



Edição 44 • Ano 2017

SOBRA **news**

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

Evolução da videocirurgia

Do pioneirismo da robótica no Brasil à constante descoberta de novas técnicas



Armando Melani,
Presidente da Sobracil



Gustavo Soares,
cirurgião geral do
Hospital Santa Monica,
em Divinópolis (MG)



André Brandalise,
Cirurgião do aparelho
digestivo



Eduardo Linhares,
Cirurgião pesquisador
do INCA



Alfredo Gurischi,
Médico oncologista



Armando Melani

Presidente da Sobracil

Editorial

Caros(as) Colegas,

Estamos trabalhando muito para que o SOBRACIL 2018 seja um congresso de alto padrão e qualificação tanto pelos médicos como pelos temas a serem abordados e discutidos. O evento será realizado de 16 a 19 de maio de 2018, no Expo-Unimed, em Curitiba, com a participação de alguns dos melhores cirurgiões do mundo em cirurgia minimamente invasiva.

Teremos nesta edição mais uma vez a parceria já consolidada com a SLS e a ALACE, com a realização de sessões específicas produzidas por estas Sociedades, mas pela primeira vez uma parceria efetiva com a SRS e a realização, concomitante ao congresso, de um Simpósio Internacional SRS no dia 21 de maio, dia dedicado mais especificamente ao programa de robótica.


Desta forma teremos em 2018 o 14º Congresso Brasileiro de Videocirurgia, o 3º Congresso Brasileiro e Latinoamericano de Cirurgia Robótica e ainda o Simpósio Internacional SRS.

Mais uma vez teremos inscrição com custo simbólico para os membros SOBRACIL adimplentes nos últimos 3 anos e valores diferenciados para membros de sociedades parceiras, residentes e acadêmicos.


Não perca a chance de se inscrever com antecedência, pagando muito menos pela inscrição e também gastando menos com as despesas de viagem.

Boa leitura!

Bom congresso!



Herniorrafia inguinal por videolaparoscopia TAPP fixação da tela com cola (Cianoacrilato)



Gustavo Soares,
cirurgião geral do
Hospital Santa Monica,
em Divinópolis (MG)

A técnica videolaparoscópica para o tratamento da hérnia inguino-crural tem se difundido rapidamente nos últimos anos mas, segundo Gustavo Soares, cirurgião geral do Hospital Santa Monica, em Divinópolis (MG), ainda tem como grande obstáculo os custos relacionados aos materiais especiais e ao tipo de procedimento anestésico utilizado.

Talvez o maior responsável por este aumento no custo, explica Gustavo Soares, seja o uso do grameador endoscópico, utilizado para fixar a tela no orifício miopectínio de Fruchaud. Apesar das evidências quanto à possibilidade da não fixação alguns cirurgiões, como eu, se sentem mais seguros fixando a tela.

Uma alternativa à fixação clássica com grampos (traumática) é o uso de adesivo tissular (cola cirúrgica).

As colas são compostas por monômeros que se polimerizam ao entrar em contato com soluções iônicas. A principal característica da fixação não traumática é a diminuição da dor aguda sem aumento da recidiva.

Além disso tem a grande vantagem em relação à fixação traumática a possibilidade de fixar a tela sobre o triângulo de Doom.

Na opinião de Gustavo Soares o uso de cola diminui ou impede a possibilidade de deslocamentos inadverti-

dos da tela, situações que podem ocorrer tanto nas fixações traumáticas quanto na não fixação, e talvez só isso já justifique o seu uso.

Além disso a cola ainda tem outro diferencial importantíssimo que é a redução de custos. “Na realidade em que trabalho, informa Gustavo Soares, a cola cirúrgica chega a custar um terço do preço de um endogrampeador.”

Por outro lado, a cola também tem suas desvantagens. A principal delas é a dificuldade na sua aplicação. Além das constantes obstruções do cateter, que ocorrem principalmente no início da curva de aprendizado do método, não é fácil colocar uma gota de cola no teto da região inguinal (lei da gravidade).

“Porém, com o tempo aprende-se a contornar estas dificuldades e os resultados em relação a dor aguda e a possibilidade de seu uso no triângulo de Doom me parecem extremamente recompensadores. Não tenho dúvida que a indústria irá encontrar soluções técnicas para resolver estas dificuldades relacionadas ao manuseio da cola como método de fixação (algumas já estão disponíveis na Europa inclusive) mas temos que torcer que estas soluções não retirem a competitividade da cola em relação aos custos”, afirma Dr Gustavo.

