

---

PANDINI, LC, Resumo de Artigos. **Rev bras Coloproct**, 2004; 24(2):176-178.

---

---

Nelson H. Sargent DJ, Wieand S et al. A Comparison of Laparoscopic ally Assisted and Open Colectomy for Colon Cancer. The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. *N Engl J Med* 2004; 350: 2050-9.

---

Este estudo prospectivo comparativo controlado mostra os resultados de recidiva e sobrevida em pacientes operados de câncer de colon por cirurgia laparoscópica e convencional.

Participaram deste estudo 66 cirurgiões credenciados de 48 instituições. Cada cirurgião havia realizado pelo menos 20 colectomias laparoscópicas. As cirurgias foram gravadas e as fitas foram revisadas para avaliação dos critérios oncológicos por um comitê de cirurgiões independentes.

Foram randomizados 872 pacientes, sendo incluídos para análises 428 pacientes para cirurgia convencional e 435 pacientes para cirurgia laparoscópica. O objetivo principal deste estudo controlado foi avaliar os resultados oncológicos quanto a recidiva e sobrevida.

Após um período de acompanhamento médio de 4.4 anos, o grupo convencional apresentou 18% de recidiva tumoral contra 16% do grupo laparoscópico. A taxa de recidiva de implante na ferida ou nos locais dos trocartes foi inferior a 1% em ambos os grupos. Foram 2 recidivas no grupo laparoscópico (0.5%) e uma no grupo convencional (0;2%).

A taxa de sobrevida foi semelhante em ambos os grupos e nos diferentes estágios da doença.

A conclusão deste estudo multi-institucional foi que as taxas de recidiva tumoral e de sobrevida foram semelhantes após colectomia laparoscópica e colectomia convencional, sugerindo que o acesso laparoscópico é uma alternativa aceitável para pacientes com câncer de colon.

Comentário editorial: Este foi o primeiro estudo bem controlado, prospectivo, comparativo

avaliando os resultados oncológicos no câncer de colon em que as taxas de recidiva tumoral, implante de parede e sobrevida foram semelhantes no grupo laparoscópico e convencional, confirmando os estudos não controlados ou controlados com seguimento curto, já descritos na literatura. Este estudo e outros semelhantes a este deverão ser publicados em breve e servirão para reduzir a resistência de muitos cirurgiões colorretais e oncológicos ao uso da técnica laparoscópica em pacientes selecionados com câncer de colon.

\*

---

Lustosa SAS, Matos D. Atallah an et al. Stapled. VS. Handsewn methods for colorectal anastomosis surgery. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*. May 2003

---

Este estudo de meta-análise foi realizado para comparar a eficácia e segurança da anastomose manual e por grampeamento. Foram incluídos nove estudos controlados e randomizados disponíveis eletronicamente de diferentes publicações sobre acompanhamento de pacientes submetidos a cirurgia curativa para câncer colorretal. Os estudos foram separados pelo nível da anastomose, sendo 622 anastomoses por grampeador e 611 anastomoses manuais. A hipótese primária do estudo foi que a anastomose com uso de grampeadores é mais efetiva e reduz as complicações.

Os resultados mostraram que não houve diferença na mortalidade, taxa de deiscência total, taxa de deiscência clínica, taxa de deiscência radiológica, estenose, sangramento da linha de sutura, taxa de reoperação, infecção da ferida, duração da confecção da anastomose ou permanência hospitalar nos grupos da anastomose manual ou por grampeamento. A evidência deste estudo não mostrou qualquer benefício de anastomose mecânica sobre a anastomose manual.

---

Mac Donald S, Lyall P; Israel L, et al. Why barium enemas fail to identify colorectal cancers. *NZJ Surg* 2001; 71:631-5

---

O propósito deste estudo retrospectivo foi determinar a causa e os fatores clínico patológicos associados com a falha do enema opaco em detectar câncer colorretal.

Foram avaliados 967 pacientes com câncer colorretal em que 313 realizaram enema opaco antes da cirurgia. Em 21 (6.7%) pacientes o câncer não foi identificado na avaliação inicial.

