



SBACVSP

Sociedade Brasileira
de Angiologia e de Cirurgia Vascular
São Paulo

IMPRESSO

Impresso fechado pode ser aberto pela ECT

Regional São Paulo • Biênio 2007 - 2008

Boletim Informativo • Nº 82 • Setembro 2007

A cidade de São Paulo será a sede do 39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular em 2011



Índice

Editorial

Agora é realidade: o 39º Congresso Brasileiro virá para São Paulo em 2011

pág. 02

Espaço Científico

Obtenção de Acesso Venoso Central Monitorado por Ecografia

pág. 04

Próxima Reunião Científica

Confira os trabalhos que serão apresentados em 27/09/2007.

págs. 09 e 10



Dr. Valter Castelli Jr.
Presidente da SBACV-SP

AGORA É REALIDADE: O 39º CONGRESSO BRASILEIRO VIRÁ PARA SÃO PAULO EM 2011

Encerrou-se o 37º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular ocorrido na cidade de Goiânia, no período de 4 a 8 de setembro. Trata-se do maior Evento Nacional representativo da nossa especialidade. Durante toda a semana do Congresso, a Cidade de Goiânia esteve repleta de Angiologistas e Cirurgiões Vasculares das mais diferentes regiões do Brasil, num convívio harmonioso e agradável em todos os níveis e agregando a todos no Centro de Convenções, onde pudemos presenciar e incorporar conhecimentos científicos. cremos que o Congresso e todas as suas particularidades, inclusive social, tenha agradado àqueles que participaram.

É salutar lembrar que pela primeira vez aconteceu a Reunião da Câmara dos Representantes em 3 de setembro de 2007, onde houve representatividade, praticamente de todas as Regionais da SBACV e que durante 14 horas os seus membros discutiram e delinearão uma série de decisões no âmbito Administrativo, de Ensino e Pesquisa e de Estatuto e Regimento Interno, que pode ser apreciado e aprovado ou não, durante a Assembléia Geral Ordinária do dia 6 de setembro. A Regional de São Paulo esteve presente com 29 membros natos e/ou eleitos, se constituindo na maior representatividade. Seguramente foi um avanço a instituição da Câmara de Representantes e podemos esperar frutos cada vez mais proveitosos no futuro. Fato relevante e referendado pela Câmara de Representantes, foi a aprovação na Assembléia Geral da Cidade de São Paulo para sediar o 39º. Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular em 2011. A nossa Regional se sente honrada em poder oferecer no futuro, atrativos científicos e de outras naturezas conjuntamente com a Diretoria Nacional. Muito lutamos por tal fato e agradecemos a todos que dele participaram.

É digno de nota mencionarmos que por aclamação a nova diretoria da Nacional foi "eleita" e ditará os rumos para o próximo biênio de 2008/2009, presidida pelo Doutor José Luis Camarinha do Nascimento Silva. Desejamos à nova Diretoria pleno sucesso.

Finalmente gostaríamos de convidar a todos os sócios, sobretudo os efetivos e titulares de nossa Regional, a participarem da próxima Reunião administrativa e Científica, em 27 de setembro às 19:00 horas, pois estaremos referendando a única chapa inscrita e candidata a gestar o biênio 2008-2009. Nesta ocasião estaremos por aclamação, aprovando a mesma. Em seguida, explicitamos os membros com os respectivos cargos que compõem a chapa para conhecimento de todos. Antecipadamente desejamos a eles uma boa empreitada, convicto da capacidade e qualificação dos mesmos.

Presidente - José Carlos Costa Baptista Silva
Vice-Presidente - Calógero Presti
Secretário geral - Nilo Mitsuru Izukawa
Vice-Secretário - Marcelo Fernando Matielo
Tesoureiro - Marcelo Rodrigo de Souza Moraes
Vice-Tesoureiro - Alexandre Fioranelli
Diretor Científico - Ivan Benaduce Casella
Vice-Diretor Científico - Erasmo Simão da Silva
Diretor de Publicações Científicas - Celso Ricardo Bregalda Neves
Vice-Diretor de Publicações Científicas - Winston Bonetti Yoshida
Diretor de Patrimônio - Adnan Naser
Vice-Diretor de Patrimônio - Alberto José Kupcinkas Júnior
Diretor de Defesa Profissional - Rubem Rino
Vice-Diretor de Defesa Profissional - Adilson Ferraz Paschôa
Presidente da Gestão anterior - Valter Castelli Júnior

Um abraço.

Presidente - Valter Castelli Júnior
1º Vice-presidente - José Carlos Baptista Silva
2º Vice-presidente - Erasmo Simão da Silva
Secretário-geral - Álvaro Razuk Filho
1º Secretário - Adilson Ferraz Paschôa
2º Secretário - José Dalmo de Araújo Filho
Tesoureiro-geral - Candido Ferreira Fonseca
1º Tesoureiro - Carlos Eduardo Pereira
2º Tesoureiro - Marcelo Rodrigues Souza Moraes
Diretores científicos - Calógero Presti
Ivan Benaduce Casella
Diretores de publicações - Alexandre Fioranelli
Celso Ricardo B. Neves
Diretores de eventos - Regina de Faria B. Costa
Winston Bonetti Yoshida
Diretores de defesa profissional - Rubem Rino
João Antonio Corrêa
Diretor de informática - Alberto Kupcinkas Jr.
Diretores de patrimônio - Adnan Naser
Nilo Mitsuru Izukawa

DEPARTAMENTOS

Arteriologia - Nelson Wolosker
Flebologia - Rogério Abdo Naser
Linfologia - Henrique Jorge Guedes Neto
Angiorradiologia - Felipe Nasser
Cirurgia Experimental - Ana Terezinha Guillaumon
Cirurgia endovascular - André Echaime V. Estenssoro
Ultrassonografia vascular - Robson B. Miranda
Cateteres - Sérgio Kuzniec
Acessos vasculares - Fabio Linardi
Educação médica continuada - Vanessa Prado dos Santos
Walkiria Ciappina Hueb

SECCIONAIS

ABC - Sidnei José Galego
Campinas/Jundiaí - José Luiz Cataldo
Ribeirão Preto - Luiz Cláudio Fontes Mega
Santos/Guarujá - Rubens Palma Filho
Taubaté - Ricardo Augusto de Paula Pinto
Marília - Cláudio Lança Fabron
São José do Rio Preto - Alexandre Maieira Anacleto
Sorocaba - Ovanil Furlani Jr.
Botucatu/Bauru - Constantino José Sahade
Presidente Prudente - Fernando José Fortunato

CONSELHO CONSULTIVO

Antonio Carlos Alves Simi
Bonno Van Bellen
Cid J. Sitrângulo Jr.
Emil Burihan
Fausto Miranda Júnior
Francisco Humberto A. Maffei
João Carlos Anacleto
José Mario Marcondes dos Reis
Pedro Puech Leão
Roberto Sacilotto
Wolfgang Zorn

