

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

ANO III - VOL.3 - Nº 2

MAIO/AGOSTO 2006

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

Nº 2 . MAIO /JUNHO 2006

Editorial / Editorial	5
<i>António Carlos Saraiva</i>	
XVI Congresso Português de Coloproctologia	
Saudação	7
Comissão Organizadora e Júris	8
Programa	10
1ª Sessão de Comunicações Livres	17
2ª Sessão de Comunicações Livres	25
Sessão de Vídeos	33
Posterres	37
Observatório da Internet / Internet Observatory	51
Notícias / News	52
Normas de Publicação / Instructions to the Authors	55

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

CORPO EDITORIAL

DIRECTOR

António Carlos Saraiva

EDITOR

Miguel Mascarenhas Saraiva

EDITORES ADJUNTOS

Alexandre Duarte

António Banhudo

João Ramos de Deus

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 Tavarela 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

António Carlos Saraiva

Presidente Eleito

Antonino Gomes Camacho

Vice-Presidente

Júlio Leite

Secretário Geral

Miguel Mascarenhas Saraiva

Secretário Geral Adjunto

João Ramos de Deus

Tesoureiro

José Eduardo Mendonça Santos

Vogais

Alexandre Duarte

Alfredo Martins Barata

Anabela Rocha

António Banhudo

Irene Martins

João Carvalho

João José Pires Leitão

João Ricardo Teixeira

José Guilherme Tralhão

Manuela Ferreira

Pedro Correia Silva

Secretariado

Ana Azevedo

Rua Sá da Bandeira, 784 - 1º Dt.

4000-432 Porto

Tel: 22 339 0730

Fax: 22 339 0732



EDITORIAL

A. CARLOS SARAIVA

A ORGANIZAÇÃO / REORGANIZAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

A criação e estruturação de um Departamento / Serviço de Cirurgia é uma tarefa que necessita de tempo e demora anos. É vulgarmente aceite que para formar um Serviço são necessários cinco anos e para um Departamento dez. É uma tarefa difícil e exigente para cujas direcções são necessários especialistas assumidos na respectiva especialidade pois contêm em si mais experiência, traduzida em mais e melhores conhecimentos das várias realidades que compõem um Departamento / Serviço. Terão assim, mais facilidade em compreendê-las para em tempo útil, as poderem corrigir. Um Serviço com um enorme espaço físico, com muitos enfermeiros e médicos, com muitos internos e muitos alunos é, com certeza, um Serviço grande mas não é, necessariamente, um grande Serviço.

O seu Corpo Clínico tem de ser credenciado. Não é pelo simples facto de, por mera decisão administrativa, se limitar ou seja reduzir a actividade de um cirurgião a uma menor área que vamos dar credibilidade, quer ao cirurgião, quer ao Serviço, quer ao Hospital. Pior ainda será, também por decisão administrativa transferir-se, mudar-se a área de actividade do cirurgião, conforme as conveniências.

A sua gestão não poderá estar dependente de interesses pessoais. Tem de ser rigorosa e eficiente para não desbaratar recursos que são de todos e são cada vez mais escassos. Ela não se compadece com estereis divagações teóricas que apenas servem para poluir. Só os resultados darão credibilidade aos seus intervenientes. A sua avaliação é uma exigência. É uma questão de Cidadania. Tal como não devemos ensinar aquilo que não sabemos, também na Cirurgia, e aqui por maioria de razões, só devemos treinar os outros se nós próprios tivermos sido treinados e nos treinarmos em permanência.

Todos reconhecemos que a prática da Cirurgia é muito aliciante, mas é difícil. Com a sua prática ou seja, com a experiência, aprendemos a ser exigentes com nós próprios e logo, com os outros. É que em cirurgia não se pode facilitar. Temos de estar permanentemente atentos até ao mais ínfimo pormenor. O que poderá parecer, para alguns menos experientes, um pequeno detalhe, pode vir a revelar-se e infelizmente à posteriori vital para o nosso semelhante que sofre e que em nós confiou. Aprendemos, portanto, a ser modestos e eficazes.

É vulgar ouvirmos dizer, face a insucessos "não tive (ou teve) sorte". Como dizia W. Churchill "A sorte é uma séria atenção aos detalhes". Em Cirurgia não tem de se fazer bem – tem de se fazer sempre bem. Tem de se procurar ser perfeccionista. É uma questão ética.

"In these confusing times of Medicine, I would like to again stress the importance of Duty, Responsibility and Honesty. I feel Proud to be a Surgeon".

L.M.F. Wong, M.D. - 2004



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

Benvindos ao Porto...

Coube este ano aos elementos dos Corpos Sociais do Norte da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia a organização do Congresso Nacional, que tradicionalmente ocorre no Outono, desde há 16 anos, este ano sob a Presidência de Honra do Professor Tavela Veloso, anterior presidente desta Sociedade.

Preocupou-se a Comissão organizadora em preservar espaço e tempo para a apresentação de comunicações livres (sob a forma oral, em poster ou em vídeo) e em escolher um programa científico que respeite interesses comuns aos gastroenterologistas e cirurgiões dedicados à Coloproctologia.

A primeira sessão é dedicada às doenças vasculares do intestino e pretende uma abordagem centrada na clínica, envolvendo a sua fisiopatologia, o seu diagnóstico e o tratamento por meios não cirúrgicos até à cirurgia.

Como habitualmente, seguem-se duas sessões dedicadas à doença inflamatória intestinal. Na primeira mesa-redonda, consideram-se importantes itens que actualmente são ainda ponto de controvérsia. Assim, levantar-se-á a questão Quando é necessário? para assuntos "quentes", como a actual disponibilidade de explorar endoscopicamente a totalidade do intestino delgado, a necessidade e periodicidade da vigilância colonoscópica, as indicações e resultados das terapias biológicas e aspectos relacionados com duas das principais indicações do tratamento cirúrgico nestas afecções: a colite aguda e a doença de Crohn estenosante. Contaremos depois com a presença do Prof. Cláudio Focchi, da Cleveland Clinic, que abordará o "ABC dos mecanismos de acção das terapias biológicas nas doenças inflamatórias intestinais".

Na Sessão de abertura contaremos com a presença do Dr. Lopes Martins, gestor do grupo José Mello Saúde, que abordará problemas relacionados com a organização dos Serviços de Saúde no sector público e privado, aspectos que são particularmente importantes para a Coloproctologia. Será também efectuada a entrega do Prémio Altana 2006 da SPCP.

Decorrerão depois duas sessões de comunicações orais e em vídeo. Os trabalhos do dia acabarão com a Assembleia Geral da SPCP e as eleições dos seus Corpos sociais para o Biénio 2006-2008.

À noite, decorrerá o jantar do Congresso, na Fundação Cupertino de Miranda.

Na Quinta-Feira, véspera de Feriado, os trabalhos científicos decorrerão apenas durante a manhã.

A primeira sessão, sobre Controvérsias em Coloproctologia coincide com o lançamento do livro sobre o mesmo tema, editado pela Direcção da SPCP. Os autores de alguns dos capítulos deste livro, farão a sua apresentação e discussão. Para esta polémica Sessão, seleccionamos dos seguintes temas: o tratamento do pólipó maligno, o estadiamento do cancro do recto (RMN versus ecoendoscopia) e o sempre difícil tratamento da obstipação crónica refractária.

Segue uma sessão de comunicações livres, toda ela dedicada à patologia tumoral ano-recto-cólica.

Na sessão de encerramento, além da entrega dos prémios das comunicações, contaremos com uma Conferência do Professor Dinis de Freitas, que se antevê como um ponto alto deste Congresso.

Esperamos que este programa seja realmente útil e agradável aos Coloproctologistas Nacionais. Benvindos ao Porto...

XVI CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente de Honra

F. Tavarela Veloso

Presidente

António Carlos Saraiva

Secretário

Miguel Mascarenhas Saraiva

Comissão Organizadora

Anabela Rocha

F. Castro Poças

João Carvalho

Pedro Correia da Silva

Raquel Gonçalves

XVI CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

JÚRIS DOS PRÉMIOS

Prémio da Comunicação Oral

Presidentes

Venâncio Mendes

Carlos Santos

Vogais

César Gomes

Tércio Pinto

Herculano Moreira

Vitorino Garrido

Prémio do Vídeo

Presidentes

Cruz Pinho

Fernando Roque

Vogais

Ivone Amaral

Reinaldo Noronha

João Leitão

Francisco Monteiro

Prémio do Poster

Presidentes

Silva Ramos

Mesquita Rodrigues

Vogais

Adélia Rodrigues

Laura Carvalho

António Araújo Teixeira

Humberto Cristino

XVI CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

PROGRAMA

Quarta Feira - 29 de Novembro de 2006

8.00 h - Abertura do Secretariado

Entrega da documentação

9.00 h - Mesa Redonda: Doenças Vasculares do Intestino

Presidentes: José Manuel Romãozinho
Potel Lesquereux

Moderadores: João Pimentel
Vasconcelos Teixeira

Anatomia Vascular Intestinal - José Paulo Andrade

Diagnóstico Clínico - João Pinto de Sousa

Diagnóstico e Tratamento por Métodos Imagiológicos:

Radiologia - António Carlos Saraiva

Endoscopia - Armando Ribeiro

Tratamento Cirúrgico - João Gíria

Painel de Discussão:

Manuela Ferreira

José Cotter

Celso Silva

Rocha Pires

10.30 h - Intervalo

Visita à exposição de posteres

11.00 h - Mesa Redonda – Desafios Clínicos na Doença Inflamatória Intestinal – Quando é Necessário?

Presidentes: Amílcar Mascarenhas Saraiva
Carlos Alves Pereira

Moderadores: Tavarela Veloso
F Castro e Sousa

Endoscopia do Intestino Delgado - Miguel Mascarenhas Saraiva

Vigilância Colonoscópica - João Ramos de Deus

Tratamento Biológico - Amadeu Corte Real Nunes

Cirurgia na Colite Aguda - Júlio Leite
Cirurgia na Doença de Crohn Estenosante - A Carlos Saraiva

Painel de discussão:

Paula Lago
Pedro Figueiredo
Guilherme Tralhão
Ramos Dias

12.30 h - Sessão de Abertura
Entrega do Prémio Altana

Conferência: Dr. Lopes Martins

13.00 h - Intervalo
Almoço

**14.30 h - Conferência: O ABC dos Mecanismos de Acção
das Terapias Biológicas nas Doenças Inflamatórias Intestinais**

Presidentes: Carlos Sofia
Fernando José Oliveira

Conferencista: Cláudio Fiocchi

15.00 h - 1ª Sessão de Comunicações Livres

Presidentes: J Castel Branco Silveira
Veiga Fernandes

Comentadores: José Alexandre Sarmiento
João Carvalho
Ana Maria Branco
Elisabete Barbosa

1. CIRURGIA COLO-RECTAL POR LAPAROSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE 194 DOENTES

Anabela Rocha, Marisa Santos, Ana Azevedo, Mário Marcos

**2. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA/BAIXA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA (UCIGE)**

S. Mendes, J.M. Romãozinho, M. Ferreira, P. Amaro, M.C. Leitão

3. MORBILIDADE DO ENCERRAMENTO DE ILEOSTOMIAS DE DERIVAÇÃO

F.Manata, E.Almeida, A.Mota, A.Duarte, J.Pimentel e F.José Oliveira

4. EXPERIÊNCIA INICIAL NA COLECTOMIA "ASSISTIDA POR MÃO"

Marisa Santos, Donzília Silva, Mário Marcos, Carlos Nogueira

5. QUAL A NATUREZA E FREQUÊNCIA DA COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DA COLONOSCOPIA?

N Almeida, S Alves, S Lopes, F Portela, D Gomes, C Gregório, H Gouveia, MC Leitão

6. CARCINÓIDES COLO-RECTAIS COM FORMA POLIPÓIDE – QUE REALIDADE?

N Almeida, S Alves, S Lopes, F Portela, D Gomes, C Gregório, H Gouveia, MC Leitão

7. MEGACÓLON TÓXICO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

S. Lopes, F. Portela, M. Ferreira, P. Andrade, J.M. Romãozinho, C. Sofia, M.C. Leitão

8. DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANS-ANAL – EXPERIÊNCIA PRELIMINAR

C. Costa Almeida, Luís Carvalho, Luís Reis, José Luís Pires, Bruno Henriques, C.E. Costa Almeida

9. ABCESSOS ANO-RECTAIS. ESTUDO RETROSPECTIVO

Florinda Cardoso, Serafim Garrido

10. TRATAMENTO AMBULATÓRIO DE FÍSTULAS ANORECTAIS

F. Stricker

16.30 h - Intervalo

Visita à exposição de posteres

17.00 h - Sessão de Vídeos

Presidentes: Costa Santos
Carlos Costa Almeida

Comentadores: Luís Malheiro
Luís Alberto
Marisa Santos
José Soares

1. OPERAÇÃO DE ALTEMEYER

Américo Dias Pereira, Rosa Sousa, Rui Ferreira de Almeida, Mário Nora

2. RESSECÇÃO ANTERIOR DO RECTO BAIXA POR LAPAROSCOPIA COM REMOÇÃO DO ESPECIMEN E ANASTOMOSE EFECTUADOS TRANS-ANALMENTE

Américo Dias Pereira, Pedro Rodrigues, Mário Nora

3. EXÉRESE DE QUISTO DO "HINDGUT" POR LAPAROSCOPIA

Américo Dias Pereira, Pedro Rodrigues, Mário Nora

4. DOENÇA DE CROHN PERIANAL SEVERA: RETALHO DE DESLIZAMENTO CIRCUNFERENCIAL

Júlio S. Leite, Licínia Martins, Rui Moreira, Marco Seródio, Valentina Almeida

5. FÍSTULA RECTO-VAGINAL ASSOCIANDO INCONTINÊNCIA FECAL: RETALHO DE DESLIZAMENTO RECTAL, ESFINCTERORRAFIA E PLASTIA DO ELEVADOR DO ÂNUS

Júlio S. Leite, Mónica Martins, Ivan Portela, M. Fátima Costa

**6. PROLAPSO RECTAL COMPLETO: RECTOPEXIA COM SUSPENSÃO VENTRAL
POR LAPAROSCOPIA (TÉCNICA DE D'HOORE)**

Francisco Castro Sousa, Júlio Leite, J. Guilherme Tralhão, Paula Moura, Emília Mártires

**7. CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DO CÓLON E RECTO. UMA VIA DE ABORDAGEM DIFERENTE,
COM OS MESMOS PRINCÍPIOS**

J. Pires Leitão, J. Girão, H. Matos, A. Tejerina, H. Bicha Castelo

18.15 h - Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

20.00 h - Jantar do Congresso

Quinta Feira - 30 de Novembro de 2006

9.00 h - Mesa Redonda: Controvérsias em Coloproctologia

Presidentes: Jorge Areias
Bicha Castelo

Moderadores: Pires Leitão
Anabela Rocha
Ricardo Teixeira
António Banhudo

Tratamento do Pólipo Maligno:

Tratamento médico: Irene Martins
Tratamento cirúrgico: Alexandre Duarte

Estadiamento do Cancro do Recto:

Ecoendoscopia - F Castro Poças
RMN - Luís Semedo

Obstipação Severa Refractária:

Tratamento médico: Mendonça Santos
Tratamento cirúrgico: Pedro Correia da Silva

Discussão

10.30 h - Intervalo
Visita a exposição de posterres

11.00 h - 2ª Sessão de Comunicações Livres

Presidentes: José Fraga
Paulo Costa

Comentadores: Cidalina Caetano
Raquel Gonçalves
Américo Dias Pereira
Martins Barata

**11. NEOPLASIA MALIGNA AVANÇADA DO CANAL ANAL
– DESCRIÇÃO DE UMA SÉRIE DE SEIS CASOS**

G. Ramos, J. Ramos

**12. SÍNDROME DE LYNCH. ESTRATÉGIA DE ESTUDO NUMA
CONSULTA DE CIRURGIA GERAL**

A. Magalhães, M. Baptista, S. Domingues, M. Pinheiro, C. Pinto, I. Veiga, L. Cimes, G. Isidro, G. Boavida, S. Castedo, .Teixeira, J. Pinto de Sousa, M. Cardoso Oliveira

**13. POLIPOSE ASSOCIADA A MUTAÇÕES NO GENE MYH:
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM 15 PACIENTES**

Júlio S. Leite, Pedro Amaro, Odete Albuquerque, Margarida Martins, Clotilde Lérias, Ana T. A. Santos, Fernando Regateiro, J. Manuel Romãozinho, Maximino C. Leitão, F. Castro-Sousa

