



PONTO DE VISTA

PROSTATECTOMIA RADICAL NO CÂNCER DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁTICO



Entrevista

Conversa com o dr. Runco, o médico da seleção brasileira por 16 anos



Além da Urologia

Como a Nutrologia Esportiva ajuda a melhorar a performance



Fique Sabendo

Os cuidados que devem ser tomados na ureteroscopia flexível



Acompanhe a
SBU-SP pelas
redes sociais

Instagram: @sbu_sp

Curta a página no Facebook e siga
a Sociedade no Instagram!



www.facebook.com/sociedade.deurologia

Nossa segunda edição está pronta. Buscamos trazer conteúdo de interesse geral de nossa classe e específico de nossa especialidade. Na seção “SBU e Você”, o relatório financeiro mostra saldo positivo modesto, mas se observarmos o relatório da terceira reunião da Diretoria, nosso tesoureiro, Dr. Iderpól, nos informa que já arrecadamos 3 milhões de reais com o CPU deste ano, sem contar com as inscrições, ou seja, estamos em condição financeira confortável. Os Drs. Sidney Glina e Flávio Trigo nos representam nas homenagens aos professores Carlos Bezerra e Sami Arap, que nos deixam saudades e, mais importante, exemplo e ensinamentos que os perpetuam eternamente em nossa sociedade.

O entrevistado desta edição é o dr. José Luiz Runco, que nos revela algumas histórias e conflitos dos bastidores da seleção brasileira de futebol. Os Professores Eliney Faria e Ubirajara Ferreira abordam a prostatectomia no carcinoma de próstata oligometastático, tema atual e polêmico. Ressalto a dedicação destes professores em nos fornecer dados atualizados, abrangentes e resumidos, enriquecidos com suas interpretações e opiniões. Agradecemos vosso empenho.

Em “Aprimoramento” trazemos o já antigo e bem estruturado fellowship em Disfunções Miccionais da Disciplina de Urologia da EPM, coordenado pelo Prof. Fernando Almeida. Em “Urologia Legal”, Karin Camarinha expõe sua opinião e recomendações para a comunicação através da internet e redes sociais. Penso que o tema é importante, mas sua relevância é variável e individualizada, dependendo do contexto em que cada um de nós está inserido. No entanto, uma vez decidido por investir em comunicação digital, esta deve ser profissional, técnica, atualizada e ética, adequada à rotina do médico, pois do contrário o resultado pode ser inverso, negativo, “um tiro no pé”!

Em “Além da Urologia” o dr. Eduardo Rauen conceitua a Nutrologia, que é especialidade médica, e esclarece tecnicamente seus objetivos. O dr. Marcelo Bptistussi nos transmite recomendações preventivas para prolongar a vida útil do equipamento e evitar complicações na Ureteroscopia Flexível. Por fim, o nosso amigo dr. Claudio Toi nos conta como desenvolveu a “Toi’s Beer”, garante que é de qualidade e já foi aprovada por vários degustadores experientes de nossa sociedade.

Há muito empenho e dedicação de editores, jornalistas, diagramadores e especialmente de autores (urologistas ou não) na confecção do BIU, para prover conteúdo de qualidade; então peço sua atenção, leitura e crítica.

Um abraço a todos.

Luís Gustavo Morato de Toledo
Editor do Biu

drluisgtoledo@gmail.com | 11 99639-5014



Luís Gustavo
Morato de Toledo

COEDITORES DO BIU



FERNANDO
KORKES



SANDRO
NASSAR



WALTER
COSTA



Boletim de Informações Urológicas • Março / Abril 2018

EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia • Secção São Paulo
Biênio 2018 / 2019

Presidente

Flavio Eduardo Trigo Rocha

Vice-Presidente

Armando dos Santos Abrantes

1º Secretário

José Carlos I. Truzzi

2º Secretário

Geovanne Furtado Souza

1º Tesoureiro

Iderpól Leonardo Toscano Jr.

2º Tesoureiro

Francisco Kanasiro

Delegados

Fernando Nestor Facio Junior

André Luiz Farinhas Tomé

Roberto Vaz Juliano

Delegados Suplentes

Geraldo Benedito Gentile Stefano

Alexandre Cesar Santos

Vicente de Paula Cirio Nogueira

Editor do BIU

Luís Gustavo Morato de Toledo

Coeditores

Fernando Korkes, Walter Henriques da Costa
e Sandro Nassar Cardoso

Departamento Uroneuro

Thiago Souto Hemery

Departamento Litiase e Endourologia

Rodrigo Guerra – Botucatu

Departamento Robótica e Cirurgia Minimamente Invasiva

Giuliano Guglielmetti

Departamento Oncologia

Carlos Hermann Schaal

Departamento Urologia Feminina

Ana Paula B. Bogdan

Departamento HPB

Oscar Rubini Avila

Departamento de Pesquisa

Leonardo Oliveira Reis

Departamento de Uropediatria

Edson Daniel Schneider Monteiro

O BIU está aberto para divulgação de eventos, concursos, premiações, notícias, permutas, vendas de equipamentos, ofertas de trabalho e oportunidades pertinentes à especialidade.

Cartas e artigos deverão ser enviados aos cuidados do editor para:

SBU-SP – Rua Tabapuã, 1123 – Conj. 101 – Itaim Bibi – São Paulo – SP – 04143-014

Outras informações poderão ser obtidas com a Seccional de São Paulo Tel/fax.:

(11) 3168-4229 • E-mail: sbu.sp@uol.com.br • www.sbu-sp.org.br

O Boletim de Informações Urológicas (BIU) é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Urologia – Secção São Paulo. BIU é distribuído amplamente para todos os urologistas do território nacional.

Permite-se a reprodução de textos, desde que citada a fonte.

Jornalista Responsável

Simon Widman (simon.widman@esp2.com.br)

Produção

Estela Ladner (estela.ladner@esp2.com.br)

Arte e Diagramação

Fabiana Sant'Ana

Impressão

Gráfica ZELLO

Tiragem

4.100 exemplares

ADVERTÊNCIA

As opiniões nos artigos publicados no BIU são de inteira responsabilidade dos seus autores e não refletem necessariamente o pensamento da SBU – Secção São Paulo. A SBU-SP e o BIU eximem-se de quaisquer responsabilidades por lesões corporais decorrentes de produtos mencionados nas propagandas comerciais.



16

PONTO DE VISTA

Prostatectomia radical no câncer de próstata oligometastático

26

ALÉM DA UROLOGIA

Nutrologia Esportiva, uma aliada na melhoria da performance



29

FIQUE SABENDO

Cuidados recomendados na ureteroscopia flexível

ENTREVISTA

Uma conversa com o dr. José Luiz Runco, médico da seleção brasileira de futebol entre 1998 e 2014

13

6

SBU E VOCÊ

21

APRIMORAMENTO

23

UROLOGIA LEGAL

32

SEM ESTRESSE

34

AGENDA

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE O DEMONSTRATIVO
BANCÁRIO DA ENTIDADE
REFERENTE A ABRIL DE 2018 E
AS DESPESAS ADMINISTRATIVAS
FEITAS EM MARÇO DESTE ANO.

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezado associado,

A diretoria da SBU-SP apresenta a relação de despesas administrativas para a manutenção das sedes e realização das atividades de interesse dos associados. Também é publicada a posição financeira da entidade referente ao dia 14 de abril de 2018.

Os custos administrativos permanecem equilibrados e o saldo bancário, positivo.

A diretoria da SBU-SP está à disposição dos associados para esclarecer qualquer dúvida relacionada aos dados apresentados.

REFERÊNCIA: MARÇO/2018

DESPESAS	VALOR
Advogado Peppe Bonavita	R\$ 2.462,15
Magnitude Assessoria de Imprensa	R\$ 2.930,00
Condomínio sede Augusta	R\$ 968,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 2.002,84
Convênio funcionários	R\$ 2.323,32
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 242,46
Copy Service	R\$ 1.170,60
IPTU sede Augusta	R\$ 150,07
IPTU sede Tabapuã	R\$ 720,78
Ligue Táxi	R\$ 719,50
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 1.180,00
Salário Funcionários	R\$ 5.771,38
Tributos folha funcionários	R\$ 1.708,58
Site Unimagem	R\$ 8.054,63
Tectray serv. T.I.	R\$ 830,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R\$ 493,12
VR Funcionários	R\$ 1.670,40
VT Funcionários	R\$ 522,20
Tarifas bancarias	R\$ 157,50
UOL Provedor internet	R\$ 52,85
TOTAL	R\$ 34.682,23

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 14/04/2018

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	R\$ 76.376,80
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 7.354,86
SALDO ATUAL		R\$ 83.731,66

APLICAÇÕES

Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 101.280,60
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
TOTAL		R\$ 185.012,26



UROLOGIA DA UNICAMP CELEBRA JUBILEU DE OURO COM HOMENAGEM AO DECANO OSAMU IKARI



Equipe festejou a data e entregou Certificado de Honra ao Mérito ao prof. Osamu (1º à direita)

“Nosso mote sempre foi ensinar aos mais jovens a importância e o respeito ao paciente, não tratando apenas dos exames laboratoriais ou radiológicos, mas, sim, o indivíduo fragilizado”, disse o urologista Osamu Ikari, durante cerimônia realizada dia 14 de março no Anfiteatro do Hospital de Clínicas da Unicamp, em comemoração ao Jubileu de Ouro da Disciplina de Urologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e ao Dia Mundial de Incontinência Urinária. “Qualquer médico sabe tratar a doença, mas bons médicos sabem tratar o doente”, acrescentou Osamu na ocasião do seu discurso, parafraseando o cirurgião vascular e ex-colega de Departamento, John Cook Lane. Decano da Disciplina, Osamu foi homenageado com um Certificado de Honra ao Mérito em reconhecimento e agradecimento pelas atividades desempenhadas por ele no ensino, na pesquisa e assistência médica, e por servir de exemplo de dedicação profissional a ser seguido.

HOMENAGEM

“NÃO É FÁCIL SUBSTITUIR ALGUÉM TÃO BOM E TÃO QUERIDO”

Sidney Glina é professor titular de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC

No dia 18 de março de 2018 a Urologia brasileira perdeu um dos seus grandes nomes, o prof. dr. Carlos Alberto Bezerra. O Carlinhos, como os amigos o chamavam, formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1986), fez residência em cirurgia geral no Hospital das Clínicas em São Paulo e de Urologia no Hospital da Amico. Fez mestrado (1997) e doutorado (2001) em Urologia pela Universidade Federal de São Paulo e Livre Docência pela Faculdade de Me-

dicina do ABC (2008). Atuou principalmente nos seguintes temas: incontinência urinária de esforço, bexiga neurogênica, incontinência urinária no homem e outros distúrbios do trato urinário inferior.

Foi nos últimos anos um dos expoentes da Urologia Feminina e Neuro-urologia em nosso país, tendo publicado vários trabalhos na área. Deu incontáveis palestras sobre o assunto por todo o Brasil e criou um número bastante grande de discípulos. Poucos sabem, mas o Bezerra, junto com o Roberto Vaz Juliano, foi um dos primeiros urologistas brasileiros a utilizar a laparoscopia como via de acesso para inúmeros procedimentos urológicos, já na década de 90.

Foi um dos responsáveis pelo desenvolvimento da Disciplina de Urologia do ABC, onde foi Chefe de Clínica por cerca de 15 anos, além de chefiar o Grupo de Disfunção Miccional. Atuou ativamente na SBU, ocupando vários cargos na SBU-SP e SBU, além da chefia de Departamento. O Carlos sempre foi apaixonado por suas ideias e ideias; defendia-os com muita garra,

mas sempre com muita ética. Não media palavras em busca da verdade, era genuíno no que dizia, no que defendia e na maneira como agia; sempre buscava o argumento correto e justo. Esta postura sempre lhe granjeou inúmeros amigos.

Tinha uma inteligência acima da média e a usava com sabedoria, principalmente para ensinar os residentes e alunos. Seu grande coração e sua capacidade de se doar sempre me chamaram a atenção.