Diretor de arte - Maurício Gioia
mauricio.gioia@uol.com.br

Jornalista Responsável - Adriano Vanzini - MTb 31.126

Encaminhe suas sugestões, dúvidas, trabalhos científicos, eventos a serem divulgados para:

e-mail: secretaria@sbacv.org.br
Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj.: 62 - Paraíso
São Paulo - Sp - Brasil - CEP 04011-904
Tel./Fax.: (5511) 5087-4888
Site da Regional São Paulo: www.sbacv.org.br

Dr. Alexandre Fioranelli
Rua Hilário Furlan, 107/111 - Brooklin Novo
CEP: 04571-180
Tel/Fax.: (5511) 5505-1915
e-mail: alexpa@terra.com.br

Dr. Celso Ricardo Bregalda Neves
Rua Barata Ribeiro, 490, cj. 113 - Cerqueira César
CEP: 01308-000
Tel/Fax.: (5511) 3123-5606 / 3237-0715

Permite-se a reprodução de textos desde que citada a fonte.

Accesse: www.sbacv.org.br

COMENTÁRIOS GERAIS...

"Algo só é impossível até que alguém duvide e acabe provando o contrário" - Albert Einstein

1-Colegas, nos informaram que acentua a ação de "médicos" "peritos", que interferem em condutas de Cirurgias Vasculares, que planejaram procedimentos cirúrgicos para seus pacientes confirmados. Precisáramos apurar, consciente-mente, para se saber como e qual a conduta dos peritos. Ficaremos aguardando informações, mais detalhadas. **Observação de última hora:** Um colega muito ético em todos os sentidos, em quem deposito total confiança, grande conhecedor de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, após ler a nota que deixei no Boletim de agosto, comentou que existem, também, colegas que extrapolam em seus planos cirúrgicos, em prejuízo do resultado ideal, e das despesas que o caso exige. Portanto, tomemos muito cuidado antes de julgar. O que estiver errado deve ser denunciado, e o certo defendido. Zelemos pela nossa Sociedade.

2-Um colega carioca comentou que São Paulo está ficando imbatível na propaganda não Ética, em Angiologia e Cirurgia Vasculuar. Comenta, também, que leu, num link na internet, uma divulgação da técnica da escleroterapia por espuma, até para varizes propriamente ditas, onde afirmam ser superior a cirurgia que retira a veia, realizável no consultório, com informação do valor dos honorários por membro inferior tratado. A divulgação não Ética de um procedimento médico na Imprensa é fácil, rápida e eficiente. O combate a essa prática é complexo, demorada, e com efeitos colaterais injustos, desgastantes, desencorajador. A mentira, o comportamento pífilo, no Brasil, está se tornando uma rotina. O indivíduo mata, rouba, falsifica, numa fração de segundo, mas, para ser punido, (quando forças ocultas não interferem evitando), leva anos, anos e anos acumulando centenas de milhares de denúncias, para no final concluírem: há falta

de provas substanciais para a condenação. São Paulo é a cidade mais visada por abrigar uma porcentagem de profissionais desonestos, maior do País, pela sua população de quinze milhões de habitantes, maior do que a de muitos países, deixando-a nesta triste evidência, enfrentado dificuldades de solução graças à burocracia nacional contagiando até os órgãos representativos da classe. Proporcionalmente, em todas as demais capitais e grandes cidades do Brasil, esse desrespeito ao Código de Ética Médica, também acontece, em número menor, óbvio, e passa despercebido. Apesar de todas essas mazelas as denúncias são feitas, aguardando-se resultado de Advertência, Punição.

3- Cada nova Diretoria que assume para dirigir os destinos da SBACV, NACIONAL E REGIONAIS, o fazem com grande disposição, atentos em aprimorarem os programas de realizações de interesse aos associados. Porém, sempre falta investir, decididamente, na política de marketing, que destacaria a nossa Especialidade no âmbito das classes sociais, valorizando-a ainda mais, já comentado, exaustivamente, em outros artigos meus. Com certeza é dispendioso e laborioso implantar essa idéia, mas, possível. Quem sabe, se tentássemos uma parceria com AMB e Associações Estaduais, para uma divulgação, cada vez uma Especialidade, através de entrevistas periódicas, com rodízio de colegas, ou comentários genéricos, na Imprensa falada, escrita (Jornais, Revistas), e Televisada. Nos moldes informativos, esclarecedores, com Ética, com certeza o público leigo agradeceria, evitando publicidade aberrantes de alguns médicos. O bom seria contar com um assessor de Imprensa patrocinado por Laboratórios Farmacêuticos, ou Clínicos. Ao menos, vamos sempre pedir aos canais de TV e Jornais, que divulguem nossos Eventos Científicos, para conhecimento da população em geral.

4-O IDEC comenta: A ANS (Agência Nacional da Saúde Suplementar), autoriza reajustes abusivos para contratos antigos de planos e seguro de saúde. Quando se trata de atualização proporcional dos honorários médicos, ela é contra. Depois dizem que essa ANS é indispensável e imparcial... Querem situação mais aviltante que essa? Onde está o bom senso, a justiça, neste e em outros casos? Somos um povo "babaca"...?

5- O Governo atual, quando estava na oposição, berrava, esperneava, exigia CPIs, "esculachava" com os governos da época quando erravam; certo! E agora, emitam o quadro dos três macaquinhos: um com as mãos tapando os ouvidos: não ouvi e não ouço nada; o segundo, com as mãos tapando os olhos: não vi e não vejo nada; o terceiro, com as mãos tapando a boca: não falei e não falo nada. E agora "José", onde estamos, como vamos sair dessa..., "Assistir o "Circo pegar Fogo"...?" Não..., A economia do País vai bem..., Enquanto o bolso da classe média, com impostos de 45%, se esvazia; A inflação está controlada..., Mas, por que, quando realizamos uma compra o valor gasto é cada vez maior, assim como o aumento das mensalidades da saúde suplementar que extrapola? Que se combata a miséria, absolutamente certo; que se diminua o desnível social, absolutamente certo; mas que tudo isso aconteça **sem o massacre** da Democracia, do Direito a Justiça Verdadeira, **e da classe média**, onde está inserido o médico, o guardião da saúde, que, cada vez, fica mais alijado dessa nobre missão, que é uma dádiva de Deus.

"faça o que pode, com o que tem, onde estiver".Theodore Roosevelt

"A saúde do povo é realmente a fundação da qual dependem toda a sua felicidade e todos os seus poderes como um Estado".- Benjamin

Dr. Rubem Rino
Membro do Departamento de
Defesa Profissional da SBACV-SP

REUNIÃO CIENTÍFICA

FCM DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
Auditório Emilio Atié
Santa Cecília
Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112

SETEMBRO
27/09/2007 às 20h30



OBTENÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL MONITORIZADO POR ECOGRAFIA

Com o recente advento dos sistemas de ultra-sonografia portáteis, a obtenção de acessos vasculares guiados por ultra-som bidimensional tem sido uma opção de escolha crescente.

