilizando para o sócio um guia abordando o uso das redes sociais por nós, vasculares. Serão quatro edições com explicações e dicas sobre esses canais de marketing essenciais para o nosso posicionamento estratégico seja qual for seu objetivo.

Os tempos mudaram. O famoso “boca a boca” segue sendo a melhor forma de marketing médico, mas nos dias de hoje precisamos nos posicionar e nos preparar para essa revolução tecnológica que estamos vivendo e se intensificará ainda mais nas próximas décadas.

Muitos médicos ainda têm certo preconceito com a atuação profissional na web, mas além de atrair clientes, as redes sociais são uma forma de se relacionar com o público. Esse também é um espaço com o qual seu fiel cliente pode manter um vínculo, conhecer novidades e ser informado pelo profissional.

Entre as vantagens de investir nas redes sociais, temos uma possibilidade de expansão do mercado, otimização dos atendimentos, fidelização dos clientes, tornar-se referência na especialidade, divulgar nosso trabalho para médicos de outras especialidades, entre muitas outras funções.

Para começar, é importante que você conheça as principais redes sociais e suas peculiaridades.

Facebook

Ainda que tenha perdido o posto de rede social mais utilizada pelos brasileiros, já que foi ultrapassado pelo YouTube, o Facebook ainda conta com cerca de 130 milhões de usuários no Brasil. Por isso, você não pode desconsiderá-la. Trata-se de um canal essencial para divulgar conteúdo relevante sobre sua área de atuação, criar autoridade e engajamento tanto com novos seguidores quanto com antigos pacientes. A vantagem da plataforma é permitir a publicação de vários formatos. Logo, é possível compartilhar artigos médicos do seu próprio blog, notícias sobre a área de saúde, infográficos informativos, campanhas de conscientização e até vídeos com dicas e orientações para pacientes.

YouTube

Em 2019, a plataforma de vídeos ultrapassou o Facebook em número de usuários: 95% dos internautas brasileiros estão no YouTube. O fato é que o vídeo é um formato que vem se popularizando cada vez mais, tanto pela praticidade de consumo quanto pelos avanços tecnológicos que vêm facilitando sua produção. Hoje, você não precisa mais de grandes recursos técnicos, é possível criar conteúdo com um celular e alguns aplicativos de edição simples de usar. De acordo com o Estadão, uma pesquisa do Google revelou que 26% dos brasileiros recorrem primeiramente ao site de busca e ao YouTube quando se deparam com um problema de saúde, antes mesmo de procurar um médico. Por isso, vale a pena investir em um canal.

LinkedIn

A maior rede social profissional do mundo se tornou obrigatória para qualquer um que esteja no mercado de trabalho, inclusive médicos. Nela, é possível ampliar sua rede de contatos, fazer networking, entrar em grupos de discussão e publicar artigos, sendo uma ótima alternativa para quem ainda não tem um blog. É o espaço ideal para conteúdos mais técnicos e um excelente ambiente para construir sua autoridade digital na área de atuação. Além disso, você pode disponibilizar seu currículo completo, permitindo aos pacientes conhecerem a sua formação acadêmica, assim como detalhes da sua atuação clínica e científica.

X (antigo Twitter)

Diferente das outras redes sociais, o X tem características bem específicas, como o limite de 280 caracteres por postagem e uma quantidade de recursos mais limitada. No entanto, os seus trending topics (assuntos mais comentados) ainda têm grande influência sobre o que é sucesso nas outras redes. O dinamismo é a principal característica do X. Por isso, a velocidade de interação é muito maior que outras redes sociais para médicos. Assim, é preciso avaliar se o seu público está presente nesse canal, mas de toda forma é importante ficar de olho no que acontece por ali.

Instagram

O Instagram é a rede preferida de grandes marcas e empreendedores para se aproximar dos clientes. Seus números não param de crescer e novas ferramentas são constantemente lançadas. Trata-se de uma rede em que o visual tem muita importância, pois são as imagens que têm maior destaque no feed. Dessa forma, é importante apostar em fotos de boa qualidade e em um design limpo, no caso de usar artes gráficas nos posts. Tenha cuidado com imagens sensíveis, como de cirurgias e doenças, já que podem ser censuradas em virtude dos termos de uso do aplicativo.

As hashtags são muito utilizadas para marcar as publicações e devem ser usadas por médicos para se posicionar

e aumentar a visualização, indicando especialidade, tratamentos, procedimentos etc. Você pode ainda usar a ferramenta stories e seus variados recursos — enquetes, perguntas, GIFs e filtros — para estreitar o relacionamento médico-paciente e gerar engajamento.

