



SOBRAnews

Abordagens temáticas no Congresso SOBRACIL 2022

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 78

2022



CARLOS DOMENE

A cirurgia digital ao alcance da mão

O mercado brasileiro de cirurgia robótica, apesar das enormes dificuldades econômicas pelas quais passa o Brasil, continua crescendo e recebendo novas plataformas.

No primeiro semestre deste ano recebemos o robô VERSIUS, da empresa britânica **CMR** (Cambridge Medical Robotics). Trata-se de um robô diferente do Da Vinci, com console aberto (tela plana e uso de óculos para visualização em 3D); todos os comandos são realizados pelo controle manual, não tendo pedais como o Da Vinci. Os braços robóticos são individuais, determinando uma forma muito particular de posicionamento desses braços para inserção das pinças de trabalho. Diferente do Da Vinci, o braço não é acoplado ao trocarte, sendo inserido e retirado manualmente da cavidade e, portanto, podem-se utilizar trocartes convencionais. Os instrumentos são de 6 mm e têm comprimento de 30 cm (contra 45 cm do Da Vinci), e ainda não é fornecida pinça de energia avançada. No segundo semestre chega o robô HUGO, da **MEDTRONIC**, que foi liberado inicialmente para uso em ginecologia e urologia no Brasil.

Também apresenta console aberto com uso de óculos, mas os comandos são mais parecidos aos do Da Vinci, com controle manual e por pedais. Os braços também são individuais, demandando posicionamento especial de suas articulações para o acoplamento ao paciente. Várias companhias em todo o mundo estão desenvolvendo robôs cirúrgicos, mas nenhuma ainda com escala para produção em massa, restringindo seu uso a algumas unidades espalhadas em diferentes países.

Em julho tivemos o encontro anual da SRS (Society of Robotic Surgery) em Orlando, de volta ao formato presencial. Inúmeras empresas compareceram com seus produtos, acabados ou em desenvolvimento: **A ACTIV SURGICAL** está desenvolvendo ferramentas de inteligência artificial para auxiliar o cirurgião na tomada de decisões em tempo real, bem como um braço robótico totalmente autônomo.

A ASENSUS SURGICAL produz o robô SENHANCE, de console aberto e braços individuais, bem como desenvolve processo de aprendizado de máquina, para diminuir a variabilidade das cirurgias e melhorar os desfechos.

A AVATERA produz um robô com quatro braços saindo de uma torre (semelhante ao modelo SI do Da Vinci), console fechado e controle manual e por pedais; a primeira cirurgia em humanos foi realizada em março deste ano, e a companhia está iniciando seu uso em diversos países.

A ENDOQUEST ROBOTICS apresentou o Colubris MX Endoluminal Surgical System, desenvolvido para cirurgia endoluminal através de acesso transoral ou transanal. O braço robótico é semelhante a um



endoscópio flexível e o comando é feito em um console aberto com controle manual e por pedais.

A **DISTALMOTION** desenvolveu um robô para uso híbrido laparoscópico e robótico, com um console e dois braços robóticos.

A **Johnson & Johnson MEDTECH** compareceu com o Monarch, plataforma para biópsia pulmonar periférica.

A **MEMIC** apresentou o Hominis Surgical System, um braço robótico com extremidades flexíveis para uso transvaginal em hysterectomias.

A **PROXIMIE** desenvolveu um sistema para interação ao vivo entre o centro cirúrgico e locais remotos, com finalidade de preceptoria e ensino.

A **STRYKER** mostrou o MAKO SMART ROBOTICS, braço robótico para auxílio em ortopedia para instalação de próteses nas articulações.

A **SURGICAL AUTOMATIONS** está desenvolvendo robôs endoscópicos automáticos para auxílio em endoscopia digestiva alta e baixa, ureteroscopia, broncoscopia e intubação endotraqueal.

A **TITAN MEDICAL** mostrou seu braço robótico para cirurgia de acesso único. O braço tem em sua extremidade uma câmera e dois braços flexíveis para realização de cirurgias.

A **VIRTUAL INCISION** apresentou o MIRA, pequeno braço robótico de forma cilíndrica com câmera e dois braços articulados, que está sendo testado em cirurgia de colon.

Há várias outras companhias desenvolvendo robôs para cirurgia de coluna, joelho e cirurgia minimamente invasiva torácica e abdominal. Durante o congresso houve uma manhã inteiramente dedicada a novas tecnologias para educação em cirurgia, telepresença, simu-

lação, realidade virtual, realidade aumentada, navegação de imagem, máquinas inteligentes, inteligência artificial, aprendizado de máquina e cirurgia autônoma. Enorme quantidade de investimento vem sendo feito para pesquisa e desenvolvimento de instrumentos em todas essas áreas, prometendo revolucionar a cirurgia em futuro próximo. A cirurgia será beneficiada em pouco tempo com o acesso progressivo a todas as ferramentas digitais em desenvolvimento.

Tudo isso é possível somente com o uso de braços robóticos e comandos à distância, conceito que deve prevalecer na CIRURGIA DIGITAL para o acesso aos hardwares e softwares que estão sendo desenvolvidos.

A cirurgia laparoscópica convencional pouco permite no acesso a estas tecnologias, mas continuará sendo protagonista na cirurgia por um longo tempo.

O futuro realmente promete muito e já está quase ao alcance da mão !! Prepare-se !!!

