

MESA-REDONDA

CUIDADOS PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS EM PACIENTES CIRÚRGICOS COLORRETAIS

Antonio Booz Senna Silva Ferreira, TSBCP

Entre as complicações cirúrgicas, uma das mais temidas é a infecção da ferida operatória, seguida de abscessos intracavitários, peritonites, sepsis, sem contar com as infecções urinárias e pulmonares. Isto tem levado os cirurgiões do mundo inteiro a se preocuparem com o assunto, uma vez que as infecções cirúrgicas aumentam a morbimortalidade, prolongam o tempo de hospitalização e elevam os custos hospitalares. O Colégio Americano de Cirurgiões, na década de 70, convocou um grupo de Especialistas para estudar a contaminação das feridas operatórias, e de acordo com o risco de infecção as classificou em quatro categorias. 1 - Cirurgias Limpas; 2 - Cirurgias Potencialmente Contaminadas; 3 - Cirurgias Contaminadas e 4 - Cirurgias Infectadas. Nas duas primeiras, com os princípios cirúrgicos respeitados, o índice de infecção varia de 5 a 10%. Nas Contaminadas, em torno de 20%, e nas Infectadas entre 40 e 60%. As cirurgias colorretais estão no grupo das Contaminadas, uma vez que a população bacteriana no interior dos cólons é muito grande e constituída de germens aeróbios e anaeróbios, facilitando a contaminação da ferida operatória no ato cirúrgico, aumentando o índice de infecção. Segundo vários autores, o uso profilático de antimicrobianos tem reduzido a incidência de infecção de 20% para 10 e 5%. Nas feridas infectadas usamos antibióticos como tratamento. Para que haja infecção cirúrgica, além do agente infectante é necessário que outros fatores contribuam, como: o Paciente, o Cirurgião e seus Auxiliares, Técnica e Material Cirúrgicos, e o Hospital. O preparo mecânico dos cólons no pré-operatório é de importância fundamental no sentido de reduzir o número de bactérias colônicas. Vários métodos têm sido utilizados, desde o uso de dietas sem resíduos, laxantes e lavagens intestinais retrógradas, até os métodos atuais de lavagens anterógradas ou totais, com soro fisiológico, Ringer lactato, manitol em várias concentrações e polietilenoglicol (PEG). Na profilaxia antibiótica, devemos levar em consideração os germens associados às infecções cirúrgicas: coccus Gram-positivos (*Staphylococcus*, *Streptococcus* e *Enterococcus*), bacilos entéricos Gram-negativos (*E. coli*, *Enterobacter*, *Pseudomonas* e *Klebsiella*), anaeróbios Gram-negativos (*Bacteroides*) e com menos freqüência os anaeróbios esporulados (*Clostridium*). Devemos levar em consideração também a associação entre aeróbios e anaeróbios promovendo infecções mais graves. Desde 1939, com os trabalhos de Galock, que utilizou sulfas para esterilização colônica e o advento da limpeza mecânica dos cólons, que o índice de infecção

pós-operatória em cirurgia colônica diminuiu consideravelmente. Na cirurgia eletiva, a profilaxia antimicrobiana deverá iniciar-se antes do período de contaminação e colonização das bactérias e se a colonização já ocorreu, antes da infecção se estabelecer. Critérios da Profilaxia Antimicrobiana: 1 - Cirurgias traumáticas, 2 - Pacientes queimados, 3 - Cirurgias contaminadas, 4 - Preparo dos cólons para cirurgia, 5 - Utilização de próteses, 6 - Pacientes inadequadamente preparados (anemia, SIDA), 7 - Iniciar antes da cirurgia terminada, 8 - Dosagem suficiente, 9 - I.V para concentração efetiva, 10 - Uso por pouco tempo (24 horas), exceto em 1, 2 e 6. A droga a ser utilizada deve ter uma série de características, e entre elas temos: a) Microorganismo sensível a droga, b) A droga deve entrar em contato com a bactéria, c) Poucos efeitos colaterais, d) Menor toxicidade, e) Facilidade de administração, f) Bactericida ou bacteriostático, g) Não haja substância inibidora, h) Menor preço, i) Integração com outras drogas. Vários esquemas têm sido utilizados ao longo dos anos com resultados diversos. Com Galock, em 1939 utilizou-se as Sulfonamidas, seguida pela associação destas com a Neomicina (Sulfatidina 1.5 Gm de 1/1 h 4x, depois de 4/4 h, por 24 a 72 h + Neomicina 1 Gm de 1/1 h 4x, depois de 4/4 h por 24 ou 72 h via oral). Pelos efeitos tóxicos, superinfestação por fungos e alguns casos de Enterite Pseudomembranosa outras drogas foram surgindo, como os Aminoglicosídeos, na década de 40 e da Kanamicina, em 1957, que por ser tóxica por via parenteral foi utilizada por via oral na dose de 1 Gm de 1/1 h 4x, depois de 4/4 h por 24 a 72 h. Com a redução da flora bacteriana intestinal por antimicrobianos e limpeza mecânica dos cólons ainda há um certo grau de contaminação da ferida operatória. Por este motivo, os antimicrobianos passaram a ser usados por via parenteral, com o intuito de atingir as bactérias no período de contaminação que ocorre na manipulação cirúrgica; logo, deverá ser administrado no início da cirurgia, durante o ato operatório e no máximo por 24 horas. Utilizamos os Aminoglicosídeos (Gentamicina 80 mg, I.V de 8/8 h, Amicacina 15 mg/kg/dia I.V), Cefalosporinas (Cefalotina, Cefoxitina sódica, 1 Gm de 6/6 h, I.V) associados ou não ao Metronidazol (1 Gm de 8/8 h, I.V). Diversos autores têm demonstrado que não há grandes diferenças entre o uso dessas drogas e os vários esquemas preconizados. O uso da Cefoxitina sódica na dose de 2 Gm, I.V na indução anestésica, em dose única, tem sido defendido por Sanford. Na Cirurgia de Urgência, ou quando os pacientes têm doenças inflamatórias dos cólons (RCUI, Crohn)

ou são portadores de deficiências imunológicas, diabéticos, cardiopatas com valvulopatias etc., a conduta é terapêutica, iniciamos antes do ato cirúrgico, durante a cirurgia e no pós-operatório, por um período de 7 a 10 dias. Se a infecção persistir é necessário colher material para cultura com antibiograma e utilizarmos o antibiótico específico. Enquanto esperamos o resultado da cultura podemos fazer o esquema tríplice (Aminoglicosídeos, Cefalosporinas e Metronidazol). Nos casos de peritonites localizadas ou abscessos, além da antibioticoterapia temos que intervir cirurgicamente. Nas obstruções colônicas, o preparo dos cólons pode ser no transoperatório, no sentido de conseguir uma boa limpeza para anastomose primária, evitando assim múltiplos procedimentos. Na Cirurgia Anorretal, somente em casos especiais usamos antimicrobianos nos pré e pós-operatórios. Os beta-lactâmicos são mais utilizados para o tratamento das infecções graves.

Análise de 100 casos de cirurgias colorretais realizadas no Hospital Barão de Lucena - Recife - PE. Jan/1987 - Jan/1990

Cirurgias realizadas - Fechamento de colostomia - 24; Ressecção anterior do reto - 20; Amputação abdomino-perineal do reto - 19; Colostomias - 17; Hemicolectomia Direita - 8; Colectomia total - 6; Hemicolectomia Esquerda - 6 e Retossigmoidectomia perineal - 1. *Preparo intestinal* - Manitol 20% com água de coco ou chá (750-1.500 ml de cada) - 45; Manitol 10% com água de coco ou chá (750-1.500 ml) + Lavagem intestinal com soro fisiológico até retorno limpo (2.000 ml) - 20; Diversos - 7; Sem preparo intestinal prévio - 18; Antimicrobianos utilizados: Cefalotina 1 Gm, uma hora antes da cirurgia, duas horas após o início da cirurgia e de 6/6 horas por 24 horas + Cloranfenicol mesma dosagem I.V - 61; Sem antimicrobianos - 16; Gentamicina 80 mg + Metronidazol 500 mg I.V, uma hora antes da cirurgia e de 8/8 e 6/6 horas respectivamente por 24 horas - 11; Cefalotina 1 Gm I.V, uma hora antes da cirurgia e de 6/6 horas por 24 horas + Metronidazol 1 Gm I.V, uma hora antes da cirurgia e 500 mg de 8/8 horas por 24 horas - 5; Gentamicina 80 mg I.V, uma hora antes da cirurgia e de 8/8 horas por 24 horas + Cloranfenicol 1 Gm I.V, uma hora antes da cirurgia e 1 Gm de 6/6 horas por 24 horas - 4; Esquema tríplice (Gentamicina, Cefalotina e Metronidazol) - 3. Sem complicações - 77. *Complicações* - Infecção da ferida operatória - 13; Infecção urinária - 4; Reoperações - 4 (três

deiscências de anastomose e um corpo estranho intracavitário); Granuloma da ferida operatória - 1; Infecção pulmonar - 1. Óbitos - 0. Das cirurgias realizadas, 47 foram por neoplasia maligna e 53 por doença benigna (Megacólon, Fístula retovaginal, Retite actínica etc.). Os pacientes foram acompanhados até o trigésimo dia do pós-operatório.

Recife, 28 de julho de 1993.

REFERÊNCIAS

1. Manual of Preoperative and Postoperative Care-by of the Committee on Pre and Postoperative Care American College of Surgeons-2nd Edition-1971 - W.B. Saunders Co. - Chapter 5-109-138.
2. Joseph Portnoy MD, Ethel Kargan EN, Philip H, Gordon MD, Jack Mendelson MD. Prophylactic Antibiotics in Elective Colorectal Surgery. Dis Colon Rectum 1983; 26: 310-5.
3. PJ McDonald, SJ FRCS, M Karran, FRCS Chir. A comparison of intravenous cefoxitin and a combination of gentamicin and metronidazole as prophylaxis in colorectal surgery. Dis Colon Rectum 1983; 26: 661-10.
4. Rietz KA, Ahlman BO, Lahnborg G. A simple regimen for control of postoperative sepsis in colorectal surgery. Dis Colon Rectum 1984; 27: 519-8.
5. Reese RE. A Practical Approach to Infectious Diseases-Edite. Second (Ed.), 1986: 310-316.
6. Juul P, Klaaborg KE, Kronborg O. Dis Colon Rectum 1987; 30: 526-7.
7. Averbach M, Sozumi T, Bataglia MP, Cutait R. Preparo de Cólon para Colonoscopia por Manitol. Rev bras Colo-proct. Brunetti Netto C, Habr-Gama A, Souza Jr. AHS, Bochini SF Pinotti HW - Estudo prospectivo randomizado de preparo intestinal para operações efetivas do cólon e do reto pelo método convencional de laxativos e enemas e pela administração oral de solução de manitol a 10%. Rev bras Colo-Proct 1988; 8(1): 17-21.
8. Playforth MJ, Smith GMR, Mary Evans BA, Pollock AV. Antimicrobial bowel preparation-oral, parenteral or both? Dis Colon Rectum 1988; 31: 90-2.
9. Ramos JR, Pinho M, Simões DL, Baptista AS, Souza PCT. Preparo de cólon para operações colorretais eletivas pela ingestão de Sulfato de Sódio. Rev bras Colo-Proct 1988; 8(2): 56-58.
10. Hay JM, Boussougat Y, Lacaine F, Régnerd JF, Molkhou J-M, Roverselli D, Fingerhut A. Povidone-iodine enema as preoperative bowel preparation for colorectal surgery. Dis Colon Rectum 1989; 32-9-1.
11. Aguilar Nascimento JE, Centeno-Neto A, Spiliotis J, Astre C Mello LMC, Joyeux H. Influência do preparo per-operatório do cólon com polivinilpirrolidona-iodo na cicatrização da anastomose primária do cólon esquerdo obstruído: estudo em ratos. Rev bras Colo-Proct 1991; 11(2): 61-66.
12. Aguilar-Nascimento JE, Caporossi S, Marra JG, Freire EL. Ressecção e anastomose primária na obstrução neoplásica do cólon esquerdo com auxílio do preparo intestinal per-operatório. Rev bras Colo-Proct 1992; 2(1): 17-22.
13. Moreira H. Atualização em Colo-Proctologia - Livraria e Editora Escaleno Ltda., 1992 - Cap. 10 - Infecção em Cirurgia - 277-306.

