

Diretrizes no tratamento cirúrgico das metástases hepáticas colorretais.

Conheça as Diretrizes propostas pela SSO, AHPBA e SSAT para o tratamento cirúrgico das metástases hepáticas do câncer colorretal.

Páginas 8 e 9



Confira os convidados internacionais e os preparativos da XVIII Assembléia Cirúrgica do CBCSP - Congresso Paulista de Cirurgia 2012.

Páginas 2 e 6



XVIII Assembléia Cirúrgica do CBCSP

São Paulo, 05 e 06 de outubro de 2012
Caesar Business Faria Lima

O TCBC Marco Cezario Melo reflete sobre o Ensino da Videocirurgia.

Páginas 3 e 4

O TCBC Fausto Miranda homenageia o ECBC Emil Burihan, líder da Cirurgia Vascular brasileira.

Página 7

“O Professor de Medicina”
crônica do ECBC Fares Rahal.

Página 11





EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo 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 ou flavia@cbcs.org.br

Mestre do Capítulo:

TCBC Cláudio José Caldas Bresciani

Vice-Mestre:

TCBC Sidney Roberto Nadal

1º Secretário:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

2º Secretário:

TCBC Rogerio Saad Hossne

1º Tesoureiro:

TCBC Elias Jirjoss Ilias

2º Tesoureiro:

TCBC Carlos Eduardo Jacob

DEPRO:

TCBC Luiz Roberto Lopes

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

Ano XIV – Nº 53 – junho de 2012

Diretor responsável:

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2013)

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

Congresso Paulista de Cirurgia - XVIII Assembléia Cirúrgica do Capítulo de São Paulo do CBC

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões foi fundado em 1929 como uma sociedade médica voltada ao aprimoramento médico e atualização de seus membros. O Capítulo de São Paulo do CBC, fundado em novembro de 1941, segue fiel aos preceitos lançados quando da fundação do CBC: atualização, análise crítica das inovações e defesa profissional. Dentro deste prisma de atuação o CBC-SP organiza seu encontro bianual há 36 anos, inicialmente chamado Assembleia Cirúrgica é hoje conhecido como Congresso Paulista de Cirurgia.

Nos dias 5 e 6 de outubro próximo, no Hotel Caesar Business Faria Lima, em São Paulo será realizada a 18ª versão do Congresso do Capítulo de São Paulo do CBC. Esperamos contribuir com o debate, o conhecimento e respostas para as questões atuais relativas ao diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao campo da Cirurgia Geral. Construir espaço para a discussão multidisciplinar e permitir o intercâmbio científico entre profissionais, acadêmicos e professores convidados é outro dos objetivos do Congresso Paulista de Cirurgia. As comissões constituídas para a organização do evento se esmeraram para oferecer um espaço confortável para os congressistas e um programa científico com discussões sobre temas do dia a dia do cirurgião e temas de fronteira onde poderemos antever o futuro da cirurgia.

Os cirurgiões convidados do exterior e já confirmados abordarão temas de uso imediato e perspectivas do tratamento do trauma e aplicação da cirurgia minimamente invasiva em cirurgia geral.

Renomados especialistas paulistas foram convidados e abordarão os diversos temas correlatos à nossa especialidade. Temas de interesse para o cirurgião e que fazem parte de especialidades conexas como a ginecologia, cirurgia vascular, torácica, urológica, cabeça e pescoço e plástica serão abordados com vistas a ampliar os conhecimentos necessários ao cirurgião.

Os congressistas poderão participar da programação através da apresentação de pôster, fórum de pesquisa, tema-livre ou vídeos. A Comissão de Trabalhos Científicos está preparada para selecionar os melhores estudos, o primeiro colocado fará jus a um ao prêmio do Congresso e receberá um cheque no valor de R\$ 1.000,00.

Reserve esta data. Inscreva-se. Participe.

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

Ensino da Videocirurgia

TCBC Marco Cezario de Melo

Membro Titular do CBC, CBCD e SOBRACIL

Coordenador Regional do CETREX – Extensão e Pós-Graduação em Saúde

Chefe da Equipe Cirúrgica da DIGEST – Clínica Especializada no Aparelho Digestivo – Recife

Os cursos básicos de videocirurgia executados no Centro de Treinamento em Videocirurgia do Recife, na década de 1990, me permitiram a observação dos colegas treinando vencendo os desafios decorrentes da execução de movimentos, através de portais, em ambiente percebido por visão bidimensional e com a sensibilidade háptica diminuída. A sensibilidade háptica é a responsável pela avaliação do ambiente que nos cerca, sendo detectada por sensores localizados nos músculos, tendões e articulações, estimulados durante a palpação. Constitui-se na segunda forma mais fiel de orientação espacial, fundamental aos cegos.

A leitura em diversas áreas específicas me fez entender o que ocorria, sinalizando a necessidade de modificar o ensino da cirurgia. Diferentemente da cirurgia aberta, onde o espaço vivencial é ampliado para o interior do paciente através de uma ampla incisão, na cirurgia laparoscópica a manutenção da barreira mucocutânea, condiciona a necessidade da criação de: um espaço cirúrgico, formando uma área a ser manipulada; uma interface visual, estabelecendo a entrada de luz e a percepção visual do espaço operatório; e uma interface motora, permitindo a percepção háptica e o manuseio visceral.

