



SOBRICE | 2013

16º Congresso da Sociedade Brasileira de
Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular

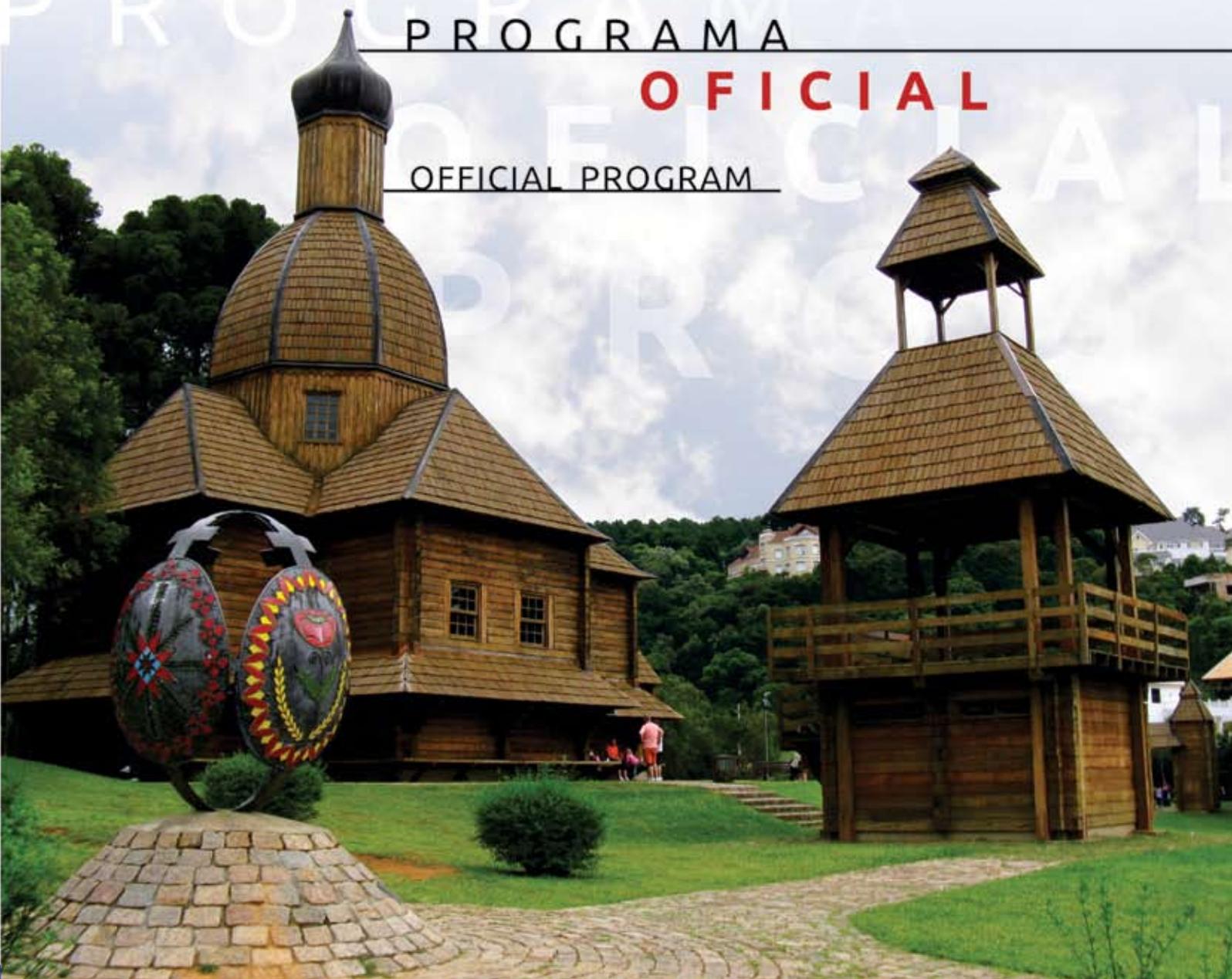
Simpósio da Sociedade Brasileira de Neurorradiologia
Diagnóstica e Terapêutica - SBNRDT

I Simpósio de Ginecologia e Obstetria em Radiologia Intervencionista
I Simpósio Multidisciplinar de Oncologia Intervencionista
VII Simpósio de Enfermagem em Radiologia Intervencionista

PROGRAMA

OFICIAL

OFFICIAL PROGRAM



CERIMÔNIA DE

ABERTURA

Opening Session



SOBRIICE | 2013

Quinta-feira, 4 de julho de 2013

July 4th, 2013

- | | |
|---------------|--|
| 18h00 - 18h30 | Sessão de Abertura
<i>Opening Session</i> |
| 18h30 - 19h00 | Prêmio Dr. Renan Uflacker
<i>Dr. Renan Uflacker Awards</i>
Homenagem ao Dr. Antônio Villela de Mendonça Uchôa – in memorian
<i>Tribute to Dr. Antônio Villela de Mendonça Uchôa – in memorian</i> |
| 19h00 - 21h00 | Coquetel de Abertura
<i>Cocktail</i> |



ÍNDICE

INDEX

- | | |
|------------|--|
| 4. | Mensagem do Presidente
<i>Message</i> |
| 6. | Informações Gerais
<i>General Information</i> |
| 8. | Diretoria e Comissões
<i>Directors and Board</i> |
| 10. | Convidados Internacionais
<i>International Faculty</i> |
| 10. | Convidados Nacionais
<i>National Faculty</i> |
| 12. | Resumo da Programação (grade)
<i>Schedule - Short Program</i> |
| 14. | Programação Científica
<i>Scientific Program</i> |
| 35. | Programa Enfermagem
<i>VII Nursing Simposium</i> |
| 38. | Temas Livres - Pôsteres
<i>Poster Abstracts</i> |
| 66. | Planta de Expositores
<i>Exhibitors Plan</i> |

MENSAGEM DO PRESIDENTE

Message

É com grande satisfação que a Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (SoBRICE) convida a todos para o seu XVI Congresso SoBRICE a ser realizado no Expo Unimed, na cidade de Curitiba-PR, entre os dias 4 a 6 de julho de 2013.

O Congresso SoBRICE tem por objetivo trazer o que há de mais inovador dentro da Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular. Esta prática já se tornou tradição em nosso País e este ano não será diferente.

Entre sua programação estarão temas interessantes e empolgantes como: o uso da Robótica no implante de Endoprótese de Aorta, Novas tecnologias nos tratamentos oncológicos percutâneos, embolização da hiperplasia prostática, atualizações em endopróteses fenestradas, tratamento das oclusões crônicas, crioterapia, entre outras surpresas que estaremos preparando para vocês.

Teremos este ano mais uma vez a participação no programa científico da nossa co-irmã, a Sociedade Brasileira de Neuroradiologia Diagnóstica e Terapêutica – SBNRDT e, também Simpósio específico com a Sociedade Brasileira de Oncologia para a discussão do tratamento multidisciplinar do Hepatocarcinoma e das Doenças Mestastáticas do Fígado com a finalidade de gerar consenso e nortear as condutas médicas para esta doença cada vez mais incidente no nosso meio.

O Curso Osirix, que foi um sucesso no ano passado no Congresso de Salvador, estará mais uma vez presente, pois tudo que envolve ferramentas de imagens tem a estreita relação com os métodos percutâneos intervencionistas.

O Congresso SoBRICE deste ano ampliou o número de Workshops, e, portanto, contará com um total de 10 sessões nos moldes de “como eu faço”, pois o objetivo é a troca de experiências práticas, informalmente. Ao final os participantes de cada Workshop terão a oportunidade de ter contato com os materiais utilizados especificamente para cada tratamento discutido durante cada sessão e, contato direto com o grupo técnico da empresa de materiais.

Mantendo o alto nível dos temas e dos palestrantes, o Congresso terá, assim como em todos os anos a presença de renomados professores Nacionais e Internacionais que juntos propiciarão ampla discussão no que há de mais atual na Intervenção Percutânea.

Além disso, o evento contará efetivamente com a participação de profissionais da área de enfermagem, pois em paralelo ao XVI Congresso SoBRICE ocorrerá o sétimo Congresso de Enfermagem ligado à área de radiologia intervencionista e cirurgia a endovascular.

Outro fato novo de nosso Congresso é sua realização este ano na estação de inverno. Curitiba no mês de Julho torna-se especial, pois é conhecido o gosto dos Curitibanos por esta época do ano, tornando-a uma Cidade eletrizante.

A cidade, conhecida pela sua preocupação ecológica, é rica em boa Gastronomia e tem sua vida noturna transformada pela degustação da boa Culinária Internacional, excelentes Bares dos mais diversos gostos e suas inúmeras praças e parques com atividades culturais em fartura.

Ciência, Academicismo e Integração. Acompanhado nas horas vagas de Amizade, Lareira, Vinho e Fondue. É o que iremos propiciar para Você!!!

Sejam todos Bem-vindos!

Dr. Alexander Ramajo Corvello
Presidente da Comissão Científica
Congresso SoBRICE 2013

INFORMAÇÕES GERAIS

General Information

LOCAL DO EVENTO (*Event Venue*)



EXPO UNIMED

Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300
Curitiba/PR, CEP 81280-330
Tel.: (41) 3317-3046 | Fax: (41) 3317-3030
E-mail: lcrstofolli@expounimedcuritiba.com.br

PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO (*Realization*)



SOBRICE

Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista
e Cirurgia Endovascular
Av. Paulista, 37 - cj. 71 - São Paulo/SP - CEP: 01311-902
Telefone: (11) 3372-4547
secretaria@sobrice.org.br - www.sobrice.org.br

ORGANIZAÇÃO (*Event Management Company*)



ROWAM EVENTOS

Av. Republica Argentina, 50/ 102 - CEP: 80240-210 - Curitiba – PR
Telefax.: (41) 3342-9078
E-mail: rowameventos@rowameventos.com.br
Site: www.rowameventos.com.br

AGÊNCIA DE TURISMO OFICIAL (*Official Travel Agency*)



FELLINI TURISMO

Telefax: (51) 3216-6300
Site: www.felliniturismo.com.br/portal
Email: eventos@felliniturismo.com.br

MONTADORA OFICIAL (*Official Installer*)



BÁSICA STANDS

Rua Prof. João Falarz, 709 | Sala 06 | Sobreloja | Bairro Orleans
Curitiba | PR
Fone/Fax: (41) 3373-3128
E-mail: basica@montagembasica.com.br

**ABERTURA/ENCERRAMENTO DA SECRETARIA (Executive Secretary Schedule)**

04 de julho de 2013 das 07h30 - 18h00 | *July 4th - 7:30 am to 6:00 pm*

05 de julho de 2013 das 08h00 - 18h00 | *July 5th - 8:00 am to 6:00 pm*

06 de julho de 2013 das 08h30 - 17h30 | *July 6th - 8:30 am to 6:00 pm*

ABERTURA/ENCERRAMENTO DA EXPOSIÇÃO (Exhibitor Area Schedule)

Dias 04, 05 e 06 de julho das 08h00 as 18h00 | *From July 4th to 6th - 08:00 am to 06:00 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. Obs.:Credenciais extras serão emitidas a um custo de R\$ 100,00.

You 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 ir R\$ 100,00.

ESTACIONAMENTO (Parking)

O valor da diária para o período de 12 horas é de R\$ 15,00, devendo ser pago diretamente a ESTAPAR responsável pela administração do mesmo.

The daily parking for the period 12:00 hours is R\$ 15,00 and must be paid directly to ESTAPAR responsible for the administration.

INSCRIÇÃO (Registration)

A inscrição é obrigatória a todos os participantes. | *Is compulsory to the all participants.*

INTERNET (Internet)

O EXPOUNIMED possui acesso a internet que poderá ser adquirida diretamente com a empresa Sigmafone Telecomunicações (Sr. Publio Martins / Sr. Everton Kogin) adm.expounimedcuritiba@sigmafone.com.br / publio.martins@sigmafone.com.br / (41) 3241-2100 / (41) 9135-100

The EXPOUNIMED has access to the Internet that can be purchased directly with the Sigmafone Telecommunications Company (Mr. Publio Malik/Mr. Everton Kogin) adm.expounimedcuritiba@sigmafone.com.br / publio.martins@sigmafone.com.br (41)-2100 3241 / (41) 9135-100

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: 04 de julho de 2013 das 07h30 - 18h00 | 05 e 06 de julho de 2013 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: July 4th, 2013 from 07:30 am to 06:00 pm | July 5th to 6th, 2013 from 08:00 am to 06:00 pm

MONTAGEM E DESMONTAGEM DA FEIRA (Dates and Operating Times)

Montagem: 02 e 03/07/ 2013 das 08h as 22h | Desmontagem: das 08h as 18h do dia 07/07/2013.

Assembly time: July 2 to 3, 08.00 am to 22.00 pm | Disassembly time: July 7th, from 08.00 am to 06:00 pm

TRADUÇÃO SIMULTÂNEA (Simultaneous Translation)

Estará disponível em inglês-português-inglês. 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 vice-versa will be available. 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 nom returned of equipment will be charged with the equivalent of R\$ 500,00.

TRANSFER (Shuttle Bus)

DIA (Day) SAÍDAS DOS HOTÉIS (In/hotels) SAÍDAS EXPOUNIMED (Out/ExpoUnimed)

04/jul July 4th 08h 08:30 09h 09:30 (am)

20h 20h30 21h 21h30 08:00-08:30-09:00-21:30 pm

05/jul July 5th 08h 08:30 09h 09:30 (am)

17:30 18h 18:30 19h 05:30-06:00-06:30-07:00 pm

06/jul July 6th 08h 08:30 09h 09:30 (am)

12:30 13h 13:30 14h00 17h30 12:30-01:00-01:30-02:00-17:30 pm

DIRETORIA SOBRICE 2013-2014

SOBRICE Board 2013-2014

Felipe Nasser (SP)

Presidente

Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)

Vice-Presidente

Breno Boueri Affonso (SP)

Tesoureiro

Charles Edouard Zurstrassen (SP)

Secretário

Daniel Giansante 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)

Vogal

COMISSÃO CIENTÍFICA SOBRICE

SOBRICE Scientific Committee

Alexander Ramajo Corvello (PR)

Presidente da Comissão Científica

Alexandre de Tarso Machado (MG)

Daniel Giansante Abud (SP)

Denis Szejnfeld (SP)

Evanius Wiermann (SBO) Módulo Oncológico (PR)

Joaquim Maurício da Motta Leal Filho (SP)

Jorge Eduardo de Amorim (SP)

José Hugo Mendes Luz (RJ)

Luis Marcelo Ventura (SP)

Luiz Otávio Correa (GO)

Marcos Messina (SP) - Módulo Ginecológico / Obstétrico FEBRASGO

Priscila Nahas (SP)

Rafael Noronha Cavalcante (SP)

Raquel Cristina Trovo Hidalgo (SP)

Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)

Rodrigo Gobbo Garcia (SP)



COMISSÃO CIENTÍFICA SBNRDT

SBNRDT Scientific Committee

Antonio José da Rocha (SP)
Claudio C. V. Staut (SP)
Daniel Giansante Abud (SP)
Francisco José Mont'Alverne (CE)
José Guilherme Mendes Pereira Caldas (SP)
Luís A. P. Portela (SP)
Maria de Fátima Vasco Aragão (PE)

COMISSÃO CIENTÍFICA ENFERMAGEM

Nursing Scientific Committee

Adriana Correia de Lima (MS)
Celeste Tourinho Guimarães (BA)
Claudia Burigo Zanuzzi (PR)
Érika Gondim Gurgel Ramalho Lima (CE)
Gustavo Cortez Sacramento (SP)
Irisvaldo Souza de Oliveira (SP)
Ivanise Maria Gomes (SP)
Jacqueline Wachleski (RS)
Jeanne Itamara de Souza Martins (PR)
Luciana Cristina Lima Correia Lima (RJ)
Márcia Manggini (DF)
Mariane Dominoni Machado dos Santos (PR)
Roberta Corvino (SP)
Rosa Maria Quinzani Almeida (MG)

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DOS TEMAS LIVRES

Abstract Selection Committee

Alexandre de Tarso Machado (MG)
Daniel Giansante Abud (SP)
Denis Szejnfeld (SP)
Gustavo Andrade (PE)
Joaquim Maurício da Motta Leal Filho (SP)
Luiz Otávio Correa (GO)
Luiz Sergio Pereira Grillo (ES)
Rafael Noronha Cavalcante (SP)
Wilson de Oliveira Sousa Junior (PI)

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

International Faculty

Bruno Odisio	EUA / USA
Demetrius Lopes	EUA / USA
Dheeraj Rajan	CANADÁ
Giora Weisz	EUA / USA
Goetz M. Richter	ALEMANHA / GERMANY
Graham John Munneke	INGLATERRA / UNITED KINGDOM
Ho-Young Song	CORÉIA DO SUL / KOREA
In Sup Choi	EUA / USA
John J. Park	EUA / USA
John Sangjoon Park	CORÉIA DO SUL / KOREA
Lindsay S. MacHan	CANADÁ
Marc Bosiers	BÉLGICA / BELGIUM
Marcelo Guimarães	EUA / USA
Mario Alejandro Fabiani	ARGENTINA
Raul Nogueira	EUA / USA
Tobias Jakobs	ALEMANHA / GERMANY
Vincent Riambau	ESPANHA / SPAIN

CONVIDADOS NACIONAIS SOBRIÇE

National Faculty

Alexander Ramajo Corvello	PR	Francisco José Osse	SP
Alexandre de Tarso Machado	MG	Guilherme de Souza Mourão	SP
Anderson Arantes Silvestrini	DF	Gustavo Oliveira Paludetto	DF
Antonio Eduardo Zerati	SP	Hamilton Julio	PR
Antonio Massamitsu Kambara	SP	Henrique Salas Martin	RS
Bernado Massière	RJ	Janaína Weingartner	PR
Breno Boueri Affonso	SP	Joaquim Maurício da Motta Leal Filho	SP
Carlos Gustavo Coutinho Abath	PE	Jorge Eduardo de Amorim	SP
Charles Edouard Zurstrassen	SP	José Fernando Macedo	PR
Christian Bark Liu	PR	José Hugo Mendes Luz	RJ
Daniel Augusto Benitti	SP	José Luiz Orlando	SP
Denis Szejnfeld	SP	Júlio César Wiederkehr	PR
Douglas Eduardo Tavares Cavalcanti	PE	Lucas Moretti Monsignore	SP
Eduardo José B. Ramos	PR	Luis Antonio de Castro	SP
Eduardo Zlotnik	SP	Luis Carlos Mendes de Brito	SP
Elias Arcenio Neto	PR	Luiz Otávio Correa	GO
Evanius Wiermann	PR	Luis Marcelo Ventura	SP
Felipe Nasser	SP	Marciano Anghinoni	PR
Fernando Chicoski	PR	Marcos de Lorenzo Messina	SP
Francisco César Carnevale	SP	Marcos Menezes	SP
Francisco Eduardo Prota	SP	Oswaldo Pereira	SP



Rafael Gomes de Almeida Garzon	SP	Rodrigo Gobbo Garcia	SP
Rafael Noronha Cavalcante	SP	Rodrigo Rigo	PR
Rafael Pasini del Claro	PR	Romulo Negrini	SP
Raphael Braz Levigard	RJ	Sérgio Lunardon Padilha	PR
Renato Uchôa	SP	Sílvio Adriano Cavazzola	RS
René Avelleda	PR	Thaís Abreu de Almeida	PR
Ricardo Augusto de Paula Pinto	SP	Túlio Pinho Navarro	MG
Ricardo Wagner Moreira	RN	Vasco Lauria Fonseca Filho	SP

CONVIDADOS NACIONAIS SBNRDT

SBNRDT National Faculty

Alexandre Drayton Maia Barros	CE	José Ricardo Vanzin	RS
Antenor Tavares de Sá Júnior	GO	Laécio Leitão Batista	PE
Antonio Carlos dos Santos	SP	Leandro José Haas	SC
Carlos Michel Albuquerque Peres	AM	Leandro de Assis Barbosa	ES
Daniel Giansante Abud	SP	Manoel Soares Maia Filho	RS
Eduardo Wajnberg	RJ	Marco Túlio Salles Rezende	MG
Elias Fouad Rabahi	GO	Michel Eli Frudit	SP
Exedito Aguiar Bacelar Jr	MA	Millene Rodrigues Camilo	SP
Felipe Padovani Trivelato	MG	Octávio Marques Pontes Neto	SP
Francisco José Mont'Alverne	CE	Paulo Eloy Passos Filho	RS
Gustavo Andrade	PE	Raquel Cristina Trovo Hidalgo	SP
José Aldemir Teixeira Nunes Jr	MA	Ronie Leo Piske	SP
José Guilherme Mendes Pereira Caldas	SP	Thiago Giansante Abud	BA
José Maria Modenesi Freitas	SP		

CONVIDADOS ENFERMAGEM

Nursing Faculty

Adriana Correia de Lima	MS	Ivanise Maria Gomes	SP
Adriano Mendes Caixeta	SP	Jeanne Itamara S. Martins	PR
Aline Bueno do Nascimento	SP	Larissa Gurgel Mota Saraiva	CE
Ana Cristina Galhardo	SP	Luciana Cristina Lima Correia Lima	RJ
Andre Giacomelli	PR	Marcela Bolsoni Muzete	SP
Angelina Silva Camiletti	RJ	Márcia Manggini	DF
Aston Marques da Silva Junior	MS	Marcos Lourenzo Messina	SP
Carolina Zandonadi	PR	Mariana Tenório Lopes	AL
Celeste Tourinho Guimarães	BA	Mariane Dominoni M. dos Santos	PR
Claudia Burigo Zanuzzi	PR	Pedro Paulo Machado Vilhena Jr	SP
Daniane Silva	PR	Rafael Gustavo Gomide Alcântara	MG
Edgar Bortolini	SP	Ricardo Augusto de Paula Pinto	SP
Érika Gondim Gurgel Ramalho Lima	CE	Roberta Corvino	SP
Felipe Nasser	SP	Rosa Maria Quinzani Almeida	MG
Gabriela Félix Pedreira	PR	Rosmari Belas	SP
Guilherme Centofanti	SP	Vanessa Cristina Alves	SP
Irivaldo Souza de Oliveira	SP		

RESUMO DA PROGRAMAÇÃO

Schedule - Short Program

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA SOBRICE - AUDITÓRIO I			
	QUINTA . 04 . JUL	SEXTA . 05 . JUL	SÁBADO . 06 . JUL
09h00 - 10h30	Sala Plenária - Oncologia 01	Fígado e Vias Biliares	Doença Carótidea
10h30 - 11h00	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
11h00 - 12h30	Oncologia 02 – Doenças metastáticas colorretal e vias biliares	Doenças Venosas	Doenças Vasculares Periféricas
12h30 - 13h30	Lunch Meeting SIEMENS	Lunch Meeting TERUMO	Assembleia Geral
13h30 - 14h00			
14h00 - 15h45	Aorta	Ginecologia e Obstetrícia	
15h45 - 16h15	Coffee Break	Coffee Break	
16h15 - 18h00	Emboloterapia e Intervenção Visceral	Hot Topics	
18h00 - 18h30	Sessão de Abertura	Simpósio satélite Philips	
18h30 - 19h30			
19h30 - 21h00	Coquetel de Abertura		

PROGRAMA SIMPÓSIO SBNRDT - AUDITÓRIO II			
	QUINTA . 04 . JUL	SEXTA . 05 . JUL	SÁBADO . 06 . JUL
09h00 - 10h30	STROKE I	Anatomia Vascular Extracraniana	Não haverá programação do Simpósio SBNRDT neste dia.
10h30 - 11h00	Coffee Break	Coffee Break	
11h00 - 12h30	Sessão Interativa	Sessão Interativa	
12h30 - 14h00	Lunch Meeting ABBOTT VASCULAR	Lunch Meeting WL GORE	
14h00 - 15h45	STROKE II	Aneurismas	
15h45 - 16h15	Coffee Break	Coffee Break	
16h15 - 16h45	Estado Atual do Tratamento do AVCI Agudo: Literatura e Experiência Pessoal	Indicação de Tratamento de Aneurisma não roto	
16h45 - 18h30	Sessão Interativa	Sessão Interativa	

WORKSHOPS - AUDITÓRIOS III, IV e V			
	QUINTA . 04 . JUL	SEXTA . 05 . JUL	SÁBADO . 06 . JUL
	AUDITÓRIO III:	AUDITÓRIO III:	AUDITÓRIO III:
09h00 - 10h30	Invenção em Hemodiálise	Emboloterapia	CTO (Chronic Total Occlusion)
10h30 - 11h00	Coffee Break	Coffee Break	Coffee Break
11h00 - 12h30	Intervenção em Transplante	HCC	TIPS
12h30 - 14h00	Lunch Meeting	Lunch Meeting	AUDITÓRIO IV: CURSO OSIRIX
14h00 - 14h30	Interv. em ginecologia e obstetrícia	Aorta Torácica e Abdominal	
14h30 - 15h30			
15h45 - 16h15	Coffee Break	Coffee Break	
16h30 - 17h30	Intervenção em Vias Biliares	Ablação Percutânea de Tumores	
17h30 - 18h00			

WORKSHOPS SBNRDT - AUDITÓRIO V			
	QUINTA . 04 . JUL	SEXTA . 05 . JUL	SÁBADO . 06 . JUL
16h00 - 17h30	Aneurismas Cerebrais	Carótida	x

CORDIS E CODMAN:

Juntas levando soluções da mais alta qualidade da cabeça aos pés.

- Precise
- Aviator
- Angioguard
- Vista Brite TIP® IG

- Palmaz® Blue

TRAPEASE®

OPTEASE®

- Trufill® DCS Orbit Detachable Coil System
- Enterprise® Stent System
- Neuroscout® Guidewire
- Prowler Select® Microcatheter
- Envoy® Guiding Catheter

- Maxi LD
- Genesis®

- Smart
- Powerflex®
- Aquatrack®
- Exoseal
- Outback
- Frontrunner®

- Savvy®
- Sleek OTW

CODMAN NEURO

 **DePuy Synthes** *People inspired™*
COMPANIES OF JOHNSON & JOHNSON

Cordis®
a Johnson & Johnson company

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Scientific Program

AUDITÓRIO I (Auditorium I)

09h00 – 10h30
09:00 - 10:30 am

Oncologia 01 / Oncology

Hepatocellular Carcinoma

*Moderators: Alexander Ramajo Corvello (PR),
Evanius Wiermann (PR)*

Hepatocarcinoma (Estádio Precoce)

Hepatocellular Carcinoma (Early Stage)

09h00 - 09h10
09:00 - 09:10 am

HCC - Perspectivas do Ponto de Vista Oncológico

HCC - Oncological Perspectives

Anderson Arantes Silvestrini (DF)

09h10 – 09h20
09:10 - 09:20 am

HCC - Deve ser Transplantado, Ressecado ou Ablado?

HCC - Should be Transplanted, Resected or Ablated?

Júlio César Wiederkehr (PR)

Hepatocarcinoma (Estádios Intermediário e Avançado)

Hepatocellular Carcinoma (Intermediate and Advanced Stages)

09h20 – 09h30
09:20 - 09:30 am

HCC – Como Otimizar Resultados em Tumores até 7cm

HCC - How to Improve Results in Tumors up to 7 cm

Marcelo Guimarães (EUA)

09h30 – 09h40
09:30 - 09:40 am

Quando é Melhor Realizar a Radioablação?

What's the Best Moment for Radioablation?

Marcos Menezes (SP)

09h40 – 09h50
09:40 - 09:50 am

Pode a Radioembolização ser Melhor que a DEB-TACE?

Could Radioembolization be Better than DEB-TACE?

