
PANDINI, LC. Resumo de Artigos. *Rev bras Coloproct*, 2011;30(4): 466-467.

Durães, L C; Sousa, J B. Câncer anal e doenças sexualmente transmissíveis: Qual a correlação?. Ver. Col. Brás. Cir.2010; 37(4); 265-268.

O objetivo deste trabalho foi verificar a correlação entre o câncer Anal e as Doenças Sexualmente Transmissíveis, como HPV, HIV, infecção Gonocócica, infecção por Clamídia, Sífilis e outras. Foram pesquisadas no site do DATASUS as internações por Câncer Anal, HPV, HIV, infecção Gonocócica, Infecção por Clamídia, Sífilis e outras DSTs, no SUS no Brasil, entre 1998 e 2007. O teste de correlação de Pearson foi aplicado. Há uma correlação positiva muito alta entre as internações por Câncer Anal e HPV ($r = 0,98$, $p < 0,001$). Há uma correlação negativa entre as internações por Câncer Anal e as internações por infecções Gonocócica ($r = 0,81$, $p = 0,005$) e infecção por Clamídia ($r = 0,74$, $p = 0,014$). Não houve correlação estatisticamente significativa entre Câncer Anal e as internações por HIV ($r = 0,40$, $p = 0,25$), outras DSTs ($r = 0,55$, $p = 0,1$) e Sífilis ($r = 0,61$, $p = 0,059$). Os autores concluem que há uma correlação positiva muito alta entre as internações por Câncer Anal e HPV no Brasil. Há uma correlação negativa entre as internações por Câncer Anal, infecções Gonocócica e infecção por Clamídia.

Barmparas, G; Branco, B C; Schnuriger, et al. The Incidence and Risk Factors of Post-Laparotomy Adheive Small Bowel Obstruction. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2010, vol:14; 1619-1628.

O objetivo desta revisão foi avaliar a incidência e fatores de risco para obstrução do intestino delgado por aderências (O I). Um total de 446.331 operações

abdominais foram elegíveis para inclusão na análise. A incidência global de OI foi 4,6%. O risco de OI foi altamente influenciada pelo tipo de procedimento anastomose com bolsa íleo-anal esteve associada com a maior incidência de O I (1.018 de 5.266 casos, ou 19, 3%), seguido por colectomia aberta (11491 de 121.085 casos, ou 9,5%). Procedimentos ginecológicos foram associados com uma incidência global de 11,1% (4.297 de 38.751 casos). A técnica do procedimento (aberta versus laparoscópica) também desempenhou um papel importante no desenvolvimento da O I por aderências. A incidência foi de 7,1% em colecistectomia abertas versus 0,2%. Não houve diferença em obstrução intestinal com apendicectomia laparoscópica ou aberta (1,4% vs 1,3%). Não há provas suficientes sobre o papel da idade, sexo e presença de câncer na formação de aderências. Morbidade relacionada a aderências abdominais compreende uma carga significativa de recursos da saúde e a prevenção é de grande importância, especialmente em pacientes de alto risco. Técnicas preventivas e barreiras protetoras especiais devem ser consideradas em casos de alto risco.

Nash, G M.; Weiss, A; Dasgupta. et al. Close distal Nargin and Rectal Câncer Recurrence After Sphincter – Preserving Rectal Resection. *Diseases of the Colon & Rectum*, 2010: vol 53; nº 10 1365 – 1373.

