

Reparo das hérnias incisionais: as origens do método de Lázaro da Silva no estado de Goiás

Renato Miranda de Melo¹

HÉRNIAS PARA QUE TE QUERO

O reparo das hérnias incisionais (HI), em especial o das medianas, por serem as mais comuns, sempre suscitou o interesse da comunidade médica. Sua frequência elevada reflete o número crescente de operações de grande porte, cuja duração é proporcionalmente maior, realizadas em pacientes com idade mais avançada, incluindo também os muito obesos! Tais circunstâncias desafiam os critérios antes rígidos de indicação, mas sobretudo os de contra-indicação, além de superar as prerrogativas de operabilidade. Não menos marcante tem sido a parcela de pacientes tratados com seu abdome literalmente aberto, nos quadros catastróficos de pancreatite, peritonite séptica ou mesmo no controle de danos em politraumatizados graves. Muitos acabam por desenvolver defeitos parietais enormes, caso sobrevivam. Por fim, há os que tiveram suas investidas de correção fracassadas, gerando o que hoje se denominam hérnias complexas — aquelas cujo tratamento será difícil, oneroso, iterativo ou mesmo impraticável. Esse panorama hostil vem se abrandando com a difusão progressiva da cirurgia laparoscópica, universalizando a via de acesso mini-invasiva nos procedimentos viscerais. Assim, preserva-se a integridade da parede abdominal, minimizando as complicações e sequelas.

Isso motivou os cirurgiões do mundo inteiro, sobretudo os que lidam com casos mais desafiadores, na busca de alternativas cirúrgicas para corrigir essas hérnias, todas equivalentes em termos de porcentagem de cura. O que varia é a indicação e o ônus de cada uma, seja o biológico ou o financeiro. Por exemplo, é possível reparar a parede abdominal empregando-se apropriadamente os tecidos do paciente, mas também com a utilização de telas ou, ainda, mesclando uns e outros, tentando restaurar em maior ou menor grau a anatomia distorcida pela doença herniária.

Na primeira opção, o cirurgião ocupa uma posição central, e o desfecho dependerá principalmente de seu conhecimento anatômico, habilidade, manejo delicado dos tecidos e experiência acumulada. Em outras palavras, o seu desempenho sobrepõe-se a quaisquer insumos. Na outra, essa lógica se inverte, e a operação passa a gravitar toda ela em torno da prótese. Com grande valor agregado, nela repousará a razão precípua do tratamento. O cirurgião se metamorfoza em “vetor” de telas,

tornando-se adicto da disponibilidade de recursos materiais, entre equipamentos eletrônicos, instrumentos especiais, alguns até descartáveis, e não podendo faltar, obviamente, eletricidade. Todavia, quanto menos o médico fizer pela restauração da parede, resgatando sua prerrogativa contrátil, mais ele ficará refém das telas. E todos sabemos que nenhum refém está no comando...

Mais um desdobramento desta última estratégia inclui o fato de que os pacientes terão de se adaptar à presença permanente de um corpo estranho em seu organismo, com suas mazelas locais (seromas, infecção e desconforto crônicos), ainda que raramente, e mesmo sistêmicas, felizmente mais raras ainda.¹ Isso conduz a três outros desafios: quais, onde e de que maneira colocá-las, para se obter o máximo de benefícios como mínimo de efeitos colaterais? Assim, surgem os apetrechos, cada vez mais sofisticados, que procuram facilitar a vida do cirurgião, a despeito da complexidade cada vez maior e dos custos crescentes dos mesmos. Porém, não necessariamente há melhora nos índices de cura da doença, tampouco se amplia o alcance social desses processos. A análise decisória exigirá muita reflexão antes de qualquer direcionamento!

O CIRURGIÃO COMO TRATAMENTO E OS DESAFIOS DO NOVO

Uma vez ingeridos ou injetados, os medicamentos agem sozinhos, no máximo e raramente com algum efeito adverso, o mais das vezes tolerável e transitório. E percorrerão toda a via metabólica até seus órgãos-alvos, onde irão agir, para depois serem inativados e excretados. Por seu turno, o cirurgião é quem executa essas tarefas, como verdadeiro “fármaco” que afasta, estanca, recorta e ata novamente. Deixa para trás suas pegadas — as cicatrizes —, obra monumental de macrófagos e fibroblastos. O desempenho de toda a equipe, portanto, será determinante tanto no processo quanto no desfecho operatório. Não apenas por ela, mas por ela também. Aí perpassam aptidão, destreza, valores, vaidade e humildade. Parece simples, mas não é, sobretudo em se tratando de operações e de operadores.

