

# REVISTA VASCULAR

DO CONE SUL

Ano 1 | Nº 2  
Dezembro | 2020



SBACV-PR



SBACV-SC



SBACV-RS



SAIBA MAIS SOBRE  
PUBLICIDADE MÉDICA  
NA INTERNET

**Página 5**

ISQUEMIA DOS MEMBROS  
INFERIORES É O LIVRO  
TEMA DE RESENHA

**Página 6**

RELATO DE EXPERIÊNCIA  
INAUGURA O ESPAÇO  
LITERÁRIO

**Página 10**

## A RESPONSABILIDADE LEGAL DO MÉDICO

Revista Vascular do Cone Sul  
abre espaço para sanar  
dúvidas legais dos  
angiologistas e  
cirurgiões vasculares

**Página 4**

# Os eventos médicos em tempos de pandemia

A Medicina é a mais gregária das profissões. Médicos adoram se reunir para trocar informações clínicas, ensinar e aprender medicina ou simplesmente socializar, com a justificativa sempre conveniente da atualização profissional. Estes eventos sociais variam de pequenos grupos, que se reúnem numa sala do hospital para discutir casos clínicos interessantes, até grandes congressos de especialistas num centro de convenções, com milhares de participantes. O costume de médicos se agregarem em eventos profissionais gerou uma verdadeira indústria de transmissão do conhecimento médico-científico, conhecida como educação médica continuada.

Os eventos médicos, além da evidente importância cultural, têm fortes impactos econômicos na indústria de medicamentos, materiais e equipamentos médicos e na rede de serviços de turismo nos locais dos eventos. Mas o maior impacto econômico recai sobre as sociedades médicas e científicas. No passado remoto, estas sociedades se financiavam pela cobrança de anuidade dos seus associados. Mas, nas últimas décadas, a cobrança de taxas de inscrição e a venda de espaço para a indústria divulgar seus produtos em congressos, encontros e simpósios se transformaram na principal fonte de recursos financeiros das sociedades de especialidades médicas. Promover eventos lucrativos passou a ser uma questão de sobrevivência. A grande indústria da educação médica continuada vinha prosperando continuamente, mesmo em meio a crises econômicas. E então veio a pandemia...

Um vírus que surgiu em Wuhan, na China, no final de 2019, se disseminou pelo mundo numa velocidade assustadora. Em menos de dois meses, o novo coronavírus (SARS-CoV2) foi levado para

todos os continentes pelo intenso tráfego aéreo que caracteriza o mundo globalizado. Em fevereiro, a epidemia já atingira com força os países da Europa Ocidental e o norte dos EUA. No início de março, a OMS designou a doença provocada pelo novo coronavírus, a Covid-19, como uma pandemia. A partir daí, o vírus passou a dominar todos os aspectos da economia, da política e das atividades humanas em todo planeta.

Governos de praticamente todas as nações estabeleceram medidas sanitárias e de controle social para tentar controlar a disseminação do vírus. As ações de combate à pandemia, como a imposição de distanciamento social, suspensão de atividades de ensino, restrições ao comércio e às atividades culturais, provocaram em alguns meses transformações sociais que só iriam se desenrolar ao longo de uma década. As mudanças desencadeadas pela pandemia só foram possíveis porque vivemos num mundo interconectado por redes digitais, que permitem comunicação instantânea e operações comerciais seguras, sem a necessidade de contato físico entre os participantes. As novas formas de relação social, batizadas na língua oficial do mundo digital, o *tech english*, incluem o *home office*, o *e-commerce* e as *lives* ou eventos *on-line*.

Desde abril, médicos e outros profissionais da saúde passaram a se reunir e a se comunicar quase que exclusivamente pelas redes digitais. De pequenas reuniões clínicas a grandes encontros e congressos, praticamente todos os eventos médico-científicos passaram a ser a distância. Congressos presenciais foram cancelados ou adaptados para transmissão *on-line*. Como qualquer inovação implantada às pressas, os eventos *on-line* têm sido marcados por falhas de conexão, problemas

técnicos de transmissão e redes instáveis. Mas as dificuldades iniciais devem ser superadas e a maioria destas transformações parecem irreversíveis. Tudo indica que os grandes congressos médicos, com milhares de participantes presenciais, estão em vias de extinção e os eventos *on-line* devem ser parte do "novo normal", que nos espera na era pós-pandemia.

À medida que a tecnologia para eventos *on-line* for se sofisticando, a presença física nos eventos deve ser substituída pela realidade virtual. Sem sair da sua mesa de trabalho, o médico poderá participar de eventos em qualquer lugar do mundo. O desconforto das viagens longas, o *jet lag* provocado pela diferença de fuso horário e a tentação das atrações turísticas e gastronômicas durante o congresso deixarão de existir. Eventos presenciais devem continuar a acontecer, mas provavelmente vão se limitar a simpósios do tipo "hands-on", onde a manipulação direta de equipamentos e de dispositivos é necessária para se dominar novas tecnologias.

Essas novas formas de difundir conhecimento e educar profissionais terão um impacto na maneira da SBACV e suas Regionais organizarem suas atividades científicas e didáticas. A própria forma de relacionamento com a indústria que patrocina os eventos deverá ser revista, agora que ficou claro que os custos dos eventos *on-line* são significativamente menores que os presenciais.

"Há males que vêm para bem". Este antigo ditado popular, que virou lugar-comum, se aplica perfeitamente a este momento que vivemos. No meio de tanta incerteza e de medo que beira o pânico, causados pela pandemia, o ser humano está encontrando novas formas de utilizar a tecnologia para melhorar a comunicação e a transmissão do conhecimento.

# Seções REVISTA VASCULAR

DO CONE SUL

## EDITORIAL

Texto de opinião, escrito pelo Conselho Editorial ou por convite.