O Instagram é um ótimo caminho para humanizar o médico, mostrando bastidores da sua atuação e um pouco da sua vida privada nos stories, que é um conteúdo temporário, saindo do ar em 24 horas.

WhatsApp

O WhatsApp vem sendo largamente utilizado por médicos para se comunicar com pacientes, mas é preciso tomar alguns cuidados para não ter problemas com o Conselho Federal de Medicina (CFM), que regulamenta a realização de consultas on-line de acordo com algumas regras. Apesar disso, o aplicativo pode facilitar muito o contato, sendo usado para marcação e confirmação de consultas, esclarecimentos de dúvidas pontuais sobre o tratamento e envio de resultados de exame. Embora muito útil, o uso desse canal pode se tornar um pouco inconveniente, por isso, é importante esclarecer os pacientes sobre como você pretende usá-lo, em quais horários etc.

TikTok

Criado em 2016 pela empresa chinesa ByteDance, o TikTok permite a criação de vídeos rápidos, com possibilidade de edição intuitiva, em que é possível incluir efeitos, sons e músicas diversas. A rede social virou febre durante a pandemia e tornou-se o aplicativo mais baixado em 2020, no Brasil e no mundo, de acordo com dados da consultoria GlobalWebIndex. Já são mais de 3 bilhões de usuários cadastrados, sendo cerca de 1 bilhão ativos todos os meses, segundo a ByteDance. O TikTok é uma rede social dominada por jovens, logo, seu conteúdo é muito divertido, sendo conhecido principalmente pelas famosas “dancinhas”. Por isso, é preciso ter muito cuidado com o teor das informações produzidas. Isso não significa que o profissional de saúde não pode divulgar informações de forma divertida. Mas, é importante adequar essa produção de acordo com a seriedade que o assunto pede.

Potência e alta flexibilidade para o tratamento avançado de Lesões Venosas!

O Stent Venoso Sinus-Obliquus, representa uma solução de tratamento avançada, caracterizada pela sua abordagem minimamente invasiva e altamente eficaz na restauração da circulação sanguínea em áreas específicas do corpo.

Este procedimento destaca-se como uma opção notável para pacientes com obstruções sintomáticas das veias ilíacas, como insuficiência venosa crônica, úlceras vasculares, trombose venosa profunda e outras condições vasculares.



Sobre a GF Labor:

Há mais de 18 anos sendo especialistas em produtos para cirurgias vasculares. Somos dedicados a fornecer os melhores e mais relevantes produtos do mercado, garantindo excelência e segurança em cada procedimento. Distribuição nacional. Parcerias confiáveis.

Fale Conosco:

- ☎ (21)2622-1422
- ✉ contato@gflabor.com.br
- 📷 @gflabor
- 🌐 www.gflabor.com.br



**Dr. Armando de Carvalho Lobato**

Presidente da SBACV

SBACV anuncia projetos de suporte técnico e consultoria jurídica para seus associados

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) anuncia dois projetos revolucionários. Os projetos, intitulados "Parecer técnico administrativo" e "Fale com o expert", têm o objetivo de fortalecer os laços com os associados e entidades vinculadas, oferecendo suporte técnico, administrativo e jurídico de alta qualidade.

Parecer técnico administrativo: facilitando soluções

A partir de agora, todos os associados adimplentes têm a oportunidade de utilizar o serviço de "Parecer técnico administrativo". Basta preencher um formulário disponível no site da SBACV com até dois questionamentos específicos relacionados ao seu caso. Após a submissão, o formulário passará por uma análise rigorosa pela superintendência geral, garantindo a validação das informações. Em seguida, o parecer técnico administrativo será elaborado e encaminhado ao Núcleo de Orientação Administrativa para entrega ao solicitante. O prazo médio para todo o processo é de 12 dias úteis.

Fale com o expert: respostas especializadas para suas dúvidas

Outro serviço inovador oferecido aos associados adimplentes é o "Fale com o expert". Ao preencher um formulário no site da SBACV com até dois questionamentos e uma foto relacionados à sua dúvida, os associados

podem obter respostas especializadas. O processo inclui uma análise minuciosa pela superintendência geral, garantindo a validação das informações antes de ser encaminhado à comissão responsável. A resposta será elaborada e entregue ao solicitante, com um prazo médio de 12 dias úteis.

