

o paciente estava sofrendo de linfoma de células B grandes difusas. O tratamento com hidratação, alopurinol e analgésicos foi iniciado imediatamente, com melhora relativamente rápida dos sintomas abdominais e foi seguido por quimioterapia com regime de hiper-CVAD.

O paciente inicialmente foi submetido a transplante autólogo de células tronco periféricas, mas sofreu recorrência da doença após o tratamento. Mais tarde, ele conseguiu remissão após o transplante alogênico de medula óssea, e agora retornou para servir nas forças armadas em função administrativa.

DISCUSSÃO

Este caso serve como um lembrete de que os linfomas podem inicialmente se manifestar como abdome agudo devido a infarto esplênico. Acreditamos que este seja o primeiro caso que descreve abdome agudo devido ao infarto esplênico como a apresentação inicial do linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) na literatura médica inglesa.

Embora seja uma forma de apresentação bastante rara, os médicos de todas as especialidades devem estar atentos, uma vez que a avaliação imediata, o diagnóstico e o início do tratamento são de extrema importância nesses casos. Os cirurgiões devem estar particularmente alertas, já que a maioria dos casos de abdome agudo são submetidos à avaliação cirúrgica no serviço de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Hazanov N, Attali M, Somin M, Beilinson N, Goland S, Katz M, Malnick SD. Splenic embolus: 13 cases from a single medical department. *Isr Med Assoc J.* 2006 Oct;8(10):694-7.
2. Kwon SY, Lee JJ, Chung IJ, Kim HJ, Park MR, Kim HS, Park CS. Hepatosplenic B-cell lymphoma associated with hemophagocytic syndrome: a case report. *J Korean Med Sci.* 1999 Dec;14(6):671-4.
3. Lawrence YR, Pokroy R, Berlowitz D, Aharoni D, Hain D, Breuer GS. Splenic infarction: an update on William Osler's observations. *Isr Med Assoc J.* 2010 Jun;12(6):362-5.
4. Spaziani E, Di Filippo A, Picchio M, Pietricola G, Ceci F, Ottaviani M, Martellucci A, Pattaro G, De Angelis F, Parisella F, Pecchia M, Stagnitti F. A rare cause of acute abdomen: splenic infarction. Case report and review of the literature. *G Chir.* 2010 Aug-Sep;31(8-9):397-9.
5. Tokura T, Murase T, Toriyama T, Totani Y, Negita M, Akaza K, Ozawa H, Nakagawa A, Nakamura S. Asian variant of CD5+ intravascular large B-cell lymphoma with splenic infarction. *Intern Med.* 2003 Jan;42(1):105-9.

ABCDDV/1338

ABCD Arq Bras Cir Dig

2017;30(4):290-161

DOI: /10.1590/0102-6720201700040016

Carta ao Editor

RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL COM SACRECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA: DETALHES TÉCNICOS E DIFICULDADES

*Laparoscopic abdominoperineal resection with sacrectomy:
technical details and pitfalls*

Haroldo Jose Siqueira **IGREJA-JUNIOR**¹, Vilson Leite **BATISTA**¹, Bruno dos Santos Viana **CARVALHO**¹, Lucas Simões **TAVARES**¹, Juliana Gonçalves **COELHO**¹

Trabalho realizado no ¹Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica, Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil

DESCRITORES: Neoplasias retais. Reto. Cirurgia colorretal. Sacro. Laparoscopia.

HEADINGS: Rectal neoplasms. Rectum. Colorectal surgery. Sacrum. Laparoscopy.

Correspondence:

Haroldo Jose Siqueira Igreja Junior

E-mail: haroldoigreja@hotmail.com; vilson_leite@msn.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 18/04/2017

Aceito para publicação: 16/06/2016

INTRODUÇÃO

Estima-se para 2016 no Brasil 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres². Nos de reto localmente avançados a sobrevida após ressecção R0 é muito boa, e a exanteração deve ser oferecida a pacientes com tumor avançado primário ou recorrente, onde é necessária a ressecção além da excisão total do mesorreto convencional⁶. No caso de invasão do sacro, a exérese com margens livres aumenta bastante a morbidade e radicalidade do procedimento, representando um desafio ao cirurgião.

