Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Revista da ACAMERJ

Ano III - nº 05 - Janeiro-Junho/2018
ISSN: 2525-9466

UNICRED

INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

A Unicred Niterói é uma instituição financeira cooperativa, regulamentada e autorizada pelo Banco Central do Brasil, que tem como principal objetivo a saúde financeira e bem-estar dos cooperados, com relacionamento próximo e assessoria adequada a cada perfil. O sistema Unicred é formado pela Unicred do Brasil, Unicred's Centrais e Singulares.

Na Unicred Niterói, o cooperado tem à sua disposição equipes especializadas em consultoria financeira, prontas para identificar e propor alternativas para a gestão dos seus recursos, oferecendo produtos e serviços que realmente atendam às suas necessidades nos diversos momentos da vida.

Nossos gerentes são certificados pela ANBIMA e capacitados para um atendimento personalizado e de qualidade.

Compare os benefícios de utilizar a Unicred como instituição financeira principal:

COOPERATIVA UNICRED	BANCO
Assessoria Personalizada	Atendimento em massa
Distribuição de sobras (resultados) entre os associados	Distribuição de lucros entre os acionistas
Cada um tem o direito a um voto, decidindo os rumos do negócio	Os rumos são definidos pelo capital
Taxas, tarifas e juros adequados ao seu perfil	Taxas, tarifas e juros superiores e às vezes abusivos
Produtos do mercado desenvolvidos para atender as suas necessidades	Produtos padronizados
Compromisso com o futuro do associado	Compromisso com o lucro dos proprietários
Administrada por cooperados com experiência em gestão e finanças	Administrados por executivos

SOMANDO **BENEFÍCIOS** PARA VOCÊ!

Diferenciais

- Menor Custo Operacional
- Produtos e Serviços Exclusivos
- Taxas Competitivas
- Atendimento Personalizado

O cooperado também é dono.

Na Unicred o profissional da saúde não é só um cliente especial, é **DONO.** O capital é dividido em cotas, adquiridas pelos associados no ato da adesão e por aportes eventuais. Distribuição anual de sobras aos cooperados na proporção das suas operações financeiras com a cooperativa.

FALE CONOSCO 2729-9100

Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Presidente da Acamerj

ELEIÇÕES – Momento democrático de mudanças virtuosas

Escrevo este editorial no mês de julho, logo após o término da Copa do Mundo de futebol, realizada na Rússia. Escusado dizer que o primeiro semestre do ano teve, no referido evento, o principal atrativo da população brasileira.

Infelizmente, o epílogo foi frustrante para nós, pois a França sagrou-se campeã. Paciência ... aguardamos mais quatro anos para abraçarmos, novamente, a esperança do almejado hexa.

As atenções voltam-se, agora, para o Campeonato brasileiro, para a Copa do Brasil, para as Copas Sul-Americana e Libertadores, para os jogos amistosos da Seleção e tudo mais que faça parte do circo, já que o pão está escasso.

- É preciso distrair o povo...

Entretanto, em outubro e novembro, havendo necessidade, teremos eleições majoritárias e proporcionais em todos os estados.

Serão eleitos: Presidente da República, Governadores, Senadores, Deputados Federais e Estaduais, todos com seus respectivos vices ou suplentes.

Tendo em vista a situação atual do Brasil, mergulhado em grave crise econômica e institucional, induzida por práticas administrativas equivocadas e desonestas que geraram acentuado descrédito nos poderes executivo e legislativo - com respingos perigosos no poder judiciário - , as eleições revestem-se de invulgar relevância.

Nosso país, com mais de quinhentos anos de história, tem sido protagonista de crises várias e não tem conseguido equacioná-las e corrigi-las, por não reconhecê-las – apenas são justificadas.

Dessa forma, ... repetem-se, monótona e frequentemente, denotando algo maior – uma crise de identidade. – Ainda não amadurecemos como nação.

Os candidatos a presidência da República e governança dos estados, penso eu, defrontar-se-ão com dois temas centrais que preocupam a todos os brasileiros: desemprego e insegurança.

Temos, hoje, cerca de treze milhões de cidadãos que buscam emprego, cinco milhões que desistiram de fazê-lo e trinta e dois milhões na economia informal – total de cinquenta milhões de desempregados ou sub-empregados, que representam, aproximadamente, um terço da mão de obra adulta disponível e um quarto da população brasileira. É muito para se suportar! E mais, muitos deles, por desespero ou outras razões, são atraídos para o submundo do crime, célula mater de toda a violência experimentada, que cresce de forma geométrica.

O círculo vicioso então se forma: violência — insegurança – desestímulo ao investimento – desativação de empresas – desemprego – crime organizado – violência... Isso sem contar formas mais sutis, diáfanas, dissimuladas ou mesmo assimiladas de violência – assaltos vergonhosos ao erário público, praticados por "altas" personagens políticas, administrativas e empresariais que, igualmente, geram desemprego, falta de pão na mesa do pobre, de remédio para os desfavorecidos, de moradia para os sem teto e de ensino básico eficiente para todos. Ainda, elencando as conjunturas internacionais pendulantes, a evolução da humanidade e da sociedade nessa nossa Era Hipermoderna, progressiva e paradoxalmente, beneficiadas, dependentes e reféns da alta tecnologia – inteligência artificial, "machine learning" – também responsáveis por desaparecimento de várias profissões e diminuição de opções laborativas, principalmente para mão de obra pouco ou nada qualificada.

Na visão de um curioso, essa sumarização permite concluir que a solução para restabelecer pleno emprego e melhorar a segurança resume-se em uma simples palavra - **crescimento** –, pois ele gera investimentos, com consequente ampliação de vagas para atividades específicas. Entretanto, para crescer há necessidade de **conhecimento** que deve ser constantemente renovado, pois aquele que não muda a sociedade é inútil e o que a modifica torna-se, logo, desnecessário. A única maneira de se alcançar um conhecimento diferenciado, perene e renovado é ter mentes criativas e inovadoras. Mais uma vez, uma única palavra para se alcançar essas metas - **educação**. Principalmente com foco no ensino básico e médio.

Nas próximas eleições, portanto, nosso voto deve ser no Brasil – pensando nas futuras gerações. Eleger candidatos honestos, com bagagem cultural, administrativa, sócio-econômica. Candidatos que saibam pensar o país de forma impessoal, visando meta de excelência. Respeito às diferenças, práticas virtuosas – estrutura familiar, tradições, rituais, hierarquia em todas as atividades. Com dirigentes desse porte, certamente teremos ordem e progresso.

Neste número da Revista estamos publicando dois excelentes artigos científicos: um de cunho neurológico e outro de interesse angiológico. A Seção cultural volta-se à poesia - bálsamo do espírito - e a Social/Eventos continua divulgando as atividades da ACAMERJ e de seus membros.

Ajudem-nos a propagar, pois a causa é nobre e comum a todos.

Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Fundada em 08/12/1974
Diretoria 2016-2017-2018

Presidente
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
1º Vice-Presidente
Ciro Denevitz de Castro Herdy
2º Vice-Presidente
Hiram Silveira Lucas
Secretário Geral
Elimar Antônio Bittar
1º Secretário
Wellington Santos
2º Secretário
Maria da Glória da Costa Carvalho
1º Tesoureiro
Honomar Ferreira de Souza
2º Tesoureiro
Pedro Luiz Pinto Aleixo
Diretor de Patrimônio
Leslie de Albuquerque Aloan
Diretor de Documentação e Biblioteca
Vilma Duarte Câmara
Orador
Omar da Rosa Santos

Conselho Científico
Presidente
Alcir Vicente Visela Chácar

Conselheiros
Alcir Vicente Visela Chácar
Evandro Tinoco Mesquita
Jocemir Ronaldo Lugon
Pietro Novellino
Salvador Borges Filho
Selma Maria de Azevedo Sias

Conselho Fiscal
Josemar da Silveira Reis
Theóphilo José da Costa Neto
Hélio Copelman
Mário Gáspare Giordano
Rubens Antunes da Cruz Filho

Revista da ACAMERJ
Editor Chefe
Solange Artimos de Oliveira

Conselho Editorial
Alair Augusto Sarmet dos Santos
Jocemir Ronaldo Lugon
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Maria da Glória da Costa Carvalho
Rubens Antunes da Cruz Filho
Vilma Duarte Câmara

Secretárias
Alita Baptista dos Santos
Carolina da Conceição Nascente

Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

ISSN: 2525-9466

A Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ) é publicação oficial da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.
A Revista da ACAMERJ tem por objetivo publicar as atividades da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, além de artigos que contribuam para a cultura e a prática médica em quaisquer áreas do conhecimento médico-científico. Todos os artigos enviados são submetidos a processo de revisão por pares, antes do aceite final pelo Editor.

A Revista da ACAMERJ é editada e publicada pela Editora LL Divulgação Editora Cultural Ltda e está disponível on-line, sendo publicada duas vezes por ano, com eventuais números extras.

Produção Editorial:
LL Divulgação Editora Cultural Ltda
R. Cel. Moreira César, 426 sl. 1401 - Icaraí - Niterói - Tel.: (21) 2714-8896
Jornalista: Walmyr Peixoto - Reg. Mtb RJ 23534 JPMTE
Impressão: SmartPrinter / **Tiragem**: 1.000 exemplares
Foto da Capa: Nelma Latham

A versão eletrônica desta revista, com o conteúdo completo, pode ser acessada no seguinte endereço: www.acamerj.org
Endereço: Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí, Niterói, RJ. CEP: 24230-150
Tel.: (21) 2711-0721; Tel/Fax.: (21) 2612-0970.
E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com

Informações Importantes

As matérias assinadas, e todo o conteúdo científico, são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro não se responsabiliza por quaisquer danos pessoais causados pelo uso de produtos, novas ideias e dosagem de medicamentos propostos nos manuscritos publicados.

As matérias publicadas neste periódico são propriedade permanente da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e não podem ser reproduzidas por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização prévia por escrito.

Instruções para os autores
Os artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para:
Acadêmica Solange Artimos de Oliveira
Editor Chefe da Revista da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
E-mail: acamerj.secretaria@gmail.com.
Normas para publicação na Revista da ACAMERJ podem ser obtidas no seguinte endereço: www.acamerj.org

Editorial

ELEIÇÕES – Momento democrático de mudanças virtuosas
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro
Pág. 03

Seções:

Científica

Neuropatias de fibras finas: etiologia
Marcos RG de Freitas
Pág. 07

Cirurgia de varizes com ou sem retirada da veia safena maior: estudo comparativo
Antônio Luiz de Araújo; Wilson Abreu Miranda; Regina Célia de Andrade Ferreira de Araújo
Pág. 12

Cultural

Homenagem ao Professor Renam Catharina Tinoco
Adalmir Morterá Dantas
Pág. 17

Poesias

"A poesia é necessária"
Pág. 18

Social / Eventos

ACAMERJ pranteia Acadêmicos falecidos no primeiro semestre de 2018
Pág. 20

Pág. 21
- Novo Doutor na ACAMERJ: Acad. Jamil da Silva Soares
- Homenagem ao Acadêmico Alcir Vicente Visela Chácar
- Acadêmicos Luiz Augusto e Claudio Chaves tomam posse na Academia Fluminense de Letras

Cerimônia de posse de Acadêmicos na ACAMERJ
Pág. 22

- Primeira Sessão Ordinária e palestra
- Segunda Sessão Ordinária com palestra
- Homenagens na PUC - Rio/Acads. Omar da Rosa Santos e Maurício Younes Ibrahim

Pág. 23

II Congresso Médico da ACAMERJ foi um sucesso em Teresópolis
Pág. 24

Pág. 26
- Simpósio: Saúde da população fluminense
- 28º Curso Básico de Eletrocardiografia

Pharma NEW
MEDICAMENTOS ESPECIAIS

www.pharmanew.com.br

QUALIDADE E DEDICAÇÃO AOS NOSSOS CLIENTES

Nós da **Pharma New** trabalhamos com Medicamentos **Oncológicos, Hormônios, Neurológicos** entre outros que requeiram uso continuo.

MEDICAMENTOS ESPECIAIS COM ENTREGA RÁPIDA E ACONDICIONAMENTO ADEQUADO.