Compromisso com a confidencialidade e ética

A SBACV destaca a importância da confidencialidade nas solicitações, visando preservar a integridade do parecer fornecido e o sigilo em relação à intimidade do paciente. Recomenda-se que nomes e dados de pacientes não sejam mencionados nas solicitações, e as imagens ou laudos de exames devem ser identificados. É crucial observar que o parecer fornecido não substitui a contratação de assistência técnico-administrativa ou defesa legal.

Apoio abrangente da SBACV para seus associados

A SBACV reitera seu compromisso em oferecer suporte abrangente aos seus associados, fortalecendo a excelência e segurança em suas práticas médicas e valorizando o título de especialista. A Sociedade está entusiasmada para auxiliar os profissionais em suas jornadas e convida todos a fazerem parte deste novo avanço, contando com a orientação e suporte técnico, administrativo, institucional e legal oferecidos.

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

SBAng & SBACV: de René Fontaine a Michael E. DeBakey

A Ordem do Mérito Angiológico com o nome de René Fontaine (1899-1979) foi criada em 1982. Na ocasião, o Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia (SBAng) era Athur Mickelberg (RS); o Secretário-Geral, Emil Burihan (SP); e o Tesoureiro-Geral, Mário Degni (SP). Naquela época, não havia a exigência estatutária para que presidente, secretário e tesoureiro fossem da mesma Regional, o que só passou a acontecer a partir da gestão do Bonno Van Bellen (SP - 1994-95).

René Fontaine, cirurgião francês, com afinidade para as doenças vasculares, estudou Medicina em Strasbourg e foi discípulo de Henri Marie René Leriche (1879-1955). Com Leriche, Fontaine trabalhou e assinou diversas publicações científicas sobre doenças vasculares, entre outras, por exemplo, a etiologia da úlcera péptica. Foi o sucessor de Leriche na Cadeira de Clínica Cirúrgica da Universidade de Strasbourg. Professor Fontaine se retirou em 1969, mas esteve no Brasil algumas vezes ministrando cursos, inclusive no XIII Congresso Brasileiro de Angiologia, realizado em Maceió, de 28 a 29 de Julho de 1966. O presidente da SBAng naquela ocasião era Romero Marques (PE - 1965-66) e o presidente eleito (durante o Congresso) era Luiz Carlos Ely (RS - 1966-67). Na comissão organizadora do evento, havia os nomes de Hugo Vital, Dirceu Falcão, Walter Lima, Haroldo Dionísio, José Costa Zima e Edmilson Gaia.

A Ordem do Mérito René Fontaine tem por finalidade agraciar tanto profissionais como instituições nacionais e internacionais que tenham colaborado com o desenvolvimento da Angiologia e Cirurgia Vascular no Brasil. O primeiro Conselho da Ordem foi constituído por

"A Ordem do Mérito René Fontaine tem por finalidade agraciar tanto profissionais como instituições nacionais e internacionais que tenham colaborado com o desenvolvimento da Angiologia e Cirurgia Vascular no Brasil."

Arthur Mickelberg (RS), Márcio de Castro Silva (MG), Mário Degni (SP), Romero Marques (PE), Rubens Carlos Mayall (RJ) e Sydney Arruda (RJ).

Desde a fundação da SBAng, os congressos brasileiros eram realizados anualmente, assim como os mandatos de presidentes e suas diretorias, também renovados todo ano. Essa rotina só foi modificada a partir do XX Congresso Brasileiro de Angiologia, realizado em Salvador, de 12 a 15 de setembro de 1973. Organizaram esse evento Celso Luiz Santiago Figuerôa (BA), também Presidente da SBAng na ocasião, Enivaldo Doria (PA) e Waldeck Santos Nery (PA). Ficou decidido em assembleia que, a partir de então, os congressos seriam realizados a cada dois anos com uma jornada oficial nos intervalos. As jornadas científicas já estavam sendo cada vez mais frequentes nas regionais. As eleições das diretorias, que eram realizadas nos congressos, obedeceram ao mesmo ritmo.

