


# Dr. Domingos Souza



## **CIRURGIÃO CARDIOVASCULAR BRASILEIRO**

recebe prêmio de cidadão mais proeminente em cidade da Suécia




A cirurgia de revascularização miocárdica com o uso de enxertos de veia safena, desenvolvida no final da década de 1960, pelo cirurgião argentino René Favaloro, mudou radicalmente o tratamento e o prognóstico dos pacientes com doença arterial coronária isquêmica<sup>[1]</sup>.

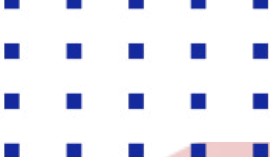
O objetivo principal do procedimento cirúrgico é melhorar a qualidade de vida dos<sup>1</sup>pacientes; com alívio dos sintomas anginosos, restauração da atividade física e aumento da sobrevida. Entretanto, fatores inerentes ao procedimento e à doença de base afetam e mesmo suprimem em longo-prazo os benefícios proporcionados pela cirurgia. “Dentre esses fatores, a degeneração do enxerto venoso é ainda um dos grandes obstáculos”, relata Dr. Domingos Sávio Ramos de Souza, cirurgião cardiovascular brasileiro que atua há mais de 30 anos no Serviço de Cirurgia Cardiorádica e Vascular no Hospital da Universidade de Örebro, na Suécia<sup>[1]</sup>.

Ele comenta que o sucesso da cirurgia de revascularização miocárdica reside, em grande parte, no tipo e na qualidade do enxerto utilizado. “Porém, esse era considerado um dilema, pois o único enxerto que mostrava um resultado satisfatório em longo prazo e era considerado o padrão-ouro na revascularização cirúrgica do miocárdio era a artéria torádica interna esquerda pediculada, quando anastomosada à artéria descendente anterior”, analisa.

Na revascularização completa do miocárdio o uso de enxertos de veia safena ainda é imprescindível. “Além disso, não há demonstração, até o momento, de superioridade dos enxertos arteriais (exceção aos enxertos de artéria torádica interna) sobre os enxertos de veia safena”, lembra o cirurgião. Portanto, técnicas e estratégias de melhor preservação estrutural e funcional da veia safena seguramente poderiam contribuir para um desfecho mais satisfatório, já que o aumento de patência dos enxertos correlaciona-se com maior sobrevida.

Durante o procedimento de preparo para o enxerto de veia safena, ela costuma ser submetida a traumatismos em sua dissecção, como trações e distensões, que levam a alteração de sua integridade estrutural, lesão endotelial, deposição de plaquetas e indução e aceleração do processo aterosclerótico<sup>[1]</sup>. “O principal problema com a veia safena é o trauma em sua parede que ocorre no momento da retirada. Quando o tecido perivascular é removido, a veia entra em espasmo, o que demanda o uso





de distensão forçada a alta pressão. Tais abordagens causam prejuízo à parede da veia e, conseqüentemente, comprometem os resultados dos enxertos”, explica Dr. Souza.

O médico observou também que o espasmo da veia safena ocorre justamente quando o tecido perivascular é removido. Nesse contexto, fazia todo o sentido manter o tecido perivascular intacto ao colher a veia. E, assim, no fim da década de 1980, mais precisamente no ano de 1989, nascia a técnica *no-touch*, que consiste na retirada da veia juntamente com aproximadamente 1 cm de tecido adiposo ao redor e mínima manipulação, o que representa um avanço na manutenção da integridade estrutural e fisiológica do enxerto.


Em 1993 Dr. Souza iniciou uma randomização de pacientes para comparar os desfechos da técnica tradicional versus a desenvolvida por ele. Foi demonstrada uma melhora significativa da patência da veia, tanto em curto prazo (18 meses, 89% convencional *vs.* 95% *no-touch*;  $P < 0,0025$ ) quanto em longo prazo (8,5 anos, 76% convencional *vs.* 90% *no-touch*;  $P < 0,01$ )<sup>[2,3]</sup>.