QUANDO E COMO FAZER PROFILAXIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Fernando Cordeiro, TSBCP

Serv. Cir. Urgência e do Trauma-FCM PUCR

A trombose venosa profunda se caracteriza pela obstrução aguda do sistema venoso profundo por trombos sangüíneos, seguida pelo desencadeamento de processo

inflamatório na parede vascular, ou seja, trata-se de uma tromboflebite do sistema venoso profundo. É uma doença autolimitada, pois sua evolução natural cursa com a

recanalização da veia comprometida, mas pode apresentar complicações graves na sua evolução, que refletem importantes índices de morbidade e mortalidade.

A morbidade está relacionada à hipertensão venosa crônica, que pode aparecer como seqüela da trombose ou pela gangrena venosa, situação em que o retorno venoso está de tal forma comprometido, que vem a interferir na perfusão arterial do membro. A mortalidade está vinculada à embolia pulmonar, situação onde os coágulos recém-formados no território venoso trombosado vão atingir a circulação arterial pulmonar de forma aguda, originando repercussões sistêmicas graves, muitas vezes fatais. Para evitar estas complicações, deve-se diagnosticar e tratar precocemente estes pacientes.

Cerca de 40% das vezes, a trombose venosa profunda (TVP) é assintomática, dificultando o diagnóstico precoce. Por isto, deve-se dispensar atenção àqueles pacientes em que o risco de ocorrência da TVP está aumentado: situações em que há maior probabilidade de ocorrer TVP, conhecidas como tríade de Virchow, devem ser observadas:

- estase sangüínea
- lesão venosa endotelial
- anormalidades coagulantes sistêmicas

Para melhor identificar os pacientes propensos a desenvolver TVP devemos estratificá-los e, assim, as seguintes situações são lembradas:

- Cirurgia ou trauma: a incidência de TVP assintomática pode chegar a níveis preocupantes de até 50% dos casos ou mais. O tipo da cirurgia e sua duração estão relacionados a esta probabilidade. Cirurgias abdominais maiores, ortopédicas no quadril, pélvicas ou trauma de tecidos moles determinam TVP assintomática em cerca da metade dos casos operados.

- Idade avançada
- Doenças malignas
- Imobilidade
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Antecedentes de TVP e embolia pulmonar (EP)
- Varizes dos membros inferiores
- Anticoncepcionais hormonais
- Obesidade
- Presença de anticoagulante lúpico
- Eficiência de antitrombina III
- Deficiência de proteínas C e S

Geralmente é possível estabelecer o mecanismo etiopatológico que leva à TVP, representado pela tríade de Virchow e, hoje em dia, entendido através de variadas causas conforme cada situação clínica: acúmulo de trombina e formação de fibrina nos recessos valvulares, agregação plaquetária, exposição de substâncias trombo-plásticas e desencadeamento dos mecanismos extrínseco e intrínseco de coagulação, hiperfibrinogenemia, diminuição da atividade inibitória sobre os fatores Xa, V e VIII, diminuição do fluxo pelos *vasa vasora* hipóxia e lesão endotelial, e produção de heparinase por bactérias.

O quadro clínico geralmente tem por origem a formação de trombose no recesso valvular, como um coágulo pequeno que não interfere significativamente na hemodinâmica do retorno venoso. Se os fatores causais forem mantidos, o coágulo inicial tende a aumentar de tamanho, obstruindo toda a luz da veia e a seguir estendendo-se a veias maiores. Dependendo do grau de comprometimento do retorno venoso, no membro inferior cerca de 80 a 90% é realizado pelo sistema profundo, o quadro clínico será mais ou menos manifesto.

Classicamente, encontra-se a seguinte apresentação clínica no membro inferior:

- Aumento da temperatura do membro, decorrente do acúmulo de sangue venoso;

- Aumento da circulação venosa superficial, causado pela obstrução do sistema profundo, que torna o sistema superficial vicariante;

- Dor devida ao processo inflamatório existente. Pode ser despertada pela palpação do trajeto das veias, como ocorre nas trombozes fêmoro-ilíacas ou da panturrilha. O sinal de Homans é característico e é definido pela dor na panturrilha à dorsiflexão ativa ou passiva do pé;

- Edema unilateral, quente, depressível, de intensidade variável, conforme o grau de hipertensão venosa secundária à TVP ou de acordo com o tempo de ortostatismo. Pode ser discreto a ponto de ser perceptível apenas por medida do diâmetro da perna, que mostra um aumento de pelo menos 0,5 cm em relação ao outro membro;

- Eritrocianose, cianose característica, arroxeadá-avermelhada, no membro onde o retorno venoso está comprometido na presença de circulação arterial preservada. Nos casos de gangrena venosa, onde há obstrução extensa do sistema venoso, a cianose é menos avermelhada;

- Empastamento da panturrilha, caracterizado por sensação palpatória de infiltração da musculatura da panturrilha, às vezes dolorosa. Pode traduzir-se clinicamente pela ausência do movimento de balanço característico da panturrilha, quando a perna está semifletida e elevada (ausência do sinal da bandeira desfraldada).

Denominações como *flegmasia cerulae alba* e *flegmasia cerulae dolens* podem ser usadas para manifestações clínicas de intensidades diferentes.

O diagnóstico muitas vezes tem necessidade de exames complementares, pois o quadro clínico é insuficiente para diagnosticar com certeza a TVP. Vários exames podem ser utilizados, porém alguns apenas com valor histórico ou especulativo.

- Exames de coagulação, úteis para detectar tendências trombóticas como ocorre em pacientes com anticoagulante lúpico, em famílias com deficiência de antitrombina III, proteínas C e S etc.

- Doppler ultra-som, exame não invasivo, com a possibilidade de utilização de aparelhos portáteis que podem ser levados até o doente. Dependendo da topografia da trombose, é bastante sensível e específico.

- Mapeamento com fibrinogênio radioativo, descrito por Kakkar, é um método preciso para localizar trombozes em membros, perdendo sua eficácia nas veias localizadas junto ao abdômen, pela radiação "contaminante" da vizinhança. O fator limitante é a disponibilidade do fibrinogênio ligado ao iodo radioativo.

- Flebografia radioisotópica permite o mapeamento do membro inferior, localização dos trombos através dos *hot spots* e de um mapeamento pulmonar. Utiliza tecnécio ligado à albumina.

- *Duplex scan* associa o exame com imagem da veia utilizando o ultra-som à medida do fluxo da mesma veia com o doppler. Extremamente útil por ser preciso, sensível e não invasivo.

- Tomografia computadorizada de abdômen e membros inferiores.

- Flebografia convencional, através da injeção de substância de contraste no sistema venoso profundo. Tem perdido sua preferência como o melhor exame com o advento do duplex e com a possibilidade de irritação endotelial pelo contraste.

A anticoagulação é imperativa como tratamento e deve ser instituída logo que a suspeita clínica for levantada.

Administra-se heparina por via subcutânea ou endovenosa contínua para obter-se alteração do tempo de tromboplastina parcial ativado em duas a três vezes o normal. A anticoagulação objetiva evitar a formação de coágulos novos, que são potencialmente graves, pois podem embolizar com mais facilidade. A trombectomia venosa produz uma repermeabilização das veias comprometidas, porém os resultados desta cirurgia são pouco animadores.

A anticoagulação com heparina é o tratamento habitual na fase aguda e deve ser associada a repouso em regime hospitalar, na posição de Trendelenburg, com movimentação ativa no leito. A anticoagulação deve ser mantida por, pelo menos, seis meses, fazendo-se a transição da heparina para o coagulante oral antes da alta hospitalar. A dose de anticoagulante oral é ajustada pelo tempo de protrombina, que deve ser mantido em torno de 30%. A contenção elástica evita o edema após a fase aguda, quando o paciente for autorizado a deambular.

Nos casos em que existir contra-indicação para anticoagulação por doenças associadas à TVP, como AVC

hemorrágico, úlcera hemorrágica etc., ou nos casos em que, apesar da anticoagulação, presenciarem-se quadros embólicos pulmonares, indica-se o bloqueio de veia cava inferior, preferencialmente com dispositivos intraluminares, como o filtro de Greenfield, que impede a embolia de coágulos maiores.

Como os pacientes de risco podem ser discriminados, é atraente nestes casos a instituição de medidas profiláticas. Entretanto, a alta incidência de TVP e embolia pulmonar encontrada em pacientes hospitalizados e submetidos à autópsia coloca todo paciente admitido em serviço cirúrgico como um candidato potencial a esta enfermidade. Por isso todo paciente deve ser encorajado à deambulação frequente durante o dia, elevação discreta dos pés da cama para melhorar o retorno venoso, acompanhado de flexão de 5 a 10 graus dos joelhos tanto no leito quanto na mesa cirúrgica melhoram o retorno venoso. O uso de meia elástica, a compressão intermitente dos membros inferiores com bota pneumática ou simplesmente o posicionamento em Trendelenburg são cogitados. A profilaxia medicamentosa com heparina convencional (LiquemineTM) na dose de 5.000 U por SC de 8/8 h por cinco dias, iniciada 2 ou 4 h, no pré-operatório, é efetiva na maioria dos casos. Nos casos de pacientes com neoplasias pode ser utilizada a dose de 1 ml EV de 6/6 h. Mais recentemente tem-se proposto o uso de heparinas de baixo peso molecular, que teriam atividade anticoagulante menor e atividade antitrombótica maior, pois agiriam menos sobre o fator IIa e mais sobre o fator Xa. Apesar do entusiasmo inicial em relação a esta droga, os resultados sugerem cautela no seu uso com intenção profilática.

REFERÊNCIAS

1. Sabiston Jr. DC, Uyerly HK. Textbook of Surgery - Pocket companion. Saunders - 14th ed. 1991.
2. Birolini D, Utiyama E, Steinman E. Cirurgia de Emergência. E. Atheneu 1993.
3. Maffei FHA, Lastória S, Rollo HA, Yoshida WB. Trombose Venosa Profunda dos Membros Inferiores.
4. Long III JM, Pruitt Jr. BA. Suppurative Thrombophlebitis.
5. MacDevitt NB. Management of Deep Venous Thrombosis of the Lower Extremity.
6. Heimbecker RO. A New Approach to the Management of Massive Pulmonary Embolism.

MESA-REDONDA

OS DESAFIOS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A incidência das doenças sexualmente transmissíveis, que compromete a região anorretal, vem aumentando progressivamente devido a uma maior taxa da prática de sexo anal entre homossexuais e heterossexuais, sendo as mais comuns aquelas causadas por *Gonococcus*, *Chlamydia*, *Herpes* e *Sífilis primária*.

1. Gonorréia

Neisseria gonorrhoea é um diplococo Gram-negativo, sendo transmitida pelo coito anal ou autotransmissão (mulheres). Seu período de incubação é de cinco a sete dias, seguindo-se com proctite e infecção das criptas anais.

Os principais sintomas são: prurido anal, secreção mucopurulenta, tenesmo e sangramento; existindo ainda manifestações sistêmicas, como dor articular.