Carlos Eduardo Domene



ALEXANDRE RESENDE

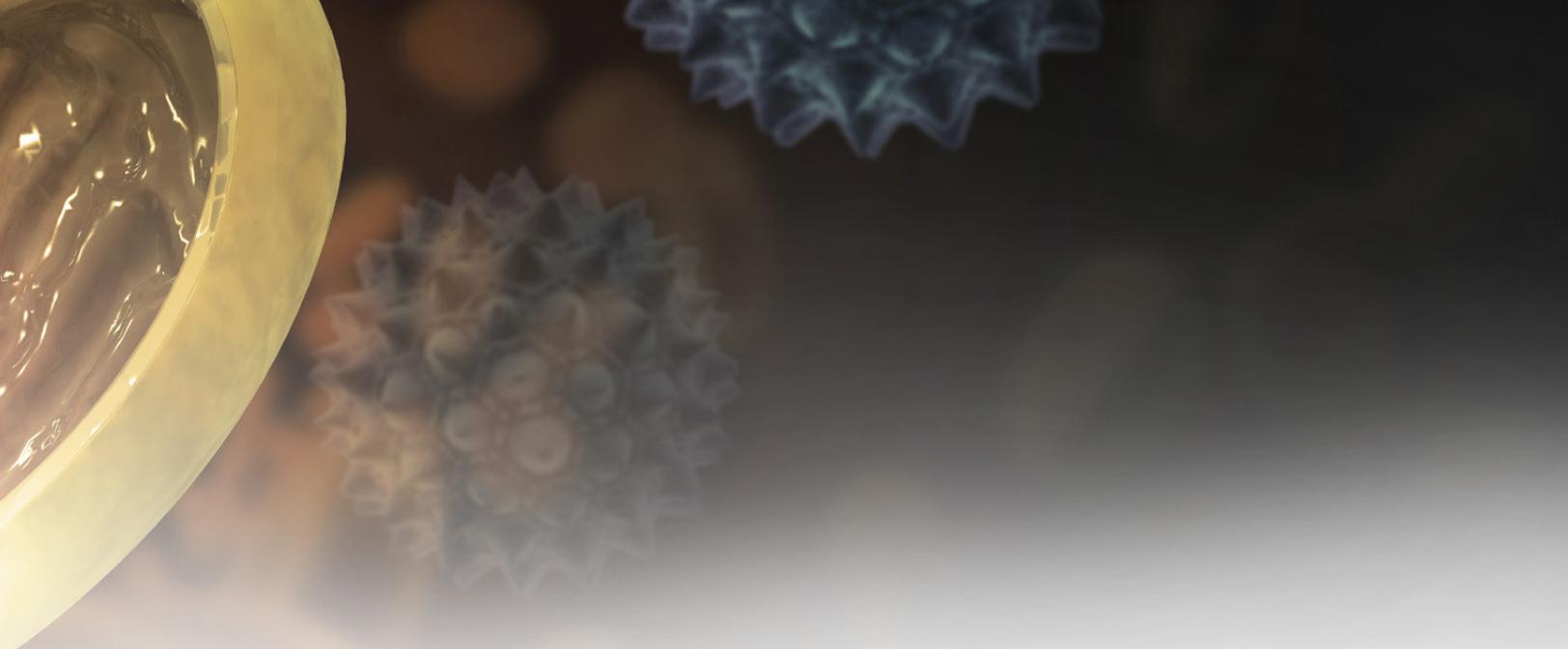
Cirurgia do aparelho digestivo e oncológica

Os recentes avanços na medicina e em especial na cirurgia se fazem hoje numa velocidade impressionante, dificilmente imaginável poucos anos atrás. Houve uma melhora expressiva na qualidade dos equipamentos cirúrgicos com a evolução para vídeos com maior e melhor definição de imagem.

A difusão e o aprimoramento das plataformas robóticas trouxeram também um refinamento às intervenções minimamente invasivas, permitindo sua expansão para cirurgias mais complexas, só possíveis de se realizar com abdome aberto até então. Em paralelo a este desenvolvimento das ferramentas cirúrgicas, pudemos observar um aprimoramento da qualidade dos exames pré-operatórios que ganharam muito em sensibilidade para detecção de pequenos tumores e na possibilidade de emprego de reconstruções tridimensionais, possibilitando que hoje, ao levarmos um paciente ao centro cirúrgico, raramente iremos nos deparar com algum achado não identificado previamente. Tais avanços são de fundamental importância no melhor resultado entregue a todos os pacientes tratados cirurgicamente, mas possuem uma importância ainda maior quando do tratamento de pacientes oncológicos. O tratamento minimamente invasivo de tumores do trato digestivo antigamente desacreditado e restrito a poucos centros médicos, possui agora amplo respaldo na literatura médica, com resultados similares (se não superiores) ao das cirurgias abertas.

A fusão entre a melhora da qualidade técnica dos procedimentos, a preparação e o planejamento através de imagens cada vez mais precisas, nos levam a um momento onde a via minimamente invasiva se tornou a primeira escolha no tratamento de diversos tipos de tumores do esôfago, estômago, fígado e pâncreas.

Em nosso serviço por exemplo, 65 a 70% das cirurgias oncológicas de fígado e pâncreas são realizadas atualmente por via minimamente invasiva (por via laparoscópica, robótica ou percutânea). No entanto, para o sucesso destas intervenções é necessário que, associado a todos os avanços da tecnologia, tenhamos em nossos hospitais profissionais treinados e preparados para aproveitar ao máximo os avanços tecnológicos em função de nosso objetivo principal – o nosso paciente. Este foi então o motivo de priorizarmos a cirurgia oncológica do trato digestivo na



elaboração do programa do 16º Congresso Brasileiro de Videocirurgia e 5º Congresso Brasileiro e Latino-americano de Cirurgia Robótica -SOBRACIL 2022.

