

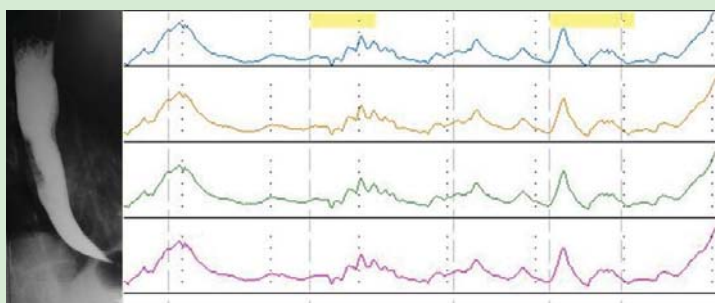
## Evento contará pontos para CNA



O Congresso Paulista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões contará pontos para a revalidação do Título de Especialista da Comissão Nacional de Acreditação - CNA. Para cada especialidade ou área de atuação haverá uma pontuação. Não deixe de participar.

Páginas 3 e 12

## Seção Científica



Os TCBCs Nelson Adami Andreollo e Luiz Roberto Lopes da UNICAMP abordam aspectos diagnósticos e terapêuticos da forma não avançada da acalasia do esôfago.

Páginas 6, 7, 8 e 9

## Alfredo Abrão

O TCBC Rafael Abrão Possik presta homenagem ao saudoso cirurgião e relata a sua trajetória no Hospital AC Camargo.

Páginas 10 e 11

**Editorial:**  
O Capítulo promove  
uma série de atividades  
Página 2

**Notícias do Capítulo**  
Página 4

**Agenda**  
Página 12



## EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo [www.cbcs.org.br](http://www.cbcs.org.br)  
 Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278  
 6º andar - São Paulo - SP  
 CEP 01318-901 - Tel.: (11) 3101-8045,  
 3101-8792 ou 3188-4245  
 E-mail: [contato@cbcs.org.br](mailto:contato@cbcs.org.br) ou  
[flavia@cbcs.org.br](mailto:flavia@cbcs.org.br)

### Mestre do Capítulo:

TCBC Paulo Kassab

### Vice-Mestre:

TCBC Cláudio José C. Bresciani

### 1º Secretário:

TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

### 2º Secretário:

TCBC Fernando A. M. Herbella Fernandes

### 1º Tesoureiro:

TCBC Sidney Roberto Nadal

### 2º Tesoureiro:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

### Defesa Profissional:

TCBC Elias Jirjoss Ilias

Periódico trimestral de divulgação do  
 Capítulo de São Paulo do Colégio  
 Brasileiro de Cirurgiões

Ano XIII - Nº 45 - agosto de 2010

### Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

### Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti - MTb 34.161

### Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

### Impressão:

PPG Gráfica e Editora Ltda.

### Tiragem:

3.000 exemplares

### Notas:

As matérias assinadas são de inteira  
 responsabilidade dos autores.

As diretorias das seções especializadas,  
 departamentos, regionais e os nomes dos  
 cirurgiões responsáveis encontram-se no  
 site [www.cbcs.org.br](http://www.cbcs.org.br)

## O Capítulo promove uma série de atividades

Nosso Capítulo continua sua caminhada lado a lado com os cirurgiões paulistas. Nesse sentido persiste promovendo cursos e jornadas de atualização em centros diversos em nosso Estado através das suas Regionais.

A Regional de São José do Rio Preto realizou em no início do ano, um curso com grande sucesso. Nos preparamos para mais um, no mês de agosto, agora organizado pela Regional de Santos. Assumimos e realizamos, neste ano, em abril último, junto com o TCBC Isac Jorge e o Dr. Ulysses Meneghelli a organização da tradicionalíssima Jornada Paulista de Doenças Digestivas, a JOPADDI, em Lindóia. Continuaremos, a partir de 2011, juntamente com os fundadores da Jornada e no ano que vem, sob a liderança do TCBC Sidney Roberto Nadal, a organizar esse evento tão querido e já tradicional em nosso Estado de São Paulo.

O CBC tem, ainda, participado, através de seu Diretor de Defesa Profissional, TCBC Elias Jirjoss Ilias, de diversos eventos, organizados pela APM e outro órgãos, voltados para a melhoria das condições de trabalho e de melhor remuneração aos cirurgiões. Um dos eventos, de extrema importância foi organizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), no sentido de atualizar o Código Brasileiro de Ocupações, o que vai de encontro à aspiração de toda a classe médica para a regulamentação de nossa profissão.

Em setembro, teremos o Congresso Paulista e XVII Assembléia Cirúrgica do CBC. O programa está amplo e atualizado e contará com temas de extremo interesse prático para o cirurgião em aulas e conferências expostas por experientes colegas, além de incluir novas técnicas e tecnologias. É a oportunidade ideal para o debate, a interação e a discussão entre os congressistas e os apresentadores.

Além dos temas de interesse, é a oportunidade ideal para os jovens cirurgiões se iniciarem na prática acadêmica e didática. Essas atividades são incentivadas com a concessão dos prêmios aos melhores trabalhos nas categorias: tema-livre, pôster e vídeo. As inscrições estão abertas!

Conclamo todos os cirurgiões a comparecerem e trazerem suas contribuições para o engrandecimento deste já bem sucedido evento.

