

RESUMO DE ARTIGOS

Anthony M, Vernava III, M.D., Manuel Moran, M.D., David A Rothenberger, M.D., F.A.C.S., W. Douglas Wong, M.D., F.A.C.S. Minneapolis, Minnesota - A prospective evaluation of distal margins in carcinoma of the rectum. Surg Gynecol Obstet 1992; 175: 333-336.

Foi feito um estudo prospectivo com 243 pacientes que realizaram ressecção anterior do reto "curativa" para se avaliar a margem distal ideal nesses casos. Os pacientes foram divididos em grupos de centímetros (de 1 a 8 cm), de acordo com a extensão da margem distal e analisados quanto à recorrência tumoral na anastomose, na região pélvica ou à distância e quanto à sobrevivência em cinco anos. Não foi vista diferença significativa entre os grupos quanto a esses parâmetros.

Os mesmos pacientes foram novamente divididos em grupos de milímetros (de 1 a 20), de acordo com a margem distal. Foram formados dois grupos: pacientes com margem distal menor que 0,8 cm (Grupo 1) e com margem distal maior que 0,8 cm (Grupo 2). Ambos os grupos foram analisados quanto aos mesmos parâmetros anteriores.

Houve um maior índice de recorrência tumoral na anastomose do Grupo 1 (30%) que na do Grupo 2 (10%). Não houve diferença significativa na frequência de recorrência pélvica ou à distância entre os dois grupos. A taxa de sobrevivência em cinco anos foi maior no Grupo 2 (67%) que no Grupo 1 (49%).

Este estudo sugere que a margem distal de 1 cm na peça da patologia é adequada e que margens distais maiores de 1 cm não trazem nenhum benefício, seja aumentando a sobrevivência em cinco anos, seja diminuindo as recorrências. (*Andréa Paula de Azevedo*)

•••

Ruth F. McKee, M.D., F.R.C.S., Aberdeen, Scotland, Jean C Lander, F.R.C.R., MA Aitchison, M.D., F.R.C.S., IG Finlay, F.R.C.S., Glasgow, Scotland. - A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse. Surg Gynecol Obstet 1992; 174.

Foi realizado um estudo prospectivo com 17 pacientes portadores de prolapso retal divididos randomicamente em dois grupos para tratamento cirúrgico: retopexia abdominal isolada (Grupo 1) e retopexia com sigmoidectomia e anastomose término-terminal (Grupo 2). Não foi utilizada tela de Marlex em nenhum caso. Os pacientes foram acompanhados por um período médio de 20 meses. Não houve nenhum caso de recorrência de prolapso retal em nenhum dos dois grupos.

A avaliação no pós-operatório foi feita com video-proctografia, marcadores colônicos e estudos fisiológicos

(manometria, comprimento do esfíncter, complacência retal, continência fecal). Foi observado que sete dos oito pacientes do Grupo 1 (90%) evoluíram no pós-operatório com constipação intestinal severa, enquanto que dos nove pacientes do Grupo 2 (20%), apenas dois. Ao contrário, houve maior índice de incontinência fecal (35%) no Grupo 2.

Os pacientes do Grupo 1 apresentavam grande número de marcadores colônicos após cinco dias em relação ao Grupo 2. Também foi observado que a complacência retal era significativamente maior no Grupo 1. Provavelmente isto se deve à formação, após retopexia abdominal sem sigmoidectomia, de uma alça de cólon sigmóide redundante, o que leva a um acúmulo de conteúdo intestinal e conseqüentemente a constipação.

Não houve diferenças significativas entre os dois grupos de tratamento quanto aos estudos manométricos e de medidas proctográficas do ângulo anorretal.

Segundo este estudo, verificou-se que a retopexia abdominal com sigmoidectomia diminui a incidência de constipação intestinal clínica e objetivamente em relação à retopexia abdominal isolada. No entanto, pode aumentar o risco de incontinência fecal para 33%. (*Andréa Paula de Azevedo*)

•••

Duthie GS, F.R.C.S., Bartolo DCC, M.S., F.R.C.S. Edinburgh, Scotland. Anismus: The cause of constipation? Results of investigation and treatment. World J Surg 1992; 16(5): 831-835.

Anismo, ou síndrome puborretal, ou síndrome do assoalho pélvico espástico, está implicado como contribuidor para o problema da constipação, principalmente em jovens mulheres. Ocorre contração do esfíncter anal externo e do músculo puborretal, em vez do relaxamento normal. O diagnóstico é feito com manometria, eletromiografia e proctografia dinâmica, embora todos esses métodos sejam muito pouco fisiológicos.

