

REVISTA VASCULAR

DO CONE SUL

Ano 2 | Nº 4
Agosto | 2021



SBACV-PR



SBACV-SC



SBACV-RS



SERVIÇO DE CIRURGIA
VASCULAR DE
PORTO ALEGRE
COMPLETA 61 ANOS

Página 8

ARTIGO COMENTADO
MOSTRA
ESTUDO DE TÉCNICA
CHIVA

Página 9

DE MÉDICO E LOUCO...
VEJA NO ESPAÇO
LITERÁRIO

Página 11

SBACV realiza eleição para nova diretoria

Novos dirigentes nacionais serão
escolhidos para o biênio 2021/2023.
Conheça as propostas.

Página 4

EDITORIAL

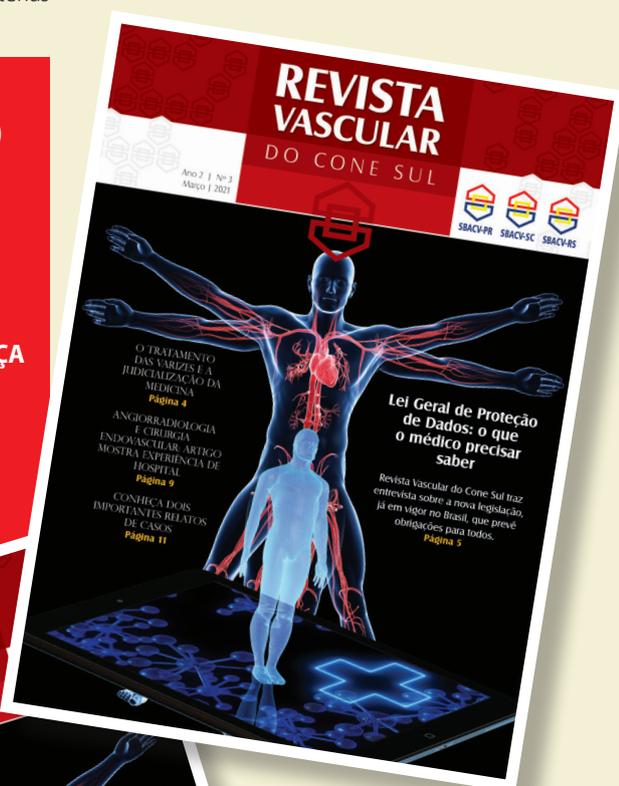
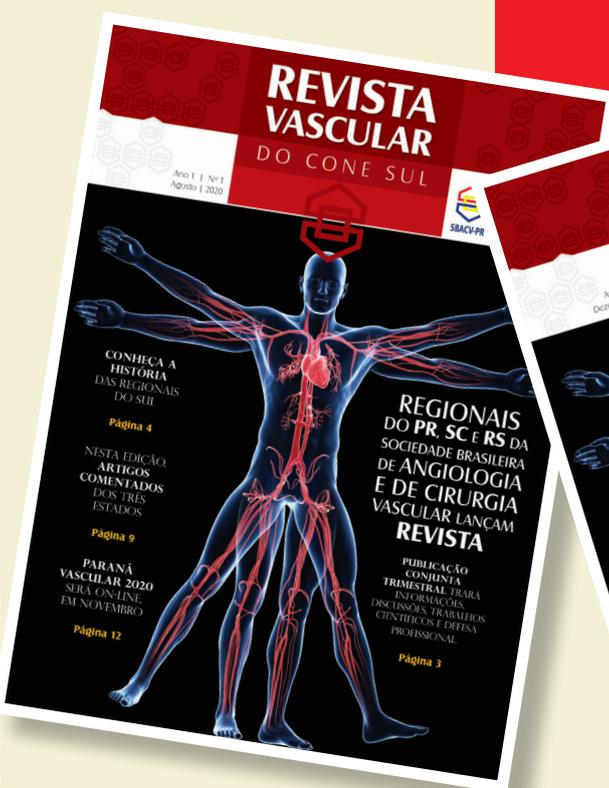
A REVISTA VASCULAR DO CONE SUL completa seu primeiro ano de vida com esta edição, a de número 4. A edição inaugural foi distribuída em agosto de 2020. Foram 700 exemplares impressos e o arquivo digital enviado por e-mail para todos os sócios das Regionais do Sul e para as diretorias da Nacional e de todas as Regionais da SBACV. Na revista número 1 foi publicado um editorial assinado pelos presidentes das três Regionais, acompanhado por matérias que descreviam a história de cada uma. A número 2 saiu em dezembro de 2020, com matérias sobre eventos médicos em tempos de pandemia, responsabilidade legal do médico, publicidade médica na internet e os artigos científicos comentados. A número 3, que saiu em abril de 2021, teve como carro-chefe a nova Lei Geral de Proteção de Dados, que já está em vigor, com início da aplicação de multas e sanções em agosto deste ano. A matéria contém muita informação relevante sobre a LGPD e sua importância no sigilo médico. Também prestamos

homenagem póstuma a expoentes da nossa especialidade que nos deixaram precocemente, vítimas da Covid-19.

O balanço deste primeiro ano é positivo, mas resta muito a fazer. O Conselho Editorial decidiu que, por questão de custos, a partir da edição de número 4 não teremos mais a versão impressa. Mas, o problema mais premente é a dificuldade de se manter um fluxo regular de matérias para publicação. A revista oferece a possibilidade de inserção de matérias nas seguintes seções:

EVENTOS
ÁGORA (artigos de opinião)
ARTIGOS COMENTADOS
MEMÓRIA
RESENHAS DE LIVROS
DEFESA PROFISSIONAL
RELATOS DE CASOS
CIRURGIA VASCULAR e JUSTIÇA
VIDA ACADÊMICA
ESPAÇO LITERÁRIO

Nossa revista pode ter um papel relevante na comunicação entre as Regionais e seus sócios. E também ser excelente meio de divulgação técnico-científica, de defesa profissional e de se manter a memória das Regionais e dos grandes colegas de especialidade que nos precederam. Nós, do Conselho Editorial, fazemos um apelo aos sócios que colaborem, enviando matérias para publicação na REVISTA VASCULAR DO CONE SUL.



