REVISTA ELETRÔNICA • EDIÇÃO • 06 • 2026

VASC news.ba



PRESENCIAL & ON-LINE

AULA EXPOSITIVA • DEBATE
6ª REUNIÃO CIENTÍFICA 2026

Muito mais *que* gordura

Seis eixos fisiopatológicos, o tratamento possível e o que dizem os consensos.

NESTA EDIÇÃO

6ª REUNIÃO CIENTÍFICA · LIPEDEMA · ARTIGO DE ASSOCIADOS NO J VASC BRAS · PHLEBO EDUCATION PROGRAM · VASCULAR CONNECT · CURSO PARA SECRETÁRIAS · 46º CONGRESSO BRASILEIRO

TEMA CENTRAL	DATA	LOCAL	CONVIDADOS
Lipedema	**26 de Agosto 2026**	**Rest. Boi Preto Salvador**	**Dr. Daniel Benitti · SP Dra. Ana Paula Peclat · RJ Dra. Flávia Magella · SP**

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

EXPEDIENTE · EDIÇÃO 06 · NOVEMBRO DE 2026

Quem faz a *Vasc News*

Revista eletrônica da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, Regional Bahia.



Na capa, a mesa da 6ª Reunião Científica: anfitriã, palestrantes e debatedores.

TEMA
Lipedema

EVENTO
6ª Reunião Científica

DATA
26 de agosto de 2026

LOCAL
Restaurante Boi Preto, Salvador

CONVIDADOS
Dr. Daniel Benitti (SP), Dra. Ana Paula Peclat (RJ) e Dra. Flávia Magella (SP)

DIRETORIA EXECUTIVA



PRESIDENTE · 2026–2027
Dr. Patrick Bastos Metzger


VICE-PRESIDENTE
Dr. Sérgio Paes da Silva Ramos


SECRETÁRIA
Dra. Isabelle Silva Queiroz Oliveira


VICE-SECRETÁRIO
Dr. Vinícius Cruz Majdalani


TESOUREIRO
Dr. José Luís Argones Martins


VICE-TESOUREIRO
Dr. Marivan Pedra Araújo


DIRETOR DE PUBLICAÇÕES
Dr. Dionésio de Oliveira Coelho


DIRETORA CIENTÍFICA
Dra. Vanessa Prado dos Santos


DIRETOR DE PATRIMÔNIO
Dr. Gilmar da Silva Santos

DEPARTAMENTOS


DOENÇAS ARTERIAIS
Dr. Almiro Vieira de Melo Neto


ENDOVASCULAR E ANGIORRADIOLOGIA
Dr. Roberto Pastor Rubeiz


DOENÇAS VENOSAS
Dra. Suzanna Maria Viana Sanches


EXAMES NÃO INVASIVOS
Dra. Ana Clarice de Carvalho Bacelar


DOENÇAS LINFÁTICAS
Dra. Miriam Takayanagi


DEFESA PROFISSIONAL
Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho

CONSELHO SUPERIOR


Dr. Fabrício Mascarenhas de Oliveira


Dra. Ana Célia Ferreira Santos


Dra. Túlia Brasil Simões

CONSELHO FISCAL


TITULAR
Dr. Maurício de Amorim Aquino


TITULAR
Dr. Rubens Pierry Ferreira Lopes


TITULAR
Dr. Alan Costa Gouvea


SUPLENTE
Dr. Ricardo Augusto C. Lujan


SUPLENTE
Dra. Maria Clara Barretto P. Sanjuan

A REVISTA

TÍTULO
Vasc News
Revista eletrônica da SBACV-BA · 20,5 × 27,5 cm

SÉRIE
Edição 06 de 07 · série anual 2026

REVISÃO CIENTÍFICA
Dr. Patrick Bastos Metzger

MARKETING E PRODUÇÃO
Jean Beligardi

SBACV-BA
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular · Regional Bahia
CNPJ 10.467.889/0001-75

Av. Tancredo Neves, 1632, sala 501
Caminho das Árvores, Salvador/BA
CEP 41820-020
(71) 3271-5369

marketing@sbacvba.com.br
www.sbacvba.com.br
@sbacvba

SITE

© 2026 SBACV-BA. Todos os direitos reservados. Conteúdo baseado nas discussões científicas das Reuniões Científicas de 2026, com fins exclusivamente educativos para membros da sociedade. As opiniões dos palestrantes são pessoais e não substituem diretrizes clínicas oficiais. É vedada a reprodução total ou parcial sem autorização expressa da SBACV-BA.

ÍNDICE · EDIÇÃO 06 · NOVEMBRO DE 2026

Nesta *edição*

Esta edição registra a 6ª Vasc Meeting, dedicada ao lipedema, com as aulas dos Drs. Daniel Benitti, Ana Paula Peclat e Flávia Magella e o debate da mesa. Traz também a retrospectiva do 46º Congresso Brasileiro, o Phlebo Education Program, a produção científica dos associados, o primeiro Dia da Secretária e a agenda das Vasc Meetings.











ABERTURA

05 **Mensagem do Presidente**
Dr. Patrick Bastos Metzger

30 **Podcast Voz do Vascular**
11 episódios no Spotify

MATÉRIA DE CAPA

32 **Muito mais que gordura**
6ª Vasc Meeting · Lipedema

33 A anfitriã · Dra. Miriam Takayanagi

37 Aula 1 · Dr. Daniel Benitti

44 Aula 2 · Dra. Ana Paula Peclat

50 Aula 3 · Dra. Flávia Magella

60 Vozes do debate

64 A noite em números

66 Galeria

CIÊNCIA

12 **Literatura em Foco**
Angioplastia ecoguiada de FAV, associados no J Vasc Bras

21 **Produção Científica dos Associados**
Hiperpigmentação após procedimentos venosos e autoestima

80 **Vascular Connect**
Pé diabético: neuropatia e infecção

96 **Phlebo Education Program**
EndoLearnings · Módulo 02

ESPECIAL

87 **Retrospectiva do 46º CBACV**
Salvador, 5 a 9 de outubro de 2026

COMUNIDADE

70 **Diretoria em Foco**
Dr. Alan Costa Gouvêa

73 **A Bahia Vascular**
Dr. Luis Carlos Furini Salvador

77 **Coluna do Residente**
Dra. Luciana Peixoto

101 **Dia da Secretária**
Um curso inédito na SBACV-BA

AGENDA E INSTITUCIONAL

99 **Agenda das Vasc Meetings**
As sete sessões de 2026

100 **Ciclo científico 2026**
Agradecimento aos parceiros

103 **Apoio científico**
Os apoiadores da SBACV-BA

104 **Uma Sociedade que cresce**
286 associados em 2026

107 **O ano fecha. A conversa continua.**

SAVE THE DATE

Salve esta data



X JORNADA BAIANA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

14 a 16
de outubro de 2027

SALVADOR · BAHIA

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

MENSAGEM DO PRESIDENTE

A sociedade que cabe *na palma da mão.*

Sobre a noite do lipedema, o ano em que a SBACV-BA ganhou números e o que já está desenhado para 2027.



Na noite de 26 de agosto, antes de passar a palavra à nossa anfitriã, precisei pedir um cuidado incomum a quem estava no salão: atenção ao barulho dos talheres. A captação de áudio estava sensível o bastante para levar ao ar cada ruído da mesa, e do outro lado da transmissão havia colegas de oito estados e vinte e sete municípios. O pedido era pequeno. O motivo, não.

Foi a nossa sexta reunião científica do ano, a penúltima de 2026, e mais uma vez com a casa cheia. O tema era o lipedema. Não é um assunto novo, mas é pouco explorado, e fiz questão de dizer à mesa que eu não trato lipedema. Estava ali para aprender com quem sabe. Muitos colegas no salão estavam pelo mesmo motivo.

O que se produziu naquela noite, com palestrantes de São Paulo e do Rio de Janeiro e uma debatedora conectada dos Estados Unidos, foi transmitido para o Brasil. Isso muda o patamar desta Sociedade. Passamos a mostrar quem somos e o que fazemos, a aprender com quem sabe e a deixar claro que a Bahia está tão atualizada quanto Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

A sala. Encerramos a noite com noventa e três colegas presentes e cinquenta e seis acompanhando online. O Dr. Daniel Benitti, que falou de São Paulo, comentou ter visto por lá uma reunião de sociedade com esse mesmo público, e que conseguir engajamento numa noite de semana é muito difícil. Recebo o comentário como um reconhecimento ao associado baiano, que é quem decide deixar o consultório para estar na sala.

A Dra. Miriam Takayanagi conduziu a noite como anfitriã. É a colega a quem encaminho muitos dos casos de lipedema que chegam até mim, e foi com ela à frente que a mesa reuniu três convidados de fora, uma delas presente no salão, e três debatedores da Bahia. A Dra. Claudia Fernandes representou o interior, como acontece em todas as nossas sessões, porque queremos o interior junto. A Dra. Alessandra Morais participou dos Estados Unidos, e o Dr. Ricardo Ferraz completou o debate.

A própria anfitriã definiu a noite como um petisco do que o congresso ia oferecer sobre o tema, com um curso pré-congresso inteiro dedicado ao lipedema. No encerramento da noite, a Dra. Ana Célia Ferreira Santos chegou a interromper a discussão, em tom de brincadeira, para que a mesa não antecipasse tudo o que o curso ia trazer.

Três aulas.
Um tema que é nosso.

O Dr. Daniel Benitti abriu com a fisiopatologia. Organizou a doença em seis eixos interligados, do colágeno e da matriz extracelular ao sistema imunológico, dos vasos e do endotélio à genética e aos receptores de estradiol. E deixou um recado para toda a especialidade: se o cirurgião vascular não souber explicar o lipedema à paciente, ela vai buscar essa explicação em outro lugar. Para ele, o lipedema não deve sair da especialidade vascular, e cabe a nós fortalecê-la.

A Dra. Ana Paula Peclat tratou do tratamento. Mostrou que ele mira a dor, o peso e o edema, a função, a mobilidade e a qualidade de vida, além do volume, e que precisa ser individualizado e multimodal. Foi direta ao dizer que ainda não existe uma dieta do lipedema e que exercício, somado à compressão, é tratamento.

A Dra. Flávia Magella fechou com consensos e diretrizes. Percorreu o caminho da primeira descrição, em 1940, até o reconhecimento oficial na CID-11, em 2022, e colocou lado a lado os estudos de maior evidência publicados entre 2014 e 2024, com o tamanho de cada amostra à vista. A matéria de capa desta edição reconstrói cada aula, com os slides e o debate, a partir da página 24.

26 de agosto. *O salão do Restaurante Boi Preto durante as aulas da 6ª Reunião Científica.*



GESTÃO 2026–2027

Um plano, *quatro movimentos.*



Realizado em violeta; previsto para 2027 em hachurado. Fonte: plano de gestão 2026–2027, apresentado aos apoiadores em 10 de novembro de 2026.

Escrevo esta mensagem três meses depois daquela noite, com o congresso realizado e o calendário de 2026 quase fechado. Por isso ela fala da reunião do lipedema e também do ano inteiro. Quando assumi, a regional era a quinta maior do país, quase perdendo a posição para a sexta. Hoje é a quarta.

A governança digital. Os primeiros seis meses desta diretoria foram dedicados a organizar a nossa plataforma. Vasc Run, EndoLearnings, reuniões científicas, Vascular Connect, a revista e o Voz do Vascular passaram a formar um único conjunto, a Plataforma Vascular da Bahia. A segunda meta, para este semestre, é transformar a SBACV-BA numa sociedade digital, que reúna todos esses produtos na palma da mão do associado.

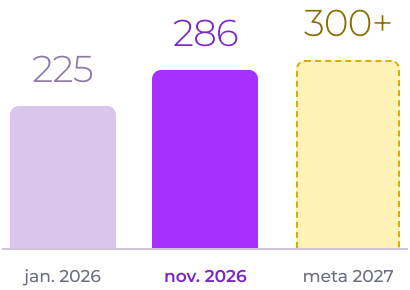
Esse trabalho acontece em reuniões quase diárias, que começam às cinco da manhã. O objetivo é construir um banco de dados que dê à Sociedade capacidade logística e força diante dos apoiadores. Para crescer com apoio, precisamos mostrar a nossa capilaridade, e capilaridade se mostra com número.

Esses números já existem. Integramos a inscrição das reuniões com a Vasc Run, o YouTube e o Instagram, e acompanhamos minuto a minuto quem entra e quem sai da transmissão. Sabemos quem é associado e em qual categoria, quem é médico não associado e quais apoiadores estão presentes. O que antes era controle manual da secretaria virou informação, e informação permite planejar a capacitação de forma direcionada.

O próximo passo é a área do associado. Cada um terá um painel próprio dentro da Sociedade, com o que for útil à sua prática, desde um QR code para levar numa apresentação científica até o portfólio endovascular dos nossos apoiadores. O site está sendo reformulado para receber essa estrutura, e a Sociedade terá um aplicativo próprio em 2027.

Não faço isso para deixar o meu nome. Faço para que a próxima gestão receba uma Sociedade que já funciona assim, e para que ela continue.

Associados da SBACV-BA



Fonte: secretaria da SBACV-BA.







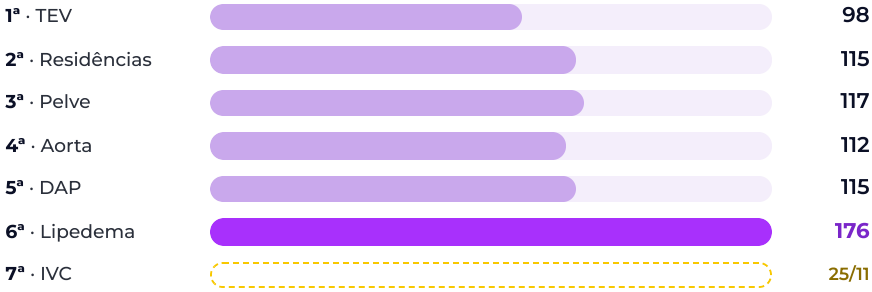


Casa cheia. *O salão do Restaurante Boi Preto na 6ª Reunião Científica.*

REUNIÕES CIENTÍFICAS DE 2026

Sala cheia, *todo mês.*

733 participantes em seis reuniões



Inscrições ativas, presencial e on-line. Fonte: inteligência institucional da SBACV-BA.

Na reunião do lipedema

52% dos inscritos souberam da reunião pelo WhatsApp

74% das visitas à página de inscrição vieram do celular

33% dos inscritos eram novos ou não declararam reunião anterior

Fonte: inteligência da página de inscrição, 16/11/2026.

A inscrição desta reunião foi feita numa página própria, com algumas perguntas ao inscrito. Uma delas perguntava o que o associado quer ver. Na nuvem de interesses, o Doppler vascular aparece na frente. Decidir a partir do que o associado diz é o que chamo de governança digital. Essa escuta já virou agenda, e a Sociedade abre em maio de 2027 o seu Doppler Education Program, um curso prático.

Na mesma página, colegas de vários lugares do Brasil deixaram mensagens de agradecimento e de incentivo. Parte delas, com autorização de quem escreveu, está no Mural do Associado desta edição.

A sociedade não é de Salvador. A sociedade é da Bahia.

Por isso todas as reuniões são transmitidas, existe o Vascular Connect e o Voz do Vascular chega a quem não pôde estar no salão. Em todas as sessões há um colega do interior na mesa.

A revista que passa de mão em mão. Na mesa daquela noite circulou a quinta edição impressa desta revista, com oitenta e oito páginas, coluna do associado e coluna do residente. A função dela é que nós nos conheçamos. É por ela que sei que temos residente que também atua como médica legista, e residente que começou de baixo e hoje faz um trabalho importante no interior do estado.

O CALENDÁRIO DE 2026 E O PRÓXIMO ANO

2027 *já começou.*

O calendário que não para. O Phlebo Education Program, segundo módulo de educação continuada, abriu inscrições e preencheu as quarenta vagas em trinta minutos, com lista de espera. A proposta foi dedicar um dia inteiro à veia, da flebologia estética à endovascular venosa, com laser transdérmico e escleroterapia. Para o associado, sem custo.

Em setembro, a Sociedade fez algo inédito: um curso para as secretárias dos nossos associados, sobre comunicação e inteligência emocional. A ideia foi da Jaqueline Santos, da nossa equipe. A Dra. Isabelle Queiroz abraçou o projeto, e a mim coube dar impulso.





Apoiadores no almoço de 10 de novembro.

Quem caminha junto. Em 10 de novembro, reunimos os apoiadores num almoço para apresentar o projeto de 2027. Disse a eles o que repito aqui: nada do que a Plataforma entregou neste ano aconteceria sem esse apoio. O próximo ano foi desenhado com eles e fecha o plano da gestão, com a X Jornada Vascular da Bahia e a passagem de bastão.

Calendário 2027 da Plataforma Vascular da Bahia

01 MAIO	01 AGOSTO	11 SETEMBRO	25 SETEMBRO	14–16 OUTUBRO
Doppler Education Program	**Vasc Run**	**2º Learning**	**Dia da Secretária**	**X Jornada Vascular da Bahia**
1º Learning do ano	1º domingo de agosto	endovascular e flebologia	curso para as secretárias	Salvador

Ao longo do ano, seis reuniões científicas e as sessões mensais do Vascular Connect. Datas sujeitas a confirmação no site da SBACV-BA.

A última mesa *do ano.*

Antes de 2027, ainda temos uma noite. Em 25 de novembro, às 19h30, a 7ª Vasc Meeting fecha o calendário na Pupileira, em Nazaré, com o tema que é o pão de cada dia de todo cirurgião vascular. Pode-se operar aneurisma de aorta ou pé diabético, mas todo mundo paga as contas com a insuficiência venosa e as varizes. O título da noite diz o caminho: IVC, da espuma ao laser.

De São Paulo, recebemos o Dr. José Ben-Hur F. Parente e a Dra. Lidiane Rocha. O Dr. Sérgio Ramos e a Dra. Isabelle Queiroz são os anfitriões, e o debate reúne a Dra. Maria Clara Sanjuan, a Dra. Élide Reis e o Dr. Gustavo Barroso, representando o interior da Bahia, a cidade de Feira de Santana.

Quero uma noite leve, de confraternização, com a casa cheia e a transmissão aberta para quem estiver longe. A inscrição, presencial ou on-line, e as perguntas aos convidados estão na página da reunião, indicada ao lado. Conto com cada um de vocês.



Inscrição e perguntas aos convidados

sbacvba.com.br/7vascmeeting2026

46º CBACV · 5 A 9 DE OUTUBRO DE 2026 · SALVADOR

A Bahia recebeu *o Brasil.*

Durante cinco dias, a SBACV-BA foi a organizadora oficial do congresso nacional da especialidade. O Centro de Convenções de Salvador reuniu congressistas de todas as regiões e convidados internacionais numa programação construída a muitas mãos.

Auditório Elevador Lacerda. *Sessão no principal auditório do 46º CBACV.*



46° CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

O que fica *depois do congresso.*

Em outubro, durante cinco dias, a cirurgia vascular brasileira esteve em Salvador. O 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular passou, e o que quero registrar aqui não é a festa, que foi bonita. É o que ficou para a Sociedade depois que os auditórios esvaziaram.

Fui à reunião de agosto vestindo a camisa do congresso, porque sou desse time e acreditava nele. Quem organiza um congresso como esse não ganha nada com isso. Ganhamos a vontade de fazer o melhor e de ver a Bahia crescer.

Ficou, primeiro, a prova de que a Bahia sabe receber. A comissão presidida pela Dra. Ana Célia Ferreira Santos trabalhou durante meses para que cada colega que deixou o consultório encontrasse um congresso à altura do que faz o ano inteiro. Foram 987 temas livres submetidos, um recorde, 28 convidados internacionais, três auditórios e uma programação que teve Timbalada e Negra Cor. A esse grupo, o primeiro agradecimento desta edição.

Ficou também uma forma nova de acompanhar um congresso. A programação saiu do papel e foi para o celular, num aplicativo oficial feito pela comunicação da SBACV-BA. A pesquisa de satisfação trouxe uma nota que nos orgulha e, junto com ela, uma lista honesta do que precisa melhorar: tempo de discussão nas mesas, alimentação, áudio e tradução. Tudo está num relatório entregue à comissão organizadora, que passa a servir de base para os próximos congressos. A retrospectiva completa está na página 53.

O aplicativo oficial em números

3.500+
acessos distintos: 991 pessoas com login e 2.515 aparelhos sem login

868
pessoas seguiram a programação pelo celular, 87,6% dos logados

645
congressistas montaram a própria agenda, com 7.723 atividades salvas

4,67
média geral de satisfação, numa escala de 1 a 5; o aplicativo recebeu 4,69

86%
deram nota máxima ao interesse pela próxima edição

Fonte: Relatório de inteligência do aplicativo oficial do 46º CBACV (5 a 9/10/2026) e pesquisa de satisfação (193 respostas).







Uma sociedade forte só se faz com associados participativos.



Dr. Patrick Bastos Metzger
Presidente da SBACV-BA
Biênio 2026–2027

LITERATURA EM FOCO | ARTIGO COM FONTE PRIMÁRIA VERIFICADA

ANGIOPLASTIA ECOGUIADA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISE: EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO

Quando o ultrassom *guia o balão.*

Associados da SBACV-BA publicam no Jornal Vascular Brasileiro a experiência inicial do Hospital Ana Nery com a angioplastia de fístula arteriovenosa guiada por ultrassom, sem contraste iodado e sem radiação.



PRIMEIRA AUTORA
Dra. Cláudia Guimarães Agle
Cirurgiã vascular do Hospital Ana Nery e residente do programa de Cirurgia Endovascular do hospital



COAUTOR · RELATO
Dr. Fábio Luis Barbosa Andrade
Preceptor da Residência de Cirurgia Vascular do Hospital Ana Nery



COAUTORA · EDITORIAL
Dra. Ana Clarice de Carvalho Bacelar
Departamento de Exames Não Invasivos da SBACV-BA; preceptora da residência em Ecografia Vascular do Hospital Ana Nery

Coautores: Giovana Pires de Sousa Bonfim, Eduardo Castro de Oliveira e José Siqueira de Araujo Filho, do Hospital Ana Nery e do Complexo Hupes, da UFBA, em Salvador.

EM 30 SEGUNDOS

- Nove pacientes do Hospital Ana Nery, em Salvador, fizeram em 2024 angioplastia de fístula arteriovenosa guiada apenas por ultrassom, sem contraste iodado e sem radiação.
- O procedimento teve sucesso técnico em sete dos nove casos, com aumento do fluxo e do diâmetro da veia, e as sete fístulas seguiam funcionando aos três meses.
- Houve complicações em seis casos, a maioria hematomas; duas fístulas tiveram trombose aguda. Os autores pedem cautela na leitura e estudos maiores.

COMO CITAR

Agle CG, Andrade FLB, Bacelar ACC, Bonfim GPS, Oliveira EC, Araujo Filho JS. **Angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa para hemodiálise: experiência inicial de um centro.** J Vasc Bras. 2026;25:e20260022. Imagem de abertura: figura 5 do artigo, em duotom.

doi.org/10.1590/1677-5449.202600221

A doença renal crônica é um problema crescente de saúde pública. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2022, mais de 150 mil pessoas fazem diálise no país, com aumento do uso de cateter venoso central e queda no uso da fístula arteriovenosa, sinal de problemas na confecção, na maturação e na manutenção desses acessos. A fístula continua sendo o melhor acesso para hemodiálise, com menor morbimortalidade que o cateter.

Com frequência, porém, a fístula desenvolve estenose venosa por hiperplasia intimal. A angioplastia percutânea é o tratamento de escolha, mas o método convencional exige estrutura de alta complexidade, contraste iodado e radiação ionizante, o que restringe sua oferta no SUS. As diretrizes brasileiras de acesso vascular da SBACV recomendam o Doppler quando a punção da fístula falha após 12 semanas, para identificar o problema e planejar o tratamento.

RESUMO DO ARTIGO

Objetivo *e método.*

Nesse cenário, a angioplastia guiada por ultrassom surge como alternativa de menor custo, sem exposição à radiação e ao contraste, especialmente útil em pacientes pré-dialíticos ou com contraindicação ao contraste iodado.

O objetivo

O objetivo principal foi avaliar a factibilidade da angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa. Os secundários foram descrever o fluxo antes e depois do procedimento, as complicações e a perviedade em curto prazo.

O método

Estudo de coorte retrospectivo e observacional, conduzido segundo as recomendações STROBE, com todos os pacientes que fizeram a angioplastia ecoguiada em 2024 no Hospital Ana Nery, numa amostra de conveniência. Entraram maiores de 18 anos com fístula com estenose acima de 70%, associada a fluxo abaixo de 600 ml/min, ou com falha de maturação. Não houve critérios de exclusão.

Fluxo e diâmetro da veia foram medidos antes e depois do procedimento, e os pacientes foram reavaliados com ultrassom aos três meses. Sucesso técnico foi definido como restauração do fluxo e recanalização da estenose, com perviedade imediata ao fim do procedimento. Perviedade foi a manutenção da função da fístula aos três meses, sem reintervenção e sem trombose ao Doppler.

As médias antes e depois foram comparadas pelo teste de Wilcoxon para amostras pareadas, com significância de 5%. Pelo tamanho da amostra, a análise foi exploratória. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Ana Nery e registrado na Plataforma Brasil.

A TÉCNICA, PASSO A PASSO

1. Mapeamento com Doppler para localizar a estenose e medir o seu grau.
2. Sedação e bloqueio anestésico.
3. Punção retrógrada da artéria radial guiada por ultrassom, com introdutor 5 Fr, fio-guia hidrofílico 0,035" e cateter vertebral. O fio cruza a estenose com visão em tempo real.
4. Balão posicionado no centro da estenose e insuflado sob controle do ultrassom. Foram usados balões não complacentes (de ultra-alta pressão) e semicomplacentes (de alta pressão), de 5 a 7 mm.
5. Novo ultrassom para confirmar a resolução da estenose e o aumento do fluxo e afastar complicações imediatas.
6. Retirada do introdutor e compressão local.

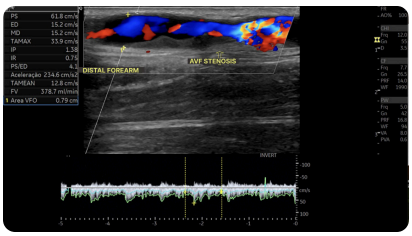


Figura 1. *Estenose de fístula arteriovenosa ao Doppler, com fluxo turbulento.*

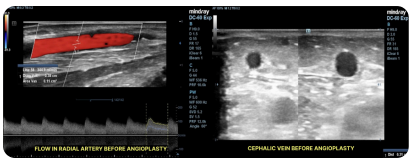


Figura 2. *Antes da angioplastia: fluxo na artéria radial e diâmetro da veia cefálica.*

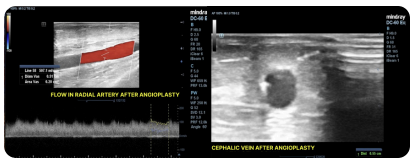


Figura 3. *Depois da angioplastia: fluxo na artéria radial e diâmetro da veia cefálica.*

Figuras: Agle et al., J Vasc Bras 2026, licença CC BY 4.0. As legendas internas das imagens estão em inglês, como no original.

Os nove pacientes do estudo

Sexo

■■■■■■□□□
■ 6 homens
□ 3 mulheres

Tipo de fístula

■■■■■■□□□
■ 6 radiocefálicas
□ 3 braquiocefálicas

Momento do tratamento

■■■■■■□□□
■ 6 em diálise
□ 3 em fase pré-dialítica

Cada quadrado representa um paciente. Fonte: Agle et al., J Vasc Bras 2026, tabela 2.

