

Cartas ao Editor

RBCCV 44205-1042

Reflexões

No me olvido de mis queridos amigos, por los que también guardo admiración.

Prometo a la brevedad enviar una nota pensada hace mucho en relación con la actual cirugía y tuve la oportunidad de comentar con esa gran persona que es Enio Buffolo, cuando estuvo aquí en Bs As en el mes de setiembre pasado, en la provincia de Salta.

Sigo con atención tu excelente publicación que es un ejemplo editorial, envidiable.

Desde Buenos Aires envío "um OI" y un saludo cordial a Domingo de quien tengo pocas noticias que me transmitió Enio en relación con la empresa.

Con otro "OI" te saluda

Adolfo Saadia, Buenos Aires-Argentina

Dear Professor Assad,

I read with interest your article on pulmonary artery banding in the Brazillian Journal of Cardiovascular Surgery (2007). I am a veterinary cardiologist in Scotland, United Kingdom and I am currently dealing with a patient who might benefit greatly from the type of procedure described in this report. I was wondering whether or not it would be possible to obtain two of these adjustable banding devices to use in my patient. The only commercially available adjustable banding device is far too big for his three kilogram cat.

I look forward to hearing from you in this regard.

Sincerely,

Craig Devine – Edimburgo/Escócia

Bandagem Ajustável das Artérias Pulmonares

Prezado Prof. Braile,

É com enorme satisfação que vimos compartilhar com o corpo editorial da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular a mensagem recebida de um leitor escocês, a respeito do nosso artigo publicado em 2007 (vol.: 22.1; págs.: 41-8), intitulado "Nova Bandagem Ajustável das Artérias Pulmonares na Síndrome de Hipoplasia de Câmaras Esquerdas". Certamente, este fato corrobora a excelência e qualidade atingidos nas publicações da nossa revista, que hoje tem uma abrangência mundial.

Gostaríamos de parabenizar todo o Corpo Editorial da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e agradecer mais uma vez pela oportunidade de publicarem nosso trabalho.

Com o nosso cordial abraço,

Renato Assad – Instituto do Coração HCFMUSP - São Paulo/SP

Multimídia

Acabei de assistir a cirurgia que veio anexada a nossa revista.

Parabéns pela iniciativa.

Herbet Rosa Pires Junior - Campos/RJ

Reversão da fibrilação atrial crônica em cirurgia mitral com emprego do eletrocautério convencional

Lemos com muito interesse o trabalho do Dr. Jandir F. Gomes Jr, estudando a reversão da fibrilação atrial (FA) durante a cirurgia mitral com o uso do bisturi elétrico para ablação dessa arritmia [1].

A prevalência da fibrilação atrial em pacientes encaminhados para cirurgia mitral varia entre 30%-50% e a persistência dessa arritmia após a cirurgia mitral reduz a

sobrevida devido à insuficiência cardíaca e tromboembolismo, além de piorar a qualidade de vida [2]. Portanto, há o consenso atualmente que o paciente com fibrilação atrial e submetido à cirurgia mitral não pode deixar a sala de cirurgia sem um procedimento de reversão da arritmia.

A proposição de Gomes Jr et al., utilizando o bisturi elétrico como fonte de radiofrequência para ablação da FA, mostrou ser simples, efetiva e capaz de restaurar o ritmo sinusal em 91,3% dos pacientes em 6 meses e 76,4% em 1 ano. Esses resultados são comparáveis aos dos ensaios randomizados controlados reportados recentemente na literatura mundial [3]. Nos pacientes em fibrilação atrial e submetidos a cirurgia mitral, sem a utilização da ablação, menos de 30% deles reverterem para ritmo sinusal após a operação.

Apesar de demonstrado experimentalmente que a lesão atrial produzida pelo bisturi elétrico não ser transmural, os resultados apresentados pelos autores e a ausência de complicações observadas no procedimento podem justificar sua utilização rotineira neste tipo de paciente. Acrescente-se que não há custo adicional da utilização dessa técnica associada.

Entretanto, a utilização rotineira deste método deve seguir estudos com maior número de casos que efetivamente comprovem a segurança e os resultados obtidos.

Gostaríamos de congratular os autores pela contribuição ao tratamento dos pacientes com doença mitral e fibrilação atrial. Entretanto, reforça-se a necessidade de estender o estudo para confirmar a segurança e a efetividade do método. Além disso, a padronização do método poderá representar um enorme benefício a esse grupo de pacientes.