Seções REVISTA VASCULAR DO CONESUL



A REVISTA VASCULAR DO CONESUL é uma publicação institucional com o objetivo de divulgar informações, eventos e atividades científicas das Regionais do Sul. A publicação é trimestral, com conteúdo gerado pelos sócios e por colaboradores convidados do Brasil e do exterior. A publicação tem as seguintes seções:

EDITORIAL

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

EVENTOS

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

MEMÓRIA

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

ARTIGOS COMENTADOS

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

RESENHAS

Resenhas de livros publicados por sócios das Regionais.

DEFESA PROFISSIONAL

Textos sobre condições de trabalho e remuneração profissional.

VIDA ACADÊMICA

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

RELATOS DE CASOS

Casos narrados por sócios das Regionais.

ÁGORA

Artigos de opinião sobre assuntos científicos e culturais.

CIRURGIA VASCULAR E A JUSTIÇA

Textos sobre assuntos médico-legais

ESPAÇO LITERÁRIO

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

EXPEDIENTE

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

Conselho Editorial Presidentes

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

Diretores de Publicações

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

Jornalista responsável

Priscilla Carneiro – MTB 13.221

Projeto Gráfico e Diagramação

Vicente Design

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

SBACV realiza eleição para o biênio 2022 / 2023

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular está promovendo a eleição da diretoria para comandar a entidade nos próximos dois anos. O kit eleitoral foi enviado para todos os associados e a contagem de votos ocorrerá no dia 13 de setembro, em Assembleia Geral de Eleição.

Nesta edição, a Revista Vascular do Cone Sul traz as propostas apresentadas pelas duas chapas concorrentes.

Valorização e Integração

Gutenberg Gurgel, candidato a presidente da SBACV – Chapa 1

Não temos apenas projetos, temos trabalhos concretos, realizados pela especialidade. Meu nome é Gutenberg Gurgel, 57 anos, sócio titular da SBACV, com 30 anos de sociedade, e candidato a presidente da SBACV nacional com a Chapa 1 “Valorização e Integração”.

A pergunta é: por que ser presidente da SBACV?

Primeiramente, tenho que reportar um pouco da minha vida, como médico especialista e gestor. Por ser extremamente ativo, seja em minha vida associativa ou na profissional, sempre fui muito atuante em várias atividades. Particpei, por nove anos, da Unimed-Natal, sou sócio fundador da Sicredi-Natal, integrei a diretoria de Marketing da AMB-RN, fui presidente do Rotary e vice-governador do Distrito 4500, membro da Academia de Medicina do Rio Grande do Norte, e presidente da SBACV-RN por três mandatos (2002/2003, 2014/2015 e, agora, 2020/2021), além de chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, que montamos em 1993, quando eu tinha apenas 29 anos e era recém-chegado a Natal. Em 2010, também organizamos um serviço de atenção ao pé diabético, em hospital público, com 80 leitos, o que possibilitou considerável diminuição dos índices de amputação no estado.

Na presidência da SBACV-RN, realizamos vários eventos de caráter regional e nacional e, com maior relevância, o congresso brasileiro de 2017, com a implementação de uma nova estrutura de realização da feira. O resultado científico e financeiro foi excepcional para nossa sociedade, de tal forma que repassamos para a nacional a maior arrecadação dos últimos anos.

Em 2015, idealizamos a marca Checkup Vascular e passamos para a SBACV nacional todos os direitos de utilização. Hoje é um projeto de utilidade pública de grande visibilidade e de interesse jornalístico.

Em 2020, fundamos a TV Vascular, que surgiu devido à pandemia e vem aproximando as regionais e os associados, fomentando uma verdadeira integração nacional.

E, recentemente, lançamos um projeto denominado “Salvando Pernas”, extremamente desafiador, que tem como objetivo diminuir o número de amputações. Inicialmente de abrangência apenas estadual, a proposta foi encaminhada ao Ministério da Saúde para discussão. A meta é que torne-se o primeiro projeto de políticas públicas direcionado para a cirurgia vascular, aumentando o protagonismo da especialidade e, consequentemente, postos de trabalho.

Estamos trabalhando com o presidente Bruno Naves no Conselho Científico, realizando as demandas solicitadas e ajudando na sua gestão, nas áreas científica e de defesa profissional, tão importante nos dias de hoje.

Esses eventos demonstram um pouco da relevante capacidade associativa e



de gestão que tenho para oferecer à sociedade. Quero contar com o seu voto na eleição, em setembro de 2021.

São estes os pilares da nossa proposta de gestão: luta por melhor remuneração, protagonismo da especialidade, atenção ao jovem vascular, defesa contra invasão de outras especialidades e dos não médicos e apoio ao plano de aposentadoria do vascular.

E respondendo à pergunta por que ser presidente da SBACV?

Pelas paixões de servir e de ser associativo, que resumem a minha trajetória profissional. Peço seu apoio e seu voto para a Chapa 1.

Conheça os integrantes da Chapa 1

Presidente

Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)

Vice-presidente

Rossi Murilo da Silva (RJ)

Secretário-geral

Jânio Cipriano Rolim (RN)

Vice-secretário

Márcia Maria Morales (SP)

Tesoureiro geral

Marcio Villar de Freitas (RN)

Vice-tesoureiro

Frederico Araújo Oliveira (GO)

Diretor Científico

Marcelo Calil Burihan (SP)

Vice-diretor Científico

Marco Aurélio Grudtner (RS)

Diretor de Publicações

Túlio Pinho Navarro (MG)

Vice-diretor de Publicações

Altino Ono Moraes (PR)

Diretor de Patrimônio

Adriana Ferraz de Vasconcelos (PE)

Vice-diretor de Patrimônio

Samuel Barbosa Mathias (DF)

Diretor de Defesa Profissional

Dejean Sampaio Amorim Filho (BA)

Vice-diretor de Defesa Profissional

Carlos Eduardo Virgini Magalhães (RJ)



Juntos, vamos à luta por uma melhor remuneração e reconhecimento.



