
PANDINI LC. Resumo de Artigos. **Rev bras Coloproct**, 2007;27(1): 101-102.

Mamba Y, Itabash M, Hiposawa T. et al. Follow up and recurrence of T1 colorectal cancer. *Int Surg* 2006; 91: 12-16

Este estudo foi realizado para analisar as características patológicas e clínicas do câncer colorretal T1. Foram avaliados 223 pacientes.

A recidiva da doença ocorreu em oito (3%) destes pacientes. Os locais de origem foram cólon ascendente (n=1), cólon sigmóide (n=2) e reto (n=5). Foram realizados 3 ressecções locais pelo ânus e 5 ressecções colônicas com linfadenectomia, sendo observada metástase ganglionar em 80% dos casos recidivados contra 11% dos casos sem recorrência. O tempo médio de recidiva foi inferior a 36 meses em 88% dos casos. Os autores concluem que o seguimento cuidadoso dos pacientes é necessário nos primeiros 3 anos após tratamento do câncer colorretal T1.

Takanori G, Obata S, Inove T, et al. Clinic Pathological Study of the Colorectal Mucinous Carcinomas. *Int Surg* 2006; 91: 352-357

Este estudo de revisão foi realizado para caracterizar os fatores clinicopatológicos dos carcinomas colorretais mucinosos. De 607 pacientes com câncer colorretal, um grupo de 20 pacientes (3.3%) e um grupo controle de 553 pacientes foram incluídos neste estudo.

Os carcinomas mucinosos foram sub classificados em 2 tipos para analisar parâmetros clinicopatológicos e os resultados: tipo papilotubular e o tipo mucocelular. O tipo mucocelular mostrou taxa maior de invasão venosa, metástase linfonodal, metástase hepática, disseminação peritoneal e frequência alta de câncer estágio III e IV, que o tipo papilotubular. O tipo mucocelular apresentou taxa de sobrevida significativamente pior

(27%) comparado com 60% do tipo papilotubular. Os tumores mucinosos progridem mais rapidamente, e tem um pior prognóstico que o câncer controle (não mucinosos).

Eke N, Jebbin NJ. Abdominal Wound. Dehiscence: A review. *Int Surg* 2006; 91: 276-287

Este estudo de revisão teve como objetivo identificar os fatores clínicos, etiológicos e preventivos da deiscência da ferida abdominal. A pesquisa foi realizada no Medline de 1966 a 2004.

Os dados extraídos da pesquisa incluíram: nome dos autores, sinais e sintomas da deiscência da ferida, idade dos pacientes, etiologia presumível da deiscência, métodos de fechamento da parede abdominal e complicações e resultados do tratamento da deiscência. Os autores concluem que os fatores predisponentes são relacionados ou ao paciente ou ao cirurgião. Apesar das várias tipos de incisões e materiais de sutura, a controvérsia permanece, com nenhum consenso sobre o método ou material ideal para o fechamento da parede abdominal na prevenção da deiscência da ferida cirúrgica.

Balaguera JC, Segovia JC, Gamarra LP et al. Colovesical Fistula Complicating Diverticular Disease: One Stage resection. *Int Surg* 2006; 19:17

Os autores analisaram os resultados do tratamento da fístula colo vesical que é o tipo mais comum de fístula (65%) associada a doença diverticular complicada do sigmóide. O tratamento consistiu na ressecção do sigmóide com anastomose primária e sutura da bexiga

com interposição de epiploon ou ressecção da fístula e fechamento da bexiga. Os autores não recomendam a colostomia derivativa ou a operação de Hartmann devido ao não tratamento definitivo da fístula e a possibilidade de complicações adicionais.

Lupinacci RA et al. Videolaparoscopia na Doença Diverticular. Consensos. Boletim CBC Edição Especial 2006. Rev. Col. Bras. Cir 2006;33 (6)

Este interessante artigo mostra o resultado do consenso sobre a Videolaparoscopia na doença diverticular. Este consenso foi elaborado por cirurgiões com experiência em videocirurgia, pertencentes à Sociedade Brasileira de Coloproctologia e Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Foram discutidos os seguintes assuntos: definições e epidemiologia; via de acesso para o tratamento cirúrgico de urgência da diverticulite aguda do sigmóide; preparo intestinal no tratamento eletivo; via de acesso no tratamento eletivo e na forma hemorrágica da doença diverticular; avaliação intra-operatória do nível distal de ressecção e indicações de conversão.