

●●●

Halverson AL, Orkin AB, Which Physiologic tests are useful in patients with constipation? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 735-739.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o papel dos testes fisiológicos no diagnóstico e na orientação do tratamento dos pacientes com constipação crônica severa.

Cento e trinta e nove pacientes apresentavam constipação idiopática severa, sendo 127 encaminhados para realização dos testes funcionais e somente 104 submeteram-se aos estudos fisiológicos que compreenderam: manometria, tempo de trânsito colônico, complacência com balão, defecografia, latência do nervo pudendo e eletromiografia.

A história clínica foi também avaliada para saber qual informação clínica era mais útil no diagnóstico do paciente.

Resultados: Em 43 pacientes (44%) os testes não propiciaram informações úteis para o diagnóstico.

Em oito pacientes os testes confirmaram a impressão clínica inicial e influenciaram diretamente no planejamento do tratamento.

Em 46 pacientes (47%) onde os diagnósticos pré-testes foram incertos, 43 (94%) pacientes, os testes contribuíram na elucidação diagnóstica.

Histerectomia prévia ($p = 0,003$), incontinência urinária ($p < 0,001$) e sintomas de obstrução ($p = 0,03$) foram associadas com alta incidência de retoccele.

Defecografia e tempo de trânsito colônico foram os testes fisiológicos mais úteis.

Os autores concluem que em metade dos seus pacientes com constipação severa os testes fisiológicos proporcionaram informações significativas para o diagnóstico específico e que a história clínica e sintomas pré-testes não influenciaram em revelar quais pacientes foram beneficiados por estes testes.

Comentário Editorial

*Trata-se de um artigo que deve ser analisado com bastante cautela considerando o grande número de variáveis e incertezas existentes a respeito da constipação intestinal. Inicialmente chama-nos a atenção que, embora o estudo esteja principalmente centrado em cima de uma comparação entre a impressão diagnóstica pré-testes x pós-testes, os autores não apresentam uma definição sobre os diagnósticos esperados ou demonstrados. Deve-se deixar claro que conceitos como inércia colônica ou contração paradoxal são ainda tema de grande controvérsia (Shouten e cols. Anismus: fact or fiction? *DCR* 1997; 40: 1143). Além disto, testes de trânsito colônico são exames de baixa reprodutibilidade e não podem ser utilizados isoladamente para confirmar um diagnóstico. Quanto à alta positividade diagnóstica encontrada nas defecografias, sabe-se que exames em indivíduos assintomáticos revelam um alto índice de "anormalidades" como retoccele e prolapso interno sem qualquer*

LUIS CLAUDIO PANDINI - TSBCP

expressão clínica, devendo portanto estes achados ser observados estritamente à luz dos sintomas, ao contrário do sugerido pelos autores. Finalmente existem suficientes evidências na literatura comprovando que a manometria e a medida da latência do nervo pudendo (PNTML) apresentam um papel bastante reduzido como elementos diagnósticos na avaliação da constipação intestinal. Concluindo, parece-me excessiva e pouco fundada a ênfase atribuída aos testes aqui referidos assim como sua utilização de rotina em pacientes constipados.

Mauro de Souza Leite Pinho - TSBCP

●●●

*Joo JS, Latulippe JF, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Long-term functional evaluation of straight coloanal anastomosis and colonic J-pouch. Is the function superiority of colonic J-pouch sustained? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 740-746.*

Este interessante estudo teve como objetivo analisar os resultados clínicos e funcionais da anastomose coloanal direta comparada com bolsa colônica em J realizadas após ressecção anterior baixa.

Métodos: Oitenta e três pacientes submetidos a ressecção anterior baixa com anastomose realizada a menos que 4 cm de linha pectínea foram incluídos em dois grupos baseados no tipo de anastomose: anastomose coloanal direta (39 pacientes) e bolsa colônica em J (44 pacientes).

Ambos os grupos foram avaliados de acordo com o nível da anastomose, complicações anastomóticas, idade e sexo. Os resultados funcionais foram analisados comparando movimentos intestinais diários, urgência, tenesmo e incontinência. Manometria anorretal foi avaliada no pré-operatório e com 6, 12 e 24 meses após a cirurgia.

Resultados: não houve diferenças significativas entre os grupos quando os parâmetros analisados foram: idade, sexo, nível da anastomose, diagnóstico, incontinência, movimentos intestinais, radioterapia pré-operatória ou achados manométricos no primeiro ano após a cirurgia.

Também não houve diferença significativa na mortalidade pós-operatória e complicações anastomóticas (estenose, deiscência, sangramento e fístula retovaginal) apesar da incidência ser menor no grupo com bolsa colônica em J.

Houve diferença significativa nos resultados funcionais após um ano nos seguintes parâmetros: movimentos intestinais, urgências e incontinência. Após dois anos os grupos não mostraram melhora estatística dos resultados funcionais.

Os autores concluem que a superioridade funcional da bolsa colônica em J é maior após o primeiro ano da cirurgia e que após dois anos de adaptação a anastomose coloanal direta sem bolsa apresenta resultados funcionais similares aos da bolsa colônica em J. Entretanto, esses autores entendem que a redução das complicações anastomóticas no grupo com bolsa colônica em J pode ser uma segunda potencial vantagem desta técnica.

