



REUNIÕES CIENTÍFICAS DESTE ANO SERÃO REALIZADAS NO INSTITUTO OSCAR FREIRE NA FACULDADE DE MEDICINA DA USP



Vejamapanapágina12

Índice

Editorial

*RegionaldeSãoPaulocompleta
50anosnoaniversáriode
450anosdaCidadedeSãoPaulo
pag. 02*

Reunião Científica

-PalestrasobreDefesaProfissional
-Vejaostrabalhosdestemês

pag. 06e07

Artigo Comentado

Dr.ErasmoSimãodaSilvacomenta
artigosobreSíndromedo
desfiladeirotorácico

pag. 07

São Paulo comemora em 2004 os 450 anos de sua fundação. A história desta cidade e de seu povo é reverenciada como exemplo de perseverança e trabalho. No campo da medicina, como não poderia deixar de ser, a cidade sempre foi representada da vanguarda nacional. No âmbito de nossa especialidade, os avanços técnicos e tecnológicos encampados no ambiente das universidades, naturalmente foram difundidos pelo país.

Professores de grande expressão foram responsáveis pelo desenvolvimento da cirurgia vascular em São Paulo. O Prof. Alípio Corrêa Neto criou pela primeira vez um grupo de cirurgias dedicados ao estudo e tratamento das doenças vasculares na Faculdade de Medicina da USP. O "Grupo de Vasos", como era chamado, passou a ser comandado pelo Dr. Otávio Martins de Toledo e ocupava inicialmente das doenças venosas e amputações por isquemia. A época em que o Prof. Luiz Edgard Puech Leão assumiu a chefia da Disciplina de Cirurgia Vascular da FMUSP coincidiu com o desenvolvimento mundial das restaurações arteriais, e ele foi um dos pioneiros na implantação e divulgação dessas técnicas em nosso meio.

Paralelamente, o Prof. Mario Degnise desta cavava a especialidade, sendo um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Angiologia e seu primeiro presidente nacional. Atuava nessa época na Santa Casa de São Paulo e no Hospital São Camilo. Posteriormente a Disciplina de Cirurgia Vascular da Escola de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo teve grande impulso sob o comando do Prof. Jorge Amary.

Na Escola Paulista de Medicina despontou o Prof. Emil Burihan como irradiador do conhecimento vascular, constantemente atualizado pelo freqüente comparecimento aos Congressos Internacionais, e sempre profundamente preocupado com o ensino médico, tanto na graduação como na pós-graduação.

Outros cirurgiões iriam desenvolver a especialidade no interior do Estado, caso do Prof. Francisco H. A. Maffei na Unesp em Botucatu e do Prof. John Cook Lanena em Unicamp em Campinas.

Uma revolução na especialidade começou a se configurar nas últimas duas décadas com a cirurgia endovascular. Dos tímidos resultados iniciais, hoje se afigura como procedimento moderno e em franca expansão, graças ao impressionante impulso tecnológico empresarial. O conceito de cirurgia minimamente invasiva, que já se desenvolvia nas outras especialidades, parece estar totalmente incorporado à cirurgia vascular. Em São Paulo esta tecnologia médica sempre acompanhou os avanços dos centros de referência internacionais, liderada por uma nova geração de médicos e professores.

A Regional de São Paulo da SBACV, que este ano também comemora os 50 anos de sua fundação, sempre esteve atenta, participando e propiciando condições para o progresso científico da especialidade, e esta postura continua sendo a diretriz e principal razão de ser de nossa Sociedade.

*Cid J. Sitrângulo Jr.
Presidente*

Presidente - Cid J. Sitrângulo Jr.
1° Vice-presidente - José Carlos Baptista Silva
2° Vice-presidente - George C. Luccas
Secretário-geral - Erasmo Simão da Silva
1° Secretário - Alexandre Anacleto
2° Secretário - Marcelo Burihan
Tesoureiro-geral - Walter Castelli Jr.
1° Tesoureiro - Carlos Eduardo Pereira
2° Tesoureiro - Rogério Nesser
Diretor científico - Alvaro Razuk
Eduardo T. Aguiar
Diretor de publicações - Walter Campos Jr.
Alexandre Fioranelli
Diretor de eventos - Calogero Presti
Nilol Zukawa
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 J. C. Oishi
São José do Rio Preto - José Dalmo de Araújo Filho
Sorocaba - José Rossini
Botucatu/Bauru - Winston Yoshida

CONSELHO CONSULTIVO

Prof. Dr. Emil Burihan
Prof. Dr. Humberto Maffei
Prof. Dr. Fausto Miranda
Prof. Dr. João Carlos Anacleto
Prof. Dr. Bonno Van Bellen
Dr. José Mario Reis
Prof. Dr. Pedro Puech-Leão

Diretor de arte - Rogério Alves de Oliveira
rog.a@zipmail.com.br

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

e-mail: 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

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

O Boletim Informativo é publicação oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular Regional São Paulo

Está publicação tem periodicidade mensal.

