

Morson BC, Bussey HJR – Magnitude of risk for cancer in patients with colorectal adenomas. *Br J Surg* 1985; Suppl.: 523-28.

Durante o período de 1963-1980 foram atendidos no Hospital St. Marks (Londres), pela primeira vez, 1.697 pacientes com um ou mais adenoma colorretal. Os pacientes foram seguidos por um período de um a 15 anos. O risco de aparecimento de adenoma metacrônico foi de 20, 40 e 50 por cento em 5, 10 e 15 anos respectivamente. O risco de câncer colorretal foi de 2,5, 4,0 e 6,6 por cento em 5, 10 e 15 anos respectivamente. Nos dois grupos a incidência foi maior no sexo masculino. O risco de aparecimento de câncer colorretal nos pacientes inicialmente com um único adenoma foi menor (1 em 100 em cinco anos, 1 em 50 em 10 anos e 1 em 20 em 15 anos) do que nos casos de adenomas múltiplos (1 em 14 em cinco anos, 1 em 8 em 10 anos e 1 em oito em 15 anos). Nos casos de adenomas múltiplos o risco de aparecer outro adenoma foi de 33, 66 e 80 por cento em 5, 10 e 15 anos, respectivamente. Os autores sugerem que os pacientes polipectomizados (adenomas) ou colectomizados (câncer) deveriam ser submetidos a uma colonoscopia de 3 em 3 anos. *J. Reinan Ramos.*

• • •

Pihl E, Hughes ESR, Mcdermott FT, Johnson WR, Katrivessis H – Lung recurrence after curative surgery for colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 417-419.

Os autores analisam 1.578 pacientes que foram submetidos a ressecções curativas para tratamento de câncer colorretal (1.013 com câncer de reto e 565 com câncer de cólon) no período de 1950-1982 (Alfred Hospital, Melbourne, Austrália). O seguimento revelou que 1,5% (117/1.013) dos pacientes com câncer retal e 3,5%

(20/565) dos cânceres colônicos apresentaram metástases pulmonares ($p < 0,001$). O tempo para o aparecimento das metástases pulmonares foi maior (média = 32 meses) do que para as metástases hepáticas (média = 22 meses), em 124 pacientes com câncer retal ($p < 0,02$). Nos casos de câncer do cólon (49) a diferença estatística não foi significativa ($p = 0,14$) (média de 34 meses para as metástases pulmonares e 21 meses para as metástases hepáticas). A sobrevida média dos pacientes portadores de recidivas por câncer retal (129) no pulmão e no fígado foi de 51 e 33 meses respectivamente ($p = 0,001$). Nos 52 cânceres do cólon a sobrevida média foi de 38 meses para as recorrências pulmonares e 26 meses para as recidivas hepáticas ($p > 0,01$; não significativo). A sobrevida média após ressecções de recidivas pulmonares (16 pacientes) foi de 26 meses; sendo que quatro pacientes estão vivos após 2, 6, 11 e 15 anos. A probabilidade de sobrevida de cinco anos foi de 38 (± 13) por cento nestes casos de ressecções pulmonares curativas. *J. Reinan Ramos.*

• • •

Weaver RM, Ambrose NS, Alexander-Williams J, Keighley MRB – Manual dilatation of the anus vs. lateral subcutaneous sphincterotomy in the treatment of chronic fissure-in-ano: results of a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 420-423.

Cento e onze pacientes portadores de fissura anal crônica foram submetidos a um tratamento prospectivo e randomizado utilizando a dilatação manual (DM) do ânus e a esfínterectomia lateral subcutânea (ELS). Todos os pacientes foram operados sob anestesia geral. Dilatação manual através da introdução de quatro dedos por quatro minutos foi realizada em 63 pacientes e ELS esquerda nos outros 48. Os pacientes foram seguidos por um período médio de 17 meses. Não houve diferença estatística

significativa em relação aos resultados e complicações entre os dois procedimentos. Os resultados foram ruins em somente 8,5 e 7,7 por cento dos pacientes submetidos à DM e ELS, respectivamente. *J. Reinan Ramos.*



Isler JT, Brown PC, Lewis FG, Billingham RP - The role of preoperative colonoscopy in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 435-439.

Neste estudo retrospectivo os autores analisam 98 colonoscopias pré-operatórias realizadas em 98 pacientes com diagnóstico através de biópsia (14) ou enema opaco (84) de câncer colorretal. Trinta e dois por cento dos cânceres primários estavam localizados no ceco, cólon ascendente e flexura hepática e 52% no reto e sigmóide. A colonoscopia diagnosticou polipo adenomatoso sincrônico e câncer sincrônico não revelados pelo clister opaco, em 20 e em três pacientes respectivamente. A colonoscopia foi total em 55% dos casos e só até o sigmóide em 25%. Nos casos em que o tumor não era estenosante a colonoscopia alcançou o ceco em 90%. Polipos sincrônicos foram diagnosticados em 28 pacientes (28,6%) e câncer sincrônico em 7 (7,1%). Quarenta e três por cento dos cânceres sincrônicos e 73% dos polipos sincrônicos estavam localizados fora da margem de ressecção do câncer primário. O tratamento ou o seguimento foi modificado em 32,9% dos pacientes devido aos achados da colonoscopia pré-operatória. *J. Reinan Ramos.*



Browning GGP, Varma JS, Smith AN, Small WP, Duncan W - Late results of mucosa proctectomy and coloanal sleeve anastomosis for chronic irradiation rectum injury. *Br J Surg* 1987; 74: 31-34.