A criação de um espaço operatório na cirurgia laparoscópica pela introdução de CO₂ sob pressão, transformando a cavidade virtual do peritônio em um espaço real, é fundamental para permitir o manuseio visceral. Para tanto, é necessária a realização de um acesso seguro, promovendo e mantendo a expansão do espaço dentro dos limites de segurança, minimizando o vazamento e a absorção do gás introduzido.

A interface visual constituída das fibras e elementos ópticos que conduzem a luz ao interior do corpo humano e dos sistemas de câmera e vídeo, que trazem a imagem ao monitor, condiciona o cirurgião a um trabalho em três espaços de percepções visuais distintas: o vivencial, quando o cirurgião coloca o instrumental cirúrgico através do portal (tridimensional), o projetado,



na manipulação visceral do espaço operatório mostrado no monitor (bidimensional) e no manuseio de estruturas fora do alcance visual ou no espaço cego (zero dimensão). Esse espaço cego é frequentemente manipulado pelo auxiliar na exposição da víscera trabalhada pelo cirurgião, manuseio esse que só pode ser acompanhado pelos sinais visuais indiretos ou pela sensibilidade háptica aqui comprometida.

Sem dúvida, a visão bidimensional, obtida pela imagem projetada, é a mais utilizada durante todo o procedimento. Faz-se necessária, portanto, a adaptação ao trabalho sem a visão binocular e sem a acomodação visual, responsáveis pela percepção da profundidade (3ª dimensão). Para avaliar a distância egocêntrica (entre o observador e o objeto observado), resta ao videocirurgião trabalhar com os indicadores monoculares (ou

pictóricos), especialmente a textura, a luz, a sombra e o contraste, que dependem, fundamentalmente, da qualidade de imagem, otimizada pelo uso de equipamentos de alta resolução.

Essa interface visual obriga o auxiliar que manipula a óptica (o câmera) a manter ou preservar, o máximo possível, a visão habitual. Em situação normal, o cérebro é capaz de manter o horizonte sempre em sua posição graças ao reflexo vestibulo-ocular, responsável pela estabilização das imagens na retina. Ainda em decorrência desse reflexo, um objeto ao ser observado é colocado no centro da área da visão e, quando de sua movimentação, é ele seguido pelo movimento ocular, depois pelo desvio do pescoço e por fim pelo deslocamento do corpo. Na videocirurgia, o câmera deve manter o horizonte em sua posição correta, a víscera manipulada deve permanecer centralizada e seguida pela óptica quando do manuseio do cirurgião, sendo afastada em movimentos mais amplos, especialmente ao se retirar ou introduzir instrumentais.

A passagem de um instrumental longo pela parede abdominal determina um ponto fixo (local de introdução do trocarte) promovendo o efeito fulcrum ao se realizar os movimentos intracavitários, mimetizando-os aos de uma alavanca, situação que determina uma ação contrária à sua movimentação externa com força determinada pela extensão da pinça no interior e exterior do corpo do paciente. Esses instrumentos, ao serem introduzidos por um ponto fixo, só permitem 4 graus de liberdade (penetração, apreensão, balanço e rotação) e têm seu ângulo de atuação limitado ao escolhido no início do procedimento.

A parede íntegra impede a introdução da mão na área operada, impossibilitando o afastamento manual das vísceras. Esse fato acarreta a necessidade de recorrer ao uso da força gravitacional para promover um melhor campo operatório. Sendo assim, na realização de uma cirurgia laparoscópica se faz necessária a utilização de uma mesa operatória com controle remoto.

Estas duas interfaces (visual e motora), além de acarretarem significativas alterações de percepção dos espaços físicos trabalhados e determinarem problemas ergonômicos ao cirurgião, promovem alterações de orientação e navegação espacial. Por conta disso é imperativa

uma reorientação espacial, só adquirida através de uma adaptação perceptivomotora. A orientação espacial desenvolvida durante a infância através de danças, esportes, educação física e outras atividades motoras, necessita ser reaprendida no novo ambiente.

O espaço visual é a representação mental do ambiente (do espaço físico) de acordo com as propriedades geométricas percebidas que variam segundo o ambiente. No ambiente físico natural ou vivencial (mundo real), quando avaliada no espaço peripessoal ou manipulatório, a distância é discretamente superestimada, variando de acordo com a idade e ângulo de visão, enquanto no ambiente pictórico (imagem projetada) a percepção é sempre subestimada. Essa deformação perceptual “aproximam” os objetos manipulados quando vistos através da imagem bidimensional.

Portanto, para o cirurgião, a grande diferença entre a cirurgia aberta e a videocirurgia está no manuseio de estruturas em ambiente distinto do habitual. Esse fato determina a necessidade de uma adaptação perceptivomotora a esse novo ambiente, que deve ocorrer antes da realização do primeiro ato operatório. O ambiente da cirurgia aberta é o mesmo que o cirurgião está condicionado, enquanto que o da videocirurgia é inteiramente distinto, requerendo treinamento prévio em simuladores específicos. É um processo que demanda tempo e prática, associada à perseverança.