Ligue agora!
021 3411-5489

Av. Salvador Allende 6700 • Loja 183
Recreio dos Bandeirantes • Rio de Janeiro • RJ
CEP 22790-714 • contato@pharmanew.com.br

Neuropatias de fibras finas: etiologia

Marcos RG de Freitas*

RESUMO
As neuropatias de fibras finas vêm sendo referidas nos últimos anos. Caracterizam-se por dor e parestesias nas extremidades dos membros inferiores. Ao exame verificam-se, apenas distalmente, alterações das sensibilidades térmica e dolorosa. Por vezes o sistema nervoso autônomo é acometido. Exames mais sofisticados são necessários para a confirmação da existência desta afecção. Neste trabalho procuramos enumerar as principais etiologias desta condição. Apesar de investigação minuciosa, em cerca de 30% dos casos a causa não é identificada.

PALAVRAS-CHAVE:
Neuropatia de fibra fina. Dor neuropática. Poliganglioneuropatia.

ABSTRACT
Small fiber neuropathy (SFN) has been recognized in the last years. SFN is characterized by sensory symptoms as pain and paresthesia mainly in distal lower limbs. Patients may have decreased pinprick, and thermal sensation in the affected regions. In some cases, the autonomic fibers may be involved. A number of methods are required for detection of SFN. The aim of this work is report many etiologies of SFN. Although the performance of various tests 30% of SFN remains without a known etiology.

KEY WORDS:
Small fiber neuropathy. Neuropathic pain. Poliganglioneuropathy.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, graças à introdução de exames sofisticados para investigação da função, isto é, fibras amielínicas (C) e fibras mielínicas de pequeno calibre (A delta), tem sido diagnosticado um acometimento de nervos periféricos, denominado de Neuropatia de Fibras Finas (NFF). As fibras descritas conduzem a sensibilidade dolorosa, térmica e autonômica, provocando, com seu acometimento, este tipo de neuropatia também denominada neuropatia dolorosa. Denomina-se neuropatia autonômica, quando a disautonomia ocorre isoladamente[1].

Caracteriza-se esta neuropatia por dor dos mais variados tipos, como queimação, agulhadas, pontadas etc; geralmente localizada nas extremidades dos membros, iniciando-se pelos membros inferiores e tendo uma evolução comprimento dependente. Os sinais e sintomas das fibras de grande calibre estão ausentes. Assim, o exame da força, reflexos e da sensibilidade proprioceptiva está normal. A eletroneuromiografia (ENMG), que estuda as fibras de grande calibre, também se encontra sem alterações.

No entanto, o acometimento pode ser no corpo das células dos gânglios das raízes posteriores, responsáveis pelas fibras finas. Nestes casos, as alterações da sensibilidade, não serão comprimento dependente, e sim aleatórias, podendo ser assimétricas, mais nos membros superiores, refletindo o comprometimento destes gânglios. Nesta modalidade, a melhor denominação seria poliganglioneuropatia de fibras finas (PGNFF).

Testes laboratoriais, cada vez mais apurados, surgiram para confirmar o comprometimento destas fibras. Destacam-se o teste quantitativo sensitivo (QST), o estudo do período cutâneo silencioso, a verificação dos potencias evocados pelo Laser (LEPS) e pelo calor (CHEPS), a microscopia ocular confocal e a biópsia de pele com exame histopatológico em imunofluorescência (PGP 9,5)[2].

A finalidade deste artigo é a de apresentar as principais causas de NFF.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico de NFF deve ser realizado quando duas das seguintes alterações estiverem presentes:

a) Sinais clínicos de acometimento de fibras finas: hipoestesia dolorosa ou térmica, e/ou alodinia e/ou hiperalgesia, com distribuição de polineuropatia comprimento dependente ou não comprimento dependente;

b) Exames eletrofisiológicos demonstrando limiar alterado para dor e/ou temperatura;

c) Redução da densidade de fibras amielínicas em biópsia de pele[1].

Dentre as síndromes periféricas que se caracterizam por acometimento das fibras finas temos a polineuropatia de fibra fina (PNFF), a poliganglioneuropatia de fibra fina (PGNFF), a eritromelalgia, o distúrbio doloroso paroxístico extremo e, recentemente, a fibromialgia[3].

ETIOLOGIA

Em 67 casos de NFF estudados por Devigili et al.[1] a etiologia pode ser identificada em 46 pacientes e desconhecida em 21. As mais frequentes foram as devidas ao diabetes mellitus,

**Acadêmico Titular da ACAMERJ. Professor Colaborador de Neurologia da UFRJ. Professor Titular (Aposentado) de Neurologia da UFF.*
***Endereço para correspondência**: Rua Gastão Ruch, 16/1402, Niterói, RJ. E-mail: mgdefreitas@outlook.com*

intolerância à glicose, síndrome de Sjögren, gamopatia monoclonal e hipotiroidismo.

Em diversas províncias italianas, foram vistos 33 pacientes com PNFF e 11 com PGNFF. Dos pacientes com PNFF, 16 foram devidos a intolerância pela glicose, dois por hepatite C, dois por crioglobulinemia, dois por uso de substâncias tóxicas, e um devido a Síndrome de Sjögren, outro a doença de Crohn e ainda outro a artrite reumatoide. Somente oito eram idiopáticos. Entre os pacientes com PGNFF cinco eram idiopáticos, dois apresentavam Síndrome de Sjögren; artrite reumatoide, doença de Chrohn, vírus C, e intolerância à glicose acometeram um paciente cada[4].

Na república Tcheca, em 88 pacientes com PNFF 19 foram idiopáticas, 12 por diabetes, 12 por intolerância à glicose, alcoolismo em 19, seis por gamopatia monoclonal, oito por doença de Lyme, quatro por hipotiroidismo, quatro paraneoplásicas e quatro por colesterol elevado[5].

Em estudo recente na Noruega, dos 84 pacientes diagnosticados como PNFF, 42 eram de natureza idiopática, 22 por sarcoidose, seis devido à diabetes mellitus, seis por substâncias tóxicas, quatro por intoxicação por vitamina B6, dois por mutação do gene SCN9A e outros seis por doenças mais raras[6].

Na Tabela 1, da NFF, levemente modificada de Lauria et al.[2], mostramos as principais determinantes etiológicas, adquiridas e hereditárias.

1 Doenças Adquiridas

a) Metabólicas

Diabetes Mellitus e intolerância à glicose

São as principais causas de NFF. A Organização Mundial de Saúde estimou que em 2010 houvesse cerca de 220 milhões de pessoas com diabetes no mundo[7]. Pensava-se que somente o diabetes estaria associado à polineuropatia de predomínio sensitivo. Atualmente, acredita-se que a intolerância à glicose determina PNFF caracterizada por dor tipo queimação, ardência, fisgada, com alodinia, de início nos pés, ascendendo, com evolução comprimento dependente. Alguns casos podem cursar sem dor. Estudando 97 pacientes com polineuropatia dolorosa idiopática, Sumner et al.[7] verificaram 26 com intolerância à glicose e 15 diabéticos. Enquanto que, nos enfermos diabéticos a PN era do tipo axonal sensitivo, naqueles com intolerância à glicose a PN era principalmente de fibras finas. Assim, nos indivíduos com intolerância à glicose, a PNFF seria uma forma mais precoce e mais leve da neuropatia diabética. Desta maneira, seria obrigatória a realização de teste de intolerância à glicose em pacientes com polineuropatia, sobretudo naqueles com PNFF. Há estudos que negam a maior probabilidade de pacientes com intolerância à glicose desenvolver PNFF. Esta seria devido à síndrome metabólica associada, destacando-se a hipertrigliceridemia[8].

Síndrome metabólica

Parece ser uma das causas atuais de NFF, mormente nos países com alto índice de obesidade. Estudando o período de silêncio cutâneo (PSC), que é mediado por fibras C e fibras A delta, em 25 pacientes com PNFF e hiperlipidemia e comparando com 23 indivíduos normais, Morkavuk e Leventoglu[9] verificaram alterações no PSC na maioria dos pacientes com PNFF e hiperlipidemia. Esta se constituía principalmente na elevação dos triglicerídeos. Assim, a dosagem dos lípides séricos também faz parte dos exames solicitados em pacientes com PNFF[10].

Hipotireoidismo

O hipotireoidismo pode ser idiopático, devido a tireoidite autoimune ou provocado por outras doenças da tireoide. São conhecidas as polineuropatias sensitivo-motoras associadas a este distúrbio. Estudos recentes têm mostrado a associação do hipotireoidismo com NFF. Em pacientes com NFF, alguns sem o quadro doloroso clássico, realizando exame de QST em 38 pacientes com hipotireoidismo, sendo a maioria de natureza autoimune, Ørstavik, et al.[11] encontraram oito enfermos com PN de fibras largas e vinte com PNFF. Estes últimos apresentaram sobretudo dor, alodinia, o que os autores denominaram de hiperfenômeno.

Carência de vitamina B12

Uma das mais frequentes determinantes de PN sensitiva ou sensitivo-motora na senectude é a falta de vitamina B12. Pode levar à mielopatia ou à polineuropatia isoladas ou em combinação. Entretanto, em alguns casos caracteriza-se por NFF. Nesta condição parece que o acometimento é nos gânglios das raízes posteriores, pois a alteração sensitiva não é comprimento dependente. Kahn e Zhou[12], em 63 pacientes com NFF, identificaram a etiologia em 23, sendo a deficiência de vitamina B12 encontrada em dois (3,2%).

b) Infeciosas

HIV

A polineuropatia sensitiva dolorosa é a complicação mais frequente do HIV após a introdução do esquema "Highly Active Antiretroviral Therapy" (HAART). É do tipo comprimento dependente e a dor é predominante nos pés, piorando à noite. Parece que o vírus libera citocinas tóxicas, que acometem inicialmente as pequenas fibras amielínicas. Em exames de autópsia verifica-se presença de macrófagos e linfócitos nos gânglios das raízes inflamatórias. Nestes casos o tipo de neuropatia é o não comprimento dependente, isto é, PGNFF. Por outro lado, os fármacos usados no tratamento da virose (estavudina/didehydro-deoxythymidina/d4T, didanosina/2', 3'-dideoxyinosina/ddI e zalcitabina/2',3'- dideoxycytidina/ddC), são neurotóxicos e provocam neuropatia semelhante dose-dependente, devido a distúrbios das mitocôndrias. Na maioria dos enfermos com PNFF pelo HIV, a biópsia de pele revela perda de fibras amielínicas[13 -15].

Vírus da hepatite C

Apesar de não ser a mais frequente das PN associada a esta virose, também se verifica casos com PNFF. Dos 230 pacientes com vírus da hepatite C, não tratados em várias cidades italia-

nas, 191 apresentavam neuropatia periférica. Em 30 enfermos parecia apresentar PNFF, pois tinham dores, alodinia nos pés, porém com ENMG normal[16].

Hanseníase

A forma neurítica pura da lepra representa de 5 a 10% dos casos. As mais frequentes constituem as mononeuropatias e as mononeuropatias múltiplas. No entanto, alguns pacientes apresentam-se com polineuropatias de predomínio sensitivos e algumas se comportam como PNFF. Têm as mesmas características das PNFF, porém a sensibilidade não tem a alteração característica comprimento dependente, tampouco se apresenta com os distúrbios assimétricos das PGNFF. Aqui, a sensibilidade acomete fibras amielínicas, de variados nervos, provocando, no entanto, quadro sensitivo semelhante à PNFF, com reflexos presentes e ENMG normal. Nestes casos, apesar da normalidade do exame eletrofisiológico, a biópsia de nervo sensitivo revela alterações típicas da hanseníase[17].

c) Tóxicas e medicamentosas

Álcool

O consumo de bebidas com teor alcoólico elevado nos países em desenvolvimento propicia a polineuropatia alcoólica, sobretudo naqueles indivíduos com deficiência alimentar. Desta maneira, o uso crônico do álcool ainda constitui, em nosso meio, uma causa apreciável de PN. Entre 1979 e 1998, a polineuropatia alcóolica ocupou o segundo lugar nas polineuropatias atendidas em nosso ambulatório de doenças neuromusculares[18]. Uma das formas é a PNFF. O diagnóstico é fácil, excluindo-se outras causa de PN. No entanto, pode haver associações com outras afecções, como o diabetes, hipotireoidismo, carências de vitamina B etc.

