

*Cheymol G* – L'administration médicamenteuse par voie rectale: fiabilité et tolérance. Ann Gastroentérol Hépatol. Progrés en coloproctologie, 1987; 23(4): 195-200.

A administração de medicação por via retal é utilizada ou para se obter uma ação local (hemorróidas, retites) ou para efeitos sistêmicos (em caso de náusea ou vômitos, medicação com gosto desagradável ou que provoque irritação gástrica, quando os princípios ativos correm o risco de serem inativados pela secreção gástrica ou intestinal ou quando a medicação sofre uma metabolização importante após a primeira passagem pelo fígado). Os principais inconvenientes consistem em uma absorção menor que do intestino delgado e da difícil aceitação desta via por parte de alguns pacientes (principalmente de origem anglo-saxônica). Conhecem-se também efeitos indesejáveis devido a tratamentos prolongados. A absorção propriamente dita é influenciada pelo lipossolubilidade, ionização do medicamento e pelo seu local de liberação, já que as veias hemorroidárias médias e inferiores não drenam para o fígado diretamente, evitando assim a primeira passagem pelo fígado. Estudos farmacocinéticos em pacientes saudáveis demonstraram que moléculas largamente metabolizadas pelo fígado apresentaram bioavaliação melhor pela via retal do que quando comparada à via oral. A lidocaína apresenta uma bioavaliação absoluta de 71% para a via retal versus a via oral, assim como o propranolol e a ergotamina. O uso ainda experimental de bombas retais osmóticas com liberação constante mostram concentrações estáveis por 1 a 3 dias. Os efeitos indesejáveis observados quando da utilização de drogas por esta via principalmente anti-hemorroidários, anticonstipantes, anestésicos locais, anti-histamínicos, antibióticos e pomadas antipruriginosas são predominantemente locais e têm como causa não somente a medicação, mas também o excipiente do supositório, responsáveis por lesões difusas ou ulcerações anorretais e ainda o uso prolongado de medicações contendo propoxifeno e ergotamina. *Fernando Cordeiro.*



*Guerre J, Chaussade St.* – Constipation. Nouvel abord. Ann Gastroentérol Hépatol. Progrés en coloproctologie, 1987; 23(4): 201-205.

A definição clínica da constipação crônica idiopática consiste em menos do que três evacuações por semana, mas uma anamnese cuidadosa determina a impressão subjetiva do paciente especialmente com relação às dificuldades anais e manobras locais para evacuação. Após eliminar-se uma causa orgânica por exame morfológico habitual, raramente faz-se diagnóstico de constipação-doença. Megacólon idiopático pode ser visto com algumas patologias neurológicas, em hipotireóides ou em pacientes que utilizam laxativos antracênicos por tempo prolongado. Geralmente um tratamento com germe de trigo, na dose diária de 20 gramas, durante três semanas, cura aproximadamente 60% dos casos. O restante segue um protocolo sistemático de estudo funcional: – a realização do tempo de trânsito colônico com marcadores radiopacos de acordo com a técnica de Chaussade e cols., que permite diferenciar uma estase em colo direito e às vezes em todo o cólon (inércia cólica), no qual o uso de fibras é ineficaz. Esta patologia rara é de difícil tratamento na ausência de uma droga com ação na motilidade cólica. Estase no colo esquerdo é encontrada na constipação dolorosa, às vezes associada com enfermidade diverticular, respondendo aos antiespasmódicos. Estase no reto sigmoides pode ser a manifestação de constipação terminal. Neste caso a manometria anorretal e o defecograma podem reconhecer: a) deficiência do assoalho pélvico ou descenso do períneo, operável em casos severos. b) anismo, com contração paradoxal durante o período evacuatório, no qual o tratamento por reabilitação fisioterápico está indicado. c) outras patologias, como retocele anterior, alterações no ângulo anorretal, ânus hipertônico, relaxamento deficiente durante o reflexo inibidor anorretal são mais difíceis para avaliação e podem ser tratados localmente com reabilitação, supositórios, mini-enemas ou tratamento específico. *Fernando Cordeiro*



*Audebert M, Huguier M, Valade S, Roland J* – Tumeurs carcinoides du rectum. A propos de deux cas avec métastases. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1987; 23(4): 229-231.

