

●●●

Tsang CBS, Madoff RD, Wong WD, Rothenberg DA, et al. Anal sphincter integrity and function influences outcome in recto-vaginal fistula repair. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1141-1146.

O objetivo deste artigo foi analisar os resultados dos reparos para as fístulas retovaginais, baseados na função esfinteriana pré-operatória.

Cinquenta e duas mulheres foram submetidas a 62 reparos por fístulas retovaginais obstétricas.

Ultra-som endoanal pré-operatório foi realizado em 14 (27%) pacientes e manometria anal em 25 (48%) pacientes.

Os resultados pós-operatórios foram avaliados através de questionário enviado aos pacientes ou por telefone, com um total de respostas de 92 por cento.

O follow-up médio foi de 15 (0,5 a 123) meses.

Em 25 (48%) pacientes foram relatados graus variados de incontinência fecal, antes da cirurgia.

Os reparos utilizados foram: avanço com retalho mucoso em 27 casos e esfinteroplastia em 35 (28 com e 7 sem plastia dos elevadores) casos.

A taxa de sucesso foi 41 por cento com avanço de retalho e oitenta por cento com esfinteroplastias (96% de sucesso com e 33% sem plastia dos elevadores; $p = 0,0001$).

A taxa de sucesso com reparo do avanço do retalho endorretal foi de 50% dos pacientes com função esfinteriana normal e 33% com função esfinteriana anormal ($p =$ não significativo).

Para esfinteroplastia retovaginal pacientes devem ser submetidas a uma avaliação pré-operatória com manometria ou na identificação de lesão esfinteriana oculta.

Pacientes com defeitos esfinterianos anatômicos ou clínicos devem ser submetidos a esfinteroplastia com plastia dos músculos elevadores do ânus.

Comentário Editorial:

Estudar influência da função esfinteriana (avaliada pela sintomatologia, manometria e ultra-som) no resultado dos reparos para as fístulas retovaginais.

Avaliação crítica:

1. Trabalho clínico retrospectivo (o próprio autor refere que dados são incompletos).

2. O ultra-som e a manometria foram realizados em menos de 50% dos pacientes. Perguntamos: Como avaliar resultados para o grupo geral?

3. Foram excluídos pacientes com mais de um reparo, mas foram incluídos pacientes sem nenhum critério objetivo para avaliar a continência.

4. O seguimento é extremamente falho: I.E. questionário/telefonemas (embora 92% tenham respondido aos citados questionários).

LUÍS CLÁUDIO PANDINI - TSBCP

5. Definição para incontinência separando de fezes e criando termo para definir "inabilidade para controlar flatos".

6. Na realidade a diferença observada dos resultados não foi com relação à continência pré-operatória, mas com relação ao método empregado I.E.

7. Não pode nunca chegar à conclusão a que chegou; o máximo, poderia se dizer que: "os resultados com esfinteroplastias foram sempre bem melhores do que com o "retalho de mucosa" (fator continência não interferiu).

Avanço do retalho

50% com função esfinteriana normal
33% com anormalidades

Esfinteroplastia

73% com função normal.
84% com anormalidade.

Roberto Misici - TSBCP

●●●

Yuhan R, Orsay C, Abcarian H. Anorectal disease in HIV infected patients. Dis Colon Rectum, 1998, 41: 1367.

Neste estudo prospectivo os autores analisam a causa e a manifestação clínica da doença anorretal em pacientes HIV positivos.

Todos os pacientes foram submetidos a exame sob anestesia com culturas e biópsias de qualquer lesão suspeita ou específica.

Foram analisados 180 pacientes com HIV positivos, com sintomas anorretais. A média de idade foi de 34 anos, com uma frequência de homem/mulher de 14:1 respectivamente.

Este grupo incluía homens homossexuais ou bissexuais (55%), usuários de drogas (15%), heterossexuais (12%) e outros (18%). A média de contagem de linfócitos CD₄ foi 160 células/mm³.

Os sintomas mais comuns foram dor anorretal (57%), seguida por verruga (28%), sangramento (12%), secreção (11%) e prurido (5%). Sintomas múltiplos foram observados em 24% dos pacientes. A doença mais frequente encontrada foi condiloma anal (43%), à qual 10% estavam associados com neoplasia intra-epitelial.

Úlceras anais foram segunda lesão mais encontrada (32%), sendo algumas destas úlceras associadas com infecção viral: herpes simples (12%) e citomegalovírus (7%).

Outras lesões encontradas foram: fístulas (14%), abscessos (12%), hemorróida (6%), neoplasia maligna, dois casos de sarcoma de Kaposi e um caso de linfoma não-Hodgkin.

Os autores concluem que os doentes HIV positivos apresentam uma alta frequência de lesões anorretais das quais

o condiloma anal e as úlceras dolorosas foram as mais freqüentes.

