
PANDINI LC - Resumo de artigos. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(3): 226-228

Habr Gama A, de Souza PMSB, Ribeiro U Jr., Madalin W, Gansl R, Souza AHS Jr., Campos FG, Gama Rodrigues J. Low rectal cancer: impact of radiation anal chemotherapy on surgical treatment. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1096-105.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da radioterapia e quimioterapia no tratamento do câncer retal baixo potencialmente ressecável. Um total de 118 pacientes com adenocarcinoma comprovado de reto baixo potencialmente ressecáveis e sem metástases à distância foram tratados no pré-operatório com radioterapia na dose de 5.040 Gy (seis semanas) e leucovorin (20 mg/m²/dia) associados ao 5-fluoracil intravenoso na dose de 425 mg/m²/dia nos três primeiros e três últimos dias de radioterapia. Após dois meses todos os pacientes foram submetidos a avaliação e biópsias para qualquer lesão residual suspeita ou tecido cicatricial. Neste estudo a toxicidade da quimioterapia foi mínima e o seguimento médio foi 36 meses. Em 36 (30,5%) pacientes a lesão desapareceu completamente, sendo em seis pacientes confirmados na cirurgia de amputação abdominoperineal ou cirurgia de preservação esfínteriana e nos restantes 30 pacientes a ausência da lesão foi confirmada, pelos sintomas, exame físico, biópsias, ultra-som transretal e tomografia computadorizada negativos.

Nos pacientes dos quais a lesão regrediu parcialmente todos, com exceção de um, foram submetidos ao tratamento cirúrgico. A incidência de recidiva loco-regional foi 4,3% e recorrência local associada à distância que ocorreu foi de 6,7%.

Os autores concluem que os resultados preliminares deste estudo sugerem uma redução no número de recidiva loco-regional e reforçam o conceito que o câncer infiltrativo do reto baixo pode ser tratado por rádio-quimioterapia e em alguns casos com cirurgia de preservação esfínteriana.

Comentário Editorial:

Comentários sobre o artigo "Low rectal cancer" - Angelita Gama e cols.

O trabalho "Impacto da quimioterapia no câncer retal" mostrou resultados já relatados na literatura, o que não diminui sua importância.

O primeiro é a melhora no estadiamento dos tumores, tornando-os operáveis, ou possibilitando a realização de cirurgias conservadoras de esfínteres.

O segundo é a diminuição do número de recidivas pélvicas, cuja morbidade e dificuldade de abordagem terapêutica satisfatórias são bem conhecidas.

O terceiro é o desaparecimento total da neoplasia em alguns casos, o que levou inclusive os autores a alterar o protocolo. São óbvias as vantagens de eventualmente mostrar a validade estatisticamente significativa em relação a alguns tumores, que então seriam passíveis de radioquimioterapia exclusiva.

O índice de complicações cirúrgicas após o tratamento foi aceitável, mas seria importante discriminá-los em relação ao tempo decorrido entre o fim da radioquimioterapia e o ato cirúrgico.

Os resultados foram comparados com outro grupo de pacientes tratados com cirurgia exclusiva, e não concomitantes com o estudo atual. Um grupo controle observado nas mesmas condições e pelos mesmos pesquisadores salientaria a importância dos resultados obtidos.

Por fim, considerando que, apesar de todos os avanços, a sobrevida média do câncer do reto não se alterou muito, é necessário um seguimento mais prolongado para validar os resultados.

Erico Fillmann - TSBCP

Reymond MA, Schneider C, Kastl S. The pathogenesis of post-site recurrences. J Gastrointest Surg 1998; 2: 406.

O objetivo deste estudo de revisão de trabalhos experimentais e clínicos na literatura foi analisar a incidência e mecanismo da recidiva nos locais dos trocartes.