RESUMO DO ARTIGO

Os *resultados.*

7 / 9
procedimentos com sucesso técnico
77,8%

226 → 620
fluxo médio da fístula, em ml/min, antes e depois
p = 0,018 · n = 7

2,9 → 5,3
diâmetro médio da veia, em mm, antes e depois
p = 0,017 · n = 7

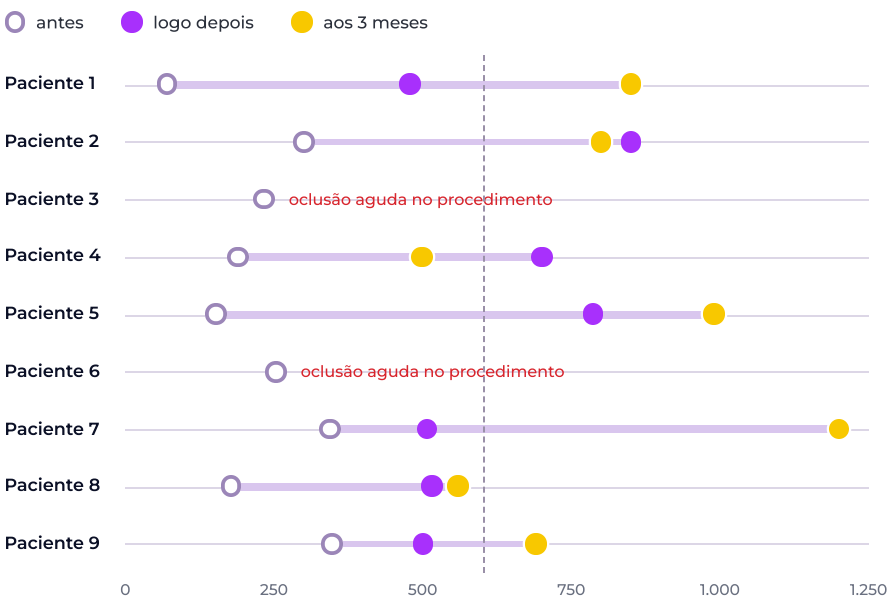
7 / 9
fístulas pérvias aos três meses
100% dos casos com sucesso imediato

Fluxo médio de 225,9 para 619,7 ml/min. Fonte: Agle et al., J Vasc Bras 2026, tabelas 2, 5 e 8.

Em dois dos nove procedimentos, a fístula teve trombose aguda durante a intervenção, o que foi considerado falha do tratamento. Por isso, a comparação dos parâmetros hemodinâmicos incluiu só os sete casos com sucesso técnico e dados completos.

Nesses casos, o fluxo e o diâmetro da veia aumentaram de forma estatisticamente significativa. Houve complicações em 66,6% dos casos, na maior parte hematoma local (44,4%). As complicações maiores, em 22,2%, foram as duas tromboses agudas. Na reavaliação aos três meses, a perviedade se manteve em todos os casos com sucesso imediato, e o fluxo e o diâmetro se mantiveram em todas as fístulas que funcionavam, com médias de 798,3 ml/min e 6,4 mm.

Fluxo de cada fístula, em ml/min



A linha tracejada marca 600 ml/min, o limite de fluxo usado como critério de inclusão. Fonte: Agle et al., J Vasc Bras 2026, tabelas 3 e 7.

FLUXOGRAMA

O caminho dos pacientes

Avaliação com Doppler em 2024
doença renal crônica e fístula não funcionante · n = 9

↓

Angioplastia ecoguiada
n = 9

↓

Fístula
radiocefálica 6
braquiocefálica 3

Balão
não complacente 6
semi-complacente 3

↓

Resultado imediato
sucesso técnico 7
· oclusão aguda 2

↓

Seguimento de 3 meses
fístula pérvia 7 · acesso perdido 2

Balão não complacente: de ultra-alta pressão; semicomplacente: de alta pressão (tabela 1). Adaptado da figura 6 de Agle et al., J Vasc Bras 2026.

RESUMO DO ARTIGO

O que os autores *discutem.*

Para os autores, o procedimento foi tecnicamente factível na maioria dos casos e melhorou parâmetros fundamentais para o funcionamento da fístula. Em acordo com a literatura, os achados indicam o fluxo medido ao Doppler como marcador de sucesso clínico após intervenções no acesso para hemodiálise, e os valores obtidos ficaram próximos dos critérios das diretrizes KDOQI.

O Doppler tem papel central na avaliação, no seguimento e na intervenção da fístula, por ser amplamente disponível, não invasivo e capaz de fornecer informação anatômica e funcional em tempo real. A abordagem ecoguiada elimina a radiação ionizante e o contraste iodado, ponto importante no paciente renal crônico pré-dialítico, e pode ser feita sem estrutura de alta complexidade, o que amplia o acesso ao tratamento em sistemas de saúde com limitações estruturais.

Estudos anteriores, como os de Abbadie e de Kazandjian e seus colaboradores, descreveram melhora hemodinâmica e perviedade adequada em curto prazo, e um estudo multicêntrico brasileiro recente, com balões farmacológicos, relatou bons resultados de eficácia e segurança, com perviedade em médio prazo.

Os autores pedem, porém, que os resultados sejam lidos à luz das complicações. A maior parte foi menor, como hematoma autolimitado, mas a taxa global foi alta e incluiu as tromboses que levaram à falha do procedimento. Embora a maioria não tenha tido impacto clínico na função do acesso, a frequência observada não é desprezível e deve ser analisada de forma crítica. DerDerian e colaboradores também descrevem taxas não desprezíveis de complicações, com predomínio de eventos menores e menos trombose. No estudo baiano, a taxa pode estar ligada à amostra pequena e heterogênea, ao caráter operador-dependente da técnica e à natureza fibrótica das estenoses de fístula, que muitas vezes exigem balões de alta pressão e aumentam o risco de lesão vascular.

LIMITAÇÕES APONTADAS PELOS AUTORES

- Amostra pequena e de conveniência, o que limita o poder estatístico e a generalização dos achados.
- Amostra heterogênea, com pacientes em diálise e pré-dialíticos e diferentes tipos de fístula.
- Balões variados, escolhidos conforme a disponibilidade da instituição, e procedimento operador-dependente.
- Taxa de complicações a interpretar com cautela, incluindo eventos maiores, como a trombose aguda.

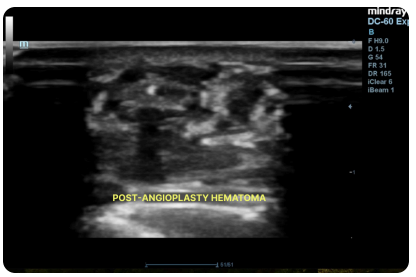


Figura 4. *Hematoma após a angioplastia, visto ao Doppler. Agle et al., 2026.*

CONCLUSÕES DOS AUTORES

A angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa foi factível em casos selecionados, com melhora dos parâmetros hemodinâmicos quando houve sucesso técnico. A taxa de complicações observada, no entanto, reforça a necessidade de interpretar os resultados com cuidado. A técnica pode ser uma alternativa viável onde o acesso à hemodinâmica é limitado e para pacientes em quem se deseja evitar o contraste iodado. Estudos com mais pacientes e seguimento mais longo são necessários para definir melhor a sua segurança e durabilidade.

Agle et al., J Vasc Bras 2026

Referências citadas neste resumo: Nerbass FB et al., Censo Brasileiro de Diálise 2022, Braz J Nephrol 2023 · Harduin LO et al., Diretrizes sobre acesso vascular para hemodiálise da SBACV, J Vasc Bras 2023 · Abbadie F et al., J Vasc Surg 2025 · Kazandjian C et al., Ann Vasc Surg 2019 · Lok CE et al., KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access, Am J Kidney Dis 2020 · Harduin LO et al., J Vasc Bras 2025 · DerDerian T et al., Ann Vasc Surg 2014. Lista completa no artigo original. Resumo preparado pela Vasc News a partir de Agle et al., J Vasc Bras 2026, artigo de acesso aberto sob licença CC BY 4.0.

EDITORIAL · COMENTÁRIO SOBRE O ARTIGO

Angioplastia ecoguiada de fístulas arteriovenosas: *uma realidade contemporânea e uma perspectiva para o futuro.*



Dra. Ana Clarice de Carvalho Bacelar
Mestre em Medicina e Saúde (UFBA); supervisora e preceptora da residência em Ecografia Vascular do Hospital Ana Nery

Da imagem à intervenção: perspectivas da abordagem ecoguiada do acesso vascular para hemodiálise.

A fístula arteriovenosa é o acesso vascular preferencial para hemodiálise. Porém estenoses e outras alterações comprometem sua funcionalidade e frequentemente exigem intervenções para preservar sua perviedade. Nesse cenário, a capacidade de identificar precocemente alterações anatômicas e hemodinâmicas e, quando indicado, tratá-las de maneira eficaz é parte fundamental da assistência ao paciente em tratamento dialítico.

A angioplastia convencional depende de estrutura de hemodinâmica, fluoroscopia e, frequentemente, contraste. O ultrassom, por ser de fácil acesso e ampla utilização, permite a abordagem em ambientes onde esses recursos podem ser limitados.

Embora existam relatos anteriores sobre intervenções ecoguiadas em acessos vasculares, a publicação de Gorin et al., em 2012, representou uma contribuição importante ao demonstrar a factibilidade da angioplastia de fístulas arteriovenosas autógenas guiada por ultrassom em ambiente ambulatorial. Naquela série retrospectiva, envolvendo 31 FAVs em 30 pacientes, foram realizadas 55 intervenções, com perviedade de 90 dias de 93% e taxa global de complicações de 11%.

Nos anos subsequentes, diferentes grupos ampliaram a experiência com procedimentos ecoguiados, contribuindo para consolidar a ultrassonografia como ferramenta não apenas diagnóstica, mas também intervencionista no manejo dos acessos vasculares para hemodiálise.

Vale ressaltar ainda vantagens adicionais do Ultrassom como única modalidade capaz de fornecer dados morfológicos e funcionais sobre o acesso vascular nativo e também se constitui na única ferramenta de imagem que pode ser utilizada diretamente pelo Cirurgião. O ultrassom, portanto, desempenha diferentes papéis na confecção e no acompanhamento pós-operatório de FAVs, incluindo o mapeamento pré-operatório, maturação das mesmas, monitoramento e tratamento das possíveis complicações.

É nesse contexto que se insere o trabalho "Angioplastia ecoguiada de fístulas arteriovenosas – relato de série", publicado no Jornal Vascular Brasileiro. A experiência descrita demonstra a factibilidade de realizar a angioplastia com orientação ultrassonográfica, utilizando o Doppler não apenas para caracterizar a lesão, mas também para orientar o procedimento e avaliar seus resultados imediatos. Como toda série inicial, seus achados devem ser interpretados à luz do número reduzido de pacientes e do curto período de acompanhamento, mas representam uma experiência relevante para estimular novas e adicionais investigações.

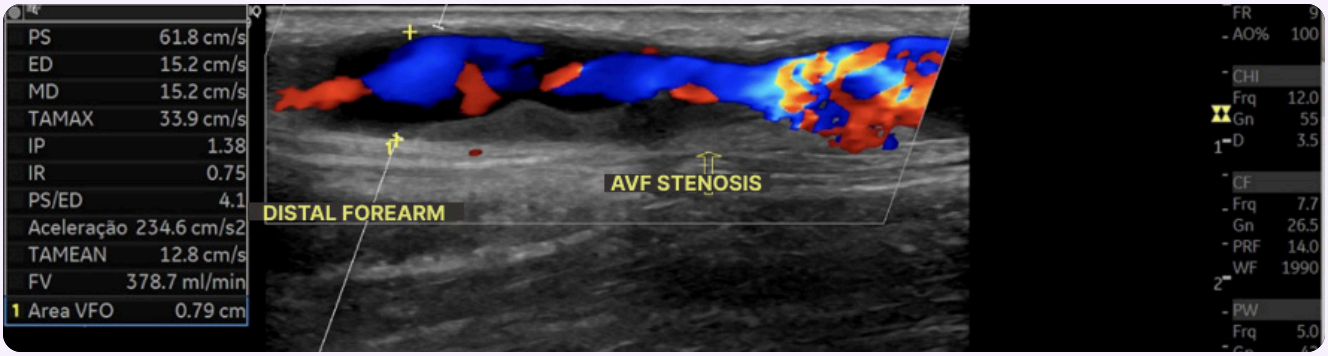
Precisamos separar diagnóstico e intervenção?

Tradicionalmente, diagnóstico e tratamento são concebidos como etapas distintas. O ultrassom identifica a alteração; outros métodos orientam a intervenção. O desenvolvimento da ultrassonografia vascular intervencionista, entretanto, permite questionar essa separação.

O mesmo exame que demonstra a anatomia, caracteriza a lesão e avalia a dinâmica do fluxo pode também orientar a punção, acompanhar a progressão dos dispositivos e documentar o resultado terapêutico. O ultrassom passa, assim, de mera ferramenta diagnóstica a participante efetivo do procedimento.

> *"O ultrassom passa, assim, de mera ferramenta diagnóstica a participante efetivo do procedimento."*

Essa mudança de perspectiva talvez seja uma das questões mais interessantes trazidas pela angioplastia ecoguiada: não se trata apenas de utilizar o ultrassom para



Do diagnóstico à intervenção. *Estenose de fístula arteriovenosa ao Doppler colorido, com fluxo turbulento: o mesmo exame que mostra a lesão orienta o tratamento. Figura 1 de Agle et al., J Vasc Bras 2026 (CC BY 4.0).*

"enxergar melhor", mas de integrar informação anatômica, funcional e terapêutica em um mesmo processo.

A questão é apenas evitar a radiação?

A abordagem ecoguiada traz implicações que ultrapassam a ausência de radiação. A visualização em tempo real permite correlação direta entre anatomia e intervenção, acompanhamento do comportamento da lesão durante o procedimento e avaliação imediata das condições hemodinâmicas do acesso. A possibilidade de reduzir ou evitar o uso de contraste também pode representar uma vantagem em situações selecionadas.

Entretanto, essas potenciais vantagens devem ser analisadas em conjunto com suas limitações técnicas, a necessidade de treinamento específico, a seleção adequada dos pacientes e a experiência da equipe. A incorporação de uma nova modalidade intervencionista não depende apenas da disponibilidade do equipamento, mas da aquisição de competências específicas para sua utilização segura e reprodutível.

Nesse ponto, a discussão ultrapassa a técnica em si e alcança um aspecto fundamental da nossa especialidade: a formação em Ecografia Vascular. À medida que o ultrassom passa a ocupar um papel cada vez mais ativo nos procedimentos vasculares, a formação adequada deixa de ser apenas desejável e passa a constituir elemento essencial para a expansão responsável dessa abordagem.

Qual o racional dessa técnica?

Em um sistema de saúde marcado por diferentes níveis de disponibilidade tecnológica, a possibilidade de realizar procedimentos vasculares guiados por ultrassom suscita uma discussão particularmente relevante. Tecnologias capazes de reduzir a dependência de determinados recursos de infraestrutura podem, em cenários apropriados, ampliar possibilidades assistenciais.

No contexto do Sistema Único de Saúde, essa perspectiva ganha especial significado. A angioplastia ecoguiada não deve ser compreendida como substituta universal da abordagem convencional, mas como uma estratégia que pode ampliar o repertório terapêutico disponível em determinados cenários, desde que exista adequada seleção dos pacientes, infraestrutura compatível e profissionais devidamente capacitados.

Aceno futuro:

A experiência publicada neste número do Jornal Vascular Brasileiro insere-se justamente nesse movimento. Pequena em número, mas relevante em conceito, ela nos convida a olhar para além dos resultados iniciais e a formular novas perguntas: quais pacientes mais se beneficiam? quais lesões são mais adequadas? quais são os limites da técnica? como comparar seus resultados aos da angioplastia convencional? E, sobretudo, como incorporar essa abordagem de maneira segura, reprodutível e baseada em evidências?

Talvez seja esse o verdadeiro papel de uma experiência inicial: não encerrar uma discussão, mas abrir espaço para que ela avance.

A ultrassonografia já nos norteia na identificação do acesso vascular. A próxima etapa é consolidar-se na condução do tratamento, unindo diagnóstico e intervenção em um único processo.

Ana Clarice Bacelar
Coautora do artigo
Departamento de Exames Não Invasivos da SBACV-BA

TAKE HOME MESSAGE

Soluções simples e *aplicáveis à realidade de cada local.*



Dra. Cláudia Guimarães Agle
Primeira autora do artigo · Cirurgiã vascular · CRM-BA 36443 · RQE 27895

Fez residência em Cirurgia Geral no Hospital da Cidade e foi aprovada em primeiro lugar para a residência de Cirurgia Vascular na Bahia, no Hospital Ana Nery, onde hoje faz a formação em Cirurgia Endovascular. A trajetória dela foi contada na Coluna do Residente da Vasc News 05.

A principal mensagem que este trabalho nos deixa é que a angioplastia ecoguiada pode ser uma alternativa útil para o tratamento de estenoses em fístulas para hemodiálise, desde que empregada em casos bem selecionados. A abordagem convencional em hemodinâmica permanece como método de referência, mas a possibilidade de realizar o procedimento sem o uso de contraste iodado e sem exposição à radiação acrescenta uma opção interessante ao manejo desses pacientes.

Na nossa experiência, o maior valor da técnica está justamente em ampliar as possibilidades de tratamento, especialmente em serviços onde o acesso à hemodinâmica é limitado. Não se trata de substituir a abordagem convencional, mas de reconhecer que, com adequada seleção dos casos e experiência em ultrassonografia vascular, a angioplastia ecoguiada pode ser uma ferramenta prática, factível e relevante para a manutenção do acesso de hemodiálise.

Esse trabalho reforça a importância de buscar soluções simples e aplicáveis à realidade de cada local, sempre com foco na segurança e qualidade de vida do paciente.

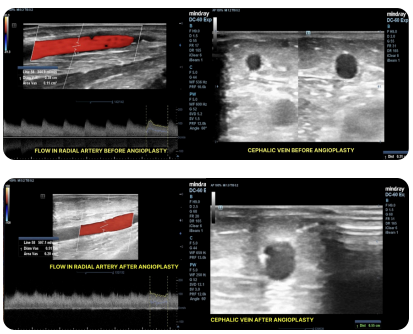
EM DESTAQUE

1. ***"Em casos bem selecionados."***
   Uma alternativa útil para o tratamento de estenoses em fístulas para hemodiálise.

2. ***"Sem o uso de contraste iodado e sem exposição à radiação."***
   Uma opção interessante ao manejo desses pacientes.

3. ***"Onde o acesso à hemodinâmica é limitado."***
   O maior valor da técnica está em ampliar as possibilidades de tratamento.

ANTES E DEPOIS



Fluxo na artéria radial e diâmetro da veia cefálica antes (acima) e depois (abaixo) da angioplastia ecoguiada. Figuras 2 e 3 de Agle et al., 2026.

Leia o artigo completo

Agle CG, Andrade FLB, Bacelar ACC, Bonfim GPS, Oliveira EC, Araujo Filho JS. Angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa para hemodiálise: experiência inicial de um centro. J Vasc Bras. 2026;25:e20260022. Acesso aberto, licença CC BY 4.0.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa: *experiência inicial no resgate do acesso vascular no Hospital Ana Nery*

Da sala de hemodinâmica para o domínio do Doppler: resultados iniciais do tratamento endovascular sem contraste e sem radiação.

> *Cada fístula salva representa menos cateteres e mais sobrevida para o patrimônio vascular do paciente; a abordagem ecoguiada nos permite entregar esse resultado com precisão e sem contraste."*

POR

Dr. Fábio Luis Barbosa Andrade

Coautor do artigo · preceptor da Residência de Cirurgia Vascular do Hospital Ana Nery



A doença renal crônica impõe um desafio crescente à saúde pública. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2022, mais de 150 mil pacientes fazem terapia dialítica no Brasil. Por isso, preservar a fístula arteriovenosa (FAV), acesso de escolha por ter menor morbimortalidade que os cateteres venosos centrais, é uma prioridade na prática vascular. Contudo, as estenoses venosas por hiperplasia intimal frequentemente comprometem a maturação e a longevidade desses acessos. A angioplastia transluminal percutânea é o padrão-ouro, mas a dependência de infraestrutura de hemodinâmica, de radiação ionizante e de contraste iodado restringe sua disponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em busca de alternativas factíveis para esse cenário, publicamos no Jornal Vascular Brasileiro o estudo "Angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa para hemodiálise: experiência inicial de um centro". O trabalho foi conduzido no Hospital Ana Nery, em Salvador, ao longo de 2024, e teve sob minha responsabilidade direta a execução dos procedimentos e a liderança na concepção e condução científica.

Nas palavras do Dr. Fábio Andrade

> *O domínio da ecografia vascular permite ao cirurgião vascular oferecer uma alternativa eficaz e segura para salvar acessos.*

Avaliamos nove pacientes adultos, seis com fístulas radiocefálicas e três com braquiocefálicas (seis em diálise e três pré-dialíticos), com estenoses significativas (acima de 70%) e fluxo inferior a 600 ml/min ou falha de maturação. Por meio de punção retrógrada ecoguiada da artéria radial (introdutor 5 Fr) e dilatação com balões de alta ou ultra-alta pressão (5 a 7 mm) guiadas exclusivamente pelo Doppler, alcançamos sucesso técnico imediato em 77,8% dos casos (7/9), sem uso de contraste ou fluoroscopia. Nesses pacientes, o fluxo sanguíneo médio saltou de 225,9 ml/min para 619,7 ml/min no pós-operatório imediato (p = 0,018) e chegou a 798,3 ml/min aos 3 meses. O diâmetro venoso médio aumentou de 2,9 mm para 5,3 mm (p = 0,017) e alcançou 6,4 mm no seguimento de 3 meses.

Todos os sete casos com sucesso técnico mantiveram 100% de perviedade aos 3 meses. Registramos complicações em 66,6% da amostra, majoritariamente hematomas locais autolimitados e sem repercussão clínica (44,4%), além de dois casos (22,2%) de oclusão aguda intraoperatória. Os resultados demonstram que o domínio da ecografia vascular permite ao cirurgião vascular oferecer uma alternativa eficaz e segura para salvar acessos em centros com restrição à hemodinâmica e em pacientes com contraindicação ao contraste. A técnica exige, contudo, curva de aprendizado e seleção criteriosa.

Referência do artigo original

doi.org/10.1590/1677-5449.202600221
Agle CG, Andrade FLB, Bacelar ACC, Bonfim GPS, Oliveira EC, Araujo Filho JS. Angioplastia ecoguiada de fístula arteriovenosa para hemodiálise: experiência inicial de um centro. J Vasc Bras. 2026;25:e20260022.



Currículo

Dr. Fábio Luis Barbosa Andrade

Cirurgião vascular · Hospital Ana Nery, Salvador

- Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV
- Área de atuação em Ecografia Vascular com Doppler (AMB/CBR/SBACV)
- Preceptor da Residência de Cirurgia Vascular do Hospital Ana Nery (HAN)
- Responsável pelo Ambulatório de Acesso Vascular do HAN

Fonte: minicurrículo enviado pelo autor.

LITERATURA EM FOCO | ARTIGO COM FONTE PRIMÁRIA VERIFICADA

HIPERPIGMENTAÇÃO APÓS PROCEDIMENTOS VENOSOS E AUTOESTIMA

Quando a mancha pesa *mais que as varizes*.

O Dr. Gilmar Santos, associado da SBACV-BA, é coautor de um estudo publicado na Cureus com colegas do Espírito Santo e de Santa Catarina. A pesquisa ouviu pacientes com manchas na pele depois de procedimentos venosos, e a maioria dos tratados por varizes considerou que a mancha pesou mais na aparência do que as próprias varizes.

Ilustração: Vasc News



COAUTOR · ASSOCIADO DA SBACV-BA

Dr. Gilmar da Silva Santos

Cirurgião vascular em Salvador e diretor de Patrimônio da SBACV-BA

PRIMEIRO AUTOR

Dr. Brenno Augusto S. Mello Netto

Cirurgião vascular em Vitória (ES) e autor correspondente do artigo

Coautores: Eduardo Zeilmann, de Itajaí (SC), e Lucas Sarcinelli Alencar, João Pedro Hemerly, Vinicius Berro Natal e Diana De Oliveira Frauches, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam), no Espírito Santo.

EM 30 SEGUNDOS

- Uma clínica vascular de Vitória (ES) reuniu 91 pacientes com manchas na pele depois de procedimentos venosos, tratados entre 2019 e 2025, com um questionário aplicado no início do tratamento.
- Todos relataram algum impacto na autoestima, quase nove em cada dez moderado ou alto, e a maioria usava roupas para esconder a área. Entre os tratados por varizes, a maior parte achou a mancha pior que as próprias varizes.
- Os autores defendem ouvir o paciente ao planejar e avaliar procedimentos venosos e lembram que a série é retrospectiva, de um único centro privado, com questionário sem validação.

COMO CITAR

Mello Netto BAS, Zeilmann E, Santos GS, Alencar LS, Hemerly JP, Natal VB, Frauches DO. **Perceived impact of cutaneous hyperpigmentation after venous procedures on patient self-esteem: an observational, retrospective, descriptive, single-center case series.** Cureus. 2026;18(9):e116504.

doi.org/10.7759/cureus.116504

A hiperpigmentação cutânea é o aumento localizado de melanina ou de hemossiderina na pele. Forma manchas de tons variados, inclusive nas pernas. Surge como hiperpigmentação pós-inflamatória, quando a lesão e a inflamação da pele estimulam os melanócitos, como depois de escleroterapia, cirurgia ou trauma, ou pelo depósito de hemossiderina, em geral associado a hematomas.

Está entre os eventos adversos mais frequentes dos procedimentos vasculares, em especial da escleroterapia, com incidência em torno de 30% nos estudos citados. Melasma, história familiar de distúrbios de pigmentação, fototipo mais alto, exposição solar acumulada e alguns medicamentos fotossensibilizantes ou hormonais aumentam o risco.

Embora benigna, a mancha é visível, e a pele exposta tem papel central na comunicação não verbal e na construção da autoestima. A procura por tratamento vem crescendo, mas o impacto psicossocial da mancha depois de procedimentos venosos ainda foi pouco estudado.

RESUMO DO ARTIGO

A pergunta *e o método.*

O objetivo

Descrever o impacto percebido da hiperpigmentação sobre a autoestima de pacientes que desenvolveram manchas na pele depois de procedimentos venosos.

O método

Série de casos observacional, retrospectiva e descritiva, com pacientes consecutivos atendidos numa clínica vascular privada de Vitória, no Espírito Santo. Os prontuários do período foram revisados, e foram elegíveis os pacientes com diagnóstico clínico de hiperpigmentação cutânea após procedimento venoso, com os mesmos critérios aplicados pela mesma equipe durante todo o período. Ficaram de fora as manchas de causa não vascular e os pacientes com doença venosa que não tinham passado por procedimento.

Os dados vieram de um questionário estruturado de perguntas fechadas, usado na rotina da clínica e arquivado no prontuário. A equipe criou o instrumento a partir da própria experiência com essa complicação, sem derivar nem adaptar nenhum questionário publicado, para sistematizar a coleta. Ele não passou por validação formal nem por teste de confiabilidade.

O fototipo foi definido pelos médicos na consulta, pela classificação de Fitzpatrick, que agrupa a pele pela resposta ao sol e pela tendência a bronzear. Os dados do questionário e do prontuário foram resumidos em frequências absolutas e relativas.

FICHA DO ESTUDO

DESENHO
Série de casos retrospectiva e descritiva, de um centro

PACIENTES E PERÍODO
91 consecutivos, de 2019 a 2025

LOCAL
Clínica vascular privada em Vitória (ES)

INSTRUMENTO
Questionário estruturado da clínica, sem validação

ANÁLISE
Descritiva, sem testes estatísticos (SPSS 30)

ÉTICA
CEP da Emescam, CAAE 93132425.7.0000.5065

FINANCIAMENTO E CONFLITOS
Nenhum declarado

A PERGUNTA SOBRE AUTOESTIMA

> *“Quanto essas manchas interferem na sua autoestima?*

- ☐ Nenhuma
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Alta

Pergunta do questionário, em tradução da Vasc News; no artigo, o instrumento aparece em inglês, nos apêndices.

