

RESUMO DE ARTIGOS

Alamis A, Papanicolau GK, Tadros RR, Fielding LP. Primary resection and anastomosis for treatment of acute diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:933-939.

Foi feita uma revisão de 65 pacientes operados entre janeiro de 1984 e fevereiro de 1987, por diverticulite de cólon esquerdo, no St. Mary's Hospital. Cirurgias realizadas: ressecção primária com anastomose (grupo I = 29 casos), ressecção primária com anastomose e colostomia protetora (grupo II = 5), Cirurgia de Hartmann (grupo III = 26) e ressecção tardia em três estágios (grupo IV = 5). Classificaram a doença quanto à gravidade em: estágio I = abscesso pericólico (n = 12), estágio II = abscesso fora da parede colônica (n = 41), estágio III = peritonite purulenta generalizada (n = 11) e estágio IV = peritonite fecal por perfuração livre do cólon (n = 1). Todos foram operados após mais do que um episódio de diverticulite sintomática. A taxa de mortalidade pós-operatória nos grupos I e II foi mais baixa do que no grupo III (3,4% vs 15,3%). Tempo inicial de hospitalização: grupo I = 16 ± 1,2 dias, no grupo II = 18,2 ± 4,4 dias, grupo III = 19,4 ± 2 dias e grupo IV = 26,4 ± 4,4 dias. A incidência de complicações pós-operatórias foi mais alta nos grupos III e IV, com infecção da ferida em 23% e 40% respectivamente. Não houve fístula anastomótica com evidência clínica nos grupos I e II. A mortalidade após fechamento de colostomia e reconstrução de trânsito foi 3,8%. Os autores concluíram que a ressecção primária com anastomose é um procedimento satisfatório na maioria dos pacientes com diverticulite perfurada (estágios I a III). *Dásio Lopes Simões.*



Yoshioka K, Heyen F, Keighley MRB. Functional results after posterior abdominal retopexy for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:835-838.

Foram revistos 165 casos de retopexia abdominal com tela de polipropileno (Marlex®) por prolapso de reto (seis homens e 159 mulheres). A idade média foi 65 anos (entre 14 e 90 anos). Trinta e nove pacientes tinham sido operados previamente; procedimento de Thiersch (21 casos), alça de silastic (4), técnica de Roscoe-Graham (3), ressecção mucosa (2), ressecção de sigmóide (2) e renopexia prévia (7). Procedimento cirúrgico: mobilização do reto, divisão do peritônio pélvico lateralmente, abertura do espaço pré-sa-

cral, fixação de um pedaço retangular de tela (2 x 4 cm) ao promontório e abaixo deste medialmente e ao reto posteriormente e lateralmente. Trinta pacientes não foram avaliados no pós-operatório; 22 faleceram por doença intercorrente e 8 foram há menos de 2 meses. Havia incontinência anal em 95 enfermos (58%) antes da cirurgia, persistindo em somente 21 (16%) após tratamento cirúrgico. Quarenta doentes eram constipados previamente (24%) e 60 (44%) após a retopexia. Taxa de recorrência = 1,5% (2 pacientes). Ocorreu prolapso mucoso em nove doentes (7%). Os autores concluíram que esse procedimento é eficaz e que houve uma persistência de incontinência em 1/3 dos casos e que metade dos enfermos tornou-se constipada. *Dásio Lopes Simões.*



Papanicolau G, Ahn YK, Fielding LP. Effect of large-bowel obstruction on colonic blood flow. *Dis Colon Rectum* 1989; 673-679.

O câncer colo-retal é o segundo tumor maligno mais comum no mundo, com cerca de 20% dos pacientes representando sintomas obstrutivos e sendo o prognóstico de sobrevivência destes 50% pior do que os doentes eletivos. As razões específicas para esse pior prognóstico não são bem entendidas. O estudo experimental em cães mostrou que há um aumento significativo (105%) no fluxo sanguíneo do segmento do cólon envolvido com a obstrução e que poderia, combinado a outros fatores tumorais, romper a barreira mucosa, produzindo um aumento da disseminação das células malignas na circulação portal, com isso explicando o pior prognóstico desses pacientes. *Ronaldo Hugo Petrosemoló.*



Kimiose HH, Fischer L. Late radiation injury of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1989; 684-689.

A injúria tardia da radioterapia é causada por uma endarterite obstrutiva, levando à isquemia, inflamação e fibrose. O tempo varia de um mês a vários anos. O reto e o sigmóide são os locais mais lesados. Depois de um tempo médio de dois anos as complicações da radioterapia em 182 pacientes foram: estenose (37%), lesões menores (36%), fístulas reto-vaginais (22%), gangrena e outras fístulas (5%).

A ressecção dá o melhor resultado; entretanto, a taxa de ressecção foi baixa (46%) e foi realizada em doentes com estenose de reto proximal ou sigmóide com uma incidência de fístula anastomótica de 5%. O tratamento dos doentes com fístula ou com fístula e estenose simultaneamente (78 pacientes) foi primariamente colostomia derivativa, com bom resultado em 50% destes. As complicações dos estomas ocorreram em 15%. As lesões do trato urinário e as fístu-

las colo-retais são as complicações de maior mortalidade (25%). Depois de um tempo médio de 13 anos, a metade dos pacientes estava viva; 56% bem; 34% com sintomas que respondiam ao tratamento clínico e 10% com sintomas incapacitantes. *Ronaldo Hugo Petrosemolo.*

