

Ferulano GP, Dilillo S, Danzi M, Abate S, Sabino N, Califano G. Limites del tratamiento endoscopico de polipos colorrectales con carcinoma invasivo. *Coloproctology* 1988; (IV): 126-128.

Os autores referem-se às quatro condições segundo as quais não se necessita realizar uma cirurgia pós-polipsectomia endoscópica:

- pólipos de tamanho moderado
- carcinoma bem ou moderadamente diferenciado
- mobilidade do pólipos sobre o tecido subjacente
- ausência de invasão do tecido circundante

Em seguida apresentam sua casuística de 105 pacientes submetidos a endoscopia rígida ou flexível de 1978 a 1985 com ressecção de 134 pólipos (89 adenomatosos e 45 não neoplásicos - um carcinóide, três juvenis, 22 hiperplásicos, 16 inflamatórios e três sem classificação), sendo que destes três foram submetidos a cirurgia (hemicolecotomia esquerda), ou porque a ressecção foi incompleta ou porque o adenocarcinoma não estava claramente diferenciado.

Os pacientes foram acompanhados com uma colonoscopia após seis meses e posteriormente a cada ano durante cinco anos. Aqueles portadores de pólipos malignos foram reavaliados após três meses e a seguir a cada seis meses durante um mínimo de três anos, sendo acompanhados posteriormente com enema baritado (duplo contraste) e CEA plasmático.

Segundo os autores, a incidência de complicações imediatas ou tardias foi de 2,9% (hemorragia (3) e dor abdominal com febre ligeira (1), sem outras complicações).

Os autores concluem que se devam respeitar condições bem conhecidas como, bordas de ressecção livres, ausência de infiltração vascular e grau de baixo risco de adenoma associado e que, apesar da experiência limitada, apoiam a conveniência da polipectomia como tratamento único de adenomas com adenocarcinoma invasivo precoce, apesar de destacar a falta de acordo sobre a incidência de metástases linfáticas, a avaliação das me-

tástases microinvasivas e da possibilidade de metástases a distância e por esta razão a necessidade de ter em conta o número e tamanho dos pólipos, a segurança do endoscopista sobre uma ressecção completa, idade do paciente e existência de recorrência local, com um controle por toda vida deste grupo com maior risco de câncer de colo, com exploração endoscópica ou radiológica por um mínimo de cinco anos. *Fernando Cordeiro.*

• • •

Go PM, Lens J, Bosman FT. Alterações da mucosa no reservatório dos pacientes portadores de ileostomia continente de Kock. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22: 1076-1080.

Os autores investigaram as alterações da mucosa do reservatório de 10 pacientes portadores de ileostomia continente com a mucosa ileal normal. As medidas morfológicas mostraram diminuição da longitude das vilosidades e aumento da longitude das criptas em comparação ao grupo controle.

Quando o quociente entre vilosidade e cripta se relacionava com o tempo transcorrido após a ileostomia continente, podia-se encontrar uma diminuição. Microscopicamente observou-se hiperplasia celular em forma de taça e células produtoras de sulfomucina na mucosa do reservatório. Apesar disto, o número e tipo de células neuroendócrinas permaneceram inalterados e não se encontraram anomalias displásicas.

Os autores afirmam que as reações inflamatórias precoces e o aumento da troca epitelial realizam uma alteração da arquitetura da mucosa deste reservatório, parcialmente reversível, que também mostra alterações do tipo colônico com presença de células em forma de taça e sem alterações displásicas. *Fernando Cordeiro.*

• • •

Hermanek P. La nueva clasificación TNM de los carcinomas colorrectales: cuales han sido los cambios y que los ha motivados? Coloproctology - 1988; (IV) 4: 116-125.

O autor apresenta os motivos que levaram a atualização da classificação TNM ocorrida em 1987: selecionar critérios capazes de distinguir com maior precisão grupos de pacientes com diferentes prognósticos, dedicando-se especial atenção a definir categorias T, N e M para evitar o máximo possíveis interpretações individuais.

O principal problema da classificação da UICC (União Internacional Contra o Câncer) de 1978 foi a definição T2/pT2 (extensão ao músculo e serosa) já que não se descrevia com detalhes as estruturas anatómicas afetadas (não se levando em conta o revestimento da serosa no reto intraperitoneal ou sua ausência no reto abaixo da reflexão).

Segundo o autor, a 4.ª edição da UICC define claramente hoje em dia T2/pT2 como invasão exclusiva da muscularis própria e todos os tumores que invadam adiante serão classificados no mínimo T3/pT3.

No tocante aos gânglios linfáticos regionais, duas alterações foram feitas: a primeira foi suprimir a diferença entre acometimento em gânglios para-aórticos e intra-abdominais e a segunda diferenciar pacientes com número de gânglios implicados.

Finalmente, o autor acredita que esta classificação é compatível com a classificação original de Dukes para pacientes sem metástases a distância e desta forma apresenta uma melhor eficácia prognóstica. *Fernando Cordeiro.*

• • •

Novell JR, Lewis AAM. Peroperative observation of marginal artery bleeding: a predictor of anastomotic leakage. Br J Surg 1990; 77(2): 137-138.