Não se sabe precisamente a porcentagem, mas existem vários pacientes assintomáticos. Há evidência da doença em 25% dos homossexuais.

No exame proctoscópico podemos encontrar: proctite, secreção purulenta e o canal anal poupado. Usando o SWAB, através de microscopia e cultura desta secreção, podemos confirmar o diagnóstico.

O tratamento pode ser iniciado antes do resultado da cultura e tem, como primeira escolha, a amoxicilina seguida de ciprofloxacina e espectinomicina, sendo o acompanhamento necessário semanalmente, durante dois meses. O tratamento dos contatos é fundamental.

2. Sífilis anal

O *Treponema pallidum* é uma espiroqueta transmitida por via sexual - transfusão de sangue infectado e transmissão perinatal. Homossexuais masculinos representam 75% dos pacientes.

A sífilis primária, que se caracteriza por um cancro, aparece 2-6 semanas após o contato, e este cancro pode ser típico ou não, em geral sendo seguido por linfadenopatia inguinal. A dor está presente somente quando há infecção secundária.

O diagnóstico é firmado pelo VDRL positivo, FTA-ABS positivo, TPHA (hemaglutinação) e lesões infectadas por espiroquetas (campo escuro) quatro a seis semanas após o contato.

O diagnóstico diferencial é amplo (fissura anal).

A sífilis secundária aparece de dois a seis meses após a lesão primária, e pode manifestar-se com ampla variedade

Renato Araújo Bonardi

de sinais clínicos, como: mialgia, artralgia, mal-estar e febre de pouca intensidade. O sinal mais proeminente é o exantema (presente em 75 a 100%), sendo uma erupção máculo-papular não pruriginosa que afeta o tronco e membros, incluindo-se palmas das mãos e plantas dos pés. Outro sinal cutâneo da sífilis secundária é o condiloma plano (10 a 20%) ou placas mucosas.

O diagnóstico é feito através da coleta de secreção purulenta que estão infectadas por espiroquetas.

A sífilis terciária adquire várias formas e épocas cronológicas diferentes. A goma, lesões inflamatórias crônicas, ocorre predominantemente na pele, nos tecidos subcutâneos ou no osso. Os sintomas das lesões gomosas são devidos a efeito compressivo no local de comprometimento. Inicialmente com aspecto nodular, evoluindo para granulomatoso e posteriormente para ulceração.

O diagnóstico diferencial é feito com outras lesões tumorais, tais como tuberculose, sarcoidose, carcinomas.

O tratamento é à base de penicilina logo que surge a lesão gomosa, levando ao completo desaparecimento.

O comprometimento do sistema nervoso central ocorre em todos os estágios da sífilis, manifestando-se através de várias síndromes neurológicas, sendo a mais comum o "tabes dorsalis". O diagnóstico é firmado através de punção líquórica, com a constatação de alterações características no líquido.

O comprometimento perianal é característico e vem acompanhado de dor severa, podendo levar à paralisia dos esfínteres.

O tratamento da sífilis em qualquer dos seus estágios é com a penicilina como primeira escolha, seguido de tetraciclina e eritromicina.

3. Chlamydia

O agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis* e acomete predominantemente os homossexuais masculinos.

As manifestações clínicas são: uretrite não gonocócica em 30 a 50% dos casos e uma porcentagem ainda maior de uretrite pós-gonocócica. Existem também outros locais comuns de acometimento por *Chlamydia*, como doenças oculares, endocervicite, doença inflamatória pélvica. Na região anal causa uma proctite inespecífica com prurido anal, secreção, dor, sangramento retal, diarreia e linfadenopatia inguinal.

O diagnóstico é feito através de imunofluorescência direta e cultura.

Como tratamento de primeira escolha temos a tetraciclina, seguida de eritromicina vibramicina; devendo sempre tratar os contatos.

4. Herpes simples

O herpes simples, preferencialmente, acomete indivíduos homossexuais masculinos, sendo 90% dos casos causados por herpes simples tipo II e 10% pelo tipo I.

O diagnóstico do herpes simples genital em indivíduos de risco deve ser sempre acompanhado de uma investigação em relação a serem portadores de HIV crônico, pois nestes pacientes a incidência da doença é muito maior.

O quadro clínico aparece em torno de uma a três semanas após o contato e manifesta-se com ardência, sangramento ou secreção, sintomas gerais. À inspeção local temos vesículas, pústulas, úlceras (levando a um aumento da dor). À retossigmoidoscopia podemos notar uma proctite ulcerada.

À microscopia encontramos inclusão nuclear ou células gigantes multinucleares.

O diagnóstico é firmado com a imunofluorescência e cultura.

Tratamento é a base de acyclovir.

5. HIV proctocolites associadas

A) *Cytomegalovirus* - Dentre os indivíduos acometidos por HIV, 10% dos casos de ileocolite são causados por cytomegalovírus. A sintomatologia é exuberante e cursa com diarreia, distúrbios constitucionais, úlcera perianal e proctite. O diagnóstico diferencial é com doença de Crohn e o tratamento é com o ganciclovir. Existe risco de sangramento e perfuração, onde o tratamento cirúrgico é imperativo.

B) *Cryptosporidium* - Causa a enterocolite, levando à diarreia e hemorragia o diagnóstico é feito através de biópsia retal (oócitos).

C) *Isosporíase* - Também leva a uma enterocolite com diarreia, náuseas, vômitos. O diagnóstico é firmado com o exame de fezes (ácido), sendo o tratamento baseado no parasitológico com um anti-protozoa específico.

D) *Mycobacterium aurum* - É um microrganismo intracelular que causa um processo inflamatório local, levando à diarreia, dor abdominal, linfadenopatia mesentérica.

E) *Outras - Campylobacter sp, E. histolytica, Shigella sp.*

A investigação da proctocolite:

- Estudo microscópico e cultura de fezes: protozoa e bactérias
- "Specimens" retal: viroses
- Retossigmoidoscopia com biópsia: Cytomegalovirus, sarcoma de Kaposi

6. Papiloma anal

O papiloma anal era até uns anos considerado o causador de apenas lesões cutâneas benignas, como verrugas

comuns, verrugas plantares e condiloma acuminado. Atualmente existe um aumento significativo na incidência e há crescente evidência de que o papilomavírus humano (HPV) desempenhe certo papel na instalação de doenças malignas cutâneas.

O HPV dos tipos 6, 11 são os causadores do condiloma acuminado e os tipos 16, 18, 31 têm um potencial de oncogenicidade (?).

O HPV causa lesões vegetantes no ânus, perineo, canal anal e tem associação com o pênis e vulva. O quadro clínico apresenta-se com sangramento destas lesões verrucosas associado a desconforto e prurido, existindo casos em que é assintomático.

Antes de iniciar a tomada de condutas terapêuticas deve-se sempre investigar doenças sexualmente transmissíveis concomitantes. O tratamento é com podofilina, excisão cirúrgica ou cauterização térmica.

Métodos diagnósticos:

1. Observação clínica - Projeções vegetantes, papilares - ácido acético (3%): hiperplasia epitelial.

2. Citológicos e histológicos - "Coilocito" - célula grande, núcleo hiper cromático, anel perinuclear. Tecido sem coilocito é igual a HPV positivo; Imuno-histoquímica: Ac. anti-HPV mais peroxidase não distingue os tipos.

3. Hibridização do DNA - Para diferenciar os tipos de HPV.

a. Mancha meridional: biópsia - DNA fragmentado - membrana mais DNA - HPV rotulado - fixação e confirmação diagnósticas.

b. "In situ": esfregaço - filtrado de membrana - rompimento das membranas - DNA liberado - DNA HPV rotulado.

c. Tecido "in situ": biópsia - tecido montado na lâmina - preparo - DNA HPV.

d. Reação em cadeia polimerase: enzimas bacterianas amplificam pequeno segmento DNA do HPV - 1 DNA por 100.000 células.

REFERÊNCIAS

1. Kirgan D, Menalo P, Hall M, McGregor B. Association of human papillomavirus and colon neoplasms. Arch Surg 1990; 125: 862-865.
2. Jones DJ, Goorney BP. Sexually transmitted diseases and anal papillomas. ABC of Colorectal Diseases 1992; 305: 820-823.
3. Beckmann AM, Daling JR e cols. Human papillomavirus infection and anal cancer. Int J Cancer 1989; 43: 1042-1049.
4. Beaudenon S, Kremsdorf D, Croissant O e cols. A novel type of human papillomavirus associated with genital neoplasms. Nature 1986; 321: 246-249.
5. Beckmann AM, Myerson D. Diagnosis of human papillomavirus and human cytomegalovirus by hybridization histochemistry. In: F.C. Tenover (ed.), DNA probes for infectious disease, 1989: 145-162.
6. Centers for Disease Control. Sexually transmitted diseases treatment guidelines - September, 1989. MMWR 38: 5-8.
7. Westrom L, Mardh PA. Acute pelvic inflammatory disease (PID). In Holmes K.K., Mardh P.A., Saprling P.F. et al (eds): Sexually transmitted Diseases. New York, McGraw-Hill, 1990: 593.

AFECÇÕES PROCTOLÓGICAS E CIRÚRGICAS NO PACIENTE HIV+

Vera Regina Boendia Machado Salim

Mil cento e sessenta e nove pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana foram acompanhados no Serviço de Colo-proctologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (São Paulo), no período de 1989 a maio de 1993.

As patologias proctológicas mais encontradas foram: condilomas (31,9%); fístulas (18,9%); hemorróidas (13,8%); herpes (10,7%); neoplasias (1,3%); e outras lesões (3,19%). Muitas patologias apresentavam lesões associadas (52%).

Observamos no Serviço de Colo-proctologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas que as cirurgias orificiais realizadas em pacientes soropositivos apenas ou com manifestações clínicas já instaladas apresentaram boa evolução.

- O estado nutricional e o equilíbrio clínico são de fundamental importância para a evolução com êxito dos procedimentos cirúrgicos.

- O tratamento cirúrgico não deverá ser adiado nos pacientes clinicamente compensados.

- Pacientes com infecções oportunistas instaladas e com patologia cirúrgica deverão ser avaliados individualmente para uma criteriosa indicação.

- O tratamento das patologias orificiais melhora a qualidade de vida, permitindo a reinserção social e familiar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Miles GJA, Mellor CH, Gazzard B. Surgical management of anorectal disease in HIV-positive homosexuals. *Br J Surg* 1990; 77(8): 869-871.
2. Davidson T, Mersh Allen GT, Miles AJG. Emergency laparotomy in patients with AIDS. *Br J Surg* 1991; 78: 924-926.
3. Wexner SD, Smithy WB, Milsom JW et al. The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 719-723.
4. Safavi A, Gottesman L, Dailey TH. Anorectal surgery in the HIV+ patient: update disease of the Colon e Rectum. April, 1991: 34.
5. Scannell Kate A. Surgery and human immunodeficiency virus disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1989; 2(1).
6. Scholefield HJ, Northover AMJ, Carr ND. Male homosexuality infection and colorectal surgery. *Br J Surg* 1990; 77(5): 493-496.
7. Orkin AB, Smith LE. Perineal manifestations of HIV infection. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(4).
8. Nugent MD, Theodore X, O'Connell MD. The Surgeon's Role in Treating Acquired Immunodeficiency Syndrome. October 1986; 121.