Estudos recentes comprovaram que a técnica de punção guiada por ultra-som apresenta vantagens sobre o método convencional, aumentando o número de sucessos técnicos, a rapidez na obtenção dos acessos e diminuindo o número de complicações relacionadas à punção.¹

O ultra-som bidimensional é particularmente útil em pacientes com história prévia de múltiplas punções e cateterizações venosas, portadores de distúrbios de coagulação e pacientes que necessitam de manter-se em posição de proclive continuamente.²⁻³ Tais indivíduos costumam apresentar maior número de insucessos e complicações quando submetidos aos métodos convencionais de acesso vascular. As vantagens da punção guiada pelo ultra-som estão resumidas no **quadro 1**.

QUADRO 1: Vantagens do uso da ultra-sonografia na obtenção de acessos vasculares.

- Identificação direta da veia a ser cateterizada
- Confirmação da perviedade da veia a ser cateterizada
- Reconhecimento de estruturas anatômicas contíguas
- Visualização direta da progressão da agulha
- Punção em pacientes que não toleram mudanças posturais ou portadores de distúrbios de coagulação

A técnica de punção guiada pelo ultra-som bidimensional segue as mesmas etapas do método anatômico. As condições de assepsia devem ser mantidas, e para tanto é necessário que o transdutor do aparelho esteja hermeticamente confinado em saco plástico estéril longo. O gel condutor acústico também deve ser estéril.

O ultra-som bidimensional associado ao eco-Doppler permite ao médico avaliar o diâmetro, a perviedade e a presença de fluxo na veia a ser puncionada, evitando desta forma a realização de punções em vasos trombóticos ou de calibre reduzido. Ainda, durante o procedimento, o ultra-som proporciona uma clara visualização da agulha de punção, à medida que esta progride na direção do vaso, bem como da passagem do fio-guia e do cateter na luz vascular (**figura 1**).

O método de punção guiada pelo ultra-som requer treinamento adequado da equipe médica, bem como investimentos econômicos iniciais. No entanto, acredita-se que tais gastos com material e treinamento sejam compensados pela economia gerada pelo menor número de complicações e maior sucesso técnico.⁴

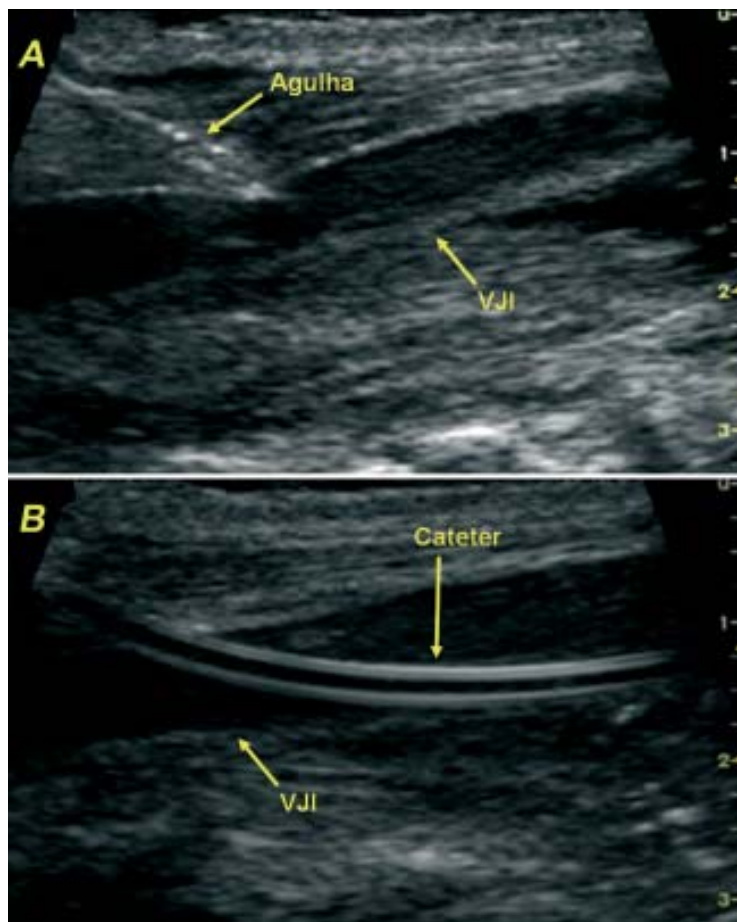


FIGURA 1: Punção da veia jugular interna (VJI) guiada por ultra-sonografia. A: Momento em que a agulha transfixa a parede da veia jugular. B: Após a passagem do fio-guia, implanta-se o cateter, que pode ser visibilizado no interior do vaso.

Dr. Ivan Benaduce Casella

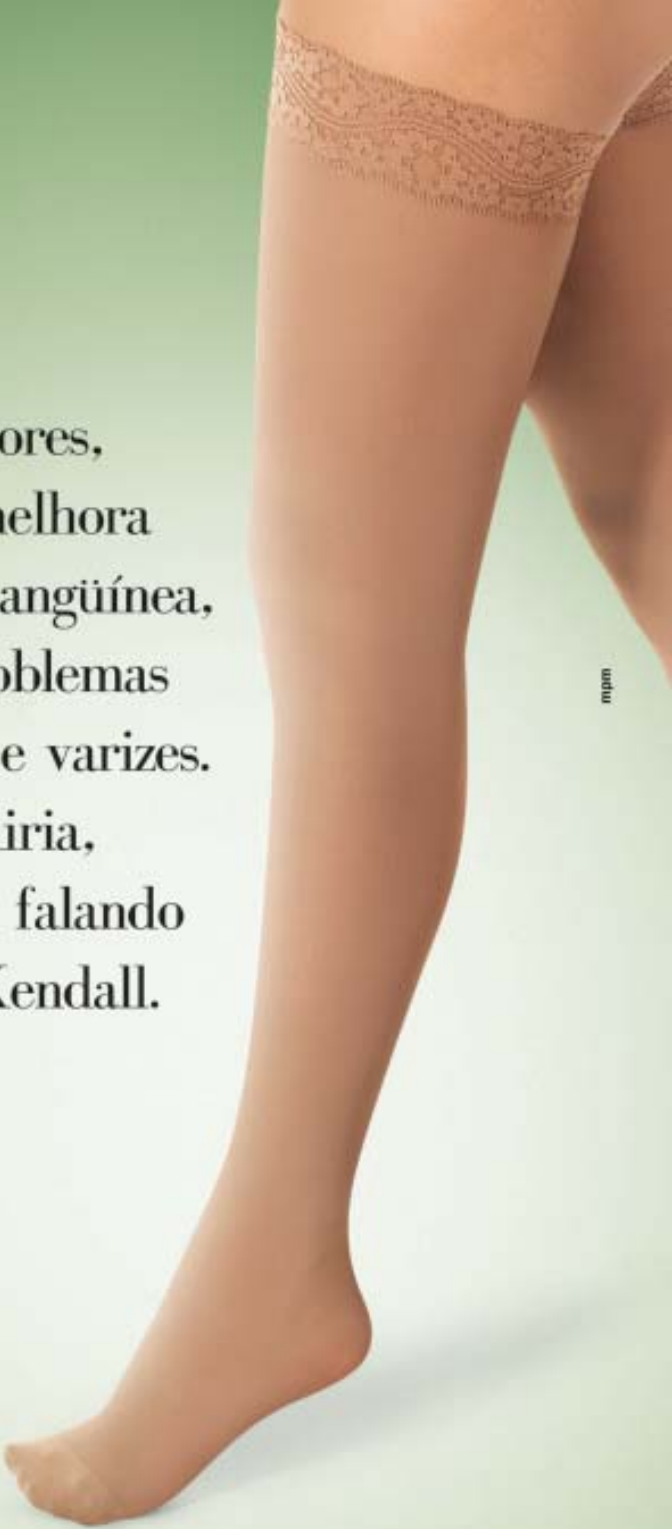
Especialista em Cirurgia Vascular e Angiologia pela SBACV