**14. CARCINOMA COLORRECTAL - UMA ANÁLISE BASEADA
NA LOCALIZAÇÃO DOS TUMORES**

E Barbosa, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira

**15. AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO SIGNIFICADO BIOLÓGICO
DA MARGEM RADIAL NO CARCINOMA COLORRECTAL**

J Pinto de Sousa, E Barbosa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira

**16. A RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GÂNGLIOS INVADIDOS E O DE GÂNGLIOS
ESTUDADOS NO CARCINOMA COLORRECTAL**

E Barbosa, H Moreira, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira

17. RESSECÇÃO R0 NO CARCINOMA COLORRECTAL: ANÁLISE UNIVARIADA E MULTIVARIADA

E Barbosa, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira

18. FACTORES DE PROGNÓSTICO NO CARCINOMA DO RECTO

J. Pires Leitão, H. Matos, J. Girão, A. Tejerina, A. Rocha, C. Miranda, L. Leda, H. Bicha Castelo

**19. LONG-TERM FUNCTIONAL RESULTS AFTER TRANSVERSE COLOPLASTY POUCH OR
COLONIC-J POUCH FOR RECTAL CANCER - A COMPARATIVE STUDY**

J. Pimentel, A. Duarte, T. Lindo, C. Rosevinges

**20. VALOR PROGNÓSTICO DO ESTADIAMENTO TNM E DO GRAU DE REGRESSÃO TUMORAL
NO CARCINOMA DO RECTO SUBMETIDO A RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA**

Alexandre Monteiro, Júlio S. Leite, Mónica Martins, Margarida Martins, Joana Moreira, Mário Silva, Guilherme Tralhão, M. Fernanda Xavier-Cunha, F. Castro-Sousa

12.30 h - Sessão de Encerramento

Conferência

Presidentes: Antonino Camacho

Conferencista: Dinis de Freitas

Entrega de Prémios
Encerramento

POSTERES

1. HEPATECTOMIA EM 2 TEMPOS NO TRATAMENTO DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLO-RECTAL

Emile Mende, Henrique Ferrão, Emanuel Furtado, Isabel Cristina Ferrão, João Moura Pereira

2. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DE CAUSA POUCO FREQUENTE

R. Gradiz, C. Gregório, H. Gouveia, M.C. Leitão

3. VÓLVULO DO ÍLEON TERMINAL - CAUSA DE OCLUSÃO INTESTINAL EM CRIANÇA

Bela Pereira, Fernando Viveiros, João Miguel Cardoso, Lurdes Gandra, Vítor Santos, Nelson Pereira, Jorge Maciel

4. TRATAMENTO DO SINUS PILONIDAL – TÉCNICAS DE ENCERRAMENTO COM PLASTIA

B Ferreira, H Gameiro, M Macedo, S Alves, C Neves

5. COLITE ULCEROSA MODERADA E GRAVE: ESTUDO COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS TRATAMENTO MÉDICO VERSUS TRATAMENTO CIRÚRGICO

Júlio S. Leite, Francisco Portela, Sónia Nobre, Mónica Martins, Margarida Martins, F. Alte da Veiga, Pedro L. Ferreira, José M. Romãozinho, Maximino C. Leitão, F. Castro Sousa

6. PELVIC MRI IN THE PRE-OPERATIVE STAGING OF RECTAL CANCER

J Pimentel, A Duarte, N Rama, T Lindo, C Rosevinges, F Caseiro Alves, J Patrício

7. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FISSURA ANAL - 11 ANOS DE EXPERIÊNCIA

A. Bento, S. Nunes, H. Baptista, F. Martinho

8. COLITE ULCEROSA E DOENÇA PERI-ANAL: UM CASO DIFÍCIL

P. Peixoto, A. Sadio, P. Ministro, E. Cancelã, A. Castanheira, A. Silva, C. Casimiro, J. Leitão J, T. Carvalho, A. Caldas

9. ÚLCERA DO RECTO COMO COMPLICAÇÃO DE HEMORROIDOPEXIA DE LONGO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Folgado Alberto, A. Godinho, H. Garcia, E. Cruz, J. Ramos de Deus

10. PNEUMATOSIS INTESTINALIS – A PROPÓSITO DE UM QUADRO SUBOCLUSIVO

Emile Mende, Diogo Cabrita, Carlos Magalhães, Carlos Janelas

11. ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA: UMA ALTERNATIVA SEGURA NA TERAPÊUTICA DA FISSURA ANAL CRÓNICA.

Tejerina A, Malaquias J, Matos H, Girão J, Ferreira C, Martinho D, Leda L, Bicha Castelo H.

12. UM CASO DE PNEUMATOSIS COLI

S. Alves, S. Lopes, L. Tomé, H. Gouveia, M.C. Leitão

13. AVALIAÇÃO DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA – ESTUDO COMPARATIVO DE TRÊS TÉCNICAS

Gil Faria, Herculano Moreira, Humberto Cristino, Filipa Flor de Lima, Rui Lopes, A. Carlos Saraiva

14. PÓLIPO VERDADEIRAMENTE COMPLICADO

R Ramos, M Herrera, D Cruz, P Duarte, C Vicente, C Casteleiro Alves

15. A INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES NO CCR ESPORÁDICO E NO SÍND. DE LYNCH: PADRÃO CLÍNICO-PATOLÓGICO DISTINTO NAS DUAS ENTIDADES?

André Magalhães, Elisabete Barbosa, Manuela Baptista, J. Pinto de Sousa, Cardoso de Oliveira

16. TUMOR BENIGNO DO CÓLON – UM CASO CLÍNICO

P. Ferreira, T. Alves da Silva, A. André, C. Trindade, E. Paixão, J.P. Fontinha, M. Morales, G. Santos, L. Cortês, L. Mendonça

17. MUCOSECTOMIA BAIXA EM ADENOMA DO RECTO VOLUMOSO

R Gradiz, P Amaro, H Gouveia, MC Leitão

18. APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA COLO-RECTAL

R. Gradiz, L. Rito, A Teixeira, H Gouveia, M.C. Leitão

19. É NECESSÁRIO MARGEM DISTAL MAIOR QUE 1 CM NOS CARCINOMAS DO TERÇO INFERIOR DO RECTO?

A. Duarte, C. Uriarte, T. Lindo, F. Manata, J. Pimentel e F. J. Oliveira

20. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DO CARCINOMA COLORRECTAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE DUAS DÉCADAS CONSECUTIVAS

J Pinto de Sousa, E Barbosa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira

21. O SIGNIFICADO BIOLÓGICO DAS ALTERAÇÕES DO P53 NO CARCINOMA COLORRECTAL

E Barbosa, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira

22. RELAÇÃO DOS MARCADORES SEROLÓGICOS ASCA/P-ANCA COM O FENÓTIPO E PROGNÓSTICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

P. Peixoto, A. Sadio, P. Ministro, E. Cancela, A. Castanheira, A. Silva, A. Caldas

23. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO SÉCULO XXI – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

A. Sadio, P. Peixoto, P. Ministro, E. Cancela, A. Castanheira, A. Silva, A. Caldas

24. RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL AOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL: DADOS PRELIMINARES

M. Ferreira, S. Mendes, X. Jorge, R. Mesquita, Z. Romão, A. Vale, E. Panão, M.J. Campos

25 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – UMA OPÇÃO TÉCNICA

A. André, P Ferreira, S. Rufino, C. Trindade, E. Paixão, M. Morales, JP Fontinha, G. Santos, L. Cortez.

1ª Sessão de Comunicações Livres

Quarta-Feira - 29 de Novembro
15h



1. CIRURGIA COLO-RECTAL POR LAPAROSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE 194 DOENTES

Anabela Rocha, Marisa Santos, Ana Azevedo, Mário Marcos

Departamento de Cirurgia - Dr. Vítor Ribeiro

Serviço de Cirurgia 1 - Dr. Carlos Nogueira

Hospital Geral St. António, EPE, Porto

Introdução: A via laparoscópica tem-se tornado cada vez mais utilizada, e a nossa experiência na sua utilização em cirurgia colorectal iniciou-se em 1995.

Objetivos: Análise dos resultados da cirurgia por via laparoscópica, em 194 doentes operados e registados de forma prospectiva observacional.

Material e Métodos: 194 doentes com patologia coloproctológica foram operados por via laparoscópica assistida no nosso Serviço, de 1995 a Outubro de 2006. São referidas as patologias operadas, 102 das quais benignas (52,6%).

Resultados: A mortalidade e morbidade globais foram 0,5 % e 23 %, respectivamente. Em 21 doentes houve necessidade de conversão para via aberta (10,8 %). Dos 173 doentes operados por laparoscopia 25 % tiveram alta até ao 5º ao dia de pós-operatório, e 60 % até ao 6º dia.

Conclusões: Com a acumulação de experiência têm-se podido ampliar tanto as indicações para esta abordagem com melhores resultados, como também a equipe de trabalho.

2. HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA/BAIXA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA (UCIGE)

S. Mendes, J.M. Romãozinho, M. Ferreira, P. Amaro, M.C. Leitão

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais de Universidade de Coimbra

Por Hemorragia Digestiva Média/Baixa (HDMB) entende-se a hemorragia para o lúmen do tubo digestivo com local de origem situado a jusante da papila de Vater.

Objetivos: Análise dos casos de HDMB admitidos numa UCIGE num período de 14 anos e 8 meses (Fev. 92 a Set. 06).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo incidindo sobre 72 casos (54 homens e 18 mulheres), internados na UCIGE por HDMB. Métodos de diagnóstico utilizados: clínica, colonoscopia, cintigrafia, arteriografia, vídeo-cápsula endoscópica (VCE), enteroscopia de duplo balão (EDB) e laparotomia. Critérios de HDMB severa: tensão arterial sistólica inferior a 90 mmHg e/ou o hematócrito inferior a 30%.

Resultados: Frequência Global: 2% dos internamentos. Média de Internamentos: até 2003:4/ano; pós 2003:9/ano. Idade média: 67.6±16,3 anos; idades extremas: 15 e 95 anos. Ratio HDMB/hemorragia digestiva alta: 1/31. Forma de apresentação: rectorragias: 30,5%; hematoquésias: 62,5%; hematoquésias e meLENAS: 6,9%. Início intra-hospitalar: 18 (25%). HDMB severa: 52 (72,2%). Topografia lesional: colo-rectal: 50 (69,4%); íleo-cólica 9 (12,5%); íleo-jejunal 7 (9,7%); jejuno-íleo-cólica 1 (1,4%); jejunal 1 (1,4%); desconhecida 4 (5,6%). Etiologia: Dça Diverticular: 20 (27,8%); Colite Ulcerosa: 7 (9,7%); Angiodisplasias: 6 (8,3%); Pós-Polipectomia: 5 (6,9%); Enfarte mesentérico: 3 (4,2%); Colite isquémica: 3 (4,2%); Dieulafoy do recto: 3 (4,2%); Dça Crohn: 2 (2,8%); Úlcera solitária do recto: 2 (2,8%); Varizes íleo-cólicas: 2 (2,8%); Neoplasia do cólon: 2 (2,8%); GIST do delgado: 2 (2,8%). Vasculite sistémica: 1 (1,4%); Pólipo juvenil. 1 (1,4%); Tuberculose intestinal: 1 (1,4%); Fistula aorto-cólica: 1 (1,4%); Divertículo de Meckel: 1 (1,4%); Úlcera rectal traumática: 1 (1,4%); Úlcera estercoral: 1 (1,4%); Pós-mucosectomia do recto: 1 (1,4%); Jejuno-ileite erosiva por CMV: 1 (1,4%); Desconhecida: 6 (8,3%). Diagnóstico topográfico: Colonoscopia: 50 (69,4%); Laparotomia: 5 (6,9%); Arteriografia: 5 (6,9%); Cintigrafia: 3 (4,2%); VCE: 3 (4,2%); EDB: 2 (2,8%). Diagnóstico etiológico: Colonoscopia: 53 (73,6%); Laparotomia: 13 (18%). Terapêutica: Médica: 37 (51,4%); Cirúrgica 25 (34,7%); Endoscópica 10 (13,9%). Mortalidade: Global: 8 (11%); Cirúrgica: 4 (5,5%).

Conclusões: A HDMB é uma causa rara de admissão na UCIGE, embora nos últimos 3 anos se tenha assistido a uma duplicação no número de internamentos, orçando a idade média de apresentação os 67 anos. Mais de 80% das lesões sangrantes interessavam o intestino grosso. A Dça Diverticular e a Colite Ulcerosa

foram as afecções mais vezes incriminadas. A endoscopia permitiu o diagnóstico topográfico e etiológico em cerca de _ dos casos. A HDMB associou-se a uma taxa de mortalidade significativa (11%).

3. MORBILIDADE DO ENCERRAMENTO DE ILEOSTOMIAS DE DERIVAÇÃO

E. Manata, E. Almeida, A. Mota, A. Duarte, J. Pimentel e F. José Oliveira

Serviço de Cirurgia I - Hospital da Universidade de Coimbra (Director: Prof. Doutor. Fernando José Oliveira)

Introdução: Uma ileostomia de derivação é, por vezes, construída, para proteger uma anastomose baixa ou uma anastomose de alto risco. Não previne o risco de deiscência anastomótica, mas reduz as complicações sépticas.

Objectivos: Avaliar a morbidade do encerramento das ileostomias de derivação.

Métodos: Os processos clínicos de 38 pacientes, 26 homens (68.5%) e 12 mulheres (31.5%) com ileostomias de derivação, operados entre Dezembro de 1999 e Janeiro de 2006, foram analisados retrospectivamente. A idade média foi de 58 anos (14-80). A morbidade e a mortalidade foram registadas até aos 30 dias.

Resultados: As ileostomias de derivação, usando anastomose manual, foram encerradas depois de uma média de 25 semanas (10-48). Oito pacientes desenvolveram complicações "minor" após encerramento da ileostomia: três infecções da ferida operatória (7.9%), três sub-oclusões intestinais de delgado (7.9%), uma hipertermia não explicada (2.6%) e um seroma da ferida operatória (2.6%) que foram resolvidas medicamente. Não houve mortalidade operatória.

Conclusões: A morbidade do encerramento das ileostomias de derivação está de acordo com o publicado na literatura. O intervalo de tempo entre a construção da ileostomia de derivação e o seu encerramento foi superior ao previamente planeado.

4. EXPERIÊNCIA INICIAL NA COLECTOMIA "ASSISTIDA POR MÃO"

Marisa Santos, Donzília Silva, Mário Marcos, Carlos Nogueira

Serviço de Cirurgia I - Departamento de Cirurgia. Hospital Geral de Santo António

Introdução: A utilização da laparoscopia assistida por mão na cirurgia colo-rectal pode constituir uma mais valia, adicionando algumas das vantagens da cirurgia convencional às da laparoscopia. É nosso objectivo analisar os resultados iniciais obtidos na cirurgia colo-rectal utilizando esta abordagem.

Métodos: De 01 de Outubro de 2003 a 15 de Outubro de 2006 procedeu-se ao registo prospectivo de uma série de doentes submetidos a cirurgia cólica laparoscópica assistida por mão, de uma forma consecutiva.

Resultados: 23 doentes foram submetidos a cirurgia laparoscópica do cólon assistida por mão: 11 mulheres e 12 homens com uma média de idades de 44,4 anos (de 17 a 73).

As indicações para cirurgia foram Polipose adenomatosa familiar (13), cancro cólico (5), tumores do estroma cólico (2) doença de Crohn (2) e inércia cólica (1). Foram operados 2 doentes obesos (IMC 31 e 34 kg/m²) e um doente com obesidade mórbida (IMC de 39 Kg/m²). Quatro dos doentes tinham antecedentes de cirurgia abdominal.

Foram realizadas 16 colectomias totais, 2 colectomias direitas, 2 ressecções ileo-cecais, 1 colectomia do transversa, 1 colectomia esquerda e 1 totalização de colectomia.

Nesta série o tempo médio da cirurgia foi de 220 minutos (de 110 a 390). Para a realização das cirurgias foram utilizados 2 trocartes de 10 mm e uma incisão média de 6,5 cm para a introdução do dispositivo da mão. Nestas 23 cirurgias não houve lugar a conversões. O restabelecimento do trânsito e a retoma da ingestão oral de alimentos ocorreram em média aos 2,3 e 2,5 dias de pós-operatório. A estadia média de internamento foi de 5,5 dias (de 3 a 12). Ocorreram complicações pós-operatórias em 3 doentes (13%): 2 ileos paráliticos e 1 abscesso pélvico resolvidos por medidas conservadoras e por drenagem percutânea e antibioticoterapia, respectivamente. Não houve mortalidade.