Durante o congresso teremos a oportunidade de criar um ambiente de troca de experiências em busca do aprimoramento do tratamento oncológico dos tumores do trato digestivo alto, com a presença de expoentes da cirurgia minimamente invasiva (laparoscópica e robótica) do Brasil e do exterior e explorar a importância da atualização continuada no planejamento do tratamento de nossos pacientes.

Tomem por exemplo os avanços da oncologia clínica, que merecem hoje grande destaque. A incorporação de tratamentos neoadjuvantes passa a ser cada vez mais frequente, o emprego de medicamentos imunobiológicos passou de exceção a rotina na prática médica e os resultados recentes do emprego da imunoterapia tem levado a uma melhora expressiva nos resultados do tratamento de pacientes oncológicos. A incorporação da oncologia de precisão, com estudo de mutações específicas para cada paciente e a possibilidade de identificação de uma terapia alvo, as biópsias líquidas e pesquisa de DNA circulante são também hoje disponíveis.

Assim como passou a ser rotina a realização de discussão interdisciplinar para tomada de decisões clínicas ("tumor board"), levando a um tratamento individualizado a cada paciente. Outro aspecto de grande relevância a ser discutido é o emprego da realidade virtual, realidade aumentada e até do metaverso nas intervenções cirúrgicas. A possibilidade de fusão de imagem, projetando em tempo real as imagens 3D obtidas em pré-operatório sobre vísceras maciças como fígado e pâncreas, bem como a relação do tumor com vasos e ductos biliares é uma realidade em centros de desenvolvimento de tecnologia e pesquisa e, em breve, estarão presentes em nossos centros cirúrgicos (provavelmente acoplados às plataformas robóticas). Sistemas de navegação cirúrgica em tempo real adaptados à deformação dos órgãos abdominais vem sendo desenvolvidos. O uso de simuladores (no metaverso ou não) pode propiciar ao cirurgião a realização de toda uma intervenção cirúrgica no campo virtual, sem qualquer risco ao paciente e adequar-se, ajustar pontos críticos, conseguir melhores margens cirúrgicas e só depois transpor o ato operatório do simulador ao paciente, com maior segurança e garantindo melhores resultados. Sistemas de inteligência artificial estão sendo preparados e poderão alertar o cirurgião para risco de estruturas nobres (vasos, nervos ou canais biliares) a serem preservados em tempo real no intra-operatório.

A busca por um maior contato com todas estas novidades, em ebulição no momento, faz parte da contínua busca por aprimoramento que é uma parte fundamental do espírito do cirurgião minimamente invasivo.

Alexandre Prado de Resende

Chefe de Serviço de Cirurgia Geral e HPB, com atuação nos hospitais da Rede Mater Dei de Saúde e Instituto Orizonti, em Belo Horizonte - MG



LUCIANA EL-KADRE

Em pauta a Cirurgia Bariátrica e Metabólica

A recente epidemia global de obesidade é atribuída a grandes mudanças sociais e ambientais, como ingestão excessiva de energia e sedentarismo. No entanto, a exposição a ambientes 'obesogênicos' não resulta necessariamente em obesidade, considerando que 40% a 75% da variação do índice de massa corporal (IMC) na população seja consequência de diferenças genéticas. O aumento do IMC é fator de risco para doenças não transmissíveis, como diabetes, afecções cardiovasculares e musculoesqueléticas, e diminuição dramática da qualidade e expectativa de vida.

A predisposição genética para a obesidade apresenta paradoxo: como as variantes genéticas com impacto negativo na saúde humana persistem ao longo do tempo evolutivo? Haveria relaxamento da seleção natural, acúmulo de mutações afetando o metabolismo em direção à deposição excessiva de gordura?

A prevalência da obesidade triplicou nas úl-

timas quatro décadas, impondo enorme fardo à saúde das pessoas. A obesidade poligênica, comum, e a obesidade monogênica, rara, grave e de início precoce, são frequentemente polarizadas como doenças distintas. Por outro lado, estudos de descoberta de genes para ambas as formas de obesidade mostram que compartilham bases genéticas e biológicas, apontando o cérebro como determinante do peso corporal.

Relatos históricos afirmam que a primeira cirurgia bariátrica foi realizada na Espanha, no século X. D. Sancho, rei de Leão, perdeu o trono por ser obeso. Tratado por Hasdai Ibn Shaprut, que suturou os lábios do rei, permitindo a ingestão exclusiva de dieta líquida com mistura de várias ervas, incluindo o ópio. O rei Sancho perdeu metade do seu peso e recuperou o trono.

Entre a pura cerclagem oral e a cirurgia bariátrica e metabólica que encontramos hoje, observa-se, mais uma vez, a necessidade de modificação de fatores gastrintestinais e o cérebro como alvo final destas intervenções.

A cirurgia bariátrica induz perda de peso sustentada e benefícios metabólicos, produzindo efeitos no eixo intestino-cérebro e modificando, de forma positiva, a regulação neuroendócrina do apetite e da glicemia. O tratamento cirúrgico é considerado o mais efetivo para a obesidade e para o diabetes tipo 2, na presença de obesidade. Houve grandes momentos na evolução da especialidade, a saber:



“

O tratamento cirúrgico é considerado o mais efetivo para a obesidade e para o diabetes tipo 2, na presença de obesidade.”

Mason, em 1982, e a gastroplastia vertical com banda, tornou a cirurgia fácil e acessível. Belachew, em 1993, com a primeira banda ajustável por laparoscopia e Wittgrove e Clark, em 2003, com o primeiro bypass gástrico laparoscópico, posteriormente aceitando a sugestão de Aniceto Baltazar de usar o grampeador circular sem trocar.