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

Acesse: www.sbacvsp.org.br

INTERNATIONAL SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY (ISVS)

Nos últimos anos, a nossa especialidade vem sofrendo transformações significativas que envolvem mudanças de paradigmas. O conceito de cirurgia minimamente invasiva, a terapêutica endovascular, a gerência de custos hospitalares e o apelo para introdução de novas tecnologias fazem com que o paciente acometido por doenças vasculares seja encaminhado e tratado por profissionais nem sempre conhecedores dos aspectos clínicos e cirúrgicos complexos que caracterizam esse grupo de pacientes. Dessa forma, portadores que somos do conhecimento adquirido através de séculos de dedicação clínica científica aos portadores de moléstias vasculares, cabe a nós continuar participando da construção do futuro de nossa especialidade. O desenvolvimento da terapia endovascular nos trouxe a oportunidade de tratar um grupo de pacientes que, pela presença de comorbidades, tornava o uso da cirurgia convencional arriscado. Entretanto, toda nova técnica deve ter seus resultados comparados a aqueles obtidos anteriormente. Por esse motivo, temos todas as condições para fazer um julgamento imparcial da melhor forma de tratamento para esse grupo de pacientes.

Nunca houve um tempo tão desafiador para o cirurgião vascular. Recentemente, nos Estados Unidos e em alguns outros países em que a cirurgia vascular não é reconhecida como especialidade isolada e onde, como consequência, problemas ético-legais estão surgindo, foram tomadas algumas decisões que objetivam esse reconhecimento. Uma delas foi a divisão da tradicional "International Society for Cardiovascular Surgery" em dois grupos separados, um dedicado ao tratamento da doença vascular e o outro, a cardiovascular. Com isso, a revista "Cardiovascular Surgery" foi extinta e seus direitos comprados pela editora BC Decker, que passou a publicar uma nova revista, a "Vascular" inteiramente dedicada à especialidade de Cirurgia Vascular. Além disso, em 22 de Novembro de 2003, foi fundada, em Nova York, a "International Society for Vascular Surgery". O objetivo principal dessa sociedade é o reconhecimento da Cirurgia Vascular como especialidade distinta mundialmente. Visa a divulgação, para outras especialidades, para o governo e para a sociedade, dos benefícios que envolvem o

encaminhamento do paciente portador de doença vascular, para um grupo de especialistas comprometidos, treinados e capazes para todas as etapas e nuances (administrativa/científica/clínica) que envolvem o tratamento dos pacientes acometidos por afecções vasculares não cardíacas. Além disso, quer identificar e promover o reconhecimento de um grupo de especialistas que, por seguirem preceitos éticos, científicos e profissionais reconhecidos internacionalmente, podem pertencer à essa sociedade. Nessa primeira reunião, com a presença de seus sócios fundadores representados por cirurgiões vasculares e endovasculares do mundo todo, foram discutidos o estatuto, missões, objetivos e normas dessa nova sociedade, e foi eleita a diretoria para a primeira gestão:

- Presidente: Dr Peter Bell, Inglaterra.
- Vice-Presidente: Dr Robert Hobson, EUA.
- Tesoureiro: Dr Giorgio Biasi, Itália.
- Secretário: Dr Frank Veith, EUA.
- Dept. Jurídico: Dr John Bergan, EUA.
- Dept. de Associados: Dr Enrico Ascher, EUA.
- Dept. Financeiro: Wesley Moore, EUA.
- Dept. de Normas: Geoffrey Gilling-Smith, Inglaterra.

A reunião foi bastante prestigiada, estando presentes os grandes ícones da cirurgia vascular mundial, traduzindo a importância e a urgência do assunto. Vários assuntos foram discutidos. Logo no início da discussão, o Dr. Rutherford pediu a palavra e solicitou que fossem definidos os principais objetivos da criação dessa nova sociedade para todos os participantes, objetivos esses que já foram descritos acima. Os critérios para a admissão dos sócios ainda não foram definidos, mas provavelmente haverá uma prova internacional em que serão abordados as principais doenças vasculares, dando-se ênfase às condutas atuais de tratamento dessas doenças. Foi definido que a nova revista "Vascular" será o meio de comunicação oficial da ISVS e que nela serão publicados preferencialmente artigos de revisão baseados em evidências sobre as principais doenças vasculares e artigos que promovam a divulgação e fortalecimento da especialidade. O Dr. Frank Veith enfatizou a importância da participação ativa de cirurgiões vasculares jovens nessa nova sociedade e sugeriu que fossem criados mecanismos de estímulo para essa participação; solicitou que aqueles presentes colocassem seus pontos de vista

sobre a ISVS. Foi sugerido que o nome fosse mudado para "International Society for Vascular and Endovascular Surgery"; entretanto, a maioria dos membros presentes, assim como os membros da diretoria, observaram que a terapia endovascular faz parte do campo de atuação do cirurgião vascular moderno, e que o objetivo da nova sociedade não deve ser o de restringir a participação, mas sim de estimular a inclusão de todos aqueles, independentemente da especialidade, que se dediquem ao tratamento do paciente acometido por afecções vasculares. Foi estabelecido que, nos primeiros anos até que a ISVS possua um aporte financeiro e sede própria, as reuniões iniciais serão realizadas anualmente em Nova York, durante o simpósio do Dr Veith, e que futuramente será definida a melhor forma e frequência dessas reuniões. A taxa anual do associado foi discutida e foi proposto que esta leve em consideração as condições econômico-financeiras dos diversos países que compõem a sociedade, como por exemplo, cálculo do valor usando o índice econômico de cada país (ONU). É muito importante que estejamos atentos para as novidades a serem brevemente definidas, pois a participação do cirurgião vascular brasileiro é importante na definição dos rumos a serem seguidos e na orientação do futuro de nossa especialidade. O envio de artigos científicos para a revista "Vascular", órgão oficial da ISVS, deve ser estimulado para que desde já possamos participar. A participação da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular é essencial nesse processo de reconhecimento mundial da especialidade e de definição de seu futuro. Essa é uma sociedade que nasce forte, e essa força é demonstrada pelo aval daqueles que construíram a história da cirurgia vascular mundial. Entretanto, ela é jovem, e novas possibilidades e desafios abrem-se em nosso horizonte, e cabe a nós cirurgiões vasculares jovens, portadores do conhecimento acumulado em vários séculos de dedicação ao tratamento clínico e cirúrgico desses pacientes, participar da evolução que está ocorrendo atualmente.