Dr. Dejean Sampaio



Dr. Jânio Cipriano



Dr. Gutenberg Gurgel



Dr. Marcio Villar



Dra. Adriana Ferraz



Dr. Rossi Murilo



Dra. Márcia Morales



Dr. Marcelo Calil



Dr. Túlio Pinho



Dr. Carlos Eduardo



Dr. Marco Aurélio



Dr. Altino Moraes



Dr. Samuel Mathias



Dr. Frederico Araújo

SBACV
**GUTENBERG
E ROSSI / CHAPA 1**
— Valorização e Integração —



Honorários Médicos e Inteligência Coletiva

Julio Peclat, candidato a presidente da SBACV – Chapa 2

Uma vida associativa, participativa e inclusiva, que privilegia o diálogo, metas objetivas, claras e com foco em resultados, especialmente melhores honorários médicos, defesa profissional e maior qualidade na formação médica. Essa é a premissa da Chapa 2 “Honorários Médicos e Inteligência Coletiva”, construída com a efetiva colaboração de colegas de todas as Regionais do país.

É assim, coletivamente, com humildade e reconhecendo a responsabilidade de dirigir uma entidade como a SBACV, que humildemente pedimos o seu voto. Defendemos uma sociedade cada vez mais unida, conectada e moderna. Honorários médicos e defesa profissional são, sem dúvida, as maiores demandas da nossa especialidade hoje. Nesse sentido, elaboramos um robusto plano estratégico, que prioriza a luta por melhor remuneração, ampliando o recente trabalho da Nacional, de projeto universal de honorários.

Propomos também a implantação de assessorias jurídica em tempo integral e de comunicação extensivas às Regionais, curso preparatório para a prova de título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, sem ônus aos sócios, e apoio para aprimoramento da produção científica.

Aprendi muito ao longo da vida associativa. Tive a honra de ser presidente da SBACV-RJ e de conduzir o processo técnico de elaboração do Rol de Procedimentos do Rio, hoje em sua 4ª edição. Um trabalho técnico sério, de inteligência coletiva e forte articulação política, sobretudo junto às operadoras e que vem sendo implantado em diferentes estados. Junto à AMB, participei do processo que resultou no aumento do porte de 35 procedimentos vasculares na CBHPM. Ocupei os cargos de tesoureiro, de diretor de publicações na Nacional e, atualmente, sou vice-presidente e atuo em departamentos científicos como mem-

bro do Conselho Científico. Participei da Diretoria de Publicações na gestão do Dr. Sacilotto, ocasião em que formulamos a maneira de informar e interagir com os sócios e o público leigo, e revertemos fatos do dia a dia em reportagens e oportunidades para projeção da nossa especialidade. As Regionais tiveram vez e voz na Revista da SBACV, com o Canal do Associado. Criamos o Instagram e um diálogo direto com os sócios.

Para ampliar essa conexão com os membros da sociedade, propomos formalizar a ouvidoria e modernizar a sede, implantando o portal da transparência, automatizando a tramitação de processos, solicitações, denúncias e digitalizando o acervo documental da Nacional. Assim, o sócio poderá acompanhar, de maneira fácil e rápida, onde a sua anuidadece é aplicada. As articulações políticas serão intensificadas, ampliando o diálogo com as entidades médicas nacionais por mais



FECHADO COM

JULIO PECLAT

CHAPA 2 | Honorários Médicos e Inteligência Coletiva

#somostodosSBACV

Venha com a gente para uma gestão moderna, eficiente e conectada com as Regionais.



Julio Peclat



Armando Lobato



Edwaldo Edner Joviliano



Sergio Belczak



Ziliane Caetano Lopes



Walter Jr. Boim de Araújo



Breno Caiafa



João Sahagoff



Eraldo Arraes de Lavor



Mateus Borges



Francesco Evangelista Botelho



Ricardo Lujan



Claudio Nhuch



Eliud Duarte Junior



avanços na medicina pública, no SUS e na medicina suplementar.

Recentemente, na gestão do Dr. Ivanésio, a SBACV realizou forte trabalho interinstitucional, que resultou na aprovação, pelo Senado Federal, da Lei 9.966/18, a respeito da política de atendimento integral ao diabético

pelo SUS, envolvendo diferentes sociedades de especialidades, e do qual tive a honra de participar. Unidos em torno de um ideal sólido, crescemos muito.

Manifestamos nosso agradecimento ao presidente, Dr. Bruno Naves, pela parceria, e parabenizamos seu traba-

lho. Com humildade e o apoio da família, pedimos o seu voto. Se eleitos, todos os nossos esforços serão em prol dos 3,7 mil sócios, a quem dedicaremos muito trabalho, com verdade, ética e espírito de coletividade. Com um olhar para todos! Que Deus nos abençoe nessa caminhada

Conheça os integrantes da Chapa 2

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira (RJ)

Vice-presidente

Armando de Carvalho Lobato (SP)

Secretário-geral

Breno Caiafa (RJ)

Vice-secretário

Ziliane Caetano Lopes Martins (PR)

Tesoureiro geral

João Sahagoff (RJ)

Vice-tesoureiro

Ricardo Augusto Carvalho Lujan (BA)

Diretor Científico

Edwaldo Edner Joviliano (SP)

Vice-diretor Científico

Walter Junior Boim de Araujo (PR)

Diretor de Publicações

Mateus Borges Alves Cristino (MG)

Vice-diretor de Publicações

Sergio Quilici Belczak (SP)

Diretor de Patrimônio

Claudio Nhuch (RS)

Vice-diretor de Patrimônio

Eliud Garcia Duarte Junior (ES)

Diretor de Defesa Profissional

Eraldo Arraes de Lavor (PE)

Vice-diretor de Defesa Profissional

Francesco Evangelista Botelho (MG)

Candidatos ao Conselho Fiscal

Luiz Francisco Machado da Costa (RS)
Marcelo Rodrigo de Souza Moraes (SP)
Ana Célia Ferreira Santos (BA)
Alberto José Kupcinkas Junior (SP)
Paulo Martins Toscano (PA)
João Antonio Corrêa (SP)

Vecasten[®] gel

Melilotus officinalis (L.) Pall



Aesculus hippocastanum L.

