

CIVAT

CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA VASCULAR, ANGIOLOGIA E NOVAS TECNOLOGIAS

23 a 25.04.2025 | Rio de Janeiro-RJ

Sessão 5 | Session 5

ANGIOLOGIA CLÍNICA

CLINICAL ANGIOLOGY



Participantes da sessão

Moderador: Marcos Arêas Marques - RJ

Debatedor 1: Leonardo Stambowsky - RJ

Debatedor 2: Carolina Heil - RJ

Debatedor 3: Renan Candemil - SC

Palestrantes:

Paula Peclat - RJ

Isabel Senfft - RJ

Helena Santos - RJ

Marcos Arêas Marques - RJ

Jorge Eduardo Soares Pinto - RJ

Maria Chiara Chindamo - RJ

Por serem gerados por IA, os resumos podem não refletir integralmente os debates e interações ocorridas ao vivo. A comissão organizadora do CIVAT não se responsabiliza pelo conteúdo destes materiais.

Aula: Interface entre Lipedema e Doença Venosa Crônica

Mesa: Sessão 5 – Angiologia Clínica

Palestrante: Dra. Paula Peclat

Dra. Paula destacou a crescente sobreposição entre lipedema e doença venosa crônica (DVC), ressaltando a confusão diagnóstica promovida pelas redes sociais e o aumento do autodiagnóstico por pacientes. Estudos mostram que até 35% das pacientes com lipedema também apresentam DVC, e os sintomas – edema, dor, peso e impacto funcional – são compartilhados. A diferenciação exige avaliação clínica detalhada, uso criterioso de ultrassonografia com Doppler, medidas de espessura de tecido subcutâneo, densitometria e bioimpedância. Paula reforçou que o angiologista/cirurgião vascular é a interface natural entre as doenças venosas, linfáticas e adiposas. Tratamento exige escuta ativa, respeito às expectativas e abordagem estruturada, com papel central da terapia compressiva.

Aula: Conexões entre Doença Arterial Periférica e Doença Venosa Crônica

Palestrante: Dra. Isabel

A Dra. Isabel discutiu as bases fisiopatológicas e epidemiológicas compartilhadas entre DVC e doença arterial periférica (DAP), com destaque para o papel da inflamação crônica e fatores de risco comuns (idade, tabagismo, sedentarismo, obesidade). Revisões de imagem e estudos populacionais mostram que pacientes com DVC avançada (CEAP 5–6) têm maior prevalência de DAP. Dados sugerem que o tratamento venoso pode reduzir a incidência de DAP, mas os resultados são ainda inconsistentes e sujeitos a viés. A abordagem integrada, sem segmentação venosa/arterial rígida, foi defendida como essencial para a prática clínica moderna.

Aula: Tratamento de Varizes Reduz o Risco de Trombose Venosa Profunda?

Palestrante: Dra. Helena

Dra. Helena revisou evidências sobre a relação entre varizes e trombose venosa profunda (TVP), incluindo grandes coortes asiáticas e europeias com follow-up de até 7,5 anos. Estudos mostram que pacientes com varizes têm risco aumentado de TVP (HR até 5,3), especialmente se CEAP \geq 3. No entanto, não há comprovação definitiva de que o tratamento venoso previna eventos trombóticos, e existe risco de trombose iatrogênica (0,3–1,2%) após ablações. A recomendação é cautelosa: tratar os casos com indicação clínica clara (dor, edema, úlceras), sem usar o risco de TVP como justificativa isolada para intervenções em casos assintomáticos (CEAP 2).

Aula: Quando Investigar Trombofilia na TVP

Palestrante: Dr. Marcos Arias Marques

Dr. Marcos explicou os critérios atuais para investigação de trombofilias hereditárias e adquiridas, destacando a baixa aplicabilidade clínica de muitos exames e o risco de induzir condutas desnecessárias. Só devem ser investigados pacientes jovens (<50 anos) com trombose espontânea, histórico familiar, recorrência sem causa anatômica ou em locais incomuns (ex: veia esplênica, mesentérica). A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) exige anticoagulação vitalícia. Destacou que a maioria das trombofilias comuns (ex: Fator V de Leiden heterozigoto) não altera conduta prática. O rastreamento laboratorial deve ser seletivo, baseado em anamnese minuciosa.

Aula: Profilaxia e Tratamento da TVP em Pacientes com Obesidade

Palestrante: Dr. Jorge Eduardo

Dr. Jorge apresentou dados do Hospital Pedernesto sobre cirurgia bariátrica em grandes obesos (IMC médio 50). O serviço realiza profilaxia com enoxaparina por 7 dias e compressão pneumática intraoperatória. Em quase 800 casos, houve apenas dois eventos sintomáticos de TVP e nenhum TEP. A rivaroxabana deve ser evitada, sendo a apixabana preferida, por melhor absorção intestinal. Diretrizes europeias recentes sugerem doses maiores de heparina em pacientes com peso >150 kg. O segmento ambulatorial ativo é parte essencial do protocolo, com seguimento por até dois anos.

Aula: Trombose Venosa Esplâncnica – Diagnóstico e Manejo Atual

Palestrante: Dra. Chiara

Dra. Chiara abordou a trombose venosa esplâncnica como manifestação rara e potencialmente grave do TEV, envolvendo veia porta, mesentérica e esplênica. Enfatizou a importância de distinguir pacientes com ou sem cirrose, pois o manejo muda. O tratamento é baseado na anticoagulação precoce (idealmente nas primeiras 2 semanas), com taxas de recanalização de até 70%. DoACs têm se mostrado eficazes, com menor risco de sangramento e maior adesão. Pacientes com fatores de risco permanentes devem receber anticoagulação indefinida. Quando há falha terapêutica, isquemia ou hipertensão portal grave, podem ser indicados TIPSS, trombólise ou cirurgia.