TCBC Paulo Kassab  
 Mestre do Capítulo de São Paulo

## Contagem regressiva para o evento



Faltam três meses para o nosso congresso. O programa científico está completo e praticamente todos os palestrantes confirmados. Os temas são variados: contemplando a cirurgia minimamente invasiva, a cirurgia do aparelho digestivo e coloproctológica, o tratamento da obesidade mórbida e cirurgia metabólica, a atualização em hérnias, a cirurgia do tórax, a cirurgia vascular, temas de trauma, a cirurgia pediátrica, a cirurgia plástica, a cirurgia de cabeça e pescoço, a cirurgia oncológica, fórum de pesquisa e uma seção será dedicada a assuntos de fronteira na cirurgia. Toda a programação tem um espírito fundamentalmente prático em mesas e palestras do tipo como eu faço e também várias seções serão interativas permitindo uma participação ativa da plateia nos temas em discussão. O objetivo das comissões organizadora e científica do congresso é reunir os cirurgiões interessados no progresso da arte médica, organizando um congresso adaptado aos tempos modernos e não preso ao formalismo do passado: as inovações serão debatidas, as novas técnicas discutidas e os congressistas requisitados a participar ativamente dos debates.

Além disto, há uma comissão especialmente de-

signada para organizar as apresentações dos temas-livres, as quais serão valorizadas e contarão com experientes debatedores para transformá-las em mais um ponto de real participação dos associados do Colégio.

O Centro de Convenções do Anhembi está adequadamente preparado para receber o nosso congresso que apesar de ser regional tem tido uma projeção que transcende as fronteiras do nosso Estado. Há boa integração com os meios de transporte e um confortável hotel no próprio centro.

23 a 25 de setembro próximo, guarde bem a data, reserve um espaço na sua agenda, venha debater os temas do seu dia a dia, venha conhecer as possibilidades futuras da cirurgia, venha saber como se conduzir frente a situações clínicas com as quais nos deparamos diariamente, traga a sua experiência apresentado temas ou participando das seções interativas.

Participe do Congresso Paulista do CBC. Participe do Capítulo de São Paulo.

O Colégio é seu!

**TCBC Claudio Bresciani**

Presidente da Comissão Científica do Congresso Paulista do CBC

**Timothy J. Kennedy**, cirurgião do Montefiore Medical Center e professor do Departamento de Cirurgia do Albert Einstein College of Medicine (EUA) e **Juan Carlos Mayagoitia González**, do Centro Especializado en el Tratamiento de Hernias, de León, Guanajuato (México) serão os convidados internacionais do Congresso Paulista do CBC.



A cerimônia de encerramento do Congresso Paulista do CBC contará com duas importantes homenagens. O professor **José Carlos Prates**, renomado mestre da Anatomia brasileira receberá o Título de Membro Honorário Nacional do CBC por indicação da Diretoria do Capítulo de São Paulo, aprovada unanimemente pelo Diretório Nacional. Na mesma solenidade o **ECBC Manlio Basilio Speranzini** receberá o Prêmio Benedito Montenegro, outorgado pela Diretoria do Capítulo de São Paulo.

O **TCBC Nelson Fontana Margarido** foi aprovado no concurso para Professor Titular da Disciplina de Topo-

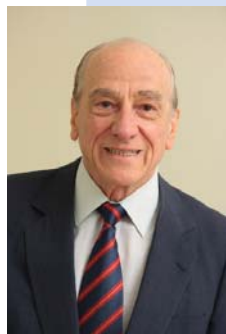
grafia Estrutural Humana do Departamento de Cirurgia da FMUSP. Durante o concurso no dia 01 de junho, o Prof. Margarido ministrou a aula "Ensino da Topografia Estrutural no século XXI".

O **TCBC Carlos Alberto Malheiros** foi aprovado dia 29 de março no concurso para Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP. A aula magistral apresentada foi "Da gastrectomia subtotal à cirurgia metabólica - a história da cirurgia gástrica na Santa Casa de São Paulo".

O **TCBC Sérgio Roll** foi empossado como Secretário da American Hernia Society e futuramente deverá assumir a posição de primeiro Presidente não norte-americano dessa sociedade.

A Câmara Municipal de Campinas concedeu ao **ECBC Cirilo Pardo de Meo Muraro**, Professor Titular de Cirurgia Digestiva da Faculdade de Ciências Médicas da PUC de Campinas o título de Cidadão Emérito. A solenidade foi realizada no Salão Nobre da Santa Casa de Campinas, onde o homenageado atua e a cuja diretoria pertence.

## Falecimentos



O **ECBC Henrique Walter Pinotti**, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da USP, no dia 21 de junho, aos 81 anos. Além da sua extensa produção científica, destacadamente na área de doenças do esôfago, o professor Pinotti também será lembrado pelo desenvolvimento da cirurgia do Aparelho Digestivo como especialidade no nosso meio. Professor Titular da disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, de 1984 a 1999, esteve diretamente ligado ao estabelecimento do programa de residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo, a criação do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, assim como a fundação e estruturação do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Em sua incansável trajetória, também se destacou como organizador de eventos de atualização científica como o tradicional Gastrão e mais recentemente o NetGastro - Curso Nacional de Telemedicina.

O **ECBC Jozias de Andrade Sobrinho** aos 80 anos, no dia 15 de julho. Graduado pela Escola Paulista de Medicina especializou-se em Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Hospital AC Camargo da Fundação Antonio Prudente, onde atuou por mais de 20 anos. Posteriormente, junto com o ECBC Abrão Rapoport, estruturou e liderou o serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis que se tornou um centro de referência em assistência, ensino, e pesquisa nessa especialidade. Foi fundador e presidente (1969-71) da Sociedade Brasileira de Cabeça e Pescoço. Recebeu merecida homenagem pelo Capítulo de São Paulo em 2000.

