

Revista

SBACV-RJ

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

661ª Reunião Científica Fora de Sede

**Veja como foi esse
fim de semana incrível
em Petrópolis**

E mais:

Abordagem vascular no lipedema

Quando e como investigar insuficiência venosa associada?

Vida associativa

662ª Reunião Científica debate avanços
no diagnóstico e tratamento do lipedema

Gestão em saúde

Sebrae + SBACV-RJ: juntos pela evolução da gestão em saúde

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | Edição 03/2025

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 Caiafa

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 Rigueti

Diretor Científico

Daniel Autran Burlier 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

Dir 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 Flammarion 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

SECCIONAIS COORDENAÇÃO

João Roberto Chaves de Almeida

Alexandre Funes

Gustavo Solano

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

NOROESTE FLUMINENSE 1

Diretor:

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

NOROESTE FLUMINENSE 2

Diretor: Marcelo Noegele Serafini

Cidades: Itaocara, Aperibé, Cambuci, 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 Nakel Chailita

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

REGIÃO METROPOLITANA

METROPOLITANA 1

Diretor:

Cidades: Niterói

METROPOLITANA 2

Diretora: Elimário Ferreira da Silva

Cidades: Bangu, Santa Cruz e Campo Grande

METROPOLITANA 3

Diretora: Camilla 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, Iguaçu 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



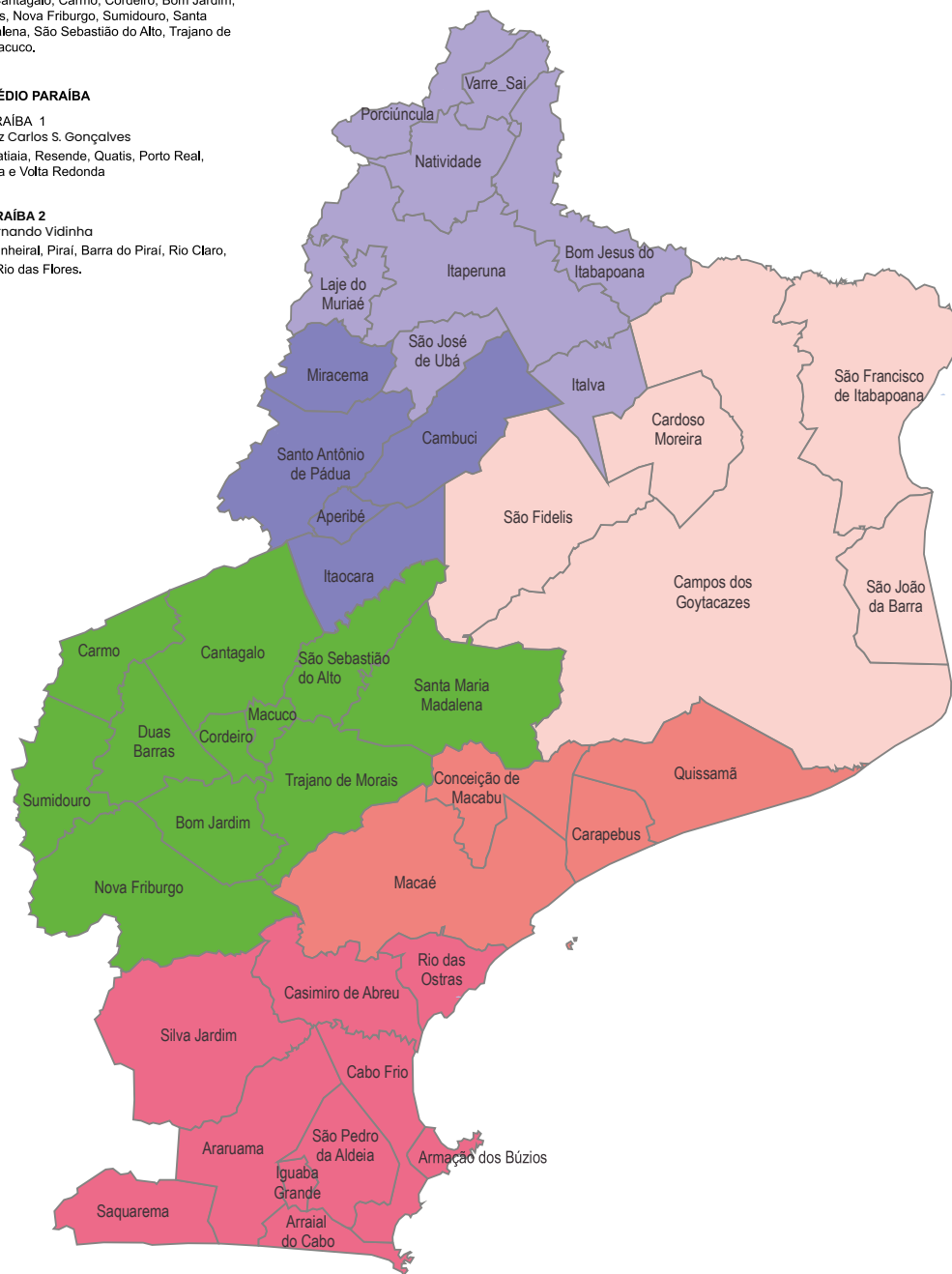
REGIÃO MÉDIO SERRANA

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: Itatiaia, 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.



PALAVRA DA PRESIDENTE

Avanços, conquistas e conexões:
a força da nossa caminhada conjunta **08**

PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Modelos de remuneração médica: desafios e caminhos **10**

PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL

Ser associado é fortalecer nossa especialidade! **12**

PALAVRA DO DIRETOR-CIENTÍFICO

O que veio e o que ainda está por vir **14**

EDITORIAL

Atualização que inspira, experiências que
marcam, conexões que permanecem **16**

MATÉRIA DE CAPA

661ª Reunião Fora de Sede: ciência e
conexões em um fim de semana inesquecível **18**

VIDA ASSOCIATIVA

662ª Reunião Científica debate avanços
no diagnóstico e tratamento do lipedema **22**

GESTÃO EM SAÚDE

Sebrae + SBACV-RJ: juntos pela
evolução da gestão em saúde **25**

ATUALIZAÇÃO

Abordagem vascular no lipedema: quando e
como investigar insuficiência venosa associada? **27**

ARTIGO CIENTÍFICO I

Revascularização arterial femoropoplíteia suprapatelar em
pacientes TASC D – Comparação entre angioplastia com
stent único, múltiplos stents e cirurgia convencional **31**

ARTIGO CIENTÍFICO II

Tratamento híbrido de aneurisma
de arco aórtico: relato de caso **51**

ARTIGO CIENTÍFICO III	
A complexidade da Doença Venosa Crônica	55
ARTIGO CIENTÍFICO	
REGRAS PARA ENVIO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	62
BEM-ESTAR EM FLUXO	
Uma seção para compartilharmos dicas de hobbies, conselhos sobre bem-estar, autocuidado e saúde mental	65
LEITURAS EM CIRCULAÇÃO	67

Avanços, conquistas e conexões: a força da nossa caminhada conjunta



Drª. Gina Mancini de Almeida
Presidente da SBACV-RJ

Prezados e queridos amigos e colegas,

Mais uma vez, a nossa equipe da Diretoria de Publicações nos oferece um trabalho de excelência, trazendo um resumo de atividades e documentos de atualização preciosos.

Nesta nova edição, temos informações sobre a nossa Reunião Científica Fora de Sede, que ocorreu durante todo um fim de semana em Petrópolis: um encontro com muitos ganhos em conhecimento científico, além de inúmeras trocas na convivência com nossos colegas presentes.

Tivemos ainda atualizações científicas sobre a abordagem e condutas nos quadros de lipedema em nossas reuniões científicas, com muita informação, inclusive de profissionais de outras áreas de atuação, como endocrinologia e cirurgia plástica, que acrescentaram muito ao nosso conhecimento, atuação e abordagem diante desse quadro clínico.

Finalmente, iniciamos o nosso curso, junto ao SEBRAE RJ, de Gestão de Clínicas e Consultórios. Estamos vivenciando um momento único de aprendizado em uma área difícil, mas absolutamente necessária ao nosso dia a dia.

Encontramos, também, um material excelente sobre o tratamento da revascularização arterial femoropoplíteia, comparando procedimentos de

cirurgia aberta com procedimentos endovasculares com uso de stents. Além disso, contamos com relatos de caso no tratamento dos aneurismas do segmento supra-aórtico.

Seguimos trabalhando na confecção de uma tabela de valores condizentes para a execução da ecografia vascular e estamos fechando uma parceria com a Sociedade de Cardiologia para tal, além de estarmos em diálogo também com a Sociedade de Radiologia. Em breve, teremos novidades!

Enfim, continuamos nos dedicando para que possamos exercer a nossa especialidade com cada vez mais prazer.

Reitero meu agradecimento à nossa equipe da Diretoria de Publicações pelo excelente trabalho.

Um grande abraço em todos vocês!

“Seguimos trabalhando na confecção de uma tabela de valores condizentes para a execução da ecografia vascular e estamos fechando uma parceria com a Sociedade de Cardiologia para tal, além de estarmos em diálogo também com a Sociedade de Radiologia. Em breve, teremos novidades!”

Modelos de remuneração médica: desafios e caminhos



Dr. Breno Caiafa

Vice-Presidente Executivo da SBACV-RJ

Desde 2014, a SBACV-RJ estruturou um Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, agrupando códigos cirúrgicos por doença tratada, promovendo maior coerência entre prática clínica e remuneração. Durante minha presidência na Sociedade, conseguimos implementar esse modelo em várias operadoras, alcançando um momento importante de valorização do trabalho médico.

Com o tempo, porém, algumas negociações se tornaram difíceis. Muitas operadoras passaram a contratar empresas terceirizadas de auditoria, focadas exclusivamente na redução de custos. Isso levou à fragmentação de códigos, negativas frequentes, restrições a técnicas modernas e à diminuição dos honorários médicos.

O modelo ideal segue sendo o pagamento por patologia, com valor global justo, permitindo liberdade técnica ao profissional e melhor assistência ao paciente. Contudo, esse modelo precisa ser negociado. Diante disso, precisamos fortalecer a atuação das Sociedades médicas, negociar pacotes justos por patologia, estimular a participação de especialistas nas auditorias, e debater modelos alternativos como a remuneração por valor (value-based care). Além disso, é essencial engajamento político para pressionar operadoras e reguladores por maior equilíbrio contratual.

Só com união e protagonismo institucional conseguiremos resgatar o respeito à prática médica especializada e garantir sustentabilidade para o exercício ético da medicina vascular.

“Precisamos fortalecer a atuação das Sociedades médicas, negociar pacotes justos por patologia, estimular a participação de especialistas nas auditorias, e debater modelos alternativos como a remuneração por valor (value-based care).”

Ser associado é fortalecer nossa especialidade!



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

Caros colegas,

Fazer parte da SBACV-RJ é mais do que ter o nome em uma lista de associados: é assumir o compromisso de caminhar juntos pelo fortalecimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular no nosso estado. Cada um de nós contribui para que a nossa especialidade seja reconhecida, respeitada e valorizada.

Nos últimos meses, tivemos encontros que refletem bem essa força coletiva. As reuniões científicas presenciais estão voltando paulatinamente, mostrando que o contato humano, a troca de ideias e experiências são necessárias e insubstituíveis.

Gostaria de destacar, com grande alegria, a nossa Reunião Fora de Sede em Petrópolis que aconteceu entre os dias 22 e 24 de agosto. Foi um momento especial, em que ciência, confraternização e família se uniram em um ambiente acolhedor. Tivemos debates enriquecedores, reencontros valiosos e a oportunidade de ampliar laços que vão além da sala de aula.