Numa revisão de literatura, os autores vêem que 57% dos pacientes com constipação idiopática não relaxam os seus músculos somáticos durante a defecação e que 38% dos pacientes com constipação pioram seus sintomas após histerectomia.

Num estudo com marcadores de trânsito em pacientes com anismo vemos que os marcadores estão distribuídos em todo o cólon e não com retenção apenas no segmento retossigmóide. Por isso, não parece que o anismo por si só seja a gênese do trânsito lento na constipação. Num estudo do St. Mark's Hospital com eletromiografia observou-se que o anismo era uma queixa inespecífica, onde 76% dos pacientes tinham constipação, 50% síndrome de úlcera solitária e 48% dor perineal. A proctografia dinâmica para diagnóstico de

anismo deve revelar um aumento do ângulo anorretal, com mais de 50% de recrutamento do músculo puborretal, com aumento da pressão retal e mau esvaziamento do material baritado. Atualmente, está sendo utilizado um sistema AMBULATORIAL computadorizado de investigação, que registra as pressões anal e retal simultaneamente com a atividade do músculo puborretal e dos esfíncteres anais interno e externo. A grande vantagem é ser o teste mais fisiológico existente e com ele observou-se uma diminuição de 80% na taxa de diagnóstico. O diagnóstico incorreto com os testes convencionais e pouco fisiológicos pode ser a explicação para tantos tratamentos sem sucesso.

O tratamento com miectomia anorretal é eficaz em alguns casos (62%), sendo que 6% dos pacientes complicam com incontinência fecal leve. A dilatação anal é ineficaz.

Em pacientes com constipação severa intratável, os autores consideram o tratamento com colectomia total e anastomose ileorretal a 12 cm da margem anal.

Em pacientes sem alterações da motilidade de colônica, mas com anismo, os autores consideram o treinamento (tratamento de "biofeedback") como a terapêutica de escolha. Pode-se utilizar no treinamento eletrodos de eletromiografia como estímulo local para treinar os pacientes. Os melhores resultados ocorrem com as crianças. O tratamento tem bons resultados a longo prazo, embora a aderência do paciente seja fundamental para o sucesso do tratamento. (Andréa Paula de Azevedo)

•••

Santhat Nivatvongs, M.D., Bruce G. Wolff, M.D. Mayo Medical School, Rochester, Minnesota - Technique of per anal excision for carcinoma of the low rectum. World J Surg 1992; 16(3): 447-450.

O artigo comenta que o carcinoma de reto baixo, em que a lesão tem no seu maior diâmetro menos de 3 cm, invade no máximo a submucosa ou parte superficial da muscular própria, tem um grau patológico favorável (1 ou 2) e pode sofrer excisão local, embora estes representem apenas 5% dos diagnósticos atuais. A margem superior da lesão deve estar no máximo a 7 cm da margem anal.

Os pacientes a serem submetidos a excisão local devem ter preparo de cólon, seja um ou dois dias antes da cirurgia. O preparo deve ser mecânico e com antibióticos profiláticos (oral ou sistêmico).

Para excisão local utiliza-se o espéculo anal de Pratt ou o retrator de Parks para expor o reto. As margens da excisão devem ter pelo menos 1,5 a 2 cm em todas as direções e ser ressecada com o eletrocautério. Após a ressecção, a lesão é suturada transversal ou longitudinalmente com vicryl 3-0. Não é colocado nenhum dreno.

A peça patológica deve ser marcada quanto as suas margens direita, esquerda, cefálica e caudal. O patologista irá checar se estas margens estão adequadas ou não. Se as margens não estiverem adequadas ou se o carcinoma é de alto grau patológico, a ressecção abdominoperineal deve ser considerada em pacientes de bom risco.

O acompanhamento destes pacientes é feito com retossigmoidoscopia com um mês, seis meses e de acordo com o protocolo de pacientes de alto risco. (Andréa Paula de Azevedo)

•••

Masato Kusunoki, et al. Anastomose com grampeador para ressecção transesfinctérica de reto. Second Department of Surgery Hyogo, Japan.