O professor **Afiz Sadi** no dia 30 de junho, aos 85 anos. Professor Titular aposentado da Disciplina de Urologia da Escola Paulista de Medicina. Reconhecido pela suas atividades associativas e culturais, além de colaborador do jornal Folha de São Paulo. Era Membro Emérito da Sociedade Brasileira de Urologia e da Academia de Medicina de São Paulo, presidente Emérito da Academia Cristã de Letras e integrou a Diretoria do Capítulo de São Paulo do CBC no biênio 1963-65.

## Hospital Municipal de São José dos Campos realizou o III Congresso de Trauma do Vale do Paraíba

O Hospital Municipal José de Carvalho Florence – SPDM, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, a SBAIT e do CBC realizou nos dias 12 a 14 de maio o III Congresso de Trauma do Vale do Paraíba – Trauma 2010, no Parque Tecnológico de São José dos Campos. O evento mais uma vez foi cercado de êxito. Com a participação de 1200 congressistas da região, do sul de Minas e da região metropolitana de São Paulo e 150 palestrantes nas áreas de cirurgia, atendimento pré-hospitalar, enfermagem, fisioterapia, hebiatria, terapia intensiva, neurotrauma, segurança e simulação em saúde. Os convidados especiais Prof. Raul Coimbra (EUA), Prof. Sandro Rizoli (Canadá), Prof. Carlos Mesquita (Portugal) e o Prof. Ari Leppaniemi (Finlândia) engrandeceram ainda mais o evento.

## Intergastro é realizado em Campinas

O Intergastro 2010 – Projeto Interdisciplinar de Atualização em Aparelho Digestivo e Trauma, organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, UNICAMP, PUCCAMP, Hospital Municipal Mario Gatti e com o apoio do Capítulo de São Paulo do CBC entre várias outras sociedades, foi realizado nos dias 13 e 14 de maio, em Campinas. O evento reuniu o V Simpósio de Atualização em Doenças do Aparelho Digestivo, o V Simpósio Internacional de Cirurgia do Trauma, a II Jornada de Enfermagem em Aparelho Digestivo e o II Encontro de Nutrição e Aparelho Digestivo e teve a presença de três importantes convidados internacionais: Raul Coimbra da Universidade da Califórnia, em San Diego, nos Estados Unidos; Sandro Rizoli do Sunnybrook Health Sciences Center da Universidade de Toronto, no Canadá; e Ana Carolina Ferreira Netto Cardoso, do Hôpital Beaujon, em Paris, na França. O livro Atualidades em Clínica Cirúrgica - Intergastro e Trauma 2010 foi lançado durante o evento.

### Conheça os diretores das Seções de Especialidades e de Departamentos que fazem parte do Capítulo de São Paulo

Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Cardíaca	TCBC	LUIZ AUGUSTO FERREIRA LISBOA
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Ginecológica	TCBC	MANOEL JOÃO BATISTA CASTELLO GIRÃO
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Cabeça e Pescoço	TCBC	FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Colo-Proctológica	TCBC	CARLOS WALTER SOBRADO JR.
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Oncológica	TCBC	BENEDITO MAURO ROSSI
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Pediátrica	TCBC	JOSÉ LUIZ MARTINS
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Plástica	TCBC	HENRI FRIEDHOFER
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Torácica	TCBC	JOÃO ALESSIO JULIANO PERFEITO
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Urológica	TCBC	MARCUS VINICIUS SADI
Diretor da Seção de Especialidade	Cirurgia Vascular	TCBC	JOSÉ CARLOS COSTA BAPTISTA SILVA
Diretor do Departamento	Cirurgia Bariátrica	TCBC	THOMAS SZEGO
Diretor do Departamento	Cirurgia do Trauma	TCBC	JOSÉ CESAR ASSEF
Diretor do Departamento	Nutrição e Metabologia	TCBC	CELSO CUKIER
Diretor do Departamento	Técnica Cirúrgica	TCBC	LUIZ AUGUSTO MELLO SINISGALLI
Diretor do Departamento	Transplantes	TCBC	PAULO CELSO BOSCO MASSAROLLO
Diretor do Departamento	Video-Cirurgia	TCBC	ALBINO AUGUSTO SORBELLO

# Tratamento cirúrgico da forma não a

## TCBC Nelson Adami Andreollo

Professor Titular da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas – SP

## TCBC Luiz Roberto Lopes

Professor Livre-Docente da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas – SP

## Introdução

A acalasia idiopática do esôfago e a Doença de Chagas levam ao megaesôfago na sua evolução, prejudicando a qualidade de vida a condição nutricional dos seus portadores. A Doença de Chagas ainda tem grande importância no nosso país onde atinge de 10 a 13 milhões de pessoas. O acometimento cardíaco é o mais comum, seguido pelo esofágico e pelo intestinal. Alguns doentes apresentam comprometimento de dois ou três órgãos. Ocorre destruição dos plexos nervosos ao longo do órgão, determinando distúrbios de motilidade até a ausência completa do peristaltismo no corpo esofágico e a ausência ou abertura incompleta do esfíncter inferior após as deglutições. A consequência final é a incoordenação do peristaltismo, estase progressiva, dilatação e alongamento do órgão.

