



# ESTUDO RETROSPECTIVO DAS COMPLICAÇÕES INCISIONAIS DA RETIRADA DA SAFENA INTERNA PARA REVASCULARIZAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR PELA TÉCNICA DE INCISÕES ESCALONADAS E ESTUDO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE AS TÉCNICAS DE INCISÕES ESCALONADAS E ASSISTIDA POR VIDEOENDOSCOPIA PARA A RETIRADA DA VEIA SAFENA



Orientador: **Prof. Dr. Fábio Hüsemann Menezes**

Alunos: **José Renan Gomes** - graduando 3º ano Medicina - Unicamp; **Pedro Henrique Ramos Lopes** - graduando 3º ano Medicina - Unicamp

Disciplina de Cirurgia Vasculare

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

**Palavras Chave:** Extração da veia safena assistida por vídeo; extração de veia safena com incisão escalonada; complicações incisionais da extração de veia safena; extração de veia safena

## INTRODUÇÃO

Doença arterial obstrutiva periférica é o termo que define as diversas patologias que levam à oclusão das artérias periféricas, dentre as quais a principal é a aterosclerose. Seu diagnóstico é feito a partir de sintomas como dor (por isquemia tecidual), claudicação intermitente, resfriamento das extremidades e alterações de coloração cutânea. A doença arterial é acelerada por fatores determinados pelo histórico do paciente, a exemplo de fumo e diabetes melitus.<sup>1</sup>

Quando há presença de gangrena das extremidades (isquemia crítica), o paciente deve ser submetido à revascularização do membro, sem a qual a evolução é invariavelmente uma amputação maior. São opções de revascularização, a angioplastia por cateterismo e a realização pontes arteriais em que são utilizados condutos substitutos das artérias, como as próteses sintéticas ou estruturas autólogas, a exemplo da veia safena magna e da veia cefálica.

A veia safena magna é a maior veia superficial do membro inferior, localizada no subcutâneo, formada pela união da veia dorsal do hálux e do arco venoso dorsal do pé. Percorre o membro inferior, drenando para a veia femoral. Por sua grande extensão, fácil acesso para retirada e paredes compatíveis com a pressão arterial, essa veia é ideal para a realização de pontes, tanto periféricas quanto coronarianas. Pode também ser utilizada para as restaurações venosas, principalmente em traumas. Existem quatro técnicas operatórias utilizadas atualmente para sua extração: Incisão Contínua, Incisão Escalonada, Assistida por videoendoscopia, Pontes in situ.

A Incisão Contínua consiste em fazer uma incisão única longitudinal sobre o percurso do vaso. É pouco utilizada devido à comprovação de que a Incisão Escalonada proporciona maior conforto para os pacientes e apresenta os mesmos resultados.

A técnica escalonada é uma cirurgia semelhante à contínua, com uma incisão única longitudinal ao longo do comprimento da veia, porém intercala trechos de pele íntegra ao longo do que seria um corte tradicional. Esse método tem mostrado resultados positivos e, por não exigir material cirúrgico específico, é o mais comumente utilizado em hospitais gerais.

A retirada da safena por técnicas com videoendoscopia consiste em se fazer duas pequenas incisões sobre o percurso da safena e, com uma câmera, a secção de suas ramificações. A técnica foi introduzida por Lumsden em 1994 e mostrou, reduzir as taxas de infecção no período de recuperação hospitalar, além de diminuir dor pós-cirúrgica, não comprometendo a qualidade da veia extraída ou o tempo de cirurgia.<sup>5,9</sup>

Na técnica de pontes in situ a veia é seccionada e anastomosada a artérias subjacentes, estabelecendo uma ponte no vaso arterial obstruído antes e depois da obstrução. Nesse procedimento é necessário que se faça a remoção das válvulas da safena para que sua função de revascularização arterial seja bem sucedida, uma vez que o fluxo natural é contrário ao arterial.

Edemas, parestesia, trombose, necrose na borda da incisão, erisipela, infecções com deiscência e feridas crônicas são exemplos complicações resultantes da extração da veia safena interna. As complicações incisionais das cirurgias realizadas com incisão escalonada são, em mais de 50% dos casos, edema, em quase 30% dos casos, parestesia e, em 25% dos casos, infecção com deiscência.<sup>2</sup>

Foram levantados dois objetivos para o trabalho: 1) conhecer as complicações pós-cirúrgicas da retirada da veia safena magna utilizadas como enxertos arteriais em membros inferiores no Hospital das Clínicas da UNICAMP. 2) a partir desse conhecimento avaliar, através de um trabalho prospectivo, qual das duas condutas utilizadas (Incisão Escalonada ou Retirada por Técnica assistida por Videoendoscopia) causará menos complicações no pós-operatório dos pacientes.

## METODOLOGIA

### Sujeito:

Etapa 1: Foram avaliados, de forma retrospectiva, os prontuários de pacientes submetidos a revascularização dos membros inferiores com a veia safena interna no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009.

Etapa 2: O estudo prospectivo envolveu pacientes da Disciplina de Moléstias Vasculares do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp.

Foram incluídos no estudo pacientes submetidos a revascularização arterial utilizando a veia safena magna devido a obstrução arterial crônica apresentando como quadro clínico uma lesão trófica (gangrena) ou dor em repouso (isquemia crítica).