Nos últimos anos enfrentou uma luta árdua contra a doença e mais uma vez portou-se com uma dignidade ímpar. Sempre animado, era realista, mas mantinha a esperança. Em nosso último encontro quatro dias antes de falecer, já no hospital, me disse: “avisa o pessoal que eu volto logo”. Infelizmente, desta vez, ele não cumpriu a palavra. Encontrava forças na Suzete, sua esposa, e nos seus três filhos e fazia questão de estar constantemente presente na Uro-ABC, “a minha casa”, segundo ele. O Carlos vai fazer muita falta! Não é fácil substituir alguém tão bom e tão querido.

Descansa em paz amigo!



Tinha uma inteligência acima da média e a usava com sabedoria, principalmente para ensinar os residentes e alunos.



CONHEÇA OS TEMAS TRATADOS NA **3ª REUNIÃO DA DIRETORIA DA SBU-SP**

No dia 14 de abril de 2018 foi realizada a 3ª Reunião Ordinária da Diretoria da SBU-SP, gestão 2018/2019. O dr. Flávio Trigo, presidente da SBU-SP, abriu a reunião parabenizando a todos pelo sucesso alcançado com a realização do Proteus. Em seguida, o dr. Iderpól Toscano, 1º tesoureiro da entidade, apresentou os saldos bancários e um gráfico da evolução das finanças nas últimas gestões, assinalando que foi positiva. Com relação ao Proteus, o dr. Iderpól destacou o avanço dos patrocínios nesta edição. O dr. Trigo solicitou que a Perfecta envie uma carta de agradecimento para as empresas que patrocinaram o evento.

Foi divulgada a data do próximo Proteus: de 13 a 15 de março de 2019, podendo haver mudança se a SBU Nacional necessitar dessa data para realização da prova do TiSBU. O dr. André Tomé informou que em 2019 será publicada a nova edição do livro do Proteus.

O presidente da SBU-SP confirmou que o Uro Onco Litoral 2018 acontecerá no Guarujá, de 2 a 4 de novembro. O dr. Roberto Vaz Juliano, que lidera o projeto Maio Vermelho, informou que será realizada a caminhada dia 5 de maio próximo. Com relação à Jornada Paulista de

Urologia, o dr. Flávio Trigo informou que a agência CCM será responsável pela organização.

Outro tema abordado na reunião foi o Congresso Paulista de Urologia 2018. De acordo com o dr. Iderpól, as arrecadações chegam a R\$ 3 milhões, sem contar com o valor das inscrições, o que permite estimar que o evento proporcionará um lucro significativo para a SBU-SP. O Jantar do Presidente acontecerá no Hilton, a um custo muito razoável. Ainda não foi definida a atração musical, mas há uma tendência para que a escolhida seja a banda Rod Hanna.

O dr. André expôs aos presentes a solicitação de apoio que recebeu das Ligas Urológicas para a realização de um Simpósio durante o Congresso e ficou definido que será cedida a sala Degas para esse evento. O dr. José Carlos Truzzi, 1º secretário da SBU-SP e coordenador da programação científica do Congresso, informou que o programa está pronto e que estão sendo enviadas cartas para todos os palestrantes com quatro meses de antecedência contendo todos os detalhes.

Dr. Leonardo Reis compartilhou com os presentes que, juntamente com o CCM, está solicitando apoio ao CNPQ para o Congresso e outros eventos da SBU-SP.

HOMENAGEM

“SAMI IS A GREAT MAN”

Flavio Trigo Rocha, presidente da SBU-SP

Esta frase me foi dita pelo professor Lowell R King, professor de Urologia Pediátrica na Duke University após uma aula sobre cirurgia urológica reconstrutiva em pacientes com extrofia de bexiga. Embora seja uma frase curta, ela reflete a reputação internacional obtida pelo professor Sami Arap, reconhecida nos maiores centros de Urologia ao redor do mundo.

Sami Arap formou-se na Faculdade de Medicina da USP, onde também realizou sua residência médica em cirurgia. Posteriormente, entre 1962 e 1963, realizou estágio de especialização na França, no Hospital Necker, sob orientação do professor Roger Couvelaire, segundo o professor Sami, um dos maiores cirurgiões que ele já havia conhecido. Após seu regresso, trouxe várias inovações nas áreas de cirurgia vascular renal, transplante renal, tratamento do câncer de bexiga e urologia pediátrica, mantendo grande contato com o grupo liderado pelo dr. Jacob Cukier, no Necker, e dr. Willi Gregoir, em Bruxelas.

Ao retornar e ingressar na Clínica Urológica do Hospital das Clínicas o prof. Sami, juntamente com o dr. Alfredo Cabral, iniciaram o desenvolvimento da Urologia Pe-

diátrica no Brasil, estabelecendo a primeira unidade de Urologia Pediátrica em nosso meio e tornando-se uma referência para urologistas e pediatras não apenas no Brasil e América do Sul, mas em todo o mundo. Graças a ele, a Clínica Urológica tornou-se uma referência mundial no tratamento de diversas doenças do aparelho urinário em crianças, como extrofia de bexiga, epispadias, hipospadias e refluxo vesico-ureteral. Várias técnicas desenvolvidas e publicadas nesta área são mundialmente conhecidas com seu nome, constando nos maiores compêndios de Urologia disponíveis em diversas línguas.

Aliado a seu mérito científico, o prof. Sami sempre foi uma figura carismática e cativante. Teve grande participação associativa, tornando-se membro e parte da diretoria de várias sociedades urológicas como Associação Americana de Urologia e Associação Europeia de Urologia. Foi presidente da Confederação Americana de Urologia – CAU, presidente da Comissão Científica do Congresso Brasileiro de Urologia, realizado em Salvador em 1995, presidente e fundador da Sociedade Latino-Americana de Urologia Pediátrica (SLAUI), além de membro do seletto grupo de professores mem-



bros do board da Genito-urinary Surgeons Association.

Em 1986, após concurso público, tornou-se professor titular e diretor da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas de São Paulo. Realizou uma grande reestruturação da Clínica Urológica tanto do ponto de vista assistencial como científico. Criou o Curso de Pós-Graduação em Urologia. Graças a seu prestígio pessoal e grande nível de relacionamento internacional, viabilizou a formação de vários professores nos maiores centros de Urologia ao redor do mundo, incluindo o Hospital Necker de Paris, a Universidade de Mainz na Alemanha, Universidade da Califórnia, San Francisco, Universidade da Pensilvânia, Cleveland Clinic, MD Anderson Cancer Center, Duke University, Universidade de Michigan, entre outros. Também, em conjunto com o prof. Kelalis, criou um programa de intercâmbio internacional regular para os residentes de Urologia na Mayo Clinic de Jacksonville, EUA, concedendo a cada estagiário dois meses naquela instituição.

Além disso, no Hospital das Clínicas o prof. Sami implementou várias novas técnicas cirúrgicas em transplante renal e modernizou a prática de endo-urologia, urologia geral e uro oncologia, proporcionando aos residentes do HC o acesso a vários novos procedimentos introduzidos nessas áreas. Participou efetivamente da formação



Mais do que saudade, sinto que foi um grande privilégio conviver com seu brilhantismo e carisma

Prof. Sami (ao centro) recebendo homenagem do então presidente da SBU-SP, dr. João Luiz Amaro, e do presidente da Comissão Científica do XIV Congresso Paulista de Urologia, dr. Flavio Trigo, por sua inestimável contribuição à Urologia.

de numerosos mestres, doutores e professores nas diversas áreas de Urologia no Hospital das Clínicas. Ministrou aulas e realizou demonstrações cirúrgicas como professor visitante nos maiores centros de Urologia da América Latina, Europa e Estados Unidos. Era membro honorário e recebeu homenagens de diversas sociedades médicas espalhadas pelo mundo. Desenvolveu também vários cursos e congressos com alguns dos mais renomados professores do Brasil e estrangeiros, privilegiando tanto a parte prática como as inovações na Urologia. Realizou inúmeras publicações de grande impacto nas mais importantes revistas científicas urológicas em diferentes áreas de nossa especialidade. Alguns de seus trabalhos resultaram em mudanças significativas da prática da Urologia. Também desenvolveu intensa atividade de clínica privada em seu consultório e no Hospital Sírio-Libanês, onde sempre teve posição de destaque junto à diretoria e junto a seus pares. Em conjunção com todas estas atividades profissional, o prof. Sami sempre prezou por sua vida familiar, conseguindo conciliar com maestria invejável sua profissão e sua família.

Alem da amizade e admiração, estas são apenas algumas das razões pelas quais sentiremos uma enorme falta do prof. Sami e da lacuna que ele deixa na Urologia brasileira e mundial. Porém mais do que saudade, sinto que foi um grande privilégio conviver com seu brilhantismo e carisma em uma parte de nossas carreiras.



CURSO DE VÍDEOLAPAROSCOPIA

Dias 6 e 7 de abril aconteceu o Curso Teórico-Prático de Videolaparoscopia Básico CEPEC Vicky Safrá, organizado pela Divisão de Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da USP e com apoio SBU-SP. O evento teve ótima avaliação pelos participantes e há planos para a sua realização dentro do programa do Congresso Paulista de Urologia deste ano.



ESTE ESPAÇO É SEU

Caro urologista, utilize este espaço para divulgar o lançamento de livros ou informações de utilidade pública. Mande suas sugestões pelo e-mail sbu.sp@uol.com.br ou para a SBU-SP, rua Tabapuã, 1123 Conj. 101 – CEP 04143-014, aos cuidados do Editor do BIU.

PROTEUS 2018 SUPERA A MARCA DE PARTICIPANTES

Tradicionalmente conhecido como PROTEUS Intensivão, o evento bateu recorde no número de participantes, e já se consolida como um dos principais encontros para residentes — Por Adriana Veronez

Com o objetivo de proporcionar um intercâmbio de conhecimentos e experiências, aconteceu entre os dias 11 a 13 de abril, a 20ª edição do PROTEUS Intensivão, no Centro de Convenções Rebouças, do Hospital das Clínicas FMUSP. Nessa edição, reuniu mais de 750 profissionais vindos de todo o País, entre palestrantes e expositores.

O evento, que acontece anualmente, proporciona uma maratona de palestras para residentes sobre os principais temas da especialidade, com o objetivo de preparar os candidatos para a prova de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Urologia (TiSBU) e, também, uma atualização completa para médicos que procuram aprimorar os conhecimentos técnicos. Organizado pela SBU-SP contou com participantes de vários Estados brasileiros, a maioria vindos da capital paulista, seguida por Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Paraná e Goiás.

“Renovamos o quadro de médicos palestrantes esse ano, pois entendemos que é uma grande porta de entrada para início da trajetória profissional, além de ser uma forma de apresentarmos à comunidade urológica os grandes talentos que se destacaram recentemente nas diversas áreas da Urologia”, diz Flavio Trigo, presidente da Sociedade Brasileira de Urologia de SP, na abertura do PROTEUS 2018.

Com uma programação diversificada e cursos pré-congresso de Endourologia e Fisioterapia, o encontro teve a presença de grandes nomes da Urologia moderna, bem como incentivou o debate de experiências clínicas bem-sucedidas na área. “O PROTEUS é um programa de educação baseada na estrutura educacional promovida pela SBU-SP. Funciona como revisão para os residentes e recém-formados, mas também como reciclagem. É

conciso, tradicional e essencial”, pontua Dr. Roberto Vaz Juliano, diretor da SBU-SP. A cada ano, o PROTEUS Intensivão bate o recorde de inscrições.

Os temas abrangeram toda a Urologia, reforçando conceitos estabelecidos e trazendo as últimas atualizações nos seus diversos segmentos. “É um curso completo, que aborda todos os temas urológicos, atualizados e baseados nas importantes diretrizes internacionais. Isso não só ajuda na prova de obtenção do Título de Urologista, bem como, possibilitará uma excelente reciclagem a todos os urologistas”, afirma o Dr. Francisco Kanasiro, diretor da SBU-SP.

Para a Dra. Mariane Ruch Salmeron, de Votuporanga, o curso é importante para todos os médicos urologistas, pois aborda temas da especialidade de forma ampla, rápida e completa. “Eu já tenho o título, mas estou aqui participando novamente para fazer uma revisão com os especialistas renomados que eles convidam. Vale muito a pena fazer esse curso”, finaliza.