A acalasia idiopática do esôfago é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida encontrada em todos os continentes e caracterizada por aperistalse esofágica e falha do relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI), causando disfagia. O diagnóstico da forma idiopática deve excluir a possibilidade da doença ser de origem chagásica, ou seja: deve haver sorologias negativas para o *Trypanosoma cruzi*, ausência de cardiopatia, megacolon e antece-

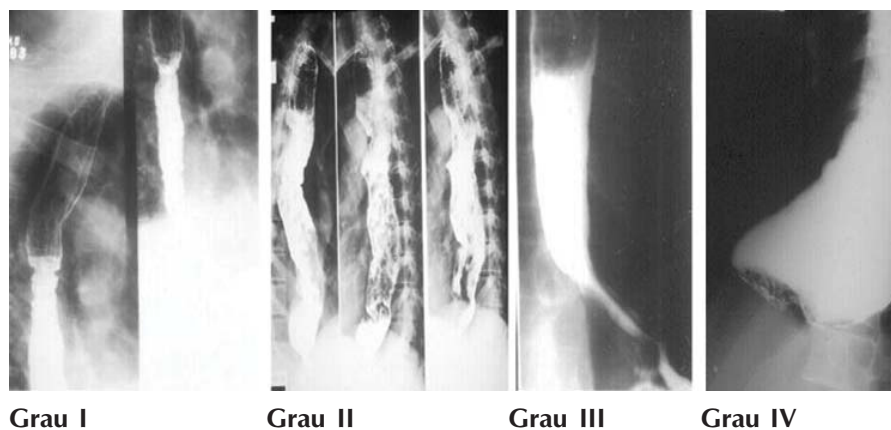
dentos epidemiológicos negativos para a Doença de Chagas. Do ponto de vista funcional o megaesôfago chagásico é uma doença praticamente idêntica à acalasia idiopática.

As radiografias contrastadas do esôfago e a endoscopia digestiva alta são imprescindíveis no diagnóstico da acalasia/megaesôfago. As radiografias, permitem avaliar o grau de dilatação do órgão e o seu esvaziamento, segundo os critérios propostos por Câmara Lopes e Ferreira Santos (1957) e Rezende e cols. (1960). Assim as imagens podem ser classificadas em: grau I – diâmetro esofágico dentro da normalidade (até 4 cm de dilatação), com presença de ondas terciárias, afilamento distal e estase do contraste no seu interior; grau II – diâmetro variando de 4 a 7 cm e ondas terciárias; grau III – diâmetro de 7 a 10 cm e o terço

distal começa a apresentar uma dobra (dolico megaesôfago) e grau IV – diâmetro maior que 10 cm, ocupando praticamente todo o mediastino, com retenção muito acentuada de alimentos (figura 1).

A endoscopia digestiva alta é importante para avaliar minuciosamente a mucosa esofágica e afastar a presença de carcinoma epidermoide concomitante, uma vez que a doença predispõe essa situação. Durante o exame é necessário realizar o teste do lugol à procura de áreas iodo-claras, pois lesões pequenas podem passar despercebidas.

A manometria esofágica está formalmente indicada nos megas incipientes ou grau I e permite o diagnóstico diferencial com outras doenças como: escleroderma, presbi esôfago, mal de Parkinson, e outros distúrbios neurológicos.



# Tratamento não avançada da acalasia do esôfago

Uma vez que as lesões são irreversíveis, os métodos de tratamento disponíveis visam basicamente aliviar o principal sintoma da doença, que é a disfagia progressiva.

O tratamento clínico é método de exceção, uma vez que as drogas causam efeitos e sintomas colaterais. As dilatações forçadas da cárdia com balões hidrostáticos ou pneumáticos foram o único tratamento preconizado por vários autores durante muitos anos, resultando em melhora geralmente temporária dos sintomas e necessitando de repetições periódicas. A sua indicação atual seria no megaesôfago grau I ou incipiente, ou naqueles doentes sem condições clínicas para o tratamento cirúrgico. Da mesma forma a injeção endoscópica de toxina botulínica na submucosa do EEI de portadores de megaesôfago, mostrou resultados transitórios e parciais no alívio da disfagia.

Os avanços no conhecimento da fisiopatologia da doença permitiram que os cirurgiões passassem a empregar cada vez mais procedimentos cirúrgicos visando resultados mais duradouros. Na acalasia idiopática, já existe uma tendência em indicar o tratamento cirúrgico o mais precocemente possível, ao invés das dilatações.

Várias técnicas cirúrgicas já foram empregadas para tratar o megaesôfago, baseando-se no princípio de que havendo um esfíncter esofágico inferior anormal, com acalasia, causando obstrução à passagem dos alimentos para o estômago, a diminuição do seu tônus, sem destruí-lo completamente, mesmo que a doença no órgão continue, melhora o esvaziamento esofágico. A cirurgia

descrita por Ernst Heller em 1913 na Alemanha para tratar a acalasia idiopática segue este conceito.

A operação clássica descrita por Heller consistia apenas de cardiomiectomia e mostrou resultados pouco animadores pelo desenvolvimento do refluxo gastroesofágico precoce elevada recidiva da disfagia. Estudos posteriores e detalhados sobre a etiologia das esofagites confirmou a importância da construção de válvulas anti-refluxo realizadas no esôfago abdominal, para prevenção e tratamento da esofagite de refluxo em doentes portadores de hérnias hiatais ou hipotonia do EEI.

Gradativamente a cirurgia sofreu modificações, associando-se uma ou outra técnica anti-refluxo e mantendo o procedimento da cardiomiectomia. Nas últimas décadas, inúmeros serviços universitários ou privados, nacionais e internacionais, passaram a utilizar a operação descrita por Heller, denominada de cardiomiectomia, associada à válvula anti-refluxo.

