



SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR REGIONAL SÃO PAULO

IMPRESSO

Impresso fechado pode ser aberto pela ECT

Regional São Paulo • Biênio 2004 - 2005

Boletim Informativo • Nº 43 • Abril 2004

SUCESSO E BRILHANTISMO NA REALIZAÇÃO DOS CURSOS PROMOVIDOS PELA SBACV-SP



Anfiteatro repleto de colegas vasculares no primeiro módulo do Curso de Angiologia e Cirurgia Vascular (à esquerda)

Cirurgiões Vasculares em contato direto com novas tecnologias endovasculares para tratamento da doença carotídea (à direita)



Índice

Reunião Científica

Veja os trabalhos que serão apresentados dia 29/04/2004.

pag. 07

Artigo Comentado

Dr. Álvaro Razuk comenta artigo sobre angioplastia de carótida.

pag. 08

Informe

A sede da SBACV-SP de cara nova. Reinauguração da sede da Regional de São Paulo.

pag. 09

O crescimento das Seccionais da SBACV-SP



Cid J. Sitrângulo Jr.
Presidente da SBACV-SP

Representar os interesses profissionais e apoiar o desenvolvimento científico são objetivos primordiais de uma Sociedade de especialidade. A criação das Seccionais do interior e litoral da Regional de São Paulo da SBACV na gestão do Dr. Roberto Sacilotto mostrou, depois de passado muito pouco tempo, que havia uma enorme lacuna na participação e comunicação dos cirurgiões vasculares que atuam fora da Capital com as atividades promovidas pela Regional. Nesse curto espaço de tempo temos verificado que o potencial de produtividade e participação nas ações da Regional tem se desenvolvido de forma rápida e surpreendente nas Seccionais já instaladas. Em muitas cidades onde já havia reuniões científicas esporádicas e, às vezes até incipientes, passou-se a realizar programas organizados e de excelente conteúdo científico, inclusive com participação de vários professores e especialistas de expressão da Capital. O esforço dos Presidentes das Seccionais neste primeiro momento tem sido grande e fundamental, pois na maioria das vezes coube a eles a responsabilidade de criar a infraestrutura inicial e motivar os colegas da região para que participassem de forma mais ativa dos eventos organizados.

Um reflexo desta aglutinação de especialistas em torno das Seccionais já se faz sentir também no campo da defesa profissional.

Consultas de colegas que se sentem agora mais próximos dos centros de influência da Regional, trazendo suas dificuldades de relacionamento com planos de saúde locais para discussões nas reuniões de Diretoria da Regional, encaminhadas pelos Presidentes das Seccionais, já tem ocorrido. Por outro lado, fica mais fácil para a diretoria da Regional perceber as aspirações e diferentes dificuldades vividas pelos colegas das distintas Seccionais.

Este rápido e importante desenvolvimento das Seccionais tem produzido também o crescimento da Regional como um todo, pois muitos colegas dessas regiões estão se associando à Regional, aumentando a sua representatividade. Como reflexo imediato temos constatado o comparecimento de muitos colegas do interior e do litoral às reuniões científicas da Regional. Nesse sentido, algumas idéias tem sido discutidas nas reuniões administrativas da Diretoria com o objetivo de incrementar ainda mais o relacionamento dos colegas do interior e litoral com os da Capital: está em estudo pela Diretoria de informática a transmissão "on-line" das reuniões científicas mensais da Regional para as Seccionais, inclusive com possibilidade de intervenção e perguntas em tempo real. Outra proposta é realizar reuniões nos moldes da realizada pela Regional, uma vez por ano em cada Seccional, inclusive com apresentação de temas livres.

Temos certeza que com o crescimento das Seccionais haverá também o crescimento da Regional, não somente em termos quantitativos, mas principalmente qualitativos, e essa tendência já está se tornando bastante clara neste momento, o que nos permite agir de forma mais homogênea na defesa dos interesses de nossos associados.

Presidente - Cid J. Sitrângulo Jr.
1º Vice-presidente - José Carlos Baptista Silva
2º Vice-presidente - George C. Luccas
Secretário-geral - Erasmo Simão da Silva
1º Secretário - Alexandre Anacleto
2º Secretário - Marcelo Burihan
Tesoureiro-geral - Walter Castelli Jr.
1º Tesoureiro - Carlos Eduardo Pereira
2º Tesoureiro - Rogério Nesser
Diretor científico - Álvaro Razuk
 Eduardo T. Aguiar
Diretor de publicações - Walter Campos Jr.
 Alexandre Fioranelli
Diretor de eventos - Calogero Presti
 Nilo Izukawa
Diretor de defesa profissional - Rubem Rino
 João Antonio Corrêa
Diretor de informática - Robson Miranda
 Alberto Kupcinkas Jr.
Diretor de patrimônio - José Augusto Costa
 Cristiano Pecego

DEPARTAMENTOS

Arteriologia - Nelson Wolosker
Flebologia - Newton de Barros Jr.
Linfologia - Mauro F. C. Andrade
Angiorradiologia - Airton C. Fratesi
Cirurgia Experimental - Luís F. Poli Figueiredo
Cirurgia endovascular - Marcelo Romiti
Ultrassonografia vascular - Ivan B. Casella
Acessos vasculares - Fábio Linardi
Cateteres - Adilson F. Paschoa

SECCIONAIS

ABC - Reinaldo Ernani
Campinas/Jundiaí - Luis Marcelo Viarengo
Ribeirão Preto - Carlos E. Piccinato
Santos/Guarujá - José Fernando C. Iervolino
Taubaté - Evandro Panza
Marília - Newton Jicei Oishi
São José do Rio Preto - José Dalmo de Araújo Filho
Sorocaba - José Rossini
Botucatu/Bauru - Winston Yoshida

CONSELHO CONSULTIVO

Antonio Carlos Alves Simi
Bonno Van Bellen
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 - Simone Biasi - MTb 38195/SP
simone_biasi@ig.com.br

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

[e-mail: secretaria@sbacvsp.org.br](mailto:secretaria@sbacvsp.org.br)
 Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj.: 62 - Paraíso
 São Paulo - Sp - Brasil - CEP 04011-904
 Tel./Fax.: (5511) 5083-3686
 Site da Regional São Paulo: www.sbacv.org.br

Dr. Walter Campos Jr.
[e-mail: camposwalter2@aol.com](mailto:camposwalter2@aol.com)

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

Dr. Erasmo Simão da Silva
[e-mail: ersimao@usp.br](mailto:ersimao@usp.br)

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

Acesse: www.sbacvsp.org.br

ORDEM DOS MÉDICOS DO BRASIL?

Se ocorrer sua fundação, constituir-se-á numa centralização de poder, com certeza, desnecessária!

