

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

Nº3 . SETEMBRO/DEZEMBRO 2006

Editorial / Editorial	5
<i>Antonino Gomes Camacho</i>	
Artigos Originais / Original Articles	
Proctopatia Rádica - Experiência de um Serviço em Terapêutica Endoscópica com Argon Plasma	6
Radiation Proctopathy - Experience with Endoscopic Argon Plasma Coagulation of a Gastroenterology Department	
<i>S. Folgado Alberto, J. Félix, S. Pires, E. Pires, A. Figueiredo, R. Gorjão, N. Alves, J. Ramos de Deus</i>	
Hemorragia Digestiva Média/Baixa Aguda - Casuística de Uma Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia	14
Acute Lower/Mid Gastrointestinal Bleeding - The Casuistic of a Gastroenterology Intensive Care Unit	
<i>S. Mendes, J. M. Romãozinho, P. Amaro, M. Ferreira, M. C. Leitão</i>	
Técnica de Longo na Terapêutica das Hemorróidas - Avaliação de Uma Experiência Inicial	20
Stapled Haemorrhoidopexy (Longo's Technique) - An Evaluation	
<i>P. Lages, P. Costa</i>	
Casos Clínicos / Clinical Cases	
Uma Causa Rara de Tumor na Fossa Ilíaca Direita...	24
A Rare Cause of Right Iliac Fossa Tumour	
<i>N. Rama, U. Marques, S. Ferraz, P. Clara, V. Pardal, C. Amado, E. Gonçalves, B. Veiga,</i>	
Instantâneo Endoscópico / Endoscopic Image	
Estenose Benigna do Recto	30
Benign Stricture of the Rectum	
<i>A. M. Vieira, A. L. Alves, J. Mangualde, E. Gamito, A. P. Oliveira,</i>	
Observatório da Internet / Internet Observatory	32
Normas de Publicação / Instructions to the Authors	34
XVII Congresso Nacional de Coloproctologia	37
Agenda / Agenda	43

FICHA TÉCNICA: Revista Médica Quadrimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12º do D.R. nº 8/99 de Junho de 1999.
Nºs avulsos: €10,00. Assinatura anual: € 35,00 **Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Coloproctologia **Edição e Publicidade:** Heartbrain - Consultores em Comunicação, Lda - R. Diogo de Silves, 4B - 1400-107 Lisboa - Tel: 21 3020706 - Fax: 21 3020707 - e-mail: heartbrain.lida@mail.telepac.pt
Impressão: Taligraf - Artes Gráficas, Lda. - Estrada de Paço de Arcos, Centro Empresarial Cacém, Armazem L - 2735-336 Cacém - Telef.: 214 269 870 - Fax: 214 269 879

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

CORPO EDITORIAL

DIRECTOR

Antonino Gomes Camacho

EDITOR

João Ramos de Deus

EDITORES ADJUNTOS

José Alexandre Sousa Duarte

Pedro Correia da Silva



CONSELHO CIENTÍFICO

Adriano Paim
Albano Rosa
Alexandre Duarte
Alfredo Martins Barata
Amílcar Mascarenhas Saraiva
Anabela Rocha
Antonino Camacho
António Donato
António Banhudo
António Carlos Saraiva
António Manuel Araújo Teixeira
António Cruz Pinho
Carlos Gonçalves Pereira
Carlos Nobre Leitão
César Gomes
Diniz Freitas
Fausto Pontes
Fernando Taveira Veloso
Francisco Castro Sousa
Henrique Bicha Castelo
Hermano Gouveia
Jaime Ramos
João Castel-Branco Silveira
João José Fazenda Gíria

João José Pires Leitão
João Manuel Pimentel
João Ramos de Deus
João Ricardo Teixeira
Jorge Santos Bessa
José Alexandre Sarmento
José Borges de Almeida
José Cotter
José Eduardo Mendonça Santos
José Guilherme Tralhão
José Manuel Romãozinho
José Paulo Monteiro de Andrade
José Pedro Azevedo
Júlio Leite
Luís d'Orey Manoel
Manuel Liberato
Manuel Martins Alves
Manuela Ferreira
Miguel Coelho Santos
Miguel Mascarenhas Saraiva
Pedro Correia da Silva
Reinaldo Noronha
Rodrigo Costa e Silva

SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

ÓRGÃOS SOCIAIS

Presidente

Antonino Gomes Camacho

Presidente Eleito

Júlio Fortunato M. Soares Leite

Vice-Presidente

Miguel Nuno Gameiro de Mascarenhas Saraiva

Secretário Geral

João Luís R. M. Ramos de Deus

Secretário Geral Adjunto

José Alexandre Sousa Duarte

Tesoureiro

José Eduardo Mendonça Santos

Vogais

Alfredo Roque G. Martins Barata
Américo Dias Pereira
Anabela Maria Sousa Rocha
Carlos Costa Almeida
Fernando Manuel Castro Poças
Francisco Abílio Silva Portela
Irene Maria Marques Martins Figueiredo
João José Malaquias Pires Leitão
João Ricardo Teixeira
Joaquim Manuel Costa Pereira
José Guilherme Tralhão
Manuel Tavares Magalhães
Manuel José Antunes Liberato
Maria Manuela Alves Ferreira
Maria Raquel P. Santos Gonçalves
Pedro José C. Correia Silva
Pedro Nuno Abrantes Amaro

Presidente da Assembleia Geral

António Carlos F. Ribeiro Saraiva

Vice-Presidente da Assembleia Geral

António José Duarte Banhudo

Secretário da Assembleia Geral

Vítor Manuel Filipe Pereira Fernandes

Presidente do Conselho Fiscal

José Manuel Romãozinho

Secretário do Conselho Fiscal

Jaime Ramos

Vogal do Conselho Fiscal

Ana Maria Oliveira Branco

Secretariado

Ana Ribeiro
Tel. 913466153
Fax 222012319
info@spcoloprocto.org





ANTONINO GOMES CAMACHO

Presidente da Sociedade Portuguesa de
Coloproctologia

EDITORIAL

Fundada há cerca de 16 anos, a Sociedade Portuguesa de Coloproctologia tem um histórico de antiguidade, no entanto distingue-se por ser uma sociedade moderna e activa. Ela mantém-se viva, essencialmente devido à dinâmica imprimida pelos seus sócios fundadores, a que tenho o aprazimento de pertencer, assim como a todos os membros que se seguiram.

Antes de mais, permitam-me evocar e homenagear alguns colegas, sócios fundadores, a quem esta Sociedade deve a sua existência: Dr. Amílcar Mascarenhas Saraiva, Prof. Araújo Teixeira, Dr. A. Cruz Pinho, Dr. José Manuel Mendes de Almeida. Todos eles, me marcaram pela sua amizade e competência.

Esta Sociedade diferencia-se da maioria das suas congéneres nacionais e internacionais pelo facto de na mesma, coexistirem membros de 2 especialidades: cirurgiões e gastroenterologistas, que se congregam, enriquecendo a Coloproctologia e beneficiando essencialmente os doentes, que são a razão da existência dos médicos. Para mim tem sido muito profícua a junção destas especialidades numa mesma sociedade. Ao assumir a presidência da direcção da S.P.CP., sinto-me satisfeito e honrado, mas com consciência de uma responsabilidade acrescida. Porém, é desígnio desta Direcção continuar a impulsionar esta Sociedade, de molde a conseguir manter tudo o que foi feito pelos nossos antecessores, mas pensando sempre no progresso e no desenvolvimento da mesma.

Atravessamos uma etapa complicada, tanto nas carreiras médicas como na indústria farmacêutica, que nos suporta nos eventos científicos, pois a sua colaboração financeira evidencia ser uma mais valia para manter esta sociedade activa.

Como directrizes orientadoras desta Direcção para o próximo biénio propomo-nos essencialmente:

- 1 - A realização do Congresso Nacional de Coloproctologia em moldes semelhantes aos anteriores;
- 2 - A manutenção da nossa revista, tentando imprimir-lhe maior dinâmica, e para isso pedindo a colaboração de todos vós, para termos uma revista científica, credível e com qualidade no seu conteúdo;
- 3 - A continuação das nossas reuniões regionais, tentando torná-las menos formais com o objectivo de haver um diálogo franco e aberto dos membros desta sociedade com os nossos colegas médicos de Medicina Familiar;
- 4 - A colaboração com outras sociedades científicas, tanto nacionais como internacionais, com especial destaque para as nossas congéneres europeias e dos Palops;
- 5 - A resolução do problema da nossa Sede;
- 6 - O incentivo no campo da Coloproctologia, de toda a investigação, que vai desde à básica à clínica e porque não, também à "holística" reconhecida, em ciência, como "parâmetros de qualidade de vida."

Colegas, com todos vós, imbuídos de um espírito colaborante e de uma eficaz capacidade de liderança, estou convicto que atingiremos os objectivos a que nos propomos.

Serei um Presidente da Direcção receptivo a sugestões e convicto que todos nós, trabalhando em equipa, iremos cumprir a nossa missão.

Artigo Original
Original Article

S. FOLGADO ALBERTO¹,
J. FÉLIX², S. PIRES², E. PIRES²,
A. FIGUEIREDO², R. GORJÃO³,
N. ALVES³, J. RAMOS DE
DEUS⁴

1 Interna do Internato Complementar de
Gastroenterologia

2 Assistente Hospitalar de Gastroenterologia

3 Assistente Hospitalar Graduado de Gastren-
terologia

4 Chefe de Serviço de Gastroenterologia

Serviço de Gastroenterologia do Hospital Fer-
nando Fonseca, Amadora
(Director de Serviço: Dr. João Ramos de Deus)

Correspondência:

Sara Folgado Alberto
Serviço de Gastroenterologia
Hospital Fernando Fonseca
IC - 19 Venteira, Amadora
sara_alberto@clix.pt

PROCTOPATIA RÁDICA - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO EM TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA COM ARGON PLASMA

Resumo

Introdução - A proctopatia rádica (PR) é uma entidade clínica resultante da utilização de radioterapia (RT) pélvica, tendo a sua incidência aumentado devido ao crescente uso da mesma em neoplasias. O recto é o órgão mais vulgarmente atingido devido à sua proximidade e à posição fixa dentro do campo de irradiação. A PR coloca dificuldades terapêuticas. A termocoagulação com argon-plasma (TAP) tem sido utilizada no tratamento das manifestações hemorrágicas por PR.

Objectivo - Estabelecer a casuística do serviço e avaliação do tratamento por termocoagulação com argon-plasma.

Métodos - Estudo retrospectivo de 41 doentes com PR, de Outubro/2000 a Dezembro/2005. Avaliação da sintomatologia, do tratamento e evolução (TAP = 40W).

Resultados - Foram incluídos 41 doentes (36 homens). A idade média foi 68.9 anos (45 a 81 a.). Foi realizada RT externa por neoplasia da próstata em 34 casos, por adenocarcinoma do recto em 4 casos, por neoplasia uterina em 2 casos e por leiomiossarcoma do canal anal em 1 caso. O tempo de latência variou entre 4 a 48 meses (PR crónica), havendo 2 casos de PR aguda. A maioria das lesões ocorreu no recto distal, havendo lesões mais extensas (recto e sigmoideia) em 9 casos. 39 doentes (95%) apresentavam rectorragias (17 deles com anemia associada e destes, 9 tinham hemoglobina < 8.5 mg/dl) e 2 proctalgia. Dos doentes com rectorragias, 30 realizaram TAP (1 a 6 sessões), observando-se remissão completa em 23 casos e parcial em 5 casos. 2 doentes perderam-se para seguimento. Os restantes efectuaram terapêutica conservadora (enemas de sucralfato e/ou mesalazina).

Conclusões - Na nossa série verificou-se um predomínio de PR em doentes com neoplasia da próstata, sendo a sua principal manifestação hemorragia digestiva baixa (39/41 casos, 95%), com anemia em 43.5% (17/39 casos). A termocoagulação com argon-plasma constituiu um método terapêutico eficaz com reduzida morbilidade.

Abstract

Background - Radiation proctopathy (RP) refers to radiation-induced injury to the rectum. Its incidence has been increasing due to the common use of radiotherapy for pelvic malignancy. The rectum is most frequently injured, due to its fixed position and its close proximity to pelvic organs. The treatment of radiation

proctopathy remains a challenge. Argon plasma coagulation (APC) is a technique which has been used in hemorrhagic radiation proctosigmoidopathy.

Aim - Statistical study of clinical cases with radiation proctopathy from our department and evaluation of APC performance.

Methods - Retrospective study of a radiation proctopathy population from October 2000 to December 2005. We evaluated symptoms and treatment received by each patient and their evolution (APC=40W).

Results - 41 patients were included (36 men). Mean age was 68.9 years old (45 to 81 yrs). 34 cases had prostatic cancer, 4 cases had rectal adenocarcinoma, 2 cases had cervix cancer and 1 case with leiomyosarcoma of anal canal. Symptoms developed between 4 to 48 months after radiotherapy (chronic RP) and there were 2 cases of acute RP. Most lesions occurred on distal rectum although 9 patients had more extensive lesions (rectum and sigmoid). 39 patients (95%) presented with rectal bleeding (17 had anemia, 9 of them with haemoglobin 8.5 mg/dl) and 2 patients had anal pain. 30 of 39 patients with rectal bleeding were treated with APC (1 to 6 sessions); 23 were cured and 5 patients improved from their symptoms. 2 patients were lost to follow up. The others had medical treatment (sucralfate enemas and 5-amino-salicylic acid enemas).

Conclusions - Radiotherapy for prostatic cancer was the most prevalent reason inducing radiation proctopathy. Main symptomatology was related with rectal bleeding (39/41 cases, 95%) including 43.5% with anemia (17/39 cases). APC treatment was safe, effective and with low morbidity.

Introdução

A Proctopatia rádica (PR) define-se como uma lesão da mucosa ou submucosa, localizada no recto ou recto-sigmoideia provocada por radioterapia(1-3), tendo sido descrita pela primeira vez em 1897, 2 anos após a introdu o do raio X com fins médicos (4,5).   uma complica o que ocorre entre 1-20 % dos doentes submetidos a radioterapia (6,7,8) como tratamento de neoplasias pélvicas (próstata, útero, bexiga, testículo, recto e doenças linfoproliferativas)(1-3).

Durante a irradia o ocorre lesão do DNA celular e paragem da divisão celular, sendo as células com ciclos celulares mais curtos as mais sensíveis. Deste modo as células da mucosa intestinal, caracterizadas por elevados índices mitóticos, estão envolvidas nas lesões agudas enquanto as células endoteliais e musculares, de divisão celular mais lenta, estão envolvidas nas lesões cr nicas (7,8).

As lesões agudas da mucosa rectal ocorrem predominantemente na mucosa, com deplec o de células epiteliais devido   lesão do DNA celular das células progenitoras (7,8), inflama o ao nível da lâmina própria e abcessos eosinofílicos das criptas (1,9), altera es características da PR aguda. Estas lesões, no entanto, podem evoluir com fibrose do tecido conjuntivo, n  são ao nível da mucosa mas também da submucosa, e com endarterite obliterativa das arteríolas (1,4,10,11) diminuindo a irriga o parietal com consequente isquémia (9-11), que   responsável pela friabilidade, forma o de telangiectasias friáveis e ulcera es da mucosa (1,10,11), características endoscópicas t picas da PR cr nica.