Tobias Jakobs (Alemanha)

09h50 – 10h00
09:50 - 10:00 am

Atualidades na Terapia Sistêmica para Tratamento do HCC

What's new in Systemic Therapy for the Treatment of HCC

Thaís Abreu de Almeida (PR)

10h00 – 10h10
10:00 - 10:10 am

Avaliação de Resposta: Perspectivas

HCC Response Criteria: Perspectives

Sérgio Lunardon Padilha (PR)

10h10 – 10h20
10:10 - 10:20 am

HCC: Muitas Perguntas não Respondidas

HCC: Many Unanswered Questions

John Sangjoon Park (Coréia do Sul)

10h20 – 10h30
10:20 - 10:30 am

Discussão / Discussion

10h30 – 11h00
10:30 - 11:00 am

Coffee Break

- 11h00 – 12h30**
11:00 - 12:30 am
- Oncologia 02/ Oncology 2**
Doenças Metastáticas Colorretais de Vias Biliares
Metastatic Disease: Colon Cancer and Biliary Tract Cancer
Moderators: Luis Marcelo Ventura (SP), Eduardo José B. Ramos (PR)
- Colangiocarcinoma / Cholangiocarcinoma**
- 11h00 – 11h10
11:00 - 11:10 am
- Cirurgia no Colangiocarcinoma - Técnicas e Resultados
Surgery in Cholangiocarcinoma - Techniques and Results
Marciano Anghinoni (PR)
- 11h10 – 11h20
11:10 - 11:20 am
- Quimioterapia no Colangiocarcinoma - Atualização dos Resultados
Chemotherapy in Cholangiocarcinoma - Update on Current Results
Fernando Chicoski (PR)
- 11h20 – 11h30
11:20 - 11:30 am
- Quimioembolização no Colangiocarcinoma Intrahepático
Chemoembolization in Intra-Hepatic Cholangiocarcinoma
Charles Edouard Zurstrassen (SP)
- 11h30 – 11h40
11:30 - 11:40 am
- Tratamento das Estenoses Biliares Malignas: Quando Indicar Stents?
Treatment of Malign Biliary Stenosis: When to Use Stents?
Charles Edouard Zurstrassen (SP)
- Tumores Colorretais / Colorectal Cancer**
- 11h40 - 11h50
11:40 - 11:50 am
- Doença Metastática Colorretal: Ablação
Colorectal Metastatic Disease: Ablation
José Hugo Mendes Luz (RJ)
- 11h50 – 12h00
11:50 - 12:00 am
- Papel do Radiologista Intervencionista: Drug Eluting Beads
Role of Interventional Radiologist: Drug Eluting Beads
Bruno Odísio (EUA)
- 12h00 – 12h10
12:00 - 12:10 am
- Quimioembolização com “Drug Eluting Micro Beads” (<100 u) para HCC e Doença Metastática Hepática
Drug Eluting Micro Beads (< 100 u) for HCC (Doxorubicin) and Metastatic Disease (Irinotecan) of the Liver
Goetz M. Richter (Alemanha)
- 12h10 – 12h20
12:10 - 12:20 am
- Combinação de Terapias Sistêmica e Local
Combination of Local and Systemic Therapy
Rodrigo Rigo (PR)
- 12h20 – 12h30
12:20 - 12:30 am
- Discussão / Discussion
- 12h30 – 14h00**
12:30 - 02:00 pm
- Simpósio Satélite / Lunch Meeting SIEMENS**
Syngo DynaCT - Desejável ou obrigatório em Intervenção
Syngo DynaCT - Gadget or Must in Interventional Oncology
Tobias Jakobs (Alemanha)
- 14h00 – 15h45**
02:00 - 03:45 pm
- Aneurisma de Aorta / Aortic Aneurysm**
Moderators: Vasco Lauria Fonseca Filho (SP), Roberto Beck (SC)

- 14h00 – 14h12
02:00 - 02:12 pm
- Opções Endovasculares para o Tratamento de Aneurismas Toraco Abdominais: Nossa Experiência de Cinco Anos
Endovascular Options for Thoraco-Abdominal Aneurysm Repair: Our Five Year Experience
Vincent Riambau (Barcelona)
- 14h12 – 14h24
02:12 - 02:24 pm
- Estado Atual das Endopróteses Fenestradas - Zenith (Cook)
Current State of Fenestrated Endografts - Zenith (Cook)
Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)
- 14h24 – 14h36
02:24 - 02:36 pm
- Estado Atual das Endopróteses Fenestradas - Powerlink (Endologix)
Current State of Fenestrated Endografts - Powerlink (Endologix)
Mario Alejandro Fabiani (Argentina)
- 14h36 – 14h48
02:36 - 02:48 pm
- Estado Atual das Endopróteses Fenestradas - Excluder (Gore)
Current state of Fenestrated Endografts - Excluder (Gore)
Gustavo Oliveira Paludetto (DF)
- 14h48 – 15h00
02:48 - 03:00 pm
- Dissecção Aguda Tipo B não Complicada: Qual e Quando Tratar?
Uncomplicated Acute Type B Dissection: Which One and When to Treat?
Vincent Riambau (Barcelona)
- 15h00 – 15h12
03:00 - 03:12 pm
- Endopróteses Torácicas: Como Lidar com Anatomias Desafiadoras?
Thoracic Endografting: How to Deal With Challenging Anatomies?
Vincent Riambau (Barcelona)
- 15h12 – 15h25
03:12 - 03:25 pm
- Conduta em Infecções Relacionadas a EVAR
Management of Infections Related to EVAR
Mario Alejandro Fabiani (Argentina)
- 15h25 – 15h45
03:25 - 03:45 pm
- EVAR com Endopróteses Fenestradas ou Técnica de Chaminé: Qual é Melhor e Quando?
Fenestrated EVAR or Chimney-EVAR: What is Better and When
Goetz M. Richter (Alemanha)
- 15h45 – 16h15**
02:36 - 02:48 pm
- Coffee Break**
- 16h15 – 18h00**
04:15 - 06:00 pm
- Emboloterapia e Intervenção Visceral / Embolotherapy and Visceral Intervention**
Moderators: Gustavo Andrade (BA), Silvio Adriano Cavazzola (RS)
- 16h15 – 16h27
04:15 - 04:27 pm
- Uso de Agentes Embólicos Líquidos no Tratamento da Hemorragia Aguda Fora do Sistema Nervoso Central
Use of liquid Embolics in the Treatment of Acute Hemorrhage Outside the Central Nervous System
John J. Park (EUA)
- 16h27 – 16h39
04:27 - 04:39 pm
- Aneurisma e Dissecção de Ramos Viscerais: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento
Visceral Aneurysm and Dissection: Epidemiology, Diagnosis and Treatment
Jorge Eduardo de Amorim (SP)

16h39 – 16h51 <i>04:39 - 04:51 pm</i>	Atualização e Novos Protocolos em Embolização de Artérias Prostáticas <i>Update and New Research Protocols in Prostatic Artery Embolization</i> Francisco César Carnevale (SP)
16h51 – 17h03 <i>04:51 - 05:03 pm</i>	Como Evitar a Embolização de Órgãos não Alvo Durante a Embolização das Artérias Prostáticas? <i>How to Avoid Non-Target Embolization in Prostatic Artery Embolization?</i> Joaquim Maurício da Motta Leal Filho (SP)
17h03 – 17h15 <i>05:03 - 05:15 pm</i>	Malformações Artério-Venosas: Quando Tratar e Quando Encaminhar para um Expert? <i>Arteriovenous Malformation: When to Treat and When to Refer to an Expert?</i> José Luiz Orlando (SP)
17h15 – 17h30 <i>05:15 - 05:30 pm</i>	Embolização Arterial Brônquica: Tudo o que Você Precisa Saber. <i>Bronchial Artery Embolization: All You Need to Know</i> Silvio Adriano Cavazzola (RS)
17h30 – 18h00 <i>05:30 - 06:00 pm</i>	Discussão / Discussion
18h00 – 18h30 <i>06:00 - 06:30 pm</i>	Sessão de Abertura / Opening Session
18h30 – 19h00 <i>06:30 - 07:00 pm</i>	Prêmio Dr. Renan Uflacker <i>Dr. Renan Uflacker Awards</i>
	Homenagem ao Dr. Antônio Villela de Mendonça Uchôa – in memorian <i>Tribute in memorian to Dr. Antônio Villela de Mendonça Uchôa</i> Renato Uchôa (SP)
19h00 – 21h00 <i>07:00 - 09:00 pm</i>	Coquetel de Abertura / Cocktail

PROGRAMA SIMPÓSIO SBNRDT

SBNRDT Scientific Program

AUDITÓRIO II (Auditorium II)

09h00 – 12h30 <i>09:00 – 12:30 am</i>	STROKE I / I STROKE <i>Moderators: Manoel Soares Maia Filho (RS), Carlos Michel Albuquerque Peres (AM)</i>
09h00 – 09h30 <i>09:00 – 09:30 am</i>	Tratamento do AVCI Agudo - Indicações Clínicas <i>Treatment of Acute Ischemic Stroke - Clinical Indications</i> Octávio Marques Pontes Neto (SP)
09h30 – 10h00 <i>09:30 – 10:00 am</i>	Protocolos e Fluxograma de Atendimento <i>Protocols and Flowchart</i> Milllene Rodrigues Camilo (SP)

- 10h00 – 10h30
10:00 – 10:30 am
Diagnóstico por Imagem no AVC Agudo
Diagnostic Imaging in Acute Stroke
Antonio Carlos dos Santos (SP)
- 10h30 – 11h00
10:30 – 11:00 am
Coffee Break
- 11h00 – 12h30
11:00 – 12:30 am
Sessão interativa / Interactive Session
Moderators: Paulo Eloy Passos Filho (RS), Felipe Padovani Trivelato (MG)
- 12h30 – 14h00
12:30 – 02:00 pm
Simpósio Satélite - Lunch Meeting - ABBOTT VASCULAR
Atualização Clínica/ Clinical Update
Fechamento arterial aplicado à Neurointervenção
Vessel Closure procedure applied to Neurointervention
Ronie Leo Piske (SP)
- Técnicas, Dicas e Truques da Intervenção Carotídea Percutânea**
Carotid Intervention: Techniques, Tips and Tricks
Francisco De Lucca (MG)
- Painel de Discussão / Discussion Panel**
Estado da Arte: Intervenção Carotídea Percutânea
State-of-the-Art: Carotid Intervention
Ronie Leo Piske (SP)
- 14h00 – 15h45
02:00 – 03:45 pm
STROKE II / II STROKE
Moderators: Raquel Cristina Trovo Hidalgo (SP), Antenor Tavares de Sá Júnior (GO)
- 14h00 – 14h35
02:00 – 02:35 pm
Como Montei um Serviço de Radiologia Intervencionista para Tratamento Agudo do AVCI
How to Organize an Interventional Radiology Service for Acute Ischemic Stroke Treatment
Daniel Giansante Abud (SP)
- 14h35 – 15h10
02:35 – 03:10 pm
Tratamento do AVCI Agudo com Aspiração
Treatment of Acute Ischemic Stroke with Aspiration Technique
Demetrius Lopes (EUA)
- 15h10 -15h45
03:10 – 03:45 pm
Tratamento do AVCI Agudo com Retriever
Treatment of Acute Ischemic Stroke with Retriever
Raul Nogueira (EUA)
- 15h45 – 16h15
03:45 – 04:15 pm
Coffee Break
Moderators: Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE), José Aldemir Teixeira Nunes Jr. (MA)
- 16h15 – 16h45
04:15 – 04:45 pm
Estado Atual do Tratamento do AVCI Agudo: Literatura e Experiência Pessoal.
Current State of Treatment of Acute Ischemic Stroke: Literature and Personal Experience.
Raul Nogueira (EUA)
- 16h45 - 18h30
04:45 – 06:30 pm
Sessão interativa / Interactive Session

WORKSHOPS

AUDITÓRIO III (*Auditorium III*)

09h00 – 10h30 <i>09:00 – 10:30 am</i>	Workshop de Intervenção em Hemodiálise <i>Workshop of Intervention in Hemodialysis</i>
09h00 - 09h30 <i>09:00 – 09:30 am</i>	Intervenção em Hemodiálise <i>Intervention in Hemodialysis</i> <i>Ricardo Wagner Moreira (RN)</i>
09h30 - 10h00 <i>09:30 - 10:00 am</i>	Intervenção em Hemodiálise <i>Intervention in Hemodialysis</i> <i>Rafael Gomes de Almeida Garzon (SP)</i>
10h00 - 10h30 <i>10:00 - 10:30 am</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition
11h00 – 12h30 <i>11:00 - 12:30 am</i>	Workshop de Intervenção em Transplante <i>Workshop of Intervention in Transplantation</i>
11h00 - 11h30 <i>11:00 - 11:30 am</i>	Intervenção em Transplante Renal <i>Intervention in Renal Transplant Patients</i> <i>Jorge Eduardo de Amorim (SP)</i>
11h30 - 12h00 <i>11:30 - 12:00 am</i>	Intervenção em Transplante Hepático <i>Intervention in Liver Transplant Patients</i> <i>Denis Szejnfeld (SP)</i>
12h00 - 12h30 <i>12:00 - 12:30 am</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition
14h00 – 15h30 <i>02:00 - 03:30 pm</i>	Workshop de Intervenção em Ginecologia e Obstetria <i>Workshop of Intervention in Gynecology and Obstetrics</i>
14h00 - 14h20 <i>02:00 - 02:20 pm</i>	Embolização do Mioma Uterino <i>Uterine Fibroid Embolization</i> <i>Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)</i>
14h20 - 14h40 <i>02:20 - 02:40 pm</i>	Acretismo Placentário: Oclusão Temporária de Artérias Hipogástricas <i>Placenta Accreta: Temporary Internal Iliac Occlusion</i> <i>Alexandre de Tarso Machado (MG)</i>
14h40 - 15h00 <i>02:00 - 03:00 pm</i>	Relacionamento Multidisciplinar na Terapia Endovascular em Ginecologia e Obstetria <i>Multidisciplinary Relationship in Endovascular Therapy in Gynecology and Obstetrics</i> <i>Marcos de Lorenzo Messina (SP)</i>
15h00 - 15h30 <i>03:00 - 03:30 pm</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition

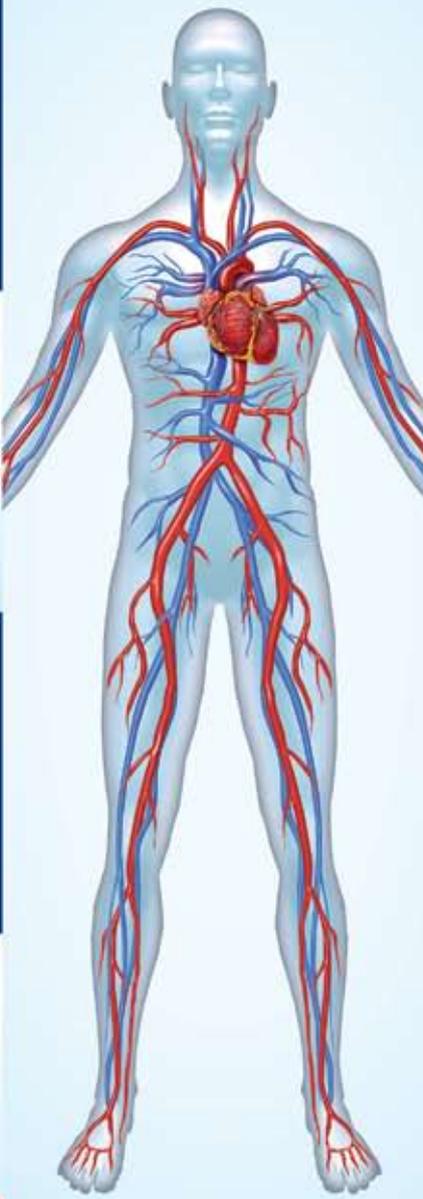
16h30 – 18h00	Workshop de Intervenção em Vias Biliares <i>Workshop of Intervention in Biliary Tract</i>
16h30 - 17h00 <i>04:00 - 05:00 pm</i>	Técnicas de Intervenção em Estenoses Biliares Benignas <i>Intervention Techniques in Benign Biliary Stenosis</i> Oswaldo Pereira (SP)
17h00 - 17h30 <i>05:00 - 05:30 pm</i>	Técnicas de Intervenção em Estenoses Biliares Malignas <i>Intervention Techniques in Malignant Biliary Stenosis</i> Charles Edouard Zurstrassen (SP)
17h30 - 18h00 <i>05:00 - 06:00 pm</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition

WORKSHOPS SBNRDT

AUDITÓRIO V (Auditorium V)

16h00 – 17h30 <i>04:00 - 05:00 pm</i>	Workshop de Aneurismas / Aneurysms
16h00 – 16h20 <i>04:00 - 04:20 pm</i>	Técnica Avançada de Embolização <i>Advanced Technique of Embolization</i> Leandro de Assis Barbosa (ES)
16h20 – 16h40 <i>04:20 - 04:40 pm</i>	Flow Diverters – Técnicas de Implante – Silk <i>Flow Diverters - Implant Techniques - Silk</i> Paulo Eloy Passos Filho (RS)
16h40 – 17h00 <i>04:40 - 05:00 pm</i>	Flow Diverters – Técnicas de Implante – Pipeline <i>Flow Diverts – Implant Techniques – Pipeline</i> Eduardo Wajnberg (RJ)
17h00 – 17h30 <i>05:00 - 05:30 pm</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition

Covidien: oferecendo soluções inovadoras para o tratamento de doenças arteriais periféricas e neurovasculares.

	Spider FX™ Proteção embólica		Protegé™ RX Sistema de stent carotídeo autoexpansível		EverFlex™ Sistema de stent periférico autoexpansível	
	TrailBlazer™ Cateter de suporte		EverCross™.035 PowerCross™.018 NanoCross™.014 Balões PTA		GooseNeck™ Microcaptorador Amplatz	
	Visi-Pro™ Sistema de stent periférico expansível por balão		Pipeline™ Dispositivo de embolização de aneurisma		Onyx™ Sistema embólico líquido	
	HyperForm™ HyperGlide™ Balão de oclusão		Solitaire™ FR Dispositivo de revascularização		Axiom™ Sistema de Coil destacável	

Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375

atendimento.brasil@covidien.com
www.covidien.com



COVIDIEN

positive results for life™

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Scientific Program

AUDITÓRIO I (Auditorium I)

- 09h00 – 10h30**
09:00 - 10:30 am
- Fígado e Vias Biliares / Liver and Biliary Tract**
Moderators: Christian Back Liu (PR), Henrique Salas Martin (RJ)
- 09h00 – 09h12**
09:00 - 09:12 am
- TIPS: Indicações, Técnicas e Follow-up**
TIPS: Indications, Techniques and Follow-up
Henrique Salas Martin (RJ)
- 09h12 – 09h24**
09:12 - 09:24 am
- Trombose Portal - Quando e Como Intervir?**
Portal Thrombosis - When and How to Intervene?
Marcelo Guimarães (EUA)
- 09h24 – 09h36**
09:24 - 09:36 am
- Intervenção em Estenoses Biliares Benignas**
Intervention in Benign Biliary Stenosis
Oswaldo Pereira (SP)
- 09h36 – 09h48**
09:36 - 09:48 am
- Intervenção em Estenoses Biliares Malignas**
Intervention in Malignant Biliary Stenosis
Charles Edouard Zurstrassen (SP)
- 09h48 – 10h00**
09:48 - 10:00 am
- Tratamento Intervencionista nas Complicações do Transplante Hepático**
Interventional Treatment in Liver Transplant Complications
Raphael Braz Levigard (RJ)
- 10h00 – 10h12**
10:00 - 10:12 am
- TIPS para Síndrome Hepatorrenal**
TIPS for Hepatorenal Syndrome a Clinical Must with Great Promise
Goetz M. Richter (Alemanha)
- 10h12 – 10h30**
10:12 - 10:30 am
- Discussão / Discussion**
- 10h30 – 11h00**
10:30 - 11:00 am
- Coffee Break**
- 11h00 – 12h30**
11:00 - 12:30 am
- Doenças Venosas/ Venous Disease**
Moderators: Luiz Otávio Correa (SP), José Fernando Macedo (PR)
- 11h00 – 11h12**
11:00 - 11:12 am
- Tratamento Endovascular da Trombose Venosa Profunda Aguda**
Endovascular Treatment in Deep Venous Thrombosis
Francisco José Osse (SP)
- 11h12 – 11h24**
11:12 - 11:24 am
- Recanalização das Lesões Venosas Crônicas**
Intervention in Chronic Venous Thrombosis
Marcelo Guimarães (EUA)
- 11h24 – 11h36**
11:24 - 11:36 am
- Embolia Pulmonar: Quando Indicar e Como Realizar o Tratamento Endovascular**
Pulmonary Embolism: When to Indicate and How to Perform Endovascular Treatment
Alexander Ramajo Corvello (PR)

- 11h36 – 11h48
11:36 - 11:48 am
Atualização em Filtro de Veia Cava Inferior
Update on Inferior Vena Cava Filter
Antonio Eduardo Zerati (SP)
- 11h48 – 12h00
11:48 - 11:24 am
Tratamento das Varizes de Membros Inferiores com Laser e Radiofrequência
Treatment of Lower Limb Varicose Vains with Laser and Radiofrequency Ablation
Elias Arcenio Neto (PR)
- 12h00 – 12h10
12:00 - 12:10 am
Reconstrução Endovascular de Veia Cava Inferior
Inferior Vena Cava Endovascular Reconstruction
Francisco José Osse (SP)
- 12h10 – 12h30
12:10 - 12:30 am
Discussão / Discussion
- 12h30 – 14h00
12:30 - 02:00 pm
Simpósio Satélite / Lunch Meeting TERUMO
- Discussão de Casos Complexos em Hepatocarcinoma**
Discussion of Complex Cases in HCC
Presidente: Valéria Cardoso de Souza (SP), Hospital Alemão Oswaldo Cruz
- Doença Metastática Hepática do Carcinoma Colorretal. Quando Indicar DEBIRI?**
Metastatic Hepatic Colorectal Carcinoma Disease. When to Suggest DEBIRI?
Charles Edouard Zurstrassen (SP), AC Camargo Câncer Center
- Tumores Hepáticos Tratados com Microesferas 70-150 Micras, Experiência com Doxorubicina e Irinotecan**
Hepatic Disease Treated With Microspheres 70-150µm, Experience with Doxorubicin and Irinotecan
Tobias Jakobs (Germany), Brothers of Charity Hospital, Munich
- Apresentação e Resultados dos Primeiros Casos com DC Bead M1 no Brasil.**
Presentation and Results of the First Cases with DC Bead M1 in Brazil
Oswaldo Inácio (SP) Hospital das Clínicas de São Paulo, Hospital Santa Paula (SP), Unicamp (SP)
- 5 anos de Utilização de DC Bead, para Tratamento de Tumores Hepáticos no Inca**
5 years of Use DC Bead for Hepatic Tumors Treatment in Inca
José Hugo Luz (RJ) Instituto Nacional de Câncer (Inca-RJ)
- 14h00 – 15h45
02:00 - 03:45 pm
Ginecologia e Obstetrícia / Gynecology and Obstetrics
Moderators: Francisco Eduardo Prota (SP), Hamilton Julio (PR)
- 14h00 – 14h12
02:00 - 02:12 pm
Mioma Uterino no Contexto Atual da Mulher Brasileira
Current Status of Uterine Fibroid Embolization in Brazilian Women
Marcos de Lorenzo Messina (SP)

- 14h12 – 14h24
02:12 - 02:24 pm Critérios de RNM Preditores de Sucesso Terapêutico em Mulheres Submetidas a EMUT
MRI Predictors of Therapeutic Success in Women Subjected to UFE
Eduardo Zlotnik (SP)
- 14h24 – 14h36
02:24 - 02:36 pm Fertilidade em Mulheres Tratadas com Embolização de Mioma Uterino
Fertility in Women Treated with Fibroid Embolization
Lindsay Machan (Canadá)
- 14h36- 14h38
02:36 - 02:38 pm Acretismo Placentário: Protocolo de Atendimento
Placenta Accreta: Management Protocol
Romulo Negrini (SP)
- 14h48 – 15h00
02:48 - 03:00 pm Emboloterapia no Tratamento de Emergências Ginecológicas e Obstétricas
Embolotherapy in the Treatment of Obstetrical and Gynecological Emergencies
John J. Park (EUA)
- 15h00 – 15h15
03:00 - 03:15 pm Tratamento Endovascular da Síndrome de Congestão Pélvica
Endovascular Treatment of Pelvic Congestion Syndrome
Lindsay Machan (Canadá)
- 15h15 – 15h45
03:15 - 03:45 pm Discussão / Discussion
- 15h45 – 16h15**
03:45 - 04:15 pm **Coffee Break**
- 16h15 – 18h00**
04:15 - 06:00 pm **Hot Topics**
Moderators: Gustavo Andrade (BA), Guilherme Mourão (SP)
- 16h15 – 16h25
04:15 - 06:00 pm Novas Tecnologias de Imagem Vascular: OCT e NIR
New Technologies for Vascular Imaging: OCT and NIR Spectroscopy
Giora Weisz (EUA)
- 16h25 – 16h35
04:25 - 04:35 pm Robótica em Intervenção Vascular
Robotic Assisted Vascular Interventions
Giora Weisz (EUA)
- 16h35 – 16h45
04:35 - 04:45 pm Denervação Renal no Tratamento da Hipertensão Arterial Resistente a Drogas
Renal Denervation for the Treatment of Drug Resistant Hypertension
Graham Munneke (Inglaterra)
- 16h45 – 16h55
04:45 - 04:55 pm Angioplastia Venosa no Tratamento de Pacientes com Esclerose Múltipla: Status Atual
Venous PTA in the Treatment of Patients with Multiple Sclerosis: Current Status
Lindsay Machan (Canadá)

16h55 – 17h05 <i>04:55 - 05:05 pm</i>	Radioembolização: Montando um Serviço e Fazendo Funcionar <i>Radioembolization: Setting up the Service and Making it Work</i> Graham Munneke (Inglaterra)
17h05 – 17h15 <i>05:05 - 05:15 pm</i>	Uso de Stents no Tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna e no Câncer de Próstata <i>Stent Placement in Benign Prostatic Hyperplasia and Prostatic Cancer</i> Ho-Young Song (Coréia do Sul)
17h15 – 17h25 <i>05:15 - 05:25 pm</i>	Tratamento de Aneurismas Aórticos com Stent Multilayer <i>Treatment of Aortic Aneurysms with Multilayer Stent</i> Daniel Augusto Benitti (SP)
17h25 – 17h35 <i>05:25 - 05:35 pm</i>	Atualidades em Ablação Pulmonar <i>Update on Pulmonary Ablation</i> Marcos Menezes (SP)
17h35 – 17h45 <i>05:35 - 05:45 pm</i>	A arte de Apresentar em Inglês <i>The Art of Presenting in English</i> Ho-Young Song (Coréia do Sul)
17h45 – 17h55 <i>05:45 - 05:55 pm</i>	Como Escrever um Artigo Científico em Inglês: Dicas de Minha Experiência Pessoal <i>Writing a Medical Scientific Paper in English: Tips From my Personal Experiences</i> Ho-Young Song (Coréia do Sul)
17h55 – 18h05 <i>05:55 - 06:05 pm</i>	Fusão de Imagens: Implementação e Otimização de Resultados <i>Image Fusion: Implementation and Optimizing Results</i> Bruno Odísio (EUA)
18h05 – 18h17 <i>06:05 - 06:17 pm</i>	Fístulas Percutâneas <i>Percutaneous AV Fistulas</i> Dheeraj Rajan (Canadá)

PROGRAMA SIMPÓSIO SBNRDT

SBNRDT Scientific Program

AUDITÓRIO II (Auditorium II)

09h00 – 10h30 <i>09:00 - 10:30 am</i>	Anatomia Vascular Extracraniana / Extracranial Vascular Anatomy <i>Moderators: Elias Fouad Rabahi (GO), José Maria Modenesi Freitas (SP)</i>
09h00 – 09h30 <i>09:00 - 09:30 am</i>	Anatomia da Artéria Carótida Externa <i>Anatomy of the External Carotid Artery</i> In Sup Choi (EUA)
09h30 – 10h00 <i>09:30 - 10:00 am</i>	Anastomoses Vasculares Perigosas <i>Dangerous Vascular Anastomoses</i> In Sup Choi (EUA)

10h00 – 10h30 <i>10:00 - 10:30 am</i>	Síndromes Vasculares Craniofaciais <i>Craniofacial Vascular Syndromes</i> <i>In Sup Choi (EUA)</i>
10h30 – 11h00 <i>10:00 - 10:30 am</i>	Coffee Break
11h00 – 12h30 <i>11:00 - 12:30 am</i>	Sessão Interativa / Interactive Session <i>Moderators: Ronie Leo Piske (SP), Laécio Leitão Batista (PE)</i>
12h30 – 14h00 <i>12:30 - 02:00 pm</i>	Simpósio Satélite / Lunch Meeting WL GORE <i>Presidente: Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)</i> <i>Moderador: Oswaldo Inacio (SP)</i> <i>Secretário: Adib Koury Jr. (PA)</i>
12h30 – 12h40	Experiência do Instituto Dante Pazzanese com as Endopróteses Excluder e C3 <i>Antonio Massamitsu Kambara (SP)</i>
12h40 – 12h50	Experiência de Casos com Tag e Ctag <i>Gustavo Oliveira Paludetto (DF)</i>
12h50 – 13h00	Indicações e Utilização do Viatorr <i>Alexander Ramajo Corvello (PR)</i>
13h00 – 13h10	Experiência e Casos com o Viabahn <i>Walmir Fontes (SP)</i>
13h10 – 13h20	Novos Conceitos Sobre o Tratamento das Vias Biliares com o Viabil – Casuística de 14 Casos <i>Charles Edouard Zurstrassen (SP)</i>
13h20 – 13h30	Experiência com Excluder e C3 <i>Felipe Murad (RJ)</i>
14h00 – 15h45 <i>02:00 - 03:45 pm</i>	Aneurismas Cerebrais / Cerebral Aneurysms <i>Moderators: Expedito Aguiar Bacelar Jr. (MA), René Avelleda (PR)</i>
14h00 – 14h35 <i>02:00 - 02:35 pm</i>	Tratamento de Aneurismas Complexos <i>Endovascular Treatment of Complex Aneurysms</i> <i>Demetrius Lopes (EUA)</i>
14h35 – 15h10 <i>02:30 - 03:10 pm</i>	Resultados dos Flow Diverter Silk® <i>Results of flow diverter Silk ®</i> <i>Michel Eli Frudit (SP)</i>
15h10 – 15h45 <i>03:10 - 03:45 pm</i>	Resultados dos Flow Diverter Pipeline® <i>Results of Flow Diverter Pipeline ®</i> <i>Marco Túlio Salles Rezende (MG)</i>
15h45 – 16h15 <i>03:45 - 04:15 pm</i>	Coffee Break