Fundar a Ordem dos Médicos é confessar a impotência, inoperância da AMB e do CFM, mesmo quando se unem na defesa do ideal comum? Até agora os comentários, justificando sua fundação, não me convenceram.

Por que não realizar um plebiscito para conhecer a opinião dos grandes líderes, dos líderes menores e da galera (a sempre esquecida)?

Por quê?

Não consigo entender a postura de uma AMB, de um CFM, dos Conselhos Regionais, das Associações Médicas Estaduais, que não discutem em Assembléia geral, (convocando a Classe Médica em cada Estado), as vantagens e desvantagens de se fundar a Ordem dos Médicos! Afinal de contas, as Associações, os Conselhos, Sindicatos existem porque existe a Classe Médica, obviamente!

E vocês, Presidentes das Associações das Especialidades Médicas, não se manifestam?

A maioria dos Líderes dessas entidades maiores sempre foi simpatizante do PT, porque tal partido, antes de eleger o Presidente Lula, defendia os oprimidos, pregava contra a má distribuição de rendas, principal causa do desnível social juntamente com o alto índice de desemprego que, corrigidos, dispensam a campanha da fome zero. Agora que está no poder, o PT passou a adotar a postura do Neoliberalismo do Governo anterior, (conservando sua mente bolchevista) aliou-se a líderes de partidos, antes, por ele abominados, criticados, ameaçando-os com processos que levariam à punição com cadeia. Será que os nossos Líderes que elegemos e vimos apoiando há anos, também vão mudar de postura, desejando mais e mais poder e só poder?

Uma Ordem dos Médicos impedirá uma transparência como a de uma AMB, de um CFM, dos CRMs, de um SIMESP, das Associações Médicas Estaduais, pelo seu gigantismo burocrático, afastando ainda mais as Lideranças da Classe.

Deixem “pra lá” essa idéia de fundar a Ordem dos Médicos! Os advogados precisam de uma OAB, nós não precisamos de uma OMB! São profissões totalmente diferentes, é claro!

Agora é hora de trabalhar em torno de uma campanha, junto à classe médica brasileira, de convencimento da importância da união de todos, para sensibilizar os Governos, Federal, Estadual, Municipal e o povo de todo o Brasil, evitando que a Medicina brasileira caia num abismo profundo de difícil salvação.

É curioso observar o comportamento político das Entidades Maiores da Classe Médica! Falta sempre uma continuidade autêntica. Inicia-se um movimento de defesa da Classe Médica, de defesa da prática de uma Medicina com Ética Retidão e Amor em benefício da população, mas, repentinamente, tudo pára, esfria, e vem o desânimo de todos, gerando a descrença nos Líderes, que devem sofrer do mesmo desânimo por não conseguirem sensibilizar o Governo, a Justiça, a Imprensa, a favor dessa causa nobre: saúde para todos com respeito à dignidade do médico e do paciente. E uma OMB resolveria esses problemas? Não consigo acreditar!

Ao invés de fortalecerem as Entidades existentes, querem criar uma nova, como se fosse uma garantia de sucesso para todas as lutas encetadas na proteção de uma Medicina voltada para a sociedade brasileira. Entretanto, o Brasil, é o País dos contrastes! Aqui tudo é oito ou oitenta, infelizmente!

Povo alegre, solidário, inteligente, amável, receptível, na maioria das vezes! Em contrapartida, é um País líder na violência, no número de mortes em assalto, em acidentes de trânsito, na corrupção de grandes negócios e na política, principalmente, líder no número de impostos e com grande aumento de valor criado por Governo Petista Federal e Municipal (e os maiores cobrados nos piores meses do ano: janeiro e fevereiro, quando a renda cai assustadoramente); líder na burocracia para abrir e fechar empresa, e para exportar mercadorias; constroem-se obras faraônicas e depois destroem

as mesmas para substituir por outras mais faraônicas; defende-se um programa político sócio-econômico de interesse ao povo, depois se lhe nega esse programa! Esses acontecimentos, também, devem motivar nossas Entidades de Classe a lutar a favor do equilíbrio emocional do povo, assim como combater os desmandos dos governos, que nos sufocam com impostos e mais impostos, impedindo o crescimento de todos.

“Que dureza”, que tristeza, que dramático, que decepção! E existem colegas que me chamam de “poeta”. Onde está a “poesia”? É, isso sim, uma realidade chocante, vendo-se uma classe média destruída e a população pobre e a abaixo do nível da pobreza, crescendo, enquanto, e tão somente, 5% da sociedade fica cada vez mais rica!

Estamos vivendo no “mundo” do: “SALVE-SE QUEM PUDE...”.

Mas, voltando ao assunto da fundação da Ordem dos Médicos, “parem com isso!”

Não é hora de fundar nada!

É hora de reorganizarmos nossas forças para vencer e vencer, evitando AFUNDAR a Medicina Brasileira!

Vamos continuar nossa luta de modo ininterrupto e alimentar a esperança de chegar à VITÓRIA FINAL por uma estratégia que está por vir, com poesia, sem poesia ou apesar da poesia, sobretudo, com muita “guerra”, no bom sentido, porque, todas as Resoluções do CFM referentes às condutas dos planos e seguros-saúde, não têm respaldo jurídico, permitindo permanente e total descumprimento por parte deles, os poderosos, atuais “donos da Medicina”, que humilham os médicos e os usuários, rebaixando o valor do trabalho do médico, a nível inaceitável, e a saúde do povo brasileiro

Rubem Rino

Diretor do Departamento de Defesa Profissional da SBACV-SP

Venocur[®] TriplEx
 Rutosido Extrato seco de Castanha-da-Índia Extrato seco de Miroton

Apresentação: 20 e 60 drageas

www.venocur.com.br

ABBOTT CENTER
 Central Interativo
 0800 7031050

ABBOTT
 Dedicación mundial à saúde.

REUNIÃO CIENTÍFICA DE MARÇO

As reuniões científicas da SBACV-SP parecem ter definitivamente entrado no calendário dos cirurgiões vasculares de São Paulo. Com uma audiência aproximada de 110 pessoas o Anfiteatro do Instituto Oscar Freire sediou mais uma reunião, seguida do jantar na Faculdade de Medicina da USP.

O presidente da Regional São Paulo apresentou um dado preocupante para os especialistas na área de Cirurgia Vascular e Angiologia: cursos com tópicos em Angiologia e Cirurgia Vascular totalmente ministrados e organizados por cardiologistas. Imediatamente o Dr. Cid Sitrângulo distribuiu um questionário solicitando ao associado que respondesse como trata o seu paciente arterial. As respostas serão analisadas e apresentadas oportunamente para começarmos uma ofensiva nesta área: tratamento clínico ao paciente com doença arterial.

