

RESUMO DE ARTIGOS

Zielke A, Hasse C, Nies C. *Prospective evaluation of ultrasonography in acute colonic diverticulitis. Br J Surg* 1997; 84: 385.

O objetivo deste estudo prospectivo foi determinar o valor do diagnóstico por ultra-sonografia realizada rotineiramente na avaliação de pacientes com suspeita de diverticulite aguda do cólon.

Foram realizadas ultra-sonografias abdominais em 187 pacientes não selecionados admitidos com suspeita de diverticulite aguda. A ultra-sonografia foi realizada com transdutores linear e curvo de 3,5 e 5,0 MHz sendo a cavidade abdominal, retroperitônio e pelve examinados. A visualização de um segmento hipoperistáltico com espessamento parietal hipocóico foi considerada imagem representativa de diverticulite aguda.

Os resultados mostraram que a ultra-sonografia teve uma taxa de acerto de 88% nestes pacientes, com taxa de sensibilidade de 84% e taxa de especificidade de 93%.

Avaliação clínica foi correta em 71%, com taxa de sensibilidade de 82% e taxa de especificidade de 55%.

Concluem os autores que a ultra-sonografia é um método válido para avaliar a doença diverticular aguda e é especialmente útil quando os achados clínicos são duvidosos.

•••

Mandana N, Kumars S, Pizzi WF, Aprile JJ. *Perforated colorectal carcinomas. Am J Surg* 1996; 172: 236.

Este estudo de revisão teve o propósito de determinar o prognóstico associado com carcinomas colorretais perfurados.

Prontuários de 1551 pacientes foram analisados retrospectivamente durante o período de 1983 a 1993.

Resultados: Dos 1551 pacientes que apresentaram câncer colorretal, 51 (3,3%) tiveram perfuração. Trinta e um (61%) pacientes apresentaram perfurações localizadas com abscesso e perfuração livre com peritonite ocorreu em 20 (39%) pacientes. Dezesesseis (31%) pacientes tinham metástase à distância no momento do diagnóstico com sobrevida média de seis meses. A taxa de sobrevida média em cinco anos foi de 32%. Se 16 pacientes com doença no estágio IV forem excluídos, a sobrevida média nos restantes 32 pacientes foi de 59 meses, com uma taxa de sobrevida em cinco anos de 58%.

LUIS CLAUDIO PANDINI - TSBCP

Ho YH, Seaw-Choen F, Tanm, Leong AFPK. *Randomized controlled trial of open closed haemorrhoidectomy. Br J Surg* 1997; 84: 1729.

O propósito deste estudo foi comparar prospectivamente a cura da ferida em hemorroidectomias abertas e fechadas.

Setenta e sete pacientes com hemorroidas do terceiro grau foram randomizados para hemorroidectomia fechada (33 pacientes) e aberta (34 pacientes).

As feridas hemorroidárias foram fechadas com fio de polivícril 3-0. O período pré-operatório e a cura da ferida foram comparados semanalmente com exame externo e anuscopia.

Resultados. Não houve diferença no tempo operatório, níveis de dor pós-operatória, utilização de analgésicos, permanência hospitalar, ou taxas de complicações entre os dois métodos.

A cicatrização das feridas ocorreu mais rapidamente no grupo aberto ($4,9 \pm 0,4$ semanas) quando comparado com o grupo fechado ($6,9 \pm 0,7$ semanas; $p < 0,05$). Os autores atribuem este fato a oito pacientes do grupo da hemorroidectomia fechada que necessitaram de oito a 16 semanas para cicatrização completa da ferida.

Os autores concluem que a hemorroidectomia aberta pode levar a uma cicatrização das feridas mais precocemente, mas não influencia em outros parâmetros de morbidade pós-operatória.

•••

Hong Ho Y, Chui CH, Weng Eu K et al. *Randomized controlled trial of primary fistulotomy with drainage alone for perineal abscesses. Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1435-1438.