As universidades devem se preparar para essa nova realidade, já que o residente de cirurgia não pode ser autorizado a realizar uma videocirurgia sem antes se submeter a um período de adaptação perceptivomotora em laboratório de simulação. Não deve vivenciar a curva de aprendizagem de cada procedimento sem treinamento óculo motor prévio, em ambiente similar ao que irá encontrar durante execução de um procedimento videocirúrgico. A inobservância desta sequência evolutiva na sua aprendizagem pode resultar em erro médico.

O respeito à ética e a manutenção da segurança são imperativos e devem nortear todos os que abraçam a profissão. A capacitação técnica individual e a reflexão pessoal sobre as decisões tomadas durante um ato médico, incluindo sua aprendizagem, implicam em alto nível de exigência individual do aprimoramento no atendimento ao ser humano, razão de ser da medicina. ■

Assunto tratado de forma mais abrangente e detalhada no livro “A Reconfiguração da Cirurgia”

Informações: cezario@truenet.com.br

O **ECBC João Baptista Ramos** faleceu no dia 14 de janeiro de 2012, aos 72 anos. Graduado pela Faculdade de Medicina de Sorocaba (PUC-SP) em 1967 foi aprovado em 1º lugar e realizou residência em Cirurgia Geral no HC da FMUSP. Em 1971 transferiu-se para Presidente Venceslau onde sempre exerceu sua prática profissional. Membro atuante do CBC, desde 1971, participou da fundação e da estruturação da Regional Presidente Prudente do Capítulo de São Paulo da qual foi o primeiro Vice-mestre.



Faleceu no dia 16 de fevereiro de 2012, aos 63 anos, o **ACBC Wilson Cesar Bueno**, cirurgião geral e vascular, graduado pela Faculdade de Medicina de Bragança Paulista. Atuou por mais de 30 anos na Santa Casa de Misericórdia de Santos e em serviço público na cidade de São Vicente, onde residia e clinicava no seu consultório particular.

No dia 03 de março de 2012, foi realizada na sede da Associação Paulista de Medicina a posse da nova Diretoria das **Regionais do Capítulo de São Paulo** do Colégio Brasileiro de Cirurgiões para o biênio 2012/2013. Nessa oportunidade os diretores foram informados e discutiram as atividades administrativas e científicas do capítulo.

No dia 7 de março, em cerimônia especial comemorativa dos 117 anos da fundação da **Academia de Medicina de São Paulo**, foi oficializada a posse dos novos membros titulares da entidade. Seis do Capítulo de São Paulo passaram a integrar essa tradicional sociedade: **TCBC Cláudio Roberto Cernea**, **TCBC José Luiz Martins**, **ECBC José Pinus**, **ACBC Jorge Carlos Machado Curi**, **ECBC Manoel Ignacio Rollemberg dos Santos** e **TCBC Ramiro Colleoni Neto**. A solenidade aconteceu na Sala São Paulo, com mais de 800 convidados entre acadêmicos, autoridades e representantes de entidades médicas, que assistiram à apresentação do coral da Universidade Federal do Estado de São Paulo.

O **TCBC Samir Rasslan**, professor Titular e Chefe do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP, foi eleito membro Titular da **Academia Nacional de Medicina** durante Assembleia realizada no dia

19 de abril de 2012. O ex-presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões ocupará a cadeira 63 da Seção de Cirurgia, cujo patrono é Vicente Cândido Figueira de Saboya.

A sétima edição do **Curso Continuado de Cirurgia Geral**, atualmente coordenado pelo **TCBC Elias Ilias**, conta com 221 inscritos entre médicos, residentes e acadêmicos. A grande procura motivou a locação de uma segunda sala para atender aos inscritos com a transmissão das apresentações do anfiteatro principal. O curso, criado em 2006 pelo **TCBC Paulo Corsi**, está estruturado em módulos mensais baseados no conteúdo programático do edital do Título de Especialista em Cirurgia Geral do CBC.



No dia 25 de abril, **Dia Nacional de Advertência aos Planos de Saúde**, o Capítulo de São Paulo participou, junto com as principais sociedades médicas do Estado, da manifestação que reuniu cerca de 1000 médicos e dentistas que realizaram passeata na Avenida Paulista e distribuíram uma carta aberta à população.



As doenças inflamatórias intestinais foram o tema do **III Encontro do Clube Benedito Montenegro** organizado pela regional Vale do Paraíba e Litoral Norte e que foi realizado no Hotel Mercure, em São José dos Campos no dia 02 de junho de 2012.

Congresso Paulista de Cirurgia tem dois convidados internacionais confirmados

As comissões organizadora e científica estão trabalhando intensamente para que o Congresso Paulista de Cirurgia mantenha sua tradição de excelência e seja o cenário adequado para a aquisição de conhecimentos, renovação de conceitos e debate dos principais temas relacionados à nossa prática profissional.

Os conferencistas internacionais serão o Dr. Homero Rivas - Director of Innovative Surgery da Stanford University School of Medicine e o Dr. Elias Degiannis - Associate Professor of Surgery, University of the Witwatersrand / Director of Trauma Chris Hani Baragwanath Hospital de Johannesburg, África do Sul.

Foi constituída uma comissão de acadêmicos, representando várias escolas médicas paulistas, que juntamente com a comissão científica, está elaborando sessões direcionadas



Membros da Comissão Acadêmica do Congresso Paulista de Cirurgia junto ao ACBC Roger Coser, TCBC Cláudio Bresciani e TCBC Ramiro Colleoni.

especificamente para a discussão de temas de interesse dos estudantes e médicos residentes.

