



ESTUDO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE AS TÉCNICAS DE INCISÕES ESCALONADAS E ASSISTIDA POR VIDEOENDOSCOPIA PARA A RETIRADA DA VEIA SAFENA



Pedro Henrique Ramos Lopes, Prof. Dr. Fábio Hüsemann Menezes, José Renan Gomes

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



1. INTRODUÇÃO

Doença arterial periférica (DAP) é o termo que define a síndrome decorrente da estenose ou oclusão de artérias desde a aorta até os membros. A principal causa, em pacientes maiores que 40 anos é a aterosclerose. Ocorre principalmente nas 6ª e 7ª décadas de vida e está associada a fatores de risco com tabagismo, diabetes melito, hipertensão, hipercolesterolemia e hiperhomocisteinemia.

A indicação de cirurgia será para aqueles pacientes com sintomas intensos, que prejudicam sua qualidade de vida e sem melhora com tratamento convencional e para casos de isquemia grave. Tratamento com métodos endovasculares, colocação de STENT e arterectomia são possíveis, com taxas de sucesso de 75% em 3 anos, mas o prognóstico é alterado de acordo com a gravidade da estenose, com menor eficácia em casos de oclusão.

A abordagem cirúrgica depende da localização e extensão da lesão. Em caso de doença mais distal, é comum o uso de veia safena in situ para a revascularização, com taxa de mortalidade cirúrgica de 1-3%, com bom funcionamento do enxerto em 80% dos casos em 5 anos. Em relação ao uso da veia safena magna (VSM) para a realização de enxertos, podem ser utilizadas diversas técnicas para a sua extração. A técnica aberta, tradicional e não mais utilizada, consiste em uma incisão longitudinal ao longo de todo o trajeto da VSM. Para a redução da incidência de complicações, foram desenvolvidas duas técnicas, a escalonada e a assistida por vídeo.

A Incisão Escalonada é muito semelhante à Incisão Contínua, com a peculiaridade de se fazerem múltiplas incisões, separadas por pontes tissulares, com a redução da incidência de complicações e manutenção da eficiência da cirurgia. Esta é a técnica mais usada atualmente nos procedimentos realizados no Hospital das Clínicas da Unicamp, por exigir material menos elaborado do que o necessário para a exérese por videoendoscopia.

Essa técnica videoendoscópica consiste em se realizar duas pequenas incisões sobre o percurso da safena (por onde esta será retirada) e, com auxílio videoendoscópico, dividir, isolar a veia, localizar e clipar seus ramos. Duas incisões de 2 centímetros são suficientes para abordar todo o trajeto da VSM na coxa de forma que fica evidente a vantagem desta técnica no fato de que o paciente apresentar apenas duas reduzidas incisões, com menor potencial, demonstrado na literatura, de gerar lesões incisionais. Há uma limitação, porém, bastante discutida, que envolve a não visualização direta da veia e de seus ramos, com probabilidade de que ramos não sejam ligados e ocorra formação de hematoma ou que haja lesão na própria veia retirada, com redução do comprimento a ser utilizado no enxerto.

Edemas, parestesia, trombose, necrose na borda da incisão, erisipela, infecções com deiscência e feridas crônicas não cicatrizantes são exemplos das possíveis complicações resultantes do procedimento de extração da VSM. Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e aperfeiçoamento de técnicas, as complicações derivadas da incisão cirúrgica no membro inferior para a exérese da veia safena permanecem em muitos os casos e foram alvo desse estudo.

2. METODOLOGIA

O estudo envolveu pacientes da Disciplina de Cirurgia Vascular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp. Foram incluídos no estudo um total de 60 pacientes, orientados adequadamente em relação à pesquisa e concordantes em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As cirurgias foram realizadas pelos professores doutores, médicos contratados e residentes da Disciplina de Moléstias Vasculares do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, os dados foram coletados por estes mesmos profissionais e pelos demais integrantes da pesquisa (alunos de graduação em medicina).

2.1 SUJEITO

Os possíveis candidatos para o estudo deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização da cirurgia e foram acompanhados até o 30º dia do pós-operatório, com avaliações nos 3º, 7º, 15º e 30º dia após a cirurgia para obtenção de dados.

