

VIDEOCIRURGIA EM ONCOLOGIA – MITOS E VERDADES

VIDEO - SURGERY IN ONCOLOGY – MYTHOS AND TRUTHS

TCBC Alfredo Guarischi¹

A Oncologia Cirúrgica definitivamente está vivendo a era da videocirurgia. Foram inúmeras as apresentações de procedimentos oncológicos por videocirurgia que pude assistir durante o Congresso Brasileiro de Videocirurgia, em Bento Gonçalves, e no Mundial de Câncer Gástrico, em São Paulo, que ocorreram respectivamente em abril e maio deste ano.

Os avanços tecnológicos sempre despertaram discussões entre os pioneiros (visionários?) e os tradicionalistas (céticos?). Com o advento da videocirurgia não foi diferente.

As publicações das primeiras séries de apendicectomias por Mouret, na França, e Semm, um ginecologista, na Alemanha, em 1983, despertaram o interesse de alguns e perplexidade de muitos. Após Mouret realizar a primeira vídeo-colecistectomia, em Lyon, iniciou-se uma corrida de curta distância, vencida pelo professor Perissat que publicou a primeira grande série (42 casos operados do final de 1988 a junho de 1989). Na aprazível Bento Gonçalves o depoimento do professor Perissat foi emocionante. A conjugação do excelente vinho da serra gaúcha e as brilhantes apresentações dos brasileiros contagiaram o exigente francês e experiente professor que, com entusiasmo juvenil, discorreu sobre o que enfrentaram os pioneiros.

Em 1990, Thomas Szego e Sergio Roll, no Brasil, introduziram a técnica em nosso meio. Sergio Regadas, em 1991, realizou a primeira colectomia, meses após a técnica ser realizada nos USA.

O dogma “grandes cirurgias, grandes incisões” passou a ser questionado. Alguns chegaram a medir as quatro incisões da colecistectomia por vídeo e comparar com o tamanho de uma mini-laparotomia. O valor do método ficou por algum tempo restrito a discussão sobre o resultado estético. Os planos de saúde e seguradoras não pagavam pela “estética”. A utilização do termo “**cirurgia a laser**” (agonistas) era alternado com o de “**vídeo-larapioscopia**” (antagonistas). Carregadores de aparelhos de vídeo, estacionamentos de aparelhos e consórcios para aquisição de material compunham o cenário. Alguns “novatos” começaram a obter ganhos substanciais. Na falta de experiência e tecnologia algumas técnicas cirúrgicas foram “adaptadas”, assim como as lesões

iatrogênicas (bilíares, intestinais e vasculares) eram argumentos contra. Um dos melhores videocirurgiões do Brasil, Áureo Ludovico de Goiás, foi até considerado um “não cirurgião”. Questionava-se também como treinar os residentes. Cirurgiões com clínica estabelecida e experiência comprovada, que não acreditaram na “ai vem mais uma novidade”, acabaram perdendo clientela. As lideranças tradicionais demoravam a despertar para o amanhã. A pressão dos pacientes foi também sentida. A indústria investiu no desenvolvimento de instrumental de forma decisiva. A época do vi uma vez, fiz uma vez e ensinei uma vez acabou. Era necessário re-aprender a operar.

A descrença com o método, inicialmente liderado por franceses e alemães, deu lugar a uma onda mundial de otimismo com o engajamento dos americanos e sua enorme força industrial. Estes últimos vinte anos provaram que o uso da videocirurgia nas principais afecções benignas digestivas, ginecológicas, torácicas e urológicas está consolidada. O profissional não apto a realizá-la pode estar cometendo uma falha ética em não discutir esta opção técnica com seu paciente.

O grande desafio é estabelecer o papel da videocirurgia na cirurgia do câncer. A melhor operação no câncer é a primeira. Não existe tratamento complementar que corrija o dano decorrente de uma cirurgia oncológicamente inadequada. É consenso que o cirurgião experiente é uma variável independente, tendo impacto direto no índice de complicações, recidivas loco-regionais e sobrevida. Porém, na vídeo, o instrumental (câmeras, pinças, trocarteres, bisturis especiais, etc) faz também a diferença.

O papel da videocirurgia, no diagnóstico e estadiamento das neoplasias abdominais e torácicas, está consolidado. A cirurgia minimamente invasiva permite uma recuperação mais rápida e o eventual início de tratamento complementar mais precoce.

