
PANDINI LC. Resumo de Artigos. **Rev bras Coloproct**, 2006; 26(2):217-218

Tripathi MD, Mishra B. Colonic Injuries (Primary repair and Proximal colostomy). *Int Surg* 2005; 90 : 297-304

Este artigo compara os resultados das lesões traumáticas colônicas tratadas por sutura primária ou sutura e colostomia proximal em 94 pacientes. É sabido que certos fatores de risco têm valor preditivo em casos de lesões colônicas, tais como: contaminação fecal grosseira, mais que duas lesões viscerais, mais que quatro unidades de transfusão sanguínea e extensa lesão colônica, independente do tipo de operação realizada. O Reparo primário é discutível, entretanto com a presença de antibioticoterapia potente é seguro e de menor custo que o procedimento de Reparo e colostomia protetora.

Os autores concluem que a sutura primária pode ser realizada em quase todos os casos, exceto em certos casos selecionados que são avaliados no intra-operatório, levando-se em conta os fatores de risco citados acima.

A mortalidade dos pacientes com lesões traumáticas colônicas está mais associada aos fatores de risco do que propriamente às lesões colônicas.

Regadas FSP, Regadas SMM, Rodrigues LV, Lima D, Silva FR, Regadas Filho FSP. Cirurgia Colorretal Laparoscópica. Experiência com 401 casos. *Rev bras videocir* 2005;3(4): 191-195

Este artigo apresenta a experiência na utilização do acesso videolaparoscópico para o tratamento de afecções colorretais em 401 pacientes operados no

período de Dezembro de 1991 a Setembro de 2005. Duzentos e trinta e seis (59,0%) pacientes eram do sexo feminino, com idade média de 54.2 anos. As cirurgias executadas foram: Retossigmoidectomia, 114 (28,5%); Sigmoidectomia, 86 (21,5%); Reconstituição do trânsito intestinal pós Hartmann, 48 (12,0%); Cirurgia de Miles, 26 (6,5%); Colectomia Direita, 27 (6,75%); Sacropromontofixação, 13 (3,25%); Colectomia Esquerda, 10 (3,0%); e Colectomia Total, 23 (5,7%). O tempo operatório médio foi de 166,3 min. Em média, os ruídos peristálticos tornaram-se audíveis nas primeiras 15,4 horas, o início da dieta oral foi realizado em 1,6 dias, e a permanência hospitalar média foi de 4,3 dias. Foram registradas complicações transoperatórias em 21 (5,2%) pacientes e pós operatórias em 68 (17,0%). Ocorreram 25 (6,2%) conversões e dois (0,4%) óbitos.

Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG e tal. Infliximab for Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. *r Engl J* 2005; 353:2462-76

Este estudo prospectivo controlado duplo cego – “The active Ulcerative Colitis Trials I and 2 (Act 1 and ACT 2) avaliou a eficácia do Infliximab na terapia de indução e manutenção em pacientes adultos com retocolite ulcerativa. Em cada estudo, 364 pacientes com RCUI de moderada a severa foram tratados com medicação simultânea recebendo placebo ativo ou Infliximab (5mg ou 10 mg/kg/peso) intravenoso nas semanas 0,2 e 6 e depois, a cada 8 semanas por 46 semanas (Act 1) ou 22 semanas (Act 2). Os pacientes foram seguidos por 54 semanas no Act 1 e 30 semanas no Act 2.

Os autores concluíram que pacientes com retocolite ulcerativa moderada e grave tratados com Infliximabe nas semanas 0,2 e 6 e a cada 2 meses obtiveram resposta clínica melhor com 8,30 e 54 semanas que os pacientes tratados com placebo.

Carvalho F, Monteiro Santos EM, Rossi B M et al. Clinicopathological Significance of BAT 26 Instability in 184 Patients with Colorectal Cancer. Applied cancer research 2005; 25(1):36-40

O objetivo deste estudo foi avaliar a significância clínico-patológica da instabilidade microsatélite BAT 26 em pacientes com câncer colorretal.

A instabilidade BAT 26 foi achada em 22 (12%) dos 184 casos e foi relacionada com tumores proximais ($p < 0,001$); câncer colorretal de WPCC. ($p = 0,002$); tumores indiferenciados ($p=0,025$) e componente mucinoso ($p=0,082$). A sobrevida câncer-específica em 5 anos foi de 65% e 85% para estável e instável BAT 26 respectivamente, com nenhuma diferença significativa.

Os autores concluem que a instabilidade BAT 26 deve ser útil como método de pesquisa para selecionar pacientes para instabilidade microsatélite.

Baig MK, Wexner SD. Postoperative ileus: A Review. Dis Colon Rectum 2004; 47:516-526

Este interessante artigo faz uma revisão de um tema relevante com relação à etiologia, fisiopatologia e opções terapêuticas do íleo pós operatório.

Na conclusão dos autores, o íleo paralítico pós operatório continua sendo um problema significativo após cirurgia abdominal e outros tipos de cirurgia. A etiologia é multi fatorial e é melhor tratada com a combinação de diferentes abordagens terapêuticas. Um importante fator que pode afetar a duração e recuperação do íleo pós operatório inclui a limitação do uso de narcóticos em substituição alternativa de medicamentos analgésicos, tais como os antiinflamatórios não hormonais e colocação de cateter epidural e anestésico local, quando possível. O uso seletivo de decompressão nasogástrica e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos são também fatores importantes a considerar.