

## ORAÇÃO DAHER E. CUTAIT. RECENTES AVANÇOS EM COLO-PROCTOLOGIA

SAUL SOKOL, HSBCP

*“Existe sempre uma melhor maneira, encontre-a.”*

Thomas A. Edison

---

SOKOL S - Oração Daher E. Cutait - Recentes avanços em Colo-  
Proctologia - *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(2): 67-69

---

Conhecemos Daher Cutait desde 1957, quando, em Mar del Plata, Argentina, a ALACP foi fundada. Ele foi eleito presidente e nós participamos da diretoria como primeiro secretário.

Durante esses 35 anos muito água passou por baixo da ponte. Daher tornou-se uma figura reconhecida internacionalmente em nossa especialidade e nós nos mudamos para os Estados Unidos.

Testemunhamos, ao longo desses anos, inúmeras mudanças no tratamento de muitas entidades clínicas com as quais lidávamos.

O Dr. Cutait organizou o primeiro Congresso da ALACP em São Paulo, em 1960. Convidados especiais de todo o mundo vieram a esse encontro e, com sua vasta experiência, procuraram estabelecer as condutas para as principais doenças anorretocólicas. Ao lermos os anais desse Congresso, poderemos observar que muitas mudanças ocorreram desde então.

Fomos bastante dogmáticos quando apresentamos ao referido conclave nossa grande casuística de carcinoma de células escamosas do ânus. A ressecção abdômino-perineal se constituía no tratamento de escolha e esta conduta permaneceu até a apresentação de Norman Nigro, em 1974, que modificou radicalmente a orientação terapêutica da doença. A partir desse ano, a rádio e a quimioterapia, associadas, converteram-se no tratamento de primeira linha, reduzindo significativamente o número de pacientes que necessitavam operação radical e colostomia.

O advento de novas e seguras maneiras de realizar radioterapia também contribuiu bastante para a melhoria de nossos resultados no tratamento do câncer de reto, ao reduzir o

número de recorrências locais, embora sem alterar a taxa de sobrevida. Iniciaram-se, nessa ocasião, estudos com o 5-fluorouracil e o levamisole, produtos estes que trouxeram a esperança de melhorar a sobrevida dos pacientes, tendo a quimioterapia se tornado, desde então, o adjuvante recomendável.

Reduzimos, nos casos de obstrução e perfuração do cólon, o número de tempos operatórios: de três para dois, e, agora, para apenas um. A colostomia era sempre a primeira opção, porém com um melhor entendimento destas complicações, a necessidade de se remover primariamente o segmento afetado e o uso de novos antibióticos foram possíveis as modificações acima mencionadas.

Quando conhecemos Bryan Brooke em São Paulo, em 1960, era ele bastante famoso por sua técnica de ileostomia, mas tivemos sempre o desejo de eliminar os estomas. Koch apresentou sua técnica de ileostomia continente, que tem sido continuamente modificada. Atualmente preferimos construir uma bolsa ileal pélvica que suturamos ao ânus, no sentido de evitar um estoma permanente. Contudo, não estamos totalmente satisfeitos com os resultados obtidos. Podemos assegurar que este não é o fim desta história.

Em pacientes com doença de Crohn estamos fazendo hoje plásticas de estenoses, que, ocasionalmente, podem salvar parte do intestino delgado. Além disso, há algum tempo atrás tínhamos que controlar a doença intestinal a fim de estarmos aptos a tratar a doença de Crohn anal. Atualmente executamos técnicas cirúrgicas que no passado eram evitadas.

A principal mudança, contudo, que testemunhamos foi na área da tecnologia.

A colonoscopia mudou completamente a maneira de diagnosticar e tratar doenças colônicas. A grande maioria dos pólipos pode ser removida endoscopicamente e muitas condições e resultados de tratamento são seguidos dessa maneira, reduzindo assim drasticamente a indicação de enemas baritados.

É possível que a polipectomia colonoscópica tenha tido o mais significativo avanço, porque não somente melhorou o tratamento, como também reduziu a morbidade e a mortalidade, e também o custo da terapia. A maioria dos avanços

que testemunhamos foi acompanhada por algum incremento nos custos.

As suturas mecânicas, principalmente os grampeadores circulares, também representaram importantes avanços no tratamento de lesões retocolônicas ao permitir-nos realizar anastomoses muito mais baixas, e, talvez, de um modo mais fácil.

Recentemente recobramos nosso interesse acerca da fisiologia da área anorretal. Defecografia, ultra-sonografia, manometria e eletromiografia, entre outros estudos, têm sido utilizadas com maior freqüência, embora em muitos casos sem conclusões bem definidas.

Será necessário adquirir-se mais experiência antes que esses estudos sejam usados como guias terapêuticos, pois, não raramente, uma melhora nos resultados dos exames dos pacientes não é seguida de uma melhora de seus sintomas e, ocasionalmente, o paciente melhora, enquanto os resultados de seus exames permanecem anormais.

Devemos ser bastante cautelosos acerca da indicação de terapias, considerando somente o resultado desses estudos. O julgamento clínico deve ser exercitado.

Talvez a ultra-sonografia endorretal para estadiamento do câncer de reto tenha sido a mais útil destas aquisições.