Atenciosamente,
 Fabio H. Rossi
 Setor de Cirurgia Vascular
 Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
 São Paulo
 e-mail: vascular369@hotmail.com

Diretoria de Defesa Profissional

2004 SERÁ UM NOVO ANO DE CONQUISTAS POSITIVAS PARA A CLASSE MÉDICA?

Pensei em desistir, mas desisti de desistir. Vou continuar falando e seja o que Deus quiser. Até os fins de minha existência, que espero demorar muito a chegar, vou continuar falando à classe médica, principalmente aos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares, meus parceiros de especialidade,

tentando convencê-los de que, só unidos, conquistaremos dias melhores e dignos de sobrevivência profissional, obviamente.

Somos fracasso coletivamente porque, individualmente, cultivamos a onipotência, postura indesejável a qualquer ser humano, comentário esse já cantado em prosa e verso.

O metalúrgico, um exemplo de profissional que me ocorreu agora, despojado de orgulho, conserva sua humildade, juntando-se uns aos outros com o mesmo objetivo, conscientes da força dessa união para chegar à vitória das suas reivindicações, e conseguem.

Será que a Psiquiatria ou a Psicanálise explicaria esse medo, essa resistência por parte de muitos médicos que chegam a desejar essa união, mas, na última hora recuam? Para alguns que praticam a exploração do médico pelo médico, seduzidos pelos intermediários da assistência médica, por meio de contratos globais, aplicando-se a Lei de Gerson, jamais cogitam participar de uma luta dessas, fortalecendo a postura do poder econômico absoluto dos planos, em detrimento da maioria da classe médica. Alguns desses se prestam a ser espíões dos planos de saúde em assembleias, reuniões e debates sobre DEFESA PROFISSIONAL. "Isto é UMA VERGONHA..."

É por isso que uma das estratégias mais convincentes atualmente, que desprezaria até a criação indiscriminada de novas escolas, seria: CREDENCIAMENTO UNIVERSAL COM EXIGÊNCIA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA. Aquise concretizaria o ponto nevrálgico do início, mas um início forte, pujante, para resgatar a dignidade do médico.

Foi sempre voz corrente entre os médicos que os líderes de nossas Entidades de Classe Superiores nada faziam. Quando comecei a ser um dos representantes da SBACV Nacional e Regional de São Paulo, participando de reuniões que se prolongam por altas horas da noite, pude perceber que esses colegas enfrentam sacrifícios profissionais, familiares em prol da DEFESA PROFISSIONAL, DO MÉDICO.

Florisval Meinão, Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina, incansável batalhador na frente desse Departamento, o principal articulador do resgate da dignidade do médico em nosso Estado, com repercussão nacional, vem defendendo oficialmente a aprovação do Credenciamento Universal, por um Projeto-Lei no Congresso Nacional, assim como a implantação da CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM).

Ele representa, à altura, o Presidente da APM, José Luiz Gomes do Amaral, recebe apoio incondicional e colaboração do

Presidente da Associação Médica Brasileira, Eleuses Vieira de Paiva, que, entre muitas realizações frente a esse importante órgão de Classe, se destacou pela conquista de uma Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos, com base na Ética, na ciência econômica de uma FIPE, após dois anos de intensos estudos. No mesmo nível de importância tem a solidariedade de um José Erivaldo Guimarães de Oliveira, Presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo, que conclama freqüentemente a UNIÃO DOS MÉDICOS em debates como os planos de seguros-saúde; de um Edson Oliveira Andrade, Presidente do Conselho Federal de Medicina, que, lá na capital do nosso País, Brasília, promove contatos como Ministro da Saúde, médicos políticos, na tentativa de conseguir um projeto de Lei que moralize o comportamento por parte dos planos de saúde em relação ao médico; de um Clóvis Francisco Constantino, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que, a exemplo dos seus antecessores, envida esforços nessa luta titânica defendendo o médico contra injustiças sofridas diariamente sem conotação de cartel, acusação que o CREMESP sofre por uma parte da Sociedade Brasileira.

Muitos e muitos outros nomes de líderes de Órgãos de Classe, como todos os Presidentes da SBACV Nacional até chegar a Márcio Leal Meirelles e os das Regionais, engajaram-se nessa luta. Temos certeza de que o atual Presidente da Nacional Liberato Karaoglan, continue com o mesmo entusiasmo na luta que vem sendo travada até o momento, principalmente com a nova CBHPM.

A Regional de São Paulo, pontuou sempre, com todos os seus Presidentes antecessores até Roberto Sacilotto, que participou pessoalmente de inúmeras reuniões promovidas pela APM, AMB, CREMESP, SIMESP e outras, com as Associações de Especialidades Médicas, tentando encontrar uma saída desse estado deplorável em que se encontra o exercício da Medicina; Agora, Cid José Sitrângulo Junior, na sua plataforma

política, para o Biênio 2004/2005, em continuidade aos trabalhos de Sacilotto, tem como prioridade a DEFESA PROFISSIONAL DO MÉDICO, sem o que ficaria difícil oferecer uma Medicina autêntica ao usuário.

