

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP
 DELCIO MATOS - FSBCP
 SERGIO LUIZ FARIA

CORDEIRO F, MATOS D, FARIA SL. - Tribuna livre: Como eu faço.
 Rev bras Coloproct. 2000; 20(3): 191-193

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma TRIBUNA LIVRE e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo **fax 19.2543839** ou **E.mail: scut@lexxa.com.br**.

Nesta edição iremos colocar uma carta encaminhada por um colega radioterapeuta (Dr.Sérgio Luiz Faria-SP), que após leitura da nossa revista, resolveu dar sua colaboração a respeito de **“Retite Actínica”**:

Por dificuldades várias, é incomum um especialista ler a revista de outras especialidades e portanto acabamos perdendo outras visões, sempre frutíferas, de diferentes especialistas sobre um mesmo assunto e como esta Tribuna sugere, gostaria de mandar algumas considerações sobre a retite actínica.

A mesma pode ser aguda (ocorre durante ou logo após a radioterapia) ou tardia (em geral se manifesta 6 meses ou após). As complicações referidas pelos colegas são as tardias e são irreversíveis.

É útil classificar a retite (ou enterite, quando dá para diferenciar) segundo sua gravidade. Uma fórmula bem usada no mundo é a classificação proposta pelo grupo norteamericano RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) que faz estudos prospectivos usando a radioterapia. Ela é resumida na tabela abaixo e varia de 0 (nenhuma) a 5 (tão grave que provocou óbito). Interessam-nos mais as graduações de 1 ou 2 (leves/moderadas) a 3 ou 4 (graves).

RTOG/EORTC - Late radiation morbidity scoring scheme

score	0	1	2	3	4	5
Sintomas	nenhum	Diarréia leve ou cólica; hábito intest.: 5x/d; discreto escape retal ou sangramento	Diarréia moderada; hábito intest. :>5x/d excessiva perda de muco retal ou sangramento anal intermitente	Obstrução ou sangramento intestinal com necessidade de cirurgia	Necrose; perfuração; fístula	Óbito diretamente relacionado ao efeito tardio da irradiação

A agressão do reto, pela radiação, pode ser causada por radiação externa (teleterapia) ou braquiterapia (material radioativo colocado dentro do útero ou próstata). A agressão pela teleterapia costuma ser com dose menor mas agride uma área maior. A braquiterapia dá doses maiores mas em áreas mais localizadas.

Não convém biopsiar área previamente irradiada. O risco de piorar a sintomatologia, provocar fístula ou sangramento, da área biopsiada não cicatrizar é grande porque a má vascularização é típica sequela tardia da irradiação nos tecidos vivos. Essa decisão pode não ser fácil pois às vezes pode ser difícil diferenciar retite de recidiva tumoral.

O tratamento das retites actínicas tardias é sempre paliativo e sintomático.

Um sintoma menos enfatizado nas discussões prévias, mas importante e comum, é o da dor. Como toda dor crônica, além do cuidado local, a recomendação da OMS é: 1. analgésicos pela boca (e não injetáveis), 2. no relógio (e não quando houver dor) e 3. com drogas e posologia corretas. Os dois cuidados neste caso são: a. não usar drogas fortes (morfina ou derivados por exemplo) enquanto outras mais fracas ainda não forem utilizadas, e b. não prescrever cada 8 ou 12hs., drogas que devem ser tomadas cada 4 ou 6hs. A cortisona ainda é uma alternativa muito usada.

Dr. Sérgio Luiz Faria-SP

Retomamos ainda ao tema: “**Cirurgia orificial e infecção**” com a colaboração de 2 membros da nossa Sociedade:

Dr. Delcio Matos (SP)

Dr. Fernando Cordeiro (SP)

1. Nas cirurgias orificiais não infectadas, hospitalar ou ambulatorialmente, você recomenda o uso de antibioticoterapia profilática ou terapêutica? Em caso afirmativo qual medicamento e posologia?

Dr. Delcio Matos - Não recomendo nas cirurgias orificiais não infectadas, quer hospitalar ou ambulatorial, a administração profilática de antibióticos. No entanto, em pacientes portadores de imunossupressão como, por exemplo, naqueles submetidos à administração prolongada de corticosteróides (Doença de Crohn) ou nos portadores de SIDA, acho recomendável esta conduta, que visa, fundamentalmente, prevenir a complicação infecciosa decorrente do traumatismo cirúrgico.

