
Campieri M, Ferguson A, et al. Oral budesonide is as effective as oral prednisolone in active Crohn's disease. Gut 1997; 41: 209.

Este estudo prospectivo randomizado com 178 pacientes compara a eficácia e os efeitos da budesonida oral (uma ou duas vezes ao dia) com prednisolona oral no tratamento de doença de Crohn ileocólica. O período de tratamento foi de 12 semanas.

Resultados. As taxas de remissão até 8 semanas foram de 60 por cento no grupo com budesonida uma vez ao dia, 60 por cento no grupo com prednisolona oral e 42 por cento no grupo com budesonida duas vezes ao dia. Os efeitos colaterais foram semelhantes em ambos os grupos.

Os autores concluem que as respostas ao tratamento da doença de Crohn ileocólica com budesonida e prednisolona oral foram semelhantes, assim como os efeitos colaterais, entretanto estes autores propõem o uso de budesonida oral como primeira opção baseados na premissa de que esta droga tem uma baixa sistêmica e uma depuração na primeira passagem pelo fígado.

Ahmad NR, Nagle D. Long-term results of preoperative radiation therapy alone for stage T₁ and T₂ rectal cancer. Br J Surg 1997; 84: 1445.

O objetivo deste trabalho retrospectivo foi avaliar a evolução clínica e os padrões de falha do tratamento em um grupo de pacientes com câncer retal localmente agressivo que foram tratados com radioterapia pré-operatória.

Setenta e quatro pacientes com lesões cT₃ e cT₄ foram tratados somente com radioterapia pré-operatória com dose média de 45Gy, seguidos de ressecção cirúrgica 4 e 8 semanas após o término da radioterapia. O follow-up médio foi de 90 meses com seguimento de pelo menos 60 meses. Os resultados mostraram que após o tratamento radioterápico a distribuição dos doentes por estágios do tumor foram: pT₀ (4%), pT₁₋₂ (26%), pT₃₋₄ (70%).

Trinta e dois por cento dos pacientes apresentaram gânglios positivos. As taxas de controle local com 5 e 10 anos foram 80 e 73 por cento respectivamente. O controle de metástase à distância foi menos eficaz com 5 e 10 anos, com taxas livres de doença de 64 e 51 por cento respectivamente.

A sobrevida doença específica em 5 e 10 anos foi de 73 e 50 por cento respectivamente. Os autores concluem neste estudo que radioterapia pré-operatória somente é efetiva no controle local do câncer retal, mas a pouca eficácia no controle da doença sistêmica sugere a necessidade de terapias adjuvantes associadas.

Chiotakakou-Faliakou E, Kamm MA, Turner IC, et al. Biofeedback provides longterm benefit for patients with intractable, slow and normal transit colonic. Gut 1998; 42: 517.

Este artigo avalia o sucesso a longo prazo do biofeedback no tratamento dos pacientes com constipação intestinal independente da causa, incluindo constipação com trânsito lento.

Prontuários de 100 pacientes foram analisados retrospectivamente referente aos dados de fisiologia anorretal e trânsito colônico coletados prospectivamente nos pacientes submetidos a biofeedback para constipação crônica.

Os resultados mostraram que necessidade de esforço evacuatório, manipulação retal digital e sensação de evacuação incompleta foram todos melhorados após o tratamento com biofeedback. Dor abdominal, meteorismo, uso de laxativos e supositórios também melhoraram após o feedback.

Concluem os autores que o biofeedback pode levar a melhora significativa a longo prazo no tratamento da constipação crônica. Estudo de trânsito colônico e testes de fisiologia anal não são fatores prognósticos de que o paciente responderá bem ao tratamento com biofeedback.

Neuhaus SJ, Watson DI, Ellis T, et al. Wound metastasis after laparoscopy with different insufflation gases. Surgery 1998; 123: 579.

Este estudo experimental usando modelo animal foi realizado para avaliar os efeitos de vários gases nas metástases nos locais dos trocartes.

Métodos. Foi utilizado um modelo de tumor estabelecido com desenvolvimento do tumor no flanco e retroperitônio em ratos Dark Agouti e então realizada laceração deste tumor por laparoscopia. Os ratos foram divididos em grupos dependendo do tipo de gás utilizado para o pneumoperitônio: CO₂, Óxido nítrico, Hélio ou ar. Os animais foram sacrificados no sétimo dia e os orifícios dos trocartes foram examinados para metástases.

Os resultados deste estudo referentes às metástases nos orifícios dos trocartes foram: N₂O, 20 de 36; ar 12 de 36; CO₂ 15 de 36; Hélio 1 de 36. Houve um menor risco de implantes nos locais dos trocartes estatisticamente significativa com o uso do gás Hélio (P < 0,0001). Não houve diferença com ar, NO₂ e CO₂. O crescimento do tumor não foi afetado pelos gases selecionados. Metástases outras que nos locais dos trocartes não foram observadas.

