

ASPECTOS TÉCNICOS DAS TÓRACOPLASTIAS

Estudo estatístico de 14 anos

CESAR AVILA

Catedrático de Clínica Cirúrgica Infantil, da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre

Desde o ano de 1933, até agora, fevereiro de 1949, praticamos a cirurgia da tuberculose. São, portanto, 16 anos de observação, tempo suficiente para podermos analisar nossa estatística de tóracoplastias.

Eis a razão desta comunicação ao Congresso do Cinquentenário da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

A princípio, usávamos o processo clássico de Sauerbruch, a tóracoplastia paravertebral extensa. Depois, passamos, muito rapidamente, pela tóracoplastias elástica antero-lateral, para terminar entre o Semb e o Alexander.

ESTATÍSTICA

Nossa estatística pessoal vai do ano 1932 ao ano 1949, e pôde ser sintetizada no seguinte quadro:

Ano	N. de Casos	N. de Mortes Operatórias	Perc. de Mortes
1933	2 S'	1	50%
1934	7 S	0	0%
1935	2 S	1	50%
	7 M''	0	0%
1937	1 M	0	0%
	1 S	0	0%
1938	4 M	0	0%
	1 S	0	0%
1939	11 M	0	0%
1940	5 A'''	1	50%
1941	15 A	0	0%
	2 SA''''	1	50%
1943	47 A	1	2,1%
1944	32 A	2	3,1%
1945	5 A	0	0%
1946	2 A	0	0%
1947	6 A	0	0%
1948	12 A	0	0%
14 anos	162 casos	7 mortes	4,3%

' S = Sauerbruch

'' M = Monaldi

''' A = Alexander

'''' SA = Semb-Alexander.

Nota: — Não operamos em 1936 e 1942.

Analisando nosso índice de mortalidade, podemos chegar a várias conclusões interessantes. Treze operações de Sauerbruch com 3 mortes, i. é., 23%. Vinte e três de Monaldi, com 0% de mortalidade. Cento e vinte e quatro de Alexander, com 4 mortes, i. é., 3,2% de mortalidade. Dois Semb-Alexander, com 1 morte, i. é., 50%.

Indiscutivelmente, as mortes foram quasi todas devidas a choques operatórios, em serviços onde a enfermagem deixava muito a desejar. Por outro lado, os choques operatórios neurogênicos eram facilitados pelas más anestésias locais. Um de nossos casos faleceu com sintomas de intoxicação, após a administração de 2 centigramas de morfina. Outro morreu em assistolia, 25 dias após a intervenção. De 1943 até a presente data, começamos a trabalhar com equipe bastante experimentada. Operamos neste período 104 doentes, com 3 mortes, i. é., tivemos uma percentagem de 2,9%. Destas 3 mortes, uma foi o caso da intoxicação morfínica, outra choque irreversível, e a ultima, de um cardiaco, que descompensou depois do último tempo operatório.

TÉCNICA

A operação de Sauerbruch foi sempre feita pela técnica clássica do autor, em 1, 2 e 3 tempos. A operação de Monaldi, em 2 tempos, 1 anterior e outro lateral. A operação de Semb, sempre seguida de uma extirpação das três primeiras costelas laterais. A operação de Alexander, pela técnica que preconiza o seu autor, ora feita em 1 tempo, ora em 2, 3 e mesmo 4 tempos.

ANESTESIA

Começamos intervindo sob anestesia local. Primeiro usamos soluções de Novocaina e depois soluções de 1/3 de novocaina + 2/3 de percaína. Estas anestésias ora eram ótimas, ora deixavam muito a desejar. Nos doentes nervosos, mesmo com boa anestesia de base, o estado psíquico influiu decisivamente no choque.

Mais tarde, passamos para a anestesia extradural, que abandonamos, ora por causa de sua falha parcial, ora por causa de sua falha total e porque, em determinado momento, provoca uma queda muito grande da pressão arterial.

Nos últimos anos, usamos sistematicamente anestesia geral pelo éter-oxigênio, que sempre foi das mais satisfatórias. Nosso anestesiológico, Dr. Flavio Kroeff Pires, ultimamente tem usado a anestesia pelo éter-endovenoso em alguns casos nossos e nos está parecendo que seja este um excelente processo. A anestesia endovenosa pelo Thionembutal, raramente a empregamos.