Em 1999, Cadiere, utilizou o acesso robótico para colocação de banda gástrica. A cirurgia robótica pode ser vantajosa, se forem considerados a distribuição de gordura do paciente e fadiga do cirurgião. Em 2003, Hanly e Talamini, usaram a plataforma robótica para 107 casos de bypass gástrico assistido, com bons resultados e vantagens em relação à parede abdominal mais espessa.

Fato digno de nota é o desconhecimento de parte considerável de cirurgiões, da efetividade do tratamento cirúrgico da obesidade e do diabetes. A segurança da cirurgia bariátrica foi globalmente melhorada, com mortalidade inferior a 0,5% e morbidade inferior a 0,7%. Técnica que proporcione boa qualidade de vida, tenha poucos efeitos colaterais e beneficie mais de 75% dos pacientes é considerada ideal.

A escolha da técnica cirúrgica depende do objetivo do tratamento, da avaliação individual do risco cardiovascular, da existência de refluxo gastro-esofágico, do perfil e preferências de cada paciente e, em última análise, da experiência da equipe cirúrgica. Em sintonia,

as técnicas endoscópicas que, mesmo não cirúrgicas, podem ser utilizadas com segurança em casos selecionados de obesidade e são indispensáveis no tratamento de possíveis complicações cirúrgicas.

A evolução da especialidade e a possibilidade de acompanhamento de pacientes operados há 20 ou mais anos, demonstraram a importância da modificação de fatores envolvidos no mecanismo de ação destas operações, como hormônios anorexígenos, ácidos biliares fundamentais para a homeostase da glicose e gasto energético do corpo, microbiota intestinal, sinalização do nervo vago, hormônios produzidos pela gordura, entre outros.

Para o tratamento do diabetes, por exemplo, em todos os estudos randomizados e controlados, o tratamento cirúrgico foi melhor que o clínico.

Os benefícios não se restringem ao controle da glicose, mas aos desfechos cardiovasculares e renais, assim como à esteato

cirurgia bariátrica

hepatite não alcoólica, afecção que não tem tratamento comprovado disponível. O melhor tratamento é a modificação do metabolismo lipídico, com perda de peso sustentada.

Ainda, a cirurgia bariátrica e metabólica representa economia de custos ao longo da vida, mesmo sem considerar custos indiretos. A cirurgia deve estar disponível como opção para uso quando apropriado, e não apenas quando todas as outras opções forem eliminadas, oferecendo oportunidade real para prevenção de comorbidades e complicações da obesidade. Quando indicada apenas como recurso final, pode ter limitação de sucesso, da mesma forma como indicação tardia de cirurgia em oncologia.

O momento sinaliza a importância do domínio, entre os cirurgiões, da fisiopatologia de afecções, classicamente, tratadas de forma clínica, condição indispensável para a escolha da técnica cirúrgica mais adequada. Da mesma forma, o entendimento da complexidade das doenças, seus subtipos e características principais, no caminho da Medicina de precisão.

Diferentes nuances deste tema serão amplamente debatidas no SOBRACIL 2022! Não deixe de se inscrever ainda hoje e venha participar conosco desta discussão.

Luciana Janene El-Kadre
Comitê Científico da IFSO 2021-2025
Diretora Científica do CBCD-RJ
Mestre e Doutora em Cirurgia UFMG
TCBC, TCBCD, TSBCBM, FACS

CHEGANDO O SOBRACIL 2022



VICTOR DIB

Dentre todas as formas de aprender, não há maior acelerador do que o compartilhamento de experiências. Nada é mais poderoso do que a união de várias mentes focadas em um objetivo comum, com responsabilidade, altruísmo e motivação. Quanto podemos avançar como profissionais ao experimentar esta troca tão rica e intensa? Quanto ganharão os nossos pacientes que lutam dia após dia contra a obesidade e a doença metabólica, enfermidades deveras devastadoras? Não há como mensurar, mas há como viver e ajudar a escrever mais este capítulo da história da cirurgia e da endoscopia bariátrica e metabólica do Brasil e do mundo, participando do **16º Congresso Nacional da SOBRACIL, nos dias 24, 25 e 26 de novembro de 2022, na cidade São Paulo.**

Sejam todos muito bem-vindos!

Victor Dib
Mestre e Doutor em Cirurgia
Presidente do Capítulo Amazonas da SBCBM
Presidente do Bariatric Channel Course

Um motivo de celebração

Após dois anos de pandemia e forçados a reinventar a forma de nos conectar, através de plataformas digitais para seguirmos progredindo durante este período tão difícil, de não perder o espírito da educação continuada, extremamente importante no aprimoramento do nosso conhecimento para mantermo-nos *updated* e, dessa forma, oferecer o que há de melhor aos nossos pacientes, teremos o prazer de nos reencontrar pessoalmente no **16º Congresso Brasileiro de Videocirurgia e 5º Congresso Latino Americano de Cirurgia Robótica realizado pela SOBRACIL em São Paulo** ... um motivo de grande celebração.

De 24 a 26 de novembro no Centro de Convenções Rebouças/ SP teremos a oportunidade ímpar de interagir com grandes experts nacionais e internacionais através de palestras presenciais e digitais, além de rever grandes amigos. Nesse período vamos “mergulhar na anatomia pélvica”, desmistificando seus principais segredos através de aulas focadas nas patologias mais prevalentes e nas dificuldades técnicas de suas abordagens cirúrgicas.

