



# Sobrice 2014

17º Congresso da Sociedade Brasileira de  
Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular

7 a 9 de maio de 2014

Hotel Royal Palm Plaza - Campinas – SP

[www.sobrice2014.com.br](http://www.sobrice2014.com.br)

official program





# MENSAGEM DO PRESIDENTE

## MESSAGE

Prezados amigos,

Nos dias 7, 8 e 9 de maio de 2014 acontecerá o 17º Congresso da Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (Sobrice).

A cidade de Campinas foi escolhida para sediar o mais importante evento científico anual de nossa especialidade. O Congresso será realizado no acolhedor hotel Royal Palm Plaza, que dispõe de estrutura para a realização de grandes eventos e possibilita a hospedagem de grande parte dos congressistas. Além disso, todos os eventos sociais serão realizados nas dependências do complexo hoteleiro.

Para manter o alto padrão científico dos congressos anteriores, preparamos uma programação completa e cheia de novidades, incluindo renomados palestrantes internacionais e nacionais. Destacando os palestrantes internacionais, já confirmaram presença em nosso evento os doutores Alda Tam, Alessandro Radaelli, Anna Maria Belli, Bruno Odísio, Constantino Peña, Charbel Mounayer, Götz M. Richter, Josser Delgado, Marco Van Strijen, Peter Huppert, Peter Littrup, René Chapot e Sanjay Gupta.

Contaremos com salas simultâneas de Radiologia Intervencionista e de Neurorradiologia Terapêutica, além de workshops, com o objetivo transmitir dicas práticas e tirar dúvidas sobre os procedimentos com especialistas reconhecidos.

No primeiro dia do Congresso, que neste ano é completamente dedicado às aplicações da Radiologia Intervencionista em Oncologia, promoveremos um inédito encontro entre a Sobrice e o MD Anderson, com uma programação que abrangerá os temas mais atuais na área. Durante o decorrer dos outros dias serão abordados temas variados sobre nossa especialidade, incluindo denervação renal, intervenção em ginecologia e obstetrícia, manuseio endovascular das oclusões crônicas, EVAR e TEVAR, entre outros. A sala de Neurorradiologia Intervencionista também terá uma programação abrangente, com temas atuais como AVC

agudo e uso de novos devices no tratamento endovascular dos aneurismas cerebrais.

Os workshops, sucesso nas edições anteriores do evento, serão realizados em pequenas salas e as aulas serão aulas focadas na prática do dia-a-dia, com o intuito principal de troca de experiências entre profissionais renomados e a platéia. Após as exposições teóricas, os congressistas terão a oportunidade de ter contato com os materiais usados nos diversos procedimentos. O modelo foi reformulado, contando com um total de 12 workshops, com horários e temas que não coincidirão com as salas plenárias.

O Congresso deste ano busca uma maior interatividade dos congressistas com o evento. Simuladores propiciarão uma experiência prática com diversos tipos de procedimentos e materiais, periféricos e neurológicos. O Curso Osirix estará novamente presente, em virtude da grande procura em eventos anteriores, e deve se tornar tradição.

A sessão dos pôsteres continuará premiando os melhores trabalhos, que a cada ano têm se apresentado de melhor qualidade e em maior número, um sinal de maturidade da Especialidade em nosso país. É esperado que isto se repita em 2014.

Lembramos que ocorrerá durante Congresso, como de praxe, nossa Assembleia Ordinária e, além disso, teremos este ano as eleições da Diretoria da Sobrice para o biênio 2015-2016.

Convidamos a todos e esperamos uma participação em massa no 17º Congresso da Sobrice para prestigiar nossa especialidade, que tem cada vez mais importância na medicina atual.

Um grande abraço.

**Dr. Daniel Giansante Abud**  
*Presidente da Comissão Científica  
do 17º Congresso da Sobrice*

## ÍNDICE / INDEX

**3. INFORMAÇÕES GERAIS / GENERAL INFORMATION**

**5. COMISSÃO CIENTÍFICA / SCIENTIFIC COMMITTEE**

**7. CONVIDADOS INTERNACIONAIS / INTERNATIONAL FACULTY**

**9. CONVIDADOS NACIONAIS / NATIONAL FACULTY**

**10. GRADE RESUMIDA / GRID**

### **PROGRAMA CIENTÍFICO / SCIENTIFIC PROGRAM**

**11. QUARTA-FEIRA - 07 DE MAIO / WEDNESDAY - MAY 7TH**

**16. QUINTA-FEIRA - 08 DE MAIO / THURSDAY - MAY 8TH**

**21. SEXTA-FEIRA - 09 DE MAIO / FRIDAY - MAY 9TH**

**26. ANAIS 2014 / ANNALS**

**51. PLANTA DE EXPOSITORES / EXHIBITOR PLAN**

## INFORMAÇÕES GERAIS / GENERAL INFORMATION

### • ABERTURA/ENCERRAMENTO DA SECRETARIA (SECRETARIAT SCHEDULE)

07 e 08 de maio de 2014 das 07h00 - 18h00      *May 07th-08th - 07:00 am to 06:00 pm*

09 de maio de 2014 das 07h00 - 17h30      *May 09th - 07h00 am to 05:30 pm*

### • ABERTURA/ENCERRAMENTO DA EXPOSIÇÃO (EXHIBITOR AREA SCHEDULE)

Dias 07, 08 e 09 de maio das 08h00 as 17h30      *From May 7th to 9th - 08:00 am to 05:30 pm*

### • CRACHÁ (BADGE)

Seu crachá é seu passaporte para entrar em todas as dependências do evento. Mantenha-o sempre em seu poder e em lugar visível. \*Credenciais extras serão emitidas a um custo de R\$ 100,00.

*Your personal badges is your entrance to all the Scientific activities, exhibition area and shuttle bus service and opening session. Please, make sure you always have you badge on. The Registration Desk and/or the Congress Secretariat must be contracted in case of loss of you badge.*

*\*The charge for new badge is R\$ 100,00.*

### • ESTACIONAMENTO (PARKING)

O hotel mantém a facilidade do serviço de estacionamento prestado pela empresa Multipark, a qual será responsável pelo controle do serviço e faturamento das despesas.

Contato Escritório Central: (11) 3177-5555 ou (11) 3177-5568.

Para participantes não hospedados:

Pagamento efetuado diretamente no estacionamento pelo participante do evento conforme tabela vigente na ocasião do evento (sem convênio): 1ª hora: R\$ 14,00; 2ª hora: R\$ 8,00; demais horas: R\$ 4,00/hora / Diária máxima: R\$ 38,00 / Para participantes hospedados: R\$ 30,00.

*The daily parking for the period the event is: 1st hour: R\$ 14,00, 2nd hour: R\$ 8,00, Others hours: R\$ 4,00. Maximum daily: R\$ 38,00 and must be paid directly to MULTIPARK responsible for the administration. For participants hosted: R\$ 30,00*

### • INSCRIÇÃO (REGISTRATION)

A inscrição é obrigatória a todos os participantes.

*Compulsory to the all participants.*

### • INTERNET

O hotel disponibiliza link para os expositores de stands mediante consulta dos dados cadastrais da empresa. Lembramos que os links só poderão ser instalados antes da colocação da forração de stands ou da forração da cenografia. A cobrança é feita por acesso com o valor de R\$ 135,00/dia + encargos municipais. Para mais esclarecimentos sobre a infraestrutura da rede de dados do hotel, entrar em contato com [informatica@royalpalm.com.br](mailto:informatica@royalpalm.com.br) ou através do telefone 019 2117-8068.

*The Hotel Royal Palm Plaza has access to the Internet that can be purchased directly with the hotel ([informatica@royalpalm.com.br](mailto:informatica@royalpalm.com.br)) or by phone (19)-2117 8068*

### • MIDIA DESK (MEDIA DESK)

É imperativo que todos os palestrantes compareçam ao local com antecedência para registrar suas apresentações, verificar compatibilidade dos sistemas de informática e conferir o conteúdo das palestras. Horário de Funcionamento: 07 de maio de 2014 das 07h00 - 18h00

08 e 09 de maio de 2014 das 08h00 - 18h00

*It is very important that all speakers appear to the Media Desk in advance to record your presentations, check compatibility of computer systems and the content of the lectures. Opening hours: May 7th, 2014 from 07:00 am to 06:00 pm / May 8th to 9th, 2014 from 08:00 am to 06:00 pm*

### • MONTAGEM E DESMONTAGEM DA FEIRA (DATES AND OPERATING TIMES)

Montagem: 05 e 06 de maio de 2014 das 08h00 as 18h00.

Desmontagem: Após o término do evento até as 23h59 do dia 09/05/2014

*Assembly time: May 5 to 6, 08.00 am to 06.00 pm*

*Disassembly time: After the Congress closure until 11:59 pm*



• **TRADUÇÃO SIMULTÂNEA (SIMULTANEOUS TRANSLATION)**

Estará disponível no Auditório I em inglês-português-inglês e no Auditório II em Francês-português-Francês. Os fones estarão disponíveis na porta de entrada dos auditórios I e II e poderão ser retirados mediante apresentação de documento com foto.

\*Aparelhos não devolvidos serão cobrados do participante. Custo R\$ 500,00.

*The official language is Portuguese with simultaneous Translation from English into Portuguese and viceversa will be available in Auditorium I and Auditorium II in French/Portuguese/French.*

*Headphones can be obtained on loan. An ID with photo will be necessary, which will be returned when the headphones are brought back. Participants are informed that the loss or non returned of equipment will be charged with the equivalent of R\$ 500,00.*

• **LOCAL DO EVENTO**



**Royal Palm Plaza**

Av. Royal Palm Plaza, 277 - Jd Nova Califórnia

Campinas/SP

Site: <http://www.royalpalm.com.br/>

• **PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO**



**Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular**

Av. Paulista, 37 - cj. 71 - São Paulo/SP - CEP: 01311-902

Telefone: (11) 3372-4547

E-mail: [secretaria@sobrice.org.br](mailto:secretaria@sobrice.org.br)

Site: [www.sobrice.org.br](http://www.sobrice.org.br)

• **ORGANIZAÇÃO**



**Rowam Eventos**

Av. Republica Argentina, 50/ 102

CEP: 80240-210

Curitiba - PR

Telefax.: (41) 3342-9078

E-mail: [rowameventos@rowameventos.com.br](mailto:rowameventos@rowameventos.com.br)

Site: [www.rowameventos.com.br](http://www.rowameventos.com.br)

• **AGÊNCIA DE TURISMO OFICIAL**



**DLS Turismo**

Av. Santo Amaro, 3330 Cj. 83 Broklin

São Paulo/SP

Telefone: (11) 3382 1721

E-mail: [reservas@dlsturismo.com.br](mailto:reservas@dlsturismo.com.br)

Site: [www.dlsturismo.com.br](http://www.dlsturismo.com.br)

• **MONTADORA OFICIAL**



**ESTANDE FEIRAS E CONGRESSOS**

R. Bica de Pedra, 250

Vila Ânglo Brasileira - São Paulo/SP

Telefone: (11) 3871 4849

E-mail: [atendimento@estandefeiras.com.br](mailto:atendimento@estandefeiras.com.br)

Site: [www.estandefeiras.com.br](http://www.estandefeiras.com.br)

## **DIRETORIA SOBRIICE 2013 - 2014** **SOBRIICE Board 2013-12014**

*Presidente*

FELIPE NASSER (SP)

*Vice-Presidente*

RICARDO AUGUSTO DE PAULA PINTO (SP)

*Tesoureiro*

BRENO BOUERI AFFONSO (SP)

*Secretário*

CHARLES EDOUARD ZURSTRASSEN (SP)

*Vogal*

DANIEL GIANLANTE ABUD (SP)

*Vogal*

ADIB KOURY JÚNIOR (PA)

*Vogal*

GUSTAVO PALUDETTO OLIVEIRA (DF)

*Vogal*

JOAQUIM MAURÍCIO DA MOTTA LEAL FILHO (SP)

*Vogal*

RAPHAEL BRAZ LEVIGARD (RJ)

## **COMISSÃO CIENTÍFICA SOBRIICE** **SOBRIICE Scientific Committee**

*Presidente da Comissão Científica*

DANIEL GIANLANTE ABUD (SP)

*Membros*

ADIB KOURY JR. (PA)

BRENO BOUERI AFFONSO (SP)

CHARLES EDOUARD ZURSTRASSEN (SP)

DANIEL GIANLANTE ABUD (SP)

FELIPE NASSER (SP)

GUSTAVO PALUDETTO OLIVEIRA (DF)

JOAQUIM MAURÍCIO DA MOTTA LEAL FILHO (SP)

JORGE EDUARDO DE AMORIM (SP)

LUCAS MORETTI MONSIGNORE (SP)

MARCOS ROBERTO DE MENEZES (SP)

MARCOS DE LORENZO MESSINA (SP)

MARCELO SILVEIRA GUIMARÃES (EUA)

RAPHAEL BRAZ LEVIGARD (RJ)

RAFAEL NORONHA CAVALCANTE (SP)

RICARDO AUGUSTO DE PAULA PINTO (SP)

RODRIGO GOBBO GARCIA (SP)

SÉRGIO LUIS DE MELLO (MG)

**COMISSÃO CIENTÍFICA DE  
NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA**  
*Interventional Neuroradiology Scientific Committee*

*Coordenador*

MARCO TÚLIO SALLES REZENDE (MG)

*Comissão Científica*

DANIEL GIANANTE ABUD (SP)  
FRANCISCO JOSÉ MONT'ALVERNE (CE)  
GUILHERME SEIZEM NAKIRI (SP)  
JOSÉ GUILHERME MENDES CALDAS (SP)  
MARCO TÚLIO SALLES REZENDE (MG)

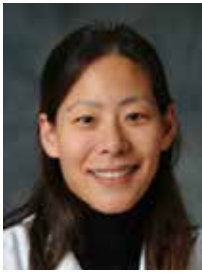
**COMISSÃO AVALIADORA DOS TEMAS LIVRES**  
*Abstract Selection Committee*

ALEXANDRE DE TARSO MACHADO (MG)  
DENIS SZEJNFELD (SP)  
DANIEL GIANANTE ABUD (SP)  
GUSTAVO ANDRADE (PE)  
JOAQUIM MAURÍCIO DA MOTTA LEAL FILHO (SP)  
LUIZ SERGIO PEREIRA GRILLO (ES)  
LUIZ OTÁVIO CORREA (GO)  
RAFAEL NORONHA CAVALCANTE (SP)  
RUBENS PIERRY FERREIRA LOPES (BA)  
WILSON DE OLIVEIRA SOUSA JUNIOR (PI)





## CONVIDADOS INTERNACIONAIS / INTERNATIONAL FACULTY



### ALDA TAM

USA

*Associate Professor*

*Department of Diagnostic Radiology, Division of Diagnostic Imaging The University of Texas MD Anderson Cancer Center - Houston, TX*



### ALESSANDRO RADAELLI

Netherlands

*Principal Clinical Scientist*

*Interventional X-ray, Philips Healthcare*



### ANNA MARIA BELLI

London

*Professor of Interventional Radiology & Consultant Radiologist*

*Radiology Department - St. George's Healthcare NHS*



### BRUNO ODÍSIO

USA

*Assistant Professor*

*Department of Diagnostic Radiology - Division of Diagnostic Imaging University of Texas, Anderson Cancer Center - Houston, TX*



### CONSTANTINO S. PEÑA

USA

*MD Interventional Radiologist Miami Vascular Specialists*

*Medical Director of Vascular Imaging Baptist Cardiac & Vascular Institute*



### CHARBEL MOUNAYER

France

*Professor*

*Interventional Neuroradiology*

*Centre Hospitalier Universitaire de Limoges - France*



### **JOSSER E. DELGADO**

USA

*Interventional Neuroradiology*

*Abbott Northwestern Hospital - Minneapolis - United States*



### **MARCO VAN STRIJEN**

Netherlands

*Interventional radiologist*

*Dept. of Radiology - St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein*



### **PETER HUPPERT**

Germany

*Professor of Radiology and Neuroradiology Vascular Center*

*Chairman of the Department of Diagnostic and Interventional Radiology -*

*Klinikum Darmstad*



### **PETER LITTRUP**

USA

*Director, Interventional Oncology - Karmanos Cancer Institute*

*Professor of Radiology and Radiation Oncology, Wayne State University*



### **RENÉ CHAPOT**

Germany

*Professor – Interventional Neuroradiology*

*Centre for Neuroradiology and Intracranial Endovascular Therapy - Essen -*

*Germany*



### **SANJAY GUPTA**

USA

*Professor*

*Department of Interventional Radiology MD Anderson Cancer*

*Center Houston, Texas*

## CONVIDADOS NACIONAIS / NATIONAL FACULTY

Adib Koury Júnior	PA	Gustavo Palludeto	DF
Adriano Mendes Caixeta	SP	Henrique Salas Martin	RJ
Airton Mota Moreira	SP	Hugo Gouveia	RJ
Alexander Ramajo Corvello	PR	Joaquim M. da Motta Leal Filho	SP
Alexandre Cordeiro Ulhôa	MG	Jorge Eduardo de Amorim	SP
Alexandre de Tarso Machado	MG	José Carlos Zirretta	RJ
Ana Terezinha Guillaumon	SP	José Guilherme M. Pereira Caldas	SP
Andre Moreira de Assis	SP	José Hugo Mendes Luz	RJ
Angelo Bomfim	AL	José Luiz Orlando	SP
Antonio Eduardo Zerati	SP	José Maria Gomes Perez	ES
Antonio Massamitsu Kambara	SP	José Maria Modenesi Freitas	ES
Breno Boueri Affonso	SP	José Ricardo Vanzin	RS
Carlos Batista A. de Souza Filho	MG	Leonardo de Deus Silva	SP
Carlos Eduardo Baccin	SP	Lucas Moretti Monsignore	SP
Carlos Gustavo Coutinho Abath	PE	Luis Henrique Castro Afonso	SP
Charles Edouard Zurstrassen	SP	Luiz Otávio Correa	GO
Christian Bark Liu	PR	Luiz Sérgio Pereira Grillo Jr.	ES
Claudio Emilio Bonduki	SP	Marcelo Calil Burihan	SP
Cláudio José Leão	GO	Marco Rivera	PE
Daniel Giansante Abud	SP	Marco Tulio Salles Rezende	MG
Daniela dos Santos	SP	Marcos de Lorenzo Messina	SP
Denis Szejnfeld	SP	Marcos Menezes	SP
Douglas Eduardo T. Cavalcanti	PE	Maria Carolina Loureiro	SP
Edoardo Copelli Pousada	SP	Michel Eli Frudit	SP
Eduardo Muracca Yoshinaga	SP	Oswaldo Pereira	SP
Eduardo Wajnberg	RJ	Pedro Magalhães	SC
Eduardo Zlotnik	SP	Raphael Braz Levigard	RJ
Eliano Arnaldo José Pellini	SP	Rafael Noronha Cavalcante	SP
Elias Fouad Rabahi	GO	Raquel Cristina Trovo Hidalgo	SP
Expedito Aguiar Bacelar Junior	MA	René Avelleda	PR
Felipe Coimbra	SP	Ricardo Augusto de Paula Pinto	SP
Felipe Nasser	SP	Rina Porta	SP
Francisco César Carnevale	SP	Rodrigo Gobbo Garcia	SP
Francisco Eduardo Prota	SP	Rubens Pierry Ferreira Lopes	BA
Francisco José Osse	SP	Sérgio Luis de Mello	MG
Francisco Leonardo Galastri	SP	Thiago Carvalho Roriz Pina	SP
Gelson Luis Koppe	PR	Thiago Giansante Abud	SP
Guilherme Castro	MG	Tiago Hilton Vieira Madeira	ES
Guilherme de Palma Abrão	RJ	Valéria Cardoso	SP
Guilherme Seizen Nakiri	SP	Valter Lima	RS
Guilherme Vieira Meirelles	SP	Vinicius Borges Soares	SC
Gustavo Andrade	PE		

## WORKSHOPS

Auditórios	Quarta-feira - 07 de maio	Quinta-feira - 08 de maio	Sexta-feira - 09 de maio
Auditório I	07h30 – 09h00 Carcinoma Hepatocelular <i>Hepatocellular Carcinoma</i>	07h30 – 09h00 Intervenção vascular periférica <i>Peripheral vascular interventions</i>	07h30 – 09h00 Ginecologia e Obstetrícia <i>Gynecology and Obstetrics</i>
Auditório II	12h30 – 14h00 Angioplastia Carotídea <i>Carotid Angioplasty</i>	07h30 – 09h00 Aneurisma Cerebral <i>Intracranial aneurysms</i>	07h30 – 09h00 Stroke <i>Stroke</i>
Auditório III	07h30 – 09h00 Emboloterapia <i>Embolotherapy</i>	07h30 – 09h00 Metástases <i>Metastasis</i>	07h30 – 09h00 TIPS <i>TIPS</i>
Auditório IV	07h30 – 09h00 Aorta torácica <i>Thoracic aorta</i>	07h30 – 09h00 Embolização prostática <i>Prostatic embolization</i>	07h30 – 09h00 Crioblação <i>Cryoablation</i>

## CURSOS E HAND'S ON

Auditórios	Quarta-feira - 07 de maio	Quinta-feira - 08 de maio	Sexta-feira - 09 de maio
Auditório III	-	09h00 – 12h00 Curso OSIRIX	-
Auditório IV	-	09h00 – 17h30 Hand's On Aorta	-