Conclusão: A colectomia por via laparoscópica assistida por mão mantém os benefícios da cirurgia assistida por laparoscopia e pode ter vantagens nas cirurgias colo-rectais de maior grau de dificuldade - pela maior extensão ou complexidade do procedimento e/ou por condicionantes físicas do próprio doente.

5. QUAL A NATUREZA E FREQUÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS DA COLONOSCOPIA?

N Almeida, S Alves, S Lopes, F Portela, D Gomes, C Gregório, H Gouveia, MC Leitão

Serviço de Gastrenterologia dos HUC

Introdução: A colonoscopia assume uma importância fundamental na avaliação dos doentes com patologia do foro gastro-intestinal, com um número crescente de exames a serem solicitados todos os anos. As suas complicações não são desprezíveis mas estão frequentemente associadas a procedimentos invasivos como as polipectomias e as dilatações.

Objectivos: Avaliar a frequência das complicações imediatas da colonoscopia registadas nos respectivos relatórios.

Material e Métodos: Revisão dos relatórios dos exames endoscópicos baixos realizados durante 1 ano com identificação de potenciais complicações imediatas. Definiram-se como complicações imediatas aquelas que foram detectadas no decurso do próprio exame.

Resultados: Em 2327 exames foram identificadas durante o próprio exame 17 casos (0,7% dos exames endoscópicos baixos; 2% das polipectomias/mucosectomias) de complicações imediatas em igual número de doentes (13 do sexo masculino; média etária de 64,4 anos). Destes só um resultou de traumatismo directo do colonoscópio com perfuração de um divertículo e os restantes consistiram em hemorragias pós-polipectomia (12), pós-mucosectomia (3) ou pós-biopsias (1). Todos os casos de hemorragia foram controlados com injeção de adrenalina, álcool absoluto e/ou aplicação de hemo-clips verificando-se recidiva tardia num doente. Só a doente com perfuração foi orientada para a cirurgia.

Conclusões: As complicações da colonoscopia são reduzidas e ocorrem numa percentagem diminuta de procedimentos; a realização de procedimentos interventivos aumenta substancialmente este risco.

6. CARCINÓIDES COLO-RECTAIS COM FORMA POLIPÓIDE – QUE REALIDADE?

N Almeida, S Alves, S Lopes, F Portela, D Gomes, C Gregório, H Gouveia, MC Leitão

Serviço de Gastrenterologia dos HUC

Introdução: Os carcinóides são os tumores endócrinos mais comuns do tubo digestivo estando preferencialmente localizados no intestino delgado seguindo-se o cólon, o apêndice e o recto.

Objectivos: Avaliar a frequência da ocorrência destes tumores como lesões polipóides colo-rectais.

Material e Métodos: Revisão dos relatórios dos exames endoscópicos baixos realizados durante 15 meses com identificação das polipectomias e respectivo estudo histológico.

Resultados: Em 2902 exames foram realizadas 1073 polipectomias com estudo histológico disponível para 685 pólipos. Destes, 2 (0,29%) correspondiam a carcinóides, ambos localizados à submucosa (macroscopicamente foram identificados como pólipos e só histologicamente se estabeleceu a sua localização submucosa), com diâmetros de 5 e 7 mm e distando 18 e 12 cm da margem anal respectivamente. Tratavam-se de 2 doentes do sexo masculino, um com 52 anos e o outro com 73. Critérios de ressecção curativa em ambos os doentes, com tempo de follow-up mínimo de 2 anos.

Conclusões: Os carcinóides representam uma percentagem diminuta de lesões polipóides colo-rectais sendo o diagnóstico estabelecido após a respectiva excisão que assume forma de terapêutica definitiva.

7. MEGACÓLON TÓXICO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA

S. Lopes, F. Portela, M. Ferreira, P. Andrade, J.M. Romãozinho, C. Sofia, M.C. Leitão

Serviço de Gastroenterologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O megacólon tóxico (MT) é uma complicação conhecida e potencialmente fatal da doença inflamatória intestinal, especialmente da colite ulcerosa. Define-se como a distensão cólica, segmentar ou total, de pelo menos 6 cm, em presença de colite aguda e sinais de toxicidade sistémica.

Objectivos: Analisar os casos de MT associados a doença inflamatória intestinal (DII) internados num Serviço de Gastroenterologia.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos casos internados com o diagnóstico de MT baseado nos critérios de Jalan, num período de 15 anos (Janeiro/1990 a Dezembro/2005). Avaliaram-se vários parâmetros, nomeadamente duração, extensão e terapêutica prévia da DII, frequência, factores desencadeantes, apresentação clínica, terapêutica instituída e desfecho de todos os casos de MT.

Resultados: Identificaram-se 13 doentes, 7 homens e 6 mulheres, com uma média de idades de 42 ± 22 anos (15-76). A DII de base foi invariavelmente a colite ulcerosa (CU), sendo o MT a primeira manifestação da colite em 8 doentes. Nos restantes 5 casos o tempo de evolução da CU oscilava entre 1 e 20 anos. Destes últimos apenas um doente tinha sido submetido previamente a corticoterapia. Onze doentes apresentavam envolvimento de todo o cólon e em 2 apenas do cólon distal. Em 46% dos casos os fármacos foram potenciais factores desencadeantes do MT, quer de forma isolada ou em associação, nomeadamente a loperamida (3 casos), o brometo de clidínio+clorodiazepóxido (1 caso), o difenoxilato (1 caso), a mebeverina (1 caso), e a descontinuação prematura da corticoterapia (1 caso).

Clinicamente todos os doentes apresentavam diarreia, dor abdominal, febre e distensão abdominal. Em 12 doentes detectou-se anemia, com necessidade transfusional em 10. Alterações electrolíticas, hipoalbuminémia e elevação da proteína C reactiva ocorreram na totalidade dos doentes.

A terapêutica médica incluiu descompressão abdominal, nutrição parenteral, antibioterapia de largo espectro e albumina. Todos os doentes foram sujeitos a corticoterapia endovenosa tendo em 2 sido associado a ciclosporina. Houve recurso à cirurgia em 5 casos, após 5 ± 3 dias de evolução (2-12). A duração média de hospitalização foi de 29 ± 11 dias (12-54), não tendo a opção cirúrgica acarretado um incremento significativo do tempo de internamento. Ocorreu apenas um óbito, o qual se deveu a choque séptico, num doente operado na sequência de perfuração cólica. O tempo médio de seguimento após a alta hospitalar cifrou-se em 83 ± 67 meses, não se tendo constatado recidiva do MT ou necessidade ulterior de cirurgia. Todavia houve recorrência da colite em 4 casos, com necessidade de imunossupressão em 2. Um outro doente necessitou igualmente de terapêutica imunossupressora por a pioderma gangrenosum.

Conclusões: O MT foi uma complicação infrequente da DII ocorrendo, sem excepção, em associação à CU. Em mais de 1/2 dos doentes o MT constituiu a forma inicial de apresentação da CU, a qual, na grande maioria dos casos, envolvia todo o cólon. Em 41% dos casos foi identificado um factor desencadeante, invariavelmente de natureza farmacológica. O recurso à cirurgia, verificada em 1/3 dos casos, não se associou de incremento do tempo de hospitalização. A taxa de mortalidade cifrou-se em apenas 7% (caso de perfuração cólica).

8. DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDÁRIA TRANS-ANAL – EXPERIÊNCIA PRELIMINAR

C. Costa Almeida, Luís Carvalho, Luís Reis, José Luís Pires, Bruno Henriques, C.E. Costa Almeida

Serviço de Cirurgia 1 (Prof. Costa Almeida), Centro Hospitalar de Coimbra

O tratamento das hemorróidas com indicação cirúrgica tem sido feito no nosso Serviço pela operação de Willigan-Morgan. Os resultados têm sido bons, e se for só por eles não sentimos necessidade de mudar. Mas, apesar de razoavelmente tolerada pelos doentes, a verdade é que o pós-operatório desta intervenção é doloroso e incómodo, para além de ter uma convalescença demorada, que impede muitas vezes nesse período os pacientes de regressarem a uma vida normal. Por esse motivo encarámos a proposta de

tratamento utilizando o princípio da desarterialização hemorroidária trans-anal. Praticámo-la em nove doentes consecutivos, com um recuo agora de entre 9 meses e 1 mês, e é dessa experiência, para nós preliminar, que damos conta neste trabalho, descrevendo ao mesmo tempo a técnica utilizada e os princípios que lhe estão subjacentes.

As hemorróidas operadas variaram do grau II ao grau IV, sem ter havido em nenhum caso qualquer tentativa de terapêutica prévia, para além de tratamento médico. A execução técnica, com o material utilizado (THD), revelou-se simples e expedita, necessitando no entanto duma curva de aprendizagem. O pós-operatório foi sempre praticamente indolor. As intervenções foram realizadas sob anestesia geral ou com raquianestesia, e os doentes tiveram sempre alta no dia seguinte (one day stay).

São referidas algumas dificuldades e complicações e apresentados os resultados, que se revelaram encorajadores para o prosseguimento da técnica, merecendo por isso termos elaborado esta primeira comunicação.

9. ABCESSOS ANO-RECTAIS. ESTUDO RETROSPECTIVO

Florinda Cardoso; Serafim Garrido

Hospital Distrital de S. João da Madeira

As infecções ano-rectais são uma patologia frequente, cujo tratamento ainda é controverso. Têm sido várias as publicações na última metade do século XX sobre o interesse do estudo microbiológico como indicador da presença de fistula subjacente ao abscesso ano-rectal, que aumenta o risco de recidiva.

Os autores efectuaram um estudo retrospectivo nos doentes submetidos a tratamento cirúrgico por abscessos ano-rectais.

Objectivo: Estudar o tipo de abordagem dos abscessos; recidiva e complicações. Foram também avaliados os resultados quando o estudo microbiológico foi efectuado, e a relação com o grau de diferenciação do cirurgião

Material e Métodos: Doentes submetidos a intervenção cirúrgica no HDSJM, entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2005, por abscesso peri-anal; Consulta de processo clínico; Avaliação estatística como PSS11; Consulta de revisão e contacto telefónico.

Resultados: Num total de 50 doentes, 72% do sexo masculino, com uma mediana de idades de 41 anos; quinze doentes (30%) foram submetidos a drenagem, 19 (38%) a drenagem associada a fistulectomia e em 3 (6%), realizou-se a fistulotomia. Em 13 (26%) o procedimento foi complementado com secção diferida do esfíncter anal. A cirurgia foi realizada por internos da especialidade em 46%; efectuado estudo microbiológico em 8 doentes (16%) e prescrição de antibioterapia em 66% (33 doentes).

Os doentes apresentam uma mediana de 40 meses de follow-up (min:9-máx: 81)

Ocorreram 14 recidivas (35%), 9 das quais em doentes que só realizaram drenagem no Bloco Operatório. A taxa de recidiva foi menor nos doentes a que se associou a fistulectomia (5,2%). Como complicações temos a registar incontinência temporária para gases em 2 doentes e 1 doente com incontinência para fezes líquidas que necessitou de reintervenção para plastia do esfíncter anal.

Na nossa amostragem não ocorreu diferença estatística na relação entre o agente bacteriano e a recidiva (contudo, esta foi mais frequente se só se efectuou drenagem ou se o tratamento foi efectuado por cirurgiões menos experientes).

10. TRATAMENTO AMBULATORIO DE FÍSTULAS ANORECTAIS

E. Stricker

Rosenheim - Alemanha

Com a utilização de um instrumento de tracção e aplicação de cola de fibrina é possível realizar uma fistulectomia ambulatória sem grandes riscos, sem queixas ou a necessidade de grandes cuidados pós-operatórios.

○ autor apresenta técnica e resultados.

PROTAGONISMO DTMC 4000

de 3 páginas

em 10 de Novembro

de 1998

em 10 de Novembro

de 1998



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

2ª Sessão de Comunicações Livres

Quinta-Feira, 30 de Novembro

11:00h



11. NEOPLASIA MALIGNA AVANÇADA DO CANAL ANAL – DESCRIÇÃO DE UMA SÉRIE DE SEIS CASOS

G. Ramos, J. Ramos

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santo António dos Capuchos

As neoplasias malignas (NMs) do canal anal correspondem a apenas 1-4% das NMs coloproctológicas, sendo a forma mais comum o carcinoma pavimentocelular. Classicamente afecta maioritariamente o sexo feminino na sétima década de vida. São factores de risco, entre outros, a imunodeficiência, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

Os autores descrevem uma série de seis doentes com NMs do canal anal avaliados de 24/08/2005 a 02/10/2006, correspondendo a 4 homens (3 deles com infecção pelo VIH) e 2 mulheres, com idades compreendidas entre os 39 e os 80 anos (média de 55 anos).

As manifestações foram o surgimento de tumefacção peri-anal nos 6 doentes observados, bem como queixas de proctalgia em 5, supuração/proctorreia em 4 e rectorragias em 3; 2 referiram ainda queixas de perda de peso e febre.

Tempo decorrido entre o início dos sintomas e a observação pelos autores foi de 4 a 6 meses nos doentes VIH+ e de 1 a 5 anos nos doentes VIH-.

O diagnóstico inicial, efectuado em outras instituições, foi de condiloma em 2 doentes, fissura anal em 1 e abceso-fístula peri-anal em 1.

A observação proctológica revelou aspectos sugestivos de NM do canal anal localmente avançada, (fistulizada em 2, necrozante em 1 e polipoide em 1); 3 doentes apresentavam condilomas.

O estudo anátomo-patológico revelou carcinoma pavimentocelular em 5 e linfoma não-Hodgkin do canal anal em 1. O estudo imagiológico confirmou doença localmente avançada.

Após estadiamento, foi decidida radioterapia e quimioterapia em 5 doentes (precedidas de disfuncionalização do recto em 2, excisão tumoral em 1) e quimioterapia no doente com linfoma do canal anal.

Comentários: Nesta série a maioria dos doentes eram do sexo masculino, sendo que 50% apresentava infecção pelo VIH; observaram-se também condilomas em metade dos doentes observados. A doença manifestou-se antes da 7ª década de vida em 4 dos 6 doentes e, em metade dos casos, a doença apresentou rápida evolução e rara agressividade clínica. Estes resultados estão de acordo com a alteração da história natural das NMs do canal anal em função da associação com a imunodeficiência, infecção pelo HPV e/ou VIH, e apontam para a necessidade de utilização/investigação, em doentes de alto risco, de técnicas de rastreio e diagnóstico precoce desta patologia.

12. SÍNDROME DE LYNCH. ESTRATÉGIA DE ESTUDO NUMA CONSULTA DE CIRURGIA GERAL

A. Magalhães¹, M. Baptista¹, S. Domingues¹, M. Pinheiro³, C. Pinto³, I. Veiga³, L. Cimes², G. Isidro⁴, G. Boavida⁴, S. Castedo³, . Teixeira³, J. Pinto de Sousa¹, M. Cardoso Oliveira¹

¹ Serviço de Cirurgia B – Hospital de São João; ² IPATIMUP; ³ Serviço de Genética Molecular – IPO Porto; ⁴ Departamento Genética Humana – INSA Ricardo Jorge Lisboa

Introdução: O Síndrome de Lynch é hereditário, de transmissão AD e alta penetrância. Representa 5-10% dos Carcinomas Colo-rectais (CCR) que preferencialmente surgem nos jovens, em vários elementos da mesma família, no cólon direito e associados a outras neoplasias (endométrio, ovário, estômago, urotélio, vias biliares, pâncreas, cérebro, pele). Tem origem em mutações germinativas de genes de reparação do DNA, que levam, em mais de 90% dos casos, ao aparecimento de instabilidade de microssatélites (IMS). Assim sendo, a IMS constitui um bom marcador para estudo molecular.

Objectivo: Apresentar a estratégia numa consulta de Cirurgia Geral para o estudo genético de famílias com suspeita clínica de Lynch

Material e Métodos: Perante uma família com suspeita de Lynch, a partir dos Critérios de Bethesda (CB) ou de Amesterdão (CA), pesquisa-se a presença de IMS no tumor do probando.

Nos doentes com IMS positiva pesquisam-se mutações nos genes hMSH2 e hMLH1, seguida, nos casos negativos, da pesquisa de deleções/duplicações dos genes hMSH2 e hMLH1, seguida, nos casos negativos, da pesquisa de mutações no hMSH6. Nos casos positivos, serão analisados os familiares em risco.