As inscrições já estão abertas, podendo ser realizadas com antecede-

dência e valor reduzido até o dia 14 de setembro. O prazo para submissão dos resumos dos temas livres, pôsteres, fórum de pesquisas e vídeos encerra-se no dia 06 de agosto de 2012.



Congresso Paulista de **CIRURGIA**

XVIII Assembléia Cirúrgica do CBCSP

São Paulo, 05 e 06 de outubro de 2012
Caesar Business Faria Lima

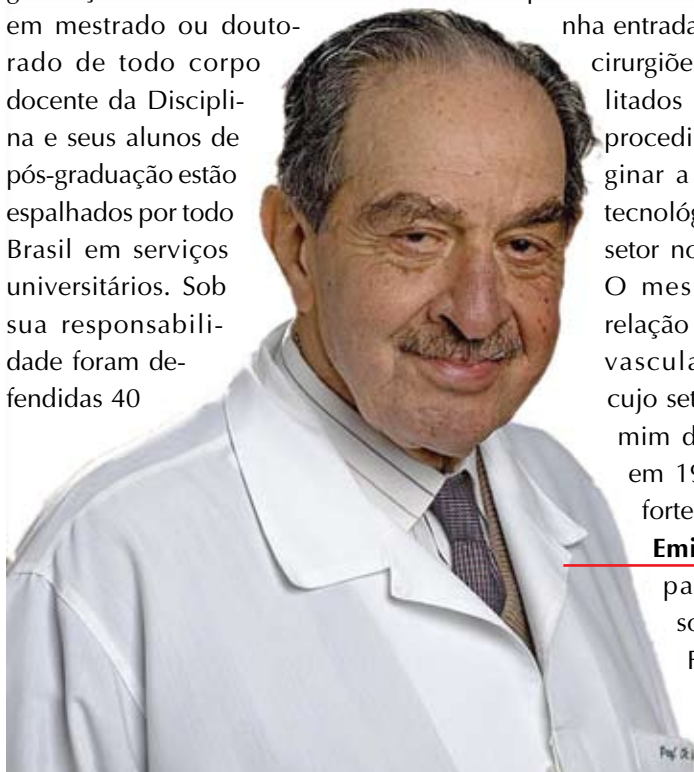
ECBC Emil Burihan - 38 anos após ...

TCBC Fausto Miranda Jr.

Professor Titular de Cirurgia Vascular

Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo

Foi uma longa convivência. Iniciava minha carreira como docente da Escola Paulista de Medicina e encontrei como Chefe de Clínica o Prof. Dr. Emil Burihan, o mesmo que havia ministrado aulas na minha graduação e na residência de Cirurgia Geral e de Cirurgia Vascular. Neste ano, 1974, havia uma grande agitação na Disciplina de Cirurgia Vascular, pois o Prof. Emil concorria ao cargo de livre-docente e para a prova prática fui incumbido de transferir de outro hospital um paciente com isquemia arterial crônica cuja única indicação era a simpatectomia lombar. Foi aprovado como toda pompa que cercava este concurso acadêmico na época. Com a aprovação do Curso de Pós-graduação o Prof. Emil foi o orientador em mestrado ou doutorado de todo corpo docente da Disciplina e seus alunos de pós-graduação estão espalhados por todo Brasil em serviços universitários. Sob sua responsabilidade foram defendidas 40



teses de mestrado e 20 de doutorado. Como Chefe da Disciplina (1977) e Professor Titular (1978) participou de colegiados e comissões desenvolvendo uma intensa atividade administrativa. Foi Chefe do Departamento de Cirurgia por três triênios. Em meio a isto, não dispensava as aulas da graduação no quarto ano médico e no internato, sendo paraninfo de duas turmas e homenageado por outras seis turmas. Desenvolveu também intensa atividade assistencial junto com os residentes e com os docentes que foram incorporados nos anos seguintes. Um grande trunfo sem dúvida foi o fato do Prof. Emil ter mantido sob cuidado da Disciplina a angiografia diagnóstica e posteriormente a intervencionista. Isto permitiu a formação desde minha entrada na Disciplina de cirurgiões vasculares habilitados em realizar estes procedimentos sem imaginar a grande explosão tecnológica que teria este setor nos anos seguintes. O mesmo ocorreu em relação à ultrassonografia vascular com Doppler cujo setor é chefiado por mim desde sua criação em 1976. Outro ponto forte na vida do **Prof.**

Emil foi sua participação na área de sociedade médica.

Fui testemunha da sua atuação agre-

gadora desde as reuniões realizadas no Hospital São Camilo organizadas pelo Prof. Mário Degni. Teve atuação importante na união de angiologistas e cirurgiões vasculares em torno de uma mesma sociedade desde estas já citadas reuniões até uma histórica Jornada em Fortaleza em que a sociedade passou ser denominada de Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Exerceu vários cargos na diretoria nacional e na regional de São Paulo sendo eleito presidente da nacional no biênio 1976 a 1977. Tinha participação ativa em congressos nacionais e internacionais além de cursos e jornadas. Sempre visto como pessoa ponderada e conciliadora era sempre convidado a participar de discussões difíceis e delicadas que envolviam a vida associativa. Foi grande defensor do título de especialista e da atualização médica continuada estimulando a participação dos associados nos cursos, congressos e jornadas. Embora “tenha sido aposentado na Escola Paulista de Medicina”, como sempre dizia, continuou a participar das reuniões semanais e dos simpósios do internato médico da Disciplina. Continuou também a participar dos congressos nacionais e das reuniões administrativas da regional de São Paulo da sociedade. Porém, um evento súbito o retirou desta nossa convivência de 38 anos deixando um vazio difícil de ser preenchido, um sentimento de perda, de ausência que persistirá não sei por quanto tempo.