Até o momento, o maior nível de evidência para os benefícios da abordagem laparoscópica no câncer de reto, vem dos estudos Corean Trial⁵ e NCCN⁶. Porém, a literatura carece de dados que justifiquem o uso da laparoscopia nos tumores localmente avançados. No Brasil, não há nenhum relato de ressecção abdominoperineal associada à sacrectomia por videolaparoscopia.

O objetivo deste relato é apresentar alternativa para o tratamento da neoplasia maligna de reto com invasão posterior associando abordagem laparoscópica anterior combinada e posterior ressecção do tumor.

TÉCNICA

Inicia-se com a colocação de quatro trocárteres, dois em quadrante superior e inferior direito, um na região umbilical e um na fossa ilíaca esquerda. Diferentemente do habitual, onde iniciar-se-ia a dissecação pela face posterior do mesoreto, no caso descrito havia invasão do sacro pelo tumor; optou-se por começar a dissecação pela sua face lateral esquerda, com diérese da inserção medial do mesocólon esquerdo, seguindo pela asa lateral do reto, dissecação da linha de Told, e da fásia

DISCUSSÃO

de Trietz, progredindo para a fáscia endopélvica, até o ponto de fixação tumoral ao sacro (Figura 1A). Após realização de linfadenectomia do tronco da artéria mesentérica inferior com preservação de seu tronco e da artéria cólica esquerda, incizou-se no mesocólon esquerdo até o ponto da colectomia. O ponto de fixação tumoral foi demarcado com a utilização de uma compressa recortada, introduzida pelo trocar de 12 mm, para posterior identificação transretal (Figura 1B). Realizou-se ainda salpingo-oforectomia esquerda en-bloc e a confecção de colostomia terminal em fossa ilíaca esquerda.

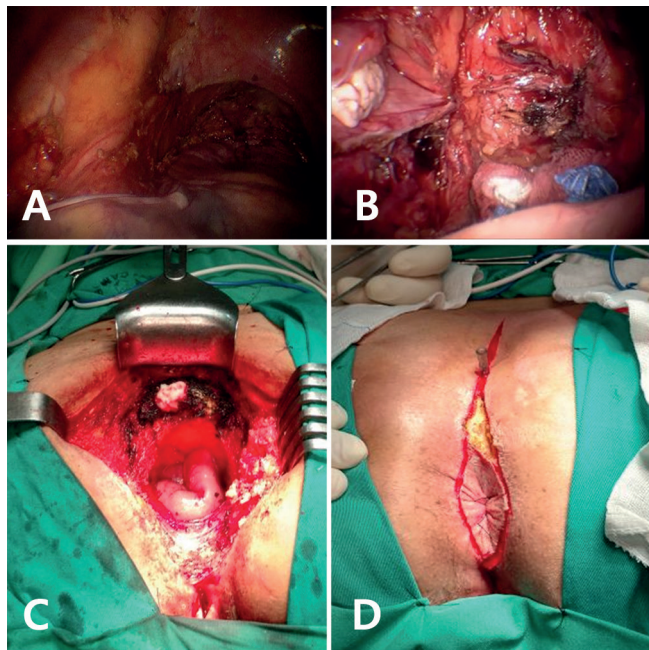


FIGURA 1 – Técnica de ressecção abdominoperineal associada à sacrectomia por videolaparoscopia: A) dissecação do mesorreto: demonstração do ponto de dissecação; B) ponto de marcação da colectomia: utilização de compressa demarcando-a; C) tempo perineal com visão após dissecação até articulação sacroilíaca; D) incisão perineal e posterior confecção de retalho