Os tumores carcinóides representam 0,5% dos tumores registrados na Suécia. A localização retal é pouco frequente e na grande maioria são benignos. São relatados dois casos de tumores carcinóides retais com metástases. O primeiro em um paciente do sexo masculino, 52 anos, que apresentava concomitantemente um adenocarcinoma bem diferenciado e um tumor carcinóide em reto com metástases ganglionares do tumor carcinóide e o segundo, de uma paciente do sexo feminino, 57 anos, que apresentava um pólipó sésil a 6 cm da margem anal, ressecado endoscopicamente e recidivado após quatro meses, tendo como diagnóstico tumor carcinóide e sendo então submetido à intervenção cirúrgica, com descoberta de metástase hepática. Este tumor raro, cuja incidência retal é de aproximadamente 14,5% e que é assinalado em algumas séries como apresentando-se em um a cada 2.000 a 3.700 retoscopias, geralmente assintomáticos, principalmente em razão de sua pequena dimensão, sendo sintomático em apenas 10% dos casos. A frequência de metástases é menor nas localizações retais do que em outras regiões. Davies e cols. apresentaram em 501 tumores carcinóides, 38% de metástases, enquanto que nas localizações retais apenas 6,7% sobre 133 pacientes apresentaram metástases dos tumores carcinóides. A frequência de metástases aumenta com a dimensão do tumor. Nauhein e cols., em 595 casos apresentam uma frequência de 3% com tumores menores que 10 mm, 11% em tumores com tamanho variando entre 11 e 19 mm e 74% em tumores maiores que 20mm, sendo que a localização ganglionar é predominante, seguida da localização hepática.

O diagnóstico de tumor carcinóide é por vezes difícil, com células pequenas, com citoplasma eosinófilo, sem

anomalias nucleares, tornando o diagnóstico de malignidade precário. A característica essencial é a presença de granulações argentafins e ainda de argirofilia por coloração de Grimelius. As indicações terapêuticas dependem do tamanho e do grau de extensão parietal do tumor, sendo que aqueles com mais de 10 mm necessitam uma ressecção alargada e ressecção das metástases associadas. Aqueles com tamanho menor que 10 mm necessitam apenas de ressecção local ou exérese endoscópica. O prognóstico é em geral favorável, com uma sobrevida de cinco anos em 75 a 89%.

*Fernando Cordeiro*



*Harms BA, Hamilton JW, Yamamoto DT, Starling JR.* – Quadruple-loop (W) ileal pouch reconstruction after proctocolectomy: analysis and functional results. *Surgery*: 1987; 102: 561-567.

Neste artigo os autores analisam os resultados com o emprego da bolsa ileal em W para o tratamento de 15 pacientes portadores de retocolite ulcerativa (10) e polipose familiar (5). Os autores utilizaram um reservatório ileal em W modificado (duas alças de 11 cm e outras duas alças de 9 cm, iniciando 3 cm acima da anterior). O reservatório em W evita os problemas de evacuação que ocorre com a bolsa em S e torna sua capacidade maior que o reservatório em J, diminuindo o número de evacuações. A mortalidade operatória foi zero e a morbidade foi relativamente baixa (obstrução intestinal – 20%, estenose anastomótica – 13%). O número médio de evacuações em 24 horas foi 6 no primeiro mês e 4,8 após um ano. Evacuação noturna diminuiu de 1,1 em um mês para 0,25 em um ano, com 10 pacientes sem evacuação noturna. A continência anal foi excelente em todos os pacientes, exceto em três, que apresentaram ocasionalmente mínimo “seepage” durante à noite. O volume do reservatório aumentou em seis meses após o fechamento da ileostomia de 190 ml para 470 ml. *J. Reinan Ramos*