

Dessa maneira, a quantidade de heparina suplementada durante a perfusão foi diminuída e não observamos mais sangramentos desproporcionais ao esperado. Levamos em conta que essa variação nos tempos de TCA para a mesma amostra deve estar relacionada aos diferentes agentes ativadores da coagulação. Some-se a isso a possibilidade de detecção mais precoce de fibrina pelo método eletrônico A, do que no manual.

Entretanto, chamou-nos a atenção o fato de que, pelo método A, mesmo com adição progressiva de heparina, o TCA mal atingia os 400 segundos, nunca chegando aos 500 segundos. Isso nos levou a basear a reposição da heparina durante a CEC pelo método manual ou pelo eletrônico B (no qual nosso limite de tolerância mínima do TCA para administrarmos mais anti-coagulante é de 600 segundos).

Dr. Melo e seus colaboradores observaram, com muita propriedade, que a reduzida atividade anticoagulante das novas heparinas pode ser responsável pela coagulopatia de consumo durante a utilização da CEC, especialmente porque sua fração de menor peso molecular não responde ao teste de coagulação. Com isso, essa heparina não fracionada não seria neutralizada pela protamina, persistindo em circulação, favorecendo o sangramento per e pós-operatório.

Acreditamos que, somado ao já considerado pelos Autores, a sub-avaliação da medida do TCA (através do aparelho A), muito inferior ao obtido por método manual ou por aparelhos eletrônicos com igual ativador, induz à administração indesejável de novas doses de heparina, o que pode também estar contribuindo para um maior sangramento desses pacientes.

Atenciosamente,

Luís Alberto O. Dallan, Fernando Platania, Adriano M. Milanez - Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Ana Costa - Santos/SP

Transplante

Sr. Editor da RBCCV

Venho solicitar à V.Sa. que seja publicada na RBCCV uma complementação do meu Artigo Histórico sobre “Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência”, publicado na edição 23.1 (janeiro/março de 2008), e que consiste no seguinte:

No que se refere ao implante cardíaco homólogo heterotópico, intratorácico “em paralelo”, realizado com sucesso pela primeira vez em paciente humano por C. Barnard na Cidade do Cabo em 1974 (referido em nosso artigo), é importante ser relatado o trabalho experimental sobre este mesmo assunto, realizado e publicado pelo Prof. Dr. Otoni Moreira Gomes.

Em julho de 1970, o Prof. Otoni M. Gomes publicou no Jornal Brasileiro de Medicina como “Nota Prévia” o seu trabalho realizado no Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, no Rio de Janeiro, sob o título “Transplante cardíaco homólogo heterotópico, intratorácico”, realizado experimentalmente em cães.

Este trabalho do Prof. Dr. Otoni M. Gomes também está referido no livro “Técnicas de cirurgia cardiovascular”, publicado pela Editora Coração Ltda de 2007.

Infelizmente, por motivos independentes à minha vontade, este trabalho pioneiro realizado no Brasil, não está referido em meu artigo sobre Transplante Cardíaco e Cardiopulmonar, supra citado.

Grato pela atenção de V.Sa., subscrevo-me atenciosamente.

Dr. Paulo Rodrigues da Silva, Rio de Janeiro/RJ