RISCOS DE CONTAMINAÇÃO AO PROCTOLOGISTA NO EXAME/CIRURGIA

Huang Ling Fang

Recomendações atuais

Entre as especialidades cirúrgicas, a colo-proctologia vem ocupando um importante papel no manejo de pacientes com AIDS, pela grande frequência de patologias anorretais. A suspeita diagnóstica de AIDS muitas vezes ocorre a partir de patologias proctológicas. A discussão sobre o risco ocupacional ganhou maior destaque com o surgimento da AIDS, mas a hepatite continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade entre os profissionais (prevalência de infecção pelo vírus da hepatite B de 25% entre os cirurgiões (1)). Assim, *vacina para hepatite B é recomendada a todos os profissionais que estão sob risco de exposição ao sangue*, conferindo uma proteção de 95% dos vacinados (três doses com intervalos de um mês e seis meses após a 1ª dose. Dose de reforço com cinco a 10 anos). O risco de infecção pelo HIV após acidente com material perfuro-cortante contaminado com o vírus é estimado em 0,3% a 0,9%, com três casos de contaminação, possivelmente, por exposição mucosa (2, 3). O citomegalovírus (CMV) é outro patógeno de transmissão ocupacional, mas sem causar doença em pessoas imunologicamente competentes.

O cuidado com picadas de agulhas e de outras inoculações parenterais constitui a principal medida para se evitar o risco de contaminação.

Estabelecidas desde 1987 (4) pelo CDC (Center for Disease Control), destinam-se a qualquer pessoa que tenha contato com sangue ou outro líquido corporal. Quando obedecidas, têm se mostrado eficazes na proteção do profissional e do próprio paciente. O Colégio Americano de Cirurgiões estabeleceu em outubro/91 recomendações sobre a recusa no atendimento de pacientes HIV+: obrigação ética de atender esses pacientes, como a qualquer outro; adoção de medidas efetivas de controle, as normas universais de biossegurança e as práticas de controle de infecção; assim como o cirurgião HIV+ encontra-se apto a exercer suas atividades, a não ser que desenvolva algum tipo de infecção transmissível, pois não existe nenhum caso documentado de transmissão do HIV do cirurgião para o paciente, assim como casos de transmissão numa cirurgia estéril.

Recomendações para qualquer procedimento invasivo:

- a) Proteção da pele e mucosas: uso de luvas, óculos, máscaras, gorros e avental;
- b) Instrumentos e equipamentos usados nos procedimentos invasivos devem ser desinfetados ou esterilizados, conforme as seguintes recomendações (5, 6):

- entram em contato com o sistema vascular ou outras áreas normalmente estéreis do organismo: *esterilizados antes do seu uso em cada paciente*;
- entram em contato com a membrana mucosa intacta, sem penetrar na superfície corporal: *esterilizado quando possível ou sofrer um alto nível de desinfecção*;
- entram em contato com a pele intacta: *lavagem com detergente ou como indicado pelo fabricante*.

As formas comuns de esterilização e desinfecção são suficientes para eliminação dos vírus (7, 8). As micobactérias são o grupo de microrganismos mais resistentes. Assim, germicidas e métodos efetivos na sua inativação são suficientes para erradicação de bactérias e vírus. Antes de submeter os instrumentos a um desses métodos, os mesmos devem sofrer uma limpeza mecânica com água, sabão ou detergente.

Esterilização: inativação de micróbios e esporos

- Pelo vapor (em autoclave - 121°C durante pelo menos 20 min)
- Pelo calor seco (em forno elétrico ou forno de Pauster - 170°C, por 1 h)
- Glutaraldeído 2% por 10 h no ambiente ou 1 h a 60°C
- Diclorohexidine por 6 h no ambiente

Desinfecção: inativação de micróbios

- 56°C por 10 min
- Glutaraldeído a 2% por 20 a 30 min
- Hipoclorito de Na⁺ a 0,5% (diluição 1:10) por 30 min
- Álcool a 50% por 30 min
- Outros: H₂O₂ 0,3% (10 vol); peróxido de hidrogênio 6%; diclorohexidine; isopropil álcool 35%; paraformaldeído 0,5%.

Recomendações em caso de acidente (9)

- a) Definido por: - lesão por material perfuro-cortante;
- exposição mucosa com sangue e outros líquidos corporais.
- b) Conduas: - Colheita de sorologia para HIV-1 e HBsAg, o mais rápido possível, após qualquer acidente;
- Orientações sobre as possibilidades de transmissão e prevenção nesse período de observação;

- Imunização passiva com imunoglobulina para hepatite B (HBIG) - 0,06 mL/kg IM - nos casos de:

- acidente com material HBsAg⁺;
- acidente com paciente de alto risco, testá-lo antes para HBsAg;
- vacinados, com anticorpos (Ac) insuficientes (< 10 U SRU por RIE ou negativo por EIA), obedecendo os mesmos critérios dos não vacinados. Nada é necessário na exposição com material de baixo risco ou desconhecido.
- A vacina para HBV deve ser feita em *todos* que tiveram acidentes.
- Dose de reforço nos vacinados, com Ac insuficientes, que tiveram exposição com material HBsAg⁺.
- Repetir sorologia para HIV com 6 sem., 12 sem., seis meses e 12 meses;
- Uso de AZT após exposição ao HIV ainda não está bem estabelecido. A dosagem utilizada é de 100 a 200 mg VO 4/4 h por 4 a 6 semanas.

REFERÊNCIAS

1. Williams WW, Hickson MA, Kane MA et al. Immunization policies and vaccine coverage among adults: the risk for missed opportunities. *Ann Intern Med* 1988; 108: 616-8.
2. Henderson DK, Saah AJ, Zak BJ et al. Risk of nosocomial infection with human T-cell lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in a large cohort of intensively exposed health-care workers. *Ann Intern Med* 1986; 104: 644-7.
3. Williams WW, Preblud SR, Reichelderfer PS, Hadler SC. Vacinas importantes no ambiente hospitalar. *Clínicas de Doenças Infecciosas da América do Norte*: 1989; 4: 733-754.
4. CDC. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR* 1987; 36(suppl 2S): 1S.
5. CDC. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B to patients during exposure-prone invasive procedures. *MMWR* 1991; 40: 1-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Normas técnicas para prevenção da transmissão do HIV nos serviços de saúde, 1989.
7. McMabon K, Sutterer. Safety precautions and hospital practices in dealing with seropositive individuals. *AIDS - Etiology Diagnosis, Treatment, and Prevention*, 2nd edition, by J.B. Lippincott Company, 1988.
8. CDC. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public safety workers. *MMWR* 1989; 38: 1-37.
9. Williams WW, Preblud SR, Reichelderfer PS, Hadler SC. Vacinas importantes no ambiente Hospitalar. *Clínicas de Doenças Infecciosas da América do Norte*: 1989; 4: 733-754.

MESA-REDONDA

DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS NA DIVERTICULITE

Boris Barone, TSBCP

A diverticulite aguda é a causa mais freqüente da dor no quadrante inferior esquerdo do abdome, porém outras causas podem simular esta patologia. Erros no diagnóstico podem atrasar o tratamento aumentando a morbimortalidade, sendo, portanto, importante que o diagnóstico seja feito precoce e corretamente.

Os procedimentos mais comumente utilizados pelos colo-proctologistas no diagnóstico das patologias do tubo digestivo baixo - a retossigmoidoscopia e a colonoscopia neste caso - não têm indicação, visto que o processo inflamatório é pericólico.

O diagnóstico deve ser confirmado por imagem, que utiliza procedimentos não invasivos, com alta positividade na confirmação diagnóstica.

O diagnóstico por imagem fundamenta-se na radiografia simples do abdome, no enema baritado, na ultra-sonografia e na tomografia computadorizada.

A radiografia simples do abdome pode fornecer, nos casos de diverticulite aguda, que são a grande maioria, sinais indiretos da diverticulite. O íleo paralítico representado por alças delgadas no quadrante inferior esquerdo do abdome e formações diverticulares no segmento intestinal afetado são os sinais mais freqüentemente observados.

Nos casos de diverticulite complicada podemos encontrar o pneumoperitônio quando ocorre a perfuração e, na presença de abscesso, é comum o aparecimento de bolhas gasosas conglomeradas simulando material fecal com localização extra-luminal.

O enema baritado feito da maneira clássica, com preparo intestinal e bário, é contra-indicado, visto que, se houver extravasamento do bário para a cavidade peritoneal, a peritonite decorrente deste meio de contraste é muito grave.

Atualmente os radiologistas têm realizado o enema sem preparo intestinal e com contraste hidrossolúvel diluído, evitando uma hiperinsuflação do cólon. Esta técnica diagnóstica apresenta 80% de acuidade.

Os sinais mais freqüentemente encontrados na diverticulite não complicada são os seguintes:

a) Segmento de cólon sigmóide descendente distal espástico, irritável e com pregueado mucoso espessado (é importante, no momento do exame, que o paciente aponte o ponto doloroso). É possível também observar-se as formações diverticulares.

b) Estenose orgânica com deformação de cólon.

Nos casos onde ocorrem complicações, outros sinais podem ser vistos:

a) Evidências de trajeto fistuloso com passagem do contraste para fora da alça intestinal.

b) Trajeto fistuloso terminando em um abscesso.

c) Contraste livre na cavidade.

A ultra-sonografia do abdome, outro método de diagnóstico por imagem, cada vez mais vem mostrando a sua utilidade nas diverticulites. A imagem do pseudo-rim na fossa ilíaca esquerda, que representa um espessamento do sigmóide nesta região, é freqüentemente observada. Nos casos onde existem abscessos, estes são facilmente identificáveis.

Porém, o método diagnóstico mais importante e de maior acuidade é a tomografia computadorizada, tanto que estudos prospectivos e randomizados comparando este método com o ultra-som e o enema mostraram maior excelência e maior especificidade para a tomografia (cerca de 93%).

Os sinais mais freqüentemente referidos nas diverticulites não complicadas são os seguintes:

a) Parede do cólon espessada.

b) Visualização da gordura pericólica.

Além destes sinais a tomografia permite de maneira exata determinar a extensão do processo inflamatório.

Nas diverticulites complicadas a tomografia permite:

a) Identificação de gases livres na cavidade

b) Identificação de abscessos

c) Identificar trajeto fistuloso (quando associada ao enema hidrossolúvel).

Estas são as técnicas que dispomos no momento, porém, com o avanço dos procedimentos laparoscópicos, é possível que no futuro este método tenha um lugar de destaque, visto que, além de permitir o diagnóstico, talvez possa, em certos casos, permitir o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Cho KC, Morehouse HT, Alterman DD. Sigmoid diverticulitis: diagnostic role of CT-comparison with barium enema studies. *Radiology* 1990; 176: 111-115.
2. Nicholas GG, Miller WT, Fitts WT, Tondreau RW. Diagnosis of diverticulitis of the colon: role of the barium enema in defining pericolic inflammation. *Ann Surg* 1972; 176: 205-209.
3. Morris J, Stellato TA, Haaga JR, Lieberman J. The utility of computer tomography in colonic diverticulitis. *Ann Surg* 1986; 204: 128-132.
4. Pillari G, Greenspan B, Vernace FM, Rosenblum G. Computed tomography of diverticulites. *Gastrointest Radiol* 1984; 9: 263-268.
5. Goldman SM, Fishman EK, Gatewood OMB. CT demonstration of fistula secondary to diverticulitis. *J Comput Assist Tomogr* 1984; 8: 462-468.

MOLÉSTIA DIVERTICULAR AGUDA. TRATAMENTO CIRÚRGICO

José Hyppolito da Silva

O tratamento cirúrgico da moléstia diverticular aguda constitui tema polêmico e sempre atual, pois permite controvérsias nas indicações e técnicas operatórias.

