

Holmstrom B, Broden G, Dolk A – Results of the Ripstein operation in the treatment of rectal prolapse and internal rectal procidentia. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 845-848.

Os autores analisam 108 pacientes (100 mulheres e 8 homens) tratados num período de 15 anos (1968-1983) pela operação de Ripstein para correção de prolapso retal completo (82) e procidência retal interna associada a incontinência anal (26). O diagnóstico foi confirmado pela cineradiografia do reto em todos os casos e foi possível diagnosticar enterocele coexistente. O tempo médio de seguimento foi 6,9 anos. A taxa de mortalidade, complicação e recorrência foi de 2,8%, 3,7% e 4.1%, respectivamente. A continência e a evacuação foi avaliada em 92 pacientes (Tabela abaixo).

	Continência (N=92)		Defecação (N = 92)	
	Pré-op	Pós-op	Pré-op	Pós-op
Boa	32	66	53	47
Interm.	23	17	14	5
Ruim	37	9	25	40
	p < 0,001		p < 0,05	



Wexner SD, Smithy WB, Milsom JW, Dailey TH – The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 719-723.

Os autores analisam os prontuários de 340 pacientes portadores de AIDS ou pré-AIDS (“AIDS-related com-

plex-ARC ou AIDS-prodrome-AIDS-p) tratados no St. Luke's-Roosevelt Hospital Center no período de janeiro-1982 a abril-1986. O propósito do trabalho é identificar pacientes com patologia anorretal com alto risco de desenvolver AIDS, determinar a frequência e incidência de doença anorretal e estabelecer adequado tratamento. Cento e dezesseis dos 340 pacientes (34%) tinham patologia anorretal (fissuras, fístulas, abscessos, condilomas, proctites, linfomas, carcinomas, e sarcoma de Kaposi); 114 eram do sexo masculino e 112 eram homossexuais ou bissexuais. A idade média foi de 40 anos (25-57). Quinze por cento (52) apresentavam como patologia anorretal antes do diagnóstico de AIDS, ARC ou AIDS-p. Mais de 50% deste grupo morreu em 7,4 meses do início dos sintomas. Cinquenta e um pacientes (15%) foram submetidos a 73 operações (19 com AIDS e 32 com ARC ou AIDS-p). Setenta e seis por cento deste grupo tinham um ou mais fator de risco (45 casos de doença venérea retal recorrente – gonorréia, sífilis, herpes, condiloma – e 57 casos de infecção enterocolônica – hepatite, candidíase, amebíase, giardíase). A cicatrização da ferida operatória ocorreu em somente 12% dos casos (1 mês) e 43% dos pacientes morreram nos primeiros seis meses após a operação. No total 88% dos pacientes tiveram problemas de cicatrização ou morreram. A mortalidade pós-operatória (30 dias) foi de 18% e não foi relacionada a operação. Leucopenia é um significativo indicador de complicação pós-operatória.

Os autores advogam o tratamento não cirúrgico das patologias anorretais para os pacientes com AIDS, ARC ou AIDS-p; nos casos com múltiplos fatores de risco o tratamento cirúrgico deve ser indicado com grande cautela. *J. Reinan Ramos.*



Wolmark N, Fisher B – An analysis of survival and treatment failure following abdominoperineal and sphincter-saving resection in Dukes B and C rectal carcinoma. A report of the NSABP clinical trials. *Ann Surg* 1986; 204: 480-487.

Os autores avaliam a eficácia das operações com preservação dos esfíncteres (OPE) versus a ressecção abdominoperineal do reto (RAP), para o tratamento dos pacientes com câncer do reto através de dados de um estudo prospectivo e randomizado realizado pelo "National Surgical Adjuvant Project for Breast and Bowel Cancer (NSABP)", primariamente desenhado para avaliar a utilidade da Químio e Radioterapia pós-operatória (Câncer retal Dukes B e C). Eles estudaram a recidiva local, o tempo livre de doença, a sobrevida e a margem distal de ressecção. Duzentos e trinta e dois pacientes foram submetidos a RAP e 181 a OPE (82 anastomoses mecânicas e 99 manuais). O tempo médio de seguimento foi de 48 meses. A recidiva local (pélvica e a anastomótica) foi de 5% e 13% nos pacientes submetidos respectivamente a RAP e a OPE ($p = 0,0002$). Entretanto, as metástases a distância ocorreram em 39% e em 24% dos pacientes submetidos respectivamente a RAP e a OPE. A tabela abaixo mostra os resultados das duas operações e revela diferença estatística significativa com relação ao risco de recidiva ($p^* = 0,07$) e morte ($p = 0,02$) somente nos pacientes com mais de quatro gânglios positivos.