A PR aguda ocorre durante ou até 6 semanas após a radioterapia (2,9), numa percentagem de doentes que varia entre 30 a 75%, conforme a literatura (2,4,9,10,13). Os sintomas habituais compreendem diarreia, urgência e tenesmo, como consequência das altera es fisiopatológicas acima descritas (1) e são geralmente auto-limitados (9), durando habitualmente algumas semanas após a RT, pois assim que termina a ac o antimitótica da radia o, as células das criptas intestinais retomam a sua capacidade de divisão e reepiteliza o (9); em cerca de 5% dos casos estes sintomas obrigam a interrup o da RT(7). A PR cr nica surge 6 meses após terminar a RT (2,9) estando descritos casos clínicos com mais de 30 anos de latência (4,9,12). O seu quadro clínico inclui mais frequentemente hemorragia digestiva baixa, seguido de diarreia, urgência, dor e incontinência anal e mais raramente fistuliza o, perfura o e estenose (9,11,13).

As telangiectasias, juntamente com as úlceras da mucosa, são a causa da hemorragia digestiva baixa que pode ser grave ao ponto de alguns doentes necessitarem de internamento ou de suporte transfusional (9,11).

A verdadeira incidência da PR   desconhecida, uma vez que são escassos os estudos prospectivos realizados. Os estudos retrospectivos existentes foram efectuados na sua maioria em centros especializados que recebem habitualmente casos mais graves (9) e os sintomas ligeiros ou locais são geralmente desvalorizados pelos doentes e pelos clínicos, não sendo assim possível quantificar os doentes com escassa sintomatologia (14).

Num dos poucos estudos prospectivos existente, em doentes com RT por neoplasia prostática, a incidência de PR cr nica (definida como sintomas que alteram o estilo de vida ou que necessitam de hospitaliza o) foi de 3.3% (9,15).

Por convenço, a toxicidade de cada órgão   definida pela dose mínima e máxima de tolerância - TD 5/5 e TD 50/5 - que representam, respectivamente, a dose que provoca complica es em 5% e 50% dos doentes em 5 anos. O recto   dos órgãos mais resistentes   radia o, com TD

5/5 de 55Gy e TD 50/5 de 80 Gy7, embora a sua fixação e a proximidade com os órgãos a irradiar fazem com que seja o local mais frequente de lesão (2,7,9).

A existência e gravidade da PR dependem da dose total de radiação (cujo protocolo varia com o tipo de neoplasia), do modo de aplicação (externa vs intracavitária), da combinação de técnicas, do nº de campos, do uso de quimioterapia associada e factores do doente (HTA, diabetes, doença arterial, cirurgia prévia)(5,7).

Endoscopicamente caracteriza-se, como foi descrito, por friabilidade da mucosa e telangiectasias (Figuras 1 e 2), observando-se uma separação nítida entre a mucosa alterada e a normal que corresponde ao limite da zona irradiada (9).

As lesões de PR podem ter resolução espontânea, mas nalguns casos podem induzir manifestações clínicas, predominantemente hemorrágicas, condicionando alterações da qualidade de vida do doente (6,13).

A terapêutica endoscópica, cujo principal objectivo é a obliteração de telangiectasias (2) tornou-se a primeira opção (Figuras 3 e 4). De entre as várias técnicas endoscópicas a termocoagulação com argon-plasma (TAP) tem-se destacado devido ao seu baixo risco (2,3,9,13). As suas complicações são raras, incluindo contudo, perfuração e enfisema da submucosa (11,16), podendo também surgir úlceras profundas como consequência da lesão térmica, numa mucosa já friável (11).

A terapêutica médica conservadora e cirúrgica foram relegadas para segundo plano devido ao pouco sucesso da primeira e à grande morbilidade da segunda (2,3,9).

Material e Métodos

Foram seleccionados todos os doentes com diagnóstico de PR de Outubro de 2000 a Dezembro de 2005, com base



Fig.1- Exemplos de neovasos em doente com proctopatia rádica.

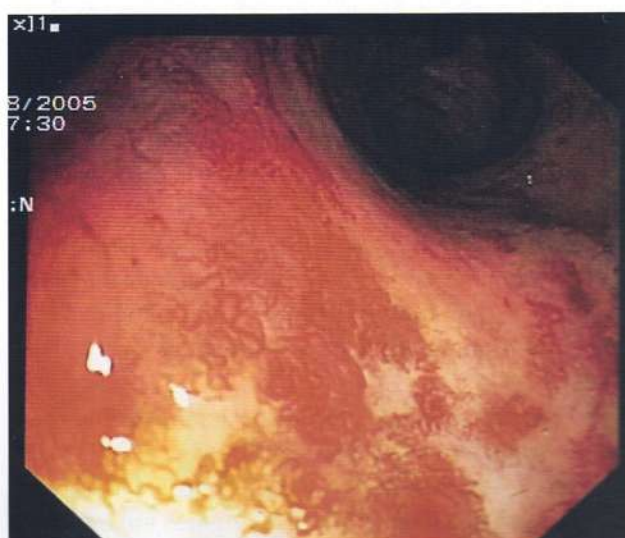


Fig.2- Exemplo de neovasos e telangiectasias em doente com proctopatia rádica.

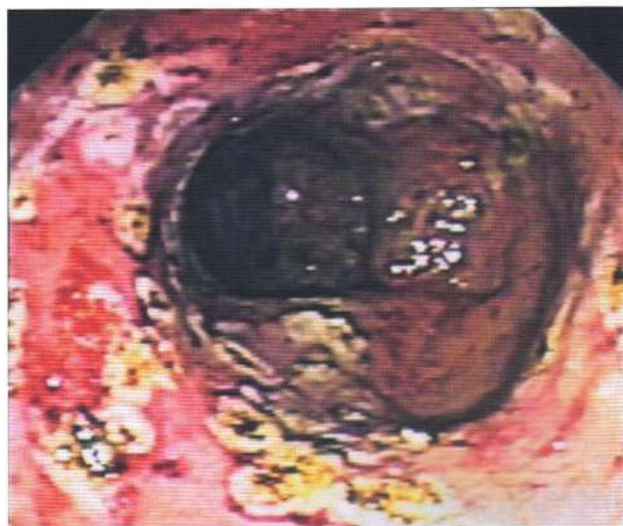


Fig.3- Status pós terapêutica com termocoagulação com argon-plasma, com obliteração de telangiectasias.



Fig.4- Aparência da mucosa um mês após terapêutica com termocoagulação com argon-plasma

em dados clínicos, endoscópicos e histológicos, referenciados ao Serviço de Gastrenterologia do Hospital Fernando Fonseca.

Os critérios de exclusão foram: outras causas de hemorragia digestiva baixa, não relacionada com RT, doentes com estenose, ulceração, fístula ano-rectal ou incontinência anal atribuídos a cirurgia ou outras causas.

Todos os doentes foram submetidos a RT externa em doses standard (66 a 76 Gy) para as respectivas neoplasias (próstata, recto, útero e leiomiiossarcoma)

Foram avaliados o tipo de neoplasia que conduziu à RT, tempo de latência até aos primeiros sintomas, a sintomatologia, a existência de anemia e necessidade de suporte transfusional, os achados endoscópicos, a extensão da lesão de PR (considerou-se recto distal até 6 cm e transição recto-sigmoideia aos 12 cm), o tipo de terapêutica efectuada (endoscópica, médica ou cirúrgica) e, quando foi efectuado termocoagulação com argon-plasma (TAP a 40W), o nº de sessões e a evolução clínica. Foi ainda avaliada a medicação habitual efectuada pelos doentes que pudesse condicionar agravamento da hemorragia digestiva baixa. Não foram avaliadas patologias concomitantes dos doentes.

Resultados

Foram incluídos 41 doentes (36 homens, 5 mulheres), com idade média de 68.9 anos (45 a 81 anos)

Dos 41 doentes com PR, 34 (82.9%) doentes realizaram RT por adenocarcinoma da próstata, 4 por adenocarcinoma do recto, 2 por adenocarcinoma do colo do útero e 1 por leiomiiossarcoma do canal anal.

Ocorreu PR aguda em 2 doentes com necessidade de interrupção da RT (Quadro I). Os restantes 39 apresentavam PR crónica (Quadro II), cujo tempo de latência até ao aparecimento dos sintomas variou de 4 a 48 meses. (média 12 meses).

Em 39 doentes (95%) os principais sintomas foram hemorragia digestiva baixa com rectorragia, compreendendo também outros sintomas associados como obstipação (4 doentes), diarreia (4 doentes) tenesmo (2 doentes) e proctalgia (2 doentes). Dos 39 doentes com hemorragia digestiva baixa, 17 (43.5%) apresentavam anemia concomitante, 9 dos quais com Hb < 8.5g/dl, com necessidade de suporte transfusional. Dois doentes com rectorragias estavam medicados com varfarina, tendo ambos hemo-

globina > 14 g/dl. Os restantes 2 doentes tiveram como principal manifestação proctalgia.

A principal característica endoscópica observada foram telangiectasias, em 36 casos (87.8%), seguido de friabilidade e aspecto "inflamatório" da mucosa em 27 casos (65.9%). Em 7 doentes (17%) observaram-se úlceras e em 4 (9.8%) estenose luminal. Nenhum doente apresentava evidência de fístula.

A maioria das alterações estava confinada ao recto distal (22 doentes, 53.6%), ocupando todo o recto em 24.4% (10 doentes) e 9 (22%) doentes tinham envolvimento de recto e sigmoide distal. Não foi possível comparar entre a dose de RT e a gravidade da RT pois todos os doentes foram submetidos às mesmas doses de RT, consoante a sua patologia.

Os 2 doentes cuja única manifestação consistiu em proctalgia foram submetidos a terapêutica local com aminosalicilatos e antioxidantes (óxido de zinco e vitaminas anti-oxidantes) observando-se remissão completa dos sintomas num doente e evolução para estenose no outro doente.

Trinta dos 39 doentes com manifestações hemorrágicas realizaram terapêutica com TAP, enquanto os restantes 9 foram submetidos apenas a terapêutica conservadora (enemas de sucralfato ou de aminosalicilatos).

Foram necessárias, em média, 2.5 sessões de termocoagulação com argon-plasma (1 a 6).

Dos 30 doentes submetidos a TAP, 28 (93.3%) referiram melhoria das rectorragias (20 doentes ficaram assintomáticos após a 1ª sessão, 3 doentes ficaram assintomáticos após > 1 sessão e 5 mantiveram rectorragias esporádicas (< 1 vez/mês). Dois doentes foram considerados perdidos para seguimento.

Todas as sessões foram bem toleradas não havendo casos de perfuração, estenose ou outras complicações graves. Todos os doentes foram submetidos a rectosigmoidoscopia rígida ou flexível de controlo, com melhoria endoscópica pela redução dos aspectos "inflamatórios" e vasculares, com consequente diminuição da friabilidade.

A eficácia da terapêutica endoscópica não foi alterada pelos anticoagulantes.

Não se observou correlação estatística entre a gravidade clínica ou endoscópica da doença e o nº de sessões necessárias para a remissão da sintomatologia.

Dos 9 doentes submetidos unicamente a terapêutica médica, 2 mantiveram rectorragias que, devido ao seu

Quadro I - Descrição das características da população de doentes com PR aguda.

sexo	idade	Tipo de neoplasia	Extensão da lesão	Principal queixa	Outras queixas	Dados laboratoriais	terapêutica
M	76	próstata	recto	rectorragias	diarreia		médica
M	68	recto/sig	recto distal	dor			médica

Quadro II - Descrição das características da população de doentes com PR crónica.

Sexo	Idade	Tipo de neoplasia	Extensão da lesão	Principal queixa	Outras queixas	Dados laboratoriais	Terapêutica
m	74	Próstata	recto	Rectorragias	obstipação	Anemia	TAP
m	72	Próstata	recto	Rectorragias	diarreia		TAP
m	72	Próstata	recto distal	Rectorragias		Anemia	TAP
m	81	Próstata	recto distal	Rectorragias			TAP
m	80	Próstata	recto distal	Rectorragias		Anemia	TAP
f	45	Leiomiösarcoma	recto distal	Dor			médica
m	75	Próstata	recto e sigmoide	Rectorragias	obstipação	Anemia grave	TAP
m	74	Próstata	recto e sigmoide	Rectorragias		Anemia grave	TAP
m	75	Próstata	recto distal	Rectorragias			TAP
m	75	Próstata	recto distal	Rectorragias			TAP
m	72	Próstata	recto	Rectorragias			TAP
m	69	Próstata	recto distal	Rectorragias			TAP
m	65	Próstata	recto distal	Rectorragias		Anemia grave	TAP
m	63	Próstata	recto	Rectorragias	diarreia	Anemia grave	médica
m	65	Próstata	recto distal	Rectorragias			TAP
M	65	Próstata	recto e sigmoide	Rectorragias	obstipação		TAP
M	71	Próstata	recto distal	Rectorragias		Anemia grave	TAP
M	72	Próstata	recto	Rectorragias	diarreia	Anemia	TAP
M	67	Próstata	recto distal	Rectorragias			TAP
M	74	Próstata	recto e sigmoide	Rectorragias	obstipação		TAP
M	67	Próstata	recto e sigmoide	Rectorragias		Anemia grave	TAP
M	67	Próstata	recto distal	Rectorragias			médica
M	76	Próstata	recto	Rectorragias	diarreia		médica
M	73	Próstata	recto distal	Rectorragias	tenesmo		TAP
M	68	recto/sig	recto distal	Dor			médica
M	74	recto/sig	recto distal	rectorragias			médica
M	70	Próstata	recto distal	rectorragias			médica
M	59	Próstata	recto distal	rectorragias			TAP
M	67	Próstata	recto distal	rectorragias		Anemia	TAP
M	69	Próstata	recto distal	rectorragias			TAP
M	62	Próstata	recto	rectorragias		Anemia	TAP
M	73	Próstata	recto	rectorragias		Anemia	TAP
M	66	Próstata	recto e sigmoide	rectorragias			TAP
F	57	Útero	recto e sigmoide	rectorragias		Anemia grave	médica
F	63	Útero	recto e sigmoide	rectorragias		Anemia grave	médica
M	70	Próstata	recto distal	rectorragias			TAP
F	68	recto/sig	recto e sigmoide	rectorragias		Anemia	TAP
M	76	Próstata	recto	rectorragias	tenesmo		TAP
M	58	Próstata	recto distal	rectorragias			médica
M	78	Próstata	recto distal	rectorragias		Anemia grave	TAP
F	60	recto/sigm	recto	rectorragias			médica

carácter esporádico, se optou por não efectuar TAP e 2 mantiveram queixas de dermite rádica. Nenhum doente necessitou de cirurgia.

Discussão

Estima-se que metade dos doentes com neoplasia irão,

no decurso da sua doença, efectuar RT terapêutica ou paliativa (5). O protocolo de irradiação varia com o tipo de neoplasia (carcinoma da próstata - 70Gy, carcinoma do colo do útero - 60 a 80Gy, carcinoma da vagina - 80 a 120 Gy, carcinoma da bexiga - 65 Gy, carcinoma do canal anal - 45 Gy) (7,8).

De todos estes órgãos, a próstata é o local mais comum de transformação maligna. Nos países ocidentais, cerca de

minas antioxidantes foram utilizadas com o intuito de antagonizarem o stress oxidativo provocado pela radiação. Estas vitaminas já mostraram prevenir a lesão tecidual em outros órgãos sujeitos a radiação ou isquémia; num estudo com 20 doentes, com PR, foi posto em evidência a remissão de rectorragias, a diarreia e a urgência fecal de modo mantido, não existindo, contudo, estudos suficientes para a sua aplicação (14,2); 7) O Oxigénio hiperbárico, pelo observado na terapêutica de outras lesões isquémicas como o pé diabético, teoricamente teria capacidade de aumentar a oxigenação tecidual, a angiogénese e a densidade da parede vascular com redução do edema, no entanto ainda não existem estudos suficientes que demonstrem vantagem no seu benefício (4,5,14), em detrimento dos seus efeitos secundários como barotrauma e toxicidade pulmonar e do sistema nervoso central (2). A terapêutica cirúrgica do segmento afectado está reservada aos casos com elevada morbidade como estenoses graves, úlceras rectais gigantes e casos intratáveis de dor e estenose (2).