## PROGRAMAÇÃO SOBRICE

Horários - Imperial I	Quarta-feira - 07 de maio	Quinta-feira - 08 de maio	Sexta-feira - 09 de maio
09h00 – 10h30 * * Válido apenas para quinta e sexta-feira	09h00 – 10h45* Módulo Oncologia I Embolização/ Quimioembolização <i>Embolization / Chemoembolization</i>	Módulo Aorta <i>Aorta</i>	Módulo Saúde da Mulher <i>Woman's Health</i>
10h45 – 11h00	COFFEE BREAK		
11h00 – 12h30	Módulo Oncologia II Ablação <i>Ablation</i>	Módulo Vascular Periférico I <i>Peripheral Vascular I</i>	Módulo Intervenção Venosa <i>Venous Intervention</i>
12h30 – 14h00	Lunch Meeting FUJICOM	LUNCH	LUNCH
14h00 – 15h30	Módulo Oncologia III Hot Topics <i>Hot Topics</i>	Módulo Vascular Periférico II <i>Peripheral Vascular II</i>	Módulo Intervenção Hepática <i>Hepatic Intervention</i>
15h30 – 16h00	COFFEE BREAK		
16h00 – 17h30	Módulo Oncologia IV Sessão Interativa <i>Interative Session</i>	Módulo Embolização Prostática <i>Prostatic Embolization</i>	Módulo Hot Topics <i>Hot Topics</i>
18h00 – 18h30	Sessão de Abertura <i>Opening Session</i>	Assembleia Ordinária <i>Ordinary Asembly</i>	-
18h30 – 19h00	Prêmio Dr. Renan Uflacker <i>Dr. Renan Uflacker Wards</i>	-	-
19h00 – 21h00	Coquetel de abertura <i>Cocktail</i>	-	-

## PROGRAMAÇÃO NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA

Horários - Imperial II	Quarta-feira - 07 de maio	Quinta-feira - 08 de maio	Sexta-feira - 09 de maio
09h00 – 10h30	-	Módulo Stents redirecionadores de fluxo <i>Flow Divisor Stents</i>	Módulo MAVs/FAVDs cerebrais I <i>Intracranial AVMs/ DAVFs I</i>
10h30 – 11h00	COFFEE BREAK		
11h00 – 12h30	-	Módulo Aneurismas intracranianos I <i>Intracranial aneurysms I</i>	Módulo MAVs/FAVDs cerebrais II <i>Intracranial AVMs/ DAVFs II</i>
12h30 – 14h00	Lunch	Lunch	Lunch Meeting COVIDIEN
14h00 – 15h30	Módulo Angioplastia carotídea <i>Carotid angioplasty</i>	Módulo Aneurismas intracranianos II <i>Intracranial aneurysms II</i>	Módulo Miscelânea <i>Miscellany</i>
15h30 – 16h00	COFFEE BREAK		
16h00 – 17h30	Módulo AVCI agudo I <i>Acute Stroke I</i>	Módulo AVC agudo II <i>Acute Stroke II</i>	-
18h00 – 18h30	Sessão de Abertura <i>Opening Session</i>	Assembleia Ordinária <i>Ordinary Asembly</i>	-
18h30 – 19h00	Prêmio Dr. Renan Uflacker <i>Dr. Renan Uflacker Wards</i>	-	-
19h00 – 21h00	Coquetel de abertura <i>Cocktail</i>	-	-

## WORKSHOPS

07  
maio

quarta-feira

### AUDITÓRIO IMPERIAL I

#### **CARCINOMA HEPATOCELULAR**

HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Coordenador: Marcos Menezes (SP)

- 07:30 – 07:50 **CHC, estágio inicial**  
*HCC, early stage*  
Marcos Menezes (SP)
- 07:50 – 08:10 **CHC, estágio intermediário**  
*HCC, intermediate stage*  
Peter Huppert (Alemanha)
- 08:10 – 08:30 **CHC, estágio avançado; Terapias combinadas**  
*HCC, advanced stage; Combined therapies*  
Sanjay Gupta (EUA)
- 08:30 – 09:00 **Discussão e exposição das empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

### AUDITÓRIO IMPERIAL II

#### **ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA**

CAROTID ANGIOPLASTY

Coordenador: Thiago Giansante Abud (SP)

- 12:30 – 12:50 **Técnicas básicas – passo a passo**  
*Basic techniques – step by step*  
Thiago Giansante Abud (SP)
- 12:50 – 13:10 **Sistemas de proteção**  
*Protection systems*  
Guilherme Castro (MG)
- 13:10 – 13:30 **Como evitar complicações**  
*How to avoid complications*  
Carlos Batista (MG)
- 13:30 – 14:00 **Discussão e exposição das empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

### AUDITÓRIO III

#### **EMBOLOTERAPIA**

EMBOLOTHERAPY

Coordenador: Lucas Moretti Monsignore (SP)

- 07:30 – 07:50 **Agentes embólicos particulados**  
*Particulate embolic agents*  
Daniela Santos (SP)
- 07:50 – 08:10 **Agentes embólicos sólidos**  
*Solid embolic agents*  
Christian Bark Liu (PR)
- 08:10 – 08:30 **Agentes embólicos líquidos**  
*Liquid embolic agents*  
Lucas Moretti Monsignore (SP)
- 08:30 – 09:00 **Discussão e exposição das empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*



**AUDITÓRIO IV****AORTA TORÁCICA**

THORACIC AORTA

Coordenador: Sérgio Mello (MG)

- 07:30 – 08:00 **Manejo da dissecação aórtica**  
*Management of aortic dissection*  
Antonio Kambara (SP)
- 08:00 – 08:30 **Opções endovasculares para o tratamento do aneurisma de aorta torácica**  
*Endovascular options for treatment of thoracic aortic aneurysm*  
Antonio Kambara (SP)
- 08:30 – 09:00 **Discussão e Exposição das Empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

**PROGRAMAÇÃO SOBRICE****AUDITÓRIO IMPERIAL I****MÓDULO ONCOLOGIA I****EMBOLIZAÇÃO / QUIMIOEMBOLIZAÇÃO**

EMBOLIZATION / CHEMOEMBOLIZATION

Presidente: Felipe Nasser (SP)

Moderador: Gustavo Andrade (PE)

- 9:00 – 09:12 **Porque faço DEB-TACE para o CHC**  
*Why I perform DEB TACE on HCC*  
Alda Tam (EUA)
- 09:12 – 09:24 **Porque não uso DEB-TACE no CHC**  
*Why I do not use DEB TACE on HCC*  
Oswaldo Pereira (SP)
- 09:24 – 09:36 **Quimioembolização no colangiocarcinoma**  
*Chemoembolization oncholangiocarcinoma*  
Charles Zurstrassen (SP)
- 09:36 – 09:48 **Estado atual das terapias transarteriais nas neoplasias neuroendócrinas**  
*Current status of transarterial therapies in neuroendocrine cancers*  
Sanjay Gupta (EUA)
- 09:48 – 10:00 **Estratégias cirúrgicas no CHC – Cirurgião oncológico**  
*Surgical strategies on HCC – Surgical oncologist*  
Felipe Coimbra (SP)
- 10:00 – 10:12 **Embolização da veia porta**  
*Portal vein embolization*  
Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)
- 10:12 – 10:24 **DEBIRI**  
*DEBIRI*  
Peter Huppert (Alemanha)
- 10:24 – 10:45 **Discussão / Discussion**
- 10:45 – 11:00 **COFFEE BREAK**

**MÓDULO ONCOLOGIA II****ABLAÇÃO**

ABLATION

Presidente: Henrique Salas (RJ)

Moderador: Raphael Braz (RJ)

- 11:00 – 11:12 **Comparação entre os diferentes métodos ablativos para as patologias hepáticas malignas**  
*Comparison between different ablative methods for hepatic malignancies*  
Bruno Odísio (EUA)
- 11:12 – 11:24 **Carcinoma hepatocelular**  
*Hepatocellular carcinoma*  
Sanjay Gupta (EUA)
- 11:24 – 11:36 **Câncer colorretal**  
*Colorectal cancer*  
Bruno Odísio (EUA)
- 11:36 – 11:48 **Ablação de lesões renais**  
*Renal lesions ablation*  
Marcos Menezes (SP)
- 11:48 – 12:00 **Ablação de lesões pulmonares**  
*Pulmonary lesions ablation*  
José Hugo Mendes (RJ)
- 12:00 – 12:12 **Ablação de lesões musculoesqueléticas**  
*Musculoskeletal lesions ablation*  
Alda Tam (EUA)
- 12:12 – 12:30 **Discussão / Discussion**
- 12:30 – 14:00 LUNCH MEETING FUJICOM**
- 12:30 – 13:00 **TACE com M1 Drug-eluting beads: tamanho importa?**  
*TACE with M1 Drug-eluting beads: does size matter?*  
Bruno Odísio (EUA)
- 13:00 – 13:30 **Ablação percutânea por micro ondas: da cozinha para o uso clínico**  
*Percutaneous micro wave ablation: from cooktop to clinical care*  
Bruno Odísio (EUA)

**MÓDULO ONCOLOGIA III****HOT TOPICS**

HOT TOPICS

Presidente: Airton Mota Moreira (SP)

Moderador: Valéria Cardoso de Souza (SP)

- 14:00 – 14:12 **Terapias combinadas**  
*Combination therapies*  
Sanjay Gupta (EUA)
- 14:12 – 14:24 **Radioembolização: aspectos atuais no tumor hepático**  
*Radioembolization: current aspects in liver tumor*  
Bruno Odísio (EUA)
- 14:24 – 14:36 **Quimioterapia intra arterial para o retinoblastoma**  
*Intra-arterial chemotherapy for retinoblastoma*  
Hugo Gouveia (RJ)

- 14:36 – 14:48 **Colaboração da radiologia intervencionista nos estudos clínicos oncológicos**  
*IR collaboration for oncological clinical trials*  
Alda Tam (EUA)
- 14:48 – 15:00 **Eletroporação irreversível - pronta para o Horário Nobre?**  
*Irreversible electroporation - ready for Prime Time?*  
Alda Tam (EUA)
- 15:00 – 15:12 **Crioablação – dicas e truques**  
*Cryoablation – tips and tricks*  
Peter Littrup (EUA)
- 15:12 – 15:30 **Discussão / Discussion**
- 15:30 – 16:00 **COFFEE BREAK**

**MÓDULO ONCOLOGIA IV****SESSÃO INTERATIVA***INTERACTIVE SESSION**Presidente: Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)**Moderador: Felipe Coimbra (SP)*

- 16:00 – 16:12 **Casos selecionados**  
*Selected cases*  
Denis Szejnfeld (SP)
- 16:12 – 16:24 **Casos selecionados**  
*Selected cases*  
Alda Tam (EUA)
- 16:24 – 16:36 **Casos selecionados**  
*Selected cases*  
Sanjay Gupta (EUA)
- 16:36 – 16:48 **Casos selecionados**  
*Selected cases*  
Bruno Odísio (EUA)
- 16:48 – 17:00 **Casos selecionados**  
*Selected cases*  
Henrique Salas (RJ)
- 17:00 – 17:12 **Casos selecionados**  
*Selected cases*  
Raphael Braz (RJ)
- 17:12 – 17:30 **Discussão / Discussion**
- 18:00 – 18:30 Sessão de Abertura**  
*Opening Session*
- 18:30 – 19:00 Prêmio Dr. Renan Uflacker**  
*Dr. Renan Uflacker Wards*  
**Homenagem ao Dr. Antonio Massamitsu Kambara**  
*Tribute to Dr. Antonio Massamitsu Kambara*  
Rubens Pierry Ferreira Lopes (BA)
- 19:00 – 21:00 Coquetel de abertura**  
*Cocktail*

## AUDITÓRIO IMPERIAL II

### ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA

CAROTID ANGIOPLASTY

Presidente: Raquel Hidalgo (SP)

Moderador: Elias Rabahi (GO)

- 14:00 – 14:25 **Aspectos técnicos**  
*Technical aspects*  
José Guilherme Caldas (SP)
- 14:25 – 14:50 **Sistemas de proteção: sempre necessário?**  
*Protection systems: always necessary?*  
José Ricardo Vanzin (RS)
- 14:50 – 15:15 **Angioplastia carotídea: não desisti!**  
*Carotid angioplasty: do not give up!*  
Alexandre Cordeiro Ulhôa (MG)
- 15:15 – 15:30 **Discussão / Discussion**
- AVCI AGUDO I**  
ACUTE STROKE I
- Presidente: Carlos Batista (MG)
- Moderador: Leonardo de Deus Silva (SP)
- 16:00 – 16:50 **O estado atual da intervenção no AVC isquêmico agudo e como minimizar o tempo do início dos sintomas até a punção**  
*Current state of acute ischemic stroke intervention and how to minimize the time from symptom onset to puncture*  
Josser Delgado (EUA)
- 16:50 – 17:15 **Estenose intracraniana além do SAMMPRIS**  
*Intracranial stenosis beyond SAMMPRIS*  
José Maria Modenesi Freitas (ES)
- 17:15 – 17:30 **Discussão / Discussion**

## WORKSHOPS

**AUDITÓRIO IMPERIAL I****INTERVENÇÃO VASCULAR PERIFÉRICA**

PERIPHERAL VASCULAR INTERVENTIONS

Coordenador: Marco Rivera (PE)

- 07:30 – 08:00 **Acessos alternativos e técnicas para otimização de resultados da revascularização no território infrapoplíteo**  
*Alternative accesses and techniques for optimizing outcomes of revascularization in the infrapopliteal territory*  
Constantino Peña (EUA)
- 08:00 – 08:30 **Fibrinólise: como o serviço deve estar montado para sua realização com excelência, como superar dificuldades institucionais**  
*Fibrinolysis: how the service should be set for its achievement with excellence, how to overcome institutional difficulties*  
Marco Rivera (PE)
- 08:30 – 09:00 **Discussão e Exposição das Empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

**AUDITÓRIO IMPERIAL II****ANEURISMA CEREBRAL**

INTRACRANIAL ANEURYSMS

Coordenador: Guilherme Abrão (RJ)

- 07:30 – 07:50 **Técnicas básicas – passo a passo**  
*Basic techniques - step by step*  
Pedro Magalhães (SC)
- 07:50 – 08:10 **Remodelagem com balão**  
*Balloon remodeling*  
Tiago Madeira (ES)
- 08:10 – 08:30 **Stents**  
*Stents*  
Guilherme Abrão (RJ)
- 08:30 – 09:00 **Discussão e exposição das empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

**AUDITÓRIO III****METÁSTASES E ABLAÇÃO PERCUTÂNEA**

METASTASIS AND PERCUTANEOUS ABLATION

Coordenador: Rodrigo Gobbo Garcia (SP)

- 07:30 – 07:50 **Quimioembolização para metástases**  
*Metastasis chemoembolization*  
Peter Huppert (Alemanha)
- 07:50 – 08:10 **Ablação hepática**  
*Liver ablation*  
Rodrigo Gobbo Garcia (SP)
- 08:10 – 08:30 **Linfonodos**  
*Lymph nodes*  
Marcos Menezes (SP)



08:30-08:50 Radiologia intervencionista nos tumores hepáticos: ablação x quimioembolização  
*Interventional Radiology in hepatic tumors: ablation x chemoembolization*  
Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)

08:50 – 09:00 Discussão e exposição das empresas  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

09h00 - 12h00 **CURSO OSIRIX**  
*Osirix Course*  
Alexandre de Tarso Machado (MG)

#### **AUDITÓRIO IV**

**EMBOLOGIZAÇÃO PROSTÁTICA**  
*PROSTATIC EMBOLIZATION*  
Coordenador: Joaquim M. Motta Leal Filho (SP)

07:30 – 08:00 Anatomia arterial pélvica e prostática, técnica da EAP e como evitar complicações  
*Pelvic and prostate arterial anatomy, PAE technique and how to avoid complications*  
Joaquim M. Motta Leal Filho (SP)

08:00 – 08:30 Técnica da EAP: apresentação de casos ao vivo gravados  
*PAE technique: selected taped live cases*  
Francisco C. Carnevale (SP)

08:30 – 09:00 Discussão e exposição das empresas  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

09h00 - 17h30 **HAND'S ON AORTA**  
Treinamento em simulador  
*Simulator training*

## **PROGRAMAÇÃO SOBRIÇE**

#### **AUDITÓRIO IMPERIAL I**

**AORTA**  
*AORTA*  
Presidente: Marcelo Calil Burihan (SP)  
Moderador: Antonio Kambara (SP)

09:00 – 09:12 Aneurismas pequenos: como deve ser tratados?  
*Small aneurysms: how should they be approached?*  
Götz Richter (Alemanha)

09:12 – 09:24 Endoleak tipo II: embolização transarterial X punção direta guiada por TC  
*EVAR type II endoleak: transarterial embolization VS CT guided access*  
Marco Van Strijen (Holanda)

09:24 – 09:36 Aneurisma Sacular vs Fusiforme - o que precisamos saber  
*EVAR: Sacular VS Fusiform aneurysms – what we need to know*  
Constantino Peña (EUA)

09:36 – 09:48 Aplicação da cirurgia robótica no tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal  
*EVAR: Robotic application*  
Constantino Peña (EUA)

09:48 – 10:00 Técnica fenestrada X Técnica de Chaminé: qual a melhor solução?  
*Fenestrated EVAR VS Chimney EVAR: wich is the best solution?*  
Götz Richter (Alemanha)

10:00 – 10:12 **Implante percutâneo da Válvula Aórtica: estado atual**  
TAVI  
*Adriano Caixeta (SP)*

10:12 – 10:30 **Discussão / Discussion**

10:30 – 11:00 **COFFEE BREAK**

### **VASCULAR PERIFÉRICO I**

PERIPHERAL VASCULAR I

*Presidente: Adib Koury Júnior (PA)*

*Moderador: Ana Terezinha Guillaumon (SP)*

11:00 – 11:12 **Quais lesões TASC deveriam ser tratadas por acesso endovascular no mundo real**  
*Which TASC lesions should be treated by endovascular means in the real world*  
*Anna Maria Belli (Londres)*

11:12 – 11:24 **Técnicas endovasculares para o tratamento das lesões TASC C e D infra-poplíteo**  
*Endovascular approach to infrapopliteal TASC C and D lesions*  
*Constantino Peña (EUA)*

11:24 – 11:36 **Tratamento da doença arterial obstrutiva infra patelar: angiosoma? – estado da arte**  
*Treatment of BTK obstructive arterial disease: angiosome? – state of the art*  
*Jorge Eduardo Amorim (SP)*

11:36 – 11:48 **Qual a melhor conduta em lesões do segmento infra-poplíteo: angioplastia sozinha, stent, balão farmacológico, stent eluidor de droga? Estado atual**  
*Which is the best approach to BTK lesions: ATP alone, stent, drug eluting balloon, drugs eluting stent? Current state*  
*Götz Richter (Alemanha)*

11:48 – 12:00 **O papel dos balões e stents farmacológicos na DAOP nos segmentos infra-inguinais**  
*The role of drug eluting ballons and drug eluting stents in infrainguinal PAD*  
*Felipe Nasser (SP)*

12:00 – 12:12 **Técnicas endovasculares para o tratamento das lesões TASC C e D no segmento femoral**  
*Endovascular approach to TASC C and D lesions on femoral segment*  
*Antonio Eduardo Zerati (SP)*

12:12 – 12:30 **Discussão / Discussion**

12:30 – 14:00 **LUNCH MEETING**

### **VASCULAR PERIFÉRICO II**

PERIPHERAL VASCULAR II

*Presidente: Guilherme Vieira Meirelles (SP)*

*Moderador: Alexander Ramajo Corvello (PR)*

14:00 – 14:12 **Tratamento endovascular do aneurisma de artéria poplíteo: novas alternativas**  
*Endovascular treatment of popliteal artery aneurysm: new alternatives*  
*Constantino Peña (EUA)*

14:12 – 14:24 **Tratamento endovascular da oclusão da artéria femoral comum**  
*Endovascular treatment of common femoral occlusion*  
*Adib Koury Júnior (PA)*

14:24 – 14:36 **Tratamento endovascular dos aneurismas isolados da artéria ilíaca**  
*Endovascular treatment of isolated ilíac artery aneurysms*  
*Götz Richter (Alemanha)*

14:36 – 14:48 **Tratamento endovascular das reestenoses no segmento infrainguinal**  
*Endovascular treatment of restenosis in infra inguinal segment*  
*Sérgio Mello (MG)*

- 14:48 – 15:00 **Fibrinólise em salvamento de membros: estado atual**  
*Fibrinolysis in limb salvage: current status*  
Constantino Peña (EUA)
- 15:00 – 15:12 **Acessos alternativos e técnicas para otimização de resultados da revascularização no território femoral**  
*Alternative accesses and techniques for optimizin GO outcomes of revascularization in the femoral territory*  
Douglas Cavalcanti (PE)
- 15:12 – 15:30 **Discussão / Discussion**
- 15:30 – 16:00 **COFFEE BREAK**
- EMBOLOGIA PROSTÁTICA**  
*PROSTATIC EMBOLIZATION*  
Presidente: Felipe Nasser (SP)  
Moderador: Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)
- 16:00 – 16:12 **Hiperplasia prostática benigna: manifestações clínicas e tratamentos padrões atuais**  
*Benign prostatic hyperplasia: clinical manifestations and current standards of care*  
Eduardo Muracca Yoshinaga (SP)
- 16:12 – 16:24 **Seleção dos pacientes para EAP: Na perspectiva do Urologista, qualquer paciente pode ser um candidato?**  
*Patient selection for PAE: In the Urologist's perspective, any patient can be a candidate?*  
Eduardo Muracca Yoshinaga (SP)
- 16:24 – 16:36 **Anatomia arterial pélvica e prostática**  
*Pelvic and prostate arterial anatomy*  
Joaquim M. Motta Leal Filho (SP)
- 16:36 – 16:48 **Técnica da EAP e como evitar complicações**  
*PAE technique and how to avoid complications*  
Francisco C. Carnevale (SP)
- 16:48 – 17:00 **A embolização prostática se tornará o tratamento de escolha para HPB?**  
*Will prostate embolization be come the treatment of choice for BPH?*  
Francisco C. Carnevale (SP)
- 17:00 – 17:12 **EAP: resultados de estudos clínicos**  
*PAE: clinical Trial results*  
Joaquim M. Motta Leal Filho (SP)
- 17:12 – 17:30 **Discussão / Discussion**
- 18:00 **ASSEMBLEIA ORDINÁRIA**  
*Regular assembly*

## NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

### AUDITÓRIO IMPERIAL II

#### STENTS REDIRECIONADORES DE FLUXO

*FLOW DIVERSOR STENTS*

Presidente: Alexander Ramajo Corvello (PR)

Moderador: Vinicius Borges (SC)

- 09:00 – 09:25 **Silk – Resultados**  
*Silk – Results*  
Cláudio Leão (GO)
- 09:25 – 09:50 **PED – Resultados**  
*PED - Results*  
Eduardo Wajnberg (RJ)

- 09:50 – 10:15 **Manuseio da dupla antiagregação plaquetária para pacientes com aneurismas cerebrais tratados com stents e diversores de fluxo usando o sistema Verify Now**  
*Active management of dual antiplatelet therapy for patients with brain aneurysms treated with stents & flow diverters using the Verify Now system*  
Josser Delgado (EUA)
- 10:15 – 10:30 **Discussão / Discussion**
- ANEURISMAS INTRACRANIANOS I**  
*INTRACRANIAL ANEURYSMS I*  
Presidente: José Ricardo Vanzin (RS)  
Moderador: Gustavo Palludeto (DF)
- 11:00-11:25 **Stents em Y para aneurismas de bifurcação**  
*Y Stenting for bifurcation aneurysms*  
Marco Túlio Rezende (MG)
- 11:25 – 11:50 **Aneurismas fusiformes da artéria basilar: opções de tratamento**  
*Fusiform aneurysms of the basilar artery: treatment options*  
Carlos Eduardo Baccin (SP)
- 11:50 – 12:15 **Tratamento endovascular dos aneurismas da artéria cerebral média**  
*Endovascular treatment of aneurysms of the middle cerebral artery*  
Daniel Giansante Abud (SP)
- 12:15 – 12:30 **Discussão / Discussion**
- ANEURISMAS INTRACRANIANOS II**  
*INTRACRANIAL ANEURYSMS II*  
Presidente: Daniel Giansante Abud (SP)  
Moderador: Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)
- 14:00 – 14:25 **Tratamento dos aneurismas com o Coil Penumbra**  
*Aneurysms treatment with the Penumbra Coil*  
Josser Delgado (EUA)
- 14:25 – 14:50 **O alfabeto dos stents e balões**  
*The alphabet of stents and balloons*  
René Chapot (Alemanha)
- 14:50 – 15:15 **Os novos endodevices se adequam a evolução da evolução da NRI?**  
*Do new endo aneurysmal devices fit in the INR evolution?*  
Charbel Mounayer (França)
- 15:15-15:30 **Discussão / Discussion**
- AVC AGUDO II**  
*ACUTE STROKE II*  
Presidente: Tiago Madeira (ES)  
Moderador: José Maria Modenesi Freitas (ES)
- 16:00 – 16:25 **Atualização dos trials**  
*Trials up to date*  
Luis Henrique Castro Afonso (SP)
- 16:25 – 16:50 **Trombectomia: mensagem para levar para casa**  
*Thrombectomy: take home message*  
René Chapot (Alemanha)
- 16:50 – 17:15 **Técnica ADAPT**  
*ADAPT technique*  
Josser Delgado (EUA)
- 17:15 – 17:30 **Discussão/Discusion**

## WORKSHOPS

### AUDITÓRIO IMPERIAL I

#### GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Coordenador: Marcos Messina (SP)

- 07:30 – 07:50 **Ultrassom focado de alta intensidade vs. Embolização das artérias uterinas**  
*HIFU vs. UAE*  
*Edoardo Copelli Pousada (SP)*
- 07:50 – 08:10 **Embolização das artérias uterinas – aspectos técnicos**  
*UAE Technical aspects*  
*Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)*
- 08:10 – 08:30 **Embolização na congestão pélvica: do diagnóstico ao tratamento**  
*Embolization in pelvic congestion: from diagnosis to treatment*  
*José Maria Gomes Perez (ES)*
- 08:30 – 09:00 **Discussão e Exposição das Empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

### AUDITÓRIO IMPERIAL II

#### STROKE

STROKE

Coordenador: Guilherme Seizem Nakiri (SP)

- 07:30 – 07:50 **Indicações clínicas**  
*Clinical indications*  
*Luis Henrique de Castro Afonso (SP)*
- 07:50 – 08:10 **Trombectomia com stentriever**  
*Thrombectomy with stentriever*  
*Guilherme Seizem Nakiri (SP)*
- 08:10 – 08:30 **Trombectomia com aspiração**  
*Thrombectomy with aspiration*  
*José Maria Modenesi Freitas (ES)*
- 8:30 – 9:00 **Discussão e exposição das empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*

### AUDITÓRIO III

#### TIPS

TIPS

Coordenador: Rafael Noronha Cavalcante (SP)

- 07:30 – 07:50 **Princípios básicos e técnica**  
*Basic principles and techniques*  
*Rafael Noronha Cavalcante (SP)*
- 07:50 – 08:10 **Como lidar com as complicações**  
*How to deal with complications*  
*Götz Richter (Alemanha)*
- 08:10 – 08:30 **TIPS pediátrico**  
*Pediatric TIPS*  
*André Moreira de Assis (SP)*
- 08:30 – 09:00 **Discussão e exposição das empresas**  
*Discussion and exhibition of materials by companies*



**AUDITÓRIO IV****CRIOABLAÇÃO**

CRYOABLATION

Coordenador: José Hugo Mendes (RJ)

- 07:30 – 07:50 **Rim**  
Kidney  
José Hugo Mendes (RJ)
- 07:50 – 08:10 **Pulmão**  
Lung  
Rodrigo Gobbo Garcia (SP)
- 08:10 – 08:30 **Outros órgãos**  
Other organs  
Peter Littrup (EUA)
- 09:00 – 09:30 **Discussão e exposição das empresas**  
Discussion and exhibition of materials by companies

**PROGRAMAÇÃO SOBRICE****AUDITÓRIO IMPERIAL I****SAÚDE DA MULHER**

WOMEN'S HEALTH

Presidente: Francisco Prota (SP)

Moderador: Eduardo Zlotnik (SP)

- 09:00 – 09:12 **Histerectomia e sexualidade: mitos e realidade**  
Hysterectomy and sexuality: myths and reality  
Eliano Arnaldo José Pellini (SP)
- 09:12 – 09:24 **Ginecologia endovascular: como fortalecer as indicações e otimizar os resultados**  
Endovascular gynaecology: how to strengthen indications and optimize outcomes  
Marcos Messina (SP)
- 09:24 – 09:36 **Manejo profilático da radiologia intervencionista nas gestações de risco**  
Prophylactic IR management of the at-risk pregnancy  
Anna Maria Belli (Londres)
- 09:36 – 09:48 **Embolização de mioma e preservação da fertilidade: o que há de novo?**  
Embolization of fibroid and fertility preservation: what's new?  
Anna Maria Belli (Londres)
- 09:48 – 10:00 **Síndrome da congestão pélvica crônica**  
Chronic pelvic congestion syndrome  
José Maria Gomes Perez (ES)
- 10:00 – 10:12 **Tratamento endovascular como opção na adenomiose**  
Endovascular treatment as an option in adenomyosis  
Claudio Emílio Bonduki (SP)
- 10:12 – 10:30 **Discussão / Discussion**
- 10:30 – 11:00 **COFFEE BREAK**

**INTERVENÇÃO VENOSA**

## VENOUS INTERVENTION

Presidente: Luiz Otávio Correa (GO)

Moderador: Thiago Carvalho Roriz Pina (SP)

- 11:00 – 11:12 **Coletas venosas hormonais por cateterismo para diagnóstico de doenças endócrinas**  
*Venous ampling catheterization for the diagnosis of endocrine disorders*  
Gustavo Andrade (PE)
- 11:12 – 11:24 **Fibrinólise em TVP aguda e crônica. Qual indicação do uso do stent venoso?**  
*Fibrinolysis in acute and chronic DVT. What is the indication of venous stenting?*  
Francisco José Osse (SP)
- 11:24 – 11:36 **Trombectomia do TEP agudo e crônico – Qual sistema utilizar**  
*Thrombectomy of acute and chronic PTE - Which system to use*  
Angelo Bomfim (AL)
- 11:36 – 11:48 **Malformações vasculares periféricas**  
*Peripheral vascular malformations*  
José Luiz Orlando (SP)
- 11:48 – 12:00 **Trauma venoso**  
*Venous trauma*  
Rina Porta (SP)
- 12:00 – 12:12 **Acessos vasculares alternativos**  
*Alternative vascular accesses*  
Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)
- 12:12 – 12:30 **Discussão / Discussion**
- 12:30 – 14:00 **LUNCH MEETING**

**INTERVENÇÃO HEPÁTICA**

## HEPATIC INTERVENTION

Presidente: Breno Boueri Affonso (SP)

Moderador: Luiz Sérgio Pereira Grillo (ES)

- 14:00 – 14:12 **Aspectos técnicos do TIPS**  
*TIPS: technical aspects*  
Götz Richter (Alemanha)
- 14:12 – 14:24 **TIPS em casos atípicos**  
*TIPS for atypical cases*  
Denis Szejnfeld (SP)
- 14:24 – 14:36 **Quando indicar stents revestidos nas estenoses biliares malignas**  
*When to use coated stents in malignant biliary strictures?*  
Charles Edouard Zurstrassen (SP)
- 14:36 – 14:48 **Sangramento de Varizes Gástricas - TIPS ou BRTO**  
*Gastric varices bleeding - TIPS or BRTO*  
Alexandre de Tarso Machado (MG)
- 14:48 – 15:00 **TIPS na Síndrome de Budd Chiari**  
*TIPS on Budd Chiari Syndrom*  
Henrique Salas (RJ)
- 15:00 – 15:12 **Complicações vasculares do fígado transplantado**  
*Vascular complications of transplanted liver*  
Francisco Leonardo Galastri (SP)
- 15:12 – 15:30 **Discussão / Discussion**
- 15:30 – 16:00 **COFFEE BREAK**

**HOT TOPICS***HOT TOPICS**Presidente: Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)**Moderador: Rafael Noronha Cavalcante (SP)*

- 16:00 – 16:12 **Como organizar um serviço para a realização de denervação renal**  
*How to organize a service for performing renal denervation*  
Anna Maria Belli (Londres)
- 16:12 – 16:24 **Denervação renal: quais os benefícios dos dispositivos de segunda geração?**  
*Renal denervation: what do second generation devices bring to the table?*  
Anna Maria Belli (Londres)
- 16:24 – 16:36 **Proteção radiológica**  
*Radiological protection*  
Marco Van Strijen (Holanda)
- 16:36 – 16:48 **Sobreposição de imagens 3D: como isso pode ajudar em Radiologia Intervencionista - o próximo passo em intervenções percutâneas por agulha**  
*3D overlay imaging: how can it help in interventional radiology – the next step in percutaneous needle interventions*  
Marco Van Strijen (Holanda)
- 16:48 – 17:00 **Qual o papel da angioplastia renal após os resultados do Coral Trial**  
*What is the role of renal angioplasty after the results of Coral Trial*  
Valter Lima (RS)
- 17:00 – 17:12 **Cone Beam CT durante embolização transarterial: evidências atuais e futuras aplicações**  
*Cone Beam CT during trans-arterial embolization: current evidence and future applications*  
Alessandro Radaelli (Holanda)
- 17:12 – 17:30 **Discussão / Discussion**
- 18:00 **ASSEMBLEIA ORDINÁRIA**  
*Ordinary Assembly*

**NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA****AUDITÓRIO IMPERIAL II****MAVS/FAVDS CEREBRAIS I***INTRACRANIAL AVMS/ DAVFS I**Presidente: Marco Tulio Salles Rezende (MG)**Moderador: José Ricardo Vanzin (RS)*

- 09:00 – 09:25 **Tratamento endovascular das fistulas AV durais**  
*Endovascular treatment of dural AV fistulas*  
Michel Frudit (SP)
- 09:25 – 09:50 **Novas opções para tratamento endovascular das FAVDs**  
*New trends in DAVF*  
René Chapot (Alemanha)
- 09:50 – 10:15 **Tratamento endovascular MAVs – conceitos**  
*Endovascular treatment of AMVs – Concepts*  
Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)
- 10:15 – 10:30 **Discussão / Discussion**

**MAVS/FAVDS CEREBRAIS II**

INTRACRANIAL AVMS/ DAVFS II

Presidente: Maria Carolina Loureiro (SP)

Moderador: Expedito Bacelar Júnior (MA)

- 11:00 – 11:25 **Devemos tratar MAVs não rotas após o trial ARUBA**  
*Do we have to treat unruptured AVMs after ARUBA results?*  
Charbel Mounayer (França)
- 11:25 – 11:50 **Standard and reverse Pressure Cooker Technique**  
René Chapot (Alemanha)
- 11:50 – 12:15 **Via venosa: indicações e tratamento**  
*Venous approach in AVM: indications, rationale and treatment*  
Charbel Mounayer (França)
- 12:15 – 12:30 **Discussão / Discussion**
- 12h30-14h00 **LUNCH MEETING COVIDIEN**  
**TRATAMENTO DE ANEURISMAS COMPLEXOS COM DIVERSOR DE FLUXO PIPELINE**  
*TREATMENT OF COMPLEX ANEURYSMS WITH FD PIPELINE*  
Moderadores: Eduardo Wajnberg (RJ), René Avelleda (PR)
- 12:30-12:50 **Aspectos técnicos do FD Pipeline**  
*Technical aspects of the FD Pipeline*  
Daniel Abud (SP)
- 12:50-13:10 **Apresentação de casos de aneurismas complexos com FD Pipeline**  
*Case presentation of complex aneurysms with FD Pipeline*  
Charbel Mounayer (França)
- 13:10-13:30 **Apresentação de estudos clínicos com FD**  
*Presentation of clinical studies with FD*  
Marco Tulio Salles Rezende (MG)
- 13:30-14:00 **Discussão de casos e encerramento**  
*Discussion and Closure*
- MISCELÂNIA**  
MISCELLANY  
Presidente: José Carlos Zirretta (RJ)  
Moderador: Thiago Giansante Abud (SP)
- 14:00 – 14:25 **MAVG – experiência pessoal**  
*MAVG – personal experience*  
José Guilherme Caldas (SP)
- 14:25 – 14:50 **Fístulas carótido-cavernosas: Estratégias terapêuticas**  
*Carotid-Cavernous Fistula: therapeutic strategies*  
Leonardo de Deus Silva (SP)
- 14:50 – 15:15 **Tratamento percutâneo das malformações vasculares crânio-faciais**  
*Percutaneous treatment of craniofacial vascular malformations*  
Gelson Luis Koppe (PR)
- 15:15 – 15:30 **Discussão / Discussion**

The background is a solid teal color. On the left side, there are two vertical white lines. A large, semi-transparent circular graphic is positioned in the lower half of the page, overlapping the teal background. The text 'ANAIS 2014' is printed in white, uppercase letters, centered horizontally in the upper middle section of the page. A larger, faint version of the same text is visible in the background behind the main text.

ANAIS 2014

programa oficial . **SOBRICE 2014**

**1 / 1 - ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE METÁSTASE PULMONAR NO CÂNCER DE PARATIREÓIDE**

Ana Claudia Campos Paiva,  
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

Objetivo: Câncer de paratireóide é infrequente e representa menos de 1% dos casos de hiperparatireoidismo primário. O nível sérico elevado do paratormônio (PTH) e o aumento da reabsorção óssea resultam em hipercalcemia e manifestações esqueléticas que variam desde perda óssea assintomática até fraturas e tumores. Pancreatite e insuficiência renal são complicações graves da hipercalcemia. Ressecção em bloco cirúrgico do câncer de paratireóide e tecidos envolvidos adjacentes é o tratamento mais eficaz. Doença metastática à distância ocorre em 15% a 45% dos casos e os pulmões são o local mais comum.

Não há tratamento sistêmico efetivo atual para a doença metastática e o principal objetivo é diminuir as dimensões da massa tumoral a fim de controlar e/ou reduzir a hipercalcemia.

A hipercalcemia refratária sintomática, a presença de múltiplas metástases pulmonares irrissecáveis e a ausência de opções de tratamento convencional nos levaram a investigar a possibilidade da realização da ablação por radiofrequência nos pacientes com doença pulmonar metastática.

Somente 4 casos de carcinoma de paratireóide tratados com ablação por radiofrequência foram relatados.

Relatos de Casos: Relatamos três casos de carcinoma metastático de paratireóide com hipercalcemia sintomática refratária. Todos os pacientes tiveram redução significativa dos níveis séricos de cálcio e do PTH com conseqüente melhora clínica. O procedimento foi razoavelmente tolerado e pneumotórax foi a complicação mais importante. Não houve recorrência dos nódulos pulmonares tratados até o momento.

Discussão: Não há um tratamento eficaz para o câncer da paratireóide pulmonar metastático com hipercalcemia refratária. A ablação por radiofrequência de nódulos pulmonares metastáticos resultou em redução significativa do cálcio sérico e dos níveis de PTH e na melhora dos sintomas. Em nossa experiência, a ablação por radiofrequência da doença pulmonar metastática tem proporcionado o controle adequado da hipercalcemia, melhora da qualidade de vida e maior sobrevida dos pacientes.

**2 / 2 - ANEURISMA DE ARTERIA ILIACA INTERNA POS TRATAMENTO CIRURGICO DE AAA.**

Daniel de Sousa Marques Oliveira, Crescêncio A. P. Cêntola, Rafael Garzon, Raquel C. T. Hidalgo  
CRIVA

Objetivo: Demonstrar alternativa de tratamento minimamente invasivo para complicações vasculares que podem ocorrer durante a terapêutica cirúrgica convencional da doença aneurismática do eixo aorto-ilíaco.

Relato de Caso: Paciente RPP, 62 anos, hipertenso, tabagista, apresentou quadro típico de rotura de aneurisma intra-abdominal, com dor em hipogástrio, hipotensão, evoluindo para choque hipovolêmico. Foi submetido a cirurgia de emergência, que confirmou quadro de rotura de aneurisma de aorta infra-renal, sendo realizado um bypass aorto-bi-femoral com ligadura da artéria ilíaca externa direita e preservação das artérias ilíacas externa e interna esquerdas.

O diagnóstico do aneurisma de artéria ilíaca interna foi feito após realização de ultrassonografia de pelve para investigação de CA de próstata 6 anos após.

O exame angiográfico evidenciou enchimento de aneurisma de artéria ilíaca interna esquerda retrogradamente pela artéria ilíaca externa. Foi então submetido a tratamento endovascular com embolização do aneurisma com molas fibradas.

Discussão: Os aneurismas de artéria ilíaca interna, localizam-se realmente na profundidade da pelve, sendo esta, posição favorável para expansão relativamente livre com conseqüente início tardio dos sintomas e muitas vezes através de complicações, estas, resultantes de compressão de estruturas adjacentes, fistulização ou ruptura, incluindo o trato geniturinário, gastrointestinal, nervos e vasos pélvicos. A correção cirúrgica aberta dos AIAI trata-se de procedimento com desafios técnicos a serem vencidos, como acesso restrito ao interior da pelve, presença íntima de estruturas como veias pélvicas e ureter, além da reação inflamatória peri-aneurismática, que dificultam sua dissecação.





### 3 / 3 - INTERVENÇÃO MEDIANTE ULTRASSOM FOCADO GUIADO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PARA MANEJO DA DOR NO OSTEOMA OSTEÓIDE: EXPERIÊNCIA INICIAL

*Lucas Fiore, Marcello S Rovella, Mauricio R L Moura, Breno V T Galvão, Eduardo P Z Anastácio, Felipe G Barbosa, Eduardo L Garcia, Conrado F A Cavalcante, Públio C C Viana, Marcos R Menezes  
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP/FMUSP)*

**Objetivo:** O osteoma osteóide é um tumor benigno que acomete predominantemente pacientes jovens (7-25 anos), com frequente sintomatologia de dor local intensa. O Ultrassom Focado Guiado por Ressonância Magnética (UFGRM) utiliza ondas sonoras de alta intensidade com o intuito de aquecer e destruir tecidos doentes.

O objetivo deste trabalho é mostrar a experiência do serviço na utilização do UFGRM como ferramenta para controle de dor intensa em pacientes com osteoma osteóide superficial.

**Relatos de Casos:** Caso 1: Paciente de 18 anos com osteoma osteóide na tíbia direita, associado a dor com interferência na qualidade de vida e uso praticamente diário de medicamentos anti-inflamatórios. Após o procedimento referiu melhora completa da sintomatologia referente à doença de base, com desconforto local após o procedimento por apenas sete dias.

Caso 2: Paciente de 17 anos com osteoma osteóide no fêmur esquerdo, associado a dor com interferência na qualidade de vida e uso frequente de anti-inflamatórios. Referiu melhora completa da dor após o procedimento.

Caso 3: Paciente de 16 anos com osteoma osteóide no quarto metatarso do pé esquerdo, associado a dor com interferência na qualidade de vida e uso diário de anti-inflamatórios. Após o procedimento referiu melhora completa da sintomatologia. Como complicação, apresentou pequena ferida cutânea.