Esse é o espírito da SBACV-RJ: união, ciência e amizade. E só conseguimos manter esse padrão de excelência porque cada associado entende

a importância da sua participação ativa. Convido todos vocês a permanecerem engajados, atualizados e com a sua anuidade em dia.

Juntos, somos mais fortes.

Com carinho e confiança num futuro melhor!

“Fazer parte da SBACV-RJ é mais do que ter o nome em uma lista de associados: é assumir o compromisso de caminhar juntos pelo fortalecimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular no nosso estado. Cada um de nós contribui para que a nossa especialidade seja reconhecida, respeitada e valorizada.”

O que veio e o que ainda está por vir



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

No mês de julho, realizamos nossa 660ª Reunião Científica, desta vez em formato on-line, com excelente participação do público. O encontro contou com apresentações de grande relevância e impacto. O Dr. Marcos Arêas Marques abordou um tema que vem ganhando cada vez mais respaldo na literatura médica: a associação entre doença venosa crônica — especialmente em seus estágios avançados — e a doença arterial periférica, além de suas implicações cardiovasculares. O debate foi enriquecido pelas contribuições dos Doutores Bernardo Barros, Douglas Poschinger e Fernanda Penza.

Na sequência, a Dra. Livia Lyra trouxe uma palestra inspiradora: “Decisões que impulsionam: como escolher o próximo passo da sua carreira”. Em tempos de tantas incertezas, discutir estratégias e caminhos para o desenvolvimento profissional é fundamental. O painel contou com comentários e reflexões das Doutoradas Aline Villela, Gabriela Negrelly e do Dr. João Marcos Fonseca.

Dando continuidade ao nosso planejamento, nos dias 22 a 24 de agosto realizamos a Reunião Científica Fora de Sede, em parceria com as Seccionais Centro Sul Fluminense e Médio Serrana. As atividades científicas aconteceram no Auditório da UNIFASE — Faculdade de Medicina de Petrópolis, enquanto as acomodações e eventos sociais foram programados para o Villa Itaipava Resort. Foi um fim de semana de troca intensa de conhecimentos e integração entre os colegas.

Já no dia 6 de setembro foi realizada nossa 662ª Reunião Científica, que teve como tema central o lipedema. Além do tradicional café da manhã e do momento de confraternização, contamos com a presença de algumas das maiores referências nacionais no tema, discutindo uma condição cada vez mais reconhecida e relevante — tanto na prática clínica quanto no interesse dos pacientes.

Esses encontros refletem o compromisso contínuo da SBACV-RJ em promover atualização científica, integração entre especialistas e valorização da prática médica em todas as suas dimensões. Cada reunião é uma oportunidade de ampliar conhecimentos, compartilhar experiências e fortalecer ainda mais a nossa comunidade médica, sempre em prol da excelência no cuidado aos pacientes e do desenvolvimento da especialidade.

“Esses encontros refletem o compromisso contínuo da SBACV-RJ em promover atualização científica, integração entre especialistas e valorização da prática em todas as suas dimensões. Cada reunião é uma oportunidade de ampliar conhecimentos, compartilhar experiências e fortalecer ainda mais a nossa comunidade médica.”

Atualização que inspira, experiências que marcam, conexões que permanecem



Dr. Felipe Silva da Costa

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Chegamos com mais uma edição da nossa revista, cheia de ciência, conexões e boas histórias que mostram toda a vitalidade da nossa especialidade.

A matéria de capa traz um registro especial da **661ª Reunião Fora de Sede**, em Petrópolis. Um fim de semana para ficar na memória, que uniu atualização científica de alto nível com momentos de troca e convivência que fortalecem os laços da nossa comunidade vascular.

Também destacamos a **662ª Reunião Científica**, realizada no primeiro sábado de setembro, onde debatemos os avanços no diagnóstico e tratamento do lipedema — uma condição cada vez mais presente em nossos consultórios e que pede um olhar atento e criterioso.

A gestão em saúde também tem seu espaço e, nesta edição, falamos sobre a parceria **Sebrae + SBACV-RJ**, que chega para somar forças, impulsionar melhorias e oferecer novas ferramentas que fortalecem a prática médica no nosso estado.

Na seção de atualização, você confere uma matéria especial sobre a **abordagem vascular no lipedema**: quando e como investigar a insuficiência venosa associada, ampliando o entendimento dessa condição multifacetada, com a participação da Dra. Alessandra Morais.

E a parte científica está imperdível, com trabalhos que fazem a diferença:

- Uma análise comparativa entre diferentes estratégias de revascularização arterial femoropoplíteia suprapatelar em pacientes TASC D.
- Um relato de caso sobre tratamento híbrido de aneurisma de arco aórtico, trazendo soluções inovadoras para cenários desafiadores.

Para além da ciência, também valorizamos o cuidado com quem cuida. Em “**Bem-estar em Fluxo**”, o Dr. Carlos Peixoto compartilha reflexões inspiradoras sobre equilíbrio e bem-estar. Já em “**Leituras em Circulação**”, o Dr. Marcelo Lacativa nos convida a expandir horizontes com indicações que estimulam tanto o raciocínio científico quanto o olhar humano.

Que esta edição inspire, informe e conecte você ainda mais ao universo vascular, reforçando a certeza de que seguimos mais fortes juntos — na ciência, na prática e na vida associativa.

Boa leitura!

“ Para além da ciência, também valorizamos o cuidado com quem cuida. Em ‘Bem-estar em Fluxo’, o Dr. Carlos Peixoto compartilha reflexões inspiradoras sobre equilíbrio e bem-estar. Já em ‘Leituras em Circulação’, o Dr. Marcelo Lacativa nos convida a expandir horizontes com indicações que estimulam tanto o raciocínio científico quanto o olhar humano. ”

MATÉRIA DE CAPA

661ª Reunião Fora de Sede: ciência e conexões em um fim de semana inesquecível



De 22 a 24 de agosto, nossa Sociedade viveu um fim de semana especial com a 661ª Reunião Científica Fora de Sede, organizada em parceria com as Seccionais Centro Sul Fluminense e Médio Serrana. O encontro, sediado em Petrópolis, foi marcado por intensa troca de conhecimentos, integração profissional e momentos de confraternização.

As palestras e debates aconteceram no Auditório da UNIFASE — Sala Arthur de Sá Earp Neto, enquanto a parte de hospedagem e convivência ficou por conta do Villa Itaipava Resort, que recebeu os

participantes com toda a sua estrutura aconchegante. O pacote ainda contou com café da manhã e uma diária inclusa, deixando o encontro ainda mais especial.

A abertura oficial ocorreu no dia 23 de agosto, sob a presidência da Dra. Gina Mancini, direção científica do Dr. Daniel Drummond e organização dos Drs. Eduardo Loureiro e Celio Feres. A programação contou com temas de grande relevância para a prática clínica, como:

- Tratamento de veias periorcárias, frontais e telangiectasias de face, apresentado pelo Dr. Bernardo Senra (RJ)
- Dobesilato de Cálcio e a coexistência entre IVC e microangiopatias diabéticas, em simpósio da APSEN
- Técnicas combinadas para o tratamento de varizes, com o Dr. Marcelo Nascimento (RJ)
- Tumor de glomus carotídeo, tema abordado pela Dra. Mariana Ázara (Petrópolis – RJ)
- Novas tecnologias no consultório vascular, conduzido pelo Dr. Eduardo Trindade (Macaé – RJ)



Além disso, houve simpósios patrocinados por importantes indústrias, como Servier, Invasive, Biosintética, Apsen, GF Labor, FQM, Vasculaine, Mantecorp e EMS, que enriqueceram a discussão científica com atualizações em terapias e materiais.

Entre os destaques do encontro, o Dr. Celio Monte Alto ressaltou o caráter integrador da iniciativa:

“As reuniões científicas fora de sede são uma ótima oportunidade para os colegas da capital interagirem mais com os do interior, que muitas vezes não conseguem estar presentes no Rio de Janeiro. É um momento de mostrar nosso trabalho nas seccionais e de fortalecer a integração. Além disso, como passamos um fim de semana juntos, de sexta a domingo, há espaço para confraternizar com colegas e familiares, o que torna a experiência ainda mais rica.”



A programação social também teve um papel essencial. Na sexta, dia 22, os participantes foram recepcionados com um jantar de boas-vindas no Empório Maria Maria, em Itaipava, das 19h30 às 22h. Já no sábado, dia 23, após as atividades científicas, todos se reuniram para um almoço de confraternização na Locanda Centro Histórico, fortalecendo ainda mais o espírito de união.

O Dr. Celio destacou ainda a participação ativa da indústria:

“Muitas empresas prestigiam nosso evento, proporcionando uma grande troca de experiências entre os cirurgiões vasculares e a indústria farmacêutica e de materiais médicos, especialmente da área endovascular. Essa interação é fundamental para o avanço da especialidade.”

Assim, a 661ª Reunião Científica Fora de Sede se consolidou como um espaço essencial de atualização profissional, fortalecimento institucional e integração social, cumprindo seu papel de ampliar o alcance da SBACV-RJ e aproximar ainda mais os especialistas de diferentes regiões.



662ª Reunião Científica da SBACV-RJ debate avanços no diagnóstico e tratamento do lipedema



No dia 6 de setembro (sábado), a SBACV-RJ realizou sua 662ª Reunião Científica, que teve como tema central o lipedema. O encontro aconteceu mais uma vez na Churrascaria Rio Brasa, no Jardim Oceânico, Barra da Tijuca, reunindo associados e convidados em uma manhã marcada por ciência, troca de experiências e confraternização.

A programação teve início às 8h, com o já tradicional café da manhã de boas-vindas, que proporcionou momentos de integração entre os colegas. Em seguida, no Salão Pedra da Gávea, os participantes acompanharam palestras com algumas das maiores referências nacionais no estudo do lipedema — uma condição cada vez mais reconhecida e de grande relevância tanto na prática clínica quanto no interesse dos pacientes.

A sessão científica foi aberta com a palestra “Entendendo o Lipedema”, ministrada por Alexandre Amato. Na sequência, Ana Paula Peclat abordou os aspectos práticos do diagnóstico clínico, seguida por Adriana Vasconcelos, que trouxe os avanços e particularidades do diagnóstico sonográfico.

Após um momento de debates, a programação incluiu simpósios apoiados pela indústria e um coffee break para networking entre os presentes.



No segundo bloco, a endocrinologista Denise Parodi falou sobre “O papel do endocrinologista na mudança”, enquanto Juliana Tenório apresentou o roteiro da abordagem inicial até a cirurgia. Encerrando a sessão científica, Alexandre Amato retornou ao palco para expor “Como a abordagem vascular pode ajudar?”, antes de uma nova rodada de debates.

Com grande adesão de especialistas e discussões ricas em conteúdo, a 662ª Reunião Científica reafirmou o compromisso da SBACV-RJ em promover atualização científica contínua, estimular o debate multidisciplinar e valorizar o espaço de convivência entre colegas.



Sebrae + SBACV-RJ: juntos pela evolução da gestão em saúde



Em um cenário em que a profissionalização da gestão se tornou indispensável para a sustentabilidade dos serviços de saúde, o Sebrae Rio, em parceria com a SBACV-RJ, desenvolveu o **Projeto de Administração de Clínicas**. A iniciativa busca oferecer aos médicos ferramentas práticas e estratégias modernas para aprimorar a gestão financeira, digital e de processos em suas clínicas e consultórios.

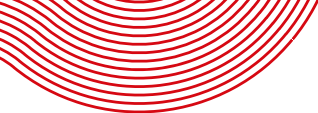
Para explicar os objetivos e benefícios desse projeto, conversamos com **Helana Daer**, analista do Sebrae Rio, que detalhou como a parceria pode transformar a realidade dos associados e fortalecer institucionalmente a SBACV-RJ.