QUEM PREENCHIA

O paciente
as perguntas sociodemográficas e subjetivas

O médico
os dados clínicos e o fototipo de pele

No prontuário
no início do tratamento da mancha

No estudo
questionário e prontuário, usados em conjunto

O QUE O PACIENTE RESPONDIA

- Impacto na autoestima
- Repercussão estética da mancha
- Influência na escolha das roupas
- Tratamentos feitos antes
- Expectativa com o tratamento atual
- Dados sociodemográficos

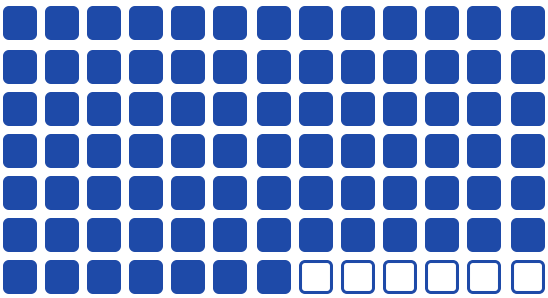
RESUMO DO ARTIGO · RESULTADOS

Quem são *os pacientes.*

Mulheres, na maioria entre 30 e 49 anos, casadas, com ensino superior ou pós-graduação e pele de fototipo III ou IV.

Sexo

cada quadrado é um paciente



85 93,4% mulheres

6 6,6% homens

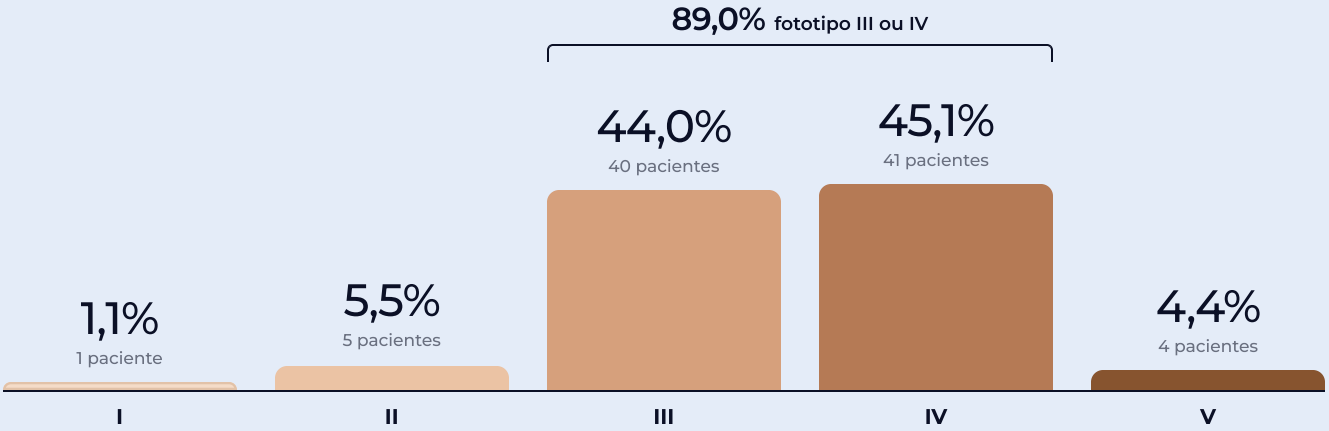
Idade

faixa etária, em anos



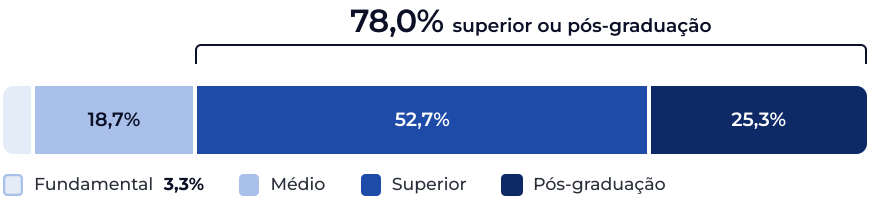
Fototipo de pele, pela classificação de Fitzpatrick

a escala vai do tipo I (pele muito clara, que sempre queima e nunca bronzeia) ao tipo VI (pele muito pigmentada, que raramente queima)



Escolaridade

nível completo



Estado civil

situação conjugal



Percentuais sobre os 91 pacientes. Cores da escala de Fitzpatrick ilustrativas. Fonte: Mello Netto et al., Cureus 2026, tabela 1.

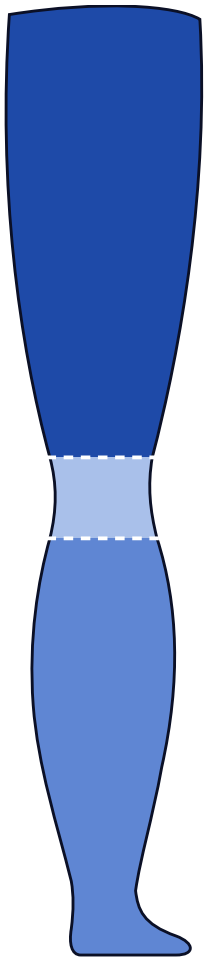
RESUMO DO ARTIGO · RESULTADOS

Onde estava *a mancha.*

Todas nos membros inferiores, quase sempre depois do tratamento de varizes e, na maioria, com poucos meses de evolução.

Local principal da hiperpigmentação

percentual de pacientes por região



COXA

Lateral	31,9%
Medial	19,8%
Anterior	9,9%
Posterior	9,9%

JOELHO

Fossa poplítea	7,7%

PERNA

Anterior	6,6%
Medial	5,5%
Posterior	4,4%
Lateral	4,4%

Procedimento antes da mancha

Escleroterapia com espuma	48,4%
Cirurgia convencional (aberta) de varizes	22,0%
Escleroterapia líquida	20,9%
Crio-laser e crioescleroterapia (CLaCS)	5,5%
Laser transdérmico	2,2%
Ablação endovenosa com laser	1,1%

89 /91

pacientes em que a mancha veio do tratamento de varizes

Tempo de mancha no início do tratamento

97,8% com até seis meses de mancha



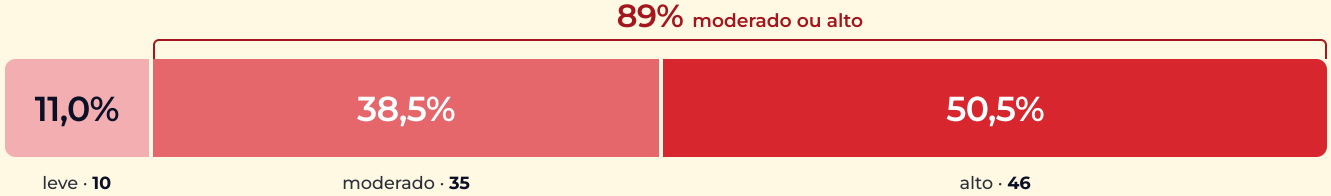
Percentuais sobre os 91 pacientes. Silhueta esquemática. Fonte: Mello Netto et al., Cureus 2026, tabela 1.

RESUMO DO ARTIGO · RESULTADOS

O peso *na autoestima.*

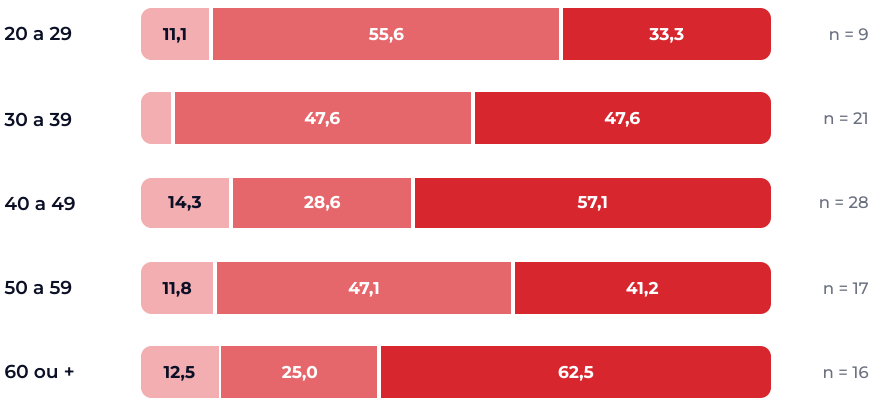
Quanto as manchas interferem na autoestima

91 pacientes · nenhum respondeu "nenhuma"



Por faixa etária

leve, moderado e alto, em % de cada faixa



Na faixa de 30 a 39 anos, impacto leve em 4,8%. Fonte: Mello Netto et al., Cureus 2026, tabelas 2 e 3.

POR SEXO

Impacto moderado ou alto

Mulheres	76 de 85	89,4%
Homens	5 de 6	83,3%

Roupa para esconder, com frequência ou sempre

Mulheres	54 de 85	63,5%
Homens	2 de 6	33,3%

Com só seis homens, os autores tratam a comparação por sexo como exploratória, para gerar hipóteses.

Para os autores, a hiperpigmentação depois de procedimentos venosos tem impacto percebido importante na autoestima, na maior parte moderado ou alto, e vem acompanhada de comportamentos para escondê-la. O achado combina com a literatura: alterações visíveis de pigmentação, mesmo benignas, se associam a prejuízo da autoimagem e do bem-estar emocional.

A pele tem papel central na construção da identidade corporal. Mudanças persistentes na cor da pele podem ganhar um peso subjetivo desproporcional à gravidade fisiopatológica, justamente por serem visíveis e difíceis de esconder, e passar a ser vistas como marca de imperfeição estética, com efeito negativo sobre a autoconfiança e a satisfação com a própria imagem corporal.

Em procedimentos eletivos, a distância entre a avaliação médica convencional, que tende a classificar a mancha como evento adverso menor, e a experiência do paciente reforça a importância de levar para a prática os desfechos relatados pelo próprio paciente. Estudos mostram que a percepção do paciente sobre a própria pele pesa na autoestima, qualquer que seja a gravidade clínica objetiva.

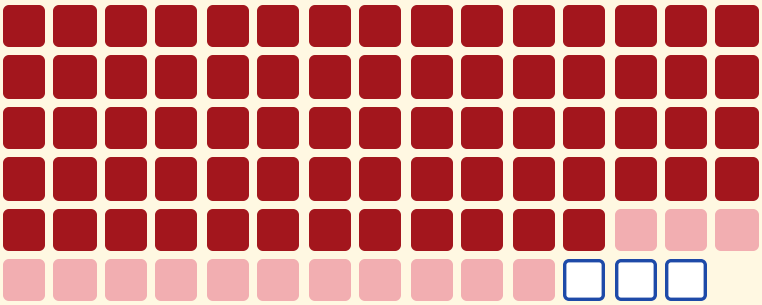
O impacto apareceu em todas as faixas etárias, inclusive aos 60 anos ou mais, como em estudos que mostram que a preocupação com a aparência atravessa a vida. Entre as mulheres, a maior frequência de ocultação combina com evidências de que alterações visíveis da pele pesam mais nesse grupo, em contextos com padrões estéticos mais rígidos.

RESUMO DO ARTIGO · RESULTADOS

Esconder, comparar *e esperar.*

A mancha comparada às varizes tratadas

89 pacientes tratados por varizes · cada quadrado é um paciente



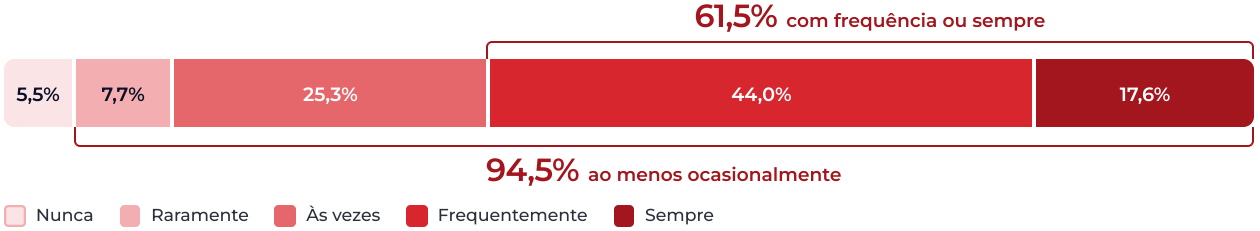
80,9%

acharam a mancha esteticamente pior do que as próprias varizes

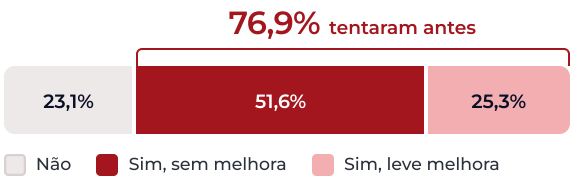
- **72** · a mancha é pior
- **14** · equivalentes (15,7%)
- **3** · as varizes são piores (3,4%)

Roupa usada de propósito para esconder a mancha

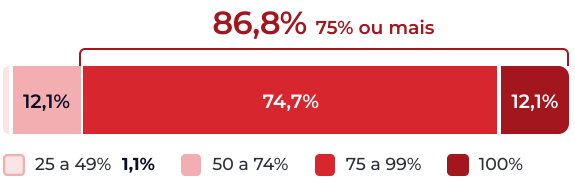
malhas de compressão indicadas pelo médico não contaram



Já tinham tentado clarear



Quanto esperavam clarear agora



Fonte: Mello Netto et al., Cureus 2026, tabela 2. Dois pacientes cujo procedimento não tratou varizes ficaram fora da comparação com as varizes.

O uso habitual de roupas para esconder as lesões sugere estratégias de enfrentamento diante do desconforto estético. Achados parecidos já foram descritos em pessoas com dermatoses visíveis, em quem esconder a lesão costuma se associar a vergonha e a evitação social, fatores que pesam na qualidade de vida e podem influir até na decisão de fazer um procedimento vascular.

Quanto ao tratamento, predominaram expectativas altas de clareamento. Para os autores, isso sugere que a mancha pode se tornar central na experiência de adoecimento, com repercussões psicossociais que vão além da gravidade clínica objetiva. A pequena parcela com expectativas mais modestas pode refletir tratamentos anteriores frustrantes, que costumam reduzir a expectativa em relação aos seguintes.

RESUMO DO ARTIGO

O que os autores *discutem.*

A percepção de que a mancha pesa mais que as próprias varizes sugere que sequelas cutâneas persistentes podem ser vividas como mais incômodas do que a doença vascular tratada. A literatura descreve o fenômeno, em que marcas residuais visíveis podem ser lidas como falha do tratamento mesmo quando o objetivo clínico principal foi alcançado.

Por isso, dizem os autores, o sucesso terapêutico deve ser avaliado de forma ampla, considerando a resolução anatômica e funcional e também o que molda a percepção estética e emocional do paciente. O tratamento busca, em geral, melhorar a aparência do membro, e a mancha que surge depois da intervenção vai na direção contrária e pode gerar insatisfação.

Do ponto de vista clínico, os achados reforçam a necessidade de um cuidado vascular mais amplo, que reconheça a hiperpigmentação como condição potencialmente associada a sofrimento psicossocial. Incorporar medidas de desfecho relatadas pelo paciente, as PROMs, pode tornar o cuidado mais centrado na pessoa, facilitar o alinhamento de expectativas e qualificar as decisões clínicas.

Falhas de comunicação entre médico e paciente sobre os limites do tratamento contribuem para sofrimento emocional persistente e menor satisfação com o cuidado. O alinhamento prévio de expectativas aparece, assim, como parte do manejo clínico da hiperpigmentação.

LIMITAÇÕES APONTADAS PELOS AUTORES

- Desenho retrospectivo, numa única clínica privada, com risco de viés de seleção e generalização limitada.
- Amostra com predomínio de mulheres e de alta escolaridade, que procurou tratamento da mancha numa clínica privada: o perfil pode ter favorecido quem percebe mais o impacto e superestimado esse impacto.
- Questionário sem validação psicométrica, o que limita a comparação com a literatura e pode introduzir viés de informação.
- Quase todas as lesões tinham até seis meses, o que impede analisar como a persistência da mancha muda o impacto percebido.
- Poucos homens, o que torna exploratória a análise por sexo, e nenhuma análise inferencial entre as variáveis.

PARA A PRÁTICA
segundo os autores

- Alinhar as expectativas antes de tratar a mancha.
- Medir o sucesso também pela percepção estética e emocional do paciente.
- Usar de forma sistemática desfechos relatados pelo paciente.

CONCLUSÕES DOS AUTORES

Nesta série de casos, os pacientes relataram com frequência impacto da hiperpigmentação na autoestima, adotaram estratégias para esconder as lesões, atribuíram à mancha um peso estético maior do que à condição que motivou o procedimento e mostraram expectativas altas em relação ao tratamento dessa complicação. Em conjunto, os achados mostram a relevância da hiperpigmentação residual na experiência do paciente e, apesar das limitações do estudo, reforçam a importância de considerar a perspectiva dele no planejamento e na avaliação dos resultados dos procedimentos venosos.

Mello Netto et al., Cureus 2026

Referências citadas neste resumo: Wang JY et al., J Drugs Dermatol 2025 · Rodrigues A et al., J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2025 · Gonzalez Ochoa AJ et al., J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2021 · Fitzpatrick TB, Arch Dermatol 1988 · Bonsel JM et al., Health Qual Life Outcomes 2024. Lista completa, com 38 referências, no artigo original. Resumo e tradução preparados pela Vasc News a partir de Mello Netto et al., Cureus 2026, artigo de acesso aberto sob licença CC BY 4.0.

TAKE HOME MESSAGE

Quando uma “complicação estética” *deixa de ser apenas estética?*



Dr. Gilmar da Silva Santos
Coautor do artigo · diretor de Patrimônio da SBACV-BA

Na prática vascular, a hiperpigmentação após procedimentos venosos ainda é frequentemente tratada como um evento secundário. Mas será que essa também é a percepção do paciente?

Um novo estudo, publicado recentemente pelo Grupo Angioderma e que tem como coautor o colega da nossa Regional, Gilmar Santos, investiga o impacto percebido da hiperpigmentação sobre a autoestima.

O estudo avaliou 91 pacientes com hiperpigmentação após procedimentos venosos realizados entre 2019 e 2025 e trouxe alguns dados que merecem atenção.

Todos os pacientes relataram algum grau de interferência da hiperpigmentação na autoestima, e 89% classificaram esse impacto como moderado ou alto. Além disso, 94,5% referiram utilizar roupas, pelo menos ocasionalmente, para esconder as lesões.

Mas talvez o dado mais impactante esteja na comparação estética: entre os pacientes tratados por varizes, 80,9% consideraram a hiperpigmentação mais prejudicial à aparência do que as próprias varizes. O que o médico pode interpretar como uma consequência secundária pode, para o paciente, tornar-se o principal problema estético após o tratamento.

Além disso, outro achado merece atenção: 86,8% esperavam obter pelo menos 75% de clareamento das lesões. Isso reforça a

Nas palavras do Dr. Gilmar Santos

> *A hiperpigmentação residual pode ser clinicamente discreta, mas subjetivamente relevante.*

> *Não basta tratar a doença; precisamos compreender o resultado pela perspectiva de quem recebeu o tratamento.*

> *O que o médico pode interpretar como uma consequência secundária pode, para o paciente, tornar-se o principal problema estético após o tratamento.*

importância da comunicação, do alinhamento de expectativas, da discussão dos limites terapêuticos e da busca por melhor capacitação no tratamento dessa complicação.

A mensagem é relevante: não basta tratar a doença; precisamos compreender o resultado pela perspectiva de quem recebeu o tratamento. A hiperpigmentação residual pode ser clinicamente discreta, mas subjetivamente relevante. Incorporar desfechos relatados pelo paciente pode mudar a forma como planejamos e avaliamos nossos procedimentos.

Este é mais um trabalho do Grupo Angioderma que nasce da prática clínica e retorna à ciência para provocar uma reflexão necessária. Convido os colegas da SBACV Regional Bahia a acessarem o artigo completo e conhecerem os dados.

Leia o artigo completo no Cureus

doi.org/10.7759/cureus.116504
Mello Netto BAS, Zeilmann E, Santos GS, et al. Cureus. 2026;18(9):e116504. Acesso aberto, CC BY 4.0.



Currículo

Dr. Gilmar da Silva Santos

Angiologista e cirurgião vascular · CRM-BA 13836 · RQE 6825

- Medicina pela UFBA; dois anos de cirurgia geral e quatro de angiologia e cirurgia vascular, um deles em procedimentos minimamente invasivos
- Seis anos no Hospital Geral do Estado, em emergências vasculares e cirurgias de médio e grande porte; foi docente da pós-graduação no Hospital das Clínicas da UFBA
- Coorganizador do livro *Bases do Rejuvenescimento das Pernas: da Hipercromia à Flacidez*, do Grupo Angioderma, lançado no Congresso Brasileiro de 2026
- Diretor de Patrimônio da SBACV-BA e corpo docente do Phlebo Education Program, Módulo 02

Fontes: site oficial do Dr. Gilmar Santos, programa do Phlebo e expediente da SBACV-BA.

O PODCAST OFICIAL DA SBACV-BA



SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

Os debates que acontecem dentro dos encontros da sociedade, os casos reais, agora no seu ouvido.

11 episódios disponíveis agora

PODCAST SBACV-BA · TODOS OS EPISÓDIOS · SPOTIFY

11 episódios. 11 debates.
Mais de 5 horas de conteúdo científico.



EPISÓDIO 11 · MATÉRIA DE CAPA

Lipedema: muito além da gordura

A 6ª Reunião Científica em áudio: fisiopatologia, tratamento e diretrizes do lipedema, com as aulas do Dr. Daniel Benitti, da Dra. Ana Paula Peclat e da Dra. Flávia Magella e o debate da noite, agora para ouvir.



EPISÓDIO 10

Terapias Regenerativas: Limites e Perspectivas



EPISÓDIO 09

Doença Arterial Periférica: Preparo do Vaso, Scaffolds Bioabsorvíveis e TBT



EPISÓDIO 08

Trombose e Terapias Hormonais 2026



EPISÓDIO 07

Aorta: Até Onde Chegamos



EPISÓDIO 06

Como Avaliar o Idoso para a Cirurgia Vascular



EPISÓDIO 05

Saúde da Mulher: Desordem Venosa Pélvica - Discussão Multidisciplinar



EPISÓDIO 04

Ateromatose Carotídea: Tratamento Clínico e Intervencionista



EPISÓDIO 03

Residências em Foco: Casos Desafiadores da Cirurgia Vascular na Bahia



EPISÓDIO 02

Laser no Consultório Vascular: Das Telangiectasias à Regeneração Tecidual



EPISÓDIO 01

Tromboembolismo Venoso: Casos Complexos e Condutas

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

MATÉRIA DE CAPA · 6ª REUNIÃO CIENTÍFICA



ANFITRIÃ

Dra. Miriam Takayanagi (BA)

Cirurgiã vascular com atuação em linfedema e lipedema



CONVIDADO

Dr. Daniel Benitti (SP)

Cirurgião vascular e endovascular · Lipedema



CONVIDADA

Dra. Ana Paula Peclat (RJ)

Angiologista · Doppler vascular · Professora de Medicina



CONVIDADA

Dra. Flávia Magella (SP)

Cirurgiã vascular · Laser, estética dos membros inferiores e Ecodoppler vascular



DEBATEDORA

Dra. Claudia Fernandes (FSA · BA)

Cirurgiã vascular e angiologista · Professora Adjunta na UEFS



DEBATEDORA

Dra. Alessandra Morais (BA)

Cirurgiã vascular · Linfedema, lipedema e Medicina do Estilo de Vida



DEBATEDOR

Dr. Ricardo Ferraz (BA)

Cirurgião vascular · Varizes e abordagem multidisciplinar do lipedema

AULA EXPOSITIVA · DEBATE
6ª REUNIÃO CIENTÍFICA 2026

Muito mais *que* gordura

Seis eixos fisiopatológicos, o tratamento possível e o que dizem os consensos.

26 DE AGOSTO DE 2026 · RESTAURANTE BOI PRETO, SALVADOR · PRESENCIAL E ON-LINE

MATÉRIA DE CAPA · A ANFITRIÃ



Um petisco *antes do congresso.*

Dra. Miriam Takayanagi
ANFITRIÃ DA NOITE

Quem abriu a noite avisou que o lipedema voltaria em outubro, num curso inteiro de pré-congresso.

Foi o Dr. Patrick Metzger quem chamou a anfitriã ao microfone, com uma apresentação que dizia muito sobre a escolha. A Dra. Miriam Takayanagi é amiga pessoal do presidente e a colega a quem ele encaminha muitos dos casos de lipedema que chegam ao seu consultório. Na diretoria da SBACV-BA, responde pelo Departamento de Doenças Linfáticas.

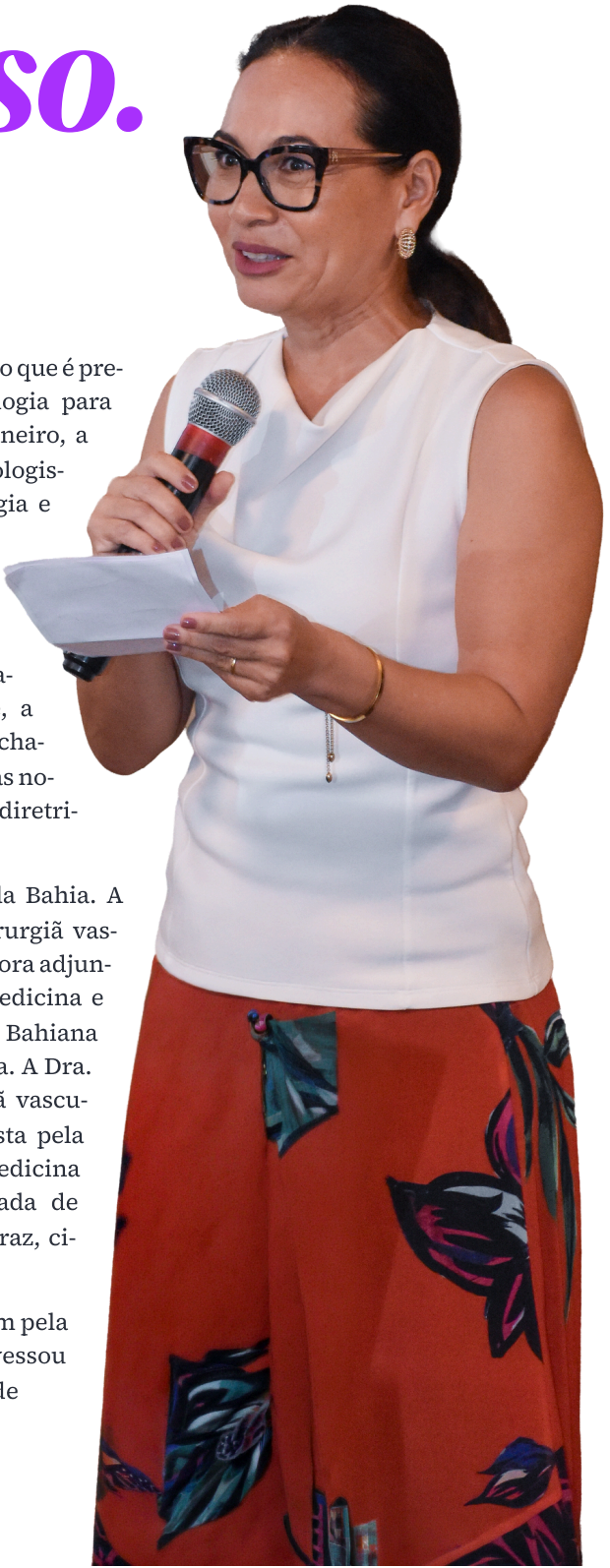
Ela abriu a sessão com um aviso. O tema era palpitante, mas aquela noite seria apenas um petisco: no 46º Congresso Brasileiro, em outubro, o lipedema teria um curso pré-congresso inteiro e várias aulas ao longo da programação.

> *“... é só um petisco antes do nosso congresso.”*

A mesa que ela reuniu tinha formações diferentes e uma mesma preocupação. De São Paulo, o Dr. Daniel Benitti, para explicar o que é preciso entender da fisiopatologia para tratar melhor. Do Rio de Janeiro, a Dra. Ana Paula Peclat, angiologista, especialista em angiologia e em Doppler vascular pela SBACV, doutoranda pela UFRJ e professora da Faculdade de Medicina Souza Marques, para falar de tratamento. E, presencialmente, a Dra. Flávia Magella, que ela chamou de cereja do bolo, com as novidades, os consensos e as diretrizes mais recentes.