Este estudo prospectivo randomizado tem por objetivo comparar a fistulotomia primária com a simples drenagem para abscessos perianais.

Métodos. Cinquenta e dois pacientes com idade média de 40 anos foram randomizados para tratamento com incisão e drenagem (controle, 28 pacientes) ou fistulotomia primária (24 pacientes).

Os pacientes foram seguidos por um período médio de 15,5 meses. Manometria anorretal foi realizada antes, seis semanas e três meses após cirurgia.

Os resultados deste estudo mostraram que fístulas persistentes foram significativamente mais frequentes no grupo de pacientes com incisão e drenagem ($N = 7$; 25%) que fistulotomia ($N = 0$; $p = 0,009$). Um paciente de cada grupo apresentou abscesso residual necessitando de drenagens repetidas. Todos os pacientes estavam completamente continentemente. As pres-

sões do ânus depois de drenagens ou fistulotomias não foram significativamente diferentes. Tempo operatório, permanência hospitalar e tempo de cura completa da ferida foram os mesmos em ambos os grupos.

Concluem os autores que a fistulotomia primária no momento da drenagem para abscesso perianal resulta numa taxa reduzida de fístula persistente e nenhum risco adicional de incontinência fecal.

•••

Kearon C, Hirsch J. Currents concepts: management of anticoagulation before and after elective surgery. N Engl J Med 1997; 336: 1506.

Este interessante artigo revê as principais recomendações atualizadas para o tratamento de pacientes que necessitam de cirurgia e estão recebendo anticoagulantes por via oral. Pacientes com fibrilação atrial ou válvulas cardíacas mecânicas são grupo de risco para tromboembolismo venoso e arterial.

Os autores propõem recomendações baseadas nos riscos e benefícios previsíveis (dentro de um mês)

A um paciente com tromboembolismo venoso agudo recente que necessita de uma intervenção cirúrgica, é recomendado que o anticoagulante oral seja suspenso e heparina venosa administrada no pré e pós-operatório. Se o tromboembolismo venoso tem ocorrido dois ou três meses antes da necessidade de cirurgia, nenhuma heparina é recomendada, mas heparina pós-operatória é justificada.

Em pacientes com doença embólica arterial aguda, heparina endovenosa é recomendada no pré e pós-operatório.

Em pacientes com válvulas cardíacas mecânicas o tratamento com heparina subcutânea é recomendado no pós-operatório.

•••

Stevenson ARL, Stitz RW, Humley JW. Laparoscopic assisted resection rectopexy for rectal prolapse. Dis Colon Rectum 1998; 41: 46-54.

Os objetivos deste estudo foram descrever a técnica de ressecção e retopexia laparoscópica assistida e auditar os resultados clínicos, incluindo revisão dos resultados funcionais.

Métodos. Os dados foram prospectivamente coletados para tempo operatório, tempo de passagem de flatos e fezes, permanência hospitalar, morbidade e mortalidade.

Resultados. Durante um período de quatro anos, 34 pacientes foram submetidos a reparo laparoscópico do prolapso completo do reto, dos quais 30 pacientes foram submetidos a ressecção e retopexia laparoscópica assistida. O tempo operatório médio foi de 185 minutos, o pós-operatório foi de dois dias e a média de permanência hospitalar foi de cinco dias. A taxa de morbidade foi de 13% e de mortalidade foi de 3%. A comparação entre os

primeiros 10 pacientes e os últimos 10 pacientes submetidos a ressecção e retopexia laparoscópica revelaram uma redução significativa na média do tempo operatório (224 vs. 163 min; $p < 0,005$) e permanência hospitalar (6 vs. 4 dias; $p < 0,015$).

O follow-up médio foi de 18 meses e muitos pacientes (92%) relataram que a operação havia melhorado seus sintomas. A incontinência melhorou em 14 de 20 pacientes (70%) e constipação foi melhorada em 64 por cento.