A terapêutica endoscópica tem vindo a merecer um papel de destaque: o laser de argon foi a primeira técnica a ser utilizada, seguida do Nd:YAG laser, que é uma técnica de menos utilizada devido a menor acessibilidade e maior custo (4). A terapêutica por laser tem sido suplantada por outras técnicas de termocoagulação: 1) Electrocoagulação bipolar e "heater probe" e 2) Termocoagulação com argon-plasma. A primeira, apesar de também ser uma técnica de contacto, utiliza menor energia o que reduz a probabilidade de lesão transmural, ulceração crónica ou estenose e permite uma aplicação tangencial (4,19). A segunda é uma técnica de electrocoagulação sem contacto e com aporte de altas doses de energia aos tecidos através de um gás ionizado (3,6,11).

A terapêutica com formalina ou a TAP parecem ser as técnicas indicadas para as lesões vasculares hemorrágicas provocadas pela radiação, com vantagem da TAP devido ao menor risco de efeitos secundários (10,13,14). O facto de não contactar com a mucosa e o controlo da profundidade de penetração (2-3mm), desde que utilizada a baixa potência (até 40W), torna-a segura e eficaz (13). Pode ser também utilizada nas lesões da sigmoideia, onde existe maior risco de perfuração, minimizando o seu risco bem assim como de fistulização ou estenose (13). De entre a variabilidade de terapêuticas médicas optámos pelos aminossalicilatos, sucralfato e anti-oxidantes dando preferência para a terapêutica endoscópica pelo que foi discutido. A nossa série de doentes submetida a TAP é considerável, comparativamente a outros estudos prospectivos (6,10,11,13).

30% dos indivíduos do sexo masculino com mais de 50 anos desenvolvem adenocarcinoma da próstata, sendo esta a 3ª neoplasia mais frequente a nível mundial, desconhecendo-se no entanto a sua prevalência em Portugal (17,18). Cerca de um terço destes doentes são tratados com RT (2,7). De acordo com esta epidemiologia, a maioria dos nossos doentes foi submetida a RT por neoplasia prostática. O local mais afectado, também de acordo com a literatura, foi o recto distal (53,6%), tendo em conta a sua localização anexa à próstata e a sua fixação. O tratamento da PR é variado e controverso, com poucos estudos aleatorizados. Não existem dados que apoiem a terapêutica profiláctica (5,7,8) e o principal objectivo para doentes com hemorragia digestiva baixa é a obliteração das telangiectasias, sobretudo através de tratamentos locais endoscópicos, enquanto a terapêutica dos restantes sintomas será médica e dirigida às respectivas alterações fisiopatológicas (2), com uma grande variedade de opções mas com resultados insatisfatórios: 1) os Corticosteróides, usados desde a década de 70, foram abandonados uma vez que a sua acção anti-inflamatória não traz benefício a uma mucosa "isquémica" mas não promove o crescimento dos fibroblastos que promovem a angiogénese e proliferação epitelial, com resultados favoráveis (4,14,19); 4) os Ácidos gordos de cadeia curta, como o butirato, são a principal fonte de energia oxidativa das células da mucosa, aumentando a sua proliferação e diferenciando a sua aplicação tópica é, no entanto, controversa pois enquanto alguns estudos mostram eficácia no tratamento da colite de derivação com consequente redução das rectorragias, sem qualquer influência na proctalgiatense, outros estudos não evidenciaram vantagem em relação ao placebo (2,4,15,19,20); 5) a Formalina é uma solução de gás de formaldeído que reduz a hemorragia digestiva baixa através de coagulação por escletose e necrose dos neovasos frágeis (2,4,10); é usada numa solução de 4%, aplicando-se por rectosigmoidoscopia directamente na mucosa em gases embebida ou por instilação, ambas com anestesia associada (8). A sua taxa de sucesso pode atingir os 90% (4) a 100% (8), tendo no entanto algumas complicações sérias como dermatite de contacto, agravamento da necrose, da incontinência ou do processo "inflatório" (4,10); parecendo contudo que a sua aplicação tópica em gases embebida origina menos complicações que a instilação (8); 6) as Vita-

Os nossos resultados estão de acordo com a restante literatura sobre a eficácia da TAP3,6,10, com melhoria após a 1ª semana de 83.3%, ficando 66.7% totalmente assintomáticos.

Devido à sua técnica de não contacto, o risco de perfuração é reduzido (3,10,11,13,22), não se tendo observado nenhuma complicação grave entre os nossos doentes, embora haja referência na literatura de complicações na ordem dos 14%(23). O agravamento sintomático e as úlceras rectais pós APC, também descritas na literatura (6,10,11), ocorreram em respectivamente 10% e 16.7%, mas foram transitórias e, no caso das úlceras, assintomático. São necessárias no entanto, diversas sessões de TAP até se observar melhoria (3,10,13). Ao contrário da literatura, no nosso estudo não encontramos correlação entre a gravidade do quadro clínico e o nº de sessões de TAP10.

Como viés, como a maioria das publicações existentes, salientamos o facto de se tratar de um estudo retrospectivo e de se tratar de um centro terciário especializado. Sobre os 2 doentes com dermite rádica, o seu tratamento foi de acordo com a literatura, com cremes emolientes e à base de óxido de zinco (7).

Conclusão

A PR tem vindo a aumentar devido ao uso crescente de RT nas neoplasias pélvicas. Uma das suas complicações mais frequentes é a hemorragia digestiva baixa, que por vezes condiciona anemia e necessidade de hospitalização e suporte transfusional.

O tratamento da PR ainda é controverso embora a aplicação de formalina ou a TAP constituam boas opções. No nosso serviço optámos pela termocoagulação com argon-plasma, que constitui um método eficaz, com reduzida morbilidade, pelo que se destaca como terapêutica de primeira linha nos casos com sintomatologia hemorrágica, pela sua eficácia e baixo risco. O nº de sessões necessárias é variável, consoante a gravidade e extensão de doença.

A cirurgia deve ser evitada e reservada para complicações graves.

Bibliografia

- 1- Babb RR. Radiation proctitis: a review. *Am J Gastroenterol* 1996;91(7):1309-11.
- 2 - Hong JJ, Park W. Review article: current therapeutic options for radiation proctopathy. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15: 1253-1262.
- 3 - Isomoto H, Hazama H, et al. A case of haemorrhagic radiation proctitis: successful treatment with argon plasma coagulation. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14: 901-904.
- 4 - Ahuja A, Smith J. Endoscopic management of radiation-induced rectal telangiectasias. *Gastrointest Endosc* 2004 Jan;6(1):23-28.
- 5 - Haboubi NY, El-Zammar O, O'Dwyer ST, James RJ. Radiation bowel disease: pathogenesis and management. *Colorectal Disease* 2000;2: 322-329.
- 6 - Sebastian S, et al. Argon plasma coagulation as first-line treatment for chronic radiation proctopathy. *J Gastroenterol Hepatol* 2004 Oct;19(10):1169-1173.
- 7 - Reis ED, Vine AJ, Heimann T. Radiation damage to the rectum and anus: pathophysiology, clinical features and surgical implications. *Colorectal Disease* 2002;4:2-12.
- 8 - Johnston MJ, et al. Management of late complications of pelvic radiation in the rectum and anus: a review. *Dis Colon Rectum* 2003 Feb;46:247-59.
- 9 - Tagkalidis P, Tjandra J. Chronic radiation proctitis. *ANZ J Surg* 2001;71:230-237.
- 10 - Zinicola R, Rutter M, Falasco G, Brooker J. Haemorrhagic radiation proctitis: endoscopic severity may be useful to guide therapy. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:439-444.
- 11 - Ravizza D, et al. Frequency and outcomes of rectal ulcers during argon plasma coagulation for chronic radiation-induced proctopathy. *Gastrointest Endosc* 2003;57(4):519-25.
- 12 - Cunningham IG. The management of radiation proctitis. *Aust N.Z.J. Surg.* 1980;50:172-8.
- 13 - Silva AR, Correia AJ, Dias LM, Viana HL, Viana RL. Argon plasma coagulation therapy for hemorrhagic radiation proctosigmoiditis. *Gastrointest Endosc* 1999;50(2):221-4.
- 14 - Denton AS, Andreyev HJN, Forbes A, Maher EJ. Systematic review for non-surgical interventions for the management of late radiation proctitis. *Br. J. Cancer* 2002;87:134-143.
- 15 - Lawton CA, Won M, Pilepich MV et al. Long-term treatment sequelae following external beam irradiation for adenocarcinoma of the prostate: Analysis of RTOG studies 7506 and 7706. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21:935-939.
- 16 - Villavicencio R, Rex D, Rahmani E. Efficacy and complications of argon plasma coagulation for hematochezia related to radiation proctopathy. *Gastrointest Endosc* 2002;55(1):70-74.
- 17 - www.min-saude.pt/portalsaude.
- 18 - www.fct.mct.pt/projectos.

19 - Cotti G, Seid V et al. Conservative therapies for hemorrhagic radiation proctitis: a review. Rev Hosp Clin Fac Med S. Paulo 2003;58 (8): 284- 292.

20 - Pinto A, Fidalgo P, Cravo M, et al. Short chain fatty acids are effective in short-term treatment of chronic radiation proctitis: randomized, double-blind, controlled trial. Dis Colon Rectum 1999;42: 788-795.

21 - Kennedy M, Bruninga K, Mutlu E, et al. Successful and sustained treatment of chronic radiation proctitis with

antioxidant vitamins E and C. Am J Gastroenterol. 2001 Apr;96(4): 1080-4.

22 - Grund KE, Straub T, Farin G. Clinical applications of argon plasma coagulation in flexible endoscopy. Endoscop Digest 1998; 10: 1543-1554.

23 - Vectrenne B, Lanard JM, Bade R. Traitement des rectites radiques par la coagulation au plasma argon. Gastrenterol Clin Biol 2000; 24 : A2.

Artigo Original
Original Article

S. MENDES
J. M. ROMÃOZINHO
P. AMARO
M. FERREIRA
M. C. LEITÃO

Serviço de Gastrenterologia dos
Hospitais da Universidade de Coimbra
(Director: Prof. Doutor Maximino Correia
Leitão)

Correspondência:

Sofia Mendes
Serviço de Gastrenterologia
Hospitais da Universidade de Coimbra
3000 Coimbra
Tm: 918770323
Email: msfiamendes@iol.pt

HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA/BAIXA AGUDA - CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTRENTEROLOGIA

Resumo

Os autores apresentam uma análise dos casos de Hemorragia Digestiva Média/Baixa Aguda admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia (UCIGE), no período compreendido entre Fevereiro de 1992 e Setembro de 2006.

Introduzem, à luz das modernas tecnologias endoscópicas, o novo conceito de Hemorragia Digestiva Média/Baixa (HDMB) e discutem, a metodologia de abordagem diagnóstica e terapêutica destas situações.

Abstract

The authors present an analysis of Acute Lower/Mid Gastrointestinal Bleeding cases admitted in a Gastroenterology Intensive Care Unit (UCIGE), between February 1992 and September 2006.

The authors introduce the new concept of Lower/Mid Gastrointestinal Bleeding (HDMB), according to modern endoscopic technology, and debate its diagnosis and therapy.

Introdução

Modernamente, define-se como hemorragia digestiva média/baixa (HDMB) a perda de sangue para o lúmen do tubo digestivo com local de origem situado a jusante da papila de Vater. Se a lesão sangrante se localizar entre a papila de Vater e a válvula ileo-cecal a situação apelida-se de hemorragia digestiva média (HDM), enquanto os focos hemorrágicos situados a jusante daquela válvula se integram no grupo da hemorragia digestiva baixa (HDB) (1). A sua forma de apresentação é variável, podendo ser crónica e frequentemente intermitente ou aguda com instabilidade hemodinâmica e necessidade de cuidados transfusionais (2-4).

A HDMB representa cerca de 20% de todos os casos de hemorragia digestiva, correspondendo, assim, a cerca de 1/4 dos episódios de hemorragia digestiva alta. A incidência anual nos EUA varia entre 20 a 27 casos por 100.000 indivíduos da população adulta. Afeta mais frequentemente o sexo masculino, manifestando-se, geralmente, entre os 63 e os 77 anos de idade. A taxa de mortalidade global oscila entre 2 a 4 %, enquanto a do episódio hemorrágico severo pode atingir os 20% (2,5,6).

O presente artigo tem como objectivo a análise e discussão dos casos de

possível apurar a etiologia. Em relação ao diagnóstico topográfico, ele foi conseguido-

Quadro I - Diagnóstico etiológico dos casos de HDMB da nossa série (N=72).

Etiologia	Nº (%)
Doença diverticular	20 (27,8)
Colite ulcerosa	7 (9,7)
Angiodisplasia	6 (8,3)
Pós-polipectomia	5 (6,9)
Enfarte mesentérico	3 (4,2)
Dieulafoy do recto	3 (4,2)
Colite isquémica	3 (4,2)
Doença de Crohn	2 (2,8)
Úlcera solitária do recto	2 (2,8)
GIST duodenal	2 (2,8)
Varizes ileo-cecais	2 (2,8)
Neoplasia do cólon	2 (2,8)
Vasculite sistêmica	1 (1,4)
Pólipo juvenil	1 (1,4)
Tuberculose intestinal	1 (1,4)
Fístula aorto-cólica	1 (1,4)
Divertículo de Meckel	1 (1,4)
Pós-mucosectomia do recto	1 (1,4)
Úlcera traumática do recto	1 (1,4)
Úlcera estercoral	1 (1,4)
Jejuno-íleite erosiva por CMV	1 (1,4)
Desconhecida	6 (8,3)

do através da colonoscopia em 50 (69,4%) doentes. A arte-riografia - 5 casos (6,9%), a cintigrafia - 3 casos (4,2%), a VCE - 3 (4,2%) e a EDB - 2 casos (2,8%), permitiram igualmente identificar o local da hemorragia. Em 5 situações (6,9%) houve que recorrer à cirurgia para localização da lesão sangrante. Em 38 casos (52,7%) foi efectuada EDA para exclusão de hemorragia digestiva alta.

Na vertente do diagnóstico etiológico, a colonoscopia permitiu apurar a causa da HDMB em 53 casos (73,6%) e a laparotomia em 13 (18%).

Em 10 casos (13,9%) foi executada hemostase endoscópica, tendo, por outro lado, 25 doentes (34,7%) sido submetidos a intervenção cirúrgica.

A mortalidade global situou-se nos 11% (8 casos) e a mortalidade cirúrgica nos 16% (4 casos).

Discussão

Classicamente, entendia-se por HDB a perda de sangue pelo ânus com local de origem a jusante do ligamento de Treitz (2). O advento recente da VCE e da EDB - e a possibilidade de obter imagens endoscópicas de todo o intesti-

HDMB admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos de Gastroenterologia (UCIG) do Serviço de Gastroenterologia dos HUC, no período compreendido entre Fevereiro 1992 e Setembro 2006.

