

Reuniões científicas

463ª Reunião Científica

A 463ª Reunião Científica da SBACV-RJ conjunta com a Sociedade Brasileira de Nefrologia-Regional do RJ, foi realizada como um Simpósio Satélite do IIº Encontro de Atenção ao Pé Diabético do Rio de Janeiro. A reunião ocorreu no dia 27 de outubro de 2005, das 19:00h às 21:00h, no Auditório A do CBC, sendo seguida de um coquetel. A responsabilidade pela organização foi do Pólo Secundário de Pé Diabético do Hospital da Lagoa.

A sessão científica foi presidida pelo Dr. Sergio Meirelles, representando o atual presidente Dr. Rossi Murilo. O Dr. Sergio abriu a sessão com elogios ao formato conjunto da mesa e destacou a importância da atuação conjunta de sociedades científicas, passando a palavra ao Dr. Marcio Meirelles, que presidiu o Simpósio.

O Dr. Marcio, após a apresentação dos palestrantes, deu ênfase ao modelo interdisciplinar, essencial ao lidarmos com doenças crônicas e sistêmicas como o diabetes e convocou o Dr. Otelo Corrêa dos Santos Filho, diretor médico da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro para moderar o simpósio.

A primeira apresentação foi a do presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia - Regional Rio de Janeiro, Dr. Walter Gouveia, que apresentou uma proposta de atenção integral ao paciente renal, com ênfase na detecção precoce, classificação do risco e tratamento

integral dos portadores de insuficiência renal crônica, com destaque para a nefropatia diabética. Apresentou dados alarmantes de crescimento da IRC no Brasil e no mundo, principalmente às custas da nefropatia de origem diabética, e citou o imenso custo social e financeiro que representa essa complicação, custos esses que se multiplicarão nos próximos anos se não forem tomadas providências de prevenção na atenção primária a esses pacientes.

A proposta de atenção integral ao paciente renal dá ênfase à detecção precoce, classificação do risco e tratamento integral dos portadores de insuficiência renal crônica, com destaque para a nefropatia diabética

A seguir, o Dr. Jackson Caiafa, chefe do Serviço do Pólo Secundário de Pé Diabético do Hospital da Lagoa, apresentou o trabalho que vem sendo desenvolvido nesse Pólo desde janeiro de 2003, enfatizando o Projeto de Atenção Integral ao Pé Diabético implantado na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com destaque para o treinamento da

atenção básica, e a criação dos Serviços de Cirurgia Endovascular e do Pólo de Pé Diabético como pilares desse projeto. Apresentou o modelo de atenção integral usado no projeto e no Pólo e mostrou dados de 2.255 pacientes diabéticos atendidos no período de janeiro/2003 a agosto/2005, com uma taxa de internação de 10% dos doentes. Entre os pacientes internados foi verificada uma incidência de 92% de hipertensos (contra 66,2% no total dos atendidos) e a presença de IRC já clinicamente manifestada em 12,2% dos pacientes.

Mostrou que, entre os doentes internados no HL, houve uma queda nas amputações altas (perna e coxa) de 40,2% para 20,4% quando comparados os primeiros 10 meses do Pólo com a série histórica desde janeiro/2003 a agosto/2005, possivelmente pelo atendimento mais precoce e especializado desses doentes. Lamentou a persistência de altos índices de amputações ao nível da coxa como procedimento primário em detrimento de possíveis revascularizações (23,8% dos internados fizeram arteriografia e apenas 7,87% foram revascularizados) ou amputações infrapatais, além do fato das amputações como primeiro procedimento significarem 73,13% das amputações de coxa e terem um tempo mediano de seis dias para ocorrerem após a internação.

Em seguida apresentou-se a Dra. Rachel Bregman, professora da Cadeira de Nefrologia da UERJ, com o tema "Papel do Nefrologista na Prevenção Primária e Secundária da Macro e Microangiopatia Diabética". A Dra.

Rachel mostrou claramente a possibilidade e a necessidade de se intervir precocemente para mudar a evolução da história natural do diabetes, através de rastreamento sistemático e classificação do risco ao nível dos atendimentos primário e secundário, tratamento correto e orientação nutricional precoce, com estabelecimento de referências rígidas de encaminhamento para especialistas dos casos não controláveis ou mais avançados.

