

## RESPOSTAS DO TESTE DE AUTO-AVALIAÇÃO

---

### 1. A resposta correta é a letra B.

A infiltração retal por neoplasias prostáticas é tida como extremamente rara, devido à proteção dada pelo fâscia de Denonvilliers, que atua como uma barreira eficiente entre os dois órgãos. Apesar disso, um estudo combinando vários estudos clínicos e de autópsia mostrou uma incidência média de 4%. Em algumas situações o paciente não tem o diagnóstico prévio de neoplasia prostática e abre o quadro clínico com sintomas intestinais decorrentes da compressão e/ou perfuração para o reto. A determinação da origem do tumor pode ser difícil através dos métodos convencionais, e mesmo o estudo histopatológico convencional pode não diferenciar com certeza entre os dois tipos de adenocarcinoma. Nessa situação a imunohistoquímica pode fechar o diagnóstico quanto à origem do tumor, e isso tem importantes implicações terapêuticas.

- Bowrey DJ, Otter MI, Billings PJ. Rectal infiltration by prostatic adenocarcinoma: report on six patients and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl* 2003;85:382-385.
- Hoffman JR, Firoozmand E, Luthringer DJ, et al. Carcinoma of the Prostate with Aggressive Rectal Invasion. *Am Surg* 2009; 75: 434-6.

### 2. A resposta correta é a letra D.

### 3. A resposta correta é a letra E.

A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo não obstétrico durante a gravidez. Ocorre em torno de 1:1500 gestações, e essa taxa de incidência é semelhante à da incidência em mulheres não grávidas da mesma idade. O diagnóstico preciso é mais difícil, devido às mudanças anatômicas e às respostas fisiológicas inflamatórias normais da gravidez, além da similaridade dos sinais e sintomas, como dor abdominal, náuseas e vômitos. As laparotomias negativas para apendicite aguda na gravidez ocorrem em 25 a 50% dos casos, comparando com 15 a 35% na população não grávida. Apesar disso, a demora em operar é um dos principais preditores de desfecho ruim, com a morte fetal ocorrendo em 1,5 a 4% dos casos não complicados e em 20 a 35% dos casos de “apêndice roto”. Tem

sido relatada diminuição da defesa e da dor à descompressão, possivelmente devido ao afastamento do apêndice da parede abdominal.

Mulheres grávidas costumam apresentar leucocitose fisiológica, às vezes até com desvio para a esquerda. Embora náuseas e vômitos sejam eventos comuns na população obstétrica, elas tendem a ocorrer mais no princípio da gravidez. Quando ocorrem após o primeiro trimestre devem ser investigadas porque são os sintomas mais frequentemente relatados em pacientes com apendicite.

O acesso laparoscópico está sendo usado cada vez mais frequentemente para o diagnóstico e manuseio de pacientes grávidas com suspeita de apendicite aguda. O pneumoperitôneo deve ser feito com cuidado, principalmente quando o fundo de útero chega ao nível da cicatriz umbilical. Nessa situação pode se optar pela técnica de inserção aberta do trocar (Hasson) ou pela introdução em um ponto mais alto. Após o pneumoperitôneo a paciente deve ser rodada para uma posição de decúbito lateral ou oblíquo esquerdo para descomprimir a veia cava, a insuflação de Co2 deve manter a pressão intra-abdominal em torno de 12 mmHg (que é também bem tolerada pelo feto), e a pressão arterial sistólica deve ficar em no máximo 20% a menos do que o seu basal. O CO2 deve ser monitorado com capnógrafo. Embora mais facilmente realizada no primeiro trimestre da gravidez e início do segundo, a laparoscopia a partir daí vai depender bastante da experiência do cirurgião. Embora muitos recomendem um limite de 26 a 28 semanas, têm sido relatadas apendicectomias laparoscópicas com sucesso após 30 semanas de gestação. Nas situações com apêndice roto e peritonite generalizada a mortalidade fetal aumenta para até 35% (contrastando com até 4% em apêndices não rotos) e existe também aumento das complicações para a mãe; nessa situação a abordagem deve ser por laparotomia convencional.

- Brown JJS, Wilson C, Coleman S et al. Appendicitis in pregnancy: an ongoing diagnostic dilemma. *Colorectal Disease* 2009;11: 116-122.
- Kilpatrick CC, Orejuela FJ. Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:534-539.
- Stone K. Acute Abdominal Emergencies Associated with Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45:553-561.

#### 4. A resposta correta é a letra D.

As fístulas enterocutâneas, de delgado e cólon, constituem um dos desafios mais importantes para o cirurgião colorretal. Em conjunto, menos de 25% fecharão espontaneamente, o restante necessitando reparo cirúrgico. As maiores taxas de recidivas após cirurgia estão classicamente relacionadas à presença de doença inflamatória intestinal, e à localização no intestino delgado. Mais recentemente tem se mostrado que a ressecção com nova anastomose mostra resultados melhores que a simples sutura da fístula. Também o tempo de reparo da fístula, que, se por um lado não deve ser muito curto, afim de permitir estabilização do paciente, tratamento da

sepsis e dos distúrbios nutricionais, por outro também não deve exceder 36 semanas, quando a taxa de recidiva aumenta. Esses melhores cuidados de suporte têm diminuído as taxas de mortalidade, mas as de recidiva pós-operatórias continuam altas, variando de 9 a 33%.

- Brenner M, Clayton JL, Tillou A, et al. Risk Factors for Recurrence After Repair of Enterocutaneous Fistula. *Arch Surg* 2009;144:500-505.
- Lynch AC, Delaney CP, Senagore AJ et al. Clinical Outcome and Factors Predictive of Recurrence After Enterocutaneous Fistula Surgery. *Ann Surg* 2004;240:825-831.