## EVENTOS

Anúncios de congressos, encontros e simpósios das Regionais do Sul. Programas de eventos promovidos pelas Regionais.

## MEMÓRIA

História das Regionais e dos sócios que fizeram esta história. Notas biográficas sobre os grandes colegas que nos antecederam.



A REVISTA VASCULAR DO CONE SUL foi lançada em setembro, com a publicação do Número 1, que todos devem ter recebido via web e na versão impressa. Na página 3, foi publicado o conteúdo, com as SEÇÕES que compõem cada edição.



## ARTIGOS COMENTADOS

Artigos científicos publicados por sócios das Regionais, com comentários de convidados pelo Conselho Editorial.

## RESENHAS

Resenhas de livros publicados por sócios das Regionais.

## DEFESA PROFISSIONAL

Textos sobre condições de trabalho e remuneração profissional.

## VIDA ACADÊMICA

Resumos de teses, dissertações e monografias de sócios das Regionais.

## ÁGORA

Artigos de opinião sobre assuntos científicos e culturais.

## CIRURGIA VASCULAR E A JUSTIÇA

Textos sobre assuntos médico-legais

## ESPAÇO LIVRE

Espaço para publicação de textos literários: crônicas, contos, poesia.

# Um apelo aos leitores

Os autores e colaboradores são a alma das publicações científicas e institucionais. A nossa REVISTA precisa de um fluxo contínuo de matérias para publicação. Fazemos aqui um apelo aos sócios para que contribuam com textos que se enquadrem nas seções acima. Contamos com sua colaboração.

Envie seus textos para:

PR - Ricardo C. Rocha Moreira      ina@onda.com.br

RS - Guilherme Napp      guilhermenapp@yahoo.com.br

SC - Marcelo F. Zanoni      wzanoni@hotmail.com

## EXPEDIENTE

A Revista Vascular do Cone Sul é uma publicação trimestral das Regionais do Sul da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular: SBACV-PR ([sbacvparana@gmail.com](mailto:sbacvparana@gmail.com)), SBACV-SC ([sbacv-sc@sbacvsc.com.br](mailto:sbacv-sc@sbacvsc.com.br)) e SBACV-RS ([vascular@sociedadesonline.com.br](mailto:vascular@sociedadesonline.com.br)).

### Conselho Editorial Presidentes

PR Dr. Antonio S. Trigo Rocha  
RS Dr. Regis Fernando Angnes  
SC Dr. Rafael Narciso Franklin

### Diretores de Publicações

PR Dr. Ricardo C. Rocha Moreira  
RS Dr. Guilherme Napp  
SC Dr. Marcelo F. Zanoni

### Jornalista responsável

Priscilla Carneiro – MTB 13.221

### Projeto Gráfico e Diagramação

Vicente Design

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores, não representando necessariamente a opinião das Regionais.



## A Responsabilidade Legal do Médico

Esta coluna é voltada a esclarecer dúvidas legais dos angiologistas, cirurgiões vasculares, cirurgiões endovasculares e ecografistas vasculares.

Independentemente da atuação de cada profissional na área das doenças da circulação, todos respondem administrativamente e judicialmente pelos seus atos.

A responsabilidade administrativa, aquela que não é julgada pelo Poder Judiciário, está presente na relação do médico com o serviço público, com as cooperativas de trabalho e com o Conselho de Medicina.

A responsabilidade judicial está presente nos processos penais e nos processos civis. O primeiro busca a reparação da sociedade por ofensas ao Código Penal. Já o segundo, busca a reparação indenizatória do dano por infração ao Código Civil.

Uma das características do Direito Médico é a existência de mais de um processo decorrente de um mesmo

ato médico. Por exemplo, um paciente descontente abre um processo administrativo na Unimed, um processo ético no Conselho Regional de Medicina, um processo penal e um processo civil contra o médico.

O médico terá que se defender em cada um deles, pois estes processos não se comunicam, exceto em situações muito específicas legalmente e muito pouco frequentes.

Porém, esses processos se relacionam. Uma condenação no CRM facilita uma condenação civil ou penal, pois o juiz se apegua que o Conselho considerou o médico culpado, não sendo ele, um leigo, que decidirá a favor do médico. Entretanto, o inverso não é verdadeiro. A absolvição no CRM não garante a improcedência do processo civil ou penal.

O direito médico é uma realidade no Brasil nos últimos 30 anos. A partir da Constituição Federal de 1988, do Código de Defesa do Consumidor, de 1990, e da Lei dos Juizados Especiais, de 1996, o cidadão brasileiro aprendeu a reclamar

na Justiça e passou a ter seu acesso à ela facilitado, o que foi causa do grande aumento de processos contra profissionais e instituições de saúde.

Isso exige que o médico, além do conhecimento técnico de sua atuação profissional, tenha também conhecimento legal decorrente de sua atividade.

Quando em dúvida sobre um caso clínico, como médicos procuramos apoio na literatura médica, nos fóruns de discussão de casos, e até na consulta a colegas mais experientes no assunto, tudo para melhorar o atendimento ao nosso paciente.

Por isso, caso haja uma dúvida legal sobre um procedimento médico, o melhor caminho é uma consulta jurídica prévia sobre como conduzir a questão, diminuindo, assim, o risco de vir a responder a um processo.

Para tanto, esta coluna está aberta para suas dúvidas legais. As mesmas podem ser enviadas para o e-mail **sba-cvparana@gmail.com**, que serão respondidas, de forma a manter o seu anonimato, por ordem cronológica de recebimento.

**Texto de Jorge R. Ribas Timi, cirurgião vascular e advogado especializado em Direito Médico.**

## PREZADOS COLEGAS

É com muito orgulho que participamos o grande sucesso alcançado na realização do IX Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular. O evento, realizado pela SBACV-PR, ocorreu entre os dias 6 a 8 de novembro, e contou com a participação de 410 ecografistas vasculares de todo o Brasil, além de cinco conferencistas internacionais. Agradecemos a todos que tornaram isso possível!