Computadores têm sido freqüentemente utilizados em medicina e converteram-se em ajuda indispensável na prática médica, bem como em nossa vida diária.

Muito tem sido dito acerca do laser, e provavelmente este talvez tenha sido o maior dos desapontamentos. O laser não nos deu a possibilidade de operar sem dor ou sangramento, como prometido por alguns cirurgiões.

Não pretendemos citar aqui todas as mudanças ocorridas nos últimos 35 anos, porém não podemos deixar de mencionar aquela que acreditamos ser a mais radical.

As transformações que ocorreram e que estão acontecendo na cirurgia convencional, decorrentes do rápido desenvolvimento da cirurgia laparoscópica, exigirão um ajustamento nunca antes enfrentado pelos cirurgiões.

Atualmente é comum a realização, por via laparoscópica, de colecistectomias, apendicectomias, herniorrafias, vários procedimentos ginecológicos, e, mais recentemente, também cirurgias colônicas. O que era feito apenas em laboratórios, dois anos atrás, hoje é feito nos centros cirúrgicos, com freqüência cada vez maior. Vários centros estão experimentando este procedimento e, embora tenhamos sido aconselhados a evitar impetuosamente esta conduta, a multiplicação de cursos e seminários para o seu ensino a tem tornado disponível em quase todos os lugares.

Será a cirurgia colônica, como a conhecemos hoje, coisa do passado?

O paciente submetido à operação colônica irá para casa no mesmo dia ou no dia seguinte?

Não estamos assim tão otimistas!

Acreditamos que a cirurgia laparoscópica do cólon veio para ficar, mas demandarão ainda vários anos e ocorrerão complicações até que se defina seu verdadeiro lugar em nossa especialidade. Certamente não diríamos ser este, hoje, o método de escolha.

Com mais experiência e também novos instrumentos (o que em nossa opinião é fator importantíssimo), este poderá se converter em real e significativo avanço no tratamento de determinadas condições.

Para que isto aconteça temos que ser honestos ao reconhecer nossas falhas, bem como apresentar nossos sucessos. Vamos relatar nossas complicações e encontrar o caminho para evitá-las. Se assim não fizermos, muitos pacientes irão pagar com a vida o preço de procurarem este método de tratamento ao invés do método convencional disponível para qualquer bom cirurgião.

Não devemos sacrificar nenhum princípio ao recebermos uma nova tecnologia.

No sentido de sermos bem-sucedidos com estas novas técnicas, devemos não somente ter treinamento adequado, mas também tentar mudar nosso comportamento profissional. Lembremo-nos de que somente um pouco do que fazemos hoje foi ensinado nas escolas médicas ou nos programas de residência 10 ou 15 anos atrás.

Existe uma constante transformação em medicina e isto representa hoje um desafio para a comunidade médica.

Novos aparelhos diagnósticos, drogas e equipamentos trazem novas técnicas e condutas terapêuticas e tudo isso exige um contínuo esforço para a atualização de nossos conhecimentos.

É inaceitável fazermos coisas hoje tal como propúnhamos 35 anos atrás. Provavelmente muito daquilo que dissemos hoje, aqui, será obsoleto no final deste século.

Senhores congressistas: nós admiramos pessoas como Daher Cutait, não porque tudo aquilo que ele tem dito será verdade para sempre, mas porque ele estudou continuamente e, aprendendo, cuidou de mudar e aperfeiçoar-se para encontrar a melhor maneira de tratar os pacientes.

Educação médica continuada é imprescindível!

Hipócrates, em seu juramento, clamava por contínuo ensino e aprendizado na prática médica, quase 2.500 anos atrás!

Medicina é uma profissão erudita e está evoluindo continuamente. Devemos encontrar a maneira de exercer a prática médica e de continuar atualizando nossos conhecimentos e habilidades.

Desde 1957 o Professor Cutait e nós testemunhamos um fenomenal crescimento de novos conhecimentos e tecnologia e isto produziu sobre nossa profissão um nível de exigência sem precedentes.

Talvez este tenha sido um importante fator no desenvolvimento de muitas subespecialidades, incluindo a Colo-Proctologia.

Aprender estas novas modalidades foi somente parte do repto. Ajustar-nos a essas transformações requereu mudanças em nosso comportamento, e este foi o real desafio.

Os médicos são, em geral, bastante lentos em aceitar idéias novas. Fomos treinados a investigar uma nova idéia antes de aceitá-la. O ceticismo influencia nosso comportamento. Além disso, somos criaturas de muitos hábitos e que muitas vezes encontramos dificuldades para romper com os mesmos.

Continuamos geralmente a seguir velhos princípios depois de novos terem sido estabelecidos, mesmo após termos aprendido a respeito deles.

Senhores congressistas: procuremos atingir nossa meta nos anos 90, continuando a aprender e esforçando-nos para nos adaptar às mudanças.

Continuemos buscando novas maneiras de aperfeiçoar nossos cuidados com o paciente, porque, conforme disse

Thomas Alva Edison, “Existe sempre uma melhor maneira, encontre-a”.

**Endereço para correspondência:**

Saul Sokol  
City Dallas - suite 321  
75230 - Texas - USA