

# REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

ANO 1 - VOL.1 - Nº 1

JANEIRO / ABRIL 2004

# REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

Nº1 . JANEIRO / ABRIL 2004

<b>Editorial / Editorial</b> <i>José Manuel Romãozinho</i>	7
<b>Congresso Português de Coloproctologia</b> Portuguese Congress of Coloproctology <b>20 e 21 de Novembro 2003, Porto</b>	8
<b>Resumo das Comunicações Livres</b>	9
<b>Posters</b>	20
<b>Vídeos</b>	42
<b>Artigo Original / Original Article</b> <b>Pesquisa de Mutações no Gene MYH em Doentes Portugueses com Polipose Adeno- matosa do Cólon. Novas Implicações Clínicas. (Prémio Altana 2003)</b> Research of MYH Gene Mutations in Portuguese Patients with Adenomatous Polyposis of the Colon. New Clinical Implications. <i>Glória Isidro, José Silva Ramos, Francisco Laranjeira, Fernando Regateiro, Júlio Leite, F. Castro e Sousa, José Soares, Clara Castro, João Gíria, Maria J. Brito, Ana Medeira, Ricardo Teixeira, Henrique Morna, Maria Guida Boavida.</i>	48
<b>Estado da Arte / State of Art</b> <b>Síndrome do Cólon Irritável.</b> Irritable Bowel Syndrome. <i>Diniz da Silva Freitas</i>	53
<b>Estado da Arte / State of Art</b> <b>Tratamento Cirúrgico das Metástases Hepáticas do Carcinoma Colo-Rectal</b> Surgical Treatment of Liver Metastasis in Colorectal Carcinoma <i>Francisco Castro e Sousa, Beatriz Pinto Costa</i>	70
<b>Normas de Publicação / Instructions to the Authors</b>	86

**FICHA TÉCNICA:** Revista Médica Quadrimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12º do D.R. nº 8/99 de Junho de 1999. Nºs avulsos: €10,00. Assinatura anual: €55,00 **Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Coloproctologia - Av. da República, 34, 1º - 1050-193 Lisboa - Tel.: 21 7986581/2 - Fax: 21 7986595 **Edição e Publicidade:** Heartbrain, Consultores em Comunicação - R. Diogo de Silves, 4B - 1400-107 Lisboa - Tel: 21 3020706 - Fax: 21 3020707 - email: heartbrain@iol.pt **Pré-Impressão:** NovaCinco, Serviços Informáticos, Lda. - Av. do Restelo, 35, 1º - 1400-314 Lisboa - Tel: 21 3031880 - Fax: 21 3031899 - email: geral@novacinco.pt **Impressão:** Krispress, Indústria Gráfica de Embalagem, Lda. - Tel: 21 9959900 - Fax: 21 9959912 - email: krispress@mail.telepac.pt

# SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

## ÓRGÃOS SOCIAIS

### ASSEMBLEIA GERAL

**Presidente:**

Henrique Bicha Castelo

**Vice-Presidente:**

António Araújo Teixeira

**Secretário:**

Alexandre Duarte

### DIRECÇÃO

**Presidente:**

José Manuel Romãozinho

**Presidente Eleito:**

António Carlos Saraiva

**Vice-Presidente:**

Antonino Gomes Camacho

**Secretário Geral:**

João Manuel Pimentel

**Secretário Geral Adjunto:**

Miguel Mascarenhas Saraiva

**Tesoureiro:**

José Eduardo Mendonça Santos

**Vogais:**

Alfredo Martins Barata

Anabela Rocha

António Bahudo

José Guilherme Tralhão

João José Pires Leitão

João Luís Ramos Deus

João Ricardo Teixeira

Manuela Ferreira

Pedro Correia Silva

### CONSELHO FISCAL

**Presidente:**

Fernando Tavela Veloso

**Vice-Presidente:**

Reinaldo Noronha

**Vogal:**

Adriano Paim



## EDITORIAL

Volvidos dezasseis anos sobre a criação da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia (SPC), vê a luz, enfim, o seu órgão oficial – a *Revista Portuguesa de Coloproctologia*. Longamente almejado, este projecto editorial visa servir de veículo ao pleno cumprimento dos preceitos estatutários da SPC, no que toca, nomeadamente, à promoção do desenvolvimento da Coloproctologia ao serviço da saúde da população portuguesa, através da difusão e actualização de conhecimentos, do incentivo ao trabalho assistencial, ensino e investigação clínica e experimental, e, bem assim, do fomento ao intercâmbio de ideias e experiências entre os diversos profissionais, nacionais e estrangeiros, ligados a esta actividade especializada.