Novas modalidades de tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)

A DRGE é uma das doenças que vem aumentando sua incidência nas últimas décadas. Estima-se que 10 a 20% das pessoas tenham sintomas típicos de refluxo (pirose e regurgitação) ao menos 2 vezes na semana. Atualmente, é a doença gastrointestinal mais prevalente nos Estados Unidos.



André Brandalise

Segundo André Brandalise, “depois da confirmação diagnóstica, devemos iniciar o tratamento clínico, na imensa maioria dos pacientes, baseados sempre na administração de inibidores de bomba protônica (IBP) com ou sem associação de agentes pró-cinéticos. Muitos pacientes irão fazer o uso esporádico destes medicamentos ou usá-los sob demanda e isso é o suficiente.

Entretanto, uma parcela con-

siderável de portadores de DRGE necessita utilizar continuamente a medicação e destes, 30 a 50% não estão completamente satisfeitos com o resultado do IBP no controle de seus sintomas. Muitos mantêm queixas de dor retroesternal, refluxo líquido ou regurgitação. Além dos sintomas persistentes mesmo com medicação em doses adequadas, muitos estão preocupados com os efeitos que o uso crônico e contínuo de IBPs podem trazer, explica o especialista.

Estudos retrospectivos mostram ligação do uso crônico de IBPs a maior risco de infecções intestinais, fraturas ósseas, deficiências nutricionais e interferência na ação dos antiagregantes plaquetários. Para esses pacientes, geralmente não são oferecidas muitas alternativas: ou mantém o tratamento clínico ou partem para o tratamento cirúrgico, cujo padrão-ouro, atualmente, é a funduplicatura total (Nissen) feita por videolaparoscopia.



Cabe aos centros especializados no tratamento da DRGE, conhecer as características (prós e contras) de cada método e selecionar a opção que melhor se enquadra na enorme gama de apresentações da doença.

A fundoplicatura total por videolaparoscopia já é realizada há mais de 20 anos. Devido à grande diminuição na morbidade pós-operatória e aos ótimos resultados obtidos no controle da doença do refluxo gastroesofágico, rapidamente ganhou aceitação dos cirurgiões e gastroenterologistas, como procedimento de escolha para os pacientes portadores de DRGE dependentes de IBP ou com sintomas parcialmente controlados pelos medicamentos.

Entretanto, prossegue André Brandalise, os efeitos secundários da fundoplicatura, em especial os problemas relacionados aos gases abdominais e dificuldade de eructação e a possibilidade de recidiva a longo prazo, levaram a certa diminuição na indicação do procedimento. Para tentar ocupar esse espaço entre os problemas causados pelo uso continuado de IBPs e os efeitos adversos da fundoplicatura, surgiram alguns novos procedimentos nos últimos anos.

O procedimento chamado Stretta®, que consiste na aplicação de radiofrequência no esôfago distal e cárdia, foi liberado pelo FDA em 2000. Só há 4 estudos prospectivos e randomizados sobre Stretta® e tem tempo de segmento curto (até 12 meses). Mas há também estudos observacionais com até 10 anos de acompanhamento. São relatadas melhoras nos questionários de qualidade de vida em até 72% dos pacientes, 50% da redução do uso de IBP em 64% dos pacientes e 41% de eliminação da medicação.

A mais recente metanálise de 2468 pacientes submetidos a Stretta® e com seguimento médio de 25,4 meses, revelou melhora nos questionários de qualidade de vida e no score de refluxo. Reduziu a incidência de

esofagite erosiva em 24% e metade dos pacientes que usavam IBP na entrada, ainda usava ao final do acompanhamento.

A implantação, por videolaparoscopia, de um anel expansível, composto de pequenas contas magnéticas como um rosário ao redor do esôfago surgiu como alternativa em 2008. Este equipamento, denominado Linx®, tem a proposta de aumentar a pressão do esfíncter inferior do esôfago, dificultando o refluxo gastroesofágico. Devido as propriedades magnéticas das “contas” quando há o aumento da pressão gástrica, esta consegue vencer a força de atração magnética e permite eructação e vômitos, diminuindo estes dois problemas quando comparados a fundoplicatura a Nissen.