Distinguem-se as seguintes formas clínicas:

1. Diverticulite aguda

2. Abscesso

2.1. Bloqueado

2.2. Roto (peritonite purulenta)

3. Perfuração livre (peritonite fecal)

4. Obstrução

1. Diverticulite aguda

O tratamento da diverticulite aguda é, em geral, clínico, sendo destinados à cirurgia apenas os casos que não respondem às medidas habituais de jejum, repouso no leito, reposição hidroeletrólítica e fundamentalmente antibioticoterapia. Como na imensa maioria dos casos ocorre resolução do processo infeccioso e, destarte, da sintomatologia, o paciente toma consciência da sua enfermidade e passa a seguir a orientação higieno-dietética que lhe é aconselhada. A ocorrência de novos surtos faz com que se indique a ressecção em condições eletivas.

Por vezes, a crise que se assemelha às anteriores revela-se mais grave, por falta de resposta aos medicamentos e pelo diagnóstico da formação de abscesso peridiverticular, bloqueado, de tamanho variável, que é de tratamento cirúrgico.

Outra condição que obriga o tratamento operatório é representada pelas obstruções devidas a bloqueio pelo intestino delgado da zona inflamada.

O tratamento da diverticulite na fase quiescente consiste na hemicolectomia com anastomose término-terminal. Na fase aguda, com peridiverticulite ou ainda na forma pseudo-tumoral, a ressecção primária do cólon deve sempre ser realizada, a menos que seja considerada de difícil execução e que se suspeite de aumento da morbidade; nessa eventualidade, está indicada a colostomia à montante, porém sempre após a laparotomia, pois esta permite a visualização das condições locais e o diagnóstico de abscessos, perfurações, aderências etc. Na presença de abscesso, este deve ser drenado; na de perfuração, suturada e drenada; na de aderência, lise.

2. Abscesso

2.1. Bloqueado

O tratamento cirúrgico do abscesso bloqueado comporta várias condutas, que vão desde uma simples colostomia à montante até a ressecção com anastomose primária, pas-

sando pela colostomia e drenagem do abscesso e pela ressecção à Hartmann. A escolha do procedimento está na dependência de vários fatores, dentre os quais destacamos a gravidade do caso e a experiência do cirurgião.

2.2. Roto (peritonite purulenta)

Nesta situação, o tratamento de eleição é a ressecção sem restabelecimento do trânsito, tipo Hartmann, ou colostomia e fístula mucosa. Todavia, em ocasiões de perfuração e peritonite circunscrita e pouca repercussão sistêmica, pode-se optar por sutura, drenagem e colostomia proximal.

3. Perfuração livre (peritonite fecal)

Analogamente à peritonite purulenta, a operação de Hartmann é a preferida, porém, em situação de exceção, pode haver lugar para a sutura, drenagem e colostomia.

Em todas as modalidades clínicas referidas, devemos ter em mente o conceito de que a colostomia não cessa o processo inflamatório à jusante e que a ressecção primária do segmento doente representa fator de cura da moléstia, pois remove o foco infeccioso e, portanto, sempre que possível deve ser executada.

Outro ensinamento que emana das condutas preconizadas é a necessidade do esvaziamento do conteúdo cólico do segmento excluído, quando da feitura de colostomias derivativas, o que deve ser realizado no ato cirúrgico, ainda com abdômen aberto. É por esse motivo que procedemos à sutura da perfuração, que evita extravasamento de fezes.

No passado, a exteriorização da lesão e a operação de Miculicz foram bastante utilizadas, porém nos dias atuais poucos as praticam.

4. Obstrução

A cirurgia de escolha na obstrução cólica consiste na ressecção do segmento portador da lesão e anastomose das bocas resultantes. Em condições especiais podemos deixar de reconstituir o trânsito, optando por cirurgia de Hartmann ou colostomia e fístula mucosa.

A descoberta de uma lesão neoplásica compondo a obstrução ou um abscesso constitui achado freqüente, daí darmos preferência às ressecções.

Resultados

Setenta e dois pacientes portadores de diverticulite aguda, nas suas diversas formas clínicas, foram operados no Hospital Heliópolis - São Paulo, no período de 1969 a 1992. Quarenta e quatro (61,1%) eram do sexo masculino e 28

(38,9%) do feminino. A idade variou de 28 a 84 anos, sendo 55 (76,3%) acima dos 50 anos. O diagnóstico foi estabelecido após anamnese, exame físico, exames laboratoriais e por imagem, a maioria por RX simples e enema opaco, sendo de destacar a quase ausência de exames mais recentes como a ultra-sonografia e a tomografia computadorizada.

O tempo de internação até o ato cirúrgico variou de um dia (43%) até 60 dias (2,8%). A ressecção e anastomose foi realizada em 29 (41,6%) casos, a operação de Hartmann em 25 (34,7%), a laparotomia e colostomia em oito (11,1%), a ressecção, anastomose e colostomia em cinco

(6,9%), a laparotomia e drenagem em três (4,1%) e a laparotomia, colostomia e drenagem em dois (2,7%). Pelo exposto, o índice de ressecção atingiu 81,9%.

Vinte e quatro (33,3%) pacientes apresentaram infecção da parede abdominal, 13 (18%) complicações relacionadas à colostomia, seis (8,3%) desenvolveram coleções intra-abdominais e sete (9,7%) tiveram intercorrências clínicas. Ocorreram nove (12,5%) óbitos, sendo dois devidos a infarto agudo do miocárdio, um à insuficiência cardíaca, um à insuficiência hepática, um à insuficiência renal aguda, um na recuperação anestésica e três de causas não relatadas.

MESA-REDONDA

PROBLEMAS ESPECIAIS DO OSTOMIZADO

HÉRNIA PARAESTOMAL

A hérnia paraestomal deve ser das complicações mais encontradas, pois algum grau de hérnia freqüentemente está presente. Constituir problema que mereça tratamento cirúrgico é, por outro lado, pouco comum. Pedir para tossir ou realizar manobra de Valsalva, associar palpação cuidadosa da região constituem o método propedêutico para evidenciar estas hérnias, mesmo que pequenas - e, até mesmo, em obesos. Deve-se notar, também, que as hérnias paraestomais são raras junto a ileostomias.

Duas causas podem ser apontadas como principais responsáveis por a hérnia atingir proporções maiores. São elas a fraqueza da parede abdominal e a técnica cirúrgica não apurada. Produzir orifício desproporcionado para a exteriorização da alça intestinal e fazê-lo sem atravessar o músculo reto abdominal ou em pontos fracos do abdômen são inadequações técnicas que devem ser evitadas. A exteriorização da alça através de túnel extraperitoneal e assim provocar acotovelamento do cólon logo abaixo da parede foi modalidade que não se provou eficiente para evitar a hérnia paraestomal.

Na presença de hérnia pequena, opta-se pelo *cuidado* com dispositivos flexíveis para melhor aderência à pele.

Afonso Henrique da Silva e Sousa Jr., TSBCP

Em casos mais avançados pode-se tentar o uso de cintas de tal forma a comprimir a região paraestomal - com o uso de anéis ou de reforço de tecido mais firme na porção correspondente - e depois adaptar os dispositivos de coleta. Quando o uso dos equipamentos disponíveis não proporciona conforto e segurança com estas medidas, pode-se propor *intervenção cirúrgica*. O estreitamento do orifício de passagem da alça - e aplicação ou não de prótese para reforço da parede - após cuidadosa dissecação e redução da hérnia constitui uma das opções propostas. Outra modalidade empregada de tratamento, em que pese ampliar o porte cirúrgico, é o de reposicionar o estoma. Em cada dessas medidas cirúrgicas, no entanto, o risco de nova hérnia não está definitivamente afastado.

REFERÊNCIAS

1. Goligher JC. Treatment of carcinoma of the rectum in Goligher JC. Surgery of the anus, rectum and colon, 4ª ed, 1980, Baillière-Tindal, London, p 502-666.
2. Dudas S. Postoperative considerations in Broadwell DC, Jackson BS (ed.). Principles of ostomy care. Mosby, 1982; London, p 340-68.

PROLAPSO DE COLOSTOMIA

Omar Féres, ASBCP

Os relatos de complicações de colostomia surgiram logo após esse procedimento ter sido idealizado e realizado.

Dentre estas, o prolapso é tido como uma das principais. É definido como protusão de pelo menos 6 cm do intestino acima da superfície da pele. Pequenos prolapso de até 5 cm são freqüentes mas não causam problema, não sendo considerados patológicos.

A incidência é variável na literatura: 3 a 25% em adultos e 12 a 58% em crianças. O prolapso é mais comum na colostomia em alça do que na terminal, e tanto mais freqüente quanto mais proximal for sua localização no cólon, acomete preferencialmente a boca distal.

A etiologia é bem definida, citando-se como fatores predisponentes a fraqueza de parede abdominal, afecções que levam a aumento da pressão intra-abdominal e redução de cólon na confecção do estoma (1, 2, 3).

O prolapso dificulta os cuidados locais com o estoma, como higiene, adaptação de bolsas, além de significar um

grande desconforto para o paciente podendo acarretar sérios problemas, como hemorragia e necrose. Apenas 10% dos pacientes com prolapso necessitam de cuidados adicionais, como redução ou eventualmente tratamento de complicações.

O tratamento curativo é cirúrgico. Para a colostomia em alça, a opção mais segura é a transposição da colostomia com separação das bocas em incisões separadas.

A laparotomia e colopexia por via abdominal têm piores resultados. Nas colostomias terminais, a técnica mais usada é a ressecção do cólon redundante e revisão da colostomia no mesmo local. Em alguns pacientes com pouca perspectiva de vida ou elevado risco cirúrgico, podem ser usados métodos alternativos, como enfaixamentos e aplicação de dispositivos mecânicos dentro da colostomia. A colopexia com botão é uma técnica descrita há mais de 50 anos, a qual tem seu valor para casos selecionados (4, 5, 6).

Stevens preconiza uma técnica onde a boca distal fica fechada sob o subcutâneo e a boca proximal é fixada através de duas suturas circulares na aponeurose. Seus resultados em um número maior de crianças são favoráveis (8). Vários outros autores divulgam técnicas novas com resultados iniciais (8).

Concluindo, faz-se claro que o prolapso de colostomia é uma complicação que não compromete a vida do paciente, porém constitui um ônus adicional àquele já representado pelo estoma. Daí a importância de se tomarem alguns cuidados técnicos quando da confecção de uma colostomia para se tentar prevenir esse tipo de complicação, além de proporcionar uma melhor adaptação do paciente ao estoma (10):

- evitar colocar o estoma sobre dobras de pele, cicatrizes, proeminências ósseas, local onde se usam os cintos e incisões

- colocar o estoma através do músculo reto abdominal;
- não fazer a colostomia na mesma incisão da cirurgia;
- ressecar toda a gordura e epíploon ao redor do cólon exteriorizado;

- fazer a incisão da colostomia na parede abdominal do tamanho justamente adequado ao calibre do cólon;

- evitar colostomia em alça, principalmente em crianças.

REFERÊNCIAS

1. Chandler JG, Evans BP. Colostomy prolapse. *Surgery* 1978; 84: 577-582.
2. Green EW. Colostomies and their complications. *Surg Gynecol Obstet* 1966; 122: 1230-32.
3. Corman ML. Colon and Rectal Surgery. Chapter 16; Intestinal Stomas 638-697.
4. Fucini AC. A simple device for prolapsing loop colostomies. *Dis Colon Rectum* 1989; 32(6): 534-5.
5. Colmer ML, Foxx MJ. A device for the control of colostomy prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 827-8.
6. Zinkin LD, Rosin JD. Button colopexy for colostomy prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 89-90.
7. Ein SH. Divided loop colostomy that does not prolapse. *Am J Surg* 1984; 147: 250-2.
8. Stevens EG, Bernay F, Wagenr CW. Prevention of prolapse in pediatric enterostomas with purse string technique. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 990-1.
9. Narasimharao KL, Chatterjee H. A new technique of prolapse free transverse colostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 188: 283-4.
10. Pearl K, Prasad ML, Orsay CP, Abcarian H et alli. Early local complications from intestinal stomas. *Arch Surg* 1985; 120: 1145-7.