No Brasil, a técnica passou a ganhar mais adeptos a partir de 1960. Entretanto a cirurgia foi mais amplamente difundida e empregada, após as publicações de Pinotti e cols. (1974), mostrando sua padronização técnica empregando a realização de esofagocardiomiectomia extensa, sendo 5 a 7 cm de miotomia para o lado abdominal e 3 cm para o lado do estômago, sem abertura da mucosa seguida de esofagofundogastroplicatura em três camadas. A cirurgia apresenta índices muito baixos de morbidade e mortalidade, com curta permanência hospitalar, propiciando melhora duradoura da disfagia em taxas que variam de 60 a 90% na maioria dos

casos, possibilitando ganho de peso e melhoria da condição nutricional e da qualidade de vida. Assim, a cirurgia pela técnica de Heller associada à funduplicatura descrita por Pinotti e cols. (Heller-Pinotti), realizada através de laparotomia mediana supraumbelical, tem sido preferencialmente utilizada para tratar os megas não avançados.

Em 1996, Domene relata com detalhes a sistematização técnica do procedimento de cardiomiectomia com funduplicatura parcial por via laparoscópica em 50 doentes, com seguimento pós-operatório de cerca de 20 meses, obtendo 97,9% de excelentes e bons resultados no controle da disfagia e da regurgitação.

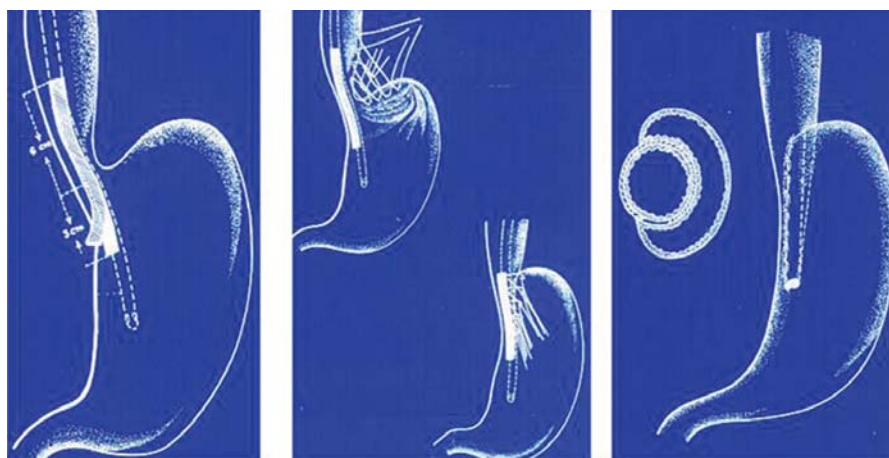
Em 2007, Lopes analisa e compara os resultados tardios em 67 doentes com megaesôfago não avançado operados por videolaparoscopia (26 doentes) e por laparotomia (41 doentes) entre 1994 e 2001, no Hospital das Clínicas da Unicamp, demonstrando que a melhora da disfagia ocorreu de maneira semelhante nos dois grupos e que a técnica de Heller-Pinotti foi eficiente e segura.

## Técnica operatória

Quando empregamos a via de acesso videolaparoscópica a cirurgia é realizada com o paciente submetido a anestesia geral, em posição de litotomia e proclive de cerca de 30 graus, sendo que o cirurgião fica entre os membros inferiores, o primeiro auxiliar à sua direita e o segundo auxiliar, o qual irá manipular a ótica, à sua esquerda. É importante lembrar que antes da colocação da agulha de Veress para

o pneumoperitонеo, é imprescindível que o doente receba uma sonda oro-gástrica tipo Levine, de número 16 ou 18, e todo o ar seja removido do estômago. O pneumoperitoneo é realizado após punção na linha mediana, cerca de 2 a 3 cm acima da cicatriz umbilical, estabelecendo-se uma pressão intra-abdominal de cerca de 13 a 14 mmHg. No local da punção será introduzido um trocarte de 10 mm, através do qual irá ser colocado a ótica com a microcâmara. Outros 4 trocartes são introduzidos: um de 10 mm junto ao rebordo costal esquerdo; um de 5 mm logo abaixo deste, e outro de 5 mm junto ao rebordo costal direito. Após a introdução da ótica preferencialmente de 45° e visualização de toda a cavidade peritoneal, o lobo esquerdo do fígado deve ser elevado, utilizando-se um afastador introduzido através do trocarte junto ao apêndice xifóide e o estômago deve ser tracionado no sentido craniocaudal e posterior, com auxílio de uma pinça traumática introduzida pelo trocarte lateral e inferior à esquerda do doente. As pinças introduzidas através dos trocartes subcostais direito e esquerdo, servirão como pinças de trabalho. Optando-se pela laparotomia, a melhor opção é a laparotomia mediana, supraumbelical.

A cirurgia inicia-se com a incisão do ligamento gastrohepático e a membrana frenoesofágica sobre a transição esôfago-gástrica, com auxílio de bisturi elétrico. Em seguida, são bem identificados os pilares direito e esquerdo do diafragma e os vagos anterior e posterior. Utilizando-se dissecação romba, a face posterior do esôfago distal é dissecada no mediastino, de tal forma a possibilitar a passagem de um dreno de penrose médio à sua volta, permitindo o seu reparo e tração distal.



**Figura 2: Cardiomiectomia a Heller + Funduplicatura (Pinotti et al - 1974)**

É importante a liberação posterior do fundo gástrico, junto ao pilar diafragmático esquerdo, deixando o fundo gástrico bem solto e facilitando a sua mobilização para realizar a funduplicatura anti-refluxo. A secção e ligadura de vasos gástricos curtos da grande curvatura raramente são necessárias.

A aproximação dos pilares diafragmáticos deve ser feita com pontos separados, passados em  $\times$  (xis), com fio inabsorvível, deixando um espaço equivalente a uma polpa digital com o esôfago distal.