Os resultados do grupo piloto da companhia já chegaram a 5 anos e mostram bons resultados no controle de refluxo, mas ainda com 11,9% de pacientes com queixas de refluxo e 15,3% mantendo uso de IBPs. Desde sua aprovação pelo FDA, mais de 3280 Linx® já foram implantados e 89 (2,7%) tiveram que ser retirados, a maioria por disfagia, mas destacam-se 3 que precisaram ser removidos

para que os pacientes pudessem fazer ressonância magnética.

A eletroestimulação do esfíncter inferior do esôfago (Endostim®) é o mais recente dos três e leva em conta a fisiologia do refluxo, informa André Brandalise. Através da implantação - também por videolaparoscopia - de eletrodos na parede anterior do esôfago abdominal, estimula-se eletricamente as fibras do esfíncter inferior do esôfago, agindo nas duas alterações que são as mais responsáveis pelo refluxo - aumentando o tônus basal e diminuindo os relaxamentos espontâneos.

Atualmente, cerca de 600 pacientes estão sendo tratados com Endostim®. A mais recente publicação referindo-se aos pacientes do protocolo inicial com 4 anos de acompanhamento, mostra melhora sustentada dos questionários de qualidade de vida e da exposição ácida no esôfago distal. Há outros estudos em andamento, mostrando já bons resultados em diminuição de regurgitação, pirose e até de sintomas extraesofágicos.

Os tratamentos alternativos à fundoplicatura estão em evolução, mas faltam estudos com tempo de seguimento maior e estudos randomizados para avaliar seu real impacto no tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. Cabe aos centros especializados no tratamento da DRGE, conhecer as características (prós e contras) de cada método e selecionar a opção que melhor se enquadra na enorme gama de apresentações da doença.

E, como o colega Vic Velanovich, que encontrei na última reunião do AA (Antirrefluxo Anônimo): “Meu nome é André Brandalise - eu não consigo me controlar - ainda faço fundoplicatura laparoscópica”.



Eduardo Linhares

Cirurgião pesquisador
do INCA

UM DOS PIONEIROS NA LAPAROSCOPIA ROBÓTICA

O INCA, Instituto Nacional de Câncer, foi um dos centros pioneiros nas cirurgias laparoscopia robótica da rede pública brasileira, tendo adquirido em 2013 a primeira plataforma Da Vinci.

Segundo Eduardo Linhares, cirurgião pesquisador do INCA, “inicialmente procedemos abordagem de diferentes neoplasias e realizamos gastrectomias, pancreatetectomias, adrenalectomias e cirurgia colorretal. Posteriormente optamos por nos concentrar em linha de pesquisa CEP aprovada em câncer colorretal. Recentemente publicamos nossa experiência e esperamos nos manter como um hospital público de ponta, como fizeram nossos fundadores”.

O Instituto Nacional de Câncer, informa Eduardo Linhares, foi fundado em 1937 como Serviço Nacional de Câncer e funcionou nas dependências do hospital Gafrée Guinle. Em 1952, foi transferido para o atual prédio central na Praça da Cruz Vermelha e a seção de cirurgia abdominal dividida em abdome superior e colorretal. Desde então, seus líderes tiveram treinamento no exterior, gerando um perfil de forte desenvolvimento de pesquisa de ponta na área cirúrgica. No ano de 1950, foi realizada pelo então chefe do serviço Luis Carlos de Oliveira Junior, o que se acredita

ser a primeira hepatectomia para câncer no Brasil. Na área de cirurgia minimamente invasiva, realizamos laparoscopia para estadiamento e biópsias desde a década de 70. Neste procedimento, usávamos uma ótica de zero grau com duplo canal, que permitia olharmos diretamente na lente e a introdução de pinça de biópsia pelo canal reto da mesma. Na época, este simples procedimento já evitava laparotomias desnecessárias nos casos de carcinomatose. Os procedimentos videolaparoscópicos começaram no INCA logo após as primeiras publicações sobre seu uso em oncologia, pelo estímulo de Jurandir de Almei-

da Dias. Era o início da década de 90 e seu uso em oncologia, foi severamente criticado por alguns. Mas apesar disso, conseguimos nesta época participar com pioneirismo do desenvolvimento da esofagectomia transtorácica e da autonomização gástrica pré-esofagectomia liderados por Jurandir Dias e Cirurgia de Miles e Adrenalectomia por mim, Eduardo Linhares.