Walter J. Gomes – São Paulo/SP

REFERÊNCIAS

1. Gomes Jr JF, Pontes JCDV, Gomes OM, Duarte JJ, Gardenal N, Dias AMAS, et al. Tratamento cirúrgico da fibrilação atrial crônica com eletrocautério convencional em cirurgia valvar mitral. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2008;23(3):365-71.
2. Cox JL. Intraoperative options for treating atrial fibrillation associated with mitral valve disease. J Thorac Cardiovasc Surg. 2001;122(2):212-5.
3. Srivastava V, Kumar S, Javali S, Rajesh TR, Pai V, Khandekar J, et al. Efficacy of three different ablative procedures to treat atrial fibrillation in patients with valvular heart disease: a randomised trial. Heart Lung Circ. 2008;17(3):232-40.

Resposta

Agradecemos o interesse e os comentários realizados pelo Prof. Walter Gomes a respeito do nosso trabalho.

A abordagem cirúrgica para tratamento da fibrilação atrial, em pacientes submetidos a correção de valvopatia mitral, tornou-se quase que uma obrigação, tendo em vista a melhora da sobrevida destes pacientes.

O uso do eletrocautério, como uma fonte de energia acessível e de baixo custo, associado a uma técnica de abordagem atrial simples e de fácil reprodução, demonstrou ser uma alternativa interessante para o tratamento da fibrilação atrial durante a cirurgia valvar mitral, conforme os resultados obtidos neste estudo.

Concordamos com o Prof. Walter Gomes que se faz necessária a continuidade do trabalho, com maior número de casos e melhor padronização, a fim de confirmarmos a segurança e a efetividade do método e, conseqüentemente, passarmos a utilizar de forma rotineira naquele tipo de pacientes.

As perspectivas futuras para o tratamento cirúrgico da FA apontam para a realização de abordagens menos invasivas, com a confecção de lesões estritamente essenciais, com fontes de energia facilmente disponíveis e que garantam a contigüidade das lesões, aplicação de ablação apenas no epicárdio (evitando a circulação extracorpórea), vias de acesso reduzidas, procedimentos menos invasivos e com menor índice de morbidade, procedimentos adequados para cada tipo de paciente.

Atenciosamente,

Jandir F. Gomes Júnior – Campo Grande/MS

Estatística

Parabéns pela reprodução do artigo Conceição MJ, Tsa . Leitura crítica dos dados estatísticos em trabalhos científicos. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2008;23(3):396-399.

Um belíssimo manuscrito e que trará à luz da análise científica um pouco mais de bom senso.

Luiz Carlos de Abreu

Departamento de Saúde Materno-Infantil - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo - São Paulo/SP

EuroSCORE

ORÁCULO DE DELFO

- “Come back you won’t die in war.”

- “Come back, you won’t die in war.”
- “Come back you won’t, die in war.”

Comentários ao trabalho “EuroSCORE e os Pacientes Submetidos a Revascularização do Miocárdio na Santa Casa de São Paulo”, de autoria da Dra. Valquíria P. Campagnucci, apresentado no 10º Congresso da Sociedade de Cirurgia Cardiovascular do Estado de São Paulo e publicado na edição 23.2 da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular.

O objetivo inicial do EuroSCORE foi prever a mortalidade inicial em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca na Europa, com base em fatores de risco que pudessem ser claros, objetivos e de fácil obtenção [1]. O EuroSCORE foi aplicado em 100 pacientes submetidos a revascularização do miocárdio na Santa Casa de São Paulo, com o objetivo de avaliar o perfil destes pacientes, e verificar o risco de mortalidade esperada e a observada.

Em relação ao perfil dos pacientes estudados, 30% são de procedimentos eletivos e 70% de urgência. No EuroSCORE, há escore para cirurgia de emergência (aquela realizada antes da escala do próximo dia) com escore de 2 e não de urgência, como relatado no trabalho da Santa Casa de São Paulo. Considerou-se urgência como parâmetro para avaliação?

A aplicação do EuroSCORE foi realizada em populações de maior risco identificado (EuroScore > 6), como no trabalho de Al-Ruzzeh et al. [2], mas não consegui encontrar na literatura uma associação entre número de operações de urgência e unidade de emergência cardiológica com 24 horas de atendimento que pudesse justificar um alto índice de casos operação de urgência. Outro ponto a ser relatado é que nem o insucesso primário de angioplastia e nem o de infarto agudo do miocárdio que necessitou operação de revascularização do miocárdio foram mencionados nos pacientes avaliados. Seria um possível viés da amostra?