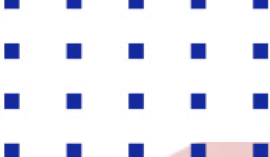
Alguns mecanismos têm sido propostos para explicar o sucesso desta técnica. Primeiramente, na técnica *no-touch* a ocorrência do espasmo da veia pode ser evitada ou reduzida, portanto, a veia neste caso não precisa ser dilatada. O tecido adiposo pode funcionar como um stent externo biológico, proporcionando um suporte contra o efeito deletério da pressão arterial na aorta ascendente sobre a parede da veia. Ele também protege contra a lesão causada pela manipulação direta da parede da veia com instrumentos cirúrgicos<sup>[1]</sup>.

Várias intervenções têm sido utilizadas na tentativa de melhorar a patência da veia, como as farmacológicas, stents externos, terapia gênica, enxertos sintéticos ou engenharia de tecido. “Mas, nenhum deles foi capaz de demonstrar até hoje superioridade em relação ao *no-touch*, diz o cirurgião.

## Reconhecimento na terra dos vikings

Dr. Souza se mudou para a cidade de Örebro, localizada entre Estocolmo e Gotenburgo, sob a influência de seu colega, o também cirurgião Dr. Volmer Bonfim. “Na década de 1980 o Volmer fez um treinamento no





Instituto Karolinska e, ao retornar ao Brasil, abriu um serviço de cirurgia cardíaca no Hospital Servidor do Estado (RJ). Foi quando iniciei a minha especialização em cirurgia cardiovascular”, conta.

Após alguns anos Dr. Souza pediu ao colega uma orientação sobre especialização no exterior. Foi quando Dr. Bonfim o encaminhou para Suécia. “Inicialmente eu iria ficar em um serviço na cidade de Lund. Mas, o Volmer decidiu também se mudar para lá e iniciou a sua própria equipe em Örebro. Não tinha como ficar melhor!”, relata.


Inicialmente, o cirurgião imaginou que ficaria na Suécia, no máximo dois anos. Afinal, seria difícil para um carioca se acostumar ao frio extremo da terra dos vikings. No entanto, o destino provou o contrário. Ele se casou, teve três filhos (todos atualmente cursando o ensino superior) e deslançou na carreira acadêmica e cirúrgica.

Hoje Dr. Souza coleciona dezenas de *papers* e teses publicadas a partir da sua técnica *no-touch*, que se tornou mundialmente conhecida: “Cirurgiões de diferentes países, como o próprio Brasil, Japão, China, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, vieram aprender a técnica”, conta.

O jornal de Örebro realiza um concurso anual para eleger seu cidadão de maior destaque, aquele que divulgou a cidade mundialmente. A própria população indica os nomes e a partir de então é feita uma votação dentre os mais mencionados. Nesse ano, Dr. Souza entrou para esse ranking ao lado de uma autora best-seller e um jogador de hóquei. “O fato de ter sido nominado foi uma grande alegria. Mas, eu não acreditava que pudesse vencer, já que estava concorrendo com pessoas que nasceram lá e que são mundialmente famosas”, conta. Só que ele venceu. Sua técnica *no-touch* e o atendimento que realiza na cidade há mais de três décadas fizeram com que os moradores o reconhecessem como o cidadão mais proeminente.



Estava programada uma grande festa de gala para a entrega do prêmio, mas em função da pandemia pelo novo coronavírus ela foi cancelada. Ainda assim houve uma cerimônia de menor porte.

Atualmente, próximo à aposentadoria, Dr. Souza pensa em voltar a morar no Brasil, onde também tem uma filha, a Leticia. “Sei que sairei daqui pela porta da frente, com a sensação de dever cumprido”, afirma. E, certamente, esse sentimento se estende a todos os brasileiros e à comunidade da cirurgia cardiovascular, que têm no Dr. Domingos um representante que nunca deixou de honrar as suas raízes.





## Referências

1. Souza DSR de, Gomes WJ. The future of saphenous vein graft for coronary artery. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008; 23(3): III-VII.
  2. Souza DS, Dashwood MR, Tsui JC, Filbey D, Bodin L, Johansson B, et al. Improved patency in vein grafts harvested with surrounding tissue: results of a randomized study using three harvesting techniques. *Ann Thorac Surg.* 2002;73(4):1189-95.
  3. Souza DS, Johansson B, Bojö L, Karlsson R, Geijer H, Filbey D, et al. Harvesting the saphenous vein with surrounding tissue for CABG provides long-term graft patency comparable to the left internal thoracic artery: results of a randomized longitudinal trial. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;132(2):373-8.
- 
- 
- 