

Opinião

A cirurgia em urologia

Alfredo Mota

Director do Serviço de Urologia dos H.U.C.
Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra

Foi no século XX que se deu a verdadeira explosão da cirurgia e que a medicina científica surgiu com toda a sua força. A assepsia impôs-se definitivamente. As vacinas demonstraram a sua eficácia. Descobrem-se os antibióticos e iniciam-se as transfusões de sangue. A anestesia conheceu progressos notáveis e desenvolveu-se o tratamento da dor. Afinou-se o combate ao choque pós-operatório. Nasceu a microcirurgia. Surgiu a cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea e as transplantações de órgãos e tecidos que levaram a cirurgia a um plano quase mítico. Finalmente, já muito próximo do fim do século, apareceram a cirurgia laparoscópica, a videocirurgia e a cirurgia robótica, que muitos temem e outros profetizam, irá acabar com a cirurgia convencional do bisturi e das grandes incisões! A especialização (e a subespecialização) generalizam-se, a alta tecnologia (ventiladores pulmonares, hemodiálise, imagiologia, LEOC, etc.) invade os nossos centros médicos, a medicina de intervenção conquista cada vez mais espaço (embolizações, angioplastias, colocação de stents, etc.).

A Urologia afirmou-se como especialidade graças à sua componente endoscópica. A “unha” de Albarran foi o nosso “grito do Ipiranga”. Desde então os avanços foram notáveis. A cirurgia urológica, inicialmente limitada por duas barreiras anatómicas naturais, o peritónio e a pleura, expandiu-se e entrou naturalmente pelos territórios exclusivos da cirurgia geral. Nas grandes incisões toraco-abdominais e transperitoneais para acesso e extirpação de volumosos tumores renais e retroperitoneais. No recurso ao intestino, primeiro na tuberculose uretérica e vesical e na cirurgia das malformações congénitas e mais tarde na cirurgia substitutiva da bexiga. No domínio dos grandes vasos, artéria aorta e veia cava inferior, o que possibilitou as grandes linfoadenectomias lombo-aórticas (da artéria mesentérica superior à bifurcação aórtica), na cirurgia oncológica do

testículo e do rim e na exploração da veia cava inferior no caso de invasão trombotica pelos tumores renais. Na cirurgia da hipertensão vasculo-renal, nalguns casos com cirurgia de “banca” e autotransplante renal para a fossa ilíaca. E, finalmente, para aqueles que a praticam, na transplantação renal, desde a colheita de órgãos, ao implante do rim em posição heterotópica ou ortotópica, com a realização das anastomoses vasculares simples ou complicadas e da ureteroneocistostomia ou derivação urinária, e na resolução de todo o tipo de complicações.

Contudo, não foi só nesta vertente essencialmente cirúrgica que a Urologia avançou. De facto, o progresso científico e a evolução tecnológica conduziram à autonomização de áreas da urologia, que pelo desenvolvimento que adquiriram e pela dimensão da sua intervenção, quantificada nos números da procura, constituem hoje subespecialidades potenciais ou áreas de competência que exigem uma dedicação em exclusividade ou ocupando a maior parte do tempo. Refiro-me, como potencial subespecialização, à Andrologia, à Litiase (com LEOC, cirurgia percutânea e endoscopia do aparelho urinário superior) e à Transplantação Renal envolvendo a cirurgia e a sua fortíssima área médica (rejeições, imunossupressão, infecções, ensaios clínicos, etc.). Quanto às competências lembro a Uroneurologia, a Oncologia Urológica (com a quimioterapia e os hospitais de dia), o Cancro da Próstata (com a componente da investigação incluindo ensaios clínicos) e a Cirurgia Endoscópica da Próstata e dos Tumores Vesicais, com os novos procedimentos (prostatectomia total com laser) incluindo os não cirúrgicos como a braquiterapia. Evidentemente que este desenho da urologia actual só se verifica nos grandes centros.

Entretanto a cirurgia laparoscópica “invadiu” a Urologia. As principais intervenções urológicas como as nefrectomias totais e parciais, as nefroureterectomias, as cistectomias com derivação urinária ou neobexiga orto-

tópica, as adenomectomias, as prostatectomias radicais são, hoje em dia, já realizadas pela cirurgia laparoscópica, com segurança e resultados idênticos aos da cirurgia convencional, mas com muito menor morbidade e uma recuperação muito mais rápida. O exemplo paradigmático das vantagens trazidas por este tipo de cirurgia manifestou-se claramente na doação de rins em vida para transplante, nos Estados Unidos. A prática rotineira da nefrectomia laparoscópica em dador vivo para transplante renal, que se iniciou naquele país há cerca de 10 anos, foi um dos factores principais a justificar o crescimento exponencial do número de dadores vivos de rim, que passou de cerca de 25% para os actuais mais de 50%, sendo portanto já superior ao número de dadores cadáver, o que é único em todo o mundo e na história da transplantação! Para se ter uma ideia da importância destes números refira-se que em Espanha, país a nível mundial que realiza mais transplantes renais, e na maioria dos países europeus (com excepção da Noruega, Suécia e Holanda) incluindo Portugal (que ocupa um honroso quarto lugar a nível europeu), o transplante renal de dador vivo não ultrapassa os 10%.

O sucesso alcançado é indiscutível, levando porventura a um entusiasmo excessivo, como o que observámos no último Congresso da Associação Portuguesa de Urologia, realizado em Junho de 2005, em que um conhecido colega nosso espanhol, urologista há mais de 30 anos, considerou a cirurgia laparoscópica comparativamente à cirurgia convencional, como “a luz ao fundo do túnel”!

Parece, pois, que a cirurgia laparoscópica, chegou para tomar conta do grosso da cirurgia urológica e de forma definitiva.

Mas mais do que o estado presente da cirurgia laparoscópica, interessa perceber o que se vai passar no futuro. São diversas as interrogações que este tema suscita, como por exemplo:

Quais as indicações da cirurgia laparoscópica? A “assepsia” oncológica não lhe levantará barreiras?

Qual o futuro da cirurgia convencional?

Qual o lugar da cirurgia laparoscópica no internato de urologia?

Que tipo de formação deverão ter os futuros cirurgiões laparoscopistas?

Que serviços e que hospitais deverão ser habilitados a praticar este tipo de cirurgia?

As respostas a estas e outras questões irão sendo dadas com os progressos tecnológicos e com a experiência acumulada. De qualquer forma, julgamos que a cirurgia convencional continuará a ocupar um lugar importante na formação dos futuros especialistas de urologia e na preparação dos cirurgiões laparoscopistas. Estes terão que estar devidamente habilitados a resolver as complicações desta cirurgia, com recurso na maioria dos casos à cirurgia convencional.

Em relação ao caso concreto da cirurgia laparoscópica urológica no nosso país, o organismo responsável pela organização hospitalar nacional deverá definir, tendo como base uma carta hospitalar nacional (que se desejaria funcionante e actualizada), quais os serviços e hospitais que poderão e deverão praticar tal tipo de cirurgia. Esta definição é indispensável para se obter uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais, que por sua vez se irá reflectir em termos de produtividade e eficácia.