

O Congresso Paulista de Cirurgia 2012 está pronto.

Página 2



Congresso Paulista de **CIRURGIA**

XVIII Assembléia Cirúrgica do CBCSP

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

Dignidade médica e a mobilização dos profissionais.

O Dr. Marun David Cury da APM destaca as ações do movimento médico pela melhoria das condições de trabalho e valorização dos honorários.

Página 3

Os aspectos atuais sobre o preparo mecânico do colo são discutidos pela TCBC Katia Güenaga.

Páginas 6 e 7

A seção “Caso do Leitor” apresenta um paciente vítima de ferimento transfixante do mediastino.

Páginas 8 e 9



A Saga de um Mestre. O ECBC Manoel Rollemberg lembra a operação pioneira realizada por Everts Graham.

Páginas 10 e 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 Claudio 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 54 – setembro 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

O conagraçamento dos cirurgiões paulistas

O Congresso Paulista de Cirurgia está pronto.

Convidados nacionais e internacionais confirmados. Patrocinadores presentes no evento com stands e simpósios satélites.

Um grande número de trabalhos foi inscrito, selecionado e distribuído pelas salas e áreas de exposição e os quatro primeiros colocados, em cada categoria, farão jus a um prêmio em dinheiro além do certificado.

Falta agora a festa do conagraçamento científico e social.

A sua presença é fundamental para ambos os aspectos do congresso. O conforto está garantido pelo local magnífico que é o Hotel Caesar Business Faria Lima situado no agradável bairro do Itaim-Bibi na cidade de São Paulo. E que permitirá o reencontro de amigos e a realização de novas amizades. O intercâmbio científico também está garantido pela presença de cirurgiões brasileiros e estrangeiros de nomeada inseridos em inteligente programa que a Comissão Científica cuidadosamente elaborou. A prática do dia a dia do cirurgião geral é o foco principal das palestras, entretanto o futuro da cirurgia também foi contemplado, através de temas de fronteira médica.

Em consonância com a Direção Nacional do CBC, que modificando os estatutos, criou uma nova classe de associados, os acadêmicos de Medicina, foi constituída uma comissão organizadora de acadêmicos provenientes de várias faculdades do Estado de São Paulo. Sob a supervisão da Comissão Científica, pela primeira vez na história do CBC, a Comissão Organizadora dos Acadêmicos preparou uma programação do interesse dos alunos, abordando temas como a residência médica, o futuro da cirurgia, estágios no Brasil e no exterior como e quando e muito mais.

A cerimônia de encerramento do Congresso Paulista de Cirurgia será um momento diferente do que habitualmente se vê em congressos médicos. Portanto, não vá embora. Permaneça no local do evento ao final da programação científica e poderá presenciar a posse de mais de sessenta novos integrantes do CBC, a premiação dos quatro melhores trabalhos apresentados, a homenagem a membros eméritos e médicos que trabalharam toda uma vida em prol do desenvolvimento da arte cirúrgica e do ensino, tudo isto com um agradável conjunto que tocará música erudita após o que desfrutaremos de um coquetel especialmente escolhido para os nossos associados e familiares.

Venha compartilhar conosco este dois dias. Divirta-se. O Congresso é seu!

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

Dignidade médica e a mobilização dos profissionais

Marun David Cury

pediatra

Diretor adjunto de Defesa Profissional da
Associação Paulista de Medicina

Atualmente, a formação acadêmica do médico visa apenas prepará-lo para ajudar as pessoas em situação de saúde crítica, promoção em saúde e educação para a saúde, mas não o contempla com orientação sobre sua vida profissional econômica, o que é uma lacuna importante.

O Brasil mudou muito nas últimas décadas e tornou-se um país capitalista com desvios perversos. Os médicos foram jogados nesta ciranda financeira, como mão de obra utilíssima, limpa e barata, como já disse um político: “Sem se aperceberem de que se tornaram escravos de um sistema financeiro de mão única, que leva ao lucro fácil das operadoras de plano de saúde”. Agora, os médicos resolveram arregaçar as mangas e partir para a ação, em busca de sua dignidade profissional.

A luta iniciada pela Associação Paulista de Medicina, Associação Médica Brasileira, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, Sindicato dos Médicos de São Paulo, Federação Nacional dos Médicos, Academia Nacional de Medicina e Academia de Medicina de São Paulo, juntamente com as Sociedades de Especialidade, vai prosperar e perpetuar, até atingirmos nossos objetivos. Felizmente, temos obtido sucesso com nosso movimento, pois está sendo levado com bastante consciência e responsabilidade.