Comentário Editorial:

O artigo apresenta a casuística dos autores. Cita superficialmente o método de diagnóstico e não faz qualquer alusão às formas de tratamento das doenças anorretais em doentes HIV positivo. Embora o número de casos seja pequeno (180), as afecções ocorreram em freqüência semelhante às relatadas em outros trabalhos. Os condilomas acuminados e as úlceras dolorosas foram as lesões mais freqüentes e a associação de doenças perianais foi observada em 16% dos casos. Embora a maioria dos artigos refira que as úlceras de origem herpética sejam as mais comuns, o número de úlceras idiopáticas foi elevado, neste estudo, talvez por falha dos meios diagnósticos. A incidência de 10% de carcinomas "in situ" associada aos condilomas acuminados também é comparável à literatura. Em resumo, é um trabalho que repete as observações conhecidas e que não apresenta protocolos de diagnósticos, tratamento e seguimento para este que constitui um problema mundial com incidência crescente e ainda pouco conhecido.

Sidney Roberto Nadal - TSBCP

Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, et al. Small bowel obstruction after subtotal colectomy: a 10-year retrospective. *Br J Surg* 1998; 85: 1242.

Os autores realizaram um estudo retrospectivo no período de 10 anos, para determinar a incidência e localização de obstrução intestinal por aderências após colectomia total ou subtotal.

Duzentos e quinze prontuários de pacientes foram analisados com uma média de 63 meses de seguimento pós-operatório.

A incidência de pacientes internados com obstrução intestinal foi de 26% (56 pacientes), 18 (32%) destes pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico. Dos pacientes operados, 75% das obstruções eram por aderência. O risco de aderência causando obstrução intestinal foi de 11% em um ano, nesta série, aumentando gradativamente para 30% em 10 anos.

A maioria das obstruções ocorreu na pelve. Os autores concluem que a incidência de obstrução intestinal por aderência foi muito alta nesta série.

Trillo C, Pars MF, Brennan JT. Primary anastomosis in the treatment of acute disease of the unprepared left colon. *Am Surg* 1998; 64: 821.

O objetivo deste estudo retrospectivo foi avaliar se a presença de fezes no lúmen intestinal teria efeito adverso na cicatrização da anastomose colorretal em pacientes submetidos a procedimentos de urgência e emergência.

Os prontuários de 58 pacientes submetidos a cirurgia de urgência por causa não traumática envolvendo o cólon es-

querdo não preparado no período de junho/1990 a dezembro/1996.

Nenhum paciente foi submetido a qualquer tipo de preparo intestinal anterógrado ou retrógrado, entretanto, todos os pacientes receberam antibioticoterapia pré e pós-operatória. O grupo I de pacientes foi submetido a anastomose primária sem colostomia protetora. O grupo II foi submetido a ressecção e colostomia terminal ou anastomose primária com colostomia protetora. Pacientes eram selecionados no grupo II se apresentassem choque hipovolêmico, contaminação fecal grosseira da cavidade, volumoso abscesso pélvico, colite isquêmica ou pacientes que fazem uso de altas doses de prednisona. Foram selecionados 43 pacientes no grupo I, com idade média de 59,1 (21-88) anos. No grupo II o total de pacientes foi de 15, com idade média de 60,4 (38 a 86) anos. A causa mais freqüente de cirurgia no grupo I foi peritonite por diverticulite, sendo a maioria com perfuração. As outras causas eram por obstrução causada pela diverticulite, adenocarcinoma, volvo de sigmóide e colite pseudomembranosa.

As complicações que ocorreram no grupo I foram: atelectasia (21%), infecção de ferida (4,7%), íleo prolongado (4,7%), abscesso pélvico (2,3%) e deiscência de anastomose (2,3%). A média de permanência hospitalar foi de 9,7 dias.

No Grupo II os pacientes foram operados para colite de Crohn perfurada, adenocarcinoma perfurado e diverticulite perfurada na maioria dos casos.

As complicações pós-operatórias no Grupo II foram: atelectasia (13,3%), abscesso pélvico (13,3%), íleo prolongado (6,6%) e acidente vasculocerebral (6,6%). Houve um óbito neste grupo. A média de permanência hospitalar foi 12,8 dias.

Os autores concluem que a ressecção e anastomose mecânica primária é segura em pacientes selecionados com cólon esquerdo não preparado. A presença de fatores sistêmicos adversos é provavelmente mais importante na seleção dos pacientes para anastomose primária na presença ou ausência de fezes no cólon.

Lundberg O, Kristoffersson A. Effect of pneumoperitoneum induced by carbon dioxide and air on tumor load in rat model. *World J Surg* 1998; 22: 470.

O objetivo deste estudo foi comparar os efeitos do pneumoperitônio com CO₂ e ar no crescimento tumoral intraperitoneal em ratos e determinar se a mistura destes gases tem influência no padrão de crescimento tumoral. Trinta e nove ratos machos foram submetidos a este estudo, sendo injetados na cavidade abdominal 1 x 10⁵ células colônicas cancerosas. Os ratos foram randomizados em três grupos: pneumoperitônio com CO₂, pneumoperitônio com ar e controle (sem pneumo).