Medicamentos

Os principais fármacos que podem causar PNFF estão alistados na Tabela 1. Citaremos aqui, a estatina, uma das medicações mais usadas atualmente, na quase totalidade dos países. Todas as estatinas podem provocar a PN. Costuma ocorrer naqueles que a usam por mais tempo e com doses mais elevadas. Uma das provas, da relação com a PNFF, é regressão do quadro clínico após a supressão do fármaco devido a alteração da reposta cutânea simpática. Lo et al.[19] descreveram três pacientes, que tiveram alivio dos sintomas, com a retirada do medicamento.

d) Doenças autoimunes

Doença celíaca

Cerca de 20% de indivíduos com sensibilidade ao glúten têm distúrbios neurológicos, como a ataxia cerebelar e a polineuropatia[20]. Esta última pode assumir características de PNFF. Assim, diante de PNFF de determinante etiológica desconhecida, torna-se necessária a solicitação de anticorpos específicos, isto é, antigliadina IgG e IgA e, mais recentemente, a antitransglutaminase.

Sarcoidose

A sarcoidose é uma afecção inflamatória que acomete vários setores do organismo e se caracteriza pela presença de granuloma não caseoso.[21] O sistema nervoso é acometido em 5% dos casos, sendo a paralisia facial periférica a manifestação mais frequente. No entanto, raramente apresenta-se como polineuropatia, sendo a PNFF uma das variantes. A realização de exames complementares, sobretudo a biópsia ganglionar, permite a certeza diagnóstica[22].

Síndrome de Sjögren

Esta talvez seja uma das mais frequentes causas de NFF. Aqui o acometimento é predominante dos gânglios das raízes posteriores, sendo assim uma PGNFF. Biópsia de pele realizada na coxa e no pé de indivíduos com esta PN revelou maior perda de fibras amielínicas na coxa[23]. Predomina no sexo feminino em 92,5% dos casos. Os sintomas mais frequentes são: dor em queimação (90%), dormência (87,5%), formigamento (82,5%), agulhadas (72,5%), descargas elétricas (70%) e alodinia (55%). Podem ocorrer distúrbios vasomotores e hiperhidrose[23].

Artrite Reumatoide

Em 44 pacientes com NFF estudados por Gemignami et al.[4], somente um apresentava artrite reumatoide e o acometimento sensitivo era do tipo não comprimento dependente, localizando a afecção nos gânglios das raízes posteriores.

e) Doenças inflamatórias do aparelho digestivo

Na doença de Crohn e na colite ulcerativa, as neuropatias periféricas ocorrem de 0,9 a 3,8%. As neuropatias desmielinizantes representam 30% dos casos[24]. Em um terço dos casos, trata-se de NFF. Devem ser excluídas causas como carência de vitamina B12 e uso de metronidazol. Podem ser do tipo PNFF ou PGNFF. Os homens são mais sujeitos a terem neuropatia desmielinizante, enquanto nas mulheres, predomina o acometimento axonal e as NFF[24].

2 Doenças hereditárias

Amiloidose

A amiloidose familiar, cujas mutações na transtirretina são as mais encontradas, tem sido vista com frequência em nosso meio, devido à grande migração lusitana, ocorrida em várias épocas de nossa história. Assim, a mutação Val30Met é sensivelmente a mais diagnosticada. Costuma iniciar-se por PNFF, do tipo comprimento dependente. Por vezes, as manifestações autonômicas, sempre presentes, podem preceder o quadro. Com a evolução da doença, as fibras de grande calibre são acometidas, somando-se distúrbios motores[25].

Doença de Fabry

A doença de Fabry é uma afecção hereditária, ligada ao cromossomo X, por deficiência parcial ou total da enzima alfa-

Tabela 1 - Principais etiologias de NFF

CAUSAS		CD	NCD
METABÓLICAS	Diabetes	+	
	Intolerância a glicose	+	
	Hiperglicemia súbita	+	
	Hipotiroidismo	+	+
	Sindrome metabólica	+	
	Deficiência de Vit B12		+
INFECCIOSAS	HIV	+	
	Hepatite C	+	
	Influenza		+
	HTLV 1	+	
	Hanseniase?		+
TÓXICAS, MEDICAMENTOSAS	Drogas antivirais		
	Metronidazol	+	
	Bortezomid	+	
	Estatinas	+	
	Nitrofuranteina		+
	Linezulide	+	
	Flecaininida	+	
	Alcoolismo	+	
AUTOIMUNES	Doença celiaca		+
	Sarcoidose	+	
	S de Sjogren	+	+
	LES	+	
	Artrite reumatóide		+
	Doenças inflamatórias intestinais	+	+
	Sindrome paraneoplásicas	+	+
	Gamopatia monoclonal	+	+
	Sindrome complexa regional I		+
GENÈTICAS	NSAH tipo IV	+	
	Doença de FABRY	+	+
	Amiloidose	+	
	Sindrome dos Pés queimantes	+	
	Mutação dos canais de Na (SCN9A)	+	+
DESCONHECIDAS		+	+

CD: comprimento dependente. NCD: não comprimento dependente, NSAH: neuropatia sensitiva autonômica hereditária. Fonte: Lauria et al[2].

galactosidase. Costuma manifestar-se na juventude. São frequentes os distúrbios autonômicos, como anidrose e distúrbios do ritmo intestinal. Associa-se por vezes com angioqueratoma e opacidade da córnea[26]. Há uma variante tardia, que além da NFF apresenta-se com cardiomiopatia e acometimento renal. As fibras amielínicas são as mais afetadas do sistema nervoso periférico. Por vezes, a doença só se manifesta por NFF. Em 47 pacientes com NFF, vistos por Samuelsson et al.[27], a doença de Fabry foi diagnosticada em seis.

Neuropatia sensitiva autonômica hereditária (NSAH) tipo IV

Esta rara afecção, também chamada insensibilidade congênita a dor e anidrose, caracteriza-se por ausência de dor e de temperatura associadas a anidrose generalizada. É de natureza recessiva autossômica, devida a mutação no gene NKRK1, mapeado no cromossomo 1q21-q22. Consequente à insensibilidade dolorosa e térmica, verifica-se com a evolução, automutilação, fraturas ósseas e traumatismo articular. Pela presença dos distúrbios da termorregulação, estas crianças apresentam episódios de febre recorrente[28].

3 Causas desconhecidas

Mutações dos Canais de Sódio

Os canais de sódio são importantes na regulação da excitabilidade neuronal e do início e da propagação dos potenciais de ação. Variantes funcionais no canal de sódio Nav1.7, codificado pelo gene SCN9A, tem sido visto em 30% dos casos de PNFF de causa desconhecida[3,30]. Estas mutações provocam hiperexcitabilidade nas células dos gânglios das raízes posteriores. Além disto, outras síndromes, como a eritromelalgia hereditária e os distúrbios de dor extrema paroxística têm também sido atribuídas a estas mutações[3].

Recentemente, sete mutações nos canais de sódio Nav1.8 foram descritas em nove de 104 pacientes com PNFF[31]. Experimentalmente, também o ganho de função no canal de sódio Nav1.9 tem sido relatado no desencadeamento de dor[32].

CONCLUSÕES

As PNFF e as PGNFF têm sido referidas como associadas a dor neuropática. A anamnese e o exame físico, geralmente fornecem o diagnóstico destas entidades. Entretanto, podemos recorrer a exames eletrofisiológicos e histopatológicos para confirmar o diagnóstico destas afecções. Várias são as etiologias destas síndromes, porém em 30% dos casos, ainda não se consegue identificar a natureza do acometimento. Com os estudos da genética molecular, algumas afecções ligadas a ganho de função em canais

de sódio têm esclarecido alguns desses casos de etiologia indeterminada.

REFERÊNCIAS

1. Devigili G, Tugnoli V,Penza P,Camozzi F,Lombardi R,Melli et al. The diagnostic criteria for small fibre neuropathy:from symptoms to neuropathology. Brain. 2008;131:1912-25.
2. Lauria G, Merkies ISJ,Faber CG. Small fibre neuropathy. Curr Opin Neurol. 2012;25:543-9.
3. Estacion M, Han C, Choi JS, Hoeijmakers JG, Lauria G, Drenth JP, et al. Intra- and interfamily phenotypic diversity in pain syndromes associated with a gain-of-function variant of NaV1.7. Mol Pain. 2011;2:7-92.
4. Gemignani F, Giovanelli M, Vitetta V, Santilli D, Bellanova MF, Brindani F, et al. Non-length dependent small-fiber neuropathy. A prospective case series. J Peripher Nerv System. 2010;15:57-62.
5. Benarik J, Vickova-Moravcova E, Bursova S, Belobradkova J, Dusek L, Sommer C Etiology of small fiber neuropathy. J Peripher Nerv System. 2009;14:177-83
6. Peters MJH, Bakkers M, Merkies ISJ, Hoeijmakers, JGJ, van Raak EPM, Faber CG. A survey in the Netherlands. Neurology. 2013;81:1356–60
7. Sumner CJ, Sheth SA, J, Griffin JW, Cornblath DR, Polydefkis M. The spectrum of neuropathy in diabetes and impaired glucose tolerance. Neurology. 2003;60;108-11
8. Hughes RAC ,Umapathi T, Gray IA, Gregson NA, Noori M, Pannala AS et al. A controlled investigation of the cause of chronic
idiopathic axonal polyneuropathy. Brain 2004,127:1723–30.
9. Morkavuk G, Leventoglu A. Small Fiber Neuropathy Associated with Hyperlipidemia: Utility of Cutaneous Silent Periods and Autonomic Tests. ISRN Neurology. Volume 2014, Article ID 579242, 6 pages.
10. McManis PG, Windebank AJ , Kiziltan M. Neuropathy associated with hyperlipidemia. Neurology. 1994;44:2185-6
11. Ørstavik K, Norheim N, Jørum E. Pain and small-fiber neuropathy in patients with hypothyroidism. Neurology. 2006;67:786-91.
12. Khan S, Zhou L. Characterization of non-length-dependent small-fiber sensory neuropathy. Muscle Nerve. 2012;45:86-91
13. Zhou L, Kitch DW, Evans SR, Hauer P, Raman S, Ebenezer, GJ, et al. Correlates of epidermal nerve fiber densities in HIV-associated distal sensory polyneuropathy. Neurology. 2007;68:2113-9
14. Hao S. The Molecular and Pharmacological Mechanisms of HIV-Related Neuropathic Pain. Curr Neuropharmacol. 2013;11:499-512
15. Schütz SJ, Robinson-Papp J. HIV-related neuropathy: current perspectives. HIV/AIDS – Res and Pall Care. 2013;5:243-51.
16. Santoro L Manganelli F, Briani C, Giannini F, Benedetti L, Vitelli E, et al. Prevalence and characteristics of peripheral neuropathy in hepatitis C virus population. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77:626- 9.
17. de Freitas MRG, Nascimento OJM, Oliveira ALA, Quaglino EMA, Hahn MD. Small-fiber polyneuropathy in leprosy without skin changes: study of 17 cases. Arq Bras Neuropsiquiatr. 2003;61:541-6.
18. de Freitas MRG, Nascimento OJM, Chimelli L, Marques H. Polineuropatias. Estudo de 407 Casos Atendidos no HUAP de 1978 a 1989. Rev Bras Neurol. 1990;26:165-9.
19. Lo IL, Leoh THLoh LM, Tan CE. Statin therapy and small fibre neuropathy: a serial electrophysiological study. J Neurol Sci. 2003; 208:105–8.
20. Chin RL, Sander HW, Brannagan TH, Green PHR, Hays AP, Alaedini A, Latov N. Celiac neuropathy. Neurology. 2003;60:1581–5.
21. Heij L, Dahan A,Hoitsma E. Sarcoidosis and Pain Caused by Small-Fiber Neuropathy. Hindawi Publishing Corporation Pain Research and Treatment Volume 2012, Article ID 256024, 6 pages doi:10.1155/2012/256024.
22. Said G. Sarcoidosis of the Peripheral Nerve System in Said G, Krarup C. Peripheral Nerve Disorders. Elsevier, Edinburgh, 2013, p485-98.
23. Chai J, Herrmann DN, Stanton M, Barbano RL, Logigian, EL. Painful small-fiber neuropathy in Sjogren syndrome. Neurology. 2005;65:925-7.
24. Gondim FAA, Brannagan III TH, Sander HW, Chin RL,Latov N. Peripheral neuropathy in patients with inflammatory bowel disease. Brain. 2005;128:867–79.
25. Ando Y, Coelho T, Berk JL, Cruz MW, Ericzon B, Ikeda S, et al. Guideline of transthyretin-related hereditary amyloidosis for clinicians. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2013;31:2-18.
26. Burlina AP, Sims KB, Politei JM, Bennett GJ, Baron R, Sommer C, et al. Early diagnosis of peripheral nervous system involvement in Fabry disease and treatment of neuropathic pain: the report of an expert panel. BMC Neurology.2011;11:61
27. Samuelsson K, Kostulas K, Vrethem M, Rolfs A, Press R. Idiopathic Small Fiber Neuropathy: Phenotype, Etiologies, and the Search for Fabry Disease. J Clin Neurol. 2014;10:108-18 .
28. Auer-Grumbach M. Hereditary sensory and autonomic neuropathies in Said G and Krarup C. Peripheral Nerve Disorders.Elsevier, Edinburgh 2013, p893-90
29. Han C, Hoeijmakers JGJ, Ahn H, Zhao P, Shah P, Lauria G et al. Nav1.7-related small fiber neuropathy Impaired slow -inactivation and DRG neuron hyperexcitability Neurology. 2012;78:1635–43.
30. Faber CG, Hoeijmakers JG, Ahn HS, Cheng X, Han C, Choi JS, Estacion M, et al: Gain of function Na(V) 1.7 mutations in idiopathic small fiber neuropathy. Ann Neurol. 2012;71:26-39.
31. Faber CG, Lauria G, Merkies ISJ, Cheng X, Han C, Ahn H, et al. Gain-of-function Nav1.8 mutations in painful neuropathy. PNAS. 2012;109(47):19444-9.
32. Fang X , Djouhri L, Black JA, Dib-Hajj SD, Waxman SG, Lawson SN. The Presence and Role of the Tetrodotoxin-Resistant Sodium Channel Nav1.9 (NaN) in Nociceptive Primary Afferent Neurons. J Neurosc. 2002;22:7425–33.