Diretrizes no tratamento cirúrgico das Destaque do Consenso Multidisciplinar

Fernando Simionato Perrotta

Residente de Cirurgia Oncológica do Hospital AC Camargo

ACBC Felipe José Fernández Coimbra

Cirurgião Oncológico, Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital AC Camargo, membro da AHPBA

O câncer colorretal é o terceiro tumor mais frequente no ocidente. Cerca de 50% dos pacientes desenvolvem metástases hepáticas na sua evolução, as quais são responsáveis por, no mínimo, dois terços das mortes. O avanço nas técnicas cirúrgicas e a melhora dos esquemas quimioterápicos têm permitido oferecer tratamento com intuito curativo a um número cada vez maior de pacientes, o que tem gerado um interesse crescente neste tema.

Em janeiro de 2012 foi realizado o 2º consenso de tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal (MHCCR) na cidade de São Francisco, EUA, organizado pelas sociedades: Americas Hepato-pancreato-biliary Association, Society for Surgery of the Alimentary Tract e Society of Surgical Oncology. Os temas foram debatidos em 3 sessões: 1) Seleção para a ressecção, 2) Tratamento locorregional e 3) Tratamento sistêmico. Na primeira sessão foram discutidos a avaliação radiológica e de resposta à quimioterapia, critérios de ressecabilidade e metástases que desapareceram após a quimioterapia. Como participante das discussões deste consenso destacaremos os principais pontos apresentados.

O consenso ratifica a cirurgia como fundamental no tratamento curativo das MHCCR, alcançando os maiores índices de sobrevida para esta doença. Portanto, é vital uma

avaliação radiológica cuidadosa, que permita a seleção dos candidatos à ressecção, assim como a avaliação de resposta nos casos de tratamento neoadjuvante, e a exclusão dos pacientes já irresssecáveis na primeira avaliação (cerca de 70% dos casos).

Os principais métodos de imagem continuam sendo a tomografia computadorizada com multidetector trifásica (arterial, portal e equilíbrio), a ultrassonografia intra-operatória e a ressonância nuclear magnética (RNM). O método de escolha depende do expertise e disponibilidade do serviço. O PET-CT pode ser útil na busca de outros sítios de metástase embora não seja obrigatório. A volumetria hepática deve ser realizada nas grandes ressecções (>3 segmentos).

Foram ressaltadas novas técnicas de RNM capazes de aumentar a sensibilidade de detecção de MHCCR, especialmente as < 1cm, em fígado esteatótico, ou após o tratamento

com quimioterapia. Cito a técnica de difusão, que avalia a movimentação das moléculas de água dentro de uma lesão, permitindo identificar com mais clareza lesões sub-centimétricas assim como diferenciar lesões benignas de malignas. Lesões malignas tem menor movimentação das moléculas de água por terem maior celularidade. Outro método utilizado, ainda não disponível no Brasil é o uso de contraste fígado específico, com vantagens semelhantes à difusão. Estudos demonstram que a associação dos métodos aumenta a acurácia.

Quanto a avaliação de resposta à quimioterapia o método RECIST permanece o utilizado rotineiramente mais fica recomendado novos estudos para que este seja adaptado a nova realidade de quimioterapia, uma vez que estudos recentes mostram que resposta volumétrica em níveis inferiores aos já existentes (>30%) já podem indicar importância prognóstica.

Quanto à ressecabilidade foram mantidos os critérios básicos, ou seja: remover todas as metástases hepáticas mantendo ao menos dois segmentos contíguos, preservando o fluxo arterial e portal (inflow), o fluxo venoso e biliar (outflow), e mantendo um vo-

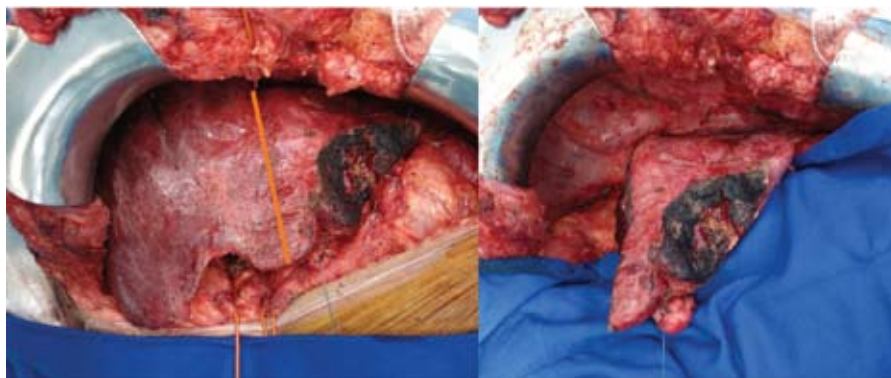


Figura 1- Paciente com múltiplas metástases bilaterais, submetido à hepatectomia em dois tempos.