Critério de Inclusão de Pacientes:

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

Critérios de Exclusão de Pacientes:

Excluídos os pacientes: civilmente incapazes (que não atingiram a maioridade legal); não concordantes em participar ou incapazes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; submetidos à revascularização através de prótese; sofreram amputação do membro de

onde foi realizada a exérese da veia safena magna em até 30 dias após a cirurgia; vieram a óbito em até 30 dias de pós-operatório; não tiveram seguimento durante os 30 primeiros dias após a cirurgia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM Unicamp), protocolo de aprovação.

3. RESULTADOS

Entre 20.01.2011 e 29.01.2012, foram levantados dados de 60 pacientes, dos quais 40 foram excluídos do estudo. Dos 20 pacientes permanentes no estudo, apenas 2 não apresentaram complicações, que se distribuíram ao longo dos dias de acompanhamento de acordo com o gráfico III.

Em relação ao grupo de pacientes pesquisado (Gráfico I), foram 13 do sexo masculino, a Idade Média foi de 65 anos, variando entre 38 e 94 anos; IMC (Índice de Massa Corpórea) médio de 22,68, com mínimo de 16,41 e máximo de 32,53; 65% (13) fumantes, 75% (15) hipertensos, 10% (2) dislipidêmicos e 25% (5) diabéticos, fatores de risco tradicionalmente associados na literatura à doença arterial periférica. Além disso, os pacientes se descreveram em 65% (13) como brancos e o restante como pardos, sendo 3 cardiopatas, 1 pneumopata e 1 com antecedente de AVC, não houve nefropatas no estudo.