(Castanha da Índia)

- ✓ **Hipoalergênico**
- ✓ **Dermatologicamente testado**
- ✓ **Odor agradável e sensação de refrescância**

Modo de uso:

Aplicar 2 vezes ao dia nas pernas, massageando suavemente.

A combinação sinérgica no alívio do desconforto das pernas



Escaneie o código para **mais informações sobre Vecasten[®] gel**

Serviço de Cirurgia Vasculare e Endovascular da Santa Casa de Porto Alegre completa 61 anos



Profs. Haroldo Diez Paiva, Telmo Bonamigo, Clávio Varela e Airton Frankini, em 1998.

O Serviço de Cirurgia Vasculare da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre iniciou suas atividades em março de 1960. Criado e então chefiado pelo Prof. Dr. Haroldo Diez Paiva, completou em março de 2021, portanto, seu 61º aniversário.

Nestas mais de seis décadas de existência, teve sua estrutura toda montada dentro da Santa Casa de Porto Alegre, sempre atuando em conjunto com a Faculdade Católica de Medicina, hoje denominada Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

O Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre é constituído por nove hospitais de diversas especialidades, com uma estrutura de 1,3 mil leitos, o que possibilita um amplo campo de atendimento e aprendizado.

Ao longo desse tempo de funcionamento, o serviço foi chefiado pelo Prof.

Dr. Haroldo Diez Paiva, Prof. Dr. Telmo Pedro Bonamigo, Prof. Dr. Airton Delduque Frankini e, atualmente, pelo Prof. Dr. Newton Aerts. Durante muitos anos, contou também com a preceptoria do Prof. Clávio Moraes Varela e do Prof. Marco Aurélio Cardozo. Desde 2013, o quadro de docentes foi renovado pelo Prof. Dr. Nilon Erling Junior e o Prof. Dr. Eduardo Lichtenfels.

Todos os integrantes foram presidentes da SBACV-RS e dois deles presidentes nacionais, sempre com larga e notória atuação na nossa Regional.

O serviço tem como premissa o atendimento aos pacientes na especialidade, mas, sobretudo, o ensino, uma vez que atua desde sua criação associado à universidade, atual UFCSPA.

Em 1979, iniciou oficialmente a formação de médicos residentes com a aprovação pelo Ministério da Educação (MEC) e pela SBACV. Durante esses 41 anos de Programa de Residência Médica (PRM) de Cirurgia Vasculare, contando com duas vagas de R1 e duas de R2, já foram formados 70 residentes.

Mais recentemente, no ano de 2014, tiveram início as atividades do PRM de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, contando com uma vaga/ano e já tendo formado seis residentes.

Devido ao grande número de atendimentos nas modalidades de convênios e em especial SUS, o volume de procedimentos é considerável, com



Drs. Tiago Frankini, Gabriel A. Leal, Rebeca Regert, Gabriela Kraft, Guilherme Santiago, Milton Rossi e Thiago Bombardelli, em pé. Sentados, os Drs. Márcio Lucas, Eduardo Lichtenfels, Newton Aerts, Pedro Pablo Komlós e Nilon Erling.

uma média mensal de 380 consultas, 150 cirurgias de médio e grande portes, na sua grande maioria arteriais, e 20 procedimentos endovasculares.

Além dos três professores da UFCSPA, o serviço conta com o auxílio, na preceptoria, do Dr. Pedro Pablo Komlós, Dr. Márcio Luis Lucas, Dr. Angelo Frankini, Dr. Thiago Bombardelli e Dr. Tiago Frankini.

Graças a essa composição de professores e preceptores, oferece tratamento para as mais diversas condições nas diferente áreas da Angiologia, Cirurgia Vasculare e Cirurgia Endovascular.

Prof. Dr. Newton Aerts, chefe do Serviço de Cirurgia Vasculare e Endovascular

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre





CHIVA to treat saphenous vein insufficiency in chronic venous disease: characteristics and results

CHIVA para tratar insuficiência de veia safena em doença venosa crônica: características e resultados

Felipe Puricelli Faccini^{1,2}, Stefano Ermini³, Claude Franceschi^{4,5}

Abstract

There is considerable debate in the literature with relation to the best method to treat patients with chronic venous disease (CVD). CHIVA is an office-based treatment for varicose veins performed under local anesthesia. The aim of the technique is to lower transmural pressure in the superficial venous system and avoid destruction of veins. Recurrence of varicosities, nerve damage, bruising and suboptimal aesthetic results are common to all treatments for the disease. This paper evaluates and discusses the characteristics and results of the CHIVA technique. We conclude that CHIVA is a viable alternative to common procedures that is associated with less bruising, nerve damage, and recurrence than stripping saphenectomy. The main advantages are preservation of the saphenous vein, local anesthesia, low recurrence rates, low cost, low pain, and no nerve damage. The major disadvantages are the learning curve and the need to train the team in venous hemodynamics.

Keywords: CHIVA; saphenous sparing; local anesthesia; varicose vein; chronic venous disease.

