

Técnica de cirurgia cardíaca minimamente invasiva e videoassistida, comum nos países desenvolvidos, passa a ser mais difundida no Brasil. Uma das vantagens é a diminuição dos riscos de complicação

SAÚDE (PÁSTA)

Delicadeza com o coração

» CELINA AQUINO

Belo Horizonte — A indicação de uma cirurgia cardíaca assusta qualquer um. O tamanho do corte, o tempo de recuperação e o risco de complicações costumam preocupar os pacientes que vão ser submetidos ao procedimento. No entanto, todos esses receios tendem a diminuir com a disseminação de uma nova técnica, minimamente invasiva e videoassistida. Como tem o auxílio de uma câmera, o médico faz apenas pequenas incisões, o que torna o pós-operatório mais tranquilo. “Isso vai mudar muito a visão da cirurgia cardíaca. Os pacientes ainda pensam apenas em risco e corte grandes”, pontua o cirurgião cardiovascular Herbert Coelho Hortmann, que já realiza operações com esse método.

Considerada procedimento de rotina em países desenvolvidos como Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos, a cirurgia cardíaca videoassistida se difundiu pelo Brasil de três anos para cá. Josué de Castro Neto, diretor do Instituto do Coração do Nordeste (Incone), em Fortaleza, já realizou mais de 150 intervenções do tipo, assim como o coordenador do programa de cirurgia cardíaca minimamente invasiva do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, Robinson Poffo.

O primeiro corte, de apenas 2cm, é feito na região da virilha. Pelo pequeno orifício, que dá acesso aos vasos (artéria e veia) femorais, passa a cânula que vai se comunicar com o circuito da circulação extracorpórea. A máquina exerce a função do coração e do pulmão, que param durante a cirurgia. A localização do

segundo corte depende do tipo de problema do paciente.

Para corrigir um defeito na valva aórtica, o cirurgião explica que é feita uma miniesternotomia, uma incisão de 5cm no osso esterno, localizado no meio do peito. A câmera fica posicionada no mesmo lugar por onde passam os instrumentos. “Por essa pequena incisão, conseguimos visualizar toda a aorta ascendente do paciente e fazer a cirurgia. Como não enxergamos o coração por inteiro, usamos o vídeo para auxiliar”, esclarece Hortmann. Em um procedimento convencional, seria preciso fazer um corte de 15cm a 20cm.

Já no caso de outras valvas do coração ou de defeitos septais, o procedimento é feito por meio de uma minitoracotomia. Na mulher, o corte é inframamário, semelhante ao que se faz para colocar prótese de mama, e não passa de 6cm. Se o paciente for do sexo masculino, o médico aproveita a linha do mamilo para fazer uma incisão inframamilar. Em uma região lateral do tórax, são feitas três pequenas incisões, em torno de 1cm, por onde vai entrar a câmera.

A nadadora Isabella Cristina Reis de Andrade, 13 anos, sempre conviveu bem com o sopro no coração, diagnosticado no segundo ano de vida (a única proibição era participar de competições, pois o esforço a deixava muito cansada). A tranquilidade foi a mesma quando ela soube que precisaria operar para corrigir um defeito congênito. Hortmann descobriu que Isabella tinha uma membrana logo abaixo da valva aórtica, que estreitava a via de saída do ventrículo esquerdo. Na linguagem médica, o



Cristina Horta/EM/D.A. PRESS

Isabella Cristina Reis passou pela operação há um mês e já retomou as atividades diárias

problema é chamado de estenose subvalvar aórtica. A intervenção cirúrgica era necessária para a retirada dessa membrana, o que deixaria o sangue passar mais livremente. A longo prazo, o estreitamento afeta a válvula aórtica e pode gerar alterações no funcionamento do coração.

A adolescente fez a cirurgia minimamente invasiva no Hospital Vera Cruz, que fica no bairro Barro Preto, Região Centro-Sul de Belo Horizonte, por convênio. “Minha preocupação era ficar muitos dias internada. Não gosto de hospital”, confessa Isabella. Se tivesse sido submetida ao procedimento convencional, ficaria em torno de sete dias internada, sendo três no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e mais quatro em um quarto, para depois receber alta. Com a nova técnica, o tempo de internação cai pela metade.

No dia em que voltou para a escola, 15 dias depois do procedimento, Isabella surpreendeu os colegas, que viram que ela estava muito bem para quem havia operado há pouco tempo do coração. Por enquanto, ela não

pode pegar peso nem fazer aula de educação física, mas leva vida normal. “Numa cirurgia convencional, ela teria que ficar afastada, no mínimo, de três a quatro meses, tempo que demora a cicatrização completa do osso esterno. Com esse tipo de técnica, com um mês, o paciente pode voltar às atividades normais”, diz Hortmann. Isabella conta que também se preocupava com o tamanho da cicatriz, mas já viu que ela não vai ficar enorme, como imaginava. “Ainda está bem recente, mas ela está bem fininha”, descreve. A nadadora volta em breve para as piscinas e vai poder usar seu maiô sem ficar envergonhada. O coração bate forte de ansiedade.

Recuperação

De acordo com Herbert Hortmann, o pré-operatório, a técnica cirúrgica, o tempo de sala de operação e a segurança para realizar o procedimento da cirurgia minimamente invasiva são os mesmos da convencional. As vantagens são perceptíveis no pós-operatório, pois diminuem

consideravelmente a ocorrência de complicações e o período de recuperação.