metástases hepáticas colorretais. das Sociedades: SSO, SSAT, AHPBA

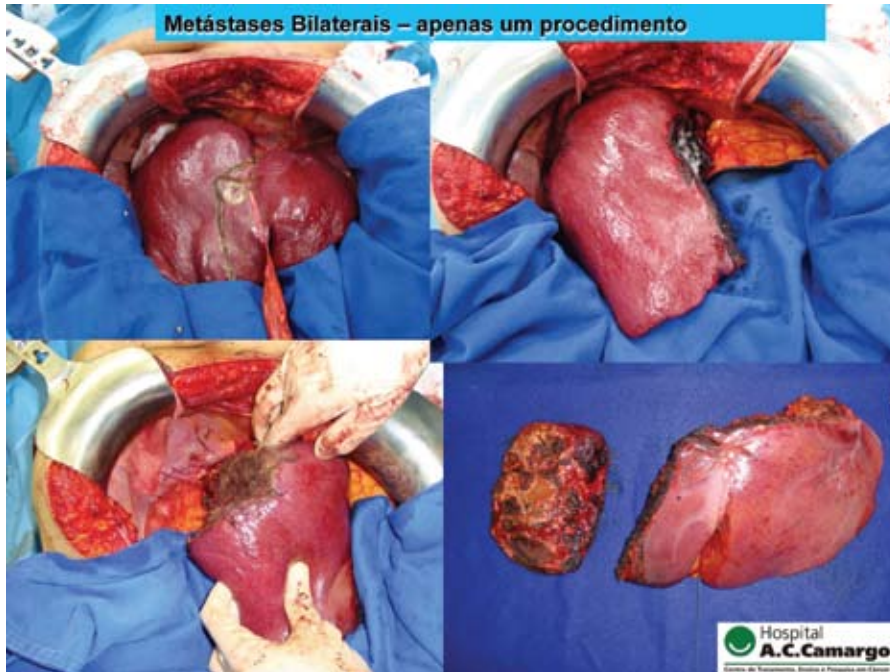


Figura 2 - Paciente com múltiplas metástases bilaterais, submetido à ressecção em um único tempo cirúrgico.

lume de fígado remanescente futuro (FRF) de no mínimo 20%. Volume de FRF maior deve ser considerado em pacientes submetidos a quimioterapia intensa (> 30%) e para hepatopatas (> 40%). Adicionalmente, foram incorporados alguns princípios oncológicos: resposta à quimioterapia, doença extra-hepática, margem cirúrgica e o uso da oclusão portal pré-operatória como teste de avaliação funcional.

Com relação à margem cirúrgica, o objetivo é obter sempre margem livre de neoplasia, não sendo obrigatório margem excedente se isso acarretar irrecrescibilidade, uma vez que não há ganho de sobrevida se margem for de 1, 2, 5 ou 10mm. Recentemente, estudos iniciais mostraram que a presença de margem microscópica (R1) naqueles que responderam à quimioterapia não influencia a sobrevida quando comparados com pacientes com margem livre (R0).

Pacientes que progridem significativamente durante a quimioterapia pré-operatória moderna (folfox, folfiri, folfoxiri, +/- bevacizumab ou cetuximab) devem ser excluídos da ressecção, exceto se tiverem resposta com segunda linha de tratamento. Progressão das mesmas lesões, sem aparecimento de outras novas, e cuja a ressecabilidade anatômica ainda seja possível são exceções a essa regra, e devem ser operados.

Em casos selecionados de metástase extra-hepática, como aquelas em pulmão e linfonodos de hilo hepático, podem ser submetidos a ressecção de metástases hepáticas com benefício na sobrevida, desde que se antecipe ressecções completas e se tenha expectativa de controle da doença em longo prazo.

A embolização portal como teste funcional da capacidade de regenera-

ção hepática para avaliar a hipertrofia do fígado remanescente futuro no pré-operatório deve ser utilizada em situações de volume hepático residual limítrofe ou hepatopatia associada.

Outro ponto amplamente discutido foi o desaparecimento de MHCCR após a quimioterapia. Foi demonstrado que o desaparecimento radiológico das metástases não significa resposta radiológica completa, uma vez que em até 90% das vezes há doença residual. O uso de RNM, a normalização do CEA e o uso de quimioterapia intra-arterial estão mais relacionados à resposta patológica verdadeira. Foi consenso que, em virtude dos altos índices de recidiva, todos os sítios de metástases desaparecidas devem ser ressecados. Todos os pacientes devem ser seguidos de perto num esforço para se evitar o desaparecimento das MHCCR, sob a penalidade de não se identificar as mesmas no momento da ressecção e deixar doença residual.

Para concluir, fica claro que as melhorias no tratamento das MHCCR são extraordinárias e tem acontecido num ritmo acelerado na última década. Fato este que se reflete no aumento de sobrevida desses pacientes, que passou de 30% nas séries antigas para mais de 60% nas publicações mais recentes. O tratamento integrado, multidisciplinar, como a quimioterapia, o aumento das indicações e a melhora da técnica operatória de MHCCR mudaram dramaticamente, o que torna fundamental a realização de consensos internacionais que servirão de guia no tratamento complexo destes pacientes.

