

COMENTÁRIO EDITORIAL

Revascularização com e sem circulação extracorpórea: além de uma comparação

Whady Hueb*

Admitida como uma alternativa segura e eficaz para substituir a revascularização cirúrgica do miocárdio com circulação extracorpórea (CCEC), a cirurgia sem esse circuito (SCEC) tem recebido atenções dos pesquisadores na busca de comparar seus efeitos de longo prazo, aqui nomeados como eventos adversos. Recente estudo direcionado a comparar essas duas técnicas (1) identificou, em longo prazo, maior número de revascularização incompleta, maior percentual de revascularização não planejada e maior taxa de mortalidade nos pacientes operados sem circulação extracorpórea. Em contrapartida observou similaridade na ocorrência de infarto, acidente vascular encefálico (AVE) ou necessidade de diálise renal. Esse estudo repete, em linhas gerais, os resultados observados em outros estudos de revisão sistemática e metanálises.

Considerando que a maioria dos estudos seja direcionada a comparar os efeitos dessas técnicas relacionando-os com a ocorrência de eventos, cabe aqui questionar se esse é o objetivo adequado. Senão vejamos: Admitindo que a doença coronariana e a revascularização miocárdica são semelhantes no pacientes estudados, cabe aqui considerar se a principal meta seria tão somente avaliar a qualidade dos enxertos. Com isso, todos os demais resultados seriam considerados decorrentes da doença e não do tratamento. Além disso, a maioria dos estudos

de avaliação de resultados é baseada em banco dados cuja opção de escolha obedece a critérios clínicos e não randômicos. Dito isso, há que se considerar que a cirurgia SCEC geralmente é opção do médico para pacientes mais idosos, com algum grau de doença pulmonar crônica, disfunção renal, ou de aorta ateromatosa com potencial risco de fragmentação de placa. Ou então, para pacientes mais simples com uma ou duas artérias comprometidas.

Outro dado potencialmente enganoso é a ocorrência de AVE durante o seguimento. Não se pode considerar esse evento, em longo prazo, como decorrente da intervenção cirúrgica e sim consequência da doença aterosclerótica. Além disso, infarto do miocárdio e re-intervenção cirúrgica não planejada, só pode ser computado se for relacionada aos vasos não tratados. Essa relação nem sempre é feita. Por fim, a comparação dos resultados baseados na experiência do cirurgião (2) afronta os princípios mais elementares da ética médica. Não é tolerável admitir cirurgiões sem experiência conduzindo a cirurgia no campo operatório. Assim, a revascularização miocárdica SCEC deve ter sua indicação baseada em critérios clínicos objetivos, para pacientes específicos, e condições apropriadas de indicação médica impedindo de ser escolhida ao sabor da vontade do cirurgião. Essa conduta coloca a cirurgia SCEC como opção complementar e não concorrente.

REFERÊNCIAS

1. Chikwe J, Lee T, Itagaki S, Adams DH, Egorova NN. Long-Term Outcomes After Off-Pump Versus On-Pump Coronary Artery Bypass Grafting by Experienced Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Sep 25; 72(13):1478-1486. doi: 10.1016/j.

jacc.2018.07.029.

2. Almassi GH, Carr BM, Bishawi M, Shroyer AL, Quin JA, Hattler B, Wagner TH, Collins JF, Ravichandran P, Cleveland JC, Grover FL, Bakaeen FG; Veterans Affairs #517 Randomized On/Off Bypass (ROOBY)

Study Group. Resident versus attending surgeon graft patency and clinical outcomes in on- versus off-pump coronary artery bypass surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2015 Dec; 150(6):1428-35, 1437. doi: 10.1016/j.jtcvs.2015.08.124.

*Instituto do Coração, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.