Habilitação em Ecografia Vascular pela SBACV

Habilitação em Cirurgia Endovascular e Angiorradiologia pela SBACV

REFERÊNCIAS

1. Hind D, Calvert N, McWilliams R, Davidson A, Paisley S, Beverley C, Thomas S. Ultrasonic locating devices for central venous cannulation: meta-analysis. *BMJ*. 2003;16;327(7411):361.
2. Brederlau J, Greim C, Schwemmer U, Haunschmid B, Markus C, Roewer N. Ultrasound-guided cannulation of the internal jugular vein in critically ill patients positioned in 30 degrees dorsal elevation. *Eur J Anaesthesiol*. 2004;21(9):684-7.
3. Miller AH, Roth BA, Mills TJ, Woody JR, Longmoor CE, Foster B. Ultrasound guidance versus the landmark technique for the placement of central venous catheters in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2002 Aug;9(8):800-5.
4. Calvert N, Hind D, McWilliams R, Davidson A, Beverley CA, Thomas SM. Ultrasound for central venous cannulation: economic evaluation of cost-effectiveness. *Anaesthesia*. 2004;59(11):1116-20.



Reduz dores,
cansaço, melhora
a circulação sanguínea,
previne problemas
circulatórios e varizes.

Quem diria,
a gente está falando
de meias Kendall.

Assim como você, doutor, a Kendall também se preocupa com a saúde das suas pacientes. É por isso que investe na melhor tecnologia de fios de microfibras vindos da Europa e Estados Unidos para oferecer ao mercado brasileiro a excelência em meia medicinal. A Kendall tem hoje uma linha completa de produtos. Além de muito confortáveis, reduzem dores, cansaço, problemas circulatórios, varizes e favorecem a circulação. Meia medicinal Kendall. Sua receita não pode deixar de ter. Mais informações www.kendallcom.br.

KENDALL[®]
A MEIA MEDICINAL MAIS PRESCRITA NO BRASIL

Na noite do dia 28 de junho tivemos mais uma ótima reunião científica da SBACV-SP na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.



Dr. André Estenssoro comenta trabalho do Dr. José Carlos C. Baptista-Silva

O primeiro trabalho da noite **"Técnicas de transplante renal com oclusão venosa do segmento ilíaco-cava inferior"** foi apresentado pelo Dr. José Carlos Costa Baptista-Silva, do Hospital do Rim e Hipertensão, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. Relatou que doenças congênitas ou adquiridas da veia cava inferior ou das veias ilíacas tem sido um obstáculo ao transplante renal principalmente pediátrico. Demonstrou a experiência com oclusão do segmento das veias ilíacas e ou cava inferior durante o transplante renal, através da realização de trombectomia da veia cava inferior ou ilíacas e/ou alongamento da veia renal do enxerto. De 2002 a 2007 realizou nove casos de transplante renal com oclusão congênita ou adquirida da veia cava inferior com ou sem envolvimento das veias ilíacas. Oito eram crianças e um adulto. Cinco casos tinham o diagnóstico no pré-operatório através de ultra-som e ou angiorressonância magnética. Em todos os casos realizou a nefrectomia do lado do implante do enxerto renal com preservação do ureter primitivo. Em quatro casos foi possível realizar a trombectomia da veia cava inferior usando cateter de embolectomia, em outros cinco só o alongamento da veia renal do enxerto renal para ultrapassar a oclusão da veia cava inferior. Todos os casos evoluíram bem com função renal normalizada e sem necessidade de diálise. Um caso após três anos de transplante renal desenvolveu um linfoma e foi ao óbito. Concluiu que a oclusão da veia cava inferior ou das ilíacas é uma dificuldade a mais no transplante renal. A trombectomia da veia cava inferior quando possível e o alongamento da veia renal do enxerto renal são alternativas para o sucesso do transplante renal nos casos de oclusão

venosa do segmento ilíaco-cava inferior. O Dr. André Estenssoro parabenizou a excelente apresentação, questionando se utilizaria prótese e se usa anticoagulação. O Dr. José Carlos respondeu que em último caso utiliza prótese, após todos os recursos exauridos, e nunca utiliza anticoagulação, mesmo no intra-operatório.



Dr. Paulo Guimarães comenta trabalho do Ac. André Fonseca Duarte

O segundo trabalho **"Insuficiência venosa crônica de membros inferiores em pacientes HIV positivos em uso de terapia anti-retroviral"** foi apresentado pelo acadêmico do 6º ano André Fonseca Duarte, da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro. A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) é uma doença crônica e progressiva com impacto epidemiológico importante em nosso país. Da mesma forma, a insuficiência venosa crônica (IVC) também representa patologia extremamente relevante, entretanto não há estudos relacionando essas 2 entidades. O objetivo foi avaliar pacientes portadores de HIV quanto à presença de varizes, síndrome pós trombótica ou IVC de membros inferiores relacionando com os tipos de medicamentos anti-retrovirais e tempo de uso. Foram avaliados 106 pacientes HIV positivos em uso de terapia anti-retroviral (TARV) de acordo com questionário do protocolo aprovado pelo comitê de ética em pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os itens investigados foram: faixa etária; antecedentes pessoais e antecedentes familiares de varizes; número de gestações; tipo de trabalho; prática de exercícios físicos; uso de venotônicos e meia de compressão elástica; história de trombose venosa profunda. Sintomas referentes a doença venosa (peso, cansaço, queimação, formigamento, câibras, inchaço e dor) foram questionados e se houve ou não piora dos mesmos após início da TARV. O exame físico foi realizado de acordo