No debate, três nomes da Bahia. A Dra. Claudia Fernandes, cirurgiã vascular e angiologista, professora adjunta da UEFS e mestre em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A Dra. Alessandra Morais, cirurgiã vascular com título de especialista pela SBACV e especialista em Medicina do Estilo de Vida, conectada de Boston. E o Dr. Ricardo Ferraz, cirurgião vascular.

Duas das três aulas vieram pela transmissão. A sessão atravessou os pequenos contratempos de





quem apresenta de casa sem perder o ritmo, e ao fim da primeira aula a anfitriã registrou o silêncio da sala durante a exposição. Coube a ela também encerrar a discussão, já tarde, para dar lugar ao recado da presidente do congresso.

A conversa, porém, continuou fora do microfone. Durante a visita a Salvador, a Dra. Flávia Magella contou que a anfitriã a levou para ver o pôr do sol no Iate Clube, história que arrancou risadas da mesa no fim da noite.

O debate da 6ª Reunião Científica: a mesa no salão e os convidados on-line no telão.





Na plateia, a Dra. Flávia Magella acompanha as aulas transmitidas ao vivo, antes de apresentar a sua.

MATÉRIA DE CAPA · AS TRÊS AULAS

Três aulas. *Três olhares.*

Há um conceito antigo que ainda ronda os consultórios: o de que o lipedema seria gordura acumulada nas pernas, resistente a dieta e a exercício. As três aulas da noite partiram desse lugar-comum para desmontá-lo, cada uma por um caminho.

O Dr. Daniel Benitti foi à biologia. Organizou a doença em seis eixos interligados, do colágeno ao receptor de estradiol, e mostrou por que o tecido incha, dói, forma hematoma e fibrose. Para ele, entender a fisiopatologia é o que permite à paciente perceber que o médico entende a doença dela.

A Dra. Ana Paula Peclat foi ao tratamento. Separou o que a evidência sustenta do que ainda é promessa, dos pilares conservadores à lipossucção e à tirzepatida, com um alerta repetido ao longo da aula: plausibilidade biológica não é eficácia clínica.

A Dra. Flávia Magella foi à literatura. Mostrou o que dizem as diretrizes da Holanda, dos Estados Unidos, da Alemanha e o consenso brasileiro, onde elas convergem, onde divergem e quão pequeno ainda é o corpo de ensaios randomizados sobre o tema. E defendeu o uso do consenso brasileiro, que preenche uma lacuna.

Três palestrantes, três formações e uma conclusão comum: o lipedema pertence à especialidade vascular, e a especialidade precisa conhecê-lo.

> *É quase criminoso você considerar o lipedema como um acúmulo de gordura na perna, porque é muito mais que isso.*



Dr. Daniel Benitti
Aula 1 · Fisiopatologia

> *A plausibilidade que existe é diferente de eficácia clínica.*



Dra. Ana Paula Peclat
Aula 2 · Tratamento

> *O estado morfológico não mede a gravidade da doença.*



Dra. Flávia Magella
Aula 3 · Diretrizes e consensos



EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Uma noite para rever a fisiopatologia, o tratamento e os consensos do lipedema. É a educação médica continuada que a SBACV-BA oferece no salão e na transmissão ao vivo.

MATÉRIA DE CAPA · AULA 1 FISIOPATOLOGIA

Entender o Lipedema *para tratar melhor.*

Colágeno, imunidade, vasos, endotélio, genética e receptores de estradiol: os seis eixos com que o Dr. Daniel Benitti explicou o lipedema como uma condição multissistêmica.



Transmitida ao vivo de São Paulo, a aula do Dr. Daniel Benitti chega ao telão do salão no slide dos seis eixos.

EM 30 SEGUNDOS

- O lipedema não é “apenas gordura”: é uma condição multissistêmica, com seis eixos que se retroalimentam.
- Colágeno frouxo e vasos frágeis fazem o tecido inchar e vazar; o linfático não dá conta, e a hipóxia gera dor.
- Não há estudo com estradiol elevado nessas mulheres. Para o palestrante, o tratamento começa pela origem do processo.

CONVIDADO · AULA 1

Dr. Daniel Benitti SÃO PAULO

Cirurgião vascular e endovascular

Formado pela Faculdade de Medicina da USP, com residência em Cirurgia Geral e em Cirurgia Vascular e Endovascular no Hospital das Clínicas da USP e fellowship internacional em Nova York. É um dos fundadores da Associação Brasileira de Lipedema e participou do Consenso Brasileiro de Lipedema.



AULA 1 · POR QUE ENTENDER A FISIOPATOLOGIA

O lipedema é assunto *da cirurgia vascular.*

O Dr. Daniel Benitti abriu a aula com a definição clássica, a do primeiro artigo sobre o tema, de 1940: acúmulo de gordura nas pernas, com dor, inchaço, hematomas sem trauma e fibrose, resistente a dieta e a atividade física. E avisou em seguida que odeia essa definição. Para ele o ideal é tratar o lipedema como um acúmulo de gordura na perna.

O palestrante relatou que, em determinado momento, cerca de 30% das pacientes do seu consultório tinham lipedema, e que a procura pelo termo e pela informação sobre a condição cresce de forma exponencial. Junto com ela, cresce a oferta de condutas que exploram a vulnerabilidade dessas mulheres.

Por isso, disse, entender a fisiopatologia não é exercício teórico. É o que permite explicar à paciente o que acontece com ela. Se o cirurgião vascular não souber fazer isso, ela vai procurar a explicação em outro lugar. E a responsabilidade, na visão dele, é da própria especialidade: o lipedema não deve sair da cirurgia vascular, e cabe a ela se fortalecer.

A aula foi organizada em seis eixos interligados: o colágeno, que ele considera de longe o mais importante, o sistema imunológico, o sistema vascular, o segundo mais importante, o endotélio, a genética e a parte hormonal.



No salão, a atenção às aulas transmitidas ao vivo.

> *O lipedema não é para sair da especialidade vascular, a gente tem que fortalecer a nossa especialidade.”*
>
> DR. DANIEL BENITTI

OS SEIS EIXOS DA AULA

EIXO 01
Colágeno e matriz extracelular
Colágeno VI em excesso e pouca capacidade de desfazer a fibrose. Para ele, o mais importante.

EIXO 02
Sistema imunológico
Predomínio do macrófago M2, com leptina e adiponectina diferentes da obesidade.

EIXO 03
Sistema vascular
Vasos novos, imaturos e permeáveis. O segundo eixo mais importante.

EIXO 04
Endotélio
Junções frouxas: a barreira que deveria conter o plasma deixa vazar.

EIXO 05
Genética
Herança poligênica: não há um gene único do lipedema.

EIXO 06
Hormonal e estradiol
O estradiol no sangue não é mais alto; o que muda é o receptor.

EIXO 01 Colágeno e matriz | EIXO 02 Sistema imunológico | EIXO 03 Sistema vascular | EIXO 04 Endotélio | EIXO 05 Genética | EIXO 06 Hormonal e estradiol

AULA 1 · EIXOS 1 E 2

Um tecido que distende fácil *e não desfaz a fibrose.*

Eixo 1 · Colágeno e matriz extracelular

O lipedema tem duas marcas no colágeno. A primeira é o aumento do colágeno tipo VI na membrana basal do subcutâneo, que forma uma rede de fibrose maior. Ao mesmo tempo, a paciente tem menos mecanismos para degradar essa fibrose, porque as metaloproteinases que fariam esse trabalho estão alteradas: a MMP11, que cliva o colágeno VI, está reduzida, e a MMP14 está aumentada, associada a tecido adiposo hipertrófico e a vasos mais frágeis.

A segunda marca é uma alteração do colágeno tipo V, semelhante à da síndrome de Ehlers-Danlos. Como o tipo V estabiliza o tipo I, principal colágeno da pele, o tecido distende com menos resistência, em qualquer parte do corpo e sobretudo nas pernas. É daí que vem a hipermobilidade descrita nas diretrizes.

O glicocálice também está alterado, e o interstício concentra mais sódio, o que dá ao tecido a textura gelatinosa característica. Na prática clínica, o palestrante relata que as pernas começam a inchar pouco depois de uma refeição salgada, e que a retenção é maior quanto mais baixo na perna.

Eixo 2 · Sistema imunológico

Na obesidade, predomina a resposta inflamatória do macrófago M1, mais agressiva. No lipedema, predomina o macrófago M2, de perfil anti-inflamatório, que segura a inflamação mas estimula a formação de vasos, a proliferação do tecido adiposo e a fibrose. O infiltrado de macrófagos CD45+/CD68+ é maior, com polarização CD163+.

O palestrante ofereceu uma leitura evolutiva: é melhor inflamar a perna do que o pâncreas, e é melhor multiplicar tecido adiposo na perna do que substituir o fígado por gordura. A paciente, porém, não enxerga isso.

Duas adipocinas completam o eixo. A leptina funciona como acelerador do sistema inflamatório, e a adiponectina, como freio. No lipedema, segundo o palestrante, a adiponectina é mais alta, o oposto do que ocorre na obesidade.

> *"É muito melhor você ter uma inflamação na perna do que ter uma inflamação no pâncreas."*
>
> DR. DANIEL BENITTI

OBESIDADE × LIPEDEMA, SEGUNDO O PALESTRANTE

	NA OBESIDADE	NO LIPEDEMA
Macrófago que predomina	M1	M2
Resposta	Inflamação mais agressiva	Anti-inflamatória, mas forma vasos, gordura e fibrose
Adiponectina, o freio	Mais baixa	Mais alta

IDEIA-CHAVE

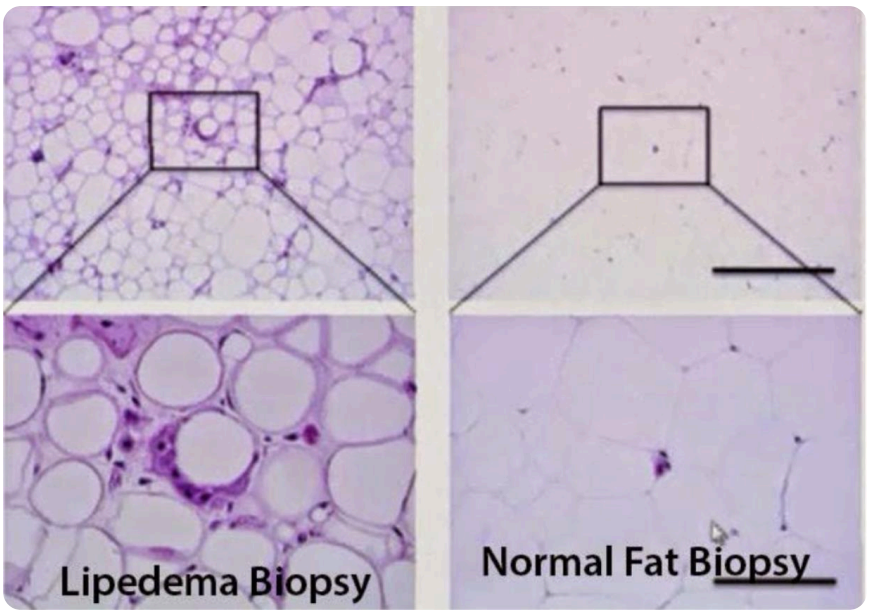
Menos MMP11 e mais MMP14: mais colágeno acumulado e vasos mais frágeis ao mesmo tempo. Os macrófagos M2 remodelam o tecido e impulsionam a expansão adiposa.

Fontes citadas nos slides da aula: Rabiee et al., Biomedicines 2022;10(12):3081 · Faria et al., npj Metab Health Dis 2026;4:3 · Grewal et al., Biomedicines 2025;13(3):561 · Wolf et al., Front Immunol 2022;13:1004609

EIXO 01 Colágeno e matriz | EIXO 02 Sistema imunológico | **EIXO 03 Sistema vascular** | **EIXO 04 Endotélio** | EIXO 05 Genética | EIXO 06 Hormonal e estradiol

AULA 1 · EIXOS 3 E 4

Vasos jovens, frágeis *e que vazam.*



Biópsia de lipedema, à esquerda, e de gordura normal, à direita: imagem apresentada na aula do Dr. Daniel Benitti.

VEGF-A

2×

cerca de duas vezes mais elevado no lipedema, com vasos imaturos e hiperpermeáveis

JUNÇÕES ENDOTELIAIS

▼ VE-caderina ▼ ZO-1 ▼ TIE-2

reduzidos: as junções que vedam o endotélio se afrouxam

Al-Ghadban et al., Front Cell Dev Biol 2026;14:1819443 · Rabiee et al., Biomedicines 2022;10(12):3081

Eixo 3 · Sistema vascular

É a área da especialidade, e o palestrante a colocou como o segundo eixo mais importante. As mulheres com lipedema têm aumento da angiogênese, com microvasos mais numerosos e dilatados, independentemente do IMC. O VEGF-A multiplica vasos sanguíneos imaturos.

Somado ao colágeno frouxo, o resultado é previsível: a parede distende com facilidade, o vaso vaza cada vez mais, e o linfático não dá conta. Mesmo em fase inicial, o fluxo linfático dessas pacientes é mais lento. Por isso, o palestrante orientou a não pedir linfocintilografia no lipedema: o exame tende a mostrar atraso na progressão da linfa, sem lesão dos vasos linfáticos. A Dra. Flávia Magella trouxe, mais tarde, a ressalva das diretrizes para quando há suspeita de linfedema associado.

Eixo 4 · Endotélio

As moléculas de adesão endotelial estão alteradas. Células endoteliais expostas a meio condicionado do lipedema mostram junções mais fracas e permeabilidade muito maior. O palestrante comparou o endotélio à parede do intestino e falou de uma permeabilidade aumentada nos dois territórios, com perfil mais pró-inflamatório.

A cada extravasamento, o linfático sobrecarregado falha de novo. O líquido acumulado impede o oxigênio de chegar ao tecido, e a hipóxia é a origem da dor. O sistema imune se ativa, sobretudo pelos macrófagos M2, e o processo se retroalimenta.

> *“É dor de hipóxia, que é a pior dor que tem.”*

Na visão do palestrante, fortalecer a parede da veia e melhorar o fluxo linfático no estágio inicial seria a forma de interromper essa progressão.

AULA 1 · EIXO 5

Não é um gene. *São vários.*

Eixo 5 · Genética

Na literatura, entre 64% e 84% das pacientes relatam história familiar positiva, com padrão sugerido de herança autossômica dominante, penetrância incompleta e expressão limitada ao sexo feminino. O palestrante, que considera que todas têm história familiar, lembrou que a herança pode vir tanto do lado materno quanto do paterno.

Ele mesmo chegou a achar, em 2017, que poderia haver um gene do lipedema. O estudo de associação genômica conduzido no UK Biobank, com dados de cerca de 500 mil pessoas, não encontrou um gene único, e sim um conjunto de loci ligados à distribuição de gordura corporal e à biologia dos hormônios sexuais, entre eles VEGFA, RSPO3 e GRB14-COBLL1. Se tivesse de escolher duas famílias de genes, o palestrante apontaria as da formação de vasos e as da matriz extracelular.

Segundo ele, quando se compara a mulher com lipedema às outras mulheres, são mais de 3.400 diferenças genéticas. Em casos familiares não sindrômicos, uma variante do AKR1C1 chama atenção: ela mantém a progesterona ativa por mais tempo, o que favorece a multiplicação do tecido adiposo.



> *Geneticamente falando, é um outro ser.”*
>
> DR. DANIEL BENITTI

Estudo genético · UK Biobank

Alguns dos loci associados ao lipedema em mulheres do UK Biobank, com replicação parcial em coorte de lipedema

RSPO3	GRB14-COBLL1	VEGFA	ADAMTSL3
SLC12A2	ADAMTS9	LYPLAL1	PITPNM2

Klimentidis YC et al., Eur J Hum Genet · doi:10.1038/s41431-022-01231-6

FORMAS SINDRÔMICAS

POU1F1, NSD1 (Sotos) e região 15q11.2 (Prader-Willi). Variante AKR1C1 (L213Q) em casos familiares não sindrômicos.

Paolacci et al., Eur Rev Med Pharmacol Sci 2019;23(13):5581-5594

IDEIA-CHAVE

A herança poligênica cria a predisposição, e o gatilho decide quando a doença se manifesta.

EIXO 01 Colágeno e matriz | EIXO 02 Sistema imunológico | EIXO 03 Sistema vascular | EIXO 04 Endotélio | EIXO 05 Genética | **EIXO 06 Hormonal e estradiol**

AULA 1 · EIXO 6

Não é o estradiol. *É o receptor.*

Eixo 6 · Hormônios

Não há estudo mostrando estradiol elevado nas mulheres com lipedema. O que muda é o receptor: predomina o receptor beta, mais periférico e presente nas pernas, sobre o alfa, mais metabólico e concentrado no tecido reprodutivo. O palestrante lembrou que o receptor beta é considerado protetor e que o problema não é o estradiol em si, mas o excesso.

O hormônio, disse, nunca é o problema em si, mas não pode estar nem em falta nem em excesso, e a falta é pior. No estudo de seu grupo sobre anticoncepcional, em 58% das pacientes o gatilho não foi a puberdade, e sim o anticoncepcional.

A inflamação ativa a aromatase no tecido adiposo, e a gordura passa a produzir mais estrogênio localmente, mesmo com níveis sanguíneos normais. Esse estrogênio estimula a adipogênese e a formação de vasos. Para o palestrante, bloquear o estradiol não tem respaldo em estudo, e na prática ele observa piora metabólica nessas pacientes.

> *Não tem um hormônio que é tão benéfico pro ser humano do que o estradiol."*
>
> DR. DANIEL BENITTI

RECEPTOR ALFA
ERα

- Mais metabólico: fomenta o metabolismo
- Concentrado no tecido reprodutivo: útero, ovário e mama
- Perde espaço no lipedema

×

RECEPTOR BETA
ERβ

PREDOMINA NO LIPEDEMA

- Mais periférico: fica mais na perna e segura o metabolismo
- Considerado protetor por vários estudos, segundo o palestrante

NO TECIDO ADIPOSO, SEGUNDO O PALESTRANTE

1. **Inflamação** — o corpo inflama e se defende
2. **Aromatase ativada** — na própria gordura
3. **Estrogênio local** — mesmo com sangue normal
4. **Adipogênese e vasos** — o tecido adiposo se multiplica

Rabiee et al., Biomedicines 2022;10(12):3081, citado nos slides da aula

AULA 1 · SÍNTESE

Ou se começa na origem, *ou não se melhora.*

No fim da aula, o palestrante juntou os seis eixos num único circuito, que se retroalimenta.



O palestrante encerrou juntando os seis eixos num único circuito. A inflamação que chega encontra um tecido vascular incapaz de contê-la. O vaso vaza, o linfático não consegue subir a linfa, o acúmulo gera hipóxia, a hipóxia reduz o metabolismo e forma mais fibrose, que a paciente não consegue degradar. A aromatase tenta defender o corpo e produz mais estrogênio, que multiplica o tecido adiposo.

A consequência prática, para ele, é direta: ou se melhora a permeabilidade vascular e o fluxo linfático, ou não se chega à melhora. E retirar a gordura sem tratar o processo seria remover justamente o que protege a paciente.

A prática clínica, concluiu, precisa enxergar o lipedema como condição multissistêmica, em que colágeno, matriz extracelular, imunidade, vasos linfáticos, endotélio e receptores hormonais funcionam de forma diferente. Sem reconhecer o gatilho inflamatório de cada paciente, que não é o hormônio, o tratamento não avança.

> *Se você tira a gordura, a única coisa que você está tirando é o que protege essa paciente.”*
>
> DR. DANIEL BENITTI

TAKE HOME MESSAGE

- O lipedema é uma condição multissistêmica: matriz extracelular, imunidade, vasos, endotélio, genética e hormônios atuam de forma integrada.
- O desequilíbrio entre os receptores ERα e ERβ ajuda a explicar a distribuição ginoide da gordura e os exames de sangue normais.
- Macrófagos M2 e a angiogênese mediada por VEGF-A explicam o crescimento do tecido adiposo e a fragilidade capilar.
- Reconhecer esses mecanismos orienta o diagnóstico diferencial e abre caminho para terapias direcionadas.

MATÉRIA DE CAPA · AULA 2 TRATAMENTO

Tratar a paciente, *não só o volume.*

Dieta, exercício, compressão, lipossucção e tirzepatida: o que se sabe, o que funciona e o que ainda é hipótese no tratamento do lipedema, na aula da Dra. Ana Paula Peclat.



A plateia acompanha a aula, dada de casa, no Rio de Janeiro, pela transmissão ao vivo (no destaque, a Dra. Ana Paula Peclat).



EM 30 SEGUNDOS

- O alvo não é só o volume: dor, peso, edema, função, mobilidade, qualidade de vida e, muitas vezes, obesidade associada.
- A base é o tratamento conservador. A lipossucção reduz a carga tecidual em pacientes selecionadas, mas não cura.
- A tirzepatida tem evidência robusta na obesidade. No lipedema, ainda é hipótese, sem ensaio clínico randomizado.

CONVIDADA · AULA 2

Dra. Ana Paula Peclat RIO DE JANEIRO

Angiologista · Doppler vascular

Angiologista com 30 anos de experiência, tem título de especialista em Angiologia pela SBACV e em Doppler vascular pela SBACV e pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. É mestre em Gastroenterologia e doutoranda pela UFRJ e professora da Faculdade de Medicina Souza Marques.

AULA 2 · ANTES DE TRATAR

O que estamos *tentando tratar?*

A Dra. Ana Paula Peclat abriu a aula pelo que ainda falta. O lipedema é uma condição antiga, mas os estudos com peso e robustez sobre o tratamento continuam poucos. Há poucos ensaios clínicos randomizados, e muito do que se diz se apoia em relatos de caso, estudos observacionais, consensos e diretrizes. A proposta, disse, era mostrar o que se sabe, o que funciona e o que pode vir.

Em seguida, definiu o alvo. A paciente não vem em busca só do tratamento do volume. Chega com dor, peso, edema, comprometimento da mobilidade, da função e da qualidade de vida e, muitas vezes, com obesidade associada. A palestrante citou um estudo suíço segundo o qual até 53% das pacientes com lipedema têm obesidade: mais da metade de quem procura o consultório.

Como não existe um tratamento único que aborde todos esses sintomas, a conduta é individualizada e multimodal. A base continua sendo o tratamento conservador: dieta, atividade física, terapia compressiva, autocuidado, acompanhamento psicológico e, quando há obesidade, o tratamento da obesidade.



No salão, a atenção à aula transmitida do Rio de Janeiro.

> *O paciente não é só o volume.”*
>
> DRA. ANA PAULA PECLAT

O QUE A PACIENTE TRAZ AO CONSULTÓRIO

- **Dor**
- **Peso e edema**
- **Função**
- **Mobilidade**
- **Qualidade de vida**
- **Obesidade associada**

ATÉ

53%

das pacientes com lipedema têm obesidade, segundo um estudo suíço citado pela palestrante. Mais da metade de quem procura o consultório chega com as duas condições.

IDEIA-CHAVE

Não existe um tratamento único para todos os sintomas: a conduta é individualizada e multimodal, e a base é o tratamento conservador.

CONSERVADOR Dieta | CONSERVADOR Exercício | CONSERVADOR Compressão | CIRURGIA Lipossucção | OBESIDADE Tirzepatida

AULA 2 · DIETA E EXERCÍCIO

Existe uma dieta do lipedema? *Ainda não.*

Dieta

É uma das perguntas mais frequentes no consultório: existe uma dieta do lipedema? A resposta da palestrante foi que ainda não. Ela citou uma revisão sistemática de 2025, com 269 pacientes, que avaliou as dietas low-carb, cetogênica e mediterrânea modificada e o que as pacientes melhoraram. O que essas dietas produzem é perda ponderal e, principalmente, melhora metabólica.

É essa melhora metabólica do tecido gorduroso que se busca quando se prescreve e quando se conversa sobre alimentação com a paciente, e a melhora da dor vem como consequência. A dieta, porém, não diminui o tecido do lipedema. Serve para melhorar os sintomas e a alteração metabólica que esse tecido apresenta.

O QUE A DIETA FAZ

- ✓ Perda ponderal
- ✓ Melhora metabólica
- ✓ Possível melhora da dor
- ? Dieta específica que modifique a doença

"Cabe a nós tratar peso e saúde metabólica; não podemos prometer efeito específico sobre o tecido lipedematoso."
SLIDE DA AULA

Revisão citada nos slides: de Oliveira J, de Paula ACP, Guimarães VHD. Clinical or cultural? Dietary interventions for lipedema: a systematic review. Maturitas 2025;202:108716.

> *Exercício também é tratamento."*
> DRA. ANA PAULA PECLAT

Exercício

Não há conversa sobre tratamento do lipedema sem falar da importância do exercício. Ele melhora a dor e os sintomas e a capacidade funcional e, com isso, a qualidade de vida e a mobilidade. Ela citou um trabalho em que a combinação de exercício e compressão parece produzir resultado superior ao do exercício isolado.

Todo tipo de exercício é bem-vindo, com uma exceção: os de alto impacto. Pela hipermobilidade dessas pacientes, já descrita na aula anterior, atividades como o crossfit podem machucar e comprometer a articulação. Caminhada, fortalecimento da musculatura interna e posterior da coxa, yoga e pilates entram na prescrição. Os dois últimos trabalham a respiração abdominal, que melhora o retorno venoso e o fluxo linfático.

Se fosse para escolher um único exercício que trabalhasse tudo isso, ela ficaria com os esportes aquáticos. Dentro d'água, a coluna de líquido oferece resistência para o treino de força, permite o aeróbico, diminui o peso sobre as articulações e ainda comprime a pele, melhorando o retorno venoso.

BEM-VINDOS

Caminhada | Força na coxa | Yoga | Pilates

EVITAR

Alto impacto, como crossfit

DENTRO D'ÁGUA

"O exercício dentro d'água é o melhor exercício quando a gente fala em tratamento."

- **Resistência** — a coluna de água permite treinar força
- **Aeróbico** — treino aeróbico no mesmo exercício
- **Articulações** — menos peso sobre elas
- **Retorno venoso** — a água comprime a pele

Exercício e compressão: Lanzi S et al. Exercise training in women with lipedema. Vasa 2025, citado nos slides.

CONSERVADOR Dieta | CONSERVADOR Exercício | **CONSERVADOR Compressão** | **CIRURGIA Lipossucção** | OBESIDADE Tirzepatida

AULA 2 · COMPRESSÃO E CIRURGIA

Aliviar sintomas, *reduzir carga tecidual.*

Terapia compressiva

Alimentação, atividade física e terapia compressiva formam os pilares do tratamento. A compressão faz parte do tratamento e melhora os sintomas: diminui o peso, a dor e o edema e melhora a mobilidade, porque drena os líquidos acumulados. O que ela não faz é eliminar o tecido adiposo.

Drenagem linfática manual, terapia física complexa, fotobiomodulação e plataforma vibratória também ajudam: melhoram a característica da pele e aquele aspecto de retração e diminuem o volume pela drenagem.

OBJETIVO: CONTROLE SINTOMÁTICO

Dor ▼	Peso ▼
Edema ▼	Mobilidade ▲

Compressão não elimina o tecido adiposo do lipedema.

TERAPIA CONSERVADORA
Outras abordagens citadas

- Drenagem linfática manual
- Terapia física complexa
- Fotobio-modulação
- Plataforma vibratória

> *Lipossucção é cura? Não, ela diminui a carga tecidual e melhora os sintomas."*
>
> DRA. ANA PAULA PECLAT



Lipossucção

Diminuir a quantidade de tecido adiposo só é possível com a lipossucção redutora. A indicação é restrita a pacientes com intratabilidade clínica, a pacientes que trataram por doze meses sem melhora ou às que têm grandes bolsas de gordura que comprometem a mobilidade. É uma paciente muito bem selecionada, e nela a cirurgia traz melhora sintomática.

Mas não é cura. A lipossucção diminui a carga tecidual e melhora os sintomas, e muitas pacientes continuam precisando de medidas conservadoras depois dela. Numa metanálise citada por ela, mais de 50% precisaram de alguma terapia conservadora após a cirurgia.

O slide resumiu: a lipossucção tem a melhor evidência clínica para redução sustentada de sintomas em pacientes selecionadas, mas majoritariamente observacional.