Como qualquer ser humano, o cirurgião é alguém que faz escolhas. Elas influenciam suas decisões, que precisam ser tomadas de modo consciente e bem fundamentado.

¹Cirurgião Geral, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões Professor Associado (aposentado) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás Professor Adjunto da Escola de Ciências Médicas da PUC Goiás (Goiânia/GO) ORCID: 0000-0001-5230-2789

Consciência nos remete à Ética; fundamentação, à Ciência! Portanto, é essencial dar-lhe a conhecer os métodos consagrados e a maneira adequada de executá-los. Nisso, o aprendiz há de se aplicar, mas não menos do que no acolhimento, preparo e seguimento dos pacientes. Por que? Para avaliar criticamente as indicações, sua atuação e os resultados que obteve. As opções táticas apontarão o que fazer, em cada caso, e a técnica operatória, como o fará. É assim que todo cirurgião trata: elege um modo com o qual mais se identifique e nele se aprimora. Uma a uma, vai elencando, a seu tempo, suas prioridades e alternativas terapêuticas. A seleção, todavia, é sempre pessoal...

Assimilar um procedimento novo é muito difícil para o especialista, cuja atuação se confunde com o próprio tratamento. Significa, em sua aritmética, abrir mão de algo, que custou a dominar, e substituí-lo por outro, que desconhece completamente. Não basta apresentá-lo, antes ele haverá de ser criticado, avaliado, testado, reavaliado e, por fim, reconhecido. E uma vez adotado, restará referendá-lo. É um processo longo para qualquer cirurgião, que envolve insatisfação, curiosidade, disponibilidade e disposição para buscar e, mais que tudo, tempo. No frígido dos ovos, o cirurgião precisa estar convencido de que uma alternativa nova é melhor do que a sua. Se será mesmo ou não, aquele mesmo tempo sancionará.

A AUTORIA E O AUTOR

Em janeiro de 1971, foi publicada no Brasil uma nova proposta para corrigir HI longitudinais, que atendia às condições da época.² As próteses sintéticas estavam ainda no forno, especialmente aqui nos trópicos, e do que se dispunha basicamente eram as estruturas anatômicas do paciente. Na proposta, o próprio saco herniário, fendido ao meio, e duas incisões relaxadoras alternadas, na bainha dos músculos retos, bastariam para reparar a parede por meio da transposição desses retalhos. Ela foi denominada, portanto, “transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral” (TRANSPALB). Desde então, tendo atravessado meio século de constantes inovações médicas, ela continua a devolver à grande maioria dos pacientes uma parede abdominal ativa e esteticamente aceitável. Seu idealizador? O cirurgião e professor, Alcino Lázaro da Silva (figura 1).



Figura 1. Prof. Alcino Lázaro da Silva.

Nascido em Guaranésia, no Sul de Minas, ingressou na mesma escola de onde só sairia como Professor Titular e, em seguida, Emérito — a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG). Esse período se estendeu de 1954 até 2006, quando exerceu intensa atividade assistencial e acadêmica, tanto para graduandos quanto para pós-graduandos. Orientou muitas teses clínicas e experimentais sobre o método que concebeu. Em 23 de maio de 2000, tomou posse na Academia Nacional de Medicina, ocupando a cadeira 61.

O PIONEIRO EM GOIÁS

Natural de Pires do Rio, no sudeste goiano, Lourival Antonino Ferreira (figura 2) estudou medicina na UFMG, em Belo Horizonte, entre os anos de 1964 e 1968 — “os anos de chumbo” — um período bastante conturbado politicamente. Integrou a primeira turma que se graduaria em cinco anos, junto a outros 159 colegas. Durante a disciplina de Anatomia Médica, quatro estudantes se alternavam na dissecação de cadáveres inteiros (e o faziam mais de uma vez), ante os olhares atentos de um assistente por mesa! Na ocasião, talvez pelo sólido embasamento anatômico adquirido, já havia se decidido pela carreira cirúrgica.