com a categoria clínica do CEAP, adotando varizes quando CEAP ≥ 2. Da história clínica retiraram dados referentes aos tipos de medicamentos utilizados, tempo de administração, tempo total desde o início da TARV, tempo de infecção, contagem de carga viral e CD4+. 85% dos pacientes estudados apresentaram varizes. O uso de AZT (principalmente por 48 a 71 meses) foi significativamente relacionado ao sintoma formigamento, da mesma forma que o tenofovir associou-se a cansaço em membros inferiores. O tempo da TARV (especialmente entre 48 e 71 meses) foi fator de risco para o aparecimento de formigamento em membros inferiores. A maioria dos pacientes tinha tempo de infecção pelo HIV compreendido entre 2 e 4 anos (20%), 17% menos de 2 anos e 12% 12 anos ou mais. A média de tempo de infecção pelo vírus foi de 6 anos. As drogas anti-retrovirais mais freqüentemente em uso foram a lamivudina (3TC), em 91% dos pacientes, a zidovudina (AZT) em 89% e o efavirenz (EFV) em 61% dos casos. A maioria dos pacientes fez uso da TARV por período inferior a 24 meses (33%), enquanto que 25% deles estavam sob TARV há pelo menos 72 meses, com média de uso de 42 meses. O sintoma relacionado a doença venosa mais freqüentemente referido foi cansaço em membros inferiores (47%), seguido por dor (43%). 33% dos pacientes em TARV por período superior a 24 meses apresentaram cansaço; 28% queimação, 28% dor, 27% inchaço, 26% peso; 25% formigamento e 23% câibra. Quanto ao tempo de infecção pelo HIV, 42% dos pacientes com mais de 2 anos de diagnóstico relataram cansaço; 34% peso; 34% queimação; 32% formigamento; 30% câibra; 31% inchaço e 37% dor. De acordo com as associações de varizes e tempo de uso dos medicamentos: 28% dos pacientes que fizeram uso de AZT por período inferior a 2 anos tinham varizes, que aumentaram para 46% quando superior a esse período; de acordo com esses intervalos quanto ao uso de estavudina 8 e 12%; lamivudina 28 e 48%, didanosina 7 e 14%, efavirenz 27 e 24%, nevirapina 8 e 7%, kaletra 11 e 3%, atazanavir 13 e 7%, nelfinavir 9 e 8%, indinavir 6 e 6%, respectivamente. Nenhuma dessas associações foram significantes. Concluíram que a alta freqüência de varizes nesse grupo exige que, durante o manejo de pacientes HIV positivos, estejamos familiarizados com medidas de suporte e profilaxia de IVC de membros inferiores. O Dr. Paulo Celso

Fique por Dentro

Mota Guimarães parabenizou a excelente apresentação, questionando se concluíram pela necessidade de abordagem diferenciada para o paciente HIV positivo. O Ac. André Fonseca relatou que o trabalho não evidenciou contra-indicação ao tratamento cirúrgico neste grupo de pacientes ou mesmo a necessidade de abordagem diferenciada.



Dr. Walter Campos Jr. comenta trabalho do Dr. Rogério Abdo Nesar

O terceiro e último trabalho "Escleroterapia com espuma pode substituir a cirurgia das varizes superficiais?" foi apresentado pelo Dr. Rogério Abdo Nesar, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Tradicionalmente o tratamento das varizes dos membros inferiores é realizado através da remoção cirúrgica das veias varicosas ou escleroterapia. Entretanto, não são infrequentes os pacientes que não querem ser submetidos a procedimentos cirúrgicos e que apresentam veias que não são adequadas ao tratamento com escleroterapia

convencional (líquido). Para estes pacientes, uma alternativa de tratamento é a realização de escleroterapia com espuma. O objetivo deste trabalho foi avaliar a tolerância e o resultado da escleroterapia com espuma em varizes superficiais dos membros inferiores com até 3mm de diâmetro. De maio de 2005 a dezembro de 2006, quarenta e sete pacientes foram submetidos a escleroterapia com espuma produzida com polidocanol (0,5 a 1%) pelo método de Tessari (diluição de 4 volumes de polidocanol para 1 volume de ar ambiente) para o tratamento de varizes dos membros inferiores e acompanhados prospectivamente. O tratamento foi indicado para pacientes portadores de varizes superficiais dos membros inferiores (C2), com veias de 2 e 3mm de diâmetro, como tratamento primário para aqueles que não quiseram ser submetidos a tratamento cirúrgico, tratamento complementar para pacientes com varizes remanescentes pós-operatórias ou tratamento de recorrência de varizes. Foram analisados os resultados cosméticos, complicações e desconforto pós-tratamento. O seguimento variou de um a 15 meses. Dos quarenta e sete pacientes tratados, 16 (35,5%) apresentaram desconforto local por mais de quinze dias. Quatro (8,5%) pacientes apresentaram flebites significativas que necessitaram de uso de anti-inflamatórios esteróides para controle da dor. Dois pacientes (4,2%) da série apresentaram vertigem e

escotomas transitórios e um paciente referiu cefaléia pós-tratamento. Houve dois pacientes com hiperpigmentação persistente até o sexto e oitavo mês, respectivamente, em pacientes com pele Fitzpatrick IV. Hiperpigmentação transitória (até 3 meses) foi identificada em 28 (59,5%) pacientes. Não foi necessária a realização de pesquisa de TVP com duplex-scan em nenhum paciente. Quarenta e seis pacientes (97,9%) ficaram satisfeitos com o tratamento. Concluiu que a escleroterapia com espuma é bem tolerada pela maior parte dos pacientes portadores de varizes intermediárias dos membros inferiores e é método eficiente de tratamento diâmetro para varizes de até 3mm de diâmetro. Em casos selecionados a escleroterapia com espuma pode substituir a do tratamento cirúrgico das varizes. O Dr. Walter Campos Jr. parabenizou o excelente trabalho, relatando sua experiência pessoal e revisão da literatura mundial. Ao fim dos trabalhos tivemos o tradicional jantar de confraternização. Parabenizamos mais uma vez os apresentadores, os comentadores e todos os presentes pelo excelente nível do debate. Encontramos-nos na próxima reunião científica, no dia 27 de setembro.

Dr. Celso Ricardo B. Neves
Diretor de Publicações
da SBACV-SP

1º Curso Multidisciplinar de Abordagem Terapêutica em Úlceras de Membros Inferiores



Estamos comunicando a realização do "1º Curso Multidisciplinar de Abordagem Terapêutica em Úlceras de Membros Inferiores", realizado pelo Centro de Estudos Prof. Dr. Ohannes Kafajian da Disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular da Faculdade de Medicina do ABC. A atividade foi realizada em tempo integral, nos dias 3 e 4 de agosto de 2007, no salão nobre do Anfiteatro do Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André.

Ficaremos muito honrados se o referido curso for divulgado na revista

mensal da Sociedade por ter características que merecem ser mencionadas. A idéia de realizar curso com tema "úlceras de pernas" nasceu pela introdução de novos procedimentos no tratamento desta afecção, mantendo-se como básico a terapêutica compressiva, nas suas várias modalidades.