O embate neste momento é sobre valorização dos honorários médicos, com o aumento do valor das consultas para R\$ 80,00, CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) plena e contratualização com os planos de saúde para reajuste sistemático a cada 12 meses conforme a seguinte fórmula: $[(IGPM + INPC + IPCA) / 3 \times 0,3] + (\text{índice ANS} \times 0,7)$

Esta proposta das entidades médicas de São Paulo considera diversos índices inflacionários e contempla, ainda, os aumentos concedidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar às operadoras nas mensalidades pagas pelos usuários. Vale lembrar que a Instrução Nor-

mativa nº 49 da ANS estabelece prazo até novembro próximo para a regularização de todos os contratos entre médicos e planos de saúde, com clara definição do critério de reajuste dos honorários médicos.

Em 2011, como resultado das ações do movimento médico, obtivemos reajuste nos valores das consultas na maior parte das operadoras e seguradoras. Este ano, focamos em recuperar a defasagem quanto aos procedimentos. Este foi o objetivo principal das várias rodadas de negociação coletiva com as empresas. Já alcançamos alguns avanços em termos de percentual, mas ainda temos expectativa de propostas mais consistentes em respeito aos profissionais de medicina.

Outra ação recente que ganhou bastante destaque na mídia foi a nova Pesquisa APM/Datafolha. Constatamos que não somente os médicos sofrem com interferências e remuneração defasada, mas os usuários também encontram inúmeras dificuldades de acesso nas urgências e emergências, na marcação de cirurgias, internações, consultas e exames. Muitos tiveram, inclusive, de procurar o SUS ou atendimento particular, apesar de pagarem seus convênios. É um desrespeito sem medida aos pacientes, tendo em vista que o retardo no diagnóstico e tratamento fatalmente agrava sua condição de saúde.

Vislumbramos também parceria promissora com o Ministério Público. O serviço 0800-200-4200 lançado pela APM e PROTESTE – Associação de Defesa do Consumidor está registrando uma série de reclamações dos pacientes que servirá de subsídio para representações do MP contra planos e seguros-saúde cujas práticas se caracterizam como inadmissíveis.

Por tudo isso, os profissionais continuam indo às ruas e denunciando a remuneração insuficiente e as interferências na relação médico-paciente. É a forma que encontramos para cobrar ações mais contundentes da ANS e das próprias operadoras. Caros colegas, não existe medicina sem médicos. Continuemos mobilizados, pois só assim conseguiremos restaurar nossa dignidade profissional.



O **ECBC William Saad Hossne** foi indicado pela diretoria do Capítulo de São Paulo para receber o “Prêmio Benedicto Montenegro-2012”. A condecoração que será entregue na Cerimônia de Encerramento do Congresso Paulista de Cirurgia é outorgada anualmente a um cirurgião que tenha atuado no Estado de São Paulo e contribuído de maneira inequívoca para o desenvolvimento da cirurgia brasileira. O Professor Hossne é professor emérito da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, coordenador da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde, presidente de honra da Sociedade Brasileira de Bioética e conselheiro do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.



O **ECBC Primo Curti** faleceu no dia 26 de julho de 2012 aos 93 anos. Formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1945 e foi um dos primeiros médicos assistentes do Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas. Um dos pioneiros da Cirurgia Pediátrica brasileira, contribuiu para que ela se estabelecesse como especialidade e foi autor do primeiro

livro sobre o assunto em língua portuguesa, publicado em 1972. Doutor e livre docente pela Faculdade de Medicina da USP também se dedicou à administração hospitalar, tendo exercido o cargo de superintendente do Hospital das Clínicas de 1979 a 1983.

O **ECBC Manlio Basilio Speranzini** recebeu o título de Professor Emérito da Faculdade de Medicina do ABC. A solenidade coordenada pelo **TCBC Jaques Waisberg**, atual Regente de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, ocorreu no dia 13 de junho de 2012 no Salão Nobre da FMABC. Além de professor Titular da Medicina ABC de 1983 a 2010, o professor Manlio foi professor Associado do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e professor Titular da Universidade de Taubaté e da Faculdade de Medicina de Uberlândia.

O **TCBC Flávio Antonio Quilici** foi eleito presidente da Sociedade de Gastroenterologia de São Paulo para o biênio 2013-2014. Também participam da diretoria nessa gestão o **ECBC Isac Jorge Filho** (Conselho Consultivo), o **TCBC Gaspar de Jesus Lopes Filho** (Conselho Fiscal), o **TCBC Paulo Maurício Bruno** (Comissão de Relacionamento Institucional) e o **TCBC Carlos Augusto Real Martinez** (Comissão de Divulgação Científica).