Moderators: Alexandre Drayton Maia Barros (CE) e Leandro José Haas (SC)

16h15 – 16h50
04:15 - 04:50 pm

Indicação de tratamento do aneurisma não roto
Indication for treatment of unruptured aneurysm
Francisco José Mont'Alverne (CE)

16h50 – 18h30
04:50 - 06:30 pm

Sessão Interativa / Interactive Session

WORKSHOPS

AUDITÓRIO III (*Auditorium III*)

09h00 – 10h30
09:00 - 10:30 am

Workshop de Emboloterapia
Workshop of Embolotherapy

09h00 - 09h20
09:00 - 09:20 am

Emboloterapia - Agentes Líquidos
Embolotherapy - Liquid Agents
Carlos Gustavo Coutinho Abath (PE)

09h20 - 09h40
09:20 - 09:40 am

Emboloterapia - Agentes Sólidos
Embolotherapy - Solid Agents
Lucas Moretti Monsignore (SP)

09h40 - 10h00
09:40 - 10:00 am

Emboloterapia – Agentes Espiralados
Embolotherapy - Coiled Agents
Marcelo Guimarães (EUA)

10h00 - 10h30
10:00 - 10:30 am

Exposição de Materiais / Material Exposition

11h00 – 12h30
11:00 - 12:30 am

Workshop de HCC
Workshop of HCC

11h00 - 11h30
11:00 - 11:30 am

DEB – TACE: Como eu Faço?
DEB - TACE: How Do I Do?
Graham Munneke (Londres)

11h30 - 12h00
11:30 - 12:00 am

Radioembolização: Como eu Faço
Radioembolization: How Do I Do
Bruno Odisio (EUA)

12h00 - 12h30
12:00 - 12:30 pm

Exposição de Materiais / Material Exposition

14h00 – 15h30
02:00 - 03:30 pm

Workshop de Aorta Torácica e Abdominal
Workshop of Thoracic and Abdominal Aorta

14h00 - 14h30
02:00 - 02:30 pm

Tratamento Endovascular em Patologias de Aorta Torácica:
Dissecção e Aneurisma
*Endovascular Treatment of Thoracic Aortic Pathologies:
Dissection and Aneurysm*
Túlio Pinho Navarro (MG)

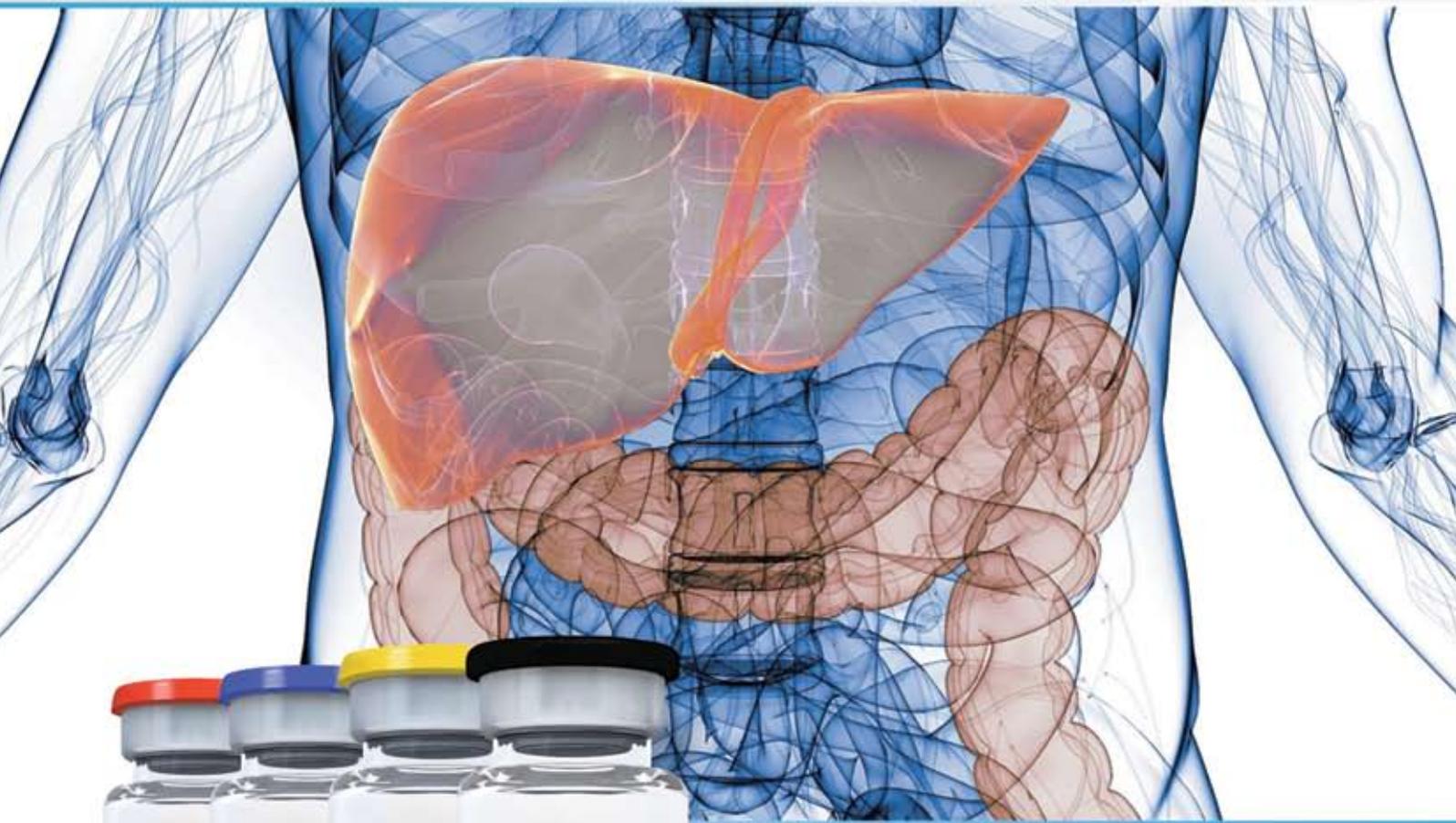
14h30 - 15h00 <i>02:30 - 03:00 pm</i>	Técnica Percutânea na Correção Endovascular do Aneurisma de Aorta Abdominal <i>Preclose Technique in Endovascular Treatment of Abdominal Aortic Aneurysm</i> <i>Breno Boueri Affonso (SP)</i>
15h00 - 15h30 <i>03:00 - 03:30 pm</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition
16h30 – 18h00 <i>04:30 - 06:00 pm</i>	Workshop de Ablação Percutânea de Tumores <i>Workshop of Percutaneous Ablation</i>
16h30 - 16h45 <i>04:30 - 04:45 pm</i>	Técnicas - Aspectos Gerais <i>Techniques – General Aspects</i> <i>Rodrigo Gobbo Garcia (SP)</i>
16h45 - 17h00 <i>04:45 - 05:00 pm</i>	Ablação no Fígado <i>Ablation in Liver</i> <i>José Hugo Mendes Luz (RJ)</i>
17h00 - 17h30 <i>05:00 - 05:30 pm</i>	Ablação no Pulmão e Rim <i>Ablation in Lung and Kidney</i> <i>Luis Antonio de Castro (SP)</i>
17h30 - 18h00 <i>05:30 - 06:00 pm</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition

WORKSHOP SBNRDT

AUDITÓRIO V (Auditorium V)

16h00 – 17h30 <i>04:00 - 05:30 pm</i>	Workshop de Carótida / Carotid
16h00 – 16h20 <i>04:00 - 04:20 pm</i>	Angioplastia com Sistema de Proteção Proximal <i>Angioplasty with Proximal Protection System</i> <i>Thiago Giansante Abud (BA)</i>
16h20 - 16h40 <i>04:20 - 04:40 pm</i>	Angioplastia com Filtro <i>Angioplasty with filter</i> <i>José Ricardo Vanzin (RS)</i>
16h40 - 17h00 <i>04:40 - 05:00 pm</i>	Manuseio das Complicações <i>Handling of Complications</i> <i>José Guilherme Mendes Pereira Caldas (SP)</i>
17h00 - 17h30 <i>05:00 - 05:30 pm</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition

- Maior **tolerabilidade**
- Maior **eficácia**
- Mais **segurança**



DCBead®



PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Scientific Program

AUDITÓRIO I (*Auditorium I*)

- 09h00 – 10h30**
09:00 - 10:30 am
- Doença Carotídea / Carotid Disease**
Moderators: Gustavo Oliveira Paludetto (DF), René Avelleda (PR)
- 09h00 – 09h12
09:00 - 10:30 am
- Tratamento Endovascular da Doença Carotídea Assintomática
Endovascular Treatment of Asymptomatic Carotid Stenosis
Marc Bosiers (Bélgica)
- 09h12 – 09h24
09:12 - 09:24 am
- Angioplastia Carotídea: Filtro x Reversor de Fluxo
Carotid Angioplasty: Filter x Flow Reversal
Antonio Massamitsu Kambara (SP)
- 09h24 – 09h36
09:24 - 09:36 am
- Angioplastia Carotídea: Reversor de Fluxo x Filtro
Carotid Angioplasty: Filter x Flow Reversal
Daniel Giansante Abud (SP)
- 09h36 – 09h48
09:36 - 09:48 am
- Como eu Faço e Resultados de uma Série de mais de 1500 Angioplastias de Carótida.
Carotid Stenosis: How Do I Do and Results in More Than 1500 Cases
José Guilherme Mendes Pereira Caldas (SP)
- 09h48 – 10h00
09:48 - 10:00 am
- Metanálises, Trials e Publicações de Grandes Centros: Qual a Situação Atual?
Update on Carotid Disease Treatment Meta Analysis and Trials
Raul Nogueira (EUA)
- 10h00 – 10h30
10:00 - 10:30 am
- Discussão / Discussion
- 10h30 – 11h00**
10:30 - 11:00 am
- Coffee Break**
- 11h00 – 12h30**
11:00 - 12:30 am
- Doenças Vasculares Periféricas / Peripheral Artery Disease**
Moderators: Rafael Pasini del Claro (PR), Janaina Weingartner (PR)
- 11h00 – 11h12
11:00 - 11:12 am
- Balões Liberadores de Droga na Doença Arterial Periférica: Indicações e Resultados
Drug-Eluting Balloons for Peripheral Artery Disease: Indications and Results
Marc Bosiers (Bélgica)
- 11h12 – 11h24
11:12 - 11:24 am
- Stents Liberadores de Droga na Doença Arterial Periférica: Indicações e Resultados
Drug-Eluting Stents for Peripheral Artery Disease: Indications and Results
Lindsay Machan (Canadá)

11h24 – 11h36 <i>11:24 - 11:36 am</i>	Angioplastia Transluminal x Subintimal na Doença Arterial Obstrutiva Periférica <i>Transluminal x Subintimal PTA for Peripheral Occlusive Arterial Disease</i> Marc Bosiers (Bélgica)
11h36 – 11h48 <i>11:36 - 11:48 am</i>	Angioplastia Infra-Poplíteia: Técnicas e Resultados <i>Infra-popliteal PTA: Techniques and Results</i> John Sangjoon Park (Coréia do Sul)
11h48 – 12h00 <i>11:48 - 12:00 am</i>	Thrombolysis in Acute Arterial Occlusion: When and How to Perform? <i>Fibrinólise na Oclusão Arterial Aguda: Quando Indicar, Como fazer?</i> Douglas Eduardo T. Cavalcanti (PE)
12h00 – 12h12 <i>12:00 - 12:12 am</i>	Procedimentos Para Salvamento Após Falha da Angioplastia Periférica: DEB, DES, Turbo Hawk, Stents Revestidos com Heparina. Quando Precisamos de Tudo Isso? <i>Adjunctive and Salvage Procedures After Failed Peripheral Angioplasty: DEB, DE-Stents, Turbo Hawk, Heparin-bonded Stent Grafts. When do We All Need This?</i> Goetz M. Richter (Alemanha)
12h12 – 12h30 <i>12:12 - 12:30 am</i>	Discussão/ Discussion
12h30 – 13h30 <i>12:30 - 13:30 am</i>	Assembleia Geral (SOBRICE General Assembly)

WORKSHOPS

AUDITÓRIO III (Auditorium III)

09h00 – 10h30 <i>09:30 - 10:30 am</i>	Workshop de CTO (Chronic Total Occlusion)
09h00 - 09h20 <i>09:00 - 09:20 am</i>	Técnicas de Recanalização de Oclusões Totais Crônicas Ilíacas <i>Revascularization Techniques in Iliac CTO</i> Luis Carlos Mendes de Brito (SP)
09h20 - 09h40 <i>09:20 - 09:40 am</i>	Técnicas de Recanalização de Oclusões Totais Crônicas Femoro-Poplíteas <i>Revascularization Techniques in Femoropopliteal CTO</i> Luiz Otavio Correa (SP)
09h40 - 10h00 <i>09:40 - 10:00 am</i>	Técnicas de Recanalização de Oclusões Totais Crônicas Infrapatelares <i>Revascularization Techniques in Infrapopliteal CTO</i> Bernardo Massière (RJ)
10h00 - 11h00 <i>10:00 - 11:00 am</i>	Exposição de Materiais / Material Exposition

11h00 – 12h30

Workshop de TIPS

Workshop of TIPS

11h00 - 11h30

11:00 - 11:30 am

TIPS: Como Fazer

TIPS: How to Do

Rafael Noronha Cavalcante (SP)

11h30 - 12h00

11:30 - 12:00 am

TIPS: Dicas e Truques em Casos Complexos

TIPS: Tips and Tricks in Complex Cases

Alexander Ramajo Corvello (PR)

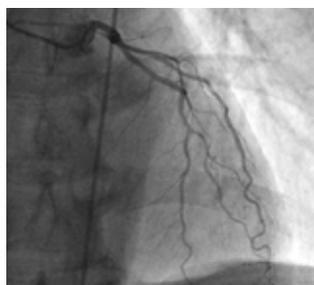
12h00 - 12h30

12:00 - 12:30 pm

Exposição de Materiais / Material Exposition

A Philips apresenta sua nova plataforma de hemodinâmicas: até 73% menos dose de radiação com a melhor qualidade de imagem

AlluraClarity Visite nosso estande e conheça esta revolução da imagem.



AlluraClarity é a avançada tecnologia da Philips que expande as opções de tratamento e ao mesmo tempo incrementa a segurança para o paciente e para a equipe.

Com doses de radiação até 73% menores e alta acuidade de imagem, viabiliza exames intervencionais mesmo nos procedimentos mais longos e complexos, inclusive em recém-nascidos, obesos e pacientes de alto-risco. AlluraClarity Philips. A diferença nunca foi tão nítida.

AlluraClarity. A solução mais avançada só podia ser da Philips
www.philips.com/AlluraClarity

PHILIPS

ENFERMAGEM

VII Nursing Simposium

AUDITÓRIO IV (*Auditorium IV*)

- 09h00 – 09h10**
09:00 - 09:10 am
- Abertura / Opening Ceremony**
Ivanise Gomes (SP) - Presidente da Jornada de Enfermagem em Radiologia e Neurorradiologia Intervencionista
Interventional Radiology and Neuroradiology Nursing Conference President
- Dr. Felipe Nasser (SP) - Presidente da SOBRICE**
SOBRICE President
- 09h10 – 09h30**
09:10 - 09:30 am
- Rizotomia Percutânea por Radiofrequência**
Radiofrequency Rhizotomy
Moderator: Carolina Zandonadi (PR)
Érika Gondim Gurgel Ramalho Lima (CE)
- 09h30 – 09h50**
09:30 - 09:50 am
- Quimioembolização Hepática como Tratamento Endovascular das Neoplasias Malignas Hepáticas Primárias e Metastáticas**
Transarterial Chemoembolization in the treatment of HCC and metastatic liver disease
Moderator: Celeste Tourinho Guimarães (BA)
Ricardo Augusto de Paula Pinto (SP)
- 09h50 – 10h10**
09:50 - 10:10 am
- Papel da Radiologia Intervencionista nas Obstruções Arteriais Periféricas de Membros Inferiores**
The role of interventional radiology in the treatment of lower limb peripheral artery disease
Moderator: Ana Cristina Galhardo (SP)
Guilherme Centofanti (SP)
- 10h10 – 10h30**
10:10 - 10:30 am
- Estado Atual do Tratamento Endovascular em Ginecologia e Obstetrícia**
Current status of the endovascular treatment in gynecology and obstetrics
Moderator: Roberta Corvino (SP)
Marcos Lourenzo Messina (SP)
- 10h30 – 11h00**
10:30 - 11:00 am
- Coffee Break**
- 11h00 – 11h20**
11:00 - 11:20 am
- Tratamento Endovascular das Doenças da Aorta**
Endovascular Treatment of Aortic Disease
Moderator: Jeanne Itamara S. Martins (PR)
Adriana Correia de Lima (MS)

- 11h20 – 11h40**
11:20 - 11:40 am
- Manutenção da Integridade Cutânea pós Intervenções**
Skin Integrity Maintenance after Percutaneous Interventions
Moderator: Érika Gondim Gurgel Ramalho Lima (CE)
Irisvaldo Souza de Oliveira (SP)
- 11h40 – 12h00**
11:40 - 12:00 am
- O Que Há de Novo para o Tratamento do TEP**
What's New in the Treatment of Pulmonary Embolism
Moderator: Pedro Paulo Machado Vilhena Junior (SP)
Edgar Bortolini (SP)
- 12h00 – 12h30**
12:00 - 12:30 am
- Intervenções Percutâneas nas Hemorragias Digestivas**
Percutaneous Interventions for the Treatment of Gastrointestinal Bleeding
Moderator: Larissa Gurgel Mota Saraiva (CE)
Vanessa Cristina Alves (SP)
- 12h30 – 14h00**
12:30 - 02:00 pm
- Lunch Meeting (Auditorium I/II)**
- 14h00 – 14h20**
02:00 - 02:20 pm
- Denervação Renal para o Tratamento de HAS Refratária**
Renal Denervation for the Treatment of Resistant Hypertension
Moderator: Marcela Bolsoni Muzete (SP)
Angelina Silva Camiletti (RJ)
- 14h20 – 14h40**
02:20 - 02:40 pm
- Tratamento Percutâneo da Hipertensão Portal Refratária – TIPS**
Percutaneous Treatment of Portal Hypertension - TIPS
Moderator: Mariana Tenório Lopes (AL)
Rafael Gustavo Gomide Alcântara (MG)
- 14h40 – 15h00**
02:40 - 03:00 pm
- Novas tecnologias: USG intravascular e OCT**
New Technologies for Vascular Imaging: IVUS and OCT
Moderator: Márcia Manggini (DF)
Adriano Mendes Caixeta (SP)
- 15h00 – 15h20**
03:00 - 03:20 pm
- Aplicação da Vertebroplastia nas Lesões de Coluna**
Percutaneous Vertebroplasty in the Treatment of Vertebral Lesions
Moderator: Daniane Silva (PR)
Aston Marques da Silva Junior (MS)
- 15h20 – 15h45**
03:20 - 03:45 pm
- Sistematização do Atendimento no Acidente Vascular Encefálico**
Systematic Care Planning After Acute Stroke
Moderator: Claudia Burigo Zanuzzi (PR)
Andre Giacomelli (PR)
- 15h45 – 16h15**
03:45 - 04:15 pm
- Coffee Break**
- 16h15 – 16h40**
04:15 - 04:40 pm
- Protocolo Assistencial de Controle de Hipo e Hiperglicemia para os pacientes submetidos a Procedimentos Percutâneos**
Assistance Protocol for Glycemic Control in Percutaneous Procedures
Moderator: Adriana Correia de Lima (MS)
Aline Bueno do Nascimento (SP)

16h40 – 17h00
04:40 - 05:00 pm

Intervenções Percutâneas no Trauma
The Role of Interventional Radiology in Trauma
Moderator: Rosmari Belas (SP)
Gabriela Félix Pedreira (PR)

17h00 – 17h20
05:00 - 05:20 pm

Sustentabilidade: Segregação de Resíduos Sólidos na Radiologia Intervencionista
Sustainability: Segregation of Solid Waste in Interventional Radiology
Moderator: Mariane Dominoni M. dos Santos (PR)
Ivanise Maria Gomes (SP)

17h20 – 17h40
05:20 - 05:40 pm

Otimização da Segurança Utilizando a Radioproteção nos Procedimentos Intervencionistas
Optimization of Radiation Protection in Interventional Radiology
Moderator: Rosa Maria Quinzani Almeida (MG)
Felipe Nasser (SP)

17h40 – 18h00
05:40 - 06:00 pm

Metas Internacionais de Segurança do Paciente
International Goals for Patient Safety
Moderator: Ivanise Maria Gomes (SP)
Luciana Cristina Lima Correia Lima (RJ)

18h00
06:00 pm

Encerramento/ Closure



ANAIS

SOBRICE 2013

ANAIS

SOBRICE

2013

APRESENTAÇÃO

Presentation

04 e 05 de Julho das 12h30 – 14h00
July 4th to 5th / 12:30 – 02:00 pm

Área da Exposição
Exhibition Hall



1º LUGAR

Estágio de uma semana no hospital **A.Z. St. Blasius - Bélgica** com o Dr. Marc Bosiers

Patrocínio:



2º LUGAR

Inscrição CIRSE 2014

Patrocínio:



3º LUGAR

Inscrição e passagem para o Congresso SoBRICE 2014

Patrocínio:



0001 - PARÂMETROS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE COMO FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO DA EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DO MIOMA UTERINO.

FABIELLEN BERZOINI TRAVASSOS, Eduardo Zlotnik, Marcos de Lorenzo Messina, Bruna De Fina, Rafael Noronha Cavalcante, Francisco Leonardo Galastri, Breno Boueri Affonso, Felipe Nasser Hospital Israelita Albert Einstein

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar, por meio da ressonância magnética da pelve, os fatores preditores de melhor resposta para diminuição dos leiomiomas em pacientes submetidos a embolização da artéria uterina.

Materiais e Métodos: Cinquenta mulheres com leiomioma uterino sintomático, na menacme, foram submetidas à embolização da artéria uterina. Avaliou-se, por meio da ressonância magnética o volume do útero e dos leiomiomas. Foram examinados 179 leiomiomas, um mês antes e seis meses depois do procedimento.

Resultados: Seis meses após o tratamento, a redução média do volume uterino foi de 38,91%, enquanto os leiomiomas tiveram redução de 55,23%. Nos leiomiomas submucosos e/ou com a relação nódulo/músculo em T2 mais elevada, a redução do volume foi ainda maior.

Discussão: A embolização uterina é uma técnica consagrada, segura e eficaz, reconhecida como alternativa para o tratamento de miomatose. Para avaliação dos úteros e leiomiomas foi utilizada a RM 3-Tesla, que demonstra maior capacidade em medir e localizar leiomiomas uterinos que o ultrassom pélvico transvaginal (USTV). Todos os nódulos foram estudados em relação à diminuição volumétrica, assim como à redução do volume uterino e correlacionados a melhora dos sintomas. No presente estudo, não houve associação entre o tamanho do mioma e sua redução volumétrica, entretanto, encontrou-se maior diminuição do volume dos mesmos quando estes eram submucosos. Observou-se tendência a maior redução do tamanho de nódulos com alto sinal em T2, porém sem significância estatística. Utilizou-se um denominador comum, através de uma relação nódulo/músculo em T2, que se mostrou significativa após análise multivariada. As pacientes apresentaram melhora clínica independente de maior redução volumétrica.

Conclusão: As pacientes portadoras de leiomiomas submetidas à embolização da artéria uterina apresentaram, à ressonância magnética, redução do volume dos nódulos superior a 50,00% quando estes eram submucosos e/ou tinham uma relação nódulo/músculo em T2 mais elevada.

0002 - CATETERES TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO: EXPERIÊNCIA COM 1255 PACIENTES.

TAMIRES ROCHA FIGUEREDO, Antonio Eduardo Zerati, Joaquim Maurício da Motta Leal Filho, Richard Diego de Moraes, Amanda Monteiro da Cruz, Pedro Henrique Xavier Nabuco, Luciana Ragazzo, Maristela Pinheiro Freire, Lígia Pierrotti, Nelson de Luccia Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)

OBJETIVO: Avaliar os resultados obtidos a curto e a longo prazo do implante dos cateteres totalmente implantáveis para quimioterapia em pacientes portadores de neoplasias no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

MÉTODOS: Foram avaliados prospectivamente os resultados da colocação de 1255 cateteres totalmente implantáveis para quimioterapia no ICESP. Foram feitas avaliações das complicações precoces e tardias e da evolução dos pacientes até a remoção do dispositivo, morte ou data do último retorno na instituição.

RESULTADOS: A análise prospectiva da implantação de cateteres mostrou uma duração média de 374 dias de uso do cateter por paciente. A via de acesso mais utilizada foi a veia jugular interna, com 1033 punções (82,3%). A incidência de complicações operatórias foi de 1,5% (19) e a de complicação pós-operatória de 18,6% (234). 79,8% dos cateteres não apresentaram complicações.

A principal intercorrência operatória foi a punção arterial, que ocorreu em 15 casos (1,12%). Entre as complicações tardias, observamos 166 complicações infecciosas (3,34/1000 dias de uso do cateter), 27 casos de trombose venosa profunda (0,06/1000 dias do uso de cateter) e 24 casos de mau funcionamento do dispositivo (0,05/1000 dias de uso do cateter).

DISCUSSÃO: Os resultados da nossa casuística são compatíveis com séries nacionais e internacionais, que mostram complicações infecciosas variando de 0,16 - 0,23 / 1000 dias de uso, de mau funcionamento, variando entre 0,06 - 0,2 / 1000 dias de uso e de TVP, variando entre 0,07 - 1,2 / 1000 dias de uso. Na nossa casuística, não houve ocorrência de pneumotórax, com baixo índice de punção arterial acidental (9 com ultrassonografia e 6 sem). Os casos de punção arterial com o uso de ultrassonografia para guiar a punção podem ser explicados pelo fato de nosso serviço fazer parte de instituição de ensino, na qual as operações de implante são realizadas por médicos em fase de aprendizado.

CONCLUSÃO: A baixa taxa de complicações obtida neste estudo confirma a segurança e a conveniência do uso dos acessos totalmente implantáveis.

0003 - QUIMIOEMBOLIZAÇÃO TRANSARTERIAL HEPÁTICA NEOADJUVANTE AMBULATORIAL COM MICROESFERAS CARREADORAS EM PACIENTES COM HEPATOCARCINOMA.

BRUNA DE FINA, BRENO B. AFFONSO, Francisco L. Galastri, Rafael N. Cavalcante, Fabiellen B. Travassos, Rodrigo G. Garcia, Ivanise M. Gomes, Irisvaldo S. de Oliveira, Aline B. do Nascimento, Felipe Nasser Hospital Israelita Albert Einstein

Objetivo: Avaliar a factibilidade e a segurança da quimioembolização transarterial hepática ambulatorial com microesferas carreadoras de doxorubicina em pacientes com carcinoma hepatocelular (CHC) em programa de transplante hepático.

Materiais e Métodos: Estudo prospectivo, de março de 2011 a fevereiro de 2013, em que foram realizados 266 procedimentos em 154 pacientes em uma única instituição. Foram inclusos pacientes com CHC em programa de transplante hepático, que integravam o Critério de Milão ou tentavam o reenquadramento neste critério (Downstaging).