Material e Métodos

Análise retrospectiva dos registos clínicos de 72 doentes (54 homens e 18 mulheres), internados na UCIG por HDMB. Os métodos de diagnóstico utilizados incluíram, para além da história clínica, a colonoscopia, a endoscopia digestiva alta (EDA), a cintigrafia, a arteriografia, a videocapsula endoscópica (VCE), a enteroscopia de duplo balão (EDB) e a laparotomia. Consideraram-se como critérios de HDMB severa uma tensão arterial sistólica inferior a 90 mmHg e/ou um valor de hematócrito inferior a 30%.

Resultados

A HDMB correspondeu a 2% do total de admissões na UCIG. A média de internamentos foi, até 2003, de 4 internamentos/ano tendo, após 2003, subido para 9 admissões/ano. A média etária centrou-se nos 67 ± 16 anos, com idades extremas de 15 e 95 anos. O *ratio* HDMB/Hemorragia digestiva alta foi de 1/31.

As formas de apresentação dos episódios de HDMB incluíram: rectorragias em 22 casos (30,5%); hematoquezias em 45 (62,5%); hematoquezias e melenas em 5 doentes (6,9%). Em 18 casos (25%) constatou-se início intra-hospitalar da hemorragia, tendo, por outro lado, 52 episódios (72,2%) sido classificados como severos.

Relativamente à topografia lesional, 50 casos (69,4%) tiveram origem colo-rectal, 9 (12,5%) ileo-cólica, 7 (9,7%) jejuno-íleal, 1 (1,4%) jejuno-íleo-cólica, 1 (1,4%) jejunal. Em 4 casos (5,6%) não foi possível descortinar o local da hemorragia.

No Quadro I descrevinam-se as etiologias observadas. A doença diverticular foi a causa mais frequente - 20 casos (27,8%), seguida da colite ulcerosa - 7 casos (9,7%), angiodisplasia - 6 casos (8,3%) e hemorragia pós-polipectomia - 5 casos (6,9%). O enfarte mesentérico, a colite isquémica e a lesão de Dieulafoy do recto, foram incluídas em 3 situações (4,2%) cada. Etiologias mais raras de HDMB, com 2 casos (2,8%) cada, incluíram: colite de Crohn, úlcera solitária do recto, varizes ileo-colicas, carcinoma do cólon e GIST do intestino delgado. Com apenas 1 caso (1,4%) surgiram a vasculite sistémica, o pólipo juvenil, a tuberculose intestinal, a fístula aorto-cólica, o divertículo de Meckel, a úlcera rectal traumática, a úlcera estercoral, a hemorragia pós-mucosectomia do recto e a jejuno-íleite erosiva por CMV. Em 6 casos (8,3%) não foi

riosa a reformulação da terminologia antes usada, agora baseada exclusivamente na acessibilidade diagnóstica, a saber (1):

- Hemorragia digestiva alta (HDA): Toda a hemorragia cuja origem é identificada no decurso de uma endoscopia digestiva alta (EDA), durante a qual é igualmente possível a realização de terapêutica hemostática. Em termos práticos aceita-se como limite distal a papila de Vater, isto é, entende-se como HDA toda a hemorragia com sede proximal à papila de Vater.

- Hemorragia digestiva média (HDM): Hemorragia com origem no intestino delgado, a jusante da papila de Vater e até à vertente ileal da válvula ileo-cecal. A HDM é diagnosticada preferencialmente com recurso à VCE e à EDB (via oral ou rectal). Os meios de diagnóstico secundários da HDM incluem a enteroscopia de impulsão, cintigrafia, arteriografia do tronco celíaco/mesentérica superior e, finalmente, como último recurso, a enteroscopia per-operatória.

- Hemorragia digestiva baixa (HDB): Compreende a hemorragia com sede no cólon, recto e/ou ânus, a qual é geralmente diagnosticada através da colonoscopia.

A HDMB é uma causa rara de admissão na UCIGE, correspondendo a 2% do total dos internamentos, tendo-se verificado, contudo, nos últimos 3 anos, uma duplicação do número de admissões na UCIGE por este motivo. Este incremento não é justificado por alterações das características demográficas dos doentes ou por diferentes etiologias da HDMB, podendo ser antes o resultado de uma investigação rotineira mais criteriosa dos factores de risco de persistência e/ou recidiva precoce da hemorragia, orientadores da necessidade de internamento na UCIGE, associado ao facto da UCIGE estar integrada num Hospital de referência, apetrechado com meios de diagnóstico e terapêutica não disponíveis em todas as unidades hospitalares do país, nomeadamente a VCE e a EDB, e para onde são enviados doentes de outros hospitais.

A relação HDMB/HDA na nossa série foi de 1/31, traduzindo a menor gravidade relativa da maior parte dos episódios de HDMB.

Em consonância com os dados publicados, a maioria dos doentes eram do sexo masculino e a média de idades situou-se acima dos 60 anos. É reconhecido o aumento de incidência destes episódios com o avançar da idade, aumento este que se estima superior a 200 vezes quando cotejamos a terceira e a nona década de vida (2). A incidência acrescida da HDMB nos idosos é sobretudo explicada pela muito maior prevalência de divertículos e angiodisplasias do cólon nas idades mais avançadas (2,5,6).

A hematoquésia, definida como perda de sangue pelo ânus com aspecto em "geleia de groselha", foi a forma de apresentação mais frequente (62,5%), seguida da rector-

ragia (30,5%), entendida como perda de sangue vermelho vivo *per anus* (2). A apresentação sob a forma de hematoquésias e melenas ocorreu em 6,9% dos nossos casos. Nesta circunstância é importante excluir a possibilidade de se tratar de uma HDA, nomeadamente, através da constatação da saída de líquido biliar não hemático pela sonda naso-gástrica ou, se necessário, realizando uma EDA (7). Foi neste contexto que efectuamos EDA em 38 casos (52,7%). Não foi encontrada nenhuma lesão sangrante sincrónica a nível do tracto digestivo superior.

A abordagem de um doente com HDMB deve ser sistematizada, o que pressupõe a consideração sequencial dos seguintes aspectos (2):

1 - Avaliação clínico-laboratorial: contempla a determinação da gravidade da hemorragia, a averiguação de existência de patologia grave associada, assim como a eventual localização da origem da hemorragia. Para tal é fundamental a realização de uma história clínica completa que abranja a descrição do episódio, história medicamentosa e antecedentes, um exame físico detalhado e um estudo laboratorial que inclua hemograma, provas de coagulação, ionograma sérico e função renal (2).

2 - Medidas de ressuscitação: A preocupação inicial é manter o equilíbrio hemodinâmico e um hematócrito superior a 30%, o que geralmente implica a administração de fluidos, a transfusão de glóbulos vermelhos e/ou a administração de plasma. As alterações da coagulação ou trombocitopenia devem ser corrigidas. Deve igualmente ser efectuada a profilaxia da hipoxia cerebral e miocárdica com a administração de oxigénio, sobretudo nos idosos, em casos de patologia arterial conhecida e em todos os casos de HDMB severa (2). Também nos doentes mais idosos e/ou com antecedentes de patologia cardíaca deve ser pedido um electrocardiograma (5). Duas vias de acesso endovenoso periférico e/ou preferivelmente uma central devem ser de imediato estabelecidas, particularmente nos doentes com instabilidade hemodinâmica. (8).

3 - Identificação do grupo de risco: 15 a 20% dos doentes com HDMB pertencem ao grupo de alto risco, entendido como aquele em que a hemorragia persiste ou recidiva precocemente e no qual a taxa de mortalidade é elevada. Devem incluir-se neste grupo os casos de HDMB inicialmente severa (choque, Hb < 9 g/dl, Ht < 30% e/ou necessidade transfusional de ≥ 4 U de GV nas 1^{as} 24 horas), as situações em que persiste instabilidade hemodinâmica após as medidas de ressuscitação e os doentes com patologia grave associada. Tal como ocorre nos casos de HDA, consideram-se factores de alto risco para a HDMB o início intra-hospitalar do sangramento e a presença de estigmas endoscópicos major de hemorragia (hemorragia activa, coágulo aderente e vaso visível). Recentemente, foram apontados como factores preditivos indepen-

doentes de alto risco a presença de hemorragia activa aquando da endoscopia de urgência, tensão arterial sistólica <100 mmHg, tempo de protrombina aumentado, obnubilção da consciência e doença associada instável (2).

4 - Internamento numa unidade de cuidados intensivos: Todos os doentes pertencentes ao grupo de alto risco devem ser internados numa unidade de cuidados intensivos diferenciada ou polivalente.

O internamento numa unidade de cuidados intensivos assegura, no essencial, para além de uma avaliação médico-cirúrgica sistemática, a monitorização constante dos parâmetros vitais, o registo horário da pressão venosa central (PVC), diurese, temperatura, e do aspecto e volume do efluxo rectal, o controlo do balanço hidro-electrolítico e a vigilância frequente dos parâmetros analíticos (2).

5 - A verificação topográfica e etiológica: Sendo que a grande maioria das causas de HDMB estão localizadas no cólon, a colonoscopia é o método de eleição na abordagem inicial do doente, permitindo estabelecer frequentemente o diagnóstico topográfico e etiológico da lesão sangrante, bem como promover, não poucas vezes, o seu tratamento endoscópico (4,7). Pode e deve ser realizada como exame de urgência e de preferência nas primeiras 24 horas de admissão hospitalar (6). A exclusão da origem ano-rectal da hemorragia deve ser sistematicamente efectuada, pois pode haver refluxo de sangue até ao cego (7). No caso de se observar sangue a sair da válvula íleo-cecal e a EDA for negativa pode afirmar-se, com segurança, que a lesão se situa no intestino delgado (5,7). A taxa de sucesso da colonoscopia na formulação do diagnóstico ronda, segundo os dados publicados, os 70% (4). Uma adequada preparação intestinal é mandatória, pois facilita a visualização endoscópica, melhora a capacidade diagnóstica e aumenta a segurança (3). Acresce, ainda, que não há dados que sugiram que a limpeza intestinal anterógrada possa reactivar ou aumentar o débito da hemorragia (6,7). O insucesso diagnóstico da colonoscopia radica sobretudo nas situações em que a origem da hemorragia se localiza no intestino delgado, o que acontece em cerca de 0,7 a 9% dos casos (5).

Na nossa série e relativamente ao diagnóstico topográfico, a colonoscopia foi capaz de estabelecer a topografia lesional em 69,4% das situações, a laparotomia e a arteriografia em 6,94% e a cintigrafia em 4,2%. Nos últimos anos, com a introdução no Serviço da VCE e posteriormente da EDB, foi possível o uso de ambas as técnicas no diagnóstico da HDMB. Na casuística presente, em 3 situações (4,2%) o diagnóstico topográfico foi obtido através da VCE e, em 2 casos (2,8%), com o recurso à EDB. A localização da hemorragia exclusivamente a nível do intestino delgado ocorreu numa percentagem ligeiramente superior à referida na literatura (11,1% vs 9%).

No que respeita ao diagnóstico etiológico, a doença diverticular do cólon foi a causa mais frequente de sangra-

mento, ocorrendo em 27,8% dos casos. Esta cifra é inferior à assinalada na literatura, a qual se situa nos 40% (3), podendo esta discrepância resultar das características da presente série, maioritariamente constituída por doentes de alto risco.

Em segundo lugar, surge a colite ulcerosa, com uma taxa (9,7% dos casos), em conformidade com os dados da literatura (2 a 14% das situações de HDB) (2).

As angiodisplasias, responsáveis habitualmente por 3 a 12% dos episódios de HDMB (2), foram, na nossa casuística, incriminadas como causa do sangramento, em 8,3% dos doentes.

A hemorragia pós-polipectomia surge em quarto lugar na nossa série, com 6,9% dos casos. É citada na literatura como causa de hemorragia significativa em 1 a 6% dos doentes submetidos a polipectomia. Factores de risco propostos para hemorragia pós-polipectomia incluem a dimensão (pólipos > 2 cm), ausência de pedículo e a localização (cólon direito) (6).

O enfarte mesentérico, a lesão de Dieulafoy do recto e a colite isquémica, foram identificados, cada um deles, em 3 casos de HDMB da nossa série (4,2%).

As restantes etiologias (colite de Crohn, úlcera solitária do recto, varizes íleo-cólicas, carcinoma do cólon, GIST do intestino delgado, vasculite sistémica, pólipos juvenis, tuberculose intestinal, fístula aorto-cólica, divertículo de Meckel, úlcera rectal traumática, úlcera estercoral, hemorragia pós-mucosectomia do recto e a jejuno-ileíte erosiva por CMV) contribuíram com 1 ou 2 casos cada, corroborando o seu estatuto de causas raras de HDMB.

6 - Terapêutica hemostática: Está indicada nos casos em que a hemorragia não cessa espontaneamente ou recidiva frequentemente. Nestas circunstâncias poder-se-á optar, isolada ou associadamente, pela terapêutica endoscópica, angiográfica ou cirúrgica (2). O procedimento terapêutico a eleger deve ser baseado na experiência e recursos locais. Como técnicas de hemostase endoscópica, e à semelhança das situações de HDA, é possível a utilização de métodos de injeção, termocoagulação, laqueação ou ainda, o uso de hemoclips. A opção pela arteriografia terapêutica impõe a necessidade da presença de hemorragia activa no momento da sua execução, sendo possível a injeção de vasoconstritores intra-arteriais e/ou o uso de embolização arterial (5). A terapêutica cirúrgica fica reservada para as situações de hemorragia severa e persistente, refractárias às modalidades de tratamento hemostático previamente referidas, bem como para os casos electivos de sangramento recorrente (2).

Analisando os dados da nossa série, verificou-se, em 37 casos (51,4%) a paragem espontânea da hemorragia. Todavia, em 10 situações (13,9%) houve necessidade de recorrer aos métodos de hemostase endoscópica e em 25 doentes (34,7%) tornou-se imperativo o concurso da cirur-

gia. As cifras observadas derivam dos critérios de selecção da nossa série maioritariamente constituída, como já anteriormente assinalado, por doentes de alto risco.

Esta circunstância explica também a significativa taxa de mortalidade da presente casuística (11%), a qual, ainda assim, é inferior a séries similares da literatura.

Concluindo: 1) A HDMB é uma causa rara de admissão na UCIGE, embora nos últimos 3 anos se tenha assistido a uma duplicação do número de internamentos; 2) Mais de 80% das lesões sangrantes interessavam o cólon; 3) A doença diverticular e a colite ulcerosa foram as afecções mais vezes incriminadas; 4) A endoscopia permitiu o diagnóstico etiológico e topográfico em cerca de $\frac{3}{4}$ dos casos; 5) A HDMB associou-se a uma taxa de mortalidade significativa (11%), fruto dos critérios de selecção utilizados (doentes de alto risco).

Bibliografia

- 1 - Ell C., May A. Mild-gastrointestinal Bleeding: Capsule Endoscopy and Push-and-Pull Enteroscopy Give Rise to a New Medical Term. *Endoscopy* 2006; 38: 73-75.
- 2 - Romãozinho JM. Hemorragia Digestiva Baixa Aguda. In: *Urgências em Coloproctologia*. 1ª Edição. Sociedade Portuguesa de Coloproctologia; 2003; p.27-46.
- 3 - ASGE Guideline: The role of endoscopy in patient with lower-GI bleeding. *Gast Endos* 2005; 62: 656-60.
- 4 - Lérias C.; Sofia C. A Colonoscopia nas Hemorragias Digestivas Baixas. *Editorial. J Port Gastreterol* 2004; 11: 11-12.
- 5 - Farrel J.J., Friedman L.S., Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding: *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1281-1298.
- 6 - Lower GI Bleeding: Epidemiology and Diagnosis: *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34: 643-65.
- 7 - Barreiras J, Coimbra J, Gamito E, et al. Colonoscopia de Urgência nas Hemorragias Digestivas Baixas. *J Port Gastreterol*: 2004; 11: 13-18.
- 8 - Lower Gastrointestinal Bleeding Management. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34: 665-78.