O MÉDICO DA SELEÇÃO

Embora a presença de médicos nas comissões técnicas das diversas modalidades esportivas seja uma realidade observada há décadas, o nome de José Luiz Runco, médico da seleção brasileira de futebol entre 1998 e 2014, está associado de maneira emblemática a esse papel. Ele atuou em quatro Copas do Mundo, conviveu com oito técnicos diferentes, vetou jogadores às vésperas da estreia, como Emerson, na Copa de 2002, e bancou a presença de outros, mesmo contrariando a orientação de médicos de seus clubes, como foi o caso do Rivaldo, também em 2002, que jogou por insistência sua e foi um dos principais responsáveis pela conquista daquele campeonato.

Nesta entrevista ao BIU, o dr. Runco fala sobre sua carreira que contabiliza mais de 3 mil cirurgias de joelho, descreve alguns momentos marcantes em sua trajetória como médico da seleção e, como torcedor, dá seu palpite sobre o desempenho dos brasileiros na Copa da Rússia.

BIU: Como surgiu seu interesse em trabalhar na área de ortopedia, com esportes?

Dr. José Luiz Runco: Em 1973 sofri uma lesão no menisco. Eu era estudante na área de tecnologia, mas essa situação me animou muito para cursar Medicina e seguir uma especialidade que envolvesse a parte do esporte. Ou seja, por causa dessa lesão no menisco eu resolvi fazer Medicina. Não tinha nenhum médico na família e me encontrei na profissão. Gostei do ambiente hospitalar, do centro cirúrgico.

BIU: Como foi a sua trajetória desde a sua cirurgia no menisco até chegar a ser médico da seleção principal de futebol, em 1998?

Dr. José Luiz Runco: Eu comecei a faculdade com a cabeça voltada a trabalhar com o esporte. E sempre gostei muito de futebol. Em 1978 tive um convite para ser estagiário no Vasco da Gama, onde comecei minha carreira. Em 1979 me formei e como eles gostaram do meu trabalho, fui contratado. No segundo semestre de 1981 recebi a proposta para ir trabalhar no futebol de base do Flamengo e no início de 1983 surgiu a oportunidade de trabalhar no futebol profissional do

PERFIL



Idade: 63 anos

Qual é a sua especialidade: ortopedia, traumatologia e especificamente cirurgia de joelho. Fiz mais de 3 mil cirurgias de joelho.

O que o fez se interessar pela especialidade: foi ter passado por uma cirurgia de joelho.

Locais onde trabalha: hoje eu trabalho em clínica privada e também tenho consultório.

Desde quando atua na especialidade: desde 1981.

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby: gosto de dar uma corridinha na beira da praia, sentar num bom restaurante, comer uma boa comida e beber um vinhozinho.

Time do coração: eu trabalhei muitos anos no Flamengo e devo muita coisa a ele. Meu coração hoje é Flamengo, clube no qual cresci e me projetou.



Neymar chega ao hospital acompanhado do médico José Luiz Runco (2014)

Botafogo. E aí fiquei por um ano e 4 meses. Depois disso o Flamengo me convidou para voltar para o futebol de base, mas dando atenção também ao futebol profissional. Nesse mesmo ano fui para a seleção brasileira de juniores, hoje chamada de sub-20. Virei campeão sul americano, depois fomos para o Mundial na Rússia e fomos campeões do mundo. Quando eu voltei, fui para o futebol profissional do Flamengo, em 1985.

BIU: O sr. teve também uma passagem pelo futebol do Iraque?

Dr. José Luiz Runco: Nessa época era muito comum querer ir trabalhar no mundo árabe, onde se pagava muito bem. Eu tive uma proposta para trabalhar na seleção nacional do Iraque, onde fiquei por dois anos.

Na Copa do mundo de 1986 eu fui ao México como médico da seleção principal do Iraque.

Voltei para o Brasil em 1988 como médico do futebol profissional do Flamengo e em 1998, depois da Copa da França, recebi o convite para assumir a chefia do Departamento Médico da CBF. Fomos campeões do mundo em 2002 e fui continuando. Fiquei por lá 16 anos, durante quatro Copas do Mundo - 2002, 2006, 2010 e 2014. Depois da copa de 2014, eu já estava cansado. Além disso, mudou a diretoria e resolveram mudar o Departamento Médico, mas foi ótimo, porque ficaram com a minha cria, o Rodrigo Lasmar, que era meu assistente, o que me deixou muito satisfeito.

BIU: Da época em que o senhor começou, no Vasco, até hoje, o papel do médico no futebol mudou. Além disso, a medicina esportiva evoluiu muito. Poderia fazer um paralelo entre aquela época e hoje?

Dr. José Luiz Runco: Eu acho que houve uma valorização da função do médico, apesar que inter-

namente essa função sempre foi valorizada. Muitos não sabem, mas quando um clube contrata um jogador, quem assina o contrato, além do presidente do clube, é o médico. Por isso eu criei a Comissão Nacional de Médicos de Futebol. Dentro da Sociedade de Ortopedia temos a SBRATE, Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte. Criou-se uma respeitabilidade muito grande em relação ao Departamento Médico e fico muito feliz em ter participado disso.

BIU: Como o médico deve proceder quando um atleta está lesionado e há pressão da torcida e até da comissão técnica para que ele volte logo a jogar?

Dr. José Luiz Runco: Esse pensamento do torcedor não pode estar no seu rol de preocupações. Você é um médico e está preocupado em fazer medicina. É preciso ter postura médica e muito cuidado ao falar, porque nesse momento você pode prejudicar a sua imagem e a imagem do atleta, que naquele momento é um paciente comum. A credibilidade é tudo.

A cobrança do técnico e da torcida é algo natural. Por exemplo, no Flamengo eu tive um jogador que foi um fenômeno. Quando operei o Obina todo mundo queria saber sobre ele, que era muito carismático. Você não pode se deixar influenciar por essa pressão, mas tem que respeitar essa cobrança. Você tem que saber o que é cobrança e o que é obrigação sua fazer.

BIU: É possível mencionar um momento de muita tensão em sua trajetória na seleção brasileira?

Dr. José Luiz Runco: O corte do Emerson foi um momento crítico. Eu cortei o capitão da seleção brasileira de 2002 e homem de confiança do treinador 24 horas antes do início da competição. Foi uma decisão difícil,

num momento que eu ainda não tinha o lastro e a experiência que depois acumulei na seleção.

BIU: E um momento gratificante?

Dr. José Luiz Runco: Depois de terminar a copa do mundo de 2002 o Rivaldo me deu a camisa dele, que está guardada comigo até hoje em um quadro. Os médicos do Barcelona, que era seu time, não queriam que ele jogasse e eu mostrei que ele já jogava com esse problema na perna desde muito tempo antes e que não precisaria fazer a cirurgia naquele momento. Ele jogou a Copa muito bem e na minha opinião foi o melhor jogador. Depois continuou jogando e só quando parou fez a cirurgia.

BIU: Como foi sua passagem pela seleção do Iraque?

Dr. José Luiz Runco: Foi uma experiência muito interessante. Foram dois anos em que convivi com Uday Hussein, filho do Saddam, que era presidente do Comitê Olímpico e da Federação de Futebol. Eu dei sorte. Cheguei lá e operei um sobrinho do Saddam Hussein, sem saber que era

sobrinho, depois de apenas quatro dias em Bagdá, e deu certo. Aí eu virei rei. Foi uma cirurgia de menisco, que naquela época não era de artroscopia. Mesmo na época sendo um regime fechado, como fui trabalhar com o filho do presidente da república foi tranquilo.

BIU: Qual a cena mais marcante de seu tempo de seleção brasileira?

Dr. José Luiz Runco: A cena mais emocionante aconteceu depois da derrota para a Holanda, em 2010. No jantar todas as pessoas choraram, porque perdemos o jogo com um time que estava indo bem, num desempenho crescente. Tínhamos feito um primeiro tempo exemplar, que poderia ter terminado 2 ou 3 a 0. E no final fomos derrotados por 2 a 1. Foi muito marcante para mim, mais do que os 7 a 1 contra a Alemanha em 2014. Tínhamos a possibilidade de vencer aquele jogo, ir à final e ganhar a Copa.

BIU: Depois da derrota por 7 a 1, o senhor, como médico, teve que cuidar de algum jogador ou membro da comissão técnica?

Dr. José Luiz Runco: Não precisei medicar ninguém. Aquela derrota esportivamente foi ruim, mas na Copa de 2014, do ponto de vista médico, desempenhamos bem nossa função, que é cuidar, preservar, dar o tratamento correto aos atletas. No caso do Neymar, por exemplo, que teve uma lesão com uma certa gravidade, o tratamento foi correto. As pessoas acham que o jogador é da seleção brasileira, mas na realidade ele é do clube. É uma responsabilidade muito grande que temos de devolver esse jogador íntegro e sem sequelas.

BIU: O senhor arriscaria algum palpite sobre o desempenho da seleção brasileira na Copa na Rússia?

Dr. José Luiz Runco: Eu acho que temos um time com condições de ganhar essa Copa do Mundo, porém existem outras equipes capacitadas também. Mudou um pouco o futebol, a gente reinava absoluto e hoje não tem mais ninguém bobo, como se diz popularmente. Temos jogadores de qualidade, uma comissão técnica muito competente e as condições físicas dos jogadores muito boa.



“

A cena mais emocionante aconteceu depois da derrota para a Holanda, em 2010. No jantar todas as pessoas choraram



UROLOGIA

PROSTATECTOMIA RADICAL NO CÂNCER DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁTICO

O TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELOS ESPECIALISTAS ELINEY FERREIRA FARIA E UBIRAJARA FERREIRA



Ausência de evidência não é a mesma coisa que evidência de ausência

Eliney Ferreira Faria, uro-oncologista do Hospital de Câncer de Barretos, Diretor IRCAD/ Urologia, doutor em Oncologia pela USP e post doc pelo MDAnderson Cancer/USA

Embora a incidência de câncer de próstata (CAP) metastático tenha diminuído ao longo das últimas décadas por causa do uso do PSA (*prostate specific antigen*) como ferramenta de detecção em todo o mundo, no Brasil se verifica uma menor difusão do rastreamento. Existem dados mostrando que em algumas regiões brasileiras a incidência de casos de CAP mais avançado é mais expressiva, principalmente em populações de mais baixa renda e sem acesso aos exames de rastreamento, como foi publicado por nosso grupo⁽¹⁾. Demonstramos que a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dependendo exclusivamente do governo municipal ou estadual, apresentava três vezes mais casos de CAP localmente avançado e metastático que o grupo que foi rastreado por meio de unidade móvel, ou seja, submetendo-se ao rastreamento ativo. Inclusive, em relação ao grupo que teve acesso ao rastreamento por unidade móvel, 70% nunca tinham feito antes o exame de PSA sérico⁽²⁾. Estes dados nos remetem a pensar que o câncer de próstata oligometastático tenha realmente interesse, sobretudo em nosso sistema de saúde.

Não sei se nos atrasamos em relação aos benefícios de citorredução em CAP, mas um fato histórico deve ser pontuado nessa trajetória do tratamento. Há algumas décadas um cientista chamado Charles Breton Huggins e sua equipe foram agraciados com o prêmio Nobel de Medicina (1966), por descobrir ações hormonais em certas formas específicas de câncer. Huggins e col. verificaram que a castração cirúrgica ou utilizando-se estróge-

nos levavam a um excelente controle de atividade metastática do câncer de próstata bem como a redução da fosfatase sérica, exame utilizado na época⁽³⁾. Sem dúvida foi uma descoberta muito relevante para a Medicina, e ainda hoje o bloqueio androgênico é um dos pilares do tratamento do câncer de próstata metastático. Mas será que este “benefício confortável” do tratamento de CAP metastático através do controle endócrino não nos fez atrasar os conhecimentos em citorredução do tumor primário? A evidência é que estes benefícios de citorredução são vistos em outros tipos de tumores, como por exemplo: câncer renal, do aparelho digestivo, ovariano, mesotelioma, entre alguns outros⁽⁴⁻⁷⁾. Será, então, que o mesmo benefício poderia se mostrar em casos selecionados de CAP metastático?

