

*Windle R, Bell PRF, Shaw D* – Five-year results of a randomized trial of adjuvant 5-fluorouracil and levamisole in colorectal cancer. *Br J Surg* 1987; 74: 569-572.

Estudo randomizado para avaliar o valor da quimioterapia (5-FU) e imunoterapia (Levamisole) no pós-operatório de 141 pacientes operados eletivamente com câncer colorretal. O estudo foi realizado com três grupos similares de pacientes: A – Controle (45), B – 1 g de 5-FU EV (3 dias PO) + 1 g de 5-FU VO semanal/ 6 meses (42), e C – Igual B + 15 mg levamisole VO nos 3 primeiros dias de PO (44). Os pacientes foram seguidos por cinco anos e a sobrevida foi estatisticamente significativa para o grupo C. Morte devido a recidiva ocorreu em 20 pacientes (44%) do grupo A, 22 pacientes (52%) do grupo B e 14 pacientes (32%) do grupo C. A recidiva local foi similar nos três grupos (8-8-5%); metástases pulmonares foram diagnosticadas em três pacientes do grupo B e em quatro do grupo C; 12 pacientes do grupo A, 11 do grupo B e cinco do C tiveram metástases hepáticas. Alopecia foi observada em seis pacientes de cada grupo (B-C) e neutropenia em 12 e 10 pacientes respectivamente. *J Reinan Ramos.*



*Irving AD, Scrimgeour D* – Mechanical bowel preparation for colonic resection and anastomosis. *Br J Surg* 1987; 74: 580-581.

Os autores apresentam os resultados de uma série de 72 pacientes operados de urgência (19) ou eletivamente

(53) e submetidos a colectomias com anastomoses primárias. NENHUM tipo de preparo mecânico do cólon foi utilizado; apenas antibioticoterapia (cefuroxime – 750 mg e metronidazol – 500 mg), dose única, endovenosa, na indução da anestesia. Não foram usados drenos, colostomias de proteção, nem sonda nasogástrica, e líquidos por via oral foram liberados nas primeiras 24 horas. Somente seis pacientes (8,3%) apresentaram infecção de parede; três (5,7%) das infecções de parede ocorreram nos 53 casos eletivos e três (16%) nos 19 casos operados de urgência, sendo dois (22%) nos nove pacientes com doença diverticular. Um paciente necessitou de SNG. Nenhum caso de fístula clínica foi diagnosticado. Dois pacientes faleceram no pós-operatório (IAM e AVC). *J. Reinan Ramos.*



*Nicholls RJ, Lubowski DZ* – Restorative proctocolectomy: the four loop (W) reservoir. *Br J Surg* 1987; 74: 564-566.

Os autores apresentam os resultados clínicos obtidos com o reservatório em W (quatro alças de 12 cm de comprimento) no período de março/83 a março/86. Sessenta e quatro pacientes foram submetidos a colectomias totais e anastomoses íleo-anais com bolsa em W por polipose familiar (6) ou retocolite ulcerativa (57). A mortalidade operatória foi zero e o reservatório foi excisado em um caso (1,6%). Quatro casos (6%) desenvolveram deiscência parcial com sépsis pélvica. Oito casos (13%) foram operados de obstrução por aderências. Estenose anastomótica ocorreu em quatro pacientes (6%) e fístula anal em dois (3%). A taxa de infecção de parede foi de 13%. O número de evacuações/24 horas variou de 1 a 8 (média de 3,3) com sete pacientes (14%) tendo mais de uma evacuação noturna por semana. A continência foi

normal em 92% dos pacientes e o restante apresentou "minor soiling". Não houve perda de ereção, ejaculação ou distúrbios urinários. Todos os pacientes evacuaram espontaneamente. *J. Reinan Ramos.*



*Varma JS, Browning GGP, Smith AN, Small WP, Siracus W.* – Mucosal proctectomy and colo-anal anastomosis for distal ulcerative proctocolitis. *Br J Surg* 1987; 74: 381-383.

Os autores avaliam os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico (Ressecção + Proctectomia mucosa + Anastomose colo-anal – Parks) de quatro pacientes portadores de colite ulcerativa do cólon esquerdo e reto. A mortalidade operatória foi zero. O seguimento variou de 12 a 66 meses. Recidiva de colite ulcerativa no neo-reto, com extensão ao cólon proximal, ocorreu em todos os pacientes em seis meses (média). Em três pacientes foi necessário realizar uma proctocolectomia total com ileostomia e em um caso a recorrência foi controlada com medicamentos. Concluem que esta operação é inadequada para o tratamento de retocolite ulcerativa segmentar. *J. Reinan Ramos.*



*Jeekel J* – Can radical surgery improve survival in colo-rectal cancer? – *World J Surg* 1987; 11: 412-417.