Dr. Fernando Cordeiro - Nas enfermidades orificiais

não infectadas ou em pacientes que não tenham o seu sistema imunológico afetado, o uso de antibioticoterapia não tem nenhuma utilidade.

2. No caso de fissura anal crônica infectada, você utiliza a esfínterectomia lateral subcutânea, fissurectomia segundo a técnica de Gabriel ou outra alternativa cirúrgica? Com ou sem o uso de antibióticos?

Dr. Delcio Matos - Na fissura anal crônica infectada, ou seja, na condição reconhecida como abscesso subfissural, prefiro o tratamento cirúrgico segundo a técnica de Gabriel, pois que este procedimento trata não somente o processo fissural crônico, como também a complicação aguda representada pela supuração fechada do leito fissural. O emprego de amicacina associada ao metronidazol costuma ser bastante eficaz nestas circunstâncias.

Dr. Fernando Cordeiro - Na presença de uma fissura anal crônica com sinais de infecção no leito fissurário ou subfissurário, tenho preconizado a utilização da técnica de Gabriel, ou seja a fissurectomia com área de drenagem adequada. Desta maneira ao tratarmos também o processo infeccioso, não vemos motivo para a utilização de antibioticoterapia.

3. Em pacientes portadores de abscesso perianal associado com enfermidade hemorroidária com grandes prolapsos, você realiza um procedimento por ato operatório, ou os dois associados no mesmo procedimento? Utiliza antibioticoterapia?

Dr. Delcio Matos - No abscesso perianal associado com enfermidade hemorroidária com grandes prolapsos, a conduta terapêutica deve visar a condição infecciosa aguda representada pela supuração. Indico portanto, a realização de um procedimento por ato operatório. A utilização de antibioticoterapia está fundamentada pela presença do processo séptico local.

Dr. Fernando Cordeiro - Duas enfermidades orificiais se encontram associadas nestes pacientes: uma aguda, de tratamento cirúrgico emergencial e outra crônica de tratamento eletivo. Nesta situação, a prioridade é o tratamento daquela que possa representar um risco à saúde geral do paciente ou seja o abscesso perianal. Este convenientemente tratado, a menos que existam condições anormais como imunossupressão ou alastramento do processo infeccioso como na Enfermidade de Fournier, não necessitará de antibioticoterapia.

4. Caso você realize procedimentos outros no tratamento da enfermidade hemorroidária como criohemorroidectomia, infrared ou esclerose, você faz uso de antibioticoterapia profilática?

Dr. Delcio Matos - Não preconizamos a utilização de antibióticos em caráter profilático em procedimentos alternativos no tratamento da doença hemorroidal, como a aplicação do infrared ou da ligadura elástica.

Dr. Fernando Cordeiro - Realizamos para o tratamento da enfermidade hemorroidária, quando possível ambulatorialmente, a ligadura elástica, a aplicação do infrared e também a criohemorroidectomia e a menos que existam condições de imunossupressão, não utilizamos antibioticoterapia profilática.

5. Comentários adicionais?

Dr. Delcio Matos - Na associação de processos patológicos no canal anorretal, a prioridade terapêutica está, a nosso ver, na resolução dos processos sépticos do espaço perianal. Assim, ao lado da drenagem cirúrgica, procedimento básico para a cura da doença, a administração de

antibióticos permite não somente o tratamento da infecção bacteriana como também a prevenção da disseminação planimétrica do processo supurativo, condição que pode conferir intensa gravidade a esta condição patológica perianal. A doença orifical associada deve ser reavaliada e tratada em ocasião oportuna, quando não houver sinais de processo infeccioso adjacente.

Dr. Fernando Cordeiro - Devemos sempre observar a condição geral do paciente e a etiopatogenia da enfermidade orifical. Não adianta tratarmos um abscesso perianal com punção evacuatória do abscesso sem drenarmos adequadamente e sem eliminarmos a cripta doente só porque o paciente apresenta uma condição de imunossupressão, mesmo que com cobertura antibiótica adequada. É absolutamente necessário que a terapêutica possa atingir a todas as condições com o menor risco ao paciente.

Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas que prontamente responderam à nossa solicitação e tornaram possível a realização de mais uma tribuna.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

*Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.*

Novamente, o nosso fax é: 19.2543839 e E.mail: scut@lexxa.com.br.

Participe.

Fernando Cordeiro