Os autores sugerem neste estudo que o uso do gás Hélio, um gás inerte, que tem sido usado clinicamente em laparoscopia sem incidentes, significativamente reduz o risco de implantes tumorais nos locais dos trocartes durante laparoscopia em modelo animal.

Evans DGR, Walsh S, Jeacock I, et al. Incidence of hereditary non-polyposis colorectal cancer in a population-based study of 1,137 consecutive cases of colorectal cancer. Br J Surg 1997; 84: 1282.

Os autores deste estudo retrospectivo procuraram determinar a proporção de câncer colorretal hereditário (determinado pela história familiar), baseados em uma população definida.

As histórias familiares de 1.137 pacientes com câncer colorretal de uma única instituição foram revisados e atualizados em um registro computadorizado. Aderência ao estrito critério de Amsterdã e a "falta" deste critério foram analisados. Dos pacientes analisados, 126 (11%) relataram um parente de primeiro grau com câncer colorretal e somente 3 (0,3%) pacientes preencheram totalmente o critério de Amsterdã e outros 16 (1,4%), estes critérios eram menos rigorosos.

Os autores sugerem neste estudo que a incidência atual de câncer colorretal não polipose hereditário (HNPCC), pode ser menor que os relatados na literatura.



Bernini A, Spenser MP, Wong WD, Rothenberg DA, Madoff RD. Computed tomography-guided percutaneous abscess drainage in intestinal disease: factors associated with outcome. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1009-1013.

Estes autores analisaram a eficácia da tomografia computadorizada na drenagem percutânea de abscesso intra-abdominal nas doenças intestinais.

Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 82 pacientes que apresentaram 111 abscessos. As causas destes abscessos incluíam: deiscência de anastomose (35%), complicações pós-operatórias sem deiscência (30%), doença diverticular (23%).

Completo sucesso com drenagem percutânea (sem necessidade de cirurgia) foi obtida em 53 de 82 pacientes (65%). Nove pacientes (11%) submetidos ao tratamento cirúrgico foram classificados como tendo sucesso parcial. Vinte e seis de 26 (100%) pacientes que apresentaram coleção de pus bem definida unilobular, foram drenados com sucesso pela técnica percutânea. Abscessos complexos, multilobulares, ou associados com fistula fecal apresentaram sucesso de 63 por cento após drenagem percutânea.

Os autores concluem que a drenagem percutânea de abscesso orientado por tomografia é uma técnica que leva a um alto grau de sucesso em pacientes com coleção purulenta intracavitária. Embora vários fatores complicadores podem estar associados com a diminuição das taxas de sucesso desta técnica, nenhum fator particular ou combinação de fatores foram especificamente responsáveis pelos resultados da técnica percutânea.



Williamson MER, Lewis WG, Sagar PW, et al. One stage restorative proctocolectomy without temporary ileostomy for ulcerative colitis: a note of caution. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1019-1022.

Este interessante artigo avalia a segurança da não utilização de ileostomia protetora na proctocolectomia com anastomose ileoanal com bolsa na retocolite ulcerativa.

Foram analisados prospectivamente 100 pacientes submetidos a cirurgia eletiva de proctocolectomia com anastomose da bolsa ileoanal com duplo grampeamento, com ou sem ressecção da mucosa anorretal, sendo 50 pacientes submetidos a cirurgia em um estágio sem ileostomia e 50 pacientes com ileostomia desfuncionalizante.

Resultados. Não houve mortalidade operatória nos 2 grupos. A incidência de complicações foi similar nos 2 grupos de pacientes. Complicações mais graves e ameaçadoras foram mais comuns no grupo que não apresentava ileostomia. Deste grupo sem ileostomia desfuncionalizante, 11 desenvolveram sepsis pélvica, mas em nenhum dos pacientes houve necessidade de reintervenção cirúrgica ($p < 0,02$). Reoperações de emergência foram necessárias em 11 pacientes sem ileostomia e somente 1 paciente com ileostomia ($p < 0,01$).

Os autores concluem neste estudo que a proctocolectomia com anastomose ileoanal em bolsa sem ileostomia desfuncionalizante está associada a um aumento do risco de complicações graves e ameaçadoras e portanto esta rotina não pode ser recomendada.



Jenner DC, Boer WB, Clarke E, Levitt MD. Retal washout eliminates exfoliated malignant cells. Dis Colon Rectum 1998;41: 1432-1434.

Neste estudo os autores comparam 2 grupos de pacientes sendo um grupo de pacientes em que o cirurgião lava rotineiramente o coto retal e outro grupo no qual o cirurgião não irriga o coto retal antes da realização da anastomose.