Segundo o autor, o objetivo dos futuros estudos prospectivos deverá ser a melhor técnica suscetível de prevenir metástases a distância e principalmente recidivas de tumoração local em câncer colorretal. Para que tal aconteça, convém que se realize uma ressecção radical da zona tumoral, que se reduza ao mínimo a possibilidade de uma recidiva ao nível da sutura, e que se evite a permanência de gânglios e tecidos vizinhos acometidos de células cancerosas. Somente a linfadenectomia pélvica não parece mostrar um grande benefício nos estudos retrospectivos, porém, quando há invasão peritumoral, a ressecção em bloco merece ser realizada quando se deseja uma boa sobrevida e esta pode ser obtida com uma mortalidade baixa (ao redor de 3% na série do autor). Segundo o mesmo, em uma série prospectiva randomizada de 236 pacientes operados com a técnica de "no touch" preconizada por Turnbull, a frequência de metástases hepáticas recidivadas foi significativamente menor do que a daquele grupo submetido à técnica convencional, particularmente nos casos onde havia angioinvasão tumoral. Pode-se observar que a prevenção das recidivas locais e a distância

depende sobremaneira da extensão de ressecção local do tumor e dos órgãos vizinhos e que os procedimentos de conservação esfinterianos dependerão, segundo o autor, das chances de resíduo local calculado mais ou menos instintivamente pelo cirurgião, evidenciando assim a importância da biópsia de congelamento intra-operatório. *Fernando Cordeiro.*



*Béthoux JP* – Traitement chirurgical des rectocèles. *Ann. Gastroentérol. Hépatol.* – Progrès en coloproctologie, 1987; 23, nº 4, 217-220.

A retocele é um processo herniário exteriorizado através da vagina e preenchida por uma expansão da face anterior do reto. Habitualmente o colpocistograma evidencia somente uma protrusão da imagem retal sobre a parede posterior da vagina e por vezes nota-se uma ptose retal associada. Segundo o autor, o aparecimento isolado desta patologia é raro, sendo que a frequência maior é a ocorrência concomitante de um prolapso genital. O autor lembra que o quadro sintomático é pobre, sendo característico o informe de uma reintegração manual do volume vaginal para a obtenção da exoneração fecal e da necessidade de uma exploração radiológica e endoscópica do reto a fim de despistar alguma patologia anorretal ou cólica associada. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas são a correção pela via vaginal (colpoperineomiorrafia posterior), cujo objetivo é a miorrafia dos elevadores do ânus e retirada do excesso de mucosa vaginal e a correção endorretal proposta por Sullivan em 1968 e difundida recentemente por Khubchandani e Sehapayak, que efetua uma retorráfia muscular e da fásia retal através do descolamento da mucosa anterior na área da retocele. Este acesso facilita a correção de outras patologias anorretais associadas, porém não permite a correção de um prolapso uterino eventual. A colpoperineomiorrafia posterior apresenta um índice de recidiva de 3 a 4% no máximo, porém com uma incidência de até 10% de dispareunia, enquanto que a correção por via retal oferece mais de 90% de bons resultados com até 7% de complicações, que variam desde a recidiva até a infecção e fístula retovaginal. O autor conclui que, apesar de uma eficácia idêntica para ambas as técnicas cirúrgicas, estas devem ser utilizadas em pacientes distintos para a correção de patologias associadas. *Fernando Cordeiro.*



*Libeskind M* – Traitement non chirurgical des hemorroides. *Ann Gastroentérol Hépatol* – Progrès en coloproctologie, 1987; 23, nº 4, 213-216.

O tratamento das hemorróidas comporta um sem-nú-

mero de meios médicos e instrumentais. Se não existe um tratamento médico real, inúmeros são os medicamentos propostos com a intenção de agir sobre os sintomas ou fatores causais do problema hemorroidário. Os autores apresentam os vários tratamentos clínicos, como os flebotônicos e vasculotrópicos, cuja ação é mais antiinflamatória e cuja utilização preventiva é puramente ilusória e os antiinflamatórios não hormonais, hormonais e enzimáticos, cuja ação local tem como objetivo diminuir o problema agudo, porém sem resultados satisfatórios nas manifestações crônicas. Medicalmente, dois elementos devem ser lembrados: a regularização do hábito intestinal e o modo de vida dos pacientes (sedentarismo, atividades esportivas, erros alimentares. . .). No tocante aos tratamentos instrumentais, estes situam-se entre o tratamento médico e o cirúrgico, por vezes como verdadeiros substitutos destes. São apresentados quatro tipos principais: as injeções esclerosantes, cuja ação é dupla, por um processo de obliteração vascular e igualmente uma fibrose tissular na tentativa de fixar a mucosa ao plano profundo, agindo eficazmente nas retorragias, porém com riscos de complicações tais como dor, escaras importantes, hemospemia por injeção intraprostática e até verdadeiras septicemias e

necroses locais; as ligaduras elásticas propostas por Blaisdell em 1952 provocam uma necrose seguida de escara que em algumas semanas se organiza em um tecido cicatricial. As complicações mais frequentes são a dor, quando há apreensão de um segmento sensível da zona pectínea, e pequenas hemorragias, surgidas entre o 15.º e o 20.º dias de pós-operatório; a crioterapia, cujo congelamento dos tecidos obtém uma anóxia celular e posteriormente necrose, podendo ser aplicado exclusivamente por via endoanal ou por aplicação mais extensa substituindo a cirurgia ou finalmente em associação com a ligadura elástica. As complicações possíveis são a dor, as hemorragias e o aparecimento de secreções; o último método que surgiu é a fotocoagulação infravermelha, que deve ser realizada em várias sessões a cada 15 ou 20 dias, provocando ulcerações necróticas profundas. A complicação mais importante é a dor habitual, principalmente no momento do impacto da aplicação e particularmente se realizada abaixo da zona pectínea. Conclui o autor lembrando que todos estes métodos mostram a complexidade do tratamento das hemorróidas e que deve ser escolhida a justa medida entre um gesto insuficiente e um método inutilmente agressivo. *Fernando Cordeiro.*