	RAP		OPE	
	Recidiva	Óbito	Recidiva	Óbito
Pac.	103/232	79/232	70/181	52/181
Dukes B	26/ 86	15/86	13/60	8/ 60
Dukes C	77/146	64/146	57/121	44/121
1-4 N+	32/ 78	25/ 78	28/ 69	22/ 69
> N+	34/ 51	29/ 51	21/ 41	15/ 41
Diâmetro T				
< 6 cm	48/124	35/124	46/126	31/126
> 6 cm	36/ 77	28/ 77	14/ 37	12/ 37

A margem distal de ressecção (< 2 cm, 2-2,9 cm, e > 3 cm) foi analisada nas OPE e não demonstrou diferença estatística significativa quanto à falha global do tratamento e a sobrevida. Isto ocorreu apesar da recidiva local ser maior no grupo com < 2 cm (22%) do que no grupo > 3 cm (12%). *J. Reinan Ramos.*

Ekberg H, Tranberg KG, Anderson R, Jeppsson B, Bengmark S - Major liver resection: perioperative course and management. *Surgery* 1986; 100: 1-7.

Trabalho realizado na Universidade de Lund, Suécia (1976-1984). Oitenta e um pacientes (34 homens e 47 mulheres) foram submetidos a ressecções hepáticas. Setenta e quatro pacientes tinham doença maligna (carcinoma hepatocelular, 9; colangiocarcinoma, 8; tumor primário, 3; metástase por câncer colorretal, 44; e outras metástases, 10) e 7 tinham um tumor hepático benigno. Todos os

pacientes receberam glicose (100 g) no pré-operatório e 57 fizeram antibioticoterapia profilática. As operações realizadas foram: 10 segmentectomias laterais esquerdas, 20 lobectomias esquerdas, 37 lobectomias direitas e 14 trisegmentectomias direitas. A ligadura prévia dos vasos e ductos biliares foi realizada em somente 29 pacientes e não foi utilizado o clampeamento da veia porta ou artéria hepática. O tempo operatório médio foi 4 h e 45 min e a média de transfusões por paciente foi oito unidades de sangue total ou papa de hemácias. No pós-operatório não foi constatada hipoglicemia devido à infusão de glicose no pré-operatório; a albumina sérica caiu moderadamente e subiu no final da primeira semana. Os fenômenos hemorrágicos não foram verificados devidos a reposição adequada de plasma fresco, concentrado de plaquetas durante o ato cirúrgico. A mortalidade operatória foi de 4,9%. Complicações importantes ocorreram em 14 pacientes (17%), porém a incidência total de complicações foi de 33%. A sobrevida dos pacientes com carcinoma hepatocelular e colangiocarcinoma foi de 30 e 10 meses respectivamente, e dos pacientes com metástases por câncer colorretal foi de 20 (5-110) meses. *J. Reinan Ramos.*

Yanaga K, Kanematsu T, Sugimachi K, Takenaka K - Intraperitoneal septic complications after hepatectomy *Ann Surg* 1986; 203: 148-152.

São analisados 149 pacientes submetidos a ressecções hepáticas eletivas num período de 12 anos (1973-1984), sendo em 96,6% dos casos devido a neoplasias malignas (Ca hepatocelular (125); metástase colorretal (11)). As ressecções hepáticas parciais predominaram, sendo realizadas em 78 pacientes, seguida pela lobectomia direita (28), segmentectomia (21), lobectomia esquerda (13) e lobectomia direita alargada (9). A antibioticoterapia, constando de cefalosporina somente ou associada a aminoglicosídeo, foi iniciada após a operação e mantida por sete dias. Ocorreram 19 casos de infecção intraperitoneal pós-operatória (12,6%), sendo 16 na forma de abscesso subfrênico e três casos de peritonites. Os tipos de operações mais freqüentemente associados a esta complicação foram hepatectomia direita e direita alargada em pacientes com Ca hepatocelular. Foram considerados fatores predisponentes a idade (> 65 anos) Tempo operatório (superior a 5 h), perda sangüínea per-operatória (igual ou superior a 3 litros), além da existência de hemorragia pós-operatória requerendo laparotomia. O diagnóstico definitivo de infecção pós-operatória foi obtido através da cultura da secreção obtida pela drenagem do subfrênico ou pela punção aspirativa. O tratamento desta complicação foi realizado através de drenagem, com ou sem irrigação, associada a antibioticoterapia. Apesar disto, dos 19 pacientes, 13 evoluíram para óbito devido a insuficiência hepática progressiva. Os autores defendem a cultura periódica da secreção de drenagem como método de valor diagnóstico precoce desta complicação. *Mauro Pinho.*

Higgins GA, Humphrey EW, Dwight RW, Roswit B, Lee Jr. LE, Keehn RJ - Preoperative radiation and surgery for cancer of the rectum. Veterans Administration Surgical Oncology Group Trial II. *Cancer* 1986; 58: 352-359.