Quando falamos em casos selecionados de CAP metastático para tratamento local do tumor primário estamos querendo classificar e/ou quantificar corretamente o montante de doença extra prostática que cada paciente estágio IV possui. Muitas vezes colocamos pacientes com metástases no mesmo grupo, porém sabemos que o prognóstico e comportamento da doença está diretamente relacionada ao número e à localização destas metástases, ou seja, se a doença é óssea, linfonodal e/ou visceral e quanto de volume destas existem é informação fundamental no entendimento da história natural da doença. Saber se nosso paciente é “polimetastático”, “oligometastático”, ou “oligo-recorrente” pode, baseados em conhecimentos mais recentes, alterar o raciocínio clínico e as opções terapêuticas^(8, 9).

Uma outra reflexão a ser feita sob a luz dos avanços das técnicas de imagem seria a respeito do estadiamento. O que é tido hoje como padrão pelos guidelines não tem acurácia tão alta assim. Cabe pensar que uma porcentagem de pacientes nos quais fizemos tratamento local com prostatectomia radical nos últimos anos poderia já ter algumas metástases linfonodais ou ósseas e que não foram detectadas nos métodos convencionais de imagem? Sim, provavelmente isso ocorreu. Hoje, bem como em um futuro próximo, estaremos detectando mais casos de pacientes com CAP oligometastático, haja visto o crescimento dos métodos de imagem tipo PET-PSMA com 68Ga, PET-FDG com 18F, novas técnicas de ressonância nuclear magnética de corpo inteiro, e outras que estão em estudo para detectar com mais acurácia doença metastática mínima⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Atualmente, o tratamento cirúrgico do CAP é reservado para doença localizada e doença localmente avançada com ou sem doença linfonodal localizada pélvica⁽¹³⁾. Existe o receio de que o tratamento local do tumor primário para casos classificados como doença sistêmica poderia atribuir apenas morbidade e sem algum benefício. Não existem ainda estudos com nível de evidência 1 que mostrem ganho de sobrevida em pacientes com CAP metastático. Acredito que este seja um próximo paradigma a ser quebrado. Estudos já mostraram benefício do tratamento multimodal no CAP localmente avançado, com melhora de sobrevida livre de recorrência bioquímica e sobrevida global e provavelmente a bola da vez



O tratamento cirúrgico do CAP é reservado para doença localizada e doença localmente avançada, com ou sem doença linfonodal localizada pélvica

será discutir o controle do tumor primário nos casos selecionados de CAP metastático. Digo casos selecionados, pois também hoje não sabemos quais destes pacientes se beneficiariam desta mudança de paradigma.

A literatura tem alguns dados que suportam o tratamento de casos selecionados de CAP oligometastático. Existe algum racional biomolecular para se tentar tratar um tumor primário mesmo em doença metastática, porque quando os removemos em tese podemos ter alguns efeitos: a) cessa-se a produção de fatores de crescimento tumoral e imunossupressores produzidos pelo próprio tumor; b) elimina-se a fonte produtora de metástases evitando aparecimento de mais doença a distância e reduzindo células circulantes⁽¹⁴⁾, c)

elimina-se a produção intra-tumoral de testosterona no caso do CAP⁽¹⁵⁾ etc.

Algum benefício clínico da remoção do tumor primário foi mostrado, por exemplo, em estudos retrospectivos com metástase linfonodal. Estes estudos mostraram que naqueles casos de linfonodos positivos em que a próstata foi removida houve melhor sobrevida livre de progressão de doença e sobrevida câncer específica do que naqueles em que foi realizada somente a linfadenectomia^(16, 17).

Em relação a pacientes com doença metastática mínima, um estudo alemão retrospectivo publicado por Heidenreich e col.⁽¹⁸⁾ com pouco mais de 60 pacientes, onde foi comparado bloqueio androgênico com e sem associação com prostatectomia radical, mostrou que pacientes com pequeno volume de metástases ósseas quando submetidos a prostatectomia radical poderiam ter benefício em relação ao tempo de progressão para resistência a castração, sobrevida livre de progressão, sobrevida global e câncer específica. Em outro estudo também peculiar, Culp e col.⁽¹⁹⁾ analisaram o *SEER-database* (EUA) e mostraram que pouco mais de trezentos pacientes que tinham feito controle local com prostatectomia ou braquiterapia tinham tido ganho de sobrevida

em comparação com o grupo metastático que não foi submetido a nenhuma forma de tratamento do tumor primário. Mas, claro, são estudos retrospectivos e sofrem todas as críticas de metodologia e de critérios de seleção, porém eles existem. A recomendação de muitos *guidelines* (NCCN, AUA, NCI, EAU, SBU) é: “para doença sistêmica, tratamento sistêmico”. Será que não podemos realmente melhorar os resultados da terapia sistêmica? Então, o que temos na literatura até agora são estudos retrospectivos, com pequeno número de pacientes, tempo de seguimento não tão longo, estudos com viés de seleção, porém eles apontam que talvez haja sim um benefício com o tratamento local nestes pacientes selecionados com doença metastática.

Entretanto, se esse tema evoluir pode gerar uma outra discussão. Se deveríamos tratar individualmente as metástases, já que fizemos o tratamento do tumor primário, deveríamos então remover ou usar de radioterapia nestas? A literatura já apresenta dados mostrando resultados de linfadenectomia de resgate naqueles casos onde houve recidiva linfonodal mínima e radioterapia dirigida em altas doses para sítios metastáticos^(20, 21). Acredito que os dados sobre o benefício no retardo na

progressão da doença ou na melhora dos efeitos da terapia sistêmica estarão disponíveis em futuro próximo. Claro que precisamos de estudos bem desenhados, multicêntricos, prospectivos e randomizados, que responderão estas questões. Existem vários trabalhos em andamento/

recrutamento, todos eles com boa qualidade metodológica (www.clinicaltrials.gov) (22), avaliando o papel da prostatectomia radical na multimodalidade do tratamento do câncer de próstata metastático. Esperamos no futuro evidências para sabermos o real papel da citorredução. Mesmo

que estes trabalhos ainda não tenham sido publicados, o importante é estarmos atentos para esta possível mudança de paradigma que pode acontecer em alguns anos, enquanto isso acreditar que “ausência de evidência não é a mesma coisa que evidência de ausência”.

REFERÊNCIAS

1. Faria EF, Carvalho GF, Vieira RA, Silva TB, Mauad EC, Tobias-Machado M, et al. Comparison of clinical and pathologic findings of prostate cancers detected through screening versus conventional referral in Brazil. *Clin Genitourin Cancer*. 2011;9(2):104-8.
2. Faria EF, Carvalho GF, Vieira RA, Silva TB, Mauad EC, Carvalho AL. Program for prostate cancer screening using a mobile unit: results from Brazil. *Urology*. 2010;76(5):1052-7.
3. Huggins C. Androgen and anaplasia. *Yale J Biol Med*. 1947;19(3):319-30.
4. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, Trimble EL, Montz FJ. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol*. 2002;20(5):1248-59.
5. Glehen O, Mohamed F, Gilly FN. Peritoneal carcinomatosis from digestive tract cancer: new management by cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy. *Lancet Oncol*. 2004;5(4):219-28.
6. Temple LK, Hsieh L, Wong WD, Saltz L, Schrag D. Use of surgery among elderly patients with stage IV colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(17):3475-84.
7. Mickisch GH, Garin A, van Poppel H, de Prijck L, Sylvester R, European Organisation for R, et al. Radical nephrectomy plus interferon-alfa-based immunotherapy compared with interferon alfa alone in metastatic renal-cell carcinoma: a randomized trial. *Lancet*. 2001;358(9286):966-70.
8. Ost P, Briganti A, Giannarini G, Prostate Cancer Working Group of the Young Academic Urologist Working Party of the European Association of U. Re: Stephen H. Culp, Paul F. Schellhammer, Michael B. Williams. Might men diagnosed with metastatic prostate cancer benefit from definitive treatment of the primary tumor? A SEER-based study. *Eur Urol* 2014;65:1058-66. *Eur Urol*. 2014;65(6):e97-8.
9. Gandaglia G, Karakiewicz PI, Briganti A, Passoni NM, Schiffmann J, Trudeau V, et al. Impact of the Site of Metastases on Survival in Patients with Metastatic Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2015;68(2):325-34.
10. Lenzo NP, Meyrick D, Turner JH. Review of Gallium-68 PSMA PET/CT Imaging in the Management of Prostate Cancer. *Diagnostics (Basel)*. 2018;8(1).
11. deSouza NM, Liu Y, Chiti A, Oprea-Lager D, Gebhart G, Van Beers BE, et al. Strategies and technical challenges for imaging oligometastatic disease: Recommendations from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer imaging group. *Eur J Cancer*. 2018;91:153-63.
12. Luna A, Vilanova JC, Alcalá Mata L. [Total body MRI in early detection of bone metastasis and its indication in comparison to bone scan and other imaging techniques]. *Arch Esp Urol*. 2015;68(3):371-90.
13. Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, et al. Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term followup of a randomized clinical trial. *J Urol*. 2009;181(3):956-62.
14. Hu B, Rochefort H, Goldkorn A. Circulating tumor cells in prostate cancer. *Cancers (Basel)*. 2013;5(4):1676-90.
15. Cai C, Balk SP. Intratumoral androgen biosynthesis in prostate cancer pathogenesis and response to therapy. *Endocr Relat Cancer*. 2011;18(5):R175-82.
16. Engel J, Bastian PJ, Baur H, Beer V, Chaussy C, Gschwend JE, et al. Survival benefit of radical prostatectomy in lymph node-positive patients with prostate cancer. *Eur Urol*. 2010;57(5):754-61.
17. Steuber T, Budaus L, Walz J, Zorn KC, Schlomm T, Chun F, et al. Radical prostatectomy improves progression-free and cancer-specific survival in men with lymph node positive prostate cancer in the prostate-specific antigen era: a confirmatory study. *BJU Int*. 2011;107(11):1755-61.
18. Heidenreich A, Pfister D, Porres D. Cytoreductive radical prostatectomy in patients with prostate cancer and low volume skeletal metastases: results of a feasibility and case-control study. *J Urol*. 2015;193(3):832-8.
19. Culp SH, Schellhammer PF, Williams MB. Might men diagnosed with metastatic prostate cancer benefit from definitive treatment of the primary tumor? A SEER-based study. *Eur Urol*. 2014;65(6):1058-66.
20. Gonzalez-Motta A, Roach M, 3rd. Stereotactic body radiation therapy (SBRT) for high-risk prostate cancer: Where are we now? *Pract Radiat Oncol*. 2017.
21. Ost P, Jerezek-Fossa BA, As NV, Zilli T, Muacevic A, Olivier K, et al. Progression-free Survival Following Stereotactic Body Radiotherapy for Oligometastatic Prostate Cancer Treatment-naïve Recurrence: A Multi-institutional Analysis. *Eur Urol*. 2016;69(1):9-12.
22. <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=Prostate+Cancer+Metastatic&term=radical+prostatectomy&cntry=&state=&city=&dist=>



Parece trazer vantagens, mas deve ser encarada como alternativa experimental

Ubirajara Ferreira é professor titular de Urologia e chefe do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Campinas

No passado, pacientes com câncer prostático (CAP) de alto risco e/ou doença avançada eram prontamente encaminhados para tratamento hormonal, associado ou não à radioterapia. A prostatectomia radical (PR) era reservada principalmente para pacientes com longa expectativa de vida (maior de 10-15 anos) e que apresentassem

tumores preferencialmente localizados. Com os avanços técnicos e diminuição da morbidade cirúrgica, descrita por Walsh, suas indicações foram ampliadas e a PR passou a ser largamente utilizada⁽¹⁾.

Em estudo clássico e pioneiro, Zincke e cols. demonstraram ganho de sobrevida significativo nos pacientes com doença extra-prostática (T3-4)

e/ou jovens acometimento linfonodal (N+) quando submetidos à PR. As taxas de sobrevida desses grupos de maior risco foram de 70-80%, em 10-15 anos de seguimento, índice apenas um pouco inferior quando comparados à cirurgia para tumores localizados (T2), os quais apresentaram sobrevida maior de 90%, no mesmo período de seguimento⁽²⁾.



Há alguns anos tem sido discutida a indicação de PR para pacientes com tumor de próstata avançado e doença prostática extensa. Esta proposta tem sido defendida pelo fato de alguns autores terem demonstrado vantagens quanto aos sintomas locais nos pacientes submetidos à cirurgia, quando comparados aos pacientes submetidos à radioterapia ou a nenhum tratamento local. Won e cols, demonstraram incidência de sintomas locais, principalmente retenção urinária e obstrução ureteral, de 20%, 42% e 54%, respectivamente para cirurgia, radioterapia e nenhum tratamento local, nos pacientes com doença metastática⁽³⁾.