Todos os pacientes permaneceram pelo período mínimo de seis horas na recuperação anestésica. Os desfechos incluíram alta no dia do procedimento, internação hospitalar, retorno ao hospital, morbidade e mortalidade relacionada ao procedimento em 30 dias.

Resultados: A alta hospitalar no mesmo dia foi possível em 238 dos 266 procedimentos (89,47%). Os pacientes foram internados após 28 procedimentos (10,52%), sendo 23 por dor abdominal, 5 devido à náuseas e vômitos, 1 dissecação assintomática da artéria hepática, 1 com hemorragia no sítio de punção e 1 infarto agudo do miocárdio. Não houveram readmissões hospitalares ou óbitos relacionadas ao procedimento nos primeiros 30 dias.

Discussão: Apenas dois estudos avaliam a factibilidade da quimioembolização hepática ambulatorial. Mitchel et al, descreve taxa de 97% de alta no mesmo dia do procedimento, usando técnica de sanduíche. Prajapati et al relata possibilidade de tratamento ambulatorial em 84,4%, sendo a principal causa de internação a piora das comorbidades. Em nosso estudo, observamos concordância com a literatura quanto ao sucesso no tratamento ambulatorial, porém o principal fator encontrado para internação foi dor abdominal.

Conclusão: A quimioembolização transarterial hepática neoadjuvante do carcinoma hepatocelular pode ser realizada com segurança em âmbito, ambulatorial, quando observadas a avaliação contínua e criteriosa do paciente durante o período de recuperação anestésica.

0004 - TRATAMENTO DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR COM IMPLANTE DE STENT JUSTA ATRIAL GUIADO POR ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

FABIELLEN BERZOINI TRAVASSOS, Breno B. Affonso, Francisco L. Galastri, Rafael N. Cavalcante, Jorge E. Amorim, Bruno C. Odisio, Bruna De Fina, Ivanise M. Gomes, Irisvaldo S. Oliveira, Felipe Nasser Hospital Israelita Albert Einstein

Objetivo: Descrever o papel do ecocardiograma transesofágico (ETE) durante o implante de stent auto-expansível justa-atrial para o tratamento de um paciente com Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS).

Relato de caso: Paciente de 31 anos, sexo masculino, admitido com quadro de SVCS, apresentando edema de cabeça e pescoço, pletora venosa e dispnéia. Realizada cavografia superior que evidenciou estenose suboclusiva entre a VCS e o átrio direito. Devido à proximidade entre a estenose e o átrio direito, foi utilizado ETE para melhor definição anatômica da estenose e orientar o posicionamento adequado do stent. O ETE demonstrou compressão distal da VCS e do átrio direito pelo tumor, além de estenose grave localizada um centímetro acima da junção átrio-caval. Sob orientação fluoroscópica e ecocardiográfica um stent auto-expansível de nitinol (16x60 mm) foi implantado na VCS, com sua extremidade inferior cerca de meio centímetro abaixo da junção átrio-caval. Realizada pós dilatação com balão 16x40 mm e angiografia, que demonstrou bom resultado. Os sintomas do paciente melhoraram substancialmente durante as primeiras 24 horas. Durante o seguimento de sete meses, o paciente encontrava-se assintomático e a perviedade do stent confirmada por tomografia computadorizada.

Discussão: Em casos de estenose proximal de VCS, deve-se evitar o implante da borda inferior do stent no átrio direito ou abaixo da reflexão pericárdica, para minimizar os riscos de arritmia ou tamponamento cardíaco. Na prática, a determinação exata destes limites é difícil de ser feita durante uma angiografia. O ETE é um método de imagem capaz de fornecer a determinação precisa da estenose, junção cavo-atrial e da reflexão do pericárdio. Neste caso, o ecocardiograma foi muito útil auxiliando na determinação do diâmetro da veia cava e orientando a melhor posição para se liberar o stent, com pouca protrusão para o átrio. Em conclusão, o ecocardiograma transesofágico parece ser uma ferramenta útil para o implante de stent em veia cava superior em pacientes selecionados com estenose venosa próximo da junção atrio-cava.

0005 - EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS UTERINAS DE OVELHAS: VALIDAÇÃO DE UM MODELO EXPERIMENTAL BRASILEIRO

JOAQUIM MAURICIO DA MOTTA LEAL FILHO, Celso K. Takimura 1, Marcos I. Messina 2, Leonora Lopnow 1, Thiago Borges 3, Pedro A. Lemos 1

1 – InCor - HC/FMUSP; 2 – Ginecologista - HC/FMUSP; 3 – SciTech Produtos Médicos LTDA

INTRODUÇÃO: O estabelecimento de um modelo experimental in vivo para embolização das artérias uterinas (EAU) é etapa pré-clínica importante para o desenvolvimento de novos materiais. No Brasil, até a presente data, não existia nenhum modelo experimental descrito para a EAU.

OBJETIVO: Validar um modelo experimental brasileiro para a EAU.

MATERIAIS E MÉTODOS: Duas ovelhas (*Ovis aries*), raça Santa Inês, peso 45 Kg e 2 anos de vida, não grávidas, pré-tratadas por 14 dias com estrógeno intravaginal, submetidas a EAU sob anestesia geral. Técnica: Acesso femoral comum direito unilateralmente. Realizou-se arteriografia pélvica com cateter Pigtail para reconhecimento da anatomia vascular. A cateterização da artéria ilíaca interna deu-se com cateter Cobra II 5F e a cateterização da artéria uterina (AU) com microcateter Vasco 21 MP. A EAU foi realizada com partículas Contour SE (500-700 e 700-900µ) Boston Scientific e Embosphere (700-900µ) Biocompatible até a estase do vaso. Eutanásia realizada no 7º dia pós-EAU e retirada cirúrgica dos úteros e anexos para avaliação anatomo-patológica (AP). Animais receberam cuidados veterinários de acordo com as leis brasileiras previstas para pesquisa em animais. Análise estatística: frequência

RESULTADOS: Identificadas 4 AU (duas – 1 direita e outra esquerda – em cada ovelha). Distribuição anatômica observada das AU foi semelhante à humana. Das 4 AU identificadas, 3 foram embolizadas. A outra não foi embolizada propositadamente (controle). Sucesso técnico foi de 100%, sem intercorrências intra e pós-EAU. A macroscopia evidenciou: ingurgitamento, endurecimento e oclusão dos lumens das AU embolizadas. Os úteros, bicornos, apresentaram alterações compatíveis com isquemia

DISCUSSÃO: Apesar da técnica da EAU estar consagrada, procura-se descobrir novos agentes embolizantes mais eficazes ou modificados, como os carregados com drogas analgésicas, ou ainda, mais baratos, com o intuito de aperfeiçoar o tratamento. Para que esta etapa pré-clínica seja realizada necessita-se de modelo experimental in vivo compatível. Na literatura, foi encontrado um modelo experimental caprino francês compatível com a anatomia humana. O ovino brasileiro testado apresentou compatibilidade anatômica com a humana, factibilidade na execução da EAU e resultados AP de isquemia

CONCLUSÃO: O modelo ovino brasileiro testado para EAU foi validado com sucesso

0007 - EMBOLIZAÇÃO DE PARAGANGLIOMA MEDIASTINAL COM ONYX

VEIRA, Guilherme S. Nakiri, Pedro P. Villas Boas, Lucas M. Monsignore, Daniela Dos Santos, Tacio R. Duetes, Andre D. Lyra, Daniel G. Abud

Faculdade De Medicina De Ribeirao Preto - USP

Objetivo: Paragangliomas são tumores que ocorrem nos paragânglios, independentemente de sua localização. Devido a sua natureza hipervascular a ressecção cirúrgica pode resultar em sangramento excessivo. Portanto, a embolização é um procedimento frequentemente realizado com o intuito de reduzir o sangramento intraoperatório e até mesmo com propósito curativo ou paliativo. Será apresentado um caso de um paraganglioma mediastinal embolizado com onyx (EV3 – Irvine – CA), discorrendo sobre aspectos técnicos e resultados.

Relato de caso: Paciente de 23 anos, sexo feminino, apresentando dispnéia e hipertensão desde os 14 anos. Diagnosticado com paraganglioma mediastinal após realização de tomografia de tórax em 2011. A paciente foi então submetida a uma tentativa de ressecção cirúrgica, sem sucesso, devido a intenso sangramento no intra-operatório. Foi indicada então a embolização pré-operatória, que foi realizada através de acesso endovascular, utilizando onyx (EV3 – Irvine – CA) como agente embolizante. Após a embolização a ressecção cirúrgica foi realizada sem sangramento significativo, sendo o tumor retirado com margens livres.

Discussão: Devido à natureza hipervascular dos paragangliomas, a embolização pré operatória já está estabelecida como método adjuvante no sucesso terapêutico. A escolha do material embolizante é determinada por vários fatores, como anatomia, tortuosidade dos vasos e experiência do operador. As micropartículas são o principal material utilizado, porém apresentam limitações, pois partículas menores apresentam maior eficácia, mas por outro lado maior risco de complicações. A associação da embolização por punção percutânea direta usando cola, com a embolização endovascular usando partículas se mostrou eficaz e segura, porém o acesso percutâneo para tumores mediastinais é inviável. O onyx (EV3 – Irvine – CA), um material utilizado frequentemente para embolização de malformações arteriovenosas cerebrais, tem sido descrito como agente embolizante eficaz na embolização pré operatória de glomus de corpo carotídeo, através de punção percutânea direta. No nosso caso descrevemos a embolização por via endovascular de um paraganglioma mediastinal, mostrando seus aspectos técnicos e eficácia.

0008 - ANGIOPLASTIA COM COLOCAÇÃO DE STENT EM ESTENOSE DE ANASTOMOSE DE VEIA PORTA APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

DIOGO PAES BARRETTO AQUINO TAVARES, Rafael D. Rocha, Gilmar M. Silva Jr.

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: As estenoses vasculares após transplante hepático são um dos principais fatores envolvidos na morbimortalidade do receptor. Complicações nas anastomoses venosas são menos comuns que nas arteriais, sendo encontradas em 2 a 3% dos casos. Objetivo: Enfatizar a importância da Radiologia Intervencionista nos casos de transplante hepático, principalmente no diagnóstico precoce e na terapêutica das complicações vasculares a ele relacionados. Relato de Caso: Paciente masculino, 43 anos, portador de retocolite ulcerativa associada à colangite esclerosante, veio a desenvolver cirrose hepática, sendo submetido a transplante. Após cerca de 6 meses, em uma ultrassonografia (US) de rotina, foi evidenciado estenose da veia porta com repercussão hemodinâmica. A endoscopia digestiva (EDA) demonstrou varizes esofageanas e gastropatia congestiva. A angiogramografia confirmou estenose severa da anastomose portal e ampla circulação colateral. O tratamento desta condição foi realizado através de angioplastia com colocação de stent, através de punção do sistema porta guiada por US, por via trans-hepática percutânea. A técnica escolhida consistiu em passagem de fio guia hidrofílico e cateteres angiográficos através da estenose, com posteriores esplenogramografias diretas, estabelecendo-se a medida do gradiente pressórico da estenose (25 mmHg). A venoplastia foi realizada de forma progressiva, com cateteres balão, seguidos de implante de stent de nitinol auto-expansível e venoplastia pós-stent com balão. As portogramografias finais demonstraram desaparecimento completo das laterais e restauração do fluxo hepatopetal. O seguimento com US trimestral, bem como a medida indireta do gradiente portal e EDA de controle anualmente, vêm apresentando resultados normais. Discussão: A angioplastia com balão é altamente eficaz no tratamento de complicações venosas pós-transplante hepático. A técnica de implante de stent foi por muito tempo reservada apenas para casos de estenose portal elástica ou recorrente. Recentemente, foi obtido sucesso técnico em 83% dos casos submetidos à técnica de implante de stent primário associado à angioplastia. Apesar das controversas, a angioplastia com colocação de stent no primeiro procedimento é segura e parece ter menores índices de reintervenções do que a angioplastia isolada.

0009 - EMBOLIZAÇÃO ESPLÊNICA PARCIAL PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

RICARDO NASCIMENTO RIET, Viviane A Buffon, Cassio Z Grapiglia, Alexander R Corvello, Rui SF Portes, Ana POF Horst, Samir A Bark, Rene AGC Avelleda

AC CAMARGO CANCER CENTER

Introdução: Embolização esplênica parcial (EEP) para tratamento do hiperesplenismo tem sido realizada para melhorar os parâmetros hematológicos em diversos contextos clínicos.

Objetivo: Relatar cinco casos de EEP em pacientes oncológicos com interrupção da quimioterapia sistêmica devido à plaquetopenia secundária ao hiperesplenismo.

Relato de Caso: Foram avaliados, retrospectivamente, do período de janeiro de 2012 a abril de 2013, cinco pacientes submetidos a EEP com diagnóstico de hiperesplenismo, todos oncológicos em quimioterapia sistêmica com interrupção do tratamento devido à plaquetopenia. Os valores das plaquetas antes das embolizações variaram entre 49.000 e 82.000 / μ L. A principal causa do hiperesplenismo em quatro dos cinco pacientes foi lesão hepática induzida por quimioterápicos. Um dos pacientes apresentava cirrose hepática como fator predisponente à plaquetopenia. A esplenomegalia foi detectada em todos os pacientes. O objetivo do tratamento era aumentar os níveis de plaqueta para que a quimioterapia sistêmica pudesse ser retomada. As EEP foram realizadas através de microcateterismo da artéria esplênica e injeção de micropartículas de Tysacril Microsfera de Gelatina de 500 a 700 micra, objetivando atingir 30-40% de infarto esplênico. Dor abdominal no hipocôndrio esquerdo foi a complicação mais comumente encontrada. Todos retornaram a quimioterapia sistêmica após o procedimento, com plaquetas que variaram entre 121.000 a 380.000 / μ L. Apenas um paciente foi a óbito, dois meses após o procedimento, por causas não relacionadas ao procedimento.

Discussão: A EEP tem sido relatada na literatura como método seguro e efetivo para tratamento alternativo à esplenectomia no manejo do hiperesplenismo oriundos de diferentes etiologias. Nos casos apresentados, houve correção da plaquetopenia, permitindo com que os pacientes retomassem tratamento quimioterápico.

0012 - ARTÉRIA DE PERCHERON - REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO

RICARDO NASCIMENTO RIET, Samir A Bark, Rene AGC Avelleda, Viviane A Buffon, Rui SF Portes, Ana POF Horst, Alexander R Corvello, Cassio Z Grapiglia

Hospital Nossa Senhora do Rocio

INTRODUÇÃO: A artéria de Percheron é uma variante rara da circulação cerebral posterior. Seu termo foi descrito por Percheron em 1973 para designar um tronco comum responsável da irrigação do tálamo paramediano bilateral e da região rostral mesencefálica. Os fatores de risco dos acidentes vasculares encefálicos isquêmicos estão implicados também na gênese dos infartos associados a essa artéria.

OBJETIVO: Apresentar revisão de literatura sobre a variação anatômica e relatar um caso ilustrativo de acidente vascular encefálico isquêmico que envolve tal variação.

RELATO DE CASO: Apresentamos o caso de um paciente sexo M de 47 anos de idade, tabagista severo sem outras comorbidades, que foi encontrado desacordado em um parque. Foi conduzido pelo serviço de Emergência ao nosso hospital. Ao ingresso hospitalar paciente obnubilado, hipertenso, taquicárdico, pupilas isomióticas, reativas e déficit no olhar conjugado. Foi realizado TC com incipiente área de isquemia em regiões talâmicas. Foi solicitado RMN de Encéfalo, onde se constatou área de isquemia com focos de transformação hemorrágica, acometendo tálamos bilateralmente e mesencéfalo. Paciente permaneceu internado, com medicação sintomática, apresentando evolução favorável, melhorando paulatinamente o nível de consciência, persistindo com transtornos cognitivos leves e mnésicos até a alta hospitalar.

DISCUSSÃO: A oclusão da artéria de Percheron - variante anatômica das artérias perfurantes encarregadas da irrigação das regiões talâmicas paramedianas e mesencéfalo rostral - causa infarto bilateral das regiões mencionadas. Normalmente a irrigação dessas porções é proveniente da Artéria Cerebral Posterior - segmento P1 - através de artérias perfurantes paramedianas. Percheron descreveu 4 padrões de vascularização dessas artérias.

CONCLUSÃO: A artéria de Percheron é uma variante da irrigação do circuito posterior encefálico. Sua oclusão pode ocasionar alterações graves do nível de consciência, assim como transtorno do olhar conjugado, entre outros sintomas. Devemos pensar nessa patologia infrequente quando temos infartos bilaterais em região talâmica com comprometimento variável também da região mesencefálica. O tratamento corresponde ao dos AVE's isquêmicos e a trombólise sistêmica ou endovascular também deve ser considerada.

0014 - MUTISMO ACINÉTICO COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE ANEURISMA DE ARTÉRIA COMUNICANTE ANTERIOR

RICARDO NASCIMENTO RIET, Viviane A Buffon, Cassio Z Grapiglia, Alexander R Corvello, Rui SF Portes, Ana POF Horst, Samir A Bark, Rene AGC Avelleda

Hospital Nossa Senhora do Rocio

INTRODUÇÃO: Aneurismas cerebrais podem ser achados de imagens ou apresentar-se com sintomatologia clínica principalmente devido ao seu crescimento ou ruptura. Um extenso espectro de sintomas clínicos pode ser encontrado de acordo com o tipo de aneurisma e localização. Quando nos referimos aos aneurismas que ocorrem na artéria cerebral anterior, podemos mencionar o mutismo acinético, os transtornos comportamentais e os déficits cognitivos como sintomas também encontrados.

OBJETIVO: Relatar um caso de mutismo acinético e realizar revisão da literatura sobre o assunto.

RELATO DE CASO: Relatamos o caso de um paciente de 34 anos de idade, sexo M que ingressou ao Hospital com TC demonstrando HSA difusa com hematoma em região interhemisférica. Foi realizada arteriografia de urgência, constatando-se aneurisma de artéria cerebral anterior esquerda segmento A2, medindo 5,91 x 4,64mm, com colo estreito. Paciente foi submetido a procedimento endovascular de embolização do referido aneurisma, sem intercorrências. Evoluiu sem déficit agregado, persistindo com déficit de expressão verbal – mutismo – e alteração motora em membros inferiores. Foi realizado Doppler transcraniano, constatando vasoespasmo moderado em ACM e ACA ipsilateral ao aneurisma. Apresentou evolução favorável sem intercorrências. Paciente atualmente estável, melhorando emissão verbal e déficit motor.

DISCUSSÃO: Artérias perfurantes originadas dos diversos segmentos das artérias cerebrais anteriores irrigam estruturas como o infundíbulo hipofisário, o quiasma óptico, a região hipotalâmica anterior e lâmina terminalis, substância perfurada anterior, núcleo estriado antero-inferior, braço anterior da capsula interna o corpo caloso, a comissura anterior, o giro do cíngulo, giro paraolfatório e paraterminal, o septo pelúcido e algumas partes do sistema límbico, incluindo as colunas do fórnix. Analisando esse vasto território de irrigação, com as respectivas áreas pertencentes a estruturas motoras, hormonais de homeostase, mnésicas e límbicas, podemos inferir a diversidade de sintomas que podem ser encontrados.

CONCLUSÃO: Portanto, os transtornos de personalidade, comportamento, os déficits de memória, assim como o mutismo acinético, podem ser a expressão da alteração vascular produzida por esses aneurismas e/ou secundários ao tratamento destes.

0015 - BIÓPSIA ÓSSEA PERCUTÂNEA GUIADA POR TC - SEGURANÇA E COMPLICAÇÕES

MACELLO JOSÉ SAMPAIO MACIEL, Chiang J. Tyng, Paula N. V. P. Barbosa, João P. K. Matushita Júnior, Maria F. A. Almeida, Daniel C. Lima, Almir G. V. Bitencourt, Charles E. Zurstrassen, Rubens Chojniak

Hospital A C Camargo

Objetivos: A biópsia óssea percutânea guiada por Tomografia Computadorizada (TC) é um procedimento amplamente usado para o esclarecimento diagnóstico de lesões ósseas suspeitas. O objetivo primário deste estudo foi avaliar a segurança do método, determinando a sua taxa de complicações.

Materiais e métodos: Revisamos retrospectivamente 186 casos de biópsia óssea realizados em diferentes pacientes admitidos no departamento de radiologia intervencionista de um centro oncológico de referência no período de 2010 a 2012. As biópsias foram realizadas com os pacientes sob sedação consciente ou anestesia geral em regime ambulatorial, utilizando agulhas de calibre 8 ou 10 Gauge. Os seguintes parâmetros foram registrados: tamanho e localização da lesão, presença e que tipo de complicação.

Resultados: A maioria dos pacientes era do sexo feminino (57%) e a média de idade foi de 53 anos (variando de 3 a 83 anos). O tamanho médio das lesões foi de 3,1 cm (0,6-9,8 cm) e a localização principal foi a coluna vertebral (36,2%), ossos da cintura pélvica (33,0%) e ossos longos (18,3%). Em 98,4% dos casos, o material coletado foi suficiente para o diagnóstico. Somente três casos (1,6%) de complicação foram registrados. Dentre eles, um caso de fratura, um paciente que apresentou quadro de parestesia e impotência funcional, e um caso de quebra da agulha de biópsia que necessitou retirada cirúrgica.

Discussão: A biópsia óssea por fragmento guiada por TC é um procedimento minimamente invasivo que permite o diagnóstico patológico adequado, com menor custo e menor risco de complicações quando comparada à biópsia cirúrgica.

Conclusão: Nossos resultados demonstraram que a biópsia óssea percutânea é um procedimento seguro, com baixa taxa de complicação. Este procedimento contribui como importante ferramenta na avaliação de lesões ósseas suspeitas.

0016 - BIÓPSIA DE LESÃO FOCAL HEPÁTICA POR TÉCNICA COAXIAL GUIADA POR US

MACELLO JOSÉ SAMPAIO MACIEL, Chiang J. Tyng, Paula N. V. P. Barbosa, João P. K. Matushita Júnior, Maria F. A. Almeida, Daniel C. Lima, Hugo L. S. Paiva, Almir G. V. Bitencourt, Charles E. Zurstrassen, Rubens Chojniak

Hospital A C Camargo

Objetivos: As principais complicações da biópsia hepática são dor e hemorragia, que aumentam proporcionalmente em relação ao número de perfurações no parênquima hepático. A biópsia com a técnica coaxial tem a vantagem de realizar somente uma perfuração no fígado. Nosso objetivo é descrever esta técnica como forma de minimizar os riscos de eventuais complicações da biópsia guiada por ultrassonografia (US) de lesões focais hepáticas, baseado em uma série de 6 casos.

Relato dos Casos: Caso 1: Feminino, 75 anos, com história de melanoma de coróide operado, apresentou nódulo isoecogênico com halo hipoeecogênico no segmento hepático IV, medindo 16 mm. Resultado anatomopatológico (AP) de melanoma metastático. Caso 2: Masculino, 81 anos, com adenocarcinoma de pâncreas, foi realizada biópsia de nódulo hepático hipoeecogênico no segmento IVa/II, medindo 16 mm. Resultado AP de adenocarcinoma pancreático. Caso 3: Feminino, 43 anos, com história de câncer de mama tratado, realizada biópsia de nódulo hipoeecogênico localizado no segmento hepático IV, medindo 19 mm. AP de carcinoma mamário metastático. Caso 4: Feminino, 77 anos, com câncer de pulmão e massa infiltrativa hipereecogênica nos segmentos hepáticos VIII/V, medindo 76 mm. AP de carcinoma neuroendócrino de pequenas células pulmonar. Caso 5: Feminino, 69 anos, com história de carcinoma de bexiga, foi realizada biópsia de nódulo hepático hipoeecogênico no segmento VI, medindo 25 mm. AP de carcinoma de células transicionais. Caso 6: Masculino, 27 anos, com Linfoma de Hodgkin e nódulos hepáticos hipoeecogênicos, o maior medindo 30 mm no segmento V. A biópsia demonstrou Linfoma de Hodgkin clássico. Todos os pacientes apresentavam prova de coagulação normal e foram submetidos a biópsia guiada por US, utilizando agulha 18 Gauge com sistema coaxial 17 Gauge em apenas uma entrada no parênquima hepático.

Discussão: A técnica de biópsia hepática coaxial guiada por US permite um acesso adequado e preciso da lesão focal com apenas uma perfuração para entrada e posicionamento da agulha. Todos os casos da série obtiveram material suficiente para o diagnóstico patológico e nenhum caso de complicação foi relatado. De forma semelhante a literatura, conclui-se que esta técnica pode reduzir a incidência e gravidade das complicações da biópsia hepática comparativamente a técnica convencional com múltiplas entradas.

0017 - EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA PRÉ-OPERATÓRIO DE TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO

*DIOGO PAES BARRETTO AQUINO TAVARES, Rafael D. Rocha, Gilmar M. Silva Jr.
Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro*

Introdução: Os paragangliomas (tumores glômicos), meningiomas e nasoangiofibromas são considerados tumores benignos, entretanto, por serem neoplasias hipervasculares, a remoção cirúrgica é difícil e pode ser complicada por hemorragia intensa. Objetivo: Ressaltar a importância e a técnica da embolização pré-operatória, através dos ramos da artéria carótida externa, na desvascularização dos tumores de cabeça e pescoço. Série de casos: Entre março de 2011 e maio de 2013, foram realizadas embolizações de 7 paragangliomas jugulo-timpânicos, 4 meningiomas e 3 nasoangiofibromas, os quais foram posteriormente ressecados entre 2-5 dias. Os achados de imagens pelos métodos de TC e RM identificaram e planejaram os procedimentos. Utilizou-se a técnica de embolização endovascular clássica, por meio de diferentes agentes embólicos (Micropartículas, Cola Cirúrgica N-ButilCianoacrilato e Onix® 18) e, por vezes, associou-se a técnica de punção direta. Os dados clínicos, taxa de sucesso e de complicações encontram-se dispostos na tabela 1. Não houve diferença significativa nos resultados angiográficos pós-procedimento na comparação entre os diversos agentes embolizantes. A ressecção cirúrgica e a intensidade do sangramento intra-operatório também foram semelhantes, segundo relatos cirúrgicos. Discussão: As embolizações pré-operatórias através da técnica endovascular tornaram-se essenciais para a segurança e melhor qualidade das ressecções dos tumores hipervasculares de cabeça e pescoço, diminuindo as taxas de complicações e o tempo cirúrgico. Frequentemente, estas neoplasias possuem uma artéria nutridora proveniente de ramos durais da artéria carótida externa. Os principais ramos e seus respectivos tumores são assim dispostos: a) artérias faríngea ascendente e auricular posterior (paragangliomas); b) meníngea média e acessória (meningioma); c) ramos terminais esfenopalatinos da maxilar interna (nasoangiofibroma). Deve-se conhecer profundamente a anatomia desta região, visto que esses tumores, usualmente, apresentam múltiplas anastomoses com vasos importantes, como por exemplo, a artéria carótida interna (figura 1). A Radiologia Intervencionista tornou-se essencial para o tratamento desses tumores. Considerada uma técnica eficaz e com baixas taxas de complicações graves, seu sucesso depende da experiência e do conhecimento anatômico do profissional.

0019 - STENT REVESTIDO PARA SALVAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA - RELATO DE CASO

ELISA BIZARRO DE SALLES MEIRELLES, Adnan Naser, Jose Carlos Ingrund, Felipe Nasser, Marcelo Calil, Orlando Barros, Luisa Ciucci, Vicente Freire Junior

-Obj: Relatar procedimento endovascular para tentativa de salvamento de fístula arterio-venosa. Paciente R.A.C., 46 anos, hipertensa, diabética, renal crônica dialítica. Há cerca de 2 anos em terapia hemodialítica por fístula braquio-basílica direita. Há 1 ano submetida a angioplastia com cateter balão por estenose de veia basílica. Há 1 dia perda do frêmito e funcionamento da fístula. Evolução: Realizado fibrinólise com 20 mg de alteplase. Evidenciado estenose residual, optado por implante de stent. Realizado transposição da lesão em veia basílica e implante de stent Viabahn (GORE) 5x 100 mm seguido de balonamento com cateter balão. A arteriografia de controle mostrou estenose residual após término do stent, sendo optado por implante de outro stent Viabahn 5x 100 mm. Atualmente paciente em hemodiálise pela fístula, punccionando o próprio stent. Discussão: A insuficiência renal crônica é doença de elevada morbimortalidade e sua incidência e a prevalência tem aumentado progressivamente, a cada ano. No Brasil, em janeiro de 2006 a prevalência de pacientes em diálise era 383 por milhão da população, tendo tido um aumento médio no número absoluto de pacientes de cerca de 9% nos últimos anos. A fístula arteriovenosa (FAV) com veia autógena é o acesso preferido para hemodiálise devido suas melhores taxas de pervidade a longo prazo e menor morbimortalidade associada. Por isso vários trabalhos mostram a importância da vigilância primária e secundária desses acessos como maneira aumentar seu tempo de "vida útil". A angioplastia com implante de stent é um recurso de baixa morbidade para preservação de viabilidade do acesso vascular autógeno. No nosso relato mostramos um caso incomum, pelo uso de stent não apenas para tratamento da estenose, mas também como local de punção para a realização da diálise.