Comentário Editorial

Embora não tenha havido diferença estatística quanto às complicações devido ao pequeno número de casos em cada grupo, os dados apresentados deixam claro que a realização de bolsas colônicas determina menor morbidade quando comparada às anastomoses diretas. Entretanto, neste grupo havia também maior número de mulheres (46% x 38%) e de carcinoma retal (85% x 77%), dados que, apesar de também não serem diferentes estatisticamente, certamente trouxeram maior dificuldade técnica ao tratamento deste grupo, o que pode ter influenciado nos resultados funcionais e quanto à morbidade nos pacientes operados com anastomose direta sem bolsa. Embora este fato possa não influir na conclusão dos autores, somente a realização de um trabalho prospectivo e randomizado (o que não foi feito), com grande número de pacientes e seguimento prolongado, trará conclusões mais definitivas sobre o assunto. Entretanto, esta questão não tira os méritos deste excelente trabalho cuja leitura é extremamente recomendada.

Fábio Guilherme Campos (SP)

Freitas LLL, Lopes A, Rossi BM, Nakagawa WT, Bachega Jr. W. Adenocarcinoma de cólon. Fatores prognósticos em 60 pacientes tratados com cirurgia curativa. Rev Col Bras Cir 1997; 24: 29-32.

O objetivo deste trabalho foi avaliar os fatores prognósticos em pacientes portadores de adenocarcinoma de cólon sem doença sistêmica, tratados por colectomias clássicas. Foram analisados 60 pacientes, com tempo de seguimento médio de 41,1 meses (0,23 a 79,5) e a sobrevida global foi de 75,61 por cento.

Os autores concluem que os fatores que influenciaram no pior prognóstico foram: metástases linfonodais, tumores de alto grau de malignidade, recidivas, CEA pós-operatório maior que 5 ng/ml e níveis séricos de eosinófilos menores que 60/mm³. O grau de diferenciação celular e a penetração do tumor na parede do órgão influenciaram na incidência de metástases linfonodais. A sobrevida de cinco anos para os pacientes com linfonodos metastáticos foi de 64% e para os sem metástases foi de 87,5% (p = 0,331).

Wendell J, Banzhaj G. Surgical management of complicated colonic diverticulitis. Br J Surg 1997; 84: 380.

Este artigo de revisão analisou 224 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de diverticulite complicada.

Cento e oitenta e três pacientes (38%) foram submetidos a ressecção e anastomose primária, 22% dos pacientes foram submetidos à cirurgia de Hartmann e 40% dos pacientes foram submetidos a procedimentos em três estágios.

O grupo com ressecção e anastomose primária apresentou uma taxa de mortalidade de 1% e foi um pouco maior que nos dois outros grupos.

A reconstrução do trânsito pós-cirurgia de Hartmann foi realizada em somente 31% dos pacientes comparado com 89 por cento dos pacientes submetidos a anastomose primária com colostomia temporária.

Os autores concluem que ressecção e anastomose primária é um procedimento seguro para todos os estágios da diverticulite complicada.

Platell C, Hall J. What is the role of mechanical bowel preparation in patients undergoing colorectal surgery? Dis Colon Rectum 1998; 41: 875-883.

Este interessante estudo de meta-análise foi realizado para determinar se as publicações da literatura dão suporte ao preparo intestinal mecânico.

Método: foi realizada uma revisão dos benefícios do preparo de cólon nos pacientes submetidos a cirurgia colorretal. Uma meta-análise foi conduzida em todos os ensaios clínicos avaliados para este estudo.

Resultados: uma meta-análise de três estudos clínicos revelou uma incidência de infecção de parede significativamente maior nos pacientes que receberam preparo intestinal mecânico (10,8% vs 7,4% p < 0,002). Pacientes que foram submetidos a preparo intestinal mecânico tiveram uma incidência de deiscência da anastomose duas vezes maior que o grupo controle. Entretanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa (8,1% vs 4% p < 0,114).

Os autores concluem neste estudo que há uma evidência limitada nos trabalhos da literatura sustentando o uso de preparo intestinal mecânico em pacientes submetidos a cirurgia colorretal. Estes autores reiteram a necessidade de estudos clínicos comparando o preparo tradicional e formas mais agressivas de preparo (PEG, manitol, fosfossoda) com nenhum preparo ou com apenas um fleet enema.

Comentário Editorial

O presente trabalho, meta-análise, nos mostra através de estudos clínicos prospectivos e retrospectivos que o preparo mecânico de cólon nas cirurgias eletivas ou emergenciais não é necessário, porém estes mesmos trabalhos ainda apresentam pontos a serem discutidos na sua elaboração e execução.

Portanto para conseguirmos um trabalho que tenha uma maior fidedignidade, os procedimentos cirúrgicos devem ser divididos e comparados por área; como cólon direito, transverso, esquerdo, sigmóide e reto.

Estudos como o de Ancona, na Itália, nos mostram a importância do bolo fecal e do N-Butirato no mecanismo de cicatrização das anastomoses colônicas.