Neste momento foi realizada a mudança de decúbito para a posição em canivete pronado, para início de tempo perineal. Após incisão perineal (Figura 1C) e confecção de retalho fasciomiotômico de glúteos, realizou-se a diérese da inserção sacrococcígea do diafragma pélvico e do septo retovaginal, seguindo pela fáscia endopélvica até a área de dissecação anterior, e liberaram-se os ligamentos sacrais laterais, até a articulação sacroilíaca bilateralmente (Figura 1D). Realizou-se laminectomia posterior ao nível de S3-S4, com dissecação e redução do saco dural ao fim da cauda equina. Seguiu-se com a osteotomia sacral no mesmo nível, com o uso de serra pneumática e ressecção com hemostasia por selagem bipolar da fáscia presacral e dos ramos sacrais inferiores e médio, findando a procto-sacralectomia, com extração do espécime cirúrgico. Realizou-se, ainda, a obliteração dos forames sacrais do plexo vertebrobasilar por parafuso de titânio bilateralmente e selagem do forame medular por selante de fibrina, assim como da área cruenta sacral. Obliterou-se o estreito inferior da pelve por retroversão vesical, em conjunto com fixação da tela de Proceed® em dupla face. Finalizou-se com síntese em v-y de retalho perineal e drenagem cavitária perineal. O sangramento estimado ao final da operação foi de 200 ml.

A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório; permaneceu o primeiro dia em unidade de terapia intensiva, e os demais em enfermaria. Iniciou-se fisioterapia motora no segundo dia, retirando-a do leito para deambular. Recebeu alta hospitalar com sete dias, deambulando sem auxílio. Não houve complicações.

A abordagem laparoscópica no câncer de reto deve seguir os seguintes princípios: experiência do cirurgião em realizar excisão total do mesorreto por vídeo, não ser indicada em tumores localmente avançados e contraindicada em tumores obstrutivos⁶. Apesar disso, alguns autores relataram sucesso na abordagem laparoscópica da doença localmente avançada. Vários fatores contribuem para o sucesso do procedimento: a experiência da equipe em cirurgia avançada por vídeo, disponibilidade de materiais, discussão interdisciplinar e minucioso planejamento pré-operatório.

O nível de envolvimento local do sacro é fator determinante da radicalidade e morbidade cirúrgica. Nos casos de invasão do cóccix e S5, a ressecção sacral é realizada sem maiores problemas. Entretanto, se houver comprometimento mais proximal, ela é mais complexa e pode evoluir com hemorragia incontrolável, lesão neurológica e complicações urinárias⁷. No caso descrito a invasão era no nível de S3 e a ressecção não evoluiu com complicações. Em tumores T4, tumores recorrentes ou pequenas margens positivas, a alternativa é expor o sítio cirúrgico à radioterapia intra-operatória¹.

O sangramento durante sacrectomia é ponto crítico da operação. O plexo venoso pré-sacral e as veias basovertebrais sacrais são os mais relacionados. Vários métodos de tamponamento têm sido sugeridos. Novos agentes hemostáticos tópicos, tais como selantes de fibrina, são opções de controle da perda de sangue. Casos graves que não podem ser controlados rapidamente podem resultar em alta mortalidade³. Neste caso, após secção do sacro, utilizou-se a ferramenta "Super Jaw" para hemostasia e secção do plexo venoso pré-sacral e hemostáticos absorvíveis. Essa abordagem mostrou-se adequada e com pouca perda sanguínea. Não foram administrados hemoderivados.

REFERÊNCIAS

1. Alberda WJ, Verhoef C, Nuyttens JJ, van Meerten E, Rothbarth J, de Wilt JH, et al. Intraoperative radiation therapy reduces local recurrence rates in patients with microscopically involved circumferential resection margins after resection of locally advanced rectal cancer. *Int J Radiat Oncol, Biol, Phys.* 2014;88(5):1032-40.
2. Batista VL, Iglesias AC, Madureira FA, Bergmann A, Duarte RP, da Fonseca BF. Adequate lymphadenectomy for colorectal cancer: a comparative analysis between open and laparoscopic surgery. *ABCD.* 2015;28(2):105-8.
3. Bonello VA, Bhangu A, Fitzgerald JE, Rasheed S, Tekkis P. Intraoperative bleeding and haemostasis during pelvic surgery for locally advanced or recurrent rectal cancer: a prospective evaluation. *Tech Coloproctol.* 2014;18(10):887-93.
4. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, Quirke P, Copeland J, Smith AM, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *J Clin Oncol.* 2007;25(21):3061-8.
5. Jeong SY, Park JW, Nam BH, Kim S, Kang SB, Lim SB, et al. Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2014;15(7):767-74.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Rectal Cancer Version 3.2017. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal_blocks.pdf
7. Pereira P, Ghouti L, Blanche J. Surgical treatment of extraluminal pelvic recurrence from rectal cancer: oncological management and resection techniques. *J Visc Surg.* 2013;150(2):97-107.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