Cirurgia de varizes com ou sem retirada da veia safena maior: estudo comparativo

Antônio Luiz de Araújo[1]; Wilson Abreu Miranda[2]; Regina Célia de Andrade Ferreira de Araújo[3]

RESUMO
A doença venosa crônica é a principal causa de varizes de membros inferiores (MMII), enfermidade que atinge grande parte da população adulta, gerando edema, veias tortuosas e abauladas, dor, queimação, e, em casos mais graves, úlceras de difícil cicatrização. A classificação de CEAP é utilizada para padronizar os diferentes graus de acometimento dos indivíduos, em que 'C' representa a clínica do paciente, 'E' está relacionado à etiologia, 'A' refere-se à anatomia, e 'P', de fisiopatologia em inglês, correspondendo à presença de refluxo de sangue ou franca obstrução. Tal classificação tem seis níveis, que variam desde o membro sadio, até o estágio de úlcera em atividade. A partir da identificação e classificação da doença, o objetivo é estabelecer o melhor tratamento para cada paciente. Diversas técnicas são descritas e empregadas, desde medicações orais, procedimentos minimamente invasivos e cirurgias. Este trabalho teve como objetivo comparar pacientes submetidos à cirurgia de varizes nos MMII, com ou sem a retirada da veia safena maior, usando como parâmetro a classificação CEAP, complementada pelo eco-Doppler venoso. Foram avaliados 19 pacientes, totalizando 37 membros inferiores operados, dos quais 11 foram submetidos à safenectomia total e 26 tiveram a veia safena maior preservada. Observou-se que, nos pacientes com classificações CEAP mais elevadas no pré-operatório, os resultados foram melhores quando safenectomizados. Na classificação CEAP2 pré-operatória, os resultados finais foram equivalentes, independentemente das técnicas cirúrgicas utilizadas.

PALAVRAS-CHAVE:
Insuficiência venosa. Varizes. Safenectomia. Cirurgia. Membros inferiores.

ABSTRACT
Chronic venous disease is the main cause of lower limb varicose veins, a condition that affects a large part of the adult population causing edema, tortuous and bulging veins, pain and, in more severe cases, ulcers that are difficult to heal. In order to classify the different degrees of involvement of the individuals, we used the CEAP classification, where 'C' represents the patient's clinical condition, 'E' is related to the etiology, 'A' referring to the affected anatomy, and 'P' as to the pathophysiology in English, noting if there is blood reflux or frank obstruction. Such classification has six levels, ranging from the healthy limb to the active ulcer stage. From the identification and classification of the problem, the goal of the physician is to determine the best treatment for each patient. Several techniques are described and applied, like oral medications, minimally invasive procedures and surgeries. The objective of this study was to evaluate the relation between CEAP levels before and after the surgery, with and without the removal of the safena major vein as a resolution proposal for the pathology presented. We evaluated 19 patients, totaling 37 affected lower limbs, of which 11 underwent total saphenectomy and 26 had the safena major vein preserved. It was observed that, among the patients evaluated in this study, those with higher preoperative CEAP scores obtained a better result when undergoing saphenectomy. While in the lower classifications of the preoperative CEAP the final results were shown to be equivalent, adopting any of the surgical techniques used.

KEY WORDS:
Venous insufficiency. Varicose veins. Saphenectomy. Surgery. Lower limbs.

INTRODUÇÃO

Varizes de membros inferiores (MMII) são caracterizadas por sintomatologia produzida por hipertensão venosa decorrente de alterações funcionais ou estruturais das veias desses membros[(1)]. Varizes calibrosas são observadas com protrusão na pele em cerca de 1/4 da população, alcançando 20 a 25% das mulheres e 10 a 15% dos homens [(2)].

A classificação da enfermidade foi sistematizada em 1994 pela configuração de (em inglês): Clinical manifestations(c), Etiological factors(e), Anatomic distribution of disease(a), Pa-

[1]*Professor Titular de Cirurgia Vascular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Membro Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ)*
[2]*Interno de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG – UNIRIO). Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia Vascular da UNIRIO (LACIV);*
[3]*Título Superior de Anestesiologia da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Corresponsável do Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Hospital Federal da Lagoa, RJ.*
Endereço para correspondência: *Antônio Luiz de Araújo - Av. Henrique Dodsworth, 180 apt. 1004 - Copacabana - RJ 22061-030*
E-mail: antndar@terra.com.br

thophysiologic findings(p) – CEAP (Quadro 1), que inclui a descrição de sinais clínicos objetivos; da etiologia; da distribuição anatômica do refluxo e/ou obstrução nas veias superficiais, profundas ou perfurantes; e fisiopatologia do refluxo ou oclusão venosa[3,4]. Tais parâmetros e o eco-Doppler orientam a conduta[5-7].

É doença de expressividade social, comprometendo diretamente a autoestima além de prejudicar no trabalho[8,9].

Existem várias propostas para tratar varizes de membros inferiores: medicações orais, meias elásticas e cirurgias[10]. O refluxo sanguíneo, por válvula insuficiente, na veia safena maior (VSM) é a forma mais frequente de insuficiência venosa[11]. As veias safenas maiores desempenham importante papel na hemodinâmica do retorno venoso dos MMII e determinam, quando disfuncionantes, alterações estéticas, fisiopatológicas, funcionais e, até, psicológicas relevantes.

Quando íntegras, as VSM podem servir de alternativas para revascularizações infrainguinais dos MMII, pontes aorto-coronarianas e, ainda, correções de traumas vasculares[4]. Daí a preservação ser justificada.

Quadro 1 – Classificação CEAP

Classificação clínica [C], *clinical signs*:	
C 0	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa;
C 1	Telangiectasias e/ou veias reticulares
C 2	Veias varicosas
C 3	Veias varicosas mais Edema
C 4a	Hiperpigmentação ou eczema
C 4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C 5	Úlcera venosa cicatrizada
C 6	Úlcera ativa
Classe s	Sintomático - dor, sensação de aperto, irritação da pele, sensação de peso, câibras musculares, outras queixas atribuíveis a disfunção venosa
Classe a	Assintomático
Classificação etiológica [E], *etiology*:	
Ec	Congênita
Ep	Primária
Es	Adquirida ou secundária (Pós trombótica)
En	Sem causa definida
Classificação anatômica [A, *anatomic distribution*]:	
As	Veias superficiais
Ad	Veias profundas
Ap	Perfurantes
An	Localização não definida
Classificação fisiopatológica [P], *pathophysiology*:	
Pr	Refluxo
Po	Obstrução
Pr,o	Refluxo e obstrução
Pn	Sem fisiopatologia identificada

Fonte: Eklöf B et al.(3), Padberg FTJr.[4]

OBJETIVO

Comparar os resultados imediatos de cirurgia de varizes dos membros inferiores, com ou sem retirada da veia safena maior, baseados nas classificações CEAP pré e pós-operatórias.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo prospectivo, por período seis meses, de março a outubro de 2017, no Hospital Universitário Graffrée e Guinle. Os pacientes apresentavam varizes, em graus variados e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética na pesquisa sob o nº. 77667817.9.0000.5258

O exame físico, classificação de CEAP, juntamente com eco-Doppler venoso de MMII, indicaram cirurgias a partir de CEAP 2. Foram excluídos os pacientes com úlcera ativa e os já operados de varizes.

Quando o diâmetro da VSM era superior a 0,7cm no eco-Doppler, indicou-se remoção total. Sendo o diâmetro igual ou inferior a 0,7cm, procedeu-se a exérese das veias colaterais varicosas, preservando-se a VSM, independentemente da classificação CEAP pré-operatória. Dois grupos foram avaliados: um com pacientes submetidos à safenectomia e outro com preservação da VSM.

Foram acompanhados 19 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 29 e 76 anos, sendo 37 MMII acometidos por varizes de diferentes graus. As classificações CEAP antes da cirurgia oscilaram entre 2 e 4 (Figura 1). Dezenove membros (51,3%) apresentavam CEAP 2; dez (27%) eram CEAP 3 e oito dos membros (21,6%) foram classificados como CEAP 4.

Os resultados foram analisados estatisticamente pelo teste exato de Fisher onde a hipótese nula foi a de não ter diferença entre as técnicas (com ou sem retirada da veia safena maior).

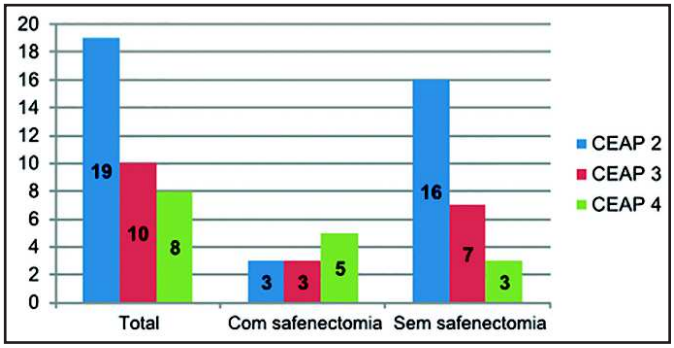


***Figura 1** - Classificação CEAP dos membros inferiores no pré-operatório e de acordo com os procedimentos cirúrgicos realizados (com ou sem safenectomia)*

RESULTADOS

Dos 37 MMII, 11 foram submetidos à safenectomia e 26 à exérese de vasos colaterais varicosos. Todos os níveis de CEAP pré-operatório tiveram casos com indicação de safenectomia, mas no CEAP 4 foi observado maior percentual do procedimento (5/8 - 62,5%). No CEAP 2 houve maior indicação de preservação da VSM (16/19), totalizando 84,2% (Figura 2).

Considerando toda casuística e comparando-se os membros inferiores que foram submetidos a safenectomia com aqueles que a preservaram, houve uma melhora significativa da classificação do CEAP no pós-operatório em ambos os procedimentos (Tabelas 1 e 2).