A irrigação foi feita através de cateter de foley intra-retal e o reto irrigado com 200 a 500 ml de solução fisiológica.

As anastomoses colorretais foram realizadas com grampeadores circulares e o grampeador e os anéis da anastomose foram lavados com 200 ml de solução fisiológica e enviada para exame de citologia para identificação de células neoplásicas ou não.

Dos 10 pacientes em que foi realizada a irrigação retal antes da anastomose nenhuma célula maligna foi identificada. Dos 10 pacientes em que a irrigação retal não foi realizada, oito (80%) apresentaram células neoplásicas na citologia ($p = 0,007$).

Os autores concluem que a irrigação retal elimina as células malignas exfoliadas no reto e próximo da anastomose.

Comentário Editorial: Dr. Sérgio Carlos Nahas

Trata-se de procedimento simples, eficaz, e econômico não alterando a metodização das anastomoses colorretais.

Habitualmente após delimitar a área da anastomose abaixo do tumor, aplicamos uma pinça oclusiva a este nível, procedendo por via anal à lavagem do reto com o intuito de remover restos de material fecal, procurando assim evitar contaminação da pélvis quando da realização da anastomose mecânica.

Não realizamos a lavagem do reto com o intuito da remoção de células cancerígenas porém o artigo de Jenner e col., demonstra que tal fato ocorre. Isto faz com que passemos a executar essa lavagem agora com dupla finalidade.

Respeitando-se os preceitos e as normas técnicas para a cirurgia do reto, raramente teremos recidiva na linha de anastomose. Quando isto ocorre é, na maioria das vezes decorrente de falha técnica cirúrgica utilizada.

Fürstenberg S, Godman S, Machado M, Jarhult. Minilaparotomy approach to tumors of the right colon. Dis Colon Rectum 1998; 41: 997-999.

Os autores descrevem os resultados do acesso por minilaparotomia para ressecção dos tumores do cólon direito. Neste estudo, os autores definem a minilaparotomia quando a ressecção completa pode ser realizada através de uma incisão menor que 10 cm.

Quarenta e sete pacientes foram submetidos a ressecção do tumor de cólon direito, com retorno da função intestinal após 2 dias para gases e evacuação com 4 dias. Analgésicos foram necessários durante os 3 primeiros dias de pós-operatório.

Complicações ocorreram em 10 pacientes (21%), sendo necessária reoperação em 4 (8,5%) pacientes. Não houve mortalidade neste grupo.

Tumores menores que 10 cm foram mobilizados por minilaparotomia, e esta técnica permite uma ampla ressecção ganglionar. Não houve recorrência local durante o curto período de seguimento (média de 16 meses).

Os autores concluem que a técnica de minilaparotomia para tumores do cólon direito pode ser uma alternativa atrativa para a cirurgia colônica convencional.

Comentário Editorial: Prof. Dr. Peretz Capellhuchnik

A experiência dos autores suecos com a minilaparotomia é sem dúvida um caminho alternativo que compete com a

cirurgia convencional e a laparoscópica e com a qual nos identificamos.

Em 1995 comunicamos no Congresso da Sociedade Brasileira de Coloproctologia experiência semelhante com menor casuística mas com acesso a diferentes segmentos do cólon.

A idéia que tivemos partiu da cirurgia laparoscópica assistida. Ahamos que com as mesmas incisões poderíamos sem uso da laparoscopia conseguir resultados semelhantes.

Assim a minilaparotomia seria a técnica de escolha em situações seletivas: nos tumores menores (3 - 8 cm) e localizados em áreas privilegiadas; cólon direito, transverso e sigmóide que são mais facilmente mobilizáveis.

As contra-indicações seriam: tumores grandes, fixos, disseminação tumoral, obesos e localização desfavorável.

As incisões por nós praticadas variaram entre 3,6 e 9 cm com a média de 6 cm.

A pele deve ser amplamente mobilizada e a dissecação é alternante; proximal e distal ao tumor.

Cuidados com a parede para evitar implantes celulares devem ser lembrados.

As intervenções foram realizadas com material convencional e por vezes a iluminação foi difícil.

As vantagens a usufruir seriam:

1) Melhor estética

2) Profilaxia das eviscerações

3) Menor perda sangüínea e redução do uso de fluidos no pós-operatório.

4) Estar dentro de princípios oncológicos aceitáveis

5) Retorno mais precoce ao trabalho.

A ressecção tumoral, margens de segurança e número de gânglios obtidos foram semelhantes às das operações convencionais.

Os resultados obtidos pelos suecos bem como nossa experiência preliminar demonstraram que o procedimento é um refinamento técnico que deve ser incluído no que chamamos de arte da cirurgia colorretal.