A PR na doença oligometastática tem sido também defendida com base na teoria da citoredução tumoral do foco prostático primário. Esse

tratamento foi testado em casos selecionados: pacientes com poucas metástases ósseas (3 ou menos lesões detectadas na cintilografia óssea), ausência de metástases viscerais ou acometimento linfonodal extenso e PSA < 1,0ng/ml após bloqueio hormonal. Os autores descreveram 0% de complicações locais nos pacientes tratados operados versus 33% nos pacientes submetidos a bloqueio hormonal (BH) sem tratamento local do tumor primário. Porém, não houve ganho significativo de sobrevida global nos pacientes submetidos a tratamento local do câncer. A diminuição dos sintomas locais pode estar diretamente relacionada à melhora da qualidade de vida desses pacientes⁽⁴⁾.

Portanto, a PR citoredutora para pacientes com CAP metastático tem sido testada não só para obter benefi-

cios na progressão local e distante da doença, mas também evitar a ocorrência de sintomas locais, tais como: complicações ureterais, retenção urinária, sangramento e dor pélvica.

Vários autores têm defendido a PR citoredutora como alternativa viável, sem aumento de efeitos colaterais e complicações indesejáveis da PR, já convencionalmente realizada para pacientes com tumores localizados ou localmente avançados. Além da melhora na qualidade de vida dos pacientes com doença metastática, especula-se o ganho de sobrevida e recorrência tumoral, achados ainda não comprovados devido à falta de estudos prospectivos randomizados^(4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Atualmente, existem três grandes estudos sendo realizados de forma prospectiva para comparação da PR citoredutora ou RT associada ao BH (ou terapias sistêmicas) versus isolada. Esses estudos comparativos estão se desenvolvendo no MD Anderson (USA), na Universidade de Hamburgo (Eppendorf, Alemanha) e no Hospital de Ghent (Bélgica). Os resultados estarão disponíveis entre 2018-2020. Concluindo, a PR na doença oligometastática parece trazer vantagens na qualidade de vida e possível ganho de sobrevida. Porém, deve ser encarada como alternativa experimental, sendo reservada a instituições de pesquisa com protocolos adequados e bem conduzidos, até que surjam resultados mais concretos e baseados nas melhores evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Walsh P. Radical prostatectomy in locally confined prostatic carcinoma. *Prog Clin Biol Res.* 1990; 359: 199-207.
2. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int.* 2005 Apr; 95(6): 751-6.
3. Won AC, Gurney H, Marx G, De Souza P, Patel MI. Primary treatment of the prostate improves local palliation in men who ultimately develop castrate-resistant prostate cancer. *BJU Int.* 2013 Aug; 112(4): 250-5.
4. Heidenreich A, Pfister D, Porres D. Cytoreductive radical prostatectomy in patients with prostate cancer and low volume skeletal metastases: results of a feasibility and case-control study. *J Urol.* 2015 Mar; 193(3): 832-8.
5. Katelaris N, Murphy D, Lawrentschuk N, Katelaris A, Moon D. Cytoreductive surgery for men with metastatic prostate cancer. *Prostate Int.* 2016 Sep;4(3):103-6.
6. Costa WH, Guimarães GC. Difference of opinion - Radical prostatectomy in metastatic prostate cancer: is there enough evidence? *Opinion: Yes. Int Braz J Urol.* 2016 Sep-Oct;42(5):876-879.
7. Mathieu R, Korn SM, Bensalah K, Kramer G, Shariat SF. Cytoreductive radical prostatectomy in metastatic prostate cancer: Does it really make sense? *World J Urol.* 2016 Aug 8.
8. Sooriakumaran P, Karnes J, Stief C, Copsy B, Montorsi F, Hammerer P, Beyer B, Moschini M, Gratzke C, Steuber T, Suardi N, Briganti A, Manka L, Nyberg T, Dutton SJ, Wiklund P, Graefen M. A Multi-institutional Analysis of Perioperative Outcomes in 106 Men Who Underwent Radical Prostatectomy for Distant Metastatic Prostate Cancer at Presentation. *Eur Urol.* 2016 May; 69(5):788-94.
9. Rexer H. Metastatic, hormone-naïve prostate cancer interventional study : Multicenter, prospective, randomized study to evaluate the effect of standard drug therapy with or without radical prostatectomy in patients with limited bone metastasized prostate cancer (G-RAMPP - the AUO AP 75/13 study). *Urologe A.* 2015 Nov;54(11):1613-6.
10. Satkunavim R, Kim AE, Desai M, Nguyen MM, Quinn DI, Ballas L, Lewinger JP, Stern MC, Hamilton AS, Aron M, Gill IS. Radical Prostatectomy or External Beam Radiation Therapy vs No Local Therapy for Survival Benefit in Metastatic Prostate Cancer: A SEER-Medicare Analysis. *J Urol.* 2015 Aug;194(2):378-85.

FELLOWSHIP EM DISFUNÇÃO DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

CONHEÇA O PROGRAMA OFERECIDO PELA UNIFESP



A disciplina de Urologia da UNIFESP-EPM, por meio de seu Setor de Disfunções Miccionais, Urologia Feminina e Reconstrução do Assoalho Pélvico, oferece desde 2006 o fellowship em Disfunção do Trato Urinário Inferior Masculina e Feminina e Reconstrução do Assoalho Pélvico. O programa, com duração de um ano, admite um participante por ciclo.

De acordo com o professor Fernando Almeida, coordenador dessa atividade, diversos problemas urológicos podem levar a uma alteração no funcionamento

do trato urinário inferior. O objetivo do fellowship é que o participante aprenda a diagnosticar e tratar todas as doenças que produzem essas disfunções, seja em homens, mulheres ou crianças. “Durante o programa são ensinadas todas as técnicas, inclusive as que envolvem novas tecnologias, como tratamento e desobstrução da próstata, correções de prolapso da bexiga e tratamento de incontinência urinária de homens e mulheres”.

O ensino dessas técnicas muitas vezes exige que o fellow conheça tecnologias nem sempre disponíveis no hospital da UNIFESP para atendimento de pacientes

do SUS, como o uso de próteses e outros materiais caros. Para atender essa necessidade, foi firmada uma parceria com o Complexo Hospitalar Prof. Edmundo Vasconcelos, onde o prof. Fernando Almeida também trabalha. “Com isso, o fellow tem a oportunidade de acompanhar cirurgias maiores e mais complexas no hospital da UNIFESP e as que envolvem novas tecnologias, como o uso de Interstim, no Edmundo Vasconcelos, o que lhes permite obter conhecimento amplo, envolvendo os diferentes procedimentos e tecnologias”, assinala o coordenador do programa. Durante o programa, o fellow participa de reuniões científicas semanais, com discussão de artigos e de casos. Também realiza em torno de trinta exames urodinâmicos por mês e semanalmente tem dois períodos de atendimento clínico sozinho e outros dois em que acompanha os atendimentos do prof. Fernando Almeida. Além disso, acompanha entre oito e dez cirurgias semanais, de variados graus de complexidade.

O programa também estimula o interesse pela pesquisa. Nos doze anos de existência, ao menos cinco participantes desenvolveram pesquisas para obterem o doutorado.

Os candidatos ao fellowship da UNIFESP devem ter concluído Residência Médica em Urologia em algum serviço credenciado pela SBU e precisam enviar o currículo, além de duas cartas de apresentação assinadas por membros do Serviço. Com base nesses documentos é feita uma pré-seleção, seguida de entrevistas individuais. O selecionado terá direito a uma bolsa no valor mensal de R\$ 3.500,00.

OPINIÃO DA PARTICIPANTE

A dra. Alessa Machado participou do fellowship da UNIFESP em 2014. Ela se interessou pelo programa por entender que as disfunções miccionais, mesmo sendo uma das principais queixas urológicas, representa um dos grandes desafios nas consultas urológicas.

“A condução adequada dos casos de disfunção miccional muitas vezes é negligenciada pelo próprio urologista e pelos programas de Residência. Por isso, o que me motivou foi a busca de maior conhecimento na área, que permitisse me sentir segura para indicar a abordagem individualizada e adequada para os meus pacientes”, assinala a dra. Alessa.

Segundo acrescenta, a participação do programa foi de grande importância para seu aprendizado, crescimento pessoal e profissional. “Pude ter maior vivência com defeitos do assoalho pélvico feminino, entender melhor sobre disfunção miccional, estudo urodinâmico, em um ambiente acadêmico, com discussões englobando desde indicação à abordagem e tratamento dos casos”, explica.

Para ela, um importante diferencial desse fellowship é seu vínculo com um hospital-escola, com grande volume de pacientes, casos complexos e assistência permanente dos preceptores. A convivência com a equipe no ambiente acadêmico a estimulou desde o início para a realização de trabalhos, pesquisas e pós-graduação. Quem quiser informações sobre o programa deve enviar mensagem ao e-mail contato@drfernandoalmeida.com.br.



“

O objetivo é que o participante aprenda a diagnosticar e tratar todas as doenças que produzem essas disfunções, seja em homens, mulheres ou crianças.



O BOCA A BOCA HOJE É DIGITAL



Karin Camarinha, cirurgiã-dentista, membro da comissão de mídias do CROSP e sócia-diretora da agência de comunicação Welcome Mídia

Você sabia que existem mais aparelhos celulares em nosso país que o número de habitantes? Você já deve ter percebido que as operadoras de celular oferecem planos sem limite para redes sociais e para o aplicativo whatsapp. Seguramente você deve ter notado que muitos pacientes têm feito contato com o seu consultório ou clínica por meio do aplicativo whatsapp. Muita coisa está acontecendo no chamado mundo virtual e muitos acompanham essas mudanças apenas de longe.

Mas por que essas informações são importantes para um médico? Quais resultados ele pode esperar da internet ou das redes sociais? Quais ferramentas estão disponíveis para desenvolver um trabalho eficiente nas mídias digitais? O código de ética permite divulgação na internet?

Nosso objetivo com este artigo é esclarecer esses pontos essenciais.

De início, é importante lembrar que existem alguns limites no que tange ao Código de Ética e que, inde-

pendentemente de a divulgação ser sobre um consultório ou clínica, devem ser respeitados. No entanto, também existem inúmeras possibilidades para se comunicar com seus pacientes atuais e futuros de maneira eficiente, obtendo resultados significativos sem ferir o Código de Ética.

O ponto principal na hora de elaborar um plano de comunicação é dedicar atenção aos múltiplos gargalos que interferem no bom resultado da divulgação nas mídias. Mas o que são esses gargalos? Vou explicar compartilhando um cenário bastante comum no dia a dia de atendimento. Algum tempo atrás, quando alguém buscava um médico (desconsiderando a possibilidade de indicação) essa pessoa iria às Páginas Amarelas, encontraria o telefone e ligaria. Essa realidade é completamente diferente hoje. Quando alguém tem dúvida sobre qualquer assunto vai ao Google. Assim, o primeiro gargalo seria: se a pessoa buscar um médico da sua especialidade, na região do seu consultório, encontrará você? Para avaliar esse primeiro gargalo



Existem inúmeras possibilidades para se comunicar com seus pacientes atuais e futuros de maneira eficiente, obtendo resultados significativos sem ferir o Código de Ética

temos as seguintes perguntas:

- Você tem um website?
- Seu website abre adequadamente em celular (conforme as boas práticas indicadas pelo Google)?
- Seu website é rápido mesmo para acessos via 3G ou ele fica rodando, rodando, rodando...
- Você divulga seu website na rede? Quais são as estratégias? Você paga anúncios ao Google para aparecer no topo ou prefere ser encontrado de outra forma?

Ou seja, se você não tiver um website, esse paciente não o encontrará. Ainda que você tenha o *Google Meu Negócio* (ferramenta do Google para inserir nome, endereço e outras informações essenciais), se o paciente buscar especificamente por um procedimento, não encontrará você. Não

importa quão bom você seja, quão diferenciada seja sua infraestrutura, ele não vai saber que você existe.