O PREPARO INTESTINAL NO PACIENTE OSTOMIZADO

Maria Cristina Sartor, FSCBP
Fernando Jorge de Souza, TSBCP

As colostomias fazem parte integrante de muitos procedimentos cirúrgicos colônicos. O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e o aprimoramento da terapia enterostomal foram decisivos para a redução do número de complicações relacionadas com estes procedimentos.

O sucesso no fechamento de uma colostomia depende diretamente de que esta tenha sido bem feita. No entanto, lamentavelmente, a confecção do estoma é, em geral, considerada etapa secundária da operação e, normalmente, delegada ao membro menos experiente da equipe, esquecendo-se, o cirurgião, de que é um procedimento associado a problemas metabólicos e mecânicos e que apresenta morbidade, cujos relatos variam de 10 a 60% (Thomson, 1982; Barros Silva, 1992).

Muitas complicações locais são fruto de erros técnicos durante a confecção do estoma, da falta de planejamento pré-operatório adequado ou de cuidados insuficientes por parte do paciente e de quem lhe assiste. Também o fechamento de uma colostomia não é isento de morbidade. As complicações deste procedimento têm incidência que varia de 10 a 50% e mortalidade com índices de 0 a 4% (Pittman, 1985; Barros Silva, 1992). Isto toma relevância se for considerado que boa parte destes pacientes são idosos ou possuem algum tipo de doença básica expoliativa

ou até o próprio estoma determina esta expolição, levando à desnutrição. Sendo assim, é esperado que as principais complicações sejam as infecções da ferida e as deiscências anastomóticas. Além disso, muitos são portadores de doenças pulmonares, cardiovasculares e renais, podendo apresentar infecções respiratórias, tromboembolismos, sem falar na sobrecarga hídrica e nos desvios metabólicos passíveis de se manifestarem já no preparo intestinal.

As complicações locais, especialmente as infecciosas e inflamatórias, também devem ser levadas em consideração ao se fechar uma colostomia devido ao risco de infecção e deiscência na parede abdominal. Do mesmo modo, as colostomias mal localizadas, especialmente as que estão próximas a saliências ósseas, cicatrizes e pregas cutâneas, além de terem maior número de complicações locais, podem conferir maior dificuldade no fechamento da parede abdominal.

Num estudo realizado em 1992, no Grupo de Colo-proctologia da Disciplina de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Curitiba - PR, analisando-se 72 pacientes submetidos a colostomia, observou-se 33% de morbidade e mortalidade de 5,5% na confecção do estoma. A maioria destes pacientes (59,7%) foram operados em caráter de

emergência, sem preparo intestinal prévio. Dentre estes indivíduos, os 35 que foram posteriormente submetidos à reconstrução do trânsito intestinal apresentaram 22,8% de complicações, sendo a maioria infecção da parede abdominal (75%) e todos eles compunham o grupo operado em caráter de urgência.

A flora colônica humana representa um risco potencial de infecção em qualquer procedimento que envolva a luz do cólon e que permita a contaminação fecal na região operada. É constituída por microorganismos aeróbicos e anaeróbicos, sendo estes últimos predominantes. Os principais representantes da flora anaeróbia são bacterióides, lactobacilos e clostrídias. A flora aeróbia tem como principais componentes os estreptococos e os coliformes, mas também estafilococos e fungos, especialmente a *Candida* sp. (Waldvogel, 1978). A qualidade de limpeza do cólon é, portanto, fator de extrema importância em qualquer operação colônica (MacFarlane, 1987, Beck, 1990), inclusive na confecção e fechamento dos estomas, conferindo menos complicações de ordem infecciosa.

Antes de se fechar uma colostomia, portanto, deve-se conhecer as seguintes informações:

- condições gerais do paciente
- doença básica que levou à confecção do estoma
- localização em relação à parede abdominal
- tipo de colostomia: se em alça ou terminal
- se existe ou não doença residual
- complicações locais existentes

Métodos de preparo do cólon

O preparo pré-operatório do cólon tornou-se uma prática habitual nas operações colorretais, também aplicando-se, portanto, ao fechamento das colostomias. Envolve dois aspectos: o preparo mecânico, esvaziando o cólon, e o preparo químico, esterilizando-o. A finalidade é reduzir a incidência de infecções pós-operatórias e deiscências anastomóticas, promovendo a eliminação de resíduos fecais e a redução da flora bacteriana.

Preparo mecânico

O preparo mecânico do cólon é tido como um dos principais agentes de diminuição das complicações nas reconstruções do trânsito colônico (Salley, 1983). Com o esvaziamento do cólon, diminui-se a contaminação tissular e, conseqüentemente, as complicações sépticas. No entanto, apesar do número de bactérias diminuir, ainda persistem, podendo ser causa de contaminação do campo cirúrgico (Habr-Gama, 1981).

Normalmente indica-se, nos dois ou três dias que antecedem o ato operatório, a ingesta de dieta sem fibras ou líquida, simplesmente para não aumentar o conteúdo fecal. Alguns cirurgiões associam catárticos, como o bisacodil, para estimular a evacuação das fezes. No entanto, sabe-se que esta prática isolada promove limpeza adequada em apenas cerca de 70% dos casos, além de incorrer em alte-

rações metabólicas, desconforto para o paciente e longo tempo de preparo (Beck, 1985).

Os enemas evacuadores têm papel de grande importância no aprimoramento das técnicas de limpeza do intestino. Normalmente são constituídos por soluções glicerinadas, salinas ou simplesmente água, e a limpeza se faz por diluição das fezes ou por irritação da parede colônica. Como os pacientes portadores de colostomias, ao se reconstruir o trânsito intestinal, têm como particularidade a necessidade de limpeza do cólon proximal e distal, esta modalidade de preparo sempre estará presente, pelo menos na limpeza do reto. O critério de avaliação da qualidade da limpeza sempre será a eliminação, sem resíduos fecais, do líquido injetado.

As lavagens orais vieram reduzir o tempo de preparo clássico, diminuindo o tempo de hospitalização, o desconforto do paciente com os repetidos enemas e facilitando os cuidados de enfermagem. Contudo, requerem normalmente a ingesta de grandes volumes de líquidos, nem sempre bem tolerados pelos pacientes. A partir da década de 70 três soluções têm sido descritas para tal fim: salina, manitol e polietilenoglicol.

Alguns cirurgiões usam a irrigação intestinal com solução salina via sonda nasogástrica, proposta por Hewitt em 1973, com bons resultados quanto à limpeza intestinal. No entanto, há absorção de grande quantidade de água pelo tubo digestivo, podendo causar sobrecarga hídrica em idosos, cardio e nefropatas. Não é um método de uso corrente.

O manitol é agente osmótico não absorvível. Mais comumente usado em nosso meio devido à sua disponibilidade no mercado, foi introduzido por Heckestsweller em 1976, inicialmente diluído a 4%, o que também requeria grande volume de solução. Mais tarde, Champault e colaboradores comprovaram a sua eficácia quando utilizado em solução a 10%, o que permitia grande redução no volume final ingerido. Este método foi rapidamente aceito como preparo pré-operatório em nosso meio, observando-se 80% de resultados excelentes, ou seja, sem nenhum resíduo fecal (Brenner, 1980; Habr-Gama, 1981). No entanto, devido à catarse intensa, deve ser utilizado com cuidado em indivíduos idosos ou com estado geral seriamente comprometido devido ao risco de alterações metabólicas sérias, principalmente a desidratação. Nos pacientes que o toleram, o seu uso deve ser seguido de ingesta de grande quantidade de líquidos ou a reposição destes via parenteral. Há produção de gás intra-luminal, tendo-se descrito explosão do cólon quando usado eletrocautério. Alguns pacientes referem náuseas e mal-estar, que normalmente cedem com a administração de antieméticos.

Em 1980 foi introduzido por Davis o uso de solução contendo polietilenoglicol para o preparo colônico, o qual rapidamente se popularizou no exterior, porém ainda é pouco usado em nosso meio devido ao sal não ser largamente disponível no país. Trata-se de solução iso-osmótica de polietilenoglicol (PEG) e solução eletrolítica composta por sódio, cloro, sulfato, bicarbonato e potássio. Não há

absorção importante de água, sódio e cloro pelo tubo digestivo, não incorrendo em sobrecarga hídrica. Além disso, não há produção de gás intraluminal. Bowden demonstrou 90 a 100% de resultados excelentes com o uso deste método de limpeza mecânica.

Preparo químico

Embora o preparo mecânico elimine quase por completo o conteúdo fecal e reduza sensivelmente o número de microorganismos na luz do cólon, não reduz a concentração final de bactérias, havendo necessidade de administração de antibióticos profiláticos.

Não há unanimidade entre os diversos autores quanto ao tipo de antibiótico a ser usado. Há também muitas controvérsias quanto à necessidade de se associar ou não antibióticos orais, no dia que antecede a cirurgia, aos parenterais, administrados imediatamente antes do procedimento. Sabe-se, contudo, que a utilização isolada de antibacterianos orais não absorvíveis pelo trato gastrointestinal, como a eritromicina base e a neomicina, ou mesmo o metronidazol, não é suficiente para prevenir a sepse operatória, apesar de reduzir a colonização bacteriana intracolônica. Para tal são necessários antibióticos parenterais imediatamente antes do procedimento cirúrgico, ou seja, da contaminação, para que haja níveis tissulares adequados. Preconiza-se a repetição da dose parenteral por mais 2 vezes no período pós-operatório com fins profiláticos.

Como a flora colônica é constituída basicamente por Gram-negativos e anaeróbios, os antibióticos parenterais profiláticos mais comumente utilizados são as cefalosporinas de segunda geração, o metronidazol, os aminoglicosídeos e o cloranfenicol, isoladamente ou combinados. No entanto, há vários esquemas profiláticos, muitas vezes empíricos. Em geral os autores dão preferência para a cefoxitina ou uma combinação de metronidazol e gentamicina em três doses: a primeira no momento da indução anestésica, seguindo-se as outras duas 8 e 16 horas após, respectivamente.

CONCLUSÕES

O sucesso no fechamento do estoma depende das condições gerais do paciente, das condições locais da

colostomia, da doença básica, do grau de limpeza do cólon obtida e do nível tissular de antibiótico no momento da contaminação fecal durante o ato operatório.