A **Biblioteca do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, em associação com a Sanofi-Aventis, passa a oferecer a todos os seus Membros, mais uma ferramenta de pesquisa e estudo, através do convênio com o portal do Campus RIMA (https://www.rima.org/visionymission_pt-br.html), com acesso gratuito on-line ao amplo conteúdo científico. O **Campus RIMA** (Rede Informática de Medicina Avançada), vinculado à Fundação Biblioteca Central de Medicina e patrocinado pela Organização Panamericana da Saúde abrange mais de 2.400 revistas científicas internacionais e as informações das principais bases de dados. Também será possível ver as sinopses analíticas em português dos melhores artigos da literatura internacional, diretrizes de prática clínica, além de rastreamento de trabalhos específicos sobre seus temas de interesse e calendário acadêmico de eventos internacionais. Saiba como acessar o conteúdo exclusivo para membros do CBC. Ao clicar no banner da RIMA na página

do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (<http://www.cbc.org.br>), haverá um direcionamento para a Biblioteca, onde os Membros quites deverão fazer o login para acesso às áreas restritas de nosso site. No índice de atividades da Biblioteca, está disponibilizado na entrada RIMA, o cadastro para acesso.



A combinação perfeita
entre atualização, inovação
e confraternização



Congresso Brasileiro de Cirurgia **Rio 2013**


18 a 22 de agosto

Você conhece esta vantagem da APM?

- ▶ Para casos de eventual acusação de má prática da medicina
- ▶ Disponível sem custos* para todos os associados da APM Estadual
- ▶ No CRM / CFM: sindicâncias, processos disciplinares, recursos e Comissões de Ética
- ▶ No Judiciário: cível, criminal (penal) e recursos
- ▶ Acompanhamento desde a defesa prévia ou contestação até o fim do processo
- ▶ Sem qualquer despesa adicional para os médicos do interior

Informações:

Central de Relacionamento
(11) 3188-4270 / 4339 / 4370 / 4579
central.relacionamento@apm.org.br



**FIQUE SÓCIO DA
APM E GARANTA DEFESA
JURÍDICA DE QUALIDADE!**

*Honorários dos advogados custeados pela APM Estadual. Os associados pagam somente as taxas processuais e de cópias dos autos do processo, que representam custos bastante reduzidos. Verifique o regulamento completo do serviço em www.apm.org.br

APM 
ASSOCIAÇÃO PAULISTA
DE MEDICINA

Preparo Mecânico do Cólon

TCBC Katia Ferreira Güenaga

Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciência Cirúrgica Interdisciplinar da Escola Paulista de Medicina -UNIFESP Médica do Serviço de Coloproctologia da Santa Casa de Santos - SP

Desde a era Halsted, a presença das fezes no interior do cólon foi relacionada como principal causa das deiscências anastomóticas. É difícil precisar, na história da cirurgia colorretal, quando o preparo mecânico pré-operatório do cólon foi introduzido.

Entretanto, há alguns anos esse dogma vem sendo questionado. Vários ensaios clínicos casualizados e revisões da literatura, sistemáticas ou não, têm demonstrado que não há evidência que comprove o benefício da limpeza mecânica do cólon, na cirurgia colorretal eletiva.

Alguns autores já demonstraram que o preparo inadequado do cólon, com a presença de conteúdo líquido, aumenta os riscos de complicações infecciosas¹. Omitindo o preparo mecânico, esse risco não existirá. O conteúdo do cólon não preparado pode ser manipulado para o segmento a ser ressecado, permitindo uma área limpa para a anastomose.

Na atualização da revisão sistemática, da Colaboração Cochrane, publicada recentemente², foram incluídos 20 estudos em um total de 5805 participantes. Divididos em 2 comparações, conforme descrito pelos autores: comparação 1: grupo submetido ao preparo mecânico do cólon X grupo sem preparo do cólon; comparação 2: grupo com preparo do cólon X grupo submetido apenas a enema retal. Não houve diferença estatística entre os grupos comparados (Tabela 1).

Os autores dos estudos incluídos, nessa revisão sistemática, são veementes ao demonstrar que antibioticoprofilaxia e técnica cirúrgica apurada são responsáveis pelo resultado favorável no pós-operatório, e não a ausência de fezes no cólon.

A limpeza mecânica não diminui a quantidade de colônias bacterianas, mas também não favorece a infecção pelo *Clostridium difficile*, como foi sugerido em publicações anteriores.

Alguns questionamentos surgem e sempre são passíveis de discussão em todas as publicações:

1. Uma crítica muito eloquente às revisões sistemáticas em cirurgia é relacionada ao cirurgião: nos ensaios clínicos incluídos, a experiência do cirurgião deve ser relatada e, principalmente em estudos multicêntricos, a capacidade técnica das várias equipes envolvidas, deve ser descrita.

2. No caso de deiscência anastomótica, a morbimortalidade seria maior nos pacientes que não foram submetidos ao preparo do cólon: estudo recente³ conclui que a limpeza do cólon não aumenta a morbidade das complicações.