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

Artigo Original
Original Article

PATRÍCIA LAGES¹

PAULO COSTA²

TÉCNICA DE LONGO NA TERAPÊUTICA DAS HEMORRÓIDAS - AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA INICIAL

Resumo

A doença hemorroidária ocupa uma percentagem significativa dos motivos de recurso ao Serviço de Urgência e à Consulta de Cirurgia Geral por patologia ano-rectal. O objectivo deste trabalho foi analisar os resultados dos primeiros 35 casos consecutivos operados pelo mesmo cirurgião, segundo a técnica de Longo (hemorroidopexia). A avaliação objectiva dos resultados permitiu-nos concluir que os doentes operados com esta técnica apresentaram: bons resultados sintomáticos imediatos, curto tempo de internamento, rápido regresso às actividades sociais e laborais. Os resultados à distância revelaram boa satisfação dos doentes e correcção da doença hemorroidária.

Abstract

Among anorectal complaints, haemorrhoids are responsible for a large percentage of urgent and elective surgical consultations. The aim of this study was to analyse the 35 first consecutive cases of stapled haemorrhoidopexy performed by the same surgeon. Our results allow us to conclude that patients who underwent surgery present: good symptomatic results, short hospital stay, early return to work and social activities. Long term results showed high patients satisfaction and effectiveness.

Introdução

Em 1998 Longo introduziu um novo conceito de terapêutica cirúrgica para a doença hemorroidária (1). Devido ao interesse crescente na mesma, realizou-se, em 2001, uma reunião internacional de peritos com o intuito de acordar os critérios referentes às indicações, às contra-indicações e à técnica cirúrgica (2). Desta reunião de trabalho surgiu a actual designação da técnica: hemorroidopexia ("stapled haemorrhoidopexy"). O objectivo deste trabalho foi analisar os resultados dos primeiros 35 casos consecutivos operados pelo mesmo cirurgião (PC), segundo a mesma técnica.

Material e Métodos

Foram incluídos neste estudo retrospectivo 35 doentes submetidos a hemorroidopexia segundo a descrição de Longo (2), entre Fevereiro de 2003 e Dezembro de 2005. Doentes operados: 17 (48,6%) eram do sexo

¹ Interna do Complementar de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia III, Hospital de Santa Maria, Lisboa

² Director de Serviço, Professor Associado de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa, FACS, FRCS
Serviço de Cirurgia III, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Correspondência:

Prof. Doutor Paulo Costa
Director Serviço Cirurgia 3
Hospital Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
1649-035 Lisboa
paulo.mcosta@hsm.min-saude.pt

masculino e 18 (51,6%) do sexo feminino, sendo a mediana das suas idades 45 (31 - 75) anos. Os sinais ou sintomas que determinaram a indicação para cirurgia foram um ou mais dos seguintes: prolapso hemorroidário de grau II, III ou IV (68%), rectorragia (84%) e proctalgia (52%). Alguns doentes apresentavam também trombose (8%) e desconforto anal (64%). A duração dos sintomas foi: 1825 (2-9490) dias.

Foram excluídos os doentes com as seguintes contra-indicações para esta técnica: abscesso, gangrena, estenose anal e prolapso rectal (2).

Onze doentes eram múltiparas. Dois doentes eram obesos.

A maioria dos doentes estudados efectuou terapêutica médica prévia sem resultados. Dois doentes tinham antecedentes de terapêutica instrumental por esclerose hemorroidária.

A maioria dos doentes efectuou colonoscopia total ou rectosigmoidoscopia pré-operatória (68%). Nos restantes 32% dos casos os doentes eram jovens (<50 anos) sem factores de risco familiar de cancro do cólon ou as cirurgias foram efectuadas de urgência.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral (68%) ou loco-regional (raquianestesia ou epidural) com sedação consciente (32%).

Todos os doentes foram posicionados em decúbito ventral ("jack-knife"). Utilizou-se o agraphador *Ethicon Hemorrhoidal Circular Stapler (PPH 01/03 Stapling gun)* segundo a técnica acordada no consenso internacional(2).

A peça operatória foi enviada para exame anatomopatológico.

Em 4 doentes foi feita terapêutica simultânea de patologia associada, nomeadamente trombose ou fissura anal.

No pós-operatório todos os doentes efectuaram antibiótoterapia (metronidazol 250mg oral de 8 em 8 horas durante 5 dias), analgesia (cetorolac 10mg, 3 comprimidos durante 2 dias e paracetamol 1g em SOS) e laxantes (lactulose, 1 carteira por dia).

Todos os doentes foram reobservados em consulta 1-2 semanas, 1 mês e 6 meses após a cirurgia. Na ausência de complicações, os doentes tiveram alta da consulta com indicação para reobservação em caso de surgimento de problemas clínicos relacionados com a cirurgia.

A análise pós-operatória teve como base todos os processos clínicos e a realização de um inquérito sintomático (entrevista pessoal ou telefónica) efectuadas por um dos AA (PL). O inquérito foi desenhado para avaliar a sintomatologia habitualmente relacionada com este tipo de patologia e de intervenção cirúrgica (dor, desconforto anal, proctalgia, hemorragia, infecção, fissura anal, fístula, trombose, estenose, incontinência para fezes ou gases, diarreia, obstipação, trombose e alterações sexuais), terapêuticas anteriores

à cirurgia, absentismo e grau de satisfação com a cirurgia. Foram inquiridos 25 doentes (72%).

Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva com determinação de parâmetros de tendência central.

Resultados

A sintomatologia apresentada no pós-operatório imediato, de acordo com as respostas ao inquérito sintomático, foi: dor local ligeira a moderada (64%), desconforto após defecação (66%), hemorragia (44%), infecção (4% - 1 caso de prostatite), obstipação sem causa mecânica (4%), diminuição da libido (8%), fissura anal (8%) e incontinência fecal transitória (4%). A duração mediana das queixas foi 7 (2-90) dias.

Um dos doentes desenvolveu síndrome depressiva.

Não se observou nenhum caso de estenose, deiscência da sutura, fístula ou trombose.

A mediana da duração do internamento foi inferior a 1 dia. A maioria dos doentes foi operado durante a tarde e teve alta na manhã seguinte.

No pós-operatório verificou-se a necessidade de analgesia durante 5 (1-21) dias.

As medianas de regresso à vida social e à actividade laboral foram respectivamente, 7 (1-30) dias e 8 (1-30) dias.

Todos os 35 doentes efectuaram consulta de seguimento, não havendo até à data registo de persistência ou recorrência da sintomatologia/patologia. Dois doentes (8%) mencionaram prurido e aparecimento de mariscas externas.

O grau de satisfação expresso pelos 25 doentes que responderam ao inquérito passados pelo menos 3 meses da cirurgia foi globalmente bom (Figura1). Em nenhum dos processos clínicos dos 35 doentes se encontrou referência a insatisfação.

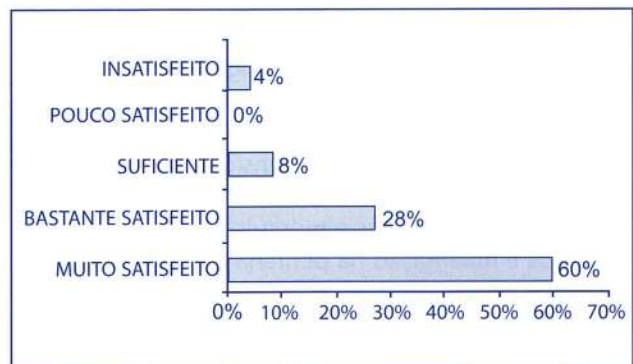


Figura1 - Grau de satisfação pós-operatória

Apenas um doente manifestou insatisfação com a cirurgia (4%). Esta apreciação negativa está relacionada com o aparecimento de fissuras anais no pós-operatório, apesar de não ter existido recorrência ou persistência dos sintomas hemorroidários.

Até ao momento nenhum dos doentes apresenta persistência ou recorrência da doença - catamnese: 18 (6-42) meses.

Discussão e Conclusões

A patologia ano-rectal ocupa uma percentagem significativa dos motivos de recurso à Consulta de Cirurgia Geral. Estatísticas recentes referem que as queixas de doença hemorroidária "representam cerca de 50% dos doentes que procuram uma consulta de Coloproctologia" (3). Associado ao preconceito social associado à patologia ano-rectal, a terapêutica das hemorroidas tem a reputação entre médicos e doentes de ser dolorosa. A laqueação elástica, a esclerose, a fotocoagulação e a crioterapia têm sido utilizadas com relativo sucesso, no entanto os resultados obtidos são inferiores à cirurgia na terapêutica de hemorroidas do III e IV graus (4). Após falência ou inexistência de indicação para terapêutica médico-instrumental muitos doentes necessitam de terapêutica cirúrgica.

A hemorroidopexia constitui uma boa opção cirúrgica quando respeitadas as indicações (2). Tem como princípio a redução do prolapso da mucosa e a normalização da relação anatómica entre a mucosa anal, os plexos hemorroidários e os esfíncteres anais.

Esta técnica não envolve a manipulação da mucosa anal abaixo da linha dentada (ao contrário da hemorroidectomia), sendo geralmente menos dolorosa (5-7). Como já foi referido noutros estudos (8), a dor no pós-operatório (sobretudo associada à defecação) é um dos sintomas mais relatados pelos doentes. Esta parece ser extremamente dependente do indivíduo, uma vez que perante a mesma intervenção e terapêutica os resultados foram muito variáveis. Alguns doentes assintomáticos não necessitaram de terapêutica analgésica após a alta hospitalar, tendo sido necessária analgesia durante 5 (1-21) dias em alguns doentes sintomáticos. Na sua origem poderão estar implicados vários factores, nomeadamente, trombose de tecidos hemorroidários e o posicionamento da linha de sutura (próxima da transição ano-rectal com consequente excisão de anoderme sensitiva ou com a incorporação de nervos e músculos rectais) (9), microabscessos e inflamação na periferia da linha de sutura. Por este último motivo prescrevemos sistematicamente metronidazol e ceterolac a estes doentes, à semelhança do que fazemos quando a opção recai numa hemorroidectomia. Ao contrário do que se verificou noutras séries (5, 9) em nenhum dos doentes operados houve necessidade de reinternamento para controlo da dor.

A referência a hemorragia sem significado clínico foi frequente (44%). Todos os doentes a caracterizaram

como esporádica ou isolada, auto-limitada e de pequeno volume, com manifestação no pós-operatório imediato (≤ 7 dias) ou tardio, motivo pelo qual não foram necessárias terapêuticas adicionais. No entanto, reintervenção para hemostase da linha de sutura ou injeção de adrenalina e necessidade de transfusão sanguínea foram referidas em cerca de 4% de outras séries (9).

Dois doentes apresentaram fissuras anais no pós-operatório, não sendo clara a sua patogénese. No caso de fissuras múltiplas (1 doente), consideramos que a dilatação "forçada" do ânus durante a cirurgia para introdução dos aparelhos poderá estar na sua génese. Quanto à fissura única com localização posterior (1 doente), poderá ter resultado de uma diminuição da vascularização local agravada pela hemorroidopexia. Estas hipóteses carecem de confirmação.

Nos doentes com prolapsos hemorroidários significativos ou circunferencialmente muito assimétricos, o resultado final é por vezes aparentemente incompleto pois nestas circunstâncias também observámos casos em que pequenas bolsas cutâneas, semelhantes a mariscas, não regredem completamente (9). Embora os doentes não refiram dor, prolapso ou hemorragia, pois a patologia hemorroidária subjacente ficou corrigida, estas bolsas cutâneas estão relacionadas com algum grau de insatisfação referido pelos doentes, mesmo tendo sido informados da possibilidade desta ocorrência.

Nesta série não se verificou nenhum caso de sépsis perineal (9, 10). Apenas um doente teve uma prostatite com início das queixas ao 3º dia do pós-operatório.

A estenose rectal que tem sido descrita por outros, sendo mais frequente no pós-operatório imediato, entre 2 a 5%, necessita por vezes de cirurgia para correcção, embora a dilatação digital precoce parece ter sido eficaz na maioria dos casos (9, 10). Geralmente associada ao posicionamento da linha de sutura, ou seja da anastomose, abaixo dos 4cm, também ocorreram casos em que o posicionamento da anastomose estava correcto (9).

Quando inquiridos acerca do grau de satisfação com a cirurgia, 96% dos nossos doentes fizeram uma avaliação positiva. Estes resultados são decorrentes da necessidade de um curto período de internamento, inferior a 1 dia, do rápido regresso à vida social e à actividade laboral dos doentes estudados e do eficaz controlo da dor pós-operatória.

Apesar do recuo desta série ser ainda curto não detectámos até ao momento nenhum caso de persistência ou recorrência da doença.

A avaliação objectiva dos resultados permite-nos concluir que os doentes operados com esta técnica apresentaram bons resultados sintomáticos imediatos, curto tempo de internamento, rápido regresso às actividades sociais e laborais. Os resultados à distância

revelaram boa satisfação dos doentes e correcção da doença hemorroidária.

Na nossa experiência, o posicionamento em decúbito ventral (*jack-knife*) permitiu uma boa visualização de todo o procedimento, facilitando a sua execução. Quando comparamos esta nossa experiência, com a duma fase inicial em que aplicámos a técnica em decúbito dorsal, em doentes não incluídos neste estudo, somos levados a concluir que em decúbito ventral é mais fácil seguir com rigor os pormenores técnicos essenciais para o êxito operatório. Parece-nos que a queda da mucosa rectal para o campo operatório, difícil de obviar e muitas vezes perturbadora do correcto posicionamento da linha de sutura, associada à dificuldade de poder ser bem ajudado durante a execução e à pior iluminação do campo operatório são factores que ponderam significativamente a favor do posicionamento em decúbito ventral pelo que o passámos a utilizar sistematicamente. Pese embora o atraso que este posicionamento pode condicionar e uma dificuldade acrescida para os anestesistas, somos de opinião que as vantagens justificam a nossa preferência. Alguns AA têm referido que para adquirir proficiência nesta técnica é necessário um período de aprendizagem e adaptação aos instrumentos (2,5). Embora na análise dos nossos casos não se tenham encontrado diferenças quanto a complicações ou a eficácia, comparando a primeira parte da série com os últimos casos, devemos referir que a nossa experiência aponta claramente nesse mesmo sentido, sendo aconselhável que cirurgiões juniores e internos passem por uma aprendizagem supervisionada que garanta uma execução rigorosa e reduza o risco de complicações. Estas recomendações vão ao encontro das conclusões da reunião internacional de peritos de 2001(2).

Bibliografia

1. Longo A (1998). Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery, pp.777-84. Rome, Italy, June 3-6, 1998.
2. Corman ML, et al. Stapled haemorrhoidopexy: international working party report. Colorectal Disease 2003; 5: 304-310.
3. Saraiva AM. Doença Hemorroidária - conceitos terapêuticos. Coloproctologia 2000: 7-26.
4. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities: a meta-analysis. Dis Colon Rectum 1995; 38: 687-94.
5. John RT, Hartley. John E. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. Lancet, March 4, 2000, vol.355, Issue 9206.
6. Mosca F, Consoli A, Portale TR, Angilello A, et al. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy and stapled mucoprolapsectomy. Clinical comparison of the results. G Chir 2005 Jun-Jul; 26 (6-7): 267-74.
7. Gravie JF, Lehur PA, Hutten N, et al. Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2 year postoperative follow up. Ann Surg 2005 Jul; 242(1): 29-35.
8. Thaha MA, Irvine LA, Steele RJ, Campbell KL. Postdefecation pain syndrome after stapled anophexy is abolished by oral nifedipine. Br J Surg 2005 Feb; 92(2): 208-210.
9. Ng KH, Ho KS, Ooi BS, et al. Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. Br J Surg 2006; 93: 226-230.
10. Pessaux P, Lermite E, Tuech JJ, et al. Pelvic sepsis after stapled hemorrhoidectomy. Journal of the American College of Surgeons 2004 Nov; vol 199, nº5: 824.