Nota: a bibliografia deste artigo pode ser encontrada no www.cbccsp.org.br

Prêmio Benedicto Montenegro

ECBC Domingo Braile

No dia 21 de janeiro deste ano de 2012, fui agraciado com o Prêmio Benedicto Montenegro, durante a cerimônia de posse da nova diretoria do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC).



Agradeço do fundo do meu coração a todos os membros do CBC, na pessoa do querido amigo Paulo Kassab, Mestre do Capítulo (biênio 2010-2011), que certamente exagerou ao apresentar-me diante de vós.

Seria redundante dizer o quanto estava emocionado no momento em que, com especial deferência, franquearam-me a palavra, pois, ocasiões como estas são muito raras em nossas vidas.

A ocasião transportou-me aos anos da minha infância, vivida em uma cidadezinha em que nem luz elétrica havia, e na qual meu pai exercia a profissão de médico de corpo e alma, como havia aprendido em seus estudos na Europa, lembrando os ensinamentos de Platão.

Assim é que, em sua placa estava escrito: Dr. Lino Braile-Médico-Operador-Parteiro.

O consultório era em nossa própria residência, e seria impossível para mim e meu irmão não participarmos do dia a dia do nosso pai, atendendo dezenas de pacientes com as limitações da época, uma vez que estou me referindo aos anos 40, antes do advento da penicilina, corticosteróides, diuréticos assim como da maior parte dos exames subsidiários hoje existentes.

Estudei até o terceiro ano do antigo “Grupo Escolar” à luz de uma lâmparina de querosene. Tenho que confessar, contudo: tive uma infância privilegiada pela liberdade de viver em uma sociedade em que meu pai, desculpem o exagero, era venerado, pelo bem que fazia àquela comunidade.

Neste ambiente sempre me perguntavam o que eu queria ser quando crescesse, ao que respondia sem titubear: quero ser médico de cortar, como o Dr. Benedicto Montenegro!

A fama do grande professor chegava aos mais longínquos sertões do Brasil, a ponto de influenciar uma criança a tê-lo como paradigma para o futuro.

Imaginem prezadíssimos colegas, o meu estado de transe, neste momento em que, mais de 60 anos passados, recebo o Prêmio Benedicto Montenegro.

Relembro toda minha trajetória, a Faculdade de Medicina da USP, aqui em São Paulo, a cidade grande que eu mal conhecia, onde encontrei colegas e professores, alguns deles aqui presentes, que me acolheram com sua amizade e seu carinho.

Relembro os 50 anos dedicados à Cirurgia Cardíaca, que vi nos seus alvares e que me permitiram operar mais de 25 mil pacientes e formar uma plêiade de especialistas, que

me orgulham pelo seu desempenho técnico e ético.

Relembro a fundação da Faculdade Estadual de Medicina de Rio Preto, junto com quatro colegas idealistas, resultando em uma das melhores do país.

Mas nada disso tirou-me a origem de todo cirurgião, uma classe especial de pessoas, que por um determinismo da natureza sempre existiram, mesmo nas Sociedades mais primitivas, como Barbeiros Cirurgiões, que muito custaram a ser admitidos como membros da elevada classe dos doutos médicos.

Dedicando-me à Cirurgia Cardíaca, senti-me um pouco discriminado, por não ser considerado um “Cirurgião de Verdade”, pois sempre desejei sentir o orgulho de pertencer a esta comunidade exclusiva.

Vejo agora nesta solenidade muitos jovens valorosos trilhando os caminhos da arte e da ciência, buscando restituir a saúde aos que a perderam.

Vocês abraçaram uma carreira sublime em que os sentimentos de emoção e compaixão devem ser os mais fortes a permear vossas almas quando tratem vossos pacientes. Só assim receberão a gratidão e o júbilo, que nenhuma outra profissão pode oferecer.

Agradeço aos meus pares pela generosidade com que me agraciaram com este prêmio, que é para mim o maior reconhecimento que poderia ter neste terço final de minha existência. Ao mesmo tempo, desejo aos mais jovens todas as oportunidades e toda sorte que tive na vida, exercendo a profissão que fez sempre parte do meu ser.

Muito obrigado a todos!

O PROFESSOR DE MEDICINA

ECBC Fares Rahal

Aos cinquenta anos de formado, trinta e quatro de Livre Docência, outros tantos como “Titular”, conheci inúmeros professores de Medicina falsos e verdadeiros.

Encontrei vários subgrupos de falsos:

- 1 – os que nunca ensinam por não saber ou querer;
- 2 – os enganadores, também sem nenhum saber, fogem do aluno-médico, para não serem desmascarados;
- 3 – os complicados capazes de transformar uma reta em sinuosa curva, sem início, meio e fim. Complicam tudo.
- 4 – os técnicos, reis da prossa, falam sobre tudo com incontestabilidade, porém colocados na prática são fracasso absoluto.
- 5 – os prolixos dispersivos, não conseguem transmitir, sem causar cansaço em quem os ouve, enfado nos que procurem participar e não conseguem, por não ter nenhuma praticabilidade;

6 – os reis do “marketing” intitulam-se professores apenas para o médico. Promovem-se a todo custo, pagando ou não, para estar permanentemente nas colunas sociais. Desejam aparecer de qualquer maneira. Não recusam entrevistas de qualquer natureza.