Excluídos os pacientes que:

- 1) Não concordaram em participar ou apresentaram incapacidade para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- 2) Civilmente incapazes (que não atingiram a maioria legal)
- 3) Utilizaram prótese para revascularização arterial durante a cirurgia e não a veia safena magna devido a má qualidade da mesma ou indisponibilidade, por já ter sido cirurgicamente retirada.
- 4) Sofreram amputação envolvendo a região do membro de onde foi realizada a exérese da veia safena magna em até 30 dias após a cirurgia.
- 5) Vieram a óbito em até 30 dias de pós-operatório.
- 6) Não tiveram seguimento durante os 30 primeiros dias após a cirurgia.

### Procedimento:

Os possíveis candidatos para o estudo assinaram o TCLE antes da realização da cirurgia e foram acompanhados até o 30º dia do pós-operatório. Os pacientes foram avaliados no 3º, 7º, 15º e 30º dia após a cirurgia para obtenção de dados registrados na Ficha de Coleta de Dados (em anexo) para posterior comparação estatística.

Devido à indisponibilidade de materiais específicos para a realização da técnica de extração de veia safena assistida por vídeo, o estudo prospectivo ficou restrito à avaliação das complicações em pacientes submetidos à técnica escalonada.

A cirurgia de revascularização do membro inferior é realizada inicialmente com a retirada de um segmento de veia safena interna, para conduzir o sangue da artéria doadora para uma artéria que receberá o sangue. A retirada da veia safena através de incisões escalonadas na face medial da coxa e da perna, com ilhas de pele íntegra com aproximadamente 2 cm de largura, exige a abertura do tecido subcutâneo e dissecação da veia com a ligadura dos ramos tributários. Posteriormente, a veia é dilatada com a injeção sob pressão de soro fisiológico para ser utilizada como o novo conduto vascular.



## RESULTADOS

	PACIENTES
<b>IDOSOS</b>	<b>87</b>
<b>FUMANTES</b>	<b>55</b>
<b>SEXO FEM</b>	<b>32</b>
<b>DIABÉTICOS</b>	<b>39</b>
<b>HIPERTENSOS</b>	<b>81</b>
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>

Fonte: Estudo Retrospectivo

COMPLICAÇÕES	PACIENTES	%
<b>REOPERAÇÕES</b>	<b>4</b>	<b>3,6</b>
<b>FUNCIONAMENTO DO ENXERTO</b>	<b>82</b>	<b>74,5</b>
<b>COMPLICAÇÕES INCISIONAIS</b>	<b>15</b>	<b>13,6</b>
<b>HEMATOMAS</b>	<b>5</b>	<b>4,5</b>
<b>ERIPSELA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>HIPEREMIA</b>	<b>3</b>	<b>2,7</b>
<b>DEISCÊNCIA</b>	<b>4</b>	<b>3,6</b>
<b>INFECÇÃO INCISIONAL</b>	<b>5</b>	<b>4,5</b>
<b>NECROSE DE BORDO</b>	<b>3</b>	<b>3,6</b>
<b>LINFEDEMA</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Fonte: Estudo Retrospectivo

	PACIENTES	%
<b>SEXO FEM</b>	<b>4</b>	<b>57,1</b>
<b>&gt;65 ANOS</b>	<b>5</b>	<b>71,4</b>
<b>DIABÉTICOS</b>	<b>3</b>	<b>42,8</b>
<b>FUMANTES</b>	<b>3</b>	<b>42,8</b>
<b>HIPERTENSOS</b>	<b>3</b>	<b>42,8</b>
<b>EDEMA</b>	<b>4</b>	<b>57,1</b>
<b>INFECÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>14,28</b>
<b>DEISCÊNCIA</b>	<b>5</b>	<b>71,4</b>
<b>NECROSE DE BORDO</b>	<b>1</b>	<b>14,28</b>
<b>AMPUTAÇÃO</b>	<b>1</b>	<b>14,28</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fonte: Estudo Prospectivo

No estudo prospectivo, até o momento, foram estudados 8 pacientes, 1 foi excluído do estudo, devido à utilização de prótese sintética em lugar da veia safena magna.

## DISCUSSÃO

A literatura existente aponta para uma incidência de complicações incisionais bastante superior à observada no estudo retrospectivo, alcançando valores como 52,3% de edema, 25% de infecção com deiscência, 9,1% de erisipela, 36,4% de deiscência<sup>9</sup>. Essa considerável diferença entre os dados da literatura e os obtidos no estudo retrospectivo indicam um provável sub-registro das complicações durante o período pesquisado.

Os dados obtidos no estudo prospectivo se aproximam dos existentes na literatura, o que também indica que as complicações estão presentes, mas não são devidamente registradas, dificultando estudos de levantamento de dados retrospectivos. A elevada incidência de complicações incisionais encontrada é uma evidência de que novos trabalhos deverão ser desenvolvidos a fim de estudá-las e reduzir sua incidência.

## AGRADECIMENTOS

Ao Pibic, pelo incentivo dado à pesquisa;

Ao orientador Prof. Dr. Fábio Hüsemann Menezes por tornar possível o projeto no âmbito acadêmico;

À Disciplina de Cirurgia Vasculare, realizador dos procedimentos cirúrgicos.