Após a exposição adequada de toda a parede anterior do esôfago distal e transição esôfago-gástrica, inicia-se a esofagocardiomiectomia à Heller, utilizando-se tesoura e dissectores, abrindo as camadas musculares do esôfago distal, expondo-se a mucosa, na extensão de 5 a 7 cm em direção cranial e 1 a 3 cm em direção caudal. Todo cuidado deve ser tomado para evitar lesão inadvertida da mucosa e penetração na luz esofágica.

Uma vez completada a esofagocardiomiectomia é realizada a gastrofunduplicatura em 3 camadas, sendo a primeira camada na parede posterior do esôfago, a segunda a

borda lateral esquerda da miotomia à parede anterior. A terceira camada irá cobrir toda a área de mucosa exposta, unindo a parede anterior do estômago, o qual é rodado por sobre o esôfago, à borda lateral direita da miotomia.

Desta forma é constituída uma funduplicatura anti-refluxo envolvendo o esôfago distal e transição esofagogástrica em 270°, as quais podem denominar funduplicatura a Pinotti (Figura 2).

É aconselhável empregar medicação anti-emética no pós-operatório imediato, para evitar náuseas e esforços para vomitar. A introdução de líquidos via oral é precoce, nas próximas 12 – 18 horas após o término do ato anestésico-cirúrgico, progredindo-se em seguida para dieta líquida, e posteriormente pastosa. Recomendamos iniciar dia geral cerca de 8 a 10 dias após, com orientação que o doente procure mastigar bem os alimentos, ingerindo alimentos bem cozidos e devagar. A alta hospitalar, na maioria dos doentes, será 24 a 72 hs. Após a cirurgia, sendo um pouco mais precoce nos doentes operados por via videolaparoscópica.



## Conclusões

No megaesôfago não avançado, a cardiomiectomia a Heller seguida de funduplicatura em três camadas traz muitas vantagens aos doentes, tais como rápida recuperação pós-operatória, aceitação precoce de alimentação via oral, tempo de permanência hospitalar pequeno, menor índice de complicações e retorno às atividades habituais de trabalho em tempo menor. Os resultados no alívio da disfagia são semelhantes tanto na via videolaparoscópica como na cirurgia convencional. Porém, é importante lembrar que o seguimento recomendado é de longo prazo. A cirurgia videolaparoscópica no tratamento das doenças esofágicas, introduzida após 1991 como uma nova modalidade de tratamento cirúrgico minimamente invasivo, já demonstrou seus inúmeros benefícios. Entretanto, a sua perfeita execução e realização à semelhança do que já é realizado através da via laparotômica, exige adestramento, treinamento técnico e experiência, os quais não se adquirem rapidamente, necessitando que o cirurgião tenha experiência primeiramente nas técnicas convencionais, para bem oferecer o melhor tratamento possível ao doente.

Finalizando, a técnica cirúrgica sistematizada para tratamento da acalasia /megaesôfago necessita ser ensinada e difundida aos cirurgiões jovens e em formação. É fundamental que os doentes mantenham seguimento pós-operatório adequado, com avaliação de qualidade de vida, de modo que os autores possam relatar seus resultados a mais longo prazo, ou seja, pelo menos após 5 anos de pós-operatório tardio, para conclusões definitivas do real benefício no arsenal terapêutico como um método definitivo.

## Bibliografia

Andreollo N.A.; Brandalise, N.A.; Leonardi, L.S. Megaesôfago incipiente: dilatação ou cirurgia? Rev Ass Med Brasil. 1984; 30:04.

Andreollo NA, Earlam RJ. Heller's myotomy for achalasia: is an added anti-reflux procedure necessary? Br J Surg. 1987; 74:765.

Andreollo, N.A.; Lopes, L.R.; Brandalise, N.A.; Leonardi, L.S. Acalasia idiopática do esôfago. Análise de 25 casos. GED. 1996, 15:151-155.

Domene CE, Santo MA, Volpe P, Onari P, Atui P, Lima MS, Gomes PCM, Pinotti HW. Tratamento cirúrgico do megaesôfago não avançado por videolaparoscopia. Rev Col Bras Cir. 1999;26: 172.

Lopes LR. Resultados imediatos e tardios do tratamento cirúrgico do megaesôfago não avançado pela Técnica de Heller-Pinotti: laparotomia *versus* laparoscopia. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, SP, 2007.

Oliveira GC, Lopes LR, Andreollo NA, Braga NS, Coelho Neto J S. Tratamento cirúrgico do megaesôfago no Hospital das Clínicas da Unicamp – fatores associados com melhor ou pior prognóstico. Rev Col Bras Cir. 2009 ;36:300.

Park W, Vaezi MF. Etiology and pathogenesis of achalasia: the current understanding. Am J Gastroenterol. 2005;100:1404.

Pinotti HW, Gama-Rodrigues JJ, Ellenbogen G, Arab-Fadul R, Raia AA. Novas bases para o tratamento cirúrgico do megaesôfago: cardiomiectomia com esofagofundopexia. Rev Ass Med Bras. 1974; 20:331.



## Seja membro Titular do CBC

Informe-se na Secretaria do Capítulo de São Paulo do CBC com as secretárias Flávia e Geise nos telefones: (11) 3101-8045 / 3101-8792 / 3188-4245 ou no site do Diretório Nacional do CBC: [www.cbc.org.br](http://www.cbc.org.br) sobre as normas e datas para o recebimento de propostas. Lembramos que a monografia, exigida como requisito, será dispensada para os candidatos com Mestrado, Doutorado ou Título de Especialista do CBC ou sociedades conveniadas.