Caso Clínico

Clinical Case

N. RAMA¹

U. MARQUES¹

S. FERRAZ¹

P. CLARA²

V. PARDAL³

C. AMADO⁴

E. GONÇALVES⁵

B. VEIGA¹

¹Serviço de Cirurgia I do Hospital Santo André, Leiria, Portugal

²Serviço de Cirurgia II do Hospital Santo André, Leiria, Portugal

³Serviço de Imagiologia do Hospital Santo André, Leiria, Portugal

⁴Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Santo André, Leiria, Portugal

⁵Oncologista Médico do Hospital Santo André, Leiria, Portugal

Correspondência:

Nuno Rama

Serviço de Cirurgia I do Hospital Santo André

Olhalvas, 2410 - 1 Leiria

Telefone: 244817000 (Ext. 3401)

e-mail: ramanuno@gmail.com

UMA CAUSA RARA DE TUMOR NA FOSSA ILÍACA DIREITA...

Resumo

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 59 anos de idade, sem antecedentes clínicos relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal localizada ao quadrante inferior direito com 24 horas de evolução e agravamento progressivo; mencionava aparecimento recente de tumoração abdominal. Ao exame objectivo apresentava massa visível na fossa ilíaca direita com francos sinais inflamatórios. O resultado anatomopatológico da peça operatória revelou adenocarcinoma primário do apêndice cecal, uma entidade clínica rara.

Abstract

The authors present the clinical case of a 59-year-old male patient, without relevant antecedents, that come to the Emergency Service complaining from abdominal pain in the lower right quadrant with 24 hours of evolution and progressive aggravation and referring the recent appearance of an abdominal tumour. Physical examination showed a visible mass in the right iliac fossa with notorious inflammatory signs. The clinicopathologic analysis of the resected tumour showed a primary appendiceal adenocarcinoma, a rare clinical entity.

Introdução

Os tumores primários do apêndice cecal são entidades clínicas raras, sendo o tumor carcinóide o tipo mais comum (cerca de 85%) (1-6). Diagnosticados em cerca de 1% dos espécimes apendiculares, constituem menos de 0,5% de todos os cancros do tracto gastrointestinal (1,7,8). O adenocarcinoma ocorre em 5% dos casos de cancro apendicular, tendo sido descrito pela primeira vez por Berger em 1882 (6,9). Até 1995, segundo uma revisão de Cortina et al, foram descritos na literatura apenas 450 casos de adenocarcinoma do apêndice (5). Outros 3 tipos histológicos são o cistadenocarcinoma, a variante de células em anel de sinete e o tumor adenocarcinóide (10). As apresentações clínicas habituais são sobreponíveis às da apendicite aguda, podendo cursar com massa abdominal palpável. Não existem sinais patognomónicos ou manifestações precoces específicas. O diagnóstico definitivo é na maioria dos casos estabelecido pelo anatomopatologista (1,11,12). O adenocarcinoma pode ocorrer na forma primária ou resultar da disseminação metastática, pelo que, nestes doentes, a presença de neoplasias sincrónicas e/ou metácrónicas é possível, devendo por isso ser pesquisadas (1,2,5).

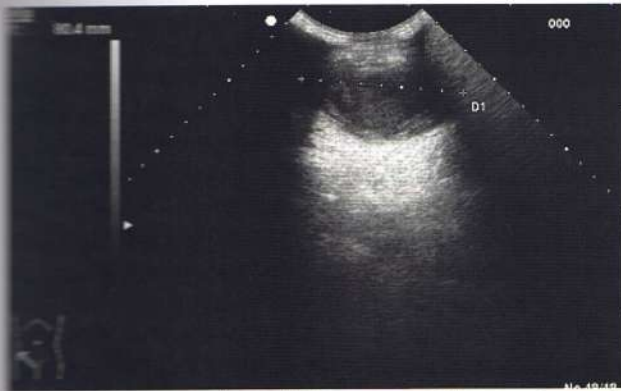


Figura 1 - Formação expansiva predominantemente sólida, com áreas mais hipocogênicas, de contornos regulares e mal definidos com cerca de 9 x 7,8 cm.



Figura 2 - Formação expansiva predominantemente sólida, aparentemente na dependência de uma ansa intestinal, compatível com lesão abcedada, em derrame peritoneal associado.

Caso Clínico

Doente do sexo masculino de 59 anos de idade, sem antecedentes clínicos relevantes, admitido pelo Serviço de Urgência por dor abdominal localizada ao quadrante inferior direito com 24 horas de evolução e agravamento progressivo. Sem episódios anteriores de dor abdominal, alterações do trânsito intestinal ou referência a perdas hemáticas. Mencionava aparecimento recente de tumoração abdominal. Ao exame objectivo, de relevante, apresentava dor abdominal nos quadrantes inferiores com defesa e massa visível e palpável na FID, com francos sinais inflamatórios. O estudo analítico evidenciava leucocitose com neutrofilia (12 G/L; 82% neutrófilos) e elevação da PCR (>90 mg/dl). A ecografia abdominal identificou uma formação expansiva predominantemente sólida, com áreas menos ecogênicas, de contornos regulares e mal definidos com cerca de 9 x 7,8 cm, aparentemente na dependência de uma ansa intestinal, compatível com lesão abcedada, sem derrame peritoneal associado (Figuras 1 e 2).

Foi realizada laparotomia de urgência, por incisão mediana supra e infra-umbilical, que identificou formação tumoral justa - cecal com cerca de 10 cm,

invadindo a parede abdominal anterior, sigmóide, ansas ileais e parede posterior da bexiga, com grande componente inflamatório, peritonite purulenta localizada e áreas mucóides. A exploração da cavidade celômica não evidenciou alterações relevantes nomeadamente lesões hepáticas, adenomegalias intra-abdominais ou massas palpáveis parietais gástricas ou entéricas. Perante a aparente irressecabilidade foram efectuadas várias biópsias da lesão, abundante lavagem da cavidade peritoneal e drenagem da mesma. Foi submetido a antibioterapia endovenosa de largo espectro (Cefalosporina de 3ª geração + Metronidazol), tendo o pós-operatório decorrido sem complicações, com alta clínica ao oitavo dia.

O estudo anatomopatológico revelou numa das biópsias: "material constituído por fibrina, polimorfonucleares e muco abundante, no seio do qual se observa retalhos ou agrupamentos glandulares de células epiteliais com características de malignidade e compatível com adenocarcinoma gastro-intestinal (colorectal?)".

O paciente manteve antibioterapia oral (Ciprofloxacina + Metronidazol) durante 2 semanas realizando, em regime ambulatorio, o estudo endoscópico esôfago-gástro-duodenal e colonoscopia total, que não



Figura 3 - Massa visível da fossa ilíaca direita, com sinais inflamatórios. Aspecto pré-operatório.



Figura 4 - Aspecto intra-operatório da formação tumoral irressecável e a sua aderência à parede abdominal anterior.

demonstrou lesões orgânicas. Efectuou clister com duplo contraste que não evidenciou alterações relevantes, além de espasmocidade cólica. A Tomografia Computorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica não demonstrou lesões secundárias hepáticas ou pulmonares, revelando a nível pélvico, com início na região ileo-cecal, uma formação expansiva, heterogénea com componente líquido e sólido, 9,3 cm de maior eixo e extensão à parede abdominal anterior, com numerosos gânglios adjacentes, infracentimétricos. A formação encontrava-se adjacente à cúpula vesical com aparente plano de clivagem. Sem envolvimento vascular *major* ou hidronefrose. (Figuras 5 e 6).



Figura 5 - Formação expansiva, ileo-cecal, heterogénea com componente líquido e sólido, e 9,3 cm de maior eixo, com extensão à parede abdominal anterior.

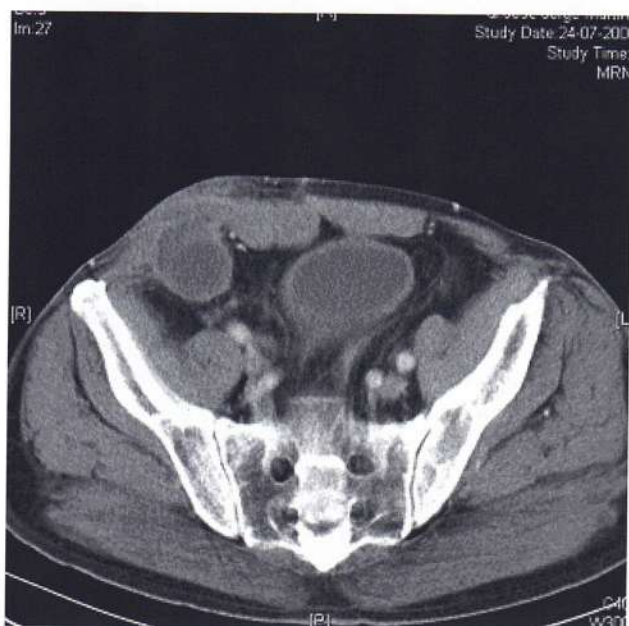
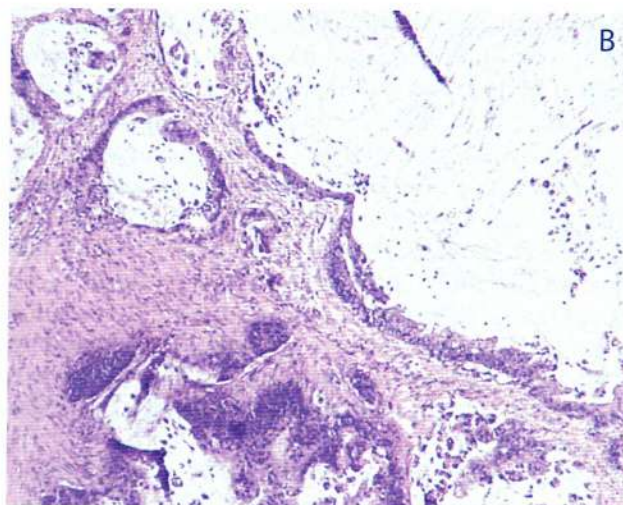
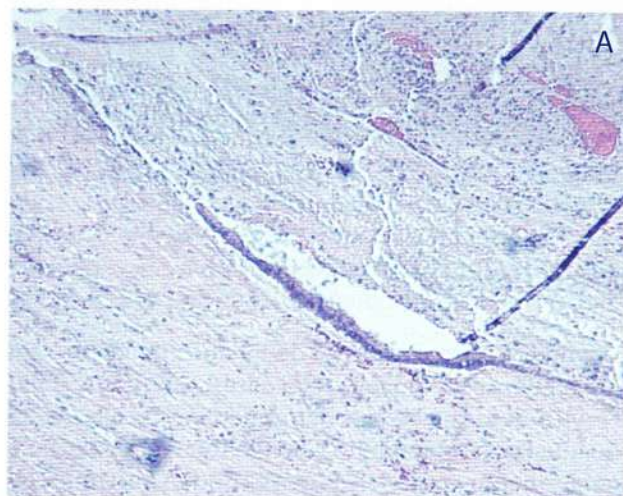


Figura 6 - Formação expansiva adjacente à cúpula vesical com aparente plano de clivagem, sem apresentar envolvimento vascular major ou hidronefrose.

O doseamento dos marcadores tumorais CEA, CA19.9, CA72.4 e α -feto-proteína (AFP) revelou valores elevados dos 2 primeiros (CEA - 11.4 ng/ml e CA19.9 - 268 U/ml) com os restantes dentro dos limites de normalidade. Orientado para a consulta de Oncologia Médica, foi proposta a realização de estudo imagiológico com TC, no sentido de avaliar a redução do componente inflamatório peri-lesional. A TC efectuada à sexta semana denotou uma redução acentuada do tamanho da neo-formação, sobretudo à custa do seu componente inflamatório. Realizou-se, à oitava semana, hemicolectomia direita e cistectomia parcial. Referenciou-se a parede antero-lateral direita, junto ao leito tumoral com clips metálicos. O pós-operatório foi complicado com AVC isquémico (cortico-subcortical, frontal esquerdo), ao segundo dia, e infecção da ferida operatória (E. Coli). Alta clínica ao 15º dia com boa recuperação neurológica, mantendo a fisioterapia em ambulatório.

O resultado anatomopatológico da peça operatória revelou adenocarcinoma mucinoso, apendicular, sem envolvimento mucoso cecal (Figuras 7A e 7B). Sem



Figuras 7 A e B - Estudo anatomopatológico - adenocarcinoma mucinoso, apendicular, sem envolvimento mucoso cecal.

metástases ganglionares. O tumor invadia o tecido adiposo adjacente, e a margem cirúrgica circunferencial com lesão, a esse nível. Estadiado como pT4pN0pMx, ressecção R1.

O paciente foi submetido a radio-quimioterapia adjuvante, que tem tolerado e à data da redacção, completou nove meses de catamnese, encontrando-se assintomático, sem alterações analíticas ou imagiológicas dignas de registo. Mantém vigilância regular na nossa consulta.

Discussão

O adenocarcinoma primário do apêndice cecal (ACPA) é uma entidade clínica rara, com uma incidência que varia entre 0,08 e 0,2%, de acordo com as séries publicadas mais representativas (1,3,6,13). A sua raridade determina que os principais aspectos referentes ao diagnóstico, opções terapêuticas e indicações para tratamentos adjuvantes, estejam ainda mal definidos. É provável que cada cirurgião não encontre mais que um caso durante a sua carreira. É então importante conhecer a história natural da doença e quais as melhores opções terapêuticas. Segundo a Classificação Internacional de Doenças Oncológicas, os tumores apendiculares classificam-se em 5 categorias: AC tipo cólico, AC tipo mucinoso, carcinoma de células em anel de sinete, adenocarcinóides e carcinóides (1). Numa série de McCusker et al, de 1.645 pacientes com tumores apendiculares malignos, o AC mucinoso foi o mais frequente dos 5 tipos histológicos (37%) (14). Quase todos os ACPA desenvolvem-se num adenoma pré-existente, a maioria num cistadenoma (cistadenocarcinoma), e os restantes em adenomas tubulares ou tubulo-vilosos do tipo cólico (adenocarcinomas), apresentando um pior prognóstico (6,15). Misdraji et al, a partir de um estudo clínico-patológico de 107 casos de ACPA na sua variante mucinosa, propuseram uma classificação em 2 subtipos, baseada nas características citológicas e arquiteturais: Neoplasia mucinosa de baixo grau e adenocarcinoma mucinoso. Esta distinção acusou valor prognóstico, desfavorável na variante de adenocarcinoma mucinoso (11).

A idade média de apresentação ronda os 60 anos com ligeiro predomínio no sexo masculino (1,2,15). A apresentação clínica na maioria dos casos é a de suspeita de apendicite aguda (55-70%), mas alguns pacientes demonstram massa abdominal (1,2,16). Pode apresentar-se de forma incomum, como massa pélvica com invasão vesical e queixas urinárias ou hidronefrose, metrorragias, melenas ou invaginação intestinal (10,12). As particularidades anatómicas do apêndice vermicular determinam algumas das manifestações clínicas. O diâmetro estreito do lúmen apendicular condiciona uma oclusão precoce do mesmo, e desen-

volvimento ulterior do processo inflamatório. O risco de rotura é elevado (46 % na série de Nitecki et al) e a ausência das camadas musculares longitudinal e circular, favorece não só a perfuração como também a disseminação loco-regional, precocemente (16,17). De facto, o ACPA é a neoplasia do tracto gastrointestinal que mais frequentemente se apresenta complicada de perfuração (17).