Figura 2. Dr. Lourival Antonino Ferreira

Sua especialização aconteceria nos Hospitais da Cruz Vermelha e Borges da Costa, ambos sob a égide do ex-catedrático, Prof. João Baptista de Resende Alves. Antes disso, faria uma brevíssima passagem (de uma semana) pela Cirurgia Cardiovascular do Hospital de Base, em Brasília, onde fora aprovado primeiramente. Quis o destino que completasse os estudos, agora em Cirurgia Geral, na mesma instituição em que se graduou. Eram oferecidas apenas cinco vagas no concurso para a residência médica da UFMG, e ele ficara como excedente em sexto lugar.

Naquele ano de 1969, o serviço ganhou mais uma vaga, após o edital, e ela foi ocupada pelo afortunado goiano! De sua formação participaram Geraldo Boaventura Leite Sobrinho, Luiz Gonzaga Pimenta e, evidentemente, o próprio Alcino Lázaro da Silva. Além das lides assistenciais, os residentes também atuavam como Instrutores de Ensino na disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, chefiadas pelo Prof. Resende Alves. Em 1970, participou do 1o. Congresso da Associação Nacional de Médicos Residentes, que aconteceu na capital mineira.

Já como cirurgião geral e de malas feitas, regressa a Pires do Rio no início do ano seguinte, para atuar no Hospital e Maternidade Santa Rita. Inscrito em 11 de janeiro de 1971 no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, sob o número 1.065, desde o início pode contar com um colega ginecologista, que também se credenciara em Anestesia, além de outros dois que o ajudavam nas operações.

No dia 1o. de dezembro desse mesmo ano, foi admitida ali a senhora LBR, de 50 anos, para uma colecistectomia — 353 cálculos! — e papiloesfincterotomia transduodenal, provavelmente por odite, através de incisão à Lennander direita, ou seja, uma laparotomia paramediana pararretal interna supra-umbilical. No fechamento da parede foi empregado o categute simples, no peritônio junto com o folheto posterior da bainha do músculo reto, e na sua lâmina anterior, a modalidade cromada, ambos com pontos separados. Ela apresentou drenagem biliar expressiva pela ferida operatória e pelo dreno de Penrose, deixado no espaço sub-hepático. Reduzindo-se a drenagem progressivamente, a paciente recebeu alta hospitalar 20 dias depois em ótimas condições. Aliás, seu estado geral não se mostrou comprometido durante todo o período de internação (figura 3).

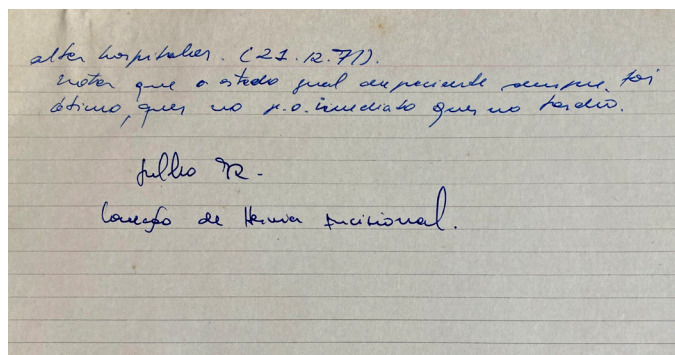


Figura 3. Prontuário da primeira Transposição do Saco Herniário em Goiás.

Evoluiu com inevitável hérnia incisional, corrigida sete meses depois, em julho de 1972, mediante transposição do saco herniário. Aqui também utilizou o fio de categute cromado, calibre 0, em chuleio. Algum tempo depois, a paciente queixou-se de pequena recidiva no ângulo inferior da cicatriz, a qual foi prontamente reparada por seu médico. Não referiu nenhuma outra intercorrência até seu falecimento, ocorrido vários anos mais tarde de causas naturais (comunicação pessoal). O hospital encerrou suas atividades entre 2000 e 2001, o que inviabilizou o acesso aos prontuários do SAME. Seguramente, não pela leitura do artigo original, ainda recém-publicado, mas por ter

atuado com o Prof. Alcino de alguns dos casos que compuseram aquela casuística inicial, sua proficiência no método permitiu-lhe retribuir o que aprendera com o mestre em pessoa. Nada mais genuíno, aliás!