Analisando-se cada estratificação CEAP pré-operatória, oito membros possuíam classificação 4, sendo que, destes, cinco (62,5%) membros foram submetidos a safenectomia, obtendo-se no pós-operatório CEAP 1 em três membros e CEAP 2 em dois. Para os três membros com CEAP 4 com preservação da VSM, um dos membros apresentou CEAP 1 no pós operató-

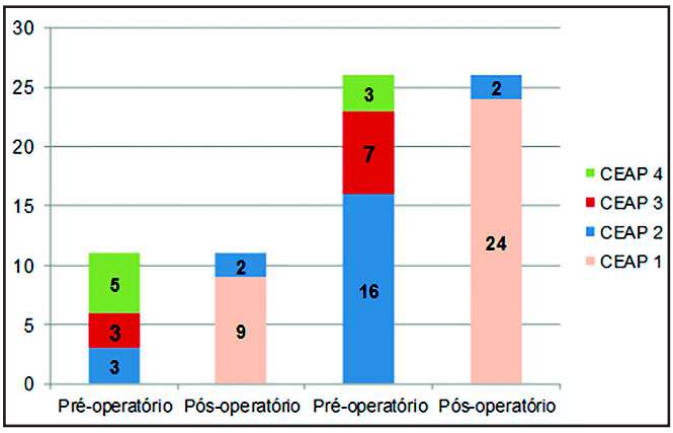


Figura 2 *- Classificação CEAP dos membros inferiores no pré-operatório e no pós-operatório de acordo com os procedimentos cirúrgicos realizados (com e sem safenectomia)*

Tabela 1 - Classificação CEAP dos membros inferiores no pré e pós-operatório de pacientes que não foram submetidos a safectomia.

Classificação	Pré-operatório N (%)	Pós-operatório N (%)	Valor de p*
CEAP 1	0 (0)	24 (92,3)	< 0,0001
CEAP 2	16 (61,6)	2 (7,7)	< 0,0001
CEAP 3	7 (26,9)	0 (0)	0,0049
CEAP 4	3 (11,5)	0 (0)	0,1176
Total	26 (100)	26 (100)	

** Teste exato de Fisher*

Tabela 2 - Classificação CEAP dos membros inferiores no pré e pós-operatório de pacientes que foram submetidos a safenectomia

Classificação	Pré-operatório N (%)	Pós-operatório N (%)	Valor de p*
CEAP 1	0 (0)	9 (81,8)	< 0,0001
CEAP 2	3 (27,3)	2 (18,2)	0,5000
CEAP 3	3 (27,3)	0 (0)	0,1071
CEAP 4	5 (45,4)	0 (0)	0,0175
Total	11 (100)	11 (100)	

** Teste exato de Fisher*

rio e, os outros dois CEAP 2 (Tabelas 1 e 2).

A VSM foi preservada na maioria (7 membros - 70%) dos 10 membros CEAP 3 no pré-operatório. Independentemente das técnicas cirúrgicas aplicadas, o resultado final foi o mesmo: CEAP 1 no pós-operatório. Em relação aos 19 membros com CEAP 2 no pré-operatório, a VSM foi preservada em 16 membros (84%) e a safenectomia realizada em três (16%). De forma semelhante ao descrito anteriormente, todos os membros evoluíram para CEAP 1 no pós-operatório (Figura 2).

As Figuras 3 e 4 apresentam os aspectos clínicos, através de registros fotográficos, dos membros inferiores no pré e pós -operatório imediato.

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico das varizes produz bons resultados de imediato, ocorrendo redução considerável no refluxo das veias, com ou sem safenectomia[10,12].

Figura 3 *- Aspectos clínicos através registros fotográficos no pré e pós-operatório imediato (7º dia): Foto 3a -. CEAP 4 no pré-operatório; Foto 3b- CEAP 2 no pós-operatório*

Figura 4 *- Aspectos clínicos através registros fotográficos no pré e pós-operatório imediato (7º dia): Foto 4a -. CEAP 3 no pré-operatório; Foto 4b - CEAP 1 no pós-operatório*

Estudos mostram que há uma tendência a não realizar safenectomia sem indicação máxima. Isto é decorrente da insuficiência venosa não estar completamente instalada em alguns casos e, portanto, ao se remover as veias colaterais acometidas, alivia-se a sobrecarga da VSM, diminuindo seu refluxo e diâmetro [3,12,13].

Considerando toda a casuística, observou-se que a preservação da VSM teve melhores resultados em relação à classificação de CEAP no pós-operatório. Entretanto, ao se avaliar cada subtipo do CEAP no pré-operatório, verificou-se que nos casos classificados como CEAP 4, a safenectomia produziu

melhores resultados. Nos outros subtipos, CEAP 2 e 3, o resultado obtido foi o mesmo independentemente da técnica cirúrgica empregada.

Notou-se que os pacientes classificados como CEAP 4 possuíam mais de 60 anos de idade, corroborando estudos que afirmam caráter progressivo das varizes[14,15]. Constatou-se, também, a satisfação dos pacientes no pós-operatório, com o retorno às atividades laborais sem queixas álgicas e com edema reduzido.

Compete registrar que nem todos os pacientes CEAP 4 foram submetidos à retirada da VSM por não apresentarem diâmetro da mesma superior a 0,7 cm ao eco-Doppler pré operatório.

CONCLUSÃO

Houve, no pós-operatório imediato, diminuição significativa dos níveis de CEAP com tratamento cirúrgico, independentemente da remoção ou não da veia safena maior.

Quanto maior o grau de insuficiência venosa torna-se mais precisa a indicação da safenectomia, promovendo assim uma melhora clínica pós-operatória.

O eco-Doppler pré-operatório é o "padrão ouro" para se optar entre safenectomia ou remoção das veias colaterais acometidas e a classificação CEAP pré e pós-operatória colabora na avaliação da gravidade da doença e no resultado obtido com as duas condutas cirúrgicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lins EM, Barros JW, Appolônio F, Lima EC, Barbosa JM, Anacleto E. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores. J Vasc Bras. 2012;11:301-4.
2. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. Br J Surg. 1994;81:167-
3. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders. J Vasc Surg. 2004; 9:1248-52.
4. Padberg FT Jr. CEAP classification for chronic venous disease. Dis Mon. 2005;51:176-82.
5. Magnusson M, Kalebo P, Lukes P, Sivertsson R, Risberg B. Colour Doppler ultrasound in diagnosing venous insufficiency. A comparison to descending phlebography. Eur J Vasc Endovasc Surg. 1995;9:437-43.
6. Pereira AFA, Mesquita A, Gomes C. Abordagens cirúrgicas no tratamento de varizes. Angiologia e Cirurgia Vascular. 2014; 10:132-40.
7. Barros BCS, Araujo AL, Magalhães CEV, Barros RLS, Fiorelli SKA, Gatts RF. Efficacy of varicose vein surgery with preservation of the great safenous vein. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2015;42:111–5.
8. Gonzalez-Zeh R, Armisen R, Barahona S. Endovenous laser andecho-guided foam ablation in great saphenous vein reflux: One--year follow-up results. J Vasc Surg. 2008;48:940-6.
9. Timi JRR, Del Valle CE. Cirurgia de varizes dos membros inferiores em pacientes receptores de transplante hepático: relato de caso. J Vasc Bras. 2009;8:86-8.
10. Allaert FA. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents on malleolar venous edema. Int Angiol. 2012;31:310-5.
11. Labropoulos N, Leon LR Jr. Duplex evaluation of venous insufficiency. Semin Vasc Surg. 2005;18:5-9
12. Creton D. Diameter reduction of the proximal long saphenous vein after ablation of a distal incompetent tributary. Dermatol Surg. 1999;25:394-1.
13. Pittaluga P, Chastanet S, Rea B, Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. J Vasc Surg. 2009;50:101-18
14. Evans CJ, Fowkes FGR, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insuficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. J Epidemiol Community Health.1999;53:149-53.
15. Christopoulos D, Nicolaides AN, Szendro G. Venous reflux: quantification and correlation with the clinical severity of chronic venous disease. Br J Surg. 1988;75: 352-6.

Eleições na Acamerj
Dia 19 de setembro de 2018, de 10 às 19h na sede
Para a nova Diretoria referente ao triênio 2019 / 2021
A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do horário de votação

Centro de Diagnósticos por Imagens do CHN.

O mais moderno e bem equipado da região Norte-Leste Fluminense, aberto 24 horas.

Exames de imagem para Pacientes Externos diariamente no CHN. Inclusive à noite, fins de semana e feriados.*

Mais de 50 convênios atendidos.

Condições especiais para médicos e também pacientes sem plano de saúde.

Duas RM, sendo uma de 3 Teslas - Única na região*

Duas TC de 160 e 64 canais*

US com 3D e elastografia

Radiografias com escopia e telecomandado para estudos contrastados (adultos e crianças)

Dois aparelhos de hemodinâmica

Aparelhos de Ultrassonografia com Elastografia e 4D

Colonoscopia, Endoscopia e Broncoscopia

Prezado(a) Doutor(a),

AGENDE UMA VISITA E CONHEÇA DE PERTO A UNIÃO DA MELHOR TECNOLOGIA EM IMAGENS COM A EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DE NOSSA EQUIPE MÉDICA.

Agende agora: (21) 2729-1020

* Ressonância e Tomografia 24 horas. Consulte o horário dos demais exames.

Resp. Téc.: Dra. Ilza Fellows - CRM 5244109-9.

Qualidade Internacional Certificada:

QMENTUM GLOBAL

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA ONA

CHN Complexo Hospitalar de Niterói

Ciência, Arte e Técnica

Homenagem ao Professor Renam Catharina Tinoco

Adalmir Morterá Dantas*

É com elevada honra que homenageio o eminente Professor Renam Catharina Tinoco.

Realizou, o ilustre Mestre, admirável obra no campo da Medicina, o que lhe conferiu a marcante autoridade, que desfrutou em todo o mundo, como um dos cientistas e pensadores mais expressivos de uma época.

Renam não foi apenas o médico. Sua atividade estendeu-se a outros setores da Ciência e da Cultura. Preocupou-se com problemas gerais, nunca se perdendo em particularidades inexpressivas. Jamais se ajustou à Medicina puramente técnica, exclusivamente das máquinas e dos gráficos, sem considerar a personalidade do doente. Tratar seres humanos como seres humanos.

Os rasgos de sua inteligência deram-lhe essa concepção geral da qual resultou a exata compreensão de que os problemas da humanidade não se podem isolar e que a alma humana não pode se fixar nem se ajustar a fórmulas estandardizadas representativas de uma dolorosa regressão à negação da cultura. A parte não pode ser considerada isoladamente, sem a ideia do conjunto.

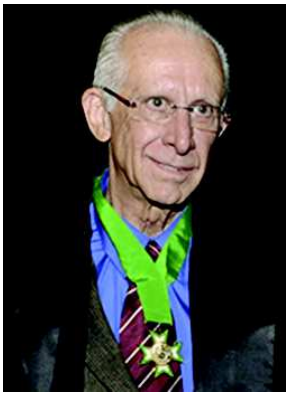
Sem dúvida, um dos graves erros dessa trágica era de dor e inquietações, é a tecnocracia dominando todos os campos do conhecimento humano, inclusive a Medicina. Em muitas clínicas altamente qualificadas, o doente antes de chegar ao médico que procura, submete-se ao rigoroso técnico das máquinas, como um autômato. E o médico, depois de ler vasto relatório, estabelece friamente a conduta. Mas, é preciso saber que cada doente é um problema, cabendo ao médico penetrar um pouco mais em sua personalidade.

Renam, no campo da Medicina, não apenas soube distinguir o papel importantíssimo da máquina e da técnica para o esclarecimento diagnóstico e as indicações terapêuticas, como também soube estabelecer os seus justos limites. Foi sempre muito além, e com sua extraordinária clarividência, levado por uma inteligência excepcional, realizou muito no campo da cirurgia geral.

Sua atuação médico-científica, especialmente no campo de cirurgia geral, é do mais alto valor e, por si só, capaz de preencher completamente a vida de um grande homem.