0020 - QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMAS HEPATOCELULARES EM UM HOSPITAL FEDERAL - EXPERIÊNCIA INICIAL

DIOGO PAES BARRETTO AQUINO TAVARES, Rafael D. Rocha, Cássia Guedes, Daniel Barbosa, Paulo Tarso, Lutegarde Freitas, Gilmar M. Silva Jr.

Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro - HSFE

Introdução: A ressecção cirúrgica ou o transplante ortotópico de fígado (TOF) permanecem como os únicos tratamentos definitivos para o carcinoma hepatocelular (CHC). Entretanto, cerca de 70-80% dos pacientes não são candidatos no momento do diagnóstico. Objetivo: Avaliar a efetividade da quimioembolização hepática transarterial (TACE) no tratamento de CHC irrissecáveis e comparar com dados da literatura. Materiais e Métodos: Entre fevereiro de 2011 e março de 2013, 62 pacientes com CHC irrissecáveis foram encaminhados ao serviço de Radiologia Intervencionista do HFSE, com condições de serem submetidos à TACE como primeira linha de tratamento. Todos os pacientes foram submetidos ao mesmo protocolo. Através de cateterização seletiva, foram administradas solução de Doxarrubicina 50mg com Lipiodol 10-15 ml, seguidos de partículas de Polivinil Álcool 300-500µm. O mRECIST foi utilizado como critério de resposta terapêutica. Resultados: No referido período foram realizadas 97 sessões de TACE, com sucesso técnico de 99%. Na análise de 44 pacientes, as indicações foram assim agrupadas: a) regressão de estadiamento tumoral (27,3%); b) terapia de ponte (34,1%); c) paliativo (38,6%). A taxa de êxito no 1º grupo foi de 83,3%, sendo que 20% desses já foram submetidos ao TOF. No 2º grupo, 4 pacientes (26,7%) realizaram TOF, 7 (46%) ainda o aguardam, e 4 (26,7%) foram a óbito. Houve resposta tumoral completa em 7 casos (15,9%) e resposta parcial em 24 (54,5%) após a primeira sessão de TACE. Complicações maiores do procedimento foram observadas em apenas 4% dos casos (2 insuficiências hepáticas, 1 dissecação de artéria hepática e 1 óbito em menos de 30 dias pós-procedimento). Discussão: O presente estudo apresentou excelente índice de sucesso técnico e de complicações, melhores do que os recomendados por Brown. As respostas tumorais (70,3%) e a taxa de regressão do estadiamento tumoral (83%) encontradas, também foram condizentes com o estudo de Ikeda e col. (73%) e Yao e col. (70,5%). Neste último estudo, foram avaliados 61 pacientes com tumores excedendo os critérios de T2 (TNM), sendo que 35 (57,4%) tiveram regressão tumoral e foram submetidos ao TOF, sem recorrências após 25 meses. Conclusão: Por muito tempo houve controversas a respeito do benefício da TACE no CHC irrissecável. Dados cada vez mais consistentes afirmam sua importância, tanto na regressão do estadiamento, quanto na terapia de ponte.

0021 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR POR ANGIOPLASTIAS COM STENT DO SETOR FEMORO-POPLITEO

VICENTE FREIRE GONCALVES JUNIOR, Elisa Meirelles, Luisa Ciucci, Thiago Tonial, Ricardo Magnani, Rodrigo Biagioni, Felipe Nasser, Marcelo Calil, Jose Carlos Ingrund, Adnan Naser

HOSPITAL SANTA MARCELINA

INTRODUÇÃO: O SEGMENTO FEMORO-POPLITEO É O LOCAL MAIS COMUM DE TRATAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL OBTURATIVA PERIFÉRICA. O USO DA ARTERIOGRAFIA NA DEFINIÇÃO DO TIPO DE LESÃO BASEADO NO CONSENSO TASC II E O ACOMPANHAMENTO DESSES PACIENTES COM O USO DO DUPLEX SCAN SÃO MEDIDAS JÁ SEDIMENTADAS NO TRATAMENTO. OS "STENTS" DE NITINOL MOSTRARAM SUPERIORIDADE A ANGIOPLASTIA COM BALÃO NO TRATAMENTO DE LESÕES DESSE SEGMENTO. OBJETIVO: NOSSO TRABALHO TEM OBJETIVO DE AVALIAR O PERFIL DOS PACIENTES SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA COM STENT NO SEGMENTO FEMORO-POPLITEO REALIZADAS PELO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR NO HOSPITAL SANTA MARCELINA ITAQUERA. MÉTODOS: ESTUDO RETROSPECTIVO NO QUAL DAS 149 ANGIOPLASTIAS DO SEGMENTO FEMORO-POPLITEO REALIZADAS NOS ANOS DE 2010 E 2011 FORAM SELECIONADAS 85 COM USO DE STENT. OS PACIENTES FORAM AVALIADOS EM CONSULTAS AMBULATORIAIS COM SEGUIMENTO POR MEIO DE DUPLEX SCAN E ARTERIOGRAFIA COM SUBTRAÇÃO DIGITAL. DISCUSSÃO: NOSSOS PACIENTES TIVERAM IDADES ENTRE 47 E 88 ANOS COM MÉDIA DE 70,5 ANOS. A HIPERTENSÃO FOI A COMORBIDADE MAIS COMUM ENCONTRADA EM 97,37%. A MÉDIA DE TEMPO DE PERVIDADE PRIMARIA E PRIMARIA ASSISTIDA FOI DE 14 MESES. A TAXA DE SALVAMENTO DE MEMBRO CONSIDERANDO-SE A MELHORA CLÍNICA OU CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS FOI DE 79,76%. A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA MAIS COMUM DE INDICAÇÃO FOI O RUTHERFORD 5, 84,01% DOS CASOS. CONSIDERANDO OS PACIENTES TASC C E D APRESENTARAM CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS OU MELHORA CLÍNICA 76,59% (P<0,9). PERVIDADE EM 30,90, 180 E 360 DIAS: 97,6%; 92%; 90% E 73,1% RESPECTIVAMENTE. NÃO HOUVE DIFERENÇA ENTRE AS VÁRIAS MARCAS DOS STENT UTILIZADOS NO SERVIÇO. CONSIDERANDO O SÍTIO DE IMPLANTE DO STENT A PERVIDADE É MENOR QUANDO ESTE É IMPLANTADO NA ORIGEM DA FEMORAL OU NA POPLITEA COM LOG RANK= 0,0079. A IDADE ACIMA DE 60 ANOS EM LESÕES TASC C E D LEVOU A MAIOR TEMPO DE PERVIDADE COM VALOR DE P=0,0039.

CONCLUSÃO: OS RESULTADOS DEMONSTRAM QUE A ANGIOPLASTIA DO SEGMENTO FEMORO-POPLITEO TEM BOA TAXA DE SALVAMENTO DE MEMBRO E PERVIDADE. O PERFIL DO HOSPITAL CORRESPONDE AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM GRAUS AVANÇADOS DE ISQUEMIA E IDADE ELEVADA. O TRATAMENTO DE LESÕES MAIS LONGAS É FACTÍVEL PORÉM SENDO NECESSÁRIO MAIOR NÚMERO DE CASOS TRATADOS PARA QUE ALCANCAMOS MAIOR SIGNIFICÂNCIA. O SÍTIO DE IMPLANTE DO STENT INFLUENCIA NA SUA PERVIDADE. A IDADE MAIS ELEVADA AUMENTA O SALVAMENTO DE MEMBRO AO CONSIDERARMOS LESÕES MAIS LONGAS.

0022 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE TRAUMA PENETRANTE DE AORTA - RELATO DE UM CASO

VICENTE FREIRE GONCALVES JUNIOR, Elisa Meirelles, Luisa Ciucci, Thiago Tonial, Ricardo Magnani, Rodrigo Biagioni, Felipe Nasser, Marcelo Calil, Jose Carlos Ingrund, Adnan Naser
HOSPITAL SANTA MARCELINA

ID: J.F.S, 18 A, MASCULINO HDA: PACIENTE VÍTIMA DE FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM ABDOME EM PO DE LAPAROTOMIA + HEPATORRAFIA, AORTORRAFIA E LESÃO EM CABEÇA DE PÂNCREAS COM DRENAGEM EM NOV 2012, EVOLUINDO COM DOR EM DORSO E DIFICULDADE ALIMENTAR HÁ 15DIAS, AP: SEM COMORBIDADES, AO EXAME: EGR CORADO HIDRATADO EUPNÉICO ABD: DOLOROSO A PALPAÇÃO PROFUNDA CICATRIZ DE LAPAROTOMIA MEDIANA CICATRIZADA SEM MASSAS PALPÁVEIS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES E NORMAIS

EXAMES NOV/2012 HB 9,7 HT30,6 LEUCO 8820, PLQ 294000 AMI: 347 INR 1,26 ALB 3,2 BT 0,34

TC DE ABDOME COM IMAGEM CÍSTICA PRÓXIMO A AORTA E CABEÇA DO PÂNCREAS COM APARENTE CAPTAÇÃO DE CONTRASTE

AORTOGRAFIA COM IMAGEM DE EXTRAVAZAMENTO DE CONTRASTE EM AORTA ABDOMINAL COMPATÍVEL COM PSEUDOANEURISMA

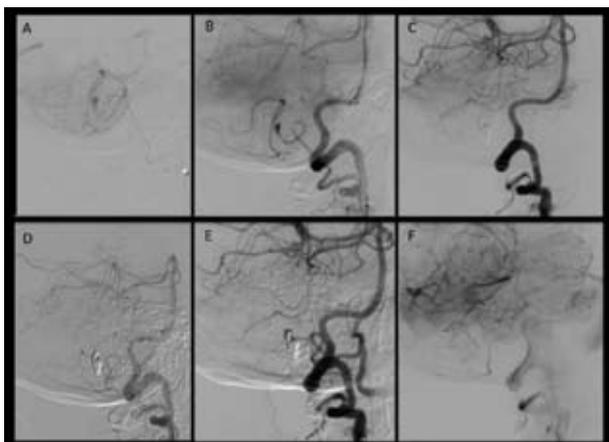
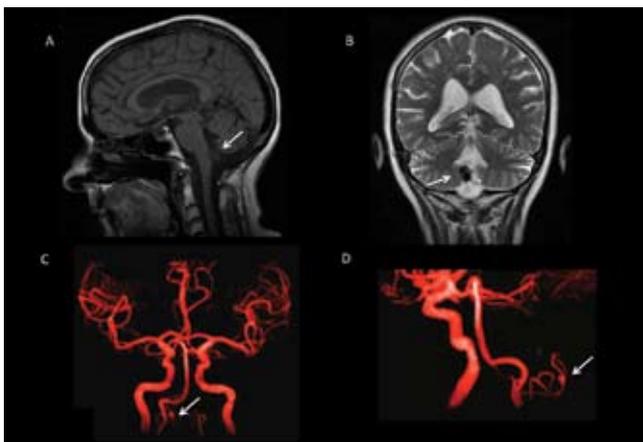
DISCUSSÃO: OPTADO POR TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA LESÃO COM SELAMENTO DA MESMA, DEVIDO DIÂMETRO REDUZIDO DA AORTA NO PACIENTE TIVEMOS COMO ALTERNATIVA O USO DE UMA EXTENSÃO ZENITH 20X35MM COM BOM RESULTADO FINAL. E TRATAMENTO DA LESÃO. PACIENTE RECEBEU ALTA NO 5ºPO ALIMENTANDO-SE E COM MELHORA DA DOR ABDOMINAL MANTENDO-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CONCLUSÃO:NO TRAUMA CONTUSO DE AORTA TORÁCICA EM CONSIDERANDO ESTATÍSTICAS DE 2007 APENAS 35% DOS PACIENTES FORAM SUBMETIDOS TRATAMENTO CIRÚRGICO, 65% RESTANTES TENDO SIDO SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES, JÁ NO TRAUMA PENETRANTE DE AORTA ABDOMINAL O TRATAMENTO É EMINENTEMENTE CIRÚRGICO COM MORTALIDADE GLOBAL MAIOR QUE 80%. PORÉM O TRATAMENTO ENDOVASCULAR MOSTRA-SE COMO ALTERNATIVA PROMISSORA NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES EVITANDO-SE ASSIM UMA NOVA ABORDAGEM E CONSEQUENTE DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE. ESTE RELATO EXEMPLIFICA UMA DESSAS ALTERNATIVAS

0023 - DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DA ARTÉRIA CEREBELAR POSTERO-INFERIOR COM ORIGEM EXTRACRANIANA - RELATO DE CASO

VINICIUS EDUARDO CAMPOS DE OLIVEIRA, Wagner Munemori Mariushi,Carla Raquel Portilla Sanchez,Matheus Barbosa Miranda,Ana Aurea Castro Netto,Guilherme de Palma Abrão
Rede D Or de Hospitais

A artéria cerebelar póstero-inferior é mais variável das artérias cerebelares, possuindo origem extracraniana, abaixo do forame Magno, em 18% dos casos. Aneurismas dissecantes da ACPI correspondem a 0,5-0,7% dos aneurismas intracranianos. Descrevemos um caso de aneurisma dissecante de ACPI com origem abaixo do forame Magno tratado por via endovascular com oclusão da lesão e do vaso portador com evolução neurológica satisfatória.



0024 - FISTULA CAROTIDO-JULGULAR IATROGÊNICA

TACIO RATES DUETE, Alisson Oliveira,Guilherme S. Nakiri,Daniel G. Abud,Daniela dos Santos,Andre D. Lyra,Salomao F.C. Filho

Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirao Preto

Paciente jovem submetido a cirurgia ortognática, para correção de retrognatismo, evoluindo no pós-operatório imediato com quadro de hemiparesia facioabraquiocrural à esquerda.

Realizada tomografia de crânio que evidenciou extensa área de infarto cerebral em território de artéria cerebral média direita e edema cerebral maligno, sendo submetido a craniectomia descompressiva.

Em seguida, foi realizada arteriografia cerebral para pesquisa etiológica de insulso vascular, que evidenciou fístula carótido-julgular direita.

O paciente foi submetido a correção endovascular com stent da fístula.

0025 - ANGIOPLASTIA DE RIM ÚNICO EM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA - RELATO DE CASO

BRUNA FERREIRA PILAN, Andre Moreira Assis,Fernanda Uchiyama,Carlos Augusto de Oliveira Motta,Enio Ziemiecki Junior,Daniel Kanaan,Joaquim Mauricio da Motta Leal Filho,Francisco Cesar Carnevale

Instituto do Coracao da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Introdução: A utilização da angioplastia de artéria renal (AAR) para melhora da função renal nos portadores de estenose de artéria renal (EAR) ainda é controverso.

Objetivo: Apresentar um caso de salvamento de rim único e tratamento de insuficiência renal aguda (IRA), em paciente portadora de EAR, por meio de AAR com stent.

Caso clínico: Feminina, 54 anos, HAS, tabagista, DM, claudicante limitante de membros inferiores, admitida na emergência com quadro de edema agudo de pulmão (EAP) hipertensivo, IRA e anúria. Iniciou tratamento com ventilação não invasiva, controle da HAS com nitroprussiato de sódio e encaminhada a UTI para hemodiálise. Na investigação: ultrassom e angiotomografia demonstraram estenose crítica da aorta abaixo do tronco celíaco (TC); oclusão da aorta abaixo da artéria renal esquerda; estenose na origem do TC; oclusão da artéria mesentérica superior na origem; artéria renal direita ocluída e estenose grave da artéria renal esquerda. Apresentou melhora da HAS e do EAP, porém mantendo-se com creatinina (Cr) aumentada (8,2mg/dL) apesar da hemodiálise. Indicada arteriografia e AAR com colocação de stent auto-expansível 6x60mm em artéria renal esquerda. Após AAR, apresentou queda progressiva da Cr sem necessitar hemodiálise. Alta no 8º. pós operatório com Cr=1,86mg/dL e bom controle pressórico.

Discussão: AAR com stent para EAR está bem indicada nos portadores de HAS refratária (uso de 3 drogas, sendo 1 diurético), pois promove melhora da HAS, ou pelo menos, diminui a dosagem/quantidade de medicação. No entanto, ainda não está estabelecido o benefício da AAR com stent para melhora da função renal. Hipoteticamente, o fato da insuficiência renal na EAR ser devida a isquemia, a AAR contribuiria para a melhora ou para a estabilização da função renal. Entretanto, esses benefícios não são comprovados. O STAR e o ASTRAL são 2 estudos multicêntricos que comparam AAR com o tratamento clinico para EAR. Ambos foram falhos em demonstrar benefício a favor da AAR, porém estes estudos apresentaram vários vieses. O CORAL é um estudo multicêntrico que trará novas informações a cerca do assunto. Nesses estudos, pacientes com IRA progressiva e EAR, como do caso acima relatado, não estão inclusos, porém, na literatura, há trabalhos que apontam melhora de até 40% na função renal após AAR nesses casos.

Conclusão: AAR é uma opção terapêutica nos casos de EAR associada a IRA progressiva.

0027 - ANEURISMA DE ARTRIA HEPTICA RELATO DE UM CASO COMPLEXO

LEONARDO GUEDES MOREIRA VALLE, Andre Fonseca, Rafael Cavalcante, Agenor Costa, Joao Correa, Fernanda Uchyama, Bruna de Fina, Mateus Zanin, Carla Souza, Thauane Ferreira Faculdade de Medicina do ABC - Disciplina de Cirurgia Vasculare e Angiologia

Os aneurismas de artéria hepática representam 20% de todos os aneurismas viscerais. Aproximadamente metade dos casos são iatrogênicos associados a procedimentos intervencionistas de vias biliares, sendo o restante associados a trauma, infecção, vasculites e aterosclerose.

A maioria dos pacientes são assintomáticos, sendo a muitos diagnosticados com achados de exame. Porém os pacientes sintomáticos podem apresentar dor abdominal (55%), hemorragia digestiva ou hemobilias (46%) e icterícia. O risco de ruptura é de 20%-40%

Na última década 65% dos casos relatados romperam, e a mortalidade associada a ruptura foi de 21%. Sendo assim o tratamento destas lesões deve ser mais agressiva. Podendo ser realizada cirurgia convencional com aneurismectomia com reconstrução arterial ou enxerto vascular ou tratamento endovascular.

Paciente feminina 56 anos, com epigastria por 4 meses, tratada sem melhora, sem trauma abdominal ou cirurgia abdominal prévia. Diagnosticado aneurisma de artéria hepática comum com 12 cm de diâmetro incidentalmente durante investigação.

Encaminhada para o serviço de Cirurgia Vasculare sem sinais de ruptura do aneurisma. Realizada arteriografia digital que mostrou aneurisma sacular de artéria hepática comum medindo cerca de 12 cm com alteração anatômica da artéria esplênica.

Realizado embolização endovascular do aneurisma através de dispositivo de Amplatzer com obstrução do fluxo pelo aneurisma. Confirmado trombose e ausência de fluxo no intra e 7° pós operatório.

Desde 1809 o Aneurisma de Artéria Hepática (AAH) ainda sem mantém uma entidade rara com alta morbidade e mortalidade nos casos de ruptura (44% dentre os aneurismas esplâncnicos).

O tamanho médio de um AAH é de 3,5cm (variando de 1,5 a 14cm), sendo maioria dos AAH são assintomáticos, diagnosticado em achados de exames.

Está indicado o tratamento do AAH que atinge diâmetro superior a 2,0cm. A via percutânea permite embolização dos AAH com uma taxa de sucesso de 85%, sendo preferencialmente indicado para AAH intrahepáticos e de alto risco cirúrgico. Devido a possibilidade de recanalização é indicado reavaliações sequenciais e nova embolização se necessário.

Apesar de ser um aneurisma de grande diâmetro com variações anatômicas a embolização endovascular através do dispositivo de Amplatzer mostrou-se uma alternativa eficaz e segura no tratamento do aneurisma de artéria hepática comum sacular.

0028 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULA AORTO-ENTÉRICA SECUNDÁRIA

R DAMASCENO SOLON, Paulo César Damasceno Solon, Aline Cristine Barbosa Santos, Airton Mota Moreira, Rafael Noronha Cavalcante, Joaquim Maurício Motta Leal, Daniel Cunha Lima, Giselle Luanda Leite, Francisco Cesar Carnevale

Serviço de Radiologia Intervencionista do Hospital Carlos Chagas Guarulhos Sao Paulo - Brasil

A fístula aorto-entérica (FAE) é uma comunicação anormal entre a luz aórtica e o trato gastrointestinal. O tratamento da FAE é cirúrgico, com altas taxas de mortalidade associada. O tratamento endovascular vem como uma alternativa, sobretudo nos pacientes que com instabilidade hemodinâmica e com alto risco cirúrgico.

No momento, apresenta uma sobrevida de 8 meses após tratamento endovascular e de 3 meses após tratamento cirúrgico, assintomático em uso contínuo de antibióticos.

A FAE após correção endovascular do AAA é rara principalmente quando envolve o intestino grosso. O tratamento endovascular do AAA oferece menor risco de fistulização quando comparado ao reparo aberto, podendo ocorrer na presença de migração da endoprótese. A falta de seguimento após correção de AAA foi o determinante para a ocorrência da FAE.

A cirurgia definitiva assim como o tratamento antibiótico isolado estão associadas a alta mortalidade. Por isso, optou-se pela manutenção da endoprótese e exclusão da fístula através da colostomia e antibioticoterapia prolongada com objetivo foi reduzir risco sepse pela contaminação intestinal e dar uma sobrevida maior ao paciente, no momento de 8 meses com boa qualidade de vida.

0029 - AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR - RELATO DE CASOS E REVISÃO DE ACHADOS ANGIO-TOMOGRÁFICOS

VINICIUS EDUARDO CAMPOS DE OLIVEIRA, Cláudia Mendes Tagliari, Carla Raquel Portilla Sanchez, Alair Augusto Sarmet Damas dos Santos, Alessandro Severo Alves de Melo, Guilherme de Palma Abrão Hospital de Clínicas de Niteroi - RJ

A agenesia de veia cava inferior (VCI) é uma anomalia vascular rara, predominantemente assintomática e incidental, apresentando incidência estimada de 0,6 a 0,8% e risco trombose venosa profunda em cerca de 6,5% dos pacientes jovens. As principais alterações descritas são: VCI à esquerda (0,2-0,5%), duplicidade da VCI (2-3%), agenesia completa da VCI, hipoplasia do segmento pré-renal, renal e pós-renal, VCI com drenagem para veia ázigos e veias hepáticas. As malformações em associação com AVCI ocorrem de 1 a 2% dos casos, descritas com 63 tipos diferentes, sendo as principais: dextrocardia, comunicação interatrial, estenose artéria pulmonar, disgenesia pulmonar, transposição / duplicidade / agenesia da veia renal esquerda, duplicidade da veia renal esquerda, agenesia renal, transposição de vísceras abdominais, anomalias esplênicas / poliesplenia, má rotação intestinal, disgenesia pulmonar, dextrocardia. Relato de quatro casos de agenesia de veia cava inferior diagnosticados por angio-tomografia multidetectores com ênfase na importância do estudo não invasivo e prognóstico.

0030 - EMBOLIZAÇÃO SELETIVA DAS ARTÉRIAS DA TIREÓIDE - RELATO DE CASO

FABIO GOULART DA SILVA, Robledo Alievi, Kelly Mattei, Christian Luz, Marina Schio Hospital de Caridade de Ijuí - RS

Objetivo: o objetivo deste relato de caso é ressaltar o papel da embolização seletiva das artérias da tireóide (SETA) com a finalidade de facilitar a intervenção cirúrgica para ressecção de tumores de tireóide com metástases hipervascularizadas.

Introdução: Embora muitos tumores de cabeça e pescoço tenham sido embolizados com sucesso, o número de publicações sobre a aplicação e os resultados da embolização seletiva das artérias da tireóide permanece limitado. Trata-se de procedimento que pode facilitar de maneira significativa a intervenção cirúrgica, podendo ser realizado sob anestesia local.

Relato de Caso: Trata-se do caso de S. N. C., 46 anos, feminino, portadora de nódulos tireoidianos com indicação de tratamento cirúrgico. Ao exame físico apresentava lobo esquerdo da tireóide aumentado, com nodulação firme pulsátil em nível II da cadeia cervical esquerda. Ecografia mostrava lesão heterogênea envolvendo todo o lobo esquerdo da tireóide associado a múltiplas adenomegalias na cadeia cervical à esquerda, altamente sugestivas de neoplasia. Trans-operatório revelou nódulos de tireóide altamente vascularizados; tentativa de ressecção resultou em sangramento volumoso; realizada biópsia de linfonodo cervical e o procedimento foi postergado. A imunohistoquímica definiu carcinoma papilífero de tireóide. Ressonância magnética mostrou nódulos hipervascularizados à esquerda com artéria tireoidiana hiperplásica. Realizada angiografia cervical e cateterismo seletivo de artéria tireoidéia inferior e superior esquerdas com cateter JB1 5F e guia hidrofílico. Estas artérias foram embolizadas com Gelfoam particulado sob o método Tessari até a estase de contraste. Cerca de 5 dias após a embolização a paciente foi novamente submetida a cirurgia, agora com diminuição importante da vascularização da tireóide e dos nódulos. A ressecção foi possível com sangramento muito reduzido. O exame anátomo-patológico definiu carcinoma papilífero de tireóide com limites cirúrgicos livres.

Discussão e Conclusão: no presente caso, a embolização seletiva das artérias tireoidéias foi realizada de maneira simples e trouxe facilidade significativa para a ressecção cirúrgica. Pode ser realizado também em outras patologias, como hipertireoidismo e câncer anaplásico. Trata-se, portanto, de atraente auxiliar terapêutico no tratamento das lesões hipervascularizadas de tireóide.

0032 - PROSTATIC ARTERY EMBOLIZATION -PAE- VERSUS TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE -TURP- FOR TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA -BPH- PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE RANDOMIZED TRIAL

ANDRE MOREIRA DE ASSIS, Francisco C. Carnevale, Eduardo M. Yoshinaga, Octávio M. G. Gonçalves, Joaquim M. da Motta-Leal-Filho, Élcio Nakano, Sabrina T. Reis, Ronaldo H. Baroni, Miguel Srougi, Alberto A. Antunes

University of Sao Paulo Medical School - Sao Paulo - Brazil

TURP remains the gold-standard technique for surgical treatment of BPH. Experimental series have demonstrated that PAE may represent an option for treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS). The purpose of our investigation was to compare the results of PAE to TURP.

Methods: We prospectively randomized patients to receive either TURP or PAE for BPH treatment. Inclusion criteria comprised: International Prostate Symptoms Score (IPSS) ≥ 19 refractory to medical treatment; negative screening for prostate cancer; prostate volume between 30-90 grams; and bladder outlet obstruction confirmed by urodynamic examination. We analyzed uroflowmetry, IPSS and Disease Specific Quality of Life Question Index (QoL). Paired T test was used to compare pre and post-intervention parameters in each group. Groups were compared with Student T test and Chi-square/Fisher exact test. The level of significance was set at $p < 0.05$.

Results: To date, 14 patients were randomized to TURP and 10 to PAE with a mean follow up of 3 months. Groups were comparable for all preoperative parameters. Both cohorts had a significant improvement in mean urinary flow ($p < 0.01$) compared to baseline. Mean increase in urinary flow was higher in TURP than in the PAE group ($p = 0.006$). Both groups presented a significant improvement in IPSS and QoL indexes compared to baseline ($p < 0.001$), with more improvement in TURP patients ($p = 0.015$ and $p < 0.001$, respectively).

Discussion: Despite its good long-term results, the morbidity of TURP has motivated the development of alternative procedures. Small series demonstrated that PAE could be a safe and effective option, however, no one was designed to compare PAE to TURP. In this study, both cohorts had a significant improvement in mean urinary flow, IPSS and QoL compared to baseline, as previously described. Although the findings obtained suggest that relief of obstruction produced by PAE may be less pronounced than that produced by TURP, personal preferences should influence clinical decisions. For this reason, physicians should be prepared to explain the pros and cons of each technique.

Conclusion: PAE is an effective option for treatment of BPH with significant short-term improvements in IPSS, QoL and uroflowmetry. However, these figures were inferior to those observed in the TURP group. Data provided by this Trial should help to establish the role of PAE in the treatment of BPH.