A confecção de um estoma, bem como a restauração do trânsito intestinal normal são partes importantes do procedimento operatório. Como não é procedimento isento de morbi-mortalidade, precisa ser orientado por cirurgião experiente para que seja diminuída a incidência de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Barros Silva FOA, Basseto AJ, Bonardi RA, Souza FJ, Röhrig CE. Colostomias: análise crítica. Tema livre apresentado no XLI Congresso Bras de Colo-proctologia, Poços de Caldas, MG, out. 1992.
2. Beck DE, Harford FJ, DiPalma JA, Brady CE. Colon cleaning with Golytely. *South Med J* 1985; 78: 1414-1418.
3. Beck DE, Fazio VW. Current pre-operative bowel cleaning methods: a survey of American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 12-15.
4. Bowden TA, Dipiro JT, Michael KA. Polyethylene glycol electrolyte lavage solution (Pegels): a rapid, safe mechanical bowel preparation for colorectal surgery. *Am Surg* 1987; 53: 34-36.
5. Brenner S, Souza FJ, Andriquetto P, Moraes RS, Artigas GV. Limpeza mecânica e anti-séptica do cólon. Uso do manitol a 10% associado à eritromicina e à neomicina. *Bol Soc Bras Colo-Proctologia* 1980; 4: 8-11.
6. Champault G, Patel JC. La préparation colique à la chirurgie. *J Chir (Paris)* 1978; 115(12): 689-690.
7. Habr-Gama A, Teixeira MG, Alves PRA, Ventura TCM, Gama Rodrigues JJ. Emprego de solução de manitol a 10% no preparo do intestino grosso para colonoscopia e cirurgia. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1981; 36(6): 239-243.
8. Habr-Gama A, Gama Rodrigues JJ, Teixeira MG, Alves PRA, Ventura TCM, Quintanilha AG, Glezer M, Katz A. Preparo intestinal pela ingestão de manitol a 10%. *Rev Bras Colo-Proct* 1981; 1(2): 84-94.
9. Hecketsweller PH, Colin R, Duvry D, Geffroy Y. Lavage de l'intestin par une solution de manitol. Applications aux hémorragies digestives du cirrhotique. *Nouv Presse Méd* 1976; 5: 1836-1838.
10. Hewitt J, Rigby J, Reeve J, Cox AG. Whole gut irrigation in preparation for large bowel surgery. *Lancet* 1973; 11: 337-339.
11. Irving MH, Hulme O. ABC of colorectal diseases: intestinal stomas. *Br Med J* 1992; 304: 1679-1681.
12. MacFarlane SD, Ryan Jr. JA. Prevention of wound infection after elective colorectal resection. *Am J Surg* 1987; 154: 482-486.
13. Pittman DM, Smith LE. Complications of colostomy closure. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 836-843.
14. Salley RK, Bucher RM, Rodning CB. Colostomy closure: morbidity employing a semistandardized protocol. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 319-322.
15. Thomson JPS. Caecostomy and colostomy. Part I: surgical procedures and complications. *Clin Gastroenterol* 1982; 11: 285-296.
16. Waldvogel FA. Chimiothérapie prophylatique contre les germes anaerobies. *Helv Clin Acta* 1978; 45: 463-469.

CONFERÊNCIA

O PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES NA REABILITAÇÃO DO OSTOMIZADO

Cândida M. B. Carvalheira

A criação das Associações surgiu da necessidade de uma entidade, totalmente voltada para os interesses dos ostomizados e preocupada em defendê-los da marginalização social a que estão expostos após a cirurgia.

Seu objetivo principal é a reabilitação do ostomizado com acompanhamento de equipe de saúde específica nos serviços públicos e, como prioridade, garantir o fornecimento de equipamentos próprios por entidades governamentais necessários ao bem-estar para reintegrá-lo ao trabalho e na sociedade.

Ela também engloba a luta para romper o preconceito, divulgando o cotidiano das famílias, a rejeição do mercado de trabalho, a falta de equipamentos de boa qualidade e de custo acessível e o total descaso das autoridades de saúde nesta área específica.

A consciência sobre a importância de uma entidade representativa faz a Associação crescer, aumentando dia a dia o número de sócios.

Faz parte da filosofia das Associações participar ativamente na organização de cursos e treinamentos para a formação de equipes de saúde para atuarem em todas as unidades hospitalares, como também treinar os visitantes ostomizados de cada região, pois acreditamos, para que ocorra uma plena reabilitação, fazer parte o encontro de um recém-ostomizado com aquele que conseguiu superar e vive com a ostomia em perfeita harmonia.

Desejamos trabalhar numa verdadeira integração dos ostomizados organizados em suas associações e os profissionais interessados nesta área, participando de todo o nosso processo reabilitatório.

Mantemos troca de experiências com os companheiros ostomizados da América Latina, pois possuímos quadros semelhantes no tocante à reabilitação.

Todo o nosso trabalho é voluntário e baseado na defesa dos direitos.

Estamos filiados à IOA (International Ostomy Association) que nos envia sempre informes mais modernos no tocante a equipamentos, como também novidades científicas nesta área.

Com a tomada de consciência de que todo cidadão brasileiro participe de seu processo de construção social, nós, ostomizados, através de nossas entidades, estamos garantindo e mantendo o papel das Associações na reabilitação do ostomizado, que é fundamental e jamais deverá ser esquecido por qualquer profissional da saúde.

É através dela que queremos um compromisso mais efetivo do Ministério da Saúde, no tocante ao fornecimento de bolsas coletoras da melhor qualidade.

Pois, sem uma bolsa coletora digna, não existe reabilitação. Ela é a continuidade de nosso corpo. Por isso, defendemos nossa participação na indicação do equipamento.

Seu papel reivindicatório também faz parte da educação popular para o exercício da plena cidadania.

DIREITO DO OSTOMIZADO - ACESSO AOS EQUIPAMENTOS ADEQUADOS

Cândida M. B. Carvalheira

A situação do ostomizado num país do primeiro mundo é muito diferente da que vem sendo observada no Brasil. As diferenças são justamente as relacionadas a preconceitos e discriminações, à violência do seu direito básico - a bolsa.

Partindo desta constatação, a SBO (Sociedade Brasileira dos Ostomizados) decidiu iniciar esta palestra com a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência com o objetivo de tornar conhecida a luta dos "diferentes", que transcende às fronteiras econômicas e sociais.

Tendo em vista o juramento feito pelos Estados Membros, na Carta das Nações Unidas, no sentido de realizar ações conjuntas e em separado, em cooperação com a Organização, a fim de promover padrões de vida mais elevados, amplas possibilidades de emprego e condições de desenvolvimento e progresso econômico e social.

Reafirmando a fé nos direitos humanos e nas liberdades fundamentais, e nos princípios de paz, dignidade e valor da pessoa humana e da justiça social aclamada pelas Nações Unidas, proclama essa Declaração e conclama ação nacional e internacional, a fim de assegurar uma base comum de referência quanto à proteção desses direitos. Frisamos o *Item 6* - As pessoas portadoras de deficiência têm direito a tratamento médico, psicológico, e a assistência, incluindo *equipamento protético*, a reabilitação médica e social, a educação em geral, educação vocacional, de treinamento e auxílio, ao aconselhamento, à prestação de serviços e outros que possibilitem o desenvolvimento de suas capacidades e habilidades ao máximo e que acelere o processo de sua integração à reintegração social.

Esta Declaração foi adotada em 09.12.73 pelas Nações Unidas. E, nosso país signatário, o que tem feito pelos direitos dos ostomizados?

Como presidente da SBO (Sociedade Brasileira dos Ostomizados), uma entidade voltada para a reabilitação e reintegração da pessoa ostomizada, cabe-me, hoje, fazer a correção do direito humano básico, já citado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, e a realidade da pessoa ostomizada no Brasil no tocante ao acesso dos equipamentos adequados, cuja situação se resume no inaceitável e na violação de seus direitos, como: ser informado do seu diagnóstico, ter ajuda psicológica e equipamento adequado garantindo as suas possibilidades de reintegração.

O nosso movimento organizado começou, de forma mais concreta, em torno de 1986, com a realização da I Jornada Brasileira dos Ostomizados, no Rio de Janeiro, embora, desde 1982, com as associações que já existiam, começaram a se articular para realizarem, em 1986, um grande Encontro Nacional de Ostomizados, destinado a traçar estratégias e a criar um organismo em nível nacional que pudesse representar os portadores de ostomia.

Esse movimento foi muito importante porque começou a ser criada no Brasil uma relação entre as associações, os profissionais de saúde e as autoridades de saúde, uma divisão muito clara que acompanhava as várias tendências, classificando, digamos assim, e, inclusive, agrupando separadamente as associações de um lado e, do outro, os grupos de técnicos que desejam traçar políticas de atendimento à nossa especificidade sem a participação dos próprios envolvidos.

Durante toda a vida dos ostomizados foram representados e tutelados por alguns profissionais de saúde ligados à área de proctologia e serviço social, sem assim termos um

Programa Nacional de Atendimento garantido no Serviço Público.

A partir deste impulso, com a criação da SBO, surgiu o conceito de entidade nacional dos ostomizados. As pessoas ostomizadas começaram, realmente, a se organizar, no sentido de obter representatividade, de resgatar - se é que a gente pode usar este termo - a palavra e a defesa da própria cidadania junto à sociedade e junto às autoridades. A partir daí, muita coisa começou a mudar. Como todo movimento político, os portadores de ostomia começaram a assumir seus papéis na sociedade, começaram a se apresentar como membros ativos desta mesma sociedade e não mais querendo ser excluídos dessa discussão.

Estamos aqui interessados em elaborar realmente juntos com a classe médica algum documento que concretize, de fato, um direito básico do ostomizado - o acesso a um equipamento adequado. Achamos que já passamos por um amadurecimento, tendo a noção de que é a hora de lutarmos juntos. A partir da informação, da troca de experiências, nós temos possibilidades de conseguir, dentro das organizações médicas, um grande aliado para a causa do ostomizado. Dentro dos congressos, sociedades de colo-proctologia, hospitais, conseguiremos criar comitês que integrem conselhos de saúde, representações dos ostomizados para que formalizem um padrão ideal de atendimento e reabilitação, garantindo o direito básico - acesso à bolsa coletora da melhor qualidade.

Pois, só assim, através do contato e da interação da conscientização é que poderemos acreditar numa transformação social neste sentido. É com isto que contamos, e esperamos que saia deste Congresso este tão esperado momento.

CONFERÊNCIA

DOENÇAS DE NAPOLEÃO

NAPOLEON Y LA MEDICINA

Javier Lentini, CSBCP

Afecciones menores

Nunca se escondía de las balas, pocas veces fue herido, muy levemente casi siempre y, en cambio, más de doce caballos murieron mientras él los montaba: El ejército lo creía invulnerable. "Estaban en un error, pero yo prefería ocultar mis momentos de peligro", decía el mismo Napoleón.

El médico anatomista que describe su autopsia señala una serie de cicatrices, "una en la cabeza, tres en la pierna izquierda, otra en el muslo y una en el dedo anular izquierdo". Menos esta última, que se la infirió un jabalí durante una cacería, las otras fueron durante las batallas, pero sólo la del muslo tuvo importancia hasta el punto de costarle casi la amputación. Curiosamente, en el cuerpo no quedaron trazas de la herida recibida en 1809, en Ratisbona, que dio origen al cuadro oficial encargado a Gautherot, cuando una bala perdida se estrelló sobre el talón del Emperador que, mientras lo curan, está ya a punto de nueva acción, como se espera del héroe.

Porque si Napoleón fue un gran estratega, también fue un gran publicista que supo hacerse plasmar por los pintores de la corte en toda su grandeza. Uno de sus fracasos fue, posiblemente, la retirada en Egipto, después del cerco de San Juan de Acre, con las tropas diezmadas por la peste. Sin embargo, el cuadro oficial de Grosz presenta a Napoleón tocando sin temor con sus manos el bubón de un apestado, mientras que sus mariscales se protegen el rostro con pañuelos.

Enfermedades

En realidad puede decirse que Napoleón gozó siempre de una excelente salud. Sin embargo, durante toda su vida fue afligido de un eczema, una persistente disuria y resfriados de repetición. Remediaba el prurito con la inmersión en baños de agua hirviendo a cualquier hora. Cuando no le era posible, la reemplazaba por una galopada de siete u ocho horas. Es difícil distinguir hasta qué punto el prurito fue también debido a la sarna que padeció como casi todos los soldados de su ejército.

La disuria rebelde, - a mi entender un síndrome enterorenal -, podría haber sido inducida por la constipación que padeció toda su vida, escasa ingesta de agua y sudoración profusa. Siempre le costaba orinar, y en alguna ocasión, como en Moscú, "la orina salía gota a gota". Las consecuencias fueron diversas: en el palacio de las Tullerías,

como a la emperatriz María Luisa le horrorizaba que la despertasen por la noche, fue obligado que durmiesen en habitaciones separadas. Cuando marchaba con sus tropas era frecuente que lo viesan bajar del caballo y acercarse a un muro, la cabeza apoyada contra él y las piernas separadas. Mientras el ejército pasaba por detrás suyo, era sabido que estaba prohibido lanzar el grito reglamentario de: "¡Viva el Emperador!"