Outro aspecto interessante da personalidade de Renam foi sua vocação universitária e sua tendência para ensinar. Nele, o médico nunca se separou do mestre. Pensar e transmitir aos outros, especialmente aos jovens, seus pensamentos e ideias, foi a seiva de sua vida. Cumpria perfeitamente aqueles conceitos de "Vocação e Ética", ao transparecer, além da vocação religiosa, três outras: a do artista, a do sábio e a do mestre.

Nos bancos escolares da Faculdade Fluminense de Medicina seguimos o que disse o Professor Santiago Ramón y Cajal em seu livro "Regras e Conselhos sobre a Investigação Científica: — "A ciência visa sempre a aplicação, que poderá vir tardiamente, mas sempre virá".



"Renam não foi apenas o médico. Sua atividade estendeu-se a outros setores da Ciência e da Cultura. Preocupou-se com problemas gerais, nunca se perdendo em particularidades inexpressivas."

Renam Catharina Tinoco – Um espírito múltiplo, verdadeiro professor de ternura...

Renam Catharina Tinoco – Mestre de mestres.

Renam Catharina Tinoco – Sensibilidade e Inteligência.

Renam Catharina Tinoco – Um homem completo.

Renam Catharina Tinoco – Uma saudade.

Inclinando-me ante seu esquife, quero concluir como o personagem shakespeariano: — "Adeus, amado Príncipe".

**Acadêmico Emérito da Acamerj. Professor Emérito da UFRJ.*
Endereço para correspondência: *Rua Cel. Moreira César, 229 / 1509 Icaraí – Niterói 24230-052*
E-mail: dantasadalmir@gmail.com

“A poesia é necessária”

“Eu acho que todos deveriam fazer versos. Ainda que saiam maus. É preferível, para a alma humana, fazer maus versos a não fazer nenhum. O exercício da arte poética é sempre um esforço de auto-superação e, assim, o refinamento de estilo acaba trazendo a melhoria da alma.”

(Mario Quintana “Prosa & Verso”)

“Moço, me dá um pão?”*
Thales Barbosa Pinheiro**

“- Moço, me dá um pão?”
E os homens passam,
as mulheres desfilam,
os jovens cantam.
Cantam barulhentos,
usam bolinhas,
fumam maconha,
na eterna dança
que traz a desgraça.
E a pobre criança,
rôta, magrinha,
triste, sujinha,
estendendo a mão:
“ - Moço, me dá um pão?”
Brilhantes carrões,
que valem milhões,
trafegam na rua.
Ao som de mil vozes,
roncando velozes,
lá vão foguetões
no rumo da lua.
Tristonha, largada,
aqui na calçada,
sem lar, sem carinho,
mais suja, mais rôta,
a pobre garota,
continua pedindo
no mesmo refrão:
“ - Moço, me dá um pão?”
Nos longes do mundo,
no seio da mata,
ou no vale profundo,
se briga e se mata,
se tecem mortalhas
em loucas batalhas.
As bombas explodem
espalhando horrores
da era supersônica.
E roncam tratores
na transamazônica.
E a pobre criança,
sujinha, magrinha,
lá vai recitando
o seu cantochão:
“- Moço, me dá um pão?”
Assaltos a bancos,
guerrilhas nas ruas,
desfiles de gala
de mil carnavais.
Futebol, correria.
Acertei loteria
e ganhei um bilhão.
Mas cai o dinheiro
e rola no chão.
E a criança magrinha,
tão pobre, tristinha,
continua o roteiro,
no gesto da mão:
“ - Moço, me dá um pão?”
Mas um dia a pobrezinha,
cansada e vencida,
sem mortalha e sem véu,
um farrapo de nuvem,
subirá para o céu.
E no reino dos anjos,
ao velho S. Pedro,
sujinha, magrinha,
continuará repetindo
seu triste chavão:
“ - Moço, me dá um pão?”

***Livro “90 poesias”, 2000**
****Poeta e médico mineiro**

Vida sem rascunho*
Omar da Rosa Santos**

Vida vivida embora não objetiva.
Ao vento que às vezes fez-me franzir o cenho...
Conquanto jamais indolente; sempre ativa,
De molde a açular luta, porfia e empenho.

Cidade de loucos e generosidade;
Idade para inumar toda a maldade...
Amizade que torna e esconjura a vaidade.
Qualidade que exorna siso e bondade!
Grade que encerra alegria e a verdade.
Abade ou alcaide no reino da saudade...

Prá longe inútil, impureza! É a monda!
Que venha aquele que olha e se sonda...
Que viva no seio, que espie ou que ronda.
Que eu vivi no aroma; no ruído da onda...

Sou mau peregrino, mendigo e rábula.
Já pintei o sete... também o retábulo.
Menti, enganei, chorei... fiz rasa tábula...
Sonhei, trabalhei... habitei o estábulo.
Agora estou velho... imagino a fábula,
Mas prefiro a pena e o cantifábulo.

Por vezes a empurrar-me adentro da ogiva...
Da batalha sem dó, do castelo engenho,
Que deu-me as forças de defender a diva,
Energia que do fundo d’alma ordenho!

Bem... tenho matutado, desde o mês de junho,
Abro os olhos e canto; já não acabrunho...
Penso, vejo, entendo e não cerro o punho.
Não preteri a mercê — É meu testemunho!
Co’a lágrima e a luta, a jóia eu cunho.
Bem sei que na vida não existe rascunho...

***Adaptado de Coletânea Poética – Semente da Paz Internacional – 2017. JASA Editora**
****Acadêmico Emérito e Orador da ACAMERJ. Presidente da Academia de Medicina do Rio de Janeiro**

RIMA INTERROMPIDA*
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro**

Venho falar-te de coisa conhecida
porém por muitos esquecida.
Algo que não é água nem comida,
oxigênio ou forma parecida,
mas alimenta e motiva a vida.

Carinho na hora da partida,
força no adeus da despedida.
Caminho, luz, meta perseguida,
de roto coração, alma ferida.

Do pai amigo, companheira querida,
expressa de forma contida,
quase desapercebida.
Para dizê-la, será a rima interrompida:
"Essa coisa é o amor..."

***Dedicada a meu pai – 01/02/1991**
****Acadêmico titular e Presidente da ACAMERJ. Professor Emérito da Universidade Federal Fluminense - UFF**

Nada Santíssima Trindade
Leslie de Albuquerque Aloan*

Era muito rico com que tinha,
O entorno, em alegria,
A colorida alegoria
O prazeiroso viver.

Hoje testemunham a minha morte,
Apenas o Filho e a Ave Maria.
Ele, à distância,
Ela, em melancolia,
Combinam a festa
Marcante da folia funesta,
Da minha sorte.

O que tive sumiu no tempo,
O Pai não suportou a vida,
O espírito santo, ao canto,
Os deuses foram sumindo,
As deusas foram mudando,
Os santos desencantando,
E a vida sucumbindo.

Hoje tenho testemunhas
Naturais e convidadas,
Como feras encantadas,
Que mudam o corpo,
E mudam o tempo.
Mudam, da vida, o contorno,
Aguardando o meu retorno,
Num sórdido passatempo.

***Acadêmico Emérito e Diretor de Patrimônio da ACAMERJ**
***Presidente da ABRAMES**

SOLTO MINHAS AMARRAS
Alcir Vicente Visela Chácar*

Aprisionado pelo tempo,
Neste fim de ano
Que se vai em fanfarras!
Abrindo portas,
Soltando laços,
Rompendo correntes,
Trazendo abraços,
Beijos,
Carinhos.
Falando em compasso,
Régua e esquadro,
Tempo e espera,
Desejo, ambições,
Prosperidade...
Solto minhas amarras e o navio parte,
Rumo ao desconhecido,
Em busca da rota do meu passado...
Em busca das espumas do meu rastro...
Em busca de um porvir melhor,
Sem medo,
Desgraças,
Sem fome,
Guerras,
Mortes...
Um mundo mais humano.
Um mundo com Deus!

***Vice-Presidente da Regional Sudeste da FBAM. Presidente do Conselho Científico da ACAMERJ**

Todos Iguais*
José Hermínio Guasti**

Do mais fraco ao mais forte,
de todos os seres vivos,
todos eles são cativos,
ninguém escapa da morte.

Essa ceifadeira de vidas
não poupa mesmo ninguém,
gente má, ou gente bem,
não permitindo saídas.

Não existe inteligente,
pobre, rico, insuficiente,
nesse instante de igualdade.

Existe, pra compensar,
daqueles que ela levar,
uma profunda saudade.

***Livro "Fantasias poéticas", 2005**
****Acadêmico Benemérito e Presidente Vitalício da ACAMERJ**

O FARMACÊUTICO ... MEU PAI*
Josemar da Silveira Reis**

Traga-me cloreto de sódio e água destilada
Porque basta isto para fazer
A poção receitada
Que faz parte também
Da lágrima, por nós, derramada...

Penso eu, que a medicina e a farmacologia
Ao estudar, mesmo profundamente, a lágrima
Trazida por nossa sina,
Desconhecem, com certeza,
A composição desta secreção divina...

Do farmacêutico, que sempre
Esta fórmula preparava,
Vem-me a lembrança
Do meu Pai, lá no interior,
Quando intensamente se dedicou
Às doenças e aos doentes.
Que, mesmo como farmacêutico,
Tanto curou.
E logo a lágrima
Dos meus olhos cai.
E como vale, eu lembrar do meu Pai!
E de todas as benditas fórmulas da farmácia,
Que sempre trouxeram
Alívio às queixas
Dos humildes doentes, alívio de seus ais...

***Agosto/2007**
****Acadêmico Emérito da ACAMERJ**
***Membro do Conselho Fiscal**

DEUS, O HOMEM E A GUERRA*
Carlos Tortelly Costa**

Na angustiante noite de agonia
quantos caminham, sós, ensimesmados
na luta inglória deste dia a dia
transformando nos tiros seus pecados!

Como é triste viver na tirania
vendo troar canhões sempre apontados
para inocentes que, na covardia,
não podem ver os ideais sonhados!

Até quando a maldade e o desamor,
As lutas em que o pobre, na inocência,
é capaz de brigar sem ter rancor?

Oh! meu Deus. Oh! Divino Criador,
destes ao homem luz na consciência
Mas ele é cego não vos tem amor.

***Livro "O Beija-flor e a Rosa", 1996**
****Acadêmico Benemérito, Fundador e ex-Presidente da ACAMERJ.**

ACAMERJ pranteia Acadêmicos falecidos no primeiro semestre de 2018

Prof . Paulo Roberto Bastos Meirelles

Faleceu, no dia 4 de janeiro, o Acadêmico Paulo Roberto Bastos Meirelles, Titular da Cadeira nº 40. O Dr. Paulo Meirelles tinha como especialidade a Medicina do Trabalho. Graduado em medicina pela Universidade Federal do Amazonas (1974), fez Especialização em Medicina do Trabalho pela Faculdade de Medicina da Universdiade do Amazonas (1975). Foi Tesoureiro da Associação Médica Fluminense (1979-1981), Presidente da Sociedade Fluminense de Medicina do Trabalho (1979-1981) e Presidente da Academia Nacional de Medicina do Trabalho (1991-1993).

A ACAMERJ lamenta a perda de exímio médico e professor. Nossos sentimentos à família e amigos.

Prof. Henri Wadih Curi

No dia 11/02/18, aos 102 anos, faleceu o Acadêmico Emérito Henri Wadih Curi. A Missa de Sétimo Dia foi celebrada dia 18/02/18.

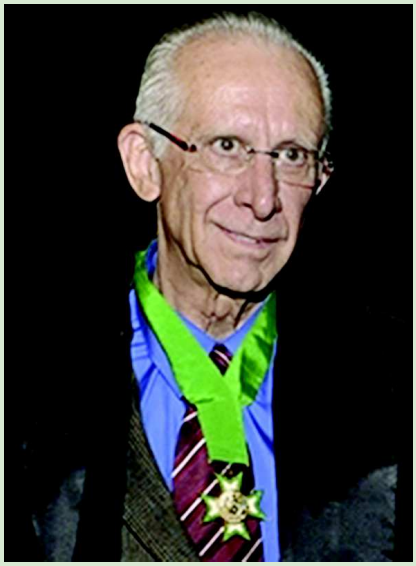
O Dr. Henri Curi, como era mais conhecido, foi médico, professor da Universidade Federal Fluminense – UFF, membro fundador da ACAMERJ, 1º Secretário do CREMERJ (1974-1975); 1º Secretário da Associação Médica Fluminense (1975); Acadêmico Emérito da ACAMERJ (08/12/1984).