Assumindo que tenha um website, esse paciente muito provavelmente encontrou também outros especialistas e abriu pelo menos três websites diferentes - afinal, nós fazemos isso quando estamos procurando alguma coisa no Google. E como ele irá decidir sobre qual consultório ou clínica entrará em contato? Existe vários critérios que podem potencializar esse resultado, entre eles: utilização de imagens interessantes; qualidade do conteúdo editorial; rapidez de abertura e interação do usuário com o website. Enfim, existem diversas propriedades que podem alavancar - ou prejudicar - o desempenho do seu website.

Outro local indispensável são as mídias sociais ou redes sociais, que desempenham um papel importantíssimo na comunicação para profissionais da saúde. Vou concentrar meu comentário no Facebook e Instagram.

O Facebook é a maior rede social, ultrapassando os 2 bilhões de usuários no mundo e o Instagram supera os 700 milhões. As duas redes estão intimamente ligadas, não apenas por “*serem do mesmo dono*”, mas também pela plataforma de anúncios dessas duas redes serem integradas. No Gerenciador de Anúncios - que é uma das ferramentas para administrar os

anúncios e seu resultados - é possível escolher em qual rede seu anúncio será veiculado (Facebook ou Instagram), além de outros detalhes, como horários, posicionamento, etc.

Uma pergunta importante: por que o médico deve estar presente nas redes sociais? Note que eu não utilizei “se divulgar”, mas “estar presente” - que são coisas bastante diferentes. É provável que a maioria, senão todos os seus pacientes, estão no Facebook ou no Instagram. E isso já seria motivo suficiente para você também estar presente. Outro ponto: seus futuros pacientes também estão nas redes sociais. Convido você a se perguntar: será que as pessoas perto do seu consultório ou clínica sabem que você existe e conhecem seus diferenciais? Certamente existem pessoas que estão buscando por sua especialidade nos arredores do seu consultório. Portanto, as redes sociais são um caminho ideal para que as pessoas conheçam você. Mas como estar presente nas redes sociais de maneira ética e eficiente? Evitando erros comuns que afetam diretamente a eficácia da presença nas redes sociais. Vou abordar alguns desses erros:

1. FREQUÊNCIA

É preciso publicar com frequência. Isso não quer dizer que você tenha que publicar todos os dias. Não adianta publicar por duas semanas todos os dias e depois ir diminuindo esse ritmo. Para isso, sugiro criar um calendário editorial, que é uma agenda na qual você define com antecedência suas publicações. Assim você consegue se programar por um período maior de tempo.

2. CONTEÚDO

A ideia é ser informativo, mas também interessante. Não publique apenas informações sobre sua especialidade, descritivos de tratamentos, etc. O paciente não quer ver o conteúdo de venda. Pelo contrário, ele quer saber quem é você, quer conhecer o

dia a dia da clínica, sobre os cuidados com o paciente.

3. REPLICAR POSTAGENS COM MARCAS DE OUTRO COLEGA

Ao invés de simplesmente compartilhar um conteúdo de outro médico por achar-lo interessante, por que não se inspirar e escrever um artigo sobre o assunto? Assim, ao invés de valorizar outro profissional, colocando-o como autoridade sobre o tema, você se posiciona, expressa sua opinião e valoriza seus diferenciais.

4. IMPULSIONAR AO INVÉS DE REALIZAR ANÚNCIOS PATROCINADOS

Existe uma ferramenta muito tentadora que é o botão “impulsionar” (mais evidente no Facebook), que fica logo abaixo das suas publicações. Ele indica que se você clicar alcançará um número enorme de pessoas com um investimento muito baixo. De fato, sua publicação atingirá um número grande de pessoas, mas existem outras opções no Facebook que podem fazer com que você tenha resultado melhores do que o “impulsionamento”. São filtros que você terá acesso apenas com o gerenciador de anúncios, como, por exemplo, selecionar os horários que seu anúncio será publicado. No gerenciador também é possível fazer anúncios diversos, como conquistar seguidores para a página no facebook ou anúncios específicos para os stories no Instagram. Esses são apenas alguns exemplos das vantagens de investir em anúncios e não em impulsionamento.

5. NÃO RESPONDER INTERAÇÕES DO PÚBLICO

É muito comum haver interações, seja em modo privado (por meio de inbox ou direct) ou publicamente nos comentários das publicações. É indispensável responder a todas as

pessoas que entrarem em contato, ainda que seja uma pergunta desinteressante para você. Não apenas por consideração, mas lembrando que, quanto mais interatividade houver nas publicações, melhor será para a sua conta nas mídias sociais.

6. UTILIZAR SOMENTE O PERFIL AO INVÉS DE UMA PÁGINA NO FACEBOOK

Diferente do Instagram, que disponibiliza apenas um perfil, no Facebook temos: perfil, páginas e grupo. Apenas como exemplo: digamos que o perfil é sua “pessoa física”, seu dia a dia pessoal. A página seria sua “pessoa jurídica”, o seu consultório ou clínica e o grupo seria um agrupamento de perfis.

Para divulgar seu consultório ou clínica é indispensável que você tenha

uma página. Não apenas por ser uma norma do Facebook, mas também porque com a página você tem acesso a informações importantíssimas, como por exemplo: **a)** qual horário tem mais pessoas conectadas ao Facebook perto do seu consultório/clínica; **b)** qual o perfil principal (gênero e idade) das pessoas que estão próximas ao seu consultório/clínica e que seguem a sua página; **c)** qual o melhor horário para as suas publicações; **d)** comparativo com páginas concorrentes; dentre muitas outras informações.

É indispensável ser visto para ser lembrado e as redes sociais oferecem condições para que cada vez mais pessoas conheçam você. Atenção para não cometer os principais erros citados, respeite o Código de Ética, seja interessante e interaja com seu público.



AS DICAS DO CREMESP PARA UTILIZAR AS MÍDIAS SOCIAIS

Para auxiliar os médicos a utilizarem as mídias sociais de forma produtiva, mas sem correr riscos de ferir a ética, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) elaborou uma cartilha com oito dicas sobre o que se pode ou não postar nas redes sociais.

1. Não publicar fotos de seu paciente ou em conjunto com o mesmo; de recém-nascidos com seus familiares; nem em sala cirúrgica para relatar o que será feito ou procedimento já realizado.

2. O médico não pode afirmar que não existem complicações em seus procedimentos ou que todos os seus pacientes estão satisfeitos, nem publicar imagens de “antes e depois”.

3. Não publicar elogios ou agradecimentos por parte de terceiros e prêmios que não tenham valor científico, como “melhor médico”, “médico em destaque” e similares.

4. Preços de procedimentos e formas de pagamentos não devem ser divulgados nas redes sociais dos

médicos, eles também não devem oferecer prêmios, consultas ou avaliações gratuitas.

5. Nas páginas de clínicas, hospitais, casas de saúde e outras instituições de saúde deverão constar o nome do diretor técnico médico e sua correspondente inscrição no Conselho Regional de Medicina.

6. O médico pode divulgar em suas redes sociais informações, entrevistas e publicar artigos, versando sobre assuntos médicos de fins estritamente educativos.

7. O médico pode divulgar os cursos e atualizações realizados, desde que relacionados à sua especialidade ou área de atuação devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina.

8. Sempre que houver dúvida, o médico deverá consultar a Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame) dos Conselhos Regionais de Medicina, visando enquadrar o anúncio aos dispositivos legais e éticos.



NUTROLOGIA ESPORTIVA, UMA ALIADA NA MELHORIA DA PERFORMANCE



Eduardo Rauen é nutrólogo e anestesista, membro do corpo clínico do Hospital Israelita Albert Einstein. Diretor técnico do Instituto Rauen e membro da Associação Brasileira de Nutrologia, cuida da atenção nutrológica da equipe do Corinthians e de jogadores profissionais no Brasil e exterior.

A Nutrologia Esportiva é um ramo da Nutrologia, “especialidade médica que estuda, pesquisa e avalia os benefícios e malefícios causados pela ingestão dos nutrientes, aplicando este conhecimento para a avaliação das necessidades orgânicas, visando a manutenção da saúde e redução de risco de doenças, assim como o tratamento das manifestações de deficiência ou excesso. O acompanhamento do estado nutricional do paciente e a compreensão da fisiopatologia das doenças diretamente relacionadas aos nutrientes permitem ao nutrólogo atuar no diagnóstico, prevenção e tratamento destas doenças, contribuindo na promoção de uma longevidade saudável, com melhor qualidade de vida”.

Conceituando a especialidade mé-

dica da Nutrologia, passamos a tratar desse ramo chamado de Nutrologia Esportiva, que associa também conhecimentos ligados ao exercício físico, fisiologia e nutrição, visando a compreensão e otimização do desempenho do atleta. Além disso, a Nutrologia Esportiva, interdisciplinarmente, associa a influência do tipo de trabalho muscular (sistema musculoesquelético) sobre a necessidade do aporte de nutrientes (agente) em quantidade, qualidade, harmonia e adequação, influenciando reciprocamente na capacidade de rendimento físico.” Desde a antiguidade, “das antigas Olimpíadas (776 a.C.), inúmeras práticas dietéticas foram utilizadas para melhorar o desempenho nos exercícios”.

Com o avanço da medicina no conhecimento da fisiologia, do sistema digestivo, circulatório, muscu-

loesquelético e respiratório, o médico consegue quantificar e qualificar de forma individualizada o nutriente adequado para a atividade física específica obtendo uma melhora do desempenho. Basicamente os nutrientes são divididos em macronutrientes e micronutrientes. Os macronutrientes são as proteínas, gorduras e carboidratos. Já os micronutrientes são as vitaminas e sais minerais.

De acordo com a Lei do Escudeiro, que trata da quantidade, qualidade, harmonia e adequação dos nutrientes, a Nutrologia Esportiva tem um papel especial para que, de forma eficaz, respeite todos esses preceitos, garantindo a quantidade, a qualidade de acordo com o gasto calórico do indivíduo na modalidade escolhida. Vale destacar que é de extrema importância o médico especia-

lista garantir a hora de ser inserido o nutriente adequado para a obtenção da performance desejada.

Atualmente, com a chegada da tecnologia na área da Medicina e Nutrição, vários suplementos alimentares foram desenvolvidos para complementar a dieta. Trata-se de uma ferramenta essencial para o trabalho do profissional da área da saúde.

O suplemento alimentar, quando utilizado de forma correta, adequada e individualizada, faz com que o ganho na performance seja alcançado, trazendo benefícios ao atleta, assim como conseguindo evitar lesões e, por consequência, prolongar o sucesso na carreira.

Utilizando uma definição da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição em 2015, “suplementos alimentares são produtos constituídos por fontes concentradas de substâncias como vitaminas, minerais, fibras, proteínas, aminoácidos, ácidos graxos, ervas e extratos, probióticos, enzimas, carotenóides, fitoesteróides, entre outros. A partir de sua composição podem apresentar efeitos nutricionais, metabólicos e/ou fisiológicos que se destinam a complementar a alimentação normal



Precisamos desmistificar o uso dos suplementos alimentares e, além disso, saber indicar, utilizando-o como ferramenta para todas as especialidades médicas

em casos em que a ingestão desses componentes seja insuficiente.

O produto pode ser apresentado nas formas sólida, semi-sólida, líquida e aerossol, como tabletes, drágeas, pós, cápsulas, granulados, pastilhas mastigáveis, líquidos e suspensões.”

No meio médico ainda existe um certo “preconceito” no que tange aos suplementos alimentares, por falta de conhecimento durante a formação acadêmica. Precisamos desmistificar o uso dos suplementos alimentares e, além disso, saber indicar, utilizando-o como ferramenta para todas as especialidades médicas. Lembrando sempre que os suplementos alimentares têm por finalidade complementar a alimentação de indivíduos, servindo de coadjuvantes aos alimentos e que devem sempre ser indicados e prescritos na dose certa por médicos e nutricionistas. Todavia, voltando ao ramo específico da Nutrologia com foco no esporte, o uso de suplementos alimentares é bastante difundido entre os atletas. Para os atletas profissionais, é importante ressaltar que algumas substâncias podem ser consideradas “substância dopantes” e, por consequência, devem ser evitadas.