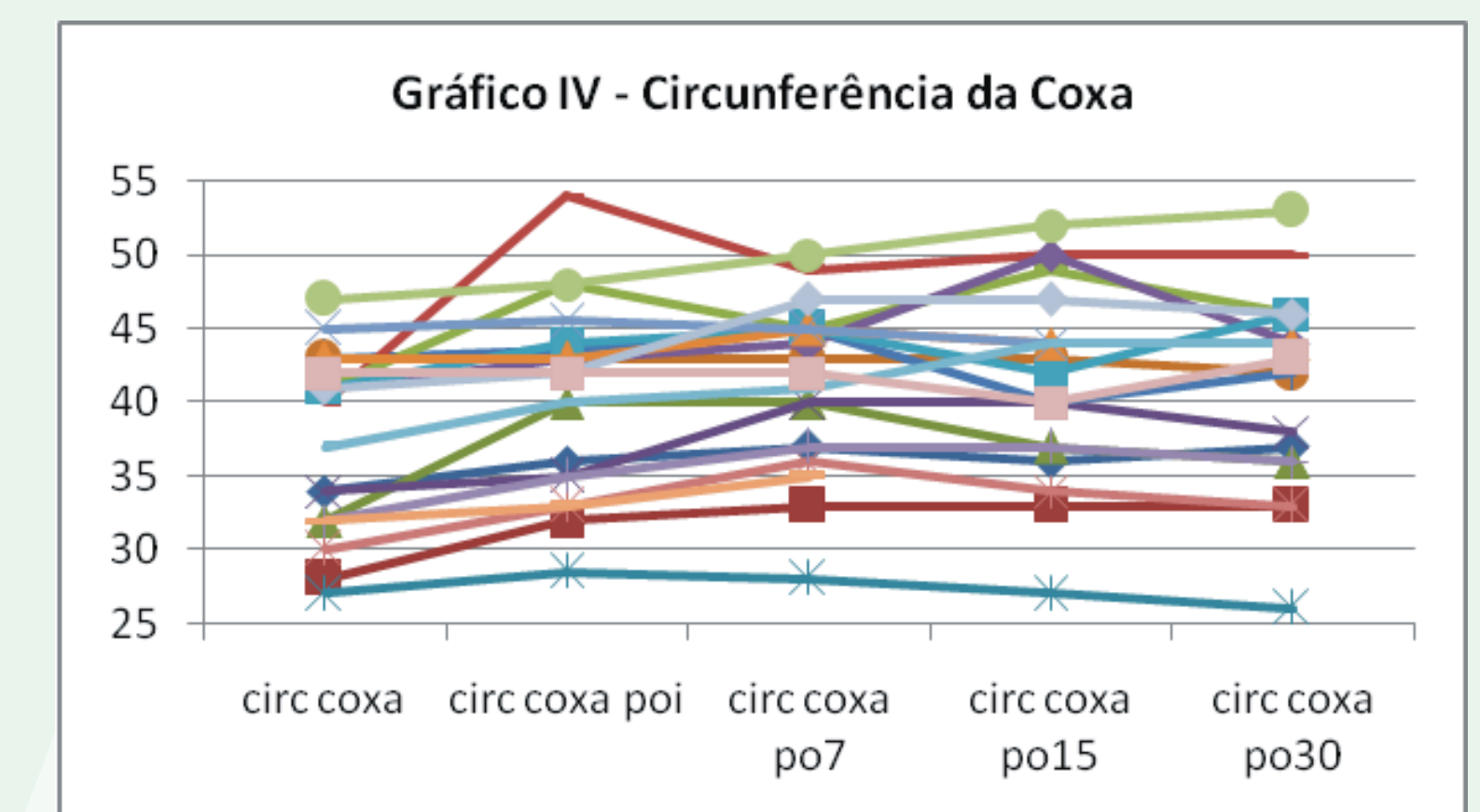
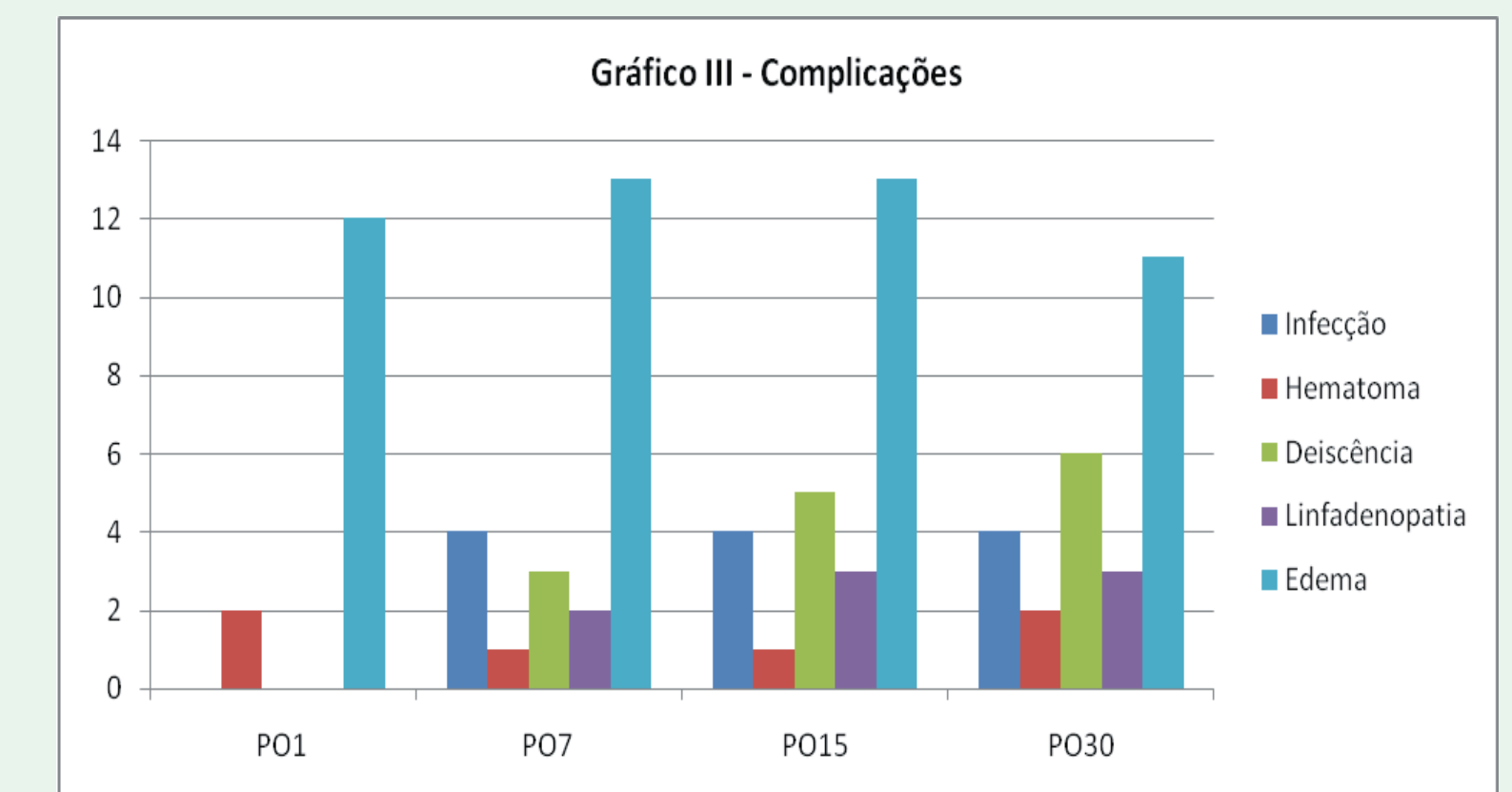