Nos doentes com tumores sem IMS com CA ou CB na presença de Carcinoma endometrial, pesquisam-se mutações no hMSH6.

Resultados: Este trabalho, envolve o estudo clínico e molecular de 58 casos probandos de famílias com provável Lynch, 27 (46,6%) com CA e 31 (53,4%) com CB.

À data presente, foram identificadas, no primeiro grupo, 5 mutações no gene hMLH1 (31,2%), 10 no gene hMSH2 (62,5%) e 1 no gene hMSH6 (6,2%). Destas 16 mutações 2 têm significado patogénico desconhecido.

No segundo grupo encontramos 1 mutação no gene hMLH1 (25%) e 3 no gene hMSH2 (75%) –as quatro apresentam significado patogénico desconhecido.

Comentários finais:

Através do estudo molecular, confirmou-se a suspeita clínica de Lynch em 59,2% casos com CA e em 12,9% dos doentes com CB.

Esta abordagem permite a identificação, em cada família, dos portadores e não portadores da doença. A estratégia apresentada reforça o potencial da identificação dos elementos em risco e a exclusão dos programas de vigilância dos não portadores da mutação.

13. POLIPOSE ASSOCIADA A MUTAÇÕES NO GENE MYH: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM 15 PACIENTES

Julio S. Leite, Pedro Amaro, Odete Albuquerque, Margarida Martins, Clotilde Lérias, Ana T. A. Santos, Fernando Regateiro, J. Manuel Romãozinho, Maximino C. Leitão, F. Castro-Sousa

Serviço de Cirurgia III; Serviço de Gastreenterologia; Centro de Registo de Tumores Hereditários de Coimbra; Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Nos pacientes com mutações germinais bialélicas no gene MYH verificou-se a presença de polipose múltipla com transmissão recessiva. O objectivo do presente estudo consistiu na análise das manifestações clínicas nos portadores desta anomalia genética.

Métodos: Estudaram-se 15 pacientes pertencentes a famílias diferentes, com mutações bialélicas no gene MYH, tendo-se obtido o estudo endoscópico completo em 10.

Resultados: O diagnóstico clínico fez-se, em média, ao 50,7 anos (35 aos 68 a), sendo 8 homens e 7 mulheres. Em 5 existiu transmissão vertical da doença. Em 2 doentes o cólon apresentava entre 100 a 200 pólipos e em 13 menos de 100 adenomas. Num dos 10 pacientes com adequada observação duodenal existiam 4 adenomas. Todos foram operados, 5 por tumor metácrono (10 colectomias totais, 4 proctocolectomias reconstitutivas e uma hemicolectomia). Existia degenerescência em 13 doentes (87%), tratando-se de tumores em estádios avançados: 12 com T3 e T4 e em 5 com invasão ganglionar. Três pacientes vieram a falecer por recidiva tumoral.

Conclusões: Neste grupo de pacientes com mutação MYH o diagnóstico estabeleceu-se a partir dos 35 anos, sendo elevada a taxa de degenerescência (87%) e 10% associavam pólipos duodenais. Estes dados sugerem que nos pacientes com mutação MYH é defensável o rastreio endoscópico alto e baixo a partir dos 25-30 anos.

14. CARCINOMA COLORRECTAL - UMA ANÁLISE BASEADA NA LOCALIZAÇÃO DOS TUMORES

E Barbosa, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

Introdução: O carcinoma colorrectal é um cancro muito frequente no mundo ocidental, mas o seu comportamento biológico parece variar de acordo com a localização dos tumores. Este estudo procurou analisar o comportamento biológico dos carcinomas de acordo com a localização.

Material e Métodos: O estudo retrospectivo é relativo a 803 casos de carcinoma colorrectal operados entre 1980 e 2000. Cento e sessenta e sete carcinomas localizavam-se no cólon proximal, 373 no cólon distal e 263 no recto. Foram avaliados para cada grupo de carcinomas os seguintes parâmetros clínico-patológicos: sexo e idade dos doentes, presença de oclusão intestinal, classificação de Dukes, metastização ganglionar, grau de diferenciação, permeação linfática, invasão venosa, forma macroscópica, padrão de crescimento, desmoplasia, infiltrado linfocitário e sobrevida.

Resultados: Neste estudo observaram-se diferenças com significado estatístico na comparação entre os carcinomas nas três localizações de acordo com a presença de oclusão intestinal ($p < 0,001$), com a classificação de Dukes ($p < 0,001$), com a metastização ganglionar ($p = 0,02$), com o grau de diferenciação ($p < 0,001$) e com a forma macroscópica ($p < 0,001$).

Conclusões: De acordo com os resultados deste estudo, a localização dos carcinomas no segmento colorrectal influenciou o comportamento biológico dos tumores nesta zona anatómica do tubo digestivo.

15. AVALIAÇÃO PRELIMINAR DO SIGNIFICADO BIOLÓGICO DA MARGEM RADIAL NO CARCINOMA COLORRECTAL

J Pinto de Sousa, E Barbosa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

Introdução: A margem radial das peças de ressecção cirúrgica de carcinomas colorrectais (CCR) tem sido alvo de um interesse crescente nos últimos anos. O presente estudo tem como objectivo avaliar a margem radial numa série de carcinomas colorrectais e analisar a sua relação com os parâmetros clínico-patológicos com comprovado interesse biológico no CCR.

Material e Métodos: O estudo é relativo a 296 casos de CCR submetidos a tratamento cirúrgico entre 2002 e 2006 no Hospital de S. João. A margem radial foi avaliada em milímetros. Neste estudo procedeu-se à análise da margem radial como variável contínua e também como variável categorial (três grupos considerados: até 10mm, mais de 10 mm até 30 mm e superior a 30 mm). A margem radial foi comparada entre os diversos parâmetros clínicos e patológicos. Foram utilizados testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) na comparação dos valores da margem radial. A distribuição das frequências entre os três grupos considerados na categorização da margem radial e os diversos parâmetros clínico-patológicos foi avaliada pelo teste do qui-quadrado.

Resultados: A média da margem radial foi de 24,3 mm, a mediana foi de 25 mm. As dimensões variaram entre 0 mm e 100 mm. A comparação das diferenças dos valores da margem radial mostrou diferenças com significado estatístico em relação ao tipo de operação, à localização, à classificação de Dukes, à progressão do tumor na parede, à metastização ganglionar, à carcinomatose peritoneal, às invasões venosa e perineural, à forma macroscópica e ao infiltrado linfóide. A comparação da distribuição dos casos pelos três grupos considerados evidenciou diferenças significativas de acordo com o tipo de operação ($p = 0,005$), a localização tumoral ($p = 0,002$), a progressão do tumor na parede ($p = 0,02$), a forma macroscópica ($p = 0,047$), a invasão perineural ($p = 0,04$), o infiltrado linfóide ($p = 0,002$) e as mutações do P53 ($p = 0,03$).

Conclusões: – A caracterização da margem radial representa um esforço no sentido de entender o carcinoma colorrectal numa perspectiva tridimensional, aspecto fundamental para a compreensão do comportamento biológico daquelas neoplasias. A clarificação do papel desempenhado pela margem radial poderá possibilitar a previsão das recidivas e a selecção de esquemas terapêuticos individualizados no CCR.

116. A RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GÂNGLIOS INVADIDOS E O DE GÂNGLIOS ESTUDADOS NO CARCINOMA COLORRECTAL

E Barbosa, H Moreira, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

Introdução: A metastização ganglionar é um dos factores de prognóstico mais importantes do cancro colorrectal e condiciona a selecção de esquemas terapêuticos. No entanto, o número de gânglios regionais invadidos pode estar dependente do número de gânglios estudados e/ou analisados. O presente estudo procurou avaliar esta relação numa série de carcinomas colorrectais ressecados entre 1984 e 2003.

Material e Métodos: O estudo é relativo a 860 casos de carcinoma colorrectal submetidos a cirurgia de ressecção entre 1984 e 2003. A relação entre o número de gânglios invadidos e o de gânglios estudados foi analisada globalmente e também de acordo com os grupos definidos pelo período de estudo (1984-93 e 1994-2003), pelo número de gânglios estudados (≤ 12 ggs e >12 ggs) e pela localização (cólon proximal, cólon distal e recto). A relação entre o número de gânglios invadidos e estudados foi estudada através do método de regressão linear. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

Resultados: A média de gânglios estudados nesta série foi de $12,96 \pm 9,06$, a mediana de 11,0 e os extremos foram 1-85 gânglios. A média de gânglios invadidos foi de $1,56 \pm 9,06$, a mediana de 0 e os extremos foram 0-28 gânglios. Globalmente, o número de gânglios invadidos esteve dependente do número de gânglios estudados ($p < 0,001$). Nos dois períodos considerados registaram-se diferenças significativas no número de gânglios invadidos ($p = 0,01$), mas não no número de gânglios estudados. A frequência relativa de metastização ganglionar foi significativamente superior no grupo de doentes com mais de 12 gânglios analisados ($p < 0,001$). A metastização ganglionar variou de forma significativa de acordo com a localização do carcinoma ($p < 0,001$). No recto foi observada a melhor relação entre o número de gânglios invadidos e o de gânglios estudados.

Conclusões: A relação entre o número de gânglios invadidos e o de gânglios estudados é determinante na compreensão do comportamento biológico dos carcinomas colorrectais e deve estar presente na selecção dos esquemas terapêuticos após a cirurgia de ressecção no carcinoma colorrectal.

117. RESSECÇÃO R0 NO CARCINOMA COLORRECTAL: ANÁLISE UNIVARIADA E MULTIVARIADA

E Barbosa, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

Introdução: O objectivo primordial da cirurgia no carcinoma colorrectal é a ressecção R0 (sem tumor residual macroscópico ou microscópico).

Objectivos: Identificar os factores clínicos e patológicos que estão associados com a possibilidade de ressecção R0 no carcinoma colorrectal.

Material e métodos: O estudo é relativo a 241 doentes com carcinoma colorrectal operados no Serviço, entre 2000 e 2005. O tipo de ressecção R foi definido como R0 (sem tumor residual), R1 (tumor residual microscópico) e R2 (tumor residual macroscópico). Para efeito do estudo, as ressecções R1 e R2 foram agrupadas num único grupo. Foram estudadas diversas características clínicas e patológicas em análise uni e multivariada (regressão logística). Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

Resultados: 209 doentes (86,7%) foram submetidos a ressecção R0 por carcinoma colorrectal e 32 (13,3%) foram submetidos a ressecção R1 ou R2. Em análise univariada observou-se uma associação significativa do tipo de ressecção (R0 vs R1-R2) com os seguintes parâmetros: perfuração tumoral ($p = 0,02$), classificação de Dukes ($p < 0,0001$), progressão do tumor na parede ($p < 0,0001$), metastização ganglionar ($p = 0,002$), metastização hepática ($p < 0,0001$), permeação linfática ($p = 0,02$), invasão venosa ($p = 0,048$), invasão perineural ($p = 0,02$) e infiltrado linfóide ($p = 0,01$). Na regressão logística foram identificados com significado independente os seguintes parâmetros: a metastização hepática ($p < 0,0001$), a progressão tumoral na parede ($p = 0,002$), a perfuração ($p = 0,03$) e o infiltrado linfóide ($p = 0,03$).

Conclusões: O estudo permitiu a identificação de factores clínicos e patológicos associados com o tipo de ressecção conseguida no carcinoma colorrectal. O conhecimento desta associação poderá contribuir para a definição da estratégia terapêutica.

18. FACTORES DE PROGNÓSTICO NO CARCINOMA DO RECTO

J. Pires Leitão, H. Matos, J. Girão, A. Tejerina, A. Rocha, C. Miranda, L. Leda, H. Bicha Castelo
Clínica Universitária Cirurgia II. H. S. M., F. M. Lisboa

Introdução: A definição de uma estratégia terapêutica para o carcinoma do recto (CR), apoiada na identificação de factores de prognóstico, é um factor importante para melhorar a eficiência da nossa intervenção. Objectivo: Identificar os factores de prognóstico numa série consecutiva de doentes com CR operados no nosso Serviço.

Material e métodos: Entre Janeiro de 1991 e Dezembro de 2002 foram operados 296 doentes com CR, dos quais 191 do sexo masculino e 105 do sexo feminino. A média de idades foi 66 anos (33-93). Foi efectuada ressecção R0 em 211 (71,3%) doentes. Foram estudadas variáveis clínicas e patológico nomeadamente estágio (TNM-UICC), diferenciação, tipo histológico, permeação vascular e peri-neural, ocorrência de recidiva e valor do CEA pré-operatório. Foi ainda avaliado o desempenho do cirurgião, como factor de prognóstico. A análise estatística foi efectuada com o teste do qui-quadrado, o teste "t de Student" e o "log-rank-test".

Resultados: A distribuição por estádios foi a seguinte: I-19,3%, II-30,7%, III-32,4% e IV-17,6%. Com um tempo médio de "follow-up" de 34 + 34,3 meses (1-133), a probabilidade cumulativa de sobrevivência foi de 79% aos 2 anos e de 64% aos 5 anos. Ocorreram 38 (18,7%) recidivas. Na presente série os factores identificados com significado foram o estágio ($p=0,003$), o T ($p=0,03$), o N ($p=0,02$) e também os valores do CEA pré-operatório serem superiores nos doentes que faleceram por CR ($p=0,02$). Verificou-se ainda que os tumores pertencentes a estádios mais avançados eram significativamente menos diferenciados ($p=0,02$), mais vezes produtores de muco ($p=0,001$) e apresentavam mais frequentemente permeação linfática ($p=0,001$). A comparação entre dois grupos de cirurgiões, Janeiro 1991/Dezembro 1994 e Janeiro 1995/Dezembro 2002, sendo estes últimos dedicados à cirurgia colo-proctológica, mostrou uma diminuição estatisticamente significativa da recidiva loco-regional ($p=0,03$).

Conclusão: Tal como referenciado na literatura, a análise crítica da nossa série permite confirmar que o estágio, a invasão ganglionar e a elevação dos valores de CEA pré-operatório influenciaram significativamente o prognóstico.

19. LONG-TERM FUNCTIONAL RESULTS AFTER TRANSVERSE COLOPLASTY POUCH OR COLONIC-J POUCH FOR RECTAL CANCER - A COMPARATIVE STUDY

J. Pimentel, A. Duarte, T. Lindo, C. Rosevinges

Hospitais da Universidade de Coimbra. Serviço de Cirurgia I (Director: Prof. FJ Oliveira)

Introduction: The transverse coloplasty pouch (TCP) has been proposed to overcome some of the limitations - technical aspects or late evacuation problems - associated with the construction of the colonic-J pouch (CJP) after restorative rectal cancer surgery. Early results confirm TCP as a reliable alternative to CJP. We continue our previous study to assess if the good clinical outcome of TCP is sustained at a later time.

Aims: To compare and evaluate the long-term functional outcomes of TCP and CJP after low anterior resection with TME for rectal cancer.

Methods: A prospective trial was conducted in which 38 patients operated between May 1999 and April 2003 were randomized into the TCP ($n=17$) or the CJP ($n=21$) group. The functional evaluation was done preoperatively and at 3, 6, 12 months, 3 and 6 years postoperatively by means of a standard clinical questionnaire and by anorectal manometry.

Results: Both groups were well-matched for gender, mean-age, level of the tumour from anal verge, staging, neo-adjuvant therapy, level of anastomosis from anal verge, type of anastomosis (stapled vs hand-sewn) and use of a protective stoma. There was no 30-days postoperative mortality in both groups. Local postoperative complications directly related to the construction of the pouches occurred in the same number of patients in the TCP and CJP groups: 4 pts- (23.5% vs 19% $p=ns$). The mean-time since surgery was 4.7 years (range 3-7 yrs). No statistical significant differences were found between the two groups (TCP vs CJP) regarding bowel function - daily bowel movements (2.2 vs 2.1), urgency (11.7 vs 9.5), frag-

mentation (23.5 vs 28.6) and clustering (17.6 vs 19.5). No significant differences were also found concerning incontinence grading and scoring, with similar nocturnal leaks. However, 2 CJP patients need the use of enemas or suppositories to evacuate the pouch, a thing that was never seen in TCP patients. The anorectal manometry data were similar in both groups of patients.

Conclusion: The long-term functional results of the transverse coloplasty pouch are comparable with the colonic-J pouch, probably with fewer evacuation problems. Similar complications rates occurred in the two types of pouches. The TCP seems to be a reliable alternative to the CJP, overcoming some of the technical limitations of CJP.