A título de curiosidade, o doping é tão antigo quanto o esporte. No sec. III d.C, “os atletas gregos da antiguidade tentavam melhorar o próprio desempenho atlético utilizando estimulantes como conhaque, vinho, cogumelos alucinógenos e sementes de gergelim. Gladiadores romanos tomavam estimulantes para evitar a fadiga e lesões”.

A WADA – World Antidoping Agency –, foi criada em 1999 com o apoio do COI – Comitê Olímpico Internacional – para coordenar a luta contra o doping. Esse órgão elabora anualmente uma lista, que é seguida por todas as modalidades esportivas, informando as substâncias e métodos proibidos de serem utilizados pelos atletas de competição.

O JOGADOR DE FUTEBOL

Falando especialmente do futebol, já que neste ano acontecerá a Copa do Mundo da FIFA, para que um time tenha melhora, precisamos aprimorar o indivíduo. Existem variações nas estratégias nutricionais que vão depender da posição ocupada por cada jogador. Por exemplo: o trabalho realizado com o goleiro, é muito diferente do que é feito com um atacante, zagueiro, meio campo, lateral. Cada uma dessas posições possui uma especificidade.

O papel do nutrólogo é realizar o exame médico, que consiste na anamnese, exame físico, laboratorial e métricas utilizadas em Nutrologia (medidas, bioimpedância, calorimetria indireta, espiroergométrico, avaliação corporal), e conhecer muito bem as regras e a característica do esporte para



POR QUE O UROLOGISTA PRECISA SABER DE NUTROLOGIA?

1. Mais da metade dos nossos pacientes estão acima do peso.
2. 48% dos pacientes internados sofrem com a subnutrição hospitalar.
3. Melhoria do prognóstico do paciente.
4. O médico é um dos que mais precisam da Nutrologia para a sua própria vida, com alta carga horária.

O médico que não se preocupa com a sua própria alimentação, inevitavelmente aumenta as chances de se tornar paciente.



desenvolver a melhor estratégia para obter o melhor rendimento.

No futebol é sabido que no primeiro tempo de jogo, a distância percorrida é 5% superior à percorrida no segundo tempo. Que a corrida de baixa intensidade corresponde a 35% em média, a de alta intensidade corresponde de 8 a 18% e os sprints de 8 a 12% da distância percorrida, com um gasto calórico de 1300 calorias por partida, em média. A variação da distância percorrida depende da posição do jogador. Em média, o atacante percorre 10,5 km, o zagueiro, 9 km e o meio campista, 11 km.

Dessa forma, o nutrólogo traça estratégias na alimentação e suplementação que tem início na casa do jogador, passando pelo clube, dia de concentração e dia do jogo, visando melhorar o rendimento desse atleta. Para quantificar esse rendimento usamos métricas como bioimpedância, pregas cutâneas e GPS, que nos informa distância percorrida e velocidade. No exame de bioimpedância analisamos a composição corporal, com o intuito de aumentar a massa magra e reduzir a gordura corporal. Desta forma, conseguimos melhorar a potência, velocidade e também diminuir lesões. Há um des-

gaste diário muito grande no jogador de futebol. Ele convive com dor, lesões, viagens, estresse físico e mental. Isso leva a uma preocupação do médico, que precisa minimizar esses fatores e manter o atleta focado no planejamento elaborado no que se refere ao aporte energético adequado, que tem por objetivo melhorar e antecipar a recuperação desse atleta para a próxima partida.

A importância de um bom trabalho realizado na preparação do atleta é garantir a sua recuperação ao final da competição, para que ele saia livre de lesões e prolongue sua carreira com alto rendimento.

Na prática, quando tratamos de um atleta, em especial o jogador de futebol, que inicia um trabalho com 15% de gordura corporal e chega a 10% em 2 meses, constatamos que o jogador diminuiu o peso ficando mais leve, mais rápido e, por consequência, com menos chances de lesões por diminuição da carga osteomuscular.

Com o uso da suplementação antes, durante e pós-jogo, o atleta se recupera muito mais rápido, prevenindo câimbras e desidratação.

É um ajuste fino que se realiza de forma individual, acertando quantidades de alimentos, suplementação, hidratação e, o mais importante, a adesão por parte do paciente/jogador. A título de ilustração, este ano um paciente retornou ao consultório, noticiando que, entre a avaliação anterior datada de três meses atrás e a recente, obteve um aumento da velocidade de 28 para 32 km/h, tornando-se titular absoluto em sua posição e o segundo mais rápido do time.

Abdicar de bebidas alcoólicas, alimentos refinados, farinhas, açúcares refinados são mecanismos utilizados para a obtenção da melhor forma física e, deste modo, melhor rendimento.

O principal obstáculo que encontramos quando iniciamos um trabalho com um atleta de alto nível, como o jogador de futebol, é o hábito alimentar ruim, pois muitos deles saíram de casa com pouca idade para morar no clube de base, não tendo ainda noção da importância de ingerir frutas e legumes, por exemplo. Muitos se tornam profissionais ainda jovens e solteiros, vão morar sozinhos, inexistindo uma rotina familiar, alimentando-se de “fast food”, dormindo pouco e tarde.

Vencer esse obstáculo é um grande desafio, pois precisamos obter um tratamento contínuo e duradouro para que se torne um hábito, que vai dar qualidade e durabilidade na carreira do atleta.

REFERÊNCIAS

1. www.abran.org.br, de 7 de abril de 2018.
2. Nutrologia esportiva. Carlos Alberto Werutsky, Porto Alegre: AGE, p. 15.
3. Tratado de Nutrologia/coordenadores Durval Ribas, Vivian Suen. Barueri, SP: Manoel, p. 137.
4. Em 1937, o médico argentino Pedro Escudeiro elaborou quatro leis da alimentação saudável que até hoje é a base fundamental e seguidas pelos maiores especialistas do mundo, www.cfn.org.br
5. <https://portugues.medscape.com/features/slides/65000021#page=2>, 10 de abril de 2018.



CUIDADOS RECOMENDADOS NA URETEROSCOPIA FLEXÍVEL



Marcelo Denilson Baptistussi, urologista e diretor científico do ICEPS

Em 1993 D. Bagley e M. Grasso, em parceria com a empresa Storz, conseguiram criar e produzir para uso o primeiro ureteroscópio flexível (UF) com canal de trabalho, que permitiria realizar a cirurgia totalmente endourológica, sem cortes ou alguma incisão pequena na pele. Naquela época a LECO estava apresentando um momento inicial de desenvolvimento e a cirurgia renal percutânea

também era muito conhecida, mas sem grande desenvolvimento devido à dificuldade de ensino e aprendizagem. Com o passar dos anos as empresas foram aperfeiçoando e melhorando seus equipamentos e o UF se tornou uma peça fundamental para a realização dos procedimentos endourológicos.

No Brasil, pioneiros como os doutores Maríngolo, Milfon, Fortes, Xavier e tantos outros (entre eles Mitre, Chambo, Brito, Mazuchi, Vi-

centini, Meller, Baptistussi, Morihisa, Hayacibara, Fugita e Andreoni) que não vou enumerar para não cometer erros, iniciaram a cirurgia renal flexível com laser em condições difíceis, com aparelhos robustos e litotritores não tão eficientes quanto os que hoje dispomos em nosso meio.

Em 2008 iniciaram-se cursos de cirurgia renal flexível na cidade de Ribeirão Preto, que ao longo dos anos foram continuamente realizados. Nos últimos anos vários cursos fo-

ram oferecidos em todas as regiões do país e no exterior. A partir de 2010, todos os congressos nacionais e muitos dos regionais começaram a oferecer treinamento “hands on” de ureteroscopia flexível e laser, ajudando ainda mais na disseminação do procedimento entre os urologistas. Muito devemos a algumas empresas que acreditaram nos treinamentos e propiciaram o crescimento deste tipo de procedimento.

Nos guidelines da AUA, em 1997, não havia referências à ureteroscopia flexível e a evolução desta técnica mudou totalmente o panorama no ano de 2018. Naturalmente, quando surge uma nova tecnologia é necessário que haja um aprendizado adequado, com todas as orientações, bem como em relação aos cuidados com o equipamento, que, neste caso, não é muito durável devido à sua fragilidade. Diante disto é importante que todos os médicos que praticam a UF conheçam alguns detalhes técnicos, para evitar complicações e preservar equipamento. Com relação ao equipamento, basicamente devemos cuidar de cinco aspectos:

■ CANAL DE TRABALHO

Para evitar danos ao canal de trabalho devemos ter cuidado principal com a inserção da fibra de laser. Como essa fibra é de quartzo e o aparelho tem uma ponta de PTFE, é necessário termos o cuidado de não inserir a fibra com aparelho em deflexão. Como exceção lembrar que existe fibra com ponta romba (a primeira inserção é segura, mas depois do uso a ponta perde sua característica romba) e em alguns casos onde não conseguimos reposicionar o cálculo de polo inferior podemos inserir a fibra sem ponta (visualmente só vemos o “core” da mesma) com aparelho defletido, como se fosse uma sonda extratora.

Devemos sempre acender luz piloto do laser e apagar as luzes da sala cirúrgica para verificar se não há escape

de laser ao longo da fibra. Também é importante evitar o disparo acidental do laser, sendo que devemos sempre ter o cuidado de verificar os pedais do laser e do RX (para não se confundir) e manter sempre o laser em “stand by” quando a fibra está saindo, entrando ou fora, devendo haver uma comunicação permanente com operador do laser.

■ CORPO

O uso das bainhas de acesso é muito importante na cirurgia flexível, mas elas têm que ser posicionadas sempre abaixo da JUP, para facilitar movimentação dos 5 cm finais do aparelho, que é a parte de deflexão ativa e passiva. Sempre devemos usar bainhas de 45 cm para homens, 35 cm para mulheres e 20 cm para crianças, respeitando situações excepcionais.

■ ARMAZENAMENTO

Uma situação não incomum é a danificação do equipamento no armazenamento. Por isso é importante ter uma instrumentadora cirúrgica capacitada quanto à fragilidade do equipamento.

■ DEFLEXÃO

Talvez seja a mais frequente das lesões no equipamento flexível, muitas vezes pela pouca prática do usuá-

rio, que movimenta muito a deflexão, para se encontrar dentro do sistema urinário. Sempre que trocar de UF é necessário manter o sistema de deflexão. Os aparelhos americanos e europeus têm sistema Up and Down invertidos, para evitar movimentos de deflexão em excesso. Deve-se usar sempre fibras com 200-273 micrometros, sondas extratoras <s que 2,4 FR e reposicionar cálculos de polo inferior sempre, para não usar deflexão mantida durante litotripsia com laser.

■ LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO

É necessário ter cuidado de higienizar o canal de trabalho, limpar a lente distal com cotonete e álcool 70% e secar totalmente o equipo usando ar de baixa pressão. Para esterilizar, usar óxido de etileno, Sterrad ou Cidex OPA, cada com suas características. Quando o aparelho é usado em um método não se aconselha utilizar um segundo método diferente de esterilização.

COMO EVITAR COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA

As complicações cirúrgicas podem ser:

■ AVULSÃO URETERAL

Temível e rara, ocorre normalmente em



ureter superior. Sempre devemos usar sondas extratoras com parcimônia em ureter, com muita delicadeza ao tração ou quando usar dilatadores sequenciais ureterais. Na ureterosopia, quando identificarmos ureteres não complacentes, devemos evitar a ascensão desse equipamento. Também devem ser evitados tratamentos de cálculos ureterais superiores ou pélvicos com aparelho semirrígido por tempo prolongado, pois a isquemia ureteral distal provocada pela parte mais calibrosa do aparelho pode facilitar a avulsão durante a saída do equipamento.

■ PERFURAÇÃO

As injúrias ureterais e renais ocorrem com grande frequência devido à fragilidade da mucosa do trato urinário e pelo fato de os aparelhos serem metálicos com capa de PTFE. Ocorrem em 0,8 a 6% dos casos e normalmente são diagnosticadas por visão direta ou pielografia. Para evita-las é necessário manusear o equipamento gentilmente, ter muito cuidado na inserção do fio-guia, identificar os ureteres não complacentes e nunca forçar a subida do aparelho. Usar sempre uma anestesia para que o paciente não se mova e manter a bexiga drenada, além de usar bainha ureteral. Não se deve aumentar a pressão intrarrenal com irrigação.

