

Murad, Henrique

Dissecção da artéria torácica interna de modo esqueletizado

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,

vol. 26, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp. VIII-IX

Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941883004>

Dissecção da artéria torácica interna de modo esqueletizado

Henrique Murad¹

DOI: 10.5935/1678-9741.20110039

O artigo de Sá et al. “Skeletonized internal thoracic artery is associated with lower rates of mediastinitis in elderly undergoing coronary artery bypass grafting surgery” [1], publicado neste número da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (pág. 617), demonstrou que, em pacientes com idade superior a 70 anos, com a retirada da artéria torácica interna (ATI) de modo esqueletizado, houve menor incidência de mediastinite do que quando foi utilizado o modo pediculado de dissecar a ATI. A incidência de mediastinite foi de 1,2% no grupo esqueletizada e 12,5% no grupo pediculada. Em princípio, apenas uma ATI foi utilizada e, provavelmente, à esquerda. Não há referência especial ao uso de dupla ATI, nem preocupação em referir qual das duas ATIs foram usadas. A retirada pediculada da ATI foi preditora de mediastinite na análise multivariada realizada. Os dois grupos eram comparáveis, sendo que as poucas diferenças encontradas entre os grupos (obesidade e múltiplas transfusões) eram mais desfavoráveis ao grupo esqueletizada, que, mesmo assim, apresentou menor incidência de mediastinite.

Esqueletizada é uma palavra que não existe em nossos dicionários de língua portuguesa, sendo uma das várias aproximações que traduzimos do inglês em nosso vernáculo médico. No Dicionário Novo Aurélio [2], o mais próximo que chegamos do inglês “*skeletonized*” foi esquelético, referente ou imitante a esqueleto.

A divisão em grupos esqueletizada e pediculada ainda merece outro reparo. Ambos os grupos são pediculados, apenas um tem o pedículo espesso e outro o pedículo esquelético. Entendo que esta divisão em pediculada e esqueletizada está de certo modo consagrada, mas é sempre bom questionar a precisão de nossos termos.

A ATI é reconhecida como o melhor enxerto para uso na árvore coronariana e, em especial para a artéria interventricular anterior, devido a sua ampla perviedade a longo prazo, mesmo em pacientes com mais de 75 anos [3].

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; Chefe do Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Vicente de Paulo; Professor titular de cirurgia cardioráctica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Obesidade, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e idade avançada são fatores predisponentes para complicações esternais e mediastinite, sendo um óbice ao uso da ATI.

A retirada da ATI de modo esquelético permite melhor preservação da vascularização esternal quando comparada à técnica em que se utiliza o pedículo espesso, com veias, músculo e fáscia [4]. Esta melhor vascularização esternal tem como consequência menor incidência de complicações esternais e de disestesias precordiais [5].

A primeira preocupação a se pesquisar foi saber se com a retirada de modo esquelético haveria maior possibilidade de lesão da ATI e menor perviedade tardia. Já há na literatura médica informação suficiente para concluirmos que a retirada da ATI de modo esquelético não se acompanha de maior lesão da ATI e nem de menor perviedade do enxerto [6].

VER TAMBÉM ARTIGO ORIGINAL
NAS PÁGINAS 617-623

O uso de dupla ATI tem se expandido, principalmente em pacientes jovens, nos quais se tem demonstrado melhor sobrevida livre de eventos com 20 anos de pós-operatório [7]. Com o uso da retirada de ATI de modo esquelético e manutenção de maior revascularização esternal, é possível se utilizar uma ou as duas ATIs, mesmo em grupos de maior risco para complicações esternais, como pacientes obesos, com diabetes tipo I, ou idade acima de 70 anos de idade.

Na técnica de retirada de veia safena “*no touch*”, desenvolvida por Dashwood et al. [8], a manutenção de um pedículo de veia safena espesso, imitando o modo clássico de dissecar a ATI, foi acompanhada de maior perviedade da veia safena, talvez por maior liberação local de óxido nítrico. Esta vantagem do pedículo espesso não é demonstrada na ATI, na qual há migração para que se faça sua dissecção de modo esquelético.

O trabalho de Sá et al. [1] traz mais uma evidência importante para a utilização da dissecção da ATI de modo esquelético em pacientes idade superior a 70 anos.

A dissecção da ATI de modo esquelético desvasculariza menos o esterno, e é acompanhada de menor incidência de

complicações esternais em grupos de risco, mesmo com uso de dupla ATI. Khuri [9], em editorial publicado no *Circulation*, pondera não haver estudos randomizados suficientes para permitir que se recomende ou não o uso rotineiro da ATI retirado de modo esquelético; exceção feita a pacientes diabéticos submetidos à revascularização miocárdica com uso de ATI bilateral.

REFERÊNCIAS

1. Sá MPBO, Santos CA, Figueiredo OJ, Lima ROA, Ferraz PE, Soares AMMNS, et al. Skeletonized internal thoracic artery is associated with lower rates of mediastinitis in elderly undergoing coronary artery bypass grafting surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011;26(4):617-23.
2. Anjos M, Ferreira MB. Novo Aurélio. Rio de Janeiro:Nova Fronteira;1999.
3. Loop FD, Lytle BW, Cosgrove DM, Stewart RW, Goormastic M, Williams GW, et al. Influence of the internal-mammary-artery graft on 10-year survival and other cardiac events. *N Engl J Med*. 1986;314(1):1-6.
4. Ferguson TB Jr, Coombs LP, Peterson ED. Internal thoracic artery grafting in the elderly patient undergoing coronary artery bypass grafting: room for process improvement? *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2002;123(5):869-80.
5. Boodhwani M, Lam BK, Nathan HJ, Mesana TG, Ruel M, Zeng W, et al. Skeletonized internal thoracic artery harvest reduces pain and dysesthesia and improves sternal perfusion after coronary artery bypass surgery: a randomized, double-blind, within-patient comparison. *Circulation*. 2006;114(8):766-73.
6. Pevni D, Uretzky G, Mohr A, Braunstein R, Kramer A, Paz Y, et al. Routine use of bilateral skeletonized internal thoracic artery grafting: long-term results. *Circulation*. 2008;118(7):705-12.
7. Lytle BW, Blackstone EH, Loop FD, Houghtaling PL, Arnold JH, Akhrass R, et al. Two internal thoracic artery grafts are better than one. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1999;117(5):855-72.
8. Dashwood MR, Savage K, Tsui JC, Dooley A, Shaw SG, Fernández Alfonso MS, et al. Retaining perivascular tissue of human saphenous vein grafts protects against surgical and distension-induced damage and preserves endothelial nitric oxide synthase and nitric oxide synthase activity. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009;138(2):334-40.
9. Khuri SF. To skeletonize the internal thoracic artery or not? Is that the question? *Circulation*. 2006;114(8):754-6.