7 – Finalmente, os vigaristas ou charlatães que se valem da sua posição, para enganar os incautos, inclusive os que o cercam.

Em qualquer situação os falsos não são professores e sim artistas, por sinal mais profissionais.

Os verdadeiros felizmente existem, também formam subgrupos:

- 1 – os donos da verdade, nunca abrem mão de “sua verdade”. Exercem a profissão com seriedade;
- 2 – os “importantes” que assim se consideram e se portam;
- 3 – os “bravos” carrancudos, ponderados, não se relacionam bem;
- 4 – os simpáticos, cujo carisma, os faz reconhecidamente famosos. Seriamente competentes verdadeiros professores, com características diferentes, mas dignos do título, convivem com o aluno-médico em todos os graus. Ensinam, discutem, participam. Atualizam-se, mantêm contato diário com o doente. Evitam qualquer propaganda, seja qual for. Transmitem ensinamentos e segurança. Interessam-se e pensam sempre no doente em primeiro lugar. Verdadeiros professores. De fato e de direito. ■



Adrien Barrère - Professeurs de la Faculté de médecine de Paris (1904), Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine, Rouen, France



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 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 das sociedades conveniadas.

Curso Continuado de Cirurgia Geral 2012

Datas: 30/06, 28/07, 25/08, 29/09 e 27/10

Local: Associação Paulista de Medicina – São Paulo – SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso Anual de Cirurgia de Urgência 2012

Datas: 23/06, 14/07, 25/08, 15/09, 20/10 e 10/11

Local: Centro de Convenções Maksoud Plaza Hotel – São Paulo – SP

Informações: cir.emerg@santacasasp.org.br / www.cbccsp.org.br

Curso Avançado em Cirurgia Digestiva Laparoscópica – Ircad Brazil

Datas: 16 a 18 de julho e 13 a 15 de setembro de 2012

Local: Barretos – SP

Informações: www.amits.com.br

II JO CET - Jornada de Cirurgia de Emergência e Trauma do Hospital Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha "Campo Limpo"

Data: 11 de agosto de 2012

Local: Associação Paulista de Medicina – São Paulo – SP

Informações: www.perfectaeventos.com.br

I Congresso Pan Americano de Câncer Gástrico

Datas: 06 a 08 setembro de 2012

Local: Porto Alegre – RS

Informações: www.pangastric.com

Congresso Paulista de Cirurgia 2012

Datas: 05 a 06 de outubro de 2012

Local: Hotel Caesar Business Faria Lima – São Paulo – SP

Informações: www.cbcpaulista2012.com.br

Curso Avançado em Cirurgia Laparoscópica Colorretal – Ircad Brazil

Datas: 02 e 03 de novembro de 2012

Local: Barretos – SP

Informações: www.amits.com.br

Curso Intensivo em Cirurgia Geral Laparoscópica – Ircad Brazil

Datas: 11 a 13 de dezembro de 2012

Local: Barretos – SP

Informações: www.amits.com.br

XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia - 2013

Datas: 18 a 22 de agosto de 2013

Local: Riocentro – Rio de Janeiro – RJ

Informações: www.cbc.org.br/

Congressos Internacionais 2012/2013

71st American Association for the Surgery of Trauma Annual Meeting (AAST)

12-15 setembro 2012 - Kauai, Hawaii, EUA - www.aast.org/Meetings/AnnualMeeting/

American College of Surgeons 98th Annual Clinical Congress

30 setembro - 04 outubro 2012 - São Francisco, EUA - www.facs.org/

13th World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus

15-18 outubro 2012 - Veneza, Italia - www.isde2012.org/

10th Frontiers in Intestinal and Colorectal Disease

27-30 novembro 2012 - Londres, Inglaterra - www.stmarkshospital.org.uk/frontiers

Americas Hepato-Pancreato-Biliary Association (AHPBA) Annual Meeting 2013

20-24 fevereiro 2013 - Miami Beach, EUA - www.ahpba.org/

66th Society of Surgical Oncology Annual Cancer Symposium (SSO)

06-09 março 2013 - Washington, EUA - <http://www.surgonc.org/>

SAGES 2013 Scientific Session & Postgraduate Courses 17-20 abril 2013 – Baltimore, EUA -

<http://www.sages2012.org/>

2013 ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) Annual Meeting

27 abril - 01 maio 2013 - Phoenix, EUA - www.fascrs.org/

14th European Congress on Trauma and Emergency Surgery

04-07 maio 2013 - Lyon, França - www.estesonline.org/



Há 53 anos a Associação Cruz Verde presta assistência especializada a crianças com paralisia cerebral através de uma equipe multidisciplinar em três unidades de atendimento: Hospital, Hospital-Dia e Ambulatório.

A Associação depende essencialmente de doações para a manutenção dos atendimentos, tais como:

- Roupas
- Brinquedos
- Alimentos
- Doações em Dinheiro

Faça parte dessa história!

Itaú
Ag.0368-9 - C/C 20000-2
Bradesco
Ag.2282-9 - C/C 13000-1

Conheça mais sobre o nosso trabalho acessando www.cruzverde.org.br

Rua Doutor Diogo de Faria, 695 - Vila Clementino
São Paulo - SP - CEP 04037-002 - Tel (11) 5579-7335