Durante o 1o. Congresso de Cirurgia do Centro-Oeste Brasileiro e a 5a. Jornada Regional de Cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, ocorridos conjuntamente em Brasília/DF, de 11 a 15 de novembro de 1975, apresentou tema livre intitulado “Correção cirúrgica das hérnias incisionais longitudinais”. Além de expor a proposta elaborada pelo professor Alcino aos colegas da região, justificou a preferência por ela, agora embasada por sua experiência pessoal com o método (figura 4 e 5).

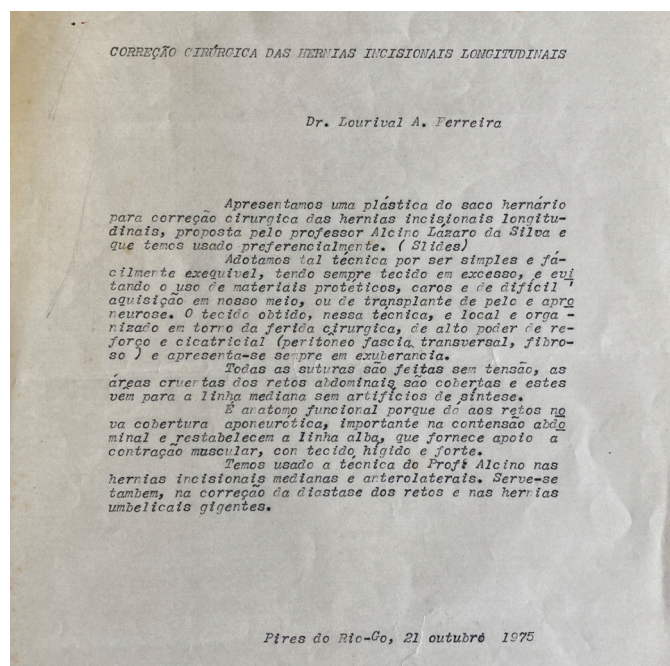


Figura 4. Resumo da primeira apresentação no Centro-Oeste.



Figura 5. Certificado da primeira apresentação no Centro-Oeste.

À luz desses fatos, Lourival Antonino Ferreira foi o primeiro cirurgião a realizar, no estado de Goiás (e certamente na Região Centro-Oeste), o que denominou “a técnica do Prof. Alcino” há exatos 50 anos. É bem provável, também, que se lhe atribua a primazia por tê-la executado além das fronteiras de Minas Gerais.

A CHEGADA A GOIÂNIA

Manoel Maria Pereira dos Santos (figura 6), ex-Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM-UFG), obteve seu doutorado junto à instituição coirmã de Belo Horizonte (FM-UFMG), entre 1976 e 1979, trabalhando em uma das linhas de pesquisa do Prof. Alcino. Nas diversas idas e vindas a Minas, tomou conhecimento da TRANSPALB “na fonte” e não hesitou em demonstrá-la aos seus professores, residentes e estudantes.



Figura 6. Prof. Manoel Maria Pereira dos Santos.

Entre eles estavam Romeu Fernandes de Carvalho (figura 7) e Joel Neder. Juntos haviam cursado a graduação na FM-UFG (1967-1972) e a residência médica no próprio Hospital das Clínicas (HC) no biênio seguinte. Durante o doutoramento, o Prof. Manoel Maria os convidou a integrar o serviço de Cirurgia que chefiava na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMG). Na época, ela funcionava ainda no prédio original, que depois deu lugar ao Centro de Convenções da capital. Romeu viria a lecionar na mesma faculdade, assim como no HC, por duas décadas ininterruptas (1979-1999), formando novos médicos e cirurgiões.

Em meados dos anos 1980 foram inauguradas as novas instalações da filantrópica SCMG. Foi neste cenário, um dos



Figura 7. Prof. Romeu Fernandes de Carvalho.

principais centros de referência goianos no atendimento médico à população, que o Prof. Romeu consolidou sua experiência no reparo das HI, especialmente pelo método da Transposição do Saco Herniário. E foi aí que ele também passou a ensiná-la com indiscutível propriedade. Muitos pacientes de Goiás e de outros estados brasileiros foram beneficiados pela atuação impecável deste cirurgião e de seus discípulos.