20. VALOR PROGNÓSTICO DO ESTADIAMENTO TNM E DO GRAU DE REGRESSÃO TUMORAL NO CARCINOMA DO RECTO SUBMETIDO A RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA

Alexandre Monteiro, Júlio S. Leite, Mónica Martins, Margarida Martins, Joana Moreira, Mário Silva, Guilherme Tralhão, M. Fernanda Xavier-Cunha, F. Castro-Sousa

Serviço de Cirurgia III. Serviço de Anatomia Patológica. Hospitais da Universidade de Coimbra

No carcinoma do recto localmente avançado, a opção dominante consiste na terapêutica adjuvante rádica. A radioterapia introduz alterações histopatológicas, com diversos graus de regressão tumoral e modificação do estadiamento TNM. O objectivo do presente estudo consistiu na análise do valor prognóstico do estadiamento TNM e do grau de regressão tumoral no cancro do recto submetido a radioterapia pré-operatória.

Métodos: Entre 1994 e 2005 foram estudados 76 doentes, com carcinoma do recto localmente avançado, submetidos a ressecção R0 e radioterapia pré-operatória de longa duração, associando quimioterapia em 18. Analisou-se o estadiamento TNM e o grau de regressão tumoral com o método de Dworak (grau 0, sem resposta; grau 4 regressão completa). Calculou-se a sobrevivência global e livre de doença pelo método de Kaplan-Meier e o estudo multifactorial das variáveis histológicas e clínicas com a recidiva associada ao tempo de sobrevivência pelo modelo de regressão proporcional hazards de Cox.

Resultados: Verificou-se existir regressão tumoral completa em 7,9% dos pacientes. Surgiu recidiva local em 5 (6,6%) doentes, facto que se relacionou significativamente ($p < 0,05$) com a intervenção cirúrgica (amputação abdominoperineal nesses 5 casos). A sobrevivência global aos 5 anos foi de 70,2%. A sobrevivência livre de doença foi de 50% e relacionou-se com metastização N2 ($p < 0,05$) e morbilidade pós-operatória ($p < 0,05$). Os casos com regressão completa não desenvolveram recidiva tumoral. A classificação TNM (graus I, II e III) e os graus de regressão tumoral (0 a 4) não se relacionaram com a ocorrência de recidiva local ou com a sobrevivência livre de doença.

Conclusões: Nos pacientes com cancro do recto submetidos a radioterapia pré-operatória a classificação TNM e o grau de regressão tumoral não mostraram ter valor predictivo. Apenas se poderá concluir que o prognóstico será bom nos casos com regressão tumoral completa e mau se existir metastização N2.

SESSÃO DE VÍDEOS

Quarta-Feira - 29 de Novembro de 2006

17h



1. OPERAÇÃO DE ALTEMEYER

Américo Dias Pereira; Rosa Sousa; Rui Ferreira de Almeida; Mário Nora

Hospital S. Sebastião – Santa Maria da Feira, Serviço de Cirurgia Geral – Dr. Mário Nora

O prolapso rectal completo é uma situação bem conhecida e com efeitos altamente incapacitantes. Sempre que o paciente reúna condições para uma abordagem anterior, por laparotomia ou por laparoscopia, com ressecção ou com pexia, estas deverão ser privilegiadas.

Quando o paciente não tem condições para um procedimento por via abdominal, as abordagens perineais (Altemeyer e Delorme) são boas soluções.

Neste video os autores realizam uma proctossigmoidectomia por via perineal e trans-anal num doente com várias co-morbilidades associadas.

Poder-se-á apreciar a excelente exposição com clara e fácil identificação das estruturas anatómicas.

Salienta-se o excelente pós-operatório, quase sem recurso a analgésicos, sem ileo paralítico e sem outra morbidade associada á ferida operatória abdominal.

2. RESSECÇÃO ANTERIOR DO RECTO BAIXA POR LAPAROSCOPIA COM REMOÇÃO DO ESPECIMEN E ANASTOMOSE EFECTUADOS TRANS-ANALMENTE

Américo Dias Pereira; Pedro Rodrigues; Mário Nora

Hospital S. Sebastião – Santa Maria da Feira, Serviço de Cirurgia Geral – Dr. Mário Nora

As vantagens da cirurgia laparoscópica são bem conhecidas, nomeadamente na patologia colo-rectal.

A dificuldade da realização duma ressecção anterior do recto baixa, por laparoscopia, ou por laparotomia é sentida por todos nós.

Uma alternativa válida é efectuar a secção do recto, remover a peça cirúrgica e confeccionar a anastomose colo-anal ou colo-rectal por via trans-anal.

Neste video, os autores executam uma ressecção anterior do recto baixa por laparoscopia, em que a dissecação é feita pelo plano do mesorrecto até ao pavimento pélvico. A secção do recto distal (tal como a do cólon), a remoção da peça e a anastomose são efectuadas trans-analmente.

Esta abordagem além de permitir a realização duma anastomose “segura” dispensa a ferida abdominal normalmente efectuada para remoção da peça cirúrgica.

3. EXÉRESE DE QUISTO DO “HINDGUT” POR LAPAROSCOPIA

Américo Dias Pereira; Pedro Rodrigues; Mário Nora

Hospital S. Sebastião – Santa Maria da Feira, Serviço de Cirurgia Geral – Dr. Mário Nora

As vantagens da cirurgia laparoscópica são bem conhecidas, nomeadamente na patologia colo-rectal.

Neste video os autores executam por via laparoscópica a exérese de uma formação quística com cerca de oito centímetros de maior dimensão centrada no septo recto-vaginal e que se desenvolvia até ao pavimento pélvico.

Esta tumefacção, numa paciente de 21 anos, havia-se manifestado por dor pélvica recorrente, provavelmente associada a processos inflamatórios iterativos como se comprovou na cirurgia.

Usando apenas três portas e evoluindo pela vertente direita do plano embriológico do mesorrecto foi possível dissecar o referido quisto e fazer a sua remoção com um mínimo de agressão cirúrgica.

O pós-operatório foi excelente, sem dor, ileo paralítico ou outra morbidade relevante.

4. DOENÇA DE CROHN PERIANAL SEVERA: RETALHO DE DESLIZAMENTO CIRCUNFERENCIAL

Julio S. Leite, Licinia Martins, Rui Moreira, Marco Serôdio, Valentina Almeida

Serviço de Cirurgia III (Dir.: Prof. Doutor F. Castro Sousa), Hospitais da Universidade de Coimbra

Um doente com 24 anos apresentava história de doença de Crohn agressiva com três anos de evolução. Tiveu um abscesso hepático em 2003, necessitou de hemicolecotomia direita em 2004 e de enteroplastia em 2005. No último ano foi medicado com messalazina, ciproxina, e infliximab, tendo reduzido o processo inflamatório, mas desenvolveu estenose anal que não respondeu a dilatações com balão.

Existia um orifício fistuloso perianal com drenagem purulenta, várias áreas cicatriciais cutâneas e marca da estenose na transição ano-rectal.

A colonoscopia não revelou lesões inflamatórias a nível da anastomose íleocólica nem a nível do cólon restante; apenas ligeira proctite na proximidade da estenose.

Optou-se por realizar fistulotomia parcial do trajecto fistuloso activo e retalho de deslizamento rectal circunferencial, com dissecação dos dois terços inferiores do recto por via anal, para se conseguir adequada mobilidade. Excisou-se o segmento intestinal estenosado, com reanastomose do bordo do retalho à neolinha dentada.

Um mês após a intervenção estavam cicatrizadas as feridas perianais e o paciente referia continência com bom resultado clínico. Este caso demonstra que a cirurgia anal agressiva, com conservação do esfíncter, pode resolver vários casos de doença de Crohn perianal severa.

5. FÍSTULA RECTO-VAGINAL ASSOCIANDO INCONTINÊNCIA FECAL: RETALHO DE DESLIZAMENTO RECTAL, ESFINCTERORRAFIA E PLASTIA DO ELEVADOR DO ÂNUS.

Julio S. Leite, Mónica Martins, Ivan Portela, M. Fátima Costa

Serviço de Cirurgia III (Dir.: Prof. Doutor F. Castro Sousa), Hospitais da Universidade de Coimbra

Numa paciente de 29 anos surgiu uma fistula recto-vaginal baixa, associada a incontinência fecal, após cirurgia de abscesso perianal anterior.

Existia um orifício fistuloso a nível da fúrcula vaginal, em amplo contacto com orifício interno na linha dentada, sendo evidente a destruição esfínteriana. O tónus anal basal era baixo e a contracção voluntária escassa, apenas perceptível a nível do puborectalis.

A opção cirúrgica consistiu na realização de retalho de deslizamento rectal anterior associado a esfínterorrafia e plastia do elevador do ânus no espaço recto-vaginal.

No pós-operatório surgiu ligeira infecção da sutura e seis meses após a intervenção a paciente apresenta continência anal conservada.

6. PROLAPSO RECTAL COMPLETO: RECTOPEXIA COM SUSPENSÃO VENTRAL POR LAPAROSCOPIA (TÉCNICA DE D'HOORE)

Francisco Castro Sousa, Júlio Leite, J. Guilherme Tralhão, Paula Moura, Emília Mártires.
Serviço de Cirurgia III, Hospitais da Universidade de Coimbra

Uma paciente de 85 anos apresentava prolapso rectal completo com incontinência fecal, situação que se agravou particularmente após correcção de prolapso uterino, com cervicectomia, colpoplastia anterior e colpoperineoplastia, efectuada 6 meses antes.

Tinha um tónus esfinteriano baixo e escassa contracção voluntária, com cicatriz mediana supra e infraumbilical devido a histerectomia subtotal com anexectomia bilateral.

No vídeo mostra-se a técnica utilizada que foi particularmente dificultada pelas inúmeras aderências pélvicas. Após a sua lise mobilizou-se a face direita do recto através de incisão do peritoneu parietal à direita do mesorecto, desde o promontório ao fundo de saco de Douglas, com prévia dissecação entre a cúpula vaginal e a face anterior do recto, reduzindo-se desta forma o prolapso rectal. A suspensão ventral do recto e da cúpula vaginal foi efectuada com prótese de polipropileno fixa ao promontório com dois tack-er.

Após seis semanas a paciente deixou de apresentar prolapso, não tinha obstipação e referia ligeira incontinência para fezes líquidas. O presente caso parece confirmar a eficácia desta técnica com a vantagem de não provocar obstipação, que habitualmente se associa à rectopexia posterior.

7. CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DO CÓLON E RECTO. UMA VIA DE ABORDAGEM DIFERENTE, COM OS MESMOS PRINCÍPIOS

J. Pires Leitão, J. Girão, H. Matos, A. Tejerina, H. Bicha Castelo
Clínica universitária Cirurgia II. HSM/FML

A Cirurgia Laparoscópica do cólon e recto, teve uma grande evolução e expansão desde as primeiras publicações em 1991. O uso da laparoscopia no tratamento cirúrgico do cancro do cólon e recto, tem sido motivo de controvérsia na literatura. A possibilidade do aparecimento de metástases nas portas de acesso, e o receio de menor qualidade da ressecção oncológica têm sido motivo de preocupação. No entanto os estudos mais recentes mostraram que a incidência de metástases nas portas é inferior a 1%. A qualidade da ressecção oncológica é pelo menos tão segura, como quando é efectuada por laparotomia, desde que sejam respeitados os princípios cirúrgicos. No nosso Serviço temos desde há um ano, um protocolo de abordagem do cancro do recto por laparoscopia, com a definição da metodologia de abordagem. A localização topográfica das portas é constante, sofrendo pequenas variações conforme o tipo morfológico do doente. Os trocart são fixados à parede, e o local de saída da peça é protegido, para evitar a colonização com células neoplásicas. O Vídeo que apresentamos mostra a nossa metodologia actual na abordagem cirúrgica do recto por via laparoscópica.

POSTERES



1. HEPATECTOMIA EM 2 TEMPOS NO TRATAMENTO DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLO-RECTAL

Emile Mende, Henrique Ferrão, Emanuel Furtado, Isabel Cristina Ferrão, João Moura Pereira

Serviço de cirurgia do IPOCFG-EPE (Dir. Dr. Moura Pereira)

Serviço de cirurgia 2 do CHC-HG-Covões (Dir. Dr. Janelas)

Introdução: A Hepatectomia em 2 tempos é uma opção estratégica com intenção curativa em doentes com metastização hepática de carcinoma colo rectal. Esta estratégia pode incluir a utilização combinada ou sequencial de quimioterapia (QT) de indução, técnica de destruição local, embolização ou laqueação portal e ressecção hepática.

Material e Método: Os autores apresentam o caso de um homem de 42 anos, submetido a uma ressecção anterior do recto por adenocarcinoma do recto em Fevereiro de 2006 e que apresentava metástases hepáticas síncronas (pT3N2M1). Realizou quimioterapia adjuvante segundo esquema FOLFIRI.

A avaliação imagiológica pós-QT revelava 2 metástases hepáticas: uma no segmento VI (sVI) e outra no segmento IV(sIV), próxima ao limite esquerdo deste segmento. A avaliação de volumetria dos segmentos II e III (sII/sIII) revelou-se insuficiente para a realização de uma hepatectomia direita alargada ao segmento IV.

A primeira opção cirúrgica foi de laqueação do ramo direito da veia porta e sua esclerose com álcool absoluto e dissecação do parênquima hepática entre o limite esquerdo de sIV e sII/sIII, com interposição de "patch" de epiplon, conservando-se os ramos da artéria hepática e as veias supra-hepáticas. Manteve no pós-operatório tratamento de QT.

A avaliação imagiológica após 6 semanas revelava um aumento de 70% no volume dos sII/sIII do fígado. 2 meses após a primeira intervenção hepática foi submetido a hepatectomia direita alargada a sIV, tendo a cirurgia decorrido sem incidentes.

Resultados: O pós-operatório revelou uma fístula biliar de baixo débito que se resolveu espontaneamente as 4 semanas. O exame anatomo-patológico revelou uma metástase no sVI com células viáveis e outra no sIV totalmente necrosada

Conclusão: A realização de hepatectomia em 2 tempos e já uma atitude "comuna" em centros especializados, particularmente quando a QT de indução é eficaz. A particularidade deste caso clínico prendia-se com o risco de aumento de volume da metástase hepática de sIV após laqueação do ramo direito da veia porta, pelo que se procedeu à dissecação do parênquima hepático e colocação de "patch" de epiplon entre sIV e sII/sIII.

2. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA DE CAUSA POUCO FREQUENTE

R. Gradiz, C. Gregório, H. Gouveia, M.C. Leitão

Serviço de Gastreenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Sexo masculino, 27 anos, ocorre ao SU por rectorragias abundantes com 24 horas de evolução. À entrada, palidez cutânea, choque hipovolémico, Hb 8,7. Fez expansores de volume plasmático e 2 unidades de glóbulos, tendo estabilizado. Sem antecedentes relevantes. Sem hábitos medicamentosos.

Colonoscopia: Progressão até aos 40cm da margem anal. Sangue vermelho vivo no recto. Após lavagem, visualizou-se pequeno abaulamento da mucosa, encimado por hemorragia activa pulsátil (lesão de Dieulafoy) na região justa-anal (foto 1). Injecção de 10cc adrenalina a 1/10.000 e 0,4cc álcool absoluto (foto 2). Por persistir hemorragia em babamento, aplicaram-se 2 clips (foto 3). Sem hemorragia no final.

Colonoscopia de Revisão (96 horas): Lesão erosionada onde se continuam a visualizar os 2 clips (foto 4), com bom aspecto cicatricial, sem vaso visível e sem hemorragia activa.

Sem intercorrências ou recidiva hemorrágica durante o internamento. Alta ao 4.º dia.

3. VÓLVULO DO ÍLEON TERMINAL - CAUSA DE OCLUSÃO INTESTINAL EM CRIANÇA

Bela Pereira, Fernando Viveiros, João Miguel Cardoso, Lurdes Gandra, Vítor Santos, Nelson Pereira, Jorge Maciel
Serviço de Cirurgia Geral. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Os autores apresentam o caso clínico de um paciente de 14 anos de idade, com antecedentes cirúrgicos de apendicectomia há 5 anos, que deu entrada no serviço de urgência por quadro de vômitos incoercíveis, dores abdominais difusas tipo cólica e paragem de emissão de fezes, com 3 dias de evolução.