Novamente pudemos apreciar os trabalhos científicos e os comentários seguidos das discussões. No primeiro trabalho, **Utilização de cateteres venosos totalmente implantáveis pela via femoral em pacientes com câncer**, o Dr. Nelson Wolosker, foi extremamente objetivo e indicou que a via femoral é uma opção segura para vias de acesso venoso com cateteres



Dr. André Estensoro (à esquerda) faz comentários sobre o tema apresentado pelo Dr. Nelson Wolosker (sentado à direita do Dr. Cid Sitrângulo)

totalmente implantáveis. O Dr. André Estensoro, comentador, questionou importantes aspectos práticos e contribuiu com dicas para adequado posicionamento destes implantes.

"Fibrinólise de obstruções arteriais agudas de extremidades com rt-pa em baixas doses: relato de quatro casos.", foi o segundo trabalho apresentado. O Dr. Ivan Casella, lembrou que esta é uma opção válida para pacientes com isquemia aguda, desde de que bem selecionados e tratados em unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva. O Dr. Fábio Rossi, comentador, alertou para os cuidados na seleção e uso de fibrinolíticos e lembrou o alto custo da terapêutica.



Dr. Ivan Casella apresentando o trabalho "Fibrinólise de Obstruções Arteriais Agudas de Extremidades com RTPA em Baixas doses: Relato de 4 Casos"

Finalizando os trabalhos o Dr. Luis Gustavo dos Santos Iniesta Castilho, apresentou, **"Impacto da cirurgia endovascular sobre a cirurgia arterial convencional."** Este tema vem sendo bastante debatido em outros países e desperta preocupações quanto a ensino de residentes, atualização de profissionais já estabelecidos e outros aspectos abordados pelo apresentador. O seu estudo demonstra que a incorporação pela cirurgia vascular no

serviço, aumento o número de procedimentos e não prejudica o treinamento de residentes. O comentador, Dr. Roberto Sacilotto, acredita que é uma obrigação dos serviços de Cirurgia Vascular a incorporação e a luta para a utilização da nova tecnologia.



Dr. Roberto Sacilotto (à esquerda) comenta trabalho apresentado pelo Dr. Luis Gustavo Castilho: "Impacto da Cirurgia Endovascular sobre a Cirurgia Arterial Convencional"

O local destinado ao jantar na Faculdade de Medicina ficou lotado e às pressas mais lugares tiveram que ser improvisados para acomodar a todos. Enfim uma reunião e confraternização que vão consolidando cada vez mais a Regional São Paulo da SBACV.



Dr. Cid Sitrângulo distribui questionário de abordagem clínica do paciente com arteriosclerose

CURSO DE ACESSOS EM CIRURGIA VASCULAR

Módulo II - Região Cervical, Supraclavicular, Infraclavicular e Membros Superiores

Responsável: Prof. Dr. Pedro Puech-Leão; Coordenador: Prof. Dr. Ricardo Aun; Organizadores: Dr. Calógero Presti e Dr. Erasmo Simão



Dr. Cid Sitrângulo Jr, Dr. Paulo Kauffman e Dr. Calógero Presti, da esquerda para direita, palestrantes do Curso de Acessos promovido pelo Centro de Estudos Luiz Edgard Puech-Leão e com apoio da SBACV-SP

Realizado no dia 13 de Março de 2004 o Módulo II do Curso de Acessos em Cirurgia Vascular atraiu para o Anfiteatro Amarelo do Centro de Convenções Rebouças mais de 200 inscritos e 197 participantes que efetivamente compareceram. A organização do evento acredita que os cirurgiões vasculares de São Paulo, os residentes, alunos e os interessados (cirurgiões gerais, otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço) preponderaram a forma didática do curso, disseções anatômicas filmadas e filmes de acessos cirúrgicos em pacientes, apoiando e prestigiando o evento.

Com tanto apoio e incentivo o Módulo III, Tórax e Abdome, já tem data marcada para dia 02 de Outubro de 2004.



Restaram poucos lugares no Anfiteatro Amarelo de Centro de Convenções Rebouças

Foi excelente! Conseguimos esgotar o assunto. Iniciamos a tarde de Sexta – feira discutindo as indicações da angioplastia e stent da bifurcação carotídea, juntamente com os resultados atualizados dos “trials”.

A seguir na mesa redonda: Como eu faço, que foi moderada pelo Dr. Ricardo Aun, ouvimos e aprendemos as técnicas utilizadas pelos Dr. Walter Karakhanian, Marcelo Ferreira e Marco Pierucetti. Assim tivemos a oportunidade de discutir os detalhes técnicos do procedimento. Sendo este um dos pontos altos do curso, pois foi realizado com informalidade e assim, os alunos conseguiram tirar todas as dúvidas. Encerramos a tarde com a visão de dois neurorradiologistas: o Dr. Jose Guilherme Caldas nos mostrou como evitar as complicações e o Dr. Eduardo Noda, como tratar as possíveis complicações.

No sábado pela manhã, as empresas demonstraram seus produtos e discutimos casos clínicos difíceis ou complicados. Estes casos motivaram ótimas discussões. Durante a tarde do sábado, os alunos puderam manipular os dispositivos de proteção e stents de carótida, supervisionados pelos Dr. Walter Karakhanian, Felipe Nasser, Samuel Moreira e Alexandre Fioranelli.



Dessa forma, nosso objetivo foi realizado. Espero vocês para o módulo de Aneurisma da Aorta Abdominal.

Até lá,
Álvaro Razuk

REUNIÃO CIENTÍFICA DA SECCIONAL DE SANTOS-GUARUJÁ

No dia 23 de Março de 2004, na Associação Médica de Santos, a Seccional de Santos- Guarujá promoveu sua Reunião Científica. O tema escolhido foi “ Anatomia Cirúrgica do Pé”, ministrado pelo Dr. Erasmo Simão da Silva da Faculdade de Medicina da USP. Os encontros regionais tem-se mostrado muito importantes para reunir, solidificar e confraternizar os cirurgiões vasculares do Estado de São Paulo. Estes

eventos são uma solução para os problemas de tempo e distância enfrentados pelos colegas do interior e litoral que desejam uma participação associativa efetiva ao mesmo tempo uma atualização e discussão de temas polêmicos da especialidade.

Parabéns e continuem assim.



Dr. Iervolino, à esquerda, apresenta o Dr. Erasmo Simão da Silva, palestrante convidado.

PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA

INSTITUTO OSCAR FREIRE

Na Faculdade de Medicina da USP

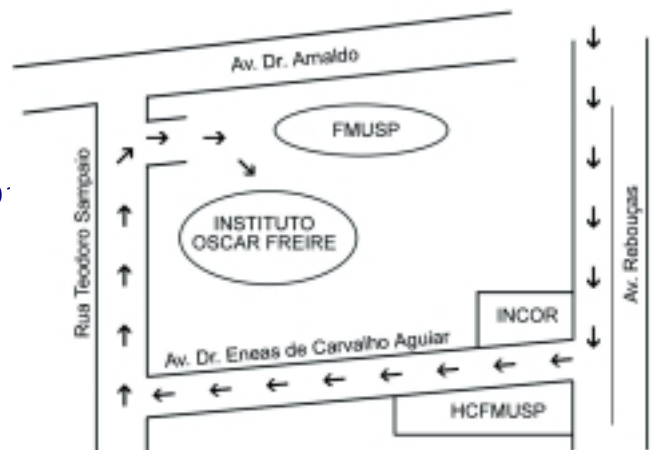
Av. Dr. Arnaldo, 455

Entrada do estacionamento pela Rua Teodoro Sampaio, 10

Abril

29/04/2004 às 20:30hs

Jantar após os debates (oferecimento: Biosintética, Altana-Pharma e Sigvaris)



PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA DIA 29/04/2004 ÀS 20:30HS

Trabalho I

NOVA TÉCNICA DE ANASTOMOSE PROXIMAL COM STENT NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ANEURISMAS TORÁCICOS E TORACOABDOMINAIS TIPOS I E II.

Alexandre Anacleto; Marcia M Morales; Cesar G Preto; Crescêncio Cêntola; Graciliano M Ramos; Cláudio Gabriele; André V Luz; João Carlos Anacleto.
Serviço: Serviço de Cirurgia Vasculár (Dr. JC Anacleto) do IMC de São José do Rio Preto. SP

Objetivo: a anastomose proximal no tratamento dos aneurismas toracoabdominais (ATA) tipos I e II e nos torácicos descendentes (AAT) apresenta riscos graves com complicações muitas vezes fatais, relacionadas ao pinçamento proximal, dentre elas a rotura e/ou dissecação aórtica retrógrada, lesão da artéria pulmonar e insuficiência aguda do ventrículo esquerdo. Apesar do *shunt* ativo átrio femoral com bomba centrífuga (BAF) ter melhorado as condições para realizar este pinçamento, o risco ainda é alto, principalmente nos pacientes em que a etiopatogenia do aneurisma é a dissecação aórtica do tipo B, com a aorta mais frável. O objetivo deste trabalho é apresentar uma variação técnica que facilita a anastomose proximal, sem a necessidade do pinçamento aórtico.

Metodologia: De Fevereiro/97 a Maio/2002 foram operados 140 ATA e AAT no nosso Serviço, sendo: 46 AAT; 12 ATA tipo I e 18 tipo II (total de 76 pacientes). 54 homens e 22 mulheres, com idade média de 64 anos (28-82 anos). 25% dos

pacientes foram operados em urgência. A técnica operatória com BAF foi utilizada em todos os pacientes. Nos 4 últimos casos (3 AAT e 1 ATA tipo I) todos com dissecação aórtica, foi utilizada a técnica da anastomose proximal com *Stent* (Braile Biomédica) fixado na extremidade da prótese de Dacron pré-coagulada. Nos 3 primeiros casos a liberação foi por visão direta na luz verdadeira com pinçamento rápido da aorta e no 4º caso, a endoprótese foi introduzida na aorta (na luz verdadeira) através de "sutura em bolsa" no terço distal da aorta descendente, com localização e liberação da prótese por radioscopia. Em todos os casos, após a liberação o *Stent* foi fixado à aorta através de pontos de prolene.

Com o pinçamento da aorta descendente juntamente com a prótese no seu interior, a aorta era aberta e seguia-se a cirurgia como o habitual.

Resultados: esta técnica foi utilizada nos 4 casos. Para facilitar a fixação do *Stent* proximal seu diâmetro

deve ser superdimensionado em relação à aorta. Os pacientes foram acompanhados com tomografia computadorizada no primeiro e terceiro meses, sem *leaking* ou outras complicações. Serão acompanhados seguindo os protocolos de tratamento endovascular dos AAT.

Conclusão: apesar do acompanhamento ser por pouco tempo e do número reduzido dos casos, a técnica da anastomose proximal com *stent* facilita, a nosso ver, significativamente, a cirurgia, pois evita-se o pinçamento aórtico em área de difícil acesso, onde o risco de rotura relacionada ao pinçamento é muito alto. O fechamento da falsa luz nos casos de dissecação crônica é bem mais simples, sem a necessidade do preparo do coto proximal com sutura em "sanduíche", reduzindo o tempo desta anastomose em menos da metade. O acesso à aorta torácica descendente pode ser realizado através de toracotomia mais baixa, diminuindo a morbidade no pós-operatório.

Comentador: Roberto Caffaro

Trabalho II

EVOLUÇÃO TEMPORAL DA DISTÂNCIA MÁXIMA DE MARCHA EM DOENTES COM CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CLÍNICO COM TREINAMENTO FÍSICO NÃO-SUPERVISIONADO.

Nelson Wolosker, Lívio Nakano, Ruben Aizyn Rosoky, Pedro Puech-Leão
Hospital das Clínicas da FMUSP

Introdução: Não existem dúvidas quanto à eficácia do tratamento clínico para a melhora da claudicação intermitente (CI). O controle dos fatores de risco para aterosclerose associado ao treinamento físico, proporcionam aumento das distâncias de marcha na maioria dos casos, baixa incidência de complicações além de oferecer ação sistêmica, com benefícios de todo sistema cardiovascular.

Apesar da orientação aos doentes com CI estar bem consolidada, com o tratamento clínico como opção inicial, não existem dados na literatura que permitam determinar por quanto tempo mantê-lo, antes de oferecer um eventual tratamento cirúrgico.

O objetivo deste trabalho é estudar a evolução ao longo do tempo da distância máxima de marcha em doentes com CI submetidos ao tratamento clínico com exercício físico não supervisionado.

Casística: Foram tratados de julho de 1994 a julho de 1999, 500 doentes com CI, seguindo um protocolo padronizado para determinação de fatores de risco, antecedentes pessoais, registro da observação clínica e avaliação objetiva da distância máxima de marcha através de teste de carga progressiva. Os doentes foram orientados com relação à sua doença

e quanto ao tratamento clínico. Foi prescrito um programa de exercício com frequência de quatro vezes por semana.

Nos retornos, foram registradas a distância máxima de claudicação e o nível de adesão ao tratamento clínico com relação ao hábito de fumar e ao programa de atividade física.

Para a análise estatística, consideramos apenas os doentes que mantiveram um mesmo nível de adesão ao tratamento proposto em todos os retornos.