Numa perspectiva de enquadramento na discussão, o caso descrito é concordante com os dados epidemiológicos, relativos à distribuição por sexo e idade, da maioria das séries publicadas. O doente tinha um quadro de abdómen agudo, sob a forma de abscesso intra-abdominal, com extensão à parede abdominal anterior. Apesar de negar episódios algícos abdominais prévios, nem notar a massa abdominal, acreditamos que o processo tumoral apendicular, sofreu expansão e invasão dos tecidos peri-apendiculares, condicionando um processo inflamatório loco-regional, com sobre infecção ulterior. O crescimento progressivo e a exacerbação do processo infeccioso condicionaram as manifestações clínicas e laboratoriais apresentadas. Os sinais de Celsius, a leucocitose com desvio esquerdo da fórmula leucocitária e a elevação da PCR, são disso prova.

Relativamente ao procedimento cirúrgico preferencial nesta entidade, os estudos disponíveis não são peremptórios, mas uma tendência crescente aponta no sentido da extensão da cirurgia à hemicolectomia direita (1,6, 16,17). O ACPA do tipo cólico é mais invasivo, com envolvimento ganglionar em 40-45% dos pacientes. Assim, poucas dúvidas existem quanto à necessidade da hemicolectomia direita, neste subgrupo de doentes. Por outro lado, alguma controvérsia e debate existem quanto à indicação formal no subtipo mucinoso. Teoricamente não existe evidência quanto ao potencial de disseminação hematogénico ou linfático nesse subtipo histológico. Porém vários grupos de trabalho, incluindo o de Nitecki et al, demonstraram um incremento na sobrevida actuarial aos 5 anos, com significado estatístico, no grupo de doentes submetidos a hemicolectomia direita, quando comparados com os doentes apenas apendicetomizados (73% vs. 44%, $p < 0.01$, na série de Nitecki et al) (6,16). Assim, a maioria dos autores, entre eles Hananel et al, advogam a hemicolectomia direita como o tratamento de escolha para todo o tipo de ACPA, independentemente do subtipo histológico ou do grau de diferenciação tumoral (6,15,17). Quando realizada por via laparoscópica, a apendicectomia, parece apresentar uma taxa mais elevada de exérese inadequada, parecendo contudo não se associar a um pior prognóstico, quando comparada com a via clássica (12).

No caso descrito, a forma inicial de apresentação clínica impôs a laparotomia, que assumiu particular inte-

resse no diagnóstico. A aparente irressecabilidade da lesão resultou em muito, da exuberante reacção imuno-inflamatória, condicionando a infiltração tecidual loco-regional e obscurecendo, assim, os limites anatómicos de ressecção. O estudo complementar pós-operatório e a antibioterapia permitiram um esclarecimento do quadro clínico. Aceitamos que a redução da extensão do componente inflamatório/infeccioso do processo tumoral ("*downsizing*") tenha resultado da antibioterapia instituída, permitindo a hemicolectomia direita realizada de forma diferida.

A perfuração do ACPA é um factor prognóstico controverso. Por um lado a perfuração conduz a um diagnóstico e intervenção mais precoces, mas favorece obviamente a disseminação tumoral intra-celómica (13,16). No ACPA na variedade mucinosa a agressividade biológica é menor, e o prognóstico vital não é desfavorável, quando comparado com as lesões expansivas não perfuradas. Nitecki et al não demonstraram uma diferença com significado estatístico quando compararam os 2 grupos neste subtipo histológico ($p=0.27$). O mesmo aconteceu na variante cólica do ACPA ($p=0.14$), pelo que, em concordância com variados autores, a perfuração de um ACPA não modifica necessariamente o prognóstico vital a longo prazo (2,5,16).

Após o diagnóstico de um ACPA é necessário a pesquisa de neoplasia síncrona associada, iniciando uma catamnese regular com o intuito de identificar precocemente uma recorrência da doença e/ou o aparecimento de lesões metácrônicas. Vários autores referem alta incidência de neoplasias sincrônicas ou metácrônicas (até 35% dos casos) (1,5,16). Esta incidência é muito superior à encontrada no cancro colo-rectal. Uma exploração intra-operatória acurada, uma colonoscopia total pré-operatória ou no período pós-operatório precoce, e uma TC abdominal permitem despistar a sua existência. No caso apresentado, no período de estudo complementar para esclarecimento do quadro clínico foi possível a realização de todos esses exames, não se tendo encontrado lesões síncronas associadas.

Actualmente o tratamento predominante no ACPA é cirúrgico. Assim a indicação para terapêutica adjuvante, com recurso à quimioterapia e/ou radioterapia é ainda controverso. Didolkar et al concluíram, no final da década de 80, que a utilização da radioterapia e quimioterapia, quando existe doença metastática ou irressecável, não condiciona um aumento significativamente estatístico da sobrevida, nem regressão tumoral (18). Dez anos mais tarde, Proulx et al publicaram um estudo com 23 doentes visando caracterizar os padrões de falência do tratamento cirúrgico isolado, e estabelecer as vantagens potenciais da terapêutica adjuvante. A radioterapia pós-operatória demonstrou benefício no controlo da recidiva local da doença local-

mente avançada e, na sobrevida global (19). A maioria dos autores advoga o uso de quimioterapia adjuvante nas indicações do cancro do cólon (envolvimento ganglionar), ou com carácter paliativo, nomeadamente na doença metastática, recidivada ou localmente avançada (1,20,21). No caso descrito, optou-se pela terapêutica adjuvante sob a forma combinada de radio-quimioterapia, em face da presença de doença residual microscópica na parede abdominal anterolateral, do estágio II (pT4pN0pMx) da UICC e da perfuração tumoral demonstrada. Ainda que não consensual, pareceu ao grupo multidisciplinar a mais adequada, neste caso.

O prognóstico do adenocarcinoma primário de apêndice cecal depende, em grande medida, do grau de diferenciação e do estadiamento TNM/UICC (1, 6, 17,22,23). Neste caso o exame histológico identificou um ACPA mucinoso enquadrado na variante mucinosa de Misdraji. Não se verificou envolvimento ganglionar nem metastização à distância - Estádio II (TNM/UICC). Pacientes neste estágio e com ressecções tumorais completas (R0) têm sobrevida actuarial aos cinco anos, estimada entre 60 e 67% (6,16,21). Segundo Misdraji et al (2003) a sobrevida actuarial aos 3 e 5 anos da variante mucinosa, é de 90 e 44%, respectivamente.

Comentários Finais

A apresentação clínica de uma entidade rara, aliada à dificuldade de proceder a um diagnóstico definitivo pré-operatório, remeteu à laparotomia um carácter diagnóstico. A antibioterapia realizada permitiu a redução do componente inflamatório, conduzindo ao "*downsizing*" da formação expansiva. O tratamento definitivo deverá ser a hemicolectomia direita, se exequível, mesmo sob a forma de procedimento diferido. A terapêutica adjuvante é ainda controversa, devendo ser considerada individualmente.

Bibliografia

- 1-Hwa-Tzong Chen, Yen-Tsu M. Lee, Andy Shaw-Bin Chou, Yung-Kang Wu, Wun-Yaw Yin, Ming-Che Lee, and Yung-Hsiang Hsu. Primary appendiceal malignancy: a clinicopathologic study. Kaohsiung J Med Sci 2006; 22-12: 618-25.
- 2 - O Castel-Branco, M Fortunato, M Smit, HL Da Silva, L Costa, P Costa. Apendicite aguda como manifestação inaugural de neoplasia gástrica. J Port Gastrenterol 2006; 13: 186-90.
- 3 - Collins DC. 71,000 human appendix specimens: a final report, summarizing forty years' study. Am J

Proctol 1963; 14:265-81.

4 - Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,979 appendectomies. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41: 75-80.

5 - Cortina R, McCormick J, Kolm P, et al. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38:848-52.

6 - Hananel N, Powsner E, and Wolloch Y. Adenocarcinoma of the appendix : an unusual disease. *Eur J Surg* 1998; 164: 859-62.

7 - Deans GT, Spence RAJ. Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg* 1995; 82: 299-06.

8 - Gehrig PA, Boggess JF, Ollila DW, Groben PA, Van Le L. Appendix cancer mimicking ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12: 768-772.

9 - Berger A. Ein fall von Krebs des wurmfortsatzes. *Ber Klin Wochenschr* 1882; 19: 610.

10 - Rutledge RH, Alexander JW. Primary appendiceal malignancies: rare but important. *Surgery* 1992; 111: 244 - 50.

11 - Misraji J, Yantiss RK, Graeme-Cook FM, et al. Appendiceal Mucinous Neoplasms. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 1089 - 103.

12 - Bucher P, Mathe Z, Demirag A, Morel PH. Appendix tumors in the era of laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 2004; 18: 1063-66.

13 - Guilhome RW, Johnston DH, Clark J, Kyld J. Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix: report of a series of ten cases and review of the literature. *Br J Surg* 1984; 71: 553-55.

14 - McCusker ME, Cote TR, Clegg LX, et al. Primary malignant neoplasms of the appendix: a population-study from the surveillance, epidemiology and end-results program 1973-1998. *Cancer* 2002; 94 (12): 3307-12.

15 - Deans GT, Spence RA. Neoplastic lesions of the appendix. *Br J Surg* 1995; 82:299-06.

16 - Nitecki SS, Wolff BG, Schlinkert R, Sarr MG. The natural history of surgically treated primary adenocarcinoma of the appendix. *Annals of Surgery* 1994; 1:51-57.

17 - Lyss AP. Appendiceal malignancies. *Semin Oncol* 1988; 15: 129- 37.

18 - Didolkar M, Fanous N. Adenocarcinoma of the appendix: a clinicopathologic study. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 130-4.

19 - Proulx GM, Willett CG, Daley W, Shellito PC. Appendiceal carcinoma: patterns of failure following surgery and implications for adjuvant therapy. *J Surg Oncol* 1997; 66: 51-3.

20 - Moertel CG, Weiland LH, Nagorney DM, Dockerty MB. Carcinoid tumor of the appendix: Treatment and prognosis. *N Engl J Med*, 1987; 317: 1699-701.

21 - Mércio AAP, Weindorfer M, Weber AL, Mano AC. Neoplasias malignas primárias do apêndice ileocecal. *Medicina, Ribeirão Preto*, 1999; 32: 193-8.

22 - Tripodi J, Perlmetter S, Rudansky S, Kim DK, Burakoff R. Primary adenocarcinoma of the appendix: an unusual presentation. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 661-2.

23 - Wolff M & Amedh N. Epithelial neoplasms of the vermiform appendix (exclusive of carcinoid). *Cancer* 1976; 37: 2493-510.

Instantâneo Endoscópico
Endoscopic Image

A. M. VIEIRA
A. L. ALVES
J. MANGUALDE
E. GAMITO
A. P. OLIVEIRA

Serviço de Gastreenterologia
Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital
de São Bernardo, E.P.E., Setúbal

ESTENOSE BENIGNA DO RECTO

Doente do sexo feminino, 65 anos, com antecedentes pessoais de patologia osteoarticular degenerativa, regularmente medicada com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), sob a forma de supositórios e comprimidos, enviada à consulta de Gastreenterologia por queixas de obstipação e diminuição do calibre das fezes de agravamento progressivo. Realizou fibrossigmoidoscopia que revelou estenose inultrapassável e regular do recto, a 5 cm da margem anal, com mucosa circundante de aspecto fibrótico e pseudodiverticular (Figura 1). As biopsias mostraram aspectos de ulceração com tecido de granulação, sem especificidade etiológica. A pesquisa de microorganismos nas biopsias foi negativa.

Colocou-se como hipótese mais provável o diagnóstico de proctite a AINEs com estenose rectal.

Procedeu-se à dilatação com balões TTS, verificando-se a passagem do colonoscópio sem dificuldade e a melhoria significativa da sintomatologia (Figuras 2 e 3).

A estenose benigna do recto deve-se, na maioria dos casos, a causas iatrogénicas.

As complicações dos AINEs podem atingir qualquer segmento do tubo digestivo. O seu uso sob a forma de supositórios pode complicar-se de proctite e estenose rectal. A frequência exacta destas complicações permanece por determinar mas o tratamento prolongado em idosos incrementa o risco deste grupo de fármacos.

Os autores apresentam este caso pelo interesse iconográfico que o caracteriza.



Figura 1

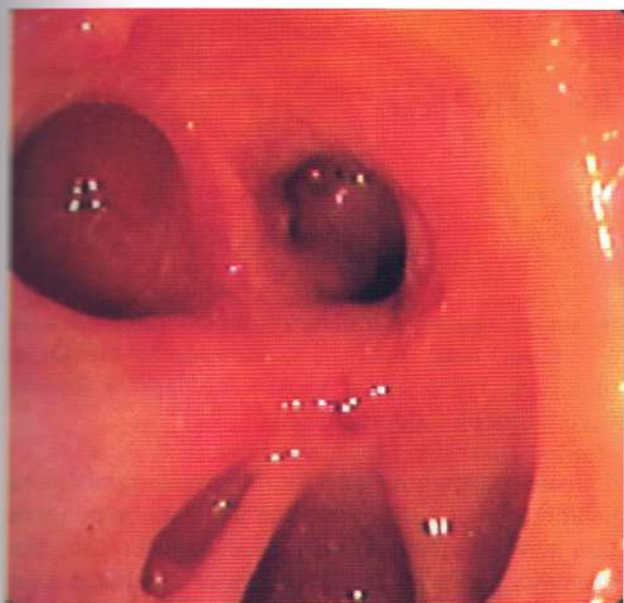


Figura 2

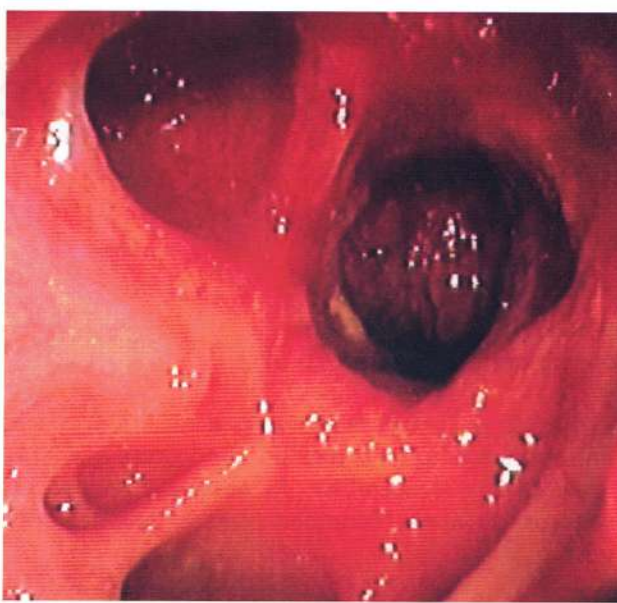


Figura 3



OBSERVATÓRIO DA INTERNET

www.spcoloprocto.org

o novo portal da Internet da SPCP

O "site" da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia foi recentemente renovado. Contando com a colaboração da casa Janssen-Cilag, foi possível o recurso aos serviços da firma "fiomental" para o seu design e gestão.

