
PANDINI LC. Resumo de Artigos. **Rev bras Coloproct**, 2010;30(3): 378-379.

Sakr, M. F.; Moussa, M.M. Ligasure Hemorrhoidectomy, Versus Stapled Hemorrhoidopexy. A Prospective, Randomized Clinical Trial. *Dis Colon Rectum* 2010, V: 53; 1161-1167.

O propósito deste estudo prospectivo randomizado foi comparar os resultados do uso do ligasure com a técnica de grampeamento em pacientes com hemorroidectomia grau III e IV. Os parâmetros avaliados foram: tempo operatório, avaliação da dor pós operatória por escala analógica visual, número de aplicações de analgésicos parenteral, tempo de internação, tempo de retorno ao trabalho, complicações e recidiva do prolapso hemorroidário. Os resultados de 68 pacientes, 34 pacientes em cada grupo mostraram que não houve diferença significativa quanto a tempo operatório, dor pós operatória, quantidade de analgesia parenteral, tempo de internação e de retorno ao trabalho em ambas as técnicas não houve diferença entre o grupo com ligasure e a técnica por grampeamento com relação as complicações pós operatória, exceto que após 4 semanas de pós operatório, o grupo de hemorroidopexia apresentou prolapso residual em 8 pacientes (23.5%) comparado com 2 pacientes (5.9%) no grupo com ligasure. Os autores concluem que hemorroidectomia com ligasure e a técnica de grampeamento apresentam bons resultados com baixa taxa de complicações para o tratamento das hemorróidas grau III e IV e com menor taxa de prolapso residual no grupo com ligasure. Ambos procedimentos oferecem baixo nível de dor pós operatória e são excelentes opções cirúrgicas para o tratamento das hemorróidas grau III e IV.



Cahill, R.A.; Lindsey, L.; Jones, O.; Guy, R.; Mortensen, N.; Cunningham, C. Single-Port Laparoscopic Total Colectomy for Medically Uncontrolled Colitis. *Dis Colon Rectum* 2010, V: 53; 1143-1147.

O objetivo deste estudo foi descrever uma opção técnica, para colectomia total laparoscópica com ileostomia através de um acesso com portal único, em 3 pacientes com retocolite ulcerativa resistente ao tratamento clínico e necessitaram cirurgia de urgência. O local escolhido para o portal único foi da marcação pré operatória da ileostomia. A cirurgia iniciou pela secção do reto sigmóide e progrediu até o ceco através da dissecação e ligadura dos vasos cólicos próximos ao colon. A peça foi extraída através deste portal e a ileostomia confeccionada neste local. As operações foram realizadas com segurança em sua totalidade sem acesso abdominal adicional. O tempo operatório médio foi de 206 minutos. Todos os pacientes evoluíram bem, sem complicações e com os estomas funcionando adequadamente. Os autores concluem que a seleção criteriosa dos pacientes e a técnica laparoscópica por meio de portal único pode ser considerada com segurança para ressecções colorretais de grande porte. Instrumentais refinados e treinamento especializado são necessários para este tipo de procedimento e os resultados clínicos a longo prazo necessitam de mais estudos prospectivos.



McGee, M. F.; Champagne, B. J.; Stulberg, J.J.; Reynolds, H.; Marderrstein, E.; Delaney, C. P. Tract Length Predicts Successful Closure with Anal Fistula Plug in Cryptoglandular Fístulas. *Dis Colon Rectum* 2010, v: 53;1116-1120.

O objetivo deste estudo foi determinar se o trajeto fistuloso longo (> 4 cm) correlacionava com o fechamento bem sucedido da fistula anal. Foram estudados 42 pacientes com fistulas transesfincterianas criptoglandular com pluges. Pacientes com doença de Crohn foram excluídos. O trajeto fistuloso foi medido no intra operatório subtraindo o comprimento do plug remanescente do tamanho do plug original. O desfecho primário foi o fechamento completo da fistula atra-

vés de acompanhamento pós operatório ambulatorial e questionário telefônico. O fechamento completo do trajeto fistuloso foi alcançado em 18 de 42 pacientes (43%) em seguimento médio de 25 meses. O fechamento das fístulas não foi associado com idade, sexo, localização do trajeto, duração do tempo operatório ou tempo de seguimento. O sucesso do fechamento foi associado ao comprimento do trajeto fistuloso, porque fístulas maiores que 4 cm cicatrizaram aproximadamente 3 vezes mais em comparação com fístulas de trajeto curto. (14/23, 63%) vs (4/19, 21%), $p=0.004$. Os autores concluem que fístulas anorretais criptoglandulares de trajeto longo (> 4 cm) apresentam melhores resultados de cicatrização.



Engele, S.M.; Beets-ta, R.G.; Lahay, M.J.; et al. MRI After Chemoradiotherapy of Rectal Câncer: A Useful tool to Select Patients for local Excision. *Dis Colon Rectum* 2010, v: 53; 979-986.

O objetivo deste estudo prospectivo foi determinar se a ressonância magnética (RM) pós radioquimioterapia no câncer de reto pode identificar com precisão o estadiamento ypT0 a T2 / ypN0, pois ambos

estadiamentos são essenciais nos pacientes com boa resposta de tratamento. Foram estudados 79 pacientes (4 hospitais) submetidos a RM pós radioquimioterapia, sendo que 62 pacientes receberam agente de contraste específico para nódulo linfático (ultrasmall superparamagnetic iron oxide). Um especialista e um radiologista geral avaliaram separadamente se o tumor penetrava na parede e na gordura perirretal e se os linfonodos foram esterilizados após radioquimioterapia. O anatomopatológico foi o padrão de referência. Para a penetração do tumor na gordura perirretal. O valor preditivo negativo foi de 0,90 e 0,76 para o especialista e o radiologista geral respectivamente, o valor preditivo negativo para os gânglios esterilizados foi 0,95 e 0,85 para o especialista e o radiologista geral respectivamente. Os autores concluem que a ressonância magnética pós radioquimioterapia para o câncer retal com agente de contraste específico para gânglios e interpretada por especialista em radiologia pode selecionar estadiamento ypT0 a T2 / ypN0 no câncer de reto com baixo risco para não detecção de metástase linfonodal ou invasão da parede retal. Estes pacientes podem ser selecionados para excisão local do tumor. Entretanto novos estudos deveram provar se os resultados são equivalentes para modificação para acesso cirúrgico da excisão local em lugar da cirurgia prática convencional.