Helana Daer
Analista do Sebrae Rio

O que é o Projeto de Administração de Clínicas desenvolvido em parceria entre o SEBRAE e a SBACV-RJ, e quais ganhos concretos os associados da SBACVRJ podem esperar dessa iniciativa?

O Programa de Gestão para Clínicas Médicas foi desenvolvido pelo Sebrae Rio com foco em três vertentes: melhoria na gestão financeira, na transformação digital e em processos. Ao participar do programa, que tem duração de 12 meses, o médico conseguirá implementar mudanças para atingir uma gestão mais eficiente na clínica, aumentando o faturamento. No campo digital, poderá



padronizar serviços e atendimentos usando tecnologias existentes com melhorias de processos e otimização de tarefas.

De que forma o projeto contribui não apenas para a melhoria da gestão dos serviços de saúde, mas também para o fortalecimento institucional da SBACV-RJ como entidade representativa?

As empresas, especialmente no setor de saúde, precisam investir em uma gestão cada vez mais profissional e estratégica. A tecnologia, hoje amplamente acessível, permite a implementação de processos mais eficientes e inteligentes, mas isso exige dedicação e aplicação prática.

O Sebrae, com sua reconhecida expertise em desenvolvimento empresarial, desempenha um papel fundamental ao compartilhar conhecimento e ferramentas que impulsionam a evolução da gestão. A parceria com a SBACV-RJ fortalece ainda mais essa missão, ampliando o alcance das boas práticas de gestão nos serviços de saúde. Essa colaboração é essencial para elevar o nível de maturidade das organizações, melhorar o faturamento e tornar os negócios mais sustentáveis e rentáveis a longo prazo.

Como o Sebrae avalia a importância da parceria com a SBACV-RJ para levar ferramentas de gestão às clínicas e consultórios de angiologia e cirurgia vascular?

A gestão empreendedora é essencial para que as empresas se mantenham competitivas e inovadoras. Em um mercado cada vez mais dinâmico e disputado, é fundamental que as clínicas estejam atualizadas com as tendências do setor, adotando práticas modernas e dominando ferramentas que otimizem sua rotina e aprimorem a experiência dos pacientes.

Com o apoio do Sebrae Rio e da SBACV-RJ, os profissionais de angiologia e cirurgia vascular têm à disposição um caminho estruturado para alcançar maior eficiência, sustentabilidade e inovação em seus serviços, fortalecendo não apenas seus negócios, mas também a representatividade da própria categoria.

Abordagem vascular no lipedema

Quando e como investigar insuficiência venosa associada?



Dra. Alessandra Morais

Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pela SBACV; Codesenvolvedora da técnica Full Legs, cofundadora do Lipedema Essence (tratamento do lipedema) e fundadora do Vida Fluida e Leve (Podcast).

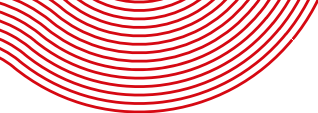
Pós-graduação em Obesidade (Hospital Albert Einstein),

Pós-graduação em Medicina
do Estilo de Vida (MEV Brasil)

A sobreposição entre lipedema e insuficiência venosa é mais frequente do que se imagina e representa um desafio diagnóstico e terapêutico para angiologistas e cirurgiões vasculares.

Para entender melhor quando e como investigar a insuficiência venosa em pacientes com lipedema, conversamos com a Dra. Alessandra Morais – especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pela SBACV – que ressalta que a investigação deve ser considerada sempre que o quadro clínico se afasta do padrão habitual do lipedema (como nos casos de edema em pés e região supramaleolar, presença de varizes e telangiectasias, alterações tróficas da pele ou dor com características típicas de origem venosa).

Segundo a médica, reconhecer a coexistência das duas condições é essencial para definir a conduta mais adequada: desde a indicação



do Doppler venoso como exame inicial até a decisão sobre o melhor momento para tratar a insuficiência venosa, seja previamente ou em associação à cirurgia para lipedema.

Confira a entrevista na íntegra.

Quando o angiologista deve suspeitar de insuficiência venosa associada ao lipedema?

A coexistência de insuficiência venosa (IV) e lipedema não é rara e, muitas vezes, a sobreposição de sintomas exige atenção redobrada. A suspeita deve ser levantada quando o quadro clínico foge ao padrão habitual do lipedema. Manifestações clínicas mais sugestivas:

- Edema que ultrapassa as áreas típicas do lipedema, atingindo pés e região supramaleolar.
- Piora perceptível no fim do dia, com melhora parcial pela manhã.
- Presença de telangiectasias, veias reticulares ou varizes visíveis.
- Alterações tróficas na pele, como hiperpigmentação, dermatite ocre e lipodermatoesclerose.
- Dor com características venosas: peso, queimação e câibras noturnas.

Fatores de risco: histórico familiar de doença venosa, múltiplas gestações, ortostatismo prolongado, idade acima de 40 anos e obesidade.

Sinais de alerta: discrepância na distribuição do edema em relação ao padrão do lipedema, sinal de Godet positivo e presença ou histórico de úlceras venosas.

Quais exames são indicados para investigar insuficiência venosa em pacientes com lipedema?

O ultrassom Doppler venoso de membros inferiores é o exame de escolha inicial. Trata-se de um método não invasivo, acessível e custo-efetivo, capaz de:

- Detectar refluxo nos sistemas superficial, perforante e profundo.
- Quantificar tempos de refluxo (superficial >0,5s; profundo >1,0s).
- Identificar obstruções venosas.

- Mapear veias incompetentes para planejamento cirúrgico.

Em casos selecionados, exames complementares auxiliam no diagnóstico:

- Pletismografia venosa – útil para casos duvidosos e no seguimento pós-tratamento, avaliando capacitância, fração de ejeção e volume residual.
- Flebografia ou angiotomografia venosa – indicadas para suspeita de obstrução venosa central ou planejamento de intervenções endovasculares complexas.

Quando tratar a insuficiência venosa antes da cirurgia para lipedema?

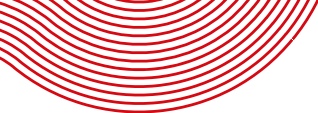
A decisão deve considerar critérios anatômicos, clínicos e funcionais:

- Anatômicos: refluxo significativo, incompetência safena (>5 mm) ou perforantes (>3,5 mm).
- Clínicos: CEAP ³ C3, alterações tróficas (C4-C6), sintomas venosos predominantes e edema responsivo à compressão.
- Funcionais: tempo de enchimento venoso <20s, fração de ejeção <40% e volume residual >60% na pletismografia.

Fluxo de decisão:

- Tratamento prévio obrigatório: IV sintomática grave (CEAP C4-C6), alto risco tromboembólico ou falha do manejo conservador do lipedema isolado.
- Tratamento concomitante possível: IV leve a moderada (C2-C3), sintomas do lipedema predominantes e decisão consensual entre as equipes.
- Evitar abordagem simultânea: IV profunda grave, histórico de tromboembolismo, alterações tróficas severas ou comprometimento linfático importante.

Considerações práticas: tratar a insuficiência venosa previamente tende a reduzir o edema misto, otimizar a compressão no pós-operatório e minimizar complicações cicatriciais. A avaliação deve ser individualizada, calculando sempre o risco tromboembólico. Se



o procedimento vascular demandar mais de duas horas, é prudente não o associar à cirurgia plástica reparadora do lipedema, para não elevar o risco global da intervenção.

PONTOS-CHAVE

Suspeitar de IV quando há edema atípico, piora vespertina e sinais cutâneos venosos;

Doppler venoso é o exame padrão-ouro;

Tratar previamente a IV melhora edema misto, facilita compressão e reduz complicações.

Revascularização arterial femoropoplíteia suprapatelar em pacientes TASC D – Comparação entre angioplastia com stent único, múltiplos stents e cirurgia convencional



Dr. Leonardo Silveira de Castro

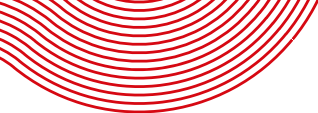
Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular
do Hospital Central do Exército

Médico Staff do Serviço de Cirurgia Vascular da UERJ

Introdução

A aterosclerose como doença inflamatória constitui uma das principais causas de óbito no ocidente, com mortalidade em torno de 27,17%. Sua apresentação clínica em membros inferiores ocorre principalmente sob duas formas, a claudicação intermitente, com baixo risco de amputação, cerca de 1% ao ano e a isquemia crítica, com percentuais de 10% a 40%. Em 50% dos casos o seguimento mais acometido é o femoropoplíteo 1,2,3,4.

Uma das formas de avaliação do grau de isquemia é feita através do índice tornozelo braquial (ITB). Outra forma seria classificar os pacientes em estágios ou categorias clínicas, de acordo com a



gravidade dos sinais e sintomas identificados no exame físico. Duas classificações são as mais utilizadas: FONTAINE e RUTHERFORD 5.

O ITB e a escala de Rutherford são empregados no acompanhamento dos resultados obtidos após os procedimentos de revascularização arterial dos membros inferiores. A melhora clínica na classificação de Rutherford é confirmada pela melhora hemodinâmica demonstrada pela elevação dos índices do ITB.

A revascularização é mandatória em pacientes com isquemia crítica e duas técnicas podem ser utilizadas: a cirurgia convencional e a angioplastia transluminal percutânea (ATP) com ou sem a colocação de stents 6, e com o objetivo de orientar as intervenções nos territórios aorto-ilíaco e femoropoplíteo, sugerindo a melhor técnica de acordo com o padrão das obstruções, foi criado o Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC) 7.

A intensa evolução da técnica e dos dispositivos endovasculares vem incitando questionamentos acerca das sugestões orientadas pelo TASC.

Métodos

O estudo tem delineamento observacional retrospectivo, com uma amostra de 75 pacientes submetidos à revascularização femoropoplíteia suprapatelar, realizada no Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número CAAE 45752015.0.0000.5259. Foram avaliados três grupos: o primeiro, com 25 pacientes submetidos à angioplastia percutânea com três ou mais stents; o segundo, com 25 pacientes tratados com stent único; e o terceiro, com 25 pacientes submetidos à cirurgia convencional. A liga metálica mais utilizada foi o nitinol, presente em 98% dos casos. O dimensionamento amostral foi realizado encontrando-se um valor estimado ideal de 25 indivíduos por grupo 8,9.

Foram selecionados pacientes com DAOP (Doença Arterial Obstrutiva Periférica), classificados nas categorias 4, 5 e 6 da classificação de

Rutherford, atendidos no ambulatório de patologias vasculares no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012. Os prontuários foram analisados por dois pesquisadores em momentos distintos para verificação de possíveis erros de análise. Os critérios internacionais para estudos observacionais foram adotados 10.

Critérios de inclusão

Idade acima de 50 anos.

Categorias 4, 5, 6 de Rutherford

Lesões ateroscleróticas TASC D.

Deságue arterial de pelo menos um vaso infragenicular.

Vasos femorais com diâmetro maior que 4 mm e menor que 7mm

Critérios de exclusão

Reestenose com tratamento endovascular prévio.

Isquemia arterial aguda ou trombose arterial aguda.

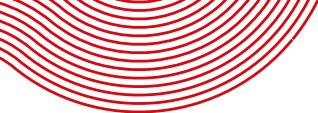
Expectativa de vida menor que um ano.

Lesões de influxo associadas envolvendo vasos ilíacos.

Cirurgias de revascularização prévias no membro do estudo.

Lesões aneurismáticas associadas.

Emprego de outras técnicas endovasculares, como os aterótomos.



Análise demográfica dos grupos com informações consideradas importantes extraídas do estudo DURABILITY está contida na tabela 2 6.