Ao exame físico apresentava distensão abdominal e defesa generalizada à palpação superficial e profunda. Foi submetido a laparotomia exploradora constatando-se vólvulo do íleon terminal com necrose da ansa envolvida. Procedeu-se a enterectomia segmentar, cuja margem distal se encontrava a cerca de 5 cm da válvula ileo-cecal, sem necessidade da sua remoção.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

4. TRATAMENTO DO SINUS PILONIDAL – TÉCNICAS DE ENCERRAMENTO COM PLASTIA.

B. Ferreira, H Gameiro, M Macedo, S Alves, C Neves

Serviço de Cirurgia Geral (Director: Dr. Carlos Neves), Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa

Introdução: Estão descritas múltiplas técnicas para o tratamento cirúrgico do sinus pilonidal.

No intuito de reduzir a dor no pós operatório e o tempo de cicatrização da ferida operatória, o serviço passou a realizar de uma forma sistemática técnicas de encerramento com plastia.

Material e Métodos: Os autores apresentam uma análise retrospectiva dos primeiros 83 doentes operados, num período de quatro anos (2002 –2006).

Foi possível o Follow Up da totalidade destes doentes o que comportou a consulta do processo clínico e entrevista telefónica.

Resultados e Conclusões: A idade média foi de 27.5 anos, verificando-se uma maior incidência do sexo masculino (59%=49 doentes).

Foram realizadas 67 plastias de Karydakís, 15 plastias romboides e 1 retalho miocutâneo gluteo.

Salienta-se que nesta série de doentes se obteve um tempo médio de internamento de 2.1 dias, uma média de tempo de cicatrização de 16.9 dias e uma taxa de recidiva de (7.2%=6 doentes).

Estes resultados comparam de forma favorável com os obtidos no mesmo serviço de Cirurgia Geral antes do uso sistemático das técnicas de encerramento com plastia.

5. COLITE ULCEROSA MODERADA E GRAVE: ESTUDO COMPARATIVO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS TRATAMENTO MÉDICO VERSUS TRATAMENTO CIRÚRGICO

Julio S. Leite, Francisco Portela, Sónia Nobre, Mónica Martins, Margarida Martins, F. Alte da Veiga, Pedro L. Ferreira, José M. Romãozinho, Maximino C. Leitão, F. Castro Sousa

Serviço de Cirurgia III Serviço de Gastrenterologia, Hospital da Universidade de Coimbra

Introdução: Na colite ulcerosa moderada e grave, apesar da boa resposta terapêutica com corticosteróides e ciclosporina, não é desprezível o risco de toxicidade e de nova recidiva. O objectivo do presente estudo consistiu na análise da qualidade de vida verificada à distância no grupo com tratamento médico, comparativamente ao submetido a tratamento cirúrgico.

Métodos: Foi avaliada a qualidade de vida em 14 pacientes com colite ulcerosa moderada e grave que respondeu favoravelmente ao tratamento médico, comparando-se com o grupo de 20 doentes tratados cirurgicamente. Neste grupo foram efectuadas 16 proctocolectomias, duas proctocolectomias totais com ileostomia e duas colectomias totais. Utilizou-se o questionário SF-36, validado para a população portuguesa, sendo avaliados oito parâmetros genéricos de saúde: actividade física, limitação física, dor corporal, percepção do estado de saúde, vitalidade, actividade social, estado emocional e saúde mental. Para comparação utilizaram-se os resultados do questionário SF-36 obtidos num grupo da população geral (n=1094), com idade e sexo correspondentes. Utilizou-se o teste de Man-Whitney no estudo estatístico.

Resultados: A idade média e o sexo foram idênticas nos dois grupos e o tempo de follow-up desde o início do tratamento foi mais longo no grupo cirúrgico (90+56 vs 41+34 meses). Os resultados no parâmetro de percepção do estado de saúde foram melhores no grupo cirúrgico do que no médico ($p<0,05$), mas a actividade física ficou melhor pontuada no grupo médico ($p<0,05$). Na comparação do grupo cirúrgico com o grupo de controle da população geral verificou-se não existirem diferenças significativas. Por outro lado, o grupo médico obteve pior pontuação que o grupo de controle nos parâmetros percepção do estado de saúde e actividade social ($p<0,05$).

Conclusões: Os pacientes submetidos a tratamento médico nas crises de colite ulcerosa moderada e grave obtiveram indicadores de qualidade de vida idênticos ao do grupo cirúrgico. Contudo, na comparação com a população de controle, o grupo médico revelou desvantagens na percepção do estado de saúde e na actividade social.

6. PELVIC MRI IN THE PRE-OPERATIVE STAGING OF RECTAL CANCER

J Pimentel, A Duarte, N Rama, T Lindo, C Rosevinges, F Caseiro Alves, J Patrício
Hospitais da Universidade de Coimbra. Serviço de Cirurgia I

Introduction: Prevention of local recurrence is one of the main objectives of the surgical treatment of rectal cancer (RC). Neo-adjuvant therapy will contribute for a bigger reduction in local recurrence. Before surgery is essential, however, to identify clearly the clusters of patients who will benefit from this approach. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) seems to demonstrate high accuracy in predicting clear circumferential resection margins, therefore sparing some patients to neo-adjuvant treatment.

Aims: To assess the accuracy of MRI in the pre-operative staging of RC, when compared with the corresponding histopathological study (HP) of the resection specimens.

Methods: Descriptive, retrospective and transversal study elaborated from the analysis of the clinical process of patients with cancer of middle and distal rectum ($n=42$), operated between January of 2003 and June of 2005, and staged pre-operatively with MRI.

Results: Of 42 patient studied, 66% ($n=28$) were men, the global mean-age being 63 ± 14 , 4 years. 54.8% ($n=23$) and 45.2% ($n=19$) of tumours were situated in middle and lower third of rectum, respectively. Pathological staging demonstrated that 57% ($n=24$) were pT3, 26% ($n=11$) pT2 and 17% ($n=7$) pT1; 64% ($n=27$) were pN0 and 30% pN1/2 (9 and 4, respectively). The diagnostic accuracy of MRI in T staging was 86.5% while in N staging was 78.5%. The MRI sensitivity and specificity was, respectively, 75% and 94.7% for pT1 lesions, 64% and 86.6% for pT2 lesions, 84.6% and 87.5% for pT3 lesions and 83.3% and 72.2% for pN lesions. The accuracy, sensitivity and specificity for "short" and "wide" subtypes T3 were, respectively, of 85.7%, 77% and 89.6% and of 88%, 83.3% and 90%.

Conclusions: MRI presents high accuracy for predicting the staging of RC, allowing pre-operative selection of patients for primary surgery or, instead, for neo-adjuvant therapy.

7. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FISSURA ANAL - 11 ANOS DE EXPERIÊNCIA

A.Bento, S. Nunes, H. Baptista, F. Martinho
Serviço de Cirurgia 2, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A fissura anal é uma lesão anorectal benigna comum. Está descrita como uma solução de continuidade no canal anal que se estende da zona mucocutânea até à linha dentada.

Objectivo: Rever a prática corrente no tratamento das fissuras anais crónicas e detectar factores preditivos de resposta à terapêutica, através de um estudo retrospectivo.

Material e Métodos: Efectuamos uma revisão dos processo clínicos de 129 doentes com o diagnóstico de fissura anal crónica e tratamento cirúrgico.

Os doentes admitidos para o estudo têm um enquadramento temporal de 1 de Janeiro de 1995 a 31 de Dezembro de 2005.

Resultados: Dos 129 doentes tratados cirurgicamente, todos apresentavam fissura anal crónica, sem resultado com tratamento médico. Destes doentes 74 (57,4%) são mulheres e 55(42,6%) são homens. A idade média, máxima e mínima dos doentes é semelhante em ambos os sexos.

A localização mais frequente é posterior, 70,5% dos doentes.

A principal queixa é dor local em 120 doentes.

Foram tratados com esfínterectomia lateral interna 109 doentes (84,5%), com técnica fechada 3 (2,3%) e com dilatação anal 16(12,4%).

Conclusão: A nossa experiência revela que a fissura anal crónica é mais frequente nas mulheres e em localização posterior. A idade média dos doentes varia entre os 43 e os 47 anos. A patologia associada que mais se encontra é patologia hemorroidária.

O tratamento cirúrgico apresenta bons resultados, com pós-operatório rápido e escassas complicações. A esfínterectomia a céu aberto é o procedimento eleito, com eficácia demonstrada e satisfação do doente.

8. COLITE ULCEROSA E DOENÇA PERI-ANAL: UM CASO DIFÍCIL

P. Peixoto, A. Sadio, P. Ministro, E. Cancela, A. Castanheira, A. Silva, C. Casimiro*, J. Leitão J*, T. Carvalho**, A. Caldas
Hospital S. Teotónio, Viseu; Serviço de Gastrenterologia, Serviço de Cirurgia I*, Serviço de Anatomia Patológica**

A doença peri-anal (DPA) pode surgir associada à colite ulcerosa (CU) embora seja pouco frequente e obrigue a repensar o diagnóstico, sobretudo quando se trata de doença fistulizante. Geralmente traduz uma doença severa subjacente e representa um problema terapêutico.

Homem de 62 anos, com pancolite ulcerosa que no quinto ano de evolução da doença surgiu com DPA severa e incapacitante. Durante 4 anos, apresentou doença activa. Nesse período introduziu-se azatioprina, suspensa por hepatite tóxica. Em Janeiro 2005 apresentou DPA - abscesso nadegueiro. Recorreu ao Serviço de Urgência, fez drenagem cirúrgica e foi medicado com metronidazol. Em Março foi internado por agudização da CU, abscesso e fistulas peri-anais. Realizou estudo complementar, do qual destacamos RMN (observadas duas locas abcedadas e uma fistula) e colonoscopia com biópsias (compatível com CU). Efectuou exploração cirúrgica com colocação de Setons. Iniciou Infliximab (INF). Melhorou. No início de Maio fez a 2ª infusão INF. Após a 2ª infusão de INF foi internado por colite severa a CMV. Medicado com ganciclovir, apresentou boa resposta clínica, com negativação do DNA do CMV. Em Julho e Setembro fez INF, apresentando melhoria da actividade da CU e da DPA. Em Outubro foi internado por colite severa. Após excluída a etiologia infecciosa instituiu-se corticoterapia com resposta favorável. Em Novembro foi internado por colite fulminante. Sem resposta à terapêutica. Foi submetido a colectomia total e ileostomia. O diagnóstico histopatológico foi pancolite ulcerosa, sem displasia e sem inclusões de CMV. Três meses após a cirurgia o doente estava bem.

Salienta-se: 1. Singularidade do caso; 2. Dificuldade da terapêutica médico-cirúrgica que teve como alvos controlar a doença de base, evitar a sépsis pélvica e preservar a função do esfíncter; 3. Colite a CMV no contexto da CU sob terapêutica com agentes biológicos.

9. ÚLCERA DO RECTO COMO COMPLICAÇÃO DE HEMORROIDOPEXIA DE LONGO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Folgado Alberto1, A. Godinho2, H. Garcia3, E. Cruz1, J. Ramos de Deus1

1Serviço de Gastrenterologia, 2Serviço de Cirurgia A, 3Serviço de Cirurgia C; Hospital Fernando Fonseca

A hemorroidopexia circular de Longo é actualmente uma das técnicas utilizadas com frequência progressiva no tratamento da doença hemorroidária de grau III ou IV, apresentando menor morbidade e menor tempo de recuperação pós operatória que a hemorroidectomia convencional. As complicações de ambas as técnicas são semelhantes sendo as mais frequentes a hemorragia pós operatória, seguido de impactação fecal, abscesso ou infecção e muito raramente lesão de esfíncter, deiscência da sutura ou estenose.

Apresentamos o caso de um homem de 31 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, submetido a hemorroidopexia de Longo por hemorróidas grau IV, sem complicações imediatas. Teve alta 24 horas após o procedimento cirúrgico. Recorreu ao Serviço de urgência 6 dias após a cirurgia, por rectorragias e dor anal, sem anemia ou instabilidade hemodinâmica. Fez-se revisão da hemostase observando-se pequena zona de necrose com hemorragia; foi feita hemostase com vycril eficaz, tendo alta no dia seguinte. O doente regressa ao SU menos de 24 horas depois com rectorragias, hipotensão e anemia (9.9g/dL). A nova revisão da cirurgia mostra os mesmos achados e realiza-se nova hemostase e tamponamento. Por manter rectorragias, dor, anemia de 6.8g/dL e instabilidade hemodinâmica é realizada rectosigmoidoscopia que mostra a jusante da anastomose até à margem anal, úlcera escavada com desnudamento da mucosa, ocupando 2/3 da circunferência, com coágulo aderente num dos bordos. Fez terapêutica com adrenalina. O doente teve alta 3 dias depois com hemoglobina de 11.4g/dL, sem nova recidiva hemorrágica.

10. PNEUMATOSIS INTESTINALIS – A PROPÓSITO DE UM QUADRO SUBOCLUSIVO

Emile Mende, Diogo Cabrita, Carlos Magalhães, Carlos Janelas

Serviço de Cirurgia 2, Hospital dos Covões, Coimbra. Dir.: Dr. C. Janelas

Apresenta-se neste poster o caso de uma mulher de 47 anos que recorreu ao serviço de urgências com um quadro de dor abdominal difusa com náuseas e paragem do trânsito intestinal com 48 horas de evolução. Ao exame objectivo apresentava um abdómen difusamente timpanizado com redução dos ruídos hidro aéreos, sem sinais de irritação peritoneal. Nos antecedentes pessoais destaca-se uma depressão nervosa medicada com doses elevadas de neurolepticos e uma cirurgia de urgência realizada 2 meses antes por um volumoso Cistoadenoma seroso do ovário esquerdo. No rx simples do abdómen em pé feito a entrada, observou-se uma intensa distensão intestinal envolvendo o cólon e o delgado, sem níveis hidro aéreos. Perante esse quadro, optou-se pelo internamento, ficando a doente em pausa alimentar, com sonda naso gástrica em drenagem passiva e soroterapia endovenosa.

3 dias após o internamento a doente continuava a apresentar uma marcada distensão abdominal já com alguns sinais de irritação peritoneal, pelo que se optou por realizar uma laparotomia exploradora onde se observou a presença massiva de bolhas de gás em localização subserosa a nível do cólon, ileon e jejuno distal, algumas delas comunicando com aderências. Face a essa situação característica duma pneumatosis intestinalis, fez-se lise de aderências e biopsia da parede duma das bolhas. Após a cirurgia, iniciou-se um tratamento com metronidazole, oxigenoterapia por sonda nasal, um regime alimentar sem resíduos e pobre em hidratos de carbono, e suspensão dos neurolepticos, conforme as recomendações da literatura (le e al 2003).

A paciente permaneceu ainda internada 8 dias, observando-se uma resolução completa do quadro inicial. De lembrar que a pneumatosis intestinalis é uma entidade clínica rara e habitualmente assintomática (Boerner e al, 1996), cuja fisiopatologia não esta completamente definida, sendo descritas numerosas etiologias, desde a associação com a bronquite crónica ate ao uso de neurolépticos (Gagliardi e al, 1999) em algumas formas secundárias.

O Diagnóstico é difícil e feito através da radiografia, TAC ou ainda endoscopia. No entanto, o recurso a laparotomia pode ser necessário quando a sintomatologia o justifica, confirmando-se assim o diagnóstico.

O tratamento habitual é médico tendo como objectivo a redução da produção gasosa bacteriana usando a medicação acima referida.

Em conclusão, este trabalho mostra que embora rara e muitas vezes assintomática, a pneumatosis intestinalis entra no diagnóstico diferencial dos quadros subocclusivos e, quando conhecida permite um tratamento adequado e eficaz para o doente.

11. ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA: UMA ALTERNATIVA SEGURA NA TERAPÊUTICA DA FISSURA ANAL CRÓNICA.

Tejerina A, Malaquias J1, Matos H1, Girão J1, Ferreira C2, Martinho D, Leda L1, Bicha Castelo H.1

¹Clinica Universitaria de Cirurgia II, ²Gastreterologia. Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução: A fissura anal crónica idiopática é uma pequena úlcera superficial linear/elíptica, no canal anal, distal à linha pectínea. A patogenia da fissura anal crónica idiopática é multifactorial. Na literatura são habitualmente referidos a hipertonia do esfíncter anal interno, a vascularização inadequada da comissura posterior, miosite e lesão endotelial. É uma entidade clínica frequente e deve-se considerar no diagnóstico diferencial de dor anal. Para poder fazer o diagnóstico de Fissura Anal Crónica o doente deve apresentar uma ulceração linear/elíptica ao nível da comissura anal posterior/anterior, com queixas de proctalgia e/ou rectorragias durante ou após defecação, pelo menos durante 2 meses.