O propósito deste estudo retrospectivo foi analisar a associação de recorrência do câncer do reto baixo com margem distal restrita ou comprometida. Foram incluídas 627 pacientes submetidos à ressecção curativa baixa anterior com excisão total do mesorreto para o câncer retal 2-12 cm da borda anal. Trezentos e noventa e nove pacientes receberam tratamento

neoadjuvante, 65 receberam a terapia adjuvante pós operatória e 163 foram tratadas apenas com cirurgia. O seguimento mediano foi de 5,8 anos. A recidiva total foi associada com o estágio patológico, Invasão linfática e margem distal. Recorrência na mucosa foi incomum; apenas 16 ocorrências foram registradas, e destas apenas oito estavam no local inicial de recorrência do tumor isolado, 7 dos 8 pacientes foram resgatados cirurgicamente. Na análise univariada, a recorrência da mucosa foi associada com a margem distal estreita (5 vs 2%) e invasão linfática (7 vs 2%). Recorrência pélvica sem associação com recidiva da mucosa esteve associada à localização distal (6 contra 4%) e invasão linfática (11 vs 4%). Os autores concluem que margem distal comprometida ou restrita identifica pacientes com risco aumentado de recorrência do câncer e da mucosa retal. Embora nem causalidade, nem comprimento das margens minimamente aceitável possa ser definido, os dados reforçam a importância de alcançar uma clara margem de ressecção distal no tratamento cirúrgico do câncer retal.

Kang, SB.; Park, JS.; Kim, DW.; Lee, TG. Intraoperative Technical Difficulty During Laparoscopy – Assisted Surgery as a Prognostic Factor for Colorectal Cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2010 Vol: 53: nº 10, 1400-1408.

Objetivo deste estudo foi investigar se a dificuldade técnica encontrada durante a cirurgia laparoscópica pode ser considerada um fator de recorrência relacionado ao câncer colorretal. Os dados de 427 pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica para câncer colorretal entre maio de 2003 e dezembro de 2007 foram analisados. Uma dificuldade técnica intra-operatória foi definida como um desvio significativo do procedimento cirúrgico padrão. Todas as conversões para cirurgia aberta ou perfuração intestinal iatrogênica durante a cirurgia laparoscópica foram incluídos como dificuldades técnicas. O modelo de Cox de regressão de riscos proporcionais foi utilizado para avaliar o fa-

tor de recorrência relacionadas com vários fatores de riscos, incluindo dificuldade técnica. As dificuldades técnicas foram encontradas em 44 (10,3%) pacientes, sendo 17 (3,9%) conversões para cirurgia aberta a 10 (2,4%) com lesão iatrogênica do intestino. As dificuldades técnicas foram encontradas com mais frequência em homens comparados com as mulheres (13,5% vs 6,0%, $P = 0,13$) e de tumores localizados no reto médio e baixo, flexura esplênica e colon descendente. As taxas de recidiva foram maiores em pacientes com dificuldades técnicas (recidiva local 2,6% vs 6,7% $P < 0,05$); recidiva sistêmica, 6,3% vs 13,6% $P < 0,05$), com uma média de seguimento de 45,9 meses. A análise multivariada pelo modelo de regressão proporcional de Cox mostrou que a dificuldade técnica foi um fator de risco independente relacionado à recidiva após a cirurgia laparoscópica (odds ratio, 2,374, 95% CI, 1,005-5,600, $P = 0,048$). A conclusão deste estudo demonstrou que a dificuldade técnica durante a cirurgia laparoscópica assistida compromete a segurança oncológica. Sugere-se que os cirurgiões devem estar preparados para minimizar as dificuldades técnicas durante a cirurgia laparoscópica.

Soltan, A; Kaise, A M. Endorectal Advancement flap for Cryptoglandular or Crohn's fistula-in-Ano. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2010. Vol: 53: nº 4 486-495.

Este estudo de revisão sistemática da literatura foi realizada para avaliar o papel da técnica de retalho mucoso para fistulas anal transesfincterianas complexas criptoglandulares e por doença de Crohn. Fístulas retovaginais e por câncer foram excluídas. Cada estudo foi analisado tempo de seguimento, taxa de sucesso e incontinência anal. Foram analisados 35 estudos com 2065 pacientes sendo 1.654 pacientes com fistulas criptoglandulares ou por Doença de Crohn. A qualidade dos trabalhos foi limitada com nível baixo de evidência. A taxa de sucesso e incontinência foram 80,8% e 13,22% para fistula criptoglandular e 64% e 9,4% para fistulas por Doença de Crohn.