**Discussão:** O UFGRM é um método recente que possibilita planejamento tridimensional altamente preciso em tempo real e permite controle da temperatura e da dose de energia empregados. Ao contrário de terapias cirúrgicas e ablativas, é um método não invasivo. Além disso, não causa danos significativos no trajeto e não há efeito cumulativo tecidual, permitindo novas sessões de tratamento, se necessário. As teorias propostas para a redução da dor são a neurólise das inervações corticais e a destruição total/parcial do nidus tumoral. Existe apenas um trabalho publicado na literatura que estuda o emprego do UFGRM no osteoma osteóide, também com resultados promissores no controle algíco. Este método demonstrou-se uma alternativa menos invasiva e menos dispendiosa para o tratamento de pacientes com osteomas osteóides superficiais e dor intensa. Existe porém a necessidade de estudos prospectivos controlados que comparem a eficácia com outros métodos e que avaliem os resultados a longo prazo.

### 4 / 4 - ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA (RFA) E CRIOABLAÇÃO NO TRATAMENTO DE NEOPLASIAS PULMONARES: AVALIAÇÃO POR IMAGEM DO PÓS-PROCEDIMENTO

*Stephanie Catarine Carqueijo de Castro, Públio C. C. Viana, João Paulo G. Bernardes, Maurício R. L. Moura, Breno V. T. Galvão, Eduardo P. Z. Anastácio, Felipe G. Barbosa, Eduardo L. Garcia, Marcos R. Menezes  
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo-ICESP / Hospital Sírio Libanês*

**Objetivo:** Este ensaio pictórico tem como objetivo demonstrar as principais alterações tomográficas precoces e tardias observadas após a realização de Ablação pulmonar por radiofrequência (RFA) e Crioablação pulmonar.

**Materiais e Métodos:** Os casos foram selecionados a partir de um banco de dados (80 nódulos) de duas instituições de referência em oncologia (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo-ICESP e Hospital Sírio Libanês), incluindo pacientes com tumores primários de pulmão e metástases pulmonares. Todos os pacientes foram tratados após acordo entre oncologistas, cirurgiões torácicos e radiologistas intervencionistas, e os procedimentos realizados sob anestesia geral e com orientação de Tomografia Computadorizada. As RFA foram realizadas com agulhas simples ou "cluster" COVIDIEN e as crioablações com agulhas ENDOCARE. Os dados e imagens apresentados foram obtidos a partir da base de dados.

**Resultados:** As alterações pós-procedimento observadas incluem consolidações, opacidades em vidro fosco com halo invertido, bolhas, pneumatoceles, cavidades e estrias, além de espessamento e derrame pleural. O achado precoce mais relacionado a sucesso do tratamento é a opacidade em vidro fosco com halo invertido englobando o nódulo alvo. Nos exames de controle, uma opacidade nodular com crescimento significativo sugere lesão residual ou recidiva local. As escavações tendem a desaparecer no seguimento. Estrias ou bandas parenquimatosas são comumente a última alteração evolutiva relacionada com uma ablação de sucesso. Observou-se ainda que os achados após crioablação pulmonar tendem a regredir em tamanho mais rapidamente em comparação com a RFA. As complicações mais frequentes foram pneumotórax e hemorragia alveolar localizada.

**Discussão:** Os achados tomográficos após ablação pulmonar incluem uma ampla gama de alterações, caracterizadas particularmente no período precoce, e que na maioria das vezes tendem a resolver completamente ou regredir em dimensões, não apresentando relevância clínica. Há diferenças entre a RFA e a crioablação no que se refere a complicações e a achados indicativos de sucesso do tratamento.

**Conclusão:** É importante que radiologistas intervencionistas e de diagnóstico compreendam os aspectos de imagem torácica após ablações percutâneas pulmonares, reconhecendo as alterações evolutivas que permitam suspeitar de tumor residual ou recorrência.

### **5 / 5 - ABLAÇÃO ESPLÊNICA POR RADIOFREQUÊNCIA: UMA ALTERNATIVA PROMISSORA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERESPLENISMO**

*Augusto César Vieira Teixeira,*

*Instituto do Câncer do Estado de São Paulo*

**Objetivo:** O propósito do presente relato de caso é demonstrar que a ablação esplênica por radiofrequência pode ser utilizada como uma alternativa promissora, segura e eficaz no tratamento de pacientes com hiperesplenismo, principalmente naqueles casos em que existe alguma contra-indicação à esplenectomia em decorrência do elevado risco cirúrgico inerente a estes pacientes.

**Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, com histórico de esquistossomose associada a hipertensão portal em seguimento há 24 anos. Há cerca de 05 anos iniciou quadro de dor torácica persistente e inespecífica. Dos exames solicitados na investigação, uma TC de tórax evidenciou massa em mediastino anterior. Biópsia foi diagnóstica de timoma moderadamente diferenciado e indicada a cirurgia. Durante exames pré-operatórios, foi constatada plaquetopenia (<50.000), decorrente do hiperesplenismo do paciente, contra-indicando a esplenectomia pelo alto risco cirúrgico. A equipe então decidiu por realizar embolização esplênica. Entretanto, uma angiotomografia de abdômen solicitada para programação do procedimento constatou estenose de tronco celíaco, suspendendo a embolização. Foi então optado por ablação esplênica por radiofrequência.

**Discussão:** Uma vez que o paciente apresentava plaquetopenia refratária ao tratamento clínico e elevado risco cirúrgico para realização de esplenectomia, a única alternativa viável de intervenção nesse caso era através de procedimentos minimamente invasivos. Foi cogitado inicialmente a realização de embolização esplênica, porém, em decorrência da estenose de tronco celíaco, sua realização não fora factível. Desta forma, o paciente foi então submetido a ablação esplênica por radiofrequência na tentativa de recuperação da plaquetopenia com o intuito de iniciar o tratamento oncológico do timoma. Os dados na literatura acerca de ablação esplênica são escassos, porém as evidências vem demonstrando que trata-se de um procedimento seguro e que o sucesso do tratamento é proporcional à percentagem de parênquima ablado. No presente caso, foi optado por ablação de cerca de 70% do parênquima esplênico, com bom resultado clínico e laboratorial no pós-procedimento. Das complicações esperadas, o paciente apresentou hemorragia local de pequena monta e insuficiência renal aguda, com resolução completa.

## **6 / 6 - CRIOABLAÇÃO (CRY) E ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA (RFA) GUIADAS POR IMAGEM DE PEQUENOS TUMORES RENAI: ACOMPANHAMENTO A MÉDIO PRAZO.**

*Larissa Tamara Praude Dias, Publio C. Viana, Tássia R. Yamanari, Guilherme L. P. Martins, Marcos R. Menezes Instituto do Câncer do Estado de São Paulo / Hospital Sírio-Libanês*

**Objetivo:** A detecção incidental de pequenos tumores renais tornou-se mais comum com o aumento da utilização de métodos de imagem seccionais. Diversos autores já comprovaram a eficácia do uso da ablação nestes tumores. Uma das vantagens das técnicas ablativas, é poder ser realizada em pacientes com rim único ou função renal comprometida.

Este trabalho objetiva avaliar retrospectivamente o uso da crioablação (CRY) e ablação por radiofrequência (RFA) em massas renais, através do acompanhamento a médio prazo, demonstrando suas características, taxas de complicações e eficácia.

**Materiais e Métodos:** Dois centros de oncologia participaram deste estudo. Foram analisadas retrospectivamente o tipo de procedimento (CRY ou RFA), tamanho e características das lesões, idade dos pacientes, taxas de complicações (agudas ou tardias) e co-morbidades. A médio prazo, o acompanhamento com exames radiológicos foi realizado para verificar a eficácia do procedimento. **Resultados:** Entre 2007 e 2013, foram realizadas CRY ou RFA guiadas por tomografia computadorizada (TC) em 109 tumores renais, num total de 98 pacientes, com idade média de 55 anos. O tamanho médio do tumor foi de 2,14 cm e o período médio de acompanhamento de 23 meses. Houve sinais radiológicos de recidiva em 5 lesões (4,6%), das quais quatro foram submetidas a retratamento com ablação, obtendo resposta completa.

**Discussão:** Diversos autores já comprovaram a eficácia do uso da ablação em tumores renais, com resultados semelhantes a cirurgia poupadora de néfrons. Neste estudo, foram observados excelentes resultados, com baixo índice e complexidade de complicações.

**Conclusão:** CRY e RFA aparentam ser eficazes no tratamento de massas renais, com resultados preliminares e acompanhamento a médio prazo sugerindo um excelente controle local, associado à baixa morbidade e desfecho favorável em grande parte dos casos, especialmente em pacientes com comprometimento prévio da função renal ou rim único.

## **7 / 7 - EMBOLIZAÇÃO DA VEIA PORTA DIREITA E SEGMENTO IV, ASSOCIADO A DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA DA VIA BILIAR ESQUERDA EM PACIENTE COM COLANGIOCARCINOMA.**

*Leandro Cardarelli-Leite, Vinicius Adami Vayego Fornazari, Rafael Solha, Denis Szejnfeld, Sergio Ajzen Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP*

**Objetivo:** O colangiocarcinoma hilar, também conhecido como tumor de Klatskin, é um tumor primário da árvore biliar. Sua abordagem terapêutica é a ressecção cirúrgica com margens livres, nas fases iniciais da doença. Entretanto, o diagnóstico em estágios tardios, com a invasão de grandes segmentos hepáticos e de estruturas vasculares, pode tornar o procedimento inviável, devido ao pequeno tamanho do fígado remanescente.

Nesse contexto, relatamos um caso de embolização da veia porta direita e do segmento 4 a fim de desenvolver hipertrofia do lobo esquerdo e possibilitar ressecção cirúrgica tumoral.

**Relato de Caso:** Homem, 61 anos, foi encaminhado ao nosso serviço com clínica de colestase e emagrecimento. Exame de tomografia computadorizada constatou tumor dos ductos biliares intrahepáticos, com acometimento da confluência ductal e invasão, a montante, das vias biliares direita, sendo classificado como Klatskin IIIA, e moderada dilatação das vias biliares à esquerda. Em avaliação multidisciplinar foi proposto como opção potencialmente curativa a trisegmentectomia direita.

Devido ao pequeno volume dos segmentos 2 e 3, foi realizada a embolização percutânea da veia porta direita e segmento 4, através de acesso percutâneo no 10º espaço intercostal na linha axilar média direita. Utilizaram-se partículas de hidrogel 300-500 µm para embolizar o segmento 4 e mistura de cianoacrilato com lipiodol na proporção 1:5 no segmento portal direito. A drenagem da via biliar esquerda foi realizada por acesso percutâneo subxifoídeo, com a colocação de dreno 12F interno-externo.

Durante as 5 semanas após o procedimento, o paciente evoluiu clinicamente sem complicações ou eventos adversos, com aumento de 80% do parênquima hepático remanescente, sendo então submetido a trisegmentectomia.

**Discussão:** As causas de insuficiência hepática após hepatectomia são multifatoriais. Entretanto, a porcentagem de fígado remanescente demonstra ser um indicador importante e independente de disfunção hepática pós-cirúrgica e de complicações clínicas.

Quando apropriadamente aplicada, a embolização da veia porta direita estendida as tributárias do segmento 4 e drenagem biliar associada, demonstra-se factível, com baixa morbidade pós-operatória e desfecho clínico favorável. Assim, esta técnica pode aumentar o número de pacientes elegíveis para as ressecções amplas.



## **8 / 8 - EMBOLIZAÇÃO DE FAV UTERINA ADQUIRIDA APÓS CURETAGEM: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**

Vinicius Adami Vayego Fornazari, Leandro Cardarelli-Leite, Suzan Menasce Goldman, Thiago Abud, Denis Szejnfeld

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

**Objetivo:** As fístulas arteriovenosas (FAV) uterinas são raras, com aproximadamente 100 casos descritos na literatura, e podem ser divididas entre congênicas ou adquiridas. Embora câncer de endométrio, doença trofoblástica gestacional (DTG) e exposição intra-uterina a dietilestilbestrol sejam causas possíveis de FAVs adquiridas, seus fatores de risco principais envolvem manipulação cirúrgica, curetagem e trauma uterino.

Nesse contexto, apresentaremos o relato de um caso de FAV adquirida após curetagem uterina que foi resolvida utilizando-se a radiologia intervencionista, complementando com revisão da literatura. **Relato de Caso:** Mulher, 35 anos, G1POA0, chegou encaminhada ao nosso serviço com hemorragia do primeiro trimestre e colo aberto, ao exame especular. Confirmado o diagnóstico de abortamento incompleto, foi submetida à curetagem uterina. Após uma semana, manteve sangramento, sendo feita nova curetagem. Entretanto, manteve o quadro hemorrágico. Realizada ultrassonografia com Doppler e Ressonância Magnética, comprovando FAV uterina. Foi indicada a embolização das artérias uterinas como tratamento definitivo. O procedimento foi realizado com Onyx e durante a arteriografia de controle percebeu-se que a artéria gonadal direita era colateral nutridora, também sendo embolizada. O procedimento foi realizado em sessão única, com sucesso técnico e sem intercorrências clínicas. Após um ano e meio de follow-up, paciente manteve-se assintomática, com gestação tópica e parto cesáreo sem intercorrências.

**Discussão:** Mesmo pouco frequentes, representando até 2% dos sangramentos genitais, a suspeição de FAV deve ser aventada no contexto de sangramento vaginal sem causa aparente nas pacientes com história prévia de manipulação cirúrgica, curetagem ou DTG, em qualquer época da vida. A embolização intra-arterial é o método de tratamento de escolha por preservar a fertilidade, além de possuir baixas taxas de complicações, evitar os riscos de cirurgia e ter menor tempo de hospitalização. Sendo assim, o radiologista intervencionista apresenta papel fundamental no tratamento dessa patologia.

## **9 / 9 - NEURÓLISE GUIADA POR TC NO MANEJO DA DOR REFROTÁRIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: DO PLEXO CELÍACO AO HIPOGÁSTRICO**

Gustavo Camboim Prandi, Públio C. C. Viana, Raphael G. Andrade, Maurício R. L. Moura, Breno V. T. Galvão, Eduardo P. Z. Anastácio, Felipe G. Barbosa, Eduardo L. Garcia, Marcos R. Menezes  
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

**Objetivo:** O estudo visa a avaliar as indicações, contra-indicações, complicações e resultados da neurólise guiada por TC dos plexos celíaco ou hipogástrico no paciente oncológico com dor refratária ao tratamento com analgésicos/opioides, bem como revisar os aspectos técnicos e táticos do procedimento.

**Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva dos dados de janeiro de 2009 a janeiro de 2013 de 47 pacientes oncológicos com câncer abdominal ou pélvico extenso que sofriam de dores incapacitantes, que foram tratados com neurólise dos plexos celíaco e/ou hipogástrico. Variáveis avaliadas: idade, sexo, origem do tumor, complicações menores e maiores e redução de dose de opioides / alívio da dor. Também são descritos a técnica e os aspectos táticos da neurólise dos plexos celíaco e hipogástrico, as indicações, contraindicações, complicações e desfecho, verificando a efetividade e a incidência de complicações do procedimento.

**Resultados:** Um total de 47 pacientes oncológicos com dor refratária foram submetidos à neurólise do plexo celíaco ou hipogástrico durante o período do estudo. Houve uma complicação maior (2,1%): pneumotórax. As complicações menores foram diarreia (10,6%), dor nas costas (6,3%), náusea (6,3%) e hipotensão (4,2%). Houve redução de dose de opioides em 61,7% dos casos, e alívio da dor relatado por 74,5% dos pacientes, sugerindo que a neurólise dos plexos celíaco ou hipogástrico atinge bons resultados no alívio da dor sem causar complicações sérias.

**Discussão:** As indicações principais da neurólise de plexo guiada por topografia são as dores oncológicas refratárias. As principais contra-indicações são as lesões com extensão para a superfície, plaquetopenia/coagulopatia severa, infecção local, sepse e obstrução intestinal. A principal complicação maior foi o pneumotórax e a principal complicação menor foi a diarreia.

Os achados do trabalho condizem com os encontrados na literatura, mostrando bom resultado no alívio da dor sem causar complicações sérias.

**Conclusão:** Existem muitos procedimentos minimamente invasivos usados para aliviar dor abdominal refratária em pacientes oncológicos. A infusão de álcool guiada por tomografia para neurólise é segura e efetiva, com boa relação custo-benefício. Para realizar este procedimento é necessário conhecimento e treinamento específico para maximizar os resultados e reduzir as complicações.

## **10 / 10 - USO DE ULTRASSOM FOCADO GUIADO POR RESSONANCIA MAGNETICA NO TRATAMENTO DE FIBROIDES: EXPERIENCIA INICIAL.**

*Freitas JC, Moura, MRL; Rovella, MS; Martins, GLP; Bernardes, JPG; Viana, PCC; Menezes, MR Instituto do Câncer do Estado de São Paulo ICESP / USP*

**Objetivo:** A necessidade de preservar a fertilidade e reduzir a morbidade do procedimento foram o primeiro passo para emergir outras modalidades terapêuticas como a miomectomia, a manipulação hormonal e embolização da artéria uterina. Recentemente, Focused Ultrasound (FUS) guiado por Ressonância Magnética (MRI) foi adicionado ao arsenal terapêutico, e tem se mostrado eficaz na redução dos sintomas e morbidade. Este é o primeiro tratamento intervencionista não-invasivo para miomas uterinos. Embora as terapias convencionais continuem a prevalecer, o FUS apareceu para abrir o caminho para uma nova dimensão no tratamento minimamente invasivo desta condição

**Materiais e Métodos:** Foram selecionados pacientes com miomas uterinos com as seguintes características: visíveis à RM não contrastada, com volume máximo menor que 900 cc, que podem ser acessados sem interposição do intestino ou osso, hipo ou iso-intensos nas sequências T2, com realce nas sequências pós gadolínio, sem calcificações periféricas significativas, e que não são pedunculados. FUS (ExAblate 2100, InSightec, Haifa, Israel) alojados em um sistema de 1,5 T MR (GE) foi realizada. Todos os pacientes foram tratados ambulatorialmente, e cada lesão foi tratada com várias insonações. Após o procedimento, foi realizada ressonância magnética com a administração IV de gadolínio para verificar a eficácia do tratamento

**Resultados:** Miomas uterinos com baixo sinal em T2 responderam bem ao tratamento, mas o resultado foi variável em pacientes com sinal heterogêneo em T2 e não satisfatória em pacientes com alto sinal nesta seqüência. Nos pacientes em que a resposta foi favorável, houve regressão completa ou redução significativa de suas dimensões com a melhora significativa na dismenorréia e no sangramento vaginal irregular

**Conclusão:** O FUS guiado por MRI tem cada vez mais se consolida como um método eficaz para o tratamento não invasivo de miomas uterinos, especialmente no grupo de mulheres que planejam engravidar no futuro. Ele oferece menor tempo de recuperação com menor morbidade em comparação com outras modalidades terapêuticas invasivas, como a miomectomia e a embolização das artérias uterinas. O conhecimento do método tem aumentado a sua utilização terapêutica, mas estudos prospectivos mais controlados ainda são necessários para garantir o sucesso contínuo.

## **11 / 11 - TRATAMENTO DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA POR ERGOTISMO UTILIZANDO INFUSÃO DE PROSTAGLANDINA E1**

*Ricardo Wagner da Costa Moreira  
Clínica Vasculard de Natal*

**Objetivo:** Descrever caso de isquemia arterial aguda causada por ergotamina e seu tratamento através da infusão de prostaglandina E1.

**Relato de Caso:** Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, hipertensão arterial e tabagismo. Há quatro horas com dor aguda nas pernas, de moderada intensidade, diminuição da temperatura e parestesia nos dedos dos pés e dificuldade para deambular. Cianose não-fixa nos pododáctilos. Sem alteração na motricidade e discreta alteração da sensibilidade.

Pulsos femorais +/+4, poplíteos e distais ausentes.

Realizada aortografia e arteriografia dos membros inferiores.

Os estudos angiográficos mostraram artérias ilíacas externas de calibre diminuído e femorais de calibre extremamente reduzido. As artérias distais apresentavam opacificação muito lenta.

Durante o exame a paciente revelou que era portadora de enxaqueca e que fazia uso freqüente de ergotamina. Com esses dados foi feito o diagnóstico de oclusão arterial aguda por ergotismo. Decidimos pela heparinização sistêmica com uso de enoxaparina e pelo uso de alprostadil (Prostvasin).

Inicialmente foi feita uma dose pelo cateter pigtail. A paciente foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva e imediatamente iniciada a infusão venosa de alprostadil.

Após 48 horas, a paciente apresentava todos os pulsos normais.

A paciente recebeu alta hospitalar após dez dias de internação, com programação de tratamento durante quatro semanas. Aproximadamente na metade da terceira semana a paciente interrompeu o tratamento por cefaléia freqüente.

Após 30 dias foi realizado uma angioressonância, a qual mostrou todas as artérias dos membros inferiores pérvias. No exame havia imagem sugestiva de estenose grave na artéria poplíteia, bilateralmente. Tal imagem não era compatível com o exame físico, no qual era palpável pulso poplíteo e distais +4/+4. Exame de doppler mostrou artérias poplíteas normais. As imagens foram então consideradas artefatos.

Após quatro anos da intervenção a paciente está assintomática e com pulsos normais.

Discussão: Discussão: A literatura descreve alguns tratamentos para ergotismo tais como nifedipino, nitroglicerina, nitroprussiato, infusão de corticóides e de papaverina.