A alteração na razão social da SBAng para Sociedade Brasileira da Angiologia e de Cirurgia Vascular ocorreu na assembleia de 4 de outubro de 1985, durante o XXVI Congresso de Angiologia no Centro de Convenções de Fortaleza. O Presidente da SBAng era Márcio de Castro Silva (MG) e o Presidente do Congresso, João Batista Costa de Holanda (CE). Tivemos conferências de vários convidados internacionais, como J. Vollmar e N. Kluken, ambos da Alemanha Ocidental. No entanto, a conferência de Berilo Langer (SP - 1940-2015) teve um certo destaque por sepultar de vez o tratamento, em moda na época, conhecido como “quelação”. Demonstrou não haver nenhum embasamento científico no que era proposto e já estava sendo combatido pela nossa SBAng e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Um dos mais emblemáticos cirurgiões cardiovasculares, em todo mundo, Michael Ellis DeBakey (1908-2008), nascido Michel Dabaghi, filho de imigrantes libaneses, foi conferencista no XIX Congresso Brasileiro de Angiologia realizado de 24 a 30 de julho de 1972, no Centro de Convenções do Hotel Glória, no Rio de Janeiro. Na ocasião, realizou cirurgia demonstrativa para tratamento de aneurisma da aorta abdominal, no Serviço de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Hospital da Lagoa, chefiado por Carlos José de Brito. O presidente da SBAng era George Charles de Lemos Cordeiro (RJ). Rubens Carlos Mayall coordenou a comissão organizadora. Concomitante com esse Congresso, realizou-se também o VIII Congresso da International Union of Angiology – IUA e I Curso Internacional de Angiologia do Rio de Janeiro.

O ano de 1972 foi muito profícuo para a SBAng. A Associação Médica Brasileira (AMB) firmou convênio com a SBAng, que passou a constituir o Departamento de Angiologia e de Cirurgia Vascular da entidade. Assim, após 20 anos, realizou-se uma antiga aspiração da SBAng, que já era prevista em seus estatutos.



René Fontaine



Michael E. DeBakey

REFERÊNCIAS

1. <https://www.whonamedit.com/doctor.cfm/1479.html>
2. Incentivo a Memória – 1952-1997: Julio Joaquim Pierin Siqueira – Curitiba 1997
3. https://en.wikipedia.org/wiki/Michael_DeBakey
4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521496702197>
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7034886/>

Cremerj lança portal de notícias

Com o objetivo de reunir material informativo sobre ciência, saúde e medicina, o Conselho Regional de Medicina do Estado do RJ lançou o portal Cremerj News (<https://news.cremerj.org.br>), no dia 31 de janeiro. Na ocasião, o Presidente do Conselho, Dr. Walter Palis, ressaltou a importância da ferramenta como um agregador de notícias de interesse tanto do médico quanto do público em geral. Estiveram presentes no lançamento os Drs. Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, Bernardo Cunha Senra Barros e Marco Carneiro Teixeira, diretores da SBACV-RJ.

O Cremerj News é um portal que reúne notícias da instituição e possibilita a divulgação de matérias elaboradas por outros órgãos e entidades de saúde. Informes sobre avanços na Medicina, procedimentos inovadores em hospitais, programações de cunho científico e acadêmico, entre outros temas relacionados, podem ser encaminhados para o e-mail cremerjnews@crm-rj.gov.br. Os materiais serão avaliados por uma comissão editorial para a publicação no portal.



Drs. Bernardo Barros, Marco Teixeira, Walter Palis e Carlos Enaldo Pacheco

EVENTOS

XVI Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do CONESUL & XIII Congresso CELA

18 a 20 de abril de 2024

Florianópolis – SC

www.sbacvsc.com.br

CISP – Congresso Internacional São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

25 a 27 de abril de 2024

São Paulo – SP

<https://sbacvsp.com.br/cisp>

Encontro Mineiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular 2024 SIF 2024 – Simpósio Internacional de Flebologia II Congresso Mineiro de Ligas Acadêmicas de Angiologia e de Cirurgia Vascular

16 a 18 de maio de 2024

Belo Horizonte – MG

www.sbacvmg.com.br

45º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular FOZ VASCULAR 2024

2 a 6 de setembro de 2024

Foz do Iguaçu – PR

www.sbacvparana.com.br



Vem aí



SBACVRio
C O N N E C T I O N

Se você quer se aprofundar nos principais assuntos da Angiologia e da Cirurgia Vascular,

a SBACV-RIO CONNECTION é para você.

Confira os principais temas:

- **Flebologia**
- **Aorta**
- **Doença Arterial Periférica**
- **Tromboembolismo Venoso (TEV)**
- **Acessos Vasculares**



SBACV**RJ**

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

EKOS™ SISTEMA ENDOVASCULAR

A PRIMEIRA ESCOLHA

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

A ESCOLHA MAIS INTELIGENTE

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

A ESCOLHA CERTA

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



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

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