Excluindo os casos que não preencheram os critérios de análise, foram analisados 298 pacientes, dos quais 188 realizaram o tratamento clínico adequadamente, 39 realizaram o treinamento físico mas não pararam de fumar, 45 pararam de fumar mas não realizaram treinamento físico e 26 não realizaram o tratamento.

O grupo era composto de 312 homens e 188 mulheres, com média de idade de 63 anos, 77,2% de tabagistas, que fumaram em média por 28 anos, 20 cigarros por dia. Hipertensão arterial sistêmica foi a doença com a maior ocorrência (64%), correspondendo a 58,9% dos homens e 72,3% das mulheres. Diabetes mellitus foi a segunda maior ocorrência, já que esta afecção acometia 25,4% dos

doentes, correspondendo a 20,5% dos homens e 33,5% das mulheres.

Análise Estatística: foi realizada uma análise utilizando modelos de regressão segmentada para verificar se houve relação entre aumento da distância máxima de marcha em relação ao tempo. O nível de significância utilizado foi 5%.

Resultados: Observou-se que para os pacientes com grau de aderência total (3), o efeito de tratamento mostrou-se estatisticamente significativo durante todo o período considerado, em especial nos primeiros 6 meses. Nos pacientes do grau 2 de aderência, obtivemos melhora significativa apenas nos primeiros seis meses; após esse período o efeito foi nulo. O efeito de tratamento foi nulo para os pacientes com graus de aderência 0 e 1, durante todo o tempo considerado.

Conclusão: Os pacientes que se realizam adequadamente o tratamento clínico não supervisionado apresentam aumento progressivo nas distâncias de marcha no decorrer do tempo, especialmente nos primeiros 6 meses de tratamento, quando o efeito é cerca de 8 vezes maior que após esse período.

Comentador: Fausto Miranda Jr.

Trabalho III

TRATAMENTO COMBINADO PARA CORREÇÃO DE ANEURISMA DE ARCO AÓRTICO

Mariño, JCS; Martins, ACP; Estenssoro, AEV; Andrade, MFC
Hospital Sirio Libanês - São Paulo - SP

Objetivo: Relatar um caso de correção de aneurisma do arco aórtico, combinando técnicas de cirurgia endovascular e cirurgia aberta convencional, e revisão de literatura.

Relato de Caso: JGG, 77 anos, sem patologias prévias, ao realizar exames pré-operatórios para cirurgia de próstata, foi identificado ao raio X simples de tórax a presença de aneurisma de aorta torácica. A tomografia computadorizada e angiorrressonância de aorta, observou-se aneurisma de aorta torácica com 7cm de diâmetro, envolvendo as artérias subclávia e carótida esquerda. O paciente foi submetido a derivação da carótida direita para subclávia esquerda e, desta, outra derivação para carótida esquerda, com subseqüente ligadura destas junto a sua origem. Estes procedimentos foram

realizados por incisões cervicais, sem abertura do tórax. Posteriormente, procedeu-se a correção endovascular do aneurisma do arco aórtico, combinando assim as duas técnicas cirúrgicas. O paciente evoluiu de forma bastante satisfatória no pós-operatório, não se queixando de dor, estável hemodinamicamente e sem intercorrências.

Discussão: Criado et al. publicou a sua experiência na correção do aneurisma de arco aórtico com técnica combinada e dissecação tipo B, obtendo baixos índices de complicações, e taxa de mortalidade de 4,8%. Dentre as principais complicações descreveu-se o endoleak e a paraplegia, porém ambos com taxas aceitáveis, lembrando-se que nesta casística estão as dissecações tipo B. Como neste caso, abordou a correção de aneurismas envolvendo o

arco aórtico e o Joelho posterior da aorta, condição esta com alto índice de morbi-mortalidade, tanto com tratamento clínico como cirúrgico. Desta forma, demonstra-se uma nova abordagem terapêutica, com resultados bastante favoráveis.

Conclusão: A correção endovascular associada a técnicas convencionais é factível e pode ser realizada para tratamento do aneurisma do arco aórtico, com altas taxas de sucesso, diminuindo a agressão cirúrgica, as intercorrências clínicas, principalmente pulmonares e hemorrágicas, e o tempo de internação.

Comentador: Bonno Van Bellen

Trabalho IV

PREVALÊNCIA DA DOENÇA CAROTÍDEA EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

Jelson Bui Junior, Bonno van Bellen

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular da Beneficência Portuguesa de São Paulo

Objetivo. Avaliar a associação entre doença vascular periférica e doença aterosclerótica do sistema carotídeo extracraniano

Método. 128 pacientes internados com doença arterial periférica com algum dado na história ou no exame físico que fizesse suspeitar de doença carotídea foram submetidos a exame comprobatório (duplex, angioressonância ou angiografia convencional). As doenças que motivaram a internação dos pacientes dos pacientes foram doença obstrutiva aorto-iliaca e fêmoro-poplitea associadas, doença aneurismática de aorta abdominal e doença aneurismática periférica.

Resultados. 5.5% dos pacientes eram portadores de doença obstrutiva aorto-iliaca, 24,2% tinham doença

obstrutiva fêmoro-poplitea, 41,4% tinham doença obstrutiva aorto-iliaca, e fêmoro-poplitea associadas, 34,4% tinham doença aneurismática de aorta abdominal e 2,3% doença aneurismática de artérias periféricas. Quanto à doença cérebro-vascular 18% tinham história prévia de acidente vascular cerebral isquêmico e 7% tinham sofrido isquêmico transitório. Estenose significativa de pelo menos uma das artérias carótidas internas foi detectada em 54 pacientes, ou seja, em 42,2%. Não foi encontrada associação significativa entre a presença de doença carotídea significativa e qualquer das variantes de arteriopatía periférica ou algum dos fatores de risco considerados. Houve somente associação significativa entre

a presença de doença carotídea significativa e antecedente de ataque isquêmico cerebral transitório ou achado de exame físico sugestivo de presença de doença carotídea.

Conclusão. Os resultados demonstram um alto índice de estenose significativa de artéria carotídea em pacientes atualmente assintomáticos do ponto de vista cerebrovascular, podendo ser justificada a investigação sistemática de doença oclusiva carotídea em pacientes com doença vascular obstrutiva periférica.

Comentador: José Gonzales

Artigo Comentado

EFFECT OF CAROTID ARTERY STENTING ON THE EXTERNAL CAROTID ARTERY

WILLFORTH-EHRINGER et al., J Vasc Surg 2003; 38:1039-44

RESUMO:

Objetivo: Estudar a evolução da artéria carótida externa (ACE) após a colocação de stent na artéria carótida interna (ACI) ipsilateral e comparar com a ACE contra lateral.