INDICAÇÃO

A indicação da tóracoplastia achamos que deve ser feita naqueles casos em que o êxito seja garantido pelo que é clássico: bom estado geral, aparelho cardio-circulatório em boas condições, lesões estabilizadas, unilaterais.

Toda a indicação que, em nossa caustica, fugiu a esta regra, foi um mau resultado, pelo menos tardio.

Reputamos, principalmente, contra indicação formal, aqueles casos altamente intoxicados, com hemossedimentação elevada e taquicardia.

Quanto à localização, achamos que a tóracoplastia é uma intervenção para as lesões exclusivamente de lóbo superior.

DETALHES TÉCNICOS

A princípio drenávamos os nossos doentes, depois deixamos de fazê-lo. Achamos que nossa série de não drenados tiveram melhores colapsos do que a série dos drenados, operados ambos pela mesma técnica. O exudato dos casos não drenados, facilita o colapso vertical e mediastínico. Isto explica os melhores colapsos com o método da não drenagem. Nêstes casos usamos a

técnica de Alexander, com secção das costelas ao nível das apófises transversas, das quais retiramos um fragmento e extirpamos totalmente a 1.^a, 2.^a e 3.^a costelas. Apenas da 1.^a costela, deixamos maior fragmento posterior, que em nada prejudica o colapso.

Quando realizamos a intervenção em mais de 1 tempo, achamos indispensável que, um tempo do outro, não seja afastado mais de 15 dias. Geralmente operamos com intervalos de 10 dias. Se, períodos maiores decorrem entre um tempo e outro, a cicatrização das partes moles, a organização conjuntiva dos derrames hemorrágicos e, já a neo-formação costal em início, farão com que se torne, mesmo com vários tempos de largas ressecções costais, impraticável um colapso útil das lesões.

Houve tempo em que realizamos tóracoplastias econômicas bilaterais, as quais, pelos maus resultados tardios, já de há muito abandonamos.

Quanto aos tempos operatórios, medimos o número de costelas a ser extirpado pelo decorrer do trans-operatório e pelo grau de balanceamento do mediastino. Por isto, nunca sabemos, com antecedência, quantas costelas vamos extirpar num determinado tempo. O clínico controlador do ato cirúrgico e o anestesiológico, são quem nos orientam neste sentido, dando-nos os dados essenciais da ficha de controle.

Quando operamos casos bilaterais, em que de um lado foi possível instalar o pneumotórax artificial, só praticamos a tóracoplastia depois dêste pneumotórax estar perfeitamente estabilizado, seccionadas aderências, desaparecido os derrames, quando por ventura existiam. Em nossa estatística, temos 12 casos dêste tipo, que suportaram todos perfeitamente o ato operatório, operados em 1 só tempo, porque o pneumotórax contra lateral eliminava totalmente o balançamento mediastínico. Nos últimos 5 anos, levantamos precocemente nossos doentes. Insistindo mesmo para que êles deixassem o leito dentro das primeiras 24 horas. O efeito psicológico é excelente. A dôr diminui, a tósse se torna mais eficiente, e não temos nenhum caso em que êsse procedimento fôsse responsável por alguma complicação. Mantemos nossos doentes sempre, nos primeiros dias, sob o efeito de analgésico, do tipo codeína-beladona, ministrados sistematicamente de 4 em 4 horas (Belacid e congêneres).

Com este método não tivemos nenhum acidente a lamentar, o que se contrapõe

ao caso em que a morte foi devida à intoxicação morfínica.

Passado porém o pos-operatório imediato, deixamos o doente em repouso absoluto no leito, em decúbito dorsal, movendo o braço do lado operado várias vezes ao dia, principalmente movimentos de abdução larga, até que se formem novamente as costelas. Evitamos, assim, as grandes escolioses e fazemos com os movimentos do braço, a profilaxia do encarceramento da omoplata. A respeito dêste encarceramento, achamos que ressecções de segmentos posteriores da 7.^a, e mesmo da 8.^a costela o evitam, como também a extirpação até da metade do omoplata.

Em nossa casuística, por 25 vezes, chegamos a retirar fragmento posterior da 8.^a costela, e 10 vezes ressecamos parte do omoplata. Não registramos nenhum caso de encarceramento dêsse osso.

COMPLICAÇÕES

Entre as complicações observadas, temos uma de um Semb-Alexander.