O Dr. Marcelo Barros discorreu sobre a experiência do nutricionista dentro da atenção interdisciplinar do Pólo Secundário de Pé Diabético do HL, relatando a abordagem nutricional integrada com os demais especialistas do Pólo e descrevendo o perfil nutricional daqueles doentes com incidência de IMC > ou = a 30 em 45% dos pacientes, hipercolesterolemia (> ou = 200 mg%) em 45% e 60% dos pacientes com cintura > ou = a 102 cm.

Finalizando as apresentações, a Dra. Tânia Maria Peixoto Fonseca, coordenadora geral de Alta Complexidade da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, apresentou a Política Estadual de Atenção à Doença Renal, onde deixou claro o apoio aos projetos apresentados anteriormente, mostrou a similaridade entre as soluções para as duas complicações ali retratadas e disseçou magistralmente os problemas e barreiras encontradas para o estabelecimento das redes de atenção.

Apresentou ainda a moderna visão de detecção precoce, estadiamento e intervenções focais e antecipadas para impedir ou retardar a evolução da doença renal e impedir as complicações da doença renal crônica, projeto em andamento na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

465ª Reunião Científica: Cirurgia Hemodinâmica

Autores: Lacativa M; Lacativa A; Melo LV; Melo RV; Castro R; Florêncio J.

Instituição: Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro.

Introdução

A doença varicosa dos membros inferiores é uma das mais prevalentes patologias que acometem a raça humana, atingindo aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população mundial adulta. Apesar de hoje ela ser encarada como uma taxaço a ser paga pelo homem em troca da vantagem evolutiva de se tornar bípede, na Antigüidade era vista em diversas religiões como mazelas que revelavam pecados individuais ou castigos enviados pelos deuses para punição de súditos infiéis. Talvez, por isso, associado à sua alta prevalência e à fácil visualização da doença sob a pele – sem que fosse necessário o uso de qualquer equipamento mais sofisticado que não as mãos e olhos – sempre foi cercada de constante e intenso interesse, fazendo com que importantes estudos fossem produzidos desde muito cedo.

Entretanto, somente a partir dos trabalhos de William Harvey, no século XVII, os estudos acerca da doença varicosa mudaram de rumo. E, curiosamente, quanto mais se investigavam e se desenvolviam as teorias para o aparecimento das varizes nos membros inferiores, mais a veia safena magna passava a ser vista apenas como um vaso

sem outra função que não a de causar a doença varicosa. Afinal de contas, era uma veia de pouca importância na função global de retorno venoso do sangue ao ventrículo direito (cerca de 90% do fluxo venoso do membro inferior é carregado pelo sistema profundo) e tem valor limitado como acesso venoso periférico, pelo alto índice de tromboflebite após infusão de medicamentos.

Conseqüentemente, não tardou para que surgissem diversos procedimentos cirúrgicos baseados na sua retirada cirúrgica. Trendelenburg sugeriu apenas sua ligadura em 1891, mas, logo em seguida, Keller modificou a técnica, introduzindo sua retirada ao método em 1905. E desde a introdução do fleboextrator por Babcock, em 1907, praticamente não houve alteração na técnica básica de extração da safena, mesmo passados quase um século desde a primeira fleboextração.

Esse quadro de descaso com a veia safena começou a se reverter timidamente quando a safena passou a ser utilizada com sucesso nas revascularizações de segmentos arteriais ocluídos. Mesmo assim, era vista apenas como um "vaso estepe", cuja única função era servir de substituto arterial.

O surgimento do duplex scan permitiu finalmente um maior entendimento da hemodinâmica venosa e suas conseqüências. Alguns axiomas foram quebrados, e várias dúvidas foram respondidas – apesar de, em certos casos, levarem ao aparecimento de outras mais. Inegavelmente houve um reaquecimento científico desse campo, propiciando mudanças profundas não apenas no entendimento da doença varicosa dos membros inferiores, mas também na sua forma de tratamento.

Conceito de Cirurgia Hemodinâmica

O sistema profundo comunica-se com o superficial através das veias perforantes. A própria veia safena magna, na verdade, é vista pela maioria dos estudiosos da dinâmica dos fluxos venosos dos membros inferiores como uma grande veia perforante. Afinal de contas, a definição de veias perforante – veias que ligam o sistema venoso superficial com o profundo, com fluxo no sentido superficial-profundo – é a mesma da veia safena no momento em que ela mergulha no plano profundo, desembocando na veia femoral comum.