Praticando medicina, ensinando, ou participando de sociedades médicas, emprestou o brilho de sua inteligência, do seu conhecimento e de sua capacidade em todos os campos que atuou.

Em nossa Solenidade de 08/12/17, comemorativa do 43º aniversário da ACAMERJ, ele foi homenageado com uma placa e teve a representá-lo sua nora, Sra. Ângela Maria Land Curi, e seu filho Romero Henri Curi.

A Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, enlutada, transmite à família suas condolências, na certeza de que seu exemplo, já sentido por gerações, passadas e presentes, se projetará para as futuras.

Prof. Renam Catharina Tinoco



Itaperuna (RJ), ficou triste, no dia 19 de janeiro deste ano. Faleceu o consagrado cirurgião e empreendedor Acad. Prof. Renam Catharina Tinoco. Homem de ciências e administrador competente, desde 1963, após graduar-se em medicina em 1962, retornou à sua terra natal, lá implantando um complexo hospitalar modelo, dotado de médicos qualificados de várias especialidades, que semeou o saber e a boa prática médica para todo o noroeste fluminense, bem como boa parte do leste do estado de Minas Gerais e sul do estado do Espírito Santo.

A ACAMERJ encomendou missa de sétimo dia para o pranteado Confrade no dia 25 de janeiro, na Igreja Porciúncula de Santana, em Niterói - RJ e, através de sua Diretoria e membros titulares e eméritos, envia à família palavras de conforto, de consideração e de estímulo à obediência aos desígnios de Deus.

Novo Doutor na ACAMERJ: Acad. Jamil da Silva Soares

Jamil da Silva Soares, ao centro, professor de cardiologia da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes o mais novo Doutor de nosso quadro Acadêmico, entre examinadores e orientadores.

No dia 17 de abril deste ano, o Confrade Jamil da Silva Soares, professor de cardiologia da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, tornou-se o mais novo Doutor de nosso quadro Acadêmico.

Com a Tese intitulada "Avaliação do pós-condicionamento isquêmico durante angioplastia primária no IAM com Supra de ST", nosso Acadêmico Titular foi examinado e aprovado na Universidade Federal Fluminense - UFF , por douta banca composta pelos professores: Sandra Miranda, Ronaldo Gismondi, Humberto Villacorta e Wolney de Andrade Martins. Seus orientadores foram os professores: Evandro Tinoco Mesquita, Marcelo Souto Nacif e Antonio Lagoeiro.

O Professor, Doutor e Acadêmico Jamil da Silva Soares, como exímio e competente hemodinamicista, há muitos anos é figura destacada na cardiologia da cidade de Campos, em todo norte e noroeste fluminense e no sul do Estado do Espírito Santo.

Homenagem ao Acadêmico Alcir Vicente Visela Chácar

Nosso Confrade, Acad. Alcir Vicente Visela Chácar, foi homenageado pela Associação Médica Fluminense - AMF , dando seu nome à Galeria dos Ex-Presidentes. O evento ocorreu na noite do dia 6 de abril deste ano. A ACAMERJ cumprimenta o homenageado pela deferência que recebeu da AMF.

Acadêmicos Luiz Augusto e Claudio Chaves tomam posse na Academia Fluminense de Letras

No dia 12 de abril deste ano, na Sede da Academia Fluminense de Letras (AFL), ocorreu a posse, na Classe de Ciências, de quatro novos Acadêmicos: Alcides Pissinatti, Cláudio do Carmo Chaves, Cresus Vinicius Depes de Gouvêa e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Os Acadêmicos Titulares da ACAMERJ Cláudio do Carmo Chaves e Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, este último atual Presidente da ACAMERJ, foram saudados, respectivamente, pelos Acadêmicos Waldenir de Bragança (Presidente da AFL) e Alcir Vicente Visela Chácar (Titular da AFL e Vice-Presidente da Regional Leste da FBAM).

Em nome dos empossados, falou o Professor Cresus Vinicius Depes de Gouvêa. Foi uma bonita solenidade, realçada pela beleza arquitetônica do local, e bem dirigida pelo Acadêmico Presidente Waldenir de Bragança que, na primeira parte do evento, tomou posse como Presidente reeleito, e deu posse à sua Diretoria.

Compareceram vários Acadêmicos da AFL, parentes e amigos dos empossados, num total, aproximadamente, de 100 pessoas. Dirigiram os trabalhos o próprio Presidente da AFL e a Primeira Secretária, Márcia Maria de Jesus Pessanha.

Mesa Diretora e Acadêmicos empossados

Acadêmicos Claudio Chaves e Luiz Augusto de F. Pinheiro com medalha e beca após a posse.

Cerimônia de posse de novos Acadêmicos

Foi bastante concorrida, e realizada num clima de muita emoção e congraçamento, a Solenidade de Posse de Acadêmicos Titulares, elevação a Acadêmico Emérito e homenagem a Patronos de duas novas Cadeiras da ACAMERJ. O evento aconteceu no dia oito de junho, no Teatro Eduardo Kraichete, da Associação Médica Fluminense, em Niterói (RJ).

O Acadêmico Titular Leslie de Albuquerque Aloan ascendeu ao posto de Acadêmico Emérito e três novos Acadêmicos Titulares foram empossados: Prof. Marcos Raimundo Gomes de Freitas - Cadeira nº 13, Patronímica do Prof. Clementino da Rocha Fraga; Prof. Jo Yoshikuni Osugue - Cadeira nº 63, Patronímica do Prof. Roched Abib Seba; Profª. Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia - Cadeira nº 65, Patronímica do Prof. Antonio Carlos de Souza Gomes Galvão.

Tendo como Mestre de Cerimônia o Acadêmico Wellington Santos, o evento foi presidido pelo Presidente da ACAMERJ, Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, e secretariado pelo Secretário Geral, Acadêmico Elimar Antonio Bittar. Ainda fizeram parte da Mesa Diretora as seguintes autoridades: General de Divisão Riyuzo Ikeda - Diretor do Patrimônio Histórico e Cultural do Exército, Almirante Paulo José Pereira Bringel, Sra. Neinha Freitas - Representante do Governador do Estado do Rio de Janeiro, Acad. Waldenir de Bragança - Presidente da Academia Fluminense de Letras e Acadêmico do Ano da ACAMERJ, Acad. Alcir Vicente Visela Chácar - Vice-Presidente Regional Sudeste da FBAM e Presidente do Conselho Científico da ACAMERJ, Acad. Omar da Rosa Santos - Orador Oficial da ACAMERJ e Presidente da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, Acad. Tarcísio Rivello - Superintendente do Hospital Universitário Antonio Pedro - HUAP e Acadêmico Emérito da ACAMERJ, Sr. Ken Kondo - Cônsul-Geral Adjunto do Japão no Estado do Rio de Janeiro, Dr. Sidney Ferreira - Diretor do Conselho Federal de Medicina, Dr. Serafim Ferreira Borges - Segundo Vice-Presidente do CREMERJ, Sr. Takashi Mori - Vice Presidente da Renmei - Associação Cultural e Esportiva Nipo-Brasileira do Estado do RJ, Sr. Antonio Domingos Gomes - Presidente da Loja Maçônica de Valença, Dr. Mario Hiroyuki Hirata - Coordenador da Pós Graduação da USP, Sr. William Suzano de Almeida - Diretor Administrativo da Faculdade de Valença, Dr. Márius Seba - Neto do Patrono Roched Abib Seba, Dr. Ary César Nunes Galvão - Filho do Patrono Antonio Carlos de Souza Gomes Galvão, Profª. Rosário Dominguez Crespo Hirata - Representante da Universidade de São Paulo, Dra. Áurea Lucia Alves de Azevedo Grippa - Presidente da Regional Leste Fluminense da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro - SOPERJ e os três empossados.

Leslie de Albuquerque Aloan - Acadêmico emérito

Jo Yoshikuni Osugue - Acadêmico titular

Marcos R. G. de Freitas - Acadêmico titular

Tânia Cristina Petraglia - Acadêmica titular

Vista parcial da recepção

Primeira Sessão Ordinária e palestra

ACAMERJ realizou a Primeira Sessão Ordinária do ano, no dia 16 de maio, destinada a esclarecimentos, deliberações e orientações, e aberta à presença e opinião de todos os Acadêmicos (as). A reunião obedeceu à seguinte PAUTA:

1. Abertura pelo Presidente da ACAMERJ; 2. Leitura, discussão e aprovação da Ata da reunião anterior; 3. Programação do Primeiro Semestre de 2018; 4. Ecos do Seminário em Cabo Frio (Núcleo da Região dos Lagos); 5. Ecos do II Congresso Médico da ACAMERJ (Núcleo de Teresópolis); 6. Ecos do Vº Conclave Médico Argentina - Brasil (Buenos Aires); 7. Desenvolvimento do 28º Curso de ECG; 8. Assuntos Gerais; 9. Encerramento. 10. Palestra

O Presidente Luiz Augusto de Freitas Pinheiro prestou esclarecimentos e informações sobre todos os itens que os Confrades e Confreiras poderão obter na Ata redigida pelo Acad. Elimar Antonio Bittar. Após o encerramento, ocorreu a palestra do ilustre convidado, Prof. José Cerbino Neto, Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFRJ, Doutor em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ) e Pesquisador da FIOCRUZ/INI, que versou sobre "Gripe: Risco e Prevenção".

A reunião foi conduzida pelos Acadêmicos: Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Presidente da ACAMERJ), Alcir Vicente Visela Chácar (Presidente do Conselho Científico) e Elimar Antonio Bittar (Secretário Geral) que ao início fez a leitura de um breve currículo do palestrante. Encerrando, os Presidentes da ACAMERJ e do Conselho Científico, entregaram ao palestrante um Certificado marcando o evento.

Prof. José Cerbino Neto recebendo o certificado da palestra

Segunda Sessão Ordinária com palestra

O presidente da ACAMERJ, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, conduziu a Segunda Sessão Ordinária e palestra da entidade, realizada na Associação Médica Fluminense, em Niterói (RJ), no dia 26 de junho. Depois da aprovação da Ata da reunião de 16 de maio de 2018, foi debatida a programação do Segundo Semestre de 2018. A palestra "Gripe: Risco e Prevenção", proferida na Primeira Sessão Ordinária da ACAMERJ foi bastante comentada e elogiada nesta segunda sessão.

A seguir, para encerrar a Segunda Sessão Ordinária, foi proferida a Palestra: "As varizes dos membros inferiores são preditoras de hipertensão arterial sistêmica?", pelo Professor Acadêmico Antônio Luiz de Araújo, com Mestrado em Cirurgia Gastroenterológica pela Universidade Federal Fluminense (1996), Doutorado em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002) e atualmente Professor Titular de Cirurgia Vascular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Acad. Prof. Antônio Luiz de Araújo recebe seu certificado após o evento

Homenagens na PUC/Rio - Acads. Omar da Rosa Santos e Maurício Younes Ibrahim

Em solenidade realizada na Casa da Medicina da PUC, no Rio de Janeiro, nossos Confrades, Acadêmico Emérito e Orador Oficial Omar da Rosa Santos e Acadêmico Titular, Maurício Younes Ibrahim, receberam merecidas homenagens daquela Instituição. O primeiro com o título de Professor Benemérito e o segundo, ao ser conduzido ao cargo de coordenador do Curso de Pós Graduação Lato Sensu da Disciplina de Nefrologia.

Na cerimônia, presidida pelo Magnífico Reitor Padre Josafá Carlos de Siqueira, assessorado pelo Decano do CCBS Prof. Hilton Kock, tornaram-se ainda Beneméritos os seguintes professores: Flávio Rezende (Oftalmologia), Jorge Alberto da Costa e Silva (Psiquiatria), Rômulo Pereira Macambira (Infectologia).

Também a PUC-RIO homenageou o médico e empresário Dr. Edson de Godoy Bueno - in memorian - com a honraria de Benemérito, por sua "inestimável colaboração à entidade", nas palavras do Reitor. Outras homenagens ainda foram prestadas, onde destacamos uma placa oferecida ao juiz Francisco Horta, atual provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em um auditório lotado, várias foram as autoridades presentes, como os Presidentes do CREMERJ, Dr. Nelson Nahon, e da ACAMERJ, Acad. Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro.