Tratava-se de uma caverna gigante do lóbo superior esquerdo. Praticamos o Alexander com o descolamento a Semb-. Houve uma tuberculização dos espaços descolados. Essa infecção progrediu, atingindo a mama esquerda. Após 3 anos de ingentes esforços, tendo sido obrigados a amputar a mama esquerda, essa doente terminou radicalmente curada.

O outro caso de Semb-Alexander que tivemos, foi praticado em doente já antes paciente de uma tóraxoplastia incompleta. Foi pois uma tóraxoplastia iterativa, muito sangrenta, contra indicação mesmo de um Semb. Resultado: morte nas primeiras 24 horas.

Eis porque em nossa casuística temos apenas dois casos de Semb-Alexander. Achamos que o descolamento extra fascial, mesmo dentro de um rigoroso plano de clivagem, poderia levar a resultados desastrosos, como os do caso primeiro, acima relatado.

Hoje porém, com o advento da estreptomomicina, julgamos que o método de Semb deverá novamente ganhar aquele terreno que perdeu em relação ao processo de Alexander.

Com a terapêutica antibiótica específica, julgamos que aquelas infecções tão temidas deverão ficar relegadas a um plano bastante secundário. Não há dúvida que

a operação de Semb, de fato, nos dá um colapso vertical de ápice, superior ao de qualquer outro método.

Outras complicações, como balanceamento de mediastino, insuficiência cárdio-circulatória, infecções piogênicas do ferimento operatório, registramos em nossa estatística com enorme raridade na segunda fase.

Infecções: 3. Insuficiência cárdio-circulatória: 1. Balanceio do mediastino de gravidade: 10. Na segunda fase, de 1943 até a presente data, tivemos em 104 doentes uma descompensação em operado cárdiaco, um choque neurogênico irreversível e uma intoxicação por hipersensibilidade morfínica. E nesta segunda fase nossa estatística melhorou pelas seguintes razões: uso dos derivados sulfamídicos e da penicilina sistematicamente, evitando assim, as infecções piogênicas. Ultimamente só usamos a penicilina e a streptomomicina. Também, como profilaxia das infecções piogênicas achamos indispensável uma hemostasia rigorosa, pinçando vaso por vaso, evitando as ligaduras em massa, usando a técnica do pinçamento "da boca do vaso".

Julgamos que a anestesia local possa favorecer a infecção piogênica dos tecidos infiltrados. Preferimos, ultimamente, a anestesia por gases.

Um curativo elástico fixando a parede torácica, do tipo usado antigamente na clínica do Professor Kremer, durante as primeiras 72 horas, diminui a incidência de molestos balanceios no mediastino. A presença de um cardiologista na equipe, evita na maneira do possível, os acidentes cárdio-circulatórios.

Tivemos um caso de acidente cirúrgico: ferimento da artéria subclávia por fragmento de reborbo de uma primeira costela anômala, ao passarmos a rugina. Grande hemorragia. Ligadura e secção da subclávia a êsse nível. Nenhuma complicação tardia.

RESULTADOS TARDIOS

Dos 139 casos com mais de 5 anos, pudemos seguir 82 apenas. Dos 23 doentes operados pela técnica de Monaldi com zero mortalidade operatória, nenhum ficou curado de sua tuberculose, tendo todos êles, mais cedo ou mais tarde, falecido da moléstia. Dos 13 Sauerbruch, com 3 mortes operatórias, apenas 2 dos 10 restantes continuam vivos e curados; 8 vieram a falecer

de tuberculose. O caso operado pelo processo Semb-Alexander, que está vivo, mantém-se curado. Dos 48 doentes operados pelo processo de Alexander, com mais de 5 anos, que puderam ser seguidos, 47 se mantêm radicalmente curados, e 1 está atualmente em tratamento pela estreptomina, por apresentar lesões exudativas do pulmão oposto.

Finalizando esta nossa comunicação, queremos ressaltar o valor inestimável de um bom corpo de enfermagem e de uma equipe especializada para se conseguir mor-

talidade operatória mínima.

Julgamos indispensável em equipe de cirurgia de tórax, um anesthesiologista, que seja ao mesmo tempo broncoscopista, um fisiólogo clínico e um cardiologista.

Deixo aqui os meus agradecimentos a Flávio Kroeff Pires, Eduardo Faraco, João B. Fernandes, anesthesiologista e cardiologistas e à Enfa. Hildegaard Stretlau, que nos últimos anos foram meus colaboradores, os mais eficientes, neste ramo de cirurgia que praticamente já abandonamos, seguindo outra especialidade.