3. O conteúdo fecal no reto, no momento da anastomose colorretal baixa, dificultaria o procedimento: nenhum dos autores, dos estudos incluídos na revisão, sugere tal dificuldade, porém existe a necessidade de mais estudos em cirurgia retal para melhor definição.

4. Na cirurgia videolaparoscópica o conteúdo do cólon poderia prejudicar sua mobilização: os estudos publicados são insuficientes para uma tomada de decisão clínica. A questão também é técnica, envolvendo curva de aprendizagem e característica de cada cirurgião.

5. Nos casos de lesão pequena, difícil localização ou quando não houve tatuagem prévia do local, o preparo pré-operatório do cólon deve ser realizado, assim como quando estiver indicada a colonoscopia peroperatória.

Pesquisas realizadas em alguns países⁴, sinalizam que ainda está sedimentada a rotina da limpeza pré-operatória do cólon, mesmo após inúmeros estudos e revisões sistemáticas indicando grau A de recomendação, para que se omita o preparo mecânico do cólon na colectomia direita e esquerda.

Na cirurgia retal baixa e cirurgia videolaparoscópica, ainda não há evidência para a utilização ou não do preparo mecânico pré-operatório do cólon².

As cirurgias colorretais realizadas na urgência – neoplasias ou diverticulite - são passíveis de anastomose primária, porém, dependente da condição clínica do doente e da experiência do cirurgião^{5,6}.

Atualmente, a passagem endoscópica de prótese auto-expansível nos doentes com tumor colorretal obstrutivo, permite recuperação clínica e indicação cirúrgica num momento melhor, diminuindo a realização de estomas e a morbimortalidade operatória⁷.

Tabela 1: Resumo dos resultados das variáveis analisadas.

Desfecho clínico		Com Preparo Mecânico	Sem Preparo Mecânico
Comparação 1		(Grupo A)	(Grupo B)
Deiscência anastomótica	Colorretal	38/431 (8,8%)	43/415 (10,3%)
estratificada	Cólica	47/1559 (3,0%)	56/1588 (3,5%)
Deiscência anastomótica global		104/2302 (4,5%)	103/2275 (4,5%)
Mortalidade		35/2094 (1,6%)	38/2072 (1,8%)
Infecção da ferida operatória		223/2305 (9,6%)	196/2290 (8,5%)
Desfecho clínico		Com Preparo Mecânico	Enema Retal
Comparação 2		(Grupo A)	(Grupo B)
Deiscência anastomótica	Colorretal	8/107 (7,4%)	7/88 (7,9%)
estratificada	Cólica	11/269 (4,0%)	6/299 (2,0%)
Deiscência anastomótica global		27/601 (4,4%)	21/609 (3,4%)
Mortalidade		9/601 (1,4%)	6/609 (0,9%)
Infecção da ferida operatória		60/601 (9,9%)	49/609 (8,0%)

Legenda: x/x: número de eventos/número total de doentes; (%):porcentagem.

Referências Bibliográficas:

1. Mahajna A, et al. Bowel preparation is associated with spillage of bowel contents in colorectal surgery. *Dis Col Rectum* 2005;48:1626-31
2. Güenaga KF, et al. Preoperative mechanical bowel preparation in elective colorectal surgery. An update of systematic review of the literature and meta-analysis. *J Coloproct* 2012;32(1):7-17
3. Van't Sant HP, et al. Evaluation of morbidity and mortality after anastomotic leakage following elective colorectal surgery in patients treated with and without mechanical bowel preparation. *Am J Surg* 2011;202(3):321-4

4. Drummond RJ, et al. Current practice in bowel preparation for colorectal surgery: a survey of the members of the Association of Coloproctology of GB & Ireland. *Colorectal Dis* 2011; 13(6):708-10
5. Biondo S, et al. Current status of the treatment of acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Colorectal Dis* 2012;14(1):e11
6. Ciga MA, et al. Comparative study of one-stage colectomy of the descending colon in emergency and elective surgery without mechanical bowel preparation. *Dis Colon Rectum* 2010;53(11):1524-9
7. Zhang Y, et al. Self-expanding metallic stent as a bridge to surgery versus emergency surgery for obstructive colorectal cancer: a meta-analysis. *Surg Endosc* 2012;26(1):110-9



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.

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

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

Ferimento transfixante do mediastino

Carlos Augusto M Menegozzo, Marcus Vinicius B Cezilio, AsCBC Jorge RM Carlotto, ACBC Sun Rei Lin, Milton Scalabrini

Pronto Socorro do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo

INTRODUÇÃO

O termo mediastino faz referência ao espaço anatómico, localizado entre os pulmões, que contém estruturas vitais como esôfago, traquéia, brônquios, ducto torácico, coração e grandes vasos, unidas por tecido conjuntivo frouxo. É didaticamente dividido em superior e inferior pelo plano transversal do tórax, sendo o último compartimento subdividido em anterior, médio e posterior. Os ferimentos transfixantes do mediastino, definidos como aqueles em que o objeto agressor penetra no tórax e atravessa a linha média mediastinal, assumem particular importância devido ao risco de lesão de estruturas vitais e ao crescente aumento da violência por armas de fogo. Esses ferimentos também podem causar lesão medular, aumentando a morbidade e a mortalidade das vítimas.