Não houve recidiva do prolapso retal completo neste grupo, mas houve dois pacientes que apresentaram prolapso mucoso (7%), e foram tratados posteriormente.

Os autores concluem no seu estudo que ressecção e retopexia laparoscópica assistida é factível e segura, com taxa de recorrência e resultados funcionais aceitáveis quando comparados a relatos na literatura com a cirurgia aberta. Há um rápido retorno de função intestinal, associada com uma alta hospitalar precoce.

Comentário Editorial

Trata-se de um estudo muito bem realizado avaliando a realização por videolaparoscopia da retopexia associada à ressecção [retocólica para tratamento da procidência retal]. O número de casos (35) é significativo e os resultados muito bons, verificados pela melhora sintomática [(constipação, sensação de esvaziamento incompleto e força excessiva para defecar)], melhora da continência anal e poucos casos de prolapso (mucoso) residual. Os dados são comparáveis às melhores casuísticas. Relatam que o tempo de permanência hospitalar foi mais curto e os índices de complicações foram semelhantes quando comparados com a série histórica do Serviço, vantagens creditadas à via de acesso.

Afonso Henrique da Silva e Souza Júnior - TSBCP

•••

Sieleznoff I, Salle E, Antoine K., et al. Simultaneous bilateral oophorectomy does not improve prognosis of post menopausal women undergoing colorectal resection for cancer. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1299-1302.

O objetivo deste estudo foi avaliar prospectivamente o impacto da ooforectomia bilateral em mulheres pós-menopausa submetidas a ressecção para câncer colorretal com intenção curativa.

Métodos. No período de 1980 a 1990 a ooforectomia bilateral associada a ressecção colorretal foi proposta a cada paciente pós-menopausa.

Um total de 92 pacientes foram atendidos em dois grupos: *Grupo I:* incluía 41 pacientes que aceitaram a castração cirúrgica e *Grupo II:* dos restantes 51 pacientes que recusaram a castração.

Os resultados foram avaliados com um período de follow-up de 60 meses após a cirurgia, com 97,9% dos pacientes seguidos.

Resultados. Um paciente (1/41; 2,4%) tinha metástase ovariana detectada no espécime cirúrgico. Recorrência local e metástase a distância não foram afetados pela ooforectomia ($p = 0,73$; $p = 0,25$).

A taxa de sobrevida corrigida em cinco anos não é significativamente diferente nos pacientes submetidos a ooforectomia (81,6%) ou não (87,9%; $p = 0,62$).

Embora as metástases sincrônicas e metacrônicas para os ovários façam parte do curso natural do câncer colorretal, os autores concluem com seu estudo que a metástase ovariana sincrônica microscópica é rara no momento da ressecção curativa do câncer colorretal em mulheres na pós-menopausa. Porque a ooforectomia bilateral não modifica o prognóstico, este procedimento parece ser desnecessário no tratamento do câncer colorretal.

Comentário Editorial

Dr. Mauro Augusto Marchioli Júnior - TSBCP (Campinas)

Este estudo analisa assunto dos mais controversos e discute o real benefício da ooforectomia bilateral associada à ressecção do câncer colorretal.

A metodologia adotada pelos autores foi prospectiva NÃO randomizada, com exclusão de mulheres férteis e/ou ovários comprometidos macroscopicamente por tumor. Todos os pacientes foram submetidos a quimioterapia adjuvante e seguidos por 60 meses.

Os resultados apresentados são semelhantes aos da literatura quanto à frequência do achado de metástases nos ovários e sugestivos de que a ooforectomia bilateral não influi na sobrevida. No entanto estudo prospectivo randomizado é necessário para confirmar os resultados obtidos.

Nota: Permanece inconclusivo o valor profilático ou terapêutico da ooforectomia bilateral associada a cirurgia do câncer colorretal e principalmente a questão da ooforectomia nas mulheres em idade fértil.