QUANDO INDICAR

1. Intratabilidade clínica
2. Doze meses de tratamento sem melhora
3. Grandes bolsas de gordura que comprometem a mobilidade

DEPOIS DA CIRURGIA

>50%

precisaram de alguma terapia conservadora, segundo a metanálise citada por ela

Mortada H et al. Arch Plast Surg 2024;51(5):510-526

CONSERVADOR Dieta | CONSERVADOR Exercício | CONSERVADOR Compressão | CIRURGIA Lipossucção | **OBESIDADE Tirzepatida**

AULA 2 · OBESIDADE ASSOCIADA E TIRZEPATIDA

Existe uma ponte biológica? *Ainda é hipótese.*

Na última parte da aula, a palestrante tratou da obesidade associada. O adipócito do lipedema, lembrou, se comporta de forma diferente do da gordura normal, com hipertrofia, inflamação, fibrose e alterações metabólicas. Se for possível intervir nesse tecido, seria essa uma terapia promissora?

A tirzepatida é um agonista duplo dos receptores de GLP-1 e de GIP, duas incretinas que o tubo digestivo libera quando a pessoa se alimenta. No sistema nervoso central, os receptores de GLP-1 promovem saciedade precoce e retardam o esvaziamento gástrico, e a ingestão de alimentos cai. Na célula adiposa, os receptores de GIP, estimulados de forma contínua, melhoram o metabolismo do adipócito, com menos inflamação.

Para obesidade, diabetes tipo 2 e apneia obstrutiva do sono, a evidência com esses agonistas é robusta. Na paciente com lipedema e obesidade, portanto, trata-se uma doença para a qual a tirzepatida já tem evidência sólida.

Quando se põe o mecanismo da doença ao lado do mecanismo de ação do medicamento, como no esquema abaixo, existe plausibilidade. Mas, como ela frisou, plausibilidade é diferente de eficácia clínica, e ainda não há estudos mostrando essa eficácia.

DOIS RECEPTORES

SISTEMA NERVOSO CENTRAL
GLP-1R
saciedade precoce e esvaziamento gástrico mais lento: menos ingestão

CÉLULA ADIPOSA
GIPR
melhor ação da insulina, captação de ácidos graxos e glicose, menos inflamação

SURMOUNT-1 · OBESIDADE

20,9%

de perda média de peso em 72 semanas, na dose de 15 mg

Jastreboff AM et al. N Engl J Med 2022;387:205-216

LIPEDEMA × TIRZEPATIDA: EXISTE UMA PONTE BIOLÓGICA PLAUSÍVEL?

NO LIPEDEMA		AÇÃO DA TIRZEPATIDA
Hipertrofia e disfunção adipocitária	↔	Redução da adiposidade e remodelamento adipocitário
Inflamação crônica de baixo grau	↔	Modulação inflamatória
Fibrose e remodelamento da matriz extracelular	↔	Potencial sinalização antifibrótica*
Disfunção metabólica e mitocondrial	↔	Efeitos metabólicos e termogênicos

PLAUSIBILIDADE MECANÍSTICA ≠ EFICÁCIA CLÍNICA

Hipótese biologicamente consistente, mas ainda sem evidência clínica específica suficiente no lipedema.

** Hipótese baseada em dados pré-clínicos e em outras indicações; não estabelecida no lipedema. Esquema redesenhado a partir do slide da aula · Viana DPC, Invitti AL, Schor E. Int J Mol Sci 2025 · PMID 41226777*

AULA 2 · SÍNTESE

O que temos *e o que falta.*

TIRZEPATIDA NO LIPEDEMA: O QUE TEMOS

- ✓ Eficácia robusta na obesidade
- ✓ Redução importante da adiposidade
- ✓ Plausibilidade mecanística
- ✓ Evidências experimentais
- ✓ Relatos de casos iniciais

O QUE AINDA NÃO TEMOS

- ✗ Ensaio clínico randomizado de tirzepatida no lipedema
- ✗ Histologia pós-tratamento
- ✗ Biomarcador de resposta
- ✗ Efeito seletivo no tecido lipedematoso
- ✗ Modificação comprovada da história natural

> *"A tirzepatida ainda não é um tratamento regulamentado para o lipedema, mas é uma das hipóteses mais biologicamente coerentes que surgiram nos últimos anos para modificar a doença, além da simples perda de peso."*
>
> DRA. ANA PAULA PECLAT



No fechamento, a palestrante voltou aos pilares. O tratamento do lipedema continua multimodal e individualizado: tratamento conservador, com dieta, atividade física, autocuidado e terapia compressiva, e lipossucção para diminuir tecido em pacientes muito bem selecionadas. À tirzepatida cabe um papel muito bom na obesidade, mas ainda faltam evidências para o lipedema.

TAKE HOME MESSAGE

Tratamento do lipedema *em 2026*

- O tratamento é multimodal e individualizado.
- O tratamento conservador melhora sintomas, função e qualidade de vida.
- A lipossucção tem a melhor evidência para redução da carga tecidual em pacientes selecionadas.
- A tirzepatida tem papel estabelecido na obesidade associada; o efeito específico no lipedema ainda é hipótese.



> **O estágio morfológico *não mede a gravidade da doença.***

Dra. Flávia Magella
Diretrizes e consensos sobre lipedema

MATÉRIA DE CAPA · AULA 3 DIRETRIZES

O que dizem *as diretrizes.*

Da descrição de 1940 ao Consenso Brasileiro de 2025: onde as recomendações sobre o lipedema convergem, onde divergem e onde ainda falta evidência, na aula da Dra. Flávia Magella.



O salão lotado do Boi Preto, em Salvador, na noite da 6ª Vasc Meeting.

EM 30 SEGUNDOS

- Consenso reúne a concordância de especialistas; diretriz se apoia em nível de evidência. Desde 2025, o Brasil tem o seu consenso.
- Na última década, só 14 estudos de maior nível de evidência, com mediana de 42 participantes, e nenhum ensaio randomizado publicado de lipoaspiração.
- O estágio morfológico descreve, mas não mede gravidade: a cirurgia se indica por dor refratária ao tratamento conservador.

CONVIDADA · AULA 3

Dra. Flávia Magella SÃO PAULO

Cirurgiã vascular · Ecodoppler vascular

Cirurgiã vascular especialista em laser e estética dos membros inferiores. Tem título de especialista em Cirurgia Vascular pela AMB e pela SBACV e título de especialista e área de atuação em Ecodoppler Vascular pela AMB e pela Sociedade Brasileira de Radiologia. É membro do American College of Phlebology.



CONTEXTO Documentos | LITERATURA Evidência | CLÍNICA Diagnóstico | CLÍNICA Estágio | CONDUTA Tratamento | CIRURGIA Lipoaspiração

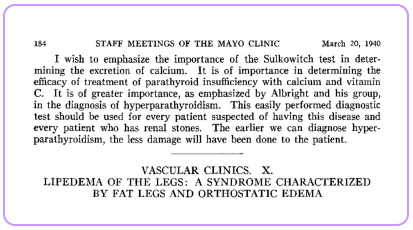
AULA 3 · DO MANUSCRITO AO CONSENSO

Oitenta e dois anos *até o CID.*

A Dra. Flávia Magella abriu com uma confissão afetiva: o bisavô dela era baiano. Disse que via a Sociedade como pioneira na estrutura tecnológica das reuniões e registrou com quem aprendeu o pouco que sabe de lipedema, nas palavras dela: com o Dr. Alexandre Amato, de quem acompanhou o consultório, e com o Dr. Daniel Benitti. Declarou não ter conflito de interesse.

O objetivo da aula era prático. Saber o que a literatura sustenta é o que permite dar informação de qualidade às pacientes e não publicar nas redes sociais ou no próprio site afirmações que ainda não foram validadas.

A história começa em 1940. Ela mostrou o manuscrito original de Allen, o mesmo da prova de Allen usada na avaliação da fístula arteriovenosa, apresentado numa reunião de especialistas na Mayo Clinic, parecida com aquela que acontecia em Salvador. O artigo já descrevia a síndrome das pernas gordas, os sintomas e o desgaste emocional que a condição trazia às pacientes. Ela se perguntou quantas mulheres sofreram desde então e que papel tiveram a epigenética, o estresse, o cortisol, o ambiente, a poluição e a alimentação.



184 STAFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC March 20, 1940

I wish to emphasize the importance of the Sulkowitch test in determining the excretion of calcium. It is of importance in determining the efficacy of treatment of parathyroid insufficiency with calcium and vitamin C. It is of greater importance, as emphasized by Albright and his group, in the diagnosis of hyperparathyroidism. This easily performed diagnostic test should be used for every patient suspected of having this disease and every patient who has renal stones. The earlier we can diagnose hyperparathyroidism, the less damage will have been done to the patient.

VASCULAR CLINICS. X.
LIPEDEMA OF THE LEGS: A SYNDROME CHARACTERIZED BY FAT LEGS AND ORTHOSTATIC EDEMA

O manuscrito de 1940, mostrado na aula: **"Lipedema of the legs"**, *na Mayo Clinic.*



Antes do início, a Dra. Flávia Magella (à esquerda) no salão.

DO MANUSCRITO AO CONSENSO BRASILEIRO

1940 — ESTADOS UNIDOS
Allen e Hines descrevem a síndrome na Mayo Clinic

2017 — HOLANDA
Primeira diretriz, baseada na CIF da OMS

2021 — ESTADOS UNIDOS
Herbst et al.: Delphi e GRADE, 85 declarações

2022 — CID-11
Código próprio: EF02.2 (lipolinfedema: BD93.1Y)

2024 — ALEMANHA
Diretriz S2k: 60 recomendações, 13 sociedades

2025 — BRASIL
Consenso da SBACV: 90 afirmações, 113 especialistas

2025 — ESPANHA
Coorte de Simarro: 1.803 pacientes

CONSENSO

Reunião de especialistas que concordam, acima de um percentual definido, sobre uma afirmação. Num consenso Delphi, por exemplo, a afirmação entra se 70% concordarem. O documento brasileiro de 2025 é um consenso.

DIRETRIZ

Baseada em nível de evidência. A alemã S2k, de 2024, revisou toda a literatura com cirurgia plástica, linfologia, fisioterapia e ortopedia, e é a que hoje norteia as recomendações.

CONTEXTO Documentos | **LITERATURA Evidência** | CLÍNICA Diagnóstico | CLÍNICA Estágio | CONDUTA Tratamento | CIRURGIA Lipoaspiração

AULA 3 · PANORAMA DA EVIDÊNCIA

Quatorze estudos. *Nenhum de lipoaspiração.*

14
estudos de maior nível de evidência, de 2014 a 2026

42
participantes, a mediana por estudo de intervenção

0
ensaios de acurácia diagnóstica

0
ensaios randomizados publicados de lipoaspiração

A maior parte do que se publicou sobre lipedema é recente. Numa busca no PubMed mostrada pela palestrante, 636 dos 789 artigos indexados são de 2016 a 2026. Mas, quando se procuram ensaios randomizados e estudos com algum peso em nível de evidência, sobram poucos, a maioria sobre terapia conservadora, dieta e pós-operatório, além de questionários.

Entre eles está o estudo publicado na Obesity em 2024, com 70 pacientes, em que a dieta low-carb hipocalórica reduziu a dor mais que a dieta controle, sem relação com a perda de peso. O único ensaio de grande porte que compara a lipoaspiração com a terapia física, o LIPLEG, com 405 participantes, ainda não saiu: só o protocolo foi publicado.

No congresso internacional de lipedema em Roma, no ano passado, ela viu que muitas participantes eram pacientes. Nos Estados Unidos e na Europa, uma comunidade ativa de pacientes cobra respostas da medicina. A americana Lipedema Foundation financiou, a pedido delas, um inquérito sobre o uso das canetas emagrecedoras, autorrelatado, que serve de base para desenhar estudos.

OS 14 ESTUDOS, POR ÁREA

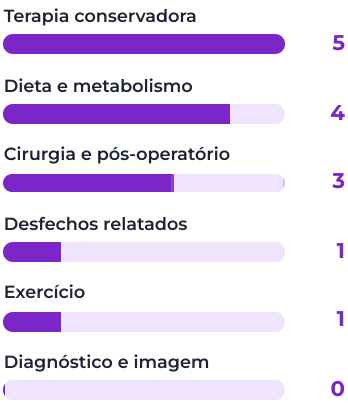


Gráfico do slide da aula, redesenhado.

ONDE ESTÃO AS LACUNAS

- Nenhum ensaio randomizado publicado passa de 75 participantes.
- Nenhum estudo com braço sham ou duplo-cego; a maioria sem grupo controle real.
- Seguimento curto, de 4 a 12 semanas na maioria, sem desfecho de longo prazo.
- Nenhum estudo valida critérios clínicos, ultrassom, ressonância ou bioimpedância.
- A lipoaspiração, a intervenção mais feita na prática, é a menos testada.
- Mais de dez instrumentos de desfecho diferentes: a metanálise fica inviável.

14 estudos de maior nível de evidência indexados no PubMed (2014 a 2026) e busca no PubMed, segundo os slides da palestrante. O estudo de 2024 é Lundanes et al., Obesity; o LIPLEG, Podda et al., Trials 2021.

BUSCA POR "LIPEDEMA" NO PUBMED

636

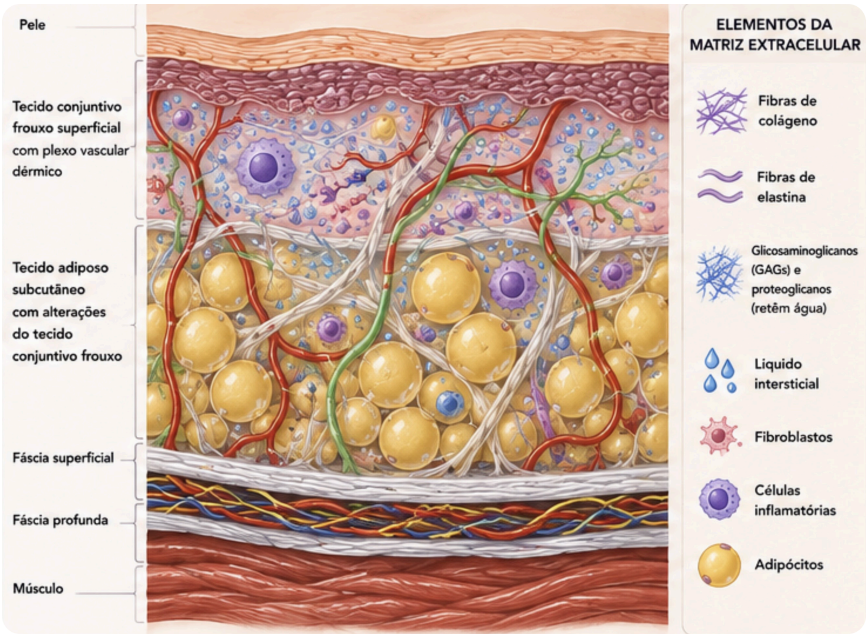
dos 789 artigos indexados são de 2016 a 2026



A maioria dos estudos foi publicada nos últimos dez anos, mostrou a palestrante.

AULA 3 · DEFINIÇÃO

Não só o adipócito. *O ambiente em que ele vive.*



As camadas da perna e os elementos da matriz extracelular, na ilustração do slide da aula.

A IMAGEM DA ESPONJA

"Imagina uma esponja. Essa esponja é uma esponja úmida."

Retomando a aula do Dr. Benitti, ela explicou que a matriz extracelular do lipedema é alterada. Os glicosaminoglicanos formam o arcabouço, e o tecido se comporta como uma gelatina: ao exame, não se vê líquido, e sim um tecido gelatinoso, com vascularização e fibras alteradas.

É LIPEDEMA

- Distribuição desproporcional e simétrica de tecido adiposo
- Nas pernas e/ou nos braços; poupa tronco, mãos e pés
- Quase exclusivo do sexo feminino, com padrão familiar
- **EUA:** doença do tecido conjuntivo frouxo, não só do adipócito
- **Alemanha:** a dor é critério obrigatório

NÃO É LIPEDEMA

- Lipo-hipertrofia: o mesmo aumento, sem dor
- Obesidade comum, com tronco envolvido
- Linfedema, com Stemmer positivo
- Insuficiência venosa crônica isolada
- Lipodistrofia, doença de Dercum e de Madelung

Os números pedem cuidado. A revisão de Halpern e colaboradores critica as estimativas de 5%, 10% ou 12%, que vêm de populações selecionadas: pacientes de clínicas ou que seguem o médico de referência no tema. Daí a sugestão da palestrante: um estudo populacional multicêntrico, em todos os estados. Os médicos também conhecem pouco a doença; numa pesquisa na Turquia, só 29% sabiam do que se tratava. E a puberdade, janela de maior incidência, é um diagnóstico que se perde.

QUANTAS E QUANDO

12,3%	das mulheres adultas no Brasil (Amato et al.)
46%	dos médicos no Reino Unido reconhecem o lipedema
>10	anos, em média, até o diagnóstico correto
~40%	são diagnosticadas na peri ou pós-menopausa

AULA 3 · DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico. *E o exame cresceu.*

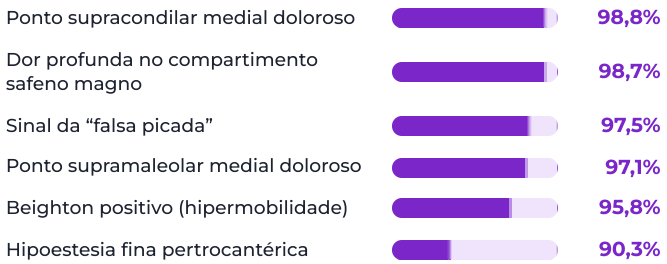
SINAIS CLÁSSICOS

nas quatro diretrizes

- ☑ Desproporção simétrica bilateral
- ☑ Dor à palpação profunda
- ☑ Hematoma fácil e fragilidade capilar
- ☑ Stemmer negativo (diante de suspeita de linfedema associado, a linfocintilografia está autorizada)
- ☑ Elevação não reduz volume nem dor
- ☑ Sem cacifo nos estágios iniciais

SINAIS NOVOS

Simarro et al., 2025 · 1.803 pacientes



Coorte retrospectiva de clínica privada na Espanha: a palestrante apontou a metodologia como questionável e o tamanho da amostra como a força do estudo. Barras a partir de 85%.



HIPERMOBILIDADE: O ESCORE DE BEIGHTON

As diretrizes pedem que se examine se a paciente tem hipermobilidade, com os critérios usados na síndrome de Ehlers-Danlos.

Dedo mínimo
Com a mão apoiada, dobra para trás além de 90°
1 ponto por lado

Polegar
Com o punho dobrado, encosta no antebraço
1 ponto por lado

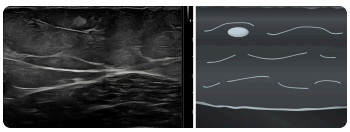
Cotovelo
Com o braço estendido, passa 10° além do normal
1 ponto por lado

Joelho
Em pé, a perna passa 10° além do normal
1 ponto por lado

Coluna
Tronco à frente: palmas no chão, sem dobrar os joelhos
1 ponto

POSITIVO A PARTIR DE **6/9** antes da puberdade · **5/9** da puberdade aos 50 anos · **4/9** a partir dos 50

O NÓDULO EM DISPUTA



Alemanha
Descartado como critério diagnóstico, por consenso de 100%: baixa reprodutibilidade entre examinadores.

Brasil
Volta como achado de ultrassom, o nódulo ecogênico, em estudo inicial da Dra. Daisy Vargas.

AULA 3 · ESTADIAMENTO E COMORBIDADES

Estágio não é *gravidade.*

ANTES

- ~~Estágios 1, 2 e 3 como medida de gravidade~~
- ~~Indicação cirúrgica atrelada ao estágio~~
- ~~Tecido nodular como critério diagnóstico~~
- ~~Dor e função em segundo plano~~

→

AGORA S2k 2024 e Consenso Brasileiro 2025

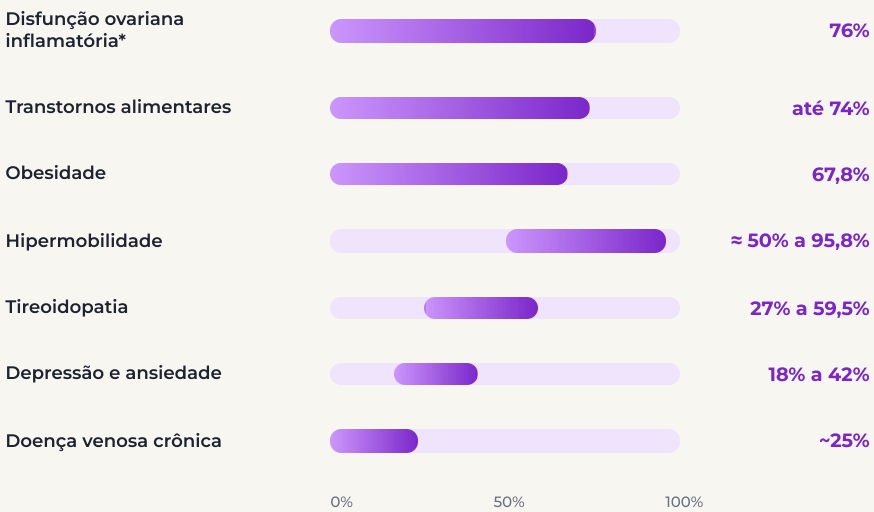
- Classificação morfológica apenas descritiva
- Cirurgia por dor refratária e impacto funcional
- Tecido nodular descartado como critério
- Localização (tipos I a V) segue útil, sem gradação

As fotografias de estadiamento do documento americano de 2021 circulam nos consultórios, e muitas pacientes ouvem que, sem tratamento, hormônio ou implante, vão chegar ao estágio mais avançado. Isso não é verdade, disse a palestrante, e as diretrizes enfatizam muito bem esse ponto.

O lipedema também não anda sozinho. As diretrizes, principalmente a alemã, pedem que se investiguem obesidade, hipermobilidade e tireoidopatia, com exames, palpação e ultrassom; a tireoidite de Hashimoto é frequente. Contam ainda a saúde mental, com transtorno alimentar, depressão e ansiedade, a disfunção ovariana inflamatória, que pede atenção dos ginecologistas às pacientes jovens, e a doença venosa crônica.

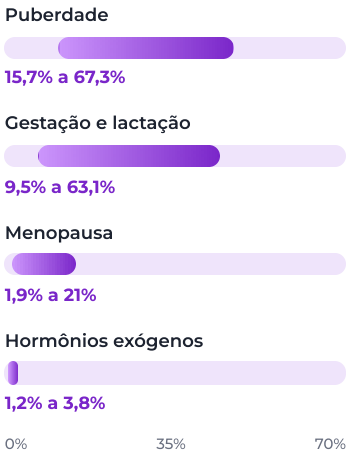
> *Isso aqui deixa as pacientes desesperadas.”*
>
> DRA. FLÁVIA MAGELLA, SOBRE AS FOTOS DE ESTADIAMENTO

O LIPEDEMA NÃO ANDA SOZINHO



*Prevalências reportadas no slide da aula (Herbst; Simarro et al., 2025). *Hipótese a validar. Tireoidopatia: 27% a 36% (Herbst) e 59,5% (Simarro); hipermobilidade: ≈ 50% (Herbst) e 95,8% (Simarro).*

JANELAS HORMONAIS DE INÍCIO OU PIORA



Faixas de mínimo a máximo nos estudos, gráfico do slide da aula, redesenhado.

CONTEXTO Documentos | LITERATURA Evidência | CLÍNICA Diagnóstico | CLÍNICA Estágio | **CONDUTA Tratamento** | CIRURGIA Lipoaspiração

AULA 3 · TRATAMENTO NAS DIRETRIZES

Compressão para a dor, *não para o edema.*

COMPRESSÃO

Pilar em todas as diretrizes, com objetivo redefinido: reduzir a dor. A malha plana sob medida é preferida em pernas cônicas e com dobras, e a adesão precisa ser acompanhada. A compressão pneumática é adjuvante recomendada.

MOVIMENTO E FISIOTERAPIA

Movimento sob compressão é recomendação forte. A drenagem linfática manual não reduz volume: o papel dela é modular a dor. Hidroterapia e fortalecimento da parte posterior da coxa aparecem no consenso brasileiro.

FARMACOLOGIA

Diurético não tem lugar, nas quatro diretrizes; deve-se evitar o que faz a paciente inchar. Metformina, diosmina e hesperidina e vitamina D aparecem como opções a considerar.

NUTRIÇÃO E BARIÁTRICA

Dieta mediterrânea e cetogênica estão nas diretrizes. Com IMC acima de 40, considera-se a cirurgia bariátrica antes da lipoaspiração.

> *A compressão é para dor, não é para edema."*
>
> DRA. FLÁVIA MAGELLA

Saúde mental

O sofrimento já estava no artigo de 1940. Hoje, as diretrizes recomendam usar questionários e ferramentas práticas de avaliação de saúde mental, que já podem ser aplicados no consultório, porque 85% das pacientes relatam impacto na autoestima.

Os slides trazem o caminho: rastrear transtorno alimentar, depressão e ansiedade, tratar os transtornos psiquiátricos graves antes da cirurgia e manter a abordagem interdisciplinar.

SINTOMAS
QuASiL
monitora os sintomas do lipedema; validado em português

TRANSTORNO ALIMENTAR
SCOFF e EAT-40
rastreio, com o SCOFF validado em português

QUALIDADE DE VIDA
SF-36
permite comparar antes e depois da intervenção

ADESÃO
Respiração e mindfulness
apoio à adesão, no consenso brasileiro



CONTEXTO Documentos | LITERATURA Evidência | CLÍNICA Diagnóstico | CLÍNICA Estágio | CONDUTA Tratamento | **CIRURGIA Lipoaspiração**

AULA 3 · LIPOASPIRAÇÃO

Por dor refratária, *não por estágio.*

A indicação é a dor refratária ao tratamento conservador documentado. O tempo mínimo de tratamento antes da cirurgia muda de país para país, e, nos Estados Unidos, a paciente sem esse registro não vai para a lipoaspiração. Para a palestrante, é uma regra que ajuda a evitar problemas, judicialização e superindicação por parte do vascular.

A avaliação vascular antes da cirurgia é papel do cirurgião vascular. Na Alemanha e nos Estados Unidos, os métodos preservam os linfáticos, como a lipoaspiração assistida por jato de água, e o objetivo é melhorar dor, hematomas, mobilidade e qualidade de vida. O ensaio que compara a cirurgia com o tratamento conservador vai responder muita coisa.

TEMPO MÍNIMO DE CONSERVADOR

- BRASIL — pelo menos 1 ano
- REINO UNIDO — 6 a 12 meses
- ESTADOS UNIDOS — aderência documentada

AVALIAÇÃO VASCULAR ANTES DA CIRURGIA
O papel do cirurgião vascular

- Duplex venoso bilateral, superficial e profundo
- Insuficiência venosa e perfurantes incompetentes
- Índice tornozelo-braquial se houver suspeita de doença arterial
- Risco de tromboembolismo pelo escore de Caprini

Limites da técnica nos slides: aspirado de até 10% do peso corporal; com IMC acima de 40, tratar a obesidade primeiro.



ONDE AS QUATRO DIRETRIZES CONCORDAM

- Diagnóstico é clínico; a dor é sinal central
- Compressão para a dor, não para o edema
- Movimento e nutrição são pilares inegociáveis
- Cirurgia por dor refratária, não por estágio
- Abordagem multidisciplinar obrigatória
- Obesidade tratada em paralelo

ONDE DIVERGEM

	Alemanha S2k	EUA Herbst	Brasil SBACV
Dor obrigatória?	Sim	Não (até 50% sem dor)	Sim
Farmacoterapia	Não específica	Detalhada: metformina, diosmina, vitamina D	Vitamina D, dieta mediterrânea ou cetogênica
Conservador antes da cirurgia	Documentado	Aderência documentada	Pelo menos 1 ano
Prevalência estimada	6% a 9%	11% das adultas	12,3% das adultas

Quadro do slide da aula, redesenhado.



