

Tate JTT, Rawlinson J, Royle GT, Brunton FJ, Taylor I – Pre-operative or postoperative colonic examination for synchronous lesions in colorectal cancer. *Br J Surg* 1988; 75(10): 1016-1018.

Foram revistos 130 exames do intestino grosso em pacientes com diagnóstico de câncer de cólon ou reto (50 colonoscopias e 80 enemas opacos com duplo contraste). Entre os submetidos à colonoscopia, 11 tinham câncer proximal e 39 com câncer distal. A colonoscopia foi completa em somente 21 casos (42%) e em quase metade desses (11 casos) havia tumor no ceco ou cólon ascendente. Na maioria dos casos o exame incompleto foi devido ao estreitamento do lúmen intestinal por tumor (25/29), impedindo a passagem do colonoscópio. O exame foi completo em 66 dos 80 enemas opacos com duplo contraste, e excluiu lesões sincrônicas em 41 pacientes (51%). Foram identificados cânceres sincrônicos em oito pacientes enfermos (6%), sendo dois ao exame colonoscópico, quatro pelo enema opaco e dois à laparotomia (um após colonoscopia e um após enema opaco com duplo contraste). A incidência de adenomas sincrônicos foi de 16% (2/3 do esperado) com a colonoscopia e de 8% (1/3 do esperado) com enema opaco com duplo contraste. Os autores concluíram que a investigação pré-operatória em pacientes com diagnóstico de câncer colorretal, para excluir neoplasias sincrônicas, tem pouco valor, e sugeriram que seja feita colonoscopia pós-operatória nesses casos. *Dásio Lopes Simões*.



Smith SRG, Swift I, Gompertz H, Baker WNW – Abdominoperineal and anterior resection of the rectum with retrocolic omentoplasty and no drainage. *Br J Surg* 1988; 75(10): 1012-1015.

Foram analisados, prospectivamente, 40 pacientes submetidos à omentoplastia retrocólica (19 masculinos e 21 femininos), associada à ressecção anterior de reto (26 casos), à ressecção abdômino-perineal (11 casos) e à operação de Hartmann (três casos). As indicações cirúrgicas foram: câncer (31 pacientes), doença diverticular (seis) e colite (três). Após a cirurgia proposta a metade esquerda do omento era levada à pelve ou períneo, por trás do reto, com manutenção da arcada gastroepiplóica esquerda, e fixada ao peritônio pélvico. Nas ressecções abdômino-perineais o omento era suturado ao tecido celular subcutâneo do períneo. As feridas foram fechadas primariamente, sem drenagem. Foram feitas valiações clínicas diárias e radiológica (enema com gastrografina®) e/ou ultra-sonográfica entre os 10^o e 14^o dias pós-operatórios. Encontraram-se três fístulas ao exame radiológico, após ressecção anterior de reto (duas sem repercussão clínica e uma com eliminação pela vagina). Foi diagnosticada uma fístula com coleção pélvica à ultra-sonografia. Das 11 feridas perineais, oito cicatrizaram primariamente em duas semanas e todas em quatro semanas. Não houve deiscência total de ferida. Os pacientes com cirurgia de Hartmann tiveram cicatrização primária, sem complicações. Houve quatro estenoses anastomóticas. Os autores concluíram que o procedimento é simples, seguro e um auxílio eficaz na cirurgia retal. *Dásio Lopes Simões*.



Kune GA, Kune S, Watson LF - History of colorectal polypectomy and risk of subsequent colorectal cancer. Br J Surg, 1987; 74(11): 1064-1065.

Dentro de um estudo sobre fatores de risco para o câncer colorretal foi investigada a história de polipectomia colorretal como um fator de risco. Foram analisados 715 pacientes com adenocarcinomas colorretais diagnosticados entre abril de 1980 e abril de 1981 (388 masculinos e 327 femininos; 392 no cólon e 323 no reto). Paralelamente, foram entrevistadas 727 pessoas (grupo controle) com distribuição etária e por sexo semelhantes ao grupo com câncer. Havia história de polipectomia no intestino grosso em 24 pessoas no 1º grupo e em quatro no grupo controle. Os resultados foram estatisticamente significativos. Não houve diferença de sexo ou de localização associada com a história de polipectomia prévia. Os autores consideraram os pólipos adenomatosos colorretais importantes fatores de risco (seis vezes nesse estudo) e propuseram um exame regular dos pacientes com história de pólipos colorretais, para rastreamento do câncer colorretal. *Dásio Lopes Simões*.

Miller R, Bartolo DCC, Locke-Edmunds JC, Mortensen NJ McC - Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. Br J Surg 1988; 75: 101-105.

Foram analisados, prospectivamente, os resultados funcionais do tratamento da incontinência fecal, entre 1983 e 1986, através de avaliações fisiológicas (manometria, sensação anal e eletromiografia) e radiológicas (proctograma com delineamento do canal anal com um cordão de bolas metálicas) em 46 pacientes e 20 controles. Vinte enfermos (todos com incontinência idiopática) foram selecionados para o tratamento conservador (agentes constipantes e, em alguns, supositórios de glicerina) e 26 para o cirúrgico (seis reparos anteriores de esfíncter por lesão após gravidez, 17 reparos pós-anais por incontinência idiopática com pressão esfíncteriana baixa, duas retopexias abdominais com esponja de ivalon por prolapso retal, com boa função esfíncteriana, e uma retopexia combinada com

reparo pós-anal por prolapso retal, com função esfíncteriana ruim). O grau de incontinência foi registrado antes e após o tratamento e foram feitos estudos fisiológicos e radiológicos pós-operatórios em 17 pacientes. Quarenta por cento do grupo tratado conservadoramente tiveram sucesso terapêutico, 65% no grupo operado e 59% no grupo submetido ao reparo pós-anal. As pressões no canal anal em repouso e durante contração voluntária (*squeeze pressure*) melhoraram após reparo pós-anal, assim como a sensação no canal anal superior, porém não houve mudança no ângulo anorretal. Os autores concluíram que o ângulo anorretal não é muito importante na manutenção da continência. *Dásio Lopes Simões*.



Lee JT, Taylor BM, Dingleton BC - Epidural anesthesia for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome). Dis Col & Rect 1988; 31(9): 686-691

Foram avaliados, prospectivamente, 18 pacientes com pseudo-obstrução colônica, no período de fevereiro de 1984 a julho de 1985. Baseando-se na teoria da inibição simpática da contratilidade do cólon como causa dessa síndrome, os autores procuraram analisar a segurança e a eficácia do bloqueio simpático por anestesia epidural contínua (bupivacaína a 0,25%) após falha do tratamento conservador. O diagnóstico foi confirmado através de RX simples de abdome e clister opaco. Um paciente foi submetido a laparotomia com o diagnóstico errôneo de colite isquêmica. Sete responderam bem ao tratamento conservador. Um recusou tratamento posterior e morreu de sua doença subjacente. Oito foram tratados com colonoscopia (cinco após tratamento conservador e três após anestesia epidural) e oito com anestesia epidural (três após colonoscopia, um após laparotomia exploradora e quatro após tratamento conservador). Houve boa resposta em cinco enfermos após colonoscopia e em cinco (62,5%) após anestesia epidural. Um doente sofreu infarto subendocárdico durante colonoscopia. Não ocorreram complicações significativas ou recorrências após a anestesia epidural, sendo esta segura, eficaz, simples e bem tolerada. *Dásio Lopes Simões*.