OBJETIVO

Relatar um caso de ferimento transfixante do mediastino por projétil de arma de fogo, em um paciente estável hemodinamicamente, com lesão medular, enfatizando a investigação de lesões associadas.

RELATO DO CASO

JM, 29 anos, masculino, trazido pela equipe do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com ferimento por projétil de arma de fogo apresentando orifício de entrada no ombro esquerdo e sem orifício de saída (figura 1). O tempo de transporte foi de 30 minutos. Trazido com colar cervical, prancha rígida e sem imobilizações laterais. O paciente encontrava-se alerta, frequência cardíaca de 96 bpm e pressão arterial de 130/80 mmHg.

Atendimento inicial: vias aéreas pervias, maciez à percussão diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo, saturando 93%. Realizada drenagem pleural à esquerda, com saída de 500 ml de sangue (Figura 2). Abdômen flácido e pelve Estável. Apresentava esfíncter anal hipotônico ao toque retal e ausência de reflexo bulbo-cavernoso. Sem sinais de choque. Escala de Coma



Figura 1

de Glasgow de 15, pupilas isofotorreagentes, com nível neurológico em T4 (Linha Mamilar). Dorso sem estigmas de trauma.



Figura 2

A radiografia do tórax demonstrou o projétil em posição paramediastinal direita. A TC mostrou trajeto em direção ao mediastino posterior, com fratura estável do corpo vertebral de T2 e passagem através do canal medular (Figura 3). A investigação foi complementada com broncoscopia e esofagograma, ambos sem sinais de lesão. O paciente manteve déficit neurológico, confirmado ao nível de T2 após exame neurológico específico. Havendo expansibilidade pulmonar clínica e radiológica e sem sinais de fístula pleural, o dreno torácico foi retirado no 4º dia após o trauma. Sete dias após o trauma, foi transferido para leito de apoio por necessidade de cuidados especiais.