Procurando ampliar a colheita de recentes inovações, sentimos a necessidade de convidar profissionais envolvidos nessa área fora do setor médico. Foram convidados como palestrantes, com apoio da SOBEST Sociedade Brasileira de Estomaterapia, enfermeiras experientes com atividades em hospitais universitários.

O quadro de palestrantes do curso foi composto por assistentes da nossa Disciplina, por médicos convidados com grande experiência no setor e por enfermeiras de alto nível e com atuação em hospitais universitários.

A surpresa agradável que ficou foi a presença significativa de enfermeiras

na platéia, que participaram dos debates.



A troca de informações entre os participantes do curso trouxe enorme benefício, modificando o tratamento convencional para inovações técnicas em benefício aos doentes.

Prof. Dr. Ohannes Kafajian
Titular de Angiologia e Cirurgia Vascular
Faculdade de Medicina da
Fundação do ABC

No dia 04 de agosto de 2007 realizou-se na Associação Paulista de Medicina o quinto módulo do curso de ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR - 2007, abordando as vasculites sistêmicas. O módulo teve como moderador o Dr. Calógero Presti, e de forma semelhante aos eventos anteriores, contou com aulas de alto nível técnico, trazendo conceitos baseados em evidências científicas, e ministradas por colegas com reconhecida experiência na área.

O curso teve início com duas apresentações do Dr. Wagner Weidebach, que discorreu sobre a arterite de Takayasu e a arterite temporal, bem como a

tromboangéite obliterante. A seguir, a Dra. Maria Helena Kiss ministrou uma interessante aula a respeito do diagnóstico diferencial das vasculites das doenças do tecido conjuntivo. Em seqüência, a mesma palestrante abordou o tema "Vasculites Infecciosas".

O Dr. Josélio Freire de Carvalho, apresentou conceitos atuais sobre o tema "Fenômeno de Raynaud", com evidências recentes acerca deste assunto.

O último assunto coube ao Dr. Eduardo Souza Meireles, que discorreu sobre o estado atual do diagnóstico e tratamento de duas importantes vasculites, a poliarterite nodosa e doença de Beçhet.

O evento terminou com um agradável almoço servido no local,

onde os participantes e puderam se confraternizar e conversar com os palestrantes, esclarecendo suas dúvidas. Gostaríamos de convidar todos os colegas de nossa comunidade e para os próximos módulos deste curso, para o ano de 2008, onde serão abordados temas clínicos do cotidiano do cirurgião vascular.

Diretoria Científica - SBACV/SP

Eventos SBACV-SP 2007

6 Reuniões Científicas

V Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular

VI Curso de Ecografia Vascular

Curso de Atualização em Angiologia Clínica

II Curso Preparatório para Obtenção de Título de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular

2º Congresso Brasileiro Multidisciplinar

37º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

SBACV-SP - Produzindo efetivamente ações que marcam e continuam trazendo frutos à seus associados.

Associe-se !!!

PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA DIA 27/09/2007 ÀS 20h30

Trabalho I

EFEITO DA IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZ PARA PROFILAXIA DE TOMBOEMBOLISMO VENOSO EM UM HOSPITAL PRIVADO TERCIÁRIO

Instituições: Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital SírioLibanês, São Paulo/SP

Autores: Francisco Humberto de Abreu Maffei, Ana Claudia Sato, Francisco Torggler Filho, Sandra Cristina da Silva, Alvaro Atallah

Área de atuação: Doenças venosas; trombose venosa profunda.

Tipo de estudo: Estudo unicêntrico, retrospectivo, pré-intervenção - pós-intervenção.

Introdução: Estratégias efetivas para profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) são amplamente disponíveis no momento, mas essa prevenção continua sendo subutilizada. Para melhorar sua utilização, um protocolo algorítmico para identificação de pacientes com risco de TEV, a ser preenchido por enfermeiras no momento da internação e um alerta aos médicos a serem afixados aos prontuários dos pacientes, bem como uma diretriz para a profilaxia do TEV, baseada em evidências da literatura, foram elaboradas por um Comitê Multi-disciplinar e Multi-profissional no Hospital SírioLibanês em São Paulo. Esses documentos foram divulgados por meio de reunião clínica de consenso, campanha interna para disseminar o processo, impressão de folheto e divulgação em jornal interno e a seguir implantados em duas unidades de internação do Hospital, para teste.

Objetivo: O objetivo do presente trabalho foi o de avaliar o efeito da implantação do protocolo e da diretriz para prevenção no TEV sobre a conduta da equipe de saúde, com relação a essa profilaxia, em pacientes submetidos à cirurgia abdominal e ortopédica.

Métodos. Foi um trabalho retrospectivo pré-intervenção - pós-intervenção. Os prontuários de 150 pacientes antes da implementação do protocolo (AIP) e 150 depois da implantação (DIP) foram sorteados dentre todos pacientes atendidos nos dois períodos. Os critérios de inclusão foram: pacientes >40 anos e submetidos a cirurgia maior geral ou ortopédica. Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de TEV ou uso de anticoagulantes por qualquer causa, no momento da internação. Foram registrados: dados demográficos dos pacientes; qualquer referência, nos prontuários, a risco de TEV, prescrição pelo médico e emprego de profilaxia para TEV e diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP) durante a internação. O teste do qui quadrado foi utilizado na comparação entre grupos.

Resultados: Os dois grupos de pacientes, AIP e DIP, foram similares quanto a dados demográficos e tempo de estadia no hospital (9,8 X 9,9 dias). Referência espontânea ao risco de TEV foi detectada em 1 prontuário AIP e 2 DIP. A frequência de profilaxia AIP x DIP respectivamente foi, antes da cirurgia: profilaxia farmacológica (PF), 6%

x 8%; meias de compressão graduada (MCG), 4% x 3%; compressão pneumática intermitente (CPI), 2% x 3%. Após cirurgia: PF 53% x 54%; MCG, 23 x 40% (P<0,05); CPI, 26% x 32%. O tempo médio de profilaxia AIP foi de 5,6 dias e DIP 6,6 dias. No total, foi prescrita profilaxia para 56,6% de pacientes AIP e para 61,3% DIP, mas a profilaxia foi considerada adequada em 28% dos pacientes AIP e em 24% DIP.

TEV ocorreu em 2 doentes AIP e 3 DIP.

Conclusão: A introdução do protocolo e da diretriz para profilaxia de TEV, embora tenha aumentado a preocupação dos médicos com a profilaxia, traduzido pelo aumento da prescrição de MCG, aumentou pouco sua qualidade e tempo de utilização, indicando que outras intervenções mais ativas e contínuas são necessárias para aumentar a aderência a uma diretriz.