0033 - MANEJO ENDOVASCULAR DA SINDROME DO ROUBO SUBCLAVIO-CORONÁRIO - SRSC - SERIE DE CASOS

ANDRE MOREIRA DE ASSIS, Enio Ziemiecki Junior, Carlos A. O. Motta, Daniel Kanaan, Fernanda Uchiyama, Bruna F. Pilan, Rafael N. Cavalcante, Joaquim M. da Motta-Leal-Filho, Breno B. Affonso, Francisco C. Carnevale

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

OBJETIVO: A SRSC é caracterizada por isquemia miocárdica decorrente de inversão do fluxo sanguíneo na ponte torácica interna (PTI) em pacientes submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio (RCM). É causada, na maioria dos casos, pela presença de estenose no segmento proximal da artéria subclávia esquerda (ASCE), e tipicamente exacerbada pelo aumento da demanda sanguínea do membro superior^{1,2,3}. O objetivo deste trabalho é relatar os casos de três pacientes submetidos à tratamento endovascular da SRSC e revisar a literatura sobre o tema.

RELATO DOS CASOS: CASO 1: AA, feminino, 76 anos, RCM em 2000. Ecocardiografia de seguimento evidenciou isquemia miocárdica estresse-induzida na parede inferior do ventrículo esquerdo (VE). Cineangiocoronariografia (CATE) diagnosticou oclusão da ASCE proximal e inversão do fluxo na PTI. Submetida à ATP com stent balão-expansível (6 x 37 mm, figura 1). A RM-estresse pós-procedimento não mostrou áreas de isquemia miocárdica estresse-induzida.

CASO 2: JRS, masculino, 59 anos, RCM em 2010. Novo IAM em agosto/2012, tratado clinicamente. CATE evidenciou oclusão da artéria subclávia esquerda e inversão do fluxo na PTI. Submetido à ATP com stents balão-expansíveis (8 x 37 mm e 8 x 17 mm), com melhora sintomática, sem ocorrência de novos eventos coronarianos.

CASO 3: AFO, masculino, 70 anos, RCM em 1991. Nova síndrome coronariana aguda em janeiro/2013, tratada clinicamente. CATE evidenciou estenose grave da ASCE proximal e inversão do fluxo na PTI. Submetido à ATP com stent balão-expansível (8 x 37 mm), com melhora sintomática, sem ocorrência de novos eventos coronarianos.

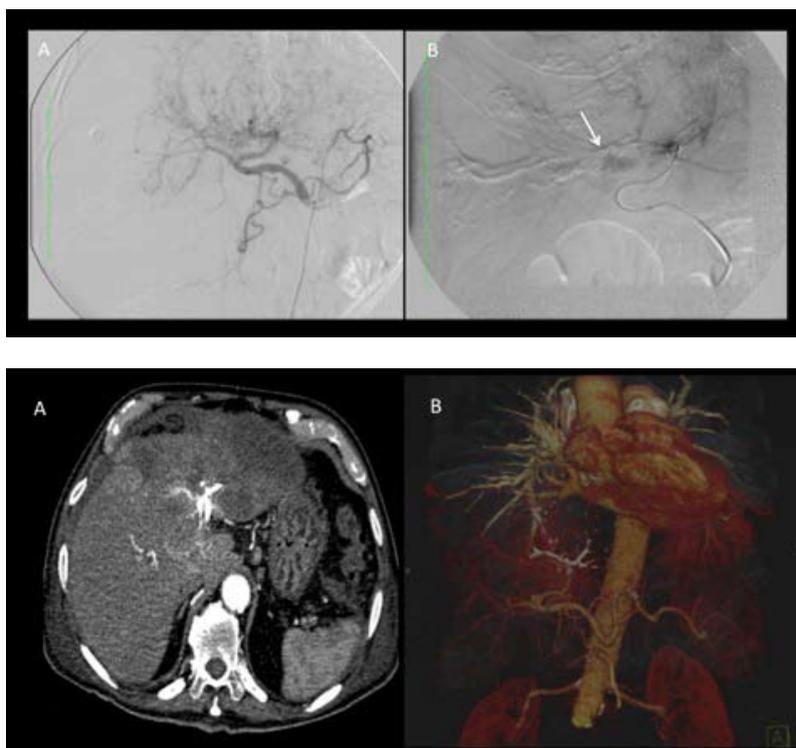
DISCUSSÃO: O manejo endovascular da SRSC tem sido considerado alternativa ao tratamento cirúrgico padrão, apresentando como vantagens menores morbidade e custo¹⁻⁶. O sucesso técnico (ST) descrito é de 91-100% para estenoses e de 83-94% para oclusões⁷. A perviedade primária atinge 83 a 89% em 5 anos^{8,9}. Eventos neurológicos, em sua maioria transitórios correspondem às principais complicações relacionadas, com incidência de 0,9-1,47.

Nesta série de casos, o ST foi de 100%, com resolução completa da sintomatologia em todos os casos. Não houve recidivas durante o período de acompanhamento (95-247 dias, média de 194 dias). Não ocorreram complicações maiores ou menores decorrentes dos procedimentos.

0034 - RUPTURA ESPONTÂNEA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR COM TRATAMENTO ENDOVASCULAR

VINICIUS EDUARDO CAMPOS DE OLIVEIRA, *Celio Eduardo Costa Henrici, Bernardo Caetano Rodrigues da Silva, Carla Raquel Portilla Sanchez, Patricia Kanda Boechem, Vinicius Eduardo Campos de Oliveira, Fernanda Sachetto Pimenta, Alair Augusto Sarmet Damas dos Santos, Guilherme de Palma Abrao*
Hospital de Clinicas de Niteroi

A ruptura espontânea do carcinoma hepatocelular (CHC) é uma complicação potencialmente fatal ocorrendo em 3% a 15% dos pacientes com elevada taxa de mortalidade (25% -75%). Atualmente a embolização arterial (EA) se tornou a primeira linha de tratamento no controle da hemorragia em pacientes hemodinamicamente instáveis, estando a cirurgia convencional reservada a casos de insucesso ou indisponibilidade da EA. Relatamos um caso de ruptura espontânea de CHC com hemoperitônio e hematoma subcapsular tratado por via endovascular em paciente idoso apresentando instabilidade hemodinâmica. Reversão satisfatória do quadro. Paciente submetido a quimioembolização arterial.



0035 - ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA CERVICAL COM USO DE STENT INTRACRANIANO AUTO-EXPANSÍVEL DE NITINOL NOTA TÉCNICA

VINICIUS EDUARDO CAMPOS DE OLIVEIRA, *Cláudia Mendes Tagliari, Carla Raquel Portilla Sanchez, Vinicius Eduardo Campos de Oliveira, Glieb Avilla Pereira, Leandro Assis Barbosa, Matheus Miranda Barbosa, Alair Augusto Sarmet Damas dos Santos, Guilherme de Palma Abrão*
Hospital de Clinicas de Niteroi

Descrição de caso de estenose carotídea cervical crítica associada à anatomia desfavorável (looping) e oclusão da artéria contralateral com implante de stent intracraniano auto-expansível de nitinol – Solitaire AB. Recanalização total da artéria e desfecho clínico favorável. O menor perfil, flexibilidade e força radial permitem melhor navegabilidade e adaptação em tortuosidades. Estratégia terapêutica alternativa à angioplastia transluminal carotídea com proteção cerebral.

0036 - CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ROTURA DE AORTA APÓS LECO

VINICIUS ADAMI VAYEGO FORNAZARI, Denis Szejnfeld, Ricardo Abdala, Luciana Garofolo UNIFESP-DDI

Paciente de 62 anos de idade, portador de nefrolitíase a esquerda foi submetido a primeira sessão de LECO e apresentou-se ao PS cerca de 12 horas após o procedimento queixando-se de forte dor no flanco esquerdo. Ao exame de entrada apresentava-se descorado 2++/4 e discretamente taquicárdico (90 bpm). Solicitado exame de TC com contraste que evidenciou ruptura de aorta abdominal infra-renal com formação de pseudo-aneurisma e extenso hematoma retroperitoneal a esquerda. Foi solicitado avaliação da equipe de endovascular e optou-se por abordagem minimamente invasiva desta lesão.

Foi realizado estudo arteriográfico inicial que confirmou a presença do pseudoaneurisma na porção infrarenal (fig xxx). O tratamento foi então realizado com colocação de extensão ilíaca 16mm x 60mm (anaconda) seguido de dilatação com balão complacente nas extremidades proximal e distal da prótese. O controle arteriográfico mostrou ausência de extravasamentos e adequada colocação da prótese. O paciente evoluiu com melhora hemodinâmica e de quadro doloroso e o paciente recebeu alta em 48 horas após o procedimento sem novos quadros hemorrágicos.

LECO é uma das mais relevantes modalidades de tratamento a nefrolitíase de até 2 cm, pielocalinical e de ureter proximal. Frente sua indicação devem ser levados em consideração as possíveis complicações (rotura renal, formação de abscesso no músculo psoas, hematoma esplênico subcapsular, trombose das veias portal e ilíaca) e particularmente os fatores de risco hemorrágicos como, calcificações parietais ateromatosas e aneurismas das artérias aorta e renais. Algumas alguns autores e autoridades do meio expõem o ausência de complicações da LECO e pacientes portadores de aneurisma aórtico. Porém nosso caso expõe a forte relação entre LECO e a rotura da artéria aorta abdominal ateromatosa.



0037 - TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE OBSTRUÇÕES NEOPLÁSICAS MALIGNAS DE VIAS BILIARES COM ENDOPRÓTESES REVESTIDAS - A NOSSA EXPERIÊNCIA

DANIEL CUNHA LIMA, Charles Edouard Zurstrassen, Aline Cristine Barbosa Santos, Paulo César Damasceno Solon, Luiz Henrique de Oliveira Schiavon, João Paulo Matsushita Júnior, Magnum de Oliveira Mattos, Maurício Kauark Amoedo, Rubens Chojniak, Chiang Jeng Tyng Hospital A C Camargo

Objetivo: As intervenções percutâneas biliares têm se mostrado medida paliativa eficaz para obstruções neoplásicas malignas irrissecáveis.

O objetivo deste estudo é reportar nossa experiência com o uso de próteses biliares revestidas, destacando-se sucesso técnico, intercorrências e sobrevida média dos pacientes.

Materiais e Métodos: Análise retrospectiva do prontuário de 12 pacientes (14 procedimentos), num período de 13 meses. Foram selecionados apenas pacientes tratados com prótese revestida devido a obstrução neoplásica maligna da via biliar distal, irrissecável.

Avaliou-se a prevalência das etiologias obstrutivas, sucesso técnico e intercorrências imediatas relativas ao procedimento. Realizada avaliação laboratorial hepática antes, 1-5 dias, 3 meses e 6 meses após o procedimento. O seguimento consistiu, além dos parâmetros laboratoriais, da análise das intercorrências clínicas no período analisado.

Resultados: Sucesso técnico (adequado posicionamento da prótese e esvaziamento de vias biliares em controle colangiográfico) foi obtido em todos os procedimentos.

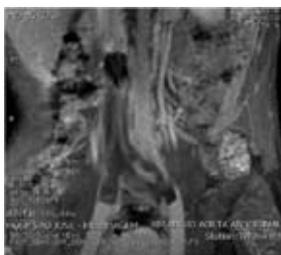
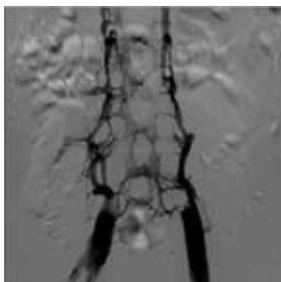
Todos pacientes, exceto um, mostraram queda precoce importante dos níveis de bilirrubinas (Média de BT/BD pré 8,77/7,27 mg/dl e pós 4,6/3,32 mg/dl). A principal complicação relativa ao procedimento foi a pancreatite leve, oligossintomática observada em 4 casos (28%). A patência primária média foi de 148 dias, com necessidade reintervenção em 4 pacientes por crescimento tumoral na extremidade proximal do stent. Em nenhum caso houve reobstrução por crescimento de tumor intra-stent. Seis pacientes permanecem vivos, houve perda de seguimento de um paciente e cinco óbitos, no período de acompanhamento, apenas um por obstrução da prótese biliar. Sobrevida média dos pacientes foi de 142 dias.

Discussão: A icterícia obstrutiva neoplásica é causa importante de interrupção de quimioterapia sistêmica e queda do estado geral dos pacientes, sendo seu tratamento importante para restabelecer a qualidade de vida e possibilitar retorno ao tratamento quimioterápico. A utilização de endoprótese revestida na via biliar distal visa aumentar a permeabilidade e reduzindo as intervenções por crescimento tumoral intra-stent.

Conclusão: Até o momento, nossos achados estão consoantes aos da literatura e corroboram o benefício do uso de próteses revestidas nas obstruções biliares malignas.

0038 - TRATAMENTO COM ANGIOJET DE EXTENSA TROMBOSE EM VEIA CAVA INFERIOR E VEIAS ILÍACAS

GUILHERME DE ARAUJO GOMES, Guilherme de Araujo Gomes, Roberto Schulz Filho, Ricardo de Souza Divino, Marcelo Franchini Giuste, Daniel Vasconcelos, Guilherme Centofante, Guilherme de Souza Mourão Hospital Beneficencia Portuguesa de Sao Paulo



Sequelas de trombose venosa ocorrem tipicamente no compartimento iliofemoral. Aproximadamente 50 % dos casos não tratados de trombose venosa profunda evoluem com Tromboembolismo pulmonar (TEP), enquanto este evento ocorre em 21 % dos casos tratados adequadamente. A despeito de esta ser uma patologia amplamente conhecida no meio médico e de alta incidência mundial, ainda nos dias de hoje, ela é responsável por cerca de 12-30% das causas de amputações e apresenta mortalidade relacionada de 20-40 %. A terapia inicial e padrão ouro é a anticoagulação com heparina de baixo peso molecular / heparina não fracionada. Mais recentemente a terapia endovascular com cateteres trombolíticos com mecanismos de microfragmentação / aspiração vem se destacando no tratamento de tromboembolismos agudos e subagudos extensos e/ou refratários ao tratamento medicamentoso. No presente trabalho apresentamos um caso de tratamento endovascular de trombose venosa com anjojet, em uma paciente jovem em investigação para trombofilia, que após o implante de filtro de veia cava inferior, evoluiu com extensa trombose em cava da veia cava inferior e das veias ilíacas comuns. Após o procedimento a paciente permaneceu ainda com infusão contínua de rTPA e heparina endovenosa, monitorizada em unidade de terapia intensiva. Nos dias seguintes, entretanto, a despeito das medidas preventivas, apresentou quadro Insuficiência renal (Creatinina de 2,5 alcançando até 3,5) e hemoglobinúria, sendo tratada por meio de hidratação vigorosa e alcalinização da urina. Os autores tem ainda como objetivos, promover discussão e revisão da literatura, a respeito das complicações relacionadas a este procedimento, precauções e manejo clínico.

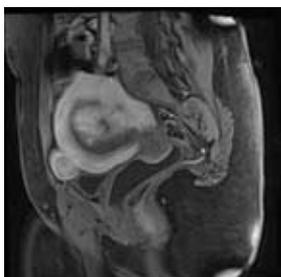
0039 - A IMPORTÂNCIA DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MORFOLÓGICA E FUNCIONAL NA EMBOLIZAÇÃO DE MIOMAS UTERINOS

VINICIUS ADAMI VAYEGO FORNAZARI, Denis Szejnfeld, Jacob Szejnfeld, Thiago Franchi Nunes, Sergio Ajzen, Suzan Menasce Goldman UNIFESP-DDI

Demonstrar as aplicações da ressonância magnética (RM) como ferramenta diagnóstica na embolização de miomas uterinos.

Desenho de estudo: Estudo prospectivo envolvendo 10 pacientes com indicação de embolização de miomas uterinos sintomáticos que foram submetidas a exame de RM pré-embolização e controle em 1 semana e 6 meses após o procedimento, utilizando-se imagens morfológicas e estudo funcional uterino através de técnica de análise de contratilidade uterina e difusão dos miomas.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa de nossa instituição. E possuem critérios de inclusão e exclusão.



Todas as pacientes foram submetidas a um questionário de qualidade de vida antes e 6 meses após o procedimento, contendo 37 perguntas sobre possível sintomatologia em portadoras de miomas uterinos.

Os exames de RM foram realizados em aparelho de 1,5T (Espree, Siemens, Erlangen) com protocolos envolvendo análise morfológica, contratilidade e estudo funcional com difusão.

Todos os procedimentos foram realizados por mesmo operador/supervisor com 8 anos de experiência em RI, utilizando o protocolo habitualmente preconizado pela literatura.

Os procedimentos de embolização foram tecnicamente realizados com sucesso em todas as pacientes. A análise dos resultados deste estudo clínico inclui múltiplas variáveis, como número de miomas, localização miomas, volume uterino, coeficiente de DIFUSÃO dos miomas e do endométrio, a avaliação da contratilidade uterina (número de contrações / minuto de forma subjetiva), controle ovariano funcional. Volume uterino médio (antes, 1 semana após e 6 meses após o procedimento), Média de contratilidade uterina (antes, 1 semana após e 6 meses após o procedimento) e as respostas prevalentes relacionadas ao questionário clínico de qualidade de vida empregado nas pacientes (Média de respostas 1 antes e após seis meses do procedimento, e a Média de respostas 5 antes e após seis meses do procedimento).

0040 - QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE PREGHEZ ECTÓPICA EM CICATRIZ UTERINA

VINICIUS ADAMI VAYEGO FORNAZARI, Denis Szejnfeld, Raphael Sandes Solha, Julio Elito UNIFESP-DDI

Paciente mulher RAB, 35 anos, branca, união consensual, católica, agente administrativa, natural de São Bernardo do Campo e procedente de Diadema; encaminhada ao nosso serviço de urgência em 30/11/2012, devido a suspeita de gestação ectópica na cicatriz de cesárea. Apresentou 1 episódio de sangramento em borra da café, 15 dias antes da internação, com duração de 1 dia. Nega febre, inapetência e alterações de peso.

Pesquisa clínica em diversos sistemas: relata adicionalmente constipação e sem alterações dignas de notas nos demais aparelhos funcionais.

Antecedentes obstétricos: Gestação de 7 6/7 semanas, IIG IP, sendo o primeiro parto cesárea por sofrimento fetal agudo.

Antecedentes gerais: ex-tabagista, apendicectomia há 14 anos.

Antecedentes ginecológico, sexuais e historia familiar: sem alterações dignas de nota

Conduta na internação:

- Internação para investigação diagnóstica e tratamento.
- Exames laboratoriais solicitados: HMG, enzimas hepáticas e função renal, coagulograma, HIV, RSS, TS, β HCG.
- Reserva de 2 CGV.
- Ultrassonografia transvaginal.
- Ressonância magnética de pelve

Resultados dos exames laboratoriais laboratoriais:

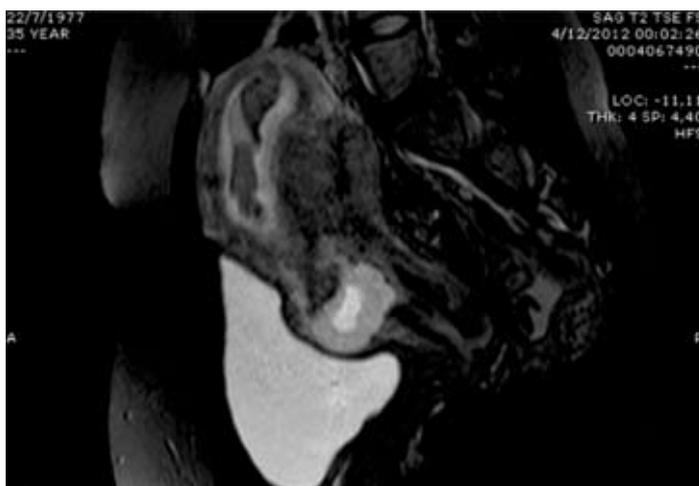
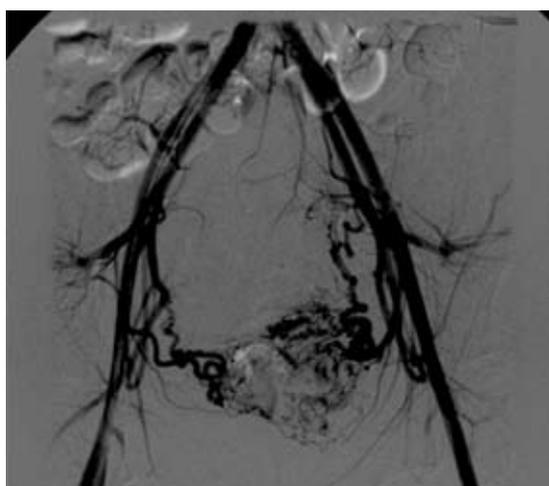
TS O +; Hb 13,8 Ht 40,0 Leuco 8320 PlaQ 263000; Glicose Jejum: 89; PPF: negative; sorologia (HIV: NR/ VDRL: NR/ Hep B HbsAg NR/ Hep C: NR / CMV: IgG + e IgM - / Rubéola: IgG + e IgM - / Toxo: IgG - e IgM -) β HCG: 17/11/12 - 40.500; 22/11/12 - 83.500; 24/11/12 - 121.800

Resultado dos exames radiológicos:

Saco gestacional situado na cicatriz uterine e corpo lúteo no ovário direito

Evolução:

- Inicialmente optado por tratamento com MTX em múltiplas doses (transaminases elevadas, mas em queda, e paciente recusando-se a tratamento cirúrgico - desejo reprodutivo), sendo a 1ª dose em 03/12.
- Após 2ª dose de MTX em 05/12, optado por quimioembolização da artéria uterina com MTX e elementos embólicos para tratamento da gestação heterotópica.
- Procedimento realizado em 06/12/12, sem intercorrências
- Evouiu com leve queda de Hb inicial (mínimo 9,3) e diminuição de transaminases.
- Queda acentuada dos níveis de β HCG.
- Alta hospitalar em 17/12/12.



0041 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS A CURTO E MÉDIO PRAZO DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA ESTENOSE OU OBSTRUÇÃO DA VEIA PORTA EM CRIANÇAS APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO REALIZADOS NO AC CAMARGO CÂNCER CENTER

R DAMASCENO SOLON, Charles Edouard Zurstrassen, Aline Cristine Barbosa Santos, João Paulo Kawaoka Matushita Junior, Chiang Jeng Tyng, Magnum de Oliveira Matos, Luiz Henrique de Oliveira Schiavon, Mauricio Kauark Amoedo, Daniel Cunha Lima, Rubens Chojniak

Serviço de Radiologia Intervencionista do Hospital AC Camargo São Paulo - Brasil

Introdução: O transplante hepático é um tratamento valioso para os pacientes pediátricos com falência hepática. No entanto, estenose e trombose da veia porta (VP) permanecem como causas importantes de falência do enxerto e de morbidade pós-transplante. Angioplastia transluminal percutânea (ATP), com ou sem stent, tornou-se uma modalidade terapêutica segura e eficaz, e em muitos casos, a primeira opção de tratamento desta complicação vascular pós-transplante.

Objetivo: Avaliar retrospectivamente os resultados a curto e médio prazo os casos de estenose e trombose da VP em crianças pós-transplante hepático tratadas com ATP com ou sem stent.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes com estenose ou trombose de VP tratados de junho de 2008 a fevereiro de 2013. Os procedimentos foram realizados através do acesso percutâneo associado ou não a minilaparotomia com cateterização de tributária da veia mesentérica inferior. Estenoses foram tratadas preferencialmente com ATP enquanto casos de insucesso na ATP e obstrução da VP foram tratados com stent. Na presença de varizes gástricas persistentes após ATP realizou-se embolização com molas. Sucesso técnico e clínico, complicações e permeabilidade da VP foram analisados. Após os procedimentos, todos os pacientes foram mantidos em anticoagulação oral por 6 meses.

Resultados: No período avaliado, 14 pacientes (6 homens e 8 mulheres), apresentaram estenose ou trombose da VP, com a idade de 17 -144 meses (média de 56 meses), e peso de 7,5-43,6kg (média de 18,26 Kg). O diagnóstico foi realizado através de ultrassonografia com doppler e confirmado com angiotomografia em todos os casos. Oito pacientes foram tratados com ATP, sendo 1 stent primário, 2 stent pós ATP com balão e 5 balão apenas, com sucesso técnico de 100%. Seis pacientes foram tratados através do acesso combinado com implante de stent em 5 casos, com 83,3% de sucesso técnico. No seguimento, 1 paciente apresentou oclusão do stent submetido ATP com balão, e 2 apresentaram reestenose tardia pós-ATP submetido a implante de stent, com sucesso. Realizada embolização de varizes em 7 pacientes. A permeabilidade secundária 100%, durante o seguimento de 2 a 56 meses.

Conclusão: O tratamento minimamente invasivo das estenoses ou obstruções da VP nas crianças pós-transplante hepático é efetivo e seguro, com boa permeabilidade a curto e médio prazo.

0042 - CORPOS ESTRANHOS INTRAVENOSOS RESULTADOS DO TRATAMENTO ENDOVASCULAR

FERNANDA UCHIYAMA, Helio P Carvalho, Bruna Pilan, Enio Ziemecki Junior, Andre M Assis, Carlos A O Motta, Daniel Kanaan, Rafael N Cavalcante, Joaquim M M Leal Filho, Francisco C Carnevale Instituto de Radiologia intervencionista Vascular da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: Os acessos venosos centrais apresentam como principais complicações a infecção e trombose venosa. A embolização total ou de um fragmento do cateter é uma condição rara (1%), mas que pode desencadear complicações graves, como mortalidade em entre 24 a 60%. A retirada dos fragmentos embolizados por via endovascular apresenta excelentes resultados com baixa morbidade. **Objetivo:** Relatar os resultados da extração de corpos estranhos intravenosos utilizando técnica endovascular. **Método:** Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários de 20 pacientes submetidos à retirada de corpo estranho intravenoso, no período entre julho de 2007 a abril de 2013. **Análise estatística:** frequência.

Resultados: Causa mais comum de embolização foi fratura do catéter (70%). Sucesso técnico de 100%. A veia femoral comum direita (85%) foi o acesso vascular mais utilizado. **Materiais extraídos:** 16 port-a-caths, 1 intra-cath, 1 PICC, 1 Schilley e 1 fio guia. O átrio direito (40%) foi o sítio mais comum da posição de uma das extremidades do corpo estranho. O dispositivo mais utilizado foi o loop-snare em 55% dos casos. A única complicação relatada foi a fibrilação atrial (5%). **Discussão:** O número de intervenções endovasculares tem aumentado nos últimos anos, assim como os relatos de embolizações de vários dispositivos utilizados nestes procedimentos. Os mais comuns são fragmentos de cateteres que ocorrem, geralmente, na circulação venosa por falha na fixação ou por fratura, e que resulta em embolização direta para as câmaras cardíacas ou para as artérias pulmonares. As complicações mais comuns (3,7 a 25%) são hematomas no sítio de punção e arritmias, pela manipulação cardíaca. A decisão de retirada do dispositivo deve considerar a expectativa de vida do paciente, risco envolvido, sintomas e probabilidade de migração. O acesso venoso recomendável é a veia femoral comum preferencialmente à direita. O dispositivo mais usado, na literatura, é o loop-snare. A técnica cirúrgica aberta pode ser necessária, em pacientes sintomáticos, quando duas tentativas endovasculares falharam, conforme relatos em literatura. **Conclusão:** A extração endovascular de corpos estranhos intravenosos é um procedimento eficaz e seguro, pois possui baixa taxa de complicação.

0043 - UTILIZAÇÃO DE PNEUMODISSECÇÃO COMO TÉCNICA DE PROTEÇÃO DURANTE ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE TUMOR RENAL RELATO DE DOIS CASOS

JOAO PAULO KAWAOKA MATUSHITA JUNIOR, Chiang Jeng Tyng, Octávio Meneghelli Galvão Gonçalves, Paula Nicole Viera Pinto, João Paulo Kawaoka Matushita Júnior, Mauricio Kauark Amoedo, Macello Maciel, Charles E. Zurstrassen, Daniel Cunha Lima Rrubens Chojniak

AC CAMARGO CANCER CENTER

INTRODUÇÃO: A ablação por Radiofrequência (ARF) tem sido aceita como um tratamento minimamente invasivo em pacientes com nódulos renais de natureza neoplásica secundária ou carcinoma de células renais (CCR), não candidatos à cirurgia.

OBJETIVO: Os autores tem como objetivo relatar dois casos onde a técnica de pneumodissecção foi bem sucedida.