O tratamento da isquemia grave utilizando prostaglandina E1 está normalmente indicado para o paciente que não é candidato à revascularização e possui dor em repouso ou lesão trófica.

A prostaglandina E1 para pacientes com ergotismo é pouco relatada na literatura.

Neste caso o tratamento com a prostaglandina E1 foi eficaz, recuperando totalmente a irrigação normal dos membros inferiores.

## 12 / 12 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA DURAL EM FORAME MAGNO: RELATO DE CASO

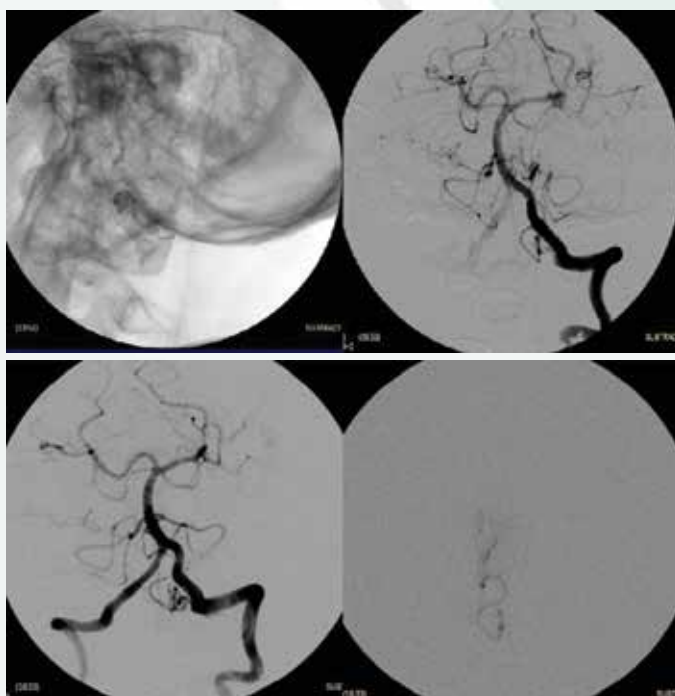
*Bárbara Pessoa de Matos, Carlos Henrique Raggiotto, Ramon Guerra Barbosa, João Paulo Nunes Fernandes*

*Hospital das Clínicas Samuel Libânio*

Objetivo: Fístulas arteriovenosas durais (FAVDs) constituem 10 a 15% de todas as malformações vasculares intracranianas e correspondem a derivações arteriovenosas anormais no interior da dura-máter, com drenagem para seios venosos durais ou veias corticais. Os pacientes apresentam-se em sua maioria assintomáticos, embora possam apresentar vários sintomas incluindo hemorragia fatal. As FAVDs em forame magno representam forma menos comum dessas lesões, e por isso, relata-se um caso de FAVD nessa região tratada através de intervenção endovascular.

Relato de Caso: Paciente de 45 anos, masculino, iniciou quadro de cefaléia súbita intensa, perda de consciência momentânea e vômitos, com posterior sonolência e confusão mental. Apresentava rigidez de nuca leve, Escala de Coma de Glasgow (ECG) 13, PA=180x100mmhg e ausência de déficit motor. Sem outras alterações no exame físico. Evoluiu com melhora na ECG para 15 e piora da rigidez de nuca (4+/4+). A Tomografia evidenciou hemorragia em IV ventrículo e cisterna magna. Angiografia mostrou FAVD na região do forame magno. Realizou-se embolização da mesma no 15º dia de internação com uso de Glubran e Lipiodol, através de microcateterização da artéria vertebral esquerda. Paciente apresentou melhora clínica. Angiografia de controle realizada 15 meses após mostrou exclusão total da fístula.

Discussão: A FAVD em forame magno consiste em um evento raro, com poucos casos relatados na literatura, sendo a maioria representada por clínica associada à mielopatia progressiva e distúrbios motores. A hemorragia intracraniana compõe um tipo de lesão agressiva, necessitando tratamento imediato. A técnica endovascular com embolização é considerada por alguns autores como tratamento padrão, por ter menores riscos que a cirurgia aberta, tempo cirúrgico menor e eficácia semelhante. Concluímos que a FAVD de forame magno é de ocorrência rara e seu tratamento precoce diminui a morbimortalidade. O tratamento endovascular é comprovadamente eficaz, com menores riscos que cirurgia aberta.





**13 / 16 - ACESSO TRANSESPLÊNICO NA EMBOLIZAÇÃO DE VARIZES GÁSTRICAS**

*Bruna De Fina, Francisco Leonardo Galastri, Breno Boueri Affonso, Rafael Noronha Cavalcante, Rafael Dahmer Rocha, Priscila Mina Falsarella, Joaquim M Motta-Leal-Filho, Rodrigo Gobbo Garcia, Fernando Luis Pandullo, Felipe Nasser*  
Hospital Israelita Albert Einstein

**Objetivo:** A hemorragia digestiva alta decorrente de varizes gastroesofágicas é uma das principais complicações da hipertensão portal. O sangramento oriundo das varizes esofágicas são mais frequentes e a eficácia dos procedimentos endoscópicos está bem estabelecido. O sangramento de varizes gástricas é pouco frequente e seu controle através do tratamento endoscópico menos eficaz. Relatamos um caso de embolização de varizes gástricas em paciente com trombose e hipertensão portal através de acesso venoso transesplênico, para controle de sangramento digestivo recorrente. **Relato de Caso:** M.T.M. 27 anos, sexo feminino, com hipertensão portal crônica por trombose da veia porta, apresentando múltiplos episódios de hemorragia digestiva de difícil controle clínico e endoscópico. Endoscopia com presença de varizes esofágicas e gástricas e sinais de sangramento recente em região de fundo gástrico. Angiotomografia com presença de trombose portal e transformação cavernomatosa da veia porta e presença de shunt esplenorrenal. Devido à presença de trombose portal foi optado por embolização das varizes gástricas. Realizada punção transeplênica ecoguiada da veia esplênica, com acesso a veia gástrica e, após a proteção de shunt com espiras metálicas, embolização das varizes gástricas com agente embolizante líquido permanente ônyx. **Discussão:** Alguns procedimentos podem ser realizados para o controle do sangramento de varizes gástricas quando a terapêutica endoscópica não apresenta resultados, como a BRTO (Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration), a BATO (Balloon-occluded Antegrade Transvenous Obliteration) ou o TIPS (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt). No caso relatado, a paciente não era candidata a essas terapias pela transformação cavernomatosa da porta e a necessidade de manutenção do shunt portossistêmico. Realizou-se, então, a embolização das varizes gástricas através de um acesso transesplênico, com segurança e efetividade, não bloqueando o shunt esplenorrenal e diminuindo os riscos de complicações.

**14 / 17 - TRATAMENTO PERCUTÂNEO TRANSLOMBAR DE VAZAMENTO TIPO II: RELATO DE CASO**

*Bruna De Fina, Francisco Leonardo Galastri, Breno Boueri Affonso, Rafael Dahmer Rocha, Priscila Mina Falsarella, Rafael Noronha Cavalcante, Joaquim M Motta-Leal-Filho, Rodrigo Gobbo Garcia, Juliano Ribeiro de Andrade, Felipe Nasser*  
Hospital Israelita Albert Einstein

**Objetivo:** A correção endovascular do aneurisma da aorta abdominal é uma opção empregada para o tratamento dessa doença. Os vazamentos periprótese são complicações deste procedimento e são definidos como a presença de fluxo sanguíneo no interior do saco aneurismático, exterior ao lúmen da endoprótese. Estes vazamentos são classificados de acordo com sua origem e, dentre todos, os do tipo II são os mais comuns e resultam do refluxo de sangue proveniente dos vasos viscerais ou lombares. Esta complicação pode apresentar resolução espontânea e que, quando não ocorre, o tratamento visa à oclusão do ramo que origina o refluxo. Em alguns casos, este ramo não é único, e dificilmente é identificado, o que torna seu tratamento um desafio.

**Relato de Caso:** J.A.T. sexo masculino, 69 anos, com antecedente de tratamento endovascular de aneurisma da aorta abdominal infrarrenal, que evoluiu com vazamento do Tipo II, através de ramos das artérias lombares, e crescimento do saco aneurismático durante seu seguimento pós operatório. O acesso transarterial dos ramos arteriais lombares responsáveis pelo vazamento não foi tecnicamente possível. A tática empregada contou com o acesso translombar do saco aneurismático, guiado por tomografia computadorizada, seguido de embolização com agente embolizante líquido permanente ônyx. O sucesso do tratamento foi obtido com 1 sessão de tratamento, resultando no completo selamento do vazamento.

**Discussão:** A embolização por punção direta do saco aneurismático via translombar é a opção de tratamento para os vazamentos do Tipo IV, aqueles em que a permeabilidade do material protético é o responsável pelo vazamento e crescimento do saco aneurismático. Nessa abordagem, o paciente é colocado em posição prona, seguido da punção do saco aneurismático e injeção de agente embolizante guiada por fluoroscopia. Este caso descreve uma variação técnica que possibilitou a correção de uma complicação frequente do tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal, diante da impossibilidade técnica do tratamento transarterial. A importância do emprego desta variante técnica para o tratamento dos vazamentos Tipo II amplia o horizonte dos esforços terapêuticos em situações em que haja aumento do diâmetro do saco aneurismático com risco de ruptura do mesmo.

### **15 / 18 - FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO DA QUIMIOEMBOLIZAÇÃO TRANSARTERIAL HEPÁTICA COM MICROESFERAS CARREADORAS (DEB-TACE) NO TRATAMENTO NEOADJUVANTE DO HEPATOCARCINOMA.**

*Bruna De Fina, Francisco Leonardo Galastri, Breno Boueri Affonso, Rafael Dahmer Rocha, Rafael Noronha Cavalvante, Priscila Mina Falsarella, Joaquim M Motta-Leal-Filho, Guilherme Eduardo Gonçalves Felga, Marcelo Bruno de Rezende, Felipe Nasser*  
Hospital Israelita Albert Einstein

**Objetivo:** Identificar quais os fatores pré, intra e pós procedimento são responsáveis em determinar maior percentual de necrose e maior diminuição percentual do diâmetro dos hepatocarcinomas submetidos a quimioembolização transarterial hepática com microesferas carreadoras (DEB-TACE). **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, em que foram avaliados fatores pré, intra e pós procedimento que estariam relacionados com o sucesso da DEB-TACE, considerando os desfechos de percentual de necrose obtidos no anatomopatológico, e percentual de redução do diâmetro das lesões quimioembolizadas na ressonância nuclear magnética de controle pós DEB-TACE.

**Resultados:** Dentre os fatores, o desfecho de percentual de redução de diâmetro do hepatocarcinoma quimioembolizado, encontramos significância estatística ( $p < 0,001$ ) somente para as lesões maiores que 2 cm. Ao considerar o percentual de necrose encontrado no anatomopatológico, encontramos significância estatística ( $p < 0,001$ ) também para as lesões maiores que 2cm, que apresentaram média de necrose de 50,8%.

A presença de cápsula vascular no anatomopatológico também apresentou significância estatística, sendo que a média de necrose foi de 69,6% naquelas lesões com presença de cápsula vascular. A dose administrada de doxorubicina apresentou relação com a presença de necrose no anatomopatológico, sendo que cada miligrama administrada, promoveu 0,34% de incremento na necrose encontrada.

**Discussão:** A obtenção do resultado de que hepatocarcinomas maiores que 2 centímetros respondem melhor a DEB-TACE, se correlaciona com estudos anteriores e pode ser explicado pelo fato de que tumores maiores, em geral, apresentam vascularização arterial predominantemente.

A análise histopatológica identificou uma correlação com a presença de cápsula vascular e o percentual de necrose. Esta correlação está em conformidade com estudos que já encontraram a mesma associação, correlacionando com um aumento da vascularização arterial do tumor.

A dose de doxorubicina entregue à lesão e sua relação positiva com o percentual de necrose, demonstra pela primeira vez uma correspondência entre a dose e o percentual de necrose obtido.

**Conclusão:** A avaliação dos resultados permitiu identificar que o diâmetro médio dos hepatocarcinomas, a presença de cápsula vascular e a dose do quimioembólico utilizado se relaciona com o sucesso da DEB-TACE.

### **16 / 19 - SHUNT INTRA-HEPÁTICO CONGÊNITO: RELATO DE CASO**

*Enio Ziemiecki Junior, Fernanda Uchiyama, Bruna F. Pilan, Macello J. S. Maciel, Susyanne L. Cosme, Moises A. de Souza, André M. de Assis, Rafael N. Cavalcante, José G. Caldas, Francisco C. Carnevale*

*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFM-USP)*

**Objetivo:** Shunts intra-hepáticos (SIH) congênitos são condições raras que podem ser assintomáticas, descobertas de maneira acidental ou ocasionar sintomatologia nas crianças. Pode-se observar SIH entre as artérias hepáticas, artérias sistêmicas, veias hepáticas e o sistema portal, sendo encontradas em diferentes patologias como neoplasias, MAVs ou drenagem anômala venosa infra-diafragmática. O objetivo desse estudo é relatar um caso de SIH congênito, assim como sua abordagem por via endovascular, enfatizando o papel do radiologista intervencionista no manejo e definição da estratégia terapêutica.

**Relato de Caso:** L.F.S, 3 meses, feminina, 4 kg, apresentando quadro de ICC em uso de drogas vasoativas. Submetida a investigação com US Doppler de abdome demonstrou fístulas arteriovenosas intra-hepáticas difusas com aumento do pico de velocidade sistólica (180cm/s). Ecocardiograma com dilatação de câmaras direitas e função hepática normal. TC de abdome demonstrou achados semelhantes a US, sem alterações parenquimatosas hepáticas. À arteriografia, visualizou-se extensa desorganização vascular comprometendo ampla superfície hepática, com sinais de alto fluxo e enchimento precoce das câmaras cardíacas direitas. A paciente foi submetida a embolização parcial do shunt com cola (glubran 2), com melhora parcial da sintomatologia. Segunda sessão foi realizada após 10 dias. Em ambas as intervenções observou-se migração de cola para pulmões. A paciente obteve melhora hemodinâmica, sem necessidade de drogas vasoativas e retorno de

parâmetros ecocardiográficos para valores normais. Ficou dependente de O2 por 2 semanas, tendo alta hospitalar sem o uso do mesmo. Atualmente, encontra-se assintomática em uso de captopril e em seguimento ambulatorial.

Discussão: Algumas séries apontam mortalidade de 55% dos casos de SIH, independente da terapêutica usada. O manejo endovascular é de fundamental importância para o melhor prognóstico desses pacientes nos casos de insucesso do tratamento clínico. Desde a década de 80, a embolização destes shunts com diferentes materiais foram descritas, levantando questões sobre seu sucesso técnico. Descrevemos um caso com desfecho favorável, com melhora da ICC. A paciente apresentou embolização pulmonar, que evoluiu sem sequelas e sem outras complicações do tratamento endovascular.

### **17 / 20 - DIFERENTES ESTRATÉGIAS NO MANEJO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA INTERNA**

*Enio Ziemiecki Junior, Fernanda Uchiyama, Bruna F. Pilan, Macello J. S. Maciel, Susyanne L. Cosme, Moises A. de Souza, Joaquim M. Mota Leal Filho, Francisco C. Carnevale, Breno B. Affonso InCor - Faculdade de Medicina da USP (FMUSP)*

Objetivo: Os aneurismas de artéria ilíaca interna (AAIL) são bastante raros na população geral, constituindo menos de 2% dos aneurismas arteriais, sendo mais prevalentes em idosos e hipertensos. A grande maioria dos pacientes é assintomática, mas quando os sintomas estão presentes se caracterizam por compressão extrínseca de estruturas vizinhas, embolização distal para membros inferiores e trombose do aneurisma. Entretanto, a maior preocupação se faz em relação ao risco de rotura, visto que, nessa situação a taxa de mortalidade é extremamente elevada (70%). O tratamento está indicado quando o diâmetro do aneurisma atinge 3,0 cm.

O objetivo desse estudo é relatar um caso de AAIL corrigido por via endovascular com a utilização de molas, assim como discutir as outras formas possíveis de abordagem endovascular.

Relato de Caso: P.A., 69 anos, masculino, HAS, submetido a angioTC de tórax e abdome total em setembro de 2013, evidenciando AAIL direita, medindo 3,0 x 2,7cm e colo de 0,5 cm, assintomático. No mesmo exame, notou-se ainda ectasia da artéria ilíaca comum esquerda (1,9 cm de diâmetro), aneurisma da aorta torácica ascendente (5,1 cm de diâmetro) e aneurisma de Kommerell. Foi submetido a correção endovascular de AAIL por meio de embolização com molas de liberação controlada INTERLOCK (Boston Scientific) 0,035, sem intercorrências. Não houve complicações imediatas e precoces.

Discussão: A correção endovascular dos AAIL está bem estabelecida desde que os primeiros casos foram realizados na década de 90, mas a estratégia terapêutica pode ser realizada de diferentes formas. Achados recentes da literatura mostram que a embolização de ramos distais de maneira definitiva influi nos resultados a médio prazo e diminui a taxa de reintervenções. Outro aspecto técnico que deve ser considerado é o tamanho do colo proximal do aneurisma, já que, segundo a literatura, colos menores de 15 mm seriam melhores abordados com embolização do saco aneurismático com molas e implante de stent na origem da artéria ilíaca interna. No entanto, como visto em nosso caso, o uso de molas de liberação controlada pode ser uma alternativa nos casos com colo proximal curto, sem a necessidade do uso de stent para oclusão da origem do vaso. A utilização de stent recoberto para exclusão do aneurisma também pode ser usada.

### **18 / 21 - TRATAMENTO DA ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÔNICA - RELATO DE CASO**

*Enio Ziemiecki Junior, Fernanda Uchiyama, Bruna F. Pilan, Macello J. S. Maciel, Susyanne L. Cosme, Moises A. de Souza, Joaquim M. Mota Leal Filho, Francisco C. Carnevale, Breno B. Affonso InCor - Faculdade de Medicina da USP (FMUSP)*

Objetivo: A isquemia mesentérica crônica é a doença vascular mais comum do intestino. A aterosclerose é a etiologia mais comum, podendo também estar associada a outras etiologias, como a fibrodissplasia muscular, doença de Berger e dissecção de aorta. O diagnóstico é realizado diante de sintomatologia e achados anatômicos compatíveis. O tratamento endovascular proporciona alívio dos sintomas em 78-100% dos pacientes, com baixas taxas de morbidade e mortalidade. O objetivo desse estudo é relatar um caso de isquemia mesentérica crônica com comprometimento trivascular (TC, AMS e AMI), discutindo a estratégia e variações técnicas do tratamento por via endovascular.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 69 anos, HAS, ICC, dislipidêmico, ex-tabagista, apresentando há dois anos dor epigástrica pós-prandial com emagrecimento progressivo e piora da sintomatologia nos últimos 3 meses. Submetido a Angio-TC de abdome que evidenciou oclusão da

artéria mesentérica inferior, com estenoses críticas do tronco celíaco e artéria mesentérica superior. Foi submetido a angioplastia sob anestesia geral, com correção das estenoses do TC e AMS com implante de stents balão expansível (Palmaz-Blue – Cordis), sem intercorrências.

Discussão: A abordagem endovascular da isquemia mesentérica crônica está bem estabelecida e mostra-se como primeira opção de tratamento, superando a abordagem cirúrgica em relação a melhores taxas de morbidade e mortalidade. Entretanto, a estratégia e as técnicas usadas são de fundamental importância para o sucesso técnico e clínico serem alcançados. Na literatura recente, existem estudos demonstrando que o tratamento de dois vasos (TC e AMS) não representa melhores resultados em relação ao tratamento único da AMS. Autores também advogam que o uso de microcateteres e microguias, assim como a antiagregação plaquetária diminuem a incidência de complicações. Além disso, outros aspectos a serem observados são a característica da lesão (estenose x oclusão), angulação do vaso, grau de comprometimento e características da placa aterosclerótica, para melhor escolha do acesso vascular e necessidade do uso de filtros para prevenção de embolia distal.

### **19 / 22 - TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE SANGRAMENTO DE ORIGEM INCOMUM EM PÓS-OPERATÓRIO DE GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA (GDP) RELATO DE CASO**

*Bruna Ferreira Pilan, Moisés Amâncio de Souza, Fernanda Uchiyama, Enio Ziemiecki Junior, Susyenne Lavor Cosme, Macello J S Maciel, André Moreira Assis, Airton Mota Moreira, Francisco Cesar Carnevale Instituto de Radiologia do HC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP*

Objetivo: Descrever caso de hemorragia pós-operatória (PO) tratada por embolização percutânea (EP) destacando a origem incomum do sangramento.

Relato de Caso: Masculino, 67 anos, etilista, com neoplasia de cabeça de pâncreas, foi submetido à GDP. Evoluiu com choque séptico no 7º. PO. Foi submetido à reabordagem cirúrgica, sendo identificada e corrigida deiscência de anastomose pancreatojejunal, seguida da inserção de drenos sentinelas em loja cirúrgica bilateralmente. Obteve melhora clínica e laboratorial. No 7º. PO da reabordagem, apresentou sangramento em grande quantidade pelos drenos, com queda de hemoglobina e piora hemodinâmica. Foi submetido à arteriografia de tronco celíaco, mesentérica superior e à aortografia abdominal sem identificar sangramento. Na arteriografia pélvica, observado extravasamento de contraste em artéria circunflexa ilíaca superficial direita para trajeto de dreno no flanco direito. Procedeu-se cateterização seletiva e embolização com micromola de liberação controlada. O paciente evoluiu com resolução do sangramento.