A utilização da toxina botulínica é uma alternativa não cirúrgica e reversível no tratamento da fissura anal, apresentando uma morbidade menor do que a esfíncterotomia. A terapêutica standard para o tratamento definitivo da fissura anal crónica, continua a ser cirúrgica, devido ao maior índice de recidivas que ocorrem com a esfíncterotomia química.

Objectivo: Avaliar a nossa experiência com a utilização da toxina botulínica no tratamento da fissura anal crónica.

Material e Métodos: Foram incluídos 53 doentes, com fissura anal crónica, avaliados e tratados na Consulta de Coloproctologia. Em todos foram utilizadas 30 unidades de toxina botulínica A (BT-A), sendo o total da dose injectada nos dois quadrantes da metade anterior do esfíncter anal interno.

Resultados: O tempo médio de seguimento após a administração de BT-A foi de 7,0+5,6 (1-24) meses. Os doentes apresentavam uma média de idades de 47,9+14,6 (20-83) anos, sendo 68,5% do sexo feminino. A dor+hemorragia foi a sintomatologia mais frequente 65% dos casos, sendo a localização posterior (83%) predominante. A optimização da resposta à terapêutica foi conseguida aos 6 meses, com 81% das fissuras totalmente epitelizadas e 90,5% dos doentes assintomáticos. Um doente apresentou trombose hemorroidária após a terapêutica e dois tiveram uma incontinência transitória. Em apenas três casos foi necessário realizar cirurgia por persistência da sintomatologia.

Conclusão: Na nossa experiência, a toxina botulínica demonstrou ser uma terapêutica eficaz, sem morbidade significativa, de fácil execução técnica, sendo uma alternativa terapêutica eficaz e segura, no tratamento da fissura anal crónica.

12. UM CASO DE PNEUMATOSIS COLI

S. Alves, S. Lopes, L. Tomé, H. Gouveia, M.C. Leitão

Serviço de Gastreterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A pneumatosis cystoides intestinalis é uma entidade rara, de etiologia não esclarecida e que se caracteriza pela presença de múltiplas estruturas quísticas com conteúdo gasoso a nível da submucosa e subserosa da parede do tracto gastrointestinal. Encontra-se limitada ao cólon em 6% dos casos, designando-se então de pneumatosis coli. Existem várias condições associadas a esta entidade, sendo considerada idiopática em 20% dos casos.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, de 70 anos de idade, portadora de doença pulmonar obstrutiva crónica com bronquiectasias, que realizou colonoscopia esquerda no ambulatório por queixas de obstipação, tendo-se observado um pólipso na sigmóide. Foi referenciada ao nosso Serviço para realização de colonoscopia total com polipectomia, a qual revelou numerosas formações proeminentes, de dimensões variáveis, recobertas por mucosa de aspecto endoscópico normal e com conteúdo gasoso, confirmado pelo seu esvaziamento após picada com agulha de escleroterapia. Estas formações localizavam-se no cólon ascendente e transversal proximal. O pólipso referido tinha cerca de 5 mm foi excisado, tratando-se de um adenoma tubular com displasia ligeira. Dado o facto de não apresentar sintomatologia significativa, foi orientada para seguimento regular na Consulta Externa de Gastreterologia. Apresenta-se a iconografia da colonoscopia.

13. AVALIAÇÃO DA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA – ESTUDO COMPARATIVO DE TRÊS TÉCNICAS

Gil Faria, Herculano Moreira, Humberto Cristino, Filipa Flor de Lima, Rui Lopes, A. Carlos Saraiva
Serviço de Cirurgia Geral, Hospital de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Objectivo: Avaliar as complicações da hemorroidectomia com Ligasure®, com uma técnica clássica (Milligan-Morgan) e da hemorroidopexia (técnica de Longo).

Métodos: Estudo retrospectivo, com entrevista aos doentes, de uma amostra de 116 doentes submetidos a hemorroidectomia (48 casos por técnica com Ligasure® e 38 com técnica de Milligan-Morgan) e a hemorroidopexia (30 casos com técnica de Longo) no período compreendido entre Julho de 2003 e Março de 2006. Os parâmetros avaliados foram: dor, hemorragia pós-operatória, retenção urinária, prolapso mucoso residual, estenose anal, incontinência e grau de satisfação global.

Resultados:

Complicações	Ligasure® (n=48)	Longo (n=30)	Milligan-Morgan (n=38)
Dor			
Uso de analgesia suplementar	12 (25,0%)	9 (26,7%)	13 (34,2%)
Intensidade: 0-4 (média)	2,04	1,78	2,29
Hemorragia pós-operatória	2 (4,1%)	1 (3,3%)	4 (10,5%)
Retenção urinária	3 (6,2%)	1 (3,3%)	3 (7,8%)
Prolapso mucoso residual	3 (6,2%)	3 (10,0%)	5 (13,1%)
Estenose anal	1 (2,0%)	0	0
Incontinência anal (gases)	3 (6,2%)	3 (10,0%)	5 (13,1%)
Satisfação global			
Satisfeito / Muito satisfeito	44 (92%)	26 (87%)	36 (95%)

Conclusão: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as três técnicas de terapêutica cirúrgica da doença hemorroidária para nenhuma das complicações avaliadas. As três técnicas estudadas parecem ser igualmente eficazes e seguras no tratamento cirúrgico desta patologia.

14. PÓLIPO VERDADEIRAMENTE COMPLICADO

R Ramos; M Herrera, D Cruz; P Duarte; C Vicente; C Casteleiro Alves
Serviço de Gastrenterologia. Centro Hospitalar Cova da Beira

A colonoscopia com polipectomia representa uma ferramenta tão poderosa no arsenal terapêutico da Gastrenterologia, permitindo prevenir a morbidade e mortalidade por cancro do cólon. As principais complicações das polipectomias ou mucossectomias trans-endoscópicas são, sobretudo, a hemorragia e a perfuração.

Os autores apresentam o caso de uma doente, de 68 anos, que realizou uma colonoscopia por queixas de obstipação crónica, tendo sido detectado um pólipó sésil/plano de 18mm de dimensão ao nível do ascendente médio tendo sido realizada polipectomia por fragmentação, com prévia injeção de adrenalina (1cc-1:10000), em vários pontos na base do pólipo. Após excisão de um dos fragmentos ocorreu pequena hemorragia. Foram recuperados vários fragmentos para análise histológica.

Uma semana após a terapêutica endoscópica inicia quadro de hematoquésias que motivaram recurso ao Serviço de Urgência. À entrada estava hemodinamicamente estável, com Hb- 10,4; realizou nova colonoscopia que mostrou resíduos hemáticos ao longo da totalidade do cólon, a dificultar a visualização da mucosa. Por dificuldade na visualização da mucosa, fez preparação para colonoscopia e efectuou novamente o exame no dia seguinte, que mostrou mucosa do cólon direito muito congestionada e ulcerada, sugestiva de colite isquémica, cuja histologia confirmou o diagnóstico.

Após melhoria clínica, teve alta, tendo realizado colonoscopia de controlo 1 mês após polipectomia que mostrou ao nível do ascendente uma estenose infranquiável pelo endoscópio. Tem trânsito intestinal diário, embora tenha queixas de dor abdominal, pelo que se marcou dilatação endoscópica com balão a realizar nos próximos dias.

15. A INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES NO CCR ESPORÁDICO E NO SÍND. DE LYNCH: PADRÃO CLÍNICO-PATOLÓGICO DISTINTO NAS DUAS ENTIDADES?

André Magalhães, Elisabete Barbosa, Manuela Baptista, J. Pinto de Sousa, Cardoso de Oliveira
Hospital de São João – Porto. Serviço de Cirurgia Geral

Introdução: A instabilidade de microssatélites (IMS) está presente em cerca de 90-95% dos casos de Síndrome de Lynch e em 15% dos CCRs (Cancro Colo-rectal) esporádicos. Permanece por definir se a IMS está associada a um padrão clínico-patológico distinto, conforme aparece no contexto de Síndrome de Lynch ou CCR esporádico.

Material e Métodos: Dos doentes seguidos, na nossa consulta, por CCR foram seleccionados 31 casos com IMS confirmada. Definiram-se dois grupos: (1) Síndrome de Lynch – 13 casos; (2) CCR esporádico – 18 casos. Nos dois grupos procedemos à comparação dos seguintes dados clínicos e patológicos: idade, sexo, localização do tumor, grau de diferenciação, forma macroscópica, maior dimensão, padrão de crescimento, infiltrado linfóide, desmoplasia, invasão da parede, metastização ganglionar, invasão linfática e venosa

Resultados: Os 31 doentes com CCR apresentavam uma idade média de $52,2 \pm 18$ anos, sendo 16 mulheres e 15 homens. A idade média dos doentes no grupo 1 ($40,2 \pm 15,1$ anos) foi menor que no grupo 2 ($60,9 \pm 15,0$ anos) [$p=0,001$]; 75% dos tumores no grupo 1 eram úlcero-vegetantes e 46,7% do grupo 2 eram ulcerados [$p=0,012$]. A distribuição dos casos segundo os restantes parâmetros não revelou diferenças com significado estatístico, sendo de realçar que todos os carcinomas do recto pertenciam ao grupo 2 (5/0) e que apenas no grupo 1 surgiram carcinomas mucinosos (4/0).

Conclusão: De acordo com os resultados na nossa série, a IMS não está associada a um padrão clínico-patológico distinto conforme aparece no contexto de Síndrome de Lynch ou CCR esporádico.

16. TUMOR BENIGNO DO CÓLON – UM CASO CLÍNICO

P. Ferreira, T. Alves da Silva, A. André, C. Trindade, E. Paixão, J.P. Fontinha, M. Morales, G. Santos, L. Cortês, L. Mendonça
Grupo de Cirurgia Colo-rectal, Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 58 anos com hematoquésias.

Realizou-se colonoscopia que revelou lesão polipoide do cólon ascendente ocupando a totalidade do lúmen, demasiado grande para ressecção endoscópica. O exame citopatológico das biopsias efectuadas foi inconclusivo.

Foi efectuada TC abdominal que revelou formação expansiva de morfologia oval medindo $8 \times 3,3$ cm com densidade de gordura, homogénea no cólon ascendente, sugerindo lipoma invaginado.

Foi submetido a hemicolectomia direita, tendo-se constatado a presença de uma massa alongada no cólon direito, que se estendia distalmente.

Histologicamente tratava-se de lipoma submucoso com focos de mucosa ulcerada e alterações hiperplásticas.

Seis meses após a cirurgia, o doente está assintomático.

Os lipomas do cólon são tumores relativamente raros na prática clínica. Constituem no entanto os segundos tumores benignos mais frequentes no cólon, após os pólipos hiperplásticos, tratando-se dos tumores intramurais mais comuns. Ocorrem com maior frequência na 5ª a 6ª décadas de vida e no sexo feminino. São tumores bem diferenciados, tendo origem nos depósitos de tecido adiposo do tecido conjuntivo da parede intestinal (90% submucosos, 10% subserosos).

A maioria dos lipomas do cólon são assintomáticos, não requerem tratamento. No entanto, com dimensões superiores a 2cm podem causar sintomas, sendo a dor abdominal, hematoquésias e a oclusão intestinal os mais frequentes.

17. MUCOSECTOMIA BAIXA EM ADENOMA DO RECTO VOLUMOSO

R Gradiz, P Amaro, H Gouveia, MC Leitão

Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

Sexo feminino, 77 anos com formação polipóide polilobulada com cerca de 10cm, ocupando 2/3 da circunferência luminal, situada a nível da transição recto-sigmóide (foto 1), identificada histologicamente como adenoma tubulo-viloso com focos de displasia de alto grau.

Efectuou-se excisão fragmentada com ansa hexagonal. No final constatou-se excisão completa (foto 2, porção proximal e foto 3, porção distal), com escara sem hemorragia ou sinais de perfuração.

18. APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA COLO-RECTAL

R. Gradiz¹, L. Rito², A Teixeira², H Gouveia¹, M.C. Leitão¹

¹Serviço Gastrenterologia HUC, ²Serviço Hematologia HUC

Sexo masculino, 65 anos, astenia, dores no hipocôndrio direito. Sem outras queixas. Sem antecedentes relevantes. Analiticamente: TGO 68, ureia 67, VS 62. TAC abdominal: adenopatias abdominais, suspeita de linfoma. Consulta de Hematologia: adenopatias cervicais palpáveis. Citologia: metástases de carcinoma. Biópsia óssea e mielograma normais. Proteínograma, virologia e serologia negativas. TAC: conglomerado adenopático lombo-aórtico, espessamento circunferencial parede recto. Queixas de falsas vontades. Colonoscopia: lesão suspeita aos 8 e os 30 cm da margem anal. Biópsia: adenocarcinomas invasores síncronos de baixo grau (II) do cólon. Adenopatias supra-claviculares esquerdas. Biópsia: metástases de adenocarcinoma colo-rectal. PET: alterações hipermetabólicas no recto, em múltiplas adenopatias supra e infra-diafragmáticas e no corpo de L3. Proposto para QT neo-adjuvante e RMN à coluna lombar.

19. É NECESSÁRIO MARGEM DISTAL MAIOR QUE 1 CM NOS CARCINOMAS DO TERÇO INFERIOR DO RECTO?

A. Duarte, C. Uriarte, T. Lindo, F. Manata, J. Pimentel e F. J. Oliveira

Hospitais da Universidade de Coimbra – Serviço de Cirurgia I (Director: Prof. Doutor Fernando José Oliveira)

Introdução: A necessidade de restabelecer a continuidade intestinal tem levado a uma diminuição progressiva da margem de ressecção distal (MD) nos tumores do terço inferior do recto.

Objectivos: O objectivo deste estudo foi avaliar em que medida uma margem distal ≤ 1 cm, pode influenciar, de forma negativa, a evolução clínica oncológica dos doentes.

Métodos: Entre Janeiro de 1998 e Abril de 2004, foram tratados com intenção curativa 83 doentes. Em todos foi realizada ressecção anterior do recto com excisão total do mesorrecto. Destes 17 (20,5%) apresentavam MD ≤ 1 cm e 66 (79,5%) MD > 1 cm. O follow-up mínimo foi de 24 meses.

Resultados: A recorrência local nos 83 doentes foi de 7,2%. No grupo com MD > 1 cm a taxa de recorrência local foi de 7,5% (5 doentes) e no grupo com MD ≤ 1 cm de 5,8% (1 doente).

Conclusões: Os nossos resultados sugerem que a cirurgia radical com MD ≤ 1 cm pode não influenciar os resultados de forma negativa se as margens distais e circunferenciais do mesorrecto estiverem livres de invasão tumoral

20. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DO CARCINOMA COLORRECTAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE DUAS DÉCADAS CONSECUTIVAS

J Pinto de Sousa, E Barbosa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

Introdução: O carcinoma colorrectal tem sofrido variações epidemiológicas, clínicas e patológicas ao longo dos anos. O objectivo deste estudo prendeu-se com a análise da variação do carcinoma colorrectal numa única instituição ao longo de duas décadas.

Material e Métodos: O estudo retrospectivo é relativo a 1147 doentes internados no Serviço de Cirurgia entre Janeiro de 1984 e Dezembro de 2003. Os casos de carcinoma colorrectal foram divididos em dois grupos, correspondentes a dois períodos consecutivos de 10 anos: 1984-1993 (n=404) e 1994-2003 (n=743). Foram analisados e comparados entre os dois grupos os seguintes parâmetros: percentagem de ressecabilidade, sexo e idade dos doentes, a presença de oclusão intestinal, localização tumoral, classificação de Dukes, mestastização ganglionar, invasão venosa, grau de diferenciação, forma macroscópica, desmoplasia e infiltrado linfocitário.

Resultados: Neste estudo observaram-se diferenças com significados estatístico na comparação entre os dois grupos na percentagem de ressecabilidade ($p < 0,001$), na localização tumoral ($p = 0,012$), na classificação de Dukes ($p < 0,001$), na invasão venosa ($p < 0,001$), no grau de diferenciação ($p < 0,001$), na desmoplasia ($p = 0,02$) e no infiltrado linfocitário ($p < 0,001$).

Conclusões: O presente estudo identificou variações significativas no padrão clínico e epidemiológico do carcinoma colorrectal que apontam no sentido da maior agressividade biológica dos tumores e no do melhor estadiamento daquelas neoplasias.

21. O SIGNIFICADO BIOLÓGICO DAS ALTERAÇÕES DO P53 NO CARCINOMA COLORRECTAL

E Barbosa, J Pinto de Sousa, C Saraiva, M Cardoso de Oliveira.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João

Introdução: As mutações do gene P53 são das alterações genética mais frequentemente encontradas nos carcinoma humanos. Este estudo teve como objectivo avaliar o significado biopatológico da proteína p53 no carcinoma colorrectal.