Casística e Método: Foram estudados, prospectivamente, cento e vinte e uma ACE em 112 doentes submetidos a colocação de wallstent. A avaliação foi feita com duplex scan e comparadas com 83 ACE contra laterais, durante 2 anos. Duplex scan foi realizado no dia anterior, no dia seguinte, e 3, 6, 12 e 24 meses após o procedimento. O desenvolvimento da oclusão da ACE foi avaliado de acordo com a relação entre o fluxo da ACE e artéria carótida comum (pico de velocidade sistólica). Para estimar uma estenose maior ou igual a 70% da ACE foi utilizado o valor de 4,1 para a relação de fluxo.

Resultados: Foram observadas duas oclusões da ACE antes da colocação do stent e houve uma nova oclusão após a colocação em 1 caso. O grau de estenose no primeiro dia após stent não mostrou diferença estatística comparado ao dia anterior ($p=1,0$, com tendência a aumentar), ao duplex scan houve tendência a decrescer ($p=0,27$).

No seguimento destes doentes só foi realizado duplex scan, a frequência de estenose maior ou igual a 70% na ACE ipsilateral foi de 21 em 120 (17,5%) no primeiro dia; 41 de 107 (38,8%) com 24 meses; observaram 3 oclusões em 107 (2,5%) e 5 em 107 (4,67%) em 1 dia e 24 meses, respectivamente. A progressão da estenose foi muito mais pronunciada na ACE ipsilateral comparado com o contralateral ($p=0,0002$).

Nas ACI, foram observadas 2 reestenoses assintomáticas (1,85%).

Um dos três novos doentes com oclusão apresentou claudicação de mandíbula durante 10 dias. Ocorreram 5 acidentes vasculares cerebrais peri-procedimento (4,46%), sendo um maior e quatro menores. Dois AVC menores foram causados por embolização e ocorreram no primeiro ano.

Conclusão: A progressão da doença aterosclerótica foi mais pronunciada no orifício da ACE ipsilateral, durante o primeiro ano após colocação de stent, e ocorre devido a fatores locais.

A importância clínica da ACE, como responsável pelo fluxo sanguíneo cerebral (circulação colateral) depende de recorrência de estenose da ACI, que neste estudo foi baixa.

COMENTÁRIOS: Álvaro Razuk

A lesão aterosclerótica da artéria carótida localiza-se, preferencialmente, na bifurcação carotídea e envolve a porção distal da artéria carótida comum (ACC) e proximal da artéria carótida interna, sendo que a ACE está frequentemente acometida. Quando realizamos a angioplastia e colocação de stent, estes stents são posicionados na ACC em direção a ACI, ficando sobre o óstio da ACE. Os autores analisam, prospectivamente, o "destino" da ACE após a colocação ipsilateral de stent. Apresentam dois objetivos: avaliar a prevalência de estenose e oclusão da ACE e comparar com a contralateral.

Foram realizados procedimentos em 112 doentes, porém o seguimento foi realizado em 98. Houve uma oclusão aguda, logo após a colocação do stent, porém os autores não referem o grau de estenose prévio desta artéria. As outras duas oclusões foram observadas com 12 e 24 meses e mais uma vez não há relato do grau de estenose pré stent.

Quanto as estenoses maiores que 70%, os autores notaram que do primeiro dia ao sexto mês houve aumento de 20,6% para 35,7%, entretanto há uma estabilização após este período, já que a taxa é de 36,1% no primeiro ano e de 38,7% no segundo. Provavelmente, esta evolução nos primeiros meses está relacionada a malha do stent.

Quando compararam com o lado contralateral, os resultados mostram uma progressão mais importante da doença na ACE ipsilateral ao stent. Apesar de apenas 8 ACE contralaterais apresentarem estenoses maior que 70%.

Porém, qual a importância da ACE? Esta artéria pode tornar-se uma fonte importante de fluxo sanguíneo cerebral, através de circulação colateral, nos doentes com oclusão ou estenose crítica da ACI, especialmente naqueles que possuem o polígono de Willis incompleto. Quando isto ocorre, em média, 60% do fluxo é destinado a perfusão cerebral.

Gordon et al., 1995 analisaram a redistribuição do fluxo sanguíneo na bifurcação carotídea após a endarterectomia e observaram que a média de aumento de fluxo na ACC foi de 34%, na ACI foi de 75% enquanto houve decréscimo de 5% no fluxo da ACE. Este fenômeno pode ser explicado por dois fatores: Primeiro, a resistência de fluxo é maior que na ACE que na ACI. Ou a diminuição de fluxo na ACE pode ser causada por uma estenose residual nesta artéria.

Mehigan & De Campli, 1989, baseados em achados de angioscopia intra operatória, arteriografia e duplex scan, demonstraram que após uma endarterectomia convencional ocorre aumento de 50% na resistência da ACE devido a defeitos intimaes residuais.

Archie, 1998 analisou 1069 endarterectomias de carótida, utilizando a técnica combinada de eversão proximal para ACE e observou que no pós operatório precoce havia 23% de estenose de 50 a 74% da ACE; 9% de estenose maior que 75% e 2% de oclusão. Assim, esta que é a técnica de endarterectomia convencional utilizada pela maioria dos cirurgiões vasculares, possui uma elevada taxa de estenose residual ou oclusão precoce da ACE, mostrando que mesmo a cirurgia convencional não preserva esta artéria.

Voltando ao artigo que estamos comentando, apenas um doente apresentou sintomas com a oclusão da ACE (claudicação de mandíbula) e que durou 10 dias. Não houve nenhum evento cerebral relacionado a estenose da ACE.

Alem disso, no presente estudo a taxa de reestenose da ACI pós stent foi baixa (1,85% em 24 meses); Wholey et al., 2000 em estudo multicêntrico com 5210 stents de carótida, encontraram uma taxa de reestenose de 3,46%.

Para finalizar, a ACE possui grande importância como fonte de circulação colateral nos casos de estenose crítica ou oclusão da ACI, porém com a baixa taxa de reestenose ACI pós stent, não devemos nos preocupar em dilatar a ACE naqueles caso que tenham indicação de angioplastia e stent da artéria carótida interna.

Informes da Diretoria

Informe I

A SEDE DA SBACV-SP DE CARA NOVA

No dia 6 de maio de 2004, às 20 horas, será reinaugurada a sede da Regional de São Paulo, após ampla reforma de suas dependências. Neste dia comemoraremos também o cinquentenário da fundação da Regional de São Paulo (fundada em maio de 1954). A reforma da sede permitiu, além da modernização dos espaços e de infraestrutura, o aproveitamento de áreas ociosas existentes, tais como a criação de uma sala de informática para instalação dos equipamentos da Biblioteca eletrônica e arquivos de revistas científicas, livros e exemplares de Teses de Mestrado, Doutorado e Livre-docência, que estará permanentemente à disposição dos sócios.