Discussão: Hemorragias pós GDP podem ocorrer em 3,7-16%, com mortalidade de 11-54%. As taxas de sucesso de tratamento com EP nesses casos é de 50-100%.

A etiologia dessas hemorragias são lesões vasculares cirúrgicas (cotos de ligaduras e esqueletização das artérias viscerais), assim como deiscência das anastomoses, fístulas pancreáticas e sepse, que podem determinar erosão das paredes vasculares. Em geral, as origens dos sangramentos são coto da artéria gastroduodenal, artérias hepáticas comum, própria e direita, mesentérica superior e esplênica. No caso relatado, todos esses vasos foram investigados, porém a etiologia da hemorragia não foi identificada. Relatos de casos de lesão arterial devido à inserção de drenos intracavitários, cateteres de Tenckhoff e trocates de laparoscopia destacam a importância desses dispositivos como causa de sangramento. Assim, a arteriografia pélvica foi uma forma de localizar outros sítios de sangramento e de aumentar a sensibilidade da pesquisa, dando a devida atenção à parede abdominal, indispensável para o sucesso deste caso. Infelizmente, a presença de inúmeras características clínicas indicativas de sangramento oriundo de artéria visceral pode ser um fator de confusão e o foco do sangramento ativo não ser sempre adequadamente diagnosticado.

### **20 / 23 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA: RELATO DE DOIS CASOS COM USO DE MOLAS E HISTOACRYL.**

*Uchiyama, F; Motta Leal Filho, JM; Souza, MA; Pilan, BF; Ziemiecki Junior, E; Kanaan, D; Maciel, MJS; Cosme, SL; Affonso, BB; Carnevale, FC.*

*Serviço de Radiologia Digital - InCor – FMUSP*

*Instituto de Radiologia Intervencionista – ICHC – FMUSP*

Objetivo: Relatar o tratamento endovascular de dois pacientes com aneurisma de artéria esplênica e discutir as opções terapêuticas abordadas na literatura.

Relato de caso: Casos 1 e 2, 73 e 92 anos respectivamente, com aneurisma sacular em terço médio de artéria esplênica com 30 e 40cm respectivamente.

Realizou-se embolização da artéria eferente com mola para diminuição do fluxo, seguido de



preenchimento do saco aneurismático com mola e cola (histoacryl) e embolização de artéria aferente com mola no primeiro caso e cola no segundo. O controle angiográfico evidenciou trombose do aneurisma e reenchimento do baço através das artérias gástricas curtas e pancreáticas.

Observou-se no caso 1, migração inadvertida de cola para o parênquima esplênico e pancreático, porém sem repercussão clínica.

Na angiotomografia de controle (intervalo máximo de 30 dias), observou-se trombose do saco aneurismático e boa perfusão do baço.

Discussão: A escolha da técnica de embolização dos aneurismas depende da localização e morfologia. A perviedade das artérias pode ser mantida nos tratamentos dos aneurismas saculares com uso de molas, cola, uso de stents ou balões de remodelagem, este último, limitado a colos estreitos. O pequeno diâmetro da artéria esplênica e a presença de inúmeras tortuosidades limita o uso de stents devido o risco de oclusão precoce e dificuldade na navegação. Optou-se pela técnica de exclusão do segmento vascular e 'empacotamento' do aneurisma devido menor risco de reenchimento por colaterais conforme observado na literatura. O infarto esplênico parcial foi a complicação mais encontrada, com poucos relatos prejudiciais ao paciente. Mesmo com o baixo risco de rotura do aneurisma (3-10%); existe a necessidade de seu tratamento devido a alta taxa de mortalidade na presença da emergência (20-100%). O tratamento endovascular promove menores taxas de morbidade (8-27,6%) e mortalidade (0%), mesmo em situações de emergência. No primeiro ano, o seguimento deve ser com 1 e 6 meses, com ultrassonografia, tomografia e/ou ressonância magnética; e reintervenção nos casos em que observa-se reenchimento do saco aneurismático.

Conclusão: O tratamento endovascular com uso combinado de mola e cola, preenchendo-se o saco aneurismático e suas artérias aferente e eferente, é seguro e eficaz por promover trombose do aneurisma e preservar reenchimento do órgão alvo por colaterais.

## **21 / 24 - PUNÇÃO RETRÓGRADA DE SEGMENTOS PROXIMAIS DE ARTÉRIA TIBIAL ANTERIOR: DESCRIÇÃO DE TÉCNICA**

*Fernanda Uchiyama, Bruna Ferreira Pilan, Enio Ziemiecki Junior, Susyenne L. Cosme, Macello J. S. Maciel, Moises A. Souza, Ayrton C. Fratezi, Joaquim M. Motta Leal Filho, Francisco C. Carnevale, Breno B. Affonso*

*Serviço de Radiologia Digital - InCor/ Serviço de Radiologia Intervencionista - ICHC FMUSP*

Objetivo: Descrever a técnica de punção retrógrada no segmento proximal de artéria tibial anterior (TA) nos casos em que a recanalização anterógrada do segmento fêmoro-poplíteo não foi possível. Materiais e Métodos: A técnica consiste em: a) arteriografia diagnóstica do membro; b) técnica de roadmap, identificando a TA; c) punção percutânea da TA em seu segmento proximal (agulha 18G ou 20G), através de parâmetros anatômicos associados ao roadmap; d) cateterização da TA com micro guia 0.018 sobre macro catéter sem utilização de introdutor; e) recanalização retrógrada das lesões fêmoro-poplíteas; f) passagem do fio guia através do introdutor proximal; g) passagem de catéter balão para angioplastia da lesão (via anterógrada); g) cateterização distal da TA com fio guia 0.018"; h) balonamento hemostático (5 minutos) do segmento de punção da TA, associada a compressão local; i) tratamento do segmento fêmoro-poplíteo; j) arteriografia de controle.

Resultados: Nos três casos realizados no serviço, obtivemos sucesso técnico de 100% com presença de pulso pedioso, sem complicações maiores.

Discussão: A dissecação do vaso em seu segmento distal promove ferida em um membro isquêmico, o que pode resultar em piores resultados quando falha na recanalização da lesão. Atualmente, opta-se por realizar a punção desse segmento, o que pode gerar vasoespasmos, infecção da ferida operatória seguida de amputação do membro, oclusão do sítio de punção com necessidade de revascularização cirúrgica segmentar e perda do segmento distal para revascularização cirúrgica convencional nos casos de falha do tratamento percutâneo. Nos casos de punção de segmento proximal de TA, há menor risco de infecção local ou lesão de área isquêmica. Adicionalmente, mantém íntegros os segmentos distais da artéria. O fato desse segmento arterial possuir maior calibre quando comparado ao seu leito distal, a sua localização superficial, e parâmetros anatômicos de pequena área possibilitam o maior sucesso na punção da TA e facilitam a compressão manual para a hemostasia. Deve-se minimizar número de punções e realizar adequada hemostasia com catéter balão no sítio de punção devido risco sangramento local e síndrome compartimental.

Conclusão: A punção retrógrada de segmentos proximais da artéria TA mostrou ser um método seguro e eficaz, aprimorando as técnicas de recanalização de lesões complexas do segmento fêmoro-poplíteo.

## **22 / 25 - EXPERIÊNCIA INICIAL EM ABLAÇÃO PERCUTÂNEA DE TUMORES RENAI PRIMÁRIOS**

*Henrique Serrão Mendes de Souza, José Hugo Luz, Henrique Salas Martin, Hugo Gouveia, Amarino Carvalho Junior, Felipe Diniz, Tiago Nepomuceno, Raphael Braz Levigard, Leonardo Azevedo M. Rodrigues*

*Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/RVO*

Objetivo: Relatar nossa experiência inicial com Ablação Percutânea de tumores renais primários.

Materiais e Métodos: Um total de 30 tumores renais primários em 16 pacientes (7 homens e 9 mulheres), variando de 0,8 a 4,2 cm, sendo todos carcinomas de células claras, exceto por 1 paciente onde o diagnóstico posteriormente foi de Oncocitoma, foram submetidos a ablação percutânea guiada por TC (17 crioablações e 13 ablações por radiofrequência), durante o período de maio de 2010 a fevereiro de 2014.

Foram realizados TC ou RNM em todos os pacientes, antes e com 1, 3, 6 e 12 meses após o procedimento, no primeiro ano e semestralmente nos anos seguintes.

O objetivo primário desse estudo foi avaliar o sucesso técnico e a eficácia no controle local da doença, com base na existência ou não de tumor viável após o procedimento e na recorrência local nos exames de controle.

Os desfechos secundários foram as complicações, o tempo de internação e o impacto na função renal.

Resultados: O sucesso técnico foi obtido em 96,7% das ablações (apenas 1 dos 30 tumores apresentou lesão residual no primeiro exame de controle, a qual foi submetida a nova sessão ablativa apresentando resposta completa nos estudos de imagem subsequentes).

O tempo médio de acompanhamento foi de 14,5 meses (variando de 1 a 47 meses), não sendo identificada nenhuma recorrência local até o momento.

Dois pacientes (13,3%) apresentaram complicações maiores como pneumotórax e trombose venosa profunda e oito (53,3%) apresentaram complicações menores como dor, febre, náuseas e abaulamento da parede abdominal adjacente ao local de acesso percutâneo.

O tempo médio de internação foi de 1,4 dias.

Três pacientes (20%) apresentaram aumento de escórias nitrogenadas após o procedimento, com posterior queda, se aproximando do valor pré-ablação.

Discussão: A ablação é uma forma eficaz de tratamento do carcinoma renal de células claras idealmente menor que 3 a 4 cm. Nossos resultados de 96,5% de controle local da doença é compatível com os estudos publicados na literatura médica. Além disso a ablação percutânea de tumores renais é uma opção menos invasiva do que a cirurgia e a ablação laparoscópica.

Conclusão: A ablação percutânea de tumores renais primários é um tratamento com eficácia estabelecida, tendo como benefícios menor morbidade, menor tempo de convalescência e mínima ou nenhuma alteração da função renal quando comparada à ressecção cirúrgica.

## **23 / 26 - ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO TRATAMENTO DE TUMORES HEPÁTICAS SUBDIAFRAGMÁTICAS: EFICÁCIA E SEGURANÇA DO ACESSO TRANSPULMONAR**

*Augusto César Vieira Teixeira, Públio César Cavalcante Viana, Eduardo Lima Garcia, Eduardo Pinheiro Zarattini Anastacio, Luiz Tentório Siqueira, Marcos Roberto de Menezes*

*Instituto do Câncer do Estado de São Paulo*

Objetivo: O objetivo do presente estudo é avaliar a acurácia e a segurança do acesso transpulmonar na ablação por radiofrequência guiada por tomografia computadorizada no tratamento das lesões hepáticas subdiafragmáticas sem a necessidade de técnicas invasivas adjuvantes pré-procedimento, tal como a indução de pneumotórax iatrogênico.

Materiais e Métodos: Uma análise retrospectiva dos procedimentos realizados em nossa instituição de abril de 2008 a abril de 2013 foi conduzida. Um total de 141 ablações por radiofrequência hepática foram feitas no referido período. Deste total, em 53 (37,5%) procedimentos o acesso transpulmonar foi instituído para lesões do domus hepático em 46 pacientes com 61 lesões tratadas. Resultados: Ablação por radiofrequência transpulmonar foi tecnicamente factível e bem sucedida. Controle tumoral local foi alcançado em todos os pacientes. A complicação mais comumente encontrada foi pneumotórax, ocorrendo em 41,5% (22/53) das ablações. Pneumotórax requerendo drenagem ocorreu em 8 pacientes (15%).

Discussão: Tumores localizados no domus hepático apresentam maior dificuldade técnica de ablação percutânea. Dentre as vantagens do acesso transpulmonar podemos citar a possibilidade de utilização de trajeto mais curto, número menor de tentativas de acesso até a lesão e maior



precisão no posicionamento da agulha. As taxas de complicações no acesso transpulmonar não são maiores que aquelas relatadas para os acessos percutâneos não-transpulmonares feitos de rotina. Na realidade, o acesso transpulmonar pode até trazer menor morbidade ao paciente, uma vez que este encurta o trajeto percorrido da pele até a lesão e possibilita uma redução no número de tentativas requeridas para chegar até o tumor. O pneumotórax é a complicação mais frequente e pode ser efetivamente tratado pelo próprio radiologista intervencionista. Tal tratamento envolve a colocação de uma agulha no espaço pleural e aspiração manual do pneumotórax. Uma minoria dos pacientes irá necessitar de drenagem.

Conclusão: O acesso transpulmonar é uma técnica efetiva e segura no tratamento dos tumores hepáticos localizados abaixo do diafragma e deve ser considerada como uma excelente alternativa para tratar tais lesões. Ainda que ocorra pneumotórax como uma frequente complicação, este pode ser facilmente manejado. Técnicas adjuvantes invasivas antes do procedimento são desnecessárias.

**24 / 27 - PROSTATIC ARTERY EMBOLIZATION (PAE) AS A MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OPTION FOR PATIENTS CANDIDATE TO OPEN PROSTATECTOMY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH): A PROSPECTIVE SINGLE CENTER STUDY.**

*Andre Moreira de Assis, Airton M Moreira, Eduardo M Yoshinaga, Vanessa C P Rodrigues, Alberto A Antunes, Sardis H Harward, Joaquim M Motta-Leal-Filho, Miguel Srougi, Francisco C Carnevale  
University of Sao Paulo Medical School*

Objetivo: To describe the safety and efficacy of PAE to treat lower urinary tract symptoms (LUTS) related to BPH in patients with prostate size greater than 90 grams.

Materiais e Métodos: This single-center trial was conducted in 35 patients with prostate sizes ranging from 90 to 252 grams. Magnetic resonance imaging, uroflowmetry, and the International Prostate Symptom Score (IPSS) were used to assess outcomes. Complications were classified according to SIR guidelines

Resultados: Mean prostate size decreased from 135.1g prior to PAE to 91.9g at 1 to 3 months of follow-up ( $p < 0.0001$ ). Mean IPSS and quality of life scores improved from 18.3 to 2.7 and 4.8 to 0.9 ( $p < 0.0001$  for both), respectively. A statistically significant negative correlation was observed between PSA at 24 hours post PAE and IPSS score 1 to 3 months post PAE. The overall incidence of complications was 20.6% (17.7% minor, 2.9% major).

Discussão: Numerous reports have described safety and efficacy outcomes following prostate artery embolization as a treatment for BPH. To our knowledge, ours is the first study to publish results of PAE in patients selected for their large prostate size. The potential for PAE as an alternative treatment in this patient population is significant, as TURP and laparoscopic prostatectomy are typically not considered for prostate sizes exceeding 90g. As a minimally invasive procedure, PAE offers numerous advantages over open prostatectomy, which is associated with relatively high morbidity.

No serious complications related to PAE technique were observed in the present series. Nevertheless, urodynamic study has caused one case of urinary tract infection requiring hospitalization for endovenous antibiotics, the only major complication reported in this series. Overall, clinical improvement in LUTS was achieved without urinary incontinence, ejaculatory disorders or erectile dysfunction.

Although we were able to detect statistical significance of several outcomes, our study population was relatively small. Further analysis of a larger patient population with more extensive follow-up is needed to more thoroughly evaluate PAE in patients with large prostates.

Conclusão: PAE is a safe and effective treatment for LUTS due to BPH in patients with prostate size greater than 90 grams. Excessively elevated PSA in 24 hours after PAE is associated with lower symptom burden in midterm follow-up.

## **25 / 29 - INFECÇÃO PERI-ENDOPROTESE NO PÓS-OPERATORIO TARDIO DE CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA: TRATAMENTO SEGURO E EFICAZ ATRAVES DA DRENAGEM PERCUTÂNEA**

*Priscila Mina Falsarella, Rafael Dahmer Rocha, Bruna De Fina, Vinicius Neves Marcos, Antonio Rahal Jr, Rodrigo Gobbo Garcia  
Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: Demonstrar a importância da radiologia intervencionista no tratamento de uma complicação com elevada morbi-mortalidade.

Relato de Caso: Paciente masculino de 84 anos atendido no pronto-socorro, com história de piora súbita de dor lombar crônica, picos febris e queda do estado geral. Paciente com antecedente de há 8 meses ter sido submetido a correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal e há 3 meses correção endovascular de "endoleak". Paciente com tomografia realizada em outra instituição com imagens de saco aneurismático com 7 cm, hematoma antigo em retroperitônio e presença de gás e coleção peri-prótese. Triagem laboratorial com leucocitose e aumento de provas inflamatórias.

Devido ao elevado risco cirúrgico optou-se por realização de drenagem percutânea da coleção peri-prótese guiada por imagem e antibioticoterapia após coleta de material.

Submetido à drenagem guiada por ultrassom de acesso posterior, com saída de 30 ml de secreção purulenta. Inserido dreno pigtail 8,5 Fr peri-prótese, com redução da coleção em tomografia de controle. Paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, e culturas de secreção negativa para bactérias, microbactérias e fungo. Recebendo alta em bom estado geral. Controles em longo prazo mostrando ausência de nova coleção peri-prótese.

Discussão: A infecção de prótese após correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal é uma complicação incomum, com incidência entre 1,3 a 6 % dos procedimentos, porém letal em 25 a 75 % dos casos.

A apresentação é geralmente inespecífica, com o paciente febril ou subfebril, dor abdominal ou lombar e queda do estado geral. Laboratorialmente ocorre aumento de provas inflamatórias e leucocitose. Os exames de imagem são de grande importância no diagnóstico.

Entre as imagens sugestivas de infecção peri-prótese, presença de coleção e gás são as mais sugestivas, sendo a tomografia mais sensível.

As opções terapêuticas de infecção peri-prótese são reduzidas, e o tratamento cirúrgico a opção padrão. Entretanto em pacientes com elevado risco, a drenagem percutânea se mostra excelente alternativa, apresentando baixa morbi-mortalidade.

Este caso descreve uma complicação potencialmente fatal da correção de aneurisma de aorta abdominal endovascular e também o papel da radiologia intervencionista na abordagem segura, eficaz e minimamente invasiva.

## **26 / 30 - PNEUMOPERITONIO HIPERTENSIVO TRATADO COM DRENAGEM PERCUTÂNEA MINIMAMENTE INVASIVA**

*Priscila Mina Falsarella, Rafael Dahmer Rocha, Juliano Ribeiro Andrade, Antonio Rahal Jr, Marcos Roberto Gomes Queiroz, Rodrigo Gobbo Garcia  
Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: Demonstrar a importância da radiologia intervencionista no tratamento de uma complicação com elevada morbi-mortalidade

Relato de Caso: Paciente masculino, de 44 anos, com história de dor abdominal e icterícia, foi admitido no setor de emergência e após avaliação clínica e laboratorial inicial, teve confirmado diagnóstico de pancreatite. Submetido a colangiressonância para investigação etiológica, com presença de dilatação moderada das vias biliares intra e extra-hepáticas, bile espessa nos ductos biliares com nível até o plano da papila duodenal, achados associados a discreto adelgaçamento e realce do ducto biliar distal ao longo da papila.

Realizada CPRE que evidenciou massa exófica na papila maior. Submetido a gastropancreatoduodenectomia (GDP) com anastomose dos ductos biliares e pancreáticos ao jejuno, por adenocarcinoma tubular na papila maior.

No pós-operatório tardio, o paciente evoluiu com dor abdominal e episódios de pancreatite recorrentes. Realizada investigação com tomografia computadorizada que demonstrou dilatação do ducto pancreático principal.

Devido à presença de dilatação sintomática do ducto pancreático, na qual a colocação de cateter de drenagem endoscópico transpapilar não é possível, foi realizada pancreatogastrostomia guiada por US.

Após algumas horas do procedimento o paciente referiu dor abdominal significativa associado à distensão e hipotensão. Outra tomografia computadorizada foi realizada, sendo observada grande quantidade de gás na cavidade peritoneal. O paciente foi então submetido a drenagem percutânea do pneumoperitônio guiada por tomografia, com reversão da distensão abdominal e da hipotensão. A seguir o dreno foi conectado a uma válvula de Heimlich, com boa evolução clínica.

Discussão: Esse caso descreve complicação rara, porém possível da pancreatogastrostomia guiada por US, e também a importância da inovação proporcionada pela radiologia intervencionista como terapêutica minimamente invasiva.

### **27 / 31 - IMPLANTE PERCUTANEO DE MARCADORES FIDUCIAIS RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGEM: PAPEL DA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA NA TERAPIA PRECISA DO CANCER**

*Priscila Mina Falsarella, Rafael Dahmer Rocha, Bruna De Fina, Rodrigo Gobbo Garcia, Antonio Rahal Jr, Marcos Roberto Gomes Queiroz  
Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: Radioterapia guiada por imagem (IGRT) integra o método de imagem no planejamento e execução da radioterapia, proporcionando a localização das lesões alvo. Como a radioterapia utiliza cursos hipofracionados utilizando altas doses de radiação por fração, a precisão é crucial para a eficácia e segurança do procedimento. Nesta apresentação, revisamos o processo de IGRT e descrevemos técnicas de implante de marcadores fiduciais com base na literatura e em nossa experiência, ilustrado com alguns procedimentos executados pelo centro de radiologia intervencionista em nossa instituição.

Materiais e Métodos: geralmente 3 a 5 marcadores fiduciais de ouro são introduzidos por acesso percutâneo utilizando uma agulha introdutora de 19 Gauge no interior e ao redor do tumor. Para visualização dos marcadores fiduciais radiopacos é utilizado um sistema de Raios-X ortogonal proporcionando reconstrução radiológica da tomografia previa de planejamento. A seguir, rotação e translação nos três eixos é realizada, antes e durante cada sessão de radioterapia. Ajustes eletrônicos são efetuados a fim de que o manipulador robótico aplique a radiação com grande precisão espacial.