O ITB adotado para análise hemodinâmica dos procedimentos foi realizado com um doppler vascular portátil e transdutor de 10 MHz de frequência, e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. Os pacientes foram classificados na escala de Rutherford para doença arterial obstrutiva crônica de membros inferiores, antes e após um ano da realização dos procedimentos.

A avaliação da hiperplasia miointimal e da perviedade dos procedimentos foi adquirida com o Eco-Color Doppler, realizado nos intervalos de 3, 6 e 12 meses, com transdutores lineares e frequências entre 5 a 10 MHz.

Todas as imagens analisadas quanto à presença de hiperplasia miointimal foram graduadas pelo examinador como: (1) discreto (2) hiperplasia moderada e (3) hiperplasia acentuada, de acordo com o grau de espessamento intimal observado pelo examinador.

Para a análise estatística utilizamos os testes do **Qui-Quadrado, Wilcoxon, Kruskal-Wallis e de Q-Cochran**. O grau de significância estatística adotado foi de 5% (p-valor = 0,05).

Resultados

As características demográficas são apresentadas na tabela 3. A incidência entre homens e mulheres não apresentou diferença estatística. A comorbidade de maior frequência foi a hipertensão arterial (92%), apesar de todos os grupos apresentarem alta incidência de hipercolesterolemia e diabetes mellitus.

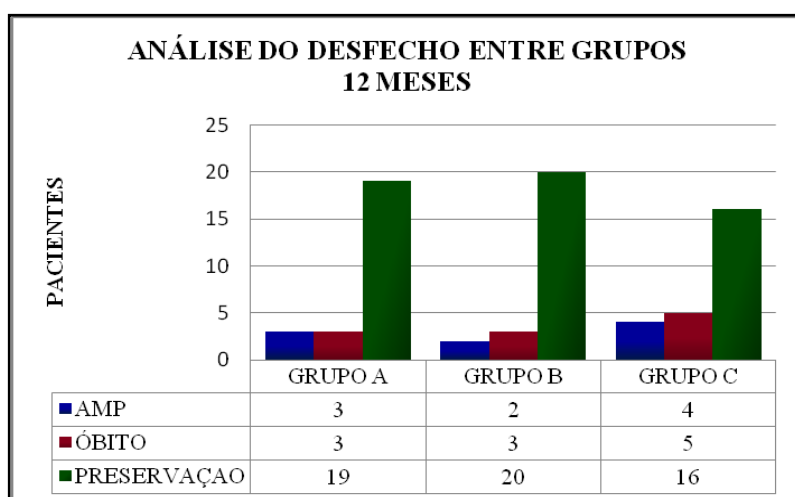
Para o índice de Rutherford analisado previamente aos procedimentos a faixa de categoria que apresentou maior frequência foi 3 e 4.

Comparação demográfica entre os grupos

Dados (Variáveis)	Grupo cirúrgico	Grupo Stent único	Grupo Stend múltiplo
Sexo			
Masculino	15 (60%)*	12 (48%)*	8 (32%)*
Feminino	10 (40%)	13 (52%)	17 (68%)
Idade	67,8 (52-84)	68,68 (52-84)	73 (55-86)
Lado operado			
Direito	10 (40%)*	14 (56%)*	11 (44%)*
Esquerdo	15 (60%)	10 (40%)	12 (48%)
Bilateral	0	1 (4%)	2 (8%)
Comorbidades			
Hipertensão arterial	23 (92%)*	23 (92%)*	23 (92%)*
IAM	5 (20%)	2 (8%)	1 (4%)
ICC	2 (8%)	0	0
Diabetes Mellitus	14 (56%)*	19 (76%)*	14 (56%)*
DPOC	0	1 (4%)	1 (4%)
Hipercolesterolemia	15 (60%)*	19 (76%)*	16 (64%)*
IRC	2 (8%)	2 (8%)	0
AVE	1 (4%)	0	0
Rutherford Pré			
0	0	0	0
1	0	0	0
2	4 (16%)	0	0
3	6 (24%)	5 (20%)	11 (44%)
4	15 (60%)	8 (32%)	9 (36%)
5	0	12 (48%)	5 (20%)
6	0	0	0

As angioplastias em segmentos acima de 15 cm, obtiveram 100% de sucesso técnico (estenose residual menor ou igual a 30%), e a análise dos desfechos em doze meses apresentou no grupo cirúrgico três óbitos com preservação do membro tratado em dezenove pacientes. No grupo com stents múltiplos, um óbito e preservação em vinte pacientes. E no grupo de stent único, cinco óbitos com dezesseis pacientes mantendo seus membros tratados preservados.

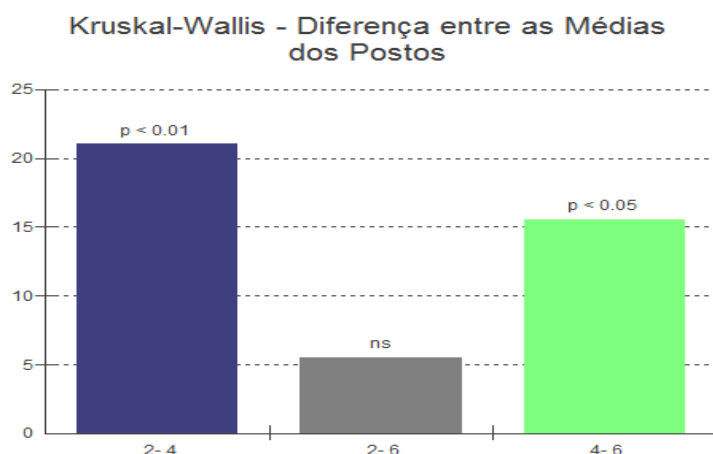
A análise isolada por grupo mostrou maior tendência à preservação do membro nos pacientes submetidos à cirurgia e à angioplastia com múltiplos stents ($p = 0,0339$). Entretanto, na comparação entre os grupos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em 6 meses ($p = 0,1$) e 12 meses ($p = 0,6$) (Tabela 4).



As taxas de mortalidade foram de 20% no grupo cirúrgico e 12% nos grupos de stents múltiplos e stent único.

No grupo cirúrgico, 72% dos pacientes evoluíram com melhora do ITB no pós-procedimento ($p < 0,0001$), 28% mantiveram os valores e nenhum apresentou piora nos índices. No grupo com múltiplos stents, houve melhora em 60% dos casos, enquanto em 40% os índices permaneceram inalterados, sem registros de piora. Já no grupo com stent único, 72% apresentaram melhora, 24% mantiveram os índices inalterados e 4% evoluíram com piora no período pós-operatório.

A melhora dos índices do ITB pós-procedimento após doze meses apresentou resultados semelhantes entre os grupos cirúrgico e de único stent, porém os percentuais de melhora no grupo de stents múltiplos foram significativamente inferiores aos demais. (Tabela 5)



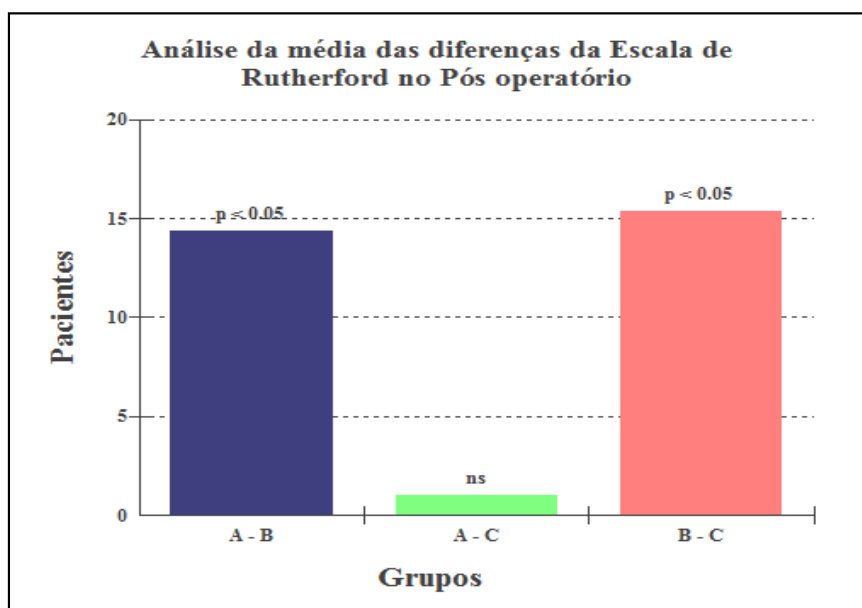
Com o intuito de avaliar a importância estatística dos resultados encontrados com a análise do ITB, realizamos a avaliação da magnitude do efeito amostral com análise de KRUSKAL-WALLIS. Na análise do ITB pós-procedimento entre os três grupos, encontramos uma magnitude de efeito médio.

A perviedade primária em seis e doze meses foi de 88% e 76% no grupo cirúrgico, 80% e 64% no grupo stent múltiplo e 90% e 75% no grupo stent único. A perviedade secundária foi de 88% e 72%, 88% e 84%, 96% e 80% respectivamente.

A comparação de forma isolada em cada grupo da perviedade do segmento arterial tratado e da hiperplasia intimal em três, seis e doze meses não apresentou diferença estatística, ($p > 0,05$) e ($p = 0.9$). Entretanto, na comparação entre os grupos, o grau de crescimento da hiperplasia intimal foi maior nos pacientes com stents múltiplos ($p=0,0014$).

Na avaliação da escala de Rutherford entre os grupos a melhora foi significativa com todos os três métodos de tratamento ($p < 0,001$), porém os percentuais de melhora foram superiores nos grupos

cirúrgico e stent único (cerca de 80%) quando comparados aos pacientes com stents múltiplos (36%). Já os percentuais de piora foram maiores no grupo de stents múltiplos, cerca de 40%, enquanto nos grupos cirúrgico e stent único foram respectivamente 16% e 8%. (Tabela 6)



Discussão

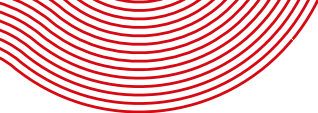
A cirurgia convencional e a angioplastia percutânea com implante de stents possuem vantagens e desvantagens específicas. Autores que defendem a cirurgia enfatizam a longa perviedade associada a baixas taxas de morbidade, porém citam como dificuldades a escassez de bons enxertos venosos 11, 12, 13, 14. As vantagens destacadas na angioplastia como baixas taxas de morbidade e mortalidade, baixo custo e tempo de internação hospitalar reduzido se chocam com a necessidade de acompanhamento ultrassonográfico regular dos stents 15, 16, 17. Muitos defendem que os insucessos da angioplastia não comprometem cirurgias futuras de revascularização e que, pela maior preservação dos vasos colaterais proporcionada pelo método, não haveria piora da sintomatologia mesmo diante da falência do tratamento. Esse raciocínio sustenta a ideia de que a angioplastia deveria ser considerada a primeira opção, mesmo em pacientes com lesões obstrutivas extensas, contrariando as orientações do TASC. No

entanto, o aumento da aplicabilidade do método pode estar ocorrendo às custas de resultados menos satisfatórios em médio e longo prazos 19, 20, 21, 22.

Na tentativa de comprovar os bons resultados da angioplastia em obstruções extensas, poucos estudos se preocupam em uniformizar os dados referentes ao comprimento das lesões ou à homogeneidade dos grupos clínicos avaliados. Frequentemente, há a inclusão conjunta de pacientes com claudicação e com isquemia crítica, o que, em nossa opinião, dificulta a interpretação dos achados.