Como vêem, colegas, os líderes estão atentos nessa luta para defender todos os médicos do Brasil!

É difícil lutar contra os poderosos, que, sede um lado, usam a inteligência para auferir lucros mensuráveis, de outro negam, quando subestimam o valor do trabalho médico, promovendo um desserviço ao usuário, uma quebra da cidadania, responsabilizando-se por uma queda da qualidade do atendimento médico oferecido à população (porque limitam o número de médicos credenciados forçando-os a aumentar o número de clientes atendidos e diminuindo o tempo de atendimento entre eles), gerando aumento de gastos com novas consultas, novos exames, maior tempo de internação

O CREDENCIAMENTO UNIVERSAL É SOLUÇÃO, NÓMOMENTO!

Opiordetudo isso é o descalço das Autoridades Governamentais Nacionais, Estaduais, Municipais, Deputados Federais, Senadores, Deputados Estaduais, Vereadores, e líderes de Classes Sociais e Religiosas, da Imprensa, INSENSÍVEIS a esse estado de calamidade em que se encontra a Medicina Brasileira, cada vez mais calando o abismo da insensatez, permitindo o descumprimento da Lei, da Ética e do Bom Senso contra o ser humano, contra eles mesmos, que, um dia, poderão ser um vício de seus erros. Há anos vêm sendo avisados!

Vocês devem estar pensando: "Já lemos artigos semelhantes!" Mas, vou repetir, repetir, repetir até acordar os médicos, autoridades e imprensa!

SE A JUSTIÇA E TÃO SOMENTE A JUSTIÇA PREVALECEM, A PAZ ENTRE MÉDICOS, PLANOS DE SAÚDE E USUÁRIOS, REINARIA.

*Rubem Rino
Diretor Def. Profissional SBACV-SÃO PAULO*

Fique por Dentro

O I Encontro de Ex-Residentes e Estagiários do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P. foi total sucesso. Realizado nos dias 5, 6 e 7 de dezembro próximo passado, no Hotel e Centro de Convenções Almenat e Embú, São Paulo, contou com a presença de cirurgiões vasculares representantes de várias regiões do Brasil.

Em ambiente festivo de confraternização e bastante descontração desenvolveram-se atividades científicas, culturais e artísticas.

O ponto culminante do evento foi a emocionante homenagem prestada ao Prof. Dr. Luiz Edgard Leão por seus ex-discípulos.

Organizado pelo Centro de Estudos Luiz Edgard Puech-Leão faz parte de um dos objetivos desta entidade de promover intercâmbio científico e cultural constante com todos os profissionais e entidades na área da cirurgia vascular do país.

Em vista da receptividade e sucesso novecentos serão o programa do acadêmico.





Palestra

Comentários e ações sobre a defesa profissional

Dr. Florisval Meinão - Diretor de Defesa Profissional da APM

Trabalho I

Restauração de sistema venoso profundo associada a cirurgia endoscópica subfascial de perfurantes insuficientes.

Eduardo Toledo de Aguiar, Alex Lederman, Patrícia Matsunaga, Marina A. Farjallat, Monica A. Rudner.
Disciplina de Cirurgia Vasculard - Departamento de Cirurgia - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Resumo.

Objetivo: apresentar caso de insuficiência venosa crônica grave e seu tratamento cirúrgico.

Caso: J.C.O, 37 anos, masculino, sofreu agressão à face há 8 anos na região inguinal esquerda. Segundo relato próprio, o doente foi operado em caráter de urgência no mesmo dia e a hemorragia corrigida. Desde a operação queixa de edema do membro inferior esquerdo que não regride completamente com repouso noturno e, com o passar do tempo surgiram pigmentação, dermatofibrose e úlceras de difícil tratamento. Estas úlceras surgiram manualmente e no último ano foram três úlceras, que não cicatrizaram, localizadas na face lateral da perna e do dorso do pé esquerdo. O exame do membro demonstra estas alterações, todos os pulsos eram palpáveis e o índice tornozelo/braço era igual

a 1,0. A flebografia ascendente revelou interrupção da veia femoral superficial abaixo da desembocadura da veia safena interna, insuficiência de perfurantes e circulação colateral através da veia safena interna em direção à veia ilíaca esquerda. No dia 18/08/97 o paciente foi operado e a veia safena interna esquerda foi anastomosada à veia poplítea esquerda acima do joelho. Após 3 meses melhoraram o edema e a pigmentação (a perna ficou mais clara), duas das três úlceras já haviam cicatrizado e a terceira, na face lateral do pé, estava em fase de cicatrização avançada. A flebografia de controle demonstrou a anastomose safena-poplítea pérvia. O tratamento compressivo com meias elásticas e curativos fez cicatrizar a úlcera restante, porém após 18 meses ressurgiu uma pequena úlcera na face medial do terço inferior da perna.

O ecodoppler colorido demonstrou quatro perfurantes insuficientes mediais de perna calibrosas e a anastomose safena-poplítea pérvia. Foi indicada a cirurgia endoscópica subfascial de perfurantes insuficientes e o paciente foi novamente operado no dia 03/10/99. Foram ligadas as quatro perfurantes e a úlcera cicatrizou após 15 dias, período após o qual o paciente retornou a sua atividade profissional. Não houve recidiva da úlcera após período de seguimento de 15 meses. O doente mantém o uso de meia elástica.

Conclusão: é importante investir no diagnóstico completo da insuficiência venosa crônica, isto é, diagnóstico clínico, etiológico, anômico e fisiopatológico, para que se possa dar melhor qualidade de vida a estes doentes.