RELATO DE CASO:

Caso 01) M.A.L., feminino, branca, submetido a nefrectomia total a esquerda há 10 anos, nefrectomia parcial a direita há 5 anos, com diagnostico de CCR hereditário. Há 1 mês foi diagnosticado outro nódulo hipervascularizado localizado na cortical do terço superior do rim direito remanescente. O nódulo apresenta íntimo contato com a alça intestinal e segmento hepático adjacente (Figura 1), susceptível a lesão térmica.

Caso 02) A.S., masculino, leucoderma, com diagnostico de CCR à esquerda, nefrectomizado. Ha 1 mês foi diagnosticado por tomografia computadorizada de controle, um nódulo localizado na cortical do terço medio do rim direito, com realce precoce apos a administração do meio de contraste endovenoso. O nódulo apresenta-se próximo a crura diafragmática e hilo renal homolateral (Figura 3), susceptíveis a lesão térmica.

Como estratégia de prevenção de possíveis complicações, optamos por realizar pneumodissecção, utilizando agulha Chiba locada junto a fásia perirrenal e posterior infusão de ar ambiente neste espaço, assim como na gordura retroperitoneal, no intuito de afastar a lesão de estruturas importantes.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO: Estruturas vizinhas podem aumentar o risco do procedimento, devido ao potencial de lesão térmica colateral. Maneiras de evitar complicações potenciais desta técnica minimamente invasiva estão sendo esclarecidas a cada nova experiência. As principais técnicas para esta finalidade incluem hidrodisssecção, interposição de balão, utilização do torque no eletrodo e a pneumodissecção. A pneumodissecção apresenta-se como uma excelente opção para evitar uma injúria das estruturas próximas, quando comparada as outras técnicas.

Nos dois relatos de casos descritos acima foram obtidos sucessos técnico e clínico após a utilização da pneumodissecção como manobra de proteção durante ARF. Porem mais estudos são necessários para validar a segurança e a eficácia desta manobra.

0044 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE HIPERTENSÃO VENOSA CRÔNICA RELATO DE CASO

FERNANDA UCHIYAMA, Bruna Pilan, Daniel Kanaan, Carlos A O Motta, Andre Assis Moreira, Enio Ziemieck Junior, Joaquim M M Leal Filho, Francisco C Carnevale

Instituto de Radiologia Intervencionista Vascular da Faculdade de Medicina da USP

Introdução: A hipertensão venosa crônica (HVC) apresenta grande impacto negativo sobre a qualidade de vida do paciente devido a sintomas como úlceras, dor crônica e edema. **Objetivo:** Relatar um caso de tratamento de HVC por meio de angioplastia venosa ilíaco femoral bilateral. **Relato de Caso:** Masculino, 56 anos, trombose venosa profunda (TVP) ilíaco femoral há 4 anos (associado implante de filtro de veia cava inferior e anticoagulação plena) evoluiu com síndrome pós trombótica grave (úlceras varicosas em membros inferiores bilateral). Submetido a angioplastia venosa com stent do segmento ilíaco femoral superficial esquerdo há 2 anos com cicatrização de úlceras bilateralmente (Doppler confirma perviedade). Manteve edema (3+/4) de membro não tratado, além de dor típica de insuficiência venosa crônica (IVC). Flebografia (via punção veia poplítea direita ipsilateral) evidenciou oclusão da veia femoral superficial, profunda e ilíacas direita. Recanalização da lesão com fio-guia. Manteve estenoses residuais após angioplastia com balão (8x80), sendo optado por implante de stents auto expansíveis (12x60, 10x94 e 10x60) desde veia cava inferior até veia femoral superficial direita. Flebografia de controle evidenciou bom fluxo venoso, com redução de veias colaterais. Evoluiu com diminuição do edema 24h após o procedimento e resolução completa em 1 semana, assim como melhora da dor. Manteve-se anticoagulação plena. **Discussão:** A TVP e a compressão externa da veia íliaca são causas comum da obstrução do fluxo venoso, que levará a disfunção valvar, refluxo e IVC. A síndrome pós trombótica pode ocorrer em até 28% em 5 anos pós episódio de TVP. O tratamento endovascular para recanalização venosa tem demonstrado bons resultados no alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida. A perviedade primária em 24 meses pode alcançar taxas de 78,3% e a secundária até 95%. **Conclusão:** A recanalização venosa por angioplastia mostrou-se um método eficaz neste paciente que apresentou remissão completa dos sintomas.

0045 - EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA TORÁCICA LATERAL PARA TRATAMENTO DE HEMORRAGIA APÓS TORACOSTOMIA

CARLOS A O MOTTA, Fernanda Uchiyama, Bruna Pilan, Andre M Assis, Daniel Kanaan, Enio Ziemieck Junior, Aline C B Santos, Airton M Moreira, Joaquim M M Leal Filho, Francisco C Carnevale
Instituto de Radiologia Intervencionista Vascular da Faculdade de Medicina da USP

Objetivo: Durante a toracostomia pode ocorrer lesão de estruturas intra ou extratorácicas, tais como pulmão, fígado, baço, coração e vasos da parede torácica. O objetivo desse relato é descrever um caso raro de lesão da artéria torácica lateral após toracostomia tratada por via endovascular.

Relato de Caso: Masculino, 56 anos, com quadro clínico de intoxicação cumarínica e dor em hipocôndrio esquerdo. Antecedentes pessoais: Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo (SAAF), HAS, IRC renal crônica não dialítica e AVC isquêmico. A ultrassonografia evidenciou líquido livre em cavidade e a tomografia pequeno hematoma esplênico não traumático. Optou-se por tratamento conservador e correção da anticoagulação para níveis terapêuticos para SAAF (INR=3,5). Após 17 dias, apresentou volumoso hematoma de parede abdominal e hemotórax bilateral evoluindo com choque hemorrágico, rebaixamento do nível de consciência, CIVD (múltiplas transfusões) e insuficiência respiratória. Após toracostomia esquerda, apresentou sangramento ativo persistente pelo dreno e peri-dreno. Diante disso, foi submetido à aortografia torácica, arteriografia de intercostais, torácica interna e subclávia à esquerda que evidenciou extravasamento ativo de contraste peri-dreno e cavidade pleural a partir de ramo da artéria subclávia (torácica lateral). Realizada embolização seletiva com partículas de PVA 300-500 micra com sucesso. Paciente evoluiu com extubação no quinto dia e retirada do dreno no sexto dia pós operatório.

Discussão: A toracostomia é um procedimento invasivo com complicações técnicas e infecciosas. Quanto à técnica, consiste em drenagem no espaço intercostal na borda superior da costela inferior, evitando o feixe neuro-vascular. Relatamos um caso de lesão vascular a despeito da técnica adequada. A origem mais comum do sangramento são as artérias intercostais, que deve ser suspeitado nos casos de hemotórax persistente maior que 200 ml/h ou nos casos de fratura de costelas. Quanto ao sangramento pela artéria torácica lateral, há na literatura apenas um relato de caso de sangramento por ruptura espontânea em paciente cirrótico, o qual fora tratada por embolização com gelfoam e partículas. O tratamento endovascular (embolização) é uma alternativa à toracotomia nos casos de injúria vascular da parede torácica de origem traumática.

0046 - CATETER TUNELIZADO TRANS-HEPÁTICO PARA HEMODIÁLISE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ÚNICO NO IMPLANTE DE 40 CATETERES EM 20 PACIENTES

EDGAR BORTOLINI, Joaquim Mauricio Motta Leal Filho, Andre Assis Moreira, Rafael Noronha Cavalcante, Rafael Gustavo Gomide Alcantara, Octavio Menegheli Gomes Gonçalves, Daniel Kanaan, Carlos Augusto Motta, Breno Affonso Bueri, Francisco Cesar Carnevale
Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Objetivo: Relatar a experiência de um centro único com o implante de cateteres tunelizados trans-hepáticos (CTTH) para hemodiálise, e analisar a taxa de perviedade, complicações e segurança do procedimento.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários e contato telefônico de 20 pacientes que foram submetidos ao implante de CTTH para hemodiálise no período de dezembro de 2005 a janeiro de 2013 em uma única instituição.

Resultados: Durante um período de 97 meses, 20 pacientes foram submetidos ao implante de 40 cateteres trans-hepáticos tunelizados em 25 sítios diferentes, em um total de 6690 cateteres-dia. O sucesso técnico foi de 97,5% (39 em 40 cateteres). A perviedade primária média foi de 147,96 cateteres-dia, mediana 26 cateteres-dias. A perviedade secundária média foi de 213,64 cateteres-dia, mediana de 141 cateteres-dia. A perviedade média geral correspondeu à 167,25 cateteres-dia, e a perviedade total média do acesso foi de 267,6 cateteres-dia, com mediana de 95 cateteres-dias (fig. 1 e 2). Foram realizadas 15 trocas de cateteres através do mesmo sítio em 7 pacientes (35%), com uma média de 0,75 trocas por paciente. Houve 8 trocas (53,3%) por migração, 4 trocas (26,7%) por trombose, 2 trocas (13,3%) por sepse, e uma troca (6,67%) por avaria do cateter.

Ocorreram quatro episódios de infecções graves em três pacientes. Taxa de infecção de 0,6 por 1000 cateteres-dia. A taxa de sepse relacionada ao CTTH foi de 0,5 por 1000 cateteres-dia. A migração foi a complicação mais comum e a causa mais frequente de troca dos cateteres, com taxa de 1,9 por 1000 cateteres-dia. Taxa de trombose de 0,5 por 1000 cateteres-dia. Três pacientes evoluíram com hemorragia importante, a saber: dois hemotórax à direita, e um hematoma hepático de grande volume seguido de óbito. Ocorreram 7 óbitos, três por causas relacionadas ao cateter e 4 por causas não relacionadas.

Discussão: O trabalho apresentou taxa de perviedade comparada com a da literatura e taxa de sangramento maior. A migração foi a principal complicação assim como o trabalho de Younes et. al.

Conclusão: O CTTH constitui-se em um via de acesso vascular para hemodiálise de exceção que salva vidas daqueles pacientes sem outros acessos periféricos disponíveis. Necessita de uma alta taxa de manutenção para manter a perviedade, e está associado a complicações hemorrágicas graves.

0047 - ABLAÇÃO DE TUMORES PULMONARES RESPOSTA E COMPLICAÇÕES

BERNARDO CAETANO DA SILVA RODRIGUES, José Hugo Mendes Luz, Henrique Salas Martin, Rafael Braz, Hugo Gouveia, Felipe Diniz, Tiago Nepomuceno
INCA

Avaliação da eficácia e complicações no tratamento de tumores pulmonares utilizando ablação percutânea, guiado por tomografia computadorizada. Foi feita análise retrospectiva de pacientes com tumores pulmonares primários e metastáticos submetidos ao tratamento de ablação, inclusive de lesões pulmonares metacrônicas. Analisamos o sucesso técnico de acordo com o posicionamento do probe na lesão alvo. Enumeramos as complicações inerentes ao procedimento. A resposta tumoral foi avaliada por tomografia computadorizada através de análise comparativa das lesões baseando-se no guidelines of Response Evaluation Criteria in Solid Tumors modified.

0048 - BIOPSIA PERCUTÂNEA GUIADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA UTILIZANDO SISTEMA ROBÓTICO NOVA EXPERIÊNCIA

JOAO PAULO KAWAOKA MATUSHITA JUNIOR, Chiang Jeng Tyng, Paula Nicole Vieira Pinto, Macello Maciel, Gustavo Cervantes, Mauricio Kauark Amoedo, Daniel Cunha Lima, Magnum Oliveira Mattos, Charles E. Zurstrassen, Rubens Chojniak
AC CAMARGO CANCER CENTER

Introdução: A biopsia percutânea guiada por imagem vem se estabelecendo como procedimento de escolha para o diagnóstico de qualquer tipo de lesão, sejam elas de origem benigna ou maligna.

Objetivo: Descreveremos neste trabalho uma nova técnica de biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada (TC) utilizando um sistema robótico, seguindo um protocolo elaborado pelos fabricantes. O presente estudo foi conduzido para estabelecer a efetividade e segurança do ROBIO EX™ na assistência aos procedimentos intervencionistas em lesões alvo móveis e não móveis.

Materiais e Métodos: Todas as biopsias foram realizadas utilizando ROBIO EX, que é um sistema de assistência robótica que auxilia o médico na realização de procedimentos de intervenção percutânea que requerem posicionamento preciso em determinado órgão. O dispositivo é instalado ao lado do tomógrafo associado a um console onde são realizados os planejamentos pré biópsia. Todos os pacientes foram posicionados na mesa de tomografia e submetidos à biópsias guiadas por este dispositivo usando agulhas apropriadas no sistema de co-axial.

Resultados: Desde a sua instalação, 43 biópsias (tórax, abdome e pelve) foram realizadas usando este novo dispositivo. Uma amostra adequada para o diagnóstico histológico foi obtido em 41/43 pacientes (95%). Dois pacientes (4,5%) não terminaram o procedimento devido a falhas do software, portanto, foram submetidos à técnica convencional. Em quatro pacientes (9%), a margem de erro ao acertar o centro da lesão foi maior do que 15 milímetros o que implica precisão inaceitável. Nove pacientes (20%) foram submetidos a mais de três varreduras pelo tomógrafo para concluir o procedimento, fato este não aceitável pelo protocolo sugerido pela empresa.

Conclusão: O sistema robótico se mostrou eficiente em lesões de maiores dimensões, sendo necessários dispositivos especiais para as lesões subcentimétricas (sistema de controle de apnéia), nem sempre factíveis devido a falta de compreensão por parte dos pacientes. O tempo prolongado dos procedimentos utilizando o sistema foi devido, principalmente, a falta de prática da equipe no manejo do equipamento. Devemos salientar que a participação de um radiologista intervencionista é indispensável para o planejamento adequado e condução de qualquer biópsia, independente se orientado por sistema robótico ou convencional.

0049 - EMBOLIZAÇÃO DE FISTULA ARTÉRIO-PORTAL EM FÍGADO TRANSPLANTADO APOS BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÂNEA

CARLOS A O MOTTA, Andre M Assis, Fernanda Uchiyama, Bruna Pilan, Daniel Kanaan, Enio Ziemieck Junior, Rafael N Cavalcante, Osvaldo I Pereira, Francisco C Carnevale, Joaquim M M Leal Filho
Instituto de Radiologia Intervencionista Vascular da Faculdade de Medicina da USP

Objetivo: A biópsia hepática é uma ferramenta para diagnóstico e manejo da disfunção hepática após o transplante, porém, não é isenta de complicações. O objetivo deste é relatar uma complicação incomum: fistula artério-portal (FAP).

Relato de Caso: Masculino, 57 anos, com antecedentes de transplante hepático em 2008 por cirrose de etiologia infecciosa por hepatite vírus B e C, hipertensão arterial e enucleação de olho direito por carcinoma espino-celular. Submetido a biópsias hepáticas com agulha do tipo tru-cut. A ultrassonografia com Doppler de controle evidenciou veia porta com fluxo turbilhonado e hepatopetal e artéria hepática com fluxo de baixa resistência, grande FAP localizada no segmento VI, além de esplenomegalia de crescimento rápido (índice esplênico = 95). Realizada arteriografia que evidenciou ectasia da artéria hepática própria, ausência de opacificação de ramos arteriais hepáticos e grande FAP a partir da artéria hepática direita. Procedeu-se com microcateterização seletiva da transição arterio-venosa e embolização com sete micromolas de liberação controlada Interlock (Boston Scientific). O controle angiográfico demonstrou oclusão da fístula e opacificação adequada de ramos arteriais hepáticos. O Doppler de controle confirmou o sucesso técnico. Discussão: As fístulas iatrogênicas representam 60% dos casos adquiridos. Okuda et al relatou 5,4% de FAP em 93 pacientes submetidos à biópsia e arteriografia precoce. Acredita-se serem sub-diagnosticadas devido à natureza assintomática e à tendência ao fechamento espontâneo. O manejo é controverso. As FAP assintomáticas não devem ser tratadas. Em caso de aumento no tamanho e aparecimento de sinais de hipertensão portal, tais como ascite e varizes esofágicas, o seu fechamento é essencial. O método de escolha para tratamento de fistulas intra-hepáticas é a embolização percutânea. A cirurgia é uma opção para fistulas extra-hepáticas ou em caso de falha terapêutica após embolização. Apesar de assintomático, optamos pelo tratamento endovascular neste caso face ao tamanho da FAP e ao sinal incipiente de hipertensão portal caracterizado pela esplenomegalia e plaquetopenia.

0050 - PERSISTÊNCIA DA VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA ACHADO EM FLEBOGRAFIAS DE MEMBROS SUPERIORES POR IMPLANTE DE MARCAPASSO RELATO DE 3 CASOS

CARLOS A O MOTTA, Bruna Pilan, Andre M Assis, Daniel Kanaan, Fernanda Uchiyama, Enio Ziemieck Junior, Joao S Lerner, Breno B Affonso, Francisco C Carnevale, Joaquim M M Leal Filho
Instituto de Radiologia Intervencionista Vascular da Faculdade de Medicina da USP

Objetivo: A persistência da veia cava superior esquerda (PVCSE) foi descrita em 1850 por Marshall com incidência de 0,4% na população em geral. O objetivo desta série de casos é relatar essa rara condição.

Relato dos Casos:

Caso 1: Masculino, 25 anos, realizou flebografia (FLB) para programação de troca de marcapasso. Antecedente de cirurgia cardíaca para correção de comunicação inter-atrial (CIA) aos dois anos e implante de marcapasso por doença do nó sinusal aos quatorze anos. A injeção de contraste pelo braço esquerdo revelou PVCSE com drenagem para seio coronário. A injeção pelo braço direito revelou trânsito normal pela veia cava superior direita.

Caso 2: Masculino, 77 anos, com antecedentes de HAS, síncope vaso-vagal, cardiomiopatia hipertrófica, flutter atrial tratado e bloqueio fascicular classe II com indicação de implante de marcapasso. A tomografia computadorizada com contraste e FLB de membros superiores evidenciou PVCSE.

Caso 3: Feminino, 46 anos, com doença do nó sinusal e história prévia de cirurgia cardíaca para tratamento de CIA aos quatorze anos, foi submetida a FLB para programação de troca de marcapasso compatível com PVCSE.

Discussão: A PVCSE é uma variação anatômica que pode causar complicações graves durante a cateterização das veias jugular e subclávia esquerda. Essa variação é geralmente achado incidental e pode estar associada a anomalias congênitas com risco aumentado em 10 vezes. Em 92% dos casos drena para átrio direito pelo seio coronário e em 8% dos casos drena para átrio esquerdo criando um shunt direita-esquerda. As diretrizes atuais para implante de marcapasso não exigem FLB baseada na baixa incidência de variações anatômicas relevantes e possíveis efeitos colaterais pelo meio de contraste iodado, porém, o conhecimento anatômico pré cirúrgico é importante para evitar insucesso e complicações. No Instituto do Coração (HC-FMUSP) é rotineira a realização de FLB de membros superiores e cavografia superior como exame pré-operatório. Relatamos três casos de PVCSE achados em exames realizados para programação de implante ou troca de marcapasso. Dois pacientes apresentavam comunicação inter-atrial com cirurgia prévia. Todos os implantes foram realizados pela veia subclávia direita sem intercorrências.

0051 - ANGIOPLASTIA DO SISTEMA PORTA - RECANALIZAÇÃO PORTAL APOS TROMBOSE DA VEIA PORTA

TIAGO NEPOMUCENO ARAÚJO ELIAS DE MIRANDA, Henrique S. Martin, Jose H. M. Luz, Hugo R. Gouveia, Raphael B. Levigard, Felipe D. P. Nogueira, Bernardo C. S. Rodrigues
Instituto Nacional de Cancer

OBJETIVO: O termo trombose de veia porta (TVP) costuma ser utilizado de maneira genérica para denominar a situação clínica representada por obstrução/oclusão do fluxo sanguíneo na veia porta, o que pode resultar em complicações sérias incluindo a hemorragia digestiva (HD) por varizes de esôfago. Porém a TVP representa apenas um dos mecanismos mais comuns que podem levar a oclusão portal. Os outros são: invasão direta por um tumor maligno e constrição por um tumor maligno ou processo inflamatório adjacente, geralmente com trombose superimposta atuando como um fator secundário.

As consequências clínicas da TVP estão relacionadas à extensão da obstrução, à velocidade de instalação do quadro e à presença de doença hepática pré-existente.

A abordagem percutânea da TVP crônica representa um desafio terapêutico para o radiologista intervencionista, com resultados ainda não confirmados por grandes ensaios clínicos.

O objetivo do nosso estudo é demonstrar que a angioplastia/recanalização portal com ou sem a criação de TIPS é um procedimento viável e seguro em pacientes não-transplantados que apresentem TVP crônica sintomática.

RELATO DOS CASOS: Depois da análise retrospectiva de uma série de 9 pacientes submetidos à angioplastia portal por TVP; 5 foram excluídos por apresentarem TVP após transplante hepático e 4 pacientes foram selecionados. Destes 3 apresentaram TVP crônica associados a fígado cirrótico, 2 deles com diagnóstico de carcinoma hepatocelular. O quarto caso apresentou TVP crônica após tratamento cirúrgico, quimio e radioterápico de tumor maligno na cabeça do pâncreas.

Os pacientes foram submetidos a angioplastia trans-hepática da veia porta com inserção de stent associada a embolização de varizes esofágicas. Em um dos casos foi associado a criação de shunt porto-sistêmico intra-hepático. Os exames de controle imediato evidenciaram fluxo excelente pela veia porta recanalizada, sem preenchimento das varizes esofágicas embolizadas. O fluxo pelo TIPS implantado também foi satisfatório. 3 pacientes foram acompanhados por um período médio de 1 ano, sem novos episódios de HD. Houve um óbito precoce em 24 horas devido a hemotórax maciço.

DISCUSSÃO: A recanalização portal é um procedimento seguro e efetivo para o tratamento de pacientes selecionados que apresentam TVP crônica sintomática. Estudos maiores são necessários para melhor avaliação.

0052 - LOCALIZAÇÃO DE INSULINOMA PELO ESTIMULO INTRA-ARTERIAL SELETIVO COM CÁLCIO E COLETA HORMONAL VENOSA

JORGE OLIVEIRA DA ROCHA FILHO, Patrick Cardoso Candemil, João Marcelo Gonçalves da Rocha Loures, Fabrício Martins Zucco, Jean Carlo Miiller, Walmor Erwin Belz, Eduardo Zeilmann, Pedro Lucyk Júnior, Rinaldo Danesi Pinto, Maura Milano Cucco
Hospital Santa Isabel e Hospital Santa Catarina - Blumenau-SC

INTRODUÇÃO: O insulinoma ou tumor das Células beta do pâncreas é um tumor neuroendócrino raro, com idade média de apresentação aos 47 anos e com predomínio no sexo feminino. São geralmente lesões solitárias, benignas, podendo no entanto, ser múltiplas em 10% e com diâmetro inferior a 2cm em 90% dos casos.¹ Devido ao seu pequeno tamanho, sua localização nem sempre é realizada com facilidade com as atuais técnicas de imagem, incluindo tomografia, ressonância, ultrassonografia e cintilografia^{2,3}.

O estímulo seletivo arterial com cálcio e coleta venosa hepática é um exame que permite a identificação do segmento pancreático onde se localiza o insulinoma³.

OBJETIVOS: O objetivo é relatar um caso de insulinoma oculto identificado pelo estímulo arterial com cálcio e descrever a técnica do exame fazendo revisão sobre o diagnóstico pré-operatório.

MÉTODOS: Inicialmente realizou-se a cateterização e coleta seletiva de sangue venoso na veia hepática direita, antes da infusão de gluconato de cálcio a 10%(GC). Posteriormente, foi realizado a cateterização da artéria gastroduodenal (GD) e após a infusão de GC coletou-se sangue na veia hepática direita nos tempos de 30,60,90,120 e 150 segundos(s). Após 10 minutos, realizou-se a cateterização seletiva da artéria esplênica, com infusão de GC e coleta venosa seriada nos mesmos tempos. Os níveis de insulina após a infusão seletiva na artéria GD foram superiores em relação aos níveis após estímulo na artéria esplênica em todos os tempos. Em relação ao nível basal, observamos níveis superiores após estímulo na artéria GD, em todas as coletas, inclusive chegando ao dobro após 90s. A eficácia do exame proporcionou uma abordagem cirúrgica objetiva, pancreatocomia cefálica, com localização do tumor, a qual foi realizada sem maiores dificuldades. A evolução do paciente no pós operatório até a última consulta, 7 meses após, foi bastante satisfatória, com remissão total dos sintomas e sem complicações.

DISCUSSÃO: A injeção seletiva intraarterial de cálcio possui sensibilidade que varia de 85 a 100%³ sendo que a interpretação do exame baseia-se na elevação da insulina após estímulo. O teste é considerado positivo quando se observa uma elevação maior que 100% dos níveis basais de insulina². No presente relato foi identificado elevação dos níveis de insulina após estímulo na artéria gastroduodenal, em todas as coletas.

0054 - TRATAMENTO DAS OBSTRUÇÕES MALIGNAS DAS VIAS BILIARES ATRAVÉS DO IMPLANTE DE STENT POR VIA PERCUTÂNEA

JORGE OLIVEIRA DA ROCHA FILHO, Patrick Cardoso Candemil, João Marcelo Gonçalves da Rocha Loures, Fabrício Martins Zucco, Jean Carlo Miiller, Nilceu Gonçalves da Rocha Loures, Eduardo Zeilmann, Lígia Camila Roskowsky, Nelson Luiz Gonçalves, Mauro Rafael Igreja Hospital Santa Isabel

INTRODUÇÃO: A inserção de próteses em ductos biliares extra-hepáticos iniciou-se em trabalhos experimentais em 1985 como medida paliativa nas obstruções malignas de via biliar visto que grande parte da doença se apresenta como incurável no momento do diagnóstico¹.

Apesar do pobre prognóstico desses pacientes, com sobrevida média entre 3 a 10 meses, novas modalidades de tratamento e aprimoramento da qualidade de vida têm sido desenvolvidas¹ no que diz respeito a colocação de próteses nas vias biliares^{1,2}. Esta técnica consagrada consiste na colocação de próteses plásticas ou mais recentemente metálicas - conhecidos com stents - seja por via endoscópica ou por via percutânea. O objetivo deste procedimento é promover melhora do quadro clínico evitando complicações como colangite e septicemia. Assim sendo, a inserção de próteses metálicas por via percutânea ou endoscópica surge como alternativa importante no tratamento desses pacientes^{1,2}.

OBJETIVOS: Relatar série de casos no qual foi realizado implante de endoprótese metálica por via percutânea no manejo da obstrução biliar neoplásica.

MÉTODOS: No período de novembro de 2011 a março de 2013 foi realizado o implante de stent biliar em 7 casos de obstrução neoplásica irredutível por via transcutânea. Durante este período foram tratados 3 pacientes com neoplasia de cabeça do pâncreas e 4 com tumor de via biliar, sendo que, somente 1 deles necessitou de nova intervenção por obstrução da endoprótese metálica, 4 vieram a óbito por progressão da doença neoplásica e 2 permanecem em seguimento mantendo-se assintomáticos.

DISCUSSÃO: Sabe-se que as endopróteses plásticas, largamente utilizadas até o presente momento, apresentam um alto índice de obstrução em 4 a 6 meses, necessitando de reintervenção². Quando comparadas com as endopróteses metálicas estas são dotadas de expressiva força radial e adequada coaptação nas paredes dos ductos biliares além de apresentar uma melhor perviedade a médio e longo prazo^{1,2,3}. Em relação a qualidade de vida do paciente, salienta-se que a colocação de stent metálico, além de reduzir os sintomas relacionadas a obstrução, evita o uso de drenos externos no manejo domiciliar desses pacientes⁴.

