

## RESUMO DE ARTIGOS

---

Heald RJ, Smedh RK, Kald A, Sexton R, Moran BJ. Abdominoperineal excision of the rectum. An endangered operation. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 747-751.

Os autores propõem neste elegante estudo, testar a eficácia da cirurgia de preservação dos esfíncteres combinada com a excisão total do mesorreto, anastomose mecânica baixa e lavagem endoluminal para impedir a recidiva local.

Métodos: Foram prospectivamente avaliados 136 pacientes submetidos a operações para câncer de reto até 5 cm de margem anal. O seguimento médio foi 7,7 (1 a 18) anos. Do total das cirurgias, 105 foram ressecção anterior (RA) e 31 foram ressecção abdominoperineal (RAP). Somente quatro recidivas foram abaixo do nível dos elevadores, sendo três após RAP e uma após RA para doença paliativa. Nenhum caso de metástase linfonodal foi observado na fossa isquiorretal.

Os autores concluem que cirurgia com preservação esfinteriana, com excisão total do mesorreto, parece ser oncológica superior à ressecção abdominoperineal. Três quartos dos pacientes com carcinoma de reto inferior podem ser beneficiados com cirurgia de preservação esfinteriana, embora os autores julguem prudente a realização de ostomia protetora nestes casos. A ferida da ressecção abdominoperineal pode predispor a recorrência perineal devido a implante neoplásico.



MacRae HM, McLeod RS, Cohen Z, O'Connor BI, Tonen C. Risk factors for pelvic pouch failure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 257-262.

Neste interessante artigo, os autores realizaram um estudo retrospectivo para avaliar os fatores de risco associados com a falência da bolsa ileal pélvica.

Um total de 551 pacientes submetidos a cirurgia com bolsa ileal com um período de seguimento mínimo de 30 meses foram avaliados retrospectivamente. Cinquenta e oito pacientes (10,5%) apresentaram falência da bolsa ileal pélvica, sendo 45 pacientes submetidos a excisão da bolsa (8,8%) e nove (1,6%) a ileostomia derivativa.

As causas identificadas como fatores de risco da falha da bolsa ileal foram: anastomose manual ileoanal, tensão da anastomose ileoanal, uso da ileostomia desfuncionalizante, diagnóstico de doença de Crohn e deiscência da bolsa ou da anastomose ileoanal. Inflamação da bolsa (*pouchitis*) não foi fator de risco.

Os autores concluem que a maior experiência com o procedimento com bolsa ileal associada ao tratamento apropriado das complicações são medidas importantes para diminuir o risco de falência da cirurgia com bolsa pélvica ileal e anastomose ileoanal.

## LUÍS CLÁUDIO PANDINI, TSBCP

Tejero E, Fernández-Lobato R, Mainar A, Montes C, Pinto I, Fernández L, Jorge E, Lozano R. Initial results of a new procedure for treatment of malignant obstruction of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 432-436.

Os autores propõem um procedimento novo e original para o tratamento da obstrução do cólon esquerdo por tumor maligno.

Métodos: Trinta e oito pacientes não selecionados foram submetidos ao procedimento que envolve três fases: 1) resolução da obstrução por meio de "Stent" colocado através do tumor; 2) melhora do estado geral do paciente, estudo da extensão da doença e preparo mecânico do cólon; 3) cirurgia final (caso não fosse possível a cirurgia, o Stent era deixado em definitivo).

Resultados: Em 35 pacientes (92%), a obstrução foi resolvida com o uso do stent. Em 22 pacientes as três fases foram completadas e em 13 pacientes o stent constituiu o tratamento paliativo definitivo. Mortalidade desta série foi 2,6%.

Os autores concluem que este tipo de procedimento oferece uma nova, eficaz e segura opção de tratamento na obstrução do cólon esquerdo por tumor maligno.



Schröder J, Löhnert M, Doniec JM, Dohrmann P. Endoluminal ultrasound diagnosis and operative management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 614-617.

Os autores, neste artigo, avaliam o papel da ultra-sonografia endorretal no comprometimento da parede retal na endometriose e o diagnóstico pré-operatório para o tratamento cirúrgico da endometriose.

Métodos: Dezesesseis pacientes com endometriose fixa à parede retal durante exame bimanual foram incluídos neste estudo. Foi utilizado um transdutor endorretal de 7,5 MHz, que foi introduzido até o retossigmoido através de um retoscópio.

Resultados: Endometriose foi confirmada histopatologicamente em todos os pacientes. Em seis pacientes (37,5%) foi diagnosticado o comprometimento da parede retal, em dois pacientes a endometriose estava adjacente à parede do reto e nos outros oito pacientes a parede retal não estava envolvida.

Laparotomia foi realizada nos pacientes com diagnóstico pré-operatório de endometriose com envolvimento da parede retal e o restante tratado por laparoscopia. A cirurgia realizada foi a ressecção anterior baixa nos pacientes com endometriose retal.