com lesão do mediastino posterior

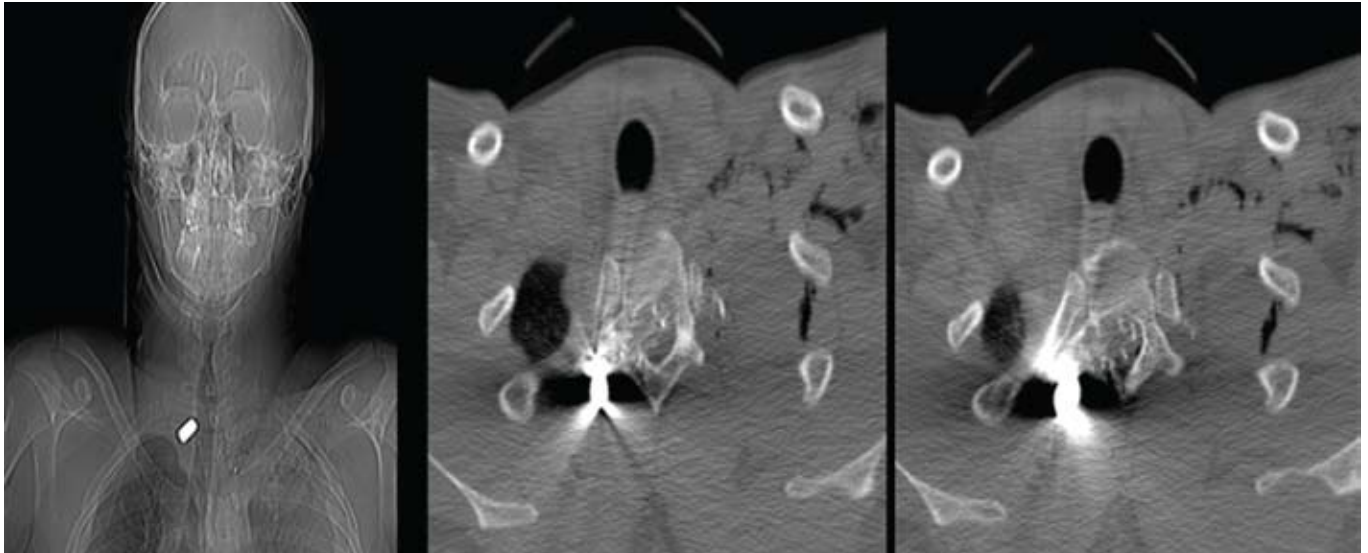


Figura 3

DISCUSSÃO

O ferimento transfixante mediastinal apresenta alto grau de morbimortalidade. O objetivo da Avaliação Primária nesses pacientes é o tratamento de lesões potencialmente fatais. A maior parte das lesões de árvore traqueobrônquica e de esôfago são de difícil diagnóstico, o que demanda alto nível de suspeição do cirurgião e acesso a exames subsidiários, na Avaliação Secundária, como ocorreu neste caso. Sendo a lesão medular, não relacionada a choque neurogênico, pouco letal, apesar de muito mórbida, seu diagnóstico tende a ser mais tardio. Tal fato deve alertar a equipe médica do risco de agravamento da lesão, caso as medidas de imobilização não sejam contempladas em um paciente com fratura vertebral instável.

A lesão medular direta é uma consequência do trajeto do projétil causando contusão, compressão, ou laceração da medula espinhal e/ou raízes do nervo, com ou sem laceração da dura-máter. Está associada à perda de função medular completa e irreversível na grande maioria dos casos. Além dos exames complementares é muito importante identificar sinais de déficit neurológico na Avaliação Secundária, assim como o tônus do esfíncter anal e o reflexo bulbo-cavernoso. A ausência de reflexo bulbo-cavernoso nos indica um importante dano medular e uma perda de integridade da mesma.

A lesão medular pode fazer com que haja perda do tônus simpático, resultando em vasodilatação e normo ou bradicardia, mesmo na presença de hemorragia grave.

Deve-se distinguir o choque neurogênico do hipovolêmico pois a reposição agressiva de líquidos deve ser evitada no primeiro, para não sobrecarregar a volemia do paciente.

CONCLUSÃO

O ferimento transfixante do mediastino é uma situação potencial de alta morbimortalidade, e todo paciente nesta condição, estável hemodinamicamente, deve ser submetido a uma investigação pormenorizada de possíveis lesões associadas.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Rasslan S, Parreira JG, Saad Jr R. In: Souza HP, Breigeiron R, Gabiatti G. Cirurgia do Trauma: condutas diagnósticas e terapêuticas. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, p.127-140.
- 2) Bono CM, Heary RF. Gunshot wounds to the spine. Spine J. 2004 4(2):230-40.
- 3) Burney RE, Maio RF, Maynard F, et al: Incidence, characteristics, and outcome of spinal cord injury at trauma centers in North America. Arch Surg, 1993. 128:596-599.
- 4) Defino HLA. Spinal Cord Injuries. Medicina, RibeirãoPreto, Simpósio: TRAUMA II. 32: 388-400, out./dez. 1999
- 5) Jourdon P, Breteau JP, Volff P: Spinal cord injuries caused by extraspinal gunshot: A historical, experimental and therapeutic approach. Neurochirurgie 40:183-195, 1994.
- 6) Slucky AV, Eismont FJ. Treatment of acute injury of the cervical spine. J Bone Joint Surg 76-A: 1882-1889, 1994.

A saga de Evarts Ambrose Graham e a primeira pn

ECBC M.I.Rolleberg

Membro Titular da Academia de Medicina de São Paulo

Seus pioneiros estudos na Faculdade de Medicina da Universidade de Washington foram cobertas de êxito com as pesquisas sobre a forma radiológica de visualizar a vesícula biliar, com a colaboração de um estudante de 2º Ano de Medicina - Warren Cole, com o que ficou conhecido como prova de Graham-cole, ou colecistograma oral, amplamente utilizada com sucesso a partir de 1925, embora hoje em dia tenha sido suplantada pelo ultrassom abdominal.

Seus estudos, especialmente em tuberculose permitiram a criação do Comitê para tratamento do Empiema pleural, em 1928. Os trabalhos sobre a ressecção pulmonar em animais de laboratório tiveram o condão de ampliar esperanças para o tratamento cirúrgico, cujos resultados à época proibitivos, deixavam como última alternativa o pneumotórax terapêutico.

Foi por esta época, em fevereiro de 1933, procurado por um colega, fumante inveterado, obstetra-ginecologista 48 anos – Dr. James Gilmore, de Pittsburgh- Pensilvânia, com a seguinte história: há sete meses sofria tosse crônica e febre. Embora com exame físico negativo, seu Rx de Tórax revelou “imagem de formato irregular, com base para a axila esquerda”. Foi então submetido a um pneumotórax artificial em Pittsburgh, na esperança que a infecção suspeita fosse superada. Teve uma melhora temporária e alívio dos sintomas. Porém, logo os sintomas voltaram a piorar.