**CBEV 2020**  
IX CONGRESSO BRASILEIRO DE  
ECOGRAFIA VASCULAR

06 A 08 DE NOVEMBRO DE 2020 | EVENTO ON-LINE

BRAZILIAN CONGRESS OF VASCULAR ULTRASOUND | CONGRESO BRASILEÑO DE ECOGRAFIA VASCULAR



## Publicidade médica na internet: é preciso cautela

A atuação dos profissionais da Medicina sofre impacto de uma realidade tecnológica implementada há décadas, seja na inovação técnica ou no atendimento aos pacientes. Os profissionais adaptaram-se às novas tecnologias com o objetivo de atender a uma sociedade cada vez mais conectada por meio de telas, nas quais é possível obter acesso livre a ferramentas poderosas de comunicação, relacionamento social e marketing.

Além de promover interação entre amigos, familiares e colegas de trabalho, as mídias sociais também são instrumentos eficazes para a publicidade e propaganda de novos negócios e promoção profissional. Na Medicina, encontramos perfis virtuais de consultórios médicos, clínicas e unidades hospitalares. Marcar presença no ambiente digital é uma exigência dos dias atuais, resultado da evolução tecnológica que vivemos. Entretanto, é preciso ter cautela para não infringir as normas previstas pelo Código de Ética Médica e demais publicações que regulamentam a publicidade médica.

Diferente dos meios de comunicação, que, eventualmente, podem sugerir aos indivíduos a mercantilização de procedimentos, cabe ao profissional médico o bom senso e a aplicação da ética médica em benefício da população. Por exemplo, a principal norma exige que em todo e qualquer material publicitário deva constar nome completo do profissional, número do registro, especialidade ou área de atuação. As divulgações sempre devem ter o intuito de informar, orientar e esclarecer sobre procedimentos, doenças, epidemias, endemias, etc.

A coordenadora do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers), Laís Leboutte, esclarece que o profissional deve respeitar o que diz a Resolução 1.974/2011, do Conselho Federal de Medicina (CFM), a fim de evitar o sensacionalismo e a autopromoção nas redes sociais, principalmente em imagens que comunicam o antes e o depois de procedimentos médicos.

“O artigo 13 da Resolução se refere especificamente às mídias sociais e não houve mudança recente quanto a essas normas. É proibida a publicação de imagens com conteúdo de ‘antes e depois’ de qualquer ato médico. Não recomendamos esse tipo de publicação porque configura promoção, tanto pessoal quanto de empresas”, alerta.

### **Saiba onde buscar orientação**

A Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame), que integra o Departamento de Fiscalização do Cremers, pode esclarecer dúvidas e orientar sobre a melhor prática ética nas redes sociais. Entre em contato pelo e-mail **[codame@cremers.org.br](mailto:codame@cremers.org.br)**. Profissionais e empresas que cometerem ilícito ético ficam sujeitos às penalidades aplicáveis em âmbito nacional, conforme estabelecido pelo Código de Ética Médica.

## O QUE NÃO É PERMITIDO

- 1) É proibida a divulgação de especialidade não registrada no CRM;
- 2) Quando não especialista, é vedada a divulgação de tratamentos de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas;
- 3) É proibido sugerir garantias de resultados em procedimentos;
- 4) É vedada a autopromoção e/ou sensacionalismo;
- 5) É proibido divulgar telefone, endereço de consultório, clínica ou serviço em entrevistas e publicações.

Leia mais em **[cremers.org.br/publicidade-medica](http://cremers.org.br/publicidade-medica)**



## Isquemia dos membros inferiores

**Autores: Julio Cesar Peclat de Oliveira, Sergio Quilici Belczak, Walter Jr. Boim de Araujo, Ivanésio Merlo.**

**Rio de Janeiro: DiLivros; 2020.**

O grande desenvolvimento da cirurgia vascular nas últimas décadas está relacionado ao desenvolvimento tecnológico, seja de maneira indireta ou direta. Indiretamente, as tecnologias favoreceram a realização de um maior número de diagnósticos, cada vez mais precisos, das doenças circulatórias arteriais e venosas, tanto pelo aumento da definição dos equipamentos já existentes, quanto pela criação de novos, como o ultrassom endovascular. Outra contribuição foi o avanço tecnológico nas comunicações. A difusão do conhecimento de novas tecnologias empregadas e bem sucedidas tornou-se mais rápida, favorecendo a disseminação desses procedimentos, que podem ser reproduzidos e melhorados de uma forma ágil, facilitando e aprimorando o emprego técnico de novos tratamentos.

Já a influência direta dessas tecnologias está relacionada com o grande desenvolvimento dos materiais utilizados, seja na cirurgia convencional como na endovascular, possibilitando também a realização de cirurgias *híbridas*, para casos selecionados, antes impossíveis de serem resolvidos sem que o paciente sofresse um alto preço às custas de grande morbimortalidade. No entanto, essa tecnologia sofre modificações e aprimoramentos em grande velocidade, muitas vezes por um apelo comercial, com o qual devemos tomar muito cuidado, dificultan-

do seu conhecimento mais detalhado. Cita-se como exemplo, na cirurgia endovascular, a produção de uma diversidade muito grande de materiais de angioplastia, stent, embolização, assim como tantos outros, tornando mais difícil a escolha dos melhores para cada caso, decorrentes da falta (ou viés) de evidências robustas na literatura. O grande diferencial para o melhor tratamento ainda é a capacidade de escolha do cirurgião vascular, com grande experiência e conhecimento sobre a doença e sua evolução, fazendo o adequado planejamento do tratamento.