Concluem os autores que o ultra-som endorretal pré-operatório é uma técnica útil para visualizar endometrioma perirretal e avaliar o envolvimento da parede retal. Baseados nos achados ultra-sonográficos pré-operatórios, estes autores recomendam o tratamento cirúrgico com ressecção do segmento intestinal afetado nos pacientes com envolvimento da parede retal.

• • •

Jensen LL, Lowry AC. *Biofeedback improves functional outcome after sphincteroplasty. Dis Colon Rectum 1997; 40: 197-200.*

O objetivo deste artigo foi determinar se o *biofeedback* pós-operatório melhora a continência em pacientes com resultados ruins após esfínteroplastia anal.

Métodos: Foram avaliados 28 pacientes que se submeteram a treinamento com *biofeedback* eletromiográfico após esfínteroplastia por lesão obstétrica do esfínter anal. Nove pacientes foram submetidos a reparo esfínteriano posterior associado.

A média de início do *biofeedback* foi de 32 (2 a 192) meses após a cirurgia.

Resultados: O número médio de episódios de incontinência por semana diminuiu de 5,4 para 1,4 ( $p < 0,0001$ ). Vinte e cinco pacientes (89%) relataram melhora de continência. Três pacientes não apresentaram nenhuma melhora.

A conclusão dos autores é que o *biofeedback* melhora os resultados funcionais após esfínteroplastia e é uma opção para pacientes com resultados não satisfatórios após esfínteroplastia anal.

• • •

Benacci JC, Wolff BG. *Cecostomy: therapeutic indications and results. Dis Colon Rectum 1995; 38: 530-534.*

O objetivo deste estudo retrospectivo foi esclarecer a indicação clínica, a função e a morbidade associada com a cecostomia com cateter, uma vez que a descompressão colônica pela cecostomia não está claramente definida.

Métodos: Foram analisados, no período de 11 anos, 60 pacientes submetidos a descompressão por cecostomia.

Resultados: Operações de emergência foram realizadas em 43 dos pacientes (63%) e eletivas em 24 pacientes (36%). Complicações menores ocorreram em 30 pacientes (45%).

Concluem os autores que a cecostomia com tubo é de valor terapêutico em situações clínicas selecionadas incluindo pseudo-obstrução refratária do cólon, vólculo cecal, perfuração de ceco ou obstrução colônica distal.

A seleção correta dos pacientes, associada à técnica cirúrgica cuidadosa e cuidados pós-operatórios com a cecostomia garantem uma função adequada da cecostomia com tubo com morbidade mínima.

Thibault C, Sagar P, Nivatvongs S, Ilstrup DM, Wolff BG. *Anorectal melanoma - An incurable disease? Dis Colon Rectum 1997; 40: 661-668.*

Este estudo retrospectivo foi realizado para avaliação das taxas de recidiva e sobrevida após tratamento cirúrgico do melanoma anorretal e para identificar fatores que contribuem para a recorrência.

Métodos: Foram analisados os prontuários de 50 pacientes com melanoma anorretal operados entre 1939 e 1993.

Resultados: A sobrevida total em cinco anos e sobrevida livre da doença foram 22 e 16 por cento respectivamente. No momento do diagnóstico 26% dos pacientes apresentavam doença metastática e todos faleceram dentro de 12 meses (média 6,3 meses).

A taxa de recidiva e sobrevida em cinco anos foram idênticas depois de amputação abdômino-perineal ou excisão local alargada com intenção curativa. Sexo, tamanho do tumor, presença de melanina, gânglios linfáticos comprometidos ou tipo de tratamento não foram fatores que influenciaram na recidiva da doença.

Os autores concluem que o prognóstico para melanoma anorretal é ruim, independente do tipo de tratamento cirúrgico. Nenhum dos fatores estudados influenciaram na recidiva. Excisão local alargada com margem livre do tumor de 1 cm é o tratamento de escolha nos pacientes com melanoma anorretal.

• • •

Corgilosi SM, Madoff RD. *Current therapy for recurrent and extensive anal warts. Dis Colon Rectum 1995; 38: 1101-1107.*

Este estudo de revisão de literatura foi realizado pelos autores para avaliação da terapia atual de condiloma anal extenso recidivante.

Métodos: Todos os tratamentos disponíveis no condiloma acuminado foram revisados, em particular para grandes lesões, e sua eficácia nas recidivas.

A conclusão a que chegaram os autores foi que, embora pequenas lesões requeiram aplicações repetidas de agentes tópicos (pódofilina, ácido tricloroacético, bicloroacético, 5-FU), lesões maiores necessitam de tratamento cirúrgico ou associação de tratamento. Interferon intralesional pode ser útil para diminuir a recidiva após tratamento cirúrgico.

• • •

Milson JW, Ludwig KW, Church JM, Garcia-Ruiz A. *Laparoscopic total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis. Dis Colon Rectum 1997; 40: 675-678.*

O propósito deste estudo foi mostrar os resultados obtidos nos pacientes submetidos a colectomia total laparoscópica com ileorretoanastomose para polipose familiar e preservação retal.