Da esquerda para a direita: *Dr. Patrick Metzger, Dra. Miriam Takayanagi, Dr. Ricardo Ferraz, Dra. Claudia Fernandes e Dra. Flávia Magella.*

AULA 3 · SÍNTESE

O vascular *no centro.*

No fechamento, a palestrante resumiu: o diagnóstico é clínico, a compressão é para a dor, movimento e nutrição são pilares e a cirurgia só entra diante de dor refratária e da trajetória clínica da paciente. A dor é sinal central na diretriz alemã, discutível na americana e importante no consenso brasileiro. Pediu que se saiba fazer a análise crítica desses documentos e que se use o consenso brasileiro, que é nosso, é atual e foi muito bem escrito.

Incluir testes de hipermobilidade, de parestesia e de sensibilidade nessas pacientes pode ser uma opção. A avaliação vascular, que a especialidade já domina, inclui o risco de tromboembolismo venoso nas grandes lipoaspirações. Ao fim, agradeceu, disse estar muito feliz e afirmou que a Sociedade faz um trabalho brilhante.

> *Nós, cirurgiões vasculares, cuidamos dessa circulação, dessa microcirculação, e as pernas, os membros, são o nosso dia a dia.”*
>
> DRA. FLÁVIA MAGELLA

TAKE HOME MESSAGE

Para levar *para casa*

- Usem o Consenso Brasileiro da SBACV, de 2025: é nosso, é atual e preenche uma lacuna.
- O estágio morfológico não mede gravidade. É a dor refratária que indica a cirurgia.
- É doença do tecido conjuntivo: incluam o escore de Beighton no exame de rotina.
- Acrescentem os sinais novos de Simarro: compartimento safeno, pontos mediais e falsa picada.
- A avaliação vascular antes da cirurgia, com duplex e Caprini, é o nosso papel específico.

MATÉRIA DE CAPA · DEBATE A MESA

Vozes *do debate.*

Terminadas as três aulas, a anfitriã, Dra. Miriam Takayanagi, passou a palavra aos debatedores: a Dra. Claudia Fernandes, de Feira de Santana, a Dra. Alessandra Morais, de Boston, e o Dr. Ricardo Ferraz.



A anfitriã, Dra. Miriam Takayanagi, conduz o debate; no destaque, a Dra. Claudia Fernandes, que abriu as falas da mesa.



DEBATEDORA · NO SALÃO

Dra. Claudia Fernandes

FEIRA DE SANTANA

Cirurgiã vascular e angiologista, mestre em Medicina e Saúde Humana e professora adjunta de Medicina na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

NA MESA

Abriu o debate agradecendo por representar os colegas do interior, em especial de Feira de Santana, onde mora há 20 anos; disse que se considera mairiense, pela família de Mairi. Parabenizou a Sociedade e lembrou que o Vascular Connect começou de uma inquietação dos colegas em busca de estar mais perto dela, com a bandeira levantada pelo Dr. Maurício Aquino.



DEBATEDORA · ON-LINE, DE BOSTON

Dra. Alessandra Morais

SALVADOR

Cirurgiã vascular, especialista em Medicina do Estilo de Vida, com atuação em aterosclerose, insuficiência venosa crônica, linfedema e lipedema.

NA MESA

Participou dos Estados Unidos. O Dr. Patrick agradeceu por ela dedicar ao debate um momento que estava reservado à família.



DEBATEDOR · NO SALÃO

Dr. Ricardo Ferraz

SALVADOR

Cirurgião vascular formado pela Escola Bahiana de Medicina, com residência em Cirurgia Vascular na Beneficência Portuguesa de São José do Rio Preto.

NA MESA

Parabenizou a Sociedade pelo evento, num tema que, disse, precisa cada vez mais ser divulgado, porque muita informação é equivocada.



DEBATE · DRA. ALESSANDRA MORAIS

“Não deixa esse paciente *sem o diagnóstico.*”

A Dra. Alessandra Morais disse que tinha pouco a perguntar e muito a acrescentar. Começou pelo que vê no consultório e que confirma o que o Dr. Benitti descreveu: antes, a ideia era que o estrogênio em excesso fazia a coisa acontecer, e havia medo da reposição hormonal. Hoje, ela vê muitas pacientes perceberem as mudanças no corpo no climatério, com o estradiol muito baixo. Defendeu a reposição apenas com o que é necessário, em parceria com os colegas ginecologistas.

Sobre a aula da Dra. Ana Paula Peclat, lembrou que as bases do tratamento clínico, alimentação, atividade física e terapia compressiva, são os pilares da medicina do estilo de vida e das oito recomendações da American Heart Association, e servem para essas mulheres. Tratar o lipedema traz qualidade de vida e saúde metabólica, com redução do risco de câncer, de doença cardiovascular, de diabetes e de esteatose hepática. Contou que mudou o próprio estilo de vida pelo que aprendeu.

Citou ainda o depoimento de uma paciente no Obesity Week de 2023, que ouviu do endocrinologista Bruno Halpern: durante anos, os médicos diziam que estava tudo bem, porque os exames de laboratório estavam normais. Dor, dificuldade de andar e autoestima baixa não aparecem no exame. Quem não quiser tratar, ou não estiver capacitado, tem a obrigação de reconhecer a doença, como faz o cirurgião que hoje não trata carótida, mas reconhece, identifica, faz o exame e sabe indicar o colega que vai tratar.



De Boston, a Dra. Alessandra Morais participa pela transmissão.

> *“A gente devolve para ela saúde e longevidade de uma maneira geral.”*
>
> DRA. ALESSANDRA MORAIS



DEBATE

Dr. Ricardo Ferraz

A dor que se adapta e a compressão que a paciente usa

> *“Numa escala de zero a 10, elas colocam o zero já no três.”*
>
> DR. RICARDO FERRAZ

O Dr. Ricardo Ferraz quis tocar num assunto, a dor, que a aula das diretrizes apresentou como um ponto meio que pacífico. Na prática clínica, disse, as mulheres têm uma capacidade impressionante de se adaptar a ela. A paciente responde que não dói, mas refere a dor quando o examinador vai aos pontos. Excluir o lipedema só por essa resposta, para ele, nem sempre seria a melhor conduta.

Sobre a compressão, lembrou que não há edema nem líquido extracelular. Sem insuficiência venosa importante associada, as leggings compressivas já melhoram o sintoma, pelo estímulo dos mecanorreceptores, e isso ajuda na adesão à terapia compressiva.

A Dra. Ana Paula Peclat confirmou: muitas pacientes dizem não ter dor e, depois da primeira sessão de fisioterapia, levantam da maca falando de um peso na perna que nunca tinham percebido. Hoje ela prescreve com muito mais frequência a legging de compressão do que a meia, pelo menos 3 horas por dia, pela aceitação muito melhor.

DEBATE · AS PERGUNTAS DA MESA

Se não dói, *ainda é lipedema?*

A dor também era uma dúvida da mesa. Se a paciente com lipedema está tratada, come bem, faz exercício e está sem dor, ela deixou de ter lipedema? Ou seria o caso de uma classificação, com a paciente mais inflamada de um lado e a paciente sem dor em outro estágio? O Dr. Daniel Benitti respondeu que, para ele, lipedema é uma genética diferente: não usa a dor como critério de diagnóstico, e sim no questionário de acompanhamento, onde ela ajuda muito. Com ou sem lipedema, a paciente tratada melhora muito do ponto de vista metabólico.

Contou que, numa corrida em Florianópolis, viu muitas mulheres com lipedema, desinflamadas, correndo e felizes; ninguém tinha dito a elas que precisavam ter dor. Na prática dele, o que mais incomoda as pacientes hoje é a flacidez, e muitas chegam com medo de comer, diante de tanta informação sem filtro.

A última pergunta veio da Dra. Miriam Takayanagi: a paciente que, entrando na menopausa, diz que o corpo dela não era assim. O Dr. Benitti contou que era totalmente contra a reposição hormonal até ouvir, num curso, uma cirurgiã vascular dizer que a reposição tinha mudado a vida dela, e que então passou a estudar o tema. Na visão dele, a gordura aumenta no climatério para produzir mais estradiol diante de uma inflamação.

> *Quando elas acreditam que elas estão doentes, isso potencializa muito a dor delas.”*
>
> DR. DANIEL BENITTI

> *A gente tá esquecendo do estresse. O estresse inflama o corpo também.”*
>
> DRA. ALESSANDRA MORAIS



ENCERRAMENTO · 46º CONGRESSO BRASILEIRO

O convite que *virou recorde.*

Antes do jantar, a Dra. Ana Célia Ferreira Santos pediu a palavra. Presidente do 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, ela reforçou o convite para o encontro, que definiu como pronto, e deixou uma missão a cada associado baiano: trazer um convidado de fora, para mostrar o que há de melhor na Bahia e na especialidade. Aos associados, disse que eles eram a estrela principal e prometeu uma surpresa na festa se a meta fosse batida, com um convidado ainda não anunciado.

O congresso aconteceu de 5 a 9 de outubro, em Salvador, e confirmou a expectativa daquela noite. Segundo a comissão organizadora, foram 987 temas livres submetidos, recorde do evento, e 28 convidados internacionais, com a programação distribuída em três auditórios. A edição especial da Vasc Run esgotou antes do fim do primeiro lote, e a programação social teve a Timbalada e o Negra Cor entre as atrações.

O presidente da SBACV-BA, Dr. Patrick Metzger, foi o vice-diretor científico do congresso.

À esquerda, a Dra. Ana Célia Ferreira Santos, presidente do 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular.



O bolo surpresa: o Dr. Patrick Metzger com a Dra. Ana Célia Ferreira Santos (de vermelho) e integrantes da noite.

ENCERRAMENTO · 26 DE AGOSTO

Parabéns, *presidente.*

O Dr. Patrick Metzger encerrou a noite agradecendo à Dra. Ana Paula Peclat e ao Dr. Daniel Benitti, que doaram o tempo da família e do consultório, à Dra. Alessandra Morais, que participou dos Estados Unidos, e aos debatedores. Lembrou que a Sociedade é a casa de todos e convidou o salão para o jantar.

Antes da foto oficial, um colega pediu a palavra, fora do protocolo, para lembrar que o aniversário do presidente tinha sido na véspera, 25 de agosto. O bolo surpresa chegou ao salão, a vela foi acesa e os votos foram de mais ideais e disposição para seguir à frente da Sociedade. A noite terminou com o parabéns cantado por todo o salão.

PALAVRA DO PRESIDENTE

Obrigado a cada um pelo carinho com que esta noite terminou. A presença de vocês, no salão e na transmissão, é o que dá sentido ao trabalho da Sociedade. Agradeço pela amizade, pela parceria e por seguirmos juntos, com o mesmo objetivo: levar ciência de qualidade a toda a Bahia.

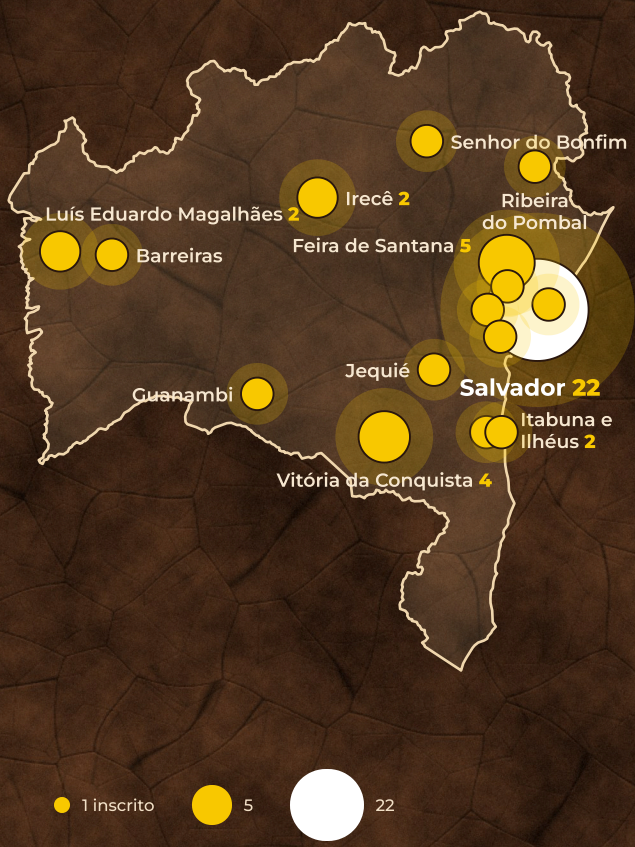
Dr. Patrick Metzger · Presidente da SBACV-BA



O abraço dos presidentes.

INSCRITOS ON-LINE, POR MUNICÍPIO

De onde a noite *foi acompanhada.*



FORA DA BAHIA

14

inscritos on-line em 7 estados, de São Luís a Foz do Iguaçu

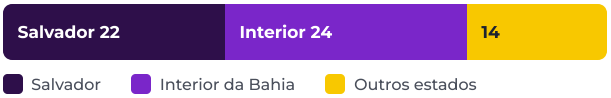


MATÉRIA DE CAPA · 6ª VASC MEETING

A noite *em números.*

A sala estava cheia, e a transmissão levou a reunião muito além dela. Dos 176 inscritos, 116 vieram ao salão e 60 acompanharam on-line, de 27 municípios em 8 estados.

38 dos 60 inscritos on-line estavam fora de Salvador — **63%**



176 INSCRITOS NA 6ª VASC MEETING

116 presenciais, no salão | **60** on-line, pela transmissão

24 de **29** inscritos do interior da Bahia escolheram a transmissão. Só Feira de Santana e Lauro de Freitas tiveram inscritos no salão.

O QUE OS INSCRITOS QUEREM VER

31 sugestões; Doppler vascular foi o tema mais citado.

Doppler vascular Lipedema cirúrgico
Laser endovenoso **Pé diabético** Fleboestética
Acesso vascular para hemodiálise
Tratamento por espuma **IA na cirurgia vascular**
Dermatite ocre **Lipedema além do diagnóstico**
Flebologia moderna Complicações de cateteres para hemodiálise
Endolaser e laser transdérmico Trauma vascular
Peptídeos em angiologia **Lipedema e fleboestética**
Perfurantes arteriais Tratamento de varizes
Telangiectasias em face FAV Limites de atuação no lipedema
Compliance Marketing médico Contabilidade

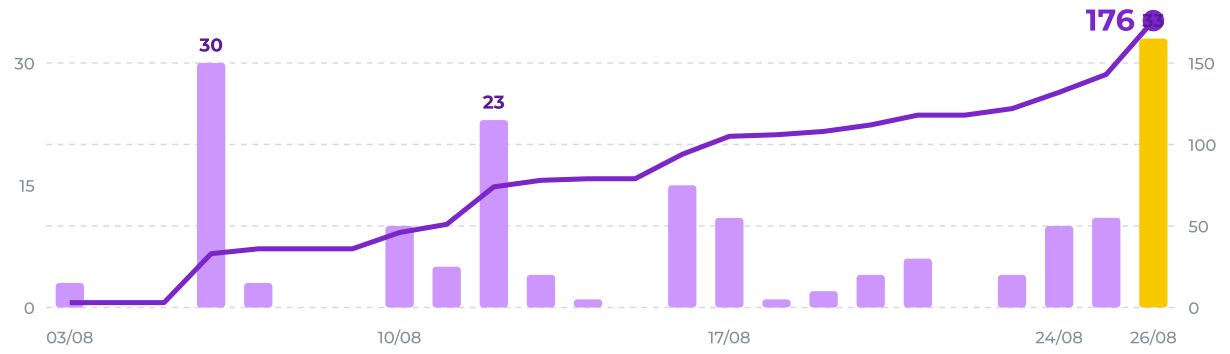
Inteligência da página de inscrição da 6ª Vasc Meeting, dados agregados de 18/11/2026, com as grafias de Feira de Santana unificadas. Contornos dos mapas: malhas do IBGE.



O salão do Boi Preto, em Salvador, na noite de 26 de agosto: 116 inscritos presenciais.

COMO AS INSCRIÇÕES CHEGARAM

Inscrições por dia (barras) e total acumulado (linha). A primeira chegou em 3 de agosto, e o dia com mais inscrições foi o da própria reunião.



QUEM SE INSCREVEU

Associado da SBACV-BA	109
Médico não associado	17
Outro profissional de saúde	15
Patrocinador	14
Acadêmico de Medicina	8
Associado de outra regional	7
Médico residente	4
Colaborador da SBACV-BA	2

JÁ PARTICIPARAM DE

Reuniões científicas	51,7%
Vascular Connect	35,2%
Vasc Run	25,0%
Bahia Vascular / 46º CBACV	25,0%
Voz do Vascular	24,4%
Revista	19,3%
Endovascular Education Program	15,3%
Phlebo Education Program	7,4%



Que aula magnífica. Estava um silêncio sepulcral aqui na sala, *ninguém falava nada.*

Três aulas sobre lipedema, um debate com a mesa e a plateia, 116 inscritos no salão e 60 pela transmissão. Estas são as imagens da noite de 26 de agosto.

DRA. MIRIAM TAKAYANAGI
Anfitriã da noite, ao agradecer a aula do Dr. Daniel Benitti


Todo mundo na BAHIA




Todo mundo na BAHIA


6ª REUNIÃO 2026
Científica
SBACVBA




PEPSI












LIPEDEMA
SBACV BA

Científica













Todo mundo na
BAHIA


O fascínio pelos motores, o encontro com a cirurgia vascular numa greve da faculdade e a busca por precisão, inovação e estética na prática diária.

Da mecânica à medicina

A medicina exige aprimoramento constante e a capacidade de integrar precisão técnica, inovação e o cuidado com a qualidade de vida do paciente.



Dr. Alan Costa Gouvêa

Cirurgião vascular
CRM-BA 16559 · RQE 20659
Conselho Fiscal da SBACV-BA

- Medicina · UFBA, 2003
- Cirurgia Geral · HUPES
- Cirurgia Vascular · ICVE-SP

ETAPA 1

Motores, vestibular e uma greve

Quando criança, eu era fascinado por motores e engrenagens e tinha certeza de que faria Engenharia. Acabei prestando vestibular para Medicina. Na Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), atravessei um período marcado por muitas greves. Numa dessas paralisações, no fim dos anos 1990, resolvi usar o tempo livre para ver a prática de perto e tentar assistir a algumas cirurgias. Foi assim que pisei pela primeira vez num centro cirúrgico, o ambiente que viraria a minha segunda casa.

ETAPA 2

O encontro com a vascular

Acompanhei procedimentos de Urologia e de Ortopedia, mas foi na Cirurgia Vascular que me encontrei. Tive a sorte de conhecer Luiz Augusto Vasconcellos, então jovem e já grisalho, e fiquei encantado pela especialidade. Tenho o prazer de dividir até hoje o consultório com o Guga.

ETAPA 3

A residência no HUPES

Anos depois, na Residência em Cirurgia Geral no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), convivi de perto com o serviço de Cirurgia Vascular da instituição, conduzido na época pelos professores José Siqueira, Cícero Fidelis e Roberto Pastor e pelo recém-chegado Ronald Fidelis.

ETAPA 4

São Paulo e a volta

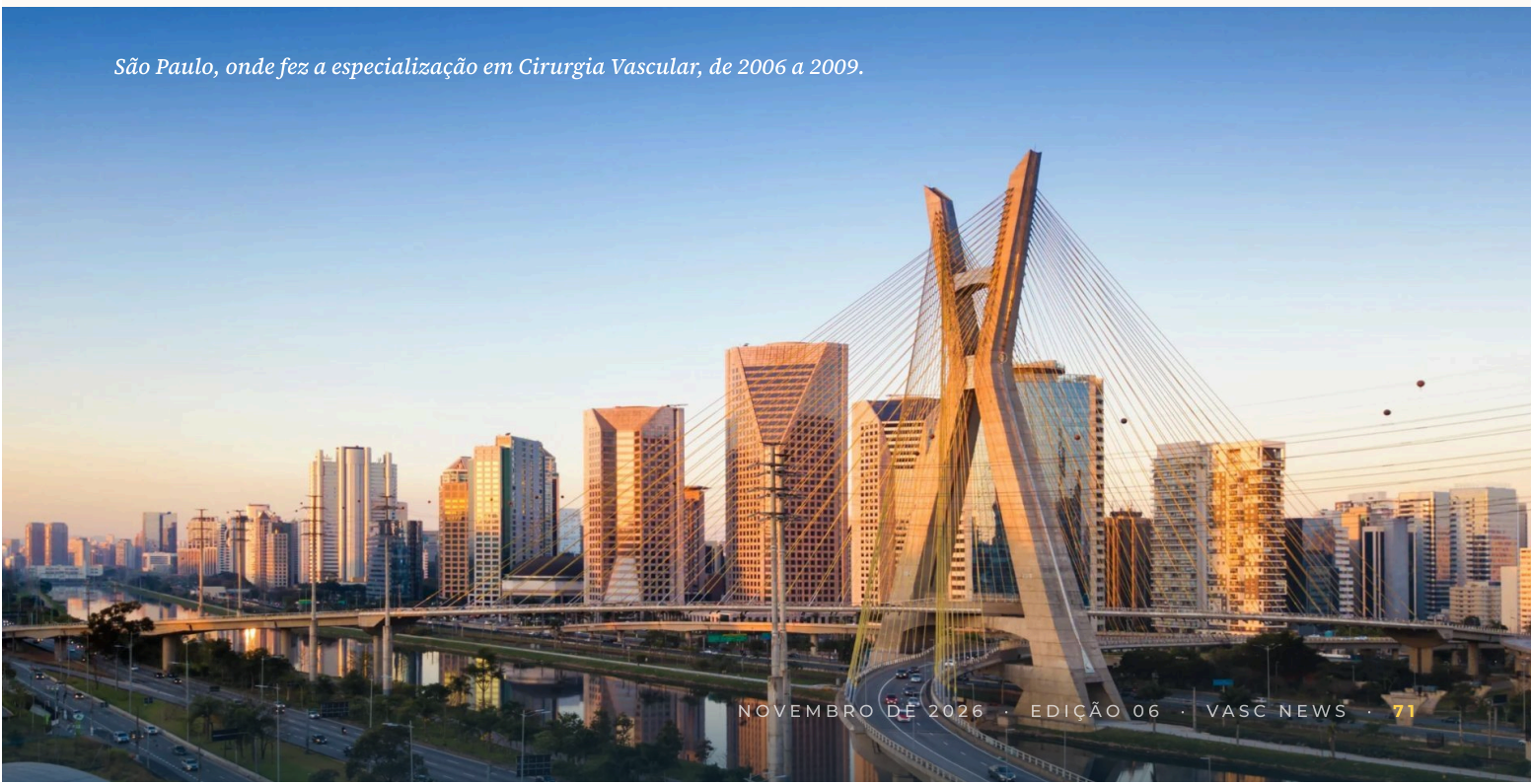
Para a minha formação na área vascular, mudei-me para São Paulo e realizei a especialização no Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular (ICVE), na Beneficência Portuguesa de São Paulo, sob a preceptoria do Dr. Armando Lobato. De volta a Salvador, obtive os títulos de especialista em Cirurgia Vascular e em Ecografia Vascular.

Por muitos anos, dediquei minha prática quase exclusivamente à cirurgia arterial e aos procedimentos endovasculares nos hospitais Português e Espanhol.



No centro cirúrgico, o ambiente que virou a "segunda casa" desde a faculdade.

> ***Pisei pela primeira vez no centro cirúrgico durante uma greve na faculdade, e aquele ambiente virou a minha segunda casa.***



São Paulo, onde fez a especialização em Cirurgia Vascular, de 2006 a 2009.

ETAPA 5

Um novo caminho

Com o tempo, a trajetória mudou. Sou casado com uma cirurgiã plástica, e a estética passou naturalmente a fazer parte do meu cotidiano e a despertar meu interesse. Com a criação da nossa clínica, a flebologia ganhou cada vez mais espaço na minha prática. Nos últimos anos, tenho me dedicado intensamente à formação nessa área e à incorporação de técnicas que tratam a doença venosa de forma cada vez menos invasiva, precisa e individualizada.

ETAPA 6

Do diagnóstico à cirurgia

Talvez uma das coisas que mais me encantem na cirurgia vascular seja essa diversidade. Posso estar diante de uma doença arterial complexa, fazer um diagnóstico com o Doppler ou tratar varizes buscando, ao mesmo tempo, resultado funcional e estético. Poucas especialidades permitem transitar com tanta naturalidade entre diagnóstico, cirurgia, tecnologia e procedimentos minimamente invasivos.

ETAPA 7

No Conselho Fiscal

Na atual gestão, fui convidado pelo presidente, Dr. Patrick Metzger, a integrar o Conselho Fiscal da SBACV-BA. É minha primeira experiência participando diretamente da diretoria da Sociedade, e considero um privilégio poder contribuir e conhecer mais de perto o trabalho realizado em favor da nossa especialidade.

> *Na cirurgia vascular, encontrei a possibilidade de transformar conhecimento e habilidade em cuidado com as pessoas.*

ETAPA 8

O que ficou dos motores

Aquele estudante que entrou em um centro cirúrgico durante uma greve da universidade não fazia ideia de onde a decisão o levaria. A engenharia não foi o meu caminho, mas o interesse pela técnica, pela precisão e por entender como as coisas funcionam nunca desapareceu. A paixão pelos motores continua presente, sobretudo no motociclismo.

A TRAJETÓRIA *peça por peça*

Fim dos anos 1990
UFBA
Numa greve, o primeiro centro cirúrgico.

2003
Medicina
Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia.

2004–2006
HUPES
Cirurgia Geral, perto do serviço de Vascular.

2006–2009
São Paulo
Cirurgia Vascular no ICVE, na Beneficência Portuguesa.

De volta a Salvador
Hospitais
Cirurgia arterial e endovascular.

Hoje
Flebologia
Consultório, Doppler e Conselho Fiscal.



FORMAÇÃO E TÍTULOS

Medicina
Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA · 2003

Cirurgia Geral
Hospital Universitário Prof. Edgard Santos UFBA (HUPES) · 2004–2006

Cirurgia Vascular
ICVE-SP, Beneficência Portuguesa · 2006–2009

Títulos de especialista
Cirurgia Vascular · SBACV/AMB
Ecografia Vascular com Doppler · CBR/SBACV

QUEM MARCOU O CAMINHO

Luiz Augusto Vasconcellos
O encontro com a especialidade; dividem o consultório até hoje.

José Siqueira, Cícero Fidelis, Roberto Pastor e Ronald Fidelis
O serviço de Cirurgia Vascular do HUPES, na residência.

Dr. Armando Lobato
A preceptoria no ICVE, em São Paulo.

Da vocação *à inovação* vascular

Da paixão pelo corpo humano, ainda na infância, a uma trajetória construída entre desafios, formação cirúrgica e busca permanente pela inovação no tratamento das doenças venosas.



Dr. Luis Carlos Furini Salvador

Cirurgião vascular · Feira de Santana (BA)
CRM-BA 19.097 · RQE 21.245 · Sócio pleno da SBACV-BA

Foi paixão *à primeira vista.*

De Junqueirópolis, no oeste paulista, a Feira de Santana, no interior da Bahia: a trajetória de um cirurgião vascular que veio de longe e escolheu ficar.

Nasci em 6 de maio de 1980, em Junqueirópolis, uma cidade pacata do oeste paulista. Meu interesse pela Medicina surgiu ainda na sétima série, quando comecei a estudar os sistemas do corpo humano. Foi paixão à primeira vista.

Não havia médicos na minha família, mas encontrei na minha mãe, professora de Ciências, uma grande incentivadora. O entusiasmo dela pelo conhecimento e a forma como me estimulava a entender o funcionamento do corpo humano foram fundamentais para transformar a curiosidade de adolescente em projeto de vida.

CAMPO GRANDE
SANTA CRUZ DE LA SIERRA

Outro país, outro idioma

Alguns anos depois, a trajetória da família nos levou primeiro a Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, e depois a Santa Cruz de la Sierra, na Bolívia. Aos 17 anos, precisei viver em outro país, me adaptar a uma nova cultura e aprender um novo idioma, ao mesmo tempo em que começava a formação médica.

Na graduação, convivi com colegas de vários países da América do Sul e de diversos estados brasileiros. Essa diversidade enriqueceu a minha formação e ampliou a minha visão sobre a Medicina e sobre o mundo. Concluí a graduação pela UCEBOL em 2004 e tive o diploma revalidado no Brasil em 2005.