Comentador: Dr. Rogério A. Nesar

Trabalho II

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NA GRAVIDEZ

Instituições: Instituição: Hospital e Maternidade São Luiz

Autor e Apresentador: Jorge Agle Kalil

Co-autores: Marco Antonio C. Jovino, Marcelo Arriaga de Lima, Marcelo K. Di Santo, Francine Papaourdanau.

Introdução: A Trombose Venosa Profunda (TVP) na gravidez é fator determinante no aumento da morbidade e mortalidade, para a gestante e para o feto. Pode ocorrer na presença de trombofilias, por compressão da veia cava inferior, estase venosa, alterações hormonais ou não apresentar causa conhecida.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é o de analisar pacientes grávidas portadoras de Trombose Venosa Profunda em membros inferiores e pesquisar as possíveis causas de trombofilia e realizar revisão de literatura.

Métodos: Foram analisadas gestantes encaminhadas pelos ginecologistas e obstetras com quadro clínico suspeito de trombose venosa profunda de janeiro de 2003 a novembro de 2005, período em que foram realizados 24.437 partos, sendo 89% cesarianas. Do total de pacientes

encaminhadas, foram realizados 42 diagnósticos clínicos de TVP, em gestantes com idade entre 21 e 43 anos, confirmados por Duplex Scan Venoso. Imediatamente antes da introdução da terapia anticoagulante, foram colhidos exames para pesquisa de trombofilia.

Resultados: Das 42 pacientes portadoras de TVP, 32 eram primigestas (03 gemelares sem alterações trombofílicas, 02 por fecundação in vitro), 08 secundigestas e 02 tercigestas. Em quatro pacientes, a TVP ocorreu no primeiro trimestre da gestação (9,5%), em onze no segundo trimestre (26,2%) e em vinte e sete no terceiro trimestre da gestação (64,3%). Das 42 pacientes com diagnóstico de TVP, 18 (42,8%) ocorreram nas veias infra-patelares. Houve um caso de tromboembolismo pulmonar (TEP) em paciente de 37 anos, que havia realizado fecundação "in vitro", com

gestação gemelar e diagnosticada a TVP (sem alteração trombofílica) após cesariana. Das 42 pacientes, 16 (38,1%) tiveram causa da TVP conhecida, com prevalência de mutação heterozigótica do fator V de Lieden; em seis pacientes (14,2%), seguida pela Síndrome de Fosfolípidos e outras. A maioria das pacientes foi tratada com heparina de baixo peso molecular.

Conclusão: A TVP na gravidez é de baixa ocorrência, porém aumenta consideravelmente a morbidade materno-fetal. A pesquisa de trombofilia deve fazer parte do protocolo diagnóstico nestes casos. A gestação gemelar e a cesariana também são fatores predisponentes para a ocorrência de TVP.

Comentador: Dr. Adilson Ferraz Paschôa

PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA DIA 27/09/2007 ÀS 20h30

Trabalho III

PROTOCOLO DE TERAPIA GÊNICA PARA ISQUEMIA CRÔNICA CRÍTICA DOS MEMBROS

Autores: José Carlos Costa Baptista-Silva - Professor Associado Livre Docente do Departamento de Cirurgia, pesquisador do Centro Interdisciplinar de Terapia Gênica (CINTERGEN), da Universidade Federal de São Paulo

A terapia gênica (isto é do DNA) é um novo ramo do conhecimento da biotecnologia molecular para tratamento e prevenção de doenças.

A terapia gênica é definida como sendo qualquer manipulação da atividade do gene ou expressão gênica. Esta manipulação é geralmente obtida via introdução de DNA (ácido desoxirribonucléico) estranho nas células num processo conhecido como transdução ou transfecção. Terapia gênica pode envolver a entrega (delivery) integral de genes ativos, ou bloqueio da expressão de um gene nativo pela transfecção de oligonucleotídeos anti-senso, conhecidos com RNA(ácido ribonucléico) de interferência. Esses RNA são pequenas cadeias de ácido nucléico em fita simples que têm como finalidade se anelar ao mRNA impedindo a sua transcrição.

A terapia gênica pode ter como objetivo:

- correção, quando ocorre a inserção de um gene funcional no local de um não funcional ou deleção de um gene deletério;
- complementação, quando é feita a introdução de uma cópia normal sem modificação do original;
- adição, com o acréscimo de um gene ausente no genoma.

Provavelmente no futuro será possível o tratamento das doenças genéticas através do tratamento da célula-ovo, deletando um gene doente ou inserindo gene normal na célula tronco embrionária.

Terapia gênica para doença vascular periférica focaliza atualmente em três áreas: (1) angiogênese terapêutica - estimulação do crescimento de vasos sanguíneos, (2) prevenção de re-estenose após angioplastia com balão ou colocação de stent, e (3) prevenção de insucessos de enxertos vasculares.

Protocolos clínicos de terapia angiogênica com proteínas recombinantes ou com genes têm sido realizados no intuito de tratar a isquemia crônica crítica de membro sem nenhuma alternativa terapêutica conhecida.

Dos atuais 1283 protocolos clínicos, a distribuição por países é: Estados Unidos da América 65%, Reino Unido 12%, Alemanha 5,8%, Suíça 3,3% e demais países 13,9%; nenhum país da América do Sul aparece nessa lista até janeiro de 2007. Os vetores mais utilizados são: adenovirus 25%, retrovirus 23%, Naked DNA 18% (plasmídeo purificado).

Nas pesquisas clínicas, a terapia gênica para doenças cardiovasculares estão em segundo lugar com 9,1% dos protocolos

(destes, 60% são para doenças cardíacas e 40% para isquemia de membros), perdendo apenas para o tratamento do câncer que engloba 67% de todos protocolos clínicos internacionais. Dos protocolos para doenças cardiovasculares, se dá maior ênfase ao tratamento da isquemia crônica crítica de membros, mas também já iniciaram pesquisas da terapia anti-gênica para prevenção de estenoses após procedimentos vasculares e endovasculares, <http://www.wiley.co.uk/genetherapy/clinical/>. Uma outra área da cirurgia vascular atraente é a terapia gênica para tratar o linfedema.

PERSPECTIVAS

Estudos recentes envolvendo a administração de VEGF mostraram evidência angiográfica de formação de novos vasos, mas estes vasos não persistiram e regrediram dentro de três meses. Assim, um dos problemas principais encontrados no uso de VEGF é que os vasos formados são instáveis e muito permeáveis (leaks). Os vasos gerados por VEGF são normalmente capilares, enquanto os produzidos por FGF parecem ser mais maduros. Foi especulado que VEGF sozinho pode não ser suficiente para formar vasos estáveis, sendo estes últimos caracterizados pelo recrutamento de células murais perivasculares como os pericitos e SMCs.

Recentemente foi demonstrado que o efeito do VEGF não é restrito ao efeito angiogênico direto in vivo, mas também é capaz de mobilizar células progenitoras endoteliais derivadas da medula óssea e aumentar a vasculogênese in situ pós-nascimento.