Neste estudo prospectivo e randomizado, 361 pacientes do sexo masculino com diagnóstico histológico de adenocarcinoma do reto são analisados. Cento e quarenta e nove pacientes foram tratados com ressecção abdominoperineal do reto (RAP) e 153 com radioterapia pré-operatória (3.150 rads) e RAP. As reações da radioterapia foram moderadas (diarréia, cistite, etc.), porém ocorreram em 80% dos casos. As complicações pós-operatórias e a mortalidade operatória (30 dias) foram similares nos dois grupos (38%, complicações, e 0,6% e 2,5%, mortalidade). A sobrevida de cinco anos para os pacientes submetidos a RAP "curativas" foi a mesma nos dois grupos (50%). A incidência de linfonodos com metástase nas peças ressecadas foi de 34% no grupo submetido a radioterapia pré-operatória e RAP e 40% no grupo submetido a somente RAP. A recidiva também foi semelhante nos dois grupos (8,5% e 8,6%). *J. Reinan Ramos.*



Heimann TM, Szporn A, Bolnick K, Aufses AH Jr. - Local recurrence following surgical treatment of rectal cancer: comparison of anterior and abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 862-864.

Foram analisados 320 pacientes portadores de adenocarcinoma do reto, localizados até 20 cm da margem anal, operados no Mount Sinai Hospital (1973-1982). Foram excluídos do estudo pacientes portadores de RCUI, polipose familiar, tumores múltiplos ou com metástases a distância e aqueles com doença residual após ressecção. A doença residual foi definida como presença de tumor na pelve e foi documentada por biopsia em 90% dos casos. Foram analisados dois grupos de pacientes: 202 (63%) submetidos a ressecção anterior do reto (RAR) e 118

(37%) a ressecção abdominoperineal do reto (RAP). Em 23 pacientes (7%) o tumor invadia até a submucosa, em 197 (62%) invadia toda a parede, porém sem comprometimento ganglionar, e 100 (31%) apresentavam metástases ganglionares. A recorrência pélvica foi diagnosticada num seguimento médio de 22 meses em 52 pacientes (16%). Destes, 28 (54%) apresentavam também metástases a distância. Trinta e dois pacientes eram do grupo tratado pela ressecção anterior (16%) e 20 do grupo tratado pela RAP (17%). O tamanho e a diferenciação do tumor não foram importantes na determinação da recidiva local. O grupo de maior índice de recorrência foi aquele com metástases ganglionares (24%). No grupo em que o tumor invadia a parede, porém sem comprometimento ganglionar, a recidiva local foi de 14%. Cinco dos 14 pacientes (36%) submetidos a RAR com margem distal menor que 1 cm desenvolveram recidiva local. Margens distais maiores que 2 cm não diminuíram a incidência da recidiva local. *Julio C. O. Correa.*



Sischy B - Intraoperative electron beam radiation therapy with particular reference to the treatment of rectal carcinomas - primary and recurrent. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 714-718.

O autor propõe o uso da radioterapia intra-operatória (RTIO) para complementar o tratamento dos pacientes com carcinomas retais visando aumentar o controle local da doença e a possibilidade de cura. A RTIO é indicada nos tumores com invasão local sem metástases ganglionares, metástases peritoneais ou a distância, e nas recidivas locais; o volume do tumor residual deve ser acessível ao aplicador, e a "performance status" do paciente deve ser suficiente para permitir a cirurgia. A dose única de RTIO é de 1.750 a 2.000 rads (Acelerador Linear) e pode ser precedida de 4.000 a 5.000 rads no pré-operatório ou complementada com 4.000 a 5.000 rads no pós-operatório. A sobrevida de 3-5 anos nos casos com invasão local é de aproximadamente 50% e nas recidivas é de 40%. A incidência de complicações pós-operatórias não aumenta com a RTIO. *J. Reinan Ramos.*