Os autores apresentam 10 pacientes tratados por esta técnica no Western General Hospital de Edinburgh. As indicações foram: sangramento retal de repetição - 5, estenose - 3, fístula - 1, dor intratável - 1. Idade média - 65 anos. Sete pacientes foram irradiados por carcinoma de bexiga e três por carcinoma de cervix. Seis pacientes necessitaram laparotomia prévia e transversostomia por tratar-se de lesões mais graves no reto e afastar recidiva tumoral. Todos os pacientes fizeram preparo de colo, antibioticoterapia profilática e por cinco dias no P.O. O reto era ressecado até o 1/3 médio, preservando-se 6-7 cm distais. O limite proximal era determinado pelo aspecto macroscópico do colo e a presença ou não de doença diverticular, sendo então mobilizado até alcançar o canal anal. A anastomose era feita por via anal, após infiltração de adrenalina na submucosa e ressecção da mucosa até 1 cm acima da linha pectínea, em plano único com pontos separados, totais no colo e no reto fixando a porção superior do esfíncter interno. A pelve era drenada com Penrose e uma transversostomia era realizada. Resultados: nenhuma mortalidade operatória. As complicações precoces foram todas resolvidas clinicamente, três abscessos perianastomóticos, três estenoses e uma hemorragia na transversostomia. As

complicações tardias, de maior interesse, foram três estenoses sendo duas tratadas com dilatação e boa evolução e em uma não foi possível fechar a colostomia. Um paciente desenvolveu estenose com cinco anos. P.O. e foi restabelecida a colostomia e 1 desenvolveu fístula vesíco-vaginal no 3º mês após o fechamento da colostomia. O tempo médio de fechamento da colostomia foi de 11 semanas (6-30) e há duas colostomias permanentes. A função esfinteriana é boa em cinco pacientes, 2 são incontinentes para fezes líquidas e 1 para fezes pastosas. A urgência e a frequência das evacuações são os maiores problemas e quatro de oito pacientes não discriminam a eliminação de gases ou fezes. Os autores sugerem que com este estudo a longo prazo, esta é a cirurgia de escolha para a retite actínica complicada. *Fernando Zaroni Sewaybricker.*



Friedmann P, Garb JL, McCabe DP, Chabot JR, Park WC, Stark A, Coe NPW, Page DW - Intestinal anastomosis after preoperative radiation therapy for carcinoma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 164: 257-260.

Os autores apresentam uma revisão de 133 pacientes submetidos a ressecção anterior de reto, em um período de 10 anos no Baystate Medical Center, Springfield-Massachusetts. São analisados dois grupos, o primeiro de 40 pacientes submetidos previamente à radioterapia, com uma dose média de irradiação de 4.500 rads (120 a 200 rads diariamente por um período de 4 a 5 semanas), em um campo de 225 cm² na pele e programado para incluir o local do tumor e os gânglios regionais até a 3ª vértebra lombar. O 2º grupo de pacientes não submetidos à radioterapia com 93 pacientes. A colostomia durante o ato cirúrgico foi realizada em 65% dos pacientes irradiados e em 42% dos não irradiados. O intervalo entre o final da radioterapia e a cirurgia foi de 4 a 6 semanas, para que os efeitos agudos da irradiação tivesse melhorado. A anastomose foi realizada manualmente em 88% dos pacientes irradiados e em 77% dos não irradiados e mecanicamente no restante dos casos. A distância média da margem anal até a lesão foi de 9,9 cm nos pacientes irradiados e de 15 cm nos não irradiados, diferença estatisticamente significativa. Não houve diferença significativa no número e na importância das complicações nos dois grupos analisados, sendo de 25% nos pacientes irradiados e de 29% nos não irradiados. A deiscência nas anastomoses foi de 10% nos irradiados e de 7% no grupo não irradiado, diferença não significativa estatisticamente. A colostomia não alterou a incidência de deiscência entre os grupos. No grupo irradiado com colostomia a incidência foi de 15% e nos não irradiados foi de 13%. No grupo irradiado sem colostomia foi de 0% e nos não irradiados de 2%. Os pacientes que tinham colostomias tiveram uma incidência maior de deiscência em relação aos que não tinham colostomias, porque só foi realizada colostomia naqueles pacientes em que a anastomose não ficou tecnicamente perfeita e que tinham maior chance de complicação. Os autores concluem que a ressecção anterior

com a anastomose é segura em pacientes irradiados no pré-operatório e que a colostomia proximal derivativa não é necessária como rotina, sendo suas indicações as mesmas dos pacientes não irradiados. *Fernando Zaroni Sewaybricker.*



Heber P Jr., Kissack AS, Simonton CT - Necrotizing soft-tissue infection from rectal abscess. Dis Colon Rectum 1983; 26: 507-511.