Após 12 dias todos os ratos foram sacrificados e a quantidade de tumor foi determinada semiquantitativa-mente por um observador neutro. Os resultados apresentaram carcinomatose grosseira e sete com implantes tumorais mínimos.

Em três ratos não foram encontrados implantes e um rato morreu durante a insuflação.

Pneumoperitônio com ar ou CO₂ significativamente aumentou o crescimento tumoral intraperitoneal comparado com o grupo controle ($p < 0,005$ em ambos os grupos).

Nenhuma diferença no crescimento tumoral foi encontrada com pneumoperitônio com CO₂ ou ar.

Os autores concluem que o pneumoperitônio induzido por CO₂ ou ar aumenta o crescimento tumoral intraperitoneal em ratos.



Ohlsson B, Sterram U, Tranberg KG. Resection of colorectal liver metastasis: 25 years experience. World J Surg 1998; 22: 268.

Este interessante artigo de revisão faz uma análise da experiência de 25 anos em uma única instituição com ressecção hepática para metástase hepática, além de elucidar os fatores prognósticos com o intuito de melhorar a seleção dos pacientes para este procedimento. Cento e onze pacientes submetidos à ressecção para metástase colônica com intenção curativa foram estudados em dois grupos divididos por período de cirurgia (1971 a 1984 e 1985 a 1995).

A taxa de sobrevida atualizada e corrigida foi de 25% e a média de sobrevida total foi de 2,1 anos.

Pacientes tratados no segundo grupo mais recente (1985 a 1995) tiveram melhora na taxa de sobrevida (35% vs 19%; $p = 0,03$).

Não houve sobrevida em cinco anos nos pacientes com margem de ressecção comprometida pelo tumor, nos pacientes com doença extra-hepática, ou quando o tumor era pouco diferenciado.

Análise multivariada mostrou que o grau de diferenciação favorável do tumor, ausência de tumor extra-hepático, baixos níveis de CEA pré-operatório, transfusão sanguínea intra-operatória limitada e cirurgia no período mais recente, foram fatores determinantes favoráveis de sobrevida.



O'Connell MJ, Laurie JA, Kahn M, et al. Prospectively randomized trial of post operative adjuvant chemotherapy in patients with high-risk colon cancer. J Clin Oncol 1998; 16: 295.

O objetivo deste estudo prospectivo foi comparar a eficácia da quimioterapia pós-operatória em pacientes com risco aumentado de recidiva (Estágios II e III), utilizando esquema de 5.F.U., levamisole e leucovorin com 6.F.U. e levamisole, e

avaliar o efeito da terapia de 6 e 12 meses na taxa de sobrevida dos pacientes.

O tempo médio de seguimento foi de 5,1 anos. A taxa de recidiva foi semelhante nos dois grupos. Os fatores associados a aumento da taxa de recidiva foram: idade, número de gânglios comprometidos, presença ou ausência de obstrução, extensão de invasão transmural e grau de diferenciação do tumor. Estes mesmos fatores foram associados com um aumento do risco de óbito.

Tratamento de seis meses com 5.F.U., levamisole e leucovorin foi associado com aumento da sobrevida quando comparado ao 5.F.U. e levamisole no mesmo período (70 vs 60%; $p < 0,01$).

Não houve melhora na taxa de sobrevida quando os esquemas quimioterápicos foram dados por seis ou 12 meses.

Quando a quimioterapia foi dada no período de seis meses, o esquema 5.F.U., levamisole e leucovorin apresentou taxa de sobrevida melhor que o esquema 5.F.U. e levamisole apenas.

A taxa de sobrevida com 5.F.U., levamisole e leucovorin no período de seis meses foi similar quando comparado com 5.F.U. e levamisole por 12 meses.

Os autores concluem que a quimioterapia por seis meses deve ser preferida ao esquema 5.F.U. e levamisole no mesmo período, para os pacientes com risco aumentado de recidiva de câncer colorretal.



Healy JC, Halligan S, Rezek RH, et al. Magnetic resonance imaging of pelvic floor in patients with obstructed defecation. Br J Surg 1997; 84: 1555.

O propósito deste artigo foi determinar se o estudo de ressonância magnética pode demonstrar anormalidades em pacientes com obstrução defecatória.

Onze pacientes com defecação obstruída, com estudos fisiológicos anorretais normais e defecografia, foram comparados com 13 pacientes controles normais. Exame de ressonância magnética com gradiente visceral e muscular da pelve foi realizado em repouso e após esforço evacuatório.

Os resultados e resolução anatômica oferecida pela ressonância magnética mostraram medidas precisas com aumento significativo ($p < 0,01$) no descenso visceral pélvico, área de superfície dos músculos elevadores do ânus e alteração do ângulo dos elevadores e hiato do assoalho pélvico, quando comparados com o grupo controle.

Os autores concluem que a avaliação com ressonância magnética pode ser um método útil e alternativo para os exames fisiológicos anorretais tradicionais nos pacientes com evacuação obstruída.