

Carta ao Editor

Sympatectomia torácica por videotoroscopia

Video-assisted thoracic sympathectomy

Jorge Montessi¹, Edmilton Pereira de Almeida², João Paulo Vieira³, Marcus da Matta Abreu⁴, Renato Lucas Passos de Souza⁵, Oswaldo Victor Duarte Montessi⁶

O objetivo do nosso estudo,⁽¹⁾ publicado no número de maio/junho do Jornal Brasileiro de Pneumologia, foi comparar o grau de satisfação dos pacientes submetidos à simpatectomia e a presença de sudorese reflexa em diferentes níveis de ablação, e não descrever de forma detalhada procedimentos já consagrados pela comunidade científica especializada. A lacuna científica a ser preenchida pelos autores foi identificar, de forma retrospectiva, qual conduta cirúrgica obteve os melhores resultados quanto ao controle da hiperidrose, além de investigar qual delas seria a mais adequada para minimizar as possíveis complicações pós-operatórias, principalmente a sudorese reflexa, responsável por grande parte da insatisfação dos pacientes com a cirurgia. Um outro aspecto igualmente relevante é que nenhum dos revisores que avaliaram o estudo em tela teceu qualquer comentário sobre a descrição do método ou sobre a análise dos dados contemplados. Cabe ressaltar que o Corpo Editorial do Jornal Brasileiro de Pneumologia é formado por pesquisadores da mais alta relevância científica, inclusive de destaque no cenário internacional da especialidade, sendo o periódico categorizado como Qualis C Internacional. As divergências de natureza científica são os alicerces de sustentação da ciência; desta forma, publicamos nossos dados com o objetivo de contribuir para preencher uma lacuna científica e agregar valor ao corpo de conhecimento sobre o assunto em voga.

Quanto ao Editorial escrito por de Campos & Kauffman,⁽²⁾ gostaríamos de comentar:

Os autores supracitados referem-se à década de 1990. Na realidade, década significa dez, então deveria ser década de 90.⁽²⁾

Os autores citam estudos de diferentes grupos de pesquisa, e em especial da América do Norte, sem apresentá-los nas referências bibliográficas e somente referenciam dois estudos do próprio grupo.⁽²⁾

No quarto parágrafo, os autores mencionam que existe um consenso na comunidade científica sobre a preservação do segundo gânglio da cadeia simpática; todavia, ainda não existe uma revisão sistemática com meta-análise sobre a temática.⁽²⁾

Inquietudes científicas às quais responderemos:⁽³⁾

Desde o paciente 40, dos 732 operados até o momento, não utilizamos mais intubação com tubo de duplo lúmen, pois o procedimento é muito rápido (2 a 5 minutos), sendo os pacientes controlados com oximetria e capnografia. Em somente 1 dos 18 casos de aderências encontradas, não conseguimos espaço pleural para operação: o caso de um paciente portador de empiema na infância. Realizamos incisão única de 7 mm, posição semi-sentada, braços apoiados em confortável braçadeira idealizada pelo nosso grupo, evitando distensão do plexo braquial. Não operamos pacientes com índice de massa corporal acima de 30 kg/m² e que tenham co-morbidades cardíacas, endócrinas e doenças pleuro-pulmonares ativas ou prévias.⁽³⁾ Nosso índice de recidiva foi reatualizado no mês de junho de 2007 após 612 operações, modificando-se de 1,15% para 0,85%, o que é compatível com a literatura.⁽⁴⁾ Os autores do Editorial supracitado citam taxas de recidiva de 8,2% na palmar e 13% na axilar.^(2,5) Finalmente, vale ressaltar que realizamos de 3 a 10 simpatectomias por semana e sempre ensinamos a nossos alunos de graduação e residentes que a ética profissional e científica é incompatível com desvios.

Referências

1. Montessi J, Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Souza RLP, Montessi OVD. Simpatectomia torácica por videotoroscopia para tratamento da hiperidrose primária: estudo retrospectivo de 521 casos comparando diferentes níveis de ablação. *J Bras Pneumol.* 2007;33(3):248-54.
2. de Campos JRM, Kauffman P. Editorial. Simpatectomia torácica por videotoroscopia para tratamento da hiperidrose primária. *J Bras Pneumol.* 2007;33(3):xv-xvii.
3. Almeida EP, Montessi J, Vieira JP, Marsico GA. Simpatectomia Torácica. *HU Revista.* 2004;30(1):23-6.
4. Leão LEV, Oliveira R, Szule R, Mari JJ, Crotti PL, Gonçalves JJ. Role of video-assisted thoracoscopic sympathectomy in the treatment of primary hyperhidrosis. *São Paulo Med J.* 2003;121(5):191-7.
5. de Campos JR, Kauffman P, Werebe Ede C, Andrade Filho LO, Kusniek S, Wolosker N, et al. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report of 378 operated patients. *Ann Thorac Surg.* 2003;76(3):886-91.

1. Doutor em Medicina na área de Cirurgia Torácica. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG) Brasil.

2. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG) Brasil.

3. Mestre em Cirurgia Torácica. Faculdade de Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA – Juiz de Fora (MG) Brasil.

4. Residente de Cirurgia Torácica. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG) Brasil.

5. Acadêmico do 6º ano de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG) Brasil.

6. Acadêmico do 4º ano de Medicina. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA – Juiz de Fora (MG) Brasil.