

que os fatores que podem influenciar a escolha da ressuscitação fluidica para os pacientes criticamente enfermos incluem a preferência individual do clínico intensivista, tolerabilidade do tratamento, sua segurança e os custos, já que tanto a albumina quanto o soro fisiológico são clinicamente equivalentes para a ressuscitação do volume intravascular em uma população heterogênea de pacientes em UCI.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Finfer S, Bellomo R, Boyce N, French J, Myburgh J, Norton R, et al. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2004;350(2):2247-56.
2. Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers. Human albumin administration in critically ill patients: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 1998;317:235-40.
3. Choi PT, Yip G, Quinonez LG, Cook DJ. Crystalloids vs colloids in fluid resuscitation: a systematic review. *Crit Care Med* 1999;27(1):200-10.
4. Wilkes MM, Navickis RJ. Patient survival after human albumin administration. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2001;135(1):149-64.
5. Cook D. Is albumin safe? *JAMA* 2004;350(22):2294-6.

Ginecologia

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-CÂNCER DE MAMA: HÁ COMO REDUZIR A MORBIDADE?

Clough et al.¹ relataram a experiência em 531 casos de reconstrução mamária com o emprego de tecidos autógenos (retalhos músculo-cutâneos) e de tecidos aloplásticos (expansores de tecido e implantes mamários de silicone gel)¹. Na avaliação prospectiva de longo prazo, os tecidos autógenos apresentaram melhor resultado estético, além de menores índices de reoperações e complicações, quando comparados aos tecidos aloplásticos.

Comentário

Na reconstrução da mama com o emprego de tecidos autógenos, é fundamental não apenas a qualidade estética da reconstrução, mas também a minimização da morbidade na

área doadora dos retalhos empregados. Quando comparados aos tecidos aloplásticos, os tecidos autógenos apresentam as vantagens de serem uma reconstrução definitiva, a qualidade superior da reparação e o custo menor. Porém, há as limitações inerentes à ressecção muscular e, portanto, à maior morbidade. Nos últimos anos, tem-se observado o aprimoramento das técnicas que visam a menor ressecção muscular e, por conseguinte, a menor incidência de alterações funcionais². Entre estas, merece destaque a aplicação da microcirurgia no processo de transferência do retalho. Apesar dos benefícios auferidos pela microcirurgia com a menor ressecção muscular ou mesmo a sua completa preservação, como ocorre no emprego dos retalhos perfurantes, estas técnicas ainda apresentam um certo grau de complexidade^{2,3}. Há a necessidade de treinamento prévio (experimental e clínico), bem como a utilização de instrumental específico e aparelhos ópticos de aumento. Em geral, por serem vasos de pequeno calibre, demanda paciência e aprimoramento técnico por parte do cirurgião. Detalhes anatômicos na distribuição dos vasos perfurantes na região do abdome⁴, bem como a qualidade dos vasos receptores para a realização das anastomoses na região torácica⁵, são também aspectos relevantes na opção por esta modalidade de reconstrução. Estes fatos constituem uma desvantagem em relação aos tradicionais retalhos pediculados, prejudicando assim a reprodutibilidade destes procedimentos.

Em pacientes submetidas a mastectomia, o objetivo maior da cirurgia reconstrutora é a reabilitação estética, retirando-se da paciente o estigma do câncer e da mutilação. O retorno à condição física pré-câncer é fundamental neste processo e a morbidade da retirada da musculatura não é desprezível. A microcirurgia e os retalhos perfurantes constituem mais uma opção para as mulheres mastectomizadas pela menor agressão à parede abdominal e pelo retorno mais precoce às atividades habituais pré-operatórias. A ponderação entre estas vantagens e os riscos inerentes à complexidade do procedimento deve ser aventada, colocando-se assim a melhor opção de tratamento e reabilitação.

ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Clough KB, O'Donoghue JM, Fitoussi AD, Nos C, Falcou M. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: 1. Implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(7):1702-9.
2. Grotting JC, Urist MM, Madox WA. Conventional TRAM flap versus free TRAM flap for immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83(8):828-33.
3. Gill PS, Hunt JP, Guerra AB, Dellacroce FJ, Sullivan SK, Boraski J, et al. A 10-year retrospective review of 758 DIEP flaps for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(4):1153-60.
4. Munhoz AM, Ishida LH, Sturtz G, Cunha MS, Montag E, Saito FL, et al. Importance of the lateral row perforator vessels in deep inferior epigastric perforator flap harvesting. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113 (2):517-24.
5. Munhoz AM, Ishida LH, Montag E, Sturtz GP, Saito FL, Rodrigues L, et al. Perforator flap breast reconstruction using internal mammary perforator branches as a recipient site: an anatomical and clinical analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2004; 114(1):62-8.

Medicina Baseada em Evidências

A ALBUMINA ESTÁ PERDENDO ESPAÇO

A ressuscitação volêmica é uma das mais comuns intervenções na terapia intensiva, especialmente nos estados de choque. No entanto, a literatura médica apresenta resultados conflitantes sobre o impacto do tipo de fluido utilizado quanto à eficácia, efeitos adversos e prognóstico do paciente.

Nesse assunto, nada é mais controverso do que a albumina como expansor plasmático. A metaanálise do Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers¹ incluiu 24 estudos (n=1419) e mostrou aumento em 6% no risco absoluto de morte nos pacientes que receberam albumina comparado aos que receberam soluções cristalóides. Alguns anos depois, a metaanálise de Wilkes et al.² não demonstrou o mesmo resultado.

O estudo SAFE (Saline versus Albumin Fluid Evaluation), multicêntrico, randomizado e duplo-cego foi a resposta nos melhores