Uma sala para reuniões da Diretoria também foi criada. O anfiteatro com capacidade para 70 pessoas foi remodelado e passará a se chamar "Anfiteatro Prof. Emil Burihan". Será inaugurado oficialmente neste dia com a apresentação de duas minipalestras, baseadas em pesquisas de opinião entre associados a respeito da atuação da Regional de São Paulo e sobre tratamento clínico da doença aterosclerótica, que terão início às 20:00 horas:

- 1- Como foi o desempenho da Regional São Paulo em um biênio?
O que pode melhorar?
Dr. Erasmo Simão da Silva

- 2- Doença arterial obstrutiva periférica: que atenção temos dispensado à abordagem clínica dos pacientes?

Dra. Anaf S. Durazzo

Após as palestras será oferecido um coquetel nas próprias dependências da sede, e todos os sócios da Regional estão convidados. O estacionamento do prédio da sede estará disponibilizado para os sócios, que validarão os tíquetes de estacionamento ao final das palestras (Rua Estela 515 – conj. 62, Vila Mariana). Ficaremos honrados com sua presença.

*Cid J. Sitrângulo Jr.
Presidente*

Informe II

DIRETORIA DE INFORMÁTICA

A diretoria de informática comunica que em nosso site HYPERLINK "<http://www.sbacvsp.org.br/>", está disponível a inscrição do IIº Encontro São Paulo, assim como link para a entrega de temas livres, além disso temos a programação dos cursos, sites específicos para as seccionais, boletins, cadastro e atualização dos sócios, links de interesse, BIBLIOTECA ELETRÔNICA, painéis para você colocar suas idéias, resumos de trabalhos apresentados, proposta de sócio, etc.

O Boletim do mês pode ser acessado com antecedência, ajudando assim sua programação para a reunião.

Pedimos a todos os sócios que atualizem seus dados entrando no site, e reafirmamos que só os colegas que autorizarem a divulgação de seu nome terão seu nome disponível para outros colegas e público em geral (é só entrar e autorizar).

A atualização dos dados cadastrais é muito importante porque entendemos que o e-mail é uma ferramenta ágil para

comunicação de fatos importantes que necessitam de divulgação imediata.

Dúvidas, críticas, sugestões, cursos, reuniões, cursos, estágios, podem ser enviados para a disponibilização no site. Nosso endereço HYPERLINK "<http://www.sbacvsp.org.br/>", prestigie nossa Sociedade.

Diretoria de Informática:

Alberto Kupcinskas / Robson Miranda

Informe III

DIRETORIA DE ECOGRAFIA

O departamento de Ecografia Vascular da SBACV nacional está criando um acervo científico na área. Se você é autor de tese, monografia ou artigo científico relacionado a ultrassonografia vascular

em geral, entre em contato conosco e seu material será adicionado à nossa biblioteca. Assim, sua produção científica ganha divulgação e pode vir a ser citada com mais facilidade.

*Ivan Benaduce Casella
Departamento de Ecografia Vascular
SBACV/SP - icasella@hcnnet.usp.br*

Informe IV

SECCIONAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

A jornada de Angiologia e Cirurgia Vascular chega a sua X edição, que será realizada nos dias 28 e 29 de maio de 2004.

Sempre com o objetivo de trazer experiências e atualizações nos mais variados tópicos da nossa especialidade.

O programa da jornada foi dividido em vários módulos: básico, clínico, atualizações, "como eu faço", cirúrgico, endovascular, "desafio", "polêmico" e venoso.

Assim esperamos abordar os vários temas da nossa especialidade:

- Módulo básico: anatomia e hemodinâmica da circulação cerebral extra e intra-craniana;

- Módulo clínico: uso de estatinas para contenção e reversão da arteriosclerose vascular periférica; técnicas especiais no tratamento de membros isquêmicos;

- Módulo atualização: alcance,

limitações e perspectivas das técnicas endovasculares; síndrome de reperfusão – dados experimentais; técnicas vídeoscópicas em cirurgia vascular; uso do suporte circulatório em cirurgia vascular;

- Módulo "como eu faço": anticoagulação na infância e gravidez; tratamento da síndrome compartimental crônica em mmii;

- Módulo cirúrgico: vantagens e desvantagens das técnicas de endarterectomia carotídea; tratamento cirúrgico convencional do ATA; técnica mista para tratamento de AA complexos, situações especiais em cirurgias de AAA e ATA;

- Módulo endovascular: tratamento das complicações precoces e tardias dos stents carotídeos; complicações de endopróteses de AAA; resultados a curto prazo para tratamento de estenose de enxertos periféricos;

- Módulo polêmico: stents em lesões infra-inguinais; laser para tratamento de varizes e telangiectasias (qual a realidade?);

- Módulo "desafio": estenose de artérias carótidas (cirurgia X endovascular);

- Módulo cirúrgico: variações técnicas nas revascularizações distais dos mmii; derivações extra-anatômica para tratamento de obstruções aorto-iliacas;

- Módulo venoso: avaliação crítica das indicações e técnicas cirúrgicas para o tratamento das varizes dos mmii; diagnóstico diferencial das úlceras de perna; tratamento ambulatorial das trombozes venosas; atualização em flebologia estética.

*José Dalmo de Araújo Filho
Presidente da Seccional de S.J.Rio Preto-SP*

Informe V

ADESÕES

NOVOS SÓCIOS ASPIRANTES: Franck Azevedo Dutra - Marco Antonio Soares Munia - Otávio Henrique Ninomiya - Ronaldo Heitor Canas
NOVOS SÓCIOS EFETIVOS: Celso Ricardo Bregalda Neves - Hudson Cruz Reis de Carvalho



ORGANIZAÇÃO: Cid José Sitrângulo Jr.; Álvaro Razuk Filho e Eduardo Toledo de Aguiar



Módulo III - 08/05/2004 - SÁBADO - Horário: 09h às 17h30

ANEURISMA

Moderador: Calógero Presti

09h00 – Conceito e etiologia
 09h30 – Manifestações clínicas e indicação terapêutica
 10h00 – Métodos diagnósticos e planejamento cirúrgico
 10h30 – Discussão
 10h45 – Intervalo
 11h00 – AAA Tratamento Cirúrgico Convencional
 11h30 – AAA Tratamento Endovascular
 12h00 – Aneurisma de Arteria Poplitea
 12h30 – Discussão
 12h45 – Intervalo para almoço

PÉ DIABÉTICO

Moderador: Nelson de Luccia

14h00 – Alterações Microvasculares e Neuropáticas
 14h30 – Tratamento do Pé do Diabético Isquêmico
 15h00 – Discussão
 15h15 – Intervalo
 15h30 – Diagnóstico dos Pontos de Pressão Aumentada e seu Tratamento
 16h00 – Amputações: níveis e técnicas
 16h30 – Reabilitação
 17h00 – Discussão / encerramento