Resumo

Existe uma grande discussão na literatura sobre o tratamento da doença venosa crônica (DVC). A cura conservadora e hemodinâmica da insuficiência venosa em ambulatório (CHIVA) consiste no tratamento ambulatorial de varizes sob anestesia local. O objetivo da técnica é diminuir a pressão transmural no sistema venoso superficial para evitar a destruição das veias, incluindo as veias safenas. Recorrência de varizes, lesão de nervos, hematomas e resultado estético abaixo do ideal são uma constante em todos tratamentos de varizes. O objetivo desta revisão é avaliar e discutir a técnica CHIVA quanto a suas características e resultados. A CHIVA é uma alternativa válida frente aos outros procedimentos, apresentando menos hematomas, recorrência e lesão nervosa que a safenectomia. Preservação da veia safena, anestesia local, baixa taxa de recorrências, baixo custo, pouca dor e ausência de lesões nervosas são as principais vantagens. A longa curva de aprendizado para treinar a equipe em hemodinâmica venosa é a principal desvantagem.

Palavras-chave: CHIVA; preservação safena; anestesia local; varizes; doença venosa crônica.

Conclusion

CHIVA is a cost-effective method for treating CVD patients. The possible advantages are no nerve damage, preservation of the saphenous vein (both for bypass and to receive flow from recurrent varicosities), a low recurrence rate, local anesthesia, and reduced bruising. The main disadvantage is the long learning curve needed to master the technique.

Convidado a comentar o artigo publicado por Dr. Felipe, a primeira coisa que me vem à mente após a leitura é um sincero elogio por dispor de seu precioso tempo para difundir conhecimento e estimular a curiosidade científica de seus pares. Quando vemos uma conduta diferente da média e da que usamos devemos nos perguntar: essa técnica é melhor? Devo adotar? Cabe o velho adágio: nunca seja o primeiro a usar e nem o último a deixar de usar... Devemos ter cuidado, pois as novas técnicas são descritas por seus entusiastas criadores. Mas CHIVA não é uma técnica nova. Tem mais de 30 anos e não se tornou a técnica de escolha, tendo lugar como técnica alternativa a ser conhecida. Além do artigo em pauta, li os citados artigos do Dr. Franceschi e cola-



boradores, International Angiology 2016 february;35(1);8-30: CHIVA: hemodynamic concept, strategy and results e que deve ter servido de modelo a outro de Bellmunt-Montoya e colaboradores, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, issue 6. Art no.:CD009648: CHIVA method for the treatment of chronic venous insufficiency, que são bastante esclarecedores.

Sendo a base fisiopatológica da doença venosa varicosa o aumento da pressão transmural, presumi que a avaliação seriada da ptm seria ferramenta de aferição e acompanhamento dos resultados. Mas a avaliação hemodinâmica enfatiza apenas os pontos de escape e reentrada e os segmentos venosos com refluxo. E, surpreendentemente, a manutenção de refluxo não é considerada insucesso. Os três padrões de shunt descritos por Dr. Felipe na verdade se desdobram em 18, o que certamente colabora para a citada longa curva de aprendizado. Certamente, deve ser realizada uma avaliação pré-operatória minuciosa e dedicada com ecodoppler, a fim de definir exatamente cada um desses 18 tipos de shunt descritos (além de algumas coexistências), que demandam técnicas cirúrgicas diferentes.

É de nosso conhecimento que a literatura em doença venosa não tem a riqueza em qualidade e quantidade existente na literatura em doença arterial, apesar da prevalência elevada. Existem apenas quatro Ensaios Clínicos Randomizados versando sobre a técnica CHIVA, o último de 2010. Só três comparam CHIVA com ressecções. A revisão sistemática que consta nas citações é de 2013 e tem atualização em 2015 sem que dados significativos pudessem ser acrescentados. Os estudos são categorizados com qualidade de evidência baixa a moderada, especialmente pela presença de vieses de aferição (abertos, não cegados, com baixo número de eventos). É bastante óbvio que existe campo para que ensaios adequadamente planejados esclareçam dúvidas e eventualmente criem novos paradigmas.

Dr. Felipe conclui citando como prin-



Figura 1. Imagem pré-operatória de um paciente com CHIVA.



Figura 2. Imagem pós-operatória após CHIVA - Não foi realizada flebectomia, escleroterapia, laser ou qualquer outro tratamento. As veias desaparecem devido à pressão transmural mais baixa.

cipais vantagens da técnica CHIVA a "preservação da veia safena, anestesia local, baixa taxa de recorrências, baixo custo, pouca dor e ausência de lesões nervosas".

Essa frase nos permite algumas considerações. Já vai distante na história a cirurgia denominada safenectomia interna e externa radical bilateral, na qual era feita ampla retirada do sistema venoso superficial, considerado de importância menor, desprezível. A cirurgia venosa superficial atual propõe a preservação de segmentos venosos saudáveis e ressecção/ablação

de segmentos doentes, dilatados, tortuosos e com refluxo. Os cirurgiões vasculares com atividade predominantemente arterial sempre preconizaram a preservação venosa, preocupados com a doença arterial coronariana e periférica eventual futura. Atualmente, e cada vez mais, essas áreas dependem menos de condutos venosos, com as técnicas endovasculares resolvendo boa parte dos problemas. Técnicas adequadas de busca com ecodoppler em pacientes submetidos à cirurgia venosa convencional são capazes de selecionar segmentos viáveis de veias safenas internas, externas, cefálicas, basilicas, braquiais, femorais e artérias radiais de tal forma que é excepcionalmente raro que paciente isquêmico fique sem tratamento por falta de conduto. Preservar um segmento venoso para que ele sirva de drenagem para doença varicosa futura também não me parece atrativo.

A recorrência em tratamento da doença venosa é reconhecida. Analisando conjuntamente os três Ensaios Clínicos Randomizados, a recorrência no CHIVA foi de 28% e nas ressecções, de 47%. A recorrência foi menor quando comparada às ressecções, mas não se pode dizer que foi baixa.

Espera-se menos equimoses, hematomas e incisões, consequentemente, menos infecções. Quanto às lesões nervosas, é relatada uma menor incidência em comparação às ressecções e seria mais prudente falar em virtual ausência de lesões nervosas. Senti falta na legenda da figura antes/depois do intervalo de tempo entre as fotos.