Comentador: Dr. Newton de Barros Jr.

Trabalho II

Fenestração Endovascular Percutânea: Uma técnica terapêutica de emergência na Dissecção Aguda da Aorta complicada com isquemia periférica.

Marcia M. Morales; Alexandre Anacleto; Cesar G. Preto; Crescêncio Cêntola; Graciliano M. Ramos; Cláudio Gabriele; André V. Luz; João Carlos Anacleto.
Serviço de Cirurgia Vasculard do ICMC de São José do Rio Preto (Dr. J. C. Anacleto). São Paulo.

Resumo:

Objetivo: A dissecção aguda da aorta (DAA) complica-se com isquemia periférica em 35% dos casos. Se a patologia já é um evento catastrófico, quando isquemias viscerais, medulares, cerebrais ou de membros inferiores estão associadas, tem sua mortalidade acrescida em até 7 vezes. O objetivo deste trabalho é descrever a técnica de fenestração aórtica endovascular percutânea comparando-a com a fenestração convencional e seus resultados no tratamento de emergência da DAA.

Metodologia: Foram tratados no Serviço, de abril de 1978 a junho de 2002, 258 pacientes com dissecção aguda da aorta (DAA), sendo 144 (56%) do tipo A (Classificação de Stanford) e 114 (44%) do tipo B. Destes pacientes 88 (35%) apresentavam isquemias periféricas assim distribuídas: 25/258 (10%) de isquemia renal, 7 (3%) de isquemia intestinal, 10 (4%) de isquemia medular, 46 (18%) de isquemias de membros.

Em todos os pacientes o tratamento farmacológico intensivo foi prontamente iniciado. Este levou à normalização dos pulsos

periféricos, restabelecimento de função motora dos MMII e melhora da função renal em 36% dos casos. Dos 56 pacientes que não melhoraram com tratamento farmacológico, 37 foram encaminhados para tratamento cirúrgico definitivo com circulação extracorpórea e em 19 pacientes houve necessidade de fenestração aórtica (7%), sendo em 7 casos do tipo A e 12 casos do tipo B.

A fenestração convencional através de laparotomia mediana xifo-púbica com dissecção da aorta infra-renal, secção transversa e preparo do coto proximal com ressecção do flap em extensão de 2 a 3 cm do coto distal com sutura das camadas da aorta e anastomose término-terminal foi realizada em 18 casos. Para o último paciente optou-se pela fenestração percutânea através de punção femoral com passagem de fio-guia através da luz verdadeira com punção do septo entre as luzes com agulha de Colapinto e passagem de balão de angioplastia 7mm para a fenestração.

Resultados: Foram 7 fenestrações em dissecções do tipo A com 4 óbitos causados por: isquemia mesentérica em 1 caso; rotura

em 2 casos e IRA em 1 caso; Nas 12 fenestrações no tipo B houve 3 óbitos cujas causas foram: rotura (2 casos) e IRA. Dos pacientes fenestrados; 12 (63%) permanecem vivos e em acompanhamento. Neste grupo está o paciente tratado por fenestração percutânea. Dos 46 pacientes com quadro clínico de insuficiência arterial periférica 5 tinham sido previamente submetidos à cirurgia em outros Serviços, com diagnóstico equivocado de embolia arterial periférica. Destes, dois perderam o membro (40%).

Conclusões: Apesar de preconizarmos o tratamento cirúrgico definitivo na fase aguda, tanto para o tipo A quanto para o tipo B, em alguns casos os riscos tornam-se proibitivos, seja por condições clínicas do paciente ou por limitações técnicas do local de atendimento inicial. As medidas de emergência se fazem imprescindíveis para salvar a vida do paciente ou melhorá-lo para o tratamento definitivo. A fenestração assim se aplica. Com advento da técnica percutânea endovascular, a fenestração torna-se uma modalidade ainda mais atraente, rápida, menos invasiva e segura.

Comentador: Dr. Álvaro Razuk Filho

Trabalho III

Tratamento percutâneo das malformações venosas com o uso do etanol absoluto

José Luiz Orlando, José Guilherme Caldas

Serviço de Radiologia Vasculare Intervencionista do Hospital das Clínicas da FMUSP

As malformações venosas são ocasionadas por erros da morfogênese vascular, sendo constituídas por coleções de vasos anômalos com endotélio preservado. Estão presentes ao nascimento, crescem na proporção do desenvolvimento do indivíduo e não apresentam involução espontânea. As deformidades venosas causam importantes manifestações estéticas e funcionais que indicam a necessidade de tratamento. O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia do tratamento percutâneo das malformações venosas, com o uso do etanol

absoluto, sob anestesia local, em relação à melhor dos sintomas e redução do tamanho das lesões. De julho de 1993 a junho de 1999, foram tratados, 71 pacientes com idade variando de 7 a 68 anos. Os pacientes apresentavam lesões localizadas no segmento cefálico, tronco e extremidades e foram selecionados pelo exame clínico e por meio da ressonância magnética. A angiografia venosa por punção direita da lesão foi utilizada na confirmação diagnóstica de todos os pacientes e como via de acesso para o tratamento esclerosante. O número de sessões realizadas

em cada paciente variou de 3 a 6 e o volume de etanol absoluto em cada sessão variou de 1 a 5 ml, dependendo do tamanho e da localização da lesão. A injeção percutânea de etanol sob anestesia local foi bem tolerada pelos pacientes. O tratamento demonstrou-se eficaz na redução do tamanho das lesões e na melhora ou desaparecimento dos sintomas inicialmente referidos. Ocorreram complicações como úlceras e pigmentações de pele no local da punção e parestesias em 1,25% do total de sessões realizadas.