Teremos ainda oportunidade de debater as principais indicações da utilização da cirurgia minimamente invasiva na ginecologia, avançando para a cirurgia robótica e sua aplicabilidade, com avaliação do custo-benefício quando comparado com nossa tradicional laparoscopia . Debateremos a certificação em cirurgia robótica junto com lideranças de sociedades parceiras e representantes do CFM, com o intuito de levar uma formação sólida para nossos associados. Viajaremos pelo que tem de mais moderno e pelas futuras inovações da cirurgia minimamente invasiva em ginecologia, como a realidade virtual, pois o futuro não está tão distante. Controvérsias serão debatidas e defendidas por experts e, através da interação digital, poderemos avaliar a tendência de nossa sociedade sobre os temas polêmicos. Teremos ainda trabalhos de vídeos selecionados de cirurgias .

Não poderíamos deixar de fora sessões dedicadas ao tratamento da endometriose e oncologia que envolve procedimentos de alta complexidade . Na sessão de paredão, poderemos votar nos palestrantes

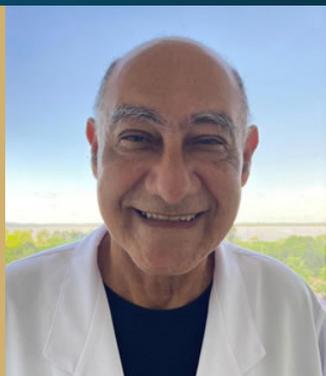


GUSTAVO GUITMANN

que defenderem melhor seu tema em questões polêmicas. Cirurgias ao Vivo, um ícone marcante de nossos congressos, serão realizadas por experts e transmitidas através de links dedicados de alta resolução de serviços especializados do Brasil e exterior com debates e interações online .

Este é um pequeno preâmbulo de um programa que está sendo confeccionado com muito cuidado e carinho por todos da comissão científica, para que tenhamos um grande reencontro com muito aprendizado, debates e sem faltar o que já passou o tempo de retomarmos, que é a nossa confraternização.

Cordialmente,
Gustavo Guitmann
Coordenador Ginecologia Oncológica
- Americas Medical City
Cirurgião Oncológico Departamento
Ginecologia Oncológica - INCA
Diretor Curso Ginecologia
Minimamente Invasiva - IRCAD RJ



**MIRANDOLINO
MARIANO**



PEDRO ROMANELLI



RAFAEL COELHO



**RICARDO
NISHIMOTO**

Treinamento e prática

O maior evento da Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica mais uma vez está de volta ao formato presencial.

Neste momento, em que os congressos médicos são cada vez mais numerosos e que os avanços tecnológicos não param, é necessário reinventar e inovar.

É com esta missão que a comissão científica propôs um evento com foco principal no treinamento prático do urologista, onde cada um possa se aprofundar em assuntos específicos.

Na programação iremos discutir casos desafiadores de tumores renais com trombo em veia cava e casos limítrofes para nefrectomia parcial com as maiores experiências em cirurgia robótica do país.

Teremos uma mesa de debates sobre a melhor forma de tratar próstatas grandes, comparando técnicas endoscópicas, como o Holey, com a técnica laparoscópica e robótica. Teremos a presença do Professor Mirandolino Mariano, idealizador e uma das maiores experiências mundiais na técnica.

Na prostatectomia robótica, discutiremos como preparar o cirurgião e o auxiliar, além de proporcionar dicas e truques na cirurgia mais realizada com a plataforma robótica.

Teremos ainda a transmissão de duas cirurgias ao vivo, o que permitirá uma imersão de aprendizagem intensa (imperdível).

Serão apresentadas as estatísticas atualizadas da cirurgia robótica no país e teremos uma palestra magna sobre o futuro da cirurgia robótica e o impacto do acesso robótico por single port, além da possibilidade de cirurgia à distância.

Depois de mais de 20 anos com apenas uma plataforma robótica disponível no mercado, temos no mercado brasileiro duas novas plataformas, já com registro na Anvisa que estarão disponíveis no nosso congresso.

Iremos discutir juntos as diferenças técnicas, de implantação, de aprendizado e de custos entre todas elas.

Em nome da comissão científica convidamos você a participar e aproveitar esta troca de experiências dentro e fora das salas de aula.

Grande abraço,

Mirandolino Mariano | Pedro Romanelli | Rafael Coelho | Ricardo Nishimoto

SÃO PAULO, 24 A 26 DE NOVEMBRO

SOBRACIL 2022

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE VIDEOCIRURGIA
5º CONGRESSO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO DE CIRURGIA ROBÓTICA

TRABALHOS CIENTÍFICOS

As regras para submissão de trabalhos no Congresso 2022 estão publicadas no site.

**SUBMISSÕES ATÉ
02 DE OUTUBRO**

sobracil.org.br/congresso

REALIZAÇÃO



APOIO

Cirurgia robótica de cabeça e pescoço



RENAN LIRA

Caros colegas, mais um grande Congresso da SOBRACIL se aproxima trazendo, nesta edição, uma importante participação da cirurgia de cabeça e pescoço. Teremos um programa teórico de um dia, recheado de convidados internacionais e sessões de vídeo, além da transmissão de uma cirurgia robótica de cabeça e pescoço.

Dentro da Cirurgia de Cabeça e Pescoço, a cirurgia robótica vem crescendo significativamente, especialmente na última década. A partir de 2009, após liberação do FDA, a cirurgia robótica transoral (TORS) se consolidou com um tratamento padrão para os carcinomas iniciais de orofaringe, apresentando diversas vantagens quando comparada às cirurgias convencionais para estes tumores, como menor tempo de internação, menor sangramento, menor risco de infecção, melhor recuperação funcional da deglutição, menor necessidade de traqueostomia e até melhores resultados oncológicos.