Em nosso estudo, avaliamos pacientes com obstruções longas (maiores de 15 cm) do segmento femoropoplíteo suprapatelar, restringindo ao máximo a região anatômica de análise. No estudo SIROCCO, que apresenta resultados favoráveis à angioplastia em longos segmentos arteriais, as obstruções da artéria femoral superficial apresentavam uma média de 8,3 cm de extensão, onde concluímos que alguns casos apresentavam lesões bem menores do que as abordadas na nossa casuística, podendo justificar a diferença de resultados entre os dois estudos 23. Esta dificuldade de interpretação de resultados envolvendo lesões de tamanhos muito diferenciados também podemos encontrar em outros estudos como SIROCCO II, RESILIENT, BASIL, DURABILITY, que relatam apenas 40% a 60% de pacientes com obstruções acima de 10 cm das artérias femorais 21, 23, 24, 25, 26, 27, . A falta de uniformidade na extensão das lesões e fatores como diâmetro reduzido das artérias e oclusões ao invés de estenoses também colaboram para resultados ruins com a angioplastia 23. No intuito de vencer a barreira das grandes oclusões, os stents de nitinol com alta força radial, e boa adaptabilidade à tortuosidade da artéria femoral conseguiram melhorar os índices de perviedade neste território 28, 29.

O primeiro TransAtlantic Inter Society Consensus (TASC), publicado em 2000, comparou onze estudos com 585 pacientes, submetidos à angioplastia femoropoplíteo com perviedade primária de 67% em 23 meses e 58% em 36 meses e com base nestes resultados recomendava a cirurgia nos pacientes com obstruções longas da artéria femoral 30, 31. Em 2007, uma nova versão do TASC motivada



pelo desenvolvimento de novas tecnologias como o stent de nitinol manteve as recomendações para lesões acima de 20 cm na artéria femoral superficial 32, 33, 34.

FERREIRA et al. relataram, em sua casuística, uma perviedade primária de 98% em 12 meses com múltiplos stents na artéria femoral superficial e enfatiza a preocupação com a cobertura de toda a área angioplastada. Nossa perviedade de 64% em 12 meses com múltiplos stents talvez possa ser explicada pela restrição da análise apenas a pacientes TASC D, uma vez que a avaliação destes autores incluía todas as categorias do TASC 34. SCHNEIDER, utilizando o stent recoberto (Viabahn[®]) em 28 pacientes, categorias 4, 5 e 6 de Rutherford, obteve perviedade primária e secundária aos oito meses, de 44% e 57% respectivamente 35. CHRISTOPHER e colaboradores avaliaram 2593 membros tratados com lesões TASC C e D no período de 1990 a 2010, encontrando taxas de perviedade semelhantes entre os grupos cirúrgico e endovascular. Porém, assim como no nosso estudo, a melhora clínica foi mais expressiva no grupo cirúrgico 36.

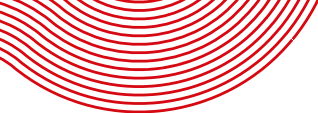
A comparação das taxas de óbito e preservação do membro tratado em doze meses não apresentou diferença estatística, entre os três grupos. Acreditamos que o período de avaliação dos desfechos pode não ter sido extenso o suficiente para permitir uma interpretação mais elucidativa em favor da cirurgia convencional e da angioplastia com stent único, uma vez que o grupo com múltiplos stents apresentou os maiores índices de hiperplasia intimal. Talvez, com um maior tempo de observação a piora clínica neste grupo em particular pudesse ser mais evidente.

No estudo BASIL (Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg), 452 pacientes com isquemia crítica foram randomizados e divididos em dois grupos, um submetido a cirurgia convencional e outro a angioplastia percutânea. De forma semelhante a este estudo, nos primeiros seis meses não identificamos diferença estatística entre os grupos cirúrgico e endovascular quanto à preservação do membro tratado. Porém, após dois anos, os autores do BASIL identificaram resultados melhores com o grupo cirúrgico 21. No estudo SIROCCO I e II (Sirolimus Coated cordis Self-expandable Stent), pacientes

tratados com stent convencional ou farmacológico não apresentaram diferença na perviedade em dois anos com valores de 21,9% e 21,1% respectivamente 23. Acreditamos que a hiperplasia intimal na artéria femoral superficial tende a ser mais elevada do que em outros segmentos arteriais e, em razão disso, a melhora clínica possa ser menos expressiva.

Muito se discute acerca da importância do ITB na avaliação e acompanhamento longitudinal de procedimentos endovasculares e cirúrgicos de revascularização através de aferições seriadas na seleção dos pacientes e durante o pós-operatório 37, 38, 39, 40, 41, 42. A comparação do ITB pré e pós procedimento em nossa casuística, no intervalo de um ano, apresentou diferença estatística com aumento no pós-procedimento envolvendo os três grupos, porém com percentuais mais significativos no grupo cirúrgico. Talvez as medições seriadas possam oferecer maior riqueza de dados relacionados a evolução da revascularização. Entretanto, a não inclusão das demais medições do ITB ao longo do acompanhamento destes pacientes, deveu-se a intenção de avaliação específica da melhora hemodinâmica vinculada ao procedimento. A melhora do ITB após a revascularização pode ocorrer no período de até 4 horas após o procedimento e pode continuar a elevar-se durante meses. De acordo com RUTHERFORD, um aumento menor do que 0,10 na medida do ITB constitui uma falência hemodinâmica do procedimento, e o contrário, ou seja, um aumento do ITB de 0,10 pode ser considerado sucesso hemodinâmico. O autor, entretanto, advoga que não é adequado correlacionar a melhora do ITB a melhora ou piora clínica do paciente sem a análise de outros parâmetros como a melhora nas categorias da classificação de Rutherford 5.

A diminuição significativa de categorias da classificação de Rutherford nos três grupos no pós-procedimento sugere um progresso na condição clínica, uma vez que a redução de categorias corresponde a uma melhora clínica ou transição de uma condição crítica para subcrítica. Para considerar a melhora significativa deve haver uma alteração de nível de pelo menos uma categoria e nos pacientes com lesão trófica de dois níveis. Para atribuímos a evolução clínica ao procedimento realizado, precisa existir uma melhora hemodinâmica



associada, evidenciada pelo ITB 5. Observamos melhora clínica e hemodinâmica significativa nos três grupos estudados ao final de 12 meses. CHRISTOPHER, avaliando 2.593 membros submetidos à cirurgia ou angioplastia em 20 anos, observou uma melhora clínica a favor da cirurgia, porém com perviedade semelhante entre os dois grupos 36.

Na análise da hiperplasia intimal no segmento tratado, observamos que os pacientes com múltiplos stents apresentaram os piores resultados, com maiores níveis de hiperplasia ao longo do período estudado. Esses achados sugerem uma forte relação entre a hiperplasia e a obtenção apenas discreta de melhora clínica e do ITB, resultando, conseqüentemente, em desfechos inferiores no tratamento de lesões longas. A longo prazo, é possível que essa condição leve a uma maior tendência à oclusão dos segmentos tratados e, por consequência, a um aumento no número de amputações.

O papel do stent primário no segmento femoropoplíteo permanece controverso, podendo auxiliar no recuo elástico precoce, na estenose residual e na dissecação pós angioplastia e são indicados por vários autores nas lesões extensas desse território 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49. O segmento suprapatelar da artéria femoral está sujeito a inúmeras forças externas, incluindo compressão, torção, estiramento e flexão, que podem ocasionar fraturas dos stents e eventuais reestenoses. Enquanto a evolução dos materiais e ligas metálicas não conseguirem superar estes obstáculos, o emprego de stents neste território permanecerá com seu impacto clínico indeterminado. Alguns autores associam a maior tendência de hiperplasia intimal à ocorrência de fraturas dos stents que por sua vez estariam relacionadas a um maior número de stents utilizados 50, 51, 52, 53. SCHILINGER, analisando 104 pacientes com isquemia crítica e claudicação incapacitante, submetidos a angioplastia com stents de nitinol ou angioplastia isolada obtiveram perviedade de 63% e 37% nos primeiros 12 meses, e 54,3% e 30,8% após 24 meses respectivamente 54. Em nosso levantamento o grupo com múltiplos stents obteve uma perviedade semelhante com 64% em 12 meses. Outros estudos são necessários para elucidar se fatores como a extensão da área recoberta com os stents e o perfil da liga metálica poderiam interferir na perviedade e na hiperplasia.

O ponto frágil da revascularização dos membros inferiores é a hiperplasia intimal, que oferece grande dificuldade na obtenção de melhores e mais duradouras taxas de perviedade 55, 56, 57, 58. Mesmo com a disponibilidade de materiais como o nitinol, a angioplastia com stent primário, consegue resultados discretamente melhores do que a angioplastia sem stent ou cirurgia convencional. Em pacientes com lesões TASC D, a cirurgia ainda é superior às duas técnicas endovasculares aqui abordadas. 23,59, 60.

O Eco Color Doppler seriado mostrou-se eficaz em aumentar os índices de perviedade secundária nos grupos cirúrgico e angioplastia com múltiplos ou único stent, com taxas em torno de 72%; 84% e 80% respectivamente, sendo este achado compartilhado com outros autores. Existem estudos promissores para a redução da hiperplasia intimal envolvendo stents farmacológicos, próteses de PTFE, braquiterapia, e balões revestidos com paclitaxel.

Apesar da revascularização cirúrgica estar em declínio em decorrência dos avanços tecnológicos endovasculares, muitos autores ainda a consideram como a primeira opção 60. O estudo BASIL, com resultados a favor da cirurgia convencional, cria precedentes para a realização de estudos com grupos mais homogêneos e acompanhamento mais prolongado, para uma avaliação mais criteriosa do real benefício da terapia endovascular principalmente nos pacientes TASC D, e, em nosso entendimento, o TASC ainda representa uma referência na tomada de decisão envolvendo procedimentos de revascularização infrainguinal.

Conclusão

Os resultados de mortalidade, preservação do membro tratado, sucesso primário e perviedade em 12 meses foram semelhantes entre os grupos estudados. No entanto, os pacientes submetidos à cirurgia e à angioplastia com stent único apresentaram melhora clínica mais significativa, melhores índices de ITB e menores taxas de hiperplasia intimal, o que pode sugerir que a extensa metalização do segmento

femoropoplíteo não evolui de forma satisfatória a longo prazo. Os autores consideram que ainda é precoce propor mudanças de conduta em relação às orientações de tratamento recomendadas pelo TASC.