Membros inferiores isquêmicos sempre são um desafio quanto à abordagem, pela grande diversidade na apresentação. Como reflexo a esse desafio, associado ao grande número de possibilidades no tratamento, o livro *Isquemias dos membros inferiores*, dos autores Julio Cesar Peclat de Oliveira, Sergio Quilici Belczak, Walter Jr. Boim de Araujo e Ivanésio Merlo, com a participação de vários outros cirurgiões vasculares, angiologistas, além de colegas pertencentes a outras áreas médicas relacionadas, todos com vasta experiência no assunto, trouxe informações atuais do entendimento das diversas formas de abordagem da doença isquêmica dos membros inferiores.

A obra, impressa em papel couchê, em formato grande (27,5x20cm), tem capa dura, com um desenho na contracapa muito bem elaborado, que faz jus ao nome. Nos seus 42 capítulos, com 719 páginas, é abordado o assunto de maneira muito completa, desde dados históricos, exame físico, classificações e as diversas pos-



sibilidades de tratamento, sendo estas o foco central do livro, contemplando, de uma forma muito particular, aspectos legais, preparo anestésico, sala cirúrgica, técnicas cirúrgicas, endovasculares e capítulos de novos horizontes, como a terapia de células-tronco e robótica. Muitos desenhos, tabelas e figuras chamam a atenção, nos quais os autores tiveram o cuidado de deixar mais didática a literatura nela contida, inclusive com muitas fotografias de casos clínicos.

Como sugestão, uma próxima publicação poderia trazer mais informações sobre a reabilitação no pós-tratamento de uma revascularização, pois nem sempre o resultado esperado é alcançado de maneira total. Tal assunto é pouco difundido na maioria das publicações e, por outro lado, tão importante para o nosso paciente.

O livro *Isquemia dos membros inferiores*, tema ainda pouco explorado de forma única, agora contemplado com alto grau de especificidade, vem somar em nossa literatura vascular. Uma leitura fácil, contendo técnicas cirúrgicas já consagradas, assim como técnicas em desenvolvimento.

Certamente deve ser lido em sua totalidade e integrar as estantes de todos os cirurgiões vasculares, até mesmo daqueles que não têm a cirurgia arterial como parte do dia a dia.

**Texto de Fabiano Luiz Erzinger, sócio titular da SBACV-PR**





## Trabalhos científicos em destaque

**Síndrome da congestão pélvica e embolização de varizes pélvicas**  
**Pelvic congestion syndrome and embolization of pelvic varicose veins**

**Mateus Picada Corrêa<sup>1</sup>, Larissa Bianchini<sup>1</sup>, Jaber Nashat Saleh<sup>1</sup>, Rafael Stevan Noel<sup>1</sup>, Julio Cesar Bajerski<sup>1</sup>**

### Resumo

A síndrome da congestão pélvica (SCP) é definida como dor pélvica crônica há mais de 6 meses associada a varizes perineais ou vulvares, resultantes do refluxo ou obstrução das veias gonadais, glúteas ou periuterinas. A SCP é responsável por 16-31% dos casos de dor pélvica crônica, sendo diagnosticada sobretudo na terceira e quarta décadas de vida. Nos últimos anos, houve um interesse maior nessa patologia por parte dos cirurgiões vasculares devido à sua associação com insuficiência venosa de membros inferiores. Apesar de prevalente, a SCP ainda é pouco diagnosticada tanto nos consultórios ginecológicos quanto nos de angiologistas. Portanto, neste artigo revisaremos a etiologia e o diagnóstico desta patologia e os resultados dos diversos tipos de tratamentos disponíveis. Palavras-chave: varizes; insuficiência venosa; embolização.

### Abstract

Pelvic congestion syndrome (PGS) is defined as chronic pelvic pain for more than 6 months associated with perineal and vulvar varicose veins caused by reflux or obstruction in gonadal, gluteal, or parauterine veins. PGS accounts for 16-31% of cases of chronic pelvic pain, and is usually di-

agnosed in the third and fourth decades of life. Interest in this condition among vascular surgeons has been increasing over recent years because of its association with venous insufficiency of the lower limbs. Despite its significant prevalence, PGS is still poorly diagnosed in both gynecology and angiology offices. Therefore, in this article we review the etiology and diagnosis of this condition and

the outcomes of the different types of treatment available.

**Keywords:** varicose veins; venous insufficiency; embolization.

**Como citar:** Corrêa MP, Bianchini L, Saleh JN, Noel RS, Bajerski JC. Síndrome da congestão pélvica e embolização de varizes pélvicas. *J Vasc Bras.* 2019;18:e20190061. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190061>

O artigo aborda um tema ainda relativamente pouco frequente nas revistas científicas e congressos de cirurgia vascular: as varizes pélvicas. Essas podem ser definidas como veias de morfologia varicosa junto ao plexo útero-ovárico e/ou às tributárias dos troncos venosos hipogástricos. Sua etiologia pode estar relacionada ao refluxo através dos eixos gonadais/tributárias das veias hipogástricas (conceito centrífugo) ou à derivação do fluxo através de veias pélvicas secundárias à obstrução por compressões extrínsecas (síndrome de May-Thurner, por exemplo) ou alterações intraluminais de origem pós-trombótica (conceito centrípeto). A presença de varizes pélvicas não determina necessariamente uma síndrome clínica associada. Segundo o consenso da UIP, a definição mais atual de síndrome de congestão pélvica é a presença de sintomas crônicos (que podem incluir dor, pesadez pélvica, urgência miccional, dispareunia ou dor pós-coital) causados por refluxo e/ou obstrução em veias ovarianas e/ou pélvicas, as quais podem estar associadas com varizes vulvares, perineais e ou de membros inferiores.