MISSÃO

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS de CIRURGIA DIGESTIVA é periódico trimestral com um único volume anual, órgão oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva - CBCD, bilingüe, sendo em português na forma impressa e em inglês online, com acesso feito através do site www.scielo.br/abcd, e tem por missão a publicação de artigos de estudos clínicos e experimentais que contribuam para o desenvolvimento da pesquisa, ensino e assistência na área da gastroenterologia cirúrgica, clínica, endoscópica e outras correlatas. Tem como seções principais: artigos originais, artigos de revisão ou atualização, técnica (detalhes técnicos de idéias cirúrgicas novas), cartas ao editor (inclui relatos de caso, comunicações rápidas e cartas comentando opiniões sobre artigos recentes publicados no ABCD) e artigos de opinião (a convite). Outras seções podem existir na dependência do interesse da revista ou da necessidade de divulgação de temas relevantes que não se incluam nas formas referidas.

MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e destinarem-se exclusivamente ao ABCD e não podem ter sido publicados anteriormente em forma semelhante. Toda matéria relacionada à investigação humana e pesquisa animal deve ter aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - da instituição onde o trabalho foi realizado, ou em outra instituição local ou regional se não houver este comitê onde ela foi desenvolvida. Seguindo as normas correntes da boa prática em pesquisa humana, os pacientes arrolados no estudo devem ter formulário de consentimento livre e informado assinado. Estes dados devem ser informados nos manuscritos enviados.

O ABCD apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação - em relação aos artigos oriundos de estudos controlados aleatórios (randomized controlled trials), ensaios clínicos (clinical trials), pesquisas que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (www.icmje.org) -, os artigos que vierem acompanhados do número de identificação do registro do trabalho no final do resumo.

Os artigos originais, escritos em português ou inglês, devem ser enviados eletronicamente por e-mail para abcd@evangelico.org.br (telefone (41) 3240 5488), quando então o(s) autor(es) receberão resposta, também por essa via, notificando seu recebimento. Esta confirmação não garante a publicação do artigo, mas sim confirma o recebimento e o encaminhamento para análise editorial. A redação dos manuscritos deve obedecer à forma escolhida pelo autor dentre as seções do ABCD e detalhadas mais adiante.

Os artigos devem ser digitados em espaço simples em fonte Arial tamanho 12, numerando-se as páginas consecutivamente, iniciando a contagem na do título. O tamanho máximo do texto, incluindo referências, tabelas e ilustrações, deve ser de até 15 páginas para artigos originais e artigos de revisão, cinco para cartas ao editor e artigos de opinião. As tabelas e ilustrações devem vir logo após terem sido citadas no texto e não ao final do trabalho. Todos os conceitos e assertivas científicas emanadas pelos artigos, ou as publicidades impressas, são de inteira responsabilidade dos autores ou anunciantes. A fim de efetuar uniformização da linguagem de termos médicos, os autores deverão utilizar a Terminologia Anatómica, São Paulo, Editora Manole, 1ª Ed., 2001, para os termos anatómicos. O ABCD tem a liberdade de fazer o caso o(s) autor(es) não a tenham seguido.

Todo artigo submetido à publicação, escrito de maneira concisa e no todo na terceira pessoa do singular ou plural, deve constar de uma parte pré/pós-textual e uma textual.