Referências

- 1 - PASTERNAK, R.C.; CRIQUI, M.H. et al. Atherosclerosis Vascular Disease Conference: Writing Group I: Epidemiology. *Circulation*. v. 109, n.21, p. 2605-2612, 2004.
- 2 - NASSER, F. Tratamento das lesões ateroscleróticas fêmoro-distais. In: Dr. Francisco César Carnevale (Org.). *Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular*. São Paulo: Revinter. p. 277-292, 2006.
- 3 - STRANDNESS, D.E.; SUMMER, D.S. Hemodynamics for surgeons. New York: Grune & Stratton. p. 278-281, 1975.
- 4 - RUTHERFORD, R.B.; BAKER, J.D.; ERNST, C. et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: Revised version. *J Vasc Surg*. v. 26, p. 517-538, 1997.
- 5 - BOSIERS, M.; TORSELLO, G.; GIBLER, H.M. et al. Nitinol stent implantation in long superficial femoral artery lesions: 12-month results of the DURABILITY I study. *J Endovasc Ther*. v. 16, p. 261-269, 2009.
- 6 - NORGREN, L.; HIATT, W.R.; DORMANDY, J.A. et al. Inter-Society Consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Journal of Vasc Surg*. v. 45, n. 1 suppl S, 2007.
- 7- ALBERS, M.T.V. et al. O aproveitamento máximo de veias autógenas na cirurgia de reconstrução arterial infra-inguinal. *Cir. Vasc. Angiol*, São Paulo, v.5, p. 1722, 1989.
- 8- VAN DER ZAAG, S.; D. LEGEMATE, A.; PRINS, M.H. et al. Angioplasty or bypass for superficial femoral artery disease? A randomized controlled trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* v. 28, p. 132-137, 2004

- 9 – LIPSITZ, E. C.; VEITH, F.J. Surgical therapy for the lower extremity ischemia. *J. Vasc. Techn.*, Lanham, v.26, n.1, p.45-51, 2002.
- 10 – BRADBURY, A.W. et al Bypass versus angioplasty in severe ischemia of the leg (BASIL): Multicenter, randomized controlled trial. *Lancet*. v. 366, p. 1925-34, 2005.
- 11 – STEPHAN, H.D.; BOSIERS, M.; LAMMER, J. et al. Drug-eluting and Bare Nitinol stents for the treatment of atherosclerotic lesions in the superficial femoral artery. Long-term results from the SIROCCO trial. *J Endovasc Ther*. v. 13, p. 701-710, 2006.
- 12 – DAKE, M. The Evolution of SFA Drug Eluting Stents: From SIROCCO to Zilver updated results. *Transcatheter Cardiovascular Therapeutics Symposium*; Oct 20-25; Washington, DC, USA, 2007.
- 13 – DUDA, BOSIERS, M.; LAMMER, J. et al. Sirolimus eluting versus bare nitinol stent for obstructive superficial femoral artery disease: the SIROCCO II trial. *J Vasc Interv Radiol*. v. 16, n. 3, p. 331-8, Mar, 2005.
- 14 – ZELLER, T.; SARATZIS, N.; SCHEINERT, D. et al. Non-randomized, prospective, multi-centre evaluation of the ABSOLUTE .035 peripheral self expanding stent system for occluded or stenotic superficial femoral or proximal popliteal arteries (ASSESS Trial): acute and 30-day results. *J Cardiovascular Surg*. v. 48, n. 6, p. 719-26, Dec, 2007.
- 15 – KATZEN, B.T. The RESILIENT Trial: Two-Year Update of Outcomes .Paper presented at: International Symposium on Endovascular Therapy. Hollywood, FL. Jan, 21, 2009.
- 16 – LUGMAYR, H.F; HOLZER, H.; KASTNER, M. et al. Treatment of complex atherosclerotic lesions with nitinol stents in the superficial femoral and popliteal arteries: a midterm follow-up. *Radiology*.v. 222, p. 37-43, 2002.
- 17 – SABETI, S.; SCHILLINGER, M.; AMIGHI, J. et al. Primary patency of femoropopliteal arteries treated with nitinol versus stainless steel self-expanding stents: propensity score-adjusted analysis. *Radiology*. v. 232, p. 516-521. 2004.

18 – GUTTERIDGE, W.; TORRIE, E.P.H.; GALLAND, R.B. Cumulative risk of bypass, amputation or death following percutaneous transluminal angioplasty. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* v. 14, p. 134-139, 1997

19 – VROEGINDEWEIJ, M.I.; BUTH, J. et al. The cost-effectiveness of treatment of short occlusive lesions in the femoropopliteal artery: Balloon angioplasty versus endarterectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* v. 10, p. 40-50, 1995.

20 – SCOTT, M.S.; MARK, G.D.; EBERLY, S.W. et al. Percutaneous angioplasty and stenting of the superficial femoral artery. *J Vasc Surg.* v. 41, p. 269-278, 2005.

21 – STEPHAN, H.D.; BENJAMIN, P.; GOETZ, R. et al. Sirolimus-eluting stents for the treatment of obstructive superficial femoral artery disease. Six-month results. *Circulation.* v. 106, p. 1505-1509, 2002.

22 – FERREIRA, M.; CAPOTORTO, L.F.; ABUHADBA, G. et al. Recanalização da artéria femoral superficial com stents Zilver. Técnica padronizada e análise retrospectiva de 3 anos. *J Vasc Bras.* v. 5, n. 4, p. 263-270, 2006.

23 – SCHILLINGER, M.; SABETI, S.; DICK, P. et al. Sustained benefit at 2 years of primary femoropopliteal stenting compared with balloon angioplasty with optional stenting. *Circulation.* v. 115, p. 2745-9, 2007.

24 – CHRISTOPHER, J.; SMOLOCK, J.E.; ANAYA-AYALA, Y.K. et al. Current efficacy of open endovascular interventions for advanced superficial femoral artery occlusive disease. *J Vasc Surg.* v. 58, p. 1267-1275, 2013

25 – DAWN, J.A.; MANUEL, S.; GREGORY, W. et al. Ankle-Brachial Index and cardiovascular outcomes in the bypass angioplasty revascularization investigation 2 diabetes (BARI 2D) Trial. *Am Heart J.* v. 164, n. 4, p. 585-590. e4, Oct, 2012.

26 – ZAIDA, N.C.J.; PEREIRA, B.J., ROMÃO, J.E. et al. Ankle-Brachial Index: A simple way to predict mortality among patients on hemodialysis – A prospective study. *PLoS ONE.* v. 7, n. 7, p. e42290, 2012.

27 - XIAO,Y.L.; LING, W.; ZHANG, C. et al. Why is ABI effective in detecting vascular stenosis. Investigation based on multibranch hemodynamic model. *The Scientific World Journal*. Article ID 185691, 10 pages, 2013.

28 - SEONG, C.P.; CHANG, Y.C.; YOUNG, I.H. et al. Utility of Toe-Brachial Index for diagnosis of peripheral artery disease. *Arch Plast Surg*. v. 39, p. 227-231, 2012.

29 - SASKIA, P.A.; KRUIDENIER, L.M.; ROUWET, E.V. et al. Ankle-Brachial Index measurement in primary care: Are we doing it right. *Br J Gen Pract*. v. 59, p. 422-427, 2009.

30 - COMFORT, A.; AMOH-TONTO, A.R.; KONDRAGUNTA, V. et al. Brachial-ankle pulse wave velocity is associated with walking distance in patients referred for peripheral arterial disease evaluation. *Atherosclerosis*. v. 206, n. 1, p. 173-178, Sep, 2009.

31 - CHRISTOS, K.; HITINDER, S.G. Current approach to the diagnosis and treatment of femoral-popliteal arterial disease. A systemic review. *Current Cardiology Reviews*. v. 5, p. 296-311, 2009.

32 - ENGELHARDT, M.B.; BRUIJNEN, W.W. et al. Critical limb ischemia: Initial treatment and predictors of amputation-free survival. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. v. 43, p. 55-61, 2012.

33 - LOUIS, L.N. Percutaneous treatment of peripheral vascular disease: The role of diabetes and inflammation. *J Vasc Surg*. v.45 (Suppl A), p.A149-A157, June, 2007.

34 - SMITH, M.; STECHMAN, M.; GIBSON, M. et al. Subintimal angioplasty for superficial femoral artery occlusion: Poor patency in critical ischaemia. *Ann R. Coll Surg Engl*. v. 87, p. 361-365, 2005.

35 - FABIO, H.R.; MILTON, K.U.; JULIANA, C. et al. Oclusão arterial aguda de stent fêmoro-poplíteo. *J Vasc Bras*. v. 8, n. 3, p. 267-270, 2009.

36 - MORRIS, S.; MOAWAD, M.; APPLETON, N. et al. Long-term clinical outcome following lower limb arterial angioplasty. *Ann R Coll Surg Engl*. v. 93, p. 250-254, 2011

37 - HOSAM, F.S. *Endovascular techniques in limb salvage: Stents.* MDCVJ IX ,n.2, 2013.

38 -DAKE, M. *The Evolution of SFA Drug Eluting Stents: From SIROCCO to Zilver updated results.* Transcatheter Cardiovascular Therapeutics Symposium; Oct 20-25; Washington, DC, USA, 2007.

39 -ALLIE, D.; HEBERT, R. T.; WALKER, C. M. *Nitinol Stent Fractures in the SFA.* EndovascularToday. 2004, p. 22-32, July/Aug, 2004.

40 - JAE, Y.P.; YONG, S.; SOON, G.C. et al. *Stent fractures after superficial femoral artery stenting.* J. Korean Surg Soc. v. 83, p. 183-186, 2012.

41 - DIERK, S.; SCHEINERT, S.; SAX, J. et al. *Prevalence and Clinical Impact of Stent fractures after femoropopliteal stenting.* Journal of the American College of Cardiology. v. 45, n. 2, 2005.

42 - SCHILLINGER, M.; SABETI, S.; DICK, P. et al. *Sustained benefit at 2 years of primary femoropopliteal stenting compared with balloon angioplasty with optional stenting.* Circulation. v. 115, p. 2745-9, 2007.

43 - MARTIN, S.; ERICH, M. *Restenosis after percutaneous angioplasty: the role of vascular inflammation.* Vascular Health and Risk Management. v. 1, n. 1, p. 73-78, 2005

44 - MATTHEW A.M. *The battle of intimal hyperplasia in the war against femoropopliteal disease.* Radiology. v. 231, p. 299-301, 2004.

45 - SHILPI, M.; ANIL, D. *A comparative study of restenosis rates in bare metal and drug-eluting stents.* Int J Angiol. v. 19, n. 2, p. e66-e72, 2010.

46- GLAGOV, S. *Intimal hyperplasia, vascular modeling and the restenosis problem.* Circulation. v. 89, p. 2888-2891, 1994.

47 - STEPHANIE, R.; NORDHORN, J.M.; KEIL, T. et al. *Dacron® versus PTFE as bypass material in peripheral vascular surgery – systematic review and meta-analysis.* BMC Surgery. v. 8, p. 22, 2008

.

48 – ALIMI, Y.S.; HAKAM, Z.; HARTUNG, O. et al. Efficacy of Viabahn® in the treatment of severe superficial femoral artery lesions: Which factors influence long-term patency. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* v. 35, p. 346–352, 2008

49 – SPIJKERBOER, M.; NASS, P.C.; DE VALOIS, J.C. et al. Evaluation of femoropopliteal arteries with duplex ultrasound after angioplasty. Can we predict results at one year. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* v. 12, p. 418–423, 1996.

50 – MOFIDI, R.; KELMAN, J.; BERRY, O. et al. Significance of the early postoperative duplex result in infrainguinal vein bypass surveillance. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* v. 34, p. 327–332, 2007.

51 – LASZLO, D.; LASZLO, E.; JANCSIK, V. Restenosis and Therapy. *International Journal of Vascular Medicine.* Article ID 406236, p. 1–9, 2012.

52 – LIANG, X.; HUANG, D.S.; JIA-JIE, T. et al. Efficacy of endoluminal interventional therapy in diabetic peripheral arterial occlusive disease: A retrospective trial. *Cardiovascular Diabetology.* v. 11, p. 17, 2012.

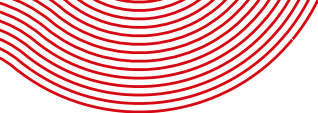
53 – MARK, G.D.; JAVIER, E.A. Endovascular techniques in limb salvage: cutting, cryo, brachy and drug-eluting balloons. *MDCVJ.* v. IX, n. 2, 2013.

54 – SEAN, P.R. A comparison of the standard bolia technique versus subintimal recanalization plus Viabahn® stent graft in the management of femoropopliteal occlusions. *J Vasc Surg.* v. 52, p. 1417–1418, 2010.

55 – ERWIN, D.C.; SAPOVAL, M.; JULIA, P. et al. A budget impact model for paclitaxel-eluting stent in femoropopliteal disease in France. *Cardiovasc Intervent Radiol.* v. 36, p. 362–370, 2013.