A síndrome de congestão pélvica é uma causa frequentemente negligenciada de dor pélvica crônica e seu diagnóstico exige alto índice de suspeição para identificação dos sinais e sintomas sugestivos. Os autores destacam o papel das veias ovarianas e das veias pudendas na gênese desta patologia, mas é importante destacar também o papel das veias tributárias dos troncos hipogástricos (em especial as veias obturatória, veia do ligamento redondo e veia glútea inferior). Cabe destacar, ainda, que existem outras causas de varicocele pélvico que devem ser investigadas e adequadamente tratadas, como a síndrome de May-Thurner, obstruções pós-trombóticas e outras compressões extrínsecas.

A multiparidade tem papel bem documentado na sua etiopatogenia e a incompetência do assoalho pélvico pode ser o responsável pela transmissão da hipertensão pélvica aos membros inferiores. O Dr. Leal Monedero descreveu o conceito de um sistema venoso sub-diafragmático e também pontos de fuga pélvicos, bem como seu envolvimento na recanalização de sistemas embrionários e associação com varizes dos membros inferiores.

A ecografia pélvica transvaginal citada pelos autores é um exame indispensável, mas destacaríamos também o papel da ecografia transparietal para pesquisa de síndromes compressivas como parte dos exames iniciais na investigação.

No que diz respeito ao tratamento, é importante lembrar que esse deve ser direcionado ao alívio dos sintomas de congestão pélvica e/ou à aboli-



ção de refluxo em veias dos membros inferiores. Cabe destacar que muitas pacientes apresentam melhora clínica significativa com medidas clínicas que incluem a prescrição de medicações flebotônicas como diosmina-hesperidina (Daflon®). No que se refere ao tratamento cirúrgico/intervencionista, destacamos o papel das técnicas endovasculares, em especial mediante realização de procedimentos de embolização de veias varicosas/pontos de fuga pélvicos (utilizando esclerosantes associados ao implante de molas/plugs), recanalizações venosas e implantes de stents em pontos de compressão. Alguns grupos, como o do Dr. Tessari, preconizam o tratamento de varizes vulvares/perineais através da realização de injeção direta de esclerosante (em especial polidocanol na forma de espuma), através de punções diretas no períneo ao nível dos pontos de fuga.

Em relação ao tratamento da síndrome de Nutcracker, grupos como o do Dr. Leal Monedero e Dr. Zubicoa Ezpeleta procuram evitar o implante de stent na veia renal, especialmente pelos riscos de migração do stent, necessidade de protocolos de antiagregação/anticoagulação e questionamentos com relação à evolução de longo prazo desses stents (principalmente por serem, grande parte desses implantes, realizados em pacientes jovens). Esse grupo preconiza a embolização da veia gonadal esquerda como primeira etapa do tratamento, principalmente se ausência de síndrome clínica exuberante com dor lombar/micro-hematúria e ausência de gradiente pressórico significativo (03-05mmHg) ao nível da compressão. No consenso da UIP, chama-se atenção para o cuidado em não se classificar o aspecto de “pseudo-nutcracker” relacionado ao estreitamento da veia renal secundário ao roubo de sangue através da veia gonadal insuficiente como síndrome de Nutcracker.

**Alfredo Schulte  
Julio Ferreira**

Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P; American Venous Forum; European Venous Forum; International Union of Phlebology; American College of Phlebology; International Union of Angiology. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg.* 2009 Feb;49(2):498-501. doi: 10.1016/j.jvs.2008.09.014. PMID: 19216970.

J. Leal Monedero, S. Zubicoa Ezpeleta, M. Perrin: Maladie veineuse chronique pelvienne non post-thrombotique - Doi : 10.1016/S0246-0459(10)47156-7

Leal Monedero J: Indicaciones y tratamiento del síndrome de congestión Pelvica: Flebología y Linfología - *Lecturas vasculares/año 5 No 14: 841-847, mayo-agosto 2010*

Monedero JL, Ezpeleta SZ, Perrin M. Pelvic congestion syndrome can be treated operatively with good long-term results. *Phlebology.* 2012 Mar;27 Suppl 1:65-73. doi: 10.1258/phleb.2011.012s03. PMID: 22312070.

Simsek M, Taskin O, Effects of micronized purified flavonoid fraction (Daflon) on pelvic pain in women with laparoscopically diagnosed pelvic congestion syndrome: A randomized crossover trial. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology* 34(2):96-8. January 2007

Ramelet A, Pharmacologic Aspects of a Phlebotropic Drug in CVI-Associated Edema *Angiology* 51 (1):19-23 February 2000, DOI: 10.1177/000331970005100105

L Tessari: Pelvic Congestion Syndrome: Management by sclerotherapy: *Atti della Accademia Lancisiana Anno Accademico 2018-2019 Vol. LXIII, N. 4 Ottobre-Dicembre 2019 IV: 554-557*

Antignani PL, Lazarashvili Z, Monedero JL, Ezpeleta SZ, Whiteley MS, Khilnani NM, *et al.* Diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome: UIP consensus document. *Int Angiol* 2019;38:265-83. DOI: 10.23736/S0392-9590.19.04237-8)

## Desigualdades espaciais das taxas de amputações de membros inferiores em pacientes com doença arterial periférica no estado do Paraná, Brasil

**Autor: Me. Rogério do Lago Franco  
Orientador: Prof. Dr. Luciano de Andrade**

Pouco se sabe sobre a incidência de amputações de membros inferiores no Brasil e o que pode influenciar nesses números. O objetivo deste estudo foi analisar a distribuição espacial das taxas de amputações de membros inferiores (AMI) em pessoas maiores de 40 anos na população do sistema público de

saúde no estado do Paraná, Brasil, de 2012 a 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação Hospitalar e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e avaliados através de análise exploratória de dados espaciais.