## Alfredo Abrão

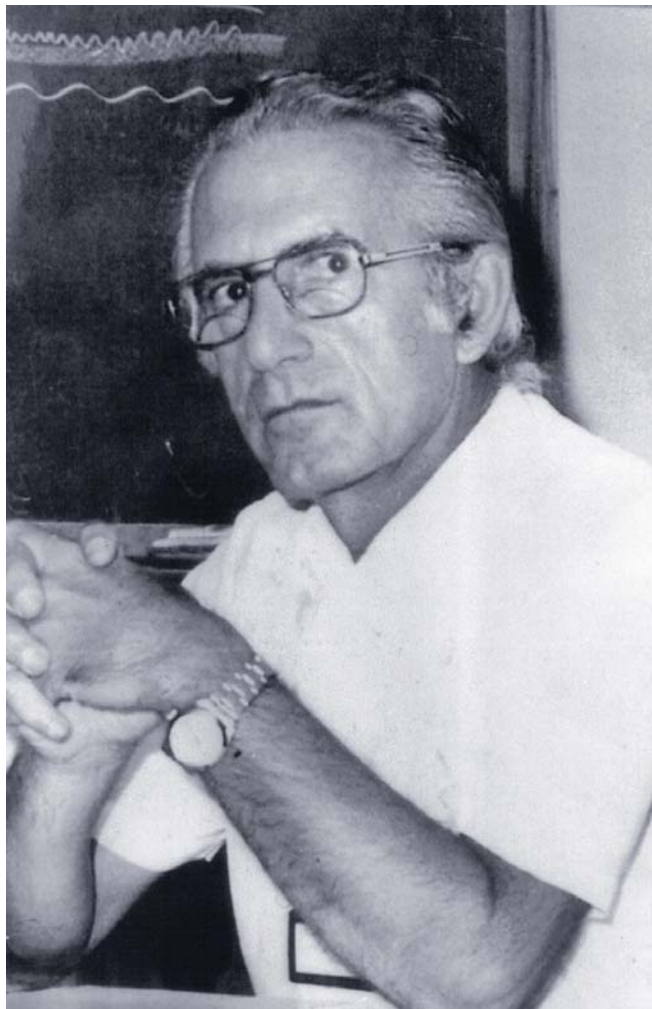
TCBC Rafael Abrão Possik

Nasceu em 20 de fevereiro de 1925, no litoral do Líbano, numa família sírio-ortodoxa originária de uma aldeia nas montanhas do sul da Turquia. Sua família imigrou para o Brasil ainda em 1925 e se radicou em Campo Grande, Mato Grosso do Sul onde seu pai, o comerciante José Abrão, e sua mãe Mansoura Hanna Abrão, ambos analfabetos, prosperaram com muito trabalho e sacrifícios e puderam dar uma boa educação e padrão de vida aos seus dezoito filhos.

Na Escola Paulista de Medicina, ainda como estudante, durante três anos foi assistente da clínica do Prof. Henrique Mélega, e participou como acadêmico interno na clínica de Propedêutica Cirúrgica do Prof. Alípio Corrêa Netto. Graduou-se em 1949 e foi assistente da cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental de 1950 a 1951. Em 1953, defendeu na EPM a sua tese de doutoramento: "Orientação no tratamento do carcinoma de pênis", sendo aprovado com distinção.

Em 1950 tornou-se assistente da clínica do Prof. Antonio Prudente, que fundara em 1934 a Associação Paulista de Combate ao Câncer, instalada desde 1946, em convênio com o Hospital Santa Cruz. O Prof. Prudente, era um profissional extraordinariamente ético e humano, além de ser um dos principais cancerologistas da América Latina, com inúmeras inovações táticas e técnicas na abordagem do câncer. No Hospital Antonio Cândido de Camargo, o inaugurado em 1953, foi chefe dos residentes, cirurgião titular e participou de atividades científicas, didáticas e diretivas. No "Hospital do Câncer" foi nomeado chefe do serviço de Estômago e Andar Supramesocólico em 1970 e a partir de 1975 tornou-se o diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal, sendo um dos responsáveis pela formação de mais de 400 residentes com a mais alta qualificação e que, na sua grande maioria, exercem cargos de chefia e ensinam oncologia em todos os estados brasileiros e em vários países da América Latina. Em 1977 defendeu a tese de Livre Docência em Clínica Cirúrgica na Pontifícia Universidade Católica, apresentando o trabalho "Estadiamento cirúrgico da Doença de Hodgkin" mostrando o valor do estadiamento preciso para um tratamento mais eficiente.

Dirigiu o departamento de Cirurgia Abdominal com afinco e sempre preocupado com a parte científica e assistencial, padronizando o atendimento, desde a primeira consulta até a discussão de todos os casos com o



"staff" e indicando a terapêutica mais adequada para cada um; participava de quase todas as cirurgias, inclusive dos pacientes indigentes. Tinha predileção por operar aos sábados, pois dizia que "neste dia não havia atendimento no seu consultório particular e poderia operar com mais tranquilidade e os residentes poderiam inquiri-lo à vontade". O paciente era uma das razões da sua existência e sofria calado sempre que amargava a perda de um deles.

Publicou inúmeros trabalhos sobre câncer de mama enfocando a abordagem dos linfonodos da cadeia marmária interna, o uso de aspiração contínua no leito da linfadenectomia axilar, indicação de cirurgias econômicas para casos iniciais, o uso de quimioterapia transcirúrgica intra-arterial e no leito cirúrgico, a abordagem hormonal criteriosa, etc.