Avaliando-se o EuroSCORE, cujo objetivo é prever a mortalidade, as operações de revascularização com e sem circulação extracorpórea apresentam relatos de resultados imediatos de mortalidade sem diferença estatística significativa, como nos trabalhos de Giffhorn et al. [3] e Calafiore et al. [4] (respectivamente, $P=0,46677$ e $P=0,035$). Existem trabalhos que mencionam diminuição de custos hospitalares, menor tempo em terapia intensiva, mas isto corresponde somente a uma estimativa a ser avaliada em um determinado subgrupo de pacientes. Modelos de risco próximos de 15% já são considerados de alto risco [5].

Em relação ao número da amostra, acredito na necessidade de inclusão de um número maior de pacientes e realizar nova análise estatística. Vale ressaltar que para o desenvolvimento de um modelo de regressão logística estável, para comparar hospitais e cirurgiões com uma mortalidade média de 3% a 5% e um número razoável de

variáveis preditivas (7 a 15), mais de 2000 casos serão necessários [6]. O número de pacientes irá variar conforme o modelo estatístico empregado.

Hélcio Giffhorn, Curitiba-PR

REFERÊNCIAS

1. Nashef SA, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R, the EuroSCORE study group. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardiothorac Surg. 1999;16(1):9-13.
2. Al-Ruzzeh S, Nakamura K, Athanasiou T, Modine T, George S, Yacoub M, et al. Does off-pump coronary artery bypass (OPCAB) surgery improve the outcome in high-risk patients?: a comparative study of 1398 high-risk patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2003;23(1):50-5.
3. Giffhorn H, Milani R, Maia F, Brofman P. Operação de revascularização do miocárdio com e sem CEC - Análise de 400 casos. In: 30º Congresso Nacional de Cirurgia Cardíaca; 2003; Goiânia. Anais. Goiânia: Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; 2003. p.77.
4. Calafiore AM, Di Mauro M, Canosa C, Di Giammarco G, Iaco AL, Contini M. Early and late outcome of myocardial revascularization with and without cardiopulmonary bypass in high risk patients (EuroSCORE ³ 6). Eur J Cardiothorac Surg. 2003;23(3):360-7.
5. Pinna-Pintor P, Bobbio M, Colangelo S, Veglia F, Giammaria M, Çuni D, et al. Inaccuracy of four coronary surgery risk-adjusted models to predict mortality in individual patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;21(2):199-204.
6. Daley J. Criteria by which to evaluate risk-adjusted outcomes programs in cardiac surgery. Ann Thorac Surg. 1994;58(6):1827-35.

Resposta

Gostaríamos de agradecer ao Dr. Giffhorn pelos comentários e esclarecer que consideramos urgência aquela situação em que, devido à angina instável, angina pós-infarto ou lesões coronarianas críticas (lesão de tronco de coronária esquerda ou tronco *like*), os pacientes foram encaminhados para tratamento cirúrgico em uso de nitratos, heparina não-fracionada ou de baixo peso molecular, na mesma internação que motivou a procura do serviço médico. A tabela de prevalência de fatores de risco na casuística do EuroSCORE não prevê “urgência” e, portanto, os nossos pacientes receberam pontuação de acordo com fatores de risco, definições e escore relacionados ao coração, conforme definidos no EuroSCORE (Tabela 1). Na Tabela 2 do nosso

trabalho, o número de pacientes no item emergência é igual a zero, seguindo estritamente o critério de: “cirurgia realizada antes da escala do próximo dia”, situação que não ocorreu em nossa amostra.

Identificamos 14 pacientes com reestenose tardia após angioplastia. Nenhum caso de insucesso primário em nossa casuística. De qualquer forma, não há no EuroSCORE pontuação para nenhuma destas situações. Quanto ao infarto do miocárdio, também seguimos estritamente o critério elencado no EuroSCORE, ou seja, revascularização do miocárdio antes de completar-se 90 dias do evento agudo. Quarenta e oito pacientes apresentavam esta característica em nossa amostra, como também poderá ser visto na Tabela 2.

A nossa análise foi retrospectiva e observamos que 25

pacientes de alto risco foram operados sem circulação extracorpórea, sem mortalidade neste grupo. É provável que as características clínicas apresentadas por estes doentes tenham contribuído na decisão da tática cirúrgica empregada.

Para aplicação do modelo de regressão logística são necessários milhares de pacientes, conseguidos no trabalho original por meio de contribuição multicêntrica. Mesmo a Alemanha, que incluiu o maior número de doentes (4.779), o fez a partir da somatória de 23 centros. Se analisarmos cada um dos centros europeus, veremos que isoladamente nenhum apresentava o universo de pacientes necessário para validação da análise de regressão logística.

Valquíria Pelisser Campagnucci – São Paulo/SP