Concluindo, é técnica utilizada em centros dedicados, que demanda desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas e que, se utilizada de forma consistente, produz resultados não inferiores aos das técnicas habituais. É prudente considerar que existem poucas evidências nesse sentido e que a qualidade dessas evidências é considerada baixa a moderada.

Dr. Gilberto Gonçalves de Souza,
sócio titular e ex-presidente da
SBACV-RS



De médico e louco...

O Dr. Rosenfeld (ou era Rosenberg?) foi uma das figuras mais curiosas com quem convivi na Residência nos EUA. Um sujeito baixinho, franzino, de cabelos crespos e óculos de aro redondo, ele parecia mais um intelectual boêmio do que um médico-residente em Cirurgia. Mas, o que ele era mesmo é uma combinação razoavelmente comum em hospitais de ensino: médico e louco. Médico porque tinha um diploma da Universidade Columbia, uma das melhores dos EUA; louco porque vivia sob tratamento psiquiátrico contínuo desde a adolescência. Alguns diziam que ele teve muita dificuldade em ser aceito na escola de medicina pelo histórico de doença mental. Mas, quando o conheci, ele era interno (residente do 1º ano) em um hospital afiliado à Universidade Yale, uma das mais prestigiosas do mundo. E agora enfrentava um desafio para a saúde mental de qualquer médico: suportar o ambiente de alta tensão da residência em Cirurgia.

Já na primeira semana, o Dr. Rosenfeld se envolveu num incidente. No meio de uma cirurgia abdominal, ele largou o afastador que mantinha a exposição do campo cirúrgico, balbuciou algo a respeito de uma consulta com seu psiquiatra e simplesmente saiu de campo. O incidente custou-lhe uma conversa séria com o Chief Resident, que o advertiu que um auxiliar não podia simplesmente abandonar uma operação, não importa qual o motivo. Ficou acertado que ele só podia marcar as consultas com o psiquiatra nos dias que não fosse participar de cirurgias.

Uns dois meses depois, o Dr. Rosenfeld provocou um incidente bem mais sério. A esposa de um dos médicos do hospital foi internada para uma biópsia de mama. Ela tinha sido submetida a mastectomia uns 4 anos antes e agora apresentava um nódulo na mama remanescente. Uma das obrigações do residente era tirar a história,

fazer um exame físico, checar os exames pré-operatórios e anotar tudo no prontuário. Quando a paciente tinha história de internamentos prévios, cabia ao residente preencher também o item História Mórbida Progressiva (Past Medical History), relatando o ocorrido nas internações prévias. Ao consultar o prontuário da paciente, o Dr. Rosenfeld ficou sabendo do óbvio: a paciente tinha sido submetida a mastectomia por um câncer de mama, porém nunca tinha sido informada do seu diagnóstico. Hoje em dia, pacientes com câncer conversam sobre a sua doença com seus médicos, familiares e amigos. Porém, no final dos anos 70 o assunto câncer era tabu. As pessoas se referiam ao câncer como um “tumor”, um “caroço”, uma “inflamação”, sem jamais pronunciarem em voz alta a palavra “câncer”. O Dr. Rosenfeld, um homem muito à frente do seu tempo, acreditava que a paciente tinha o direito de ser informada sobre seus problemas médicos. E não teve dúvidas: voltou ao quarto e informou à paciente o que tinha lido no prontuário. O que se seguiu foi o colapso emocional da paciente, que começou a chorar convulsivamente, teve uma crise hipertensiva e perdeu a consciência.

Resumindo a história: a cirurgia foi cancelada, um psiquiatra foi chamado para atender a paciente e a família denunciou o Dr. Rosenfeld à direção do hospital. Depois de uma sindicância no Departamento de Cirurgia, ele recebeu uma advertência por escrito.

Mas o pior mesmo aconteceu no final daquele ano, durante um plantão noturno. Na época, os pacientes que tinham sido submetidos a cirurgia cardíaca (quase sempre, ponte de safena) e não precisavam mais dos cuidados da Unidade de Terapia Intensiva eram transferidos para uma Unidade Intermediária. Lá, continuavam ligados a um monitor cardíaco – daquele tipo que aparece em todas

as cenas de filmes de hospital – para detectar alguma alteração do ritmo do coração ou da pressão arterial. No meio da madrugada, naquela hora em que só fantasmas, vampiros e algumas enfermeiras estão acordados, chamaram o Dr. Rosenfeld ao posto de enfermagem da Unidade Intermediária para receitar algo para um dos pacientes, que não conseguia dormir. Enquanto ele prescrevia a pílula, aconteceu o inesperado: soou o alarme do monitor de outro paciente, que estava em um quarto bem em frente ao balcão onde ele estava prescrevendo. O monitor mostrava uma linha reta, indicando uma parada cardíaca. Nosso herói não hesitou: pulou da cadeira, entrou correndo no quarto, ligou o desfibrilador e aplicou um choque de 400 watts no peito do paciente desacordado. O que aconteceu em seguida foi um pandemônio. O paciente deu um pulo da cama, e começou a gritar desesperadamente: “Help! This doctor is trying to kill me!” (“Socorro! Este médico quer me matar!”). As enfermeiras entraram em cena, desarmaram o Dr. Rosenfeld – tiraram as pás do desfibrilador das suas mãos – e o afastaram do quarto, enquanto tentavam acalmar o paciente. Acontece que a “parada cardíaca” era apenas um fio solto do monitor e o Dr. Rosenfeld tinha aplicado um choque de 400 watts (suficiente para literalmente reanimar um morto) num paciente que estava apenas dormindo.

Desnecessário descrever o desfecho desta história: na manhã seguinte, o Rosenfeld (ou era Rosenberg?) foi suspenso de suas funções e não tivemos mais notícias dele.