Padronizou a tática e técnica cirúrgicas para o câncer do estômago, publicando em 1976 a sua padronização tanto no nível de ressecção como no nível da dissecação linfonodal e também apresentou a sua técnica de reconstrução em Y de Roux, foi adotada por quase todos os serviços de oncologia do estômago, com figuras elaboradas pelo artista Sr. Gonçalves. Instituiu também a rotina para o estudo dos linfonodos com identificação em separado dos mesmos e que iria facilitar na comparação dos nossos resultados com os de outras instituições nacionais e estrangeiras. A partir destas padronizações sua presença tornou-se quase que obrigatória nas reuniões e congressos médicos. Os trabalhos sobre o estadiamento laparoscópico do câncer gástrico publicado na revista Câncer foi citado centenas de vezes em artigos internacionais. Outra importante contribuição foi o estudo com análise multifatorial dos fatores prognósticos em 301 pacientes com câncer gástrico.

Desde o início da sua carreira preocupou-se com a correta abordagem do paciente assim como na atuação ética do médico. Além de membro fundador da Associação Médica Brasileira, foi Membro Titular do Colégio

Brasileiro de Cirurgiões exercendo o cargo de Vice-Mestre do Capítulo de São Paulo durante o biênio 1983-85 e atuou como conselheiro do Cremesp. Recebeu várias homenagens em vida tanto de seus pacientes como também diplomas honorários como cidadão da cidade de São Paulo e de Campo Grande.

Em 1992 deixou o Hospital AC Camargo com grande tristeza, pois ali fizera o seu trabalho com afinco e dedicação quase que exclusiva; formou e moldou inúmeros profissionais e especialistas não só na parte científica, mas também na parte humana e ética, deixando uma lacuna que não será preenchida. Em 1994 afastou-se da Medicina, retornando as suas origens em Campo Grande onde participou da fundação do Hospital do Câncer, entidade filantrópica que hoje tem o seu nome. Continuou a sua vida mais pacata assistindo aos jogos do Palmeiras, escutando as músicas clássicas e dos Beatles, visitando a fazenda, colhendo os seus frutos e problemas. Faleceu em 18 de dezembro de 2000 deixando a sua esposa Célia, seus filhos José, Alfredo, Ivan, Francisco e Marcelo e os netos Rachel, Alfredo Neto e João.



# XXIX

## CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

21 A 25 DE AGOSTO DE 2011 - FORTALEZA - CEARÁ

UNIVERSALIDADE • EQUIDADE • INTEGRALIDADE

ATUALIDADES CIRÚRGICAS - 11

## Agenda

### **Congresso Paulista do CBC – XVII Assembleia Cirúrgica do Capítulo de São Paulo**

**Datas:** 23 a 25/09/10

**Local:** Centro de Convenções Anhembi, São Paulo – SP  
**Informações:** (11) 3101-8045

### **Curso Continuado de Cirurgia Geral do Capítulo de São Paulo do CBC**

**Datas:** veja no [www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br)

**Local:** Av. Brigadeiro Luis Antonio, 278 – 9º andar, São Paulo – SP  
**Informações:** (11) 3101-8045

### **XVIII Curso Anual de Cirurgia de Urgência**

**Datas:** veja no [www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br)

**Local:** Hotel Maksoud Plaza, São Paulo – SP  
**Informações:** (11) 3101-8045

### **VIII Jornada Internacional de Endoscopia Terapêutica**

**Datas:** 21 a 22/08/10

**Local:** Mendes Convention Center – Santos – SP  
**Informações:** (13) 3228-9055

### **IX Congresso da Sociedade Brasileira de Atendimento ao Traumatizado (SBAIT)**

**Datas:** 08 a 10/09/10

**Local:** Centro de Eventos da PUCRS – Porto Alegre – RS  
**Informações:** [www.sbeit.org.br](http://www.sbeit.org.br)

### **Congresso Brasileiro de Hérnia**

**Datas:** 25 a 27/09/10

**Local:** Hotel Intercontinental – Rio de Janeiro – RJ  
**Informações:** <http://cbhernia.org>

## Congresso Paulista terá pontuação para CNA

A participação no Congresso Paulista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC, que vai acontecer entre os dias 23 e 25 de setembro, no Centro de Convenções do Anhembi, contará pontos para a revalidação do Título de Especialista da Comissão Nacional de Acreditação – CNA. Para cada especialidade ou área de atuação haverá uma pontuação.

Para Cirurgia Geral, a pontuação será de 15 pontos. Já para Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Coloproctologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cancerologia Cirúrgica, Cirurgia Torácica, Cirurgia do Trauma e Cirurgia Videolaparoscópica serão computados 10 pontos.

“O Congresso Paulista/XVII Assembleia Cirúrgica do CBC São Paulo é uma tradição no Estado, onde médicos, pesquisadores, estudantes e residentes têm a oportunidade de participar de aulas e conferências sobre temas de extremo interesse

prático para o cirurgião, expostas por experientes profissionais do Brasil e do Exterior”, afirma o Mestre do Capítulo São Paulo, Paulo Kassab. Para ele, o Centro de Convenções do Anhembi está adequadamente preparado para receber o evento que apesar de ser regional tem tido uma projeção que transcende as fronteiras do estado.

O Congresso Paulista do CBC apresenta novidades este ano, como tempo para o debate e a discussão entre os apresentadores, a mesa e os congressistas; além de sessões interativas, discussões de casos clínicos e sessões de perguntas e respostas (multimídia).

Os interessados podem fazer a inscrição no site [www.cbccsp.org.br](http://www.cbccsp.org.br), e também consultar a programação científica, as regras para a inscrição de resumos científicos e obter informações sobre pacotes de viagem.

