

RESUMO DE ARTIGOS

Poilleux J, Delhomme PH, Gignoux M, Joubert M, Lalaude J, Laurent B, Lemarchand F, Marchand P, Piel-Desruisseaux JL, Samama G, Segol P. — Maladie diverticulaire compliquée du colon — À propos de 247 cas. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1987; 23(2): 55-61.

Os autores apresentam um estudo retrospectivo multicêntrico com 1.136 intervenções cólicas, sendo a quarta parte destas (247 pacientes) por doença diverticular complicada. Os pacientes foram reagrupados em duas categorias, segundo a gravidade das complicações apresentadas pré-operatoriamente: 159 complicações subagudas (137 sigmoidites e 22 fístulas) e 88 complicações agudas graves (60 peritonites generalizadas, 12 abscessos volumosos, nove suboclusões e sete hemorragias digestivas graves).

A mortalidade pós-operatória global foi de 6%, índice bem diferente do apresentado pela cirurgia das complicações subagudas (0,6%) e pelo da cirurgia das complicações agudas graves (16%). A morbidade geral foi de 14,8%, sendo que as complicações mais frequentes e mais graves ocorreram nas formas agudas (18,5%), contra uma incidência de 10,5% nas formas subagudas.

Dez por cento dos pacientes operados permaneceram com colostomia definitiva (25% nas formas agudas e 2,3% nas formas subagudas) e o restante teve o seu trânsito intestinal restabelecido em pouco tempo ou após permanecerem temporariamente com colostomias de proteção.

Concluem os autores que a cirurgia cólica a frio é benigna na doença diverticular, com uma mortalidade inferior a 1%, enquanto que na cirurgia de urgência a mesma atinge 16%. Eles sugerem, por isso, ampliar as indicações cirúrgicas antes do aparecimento de uma complicação aguda grave, quando o prognóstico se apresenta mais severo, apesar dos progressos cirúrgicos e clínicos. *Fernando Cordeiro.*

Edelman G — De la malignité des tumeurs villeuses du gros intestin. *Ann Gastroentérol Hépatol* 1987; 23(2): 93-96.

O autor analisa uma série de 83 pacientes portadores de tumor viloso do reto e do cólon. Do total, 50% apresentavam sinais de malignidade e a metade deste percentual era intra-epitelial (epitelioma *in situ*) ou intramucoso (microcarcinoma), sendo o restante invasivo.

O autor conclui que a biópsia, tanto quanto o toque retal ou a endoscopia, não são capazes de reconhecer regularmente esta degeneração, nem o seu grau de invasão. Portanto, os tumores vilosos devem ser retirados cirurgicamente para fornecer ao patologista uma peça completa e orientada que o permita indicar se o ato foi completo ou se necessita ainda de ampliação.

Termina o autor enfatizando que em hipótese alguma os tumores vilosos podem ser destruídos endoscopicamente (por qualquer meio físico), e nem ser ressecados com alça de polipectomia quando pediculados. *Fernando Cordeiro.*



Lee JT, Taylor BM, Dingleton BC — Epidural anesthesia for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome). *Dis Col & Rect* 1988; 31(9): 686-691.

Foram avaliados, prospectivamente, 18 pacientes com pseudo-obstrução colônica, no período de fevereiro de 1984 a julho de 1985. Baseando-se na teoria da inibição simpática da contratilidade do cólon como causa dessa síndrome, os autores procuraram analisar a segurança e a eficácia do bloqueio simpático por anestesia epidural

continua (bupivacaína a 0,25%) após falha do tratamento conservador. O diagnóstico foi confirmado através de RX simples de abdome e clister opaco. Um paciente foi submetido a laparotomia com o diagnóstico errôneo de colite isquêmica. Sete responderam bem ao tratamento conservador. Um recusou tratamento posterior e morreu de sua doença subjacente. Oito foram tratados com colonoscopia (cinco após tratamento conservador e três após anestesia epidural) e oito com anestesia epidural (três após colonoscopia, um após laparotomia exploradora e quatro após tratamento conservador). Houve boa resposta em cinco enfermos após colonoscopia e em cinco (62,5%) após anestesia epidural. Um doente sofreu infarto subendocárdico durante colonoscopia. Não ocorreram complicações significativas ou recorrências após a anestesia epidural, sendo esta segura, eficaz, simples e bem tolerada. *Dásio Lopes Simões.*

• • •

Miller R, Bartolo DCC, Locke-Edmunds JC, Mortensen NJ McC – Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. *Br J Surg* 1988; 75: 101-105.

Foram analisados, prospectivamente, os resultados fun-

cionais do tratamento da incontinência fecal, entre 1983 e 1986, através de avaliações fisiológicas (manometria, sensação anal e eletromiografia) e radiológicas (proctograma com delineamento do canal anal com um cordão de bolas metálicas) em 46 pacientes e 20 controles. Vinte enfermos (todos com incontinência idiopática) foram selecionados para o tratamento conservador (agentes constipantes e, em alguns, supositórios de glicerina) e 26 para o cirúrgico (seis reparos anteriores de esfíncter por lesão após gravidez, 17 reparos pós-anais por incontinência idiopática com pressão esfíncteriana baixa, duas retopexias abdominais com esponja de ivalon por prolapso retal, com boa função esfíncteriana, e uma retopexia combinada com reparo pós-anal por prolapso retal, com função esfíncteriana ruim). O grau de incontinência foi registrado antes e após o tratamento e foram feitos estudos fisiológicos e radiológicos pós-operatórios em 17 pacientes. Quarenta por cento do grupo tratado conservadoramente tiveram sucesso terapêutico, 65% no grupo operado e 59% no grupo submetido ao reparo pós-anal. As pressões no canal anal em repouso e durante contração voluntária (*squeeze pressure*) melhoraram após reparo pós-anal, assim como a sensação no canal anal superior, porém não houve mudança no ângulo anorretal. Os autores concluíram que o ângulo anorretal não é muito importante na manutenção da continência. *Dásio Lopes Simões.*