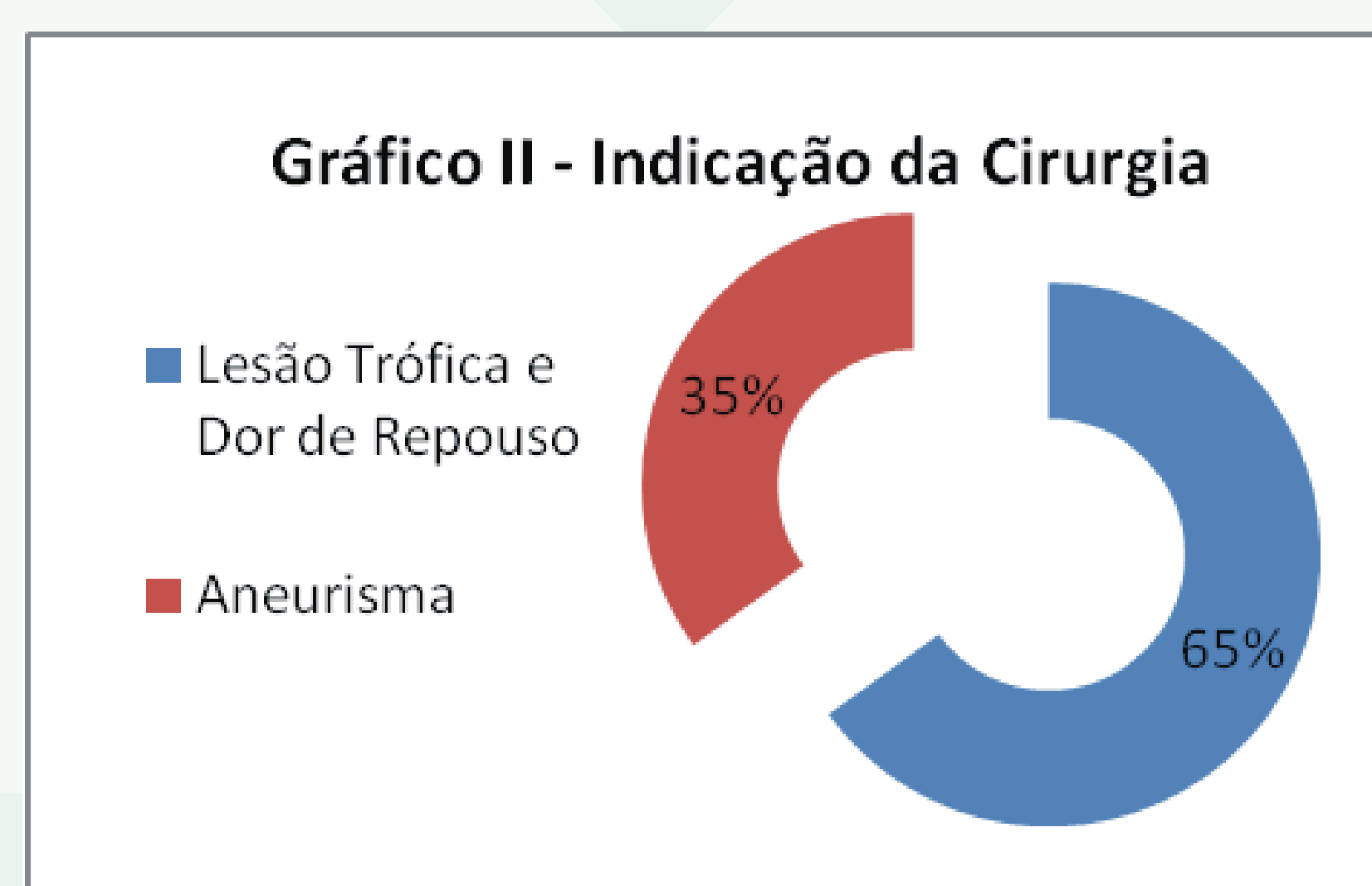
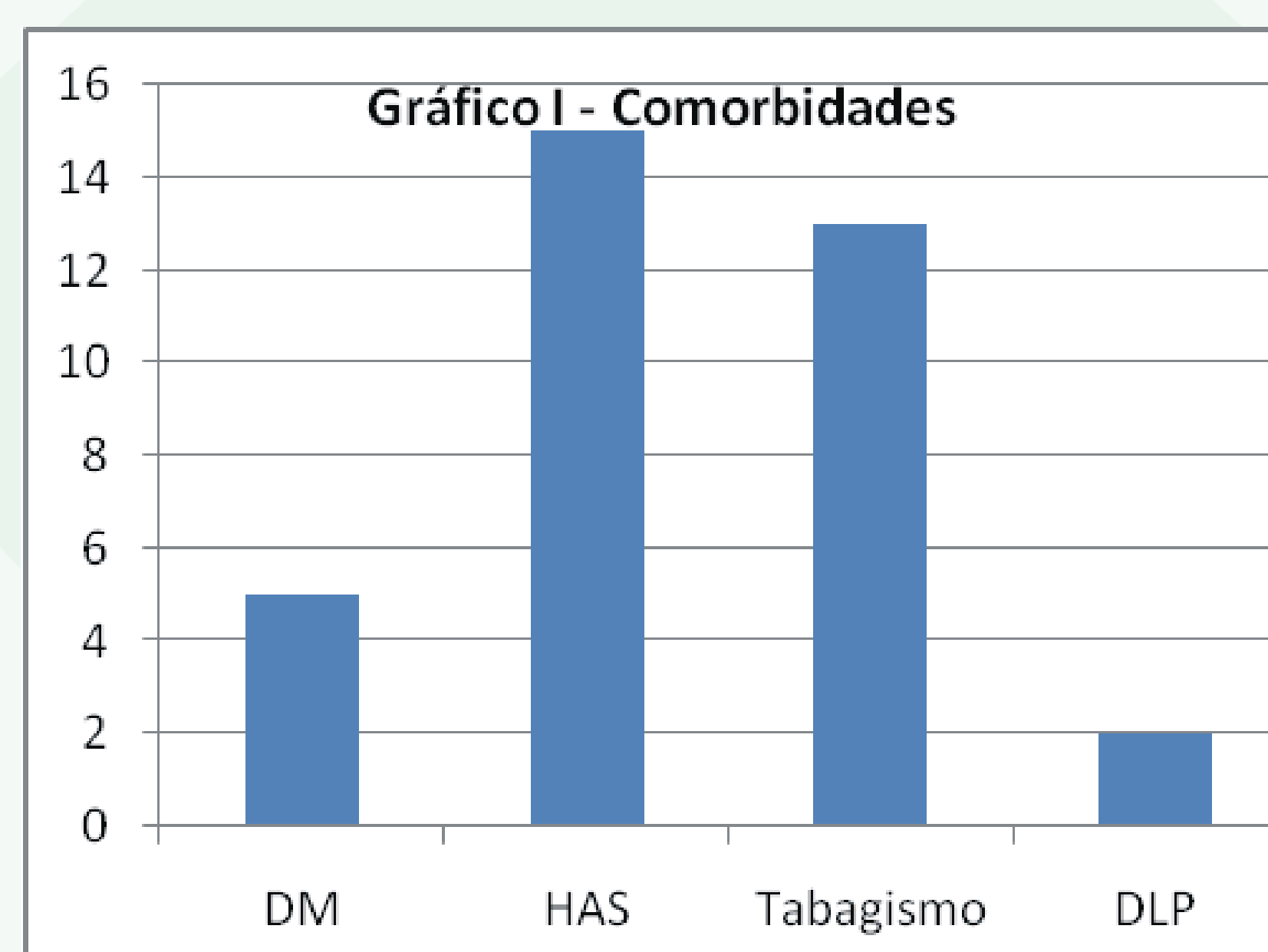
As indicações foram: quatro por aneurismas de artéria poplítea e 16 por lesão trófica e dor de repouso (Gráfico II).