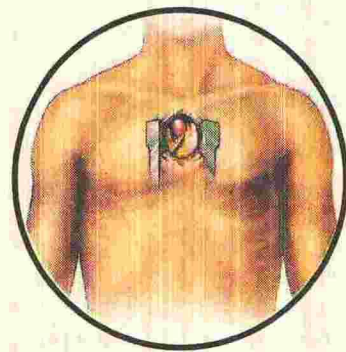
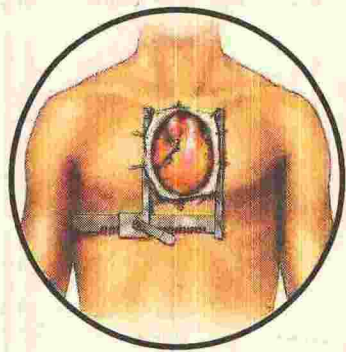
Falta de ar e coração acelerado. Os sintomas apareceram de repente para a empregada doméstica Alenir Maria Santos, 36 anos, que mora na zona rural de Jaboticatubas, na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Sem condições de trabalhar, ela procurou o médico e recebeu a notícia de que precisaria operar, devido a um orifício na parede que separa o átrio direito do esquerdo, tecnicamente denominada comunicação interatrial (CIA). Com o tempo, a passagem de sangue pode piorar a função cardíaca e pulmonar das pessoas que sofrem com o problema.

Alenir foi operada no Hospital Universitário São José pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e também ficou surpresa com o tempo de recuperação. “Imaginei que ia ficar uns sete dias ou mais internada, mas foi muito rápido. Quatro dias no hospital, um mês de repouso e tudo voltou ao normal”, comemora a paciente, que entrou para a história.

Robôs começam a ser usados

Para o cirurgião cardiovascular Herbert Coelho Hortmann, as intervenções minimamente invasivas representam mais um avanço para se chegar à cirurgia robótica. “Na verdade, isso é o nosso presente. Há um robô no Hospital Albert Einstein, em São Paulo, que tem feito algumas cirurgias, mas o custo ainda é inviável para o Brasil”, pondera.

Hortmann explica que a evolução da cirurgia cardíaca passou por três estágios. O primeiro deles inclui os procedimentos com mini-incisões, mas o trabalho é feito basicamente com visão direta. Em seguida, vem a etapa com cirurgias videoassistidas, que usam tanto a visão direta como por câmera, indicadas para doenças de valvas do coração e defeitos septais. Depois passa-se para intervenções realizadas totalmente por vídeo, que ainda são pouco usadas (mais para doenças do pericárdio). A cirurgia com robôs faz parte de um estágio ainda mais avançado, em que o médico conduz o procedimento afastado do paciente. (CA)



Divulgação: Edwards

Na cirurgia convencional, a abertura é de 15cm a 20cm, enquanto na cirurgia minimamente invasiva, de 5cm.

INDICAÇÕES

- » A cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida é usada para trocar ou reconstituir valvas do coração (aórtica, mitral e tricúspide).
- » A técnica também é indicada para pacientes com defeitos septais — comunicação interatrial (CIA) e comunicação interventricular (CIV) —, que geralmente são congênitos. O médico vai fechar um orifício na parede do coração, que prejudica a circulação do sangue.

CONTRAINDICAÇÕES

- » O método não é usado em cirurgia de revascularização do miocárdio, mais conhecida como ponte de safena. Durante esse tipo de intervenção, o médico precisa ter acesso a todos os lados do coração, o que não é possível com pequenas incisões.
- » Idosos não costumam ser submetidos à cirurgia minimamente invasiva. Geralmente, eles têm placas nos vasos femorais, que dificultam a passagem das cânulas que vão se comunicar com a circulação extracorpórea.
- » Pacientes mais jovens também podem ter um calibre inadequado da artéria femoral. Caso isso seja confirmado, a nova técnica vai ser contraindicada.
- » Por ter a caixa torácica diferente, o obeso mórbido também se encaixa nas contraindicações. O mesmo vale para qualquer outra pessoa que tiver alguma deformidade da caixa torácica.

VANTAGENS

- » Menos tempo de ventilação mecânica. Na cirurgia convencional, é preciso manter o paciente entubado de quatro a seis horas depois do procedimento. Com a nova técnica, o operado pode sair da sala de cirurgia acordado e conversando.
- » Menos dor no pós-operatório. O paciente não sente tanto incômodo porque são feitas pequenas incisões.
- » Menos sangramento. Como o corte é menor, assim como a área exposta, a intervenção causa menor trauma cirúrgico e menor sangramento.
- » Menor taxa de infecção. Como não cerra o osso por inteiro, tem acesso diferente ao mediastino (local do tórax onde está instalado o coração) e a taxa de mediastinite reduz bruscamente.
- » Recuperação mais rápida. Em torno de um mês, o paciente volta a realizar suas atividades normais, o que em uma cirurgia convencional demoraria de três a quatro meses.
- » Cicatriz menor e mais fina. Troca-se uma incisão de 20cm no meio do peito por uma pequena incisão, praticamente imperceptível.