

# Amputações e a doença vascular periférica

## *Amputations and peripheral vascular disease*

Nelson De Luccia\*

Amputações de membros inferiores continuam sendo operações freqüentes, e, para este importante problema de saúde pública, alguns questionamentos podem ser colocados, como:

- As amputações podem ser evitadas ou representam o fim inexorável de populações idosas acometidas de doença arterial degenerativa e/ou diabete e neuropatia?
- Os procedimentos de revascularização dos membros são eficientes para evitar as amputações ou apenas as adiam por algum tempo, muitas vezes aumentando a morbimortalidade ou até comprometendo o nível de amputação distal, assim piorando o quadro isquêmico e/ou infeccioso?
- A qualidade de vida após amputação é comparável ou melhor do que a do indivíduo revascularizado e não amputado, considerando que, muitos destes, mesmo com o membro preservado, nunca voltam a caminhar devido a seqüelas da própria doença isquêmica ou outras conseqüências da senilidade?

Poucos relatos médicos são tão claros sob o ponto de vista fisiopatológico como o de Kunlin, que descreve a reversão de quadro isquêmico da extremidade após a realização do primeiro enxerto com a veia safena:

*“Nous avons tenté notre première greffe chez un artéritique grave, age de 54 ans, ne pouvant plus travailler depuis un an, ayant déjà subi la sympathectomie lombaire et l’artérectomie fémorale, l’amputation du gros orteil. Ce malade souffrait de plus en plus surtout depuis l’apparition d’edème et d’ulcération gangréneuses du dos du pied*

*gauche. Le 3 juin 1948 nous avons uni l’artère fémorale commune à l’artère poplitée par l’intermédiaire d’un segment veineux saphénien de 26 cm ½. La transformation du malade a été immédiate. Lés ulcération ont guéri en deux semaines. Les douleurs ont disparu dès l’opération. Le pied qui était froid et violacé, dont la peau était squameuse est redevenu normal. Le pouls pédiéux est réapparu. Les oscillations ont passé de 0, à la cheville et au mollet, à ¾ et 4. La marche se fait sans aucune douleur”<sup>1</sup>.*

Essa verdade permanece, passados mais de 50 anos.

O artigo de Leite et al., publicado neste número do J Vasc Br, relata que mais de 300 amputações foram realizadas por um único serviço no período de pouco mais de 1 ano. É um relato corajoso e honesto, com alguns fatos que chamam a atenção, como o grande número de amputações transfemorais (76%), o baixo percentual de revascularizações (25%) nos dois grupos estudados (amputações unilaterais e bilaterais), e 50% de mortalidade no grupo de amputações bilaterais.

Não resta dúvida que esses dados refletem a gravidade dos casos, entretanto, com tal número de amputações primárias, o critério de inclusão foi o de lesões tróficas em dedos ou ante-pé e dor isquêmica de repouso. Segundo recomendações consensuais, só a gangrena proximal ao ante-pé, ou mais extensa em membros desfuncionalizados, caracterizam membro não salvável e, portanto, candidato à amputação<sup>2</sup>. O critério fora destas condições é subjetivo e pode apenas expressar a orientação do Serviço, independente do estado de gravidade da população de determinada região ao procurar o hospital. Note-se que a faixa etária da população do estudo é de 65 anos.

Revascularizações agressivas ou retalhos miocutâneos inevitavelmente resultam em amputação? É claro que retalhos livres e transferência de tecidos constituem procedimentos de exceção, mas o que são revasculariza-

\* Professor de Cirurgia Vascular, Departamento de Cirurgia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.

ções agressivas? Derivações distais para a artéria fibular, dorsal do pé ou plantar estão incluídas nesta definição?

A questão que pouco se coloca ao se analisar a cicatrização de amputações, além da vitalidade dos tecidos, é o adestramento técnico. Muitas operações transtibiais apresentam complicações devido a problemas técnicos. E as revascularizações, particularmente as “agressivas”, dependem de muito adestramento técnico.

Não é grande surpresa que pacientes com amputação bilateral transfemoral não se reabilitam com facilidade. O esforço para a preservação da articulação do joelho, particularmente em populações geriátricas, nunca deve ser subvalorizado e representa o fator divisor de águas para que a reabilitação possa ser atingida. Pedersen, em 1968, em relato que se tornou clássico a respeito de amputados geriátricos, comenta: *“It is apparent that the current problem of the geriatric amputee is not primarily one of prosthetic components, prosthesis design, fitting and alignment, or gait training. The current problem of the geriatric amputee is preservation of the knee joint”*<sup>3</sup>.

O índice de 0,31 de amputações transtibiais em relação às transfemorais é dos mais baixos que já vimos reportados, e, sem dúvida, isoladamente, merece abordagem e reorientação do serviço<sup>4</sup>.

O ponto justo entre se tentar a revascularização ou indicar a amputação nem sempre é fácil de alcançar, mas a arte médica é exercício sutil. Amputações

são ótimas operações se praticadas de forma reconstrutiva e seguindo indicações precisas. Salvam vidas de pacientes e podem conduzi-los à reabilitação, deambulação e ótima qualidade de vida. Mas estes índices ainda são inferiores à revascularização bem sucedida<sup>5</sup>.

O problema atual das amputações foi oportunamente abordado, e o grupo certamente merece cumprimentos por isto. Entretanto, aguardamos para felicitações maiores, nova casuística, quem sabe para 2005, com redução do número de amputações primárias, aumento das revascularizações, e inversão dos índices entre as amputações transtibiais e transfemorais.

#### Referências

1. Kunlin J. Le traitement de l'artérite oblitérante par la greffe veineuse. Soc Fr de Cardiologie; 1948.
2. Rutherford R, Baker J, Ernst C, et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg 1997;26:517-38.
3. Pedersen H. The problem of the geriatric amputee. Artificial Limbs 1968;12:i-iii.
4. TASC. J Vasc Surg 2000;31:S26.
5. Albers M, Fratezi A, De Luccia N. Assessment of quality of life of patients with severe ischemia due to infrainguinal arterial occlusive disease. J Vasc Surg 1992;16:54-9.