Sendo graduado da Universidade Washington, Gilmore estava o par dos trabalhos de Graham e providenciou sua ida a Saint Louis. Esteve no Hospital Barnes por três vezes, antes da admissão em abril. Em uma delas foi submetido a uma broncografia com “lipiodol”, que revelou: “...obstrução no brônquio superior esquerdo”. Após duas broncoscopias com tubo rígido, realizadas pelo Dr. M.F. Arbuckle, a segunda revelou: “...um tumor do tamanho de uma ervilha, na emergência do brônquio do lobo superior”. A biopsia revelou um “carcinoma epidermoide”,



Drs. Evarts A. Graham e James Gilmore em 1955, vinte e dois anos após a pneumonectomia

de acordo com Dr. W. Dean, do departamento de Otorinolaringologia, o que gerou uma controvérsia quanto à acurácia do diagnóstico, por não ser um verdadeiro patologista.

Sabedor da presença de um câncer e que deveria submeter-se a uma lobectomia, Gilmore com toda fleuma retornou a Pittsburgh. Colocou suas finanças em dia, realizou um tratamento dentário, comprou um lote no cemitério local e retornou a Saint Louis, pronto para a cirurgia. Graham elogiou seu otimismo, bem como seus cuidados pré-operatórios com o tratamento dentário. Não contou a Graham sobre a compra do lote no cemitério.

Para se ter uma idéia do que significava uma cirurgia daquelas, um residente da clínica de Graham o procurou e recomendou que desistisse da empreitada. Felizmente não aceitou a sugestão e não contou a Graham, para não prejudicar o jovem assistente. Até então todas as tentativas de pneumonectomias haviam tido resultado fatal, por hemorragia, sepsis ou deiscência do fechamento brônquico, no tratamento da tuberculose, bronquiectasias, pneumonias supuradas ou empiema e abscesso de pulmão. Para lobectomias, as cirurgias eram feitas em dois estágios. Na primeira provocavam aderências com talco ou abrasão

um mestre: eumonectomia por câncer de pulmão

com gaze. Uma semana após uma segunda toracotomia era realizada, com o hilo amarrado com ligaduras e o lobo retirado, ficando o hilo estrangulado. A fistula brônquica era inevitável e a infecção e hemorragia comuns. Toracoplastia era sempre necessária. Além disto, tinha que ser rápido. Não mais que 45 minutos, senão o doente morria. A mortalidade girava em 50%.

Finalmente em 4 de abril de 1933 foi submetido à cirurgia. Ao entrar no tórax Graham encontrou o carcinoma que se estendia até o brônquio do lobo inferior, de forma a não ser possível a ressecção parcial. Além disto, havia muitos nódulos na parte superior do brônquio inferior devido ao tumor ou à inflamação. Além disso, a cisura interlobar estava incompleta. Por todas estas razões decidiu remover o pulmão inteiro. Sentado na galeria de espectadores estava o Dr. Sidney Chilfont, velho amigo de Gilmore. Graham dirigindo-se a ele disse “não ter possibilidade de remover o câncer sem retirar o pulmão inteiro!”. “Você já fez isto antes?”, perguntou ao que Graham respondeu: “não, mas fiz em animais e vou em frente!”. Prendeu com cuidado a artéria pulmonar. Este fato o preocupava, pois não sabia a tolerância de um paciente de meia idade com a oclusão súbita da artéria. A mesma ficou clampada durante 90 segundos e nada aconteceu. Amarrou fortemente com um cateter de borracha o hilo, o mais próximo possível da traquéia. Após colocou fortíssimos clampes, esmagando o parênquima, ressecando pulmão com uma “faca” de eletro cauterio.

Finalmente fechou o brônquio com catgut cromado. Colocou no conjunto restante algumas “sementes de radônio”. Impressionado com a cavidade restante, ressecou costelas para toracoplastia em direção ao mediastino. O tórax foi fechado após drenagem. A operação durou 1 hora e 45 minutos. O exame anatomopatológico da peça operatória foi realizado pelo notável patologista Dr. Lamen Ackerman que revelou “massa de tumor ulcerado na luz do brônquio do lobo superior, próximo ao hilo, medindo 3 cm em seu maior diâmetro. Há inúmeros pontos abcedados, marcado espessamento da pleura e o lobo inferior aparentemente normal. O brônquio superior interlobar

está diretamente envolvido.” Em outras palavras, Gilmore teve um estágio II carcinoma epidermoide (T2N1Mo).

No pós-operatório, em 18 de abril de 1933 tornou-se febril, com problemas respiratórios. Voltou à sala cirúrgica, tendo sido drenado pequena quantidade de pus. Nove dias depois retornou à cirurgia para ressecção de duas costelas. Cumpre lembrar que nesta época não havia antibióticos. Recebeu alta em 18 de junho de 1933. Um mês após a alta escreveu a Graham: “melhorei. Ganhei peso e recuperei as forças!” Gilmore retornou à prática médica, que exerceu por mais 24 anos. Faleceu em 6 de março de 1963, 30 anos após a cirurgia e a autopsia não revelou presença de nenhum tumor. Curiosamente Gilmore continuou fumando até sua morte.

