

RESUMO DE ARTIGOS

Eisenstat T.E., Oliver G.C. - Electrocoagulation for adenocarcinoma of the low rectum. World J Surg 1992; 16: 458-462.

Trabalho realizado pela Divisão de Cirurgia do Cólon e Reto do Robert Wood Johnson School of Medicine da Universidade de Nova Jersey, E.U.A. O objetivo deste trabalho é demonstrar a eletrocoagulação de tumores de reto como uma alternativa para o tratamento em casos selecionados. Foi estudado durante os últimos 25 anos um total de 190 pacientes com câncer de reto tratados por eletrocoagulação. Destes, 114 foram observados por um período de no mínimo cinco anos. Todos os pacientes tinham adenocarcinoma invasivo do reto. Os critérios usados pelos autores para a seleção de pacientes foram: tumor < 7,5 da margem anal; tumor < 4 cm de diâmetro; tumor móvel e sem fixação a estruturas vizinhas; moderadamente ou bem diferenciados e tumores sem metástases linfonodais palpáveis. A técnica usada foi colocar os pacientes em posição de litotomia, com anestesia geral e através de um retoscópio cirúrgico, aplicar cauterização bipolar com corrente contínua, cauterizando até 1 cm de segurança de mucosa normal. Os resultados foram que, dos 114 pacientes acompanhados, 33 foram tratados paliativamente e 81 curativamente. Dos 81 tratados curativamente, 50 foram tratados por eletrocoagulação apenas e 31 necessitaram de complementação com cirurgia de Milles. No grupo dos 33 tratados paliativamente apenas um sobreviveu cinco anos. No grupo dos 50 tratados curativamente apenas com eletrocoagulação a taxa de sobrevida em cinco anos foi de 58%. Em 40 pacientes com lesões < 4 cm a taxa de sobrevida em cinco anos foi de 65% e nos 10 restantes (> 4 cm) a taxa foi de 30%. No grupo de 31 convertidos a cirurgia, a taxa de sobrevida foi de 29%. Os autores concluem que este método é uma alternativa válida para o tratamento do câncer de reto inferior, estando sua dificuldade na seleção dos pacientes. Fazem uma referência de que, com o uso do ultra-som endorretal, esta seleção será mais facilmente realizada no futuro. (*Eduardo de Paula Vieira*)

• • •

C. Neal Ellis, M.D., H. Whitney Boggs, M.D., Gene W. Slagle, M.D., Philip A. Cole, M.D., Dan J. Coyle, M.D. - Alabama Colon and Rectal Institute, Birmingham, Alabama and Louisiana State University, Shreveport Medical Center and Shumpert Medical Center, Shreveport, Louisiana. Clinical significance of diminutive polyps of the rectum and sigmoid colon. Dis Colon Rectum 1993; 36: 1.

Foi realizado um estudo retrospectivo de revisão com 637 colonoscopias em 526 pacientes, nos quais foram removidos 917 pólipos. O objetivo era avaliar a associação de pequenos pólipos (< 5 mm), sejam adenomatosos ou sejam hiperplásicos, com a presença de lesões neoplásicas mais proximais. Os pólipos colônicos eram proximais ao cólon sigmóide em 117 pacientes (18%). Na estatística do serviço, foi visto que em pólipos menores que 5 mm a incidência de neoplasia proximal foi de 36%, enquanto que nos pólipos maiores que

10 mm foi de 38%. Pelos dados do estudo, concluiu-se que as neoplasias colônicas proximais eram mais prováveis quando o número de pólipos retais e sigmóides aumentavam no mesmo paciente. As neoplasias proximais foram encontradas em 32% dos pacientes com pólipo único no reto ou cólon sigmóide. A incidência aumentava para 83% nos pacientes com três ou mais pólipos. A ocorrência de neoplasias colônicas proximais não era afetada pelo tamanho ou pelo tipo histológico dos pólipos do reto ou do sigmóide. A incidência de neoplasia proximal nos pacientes com pólipos adenomatosos ou hiperplásicos foi respectivamente de 39% e 33% (estatisticamente não significante). O estudo conclui que *todos* os pacientes com pólipo no reto ou cólon sigmóide, independente do tamanho e do tipo histológico do mesmo, devem ser submetidos a uma completa investigação colônica. (*Andréa Paula de Azevedo*)

• • •

S.S. Ngoi, M.B.B.S., F.R.C.S., J. Chia, M.B.B.S., F.R.C.S., M.Y. Goh, M.B.B.S., F.R.C.S., E. Sim, M.B.B.S., F.R.C.S., A. Rauff, M.B.B.S., M.S. F.R.C.S. - National University Hospital, Singapore. Surgical management of right colon diverticulitis. Dis Colon Rectum, 1992; 35: 8.

O presente estudo realizado pelo Departamento de Cirurgia da Universidade Nacional de Singapura visa analisar os resultados da conduta cirúrgica do serviço em relação à diverticulite aguda no cólon direito. A conduta do serviço no divertículo inflamado e não perfurado é a apendicectomia com ou sem drenagem e a não-resseção do divertículo. Se o divertículo se encontra perfurado, a apendicectomia e a diverticulectomia são realizadas. A colectomia é evitada sempre que possível, sendo realizada apenas nos casos em que o diagnóstico diferencial com neoplasia não pode ser feito. Foram analisados 68 pacientes com diverticulite aguda de cólon direito, nos quais o diagnóstico pré-operatório era de apendicite aguda, sendo feita, todos os casos, antibioticoterapia contra organismos Gram-negativos. A apendicectomia com ou sem drenagem foi realizada em 40 casos, com permanência no hospital de 5,5 dias, em média. A apendicectomia associada a diverticulectomia foi realizada em 25 casos, enquanto a hemicolectomia direita foi realizada somente em três casos. A permanência no hospital, em ambos os casos, foi em média de 7,9 dias. Não houve nenhuma morte no estudo. A taxa de morbidade foi de 19% (oito casos), sendo mais comum a infecção na ferida cirúrgica. Os pacientes foram acompanhados em média por três anos e meio. Apenas um paciente apresentou persistência dos sintomas, sendo necessária, a hemicolectomia direita. A conduta cirúrgica descrita anteriormente mostrou mínima morbidade pós-operatória, ausência de mortalidade e redução da permanência hospitalar, mostrando também que a diverticulite do cólon direito é uma doença não progressiva, ao contrário da diverticulite do cólon esquerdo. A resposta inflamatória sempre respondeu à antibioticoterapia clínica. (*Andréa Paula de Azevedo*)