Comentador: Dr. Baptista Muraco

Artigo Comentado

A abordagem diagnóstica e terapêutica dos pacientes com Síndrome de Desfiladeiro Torácico (SDT) mudou drasticamente nas últimas décadas. Tratamentos cirúrgicos, ditos de escolha e generalizados, passaram a ser raramente realizados a medida que os aspectos da síndrome foram sendo melhor analisados. Atualmente, devido ao aumento dos problemas médico-legais e alternativas de tratamento, tornou-se fundamental diferenciar, classificar e compreender os elementos da síndrome.

É comum em reuniões clínicas e discussão com residentes perceber a grande confusão com termos e com a própria definição da SDT. O artigo a seguir aborda de modo prático e organizado as principais questões a respeito da SDT. Não tem o objetivo de esgotar o tema, mas sim de responder a uma série de dúvidas e pontos controversos. Como tudo que se lê é necessário espírito crítico na interpretação do texto. O Dr. Wilbourn é neurologista e especialista no estudo de nervos periféricos. Provavelmente a visão de muitos cirurgiões vasculares é diferente e este é mais um motivo para apresentar o artigo neste boletim.

Os esquemas em anexo não pertencem ao artigo e foram inseridos para ajudar a entender o trajeto das estruturas comprometidas na SDT e a formação do plexo braquial (colaborar para compreender alguns aspectos clínicos)

Comentários e tradução: Dr. Erasmo Simão da Silva

10 MOST COMMONLY ASKED QUESTIONS ABOUT THORACIC OUTLET SYNDROME

Asa J. Wilbourn MD, Department of Neurology, Cleveland Clinic NEUROLOGIST 2001;7:308-312

1. O que é SDT?

É um termo utilizado para englobar

uma série de distúrbios que afetam os vasos axilares e/ou subclávios (veias e artérias), com o também, isoladamente ou em associação, o elemento do plexo braquial, quando estas estruturas atravessam a base do pescoço em direção à axila.

2. Por que a SDT é um tópico confuso?

Primeiro, devido à sua longa história que remonta a 1740, com a descrição das costelas cervicais. Segundo, pela tentativa de unir e explicar entidades diferentes com um único termo. Terceiro, várias especialidades pleiteiam a capacidade de diagnóstico e tratamento, com visões totalmente diferentes entre si.

3. Quais são os subgrupos da SDT?

Proposta em 1984, esta classificação baseia-se na estrutura afetada:

- vascular arterial
- vascular venosa
- neurologic verdadeira
- neurovascular traumática
- inespecífica

Estas cinco divisões não são as clássicas e originalmente descritas por Peet et al. (1957), que dividiram a síndrome em 5 subgrupos, segundo um local anatômico de compressão: a) costela cervical, b) escaleno anterior, c) hiperabdução, d) costoclavicular e) primeira costela torácica.

4. O que é SDT vascular arterial?

É rara, geralmente, unilateral, afeta adultos jovens, sem preferência pelo sexo. As causas predominantes são as anomalias ósseas: costela cervical completa, primeira costela torácica anômala. Vaso alvo: artéria subclávia no pescoço. O diagnóstico é suspeito em jovens com isquemia de dedos dos membros superiores, causada por complicações da compressão crônica arterial: aneurisma, com embolização, trombose arterial.... Ador distal no membro e fraqueza decorrem de isquemia e não de lesão neurológica compressiva.

5. O que é SDT vascular venosa?

Também conhecida como "trombose venosa de esforço", "doença de Paget-von Schroetter", é rara, afeta adultos jovens, sem preferência sexual, consistindo de trombose espontânea da veia subclávia-axilar. Usualmente associado a uso prolongado do membro, a extremidade torna-se subitamente edemaciada, cianótica, dolorosa. Velas superficiais evidentes aparecem no tórax superior e ombro. O tratamento é controverso. A trombectomia isolada é ineficiente com recidiva constante. Trombolítico inicial seguido de anticoagulação por seis meses é o tratamento mais difundido e aceito.

6. O que é SDT neurológica verdadeira (clássica)?

Rara, unilateral, preferência pelo sexo feminino, faixa etária da segunda à sexta década de vida. Associada a anomalias ósseas: costela cervical pequena rudimentar, processo transversos das 6^{as} e 7^{as} vertebrae cervical aumentado (bandas fibrosas a partir destes fragmentos ósseos anômalos podem ter o mesmo efeito). A compressão ocorre no tronco inferior do plexo ou na raiz T₁, antes da fusão com a raiz C₇; resultando em déficit motor com fraqueza na mão e músculos do antebraço (atrofiada e minúscula: este quadro é que leva o paciente a omédico). Queimação na face medial do antebraço e mão é comum mais de fraza intensidade. Diagnóstico: Rx cervical, eletrodiagnóstico (território de T₁, tipicamente afetado). Tratamento: obrigatória remoção da compressão devido à fraqueza e pela atrofia muscular progressiva (que pode ser irreversível).