Estes resultados extremamente favoráveis tanto do ponto de vista oncológico quanto do ponto de vista funcional, juntamente com as evidentes vantagens técnicas e tecnológicas do robô, como a visualização magnificada em 3D e dissecação precisa, ajudaram a difundir a técnica, que hoje é utilizada no tratamento do tumores localmente iniciais de orofaringe a laringe em praticamente todos os grandes centros de referência em oncologia do mundo.

No Brasil, alguns centros de formação em cirurgia de cabeça e pescoço já aplicam rotineiramente a TORS, que também é já realizada em alguns hospitais privados em diferentes cidades do Brasil, como São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Porto Alegre, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Goiânia e Blumenau.

Além das ressecções oncológicas, a cirurgia robótica transoral também pode ser utilizada para ressecções de lesões benignas e para tratamento cirúrgico de apneia do sono.

No Congresso SOBRACIL 2022 teremos uma importante conferência sobre o uso da TORS na desintensificação do tratamento no carcinoma de orofaringe HPV-relacionado, tema altamente relevante e atual dentro da oncologia de cabeça e pescoço. Além disso, discutiremos em uma mesa redonda as diferentes aplicações, aspectos técnicos (como o uso do novo sistema daVinci Single-Port) e desafios do seu uso no Brasil.



“

No Brasil, temos a maior experiência das Américas e uma das maiores do mundo com esvaziamento cervical robótico.”

A cirurgia robótica de pescoço, incluindo esvaziamentos cervicais, tireoidectomias, ressecção de tumores de glândula salivar e tumores benignos também vem crescendo em alguns importantes centros no Brasil e no mundo nos últimos anos. Nestas situações, o uso do sistema robótico permite a utilização de acessos remotos alternativos como o retroauricular e o transoral (ou transvestibular), que evitam a necessidade de cicatrizes visíveis no pescoço, enquanto permitem a realização dos procedimentos com ótima visualização, propiciada em visão magnificada do robô e dissecação anatômica precisa.

No Brasil, temos a maior experiência das Américas e uma das maiores do mundo com esvaziamento cervical robótico. A tireoidectomia robótica transoral (assim como a TOETVA – tireoidectomia transoral endoscópica por acesso vestibular) também vem sendo realizada com segurança por vários colegas em nosso país, nos colocando em posição de destaque no cenário

mundial. Atualmente, vivemos em nossa especialidade um amplo e caloroso debate sobre os benefícios, segurança, custo-efetividade, indicações, treinamento e habilitação desta técnica, cenário ideal para a profunda discussão que traremos no programa do Congresso SOBRACIL, abordando aspectos técnicos, clínicos e éticos da tireoidectomia transoral, os consolidados resultados que temos obtido com o esvaziamento cervical robótico pela via retroauricular, e o que esperar do futuro destas técnicas.

Temos certeza de que a participação da Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Congresso SOBRACIL 2022 será marcante e ajudará na já corrente expansão da cirurgia robótica e vídeo-assistida em nossa especialidade. Aguardamos vocês!

Renan B. Lira

Cirurgião de Cabeça e Pescoço / Cirurgião Robótico

Doutor em Oncologia – FMUSP

Coordenador Executivo da Pós-Graduação em Cirurgia

Robótica de Cabeça e Pescoço do Hospital Albert Einstein

Titular do Departamento de Cirurgia de Cabeça e

Pescoço e Vice Coordenador do Programa de Cirurgia

Robótica do AC Camargo Cancer Center

Comitê Científico - International Guild of Robotic

& Endoscopic Head and Neck Surgery

Avanços e técnica

A cirurgia minimamente invasiva mudou o rumo da cirurgia torácica, visto que o acesso a uma cavidade totalmente rodeada por estruturas ósseas era associado a dor e grande reação metabólica ao trauma. O advento da videotoracoscopia mudou esse panorama e nos permitiu realizar cirurgias com menos complicações e, portanto, operar pacientes mais graves. A tecnologia continua evoluindo e a cirurgia robótica surgiu para permitir que procedimentos mais complexos pudessem ser realizados de forma mais simples e por mais cirurgiões. Contudo, a incorporação de tecnologia nos traz grandes desafios como a educação continuada, como treinar nossa comunidade cirúrgica em novas tecnologias? E mais, como manter o foco no futuro e buscar melhores tecnologias para nossa prática?

Com estas premissas desenhamos o programa de Cirurgia Torácica do nosso Congresso SOBRACIL 2022. São seis mesas de discussão sobre tópicos muito atuais referentes à cirurgia minimamente invasiva torácica. Teremos também uma cirurgia robótica ao vivo para compartilhar com nossos participantes detalhes técnicos da operação.

A primeira mesa visa discutir os avanços em videocirurgia torácica, método que é adotado em todo o nosso país e que continua crescendo em números. Abordaremos o uso da técnica em condições diversas como o tratamento da hiperidrose localizada e do pectus excavatum. Nossos palestrantes também farão uma reflexão sobre o papel atual e futuro da videotoracoscopia no contexto das tecnologias emergentes.

A segunda mesa abordará aspectos relacionados a treinamento e habilitação em cirurgia minimamente invasiva. O desafio de levar a cirurgia minimamente invasiva a todas as regiões do país, passa pelo desenvolvimento de estratégias de ensino efetivas que serão discutidas tanto para a videotoracoscopia, como para a cirurgia robótica. Traremos o debate sobre habilitação e proctoria, assuntos de muita relevância e temas de diversas reuniões da AMB, CFM e de diversas sociedades médicas.