Também há a possibilidade de transfectar o VEGF em células tronco mesenquimais, as quais poderiam efetivamente tratar infarto agudo do miocárdio (IM), provendo cardioproteção seguida dos efeitos angiogênicos para salvar as áreas isquêmicas do coração.

A terapia gênica é um procedimento que envolve potencialmente riscos para o doente e os pesquisadores. Dessa forma, antes que tentativas de terapia gênica sejam efetivamente realizadas em doentes, uma série de pré-requisitos técnicos, éticos e legais deve ser cumpridos:

- escolher a doença apropriada a ser tratada;
- garantir que a relação riscos-benefícios seja favorável quando comparada com outros métodos de tratamento;
- conhecer suficientemente os aspectos bioquímicos da doença para assegurar que a transferência do gene possa corrigir a alteração;

- determinar as células-alvo ideais;
- obter dados experimentais em culturas de células e modelos animais confirmando o vetor, a construção gênica e as células-alvo como opções adequadas;

- manter alta a expressão do gene transferido, com apropriada regulação no tecido correto e durante um período razoável;

- assegurar que o gene inserido não tenha efeitos prejudiciais;

- restringir a transferência do gene às células-alvo somáticas, evitando a transmissão para gerações futuras (transmissão vertical, ou seja, das células germinativas) ou para outros tecidos (transmissão horizontal); no Brasil o artigo nº 8 da Lei 8.974 de 05/01/95 proíbe qualquer intervenção ou manipulação genética em células germinativas humanas; o aprovar o protocolo de trabalho nas instâncias competentes;

- documentar e divulgar os resultados obtidos.

Finalmente, nenhuma das terapias gênica ou celular estudadas e publicadas, definiu com certeza a eficácia e a segurança no tratamento da isquemia crônica crítica de membro. Até o momento foi demonstrado que tais terapias são factíveis, mas a resposta definitiva só virá após protocolos randomizados com número grande de doentes e tendo como parâmetro final (endpoint) a preservação de amputação maior (definida como acima do tornozelo).

Ademais, até agora só se utilizou um gene único ou células tronco do sangue circulante ou derivadas da medula óssea. Permanece a ser examinado se a administração de vários genes, ou uma combinação de terapia gênica e celular, ou a otimização destes terapias possam obter uma estimulação mais potente, segura e duradoura de novos vasos. Outras questões permanecem não respondidas: Quais os doentes têm mais indicação para terapia gênica ou celular? Qual é a melhor rota de entrega (route of delivery)? Seria necessário realizar mais de uma transfecção? Qual é o número ótimo de células tronco ou de plasmídios para injetar? É seguro estimular a angiogênese por período prolongado? Todas essas questões demonstram que estamos na era pré-histórica desta fascinante e promissora terapia para doenças isquêmicas arteriais. Referência: http://www.bapbaptista.com/Terapia_Genica.pdf.

Comentador: Dr. José Dalmo de Araújo Filho

IV CURSO DE IMERSÃO EM ECO-DOPPLER VASCULAR

Centro de Estudos em Cirurgia Vascular
Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

OBJETIVOS: Ensinar os fundamentos teóricos e práticos da ecografia vascular

ENFOQUE:

- Doença carotídea
- Insuficiência arterial periférica
- Varizes de membros inferiores
- Trombose venosa profunda
- Insuficiência venosa profunda
- Intervenção guiada pelo ecodoppler

MÉTODO:

- 42 horas, sendo 32 horas de aulas práticas ("Hands-On") com pacientes.
- Corpo docente com habilitação em ecografia vascular pela SBACV

Vagas limitadas (09 alunos)
Apostila inclusa e fornecida antes do curso. Alimentação e estacionamento inclusos.

DATA E HORÁRIO DAS AULAS:

- 19/10 – sexta (noite)
- 20/10 – sábado (manhã e tarde)
- 21/10 – domingo (manhã e tarde)
- 26/10 – sexta (noite)
- 27/10 – sábado (manhã e tarde)
- 28/10 – domingo (manhã e tarde)

EQUIPE DE PROFESSORES

Dr. Ivan B. Casella
Dr. Marcos R. Godoy
Dra. Priscilla Sarmiento
Dr. Ronaldo Daudt

ORGANIZAÇÃO

Dr. Ivan B. Casella
Dr. Marcos R. Godoy
Dr. Roberto Sacilotto

Investimento: 04 parcelas
de R\$ 725,00

Informações

Sra. Ana Judith (manhã)
fones 5088-8156 e 5088-8374
E-mail: ivancasel@uol.com.br

Informe II

ADESÕES

Sócio Aspirante:

Dr. Alexandre Luiz Aranha
Dr. Flávio Henrique Guimarães Freire Simeão
Dr. Marcelo Yassuiti Kawano

Sócio Efetivo:

Dr. Adolfo Paliães Mateus Rodrigues
Dr. Alex Lederman

Informe III

JANTAR DE FIM DE ANO



A Regional de São Paulo da SBACV comunica a realização do tradicional jantar de fim de ano, com posse da nova diretoria e entrega da premiação aos melhores trabalhos científicos.

Data do evento: 01 de dezembro de 2007 (sábado)

Horário: às 20:00hs.

Local do evento: Grand Mercure Hotel -Rua Joinville, 515 - Ibirapuera (próximo ao viaduto Tutóia)

* O número de participantes será limitado

* O prazo para a manifestação dos interessados é até 31 de outubro de 2007.

* A confirmação dos interessados deverá ser feita através do telefone (11)5087-4888 - com as secretárias Raquel ou Patrícia



Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular

4 e 5 de Abril de 2008
FECOMERCIO - São Paulo

COMISSÃO ORGANIZADORA

- Álvaro Razuk
- Calógero Presti
- Candido Ferreira da Fonseca
- Cid J. Sitrângulo Jr.
- Erasmo S. Silva
- José Carlos C. Baptista
- Nilo M. Izukawa
- Roberto Sacilotto
- Valter Castelli Júnior
- Winston B. Yoshida

Reservem as datas de **4 e 5 de Abril de 2008** para estarem nas dependências da Federação do Comércio

O Programa terá os mesmos 4 módulos com os últimos avanços nas áreas da:

- Doença venosa
- Cirurgia vascular convencional
- Cirurgia endovascular na Doença Obstrutiva Periférica, Doença Carotídea e Doença Aneurismática
- Presença de *experts* Nacionais e Internacionais

Novamente aguardamos a todos

Não se esqueçam !!!

Vem aí o VI Encontro
São Paulo de Cirurgia
Vascular

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES:

MEETING

Secretaria Executiva
Meeting Eventos
Tel (11) 3849-0379 | fax (11) 3845-6818
daniela@meetingeventos.com.br
www.meetingeventos.com.br

REALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO:



Rua Estela, 515 conj. 62 bloco A
Paraíso - São Paulo / SP - Brasil
CEP.: 04011-902
Telfax.: (11) 5087-4888
www.sbacvsp.org.br