Foram analisados 88 publicações sobre os seguintes parâmetros: definição, incidência, patogênese, observações clínicas, achados em humanos, acurácia de modelos animais, dependência do CO₂, técnica "gas less", laparoscopia versus laparotomia, influência dos diferentes gases no crescimento tumoral e prevenção.

Como resultado desta revisão, foi verificado que o principal fator disseminador de células tumorais durante a laparoscopia é o fator mecânico e que o CO₂ desempenharia um papel secundário.

Muitas recidivas na parede foram encontradas nos locais das incisões de parede realizadas para extração do tumor e que não foram devidamente protegidas. A incidência de recidiva nos locais dos trocartes variou de 0 a 21% entre os cirurgiões e foi relacionada com perfuração do tumor, manipulação excessiva e reposicionamento dos trocartes. Estudos prospectivos revisados mostraram uma incidência de recidiva de 1%, que é comparável e observada na cirurgia convencional. Os autores concluem que, com a utilização de técnica cirúrgica

meticulosa e medidas preventivas, a incidência de recidiva de parede e nos locais dos trocartes pode chegar a níveis comparáveis aos encontrados na cirurgia aberta.

Callen JP. Pyoderma gangrenosum. Lancet 1998; 351: 581.

Este artigo de revisão mostra o estado atual da patologia, causa, quadro clínico e tratamento do pioderma gangrenoso.

O quadro clínico do pioderma gangrenoso é uma úlcera secretante com margens bem definidas localizadas nas pernas e pele periestomal. Pode estar associada principalmente a retocolite ulcerativa, porém a sua presença na Doença de Crohn já é bem estabelecida.

A doença intestinal inflamatória representa somente a minoria das condições associadas (15 a 20%) e somente 2% dos pacientes com doença intestinal inflamatória apresentarão proderma gangrenoso. A colectomia não afeta a atividade da doença. O diagnóstico é feito por exclusão de outras patologias e com biópsias da lesão. A terapia inicial é o tratamento local das feridas, sendo o tratamento sistêmico com sulfá e corticosteróides reservados para os casos mais graves.

Sebastian JJ, Garcia S, Soria MT, Pac J. Visceral leishmaniasis diagnosed by colonoscopy. J Gastroenterol 1997; 25: 691-694.

O propósito deste artigo foi descrever a Leishmaniose visceral como possível infecção oportunista em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Este relato de caso foi descrito em uma paciente de 23 anos portadora de SIDA, e o diagnóstico de Leishmaniose visceral foi feito através de biópsia hepática. A paciente foi admitida há quatro meses com história de diarreia aquosa (quatro a cinco vezes ao dia) acompanhada de tenesmo e dor abdominal em cólica (contagem CD4, 0/mm³). A colonoscopia mostrou uma inflamação retal acentuada, com úlceras colônicas tipo cratera largas e extensas. O íleo terminal estava normal. A biópsia revelou Leishmaniose colônica (*Leishmania infantum*). Apesar do tratamento com agentes antimoniais e anfotericina B, a paciente foi a óbito. O diagnóstico de Leishmaniose deve ser considerado em pacientes infectados pelo HIV com diarreia e provenientes de área endêmica.

Farouk R, Drew PJ, Duthie GS, Lee PW, Monson RT. Disruption of the internal anal Sphincter can occur after transanal stapling. Br J Surg 1996; 83: 1400-1404.

Os autores realizaram ultra-som endoanal em 39 pacientes que foram submetidos a ressecção anterior para adenocarcinoma retal e anastomose com grampeador circular.

Todos os pacientes foram submetidos a ultra-sonografia endoanal com avaliação esfínteriana no pré-operatório, pós-operatório imediato e três meses após a cirurgia. Não havia nenhuma lesão no esfínter interno no pré-operatório; entre-

tanto sete de 39 pacientes apresentaram defeito no esfínter interno imediatamente após o uso de grampeador e após três meses no pós-operatório. A lesão do esfínter interno está associada a dilatação anal digital e ao uso de grampeador circular de maior calibre. (31 a 29 mm).