PARTE PRÉ/PÓS TEXTUAL

Deve ser composta por: 1) título em português e em inglês; 2) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); 3) identificação do(s) local(is) onde o trabalho foi realizado, ficando clara a(s) instituição(s) envolvidas, cidade, estado e país; 4) nome e endereço eletrônico do autor responsável; 5) agradecimentos após as conclusões, quando pertinentes; 6) resumo, que não deve conter abreviaturas, siglas ou referências, em até 300 palavras, parágrafo único e estruturado da seguinte forma: artigo original - racional, objetivo, método(s), resultados e conclusão(ões); cartas ao editor não deve apresentar resumo; artigo de revisão: introdução, (objetivo - opcional), método, mencionando quantos artigos foram escolhidos do universo consultado, o período de consulta, os descritores utilizados, as bases de dados pesquisadas, síntese das subdivisões do texto e conclusão; 7) abstract, contendo as mesmas divisões, informações científicas e obedecendo a mesma forma redacional usada para o em português redigidas da seguinte forma: Artigo Original - background, aim, method(s), results, conclusion; letter to the editor sem abstract; review article - background, (aim - opcional), method, conclusion; 8) descritores, no máximo cinco palavras-chave, que estejam contidas nos Descritores de Ciências da Saúde - DeCS <http://decs.bvs.br/> ou no MESH site www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html (atenção: não devem ser citadas palavras-chave que não constem no DeCS/MESH, pois elas serão recusadas); 9) headings (palavras-chave em inglês), da forma como aparecem no DeCS ou MESH.

PARTE TEXTUAL

Pode conter poucas siglas - evitadas ao máximo -, e usadas somente para palavras técnicas repetidas mais de 10 vezes no texto. Elas devem ser postas entre parênteses na primeira vez em que aparecer e a seguir somente as siglas. A divisão do texto deve seguir a seguinte orientação:

- artigos originais** - introdução (cujo último parágrafo será o objetivo), método(s), resultados, discussão, conclusão(ões) (se o artigo não tiver conclusões, a sugestão final pode ser dada no último parágrafo da discussão) e no máximo 30 referências;
- artigos de revisão** - introdução, método (referir as palavras-chave procuradas, as bases de dados pesquisadas e o período de tempo analisado), revisão da literatura (pode ser dividida em sub-temas aglutinando os achados encontrados, podendo ser incluída a experiência dos autores), conclusão(ões) (sumário das tendências atuais) e no máximo 40 referências;
- artigos de opinião (editoriais)** - deverão ser feitos sob convite do Conselho Editorial;

cartas ao editor para relatos de caso - introdução, relato do caso, discussão (com revisão da literatura se houver), ilustrações e no máximo 10 referências;

cartas ao editor para comunicações e opiniões - redação clara sobre o comentário que se pretende publicar em no máximo cinco páginas, podendo ou não conter referências;

referências - normalizadas segundo as Normas de Vancouver (Ann Inter Med 1997; 126:36-47 ou site www.icmje.org itens IV.A.9 e V), sendo que serão aceitas até 30 referências para artigos originais e 40 de revisão, e até 10 para relatos de casos ou comunicações. Relacionar a lista de referências com os autores por ordem alfabética do sobrenome do primeiro autor e numerá-las em números arábicos sequenciais. Na citação no texto, utilizar o número da referência de forma sobrescrita sem parênteses. Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada de acordo com List of Journal Indexed in Index Medicus. Não devem ser citados livros ou teses para as quais não existam possibilidades de acesso online. A literatura brasileira pertinente deve ser pesquisada e citada dentre as referências, sendo este ponto motivo de não aceitação do trabalho, caso os revisores encontrem-nas nas bases existentes online.

O texto do trabalho deve ser auto-explicativo, ou seja, ele deve trazer claramente a interpretação e síntese dos dados sem que o leitor tenha a necessidade de, para tanto, recorrer aos gráficos, tabelas, quadros ou figuras. Deve-se evitar dizer: "Os resultados estão descritos na Tabela 1" e não descrevê-los no texto. Da mesma forma as tabelas, gráficos, quadros e figuras devem ser auto-explicativos, ou seja, se o leitor quiser evoluir sua leitura somente utilizando-os, ao final ele poderá interpretar os resultados da mesma maneira que lendo unicamente o texto.