Resultados: Serão expostas imagens tomográficas ilustrando as fases do procedimento, imagens pré e pós-procedimento (seguimento), bem como dados sobre os materiais utilizados.

Discussão: A implantação dos marcadores fiduciais conjuntamente à radioterapia orientada por imagem constitui técnica de alta precisão no tratamento de lesões tumorais de diferentes dimensões e localizações.

Conclusão: radiologia intervencionista apresenta papel de extrema relevância para o sucesso da IGRT, sendo a introdução de marcadores fiduciais como guias o principal papel desta modalidade na terapêutica radioterápica, uma técnica segura e pouco invasiva.

### **28 / 32 - EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARCIAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

*Jose Hugo Mendes Luz, Leonardo Azevedo M. Rodrigues, Henrique Salas Martins, Hugo Rodrigues Gouveia, Amarino de Carvalho Júnior, Felipe Diniz, Tiago Nepomuceno, Raphael Braz Levigard  
INCA - Instituto Nacional de Cancer*

Objetivo: Apresentar os resultados iniciais da EEP para aumentar a contagem plaquetária e, assim, permitir o retorno do paciente ao tratamento quimioterápico.

Relatos de Casos: O estudo é prospectivo, não randomizado, fase II. 40 pacientes que interromperam o tratamento quimioterápico devido a plaquetopenia serão submetidos a EEP. 6 pacientes já foram incluídos e submetidos a EEP de outubro de 2013 a março de 2014. A EEP promoveu aumento da contagem plaquetária em todos os pacientes até o momento, permitindo que retomassem o tratamento quimioterápico em até duas semanas. O número médio de plaquetas pré e pós EEP foi de 67.500 e de 169.000 respectivamente. O tempo médio de internação foi de 2,5 dias (1 paciente foi internado por 4 dias para quimioterapia e, se contabilizarmos somente o tempo de internação relacionado ao procedimento, este tempo médio cai para 1 dia). As EEP foram realizadas sob sedação e analgesia venosa e anestesia local utilizando como material embolizante partículas (de 100 até 500 micra - 5 pacientes) + gelfoam (1 paciente). A % do parênquima esplênico embolizado foi de 50% exceto por 1 paciente que teve 90% do baço embolizado. Todos os casos a porção inferior do baço foi embolizada. Os pacientes apresentavam veia esplênica pérvia antes do procedimento e em nenhum caso houve trombose da veia esplênica. Nenhuma complicação

grave foi registrada. Dor leve a moderada controlada por medicação não opióide foi relatada por todos os pacientes. Febre e vômitos estiveram presentes em 1 e 2 pacientes respectivamente. Todos os pacientes receberam terapia antibiótica por 7 dias. Não houveram intercorrências durante os procedimentos e foi utilizado selante hemostático na artéria femoral de todos os pacientes. A sobrevida global média é de 100%.

Discussão: A EEP demonstrou ser um método seguro e eficaz para permitir que pacientes com trombocitopenia secundária ao hiperesplenismo retornem ao tratamento quimioterápico. O tema foi pouco abordado, porém os resultados são semelhantes aos já publicados.

### **29 / 33 - APLICABILIDADE DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO (CONE-BEAM CT) NA QUIMIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA**

*Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, Bruna De Fina, Gisele G. de Sá, Rafael N. Cavalcante, Joaquim M. M. Leal Filho, Francisco L. Galastri, Breno B. Affonso, Felipe Nasser Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: Entre outubro de 2012 e fevereiro de 2014, 178 sessões de quimioembolização com partículas carreadoras de drogas (DC-Bead®) foram realizadas em pacientes portadores de carcinomas hepatocelulares (CHC) no serviço de Radiologia Vascular do Hospital Israelita Albert Einstein. Em 43 casos (24%) foi realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico (cone-beam CT) durante o procedimento. O objetivo do estudo é descrever a aplicabilidade da cone-beam CT durante a quimioembolização hepática de CHC.

Relatos de Casos: Serão demonstrados alguns casos de pacientes que se beneficiaram da aquisição tomográfica durante a quimioembolização. Todos os pacientes participavam do programa de transplante hepático, com indicação da quimioembolização por adjuvância (terapia de ponte) ou regressão do estadiamento tumoral (downstaging). Em determinadas situações nas quais havia suspeita de circulação parasitária de órgãos adjacentes, a tomografia permitiu mapear os vasos e evitar uma embolização inadvertida. Nos demais casos, a aquisição tomográfica confirmou a localização de tumores hipovasculares pequenos.

Discussão: A cone-beam CT permite fornecer informações importantes durante uma quimioembolização hepática. Entre suas principais vantagens cita-se: a) localização tumoral; b) navegação e avaliação de ramos parasitários; c) controle de resposta. Na primeira atribuição, principalmente em tumores pequenos e hipovasculares, a aquisição tomográfica possibilita um aumento na sensibilidade da detecção do CHC. Na segunda, permite-se produzir um mapeamento dos vasos (roadmap), facilitando a cateterização superseletiva e a identificação dos vasos nutridores tumorais, inclusive aqueles originários de circulação colateral de outros órgãos. Finalmente, possibilita-se a avaliação da vascularização tumoral remanescente após o procedimento, predizendo uma resposta tumoral e a necessidade de uma segunda abordagem. Apesar de alguns serviços utilizarem a cone-beam CT de forma rotineira para este último fim, o protocolo da presente instituição é realizar uma ressonância magnética em 30 dias. Apesar das possíveis vantagens, este método emite altas doses de radiação ionizante, além de necessitar de um posicionamento adequado e de apnéia do paciente. Por conseguinte, recomenda-se a cone-beam CT em casos reservados.

### **30 / 34 - COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA: OPÇÃO EFICAZ E MINIMAMENTE INVASIVA EM PACIENTES CRÍTICOS**

*Priscila Mina Falsarella, Bruna De Fina, Diego Nunes Bortolazi, Rodrigo Gobbo Garcia, Antonio Rahal Jr, Juliano Ribeiro Andrade Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: A colecistostomia percutânea é uma técnica minimamente invasiva utilizada para descompressão da vesícula biliar realizada através da sua punção com agulha fina, por orientação ultrassonográfica e colocação de dreno tubular na sua luz, sendo aplicada como ponte para o tratamento cirúrgico ou como por vezes tratamento definitivo.

As principais indicações são pacientes com colecistite aguda (calculosa ou acalculosa) com elevado risco cirúrgico, obstrução biliar, acesso para extração ou terapia de dissolução de cálculos em pacientes críticos. Dentre as complicações podemos citar o deslocamento do cateter, extravazamento de bile, podendo haver evolução para peritonite biliar, sangramento, lesão de alças intestinais, bradicardia e hipotensão.

O presente trabalho tem por objetivo ilustrar e descrever a técnica da colecistostomia percutânea guiada por ultrassonografia, discutindo sobre experiência da equipe de radiologia intervencionista em nosso serviço.



**Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva dos casos de pacientes com colecistite aguda em estado grave, submetidos a colecistostomia guiada por ultrassonografia.

**Resultados:** Serão expostas imagens ultrassonográficas ilustrando as fases do procedimento, imagens tomográficas pré e pós-procedimento (seguimento), bem como dados sobre tempo de recuperação, volumes drenados, materiais utilizados e técnicas possíveis.

**Discussão:** No presente estudo, pacientes com alto risco cirúrgico foram submetidos a colecistostomia guiada por ultrassonografia, apresentando melhora clínica substancial, evidenciando a importância da realização de procedimentos minimamente invasivos em pacientes críticos.

**Conclusão:** A colecistostomia percutânea guiada por ultrassonografia é um procedimento seguro, de prática realização e com elevada taxa de sucesso. Mostra-se eficaz em pacientes gravemente enfermos em que a colecistectomia é contra-indicada.

### **31 / 35 - FÍSTULA DO DUCTO TORÁCICO: TRATAMENTO PERCUTÂNEO POR TÉCNICA TRANSDIAFRAGMÁTICA POSTERIOR DIREITA**

*Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, Bruna De Fina, Natassya C. Otoni, Antônio Rahal Jr., Rodrigo G. Garcia*

*Hospital Israelita Albert Einstein*

**Objetivo:** Ressaltar a importância da Radiologia Intervencionista no tratamento desta condição patológica de alta morbimortalidade.

**Relato de Caso:** Paciente feminina, 35 anos, brasileira, residente na China, local em que se submeteu a exérese parcial de um linfangioma de mediastino posterior. No pós-operatório recente desenvolveu quilotórax de repetição, sendo aventada a hipótese de fístula do ducto torácico. A seguir, realizou-se um linfangiograma, o qual evidenciou comunicação do ducto torácico com a cavidade pleural direita, entretanto, sem mapear o trajeto fistuloso. Executou-se tentativas de correção da fístula por meio de tratamentos cirúrgicos, radioterápico e conservador (dreno prolongado e dieta pobre em gordura). Após falha terapêutica, a paciente procurou o Serviço de Radiologia Intervencionista do Hospital Israelita Albert Einstein. Nesta instituição, realizou-se uma linfangiografia por punção direta transdiafragmática posterior direita, que permitiu mapear o trajeto fistuloso. A seguir foi realizada a embolização da fístula através de partículas de polidocanol e cola.

**Discussão:** A fístula de ducto torácico frequentemente ocorre de etiologia iatrogênica cirúrgica. Apresenta taxa de morbimortalidade extremamente alta, variando de 10-50% em alguns casos, principalmente devido a espoliação protéica e linfocitária. O ducto torácico origina-se geralmente entre a aorta e a veia ázigo, em situação posterior à crura diafragmática direita, ao nível de D12-L2, na denominada "cisterna chyli". Apresenta trajeto ascendente anterior ao corpo vertebral até a região cervical. O acesso percutâneo do ducto torácico foi primeiramente descrito por Cope, por meio de abordagem anterior, deixando-se o acesso posterior em casos de pacientes com múltiplas cirurgias prévias. As taxas de sucesso desta técnica terapêutica varia entre 71-88%. O sucesso clínico é de cerca de 90%. A incidência de complicações é baixa, destacando-se a transfixação dos órgãos durante a punção, o edema crônico de membros inferiores (7%) e diarreia crônica (12%). Por conseguinte, a embolização percutânea do ducto torácico para correção de fístulas é considerada o tratamento de primeira linha para pacientes com fístulas quilosas traumáticas e não-traumáticas.

### **32 / 36 - BIÓPSIAS RENAIIS FOCAIS: SUBINDICADAS OU DESNECESSÁRIAS?**

*Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, Bruna De Fina, Antônio Rahal Jr., Marcos R. G.*

*Queiroz, Rodrigo G. Garcia*

*Hospital Israelita Albert Einstein*

**Objetivo:** Avaliar a efetividade e o índice de complicações nas biópsias renais focais.

**Materiais e Métodos:** Durante 5 anos, 16 pacientes foram submetidos a biópsia focal de massas renais. Foram revistos os exames de imagens e coletados os seguintes dados referentes ao tumor: tamanho, vascularização, localização e presença de gordura ou componente cístico. Ainda foram anotados dados laboratoriais, número de fragmentos retirados e as complicações relacionadas ao procedimento. As biópsias foram realizadas com técnica coaxial e agulha 18-gauge. Nenhum dos pacientes apresentava coagulopatia ou plaquetopenia nos exames prévios.

**Resultados:** Os pacientes apresentavam em média 64,3 anos (39 – 83) e 94% (15/16) eram do sexo masculino. O tamanho médio dos nódulos foi de 3,6 cm (1 – 9,5 cm), sendo que 10 (62,5%) eram menores de 4 cm. Pelo menos 9 nódulos eram hipervasculares aos exames de imagem. A ultrassonografia foi utilizada como guia em 6 casos, a tomografia em 4 casos, e a associação dos dois métodos nos 6 restantes. Não houve complicações graves relacionadas ao procedimento,

ocorrendo apenas 2 pequenos hematomas pericapsulares em nódulos hipervasculares, os quais exigiram apenas acompanhamento. Foram retiradas uma média de 4 fragmentos por biópsia, com um mínimo de 2 e máximo de 6. Em todos os 16 casos as amostras foram satisfatórias. Os resultados histopatológicos mostraram-se benignos em 31,2% dos casos.

Discussão: Embora a maioria das massas renais sejam malignas, cerca de 20% são benignas. Recentemente, guidelines internacionais tem ressaltado a importância da biópsia renal antes da definição da conduta. Com o avanço da Radiologia Intervencionista, atualmente é possível um diagnóstico com grande taxa de acurácia e mínimo índice de complicações. As taxas de diagnóstico e concordância histopatológica (100%) do presente estudo foram um pouco superiores do que as relatadas na literatura (81% e 93%), provavelmente atribuído a presença de um médico patologista experiente durante o procedimento.

Conclusão: A biópsia renal focal guiada por imagem é segura e efetiva, mesmo em massas renais pequenas. Recomenda-se, sempre que possível, a presença de um patologista na sala durante o procedimento. Com as recentes opções terapêuticas ablativas e a possibilidade de conduta expectante em lesões benignas, aponta-se para um significativo aumento no número de indicações de biópsias renais.

### **33 / 37 - ALCOOLIZAÇÃO DE LINFONODOS CERVICAIS METASTÁTICOS EM TUMORES DE TIREÓIDE**

*Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, Yves B. Costa, Antônio Rahal Jr., Marcos R. G. Queiroz, Rodrigo G. Garcia  
Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: A maioria dos pacientes com câncer de tireoide bem diferenciado, do subtipo papilífero ou células claras, exibe apenas lesão focal intra-tireoideana como apresentação inicial. Todavia, em um percentual considerável de casos, a ocorrência de metástases linfonodais (ML) já está presente no momento do diagnóstico, podendo também ser diagnosticadas semanas ou meses após a ressecção cirúrgica. A abordagem desses linfonodos durante o ato cirúrgico por vezes é bastante difícil tecnicamente, em especial em pacientes com cirurgia prévia. Nesse contexto a alcoolização das metástases guiada por ultrassonografia representa uma excelente opção terapêutica. O objetivo do trabalho é descrever a utilização da alcoolização como terapia ablativa química em metástases linfonodais pequenas de tumores de tireóide.

Relato de Caso: Caso 1 – Paciente masculino, 38 anos, com antecedente de carcinoma papilífero, tratado com tireoidectomia total. Apresentou nódulos cervicais metastáticos confirmados por punção aspirativa. Realizou-se duas sessões de alcoolização (álcool absoluto – 99,9 %), utilizando agulha 23-gauge, sob orientação ultrassonográfica e anestesia local, com administração de 0,7 ml de álcool por sessão. Caso 2 – Paciente feminina, 22 anos, com antecedente de carcinoma papilífero de tireóide tratado com tireoidectomia total e radioiodoterapia. Apresentou dois linfonodos cervicais no nível IV, confirmados como metástases. Também foi submetida a duas sessões de alcoolização, sob sedação endovenosa, com injeção de 1,3 e 0,6 ml, respectivamente. Ambos os pacientes realizaram controle com 1 a 3 meses, observando-se redução do tamanho e da viabilidade linfonodal.

Discussão: A alcoolização das ML das neoplasias tireoideanas tem ganho respaldo na literatura como opção terapêutica, em especial nos casos com poucas lesões. Esse método mostra-se eficaz, com poucos sintomas relacionados ao procedimento e com possibilidade de tratamento ambulatorial. A dor durante o procedimento é a complicação mais comumente observada, porém bastante minimizada com a realização da técnica adequada. Assim, a alcoolização das ML guiada por ultrassonografia é uma ótima alternativa, com baixo custo e sem necessidade de internação.

### **34 / 38 - INTERVENÇÃO ORIENTADA POR IMAGEM NAS ADENOMATOSSES**

*Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, Bruna De Fina, Yves B. Costa, Francisco L. Galastri, Antônio Rahal Jr., Marcos R. G. Queiroz, Breno B. Affonso, Rodrigo G. Garcia, Felipe Nasser  
Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: Primeiramente descrita em 1985, a adenomatose hepática (AH) é definida pela presença de múltiplos adenomas (> 10), envolvendo ambos os lobos, sem correlação com doença de depósito e menor associação com uso de esteroides e anticoncepcionais. A apresentação inicial usualmente é dor abdominal (40%) ou achado incidental de imagem (30%). Embora os pacientes possam persistir assintomáticos por muito tempo, os adenomas apresentam risco de sangramento, ruptura e transformações malignas, devendo-se considerar o tratamento. O objetivo do trabalho é



descrever a importância da Radiologia Intervencionista tanto no diagnóstico como na terapêutica dessa condição rara, entretanto, potencialmente fatal.

Relatos de Casos: Serão demonstrados casos de 5 pacientes que se beneficiaram de técnicas endovasculares e percutâneas. Em 4 casos observou-se sinais de sangramento no interior dos adenomas, um deles com instabilidade hemodinâmica após trauma abdominal. Todos os pacientes foram submetidos a tratamento endovascular para embolização dos adenomas hemorrágicos. Em um desses casos, sucedeu-se a radioablação hepática eletiva guiada por ultrassonografia para controle da doença. No caso mais recente, em um adenoma com suspeita de malignização, utilizou-se de uma biópsia guiada por fusão de ultrassonografia e ressonância magnética.

Discussão: Os adenomas apresentam uma incidência geral de 3 casos por 1.000.000 de pessoas por ano. A AH está presente em 10-24% dos pacientes com adenomas. Os achados de imagem, particularmente os da ressonância magnética, são de grande valia para o diagnóstico. A biópsia está indicada em casos em que a aparência imagiológica é suspeita para carcinoma hepatocelular, seja uma lesão inicialmente suspeita ou que apresente mudança em suas características e dimensões nos exames de controle, ou então quando não for possível diferenciá-lo de metástases hipervasculares. A terapêutica deve ser individualizada, considerando os sintomas e os riscos de ruptura e malignização. Embora a ressecção cirúrgica consista na modalidade terapêutica tradicional, a possibilidade de tratamento com técnicas minimamente invasivas tem ganhado força nos últimos anos como tratamento emergencial e eletivo, permitindo maior preservação do parênquima hepático.

### **35 / 39 - AVALIAÇÃO DA CORRELAÇÃO TIRADS® BETHESDA® EM 1.000 PUNÇÕES ASPIRATIVAS POR AGULHA FINA DE NÓDULOS TIREOIDEANOS**

*Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, João P. Bacellar, Antônio Rahal Jr., Rodrigo G. Garcia, Miguel J. F. Neto*

*Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: Avaliar a efetividade da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoideanos e aferir a aplicabilidade do Thyroid Image Reporting and Data System (TIRADS®), correlacionando os achados ultrassonográficos com os resultados citopatológicos.

Materiais e Métodos: Estudo prospectivo realizado entre novembro de 2011 e fevereiro de 2014, onde 1000 nódulos tireoideanos de 837 pacientes foram avaliados por radiologistas intervencionistas experientes. Estes nódulos foram classificados de acordo com o TIRADS®, e então submetidos a PAAF, conforme indicação clínica e radiológica. Os procedimentos foram realizados sob guia ultrassonográfica, sempre que possível desviou-se dos vasos tireoideanos a fim de evitar sangramento. Buscou-se realizar os aspirados das áreas mais sólidas dos nódulos. . Posteriormente, as lâminas eram encaminhadas para avaliação citopatológica.

Resultados: A taxa de sucesso técnico da PAAF foi de quase 100%. Em menos de 0,5% dos casos o material citológico foi considerado insuficiente. Houve significativa correlação entre a classificação TIRADS® e os resultados citopatológicos. Em nódulos categorizados como 4C ou 5, verificou-se malignidade em cerca de 80 e 95%, respectivamente, enquanto que nos nódulos TIRADS® 2 ou 3, a incidência foi de 1 e 2,3%. O único caso não esperado de malignidade foi atribuído a um provável erro de categorização pelo radiologista intervencionista, devido à curta experiência com esta classificação na época.

Discussão: A PAAF de tireóide tem se mostrado como um método seguro e efetivo, podendo ser realizada de forma ambulatorial. A presença de um biomédico ou do médico patologista no momento do procedimento auxilia a evitar o número de amostras insatisfatórias. Com o aumento da casuística mundial utilizando o modelo de classificação TIRADS®, este parece estar se consolidando como método apropriado para a avaliação e manejo dos nódulos tireoideanos.

Conclusão: Atualmente há uma constante busca em padronizar os diversos laudos e procedimentos de imagem, no intuito de alcançar uma boa reprodutibilidade. O radiologista intervencionista tem papel fundamental frente aos nódulos tireoideanos, visto que em muitas das vezes ele é o responsável pelo diagnóstico e por determinar a indicação ou não da análise citopatológica. Dessa forma, é necessário que este profissional esteja familiarizado com a classificação TIRADS®.

### **36 / 40 - O PAPEL DA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA NO SUCESSO DA ONCOLOGIA PERSONALIZADA**

Rafael Dahmer Rocha, Lelivaldo A. Britto Beto, Bruna De Fina, Antônio Rahal Jr., Marcos R. G. Queiroz, Rodrigo G. Garcia  
Hospital Israelita Albert Einstein

**Objetivo:** Descrever a atuação e os benefícios da Radiologia Intervencionista no sucesso da oncologia personalizada.

**Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva dos resultados das biópsias tumorais de diferentes sítios, as quais foram enviadas para avaliação genômica na Foundation Medicine®, instituição reconhecida mundialmente como referência no mapeamento genômico.

**Resultados:** Entre abril e novembro de 2013, 31 biópsias tumorais foram submetidas a avaliação genômica, envolvendo pacientes de 21 a 89 anos. Foram encontradas 53 alterações, sendo a do gene TP53 a mais presente. Em 30 pacientes (96,7%) foi caracterizado ao menos uma alteração. Destes casos, 65% já haviam terapia específica aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA), o que permitiu uma conduta direcionada.