SALVADOR, 2006

A chegada à Bahia

Por meio do convite de um colega baiano, surgiu a oportunidade de trabalhar na Bahia. Em dezembro de 2006, cheguei a Salvador para iniciar uma nova etapa da minha vida. O que inicialmente representava uma experiência profissional transformou-se em uma mudança definitiva. Foi na Bahia que construí minha carreira, criei vínculos e formei as bases da minha vida pessoal e profissional.





Feira de Santana, onde fez Cirurgia Geral e onde atua desde 2012.

Do trauma *à Cirurgia Vascular.*

FEIRA DE SANTANA, 2008 A 2010

O trauma e a escolha

Pouco tempo depois, fui incentivado a seguir minha formação cirúrgica em Feira de Santana. Entre 2008 e 2010, realizei a especialização em Cirurgia Geral no Hospital Geral Clériston Andrade, importante referência para a cidade e para toda a região.

Durante esse período, chamou a minha atenção a escassez de cirurgiões vasculares disponíveis para atender às frequentes e complexas demandas do trauma. As lesões vasculares exigiam diagnóstico rápido, precisão técnica e decisões capazes de definir, em poucos minutos, a preservação de um membro ou até mesmo a vida do paciente.

Essa realidade despertou meu interesse pela Cirurgia Vascular. Percebi que, além de me identificar com os desafios técnicos da especialidade, havia uma necessidade concreta de profissionais qualificados nessa área.

SALVADOR, 2010 A 2012

A especialização em Cirurgia Vascular

Motivado por essa identificação, retornei a Salvador e realizei a especialização em Cirurgia Vascular no Hospital Geral Roberto Santos, entre 2010 e 2012. A formação em uma instituição pública de referência permitiu-me acompanhar casos de elevada complexidade e aprofundar meus conhecimentos no atendimento às urgências e nas diferentes áreas da especialidade.

FEIRA DE SANTANA, A PARTIR DE 2012

Doze anos na emergência

Concluída essa etapa, retornei a Feira de Santana, como já estava planejado, para atuar nos principais hospitais da cidade. Durante 12 anos, trabalhei na linha de frente dos serviços de emergência, atendendo pacientes com traumas e condições vasculares de alta complexidade. Essa experiência foi decisiva para o meu amadurecimento profissional e me ensinou a decidir com rapidez, agir com precisão e manter o equilíbrio nas situações mais delicadas.

> ***“Essa realidade despertou meu interesse pela Cirurgia Vascular.”***

DESDE 2014

As doenças venosas

Paralelamente à atuação hospitalar, cresceu o meu interesse pelas doenças venosas. Desde 2014, incorporei à prática técnicas minimamente invasivas, como endolaser, laser transdérmico e escleroterapia com espuma densa. Mais tarde, a fleboscopia e o ultrassom Doppler passaram a integrar o planejamento individualizado dos tratamentos.

2024

Uma nova etapa

O período após o lockdown trouxe reflexões profundas sobre a minha trajetória e sobre o futuro que eu queria construir na Medicina. Depois de 12 anos nas emergências, entendi que tinha chegado o momento de começar uma nova etapa, com mais dedicação à assistência planejada, à inovação e ao cuidado integral das doenças vasculares.

Em outubro de 2024, ao lado de amigos que compartilhavam os mesmos propósitos, participei da fundação de uma clínica de cuidado vascular em Feira de Santana. O projeto representa a concretização de uma visão construída ao longo de toda a minha trajetória: oferecer a cada paciente uma avaliação individualizada, com escuta, planejamento e acesso às técnicas atuais da Cirurgia Vascular e da flebologia minimamente invasiva.

DESDE 2020

Na Sociedade

Em 2020, tornei-me sócio pleno da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, Regional Bahia. A participação na SBACV reforçou meu compromisso com a atualização científica, a troca de experiências entre especialistas e o fortalecimento da Cirurgia Vascular no nosso estado.

Espero que a SBACV-BA continue fortalecendo a união entre os cirurgiões vasculares da capital e do interior, num ambiente de colaboração e respeito. Acredito que uma sociedade forte se constrói com participação ativa, integração entre diferentes gerações e incentivo permanente à educação médica continuada. Com encontros científicos, discussões de casos e atualização técnica constante, podemos aprimorar a nossa prática e oferecer aos pacientes uma assistência vascular cada vez mais segura e qualificada.

> ***Depois de 12 anos nas emergências, entendi que tinha chegado o momento de começar uma nova etapa.***

FICHA PROFISSIONAL

Especialidade
Cirurgia Vascular

Formação médica
UCEBOL, 2004
Diploma revalidado no Brasil em 2005

Registro
CRM-BA 19.097 · RQE 21.245

Cirurgia Geral
Hospital Geral Clériston Andrade
2008 a 2010

Sociedade
Sócio pleno da SBACV-BA desde 2020

Cirurgia Vascular
Hospital Geral Roberto Santos
2010 a 2012

TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS NA PRÁTICA, DESDE 2014

Endolaser · Laser transdérmico · Escleroterapia com espuma densa · Fleboscopia · Ultrassom Doppler

“Uma sociedade forte se constrói com participação ativa, integração entre diferentes gerações e incentivo permanente à educação médica continuada.”

DR. LUIS CARLOS FURINI SALVADOR

O sonho de transformar *vidas.*

Aos 13 anos, viu o avô sobreviver a uma cirurgia cardíaca e decidiu ser médica. Cuidou dele já formada, passou pela Cirurgia Geral e encontrou a especialidade que veio como uma certeza.

Hoje é residente de Cirurgia Vascular.

Dra. Luciana Peixoto
Residente de Cirurgia Vascular
Hospital Geral Roberto Santos
CRM-BA 34158

E assim como a medicina surgiu em minha vida, *a cirurgia vascular também.*

Minha história com a medicina começou de uma forma muito genuína. Aos 83 anos meu avô (Antonio Peixoto) precisou ser submetido a uma cirurgia cardíaca. Na ocasião eu tinha 13 anos, ali foi o meu primeiro contato com o poder da medicina em transformar vidas.

Contra todas as expectativas frente ao quadro clínico, meu avô sobreviveu à cirurgia e a todos os desafios do pós-operatório. Foi naquele momento que tive a certeza que tinha nascido para ser médica e que esse seria o meu propósito.

Desde então não tive dúvidas. Apoiada pela minha família, sustentei essa decisão por um caminho de muito estudo e dedicação. Fui aprovada na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e foi lá, através de um ensino humanizado, que eu reiterei minha vocação.

Formei em 2019 e 13 anos depois da cirurgia do meu avô, superando mais uma vez todas as expectativas, tive o privilégio e a honra de cuidar dele também como médica até a sua morte.

Foi nessa época que me deparei com o peso da decisão em escolher uma especialidade médica e tudo que essa escolha representaria. Eu que sempre soube o que fazer, não sabia mais por qual caminho seguir.

Veio a Pandemia e tudo ficou ainda mais confuso. Trabalhei, cresci, amadureci, me reinventei e decidi viver um novo desafio: a residência de cirurgia geral. Fiz minha primeira residência médica no Hospital Santa Izabel, um hospital que tem e sempre terá minha gratidão e carinho.

Foi lá que tive meu primeiro contato com a cirurgia vascular. E assim como a medicina surgiu em minha vida, a cirurgia vascular também. Como uma certeza.

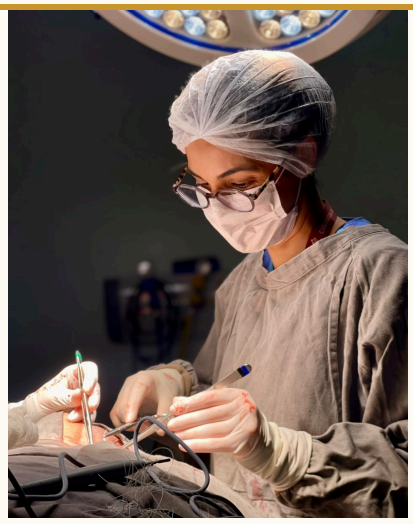
Desde o contato inicial com a especialidade me apaixonei. E nunca tive dúvidas: era ali que queria estar. Uma especialidade completa, versátil, diversa e transformadora. Do arterial ao venoso, dos acessos aos procedimentos endovasculares, do Doppler ao consultório: a cirurgia vascular é incrível.

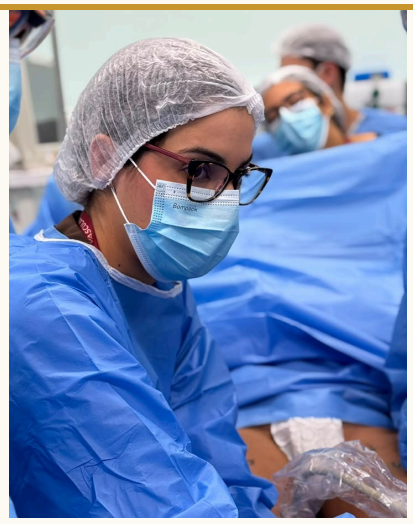
Hoje tenho a honra de estar cursando a residência de Cirurgia Vascular do Hospital Geral Roberto Santos e, sem dúvidas, vivo o sonho que começou na minha infância. O sonho de transformar vidas e me transformar nesse caminho árduo, bonito e tão importante.

Entre as gratas surpresas da especialidade, descobri a SBACV-BA. Minha primeira interação com a Sociedade foi através de um convite para assistir uma aula online. Desde então encontrei aqui mais que um ambiente de crescimento científico, encontrei um ambiente acolhedor, que me traz uma sensação de pertencimento mesmo ainda em formação enquanto residente.

Dra. Luciana Peixoto
CRM-BA 34158









VASCULAR CONNECT

TEMPORADA 2026

Quando a ciência se conecta, a distância desaparece.

Três anos no ar. Sete sessões neste ano. Um propósito: conectar.



01 ABR



02 MAI



03 JUN



04 JUL



05 AGO



06 SET



07 NOV

Especialistas da Bahia, de São Paulo, de Goiás e de Sergipe. Quinze convidados.
E você, do outro lado da tela, perguntando, debatendo, construindo junto.

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

Coordenação científica **Dr. Maurício Aquino**
Uma realização da **SBACV-BA**



VASCULAR CONNECT

O grande segredo está *antes da ferida.*

Sessão online de 2 de setembro de 2026. O Prof. Dr. Cícero Fidelis Lopes mostrou como encontrar o pé em risco antes da úlcera e como ler o pé infectado.

O **Vascular Connect,** sessão científica mensal e online da SBACV-BA, nasceu a pedido dos colegas do interior. Em 2 de setembro, o tema saiu do mesmo pedido: pé diabético, com abordagem prática na neuropatia e na infecção. Desta vez, contou o coordenador, Dr. Maurício Aquino, os colegas pediram também o palestrante.

O convidado foi o Prof. Dr. Cícero Fidelis Lopes, da UFBA, preceptor de residência médica no Hospital Geral Ernesto Simões Filho, que acaba de defender o doutorado sobre o monofilamento. O debatedor, Prof. Dr. Marcelo Araújo, da UESC, em Itabuna, esteve na banca da tese.

A escolha. Nas notas da aula, explicou o recorte: a neuropatia e a infecção, que independem da doença arterial, numa aula simples e com consistência científica. E avisou que contaria também com a experiência: "muito também nós vamos atuar na lógica e na intuição e no aprendizado desses últimos 30, 40 anos".

O roteiro. A aula foi do que causa o pé diabético ao que precede a amputação, com um exame clínico simplificado para o risco de úlcera e para a infecção.

O nome. Em 2023, o IWGDF propôs substituir "pé diabético" por doença do pé relacionada ao diabetes. O palestrante prefere o novo conceito, mas quer que ele mostre melhor as fases iniciais: durante anos, o pé diabético foi só "um pé com gangrena, um pé com pus".

De trás para frente. Ele levou um algoritmo feito há quase 20 anos com estudantes da UFBA e o percorreu da amputação até o diabetes. Quem encontra no pé os fatores de risco para a úlcera já sabe onde agir. "É simples assim."

O método. O Dr. Marcelo lembrou que o palestrante usa o método Feynman, técnica para explicar de forma simples qualquer assunto difícil. E o Dr. Maurício contou o conselho que ouviu de um colega há mais de 20 anos: quando o professor falar de pé diabético, "pare para ouvir, porque vale muito a pena".

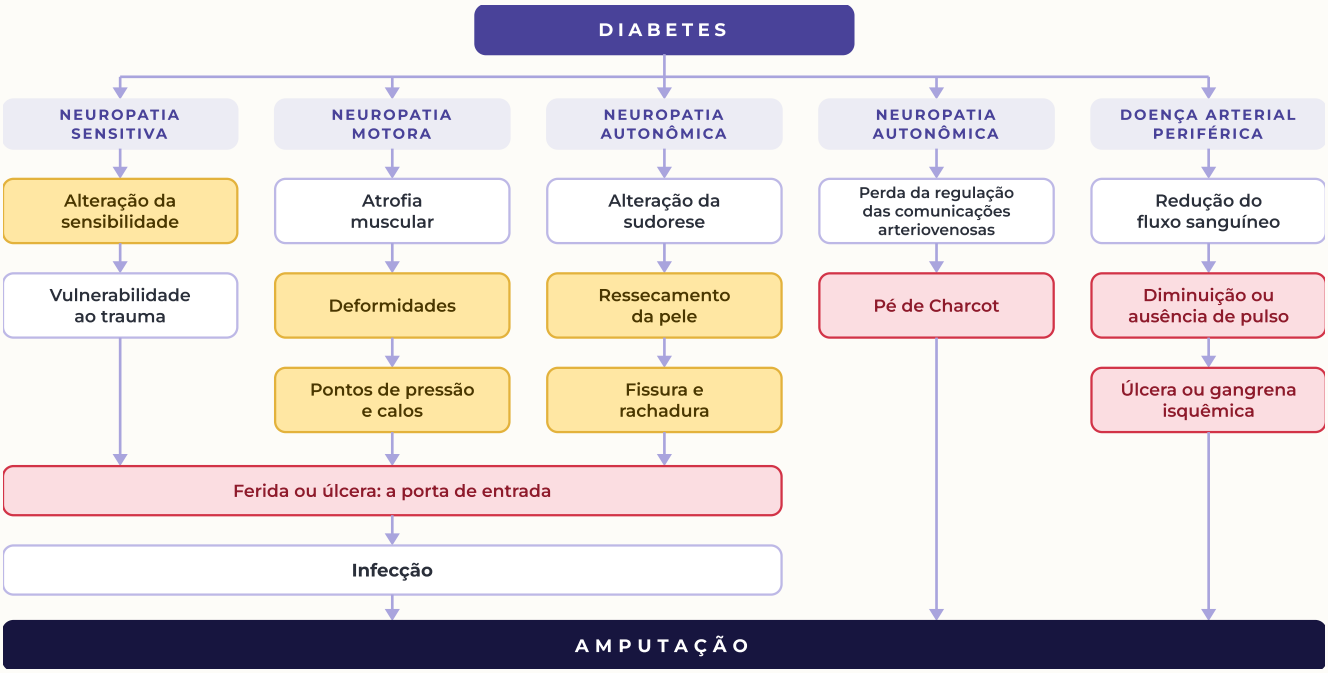
O Dr. Patrick Metzger resumiu a sessão: "uma aula de segurança".



A NEUROPATIA

O caminho da amputação, *lido de trás para frente.*

O algoritmo do Prof. Cícero com estudantes da UFBA, redesenhado. Em **amarelo**, *os fatores de risco para a úlcera; em* **vermelho**, *os de risco para a amputação.*



Fidelis C e cols., 2006, adaptado de Boulton, 1988; IWGDF, 1999; Armstrong et al., 1996; Lavery et al., 1998.

80%

das amputações de membros inferiores em pessoas com diabetes são precedidas por uma úlcera.

Por isso, disse o palestrante, todos os programas de sucesso para reduzir amputações "apostaram nos fatores de risco".

Lavery et al., 1996; Hingorani et al., 2016.

NA PRÁTICA

O teste do monofilamento de 10 g



1. **Encoste** o monofilamento perpendicular à pele.
2. **Pressione** só até ele curvar, por 2 segundos.
3. **Pergunte** se o paciente sentiu: sim ou não.
4. **Não sentiu?** Há perda da sensibilidade protetora e risco de úlcera.

Resposta confusa: teste inconclusivo. **Perda da sensibilidade protetora:** incapacidade de sentir a pressão leve do monofilamento de 10 g, sinal de neuropatia diabética. O número de pontos testados varia com a classificação. *Van Netten et al./IWGDF, 2020; Schaper/IWGDF, 2021.*

O MONOFILAMENTO

Um teste de 10 gramas, *posto à prova na Bahia.*

O doutorado do Prof. Cícero mediu, em Salvador, o que a literatura ainda deixava em aberto.

O teste. O destaque da aula foi a perda da sensibilidade protetora, que o monofilamento de 10 g identifica com baixo custo. O Dr. Marcelo repetiu uma frase que ouviu dele muitas vezes: o vascular tinha equipamentos muito mais caros, mas não tinha um monofilamento.

A lacuna. Em revisões de 2022 e 2024, o grupo achou 1.105 e depois 1.691 artigos sobre o teste, mas só 9 e 10 estudos longitudinais com mais de um ano de seguimento e mais de 200 participantes. Sem doença arterial periférica, eram dois.

A tese. No doutorado, ele acompanhou 265 pessoas com diabetes em Salvador. Entre as que tiveram o teste normal, 92,34% não desenvolveram úlcera. É o valor preditivo negativo: a força do teste para afastar o risco.

Os degraus. Somadas à perda de sensibilidade, a deformidade e a úlcera ou amputação prévia aumentam o risco em degraus, cada um com sua conduta, como na classificação do Texas, abaixo.

Pouco usado. Desde 2006, o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde recomenda o teste, mas ele ainda é pouco aplicado: em dois estudos brasileiros, um deles num hospital universitário, 96% e 53% dos participantes nunca tinham passado por ele.

CLASSIFICAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO TEXAS

Quanto o risco de úlcera sobe

CATEGORIA		PROBABILIDADE DE ÚLCERA	O QUE FAZER
0	Sem neuropatia	referência	Educação e calçados adequados **Retorno: 6 a 12 meses**
1	Com neuropatia	1,7 vez	Técnico em calçados **Retorno: 3 a 4 meses**
2	Neuropatia e deformidade	12,1 vezes	Calçados especiais ou moldados; possível cirurgia profilática **Retorno: 2 a 3 meses**
3	Úlcera ou amputação prévia	36 vezes	Os mesmos cuidados da categoria 2 **Retorno: 1 a 2 meses**

Armstrong, Lavery e Harkless, 1996 e 1998; Lavery et al., 1998. A educação vale para todas as categorias.

PESQUISA FEITA NA BAHIA

O que o teste mostrou em 265 pessoas

92,34%

das pessoas com o teste normal não tiveram úlcera.

VALOR PREDITIVO NEGATIVO

NA LITERATURA

Sensibilidade de 66% a 91% e especificidade de 34% a 86%, segundo os estudos citados na aula.

60,00%	SENSIBILIDADE
85,78%	ESPECIFICIDADE
42,86%	VALOR PREDITIVO POSITIVO
81,89%	ACURÁCIA

Monofilamento de 10 g em pessoas com diabetes e sem doença arterial periférica, em Salvador. Tese de doutorado de Cícero Fidelis Lopes, 2025.



A INFECÇÃO

O diagnóstico continua *essencialmente clínico.*

Para o IWGDF 2023, a infecção se diagnostica pelos sinais de inflamação, locais ou sistêmicos. Na aula, isso virou um roteiro de perguntas.

As portas de entrada. A infecção começa quase sempre por uma perda da integridade da pele: a ferida traumática não percebida, o mal perfurante plantar, as fissuras e rachaduras e uma maceração "aparente e ingênua" entre os dedos, compatível com micose. Segundo o IWGDF, a infecção é causa de amputação em 25% a 50% das pessoas com diabetes.

O exame. O raio X ele usa muito; os exames mais sofisticados, só em casos selecionados. A cultura que orienta o antibiótico é a do espécime profundo.

A ordenha. A secreção muitas vezes só aparece na expressão, a ordenha, e é ela que separa um abscesso de uma úlcera "como outra qualquer". Para explorar a ferida, ele usa a pinça, a sonda e, quando dá, o próprio dedo: os residentes chamavam o teste de "finger bone".

A incisão. A direção da hiperemia e o apagamento do pregueado plantar indicam o caminho da infecção, e a incisão segue enquanto houver secreção. Uma gota de pus no fim da incisão, a "gota matinal", pede nova abertura.

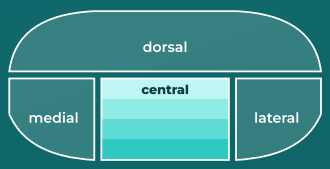
A pele. "Toda pele que possa ser economizada deve ser economizada", disse. Sempre que possível, ele faz o fechamento terciário. Dois centímetros de pele ou um ligamento podem sustentar o ponto que cobre um osso.

> ***O diabético tem problema com a infecção que ainda fica lá.***

Na prática — Seis perguntas diante do pé infectado

1. **Porta de entrada** — É possível identificar? Onde está?
2. **Hiperemia** — Qual a direção?
3. **Pregueado plantar** — Presente ou ausente?
4. **Ordenha** — Positiva ou negativa?
5. **Exploração da ferida** — Qual a direção e a profundidade? Envolve osso?
6. **Anatomia** — Por qual compartimento a infecção se propaga?

CORTE TRANSVERSAL DO PÉ



Um compartimento dorsal e três plantares. O central, com quatro camadas, é o de propagação mais frequente.

LEMBRE

A dor pode estar ausente. A porta de entrada pode estar longe da inflamação. As pregas plantares podem sumir. A infecção profunda pode ter poucos sinais na superfície.

TESTE *probe-to-bone*

Sonda romba e estéril, por quem tem experiência. Para osteomielite, sensibilidade de 0,87 e especificidade de 0,83 (SBACV, 2023).

O DEBATE

Da tese *à saúde pública.*

Perguntas do debatedor, do chat, do coordenador e do presidente da SBACV-BA, com as respostas do Prof. Dr. Cícero Fidelis Lopes.



PROF. DR. MARCELO ARAÚJO
DEBATEDOR

O monofilamento diagnostica a neuropatia?

Não. O teste identifica a perda da sensibilidade protetora, e isso basta para apontar o risco de úlcera. Nenhum protocolo que ele conhece exige eletroneuromiografia.



PROF. DR. MARCELO ARAÚJO
DEBATEDOR

E a concordância entre examinadores?

Um estudo dele com mais de 200 pacientes foi recusado por não ter análise de concordância, o índice kappa. “Eu fiquei traumatizado.”



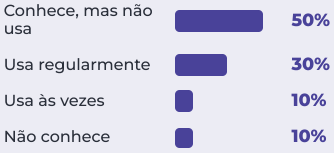
PROF. DR. MARCELO ARAÚJO
DEBATEDOR

Qual classificação de risco usar?

Elogiou as classificações, mas prefere as que separam os fatores de risco para úlcera dos de amputação, como a do Texas, que os colegas de San Antonio levavam no bolso do jaleco.

ENQUETE DA SESSÃO

Você usa uma classificação de risco para o pé diabético?





PARTICIPANTE
PERGUNTA DO CHAT

Osteomielite sempre leva à retirada do osso?

“Nem sempre.” Num caso de calcâneo, um colega perguntou se ele retiraria uma vértebra com a mesma infecção. Com o paciente estável, acompanhou.



PROF. DR. MARCELO ARAÚJO
DEBATEDOR

O mutirão de Itabuna

Há 21 anos, um mutirão “do olho ao pé” faz de 800 a 1.600 atendimentos num só dia. A maioria dos pacientes nunca tinha passado por exame dos pés.



DR. PATRICK METZGER
PRESIDENTE DA SBACV-BA

Que política de saúde devemos cobrar?

Vontade política, “não no sentido partidário”: “os lugares que levaram isso a sério reduziram as taxas de amputações”. O pé diabético atinge mais quem tem menos: “Isso realmente me dói muito.”



DR. MAURÍCIO AQUINO
COORDENADOR

O que mudou em 30 anos?

O conhecimento cresceu, mas a queda das amputações ainda não veio. O caminho, disse, está nos fatores de risco: “nós não vamos evitar os casos completos, mas a gente pode diminuir bastante”.

O sonho. Pelas contas dele, 120 pessoas com diabetes perderam a perna no mundo durante os 40 minutos da aula. E fechou com um verso de Milton Nascimento: “Eu posso envelhecer, mas o sonho da redução da taxa de amputação, esse não vai envelhecer.”

O monofilamento não pergunta simplesmente se existe neuropatia. Ele pergunta se o paciente já perdeu a proteção suficiente para estar vulnerável.

PROF. DR. MARCELO ARAÚJO
Debatedor, ao resumir a conclusão da aula



O OLHAR DO DEBATEDOR

Quando a experiência torna simples *o que é complexo.*

Reflexões após o Vascular Connect 2026 sobre conhecimento, experiência e o cuidado com os pés das pessoas com diabetes.



Prof. Dr. Marcelo Araújo
DEBATEDOR · UESC, ITABUNA

No dia 2 de setembro, tive a satisfação de participar, como debatedor, do Vascular Connect 2026, promovido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, Regional Bahia. O encontro foi dedicado à abordagem prática da neuropatia e da infecção nas alterações dos pés relacionadas ao diabetes.

O convite teve para mim um significado especial. O palestrante, Dr. Cícero Fidelis, além de colega e amigo, foi meu professor e abraçou esse tema há mais de três décadas. De alguma forma, nossas trajetórias voltaram a se encontrar em torno de um problema ao qual também tenho dedicado uma parte importante da minha vida profissional.

Desde que retornei a Itabuna, participo do Mutirão do Diabetes de Itabuna, coordenado pelo oftalmologista Dr. Rafael Andrade. Ao lado da Profa. Roseanne Rocha, enfermeira, organizo e coordeno a área dedicada à prevenção, avaliação e cuidado das alterações dos pés das pessoas com diabetes.

O Mutirão começou em 2004 e chegou, em 2025, à sua 21ª edição, transformado em uma grande iniciativa multidisciplinar de prevenção, diagnóstico, educação e cuidado das complicações do diabetes. São muitos anos olhando para os pés, mas, sobretudo, cuidando das pessoas que caminham sobre eles.

A linguagem também importa

Durante essas duas décadas, não mudou apenas o conhecimento. Mudou também a maneira como procuramos falar sobre a doença. A própria IWGDF utiliza atualmente a expressão diabetes-related foot disease, doença do pé relacionada ao diabetes, para se referir à doença no pé de uma pessoa com diabetes atual ou previamente diagnosticado, quando associada a uma ou mais condições como neuropatia periférica, doença arterial periférica, infecção, úlcera, neuro-osteoartropatia, gangrena ou amputação.

> ***Uma pessoa com diabetes não é um "pé diabético". E nem todo pé de uma pessoa com diabetes está doente.***

Prefiro, portanto, falar em pessoas com diabetes e nas alterações que podem ameaçar a saúde de seus pés: reconhecer riscos, prevenir lesões e intervir antes que as complicações aconteçam. Afinal, preservar um pé começa muito antes de existir uma ferida.

A simplicidade que só o conhecimento permite

Foi particularmente precioso ouvir novamente o Prof. Cícero. Sua apresentação me fez lembrar uma ideia frequentemente associada ao físico Richard Feynman: compreender profundamente alguma coisa também significa conseguir explicá-la de maneira simples.

Não se trata de simplificar o conhecimento até torná-lo superficial. Há uma simplicidade que nasce da falta de conhecimento e outra, muito diferente, que só aparece depois de atravessarmos a complexidade. Foi essa segunda forma que reconheci naquela apresentação.

Neuropatia, infecção, avaliação clínica e decisões terapêuticas poderiam facilmente se perder entre classificações, protocolos e terminologia. Nas mãos de quem convive com o assunto há décadas, entretanto, o complexo encontrou clareza.

Talvez essa seja uma das formas mais bonitas de maturidade na medicina: estudar profundamente a complexidade e, depois, conseguir devolvê-la aos outros em forma de simplicidade.