Os autores chamam a atenção para a mortalidade e morbidade pós-operatória devido à deiscência anastomótica após as operações colorretais. Analisam o suprimento sanguíneo ao nível da anastomose (fator fundamental na cicatrização anastomótica) em 275 pacientes submetidos a ressecções do cólon esquerdo e reto, por doença maligna no período de 1975 a 1988, no Royal Free Hospital, London.

O fluxo sanguíneo ao nível de secção na artéria marginal era registrado como pulsátil ou não pulsátil. A integridade da anastomose foi avaliada radiologicamente com contraste solúvel no 10.º dia de pós-operatório.

Fluxo sanguíneo não pulsátil foi observado em 80 pacientes, sendo que 15 (19%) desenvolveram fístula anastomótica, comparado com 9% (18/195) para o grupo com fluxo sanguíneo pulsátil ($P < 0,05$). *José Reinan Ramos.*

• • •

Sauven P, Ridge JA, Quan SH, Sigurdson ER. Anorectal carcinoid tumors - is aggressive surgery warranted? Ann Surg 1990; 211(1): 67-71.

O tumor carcinóide anorretal precoce é tratado por excisão local. Entretanto, o tratamento dos tumores avançados ainda é controverso.

Quarenta e três pacientes com tumor carcinóide anorretal tratados no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center no período de 1960 a 1988 são avaliados. A idade média foi 56 anos. Onze pacientes eram assintomáticos. Vinte tumores tinham diâmetro maior que 2 cm e todos apresentavam sintomas.

Dezoito tumores foram tratados por excisão local, 16 por cirurgia radical e em nove somente foi realizada biopsia. A sobrevida média foi de 38 meses e 23 pacientes faleceram da doença. A sobrevida após detecção de metástase foi de 10 meses. Todos os pacientes com tumores mais avançados que T2 ou maior que 2 cm de diâmetro tiveram evolução fatal. Todos os 13 pacientes com metástases glanglionares faleceram de doença metastática.

Os autores concluem que os tumores carcinóides anorretais avançados (T3, > 2 cm, gânglios positivos) são agressivos e que a cirurgia radical traz pouco benefício para o paciente quando a excisão local permite ressecar o tumor. *José Reinan Ramos.*

• • •

Lazorthes F, Voigt JJ, Roques J. Distal intramural spread of carcinoma of the rectum correlated with lymph nodal involvement. Surg Ginecol Obstet, Jan/90 vol. 170, 1990.

Os autores estudaram 119 peças de câncer de reto para analisar a disseminação intramural da doença em relação às margens do tumor e correlacionar com o envolvimento de linfonodos. Oitenta e oito peças não tinham disseminação intramural (74%), 25 tinham disseminação menor que 0,5 cm (21%) e seis tinham disseminação maior que 0,5 cm (5%).

Metástases para linfonodos foram encontradas em: 19 das 88 lesões sem disseminação intramural (sendo 11

com mais de um linfonodo positivo), 14 dos 25 com disseminação intramural menor que 0,5 cm (sendo seis com mais de um linfonodo comprometido) e cinco dos seis com disseminação maior que 0,5 cm (sendo cinco com mais de um linfonodo comprometido).

Estas diferenças foram estatisticamente significantes.

Os autores concluíram que no câncer de reto o envolvimento dos linfonodos e sua multiplicidade estão diretamente relacionados ao grau de disseminação intramural da lesão. *Ronaldo Hugo Petrosemolo.*

• • •

Hoh H, Umpleby H, Cooper A. Recurrence of colorectal cancer and perioperative blood transfusion. Is blood storage time important? *Dis Colon Rectum* 1990; 33(2): 127-130.

Em um estudo prospectivo de 35 pacientes submetidos a cirurgia para câncer colorretal, foi analisada a atividade mitogênica do plasma usando 3T3 swiss fibroblastos como células marcadas. Nos pacientes transfundidos notou-se um aumento de 100% na atividade mitogênica comparado com os valores pré-operatórios e nenhum aumento foi notado nos pacientes não transfundidos.

A atividade mitogênica era maior nos sangues estocados, principalmente acima de duas semanas.

Os autores concluem que o aumento da atividade mitogênica em pacientes transfundidos com sangue estocado pode ser um fator de pior prognóstico em relação às recidivas mais precoces da doença e quando a transfusão for necessária deve-se usar sangue fresco. *Ronaldo Hugo Petrosemolo.*

• • •

Mcconnell JC, Nizin J, Slade MS. Colonoscopy in patients with a primary family history of colon cancer. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(2): 105-107.

Pacientes com história familiar de câncer de cólon foram recomendados a serem estudados por colonoscopia completa.

Os resultados de 125 pacientes assintomáticos que não tinham história de neoplasia e não tinham sangue oculto nas fezes, mostrou 15 pacientes (12%) com neoplasia, seis (5,2%) destes foram detectados somente pela colonoscopia completa, ou seja, acima de 55 cm.

Esses resultados sugerem que a colonoscopia completa pode não ser imprescindível para estudar os pacientes com história familiar de câncer de cólon, apesar do número de pacientes estudados ser ainda pequeno. Um estudo multicêntrico grande deve ser feito para melhor responder esta questão. *Ronaldo Hugo Petrosemolo.*

• • •