Material e Métodos: O estudo retrospectivo é relativo a 100 casos de carcinoma colorrectal operados no Serviço. Foram excluídos do estudo 5 casos considerados inconclusivos. Os restantes casos foram classificados em positivos (n=50) e negativos (n=45). Foram estudados em análise univariada e em análise multivariada (regressão logística) vários parâmetros clínico-patológicos do carcinoma colorrectal. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

Resultados: Neste estudo a presença de p53 foi detectada em 50 casos de carcinoma colorrectal (52,6%). A expressão de p53 associou-se de forma significativa com a invasão venosa ($p = 0,005$) e com o grau de diferenciação ($p = 0,049$).

Conclusões: Este estudo é concordante com a noção relativa à elevada frequência de alterações do P53 no carcinoma colorrectal e com o valor desta alteração genética na identificação da natureza agressiva daquele subgrupo de tumores.

22. RELAÇÃO DOS MARCADORES SEROLÓGICOS ASCA/P-ANCA COM O FENÓTIPO E PROGNÓSTICO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

P. Peixoto, A. Sadio, P. Ministro, E. Cancela, A. Castanheira, A. Silva, A. Caldas
Serviço de Gastrenterologia do Hospital S. Teotónio, Viseu

Introdução: Apesar dos testes serológicos – ASCA (anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies) e p-ANCA (perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies) – serem considerados úteis no diagnóstico diferencial entre Colite Ulcerosa (CU) e Doença de Crohn (DC), a sua associação com fenótipos e prognóstico da Doença Inflamatória Intestinal (DII) é controversa. A história natural da DC e da CU está associada ao desenvolvimento de complicações e necessidade de recurso à cirurgia em alguns doentes. A possibilidade de, na altura do diagnóstico, identificar o risco de cada doente permitiria a implementação de estratégias terapêuticas mais agressivas.

Objetivos: Determinar a capacidade discriminativa dos anticorpos ASCA (IgA ou G) e p-ANCA em relação ao fenótipo e prognóstico dos doentes com DII.

MATERIAL e MÉTODOS: Estudo retrospectivo baseado na consulta de processos clínicos. Foram incluídos 89 doentes, com follow-up superior a 5 anos, 38 dos quais do sexo masculino (49%), 49 doentes com DC (55,1%) e 40 com CU (44,9%), todos eles com determinação, na altura do diagnóstico, dos marcadores serológicos ASCA/p-ANCA. Idade média±desvio padrão: 43±16 anos. Foram avaliados os seguintes parâmetros: localização da doença, comportamento da DC de acordo com classificação de Vienna, evolução clínica (remissão, crónica intermitente e contínua), necessidade de cirurgia e de tratamento com imunossuppressores (IS) e/ou terapia biológica (TB). A base de dados e a análise estatística foi efectuada com o suporte de software do SPSS 13,0 (teste χ^2 , $p < 0,05$ para relação estatisticamente significativa).

Resultados: Localização DC: Ileocolite 16, Colite 16 (7 total, segmentar 5, esquerda 3, proximal 1), Ileíte 15, TGI superior 2; localização CU: proctossigmoidite 17, colite extensa 12, colite esquerda 6, proctite 5. Comportamento DC: penetrante 19, não penetrante-não estenosante 18, estenosante 12. Cirurgia: 23 doentes (25,8% - todos os doentes com DC). Tratamento imunossupressor: 15 doentes (16,8%). Vinte e sete doentes eram ASCA+ (26 DC/ 1CU) e 10 p-ANCA+ (0 DC/10CU). Os doentes com CU/p-ANCA+ tiveram maior prevalência de colite extensa que os doentes com p-ANCA- (70%vs 30%, $p < 0,05$). A DC com comportamento penetrante foi mais prevalente nos doentes ASCA+ (85%vs 14%, $p < 0,05$). 70% dos doentes com DC/ASCA+ foram submetidos a intervenção cirúrgica VS 30% dos doentes ASCA- ($p < 0,05$). A necessidade de tratamento com IS e/ou TB nos doentes com DC/ASCA+ em relação aos ASCA- foi maior (82% vs 18%, $p < 0,05$).

Conclusão: Na população estudada, a positividade dos ASCA correlacionou-se com o comportamento da doença penetrante bem como com uma maior gravidade da doença traduzida por necessidade de cirurgia e de tratamento com IS e/ou TB. Relativamente à colite ulcerosa, a positividade p-ANCA associou-se a colites extensas.

23. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL NO SÉCULO XXI – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

A. Sadio, P. Peixoto, P. Ministro, E. Cancela, A. Castanheira, A. Silva, A. Caldas
Serviço de Gastrenterologia do Hospital S. Teotónio, Viseu

Objetivos: Caracterizar clinicamente a Doença Inflamatória Intestinal (DII) – Doença de Crohn (DC) e Colite Ulcerosa (CU) - diagnosticada entre 2000 e 2006.

Material e Métodos: Estudo descritivo, prospectivo, que englobou todos os doentes com idade \geq a 18 anos diagnosticados na consulta de DII entre Janeiro de 2000 e Setembro de 2006, mediante protocolo pré-definido. A base populacional do hospital engloba 318.904 habitantes (Census 2001). A base de dados e a análise estatística foram efectuadas com recurso ao software SPSS 13.0.

Resultados: Durante o período do estudo, foram diagnosticados 93 doentes com DII: 44 (47.3%) com CU, 46 (49.5%) com DC e 3 (3.2%) com colite indeterminada.

O diagnóstico de novos casos/ano/100 000 habitantes variou entre 1.9 e 6.9.

Distribuição por sexos: 43% (40) homens e 57% (53) mulheres, com uma relação mulher/homem de 1,3:1.

Idade média de apresentação da DII: 40 anos \pm 17 (CU: 45 \pm 13; DC: 31 \pm 17).

Idade média de diagnóstico: 41 \pm 17 (CU:47 \pm 13;DC:33 \pm 17),

Intervalo médio para diagnóstico: 15 \pm 28 meses (DC: 16 meses e CU: 14 meses).

Forma de apresentação: DC - abdominal (dores abdominais/diarreia) 32,6%, constitucional (emagrecimento/ anorexia) 8,7%, abdominal + constitucional 28,3%, abdómen agudo 13%, anemia 8,7%, dça anal 4,3%, massa abdominal 2,2%, rectorragias/tenesmo 6,5%, queixas urinárias 4,3%, aftas 4,3%, queixas dispepticas 2,2%, eritema nodoso 2,2%; CU - rectorragias/tenesmo 70,5%, dores abdominais 18,2%, emagrecimento/anorexia 6,8%, dores abdominais + emagrecimento 2,3%, anemia 2,3%, artrite periférica 2,3%.

Localização da Doença: CU - proctite 15,2%; protosigmoidite 41,3%, colite esquerda 15,2%, colite extensa 28,3%; DC - ileíte 40,9%, colite 27,3%, ileocolite 27,3%, tubo digestivo superior 4,5%.

Localização da colite na DC: total 32%, proximal 24%, segmentar 28% e esquerda 16%.

Comportamento da DC (classificação de Viena): não estenosante-não penetrante - 41,3%, estenosante - 19,6% e penetrante - 39,1%.

Terapêutica cirurgia (\geq 1): 21 doentes DC (45,7%), 1 doente CU.

Motivo da cirurgia: DC- fistulas abdominais (38%), abscessos abdominais (33,3%), estenoses (28,5%), perfuração (9,5%), fistula perianal (14,2%); CU- refratariedade à terapêutica médica.

Necessidade de corticoterapia: 58%.

Medicação actual: aminossalicilatos - 81,7%, azatioprina 11,8 %, infliximab + azatioprina - 5,4%, infliximab + aminossalicilatos - 1,1 %.

Evolução: remissão clínica - 73,1%, crónica intermitente - 21,5%, crónica contínua - 5,4%.

Conclusões: As características clínicas deste grupo de doentes são semelhantes às de estudos realizados noutros centros. O diagnóstico de novos casos tem vindo a aumentar no período temporal a que nos reportamos, não querendo com isto inferir que haja aumento da incidência, uma vez que este não é um estudo epidemiológico.

Apesar de todos os meios diagnósticos ao nosso dispor, e da relativa facilidade de acesso a consultas da especialidade, o tempo entre a apresentação inicial e o diagnóstico ainda é demasiado longo.

É necessário manter uma boa articulação com os cuidados de saúde primários para uma referenciação precoce dos doentes com sintomatologia associada à doença inflamatória intestinal.

24. RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL AOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL: DADOS PRELIMINARES

M. Ferreira, S. Mendes, X. Jorge, R. Mesquita, Z. Romão, A. Vale, E. Panão, M.J. Campos
Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: Em Portugal a mortalidade por Cancro Colo-Rectal (CCR) tem aumentado significativamente nas últimas décadas constituindo actualmente a principal causa de morte por cancro. O rastreio, através da colonoscopia, tem como objectivos a detecção e ressecção das lesões precursoras (pólipos adenomatosos) e detecção de cancros em fases precoces e curáveis.

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e a Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia têm procurado uma ampla divulgação junto da população, alertando para este problema de saúde pública e do benefício de aderir ao rastreio.

Objectivos: O Serviço de Gastreenterologia do nosso Hospital, associando-se às iniciativas destas Sociedades, e dentro das suas capacidades, iniciou um rastreio do CCR, com colonoscopia, aos funcionários da instituição. Pretendemos com este trabalho divulgar os dados preliminares deste programa iniciado em Novembro de 2004.

Material e Métodos: Sensibilização dos funcionários com idade igual ou superior a 50 anos, num universo de 640 indivíduos, através de uma campanha que consistiu em: nota informativa publicada na revista do Hospital, afixação de cartazes informativos em locais considerados alvo e contacto através de carta dirigida. O Serviço disponibilizou semanalmente a sala de colonoscopia da Unidade de Endoscopia. O pro-

grama consistiu na realização de videocoloscopia esquerda e sempre que as condições de preparação do cólon e a tolerabilidade ao exame o permitiram colonoscopia total. Quando justificado os indivíduos rastreados foram orientados para consulta de vigilância.

Resultados: Entre Novembro de 2004 a Outubro de 2006 foram efectuados 59 exames de rastreio, o que corresponde a 9,2% do universo de indivíduos a rastrear, 27 (45,8%) homens e 32 (54,2%) mulheres, com uma média de idades de 54,7 (\pm 4,9) anos. Grupo profissional: médicos: 8 (13,5%); enfermeiros: 14 (23,7%); auxiliares de acção médica: 10 (16,9%); administrativos: 9 (15,2%); outros: 18 (30,5%). Nível atingido na colonoscopia: descendente: 3 (5%), ângulo esplénico: 14 (23,7%), transverso: 9 (15,2%), ângulo hepático: 12 (20,3%), ascendente: 4 (6,7%), cego: 17 (28,8%). Foram detectados 20 pólipos em 19 (32,2%) doentes diferentes. O estudo histológico revelou: 6 (10,1%) indivíduos com pólipos hiperplásicos/inflamatórios; 7 (11,8%) com adenomas tubulares com displasia de baixo grau; 1 (1,7%) com adenoma tubulo-viloso com displasia de alto grau. Não diagnosticamos nenhum carcinoma. Não recuperamos para exame histológico: 4 pólipos. Dois minúsculos pólipos rectais com 2-3 mm de diâmetro foram fulgurados com árgon. O adenoma de risco foi identificado numa mulher de 50 anos com história familiar de CCR.

Conclusões: O rastreio do CCR no nosso hospital tem-se caracterizado por uma baixa adesão, à semelhança do que tem acontecido com outras iniciativas semelhantes. Pretendemos, no entanto, dar-lhe continuidade e intensificar a campanha de informação, já que a patologia encontrada até ao presente tem confirmado a sua utilidade.

25 - MICROCIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL – UMA OPÇÃO TÉCNICA

A. André, P. Ferreira, S. Rufino, C. Trindade, E. Paixão, M. Morales, JP Fontinha, G. Santos, L. Cortez.

Grupo do Andar Inframesocólico

Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Director: Dr. Mendonça Ferreira

Numa época em que os benefícios das técnicas minimamente invasivas se encontram estabelecidos, impõe-se a revisão de um procedimento introduzido na prática clínica por G. Buess em 1983 para tratamento local de lesões benignas e malignas precoces do recto: a Microcirurgia Endoscópica Transanal (Transanal Endoscopic Microsurgery – TEM).

Os resultados desta dependem de dois factores fundamentais: uma rigorosa selecção de doentes e uma técnica cirúrgica adequadamente executada.

A primeira baseia-se numa avaliação pré-operatória criteriosa, a segunda numa aquisição da capacidade de execução técnica, envolvendo material adaptado.

Uma vez garantidos estes pressupostos, a TEM permite oferecer uma alternativa eficaz, segura e minimamente invasiva a doentes com lesões do recto.



OBSERVATÓRIO DA INTERNET

www.spcoloprocto.org

o novo portal da Internet da SPCP

O Site da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia foi actualmente 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 dedi-

cadas 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**.



NOTÍCIAS

XVI Congresso Nacional de Coloproctologia – Porto 2006

A SPCP organiza, como habitualmente, o seu Congresso Nacional. Este ano decorre no Porto, no Hotel Meridien, nos dias 29 e 30 de Novembro. Os temas principais propostos serão a doença inflamatória intestinal, as doenças vasculares do intestino e as controvérsias em Coloproctologia.

Site da SPCP

O Site da SPCP vai ser remodelado. Está prevista para o final de Julho de 2006 a entrada em funcionamento do novo portal.

Prémio Altana 2006

Como habitualmente, haverá em 2006 o prémio Altana, destinado a premiar o melhor trabalho realizado em instituições nacionais sobre Coloproctologia. O Regulamento está publicado em secção destacada desta revista.

Bolsa de Estudo da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

Regulamento:

Art. 1º - A Sociedade Portuguesa de Coloproctologia (SPC) cria uma Bolsa de Estudo a atribuir aos Sócios e Membros associados.

Art. 2º - A Bolsa de Estudo destina-se a subsidiar estágios no País, ou no País e no Estrangeiro, com duração de 30 a 90 dias.

Art. 3º - O valor pecuniário será estabelecido, em cada ano, pela Direcção e será entregue ao candidato de uma só vez ou em fracções.

Art. 4º - As candidaturas, dirigidas à Direcção da SPC, deverão dar entrada anualmente até 30 de Agosto.

Art. 5º - O Júri será constituído por 5 elementos da Direcção da SPC. Os elementos do Júri não poderão candidatar-se à Bolsa.

Art. 6º - O processo de candidatura deverá incluir:

a) *Curriculum Vitae* (6 exemplares) no máximo de quatro fol-

has tamanho A4.

b) Indicação do Centro ou Serviço a que se candidata, onde conste a motivação assistencial e/ou científica responsável pela escolha.

c) Plano circunstanciado do estágio a realizar e uma previsão orçamental discriminada dos custos (6 exemplares).

d) Documento comprovativo e aceitação do Centro ou Serviço a que se candidata.

e) Documento comprovativo de concordância do Director do Serviço a que pertence, excepto se não pertencer à carreira hospitalar.

f) Declaração do candidato na qual se compromete a repor o valor pecuniário da bolsa se não realizar estágio.

Art. 7º - Será elemento de valorização para o Júri a proposta de estágio para aprendizagem de novas técnicas de diagnóstico e/ou tratamento.

Art. 8º - O Júri seleccionará entre as candidaturas o projecto premiado e comunicará a sua decisão ao candidato.

Art. 9º - O candidato seleccionado deverá confirmar por escrito a aceitação da Bolsa, de acordo com condições que a regulam.

Art. 10º - A divulgação da atribuição da Bolsa será efectuada no Congresso Nacional de Coloproctologia.

Art.11º - Deverá ser enviada à Direcção da SPC, no prazo de um mês, um relatório final sobre as actividades desenvolvidas durante o estágio que, no mínimo, deverá mencionar:

- Aprendizagem de novas técnicas ou aperfeiçoamento das já conhecidas.

- Conhecimento de novas linhas de investigação e possibilidade de aplicação ao seu local de trabalho.

- Benefícios para os seus conhecimentos e actividade profissional.

Art.12º - O Candidato que não cumpra o programa definido deve apresentar justificação por escrito para esse facto. Compete à Direcção da SPC decidir sobre a reposição total ou parcial da verba atribuída.



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 therapy*. 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.