Conhecimento que circula

O encontro também reforçou o papel das sociedades médicas como espaços de encontro, atualização e circulação do conhecimento. Por isso, deixo registrado meu reconhecimento ao presidente da SBACV Bahia, Dr. Patrick Metzger, e ao nosso anfitrião e coordenador do Vascular Connect, Dr. Maurício Aquino.

Criar oportunidades de atualização científica de alto nível e colocá-las ao alcance dos associados é uma contribuição concreta para nossa especialidade. Sou grato pelo convite e pela oportunidade de participar.

Depois de tantos anos trabalhando com as complicações do diabetes, encontros assim também nos recordam de algo importante:

> ***A experiência não encerra o aprendizado. Talvez apenas nos ensine a reconhecer melhor de quem ainda vale a pena aprender.***

Texto publicado pelo autor em drmarceloaraujo.com/post/quando-a-experiência-torna-simples-o-que-é-complexo

7a Vasc meeting 2026

PRESENCIAL & ON-LINE



AULA EXPOSITIVA · DEBATE

IVC DA ESPUMA AO LASER

25 DE NOVEMBRO · 19H30

ANFITRIÕES Dr. Sérgio Ramos (BA) e Dra. Isabelle Queiroz (BA)

PALESTRANTES
Dr. José Ben-Hur F. Parente (SP)
Dra. Lidiane Rocha (SP)

DEBATEDORES
Dra. Maria Clara Sanjuan (BA)
Dra. Élide Reis (BA)
Dr. Gustavo Barroso (FSA · BA)

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

VIPMEDIC · MICROMEDICAL · EMBRYO · VS VIDA SAÚDE · Multivision · CARDIOMEDH · lifetech · Medicicor · RCL MEDICAL · solí · Goldmedic · INVASIVE BA · ottobock.care

46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
05 A 09 DE OUTUBRO DE 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES SALVADOR | SALVADOR - BA
SAÚDE + PAZ + AMOR +FÉ

RETROSPECTIVA

23 anos depois, o congresso *voltou pra casa.*

De 5 a 9 de outubro de 2026, Salvador recebeu o 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular: ciência no Centro de Convenções, cultura baiana nos intervalos e uma cidade de portas abertas para a especialidade.

5	3	3	1	28	987
DIAS DE CONGRESSO	AUDITÓRIOS	SALAS	ARENA	CONVIDADOS INTERNACIONAIS	TEMAS LIVRES, RECORDE





O Auditório Elevador Lacerda, o maior do congresso, durante a programação científica.

A CIÊNCIA

Três auditórios, três salas, uma arena *e todas as regiões do país.*

A abertura. Na terça-feira, 6 de outubro, o Auditório Elevador Lacerda recebeu a cerimônia de abertura, com dança e tambores da cultura popular baiana no palco. Para o Dr. Patrick Metzger, presidente da SBACV-BA e vice-diretor científico do congresso, era a oportunidade de receber "o Brasil e o mundo com aquilo que temos de melhor: ciência de qualidade, organização e a hospitalidade que é marca da nossa terra".

A grade. Os auditórios levaram nomes da cidade, Elevador Lacerda, Farol da Barra e Mercado Modelo, ao lado das salas Itapuã, Praia do Forte e Pelourinho e da Arena. A programação começou em 5 de outubro, com os quatro cursos pré-congresso, e trouxe 28 convidados internacionais, casos ao vivo, uma sessão franco-brasileira de flebologia avançada e três conferências magnas: o reparo endovascular fenestrado-ramificado da aorta, a inteligência artificial na comunicação e o que o CREST-2 ensina.

Os temas. A doença venosa dominou o interesse do público, à frente do lipedema e do tromboembolismo venoso.



Cultura popular baiana na abertura.



A Arena, com a Mainha no painel.

A PROGRAMAÇÃO NO APLICATIVO

240 atividades

542 palestras

301 palestrantes

888 trabalhos científicos: 696 pôsteres e 192 temas livres



A INOVAÇÃO

O congresso *na palma da mão.*

O 46º CBACV teve aplicativo oficial próprio, com programação, agenda pessoal, mapa, avisos, galeria e o guia de Salvador. Os números são do painel do aplicativo, de 5 a 9 de outubro.



MAIS DE
3.500
ACESSOS DISTINTOS

991 pessoas com login e 2.515 aparelhos sem login usaram o aplicativo nos cinco dias. Uma mesma pessoa pode ter usado as duas formas.

87,6% dos logados usaram a programação no celular: 868 pessoas e 44.727 visualizações

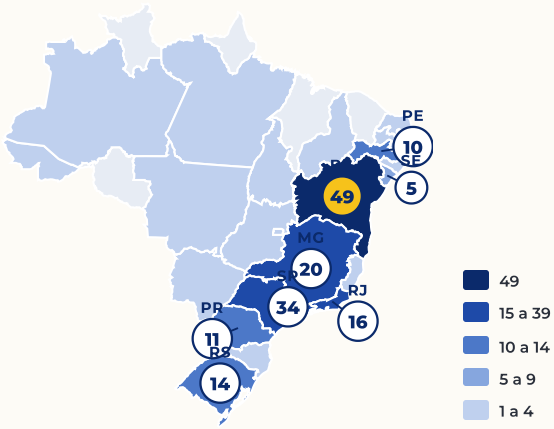
7.723 atividades salvas nas agendas pessoais de 645 congressistas

537 mil registros de navegação e 22.904 aberturas do aplicativo em cinco dias

DE ONDE VIERAM AS RESPOSTAS

22 estados e o exterior

Estado informado por 193 congressistas na pesquisa feita ao fim do congresso, pelo aplicativo e por e-mail; 6 vieram do exterior. Congressistas de outros estados também estiveram presentes: o mapa mostra só o que foi registrado.



OS TEMAS MAIS PROCURADOS

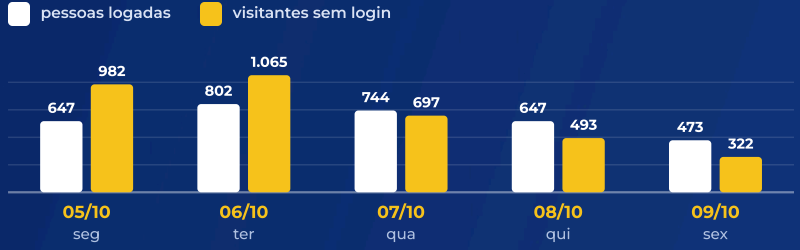
A flebologia no centro

Pessoas que abriram cada sessão no aplicativo.

1. Hemodinâmica da doença venosa: o que realmente muda na prática? — 675
2. Doença venosa crônica: o que está mudando? — 606
3. Sessão franco-brasileira de flebologia avançada — 585
4. Lipedema: diagnóstico e opções de tratamento — 553
5. Complicações do tratamento da doença venosa — 538

Temas seguidos:
doença venosa 197 · **lipedema** 154 · **TEV** 119

USO POR DIA



O PICO

06/10

Na terça-feira, dia da abertura do congresso, 802 pessoas estavam logadas e 1.065 visitantes não identificados também usavam o aplicativo. Entre 11h30 e 12h15, 630 congressistas usaram o aplicativo ao mesmo tempo.



ANTES DA ABERTURA

A mascote ganhou um nome.

Uma votação no aplicativo apresentou a baianinha do congresso e pediu um nome. Entre Mainha, Aninha e Dinha, venceu Mainha, com 252 dos 435 votos. O aviso “Ela precisa de um nome!” foi o comunicado mais tocado de todo o ciclo do aplicativo.

6.474 aberturas da galeria de fotos

2.856 aberturas dos avisos

1.282 consultas ao mapa

764 aparelhos com notificações

ENDO CUP

A gincana científica do congresso, para residentes e pós-graduandos, funcionou dentro do aplicativo. Os inscritos somavam pontos com presença em 12 sessões endovasculares, visitas aos 21 estandes parceiros e um quiz. A classificação foi homologada pela organização, e os seis primeiros ganharam prêmios.

40 inscritos: 36 residentes e 4 pós-graduandos

13 estados representados

8 percorreram os 21 estandes



REALIZAÇÃO

Endocurso · SBACV Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular · SBACV BA Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - Regional Bahia

1º Ingredy Tavares da Silva
São Bernardo do Campo (SP) · R4
Vaga no Curso Endovascular em Nova York, 15 e 16 de novembro, com passagem e hospedagem

2º Sofia Campos de Camargo
São Paulo (SP) · R3
Vaga no Simpósio EAS Medtronic, agosto de 2027, com passagem e hospedagem

3º Beatriz Carolina Schuta B. Lago
Curitiba (PR) · R2
Vaga no Endocurso presencial 2027, de abril a dezembro

4º Rodrigo Silva de Brito
Rio de Janeiro (RJ) · R3
Inscrição no 47º CBACV, em Belo Horizonte (MG), em 2028

5º Jôse Vânia Teixeira Silva
Rio de Janeiro (RJ) · R2
Inscrição no CIVAT, 2 e 3 de junho de 2027

6º Eduardo Moreira
Brasília (DF) · R1
Inscrição no CIVAT, 2 e 3 de junho de 2027



VASC RUN · EDIÇÃO ESPECIAL

A orla virou *pista de corrida.*

A largada. Em 7 de outubro, a orla em frente ao Centro de Convenções virou pista. A Vasc Run Bahia ganhou uma edição especial na programação social do congresso, com camisa e medalha próprias e o arco de chegada "Eu fui".

Foram 350 inscrições confirmadas na edição especial. As vagas do primeiro lote se esgotaram, e a organização abriu vagas extras. Os inscritos vieram de 24 estados, com a Bahia à frente. No aplicativo, as notificações avisaram da retirada das camisas e da hora da largada.

A corrida foi organizada pelos Drs. Patrick Metzger e Almiro Vieira de Melo Neto. Foi a segunda Vasc Run do ano: a primeira aconteceu em 2 de agosto, no Jardim dos Namorados.















A FESTA

Bahia de Todos *os Vasculares.*

A confraternização. Na quinta-feira, 8 de outubro, a festa tomou o Espaço Marés, anexo ao Centro de Convenções. Chamou-se Bahia de Todos os Vasculares, e a Mainha estava na camisa e no telão do palco. Cada congressista inscrito tinha direito a um convite. No palco, Timbalada e Negra Cor.

Teve baiana de acarajé, congressistas tocando timbau ao lado da banda e a pista cheia do começo ao fim.

No guia do aplicativo, a confraternização foi o assunto mais consultado do congresso: 720 consultas, feitas por 366 pessoas.

As fotos. A galeria do aplicativo teve 6.474 aberturas durante o congresso. As fotos dos cinco dias, da ciência à festa, estão no VascPlay, a galeria de fotos da SBACV-BA.



As baianas do acarajé.

Este será um encontro inesquecível, onde a ciência se encontra com a cultura em um ambiente que inspira e eleva todos os participantes.

DRA. ANA CÉLIA FERREIRA SANTOS

Presidente do 46º CBACV, no convite do congresso









sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sba

vascPLAY

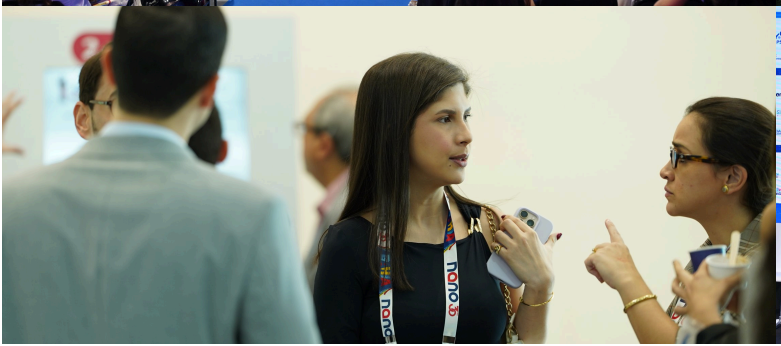
Quem viveu, quer reviver.

Uma iniciativa da SBACV-BA

sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sba















sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sba

vascPLAY

Quem viveu, quer reviver.

Uma iniciativa da SBACV-BA

sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sbacvba.com.br/vascplay • sba









TODAS AS FOTOS DO CONGRESSO

Quem viveu, *quer reviver.*



sbacvba.com.br/vascplay

As fotos dos cinco dias do 46º CBACV estão no VascPlay. Quem fez login no aplicativo do congresso entra com o mesmo acesso para baixar, compartilhar e comentar as fotos.



ENDOLEARNINGS · MÓDULO 02 · 29 DE AGOSTO

Quarenta vagas, preenchidas em trinta minutos.

Phlebo Education PROGRAM

O **Phlebo Education Program,** o segundo módulo do Programa de Educação Médica Continuada da SBACV-BA, ocupou o sábado de 29 de agosto no Quality Hotel & Suítes São Salvador, no Stiep. Foram oito horas de programação, das 8h às 16h10, com 40 vagas exclusivas para cirurgiões vasculares e gratuitas para associados. As vagas foram preenchidas em 30 minutos, e formou-se lista de espera.

Os dois módulos. Em 2026, o programa foi dividido em dois módulos. O primeiro módulo, o Endovascular Education Program, reuniu 35 cirurgiões vasculares em 30 de maio; o segundo foi o Phlebo, em agosto. Sobre o Módulo 01, o Dr. Patrick Metzger disse na 4ª Reunião Científica: "Para a indústria foi muito bom. Para o vascular foi melhor ainda."

O tema. O eixo saiu da terapia endovascular arterial e foi para a flebologia moderna e a terapia endovascular venosa avançada, com espaço para o acesso vascular no paciente renal crônico e para a trombectomia mecânica.

O formato. Seis estações, conduzidas pelas indústrias parceiras, funcionaram em formato rotativo, e cada participante passou por todas elas ao longo do dia. Teoria e prática se alternaram, com simuladores e dispositivos reais. Estandes institucionais acompanharam toda a jornada, e o almoço no hotel manteve todos reunidos do credenciamento ao encerramento.

Os docentes. O corpo docente reuniu os Drs. Patrick Metzger, Dionésio Coelho, Alan Gouvêa, Almiro Vieira de Melo, Maurício Aquino, Maria Clara Sanjuan, Isabelle Queiroz e Gilmar Santos. A flebologia estética avançada e o laser transdérmico ficaram com as Dras. Maria Clara e Isabelle e com o Dr. Gilmar; a parte endovascular e a trombectomia, com o grupo que conduziu o Módulo 01.







40	30 min	6	8 h	8
VAGAS	PARA ESGOTAR	ESTAÇÕES	DE PROGRAMAÇÃO	DOCENTES

POR DENTRO DO SEGUNDO MÓDULO

Seis estações. Um sábado inteiro.

01 Terapias endovasculares nas doenças venosas	02 Preparo da lesão: estratégias para otimizar resultados
03 Tratamento endovascular das doenças tromboembólicas	04 Acesso vascular no paciente renal crônico
05 Trombectomia mecânica aspirativa cavo-ilíaca e pulmonar	06 Laser transdérmico em face e pernas









2027 O sucesso de público e de conteúdo deixou a expectativa de repetir os resultados. O calendário já prevê dois Learnings: em 1º de maio, o Doppler Education Program; em 11 de setembro, terapias endovasculares avançadas e flebologia moderna.

INDÚSTRIAS PARCEIRAS

VIPMEDIC · MICROMEDICAL · EMBRYO · VS Vida Saúde · Multivision soluções para a saúde · CARDIOMEDH · lifetech · Medicicor · RCL MEDICAL · soli · Goldmedic · INVASIVE BA · ottobock.care · VEIN CLINIC



cabe todo mundo.
tem lugar pra você.

Neste Natal, ajude o aconchego a chegar a 700 lares.

Campanha de Natal: cestas básicas para as famílias do NACPC

O NACPC prepara cerca de 16 mil refeições por mês para as crianças e os jovens atendidos e para as suas mães. Neste Natal, queremos levar esse cuidado para dentro de cada casa: uma cesta básica na mesa de cada uma das 700 famílias.



Sede do NACPC

Leve uma cesta básica

Rua do Corte Grande, 160
Alto de Ondina / Rio Vermelho
Salvador (BA), CEP 41950-260

ou

Doe R$ 100 por cesta pelo Pix

04.327.251/0001-36

Chave CNPJ do Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral

NACPC
NÚCLEO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

PROGRAMAÇÃO 2026 / EDUCAÇÃO CONTINUADA

Vasc 2026 meeting

7 sessões. Um ano de ciência vascular na Bahia.

25 *mar*

1ª VASC MEETING REALIZADA

Casos Complexos de TEV

Mesa redonda com o Prof. Dr. Adilson Ferraz Paschôa (SP)

98 PARTICIPANTES

RECORDE DE PÚBLICO

29 *abr*

2ª VASC MEETING REALIZADA

Casos Desafiadores nas Residências de Cirurgia Vascular da Bahia 2025-2026

Casos clínicos com residentes como protagonistas.

ANFITRIÃ: DRA. ANA CLARICE BACELAR

REST. BOI PRETO · 19H30

27 *mai*

3ª VASC MEETING REALIZADA

Saúde da Mulher: discussão multidisciplinar de casos clínicos em desordem venosa pélvica

Mesa redonda. Convidado: Dr. Fabio Rossi (SP)

ANFITRIÃO: DR. DIONÉSIO COELHO

REST. BOI PRETO · 19H30

17 *jun*

4ª VASC MEETING REALIZADA

Aorta: até onde chegamos

Aula expositiva. Presencial e on-line

ANFITRIÃO: DR. ALMIRO VIEIRA DE MELO

REST. BOI PRETO · 19H30

29 *jul*

5ª VASC MEETING REALIZADA

DAP: Doença Arterial Periférica

Aula expositiva.

ANFITRIÃO: DR. ALAN GOUVÊA

REST. BOI PRETO · 19H30

26 *ago*

6ª VASC MEETING REALIZADA

Lipedema

Aulas expositivas e debate.

ANFITRIÃ: DRA. MIRIAM TAKAYANAGI

REST. BOI PRETO · 19H30

25 *nov*

7ª VASC MEETING · PRÓXIMA · PRESENCIAL E ON-LINE

IVC: da espuma ao laser

Insuficiência venosa crônica. Palestrantes: Dr. José Ben-Hur F. Parente (SP) e Dra. Lidiane Rocha (SP).

ANFITRIÕES

Dr. Sérgio Ramos
Dra. Isabelle Queiroz

LOCAL

Pupileira · 19h30



CICLO CIENTÍFICO 2026 · SBACV-BA

6 reuniões entregues.
1 pela frente.
Obrigado a quem acreditou
e caminhou com a gente.

- **6ª de 7** Vasc Meetings · 2026
- **286 especialistas** vasculares mobilizados
- Educação médica continuada, **mês a mês**
- Ecossistema vascular da Bahia em **construção ativa**

Parceiros científicos não patrocinam um evento.
Constroem, com a gente, o futuro da especialidade na Bahia.

Venha construir o ciclo 2027 com a gente

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

71 99665-1962



ENCONTRO INÉDITO

1ª Reunião do Dia da Secretária da SBACV-BA

Você acolhe. Você conecta. Este encontro foi para você.

Na manhã de sábado, 26 de setembro, o auditório do Salvador Trade Center recebeu um encontro que a SBACV-BA nunca tinha feito: um curso dedicado às secretárias dos médicos associados. As 80 vagas foram preenchidas, e teve quem viesse do interior do estado só para estar ali.

A ideia nasceu dentro da própria Sociedade, com Jaqueline Santos, secretária da SBACV-BA, e ganhou forma com a Dra. Isabelle Queiroz, secretária da diretoria, e o presidente, Dr. Patrick Metzger, que fez a abertura da manhã.

O tema foi Comunicação e Inteligência Emocional, com Mabel Souza, graduada em Artes pela UFBA, pós-graduada em Neurovendas e palestrante internacional. Em pauta, a comunicação com empatia, o equilíbrio nos momentos de pressão e um olhar prático sobre a inteligência artificial como apoio à rotina, com o cuidado humano no centro do atendimento.

O microfone circulou pela plateia. As secretárias contaram como recebem, orientam e organizam o dia de pacientes e equipes, fizeram contatos com colegas de outros consultórios, participaram de sorteios e saíram com os brindes oferecidos pelos apoiadores do encontro.

Inédito na Sociedade, o encontro foi um sucesso e já entrou para o calendário anual da SBACV-BA: em 2027, o Dia da Secretária está marcado para 25 de setembro. Elas são a primeira voz que o paciente escuta no consultório, e reconhecer esse trabalho também faz parte de cuidar da especialidade.



Dr. Patrick Metzger na abertura.



Mabel Souza conduz o curso.

MURAL DAS SECRETÁRIAS

A voz de quem acolhe.

Recados deixados por elas no mural do encontro, no site da SBACV-BA.



Ser secretária vai muito além de organizar agendas, eventos, pagamentos ou atender telefonemas; é sobre ser o primeiro sorriso que acalma, a voz pacífica que resolve e o olhar atento que faz cada pessoa se sentir importante.

JAQUELINE SANTOS



Ser secretária é ter habilidade de transformar o caos em ordem e desafios em soluções diárias.

MONALISA NASCIMENTO DE JESUS



A forma como o cliente é tratado, fideliza mais que o preço que ele pagou. Quem trabalha com amor, tem retorno garantido.

GLEIDE MENDES MADUREIRA



Que eu nunca perca a capacidade de ouvir com o coração, comunicar com respeito e transformar cada encontro em uma oportunidade de fazer o bem.

NEIDE FONSECA



JUNTOS, VALORIZAMOS QUEM ACOLHE.

RCL MEDICAL · Alta Forma · INVASIVE BA · SIGVARIS GROUP · SERVIER moved by you · soli · VIPMEDIC · VS VIDA SAÚDE

CICLO 2026 · APOIO CIENTÍFICO

Parceiros que investem no *futuro da medicina vascular*

Os Apoiadores Científicos 2026 tornam possíveis as Reuniões Científicas, o Endovascular Education Program, o Phlebo Education Program e o Vascular Connect. A eles, o nosso reconhecimento.

VIPMEDIC
Produto Médico-Hospitalar

MICROMEDICAL

EMBRYO

VS
VIDA SAÚDE
Comércio e Representações LTDA

Multivision
soluções para a saúde

CARDIOMEDH
PRODUTOS MEDICOS LTDA.

lifetech
MEDICAL STORE

Medicicor

RCL MEDICAL

soli

Goldmedic
SAÚDE & BEM-ESTAR

INVASIVE BA
MEDICAL DEVICES

ottobock.care

“Nenhum congresso, nenhuma reunião, nenhum aprendizado acontece sem o suporte de quem acredita na ciência. Obrigado por construir este ano conosco.”

Dr. Patrick Metzger · Presidente SBACV-BA 2026–2027

CICLO CIENTÍFICO 2026 · SBACV-BA

+27%

de novos membros em 11 meses.

Uma Sociedade que não para de crescer.

INÍCIO DE 2026	225
NOVEMBRO DE 2026	286

ASSOCIADOS DA SBACV-BA

SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

71 99665-1962

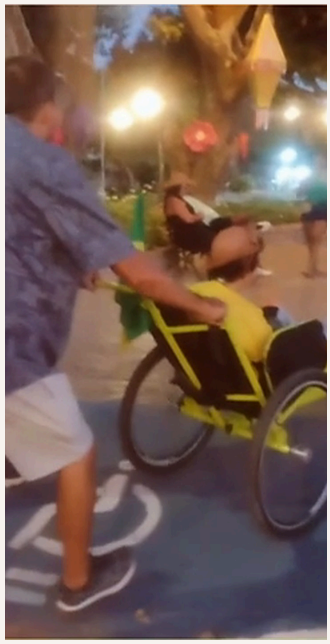
MEU SORRISO

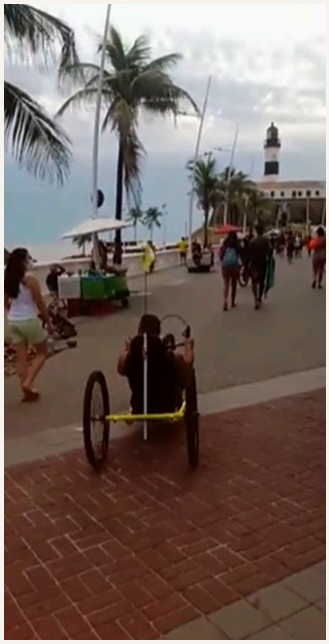
Tem gente que acha que inclusão é construir rampas.

Mas inclusão de verdade começa quando uma família volta a sorrir fora de casa.









Criamos experiências onde pessoas com deficiência não são apenas incluídas. São protagonistas.

Projeto Meu Sorriso: esporte que devolve autonomia.

Escolha a sua cota

Transformador	**12x ½ salário mínimo**
Parceiro	**12x R$ 300**
Apoiador	**12x R$ 100**
Cota amigo	**12x R$ 50**

Empresas apoiam com **isenção fiscal** pelo Viva Esporte (Prefeitura de Salvador) e FazAtleta Social (Governo da Bahia). Boleto ou Pix parcelado, direto com o projeto.

Fale com quem faz

WhatsApp	**(71) 99722-0121**
E-mail	**meu_sorriso@outlook.com**
Instagram	**@projeto.meusorriso**

O Projeto Meu Sorriso é uma iniciativa independente. Captação, gestão e execução são de responsabilidade exclusiva de seus organizadores. A SBACV-BA colabora apenas com a divulgação.

PLATAFORMA VASCULAR DIGITAL · SBACV-BA

Atualize os seus dados *fortaleça a nossa comunidade.*

Seu perfil atualizado é mais visibilidade para você,
mais conexão para todos e uma SBACV-BA ainda mais forte.



Atualize seu perfil

Defina seu login e senha

Adicione sua foto

Mais visibilidade para você

O primeiro acesso é feito por convite enviado ao e-mail cadastrado na SBACV-BA.

Participou do Lipedema, Phlebo ou Vasc Run? Você também receberá o convite.

Não recebeu o convite? Entre em contato com a Secretaria da SBACV-BA.

O novo site está sendo planejado para apoiar essa jornada contínua de aprendizado e conexão entre especialistas.

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

O ANO FECHA.
A CONVERSA CONTINUA.

Faltam poucas semanas para o ano terminar,
e o calendário ainda guarda um último encontro.

Foram seis Vasc Meetings presenciais, do tromboembolismo venoso ao lipedema, sessões on-line do Vascular Connect, os dois módulos práticos dos EndoLearnings, onze episódios do Voz do Vascular, seis edições desta revista e duas largadas da Vasc Run, uma delas dentro do congresso.

Em outubro, Salvador recebeu o 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Durante cinco dias, a Bahia deixou de acompanhar a conversa internacional e passou a sediá-la. As fotos estão no VascPlay, para quem viveu e quer reviver.

Nenhum desses caminhos veio pronto. Todos foram abertos por gente que decidiu tentar, ajustar e tentar de novo, e por parceiros que acreditaram antes de ver o resultado.

No dia 25 de novembro, a 7ª Vasc Meeting fecha o ciclo com a insuficiência venosa crônica em pauta. E o calendário de 2027 já está desenhado, com novas Vasc Meetings, os próximos EndoLearnings, a Vasc Run e a X Jornada Vascular da Bahia.

Ser associado é ter lugar nessa mesa enquanto a especialidade se redesenha.
Não é assistir ao que vai acontecer. É estar onde acontece.

Nos vemos no dia 25. E em 2027, a gente continua.

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

Endovascular EDUCATION PROGRAM Learning beyond the wire
Phlebo Education PROGRAM
Vasc meeting 2026
VASCULAR CONNECT
VASCnews.ba
VOZ DO VASCULAR DA BAHIA PARA O BRASIL
VASC RUN BA SAÚDE EM MOVIMENTO
vascPLAY



A sociedade *é sua.* Participe.

"A SBACV-BA existe para defender o cirurgião vascular, promover a educação médica continuada e fortalecer o convívio científico e social de nossa especialidade. Cada reunião, cada debate, cada case apresentado é um tijolo nessa construção coletiva."

Dr. Patrick Metzger · Presidente · SBACV-BA 2026–2027

SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

Revista Científica SBACV-BA · 108 páginas · Edição 06 · Novembro 2026
Produção: SBACV-BA · Distribuição: Digital · Periodicidade: 7 edições/ano

© 2026 SBACV-BA
Todos os direitos reservados