O uso de antibióticos profiláticos no preparo químico do cólon está muito bem estabelecido, seja por via enteral ou parenteral, pois diminui o índice de complicações, principalmente a infecção intra-abdominal e de parede; como demonstrado pelo autor na sua revisão.

Com o advento dos grampeadores cirúrgicos, as cirurgias colorretais que sempre foram consideradas potencialmente

contaminadas, passaram a ser cirurgias limpas pois não há abertura do cólon dentro da cavidade; isto vale também para os procedimentos vídeo-laparoscópicos.

Nossa experiência com o preparo de cólon, com relação ao desconforto do paciente, é que na maioria dos casos, independentemente do tipo, Laxativos via oral, Manitol, PEG, Fosfosoda, etc., náuseas, vômitos e intolerabilidade são as queixas mais comuns.

O autor por fim nos alerta que estudos prospectivos randomizados e mais controlados com descrições, objetivos, tipos de procedimentos cirúrgicos e grupos controle bem determinados devem ser realizados para definitivamente comprovar que o preparo mecânico do cólon não deve ser realizado e modificar a conduta em alguns centros que permanecem utilizando o preparo mecânico nas cirurgias colorretais.

Olival de Oliveira Jr. - TSBCEP

Regadas FSP, Rodrigues LV, Nicodemo AM, Siebra JA, Furtado DC, Regadas SMM. Complications in laparoscopic colorectal resection. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 189-192.

Neste trabalho os autores analisaram as complicações ocorridas em 146 pacientes submetidos a cirurgia colorretal laparoscópica no período de dezembro de 1991 a agosto de 1996. A retossigmoidectomia foi o procedimento mais comum (32,6%) e a doença maligna foi a principal indicação em 48,9% dos pacientes.

Complicações intra-operatórias ocorreram em três pacientes (3,3%): uma perfuração de sigmóide, uma perfuração retal e um caso de lesão do ureter esquerdo. 24 pacientes (29,4%) apresentaram complicações pós-operatórias: deiscência da anastomose (4), perfuração intestinal (1), hérnia incisional (4), infecção de parede (8), dor no ombro (1), deiscência de ferida perineal (4) e necrose da colostomia (2). Os autores concluem que a ressecção laparoscópica colorretal é um procedimento cirúrgico seguro com taxas de complicações intra e pós-operatórias semelhantes à cirurgia convencional.

Fenger SA, Abcarian H. The York Mason approach to repair of iatrogenic rectourinary fistulae. *Am J Surg* 1997; 173: 213.

O propósito deste estudo foi realizar a técnica e a experiência cirúrgica no tratamento das fístulas reto-urinárias utilizando o acesso transesfincteriano (York Mason).

Métodos: oito pacientes apresentando fístulas urinárias durante o tratamento de câncer prostático (três pós-radioterapia,

três pós-prostatectomia, dois pós-rádio e cirurgia) foram incluídos neste estudo. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia pelo acesso de York Mason (transesfincteriano), sendo cinco submetidos a colostomia derivativa.

Resultados: todas as fístulas foram curadas com sucesso por esta via de acesso. Sete pacientes apresentaram boa continência fecal e um paciente faleceu de infarto do miocárdio antes do fechamento da colostomia.

Concluem os autores que o acesso de York Mason no reparo das fístulas reto-urinárias resulta no fechamento destas fístulas sem comprometer a continência fecal.

Köhler L, Eypasch E, Paul A, Troidl H. Myths in management of colorectal malignancy. *Br J Surg* 1997; 84: 248.

Neste elegante estudo os autores analisaram os efeitos dos "critérios oncológicos" na ressecção dos carcinomas colorretais, com objetivo de avaliar se estes critérios são importantes na laparoscopia.

É exposto um resumo dos argumentos pró e contra, com relação à técnica de isolamento "no touch", ligadura vascular alta, linfadenectomia radical, ressecção ampla do tumor e excisão do mesorreto. Embora os autores não solucionem qualquer destes temas controversos, eles apresentam uma excelente revisão dos estudos clínicos realizados para as várias questões abordadas. Os autores fazem também um breve comentário sobre a recidiva nos locais dos trocartes após ressecção laparoscópica. Na observação dos autores muitos dos chamados "critérios oncológicos" estão até o momento sem comprovação científica e necessitam ser melhor avaliados em estudos prospectivos.

Madoff RD. Colorectal cancer genetics. *Bull Am Coll Surg* 1996; 81: 26.

Neste artigo de revisão, o autor faz uma análise do papel da genética na carcinogênese colorretal, que inclui a ativação do oncogene e a inativação do gene supressor tumoral.

O fator crítico no desenvolvimento do tumor parece ser o acúmulo do número total das alterações genéticas. Tumores que possuem mutações p53 estão associados com uma taxa de sobrevida pior comparada com tumores sem tais mutações, e parece que estes tumores são resistentes aos efeitos da radioterapia. Pacientes com câncer em estágio II (linfonodo-negativo) que apresentam deleção 18q têm um prognóstico ruim e semelhante aos pacientes com câncer estágio III (linfonodo-positivo) sem deleção 18q.