O ITB (índice pressórico entre o tornozelo e o braço) teve um aumento médio de 0,31, entre o pré operatório (média 0,51) e pós (média 0,82), indicando um bom funcionamento do enxerto e melhor perfusão do MI, o objetivo pelo qual se submete um paciente a revascularização.

A incidência de complicações encontrada foi bastante condizente com o encontrado na literatura alcançando valores como 65% (13) de edema, 20% (4) de infecção, 30% (6) de deiscência, 10% (2) de hematoma e 15% (3) de linfocele. A ocorrência de complicações não atingiu poder estatístico para ser relacionada com nenhuma das comorbidades encontradas, sempre com $p > 0,05$.

Apesar de não significativas, os menores valores de p foram encontrados em relação ao IMC < 20 e deiscência, com $p = 0,26$; edema e deiscência, com $p = 0,33$; entre linfocele e deiscência, com $p = 0,20$; entre linfocele e edema, com $p = 0,242$, sugerindo que com o aumento do grupo de estudo poder-se-ia encontrar uma correlação significativa.

Observa-se o valor máximo de edema 7 dias após o procedimento (Gráfico IV), avaliando-se tanto tornozelo quanto coxa, atingindo 24,31 e 41,58cm, respectivamente.



4. DISCUSSÃO

Destaca-se a grande energia dispendida para coletar os dados em um trabalho clínico, com necessidade de colaboração dos residentes da Disciplina de Cirurgia Vascular para que os dados dos procedimentos cirúrgicos e retornos ambulatoriais pudessem ser coletados, pelo fato de esses horários serem coincidentes a horários de aula dos alunos. Apesar da cobrança e interesse dos alunos em coletar os dados, muitos, principalmente os cirúrgicos, foram perdidos, de forma que apenas 20 dentre os 60 pacientes operados entre 20.01.2011 e 29.01.2012 apresentavam todas as informações necessárias para a análise das variáveis.

A incidência de complicações varia na literatura, com valores 10% e 47% de complicações incisionais, valores comparáveis à incidência encontrada nesse estudo^(5,11,21,22,24,26-30) que foi de 24%. Diversos fatores estão associados com estas altas taxas de complicações em cirurgias de revascularização, sendo aventados a lesão linfática na região inguinal e trajeto da veia safena interna, a umidade mantida na incisão com o membro edemaciado, na região inguinal especialmente a proximidade com a genitália e a maceração da prega inguinal quando o abdome é volumoso⁽²⁷⁾. O fato de esses pacientes geralmente apresentarem lesões tróficas previamente contaminadas, com uma drenagem linfática com a presença de microorganismos, uma vez que a linfa produzida é coletada no pé, drena diretamente para a cadeia linfática inguinal⁽²⁴⁾. Na cirurgia, a incisão é geralmente sobre a área inguinal, topografia da drenagem linfática do membro inferior, resultando em lesão desses troncos linfáticos e drenagem do líquido linfático para a incisão. Dessa forma, uma linfa contaminada pode estar associada à infecção das áreas incisionadas.

Um fator confundidor da avaliação do edema através da medida da circunferência do membro inferior, especialmente do tornozelo, é a alteração postural entre os períodos pré e pós operatórios. Antes da cirurgia, devido à lesão trófica e insuficiência arterial, o membro inferior é mantido pendente, favorecendo a perfusão tecidual e prejudicando a drenagem venosa e linfática, resultando em uma circunferência do tornozelo pré operatória maior. Após a cirurgia, com um bom funcionamento do enxerto, o paciente consegue reduzir a dor e é capaz manter o membro inferior horizontalizado, provocando redução do edema.

Em relação à técnica cirúrgica, a dissecação com o bisturi pode provocar menos lipólise do que a dissecação romba com tesoura, formando uma parede vertical. Com melhor conservação tissular, há menor formação de espaços para infiltração e acúmulo de líquido intersticial, que prejudicaria a cicatrização e aderência dos bordos. A cicatrização depende da justaposição dos bordos, prejudicada por presença de edema, hematomas e tecido desvitalizado. Consistente com a observação de outros autores observamos maior complicação incisional na região da coxa, onde a dissecação é mais trabalhosa e o subcutâneo mais espesso⁽²⁹⁾.

Nesse período de 1 ano, foram operados cinco pacientes através da técnica extração de veia safena assistida por vídeo. Foi possível extrair até 50 cm de veia com apenas 13 cm de incisão. Provavelmente devido a essa incisão reduzida, com menor lesão tissular e linfática, nenhum dos pacientes apresentou deiscência ou linfocele, com grande conforto em relação à incisão na coxa. Houve dois casos de hematoma na região do túnel, complicação já descrita na literatura⁽²⁵⁾, mas resolveram espontaneamente ao longo das semanas. Propõe-se a continuidade do trabalho para ampliar a casuística e permitir a publicação dos resultados na revista da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (J Vasc Br).

'Somos gratos ao CNPQ, que busca incentivar a pesquisa, pelas bolsas de auxílio recebidas.'