Por ironia do destino, Graham, que foi um dos primeiros a chamar a atenção da relação entre fumo e câncer de pulmão, foi também fumante até um episódio de gripe no final de 1956. Ao fazer check up no Hospital Barnes, o Rx de tórax mostrou lesões pulmonares bilaterais. Submetido à biópsia pré-esclenica, esta revelou tumor de pequenas células. Foi submetido à quimioterapia com mostarda nitrogenada, vindo a falecer em 4 de março de 1957. Uma de suas últimas visitas foi feita por Gilmore, de quem se tornou grande amigo. O dialogo dos dois nunca foi revelado.

Segundo C.F.Mountain “... não foi um simples caso. Na verdade estimulou e revigorou o completo campo da cirurgia do câncer, tendo sido o catalisador fundamental para o desenvolvimento do tratamento moderno do câncer de pulmão!”

Bibliografia:

- Graham EA, Singer JJ - Successful removal of an entire lung for carcinoma of the bronchus. JAMA 101: 1371 – 1374, 1933
- Horn L & Johnson DH - Evarts A. Graham and the First Pneumonectomy for Lung Cancer. J Clin Oncol 26 (19) 3268-75, 2008

Curso Continuação de Cirurgia Geral 2012

Data: 27 de outubro de 2012

Local: Associação Paulista de Medicina – São Paulo – SP
www.cbccsp.org.br

Curso Avançado em Cirurgia Laparoscópica Colorretal – IRCAD Brazil

Datas: 02 e 03 de novembro de 2012

Local: IRCAD Brazil, Rua Antenor Duarte Villela, nº 1650, Bairro Paulo Prata, Barretos – SP
www.amits.com.br

Curso Anual de Cirurgia de Urgência 2012

Datas: 20 de outubro e 10 de novembro de 2012

Local: Centro de Convenções Maksoud Plaza Hotel Alameda Campinas, 150 São Paulo – SP
www.cbccsp.org.br ou (11) 2176-7275

PECOGI – Programa de Educação Continuada em Oncologia Gastrointestinal

Datas: 09 e 10 de novembro de 2012

Local: Anfiteatro Senador José Ermírio de Moraes, Rua Prof. Antônio Prudente 211, Liberdade - São Paulo - SP
www.accamargo.org.br/evento-detalle/pecogi-2012/64

53º Curso de Atualização em Moléstias da Tireóide

Datas: 09 a 11 de novembro de 2012

Local: Centro de Convenções Rebouças – São Paulo – SP

II Curso de Hernioplastias Convencionais e Videolaparoscópicas da parede anterolateral do abdome da AHM-SP

Datas: 09 e 10 de novembro de 2012

Local: Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha

Datas: 14 e 15 de dezembro de 2012

Local: Hospital Dr. Carminio Caricchio

VII Simpósio Paulista das Ligas do Trauma – SIMPLAT

Datas: 10 e 11 de novembro de 2012

Local: Teatro Marcos Lindemberg – UNIFESP
www.simplat.tangu.com.br

4º Curso Internacional de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

Datas: 07 e 08 de dezembro de 2012

Local: Hospital Alemão Oswaldo Cruz
www.hospitalalemao.org.br/haoc/Default.aspx?idPagina=37778

Curso Intensivo em Cirurgia Geral Laparoscópica – IRCAD Brazil

Datas: 10 a 13 de dezembro de 2012

Local: IRCAD Brazil, Rua Antenor Duarte Villela, nº 1650, Bairro Paulo Prata, Barretos – SP
www.amits.com.br

XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia

Datas: 18 a 22 de agosto de 2013

Local: Riocentro – Rio de Janeiro – RJ
<http://www.cbc.org.br/>



Congressos Setoriais do CBC – 2012

Maranhão - 09 e 10 de novembro

Rio Grande do Norte - 09 e 10 de novembro

Santa Catarina - 15 e 16 de novembro

Bahia - 06 e 07 de dezembro

http://www.cbc.org.br/noticias/imprensa/4/congressos_setoriais_do_cbc_2012/111/

Congressos Internacionais – 2013

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, DC, EUA -
<http://www.surgonc.org/>

15th Annual Hernia Repair (AHS)

13-16 Março, 2013 - Orlando, Flórida, EUA
<http://americanherniasociety.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/

10th International Gastric Cancer Congress

19-22 junho 2013 – Verona, Itália -
<http://www.10igcc.com/>

American College of Surgeons 99th Annual Clinical Congress

06-10 outubro 2013 - Washington, DC, EUA -
www.facs.org/