O tratamento paliativo também é possível. Uma colostomia ou ileostomia poderá ser realizada através da vídeo, evitando-se uma incisão maior para escolha do segmento correto a ser exteriorizado. É razoável tentar por vídeo a liberação de alças de delgado que estejam produzindo obstrução, assim como a realização de derivações ou ressecções paliativas gástrica, biliar ou intestinal.

A maioria dos cirurgiões experientes em oncologia, independente da especialidade, não via na vídeo, uma opção adequada. Habilidade e persistentes videocirurgias, mas sem “formação oncológica”, passaram a operar pacientes com câncer. Em diversas especialidades as primeiras cirurgias foram realizadas por não especialistas. A polêmica tornou-se ainda mais calorosa quando alguns passaram a defender a videocirurgia como uma especialidade médica e não um método, confundindo-se com a disputa pelo mercado de trabalho, afastando médicos e agentes financiadores da saúde (pública e privada). Tomas Kuhn, em seu brilhante livro “The Structure of Scientific Revolutions”, publicado em 1962, discute a invisibilidade das revoluções em ciência. Sua leitura ajuda a entender o que ocorreu e pode abreviar a duração e profundidade das novas crises que vão ocorrer neste quase admirável mundo novo, imaginado por Aldous Huxley, em 1931.

A duração da curva de aprendizado é difícil de ser estabelecida, apesar de haver um grande número de publicações defendendo números “mágicos”. Não há dúvida que se deve normatizar e chancelar quando um profissional está habilitado. O cenário ideal é frequentar cursos teóricos e práticos, seguido de um estágio com exposição a casos de complexidade crescente, passando de cirurgião assistente a principal, sempre ajudado por instrutor qualificado.

Atualmente este tipo de aprendizado não é regra. Vários centros de treinamento foram fechados decorrentes de dificuldades diversas. A proibição de cirurgia em cães, levou a utilização de porcos, o que não atende a certas necessidades anatômicas, além de ocasionar um enorme aumento nos custos dos cursos. A utilização de cadáveres especialmente conservados é praticamente inexistente em nosso meio. Sendo assim, o que isto significa para a segurança dos pacientes?

A utilização da caixa preta ainda é válida, porém não pode ser comparada a utilização de simuladores computadorizados. Estes representam um grande avanço, permitindo, num primeiro momento, inúmeras repetições de tarefas corriqueiras e de situações de emergência, mas ajudam no desenvolvimento da cognição. Tem-se a oportunidade de previamente “operar” um paciente baseado em seus próprios exa-

mes de imagens. Na aviação os simuladores estão consagrados, contribuindo para diminuir incidentes e acidentes. O custo de um simulador cirúrgico é centenas de vezes menor do que é gasto na tentativa de reparo (financeiro, físico e emocional) de lesões iatrogênicas, que seu uso poderia evitar. Pilotos e cirurgiões comandam equipes, são responsáveis por vidas e tomam decisões constantemente, sendo as mais difíceis frequentemente solitárias. Hoje os aviadores têm uma ferramenta de treinamento que me dá inveja e fico imaginando o que nosso Santos Dumont, de tantas invenções, poderia contribuir aliando cirurgia e aviação.

Não é função dos pioneiros dizer a última palavra, mas dizer a primeira palavra. Este é o passo mais difícil. O pioneiro tem que começar com a avaliação do problema, que sempre esteve presente, mas até então ninguém pensou nesta particular maneira de resolvê-lo. Estas são reflexões do psicólogo inglês Harry Guntrip, publicadas em 1968.

A primeira palavra já foi dita: estamos vivendo a era da videocirurgia na oncologia. O método está mudando o perfil centenário e consagrado na formação de cirurgiões, além de demonstrar a necessidade de um grande reaparelhamento de hospitais.

A videocirurgia é uma opção no tratamento de algumas patologias malignas; em determinados estádios; em centros devidamente aparelhados e só deve ser praticada por cirurgiões com experiência em oncologia, independente de sua formação (Cirurgia Geral, Proctologia, Urologia, Ginecologia, Torácica ou outra especialidade reconhecida), mas também em videocirurgia, seguindo protocolos controlados. Ainda não temos acompanhamento de longo prazo para demonstrar que este método é oncológicamente adequado comparado com o acesso tradicional, em relação ao controle loco-regional e impacto na sobrevida.

Em ciência a verdade é passageira, porém é provável que estejamos diante de mais um revolucionário paradigma.

1. Presidente da Comissão Permanente do Câncer do Colégio Brasileiro de Cirurgias; Cirurgião do Hospital da Força Aérea do Galeão – Rio de Janeiro – RJ; Cirurgião do Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro – RJ.