INFORMAÇÕES / INSCRIÇÕES / LOCAL:

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA
 Av. Brigadeiro Luís Antonio, 278 - São Paulo - SP
 Fone: 3188-4252 - Setor de Eventos Científicos
 Portal APM: www.apm.org.br - E-mail: eventos@apm.org.br

INVESTIMENTO POR DATA:

Sócio da APM / Acadêmico: R\$ 30,00
 Sócio SBACV / Residente / Estagiário: R\$ 50,00
 Não Sócio: R\$ 70,00

IMPORTANTE: Inscreva-se em todos os módulos e obtenha 20% de desconto.**FORMAS DE PAGAMENTO:**

Depósito Bancário: Banco Itaú S/A, Agência: 0251, C/C.: 43.883-4, nominal à Associação Paulista de Medicina - CNPJ: 60.993.482/0001-50.
 Enviar via fax (11) 3188-4255, a ficha de inscrição preenchida a máquina, comprovante de depósito e de categoria profissional.

ESTACIONAMENTOS:

R: Francisca Miquelina, 67 (exclusivo aos sócios da APM)
 Av. Brigadeiro Luís Antonio, 436 (Paramount - 20% de desconto)
 R: Francisca Miquelina, 103 / 111 (Paulipark - 25% de desconto)
 R: Genebra, 296 (Astra Park - 25% de desconto)

Preencher à máquina ou em letra legível
 FICHA DE INSCRIÇÃO - [NOME DO CURSO] - MÓDULO III - 08/05/04

Nome:

Endereço:

CEP: CIDADE: U.F:

Fone: () Especialidade

E-mail

Categoria: Sócio APM () Acadêmico () Residente/Estagiário () Sócio SBACV-SP () Não Sócio APM ()
 Módulo I () Módulo II () Módulo III () Módulo IV () Módulo III ()

Devolução de inscrição: *Em caso de desistência, a solicitação de cancelamento de inscrição será aceita somente por escrito pelo fax (11) 3188-4255 ou pelo e-mail: eventos@apm.org.br, até 05 dias antes da realização do evento. As inscrições canceladas após esta data não serão reembolsadas. O reembolso, quando devido, corresponderá a 70% do valor pago, e será efetuado após o término do evento.*

I CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA ENDOVASCULAR I CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA ENDOVASCULAR

WWW.ICVE.COM.BR/CICE

30 de Abril e 1 de maio de 2004

PRESIDENTE

Dr. Armando de Carvalho Lobato

CONVIDADOS ESTRANGEIROS

Edward B. Diethrich(EUA); Michael Dake (EUA); Jiri J. Vitek (EUA);
 Christopher J. Kwolek (EUA); Peter Y. Milne (Austrália);
 Olivier d'Archangeau (Bélgica); Francis Van Elst (Bélgica);
 Carlos Calderón Calvo (Costa Rica); Jean-Baptiste Ricco (França); Michel Henry
 (França); Brian R. Hopkinson (Inglaterra); Alberto Cremonesi (Itália);
 Emilio Calabrese (Itália);



APOIO:

*Inscrições on-line em temas livres*



*Kendall.
Há 42 anos acompanhando
os passos da Angiologia
e Cirurgia Vascular.*

Nos últimos 42 anos, a Angiologia e a Cirurgia Vascular avançaram muito. Mas uma coisa não mudou desde 1960: a qualidade e a confiabilidade das meias Kendall. À medida em que a especialidade avança, a Kendall também não pára de evoluir: cria novos produtos, novos materiais e novas soluções. Por isso, na hora de prescrever meias terapêuticas, conte com a experiência da Kendall.

KENDALL®

A MEIA TERAPÊUTICA MAIS PRESCRITA NO BRASIL.



ENCONTRO SÃO PAULO DE CIRURGIA VASCULAR

27 E 28 DE AGOSTO DE 2004
MAKSOU PLAZA HOTEL
SÃO PAULO

PRESIDENTE
Cid J. Sitrângulo Jr.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Alvaro Razuk, Calogero Presti, Eduardo T. Aguiar,
Erasmus S. Silva, Nilo M. Izukawa, Valter Castelli Jr.

CONVIDADOS ESTRANGEIROS

Prof. Dr. Frank Criado (EUA), Prof. Dr. Juan Ramon Cabrera Garrido (ESP)
Prof. Dr. Michel S. Makaroun (EUA), Prof. Dr. Michael Stacey (AUST)

TEMÁRIO BÁSICO

CORREÇÃO ENDOVASCULAR DOS ANEURISMAS DA AORTA

CORREÇÃO CIRÚRGICA E ENDOVASCULAR DAS ESTENOSES CAROTÍDEAS

OBSTRUÇÕES ARTERIAIS CRÔNICAS DOS MMII

INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

II ENCONTRO SÃO PAULO DE CIRURGIA VASCULAR

27 e 28 de agosto de 2004 - MAKSOU PLAZA HOTEL - São Paulo - SP

FICHA DE INSCRIÇÃO

Para uso da Secretaria

Categorias	até 05/06/2004	até 07/08/2004	No Local**
Médico Sócio da SBACV	270,00	300,00	330,00
Médico Não Sócio	370,00	400,00	430,00
Residente (*)	170,00	200,00	230,00

(*) Residentes deverão anexar o comprovante de categoria. (xerox do crachá ou carta da instituição).

(**) Na dependência de vagas.

Recibo:

Pessoa Física

Pessoa Jurídica - Nome da Empresa: _____

INSCRIÇÃO VIA DEPÓSITO BANCÁRIO:

Favorecido: SBACV - Regional São Paulo
Banco Real / AMRO BANK, agência 1874, conta 1000353-1
Enviar, VIA CORREIO à Secretaria Executiva cópia xerox do
comprovante de depósito bancário, juntamente com sua ficha de
inscrição preenchida corretamente.
MEETING, Planejamento e Org. de Eventos - Caixa Postal 19232
CEP 04505-970 São Paulo - SP.

Formulário disponível para inscrição on line: www.meetingeventos.com.br

Secretaria Executiva: Meeting Eventos

Tel.: (11) 3849-0379 Fax (11) 3845-6818

info@meetingeventos.com.br

www.meetingeventos.com.br

Nome:	CPF:	← Preenchimento Obrigatório
Nome para Crachá:		
Endereço:		
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone: ()	Fax: ()	CRM:
E-mail:		

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - SP

RUA ESTELA, 515 - BLOCO A - CJ. 62 - CEP 04011-002 / SÃO PAULO - SP