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





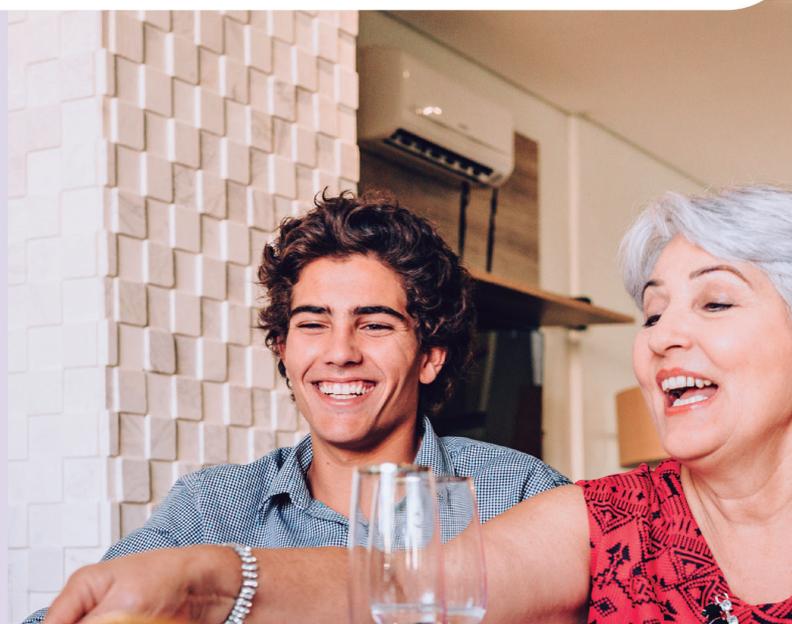
Proteção adequada para os diferentes perfis de pacientes com EP/TVP¹⁻⁵

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

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

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

- ◆ Xarelto® oferece tratamento eficaz, com baixas taxas de sangramento maior (<1%), sendo recomendado para o tratamento estendido de pacientes com alto risco de recorrência de TEV.⁴⁻⁵
- ◆ Recomendado para tratamento estendido para EP/TVP no ESC guideline 2019.⁸



MAIS 1408* PRATOS DA VOVÓ

GRAÇAS A PROTEÇÃO QUE VOCÊ OFERECE AOS PACIENTES COM TEV

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

*Dado fictício, meramente ilustrativo, não retirado de publicação científica.

**Rivaroxabana não necessita, diferentemente de outros DOACs usados em trombose associada a câncer, de tratamento inicial com heparina de baixo peso molecular. Definido como sangramento fatal, HIC e sangramento em órgão crítico.

REFERÊNCIAS: • 1. BACH M, BAUERSACHS R. SPOTLIGHT ON ADVANCES IN VTE MANAGEMENT: CALLISTO AND EINSTEIN CHOICE. THROMB HAEMOST. 2016 SEP 28;116(SUPPL. 2):S24-S32. DOI: 10.1160/TH16-06-0486. • 2. COHEN AT, MARAVEYAS A, BEYER-WESTENDORF J, LEE AYY, MANTOVANI LG, BACH M, COSIMO INVESTIGATORS. COSIMO - PATIENTS WITH ACTIVE CANCER CHANGING TO RIVAROXABAN FOR THE TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENT VENOUS THROMBOEMBOLISM: A NON-INTERVENTIONAL STUDY. THROMB J. 2018 SEP 4;16:21. DOI: 10.1186/s12959-018-0176-2. ECOLLECTION 2018 • 3. YOUNG AM, MARSHALL A, THIRUWALL J, CHAPMAN O, LOKARE A, HILL C, HALE D, DUNN JA, LYMAN GH, HUTCHINSON C, MACCALLUM P, KAKKAR A, HOBBS FDR, PETROU S, DALE J, POOLE CJ, MARAVEYAS A, LEVINE M. COMPARISON OF AN ORAL FACTOR XA INHIBITOR WITH LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN IN PATIENTS WITH VENOUS THROMBOEMBOLISM: RESULTS OF A RANDOMIZED TRIAL (SELECT-D). J CLIN ONCOL. 2018; 36(20):2017-2023. • 4. EINSTEIN INVESTIGATORS, BAUERSACHS R, BERKOWITZ SD, BRENNER B, BULLER HR, DECOUSUS H, GALLUS A, LENSING AW, MISSELWITZ F, PRINS MH, RASKOB GE, SEGERS A, VERHAMME P, WELLS P, AGNELLI G, BOUNAMEAUX H, COHEN A, DAVIDSON BL, PIOVELLA F, SCHELLONG S. ORAL RIVAROXABAN FOR SYMPTOMATIC VENOUS THROMBOEMBOLISM. N ENGL J MED 2010;363:2499-510. • 5. WEITZ JJ, LENSING AWA, PRINS MH, BAUERSACHS R, BEYER-WESTENDORF J, BOUNAMEAUX H, BRIGHTON TA, COHEN AT, DAVIDSON BL, DECOUSUS H, FREITAS MCS, HOLBERG G, KAKKAR AK, HASKELL L, VAN BELLEN B, PAP AF, BERKOWITZ SD, VERHAMME P, WELLS PS, PRANDONI P. EINSTEIN CHOICE INVESTIGATORS. RIVAROXABAN OR ASPIRIN FOR EXTENDED TREATMENT OF VENOUS THROMBOEMBOLISM. N ENGL J MED 2017;376:1211-22. • 6. FARGE D, BOUNAMEAUX H, BRENNER B, CAJFINGER F, DEBOURDEAU P, KHORANA AA, PABINGER I, SOLYMOS S, DOUKETIS J, KAKKAR A. INTERNATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINES INCLUDING GUIDANCE FOR DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM IN PATIENTS WITH CANCER. LANCET ONCOL. 2016;17(10):E452-E466. • 7. KEY NS, KHORANA AA, KUDERER NM, BOHLKE K, LEE AYY, ARCELUS JJ, WONG SL, BALABAN EP, FLOWERS CR, FRANCIS CW, GATES LE, KAKKAR AK, LEVINE MN, LIEBMAN HA, TEMPERO MA, LYMAN GH, FALANGA A. VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH CANCER: ASCO CLINICAL PRACTICE GUIDELINE UPDATE. J CLIN ONCOL. 2020;38(5):496-520. • 8. KONSTANTINIDES SV, MEYER G, BECATTINI C, BUENO H, GEERSING GJ, HARJOLA VP, HUISMAN MV, HUMBERT M, JENNING CS, JIMENEZ D, KUCHER N, LANG IM, LANKETT M, LORUSSO R, MAZZOLAI L, MENEVEAU N, NIAINLE F, PRANDONI P, PRUSZCZYK P, RIGHINI M, TORBICKI A, VAN BELLE E, ZAMORANO JL; ESC SCIENTIFIC DOCUMENT GROUP. 2019 ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ACUTE PULMONARY EMBOLISM DEVELOPED IN COLLABORATION WITH THE EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY (ERS). EUR HEART J. 2020;41(4):543-603. • 9. KHORANA AA, NOBLE S, LEE AYY, SOFF G, MEYER G, O'CONNELL C, CARRIER M. ROLE OF DIRECT ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT OF CANCER-ASSOCIATED VENOUS THROMBOEMBOLISM: GUIDANCE FROM THE SSC OF THE ISTH. J THROMB HAEMOST 2018; 16:1891-1894.