56 – TEPE, G.; ZELLER, T.; ALBRECHT, T. et al. Local delivery of paclitaxel to inhibit restenosis during angioplasty of the leg. *N Engl J Med.* v. 14, p. 689–99, 2008.

57 – VERTA, M.J.; SCHNEIDER, J.R. et al. Percutaneous Viabahn-assisted subintimal recanalization for severe superficial femoral artery occlusive disease. *J Vasc Interv Radiol.* v. 19, n. 4, p. 493–8. Apr 2008.



58 - NEAL, R. B.; MATTHEW, T.M.; NGUYEN, L.L. et al. Infrainguinal bypass is associated with lower perioperative mortality than major amputation in high-risk surgical candidates. *J Vasc Surg.* v. 53, p. 1251-1259, 2011.

59 - KENNETH, R.Z.; AKIHITO, M.; SAMMY, D.D.E. et al. Basic data related to operative infrainguinal revascularization procedures: A twenty-year update. *Ann Vasc Surg.* v. 25, n. 3, p. 413-422, April 2011.

60 - GISBERTZ, S.S.; RAMZAN, M.; NOLTHENIUS, R.P.T. et al. Short-term results of a randomized trial comparing remote endarterectomy and supragenicular bypass surgery for long occlusions of the superficial femoral artery (The REVAS Trial). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* v. 37, p. 68-76, 2009.

Tratamento híbrido de aneurisma de arco aórtico: relato de caso

Autores:



Dra. Caroline Guimarães Liporace

Residente no segundo ano de Cirurgia Vascular no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG)



Dr. Pedro Oliveira Portilho

Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV | AMB

Vice-Diretor de Planejamento Estratégico SBACV-RJ

Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG)

CABRAL, Daniel Dias Lustoza; DUARTE, Vanessa Carvalho; KOELBLINGER, GODOY, Flavia Azevedo; Mathaus Alves; DE CASTRO, Marina Andrade; TEIXEIRA, Marco Carneiro

Introdução

O manejo de doenças que acometem o arco aórtico representa um desafio técnico significativo e é uma área em constante evolução. O método convencional de reparo cirúrgico do arco aórtico, que envolve toracotomia, uso de circulação extracorpórea e parada circulatória hipotérmica, está associado a alta mortalidade. E embora o reparo endovascular total do arco aórtico seja menos invasivo e tenha

evoluído nas últimas décadas, ainda existem divergências na literatura quanto à sua segurança a curto e médio prazo.

O reparo híbrido da aorta tem sido empregado com resultados promissores relatados em diversos estudos clínicos e revisões sistemáticas recentes.

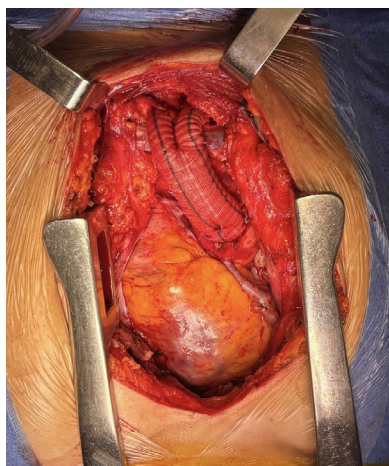
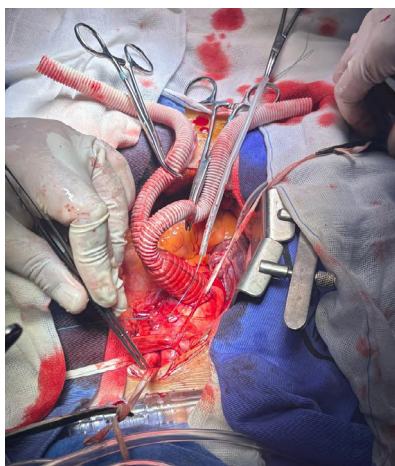
Objetivo

Relatar um caso de aneurisma do arco aórtico em paciente de alto risco cirúrgico, submetida ao tratamento com abordagem híbrida, demonstrando sua viabilidade e segurança em cenários clínicos desafiadores.

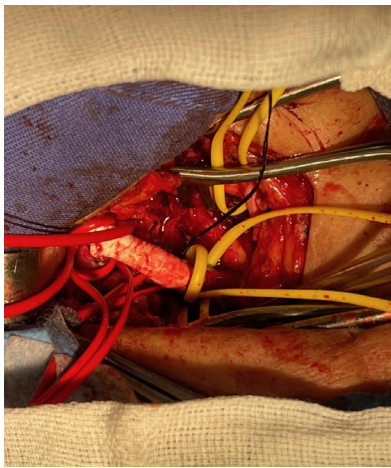
Metodologia

Relato de caso de paciente do sexo feminino, 76 anos, portadora de coronariopatia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, ex-tabagista e com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica. Apresentava aneurisma de arco aórtico medindo 7,8 cm em seu maior diâmetro, com sinais de rotura contida.

O tratamento foi realizado em dois tempos: a primeira abordagem consistiu no debranching (desramificação) do tronco braquiocefálico e da carótida comum esquerda, com o objetivo de criar uma zona de ancoragem proximal para o futuro posicionamento de endoprótese aórtica, cujo ancoramento distal seria na aorta descendente. Além disso, foi realizada revascularização miocárdica (Sf-CD).



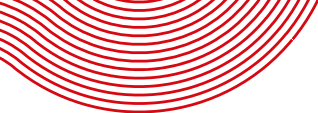
No pós-operatório, a paciente evoluiu com oclusão da artéria radial esquerda, secundária ao cateter de monitorização invasiva de pressão arterial, apresentando parestesia leve no membro. Após 13 dias, foi realizada nova intervenção, com confecção de bypass carótido-subclávio esquerdo utilizando prótese de PTFE não anelada de 6 mm, visando à preservação do membro superior esquerdo. Em seguida, procedeu-se à correção endovascular do aneurisma com implante de endoprótese torácica Zenith Alpha (ZTA-PT-38-34-217), com ancoragem proximal no segmento ascendente da aorta torácica, imediatamente após a anastomose prévia do enxerto de Dacron.



Resultados

O procedimento transcorreu com sucesso, sem intercorrências intraoperatórias. A paciente evoluiu de forma clinicamente estável, sem déficits neurológicos ou sinais de isquemia, recebendo alta hospitalar oito dias após a última intervenção.

A tomografia de controle, realizada em 120 dias, demonstrou exclusão completa do aneurisma, sem evidência de endoleaks ou complicações relacionadas ao enxerto. A revascularização prévia possibilitou a cobertura segura da origem dos troncos supra-aórticos pela endoprótese, assegurando adequada perfusão cerebral e do membro superior esquerdo.



Conclusão

O tratamento híbrido demonstrou ser uma alternativa segura e eficaz para o manejo do aneurisma de arco aórtico em paciente de alto risco. A adequada seleção dos candidatos e o planejamento cirúrgico minucioso são fundamentais para o sucesso da abordagem.

Referências

Kavanagh EP, Jordan F, Hynes N, Elhelali A, Devane D, Veerasingam V, Sultan S. Hybrid repair versus conventional open repair for aortic arch dissection. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(1).

De Rango P, Cao P, Ferrer C, Simonte G, Coscarella C, Cieri E, et al. Aortic arch debranching and thoracic endovascular repair. J Vasc Surg. 2014;59(1):107-14.

Hybrid treatment of aortic arch disease – Patrick Bastos Metzger', MD; Fabio Henrique Rossi, MD, PhD; Samuel Martins Moreira', MD Mario Issa, MD, PhD; Nilo Mitsuru Izukawa', MD, PhD; Jarbas J. Dinkhuysen', MD, PhD Domingos Spina Neto, MD; Antônio Massamitsu Kambara, MD, PhD

A cirurgia de reparo híbrido: States of the art para as doenças do arco aórtico? – Tiago Ribeiro (Brazilian Journal of the cardiovascular surgery 25/01/2019)

A complexidade da Doença Venosa Crônica

Helena de Oliveira Santos¹, Genaro Fahrnholtz Buonsante¹, Marcos Arêas Marques^{1,2,3}, Bernardo Cunha Senra Barros¹, Marina Araújo Zulchner²

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

2. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

3. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ)



Dra. Helena de Oliveira Santos

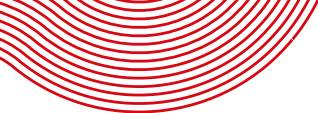
Introdução

A Doença Venosa Crônica (DVC) é uma doença de etiologia multifatorial, caracterizada pela incapacidade contínua e duradoura dos sistemas venosos superficiais e/ou profundos em desempenhar sua função. Essa disfunção resulta em desequilíbrio hemodinâmico entre o fluxo sanguíneo arterial e venoso,¹ secundário a alguma anormalidade morfofuncional crônica das veias que se manifesta por sintomas e/ou sinais e indiquem a necessidade de investigação diagnóstica e/ou cuidados médicos.^{1,2}

Definições e termos

Alguns termos são classicamente utilizados na descrição da DVC¹, como por exemplo:

Obstrução venosa: ocorrência de bloqueio intrínseco ou extrínseco, parcial ou completo do sistema venoso superficial e/ou profundo.



Refluxo venoso: presença de fluxo sanguíneo retrógrado nas veias que pode ser de origem congênita, primária ou secundária.

Síndrome pós-trombótica: é a DVC secundária à trombose venosa profunda (TVP).

Insuficiência venosa crônica (IVC): estágio clínico de C3 a C6 da classificação CEAP (acrônimo do inglês, Clinical, Etiological, Anatomical, Pathophysiological)³, associado a sinais e sintomas. (Figura 1)

Classificação CEAP

A classificação CEAP³ é utilizada mundialmente desde 1996 para estratificação e classificação da DVC e foi criada no intuito de uniformizar termos e dados para as publicações científicas e estudos clínicos posteriores. Sua aplicação sistemática em trabalhos científicos e estudos epidemiológicos possibilitou avanços significativos no diagnóstico e na terapêutica da DVC.

Epidemiologia

A prevalência da DVC, em seus diferentes estágios clínicos, na população adulta mundial é estimada em aproximadamente 15%, sendo mais frequente no sexo feminino do que no sexo masculino. Em cerca de 75% dos casos, a DVC acomete ambos os membros inferiores e normalmente costuma ter uma evolução clínica progressiva,²⁻⁴ com piora dos sinais e sintomas com o aumento da idade. Estudos populacionais mostram que cerca de 22% dos pacientes em estágio clínico C2 da classificação CEAP, podem evoluir para o estágio clínico C6 em até seis anos de evolução.⁴

Os fatores de risco associados à sua progressão incluem: sexo feminino, idade avançada, sobrepeso e obesidade, multiparidade, história familiar, baixa condição socioeconômica, sedentarismo e longos períodos em ortostatismo, entre outros.⁵⁻⁸ Evidências recentes mostram que obesidade e sedentarismo são fatores modificáveis e que a perda de peso e a prática de exercícios melhoram sintomas, reduzem edema e podem retardar a progressão clínica da doença.¹³ Um estudo prospectivo com mais de 12.000 participantes demonstrou

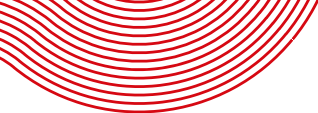
que a DVC (CEAP C3–C6) foi um preditor independente de mortalidade por todas as causas e foi associada a maior incidência de doenças cardiovasculares incidentes.¹²

Etiopatogenia e Fisiopatologia

A DVC decorre principalmente de refluxo e/ou obstrução venosa superficial e/ou profunda, que levam à um estado de hipertensão venosa crônica na microcirculação (arteriolocapilar, capilar e venular), provocando hipóxia, inflamação, com ativação e migração de leucócitos, disfunção endotelial local, que acabam por promover aumento da permeabilidade capilar e liberação e ativação de citocinas inflamatórias como as interleucinas (IL-1 e 8), molécula de adesão intercelular (ICAM-1) e fator de necrose tumoral (TNF- α), que por fim estão implicados na formação de radicais livres de oxigênio, que intensificam o processo de dano tecidual, com apoptose celular e necrose tissular. Esses mecanismos explicam a progressão para estágios mais avançados (C4–C6), com alterações cutâneas e úlceras venosas. Há evidências de que o processo inflamatório crônico da DVC tem similaridades com a fisiopatologia das doenças cardiovasculares sistêmicas.^{1,8,14}

Impactos econômicos e sociais

A DVC é responsável por elevados custos financeiros e econômicos diretos e indiretos nos sistemas públicos e privados de saúde e previdenciário. Nos Estados Unidos da América, estima-se um gasto anual com a DVC gira em torno de 2,5 bilhões de dólares, além da perda de 2 milhões de dias de trabalho por ano, o que representa um acréscimo de cerca de 3 bilhões de dólares neste custo. No Brasil, a DVC representa a sétima principal causa de afastamento do trabalho, com 43.694 afastamentos por mais de 15 dias segundo dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses números podem estar subestimados, pois grande parte dos pacientes não procura assistência médica nas fases iniciais, levando a diagnóstico tardio e maior gasto na fase de complicações.