Os autores concluem que em cerca de 7% o câncer colorretal não foi diagnosticado pelo enema opaco e as causas mais comuns foram: problemas técnicos (método inadequado), dificuldades de interpretação (anormalidades vistas, mas interpretadas como normais) ou dificuldade de percepção (lesões não foram identificadas). A localização das lesões não diagnosticadas foram semelhantes nas diversas regiões do colon.

Aproximadamente 50% das lesões não foram visualizadas na revisão das radiografias.

\*

---

Korman LY, Overholt BF, Boxt. Perforation during colonoscopy in endoscopic ambulatory surgical centers. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 554-8

---

O objetivo deste estudo foi determinar a taxa de perfuração por colonoscopia em 45 centros de endoscopia ambulatorial.

Durante o período de um ano (1999) foram observadas 37 perfurações (0.03%) em 116.000 colonoscopias realizadas em 45 centros, com uma taxa de 1:3189 colonoscopias. A perfuração ocorreu durante 24 procedimentos diagnósticos e 13 terapêuticos. As perfurações foram associadas com pacientes do sexo feminino, com idade superior a 60 anos, cirurgia abdominal prévia e doença diverticular. O colon sigmóide foi o local mais freqüente das perfurações (62%). O tempo de diagnóstico variou de imediato a 72 horas sendo 95 por cento destes pacientes submetidos a laparotomia exploradora.

\*

---

Ballantyne GH, Healy PH. Hand – Assisted Laparoscopic Colectomy: Evolution to a clinically Useful technique. *Dis colon Rectum* 2004; 47: 753-765

---

Este artigo de revisão mostra a evolução da colectomia laparoscópica com acesso manual de uso infrequente para um acesso cirúrgico útil clinicamente nas doenças colorretais.

A cirurgia com acesso manual atravessou 3 fases distintas. Na primeira fase o cirurgião explorava a cavidade abdominal com a mão através da incisão para retirada do espécime como uma complementação da técnica laparoscópica. Numa segunda fase os cirurgiões começaram a utilizar dispositivos para introdução da mão dentro do abdome com manutenção do pneumoperitônio. Estudos randomizados com séries pequenas e grandes de paciente, indicaram uma vantagem no tempo operatório para técnica com uso da mão e os resultados a curto prazo eram semelhantes a técnica laparoscópica.

Atualmente na terceira fase, os cirurgiões estão usando uma nova geração de dispositivos para acesso manual com os quais expandiram as opções com técnica de uso da mão. Estes dispositivos utilizados no início do procedimento facilitam a inserção da mão, protegem a ferida, atuam como local para retirada do espécime, servem como local para confecção de anastomose extra corpórea além de servir como local para introdução de troca de qualquer calibre. Estes dispositivos permitem usar seletivamente a técnica laparoscópica ou a técnica assistida com a mão. Não há até o momento, estudos randomizados sobre estes novos dispositivos e uma avaliação final de sua utilização deve aguardar futuras publicações.

\*

---

Nicholson TJ, Armstrong D. Topical Metronidazol (10 percent) Decreases Post hemorrhoidectomy . Pain and Improves Healing. *Dis colon rectum* 2004; 47: 711-716

---

Este estudo randomizado teve como objetivo investigar a eficácia do metronidazol tópico a 10% na redução da dor pós operatória e da cicatrização da ferida após hemorroidectomia com bisturi ultra-sônico. Foram avaliados 10 pacientes em cada grupo (metro-

nidazol tópico e placebo) nos parâmetros de dor (1,2,7,14 e 28 dias) e tempo de cicatrização. Foram tomadas fotografias digitais das feridas operatórias e analisadas por 3 observadores independentes com relação a edema pós operatório, cicatrização primária e secundária, e cicatrização total da ferida.

Os autores concluem que o uso de metronidazol tópico (10%) reduziu significativamente o desconforto pós hemorroidectomia até o 7º dia e no 14º dia de pós-operatório. A redução do edema e o tempo de cicatrização da ferida foram melhores no grupo que utilizou metronidazol tópico.