Ao lado do seu contemporâneo, Joel, e de Hélio Ponciano Trevenzol, também formado na mesma Escola, o Prof. Romeu instalou a Residência Médica em Cirurgia Geral na SCMG. Outros colegas a eles se juntaram, pois ali já se oferecia treinamento regular em cirurgia, embora não nos mesmos moldes. Depois se filiaram Luiz Carlos Pedreira Barros e Luiz Carlos Martins de Moraes, também egressos do HC — este último viria a se tornar um dos grandes protagonistas da “transposição”. Da terceira geração de cirurgiões, Edson Tadeu de Mendonça e Jorge Luiz de Carvalho também se destacaram, por consentirem na adoção da “plástica com o saco herniário”. Juntos, foram os que mais realizaram essa operação no período em que permaneceram na SCMG.

Se o Prof. Manoel Maria foi o grande emissário que fez chegar em Goiânia a proposta de Lázaro da Silva, foi pelas mãos diligentes e a determinação lúcida do Prof. Romeu Fernandes de Carvalho, que ela se estabeleceu na capital brasileira da Art Déco.

O AVANÇO

Completando o tripé assistencial e de formação médica mais concorridos na época, a maneira como a Transposição do

Saco Herniário aportou no Hospital Geral de Goiânia (HGG) de-sobedeceu àquela cascata. Aliás, pode-se jurar que ela se deu literalmente por obra do Espírito Santo!

Formado pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, mais conhecida como EMESCAM (1977-1982), Rossini Cipriano Gama (figura 8) deixou sua cidade e veio especializar-se em Cirurgia Geral no HGG. Isto se deu nos anos de 1983 e 1984, durante seu treinamento inicial. No biênio seguinte, complementou sua formação cirúrgica, especializando-se em Coloproctologia no mesmo serviço. Diante dos vários casos de HI que ali se concentravam, ele apresentou o procedimento de Lázaro da Silva aos preceptores e demais residentes, pois já o conhecia e praticava com seus professores na graduação, Danilo Nagib Salomão Paulo, Álvaro Armando Carvalho de Moraes e Alvino Jorge Guerra. Dada a grande vinculação deste grupo com o do Prof. Alcino, seu método era amplamente difundido em território capixaba.



Figura 8. Dr. Rossini Cipriano Gama.

Fruto dessa experiência, resultou a primeira publicação goiana sobre a Transposição do Saco Herniário, em 1985, encabeçada pelo então Chefe da Clínica Cirúrgica do HGG e professor da disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da FM-UFG, Adelino Araújo dos Santos (figura 9). Trata-se de um estudo envolvendo os 17 casos iniciais, operados no período em que Rossini frequentou o serviço, integrando também a lista de autores do artigo (figura 10). Cerca de 2/3 dos pacientes eram mulheres, a média de idade foi 53 anos e mais de 40% das hérnias localizavam-se na região infra-umbilical. Não foram observadas recidivas na presente série.³

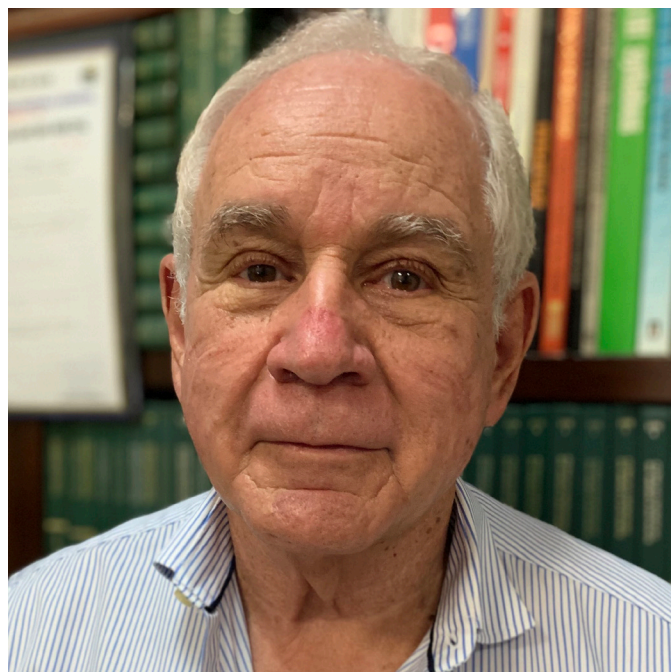


Figura 9. Prof. Adelino Araújo dos Santos.