Novecentos e setenta casos de abscessos retais e 23 de infecção perineal necrotizante foram revisados. Destes últimos, nove tiveram no abscesso retal o início da infecção. A esta série foi incluído mais um paciente de outro hospital. Eram sete pacientes do sexo masculino e três do feminino, variando a faixa etária de 30 a 74 anos, com uma idade média de 56 anos. A etiologia cripto-glandular foi a encontrada em nove casos, e em um outro paciente uma perfuração por osso de galinha. A maioria dos pacientes referia dor perineal ou perianal. Os exames laboratoriais não foram muito úteis para avaliar o grau de infecção neste grupo. Na história patológica progressiva, três eram diabéticos, um tinha L.E.S. e I. renal e um era alcoólatra. Ocorreram quatro óbitos: dois devido a sepsis e dois devido a A.V.C. no curso da doença. A bacteriologia mostrou dois pacientes com germe Gram-negativo. *Escherichia coli* foi o organismo mais encontrado e quatro pacientes tinham três ou mais organismos. Não foi encontrado *Clostridium*. Nos relatos operatórios, foi notificada a presença de debrís purulento-pútridos, demonstrando a presença de anaeróbios. Existem dois tipos clínicos de apresentação destes abscessos. O tipo I (oito casos) foi descrito como infecção retal com necrose de pele, tecido celular subcutâneo, fascia ou músculos ou a combinação destes, e o tipo II (dois casos) também tinha destruição de partes moles com extensão da purulência para o espaço pré-peritoneal a partir de um abscesso supra-elevador. Os pacientes do tipo I foram submetidos a um debridamento radical dos tecidos infectados, e os do tipo II: um sofreu laparotomia devido a massa abdominal e o outro foi submetido a incisões nos flancos e infra-umbilical para drenar o espaço extraperitoneal. Em sete pacientes foi realizada colostomia: três inicialmente e quatro durante o manuseio das feridas. Todos receberam antibioticoterapia tripla. A maioria com penicilina, genta-

micina e clindamicina, sendo que foi mantida durante sete dias, no mínimo. As feridas foram lavadas inicialmente com 3 a 6 litros de solução fisiológica. Os pacientes foram examinados subseqüentemente sob anestesia geral para melhor avaliação e controle da infecção. O recurso do suporte nutricional também é destacado pelos autores, para melhor recuperação dos pacientes, seja na forma enteral ou parenteral. *Marcelo A. R. da Câmara.*



Haas PA, Fox Jr. TA, Haas, GP - The pathogenesis of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1984; 27: 442-450.

Até recentemente, hemorróidas foram consideradas como veias dilatadas, como as veias varicosas das pernas ou esôfago. Nos últimos anos várias teorias foram desenvolvidas sobre a natureza e causas das hemorróidas e algumas perguntas foram feitas sobre esta entidade nosológica tais como: as hemorróidas são estruturas normais ou anomalias do corpo humano? Elas são anormais quando causam sintomas? Estão presentes somente nos indivíduos mais idosos ou em todos os grupos etários? Qual a sua composição anatômica e existem aspectos que explicam seus sintomas?

Os autores examinaram a estrutura do canal anal em 70 peças de autópsia e cirúrgicas desde recém-nascidos até pacientes com mais de 80 anos, e determinou que as partes importantes das hemorróidas são o revestimento epitelial, os vasos sanguíneos e o tecido de sustentação. No homem, em condições normais, as hemorróidas internas fazem protrusão no lúmen. Após a 3ª década, as hemorróidas descem até o terço inferior do canal anal e as hemorróidas externas começam a protundir, formando os mamilos. No jovem, o tecido conjuntivo sustenta os vasos, que são paralelos uns aos outros. Em torno dos 70 anos, as fibras colágenas começam a desintegrar e as veias começam a se distender. Fatores anatômicos podem explicar a presença de hemorróidas na população em geral. Contudo, fatores hereditários ou ambientais e hábitos individuais são responsáveis pelas diferentes apresentações ou sintomatologias das hemorróidas em diferentes grupos.

Os autores afirmam que a prevalência de hemorróidas é quase idêntica em pacientes de diversos grupos etários tenham eles ou não sintomas relacionados com a doença, concluindo, portanto, que as hemorróidas são estruturas normais da anatomia humana. *Marcelo A. R. da Câmara.*