As válvulas das perforantes são caracteristicamente menos resistentes ao aumento pressórico do que as válvulas do sistema profundo. Do mesmo modo, a válvula principal da safena – localizada próximo ao seu óstio, na junção safeno-femoral – assim como a maioria das válvulas presentes em todo o seu trajeto possui também uma maior fragilidade a pressões advindas do abdome e pelve, em comparação com a válvula da veia femoral comum. Conseqüentemente, situações onde há uma força venosa extrema que leve a uma hipertensão venosa profunda – aumento súbito e intenso da pressão abdominal, como a tosse, por exemplo, ou pressões intensas e constantes, como o ortostatismo prolongado – tendem a lesar primeiramente a válvula das veias do sistema superficial. O fluxo excedente e retrógrado é desviado para esse sistema superficial, que atua como um verdadeiro escape pressórico, protegendo o sistema venoso profundo de refluxos que levariam a uma sintomatologia muito mais significativa. De fato, um aumento de pressão no sistema venoso superficial provoca apenas

varizes no seu percurso, raramente levando à insuficiência venosa clínica quando é o único sistema envolvido – apenas 10% dos pacientes CEAP 5 e 6 possuem insuficiência isolada do sistema superficial, contra 83% dos pacientes com insuficiência valvular dos vasos profundos.

Por razões ainda desconhecidas, esse ponto de escape é nove vezes mais prevalente na junção safeno-femoral que nas outras perforantes isoladas. Esse novo conceito mudou radicalmente a forma de encarar a doença varicosa dos membros inferiores. Na verdade, as varizes deixaram de ser consideradas uma doença, mas sim sinais pertencentes a uma síndrome maior, a insuficiência venosa profunda.

Realmente, apesar de ainda não se conhecer totalmente o mecanismo de formação das varizes, sabe-se ao menos que para que haja dilatação da parede venosa, é necessária a atuação de um componente hemodinâmico. Tanto que basta eliminá-lo, através da simples elevação dos membros inferiores, que desaparecem as dilatações e, com elas, a sintomatologia característica. Em suma, sem alterações do fluxo e da hemodinâmica, não há varizes. Assim, fica claro que no momento em que as falhas hemodinâmicas do sistema sejam corrigidas, corrige-se a doença do paciente. A partir desses conceitos, criou-se a chamada Cirurgia Hemodinâmica da Insuficiência Venosa em Ambulatória (CHIVA).

Estratégia Cirúrgica

Apesar de parecer complicada à primeira vista, a cirurgia hemodinâmica é simples de ser realizada. Sua maior dificuldade está no pré-operatório, onde se deve traçar a estratégia cirúrgica, que é praticamente desenhada a partir dos dados do duplex

scan. Para isso, é importante saber, com relação ao refluxo que está acontecendo, os seguintes aspectos:

a) Sítio de origem – Local de entrada do fluxo retrógrado, que pode ser a junção safeno-femoral ou uma perforante insuficientes;

b) Trajeto que ele percorre – É importante ter conhecimento do trajeto percorrido pelo fluxo reverso, e as veias superficiais que são lesadas por ele (pode ser visto inclusive pela ectoscopia);

c) Sítio distal de deságüe – É fundamental identificar com exatidão os pontos de drenagem do fluxo de volta para o sistema profundo, já que, na maioria das vezes, deve ser preservado para diminuição da pressão venosa do sistema superficial.

A partir desses dados, a estratégia é desenhada, tendo como base três pontos principais:

1. Interrupção dos refluxos, através do fechamento dos sítios de entrada do fluxo retrógrado, seja ele a croça safeno-femoral ou perforantes insuficientes;

2. Preservação das perforantes de drenagem;

3. Retirada das redes R3 e R4, geralmente com agulhas de crochê por incisões puntiformes.

Resultados

Estudos retrospectivos, realizados em centros distintos de diferentes países como EUA, Espanha, França, Coréia do Sul e Alemanha, no período de 2001 a 2004, comparam grupos de pacientes tratados com fleboextração da safena com grupos tratados com CHIVA. Os resultados, geralmente publicados após três anos de acompanhamento, apontavam resultados semelhantes nas duas técnicas no que se refere à presença

de varizes após esse período, além de sintomas da doença e satisfação estética dos pacientes – esse avaliado na maior parte dos casos pelo questionário de Aberdeen, que permite avaliar e comparar a qualidade de vida dos pacientes com doença venosa. No entanto, quando se compararam questões tais como menor tempo de internação hospitalar e menor tempo de recuperação, o grupo tratado com a fleboextração da safena mostrou resultados piores do que os grupos tratados com cirurgia hemodinâmica. Além disso, a incidência de lesões neurológicas foi menor nos pacientes submetidos à técnica hemodinâmica (1%-5% x 20%-50%). A não-existência de um adequado mecanismo de drenagem das veias superficiais após a safenectomia também propiciou uma maior taxa de telangectasias no pós-operatório imediato comparado com a técnica de CHIVA.