No "site" será possível consultar os estatutos da SPCP,

ter acesso a ligações com outras sociedades dedicadas à Coloproctologia, uma agenda dos eventos científicos mais importantes e o acesso "on line" à Revista Portuguesa de Coloproctologia.

O desenvolvimento deste "site" depende também da colaboração dos Sócios da SPCP. Deste modo pedimos que enviem qualquer dúvida e contribuição (por exemplo, a divulgação de reuniões científicas com interesse) para o endereço **info@spcoloprocto.org**



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Portuguesa de Coloproctologia publica Artigos Originais, Artigos de Revisão, Estados da Arte, Casos Clínicos e Instantâneos Imagiológicos sobre todos os temas médicos e cirúrgicos da Coloproctologia. Os manuscritos submetidos para publicação devem ser preparados de acordo com os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - fifth edition 1997" elaborados pelo "International Committee of Medical Journal Editors". Os artigos aceites para publicação passarão a ser propriedade da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização do Corpo Editorial da Revista. A aceitação dos originais enviados para publicação será feita após apreciação por membros do Conselho Científico cujos pareceres serão sempre comunicados aos autores; estes disporão de um período de seis semanas para efectuar as eventuais modificações propostas.

Os manuscritos recebidos que não estejam de acordo com as normas definidas serão devolvidos aos autores sem serem apreciados pelo Conselho Científico.

Normas Gerais

Os originais, em Português ou Inglês, devem ser enviados, acompanhados da declaração de originalidade e da cedência dos direitos de propriedade, em suporte electrónico (disquete ou CD) e acompanhados de 3 cópias impressas para: Revista Portuguesa de Coloproctologia - R. Diogo de Silves, 4B - 1400-107 Lisboa.

Devem ser preparados, segundo a seguinte ordem, iniciando-se cada item numa página separada: 1. Página do título 2. Resumo 3. Introdução 4. Material e Métodos, 5. Resultados, 6. Discussão, 7. Bibliografia, 8. Legendas, 9. Figuras, 10. Quadros.

Todas as páginas devem ser numeradas no canto superior direito. A numeração das referências bibliográficas, tabelas e quadros deve ser feita pela ordem de aparecimento no texto.

1. Página do Título

Deve conter:

1. Título - Deve ser conciso, não conter abreviaturas e não ultrapassar os 120 caracteres. Poderá englobar um subtítulo com um máximo de 45 caracteres.
2. Autores - A identificação dos autores deve ser feita com a(s) inicial(is) do(s) primeiro(s) nome(s) e com o apelido.

Deverá ser feita a identificação completa do serviço, departamento ou instituição onde o trabalho foi realizado.

3. Patrocínios - Deverão ser referidas todas as entidades que patrocinaram o trabalho.

4. Correspondência - Referir o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor a quem deve ser enviada a correspondência.

2. Resumo

Os resumos são redigidos em Português e Inglês, não devendo ultrapassar as 200 palavras no caso de trabalhos originais e as 120 se se tratar de caso clínico. Devem ser organizados segundo os seguintes itens: Introdução, Objectivos, Material e Métodos, Resultados e Conclusões. Não devem conter abreviações, referências ou notas em rodapé.

3. Texto

Não deve ultrapassar as 12 páginas nos artigos originais e as 6 páginas nos casos clínicos. Deve incluir referência a aprovação da Comissão de Ética da Instituição e aos métodos estatísticos utilizados. Todos os fármacos devem ser referidos pelo seu nome genérico, sendo eventuais referências a nomes comerciais, acompanhadas do nome, cidade e país do fabricante, feitas em rodapé.

As abreviaturas, que são desaconselhadas, devem ser especificadas na sua primeira utilização. Os parâmetros utilizados devem ser expressos em Unidades Internacionais, com indicação dos valores normais. A identificação das figuras deverá ser feita em numeração árabe, e a dos quadros em numeração romana.

4. Bibliografia

Deve ser referenciada em numeração árabe, por ordem de aparecimento no texto.

Nos artigos originais ou de revisão não há limite pré-estabelecido de referências.

Nos casos clínicos não devem ultrapassar as 15. As referências de comunicações pessoais e de dados não publicados serão feitas directamente no texto, não sendo numeradas. Deverão ser feitas utilizando as abreviaturas do Index Medicus.

Revistas: relação de todos os autores se não ultrapassar os seis ou dos seis primeiros seguido de *et al*, título do artigo e identificação da revista (nome, ano, volume e páginas). Exemplo: Johnson CD, Ahlquist DA. Computed

tomography colonography (virtual colonoscopy): a new method for colorectal screening. *Gut* 1997; 112:24-8.

Livros: Nome(s) do(s) autor(es), título, cidade e nome da editora, ano de publicação e página. Exemplo: Sherlock S. *Diseases of the liver and biliary system*. 9th edition. London: Blackwell Scientific Publications; 1989. p. 145.

Artigos em livro: Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do artigo (ou capítulo); título ou número do artigo ou capítulo, nomes e iniciais dos editores, título do livro, cidade e nome da casa editora, número de edição, ano de publicação, primeira e última páginas do artigo. Exemplo: Hotz J, Goebell H. Epidemiology and pathogenesis of gastric carcinoma. In: Hotz J, Meyer H-J, Schmoll H-J, eds. *Gastric carcinoma. Classification, diagnosis and the-rapy*. 1st edition. New York: Springer-Verlag; 1989. p. 3-15.

5. Legendas

Devem ser dactilografadas a dois espaços em folhas separadas e numeradas em sequência. As legendas devem ser numeradas em algarismos árabes pela sequência da citação no texto, e fornecerem a informação suficiente para permitir a interpretação da figura sem necessidade de consulta do texto.

6. Figuras

Todas as figuras e fotografias devem ser enviadas em triplicado. A sua identificação será feita através do número

e do título da figura e das iniciais do primeiro autor escritos num autocolante colocado no verso, que deverá ainda conter sinalização clara da sua parte superior. As letras e símbolos que apareçam nas figuras não poderão ser manuscritas (utilizar de preferência símbolos/letras decalcadas), devendo ser legíveis após eventual diminuição das dimensões da figura. O número máximo de figuras e quadros será de 8 para os artigos originais e de 5 para os casos clínicos. As fotografias a cores devem ser enviadas impressas em papel; em alternativa, poderão ser enviadas em suporte electrónico, desde que digitalizadas em alta definição.

7. Quadros

Devem ser enviados em folhas separadas, dactilografados a 2 espaços, identificados com o número de aparecimento no texto (algarismos romanos) e com um título informativo na parte superior. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas (abreviaturas, significado estatístico, etc).

8. Revisão

As provas tipográficas serão revistas pelos autores. Será claramente especificado o prazo para devolução das provas revistas. O não cumprimento do prazo implica a aceitação pelos autores da revisão das provas efectuada pelos serviços da Revista.



XVII CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

O XVII Congresso Nacional de Coloproctologia, irá realizar-se em Lisboa, no Hotel Pestana Palace, nos dias 29 e 30 de Novembro de 2007.

No dia 29, está programado um Simpósio pré- congresso: Controvérsias Médico-Cirúrgicas na DII, organizado pelo GEDII (Grupo Estudos Doença Inflamatória Intestinal), com abordagem multidisciplinar de casos clínicos, discutidos por um painel de gastroenterologistas e cirurgiões. O Congresso terá início no mesmo dia, às 11h30m.

O programa do Congresso terá essencialmente uma forma monotemática, sendo abordados no dia 29, temas relacionados com a Doença Inflamatória Intestinal e no dia 30, temas relacionados com o Cancro Colo-rectal e do Ânus; haverá ainda uma conferência sobre "Stress e Intestino" e uma Mesa-redonda sobre "Endoscopia Colo-Rectal: Avanços". Contamos com a presença de 6 palestrantes estrangeiros.

Esperamos que o programa seja do agrado de todos os colegas e que o Congresso possa contribuir para consolidar o prestígio da Coloproctologia em Portugal.

O Presidente do Congresso
João Ramos de Deus



PROGRAMA DO XVII CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

Programa Provisório

Presidente de Honra: Henrique Bicha Castelo
Presidente do Congresso: João Ramos de Deus
Secretário: José Eduardo Mendonça Santos

Comissão Organizadora

Alfredo Martins Barata
Antonino Camacho
Irene Martins Figueiredo
João Malaquias P. Leitão
João Ricardo Teixeira
Manuel Tavares Magalhães
Manuel Liberato

Dia 29 de Novembro / 5ª Feira

08:00 Abertura do Secretariado

09:00 **Simpósio Pré-Congresso / GEDII**

Controvérsias Médico-Cirúrgicas na Doença Inflamatória Intestinal

09:00 **Doença de Crohn Íleon Terminal** (caso clínico),
Painel de discussão

09:30 **Doença de Crohn Abdominal Perfurante** (caso clínico)
Painel de discussão

10:00 **Doença de Crohn Perianal** (caso clínico)
Painel de discussão

10:30 **Colite Ulcerosa grave** (caso clínico)
Painel de discussão

11:00 Final do Simpósio / Intervalo

Dia 29 de Novembro / 5ª Feira

11:30 **Sessão de Abertura do Congresso**

12:00 **Mesa Redonda: Colite Ulcerosa:
As fronteiras da terapêutica médica - Estado da arte**
- O impacto da terapêutica biológica
- Cirurgia na era da terapêutica biológica

13:00 Almoço

14:30 **Conferência: O stress e o intestino**

15:00 Sessão comunicações livres

16:30 Intervalo

Visita à exposição de postéres

17:00 **Simpósio UCB
História natural da Doença de Crohn**

- Podemos prever a sua evolução?
O impacto da genética e dos marcadores serológicos
- Podemos alterar a sua evolução?
O impacto da terapêutica biológica

18:30 Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

20:30 Jantar do Congresso

Dia 30 de Novembro / 6ª Feira

09:00 **Painel: Cancro Colo-rectal: Inovações**

I) Cancro do Recto

- Estadiamento por imagem
- Cancro do Recto precoce: Excisão local ou cirurgia radical?
- Preservação esfíncteriana: qual o limite?

10:30 Intervalo

Visita à exposição de postéres

11:00 II) Cancro Colo-rectal avançado

- Terapêutica neoadjuvante: Sim, Não, Quando?
- Abordagem cirúrgica do tumor primário e metástases

12:30 Conferência: Carcinoma do Ânus - da Etiopatogenia à Terapêutica

13:00 Almoço

14:30 Mesa Redonda: Avanços em Endoscopia colo-rectal

- Lesões planas
- Lesões polipóides
- Lesões obstructivas

16:00 Sessão de Vídeos

16:45 Intervalo

17:15 Sessão Plenária de Postéres

14:30 Sessão de Encerramento
Conferência: Tratamento Cirúrgico do Cancro Colo-Rectal:
Abordagem Laparoscópica - Estado da Arte

Entrega de Prémios

Encerramento

Inscrições

Sócios S. P. Coloproctologia/Internos de Especialidade

Até 15/10/2007

150 Euros

Depois 15/10/2007

175 Euros

Não-Sócios

175 Euros

200 Euros

Informações e Inscrições

Secretariado

Eruditus,Lda

Rua Veiga Beirão, nº6-5º

2770-169 Paço de Arcos

Tel. +351 21 443 09 01

Fax. +351 21 442 91 98

Tlm.+351 91 802 78 77

+351 91 972 49 05

e-mail: sec.congressos@eruditus.pt

www.eruditus.pt



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA



AGENDA

7th INTERNATIONAL CONGRESS IN GASTRIC CANCER

9 a 12 de Maio de 2007

Local: WTC Hotel, São Paulo, Brasil

Para mais informações: www.7igcc.com

CURSO DE PATOLOGIA GASTROINTESTINAL - PATOLOGIA DO FÍGADO, PÂNCREAS E VIA BILIAR

11 a 12 de Maio de 2007

Local: Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Secretariado: Sede da SPG e SPED

Av. António José de Almeida, Nº5 F - 8º andar

1000-042 Lisboa

Tel.: 21 799 55 30

Fax: 21 799 55 38

E-mail: spg.spg@mail.telepac.pt

maria.jose.spg@mail.telepac.pt

DDW - DIGESTIVE DISEASE WEEK 2007

19 a 24 de Maio de 2007

Local: Washington Convention Center, Washington DC
4930 Del Ray Avenue, Bethesda, MD 20814

Tel.: +1 301-272-0022

Fax: +1 301-654-3978

E-mail: ddwadmin@gastro.org

Web site: www.ddw.org/wmspage.cfm?parm1=296

XXVII CONGRESSO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA

6 a 9 de Junho de 2007

Local: Vilamoura

Tel.: +351 239 40 04 83 / +351 239 70 15 17

Fax: +351 239 70 15 17

E-mail: cng07@huc.min-saude.pt

18th ANNUAL MEETING AND POSTGRADUATE COURSE OF ESGAR 2007

12 a 15 de Junho de 2007

Local: Centro Cultural de Belém, Lisboa

Secretariado: Central ESGAR Office

Neutorgasse 9 / 6a, AT-1010 Vienna, Austria

Tel.: +43 1 535 89 27

Fax: +43 1 535 70 37

E-mail: office@esgar.org

Website: www.esgar.org

GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY EUROPEAN WORKSHOP

18 a 20 de Junho de 2007

Local: Brussels Exhibition Centre

Secretariado: Mrs. Nancy Beauprez (Course Coordinator)

Gastroenterology Department, Erasme Hospital,

Route de Lennik 808 - BE - 1070 Brussels

Tel.: +32 (0)2 555 49 00

Fax: +32 (0)2 555 49 01

E-mail: beauprez@ulb.ac.be

Website: www.live-endoscopy.com

7th INTERNATIONAL MEETING ON THERAPY IN LIVER DISEASES

12 a 14 de Setembro de 2007

Local: Hotel Princesa Sofia, Barcelona, Espanha

Secretariado: OASIS VIAJES

Contact: Mr. Luís Micieces

Sor Angela de la Cruz, 8 - 28020 Madrid (Spain)

Tel.: +34 91 555 11 19

Fax: +34 555 35 81

2007 INTERNATIONAL MEETING THE MOLECULAR BIOLOGY OF HEPATITIS B VIRUS

16 a 20 de Setembro de 2007

Local: Roma, Itália

Organização: Massimo Leviero

- University of Rome La Sapienza, Rome Italy

Phone: +39 06 49970892

Thomas I. Michalak - Memorial University, St. John's, NL, Canada

Phone: +1 709 7777301

Website: www.hbv2007.com

ACG 2007 - THE ACG ANNUAL SCIENTIFIC MEETING AND POSTGRADUATE COURSE

12 a 17 de Outubro de 2007

Local: Pennsylvania Convention Center, Philadelphia, PA

Para mais informações: www.acg.gi.org/acgmeetings/

15th EUROPEAN GASTROENTEROLOGY WEEK

27 a 31 de Outubro de 2007

Local: Le Palais des Congrès de Paris

Secretariado: United European Gastroenterology Federation (UEGF)

Contact: Mrs. Doris Möstl, Executive Director

Hollandstrasse 14/Mezzanine, 1020 Vienna, Austria

Tel: +43-1-212 36 91

Fax: +43-1-219 91 80-29

E-mail: uegf-secretariat@vereint.com

Website: www.uegw.org/UEGW_2007_Paris.jsp

**58ª REUNIÃO DA AMERICAN ASSOCIATION FOR THE
STUDY OF LIVER DISEASES**

2 a 6 de Novembro de 2007

Local: Boston

Website: www.aasld.org

XVII CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

29 a 30 de Novembro de 2007

Local: Hotel Pestana Palace, Lisboa

Organização: SPCP

Tel.: 913466153

Fax: 222012319

E-mail: info@spcoloprocto.org