■ ALTA PRESSÃO INTRARRENAL

Talvez um dos grandes problemas enfrentados atualmente, muitas vezes por desinformação, seja o uso excessivo de irrigação com aumento da pressão intrarrenal. Sempre devemos manter a bexiga drenada: mulheres e crianças com sonda uretral 8-12 FR e homens com sondas ou bainha do cistoscópio, lembrando que nunca se deve usar com esta o flexível sem a bainha ureteral, para não danificar o aparelho.

■ INFECÇÃO

As ITUs não são compatíveis com cirurgia renal flexível, assim como ocor-

re nas LECOs e também na cirurgia renal percutânea. Devemos sempre ter urocultura prévia negativa e, para aqueles pacientes que tiveram ITU prévia à cirurgia, devemos sempre colher urina no ato da cirurgia, além de enviar fragmentos de cálculo para cultura, pensando em uma possível infecção pós-operatória. Quando lidamos com paciente com cálculo uretral obstrutivo e cálculos renais, devemos somente nos preocupar com cálculo ureteral, drenar o rim e, num segundo momento, após curada a ITU, intervir nos cálculos do paciente.

■ SANGRAMENTO

Um dos problemas que podem abortar uma cirurgia flexível é o sangramento, devido à pouca irrigação pelo canal de trabalho do flexível e grande dificuldade de visualização nessas condições. O sangramento é muito frequente em UF (cerca de 28%) e a maioria é sangramento mínimo. Para evitar sangramentos, o fio guia deve ser inserido com muito cuidado, sem ferir a mucosa. Não usar alta pressão intrarrenal pela irrigação, evitar perfurar a mucosa durante a litotripsia com laser e manter uma boa anestesia, com pouca movimentação do paciente durante a respiração.

■ ESTENOSE

Na maioria das vezes é causada por cálculo ureteral impactado por longo tempo, história prévia de RT ou cirurgia ou, então, perfuração ureteral importante. Para evitar esse tipo de complicação, deve-se:

- tratar precocemente cálculo ureteral impactado;
- usar sempre fio-guia de trabalho e segurança;
- posicionar duplo J quando necessário e manter por mais tempo quando há lesões;
- remover a bainha uretral sob visão direta;
- realizar pielografia antes e após procedimento de rotina; e

- sempre usar duplo J quando usar bainha ou em procedimentos complexos.

■ PROBLEMAS NA EXTRAÇÃO DE PEDRAS E USO DE ENERGIA

Com relação ao aparelho de laser, deve-se ter cuidado de separar os pedais do laser e do Raio X, para não acionar inadvertidamente o laser. Nunca acionar o pedal com fibra dentro do flexível. Sempre deixar em modo “stand by” na entrada e saída da fibra. Evitar acionar o pedal do laser por mais de 10 segundos a cada vez, para evitar retropropulsão e dano no equipamento. Evitar usar sondas extratoras com ponta, para não danificar a mucosa e, com isto, provocar sangramento. Procurar usar sondas que facilitem a pega do cálculo e que tenham facilidade para soltá-lo.

■ ALTA EXPECTATIVA DO PACIENTE

Creio que este seja o maior problema da ureterosopia flexível, pois muitos médicos não têm facilidade em seus serviços de fazer cirurgia renal percutânea e ocorre uma indicação maior de cirurgia renal flexível para cálculos grandes. Nessas situações, principalmente pelo fato de essa cirurgia ser feita por orifício natural e obviamente ser preferida por médico e paciente, devemos ter o cuidado de explicar que a cirurgia tem suas limitações e que pode ser necessário um segundo – ou até um, terceiro – procedimento para resolução completa.

Ultimamente temos tido um desenvolvimento maior de equipamentos de laser que conseguem pulverizar os cálculos numa velocidade maior e também estamos assistindo o advento dos equipamentos descartáveis, que tende a apresentar alta performance e resolutividade. Esses fatores devem impulsionar cada vez mais a cirurgia flexível e, com isso, devemos estimular todos os urologistas a procurarem o aprendizado adequado dessa técnica.

O PRAZER DE PRODUZIR (E CONSUMIR) SUA PRÓPRIA CERVEJA

Cláudio Hideki Toi, assistente do Serviço de Urologia do Hospital Ipiranga



iniciei a produção artesanal de cerveja há cerca de dois anos e meio e o faço para o consumo próprio, da minha família e amigos. Tudo teve início quando meu filho mais velho, Bruno, um apreciador de cerveja, começou a trazer cervejas artesanais para experimentarmos. Há três anos e meio estivemos na Alemanha e visitamos diversas cervejarias. Ele me explicou as variedades e degustamos vários tipos de cervejas regionais. Depois disso, passamos a experimentar receitas de outros países, como a Witbier, uma cerveja de trigo belga, e as Ales inglesas, que são as preferidas do Bruno.

O que despertou nossa curiosidade foi um programa de TV em que os participantes entravam numa competição de cerveja e muitos deles faziam a cerveja no fogão da própria casa em apartamentos pequenos. Além disso, participei de alguns cursos de degustação com sommelier de cerveja, onde fui informado da possibilidade de produzir cerveja caseira.

Perto de onde moro localizei uma loja de insumos e equipamentos de cerveja onde pude degustar cervejas caseiras de diversos tipos. Tive a possibilidade de conversar com vários produtores de cervejas caseiras e me convenci que era possível realizar a produção na minha própria casa. Minha família me apoiou e incentivou. Então decidi pesquisar o material necessário.

Uma dica para quem quiser fazer a sua própria cerveja. As informações básicas podem ser encontradas na própria loja de venda de insumos. Ao comprar os kits de equipamentos e insumos, obtive

as receitas de produção. Pesquisei também vídeos no Youtube sobre a produção e participei de um curso para cervejeiros iniciantes, onde tive a oportunidade de assistir algumas brassagens (parte do processo em que o malte da cerveja é mergulhado em água quente para extração dos açúcares da cerveja). Em minhas produções, compro receitas de 10 litros a cada duas semanas, variados tipos de cerveja. Cada kit demora em média 35 dias para a cerveja ficar pronta para o consumo.

Um dos meus maiores prazeres ao produzir cerveja, além da degustação da bebida, é poder ter a companhia do meu filho Bruno ("primeiro auxiliar") e minha esposa Eloise ("chefe do centro cirúrgico") nas diversas etapas do processo e explorar o lado criativo do meu filho Gustavo, que desenhou o rótulo da cerveja Toi's Beer.

O fato de eu ser cirurgião me auxiliou na produção de cerveja, pois as etapas de produção são equivalentes aos tempos cirúrgicos. Lidar com os equipamentos cervejeiros é semelhante a lidar com os equipamentos cirúrgicos. O cirurgião, por estar habituado à perfeição na hora do trabalho, à melhoria na rapidez do processo e à higiene e esterilização dos equipamentos, utiliza dos mesmos cuidados na hora da produção cervejeira. Um conselho para quem quiser se aventurar nesse agradável mundo da produção de cervejas artesanais: procure se interessar pela degustação de cerveja, inicialmente. Depois disso, busque algum parceiro, como um familiar ou amigo que divida o mesmo gosto pela cerveja e o interesse pela produção.



O fato de eu ser cirurgião me auxiliou na produção de cerveja, pois as etapas são equivalentes aos tempos cirúrgicos.

48ª REUNIÃO ANUAL



Independence Hall



Entre os dias 28 e 31 de agosto será realizada na Filadélfia (Pensilvânia, Estados Unidos) a 48ª Reunião Anual da International Continence Society, presidida pelo Prof. Alan Wein. O encontro reunirá renomados especialistas internacionais em pesquisa e tratamento de disfunções dos órgãos pélvicos e do assoalho pélvico, com especial atenção à incontinência. O evento é multidisciplinar, envolvendo todos os profissionais que atuam na área: urologistas, ginecologistas, neurologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, parteiras e pesquisadores.

O programa abordará a importância do diagnóstico e tratamento da incontinência e outras disfunções dos órgãos pélvicos e do assoalho pélvico. Os destaques do programa incluem palestras sobre o estado da arte em temas como “Sensibilidade do Trato Urinário Inferior – Desconforto Miccional” e “O Futuro dos Eletrocêuticos - Dispositivos Implantáveis no Trato Urinário Inferior”. Além disso, serão realizadas mesas redondas abordando temas relevantes como “Redes de Pesquisa Clínica em LUTS, dos Institutos Nacionais de Saúde”, e “Noctúria e suas consequências”, “Envelhecimento Vesical”, “Considerações da ICS sobre Tecnologia Emergente e Incontinência” e “Papel do Sistema Nervoso”.

Informações e inscrições pelo site www.ics.org/2018.



Liberty Bell



Reading Terminal Market



Philadelphia City Hall

URO
ONCO
LITORAL
2017

URO-ONCO LITORAL 2018

Diante dos resultados positivos alcançados no ano passado com a realização do primeiro Uro-Onco Litoral, que teve a participação de mais de 300 especialistas, a SBU-SP dará continuidade à iniciativa. De 2 a 4 de novembro deste ano acontecerá, no Casa Grande Hotel do Guarujá, o Uro-Onco litoral 2018.

Durante o evento serão discutidas novas tecnologias e tratamentos para combater o câncer de próstata, testículo, pênis, bexiga e rim. Os organizadores acreditam que neste ano se repetirá ou aumentará a aceitação do evento, que na primeira edição atraiu profissionais de diversas localidades do país, como Bahia, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Santa Catarina e Rio de Janeiro, além do estado de São Paulo.

Informações no site sbu-sp.org.br

CONHEÇA OS PALESTRANTES ESTRANGEIROS QUE PARTICIPARÃO DO XV CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA

O XV CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA, ORGANIZADO PELA SBU-SP, REUNIRÁ RESPEITADOS NOMES DA UROLOGIA MUNDIAL.

VEJA QUEM SERÃO OS PALESTRANTES ESTRANGEIROS NESSE EVENTO QUE ACONTECERÁ ENTRE OS DIAS 6 E 8 DE SETEMBRO NO WTC DE SÃO PAULO



Bertrand Guillonneau (França)
Chefe de Urologia do Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris



Brian R. Matlaga (EUA)
Professor de Urologia, Diretor da Divisão de Doenças Litíasicas, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore



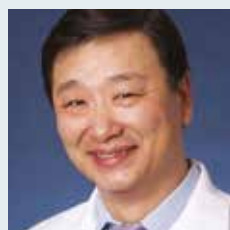
Cesare Marco Scoffone (Itália)
Chefe do Departamento de Urologia, Hospital Cottolengo, Torino



Christofer Wood (EUA)
Professor de Urologia, Chefe do Departamento de Urologia – MD Anderson Cancer Center



Craig Donatucci (EUA)
Urologista do Duke Regional Hospital e Duke University



Fernando Kim (EUA)
Professor de Urologia, Chefe do Departamento de Urologia, Denver Health Medical Center, Universidade do Colorado



Francisco Cruz (Portugal)
Professor de Urologia, Chefe do Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina do Porto, Chefe da Seção Europeia de Urologia Feminina e Funcional



Gommert A Van Koeveringe (Holanda)
Chefe do Departamento de Urologia – Maastricht University Medical Center



Gregg Eure (EUA)
Urologista – Eastern Virginia Medical School



John Denstedt (Canadá)
Professor de Urologia – Departamento de Cirurgia Western University



Juan Pablo Corbetta (Argentina)
Urologista – Hospital Pediátrico Dr. Juan P. Garrahan | Samic · Urology



Laurence Klotz (Canadá)
Professor do Departamento de Cirurgia da Universidade de Toronto, Chefe da Federação Mundial de Uro-Oncologia (Wuof)



Max Kates (EUA)
Urologista, Johns Hopkins Hospital, Baltimore



Michael A. Gorin (EUA)
Professor de Urologia, Faculdade de Medicina – Johns Hopkins University



Neal Shore (EUA)
Diretor Carolina Urologic Research Center



Paul Austin (EUA)
Professor de Cirurgia Urológica – Baylor College of Medicine, Diretor do Programa de Ciência Básica em Urologia Pediátrica, Texas Children'S Hospital

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES: CONGRESSOPAULISTADEURO2018.COM.BR



XV Congresso
Paulista de **Urologia**
SAVE THE DATE!

06 a **08** setembro 2018
São Paulo | WTC

congressopaulistadeuro2018.com.br