ILUSTRAÇÕES: GRÁFICOS, QUADROS, FOTOGRAFIAS E TABELAS

Adicionalmente ao texto podem ser enviadas no máximo SEIS ilustrações, que quando na forma de gráficos, quadros, fotografias, esquemas são chamadas de Figuras, e as na forma de padrão de tabelas, chamadas de Tabelas. Todas devem ser citadas no manuscrito no local onde devem aparecer - quer entre parênteses, quer referidos na própria redação -, e serem colocadas no manuscrito logo após terem sido citados no texto e não ao final do trabalho. Cuidado especial deve ser tomado para que não haja redundância entre eles, ou seja, ter um gráfico que mostre a mesma coisa que uma tabela, por exemplo. Se isso ocorrer, o revisor do artigo sugerirá ao Editor a eliminação do que achar redundante.

Ilustrações, quando pertinentes, devem ser encaminhadas em preto e branco e em cores, numerados com algarismos arábicos e com seu título e legendas localizadas no rodapé. Tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, tendo seu título na parte superior e explicações dos símbolos e siglas no rodapé. Figuras, numeradas em algarismos arábicos, são fotografias ou desenhos e devem ser enviados em resolução mínima de 300 DPI (figuras coloridas impressas são de custo pago pelos autores e online SciELO são sem custos). O título e legendas devem vir localizados no rodapé. Figuras previamente publicadas devem ser citadas com a permissão do autor.

PEER REVIEW

Os estudos submetidos ao ABCD são encaminhados a dois revisores de reconhecida competência no tema abordado, designados pelo Conselho Editorial da revista (peer-review) e que são orientados a verificar a relevância da contribuição médica do artigo, originalidade existente, validade dos métodos empregados, validade dos resultados e o aspecto formal da redação. O anonimato é garantido durante todo o processo de avaliação. Os artigos recusados serão devolvidos. Os artigos aprovados ou aceitos sob condições, poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações maiores no processo de revisão ou editoração, e que possam modificar o sentido do exposto no texto enviado.

CONDIÇÕES OBRIGATORIAS (LEIA COM ATENÇÃO)

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas: 1) que o artigo não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM no.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos, e quando houver, citá-lo em rodapé mencionando a empresa e relação com o interesse, podendo ser recusado se colidir com normas vigentes sobre o tema; 2) que não há fonte financiadora e quando houver - não há impedimento quando ela existir -, citá-la em rodapé; 3) que o trabalho foi submetido a CEP que o aprovou; 4) que concede os direitos autorais para publicação ao ABCD; e 5) que autoriza o Editor-Chefe e/ou Corpo Editorial da revista e efetuar alterações no texto enviado para que ele seja padronizado no formato linguístico do ABCD, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou ilustrações que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. **CASO HAJA DISCORDÂNCIAS QUANTO ÀS ESTAS PREMISSAS, OS AUTORES DEVERÃO ESCREVER CARTA DEIXANDO EXPLÍCITO O PONTO EM QUE DISCORDAM E O ABCD TERÁ ENTÃO NECESSIDADE DE ANALISAR SE O ARTIGO PODE SER ENCAMINHADO PARA PUBLICAÇÃO OU DEVOLVIDO AOS AUTORES.** Para melhor entendimento, caso haja conflito de interesse ele deve estar mencionado ao final das referências com o texto: "O(s) autores (s) (nominá-los) receberam research grant da empresa (mencionar o nome) para a realização deste estudo". Quando houver fonte financiadora ela deve, também no mesmo local, ser identificada.

SUGESTÃO

Modo simples de melhor entender as regras para publicação aqui emanadas é consultar artigos recentemente publicados no ABCD e verificar o modo como estão escritos. Para tanto acesse o site: www.scielo.br e busque artigos de sua escolha dentre as publicações online do ABCD.

ENDEREÇO PARA CONTATO PESSOAL OU VIA CORREIO:

ABCD - ARQUIVOS BRASILEIROS de CIRURGIA DIGESTIVA

Al. Augusto Stelfeld, 1980 - Bigorinho

CEP 80730-150 - Curitiba - PR - Brasil

Tel./Fax: (0xx41) 3240-5488 (Bruno L. Ariede)

e-mail: abcd@evangelico.org.br