**Discussão:** Nos últimos anos tem-se buscado incisivamente uma conduta oncológica personalizada para cada paciente, procurando-se identificar características genômicas tumorais que orientem uma terapêutica alvo. Dessa forma, uma terapia que atue seletivamente na área celular sensível permitirá impedir o crescimento tumoral, com uma significativa redução nos efeitos tóxicos. Em um futuro próximo, é provável que todos os tumores deverão ser avaliados individualmente. Nesta etapa a Radiologia Intervencionista tem papel fundamental, visto que permite adquirir amostras com altas taxas de efetividade e diminuição no tempo, custo e efeitos colaterais em relação às biópsias abertas. Enfatiza-se que as amostras são mais representativas nas áreas de maior captação do PET-CT e quando evitadas áreas de necrose. A estimativa da resposta tumoral também tenderá a ser mais rápida e precisa por meio de novas avaliações histológicas, em comparação à avaliação clínica e de imagem. Há uma tendência em se realizar biópsias percutâneas sempre que possível e, em virtude do envelhecimento populacional e das neoplasias estarem se tornando a maior causa de mortalidade no mundo, haverá uma grande demanda para essa área de atuação.

**Conclusão:** A evolução nas pesquisas genéticas tornam a medicina personalizada uma realidade. Terapêuticas alvo-específicas estão substituindo as baseadas na análise histológica padrão ou em algoritmos protocolados. É de suma importância que os profissionais que atuam nessa área estejam familiarizados com os referidos conceitos e tecnicamente preparados para contribuir a essas melhorias.

### **37 / 41 - EMBOLIZAÇÃO DE RAMO PORTAL PRÉHEPATECTOMIA: COMPARAÇÃO ENTRE MICROPARTÍCULAS E MOLAS VERSUS COLA CIRÚRGICA (HISTOACRYL), UM ESTUDO INICIAL.**

Uchiyama, F; Pereira, OI; Ziemiński Jr, E; Pílan, B; Marcelo; Moises; Susyanne; Carnevale, FC.  
Serviço de Radiologia Intervencionista – InRad – ICHC – FMUSP

**Introdução:** A embolização de ramo portal (ERP) é utilizada na programação pré operatória, objetivando a hipertrofia do fígado remanescente (FR) e a redução da morbimortalidade pós operatória. Sendo indicada quando o volume de FR é inferior a 20% nos pacientes com função hepática normal e 30% nos cirróticos.

**Objetivo:** Comparar a eficácia da embolização de ramo portal direito com cianoacrilato (histoacryl®) versus micropartículas de polivinil álcool – PVA/ molas/ gelatina absorvível (gel foam®), nos pacientes com indicação de hepatectomia direita.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo com 8 pacientes submetidos a ERP direito entre agosto de 2013 à fevereiro de 2014. Todos os pacientes tiveram acesso ipsilateral na punção do ramo portal. No primeiro grupo, tivemos 4 pacientes submetidos a embolização com uso de PVA (300 micras com progressão até 1.000 micras), gelatina absorvível e molas 0.035" (diâmetro crescente de 8 a 12mm e extensão de 14cm). Já no segundo grupo, 4 pacientes foram submetidos ao uso de histoacryl diluído em lipiodol (solução de 1:4). Uma tomografia com volumetria hepática foi realizada pré e pós 4 semanas do procedimento, para avaliação da hipertrofia hepática.

**Resultados:** O sucesso técnico foi obtido em 100% dos casos. Observou-se crescimento do volume hepático nos dois grupos do estudo – 13% para o grupo 1 e 8,75% para o grupo 2) sem diferença estatística. Não houve relato de complicações maiores nos grupos estudados.

**Discussão:** Muitos materiais podem ser utilizados com esta finalidade. Tanto o uso de histoacryl quanto as micropartículas esféricas com molas são eficazes na ERP e apresentam baixa morbidade. Entretanto não há estudos randomizados comparando os dois materiais.

Conclusão: Neste estudo o uso do histoacryl foi tão eficaz quanto as micropartículas com molas para ERP e causar hipertrofia do FRF. Estudos com maior número de casos são necessários para comprovar este achado e, para avaliar se o uso do histoacryl tem menor custo e menor tempo para realizar o procedimento.

### **38 / 42 - EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA PRÉ-OPERATÓRIA DA VEIA PORTA COM N-BUTIL CIANOACRILATO E ÓLEO IODADO**

*Tiago Nepomuceno Araújo Elias de Miranda, Jose H M Luz, Henrique S Martin, Hugo R Gouveia, Amarino C Junior, Raphael B Levigard, Felipe D P Nogueira, Bernardo C da S Rodrigues, Henrique S M de Souza, Leonardo A M Rodrigues*  
Instituto Nacional de Câncer (INCA) e RVO

Objetivo: Avaliar os resultados da embolização percutânea da veia porta (EPVP) com o uso de n-butil-cianoacrilato (NBCA) e óleo iodado (OI) visando a hipertrofia do fígado remanescente futuro (FRF) em pacientes portadores de tumores hepáticos malignos candidatos a tratamento cirúrgico.

Materiais e Métodos: Foram analisados retrospectivamente os dados de 22 pacientes (15 homens, 7 mulheres, média de 55 anos) portadores de tumores hepáticos malignos (4 primários, 18 metastáticos) submetidos à EPVP durante um período de 25 meses.

A EPVP foi realizada com o uso de NBCA e OI em taxas de mistura que variaram de 20 a 50%. Os desfechos primários foram: sucesso técnico (ST) e eficácia do procedimento. O ST foi avaliado através da portografia realizada ao final do procedimento. Consideramos ST a embolização de todos os segmentos portais previstos de serem ressecados, na ausência de embolização não alvo.

A eficácia do procedimento foi avaliada através da análise volumétrica por tomografia computadorizada do FRF realizada de 4 a 5 semanas após a EPVP, consideramos o procedimento eficaz quando encontramos um FRF maior que 30% em pacientes sem doença hepática crônica prévia e maior que 40% em pacientes com doença hepática crônica prévia.

Os desfechos secundários foram: tempo de procedimento, complicações, tempo de internação e eficácia clínica. Definimos a eficácia clínica quando o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico proposto.

Resultados: O sucesso técnico foi alcançado em 95,5% dos pacientes, em 1 paciente houve embolização não-alvo. A eficácia do procedimento foi de 77,3%, a eficácia clínica 68,2%.

O tempo médio de procedimento de 94,5 minutos. Não houve nenhuma complicação grave após o procedimento. Todos os pacientes referiram dor leve após o procedimento. Tempo médio de internação de 1,5 dias.

Discussão: A EPVP apresenta uma grande eficácia em permitir o tratamento cirúrgico de pacientes portadores de tumores hepáticos malignos antes considerados inoperáveis.

A relação temporal entre a EPVP e a quimioterapia sistêmica deve ser melhor estudado na tentativa de reduzir a taxa de progressão de doença durante o intervalo de tempo necessário para a hipertrofia do FRF.

Conclusão: A EPVP é um procedimento viável, eficaz e seguro no manejo dos pacientes com tumores hepáticos malignos que necessitam de um aumento do FRF para o tratamento cirúrgico.

### **39 / 43 - EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO ENDOVASCULAR PERCUTÂNEO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL**

*Bruna Ferreira Pilan, Susyenne Lavor Cosme, Fernanda Uchiyama, Enio Ziemiecki Junior, Moisés Amâncio de Souza, Macello José Sampaio Maciel, Joaquim Maurício da Mota Leal Filho, Francisco Cesar Carnevale, Breno Boueri Affonso*

*Instituto do Coração (INCOR) do HC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo -FMUSP*

Objetivo: Demonstrar a experiência no tratamento percutâneo endovascular do aneurisma de aorta abdominal (PEVAR) com utilização de Perclose Proglide (PG).

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo de fevereiro/2011 a fevereiro/2014 com 16 pacientes (10 PEVAR e 6 por dissecação femoral -DF).

Técnica PEVAR: 1-incisão de 0,5cm nas regiões inguinais e dissecação do subcutâneo; 2-punção da artéria femoral comum (AFC) e passagem de fio-guia 0,035"; 3-introdução do primeiro PG e reparo dos fios de sutura; 4-Reintrodução, antes da retirada do primeiro PG, do fio guia; 5-Introdução de um segundo PG e reparo dos fios de sutura; 6-os PG devem estar dispostos às 2h e 10h em relação a AFC; 7-Reintrodução, antes da retirada do segundo PG, do fio guia e implante da bainha da endoprótese; 8-Ao final do procedimento mantém-se o fio guia 0,035" e finaliza-se os nós do PG; 9-Estabelecida a hemostasia adequada, retira-se o fio guia e comprime-se por 20-30 minutos.

Foram avaliadas viabilidade, eficácia e complicações do procedimento.

Resultados: O diâmetro da bainha foi de 18-20F no corpo principal e de 14-18F no contralateral. Complicações/eventos adversos: grupo PEVAR - 1 caso (6,25%) de oclusão arterial aguda de membro inferior não relacionado ao PG (paciente com oclusão crônica de artéria ilíaca comum e externa); grupo DF - 2 casos (12,5%) de secreção sero-hemática e 4 (25%) hematomas inguinais. No grupo PEVAR, o sucesso técnico foi de 100%.

Discussão: A técnica de PEVAR tem o objetivo de diminuir o tempo cirúrgico e as complicações inguinais. Os pacientes obtêm alta precoce em pelo menos 12h e necessitam de menos analgesia. O baixo índice de complicações, o reconhecimento e a correção imediata dos possíveis problemas fazem essa técnica ser segura na maioria dos casos. Calcificação do vaso, obesidade e cicatriz inguinal são consideradas contraindicações relativas e fatores de aumento da incidência de complicações, embora trabalhos mostrem que, mesmo sem seleção adequada dos pacientes, a taxa de sucesso é alta. Na literatura, o sucesso técnico do PEVAR é em torno de 94% e as taxas de complicações vão de 2 a 6%. Na casuística analisada nesse trabalho, obteve-se 100% de sucesso técnico e ausência de complicações relacionadas à técnica percutânea.

Conclusão: O PEVAR é uma alternativa factível e eficaz à DF no tratamento de aneurisma de aorta abdominal, com alta taxa de sucesso e baixo índice de complicações.

#### **40 / 44 - FÍSTULA URETERO-ILÍACA PÓS NEFROSTOMIA**

*Eduardo Ferreira Medronha, Heloísa M. C. Rêgo, Stela K. Braun, Rodrigo Argenta, Ani L. Arendt Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS*

Objetivo: As complicações da nefrostomia podem ser divididas em locais e sistêmicas e ocorrem em 4-10% dos casos, a maioria não exige nenhuma outra intervenção, sendo a dor local e hematúria microscópica as mais frequentes. Em raros casos pode ocorrer hematúria franca com risco de morte para o paciente (0,2%), a qual pode resultar de pseudoaneurismas e fístulas arterio-venosas. A fístula uretero-ilíaca é extremamente rara, sendo os principais fatores de risco a cirurgia pélvica, cateteres ureterais e irradiação pélvica.

O objetivo do trabalho é relatar a importância do posicionamento do cateter de nefrostomia e também da pielografia em casos de investigação de hematúria pós nefrostomia onde a arteriografia renal é normal.

Relato de Caso: Paciente 48 anos, feminina, ex-tabagista, carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado de colo uterino diagnosticado em 2011, quando recusou o tratamento. Em maio/2013 iniciou tratamento quimio e radioterápico. Em junho do mesmo ano, evoluiu com perda de função renal por compressão ureteral pela neoplasia sem plano de clivagem cirúrgica, sendo submetida à nefrostomia bilateral, pelo serviço de urologia.

Após 5 meses foi realizada troca de nefrostomia; 2 meses depois apresentou sangramento importante pela nefrostomia direita e queda da hemoglobina (5,3 g/dL). Foi realizada arteriografia que não evidenciou alterações na artéria renal principal ou ramos intraparenquimatosos. Posteriormente foi realizada pielografia pelo cateter de nefrostomia, evidenciando-se imediata opacificação da artéria ilíaca comum (fístula uretero-ilíaca). Foi então realizada arteriografia de ilíaca que evidenciou pseudoaneurisma de artéria ilíaca externa direita. Dessa maneira, optou-se pelo tratamento endovascular com implante de stent revestido 8x50 mm para correção da fístula e reposicionamento do cateter de nefrostomia. A paciente evoluiu com melhora do quadro de hematúria e recebeu alta hospitalar após 30 dias, em bom estado geral.

Discussão: Entre as complicações da nefrostomia está a fístula uretero-ilíaca, extremamente rara. Deve-se ter o cuidado no posicionamento do cateter, devendo sempre posicioná-lo na pelve renal. No caso descrito o cateter foi posicionado junto ao cruzamento do ureter com a artéria ilíaca, o que ocasionou necrose de pressão e a fístula. Também é importante a realização da pielografia durante a investigação da hematúria com arteriografia renal normal.



**41 / 45 - BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS EM NÓDULOS PULMONARES PEQUENOS: DIAGNÓSTICO CRESCENTE RESULTADOS EXCELENTES.**

Rafael Dahmer Rocha, Priscila M. Falsarella, Lelivaldo A. Britto Neto, Bruna De Fina, Juliano A. Ribeiro, Antônio Rahal Jr., Rodrigo G. Garcia  
Hospital Israelita Albert Einstein

**Objetivo:** Avaliar a efetividade e os índices de complicações das biópsias por agulha grossa de nódulos pulmonares  $\leq 2$  cm, guiadas por tomografia computadorizada (TC).

**Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo interessando pacientes submetidos a biópsias pulmonares de nódulos  $\leq 2$  cm, entre abril de 2010 e fevereiro de 2014. Foram analisadas a qualidade das amostras obtidas e os resultados histopatológicos. A seguir, comparou-se com o diagnóstico cirúrgico e seguimento clínico. Também foram revisadas as complicações relacionadas ao procedimento e o respectivo tratamento. Após o procedimento, os pacientes permaneceram em observação e realizava-se uma radiografia de tórax de controle entre 1 e 6h.

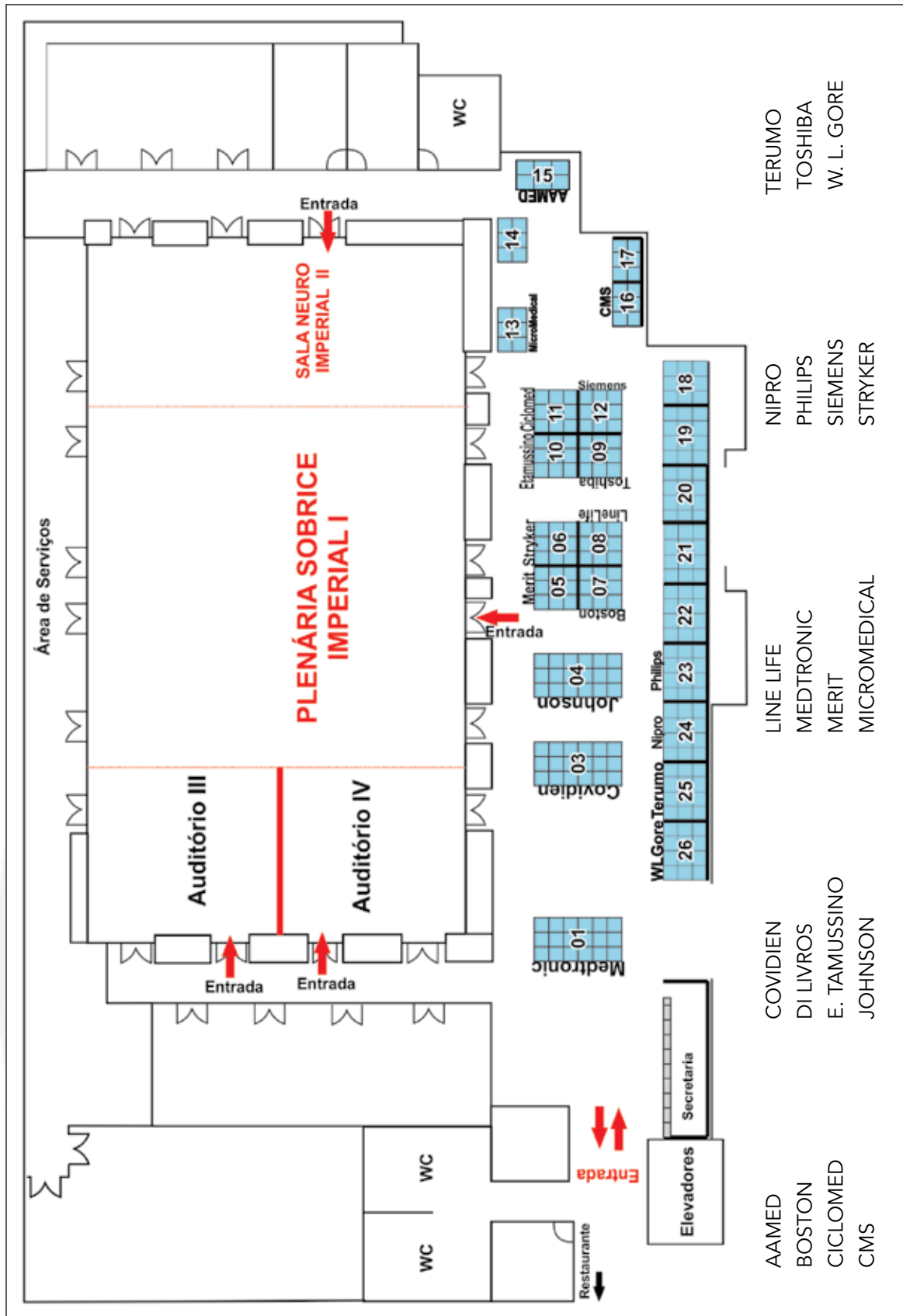
**Resultados:** Foram realizadas 65 biópsias em pacientes com idade média de 61 anos (4-87). Cerca de 73,8% das lesões eram sólidas, 20% semi-sólidas e 6% cavitadas. Em 92,3% dos casos foi utilizada a técnica coaxial, com agulhas trucut geralmente de calibre 20-gauge. Em 89,2% dos casos foram retirados 3 ou mais fragmentos do nódulo. A taxa de insuficiência de material foi de 6%. Nos 17 pacientes que foram submetidos à ressecção cirúrgica, observou-se concordância dos resultados histopatológicos da biópsia e da peça em 100% dos casos. Nos pacientes com resultados histopatológicos livres de malignidade (27 casos), verificou-se a presença de 2 resultados falso-negativos. A taxa de complicações graves foi de 15% (10/65), correspondendo a 6 pneumotórax que necessitaram drenagem, 2 hemorragias alveolares moderadas, 1 hemotórax e 1 instabilidade cardiorrespiratória. Até o momento as taxas de especificidade, sensibilidade e acurácia do presente estudo são de 100%, 93,7% e 95%, respectivamente.

**Discussão:** A maior disponibilidade da TC levou ao aumento da detecção dos nódulos pulmonares cada vez menores. Os resultados supra expostos foram semelhantes aos poucos encontrados na literatura. Apesar da alta prevalência de complicações graves apresentadas, todas já eram previstas no termo de consentimento e puderam ser rapidamente manejadas.

**Conclusão:** A biópsia transtorácica por agulha grossa guiada por TC tornou-se o método de escolha na avaliação histopatológica de lesões pulmonares. Recomenda-se que o procedimento seja sempre feito com o paciente sob monitorização contínua em ambiente hospitalar e com um médico patologista presente.



# PLANTA DE EXPOSITORES / EXHIBITOR PLAN





**Embosphere**<sup>®</sup>  
MICROSPHERES

As microesferas Embosphere são os agentes embolizantes não absorvíveis com excelentes resultados clínicos, possuindo estudos comparativos comprovando sua superioridade no mercado mundial. Sua composição exclusiva tris-acryl gelatin juntamente com suas propriedades de permanência do formato esférico, hidrofília e biocompatibilidade proporcionam resultados eficazes a longo prazo. Possuímos também todo o material necessário para seu procedimento de embolização, como os microcateteres **EMBOCATH** e **MAESTRO** (com a curva exclusiva swan neck) e microguia **SEQUITOR**, assim como nossa linha de acessórios. **Microesferas Embosphere: A escolha para embolização com resultados clinicamente comprovados.**



**HepaSphere**<sup>™</sup>  
MICROSPHERES

*A solução de excelência administração de fármacos e embolização*

As microsferas Hepasphere representam a mais nova tecnologia no desenvolvimento de microsferas carreadoras de fármacos. Sua composição única no mercado mundial de copolímero (acrilato de sódio vinil álcool) permite o carregamento e eluição do fármaco por meio de interação iônica reversível, além de embolização completa do alvo. Suas características exclusivas proporcionam seus diferenciais de superioridade, como a menor toxicidade e excelentes respostas objetivas! Com o novo protocolo de carregamento, proporciona facilidade no manuseio e resultados eficazes e seguros para seu paciente.

**Microsferas carreadoras Hepasphere: Segurança, Resultado e Excelência clinicamente comprovados. Agora com o lançamento da apresentação de 30-60 micras!**



## Realização



## Apoio



## Secretaria Executiva

**Rowam**  
EVENTOS

Rowam Eventos - LB Reideschi  
Av. República Argentina, 50 - conj. 102  
80.240-210 - Curitiba - PR - Brasil  
Telefax: (+55 41) 3342.9078  
rowameventos@rowameventos.com.br  
www.rowameventos.com.br

[www.sobrice2014.com.br](http://www.sobrice2014.com.br)