Posteriormente, com a evolução do instrumental e uma rica literatura suportando o uso em oncologia, tornou-se rotina e admite-se que salvo situações pontuais, deva ser a primeira opção”.



Alfredo Guaríschí

Cirurgiões – Richard Cattell

MAIS FACULDADES, MENOS SAÚDE

Novas escolas de medicina, mais médicos, mais oportunidades de emprego, melhora da economia e... menos saúde. Entendeu?

Vamos lá então.

O Brasil só perde para a Índia em número absoluto de escolas médicas. Quando comparamos o número de habitantes, deixamos a Índia no chinelo.

Papo reto: temos mais faculdades de medicina do que a China, Rússia e EUA.

Todos esses países têm sérios problemas nos seus sistemas de saúde, variando na falta de qualidade ou de equidade. Por outro lado, Suécia, Suíça, Inglaterra e França, que têm um número bem menor de faculdades de medicina por habitante, têm sistemas de saúde com qualidade e acesso muito maiores, além de gastarem em saúde menos de 9,5% do seu produto interno bruto (PIB). Os EUA, que gastam 17%, continuam com mais de 10% de sua população sem acesso a um sistema de saúde e Trump ainda “quer” destruir o “Obamacare”.

O Brasil gasta em torno de 9,5% do PIB em saúde e é uma verdadeira Belgíndia (uma pequena Bélgica cercada por inúmeras Índias). Temos

excelentes centros médicos, cercados por uma enorme população desassistida de esgoto, saneamento básico, transporte decente e também de saúde.

Diante disso, o Ministério da Doença associado ao da Deseducação resolvem criar mais faculdades de medicina “para aumentar o acesso a médicos no interior desassistido”.

Mentira! Como posso ter medicina sem enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, nutricionistas e as outras categorias profissionais fundamentais para se ter um sistema que cuide de pessoas doentes?

Não vou entrar na discussão do sistema público ou privado ou misto, mas na formação do médico. A questão fundamental está na qualidade da formação dos profissionais, treinamento contínuo e um sistema organizado. Além das 11 novas faculdades de medicina, há mais de 35 para serem liberadas, baseadas em “critérios técnicos” (na verdade, critérios políticos).

Todas essas fábricas de bacharéis são privadas, mas que, mais cedo ou mais tarde, receberão subsídio público (federal, estadual ou municipal) e “bolsas de estudos para estudantes carentes”.

A mensalidade do curso médi-

co varia de 4 mil a 8 mil reais mensais, durante seis anos. Não há nenhum curso de graduação de nível superior mais lucrativo para o seu dono (feitor?). Os três últimos anos são essencialmente práticos, no qual o contato com o paciente será constante e só pode ser feito sob a supervisão de médicos-professores. Repetindo: médicos que são professores, pois nem sempre o professor é um experiente médico e, assim como esse, não é obrigatoriamente um bom professor.

A resultante disso é que a prova administrada nos últimos anos pelo Conselho Regional de Medicina claramente demonstra que há sérios problemas na formação dos médicos no mais rico estado brasileiro, recordista no número de faculdades de medicina.

Será que não está passando da hora de um exame, semelhante ao da Ordem dos Advogados, para que bacharéis em medicina possam ser médicos?

Para trocar ideias sobre os tópicos apresentados nesta coluna utilize o canal “Fórum de Debates” no site da SOBRACIL.

DÊ SUA OPINIÃO. PARTICIPE!

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS



SOBRA news



- Presidente: **Armando Melani**
- 1º Vice Presidente: **Flavio Malcher**
- 2º Vice-Presidente: **William Kondo**
- Secretário Geral: **Marcelo Furtado**
- Secretário Adjunto: **Leandro Totti Cavazzola**
- Tesoureiro: **Antonio Bispo Jr.**
- Tesoureiro Adjunto: **Pedro Romanell**
-- Jornalista Responsável: **Elizabeth Camarão**
- Fotografias: **Arquivo SOBRACIL**
- Design: **F.Tavares**

www.sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801 sala 308
Centro Médico Richet
Barra da Tijuca Rio de Janeiro - RJ
CEP 22631-004 - Tel: 21 2430-1608
Tel/Fax: 21 3325-7724
E-mail: sobracil@sobracil.org.br