7. O que é SDT neurovascular traumática?

Rara, unilateral, afeta adultos, causada por anomalia de clavícula (fratura-calosão). Na fase aguda do trauma as porções proximais da artéria axilar, veia axilar e fascículos do plexo podem ser atingidos isolada ou conjuntamente. O diagnóstico é feito pela história de trauma local



9. Pôr que SDT inespecífica é tema tão controverso?

- a) elevada incidência comparada a outras plexopatias incontestáveis (8% segundo alguns autores);
- b) frequentemente bilateral;
- c) falta de achados clínicos objetivos;
- d) ausência ou inespecificidade dos achados eletrofisiológicos;
- e) sintomas questionáveis: associados a problemas psicológicos e demandas trabalhistas;
- f) resultado do tratamento cirúrgico obscuro; os resultados satisfatórios das décadas de 70 e 80 não se repetem quando avaliações independentes são realizadas;

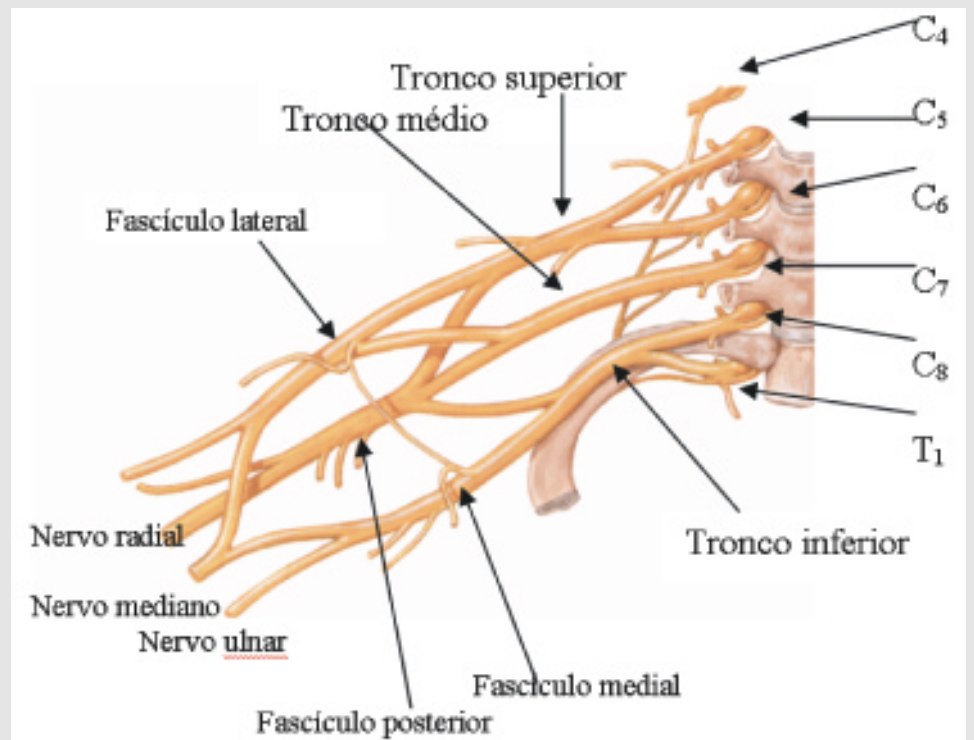
10. Qual é a melhor abordagem para pacientes com suspeita de SDT?

- identificar a qual subgrupo ele pertence;
- fraqueza unilateral associada à atrofia muscular na mão: é necessário o diagnóstico diferencial com outras lesões neurológicas. Confirmando SDT neurológica clássica = tratamento cirúrgico;
- considerável cuidado e atenção devem ser tomadas para pacientes com SDT inespecífica: a melhor pode ocorrer espontaneamente ou com abordagem multidisciplinar. O tratamento cirúrgico pode agravar os sintomas (outras lesões inadvertidas), resultados não duradouros e possibilidade de litígio legal iminente.

e o auxílio diagnóstico será baseado na suspeita clínica de qual estrutura foi lesada.

8. O que é SDT inespecífica?

Afeta mais mulheres que homens, adultos jovens e geralmente é bilateral. No passado acreditava-se que o trauma agudo (em chicote) ou repetitivo (profissional) desencadeava os sintomas. O mecanismo de lesão neurológica é controverso: compressão entre a primeira costela normal e bandas fibrosas congênitas, hemorragia e fibrose resultante de trauma no músculo escaleno anterior, anormalidade postural. Dois tipos clínicos são descritos: 1-plexo inferior 80% dos casos, com dor e parestesias no pescoço, face interna do braço, antebraço e no 4 e 5 dedos. 2-plexo superior de dor e parestesias no ombro, parede anterior do tórax, parte posterior do pescoço e cabeça. Diagnóstico: história confusa, sem achados clínicos exuberantes e testes de pouca ajuda. Tratamento: terapia clínica é a primeira opção e envolve abordagem multidisciplinar. Casos extremos, duas formas de tratamento cirúrgico (sem consenso): escalenectomia anterior e média por via supraclavicular e ressecção da primeira costela por via axilar.



CURSO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR - 2004



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

Módulo I - 06/03/2004 - SÁBADO - Horário: 09h às 17h30

DAOP - DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

Moderador: Paulo Kauffman

09h00 Conceito e manifestações clínicas (Claudicação intermitente e isquemia crônica) - Erasmo Simão da Silva

09h30 Critérios diagnósticos (ITB, teste de esteira, edo coppler, outros) - Robson Barbosa de Miranda

10h00 Etiologia: Aterosclerose - Valter Kuyumjian

Imunopatogênese das Vasculites de Grandes Vasos - Wagner Weidebach

11h00 Discussão

11h15 Intervalo

11h30 Tratamento Clínico (condicionamento físico, medicamentos, outros) - Nelson Wolosker

12h00 Tratamento Cirúrgico (Indicação e planejamento; importância da arteriografia) - Francisco Brochado

12h30 Epidemiologia - Valéria Mariade Azevedo Passos

13h00 Discussão

13h15 Intervalo para almoço

DAOP - TRATAMENTO CLÍNICO

Moderador: Roberto Augusto Caffaro

14h00 Obstruções aorto-iliacas (angioplastia x cirurgia) - Ailton Fratez

14h30 Obstruções infra-inguinais (angioplastia x cirurgia) - Rogério Nesser

15h00 Discussão

15h15 Intervalo

15h30 Complicações e seu tratamento - Denize Rabeloda Silveira

16h00 Simpactomia lombar - Vanessa Prado

16h30 Cirurgia minimamente invasiva - Luís César Lopes da Silva

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

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)

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.: 4 3.883-4, nominal à Associação Paulista de Medicina - CNPJ: 60.993.482/0001-50.