XARELTO®: RIVAROXABANA 2,5 MG / 10 MG / 15 MG / 20 MG. REG. MS 1.7056.0048. INDICAÇÕES: XARELTO® 10 MG, 15 MG E 20 MG: PREVENÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E EMBOLIA SISTÊMICA EM PACIENTES ADULTOS COM FIBRILAÇÃO ATRIAL NÃO VALVAR (FANV). TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E PREVENÇÃO DE TVP E EMBOLIA PULMONAR (EP) RECORRENTES APÓS TVP AGUDA, EM ADULTOS. TRATAMENTO DE EP E PREVENÇÃO DE EP E TVP RECORRENTES EM ADULTOS. PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA DE ARTROPLASTIA DE JOELHO OU QUADRIL. XARELTO® 2,5 MG, COADMINISTRADO COM ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) 100 MG: PREVENÇÃO DE EVENTOS ATEROTROMBÓTICOS (AVC, INFARTO DO MIOCÁRDIO E MORTE CARDIOVASCULAR) EM PACIENTES ADULTOS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC) OU DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (DAP) SINTOMÁTICA EM ALTO RISCO DE EVENTOS ISQUEMÍCOS. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. TRATAMENTO CONCOMITANTE DE DAC/DAP COM AAS EM PACIENTES COM AVC HEMORRÁGICO OU LACUNAR PRÉVIO OU QUALQUER AVC DENTRO DE UM MÊS. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES: TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM ANTIMICÓTICOS AZÓLICOS OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV, POTENTES INIBIDORES DO CYP3A4 E DA GP-P; COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLCR <15 ML/MIN), VALVULAS CARDÍACAS PROSTÉTICAS. DEVE SER INTERROMPIDO ANTES DE INTERVENÇÃO OU CIRURGIA. XARELTO® 2,5 MG DUAS VEZES AO DIA NÃO É INDICADO EM ASSOCIAÇÃO COM TERAPIA ANTIPLAQUETÁRIA DUPLA. USO COM CAUTELA: PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL MODERADA (CLCR < 50-30 ML/MIN) OU GRAVE (CLCR < 30-15 ML/MIN); RECEBENDO MEDICAÇÕES CONCOMITANTES QUE LEVAM AO AUMENTO DA CONCENTRAÇÃO DE RIVAROXABANA NO PLASMA EM PACIENTES TRATADOS, COMO INIBIDORES POTENTES DO CYP3A4; RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO, DOENÇA GASTROINTESTINAL ULCERATIVA; MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. ANESTESIA NEURAXIAL (EPIDURAL/ESPINAL), EVENTOS ADVERSOS: ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVÇÃO DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. POSOLOGIA: PREVENÇÃO DE AVC EM FANV: 20 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL MODERADA (CLCR < 50-30 ML/MIN) OU GRAVE (CLCR < 30-15 ML/MIN): 15 MG UMA VEZ AO DIA. PACIENTES SUBMETIDOS A INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA (ICP) COM COLOCAÇÃO DE STENT: 15 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA (OU 10 MG DE XARELTO® UMA VEZ AO DIA, SE INSUFICIÊNCIA RENAL MODERADA (CLCR < 50-30 ML/MIN)) ASSOCIADO A UM INIBIDOR DE P2Y12 POR NO MÁXIMO 12 MESES APÓS A ICP COM COLOCAÇÃO DE STENT. TRATAMENTO DO TEV: O TRATAMENTO INICIAL DE TVP E EP AGUDA É DE 15 MG DUAS VEZES AO DIA PARA AS TRÊS PRIMEIRAS SEMANAS, SEGUIDO POR 20 MG UMA VEZ AO DIA, APÓS PELO MENOS 6 MESES, 10 OU 20 MG UMA VEZ AO DIA, COM BASE EM UMA AVALIAÇÃO DE RISCO INDIVIDUAL. XARELTO® 15 E 20 MG DEVEM SER INGERIDOS COM ALIMENTOS. PROFILAXIA DE TEV APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO (ATJ): 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ, A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASIA. XARELTO® 2,5 MG 2 VEZES AO DIA PODE SER TOMADO COM OU SEM ALIMENTOS. PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA (CÓD. XAR 2020-03-26-167). PARA INFORMAÇÕES COMPLETAS, VIDE BULA DO PRODUTO (VE0219-CCDS12 E VE0219-CCDS11 VE0319-CCDS14).

CONTRAINDICAÇÃO: DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO.

Essa mensagem não deve ser compartilhada por se destinar somente a profissionais de saúde habilitados a prescreverem ou dispensarem medicamentos.

PP-XAR-BR-0337-1 | © Bayer S/A, junho 2020