As operações de reto com manutenção da função esfinteriana produziram a mesma taxa de sobrevida e recorrência local das amputações totais de reto (Miles, 1908). No entanto, a forma de construção da anastomose em tumores localizados na porção baixa da pelve é tecnicamente difícil. O grampeador surgiu para facilitar a anastomose, evitando, em muitos casos, uma cirurgia mais radical, com amputação do reto e perda da função esfinteriana. Foram descritos diversos métodos para evitar uma colostomia definitiva, tais como procedimentos transanais e transesfinctéricos (Mason).

Com o progresso no campo da cirurgia oncológica, pacientes selecionados criteriosamente tornaram-se aptos à realização de cirurgias de diferentes tipos com preservação da função esfintérica.

Uma das técnicas que preservam a função esfintérica é o método de Masom, de ressecção transesfinctérica do reto com anastomose término-terminal, feita manualmente com pontos simples interrompidos. Os autores do artigo empregam uma variação técnica do método, utilizando o grampeador na realização da anastomose.

MÉTODO

São utilizados pacientes selecionados, com tumores pequenos localizados nos últimos 8 cm de reto, sem utilizar laparotomia para mobilização do cólon.

No pré-operatório é realizada ultra-sonografia endo-retal, selecionando tumores sem invasão da muscular própria e sem linfonodos acometidos.

TÉCNICA

Utilização de grampeador (premium CEEA) circular com ogiva destacável.

Paciente em posição de prece maometana.

Secção dos esfíncteres posteriormente, com pontos de reparo.

Ressecção do tumor com margem de segurança de 1 a 2 cm.

Anastomose dos esfíncteres com sutura interrompida

CONCLUSÃO

Todos os pacientes submetidos a este método mantiveram defecação normal, com manutenção da continência fecal completa. O uso do grampeador torna mais fácil a técnica de

Mason, encurtando o tempo cirúrgico. Este procedimento é altamente vantajoso em pacientes estudados pré-operatoriamente com ultra-sonografia endo-retal e selecionados adequadamente. (Marcelo de Oliveira)

•••

Charles G. Moertel, M.D., Thomas R. Fleming, Ph.D., John S. MacDonald, M.D., Daniel G. Haller, M.D., John A. Laurie, M.D., Phyllis J. Goodman, M.S., James S. Ungerleider, M.D., William A. Emerson, M.D., Douglas C. Tormey, M.D., John H. Glick, M.D., Michael H. Veeder, M.D., James A. Maillard, M.D. - Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma. The New England Journal of Medicine, Feb 8, 1990, vol. 322, nº 6.

Foram selecionados 1.296 pacientes com carcinoma de cólon ressecado curativamente e que apresentavam invasão da serosa (estágio B₂) ou metástase para linfonodos regionais (estágio C). Os pacientes do estágio B₂ foram randomicamente submetidos a observação ou a um ano de tratamento com levamisol 50 mg IV, 8/8 h, por três dias, a cada duas semanas e com fluorouracil 450 mg/m² de superfície corporal/dia IV por cinco dias e uma vez por semana por 48 semanas. Os pacientes do estágio C foram randomicamente submetidos a ob-

servação ou a um ano de tratamento com levamisol isolado ou a um ano de tratamento com levamisol e fluorouracil. Os pacientes foram acompanhados por um período de, em média, três anos.

Foi observado no estudo dos pacientes do estágio C que houve uma redução de 41% na taxa de recorrência do grupo tratado com levamisol e fluorouracil. A redução da recorrência foi verificada em todos os sítios, mas principalmente nos sítios fora da cavidade abdominal (pulmões, linfonodos retroperitoneais e parede abdominal). Houve também uma redução de 33% na taxa de mortalidade dos pacientes do estágio C tratados com levamisol e fluorouracil. O tratamento com levamisol e fluorouracil se mostrou com maiores vantagens nos pacientes idosos do sexo masculino, com tumor bem a moderadamente diferenciado e com mais de quatro linfonodos comprometidos.

Os resultados foram inconclusivos quanto à redução ou não das taxas nos pacientes do estágio B₂, devendo ser feito um novo estudo com uma amostragem maior para novas conclusões.

A toxicidade do levamisol isolado foi infreqüente, ocorrendo principalmente náuseas, dermatite e leucopenia. Os efeitos tóxicos foram mais severos e freqüentes no tratamento do levamisol e fluorouracil associados, ocorrendo inclusive dermatite, ataxia cerebelar, leucopenia e toxicidade hepática (Andréa Paula de Azevedo).