Enviar via fax (11) 3188-4255, afiche de inscrição preenchida amáquina, comprovante de depósito e categoria profissional.

Preencher à máquina ou em letra legível

FICHA DE INSCRIÇÃO - Curso de Angiologia e Cirurgia Vascular 2004 - MÓDULO I - 06/03/04

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 V ()

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.**

Informe II

CURSO DE VIAS DE ACESSO EM CIRURGIA VASCULAR

Patrocínio: Centro de Estudos Luiz Edgard Puech-Leão.

Módulo II-Região cervical, Supraclavicular, Infraclavicular e Membros superiores.

Local: Centro de Convenções Rebouças.

Data: 13 de março de 2004 - das 08:00 às 18:00hs.

FICHA DE INSCRIÇÃO - Curso de vias de acesso em Cirurgia Vascular 2004 - MÓDULO II - 13/03/04

Nome:

Endereço:

CEP: CIDADE: U.F.:

Fone: () Especialidade:

E-mail:

Estudantes de graduação: R\$50,00 Inscrições: Vagas limitadas a 200 inscritos
 Residentes: R\$70,00 Médicos: R\$100,00

Depósito Bancário Identificado: Banco Bradesco - Agência: 3333-2 - Conta corrente: 553-3

Enviar ficha de inscrição por FAX para: (11) 3814-9873 - 3141-2624

Dúvidas, entre em contato: ersimao@usp.br ou calogero@osite.com.br

Informe III

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 como objetivo de trazer experiência 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 de atualização: alcance, limitações e

perspectivas das técnicas endovasculares; síndrome de reperfusão - dados experimentais; técnicas videoscópicas em cirurgia vascular; uso do suporte circulatório em cirurgia vascular;

- Módulo "como eu faço": anticoagulação na infância e gravidez; tratamento das síndromes compartmental crônica e 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 endoprótese de AAA; resultados de curtoprazo 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.

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

Informe IV

Regional de São Paulo

CURSO CONTINUADO EM CIRURGIA ENDOVASCULAR

Módulo - Doença Obstrutiva Carotídea.

Organização - Dr. Cid Sitrângulo, Dr. Álvaro Razuk Filho, Dr. Walter Karakhanian.

Data: 26 e 27 de março de 2004.

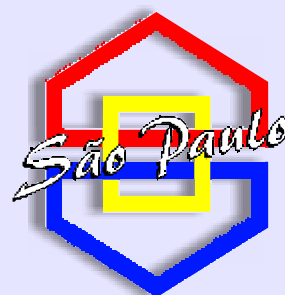
Informações - Site - Tel. (11) 3033-3686.

III ENCONTRO SÃO PAULO DE CIRURGIA VASCULAR

Maksoud Plaza Hotel - São Paulo - SP
Dias 27 e 28 de Agosto de 2004

Temário Básico

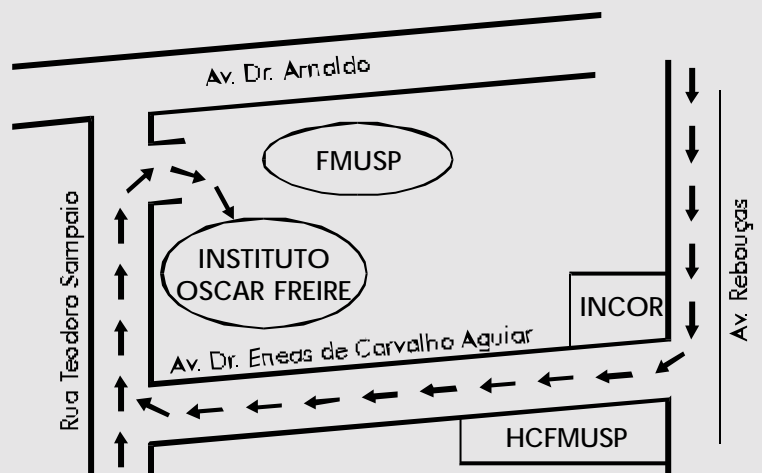
- Insuficiência venosacrônica
- Tratamento endovascular do aneurisma da aorta
- Tratamento endovascular das obstruções carotídeas
- Obstruções arteriais crônicas dos MMII



PRÓXIMA REUNIÃO CIENTÍFICA

INSTITUTO OSCAR FREIRE
NA FACULDADE DE MEDICINA DA USP
Av. Dr. Arnaldo, 455
(Entrada do estacionamento pela Rua Teodoro Sampaio)

Fevereiro
19/02/2004
às 20:30hs



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA
E CIRURGIA VASCULAR-SP**
RUA ESTELA, 515 - BLOCO A - CJ. 62
CEP 04011-002 / SÃO PAULO - SP