A terceira e quarta mesas focarão em aspectos técnicos de cirurgias torácicas robóticas avançadas e procedimentos menos frequentes. Esperamos oferecer aos nossos participantes a oportunidade de di-



RICARDO TERRA

alogar com cirurgiões experientes com a técnica robótica, estratégias para conduzir cirurgias complexas, bem como dicas para a execução destes procedimentos.

Finalmente, a quinta e a sexta mesas vão explorar o futuro da cirurgia torácica minimamente invasiva, abordando temas como a broncoscopia robótica, a inteligência artificial, a navegação e a reconstrução tridimensional. Estas tecnologias nos levarão à próxima revolução na cirurgia e prometem melhorar ainda mais os resultados dos nossos procedimentos.

Fecharemos a programação de cirurgia torácica como uma cirurgia robótica ao vivo. Esperamos todos lá! Será uma grande honra recebê-los em São Paulo!

Ricardo Terra

*Professor Livre-Docente da Disciplina de Cirurgia Torácica da USP
Chefe da equipe de Cirurgia Torácica do ICESP*

Coordenador da Pós-Graduação de Cirurgia Torácica Robótica do Hospital Israelita Albert Einstein



MARIO GHEFTER

Segurança do paciente em foco

Caros amigos, depois de mais de dois anos afastados, teremos a oportunidade de nos reencontrar em São Paulo no próximo mês de novembro, desta vez de maneira presencial.

Muito aprendemos com esta pandemia, que felizmente está acabando. Aprendemos a de fato nos comunicarmos de maneira virtual em centenas de encontros, conferências, cursos e outras formas de apresentação, afinal, o ser humano é um ser social, e buscou na adversidade do isolamento provocado pela pandemia, formas de interação com seus semelhantes.

Isto trouxe enormes ganhos para nossa vida presente e futura, mas o contato presencial segue sendo insubstituível, e vamos aproveitá-lo. O olho no olho, a troca de ideias e informações nos corredores dos eventos, segue sendo algo fundamental. Por isso, dou muito boas-vindas ao **16º Congresso Brasileiro de Videocirurgia e 5º Congresso Brasileiro e Latino-americano de Cirurgia Robótica**.

Dentro da nossa especialidade, a Cirurgia Torácica, teremos a oportunidade de ouvir e discutir numa primeira mesa, com especialistas da mais alta qualidade e capacidade, a respeito de temas aparentemente bem estabelecidos, mas sempre com novidades, como a área da hiperidrose, assim como provocações sobre o limite da VAMLA, numa era em que vem crescendo o uso de técnicas menos invasivas como o EBUS/EUS. Ainda teremos três apresentações sobre inovações em cirurgia da parede torácica, o olhar crítico sobre a cirurgia uniportal, sob o ponto de vista de um cirurgião com grande experiência

em abordagem robótica, além das perspectivas de um futuro para a cirurgia vídeo-assistida. Uma mesa para provocar e nos levar adiante pelo restante do programa. Não poderíamos deixar de discutir sobre ensino e treinamento, num momento de incorporação de tantas tecnologias, e diante do aumento sem escalas no número de médicos. Discutiremos as opções de ensino em cirurgia vídeo-assistida e robótica, a entrada das sociedades médicas de especialidade na normatização para habilitação em cirurgia robótica, com ênfase na Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica, e talvez o aspecto mais fundamental na proctoria em cirurgia robótica: a segurança do paciente.

Já numa outra mesa serão abordados aspectos técnicos sobre algumas técnicas que vem sendo cada vez mais comentadas e aprofundadas com o advento da cirurgia robótica, como as linfadenectomias, a abordagem de fissuras incompletas. Aqui caberá também um espaço para discutirmos as estratégias de abordagem para a timectomia em Miastenia gravis, além de dois temas sempre desafiadores para a aplicação da cirurgia minimamente invasiva, nos limites da cavidade torácica, a abordagem do diafragma e da síndrome do desfiladeiro torácico.

Num espaço destinado à discussão dos limites atuais para aplicação da cirurgia robótica serão apresentados temas desafiadores como o das reconstruções broncovasculares, pneumonectomias e bilobectomias, assim como das segmentectomias anatômicas atípicas, tema este em crescente discussão, depois da apresentação e publicação

cirurgia torácica

de dados favoráveis à segmentectomia, no recente estudo do Japan Clinical Oncology Group (JCOG 0802).

Ainda teremos um espaço para aprofundarmos o tema do papel da cirurgia robótica das ressecções de tumores complexos do mediastino posterior, o que é sempre um desafio técnico e de planejamento. Depois de discutir os limites atuais, não poderíamos deixar de viajar em nossos pensamentos e imaginar o futuro da aplicação da tecnologia, e o que esperamos para os próximos anos. Teremos o prazer de ter entre nós dois dos maiores incentivadores e excelentes cirurgiões com treinamento no campo da robótica. O Dr. Luis Herrera, diretor médico do Rod Taylor Thoracic Care Center at Orlando Health Cancer Institute, e que tantas vezes já esteve entre nós, compartilhando seu conhecimento e experiência, nos brindará falando sobre a aplicação da tecnologia robótica da broncoscopia. Um tema para sonharmos. Um pouco mais próximo de nossa realidade, O jovem, mas já experiente cirurgião, Dr. Elliot Servais, atual chefe de cirurgia torácica e diretor do programa de cirurgia torácica robótica no Lahey Hospital and Medical Center, nos falará sobre os desafios da aplicação da técnica robótica em paciente submetidos à imunoterapia.