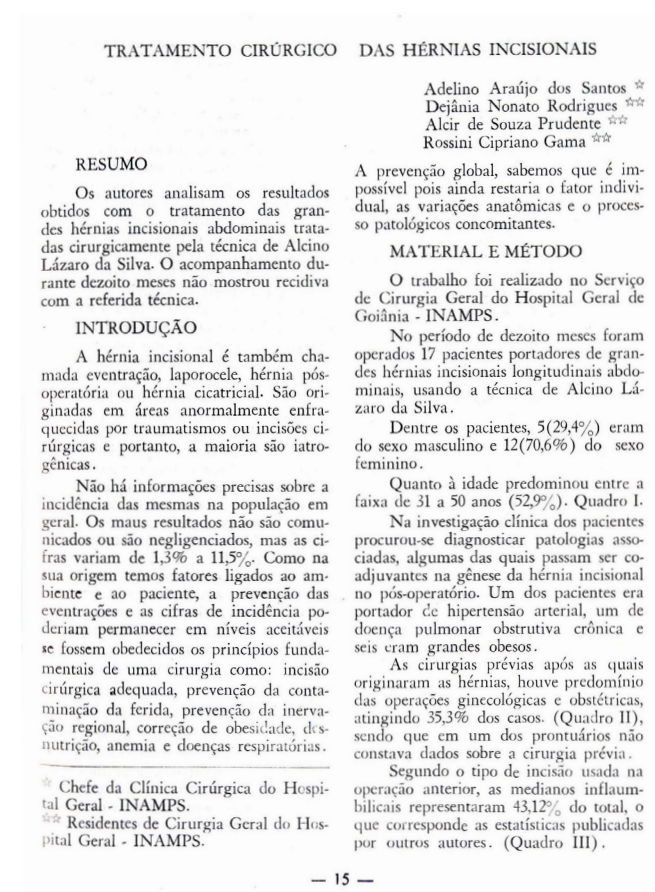


Figura 10. Primeiro artigo sobre a Transposição do Saco Herniário no Centro-Oeste, publicada na Revista Científica HGG-INAMPS em 1985.

O também ex-aluno da FM-UFG, Félix André Sanches Penhavel (figura 11), durante seu internato, em 1979, participou de operações e de várias discussões com o Prof. Manoel Maria sobre o método de Lázaro da Silva, destinadas aos acadêmicos e residentes do HC.



Figura 11. Prof. Félix André Sanches Penhavel.

Ele completou sua formação cirúrgica na Santa Casa de Ribeirão Preto/SP. Ao retornar para Goiânia, veio trabalhar no Pronto Socorro do HGG e, após prestar concurso para docência, iniciou uma dedicada carreira acadêmica na FM-UFG, lecionando Anatomia Humana, primeiramente, depois Técnica Operatória e, por fim, Clínica Cirúrgica. Sua primeira de muitas transposições foi no HGG em 1987, ano em que se transferiu do Pronto Socorro para a Clínica Cirúrgica daquele hospital.

O Prof. Félix viria a se tornar um dos grandes proponentes do método de Lázaro da Silva, juntamente com um de seus mais virtuosos discípulos, Fernando Corrêa Amorim, também egresso e atualmente professor da mesma faculdade. Ambos são os responsáveis pela permanência viva dessa alternativa de tratamento das HI no ambiente universitário goiano. Nenhum cirurgião afeito à Transposição do Saco Herniário, nem mesmo o próprio Prof. Alcino, resumiu tão bem a convicção que sentimos ao executá-la, como fez o Prof. Félix. É dele a expressão, quase profética — “Alcino a gente não pode começar, porque, se começar, acaba fazendo.

AGRADECIMENTOS

Este texto foi escrito com base em relatos obtidos, pessoalmente, dos colegas aqui elencados e que, com sua generosidade, compartilharam esses valiosos testemunhos. A eles a minha sincera gratidão, que permitiu manter indissociável o estreito vínculo entre passado e presente, autor e obra. É por meio da

palavra, e do tempo, que a História consagra os seus grandes feitos.

REFERÊNCIAS

1. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. ‘ASIA’ — Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *Journal of Autoimmunity* 2011; 36: 4-8.
2. Lázaro da Silva A. Plástica com o saco herniário na correção das hérnias incisionais. *O Hospital* 1971; 79(1): 123-134 (129-140).
3. Santos AA, Rodrigues DN, Prudente AS, Gama RC. Tratamento cirúrgico das hérnias incisionais. *Revista Científica HGG-INAMPS* 1985;1(1) jan-jun:15-18.