0055 - USO DE MOLAS DE LIBERAÇÃO CONTROLADA EM SITUAÇÕES VASCULARES DE RISCO EXPERIÊNCIA EM 19 CASOS

DANIEL KANAAN, Fernanda Uchiyama, Bruna F Pilan, Enio Ziemieck Junior, Andre M Assis, Carlos O Motta, Osvaldo I Pereira, Joaquim M M Leal Filho, Airton M Moreira, Francisco C Carnevale INRAD FMUSP

Objetivo: A emboloterapia compreende uma parte significativa da prática de radiologia intervencionista, sendo aplicada em uma grande variedade de situações clínicas e territórios anatômicos. Dentre os agentes embolizantes definitivos encontram-se as molas, que estão disponíveis numa variedade de configurações e tamanhos. Idealmente, uma mola deve ter força suficiente para manter-se contra as forças que empurram a distalmente e ainda apresentar características que impedem a lesão de paredes de vasos, como a dissecação ou perfuração. Características, como a facilidade de implantação e precisão, também são desejáveis. A mola de liberação controlada permite retração e reposicionamento antes de se concluir a implantação. O objetivo do estudo é demonstrar a aplicabilidade da emboloterapia com molas de liberação controlada em diversas situações vasculares de risco. **Método:** Estudo retrospectivo com 19 pacientes submetidos a embolização com molas INTERLOCK™ 0,018" no setor de Radiologia Intervencionista do Hospital das Clínicas de São Paulo, durante o período de julho de 2012 a maio de 2013. **Resultados:** O sucesso técnico foi observado em 84,2% (16) dos casos. Foram realizadas embolizações para HDA (5), FAV renal pós procedimentos percutâneos (4), oclusão dos ramos portais do segmento IV pré-operatório de hepatectomia (2), proteção de ramos vasculares em TACE (2), fistula arterio-portal (1), pseudoaneurisma hepático pós procedimento percutâneo (1), MAV pulmonar (1), pseudoaneurisma renal (2), trauma esplênico (1). **Discussão:** A mola de liberação controlada utilizada foi a INTERLOCK™, sendo eficaz em diversos contextos clínicos e sítios anatômicos. Devem ser liberadas com o Renegade® STC™, com sucesso técnico em 100% dos casos. Nos 3 casos em que observamos falha do dispositivo, foi utilizado o cateter Renegade® HI-FLO™. Tendo em conta o seu alto custo, deve-se optar pelo seu uso em situações vasculares de risco, como fístulas de alto débito, ou em situações em que se necessita de precisão, como o território da artéria gastroduodenal e ramos portais para o segmento IV. **Conclusão:** As molas de liberação controlada (INTERLOCK) demonstraram-se seguras somente quando utilizadas com o microcateter Renegade STC, e devem ser utilizadas em situações vasculares que necessitem de precisão na liberação.

0056 - HEMOSTASIA APÓS RETIRADA DE CATETER DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO UTILIZANDO DISPOSITIVO SELADOR DE PUNÇÃO*RICARDO WAGNER DA COSTA MOREIRA, Ricardo Wagner da Costa Moreira**Clinica Vasculiar de Natal*

A hemostasia após a retirada de cateter de hemodiálise de curta permanência (CCP) geralmente é conseguida através da compressão manual, conseguindo-se sucesso na quase totalidade dos casos. Os pacientes que apresentam distúrbio de coagulação porém, apresentam maior risco de desenvolver complicações hemorrágicas após a retirada do cateter, por vezes sendo necessário inclusive a abordagem cirúrgica.

O objetivo deste relato de caso é descrever a técnica de hemostasia local após a retirada de cateter de hemodiálise de curta permanência em paciente com coagulopatia severa devido à mieloma múltiplo.

Paciente de 68 anos, sexo masculino, internado em UTI com quadro grave de mieloma múltiplo e distúrbio de coagulação severo. Após implante de CCP pela técnica anatômica em veia femoral direita, o paciente desenvolveu pseudo-aneurisma de artéria femoral devido à punção inadvertida desta artéria. Foi submetido à correção cirúrgica do pseudo-aneurisma e implante de novo CCP em veia femoral esquerda guiado com USG, com retirada do CCP anterior.

Após 10 dias o paciente apresentava infecção da ferida operatória da cirurgia do pseudo-aneurisma e devido à presença do CCP já ter atingido o seu limite de permanência em região inguinal (10 dias) optou-se pela retirada do mesmo e implante de novo CCP em veia jugular interna direita.

O paciente porém apresentava distúrbio de coagulação grave o que gerou receio de que a compressão manual isoladamente não seria suficiente para a hemostasia podendo resultar em nova abordagem cirúrgica em um paciente já debilitado.

O calibre do CCP era de 12F. Foi realizada então a hemostasia utilizando a técnica do double-wire Angioseal.

O procedimento foi realizado em sala de hemodinâmica, sob radioscopia. Através do CCP foi introduzido um fio-guia hidrofílico 0,035" de 150 cm e retirado o CCP mantendo-se o fio-guia, com a extremidade do mesmo posicionada na veia cava inferior. A seguir foi colocado um introdutor 7F de 11 cm e através deste um outro fio-guia hidrofílico 0,035" de 150cm foi introduzido, deixando-se o mesmo posicionado no mesmo nível do anterior. Por um dos fios-guia foi introduzido e liberado um dispositivo selador de punção Angioseal 8F. Na técnica do double-wire Angioseal, o segundo fio-guia funciona como back-up caso não seja atingida a hemostasia com apenas um dispositivo Angioseal. Em nosso caso, a hemostasia foi atingida plenamente com a liberação de apenas um dispositivo Angioseal 8F. Em seguida o outro fio-guia foi retirado. O paciente evoluiu bem, não apresentando sangramento, hematoma ou infecção do local.

Na literatura existem diversos artigos publicados sobre o uso de dispositivos para hemostasia após punção de vasos utilizados em procedimentos endovasculares. Geralmente estes dispositivos são utilizados até punções que atinjam o limite do seu uso (no caso do Angioseal o calibre de 8F).

Existem relatos isolados de uso do Angioseal para punções arteriais de até 12F, porém não há relatos de uso venoso da mesma técnica.

Este caso mostra que é possível atingir a hemostasia adequada após a retirada de CCP 12F utilizando apenas um dispositivo Angioseal 8F porém utilizando a técnica do double-wire Angioseal para maior segurança.

0058 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR NA OCLUSÃO CRÔNICA DE ARTÉRIA RENAL*BRUNA DE FINA, Breno B. Affonso, Jorge E. Amorim, Francisco L. Galastri, Rafael N. Cavalcante, Fabiellen B. Travassos, Ivanise Gomes, Irisvaldo S. Oliveira, Aline B. Nascimento, Nasser Felipe**Hospital Israelita Albert Einstein*

Objetivo: O papel da revascularização nas oclusões crônicas das artérias renais permanece indefinido na literatura. A melhora da função excretora foi relatada em 49% dos pacientes com oclusão da artéria renal que foram submetidos a revascularização cirúrgica. O objetivo deste relato é salientar a importância do tratamento endovascular como parte do arsenal terapêutico em pacientes com oclusão de artéria renal.

Relato de Caso: Paciente sexo masculino, 66 anos, hipertenso, portador de insuficiência renal crônica não dialítica e cirrose hepática, no pós-operatório de transplante hepático. Após a cirurgia, o paciente apresentou piora da insuficiência renal necessitando de diálise. Realizou ultra-som duplex abdominal e angiotomografia que confirmaram a oclusão da artéria renal direita, estenose da artéria renal esquerda e assimetria do tamanho dos rins (rim direito 9,5 centímetros e rim esquerdo 11,4 centímetros). O paciente foi submetido a arteriografia renal, que confirmou a oclusão ostial de artéria renal direita, com reenchimento da artéria em sua porção distal por meio de uma ramo intercostal e suboclusão (>90%) da artéria renal esquerda. O óstio da artéria renal esquerda foi cateterizado e realizada transposição da estenose com um fio-guia 0.014", seguida de implante de stent balão expansível de 6x19 mm. O procedimento foi repetido do lado direito após a pré-dilatação com um balão 2.5x20 mm. A angiografia final demonstrou stents bem posicionados sem estenose residual. O paciente evoluiu com diminuição gradual dos níveis de creatinina sérica após o procedimento e recebeu alta após uma semana com restauração do débito urinário e sem a necessidade de diálise.

Discussão: Há poucos relatos de melhora da função renal após o tratamento endovascular da obstrução das artérias renais. Neste caso, a revascularização da oclusão da artéria renal foi possível pois o rim ainda era viável. Dwyer et al relataram melhora em cinco pacientes com insuficiência renal aguda que foram submetidos com êxito ao tratamento endovascular. No entanto vale salientar que o tratamento da suboclusão contralateral também desempenhou papel importante na melhora da função renal observada neste paciente.

0059 - TRATAMENTO DE ANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM DIREITA COM STENT MULTILAYER

RAFAELLA BRANDÃO DE MELO SOARES, Gustavo Paludetto, Carlos Schuler, Bianca Testoni, Lara C. Roriz Pina, Mônica Lídia Pante, Saulo Ribeiro Cunha
Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

OBJETIVO: Descrever o uso de stent multicamadas direcionador de fluxo no tratamento de aneurisma de artéria ilíaca comum direita.

INTRODUÇÃO: Uma alternativa no tratamento dos aneurismas tem sido o emprego do stent multilayer. Este dispositivo promove a exclusão do aneurisma causando sua trombose, devido ao redirecionamento do fluxo, mantendo seus ramos arteriais pérvios.

Descreve-se o caso de uma paciente com aneurisma de artéria ilíaca tratada com este método.

Paciente de 52 anos, sexo feminino, assintomática, com achado tomográfico de aneurisma fusiforme de artéria ilíaca comum direita envolvendo a bifurcação, com diâmetro máximo de 32 mm. Foram colocados dois módulos de stents Multilayer®, posicionados e telescopados desde a aorta abdominal abaixo da mesentérica inferior até a ilíaca externa. A origem da ilíaca comum esquerda e da ilíaca interna direita mantiveram-se pérvias. Utilizou-se punção femoral bilateral, anestesia local e fechamento com selador de punção.

O implante do stent foi realizado com sucesso. O fluxo dentro do saco aneurismático foi levemente reduzido e os ramos arteriais se mantiveram pérvios. A paciente recebeu alta hospitalar no primeiro DPO, sendo prescrito AAS (100mg/dia) e Clopidogrel (75mg/dia). Entre 30 e 45 dias do pós-operatório se realizou CT de controle que demonstrou trombose parcial do aneurisma e preservação do fluxo nas artérias ilíaca comum esquerda e a ilíaca interna direita.

DISCUSSÃO: Dados da literatura demonstram que o sucesso do tratamento com o stent multilayer (trombose do saco aneurismático com manutenção da patência dos ramos arteriais) pode chegar até 94,1% em 6 meses, com 100% de patência de ramos artérias provenientes dos aneurismas. No caso relatado, já há evidência de trombose parcial do aneurisma com manutenção do fluxo para as artérias que tiveram suas origens cobertas pelo stent, indicando sucesso parcial a curto prazo, necessitando ainda de acompanhamento a longo prazo para avaliar exclusão total do aneurisma e patência dos ramos artérias.

CONCLUSÃO: O stent multicamadas direcionador de fluxo é uma inovadora alternativa para exclusão de aneurismas que contêm ramos arteriais, mantendo-os pérvios.

0060 - TRATAMENTO DE DISSECÇÃO DAS ARTÉRIAS ILÍACAS COMUNS COM STENTS MULTILAYERE

RAFAELLA BRANDÃO DE MELO SOARES, Gustavo Paludetto, Carlos Schuler, Bianca Testoni, Lara C. Roriz Pina, Saulo Ribeiro Cunha, Monica Lídia Pante
Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

Objetivo: Descrever o uso de stent multicamadas direcionador de fluxo no tratamento de dissecção de artérias ilíacas comuns.

Introdução: Relata-se o caso de uma paciente de 52 anos, sexo feminino, portadora de valvulopatia mitral reumática, que evoluiu com dor abdominal três meses após realização de cateterismo cardíaco, por punção de artéria femoral direita. Angiotomografia evidenciou dissecção de ambas artérias ilíacas comuns. Foi tratada por técnica endovascular com um stent multicamadas, com sucesso.

Após orientação e assinado termo de consentimento informado a paciente foi submetida a tratamento endovascular. Procedeu-se implante de 02 módulos de stents Multilayer®, posicionados telescopados desde a aorta distal, passando por toda a extensão das ilíacas comuns, terminando nas ilíacas externas. Utilizou-se punção femoral bilateral, sob anestesia local e fechamento com selador de punção.

O implante dos stents foi realizado com sucesso, sendo as áreas de dissecção das artérias ilíacas comuns totalmente cobertas pelos stents. Houve importante direcionamento do fluxo, com redução na falsa luz, mantendo-se o fluxo para as artérias ilíacas internas. Recebeu alta hospitalar, sem dor, no segundo dia após a cirurgia, utilizando AAS (100mg/dia) e Clopidogrel (75mg/dia). A Angiotomografia de controle, entre 30 e 60 dias após o procedimento, demonstrou bom remodelamento da luz arterial, importante redução do fluxo para a falsa luz com trombose parcial da mesma, mantendo o fluxo para as ilíacas internas.

Discussão: Dados da literatura demonstram o sucesso do uso do stent multilayer no tratamento de dissecções arteriais (trombose da falsa luz/aneurisma) com manutenção da patência dos ramos arteriais chegando a 94,1% em seis meses, com 100% de patência de ramos artérias provenientes dos aneurismas. O caso relatado mostra uma aplicação/utilidade do stent multilayer no tratamento de dissecções, pois além de possuir capacidade de direcionamento de fluxo, também possui elevada força radial, capaz de remodelar o vaso, com expansão da luz verdadeira.

Conclusão: O stent multicamadas direcionador de fluxo é uma promissora alternativa para tratamento de dissecções de artérias ilíacas.

0061 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA EXTRACRANIANA

DANIEL GOMES GONCALVES NETO, Guilherme Brasileiro de Aguiar, Rodrigo Becco de Souza, José Carlos Esteves Veiga, Maurício Jory, Mário Luiz Marques Conti

DISCIPLINA DE NEUROCIRURGIA - FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO

OBJETIVOS: O objetivo deste relato é descrever o caso de um paciente vítima de ferimento por arma de fogo (FAF) na região cervical com lesão da artéria carótida interna (ACI) esquerda que foi submetido a tratamento endovascular com "stent".

RELATO DO CASO: Paciente masculino, 17 anos de idade, foi vítima de FAF na região cervical, com lesão vertebral e consequente tetraparesia. Pelo risco de lesão vascular, foi realizado estudo angiográfico cervical e cerebral, que demonstrou oclusão da artéria vertebral esquerda no seu segmento V3, além de pseudoaneurisma traumático na ACI cervical esquerda.

Após a estabilização do quadro, em fase tardia, o paciente foi submetido a angioplastia do segmento cervical da ACI com a colocação de "stent" recobrimdo toda a extensão da lesão. O controle angiográfico imediato mostrou discreta lentificação do fluxo no pseudoaneurisma. O controle angiográfico seis meses após o procedimento evidenciou oclusão completa do pseudoaneurisma, com remodelação da parede arterial no segmento acometido.

DISCUSSAO: A angioplastia de carótida como tratamento do pseudoaneurisma constitui uma opção terapêutica, pois a colocação de "stent" no segmento acometido da artéria carótida interna cervical forma uma parede no pseudoaneurisma que produz uma mudança de fluxo induzindo trombose e fibrose no fundo do aneurisma. O aumento desta fibrose e a sua reorganização causa a obliteração do aneurisma.

CONCLUSÃO: A suspeita de lesão arterial no ferimento cervical por FAF deve ser sempre investigada através de arteriografia digital e o seu diagnóstico seguido de tratamento se faz necessário devido ao risco de ruptura deste tipo de lesão. O tratamento endovascular unicamente com angioplastia por colocação de "stent" constitui um método eficaz para o tratamento de pseudoaneurisma traumático no segmento extracraniano da ACI.

0063 - TRATAMENTO ENDOVASCULAR DAS LESÕES VASCULARES CAROTIDOCAVERNOSAS

DANIEL GOMES GONCALVES NETO, Guilherme Brasileiro de Aguiar, João Miguel Almeida Silva, Maurício Jory, Mário Luiz Marques Conti, José Carlos Esteves Veiga

Disciplina de Neurocirurgia - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: O tratamento das lesões envolvendo o seio cavernoso representa um desafio. O desenvolvimento de técnicas endovasculares propiciou grande avanço no tratamento das lesões carotidocavernosas. O presente trabalho objetiva avaliar os pacientes com lesões vasculares carotidocavernosas que foram submetidos a tratamento endovascular no nosso serviço. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, envolvendo pacientes submetidos a tratamento endovascular de lesões vasculares envolvendo a região dos seios cavernosos. Foram incluídos os pacientes sintomáticos com os diagnósticos de aneurisma no segmento intracavernoso da artéria carótida interna (ACI) ou fístula carotidocavernosa (FCC) direta. A sintomatologia e o quadro neurológico foram avaliados antes e após o tratamento. **RESULTADOS:** Foram tratados 26 pacientes com aneurismas intracavernosos e 10 com fístula carotidocavernosa direta. No grupo de pacientes com aneurismas intracavernosos, havia dor em 22 pacientes. Após o tratamento, houve melhora da dor em 18 deles. Os nervos cranianos mais comumente acometidos, em ordem decrescente de incidência foram o terceiro e o quarto. No grupo de pacientes com FCC, havia histórico de trauma craniano prévio em 9 indivíduos. Havia hiperemia ocular e proptose em todos os pacientes antes do tratamento, com melhora total ou parcial em todos os casos. A cefaléia incoercível não foi relatada por nenhum paciente após o tratamento. **CONCLUSÕES:** o tratamento endovascular proporcionou importante melhora nos pacientes avaliados, em especial nos pacientes que apresentavam dor incoercível.

0064 - TÉCNICAS DE PUNÇÃO RETRÓGRADA PARA ANGIOPLASTIA INFRA-INGUINAL E SUA IMPORTÂNCIA COMO PROCEDIMENTO ALTERNATIVO PARA SUCESSO TÉCNICO EM PROCEDIMENTOS DE REVASCULARIZAÇÃO ARTERIAL

LUISA CIUCCI FERREIRA, luisa ciucci, elisa meirelles, vicente freire, rodrigo biagioni, felipe nasser, adnan naser, Jose carlos ingrund, marcelo Burihan, thiago tonial
Hospital Santa Marcelina So Paulo

Objetivo: Discutir as técnicas existentes de punção retrógrada para realização de angioplastia infra-inguinal, sua importância para o sucesso técnico das revascularizações de membros inferiores e relatar a experiência do serviço de cirurgia vascular e angiorradiologia do Hospital Santa Marcelina na realização destes procedimentos.

Método: Estudo retrospectivo descritivo realizado por meio de coleta de dados em registro de prontuário do Hospital Santa Marcelina e análise da literatura correlata.

Resultados: Treze (13) pacientes foram submetidos a punções retrógradas para realização de angioplastia com sucesso técnico em 12 casos. As punções foram realizadas com agulha de punção e micropunção após anestesia local, sem utilização de introdutores apenas fio guia hidrofílico e guiadas por fluoroscopia (road mapping), calcificação e USG duplex scan ou por punção direta da artéria após dissecação da mesma. Não houve complicações significativas, apenas hematoma. O opção da punção retrógrada foi realizada após insucesso na recanalização das lesões pela técnica intraluminal ou subintimal.

Discussão: A punção retrógrada para revascularização infra-inguinal pode ser realizada na artéria femoral superficial, poplíteia (APOP) para recanalização de oclusões na artéria femoral superficial ou nas artérias distais – tibial anterior (ATA), posterior (ATP) e fibular (AFB). Alguns autores(1) têm considerado a punção de APOP como primeira opção em pacientes obesos mórbidos (2), oclusão da artéria femoral superficial na origem sem coto (stump) ou localizadas na porção média/distal na artéria ou insucesso na tentativa de recanalização anterógrada(3). Tem papel fundamental nos pacientes portadores de lesões longas e complexas TASC C e D pela possibilidade de acessar as oclusões por outra via no insucesso da abordagem primária tradicional (subintimal ou intraluminal).

Conclusões: A técnica de punção retrógrada para revascularizações infra-inguinais é de suma importância para o sucesso do procedimento de angioplastia, possibilitando áreas alternativas de punção com alta taxa de sucesso e poucas complicações

Referências:

1- Fanelli, F et al. Retrograde popliteal access in the supine patient for recanalization of the superficial femoral artery: initial results. J Endovasc Ther. 2011 Aug; 18(4): 503-9.

2- Brountzous, EN et al. Retrograde transpopliteal approach of iliofemoral lesions. Vasc Endovasc

0065 - ANGIOPLASTIA EXTENSA COM MÚLTIPLOS STENTS COMO ÚLTIMA OPÇÃO PARA SALVAMENTO DE MEMBRO - RELATO DE CASO

KARINA MIURA DA COSTA, João A Correa, Agenor JV Costa, Rafael N Cavalcante, Fernanda Uchiyama, Leonardo GM Valle, Marta O de Mores, Thauane N Ferreira, Gustavo FF Costa, Carla K de Souza
Hospital Estadual Mario Covas - Faculdade de Medicina do ABC

OBJETIVO: Relatar o resultado favorável de angioplastia com uso de múltiplos stents em paciente com doença arterial oclusiva extensa infra-inguinal.

RELATO DE CASO: ANR, mulher, 51 anos, aposentada. Atendida em outubro de 2012 por lesão pós-trauma em hálux direito há 2 meses. Claudicante para 500m em panturrilha direita há 3 anos, hipertensa, diabética, ex-tabagista. Apresentava gangrena seca de hálux direito por oclusão fêmoro-poplíteia e Índice Tornozelo-Braço (ITB) 0,3 (tibial posterior). Relizado enxerto fêmoro-poplíteo com veia safena magna ipsilateral invertida, com oclusão precoce. Sem outro substituto arterial, e pela extensa perda tecidual na perna pela infecção de ferida operatória (FO), optou-se por tratamento conservador. Após alta, retorno precoce por dor de repouso. Realizada angioplastia de artéria femoral comum até tronco tibiofibular com 7 stents (7x40, 7x120, 7x80, 6x120, 6x80, 5x80 e 4x80 mm de proximal para distal). Apresentou melhora significativa da dor após procedimento e otimização de curativo com cirurgia plástica (perfuração de periósteo de tibia), terapia hiperbárica e curativo à vácuo. No momento sem queixas com boa granulação de ferida e em reabilitação.

DISCUSSÃO: A falha na revascularização com veia, a falta de substituto autólogo, a presença de infecção e a extensa lesão na perna são critérios que contribuem para a indicação do tratamento endovascular. No caso, apesar do uso de múltiplos stents não ser o ideal pela maior taxa de re-estenose no local de acomodação dos stents, o procedimento proporcionou e a possibilidade de salvamento do membro.

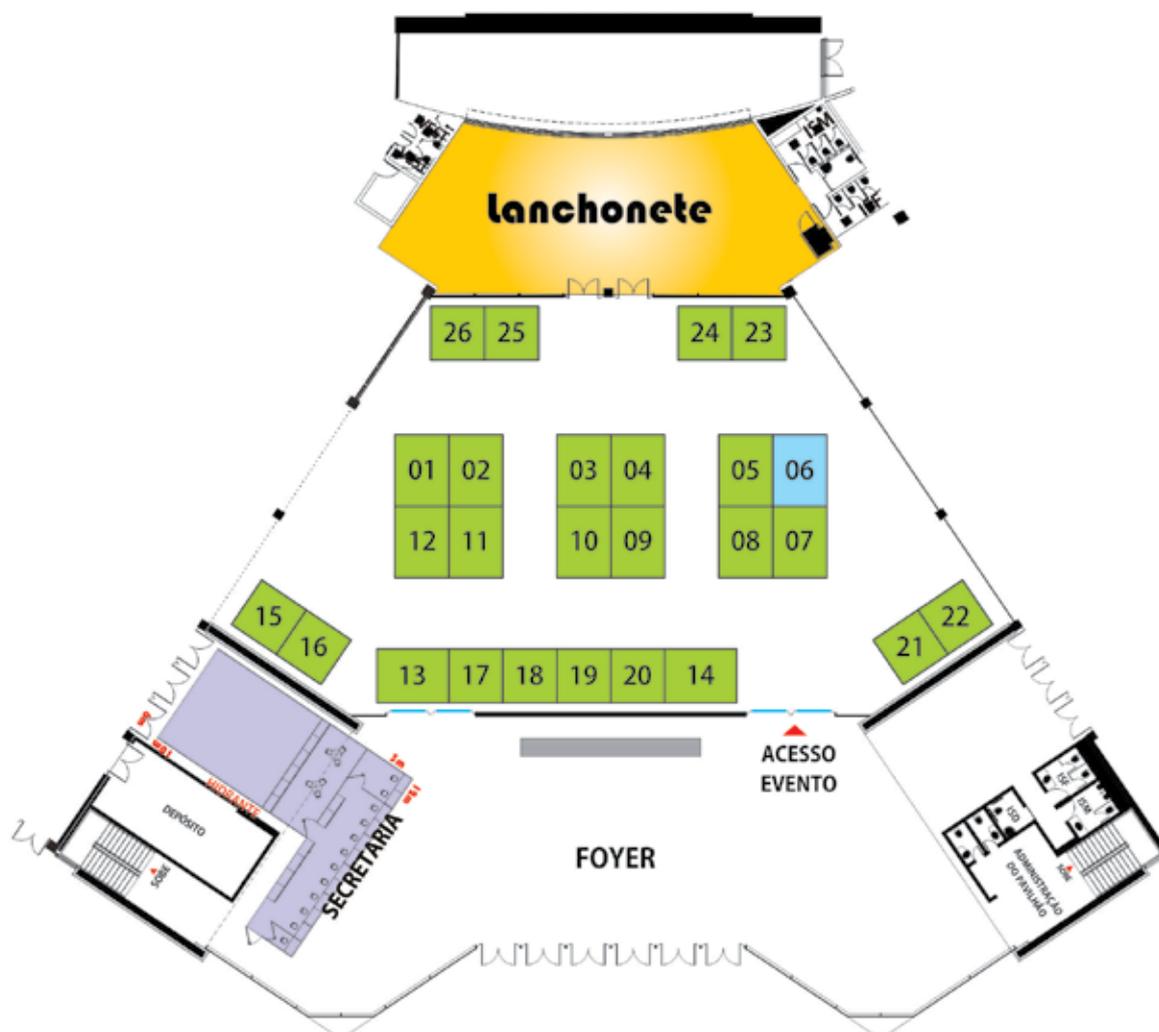
BIBLIOGRAFIA: Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Hirsch AT, Jaff MR, Diehm C, et al. The next 10 years in the management of peripheral artery disease: perspectives from the 'PAD 2009' Conference. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;40:375-80.

Kang JL, Patel VI, Conrad MF, Lamuraglia GM, Chung TK, Cambria RP. Common femoral artery occlusive disease: contemporary results following surgical endarterectomy. J Vasc Surg 2008;48:872-7.

Setacci C, de Donato G, Teraa M, Moll FL, Ricco JB, Becker F, Robert-Ebadi H, Cao P, Eckstein HH, De Rango P, Diehm N, Schmidli J, Dick F, Davies AH, Lepantalo M, Apelqvist J. Chapter IV: Treatment of Critical Limb Ischaemia. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery (2011) 42(S2), S43-S59.

PLANTA DE EXPOSITORES

Exhibitor Plan



STANDS (QTD.)	DIMENSÕES	TOTAL
14	03m x 04m = 12m ²	168m ²
12	03m x 03m = 09m ²	108m ²
TOTAL		276m²

- 1 - JOHNSON
- 2 - PHILIPS
- 3 - SOBRICE
- 4 - SOBRICE
- 5 - GE
- 6 -
- 7 - GRIFOLS
- 8 - MICROMEDICAL
- 9 - TERUMO

- 10 - MEDTRONIC
- 11 - COVIDIEN
- 12 - GORE
- 13 - CMS
- 14 - ETAMUSSINO
- 15 - MERIT
- 16 - TOSHIBA
- 17 - BOSTON
- 18 - CICLOMED

- 19 - LINE LIFE
- 20 - RADIOMED
- 21 - ABBOTT
- 22 - EDITORA 3
- 23 - STRYKER
- 24 - FORMEDICS
- 25 - BAYER
- 26 - NIPRO

PARTICIPE DO

CURSO OSIRIX

Organização e coordenação: Alexandre de Tarso Machado

Apresentação software OSIRIX
e seus recursos no tratamento
de Doenças Vasculares.

Ao término da apresentação
haverá hands on dos materiais
e retirada de dúvidas com especialistas.

Auditório IV – ExpoUnimed

Sábado, 6 de julho de 2013

14h30 - 17h30



Inscrições e pagamento na secretaria do local.
Pagamento somente em dinheiro ou cheque.

Realização



Apoio



Secretaria Executiva

Rowam
EVENTOS

Rowam Eventos - LB Redeschi
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

Patrocínio Ouro

CODMAN NEURO



Cordis

Johnson & Johnson
MEDICAL BRASIL



COVIDIEN

positive results for life™

TERUMO®

Patrocínio Prata

PHILIPS

www.sobrice2013.com.br



Consulte o Programa Oficial
do Congresso através de seu
smartphone ou tablet.
Basta apontar seu celular ou tablet
para o código ou acesse o link
<http://www.sobrice2013.com.br/app/>