Outros estudos compararam o tratamento cirúrgico hemodinâmico com o tratamento clínico convencional, mostrando que a técnica é superior nos resultados a curto e médio prazo, em todos os itens analisados – melhora dos sintomas, diminuição da recorrência, melhora da qualidade de vida e outros. Além disso, é notória a diminuição do calibre da safena já no pós-operatório imediato. A maioria dos estudos realizados mostrou que há uma diminuição do calibre, em média de 50% após seis meses.

Por fim, nos pacientes com refluxos provenientes do sistema pélvico através de colaterais que ligam a croça da safena com a veia íliaca interna, a safenectomia em si provoca uma recidiva relativamente alta (16%) e de difícil tratamento, enquanto o tratamento pela técnica de CHIVA permite uma abordagem muito mais cômoda, com uma taxa de recidiva muito menor.

A maior complicação da cirurgia hemodinâmica parece ser a trombose da safena magna no pós-operatório imediato. A incidência dessa complicação é maior quando o diâmetro da safena é superior a 8,5 mm (risco relativo de 3,1), o que se estima ocorrer em menos de 10% dos pacientes com doença varicosa sintomática. E dos pacientes com trombose de safena comprovada pelo duplex scan, apenas uma pequena parcela apresenta sintomas (4%), normalmente os que apresentavam calibre da safena magna no pré-operatório acima de 10 mm.

Estudos com duplex scan no pós-operatório mostraram que essa trombose é muito mais prevalente na coxa do que nos outros segmentos do membro inferior, e que sua recanalização desse segmento da coxa ocorre em 10% dos casos no 1/3 superior e 40% nos terços médio e distal. No entanto, a maioria desses estudos foi realizada em pacientes que foram submetidos à correção hemodinâmica junto com a ligadura de todas as tributárias da safena na croça (crosssectomia), diminuindo ainda mais a drenagem da safena após sua ligadura, e, conseqüentemente, aumentando a possibilidade de trombose.

A principal causa dessa trombose, como já mencionado, é a pequena capacidade das perfurantes da safena de drenarem o fluxo sanguíneo sem o auxílio da junção safeno-femoral ou de veias periféricas, que foram ressecadas. Fica então a grande discussão se o melhor tratamento é a crosssectomia, que possui baixa taxa de reincidência e alta taxa de trombose, ou a simples ligadura com preservação dos ramos, que possui exatamente o oposto, alta taxa de recidiva com baixa taxa de trombose da safena. A tendência é realizar a ligadura com

preservação dos ramos nos pacientes com risco muito alto de trombose – veia safena maior que 8,5 mm; e a crosssectomia nos pacientes com baixo risco – veia safena menor que 8,5 mm. Há cirurgias que preferem a ligadura de rotina, só utilizando a crosssectomia nos casos de reincidência da doença. Isso permite uma alta taxa de perviabilidade da safena que, volto a afirmar, não tem aqui apenas valor de um caso estepe, mas de um protetor importante das variações pressóricas do sistema venoso profundo.

Conclusão

A safenectomia radical foi uma cirurgia criada ainda quando não se sabia como se comportava a hemodinâmica dos sistemas venosos dos membros inferiores. Não é de se admirar que a cirurgia venosa sempre foi vista pelo público leigo como uma cirurgia "desmoralizadora de cirurgias" já que o retorno dos sintomas sempre foi a regra, e não a exceção. O duplex scan possibilitou o estudo preciso de como funciona o sistema venoso e, principalmente, mudou antigos conceitos, especialmente sobre a real função da veia safena. Da mesma forma, estimulou a criação de técnicas que reconstruem o sistema venoso, ao invés de simplesmente eliminá-lo, permitindo que haja um maior equilíbrio hemodinâmico entre os sistemas venosos superficial, profundo e das perfurantes e, conseqüentemente, menor retorno dos sintomas.

A cirurgia hemodinâmica combina todas essas técnicas e estratégias, tornando-se não apenas uma opção sedutora para médicos e pacientes, mas uma retomada no desenvolvimento das formas de tratamento venoso que estavam paradas há mais de 100 anos.