Foi utilizado o *Software R* (versão 3.16) para analisar 5.270 amputações nos 399 municípios do estado. A taxa média de AMI foi de 24,32/100.000 habitantes (DP +/- 18,22), sendo demonstrada uma autocorrelação espacial positiva (Moran's I = 0,66, p < 0,001). Foram identificados três grandes *clusters* do tipo alto-alto nas

regiões Norte-central até o Oeste, Sul e metropolitana (Figura 01). Modelos de regressão espacial multivariada através da regressão ordinária dos quadrados mínimos (OLS) e da regressão geograficamente ponderada (GWR) demonstraram correlação negativa significativa (p < 0,001) entre as taxas de AMI e as taxas de Eco-Doppler colorido e correlação positiva significativa (p ≤ 0,01) entre taxas de AMI e as taxas cirúrgicas de revascularização aberta, procedimentos endovasculares e porcentagem de analfabetismo na população. O modelo GWR apresentou melhor ajuste



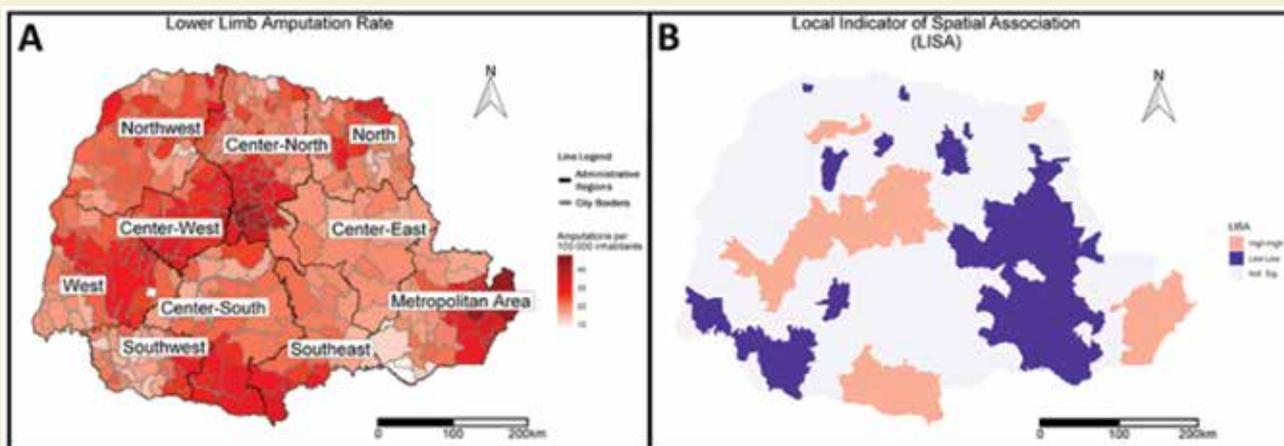


Figura 01: A - Distribuição espacial das taxas de AMI, nos municípios do estado do Paraná, referente ao período de 2012 a 2017. B - Clusters univariados para as taxas de AMI (LISA).

que o OLS (modelos OLS vs GWR: R2: 0.14 vs 0.77; *Akaike information criterion*: 696.35 vs 295.11; I de Moran dos resíduos: 0,540 vs 0,132, respectivamente).

Conclui-se que o analfabetismo e a menor acessibilidade ao EcoDoppler estão associados a piores taxas de

AMI. Por outro lado, observou-se que maiores taxas de procedimentos cirúrgicos abertos e endovasculares estão relacionados a maiores taxas de AMI, possivelmente por conta de atraso no acesso aos hospitais especializados. Esses resultados poderão ajudar os gestores de saúde a intensificar ações

em regiões com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** amputação. membros inferiores. análise espacial. acessibilidade.

**Este artigo foi aceito para publicação no British Medical Journal (BMJ).**

LANÇAMENTO

inovação

No alívio da sensação de cansaço e peso nas pernas<sup>2</sup>

ATIVOS RESPALDADOS POR ESTUDOS CLÍNICOS<sup>2</sup>

ARNICA

BISABOOL

ESCINA

VITAMINA E



RÁPIDA ABSORÇÃO<sup>1</sup>



SEM PERFUME



CLINICAMENTE E DERMATOLÓGICAMENTE TESTADO<sup>1</sup>



12H PELE HIDRATADA

DIOSMIN  
CREME



CAC  
Central de Atendimento  
ao Consumidor  
0800 701 6900  
cac@ache.com.br  
8:00 h às 17:00 h (seg. a sex.)

Referências bibliográficas: 1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Consulta de produto: Diosmin Creme. Disponível em: <<https://cosmeticos.anvisa.gov.br/gis/faces/jsp/relatorio/relatorio/consultarItemDetalhe.xhtml>>. Acesso em: junho 2020. / 2. Relatório Interno. Achê Laboratórios Farmacêuticos S.A. Cód. 7031679 - ACO/2020

achê  
mais vida para você

## A primeira carótida a gente nunca esquece

Durante a residência em Cirurgia, acontece um momento mágico que marca a passagem de um residente da categoria de aprendiz para a categoria de cirurgião. O rito de passagem consiste em o residente fazer uma operação tecnicamente complexa do começo ao fim, ou de “pele a pele”, como se diz no linguajar dos cirurgiões. Para mim, o momento chegou em 1980, quando eu cursava o 3º ano da Residência de Cirurgia.

Mr. Parker Lovett era um senhor de 74 anos, diabético, que era atendido no ambulatório de Clínica Médica do Hospital of Saint Raphael – Yale University School of Medicine, em New Haven Connecticut, na Nova Inglaterra, norte dos EUA. Ele tinha migrado muito jovem da Carolina do Sul para o norte dos EUA, mas conservava um forte sotaque dos negros do Sul dos EUA. Mr. Lovett tinha sido internado com uma infecção no pé em uma das enfermarias cirúrgicas, que incluía os pacientes da Cirurgia Vascular. A enfermaria era daquelas que hoje só se vê em filmes antigos a preto-e-branco: uma sala ampla com pé direito muito alto, com oito leitos de metal esmaltado, quatro de cada lado de um corredor central. O tratamento do pé diabético consistia em aplicar antibióticos pela veia e fazer curativos diários na ferida do pé.