Sus resfriados eran frecuentes y se acompañaban de una fuerte migraña. Tolstoi, a propósito de la batalla de Borodino, perdida por los franceses, escribe que "debía condecorarse al ayuda de cámara que el día 5 de septiembre de 1812 olvidó darle a Napoleón las botas impermeables ya que al permitir que Napoleón se resfriase, había salvado la Rusia".

Manías y supersticiones

La confianza en su destino era absoluta. Se creyó dotado de carácter profético, posiblemente inducido por Josefina, que gastaba grandes sumas en predicciones. Gustaba del sonido de las campanas y de las banderas. Tenía terror a ciertas fechas. Sentía aversión por el número trece y la letra M era fatídica. En cambio, el 20 de marzo era su fecha de la mejor suerte.

Larrey: El médico honrado

Larrey nace en 1766 y comienza a formarse quirúrgicamente a los 21 años, a bordo de la fragata *La Vigilante*. En 1792, como ayudante mayor del ejército del Rin, y en Egipto se destaca por su dedicación y su habilidad. Pero su orgullo fue haber llevado a la práctica las "ambulancias volantes", carros de todas clases que cruzaban el campo de batalla trasladando a la retaguardia a los heridos para aplicarles los primeros auxilios. Durante toda su vida Larrey estuvo siempre en primera línea y operaba noche y día, hasta 10.000 heridos en cada batalla. Napoleón lo nombró Comendador de la Legión de Honor. Sin embargo, el Emperador suprime por decreto las "ambulancias volantes" en 1805, prohibiendo toda evacuación antes de terminar la acción bélica.

El jurado de la Aduana

En 1813, durante cinco días y cinco noches, examina los dosiers de más de dos mil soldados jóvenes a los que

Napoleón, indignado, quiere mandar fusilar por automutilación.

Larrey es el único que los defiende, pero debe imponerse a un Napoleón que lo recibe furioso. A Larrey le habían aconsejado que buscara algunas "víctimas" para calmar la cólera del Emperador. Pero Larrey cree en sus razones: El fusil que los inexpertos reclutas tenían que usar pesaba cinco quilos, no tenía alza y era frecuente que los soldados de la tercera y segunda fila hiriesen a los de la primera, mientras estos procedían a los diez y ocho movimientos necesarios para recargar las armas.

Después de pasear por la estancia durante unos minutos, Napoleón se vuelve bruscamente al cirujano y le estrecha la mano: "¡Adiós, señor Larrey! Un soberano es feliz de trabajar con un hombre como vos". Por la noche, Larrey recibe un retrato del Emperador ornado de diamantes, seis mil francos de oro y una pensión de tres mil más. Napoleón no olvidará jamás a este hombre: en Eylau, sabiendo que ha perdido la espada le ofrece la suya. Y en su testamento escribe: "Es el hombre más virtuoso que he conocido. Ha dejado en mi alma la idea del verdadero hombre de bien".

Desarticulación y final

En el plano técnico Larrey preconiza la desarticulación sobre la amputación, ya que la primera no exige más que unos pocos segundos en una época donde no existía aún la anestesia.

Aunque a la caída de Napoleón, Larrey pasa por momentos difíciles con destitución de cargos y retiro a su casa de campo, antes de su muerte es reconocido incluso por los académicos que lo rechazaban.

Por su trabajo infatigable, su valor, su dedicación y su desinterés, posiblemente mereció la frase que el general inglés Wellington pronunció, sacándose el bicornio ante el asombro de sus generales, al ver pasar su ambulancia de cirujano: "Saludo al honor que pasa".

Las hemorroides de Waterloo

Uno de los episodios más discutidos de la historia ha sido la posibilidad de que Napoleón hubiese perdido la decisiva batalla de Waterloo a causa de un padecimiento hemorroidal.

Parece que no hay duda que el 18 de junio de 1815, la energía de Napoleón había disminuído. Pocos días antes había derrotado al general Blücher, en Ligny. En lugar de sacar provecho de la victoria, Napoleón se retira a descansar y el ejército de Blücher se une al de Wellington. El día de Waterloo, no montó a caballo contra lo que era su costumbre y pasó casi todo el día a horcajadas sobre una silla, dando cabezadas o durmiendo plenamente con orden expresa de no ser despertado.

Al comenzar a caminar lo hace con las piernas separadas y se habla de una "souffrance locale", o incluso de la "pis chaude", unas purgaciones.

Sin embargo, creo que es el momento de recordar la diferencia entre las hemorroides y las crisis de trombosis hemorroidarias. Las primeras se expresan por sangramiento y exteriorización, como síntomas mayores y los problemas son más o menos continuos. Las trombosis duran unas cuarenta y ocho horas con dolores y sensación de hinchazón pronunciada. Las crisis pueden ser repetitivas o muy alejadas unas de otras y suelen provocarse con frecuencia por estreñimiento y, podemos pensar que la sudoración, a la que tan habituado estaba Napoleón, la comida ligera pero seca - a veces medio pollo y pan, dos veces al día - y la poca ingesta de líquidos, podía dar lugar a la constipación y a las crisis de trombosis hemorroidal que sin duda padeció.

La derrota

En 1807, había escrito a su hermano menor, Jerónimo, a propósito de que éste le comunicase también una crisis de dolor hemorroidal: "Comprendo que sufres de hemorroides. El sistema más sencillo para deshacerte de ellas es aplicarte tres o cuatro sanguijuelas. Desde que he usado este remedio, o sea, durante diez años, ya no me atormentan".

Sabemos también que el doctor Larrey le había recomendado una loción blanca (agua saturnina) - compuesta de subacetato de plomo al 2% en agua destilada - que se aplicaba con pedazos de franela para disminuir la inflamación en las trombosis hemorroidales.

Cuesta pensar que una crisis hemorroidal pudiese cambiar la faz del mundo, pero Napoleón escondía sus heridas incluso a sus íntimos y al ejército para que siguiesen considerándolo invulnerable, jamás vencido por una "simple" crisis de trombosis hemorroidal.

La úlcera, el cáncer y la mascarilla

El 30 de junio de 1815, después de Waterloo, vencido, Napoleón llega al puerto de Rochefort, cerca de donde ya en 1808 había querido edificar un fuerte, "Le Boyard", que no se finalizará hasta cincuenta años después, y que jamás servirá para la defensa. En caso de haber sido terminado en su momento, posiblemente Napoleón hubiese podido vencer el bloqueo de la armada inglesa.

En manos de los ingleses

No lejos de allí, en la isla de Aix, pocos días después, se hospeda en un palacete que él mismo había hecho edificar como residencia del comandante de la isla, en su visita siete años antes. Estará allí hasta el 15 de julio, cuando, después de pensar en una jubilación en los Estados Unidos o en una evasión en las dos fragatas más rápidas de la Marina Francesa, "La Scale" y "La Medusa", decide entregarse al "Bellerophon" que comanda el capitán inglés Maitland, mientras dirige su famosa carta de renuncia al Regente de Inglaterra, apelando a la "magnanimidad" del enemigo.

Sin poner un pie en Inglaterra, el 8 de agosto, Napoleón es trasferido a Santa Elena, a bordo del "Northumberland", a donde llega el 16 de octubre.

De entre los personajes que rodean a Napoleón en estos últimos seis años, queremos destacar dos médicos: Primero el barón Edward O'Meara, irlandés y médico del "Beleophon", que simpatizó inmediatamente con Napoleón y, con el permiso del almirantazgo británico aceptó gustoso la proposición del ex emperador y permaneció con él cuatro años, publicando sus memorias en 1822. O'Meara será apartado, por su amistad.

Napoleón comienza a tener molestias, a veces a la derecha, en la zona que parece hepática, tumefacciones en los pies y dolores del bazo. Los purgantes, fricciones y baños calientes parece que le mitigaban los dolores. Vomita bilis agria y mucosidad, orina oscuro, padece insomnio y debilidad general. En ese momento llega el doctor Antonmarchi, corso, como Napoleón, con el que, sin embargo, no sólo no llegará a unirle amistad ninguna sino que demostrará su incapacidad como clínico, pues actuaba como profesor de Anatomía en Florencia.

A partir de enero de 1821, el estado de Napoleón se agrava y pasa el tiempo soñoliento entre el lecho, el sillón y la bañera. Vomita cada vez más, pero de vez en cuando engulle tres vasos de vino de borgoña, armañac, patatas fritas y nata batida. Tres semanas antes de su muerte pide faisán y se contenta con pavo y patatas fritas, pero no tarda en vomitar, alguna vez con sangre. Un hipo tenaz no le abandona en los últimos días. Napoleón muere el cinco de mayo a las seis de la tarde, rodeado de frascos, trazas y cucharas, aunque él había dicho que esto no sucedería.

Pocas horas más tarde, Antonmarchi saca una máscara de yeso del rostro del cadáver y luego procede a la autopsia. Estaban presentes tres generales franceses, algunos oficiales y ocho médicos ingleses.

La autopsia

La autopsia es minuciosa y exhaustiva como corresponde a un profesor de anatomía como Antonmarchi. Las conclusiones son una hepatitis crónica con el lóbulo izquierdo pegado al diafragma que podría ser de origen

amebiano, y "una úlcera de estómago con callosidades cancerificadas que había perforado la pared del estómago, lleno de un líquido semejante a un poso de café".

Sólo en el informe inglés se menciona unos "genitales pequeños, como los de un niño", mientras que Antonmarchi señala la "normalidad" del cuerpo. El corazón fue colocado en una urna de plata llena de alcohol al lado del fétetro.

La prueba de la amebiasis no existe. La pieza de estómago que se conservaba en 1944 en el Museo Hunter, también desapareció en un bombardeo, pero sí existe una fotografía que, evidentemente, nadie ni nada certifica que fuese de Napoleón. La ausencia de metástasis sorprende; y su larga evolución, la persistencia de indudable apetito, el líquido hemático y la perforación abogan por una úlcera gástrica, quizá cancerificada en los últimos tiempos.

Antonmarchi se plegó a todas las decisiones del gobernador Lowe hasta el punto de que el Emperador moribundo llegó a decir: "En cuanto a ese imbécil, no vale la pena que yo me ocupe de él. ¿Ha habido alguien a quien haya cuidado peor que a mí?"

Después de gastarse su dinero, Antonmarchi viaja a París, donde reanuda el ejercicio de la medicina. Después de la revolución de 1830, intentó traficar con la mascarilla poniendo anuncios: "El yeso o mascarilla del gran Hombre". "¡Parecido exacto, sin desfiguraciones ni alteraciones de ninguna clase!" "Todo el mundo tendrá la mascarilla de Napoleón a lo lado de la cruz de Nuestro Salvador". Vendió también el derecho de reproducción a dos fundidores a la vez, y marcha a Santiago de Cuba como oculista. Cuando comienza a ser conocido como operador de cataratas, muere de fiebre amarilla en 1831.

El 14 de diciembre de 1840, el cuerpo de Napoleón regresa a Francia traído desde Santa Elena. En medio de un frío intenso es recibido por los antiguos soldados del Gran Ejército, que desmopolvan los viejos uniformes, la Guardia Nacional, el pueblo entero, y todos los fieles con Larrey a la cabeza.

Los otros, los fallecidos, lo esperaban en Los Inválidos donde será enterrado, junto a L'Aiglon, su hijo, en el Paris que tanto había amado; la urna de plata con el corazón, a sus pies.