**Métodos:** Foram realizadas colectomia total laparoscópica e anastomose ileorretal em 16 pacientes com polipose familiar. O procedimento foi inteiramente intracorpóreo com o espécime sendo retirado por uma incisão de 3 a 6 cm.

**Resultados:** O tempo operatório médio foi de 232 minutos (156-285) e a perda sangüínea de 175 ml (50 a 675). Houve uma complicação intra-operatória, que foi uma torção da anastomose ileorretal que foi refeita no mesmo ato operatório. Não houve conversão nesta série. O período médio de eliminação de gases e evacuação foi três dias. A média de permanência hospitalar foi cinco dias. Complicações pós-operatórias ocorreram em dois pacientes, uma obstrução de delgado e uma lesão do plexo braquial, ambas tratadas conservadoramente.

**Conclusão:** Os autores, baseados em sua série preliminar, acreditam que a colectomia total laparoscópica e anastomose ileorretal é um tratamento seguro e efetivo para o tratamento de pacientes selecionados com polipose familiar.

• • •

*Mendewhall WM, Bland IK, Copeland EM, Summers GE, Pfaff WW, Souba WW, Million RR. Does preoperative radiation therapy enhance the probability of local control and survival in high-risk distal rectal cancer? Annals of Surgery 1992; 215: 325-335.*

O objetivo deste estudo retrospectivo foi analisar o tratamento com radioterapias pré-operatória e cirurgia para adenocarcinoma ressecável de reto em 148 pacientes entre 1975 e 1986.

**Materiais e métodos:** Três protocolos de tratamento foram utilizados nesse período de estudo. 1975 a 1978, 3.500 cCy em 20 frações; 1979 a 1983, 4.000 a 5.000 cCy com 180 cCy por sessão, e 1984 a 1986, 3.000 cCy em 10 frações. Não houve diferenças significativas na taxa de controle local, sobrevida absoluta, sobrevida causa específica, ou complicações entre os três protocolos para tratamento com radioterapia pré-operatória. Os resultados foram comparados com 132 pacientes submetidos a ressecção completa depois de radioterapia pré-operatória e uma série de 135 pacientes submetidos somente a cirurgia para adenocarcinoma de reto.

**Resultados:** Os resultados após cinco anos, com radioterapia pré-operatória e cirurgia comparada com cirurgia apenas foi respectivamente o seguinte: sobrevida livre de recorrência local, 96% e 67%; sobrevida absoluta, 66% e 40%; e sobrevida causa específica, 77% e 50%. Todos os parâmetros são estatisticamente significantes ( $p=0,0001$  ou menor).

Os autores concluem que a radioterapia pré-operatória e ressecção completa do adenocarcinoma de reto é um tratamento efetivo na redução de recorrência local e melhora da sobrevida.

• • •

*Oloj Hallböök, Lars Páhlman, Michael Krog, Steven Wexner, Rune Sjödaahl. Randomized comparison of straight and colonic J pouch anastomosis after low anterior resection. Annals of Surgery 1996; 224: 58-65.*

O objetivo deste estudo foi comparar a função intestinal e complicações da cirurgia de ressecção anterior com anastomose e bolsa colônica.

**Métodos:** Cem pacientes com câncer retal, dos quais a cirurgia de escolha foi o procedimento de preservação dos esfíncteres, foram randomizados para reconstrução com anastomose com bolsa colônica em J ou anastomose direta.

**Resultados:** A incidência de deiscência sintomática da anastomose foi menor no grupo com bolsa (2% vs. 15%,  $p=0,03$ ). Oitenta e nove pacientes foram avaliados após um ano da cirurgia. Os pacientes com bolsa tiveram estatisticamente menor número de evacuações em 24 horas e menor evacuação noturna, urgência e incontinência fecal. A superioridade funcional foi mais evidente durante os primeiros dois meses.

Concluem os autores que a reconstrução com bolsa colônica em J foi associada a uma menor incidência de deiscência de anastomose e melhores resultados clínicos das funções intestinais, quando comparada com a anastomose direta tradicional.

**Comentário:** Desde as publicações originais de Lazorthes e Parks em 1986, ficou a idéia de que a construção de um reservatório colônico em J para as ressecções retais e anastomoses baixas era melhor do que a simples anastomose término-terminal. No entanto, faltava um estudo que utilizasse uma metodologia criteriosa para avaliar as duas técnicas. Tal intento foi alcançado com essa publicação de Hallböök e outros que, com certeza, autoriza definitivamente os cirurgiões de cólon e reto a praticarem a ressecção anterior baixa com a utilização do reservatório colônico em J.

**Endereço para correspondência:**

Luís Cláudio Pandini  
Rua Assis Chateaubriand, 476  
16025-020 - Araçatuba - SP