Numa tarde, terminei o atendimento no ambulatório e fui para a enfermaria avaliar os pacientes internados sob os cuidados do Serviço de Cirurgia Vascular. Encontrei Mr. Lovett sentado no leito, conversando com os colegas de enfermaria. Enquanto aguardava a enfermeira trazer o material de curativos, fiquei trocando amenidades com o paciente. De repente, notei que ele

parecia ter se desligado da conversa, e começou a balbuciar palavras sem nexos. Ele olhou para mim com uma face de terror e percebi que não só a face, mas todo o lado direito do corpo parecia paralisado. Levei um susto: “Mr. Lovett está sofrendo um ‘derrame’ na minha frente”. Chamei uma enfermeira para me auxiliar a deitá-lo no leito e trazer um esfigmomanômetro. A pressão arterial estava 200/120. Tentei fazê-lo responder algumas perguntas simples, mas ele emitia apenas sons desconexos. O diagnóstico era óbvio: AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico - causado por interrupção da circulação do sangue pela artéria carótida para o lado esquerdo do cérebro. Atualmente, em pleno século XXI, o paciente com AVCI é encaminhado imediatamente para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, após exame de tomografia cerebral, submetido a trombólise, aplicação de uma medicação que dissolve os coágulos que se formam ou se deslocam para as artérias do cérebro. Naquela época, o paciente era mantido na enfermaria mesmo e o tratamento era suportivo, isto é, tentar manter a pressão arterial em níveis normais e esperar o desfecho do AVCI. Depois de alguns minutos de muita tensão, observei que o paciente começava a mover o braço e a perna direita e a balbuciar palavras inteligíveis. Meia hora depois, ele já estava aparentemente bem, exceto pela pressão arterial, que continuava alta. A recuperação rápida dos deficits neurológicos mostrava que Mr. Lovett teve um Ataque Isquêmico Transitório (AIT), *Transient Ischemic Attack (TIA)*, em inglês. O AIT se caracteriza justamente pelo aparecimento rápido de déficit neurológico (quase sempre fraqueza

ou paralisia de um lado do corpo e dificuldade com a fala), seguido por recuperação completa em minutos ou horas. Se o déficit permanece mais de 24 horas, o AIT passa a ser considerado um AVCI.

O passo seguinte foi chamar os residentes da Clínica Médica, que avaliaram o paciente e consultaram um neurologista. Todos concordaram que o paciente tinha mesmo um AIT e o próximo passo era confirmar o diagnóstico por meio de exames de imagem. Em 1980, não dispúnhamos de nenhum dos exames que hoje fazem parte da avaliação do paciente com isquemia cerebral: ecografia vascular, tomografia ou ressonância magnética. O único exame disponível era a angiografia das carótidas por meio de cateter introduzido pela artéria femoral. No dia seguinte, Mr. Lovett foi submetido à angiografia cerebral, que mostrou uma placa de aterosclerose, obstruindo mais de 80% da carótida interna esquerda, na sua origem no pescoço. Agora, tínhamos o diagnóstico de certeza da causa do AIT: uma placa aterosclerótica que obstruía a passagem de sangue pela carótida para o lado esquerdo do cérebro. O tratamento consistia na retirada da lesão que tinha causado o AIT, por meio de uma endarterectomia da carótida.

No mesmo dia da angiografia, levamos o caso para discussão na reunião clínica que tínhamos diariamente às 16h. Nem houve muita discussão: todos concordaram que o paciente tinha que ser submetido a endarterectomia da carótida imediatamente, antes que tivesse nova isquemia cerebral. Sai da reunião determinado a participar da cirurgia. Afinal de contas, eu tinha testemunhado o AIT, feito o diagnóstico, consultado os especialistas, pedido a angiografia e levado o caso para a reunião. Procurei o Dr. Robert (Bob) Schlessel, o *Chief Resident* do Serviço, que era quem decidia quais eram os residentes que entravam em cada operação. Implorei quase de joelhos para auxiliá-lo na cirurgia. Feliz-



mente, ele era o mais equilibrado dentre os três *Chief Residents* e não se opôs ao meu pedido. Marcamos a operação para dali a dois dias.

Na véspera da cirurgia, entrei num estado de concentração mental semelhante ao de um atleta que vai participar de uma final olímpica. Passei o dia inteiro revisando mentalmente a anatomia do pescoço, o passo a passo da endarterectomia da carótida, e lendo

sobre todas as complicações possíveis e imagináveis da cirurgia. Naquela noite, dormi mal, acordei mais cedo que o habitual e fui para o hospital quando ainda estava amanhecendo.

Cheguei antes de todo mundo na sala de cirurgia, coloquei os exames no negatocópio e ajudei a trazer M.r Lovett para sala. Quando o Dr. Schlessel entrou, o paciente estava anestesiado e com o campo cirúrgico pronto para a cirurgia de carótida. Ele lavou

as mãos, se paramentou, entrou em campo e a instrumentadora lhe entregou o bisturi. Para minha surpresa, ele passou o bisturi para mim e disse: "Let's see how you handle this" ("Vamos ver como você lida com isto"). Depois do tremor inicial, fui me acalmando e passei a fazer a operação, como já tinha feito mentalmente umas cem vezes nos dois dias anteriores. A única vacilada foi quando dissequei o nervo hipoglossos, que marca o limite superior da cirurgia. Lesei um dos ramos da veia jugular interna e tive dificuldade em conter o sangramento, que obscurecia o campo cirúrgico. O *Chief Resident*, com a calma que lhe era peculiar, assumiu o comando, conteve o sangramento com uma pinça hemostática e me devolveu o papel de cirurgião. Daí em diante, foi um anticlímax: clampeamos as artérias, abrimos a carótida, colocamos um *shunt*, retiramos a placa e fechamos a incisão na carótida. Tudo isto em menos de 30 minutos. Feita a hemostasia, o Dr. Schlessel saiu de campo e fez um comentário lacônico: "Good job" ("Bom trabalho").