Ortiz H, Armendariz P, Yarnoz C. Is early postoperative feeding feasible in elective colon and rectal surgery? Int J Colorectal Dis 1996; 11: 199-123.

O objetivo deste estudo prospectivo randomizado foi determinar se a ingesta anal imediata no pós-operatório é factível e segura após cirurgia colorretal convencional.

Foram avaliados 190 pacientes submetidos a ressecção eletiva colorretal para câncer, doença intestinal inflamatória e doença diverticular. Nos pacientes do grupo I a ingestão da dieta era iniciada no 1º dia de pós-operatório conforme aceitação e avançada progressivamente. Nos pacientes do grupo II uma sonda nasogástrica era deixada até o cirurgião certificar-se que o íleo metabólico estava resolvido. A ingesta oral precoce foi tolerada em 80% dos pacientes no grupo I nos primeiros quatro dias não havendo diferença entre os dois grupos no 4º dia. A taxa de complicação foi similar em ambos os grupos. A conclusão dos autores é que a ingesta oral precoce é factível e segura nos pacientes submetidos a ressecção colorretal eletiva.

Chen F, Stuart M. The morbidity of desfunctioning stomata. Aust NZJ Surg 1996; 66: 218-221.

O propósito deste estudo retrospectivo foi avaliar a morbidade no manejo de estoma desfuncionalizado. Foram incluídos neste estudo 72 ileostomias em alça e 38 colostomias em alça realizadas no período de 1973 a 1994, sendo a distribuição entre sexo e idade semelhantes.

A média de fechamento do ostoma foi quatro meses, e a indicação para sua confecção foi similar, com leve predominância de ileostomia na doença intestinal inflamatória.

A incidência de complicações foi 26% com colostomia em alça e 18% com ileostomia em alça, sendo semelhantes as incidências de complicações com fechamento das ileostomias (31%) e colostomias (32%).

Os autores concluem que os dados deste trabalho suportam o conceito que a ileostomia em alça é superior à colostomia em alça para desvio do trânsito intestinal.

Croizet O, Moreau J, Arany Y. Follow up of patients with hyperplastic polyps of the large bowel. Gastrointest endosc 1997; 46: 119-123.

Este trabalho compara a frequência de pólipos metacrônicos em pacientes com pólipos hiperplásicos ou adenomatosos e ausência de pólipos após colonoscopia inicial.

Foram comparados 90 pacientes no grupo com pólipos hiperplásicos diagnosticados na colonoscopia com o grupo de pólipos adenomatosos e o grupo sem pólipos, com relação a idade e sexo.

Todos os pacientes dos três grupos foram submetidos a colonoscopia posteriormente e o tipo de frequência de pólipos metacrônicos foi comparado entre os grupos.

Dos pacientes que apresentaram pólipos hiperplásicos na primeira colonoscopia, 32% desenvolveram pólipos adenomatosos, comparados com 42% do grupo que apresentaram pólipos adenomatosos e 13% do grupo com nenhum pólipos. A frequência de pólipos metacrônicos foi estatisticamente maior em pacientes com pólipos hiperplásicos

e adenomatosos que em pacientes sem pólipos ($p < 0,01$). O tamanho, número de pólipos hiperplásicos, localização, idade e sintomas não foram fatores determinantes de futuros adenomas.

Os autores concluem que um terço dos pacientes que apresentavam pólipos hiperplásicos no momento da colonoscopia desenvolveram pólipos adenomatosos em um período de follow-up de cinco anos. O risco, embora 2,4 vezes maior que os pacientes sem pólipos, não foi significativamente diferente que o risco dos pacientes que apresentaram pólipos adenomatosos inicialmente. Embora os pólipos hiperplásicos não sejam pré-malignos, eles podem servir como um marcador para os pacientes com riscos de desenvolver câncer colorretal.