Os homenageados ladeiam o Presidente da ACAMERJ

II Congresso Médico da ACAMERJ foi sucesso em Teresópolis

O II Congresso Médico da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - ACAMERJ foi realizado nos dias 25, 26 e 27 de abril de 2018, nas dependências da Universidade Fundação Serra dos Órgãos - UNIFESO -, na cidade de Teresópolis. Aproximadamente 180 pessoas estiveram no evento, entre palestrantes, presidentes de mesas, moderadores, secretários de mesas, apoiadores de auditórios, organizadores, autoridades da ACAMERJ e da UNIFESO, conferencistas e congressistas .

A Solenidade de Abertura aconteceu no dia 26, contando com numerosa plateia. Os trabalhos foram comandados pelo Presidente da ACAMERJ, Acad. Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, tendo como Mestre de cerimônia o Primeiro Secretário da ACAMERJ, Acadêmico Titular Wellington Santos. Fizeram parte da Mesa Diretora: Acadêmico Titular Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Presidente da ACAMERJ), Acadêmico Titular Marco Antônio Naslausky Mibielli (Presidente do Congresso), Prof. Manoel Antonio Gonçalves Pombo (Presidente de Honra do Congresso), Acadêmico Emérito Omar da Rosa Santos (Orador Oficial da ACAMERJ), Acadêmico Titular Anibal Gil Lopes (Fides Et Ratio), Prof. Rodrigo Siqueira Batista (Conferencista da noite), Dra. Mariana Beatriz Arcuri (Representante da UNIFESO), Dr. Rômulo de Souza Tassara (Representando o CREMERJ), Dra. Rosane Rodrigues Costa (Hospital das Clínicas de Teresópolis) e Dr. João Maria Ferreira (Diretor Técnico do Hospital São José).

Mesa diretora na abertura do evento

Na ocasião usaram da palavra: Acadêmico Presidente Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Acadêmico Marco Antônio Naslausky Mibielli - Diretor-Presidente do Núcleo da ACAMERJ em Teresópolis; Professor Manoel Antonio Gonçalves Pombo - Coordenador de Curso da Faculdade de Medicina da UNIFESO; Acad. Omar da Rosa Santos, ex-Presidente do Núcleo de Teresópolis, que proferiu palavras elogiosas ao evento e a seu sucessor, promovendo uma passagem simbólica do cargo e Dra. Mariana Beatriz Arcuri, representando a UNIFESO, que também se manifestou.

Presidente do Congresso Acad. Marco Antonio N. Mibielli com a bandeira da Acamerj do Núcleo de Teresópolis

Em seu discurso, o Presidente da ACAMERJ, Acadêmico Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, destacou que "Organizar e realizar um Congresso, de grande abrangência e duração de três dias, com mesas redondas simultâneas, não é tarefa fácil. Porém, com tenacidade e dedicação, alcançamos o objetivo. Resta,

Prof. Eduardo Nani profere sua palestra diante de atenta plateia

agora, o crivo dos que dele participam. Aguardamos julgamento isento e boa aprovação. Evento como este não pode ser obra de uma só pessoa ou instituição. Assim sendo, agradeço à UNIFESO, ao Laboratório Gross, ao Centro de Estudos do Hospital São José, aos Laboratórios SANDOZ/NOVARTIS, ao Laboratório Bittar de Análises Clínicas, ao Laboratório Pharma NEW, ao Complexo Hospitalar de Niterói - CHN -, ao CREMERJ e a UNICRED, alguns colaborando diretamente para o evento e outros, parceiros da ACAMERJ durante todo o ano, em todos os anos de meu mandato."

O Presidente da ACAMERJ fez também especial referência ao Diretor -Presidente do Núcleo de Teresópolis da ACAMERJ, Acad. Prof. Marco Antonio Naslausky Mibielli "que, como Presidente do Congresso, entregou-se de corpo e alma à árdua tarefa" e também ao Professor Manoel Antonio Gonçalves Pombo, Coordenador de Curso da UNIFESO "pelas facilidades à ACAMERJ e a cortesia com seus membros."

Por fim frisou que "O Congresso foi idealizado e organizado para enfocar a medicina tanto por seu lado humano -Arte, quanto por seu perfil tecnológico-Ciência. Haja visto o seu lema - "Medicina e seus Desafios - Um olhar para o Futuro" -. Os temas das conferências, palestras e mesas-redondas condizem com o proposto."

Em seguida falou o Acadêmico Titular Marco Antônio Naslausky Mibielli, Presidente do Congresso. Ele reafirmou o orgulho que foi organizar o II Congresso Médico da ACAMERJ. "Senti-me muito honrado quando fui eleito presidente do núcleo de Teresópolis da Academia, e após a reunião da diretoria e dos presidentes das regionais no fim do ano de 2016, a cidade de Teresópolis foi escolhida para sediar o II CONGRESSO MÉDICO DA ACADEMIA DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Além desta honra, senti uma imensa responsabilidade para a organização deste evento. Nada melhor do que realizá-lo dentro de uma instituição de ensino médico na qual sou professor emérito. O médico brasileiro hoje em dia, vive correndo atrás de uma remuneração digna de sua profissão, que nos últimos anos vem se deteriorando. A necessidade de trabalhar em plantões e ambulatórios, agora sem vínculos trabalhistas, o impedem de ter tempo para estudos, atualizações e de segurança para si e para sua própria família. A realização destes congressos preconizados pela ACAMERJ nas cidades do interior do estado possibilitam esta oportunidade de participação e de atualização com professores de grande saber."

Durante a Solenidade apresentou-se o Coral do Centro Cultural Feso Pro Arte, que entoou o hino da ACAMERJ e outras melodias de nosso cancioneiro, e, a seguir, o Presidente da ACAMERJ entregou ao Acad. Marco Antonio N. Mibielli a bandeira da ACAMERJ - Núcleo de Teresópolis. Ao final da cerimônia o Professor Rodrigo Siqueira Batista proferiu Conferência intitulada: "Medicina e incerteza - Velhos e novos desafios", que despertou muita atenção dos presentes e mereceu calorosos aplausos ao final.

Durante todo o dia 26 ocorreram conferências e mesas redondas simultâneas em dois auditórios (I e II); também na manhã do dia 27/04 de 08:00h às 13:00h, quando houve o encerramento com sorteio de livros. "O II Congresso, seja por sua organização, seja pela qualidade dos palestrantes e das palestras

proferidas, seja pelo interesse da comunidade e, ainda, pelo afável tratamento das autoridades da UNIFESO, foi um marco para nosso Núcleo e para a cidade de Teresópolis", afirmou o Presidente da ACAMERJ.

De grande valia para a organização do Congresso foram as Secretárias da ACAMERJ, Sra. Alita Baptista dos Santos e Srta. Carolina da Conceição Nascente, que antes, durante e no pós-evento não mediram esforços para que o mesmo se revestisse de sucesso. A Diretoria da ACAMERJ, o Presidente do II Congresso, as Comissões - organizadoras, científicas e social - agradecem o esforço e dedicação de todos, voltados a causa tão nobre: adquirir e transmitir conhecimento, pensar a evolução e o futuro da medicina, confrontar e conciliar saberes, estimular os mais jovens na pesquisa médica - Ciência - e no humanismo na relação com os que sofrem - Arte Médica.

Simpósio: Saúde da população fluminense

Foi realizado, dia 16 de março, no salão nobre da Universidade Veiga de Almeida (UVA), em Cabo Frio, o Simpósio: "Saúde da População Fluminense". O evento foi organizado e mediado pelo Acadêmico Anderson Wilnes Simas Pereira, Diretor-Presidente do Núcleo Regional da ACAMERJ da Região dos Lagos -, com assessoria da Diretoria do Órgão, e teve a seguinte programação:

Conferência magna: Como será amanhã? O homem, a humanidade e a medicina. Responda quem puder. (Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro)

Colóquios

- Diagnósticos e soluções da ACAMERJ para os problemas no SUS (Acad. Alcir Vicente Visela Chácar, Acad. Leslie de Albuquerque Aloan, Acad. Ronaldo Victer, Prof. José Roberto Rocha, Profª. Geandra Quirino);

- Insatisfações da equipe médica, de clínicas e usuários dos planos de saúde com o sistema de saúde suplementar. Que caminhos poderemos seguir? (Acad. Heraldo Victer, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, Prof. Paulo Roberto Barroso, Profª. Sandra Marques)

Com a presença de, aproximadamente, 130 pessoas, foi procedida a abertura oficial pelo Diretor-Presidente do Núcleo da Região dos Lagos que, após entoado o Hino Nacional Brasileiro, deu boas vindas a todos, explicou as razões para as escolhas dos temas e solicitou um minuto de silêncio em homenagem à cardiologista Dra. Elisângela Sá Vaz dos Reis, recentemente falecida. A seguir, passou a palavra ao Presidente da ACAMERJ, Acad. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, que, após saudar e agradecer a presença de todos, bem como a acolhida, disse sentir-se feliz e honrado por participar do evento. Feliz pela organização e pelas presenças e honrado por ser convidado para a Conferência. A seguir solicitou mais um minuto de silêncio "pelas vítimas da violência a que se submete a população fluminense que, num crescendo, desafiam medidas tomadas para contê-la.".

28º Curso Básico de Eletrocardiografia

O Curso de Eletrocardiografia, organizado pelo Acad. Prof. Luiz Augusto de Freitas Pinheiro, foi realizado com grande sucesso do dia 3 de maio ao dia 21 de junho deste ano, sempre as 3ªs e 5ªs feiras. Já tradicional, despertou nos alunos vivo interesse e entusiasmo com a qualidade das aulas, justificando o aproveitamento obtido.

PROFESSORES DO CURSO: Luiz Augusto de Freitas Pinheiro (Professor Titular de Cardiologia (Aposentado) da Universidade Federal Fluminense (UFF), Professor Emérito da UFF, atual Professor Voluntário da UFF, Mestre em Cardiologia pela UFRJ. Atual Presidente da Academia de Medicina do Estado do Estado do Rio de Janeiro-ACAMERJ.

O Prof. Luiz Augusto com um grupo de alunos

Eduardo Nani da Silva (Professor Associado de Cardiologia da UFF, Coordenador do Curso de Pós-Graduação da UFF, Lato sensu, Título de Especialista em Cardiologia AMB/SBC, Mestre e Doutor em Cardiologia, UFF).

Jovita Gomes Pinheiro (Título de Especialista em Cardiologia AMB/SBC, Curso de Especialização em cardiologia pela Instituto de Pós-Graduação Carlos Chagas (Santa Casa - 6ª Enfermaria).

LABORATÓRIO BITTAR

CRM: 5897209-1

Alta tecnologia em exames laboratoriais

Com equipamentos modernos e profissionais qualificados, o Laboratório Bittar proporciona resultados mais precisos para a sua saúde e segurança.

Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citopalógica
Biologia Molecular - Bioquímica
Imunologia / PCR - Hormônios - Hematologia - Alergia

www.labittar.com.br | Tel.: (21) 2621.6161

Dir. Geral: Dr. Elimar Bittar
CRM: 5203148-7
Dir. Téc. Christina Bittar
CRM: 5240248-4

Unidades

Niterói: Centro - Shopping Icaraí
Pres. Backer - São Francisco - Av. Roberto Silveira
São Gonçalo: Centro - Alcântara

ACAMERJ

Presidentes da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro desde sua fundação em 08/12/1974

Carlos Tortelly Rodrigues da Costa
Octávio Lemgruber
Altamiro Vianna
José Hermínio Guasti
Antonio Carlos de Souza Gomes Galvão
Roched Abid Seba
Antonio Jorge Abunahman
Mário Duarte Monteiro
Germano Brasiliense Bretz
Guiseppe Mauro
Paulo Dias da Costa
Waldenir de Bragança
Waldemar Bianchi
Guilherme Eurico Bastos da Cunha
Alcir Vicente Visela Chácar
Renato Luiz Nahoum Curi
Luiz Augusto de Freitas Pinheiro