

*Wiggers T, Arends JW, Brinkhorst AP, Kluck HM, Luyk CI, Munying JDK, Povel JACM, Rutten APM, Volovics A, Greep JM* – No-Touch isolation technique in colon cancer: a controlled prospective trial. *Br J Surg* 1988; 75: 409-415.

Foi feita uma avaliação, prospectiva e randomizada, de 236 enfermos com câncer de cólon ressecável, sem metástases, comparando a técnica de ressecção intestinal convencional (119 pacientes) com a de “isolamento sem tocar” (117 pacientes). Não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto às complicações per e pós-operatórias. As taxas de mortalidade pós-operatória nos primeiros 30 dias foram semelhantes no grupo da técnica convencional (2,5%) e no grupo da técnica de “isolamento sem tocar” (3,4%). Houve uma incidência menor de metástases hepáticas nos pacientes submetidos à técnica “não tocar”, principalmente nos tumores de sigmóide. As taxas de sobrevida após um acompanhamento de cinco anos foram semelhantes (grupo convencional = 43,7%) e grupo “técnica de isolamento sem tocar” = 40,1%). Em todas as análises houve uma leve tendência em favor da técnica “não tocar”, excetuando-se as metástases hepáticas. Estes dados demonstraram um benefício limitado desta técnica. *Dásio Lopes Simões.*



*Mann CV, Gallagher P, Frecker PB* – Rigid sigmoidoscopy: an evaluation of three parameters regarding diagnostic accuracy. *Br. J. Surg.*, 1988; 75: 425-427.

Durante três meses foi avaliada a influência do preparo intestinal, da posição do paciente e da experiência do cirurgião na precisão diagnóstica do exame com retossigmoidoscopia rígida. Os autores classificaram a retossigmoidoscopia em: completa (penetração = 25 cm, com boa visibilidade), satisfatória ( $\geq$  20 cm com visibilidade regular ou boa) e insatisfatória ( $<$  20 cm, com

visibilidade ruim). Consideraram como precisão diagnóstica a retossigmoidoscopia completa ou satisfatória. Quando comparados os exames em 100 pacientes, sem preparo intestinal com 90 que receberam enema de fosfato (de Fletcher) imediatamente antes do exame, foi registrada precisão diagnóstica em 50% e em 68% dos casos, respectivamente. Após enema de fosfato, trinta pacientes na posição de Sims e 25 na posição genupeitoral foram examinados, não havendo diferença quanto à precisão diagnóstica (80% nos dois grupos). A experiência dos cirurgiões não influenciou significativamente nos resultados. Foi demonstrada a importância do preparo intestinal prévio à retossigmoidoscopia, podendo haver precisão diagnóstica em até 80% dos exames. *Dásio Lopes Simões.*



*Lewis TH, Conman ML, Prager ED, Robertson WG* – Long-term results of open and closed sphincterotomy for anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 368-371.

Foram revistos 350 pacientes submetidos à esfincterotomia anal interna lateral fechada (247 casos) ou aberta (103 casos), sem procedimento adicional, no período de janeiro de 1981 a junho de 1985. Na técnica “aberta” o esfíncter anal interno (1/3 a 1/2) é individualizado antes de ser dividido, enquanto na “fechada” é seccionado com bisturi, sem dissecação prévia. O período mínimo de acompanhamento foi de 14 meses (média = 37 meses). Em vinte e um casos, houve recorrência ou não cicatrização (6%). Descartando-se cinco casos de doenças de Crohn, a incidência caiu para 4,6%. Oito pacientes (2,3%) desenvolveram abscesso (Técnica “fechada” = 2,5% e “aberta” = 1,9%), metade com fístulas associadas. Houve incontinência para flatus ou fezes em 17% dos casos, sendo transitória em 2/3. A longo prazo em 6,9% na técnica “fechada” e 5,8% na “aberta”. Não foi notada diferença significativa na taxa de cicatrização ou na de morbidade entre os dois grupos. *Dásio Lopes Simões.*