DVC e trombose venosa profunda

A relação entre DVC e TVP ainda não está completamente esclarecida, mas portadores de DVC apresentam risco aumentado de desenvolvimento de TVP, até quatro vezes maior em indivíduos com menos de 45 anos de idade e duas vezes naqueles com menos de 60 anos de idade. Por outro lado, classicamente, pacientes com história pessoal de TVP apresentam prevalência maior de DVC, secundária à obstrução ou refluxo do sistema venoso profundo, especialmente nas TVPs acima da veia poplítea ou de repetição.⁹

Conexões da DVC com as doenças cardiovasculares (DCV)

Estudos recentes apontam forte associação entre DVC e as DCV, pois ambas compartilham fatores de risco em comum como, por exemplo: sobrepeso, obesidade, tabagismo, idade avançada e diabetes mellitus, além de mecanismos fisiopatológicos similares como, por exemplo: inflamação, disfunção endotelial e trombose.¹⁰⁻¹¹

Em coortes populacionais, a gravidade clínica da DVC estabelecida com base na classificação CEAP correlacionou-se com maior incidência de eventos cardiovasculares e aumento da mortalidade por todas as causas nas populações em estágios clínicos mais avançados (de C3 a C6). Além disso, a DVC foi um preditor independente de mortalidade por todas as causas.¹²

Também se observa que pacientes com DVC mais grave têm maior prevalência de fatores de risco cardiovascular mal controlados, como hipertensão arterial sistêmica, obesidade, tabagismo e diabetes mellitus.¹⁴

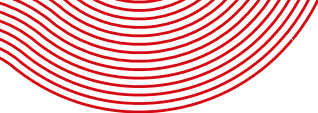
Mensagens finais

A DVC é uma doença complexa, de etiologia multifatorial, progressiva e de alta prevalência em todo o mundo. Além do impacto clínico, repercute na produtividade, na economia e nos sistemas previdenciários e de saúde (públicos ou privados). A identificação precoce e o manejo dos fatores de risco modificáveis são fundamentais para prevenir a progressão da doença e suas

complicações. Devido as inter-relação entre DCVs e a DVC existe uma tendência atual para se praticar uma abordagem clínica vascular integrada e multidisciplinar, visando mitigar a morbimortalidade global.

Referências

1. Gloviczki P, Dalsing MC, Henke P, Lal BK, O'Donnell Jr TF, Shortell CK, et al. Report of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum on the July 20, 2016 meeting of the Medicare Evidence Development and Coverage Advisory Committee panel on lower extremity chronic venous disease. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2017;5(3):378–398.
2. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S, et al. Editor's Choice – Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015;49 (6):678–737.
3. Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(3):342–352.
4. Lee AJ, Robertson LA, Boghossian SM, Allan PL, Ruckley CV, Fowkes FGR, et al. Progression of varicose veins and chronic venous insufficiency in the general population in the Edinburgh Vein Study. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2015;3(1):18–26.
5. Salim S, Machin M, Patterson BO, Onida S, Davies AH. Ann Surg. Global Epidemiology of Chronic Venous Disease: A Systematic Review with Pooled Prevalence Analysis. *Ann Surg.* 2021;274(6):971–976.
6. Schultz-Ehrenburg U, Reich-Schupke S, Robak-Pawelczyk B; Rudolph T, Moll C, Weindorf N, et al. Prospective epidemiological study on the beginning of varicose veins. *Phlebologie.* 2009;38(1):17–25.

- 
7. Franks PJ, Wright DD, Moffatt CJ, Stirling J, Fletcher AE, Bulpitt CJ, et al. Prevalence of venous disease: a community study in west London. *Eur J Surg.* 1992;158(3):143–147.
 8. Vuylsteke ME, Colman R, Thomis S, Guillaume G, van Quickenborne D, Staelens I. An Epidemiological Survey of Venous Disease Among General Practitioner Attendees in Different Geographical Regions on the Globe: The Final Results of the Vein Consult Program. *Angiology.* 2018;69(9):779–785.
 9. Poredos P, Kozak M, Antignani PL, Jezovnik MK. From varicose veins to venous thromboembolic events. *Int Angiol.* 2023;42(3):254–259.
 10. Lonnberg F, Siddiqui AJ. Risk of cardiovascular events in patients diagnosed with venous thromboembolism. *The American Journal of Medicine.* 2025.
 11. Giancesini S, De Luca L, Feodor T, Taha W, Bozkurt K, Lurie F, et al. Cardiovascular Insights for the Appropriate Management of Chronic Venous Disease: A Narrative Review of Implications for the Use of Venoactive Drugs. *Adv Ther.* 2023 Dec;40(12):5137–5154.
 12. Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, Kopp S, Schulz A, Buch G, et al. Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *Eur Heart J.* 2021;42(40):4157–4165.
 13. Deol ZK, Lakhanpal S, Franzon G, Pappas PJ. Effect of obesity on chronic venous insufficiency treatment outcomes. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020 Jul;8(4):617–628.e1. doi: 10.1016/j.jvsv.2020.04.006.
 14. Guo X, Zhang K, Sun Y, Dong R. Causal Association of Chronic Venous Insufficiency and Cardiovascular Diseases: A Univariable and Multivariable Mendelian Randomization Study. *Rev Cardiovasc Med.* 2024 Oct 8;25(10):357. doi: 10.31083/j.rcm2510357.

	Classe	
DVC	C0	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
	C1	Telangiectasias ou veias reticulares
	C2	Varizes
	C2r	Varizes recorrentes
	C3	Edema
	C4	Alterações de pele e subcutâneas secundárias à DVC
	C4a	Pigmentação ou eczema
	C4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
	C4c	<i>Corona phlebectatica</i>
	C5	Úlcera cicatrizada
	C6	Úlcera venosa ativa
	C6r	Úlcera venosa recorrente
		IVC

Figura 1. Estágio clínico da classificação CEAP (última atualização, 2000). *

* Adaptado de: Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E, Welch H, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020;8(3):342-352.

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.

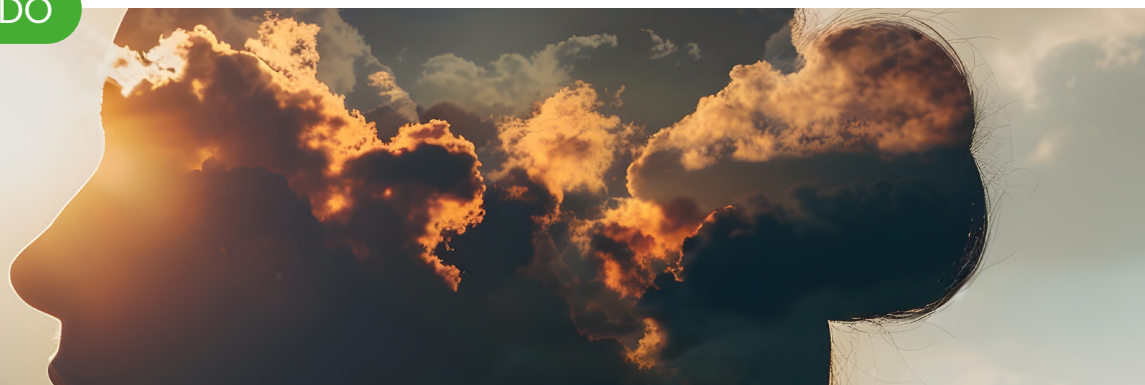
DADOS DE CONTATO PARA SUBMISSÃO

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.



Bem-estar em fluxo:

Uma seção para compartilharmos dicas de hobbies, conselhos sobre bem-estar, autocuidado e saúde mental



Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Tesoureiro Geral da SBACV-RJ

O que faz quando não está trabalhando?

A medicina é minha vocação, mas é fora do trabalho que recarrego a alma. Gosto de correr, treinar, estudar e cultivar boas conversas com os amigos — momentos simples que me mantêm em equilíbrio. Mas é no convívio familiar que encontro meu verdadeiro refúgio. Estar com a Márcia, com a Marianne e com o Ponchito, nosso cãozinho companheiro, é onde mora minha paz. São eles que dão sentido a tudo.



Dr. Carlos com sua família



Correndo em Foz do Iguaçu, durante o Congresso Brasileiro da SBACV, com os amigos Álvaro Razuk e Marcos Areas.

Possui algum hobby / atividade favorita para desestressar?

Sou médico, cirurgião, um “cowboy solitário” enfrentando horários irregulares e dias imprevisíveis. Nessas jornadas, nem sempre é fácil ter um parceiro de treino, então aprendi a valorizar a simplicidade: o tênis, o boné e uma roupa leve bastam. Gosto de correr e treinar. Nesses momentos, o corpo se move, mas é a mente que respira. Simples assim... a cuca fica mais leve, e a alma, mais livre.

O que recomenda aos colegas que se encontram sobrecarregados e estressados neste momento?

A medicina exige muito — do corpo, da mente e do coração. Aos colegas que estão cansados e sobrecarregados, eu diria: olhem para si com o mesmo cuidado que oferecem aos seus pacientes. O descanso não é fraqueza, é necessidade. Cultive algo só seu: seja uma corrida, uma leitura, o silêncio de um café pela manhã ou o riso com quem você ama. Recarregar-se é um gesto de sabedoria, não de egoísmo. Para cuidar bem, é preciso também se cuidar.



Dr. Carlos com sua família



Leituras em circulação:

Uma seção dedicada a compartilhar o que os colegas estão lendo, seja para aprimoramento profissional ou lazer

Como as democracias morrem

De Steven Levitsky e Daniel Ziblatt

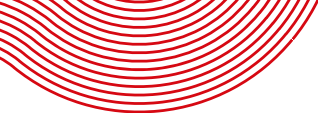


Indicação do
Dr. Marcelo Lacativa

Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) e diretor do Endocurso

"Escrito antes da pandemia, em 2018, por dois conceituados professores de Harvard, o livro analisa o contexto histórico das principais ditaduras que o mundo já conheceu, independentemente da ideologia. Ele identifica os fatores históricos e os mecanismos pelos quais importantes





democracias colaboraram com sua própria erosão, como ocorreu com a República de Weimar, na Alemanha entre guerras, e com a democracia venezuelana no período pré-Chávez. A obra demonstra que a maioria das democracias não morre de forma abrupta, mas sim de forma lenta e gradual. É uma leitura imprescindível nos dias atuais para compreender as transformações pelas quais o mundo vem passando.”



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