Encerraremos nossa atividade teórica totalmente com os pés e mentes no futuro abordando o uso da inteligência artificial em nossa especialidade, as reconstruções 3D no planejamento de nossas operações, as estratégias de navegação broncoscópicas, que tanto nos ajudarão, assim como saciar um pouco a curiosidade de todos, discutindo a adoção de novas plataformas robóticas que estão se apresentando no mercado. Mas não poderíamos nos ater somente à tecnologia sem pensar na aplicação de medidas outras que trazem benefício aos doentes, como a aplicação de protocolos do tipo ERAS, diminuindo tempo de recuperação e minimizando complicações. Afinal, esse é o objetivo de todo nosso treinamento.

Depois desta jornada teórica tão ampla, teremos a oportunidade de compartilhar uma cirurgia com a utilização de tecnologia robótica com transmissão ao vivo e a fantástica oportunidade de consolidar conhecimentos, discutindo aspectos práticos desta emergente e já tão estabelecida tecnologia.

Um excelente evento para todos! Não perca!

Mario Ghefter

Diretor do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

“

Converse com seu médico para saber mais sobre seus riscos individuais e como prevenir coágulos sanguíneos.”



trocando ideias

in memoriam

Trombose venosa e as viagens prolongadas

Atrombose venosa profunda (TVP) ocorre quando um coágulo sanguíneo se forma, sendo mais frequente nas veias dos membros inferiores. Em algumas situações uma parte do coágulo pode se desprender e se alojar nos pulmões, ocasionando uma embolia pulmonar, doença grave e que pode ser fatal.

A associação entre TVP e viagens aéreas foi relatada pela primeira vez há mais de 50 anos, como uma raridade médica. Contudo, com o aumento do número dos passageiros transportados por longas viagens, tornaram-se mais comuns.

Um grande amigo foi visitar o filho, que trabalha em Singapura. A viagem aérea, saindo do Rio de Janeiro, duraria um total de 23 horas, sendo que em um dos trechos seriam 14 horas de voo, a mais de 10 mil metros de altura.

Ele estava preocupado, pois tinha mais de 60 anos de idade, obeso (espero que nunca leia este texto, pois se acha um "atleta"), e havia sido submetido a uma cirurgia há menos de três meses. Lera que suas características eram fatores de risco para TVP durante a longa viagem. Alguns colegas de jogo de pôquer disseram que isso era a "síndrome da classe econômica".

Resumindo a história, Bruno, seu nome fictício, fez uma viagem tranquila como a imensa maioria das 400 milhões de pessoas que viajam em voos de longa distância a cada ano, mas, por orientação médica, foi medicado com um anticoagulante sub-cutâneo no dia do voo e pelos dois dias subsequentes. Bebeu bastante água durante o voo, não tomou álcool, segundo ele, um verdadeiro martírio. No seu retorno, ficou no assento do corredor, o que facilitou suas caminhadas durante o voo.

A associação entre TVP e viagens aéreas, bem como as de carro, ônibus ou trem, é pouco estudado, pois grande parte das trombozes são pouco sintomáticas e confundidas com dores musculares ocasionadas pelo desconforto destas viagens. Apesar da alta altitude do



ALFREDO GUARISCHI

voo poder ocasionar a ativação da coagulação, mesmo numa cabine pressurizada - a hipóxia hipobárica - o aumento do risco de trombose decorre principalmente ao ficar sentado por longo período numa poltrona estreita, com sua borda fazendo pressão na parte posterior da perna, o que contribui para diminuir o fluxo nas veias.

A maioria das trombozes relacionadas a viagens ocorre nas primeiras duas semanas, com sua incidência diminuindo após 8 semanas. Fica a recomendação de mover suas pernas com frequência e exercitar os músculos da panturrilha, pois isso vai melhorar o fluxo de sangue. Levante e estique as pernas sempre que possível. Pode ser útil o uso de meias de compressão graduadas abaixo do joelho e devidamente ajustadas de modo a não comprimir sua parte posterior, onde passam as veias poplíteas. Se a pele ficar marcada, estará havendo uma compressão excessiva, o que vai ser maléfico.

A profilaxia farmacológica para viajantes de longa distância deve ser decidida individualmente.

Converse com seu médico para saber mais sobre seus riscos individuais e como prevenir coágulos sanguíneos. Boa viagem.



SOBRAnews

DIRETORIA EXECUTIVA 2021-2022

Presidente	Sérgio Roll
1º Vice-Presidente Nacional	Elias Couto
2º Vice-Presidente Nacional	Carlos Domene
Secretário Geral	Antonio Bertelli
Secretário Adjunto	Alexandre Resende
Tesoureiro Geral	Antonio Bispo
Tesoureiro Adjunto	Hamilton Belo França
Vice-Presidente Norte	Thiago Patta
Vice-Presidente Nordeste	Rocides Castro
Vice-Presidente Centro Oeste	Ronaldo Cuenca
Vice-Presidente Sudeste	Dyego Benevenuto
Vice-Presidente Sul	Leandro Totti Cavazolla

CONSELHO FISCAL TITULAR

Guilherme Jaccoud
Leolino Tavares
Paulo Jiquiriçá

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva
Paula Volpe
José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável Elizabeth Camarão
Fotografias Arquivos SOBRACIL
Design Gráfico JMD Comunicação

sobracil@sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801/ 308 | Barra da Tijuca
22631-004 | Rio de Janeiro | RJ
Tel.: 21 2430.1608 | Fel/ Fax: 21 3325.7724

SOCIEDADES PARCEIRAS