Enquanto fechávamos a incisão no pescoço, a ansiedade voltou a me dominar: como o paciente vai voltar da anestesia? bem? com alguma seqüela neurológica? A resposta não tardou: quando ainda fazíamos o curativo no pescoço, ele já reagia a estímulos e movia os dois braços. Sinal que a nossa operação não tinha provocado nenhuma seqüela neurológica.

O pós-operatório não poderia ter sido mais tranquilo. No dia seguinte, sem sequer ter passado pela UTI, lá estava ele na enfermaria, conversando com os outros pacientes e escutando

## Os produtos da BD Vascular oferecem a eficácia que você precisa para um tratamento seguro e confiável

### COVERA™ PLUS

Stent Vascular Revestido

- Flexível
- Sistema de entrega triaxial

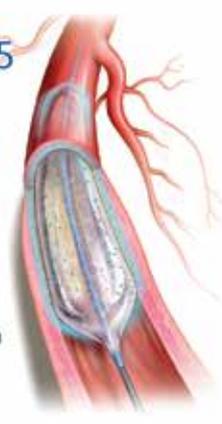


Registro ANVISA 80689090173

### LUTONIX® 035

Balão revestido com Paclitaxel

- Eficaz para ATP\* na vasculatura periférica e nas fístulas para diálise<sup>1</sup>
- Diminui a incidência de reestenose<sup>1</sup>
- Precisão na entrega com sistema triaxial<sup>1</sup>



\* angiopatia transmurais peridúrea  
Registro ANVISA 80689090146

### LIFESTREAM®

Stent Revestido Expansível por Balão

- Excelente adaptabilidade do implante para a anatomia do vaso<sup>2</sup>
- Capacidade de pós-dilatar a diâmetros maiores<sup>2</sup>
- Balão com ombro curto para facilitar o procedimento de kissing stent<sup>2</sup>
- Encurtamento mínimo durante expansão<sup>2</sup>



Registro ANVISA 80689090092

### VENOVO®

Stent venoso auto-expansível

- Flexível<sup>1</sup>
- Força radial e resistente a altas compressões<sup>1</sup>
- Precisão na entrega com sistema triaxial<sup>1</sup>



Registro ANVISA 80689090148

Referências: 1. Pi Kenneth Rosenfield, M.D. Trial of a Paclitaxel-Coated Balloon for in Femoropopliteal Artery Disease (LEVANT 2), Clinical Study, 2015. 2. John R. Laird, MD. Balloon-Expandable Vascular Covered Stent in the Treatment of Ilioac Artery Occlusive Disease: 9-Month Results from The BOLSTER Multicenter Study, 2019. 3. Pi Michael Dale, MD BARD® The VENOVO™ Venous Stent Study for Treatment of Iliofemoral Occlusive Disease (VERNALEAR), Clinical Study, Data on File, Bard Peripheral Vascular Inc., Tempe, AZ.

música no radinho de pilha que tinha na cabeceira da cama. Ele ficou internado mais duas semanas até a ferida infectada no pé mostrar sinais claros de cicatrização. Nós o acompanhamos no nosso ambulatório por mais algumas semanas. Depois que ele voltou para o ambulatório da Clínica Médica, nunca mais tive notícias de Mr. Lovett.

Quase 40 anos e centenas de carótidas depois, ainda tenho na memória detalhes do caso, como a facies do paciente durante o AIT, a lesão da carótida na angiografia e o aspecto da placa de ateroma que removemos da carótida. Mas o que mais me marcou foi o fato de ter sido a primeira operação complexa que fiz, de "pele a pele". A partir

daquele dia, não tive mais dúvidas sobre o caminho que queria seguir na vida profissional: a Cirurgia Vascular.

**Texto de Ricardo C. Rocha Moreira, angiologista, cirurgião vascular e endovascular, sócio titular da SBACV e um dos editores da Revista Vascular do Cone Sul.**

## Proteção adequada para os diferentes perfis de pacientes com EP/TVP<sup>1-5</sup>



### XARELTO® É O DOAC MAIS ESTUDADO EM PACIENTES COM TROMBOSE ASSOCIADA A CÂNCER

- ◆ Xarelto® tem o mais robusto programa de estudos em anticoagulação em pacientes com CAT, o programa CALLISTO que contempla estudos clínicos e de vida real que confirmam a consistente eficácia e segurança da Rivaroxabana em pacientes oncológicos.<sup>1-3</sup>
- ◆ Xarelto® está recomendado nos guidelines da ISTH, ASCO, ESC e ITAC para o tratamento de pacientes CAT.<sup>6,7,8,9</sup>

### PROTEÇÃO EFICAZ E FLEXÍVEL PARA O TRATAMENTO ESTENDIDO DE EP/TVP

- ◆ Xarelto® oferece tratamento eficaz, com baixas taxas de sangramento maior (<1%), sendo recomendado para o tratamento estendido de pacientes com alto risco de recorrência de TEV.<sup>4-5</sup>
- ◆ Recomendado para tratamento estendido para EP/TVP no ESC guideline 2019.<sup>8</sup>



**MAIS 1408\***  
**PRATOS DA VOVÓ**

**GRAÇAS A PROTEÇÃO QUE VOCÊ OFERECE AOS PACIENTES COM TEV**

TEV: Trombose Venosa Profunda; EP: embolia pulmonar; CAT: trombose associada a câncer; DOAC: anticoagulante oral direto