Revestindo de início uma periodicidade quadrimestral, a *Revista Portuguesa de Coloproctologia* será gratuitamente distribuída a todos os sócios da SPC, bem como aos membros das Sociedades Portuguesas de Gastrenterologia e Cirurgia (e, ainda, às bibliotecas das Faculdades de Medicina e dos Hospitais e Centros de Saúde do continente e ilhas), em consonância, aliás, com a ideia fundadora primordial da SPC, qual seja, constituir um espaço privilegiado de diálogo entre aquelas duas especialidades. A *Revista Portuguesa de Coloproctologia* procurará naturalmente reflectir este espírito e, ademais, estimulá-lo, como é bem patente quer na composição do seu Corpo Editorial quer no conteúdo do seu primeiro número (e dos seguintes).

Origor científico do novel projecto editorial, estriba-se na comprovada competência e idoneidade do seu corpo de revisores, escolhido de entre os membros do Conselho Científico da *Revista Portuguesa de Coloproctologia*, para o qual foram convidados todos os integrantes, antigos e actuais, dos Corpos Sociais da SPC, desde que em actividade de funções, públicas e/ou privadas.

Repartindo-se por diversas secções - Editoriais, Estados da Arte, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Casos Clínicos, Instantâneos Imagiológicos, Cartas ao Editor, Dossiês Farmacêuticos, entre outras a criar no futuro - a *Revista Portuguesa de Coloproctologia* procurará agir de modo interactivo com o público-alvo, simultaneamente leitor e produtor do seu conteúdo, propiciando um estado constante de emulação sistemática e, decorrentemente, o atingir duma qualidade referencial que facilite a consolidação do projecto e a sua indexação ao *Index Medicus*.

Do exposto, fica a certeza que a *Revista Portuguesa de Coloproctologia* veio para ficar e, mais do que isso, para se impor no panorama editorial médico nacional, tanto quanto o prestígio e a vitalidade da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia seguramente atestam e predizem.

JOSÉ MANUEL  
ROMÃOZINHO 1

1. Director da *Revista Portuguesa de Coloproctologia*;  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

13º CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

PORTO

20-21 NOVEMBRO 2003

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

POSTERS

VÍDEOS



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

## Comunicações Livres

### 1. PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS NA PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO POR TUMORES COLORECTAIS

*J. Félix, J. Deus, N. Alves, R. Gorjão, P. Ratilal, E. Pires e L. Novais*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Fernando Pessoa

### 2. OSTOMIAS

*Abel Castanheira Vale, Artur Flores, Jesus Ventura, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, José Barbosa, Ana Maria Branco, Francisco Monteiro e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### 3. BOLSA CÓLICA TIPO COLOPLASTIA E BOLSA CÓLICA EM J NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO RECTO

#### Resultados clínicos de um estudo comparativo

*Pimentel J., Duarte A., Lindo T., Almeida, e Patrício J.*

Serviço de Cirurgia I - Hospitais da Universidade de Coimbra

### 4. NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA NEOPLASIA COLORECTAL EM OCLUSÃO

*Licinia Martins, António Manso, J. Guilherme Tralhão, Beatriz P. Costa, António Milheiro, Júlio S. Leite e F. Castro Sousa*

Serviço de Cirurgia III - Hospitais da Universidade de Coimbra

### 5. ANASTOMOSE COLO-RECTAL LATERO-TERMINAL versus TERMINO-TERMINAL

*Rui Ferreira de Almeida, Pedro Rodrigues, Marta Guimarães, Rosa Sousa, Américo Dias Pereira e Gil Gonçalves*

Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira

### 6. PAF ASSINTOMÁTICA DIAGNOSTICADA TARDIAMENTE

#### Estudo de um caso

*Luís Bernardo<sup>1</sup>, Armando S. Medeiros<sup>1</sup>, José Renato<sup>2</sup>, Luísa Mota Vieira<sup>3</sup>, Cristina Albuquerque<sup>6</sup>, Víctor Carneiro<sup>5</sup>, Maria Antónia Duarte<sup>2</sup> e Víctor Manuel S. M. Santos<sup>1</sup>*

Serviços: 1) Cirurgia Geral; 2) Gastrenterologia; 3) Genética; 5) Anatomia Patológica - HDES; 6) Unidade de Gastrenterologia - IPO - Lisboa

Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) - Ponta Delgada

### 7. ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DO CANCRO DO CÓLON POR MINI-SONDAS DE ECOENDOSCOPIA

*Castro Pouças F., Salgado M., Saraiva M. M., Chaves C., Santos E. e Areias J.*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Geral de Santo António - Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

### 8. POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA RECTAL COMPLICADA

*Fernandes V., Vieira A. e Cunha Leal F.*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Garcia de Horta

### 9. FALÊNCIA DA BOLSA ÍLEONAL: Resultados à distância

*Júlio S. Leite, Alexandre Monteiro, Margarida Martins, J. Guilherme Tralhão, E. Xavier da Cunha e F. Castro e Sousa*

Serviço de Cirurgia III - Hospital da Universidade de Coimbra

**10. LAQUEAÇÃO ELÁSTICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA**

*Brandão C., Mascarenhas Saraiva M., Castro Poças F. e Areias J.*

Hospital Geral de Santo António

**11. TOXINA BOTULÍNICA NA FISSURA ANAL CRÓNICA**

**Que evolução a longo prazo?**

*João Deus, Julieta Félix, Eduardo Pires e Luís Novais*

Serviço de Gastreenterologia - Hospital Fernando Pessoa

**12. DOENÇA DE CROHN - Estudo retrospectivo**

*Víctor Mosquera, João Paula A. Teixeira, Luís Malheiro, Francisco Monteiro e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

**13. QUAL O VALOR DO TESTE DA TUBERCULINA EM POPULAÇÕES VACINADAS COM BCG NO RASTREIO ANTES DA TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB?**

*Portela F., Neves P., Silva F., Pina A., Ferreira M., Andrade P., Leitão M. e Freitas D.*

Serviço de Gastreenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**14. INFLIXIMAB NA DOENÇA DE CROHN - Experiência de 3 anos**

*Salgado M., Lago P., Caetano C. e Areias J.*

Serviço de Gastreenterologia - Hospital Geral de Santo António - Porto

**15. MALACOPLAKIA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

*Salgado M., Lago P., Caetano C., Poças F. C., Silvestre F. \*, Rocha A. \*\* Areias J.*

Serviço de Gastreenterologia, Anatomia Patológica \* e Cirurgia \*\*; Hospital Geral de Santo António

**16. CARACTERIZAÇÃO ECOENDOSCÓPICA DO CÓLON HUMANO**

*Castro Poças F., Salgado M., Mascarenhas M., Santos E., Chaves C. e Areias J.*

Serviço de Gastreenterologia - Hospital Geral de Santo António - Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

**17. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTREENTEROLOGIA**

*Neves P., Romãozinho J. M., Ferreira M., Amaro P. e Freitas D.*

Serviço de Gastreenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**18. RECTOCELO SINTOMÁTICO: Tratamento cirúrgico**

*Júlio S. Leite, Mónica Martins, António Neves, Lúcia Martins e F. Castro e Sousa*

Serviço de Cirurgia III - Hospitais da Universidade de Coimbra

## 1. PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS NA PALIAÇÃO DA OBSTRUÇÃO POR TUMORES COLORECTAIS

J. Félix, J. Deus, N. Alves, R. Gorjão, P. Ratilal, E. Pires e L. Novais

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Fernando Pessoa

A obstrução intestinal é a forma de apresentação inaugural em 10-30% dos doentes com tumores malignos colorectais. A intervenção cirúrgica paliativa está associada a alta morbidade e mortalidade sobretudo se for efectuada de urgência. A colocação de próteses colorectais tem sido descrita como alternativa terapêutica na resolução da obstrução maligna colorectal.

**Objectivo:** Avaliar a eficácia e a segurança das próteses colorectais na terapêutica paliativa da obstrução intestinal.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a colocação de próteses colorectais, entre 1/99 e 8/03, como terapêutica paliativa de obstrução colorectal. Num total de 31 doentes (14M; 14F), com média etária de 73 anos (49-90) e estadió avançado da doença = T3 N1 M1, foram colocadas 29 próteses colorectais Wallstent Enteral (13 recto; 7 transição recto-sigmoide; 6 sigmoideia; 1 descendente; 2 cólon direito) e 9 Ultraflex Precision (3 recto; 2 transição recto-sigmoide; 4 sigmoideia).

**Resultados:** Verificamos um sucesso técnico de 78% (24/31) e um sucesso clínico (descompressão eficaz) de 87% (27/31). Foram relatadas 3 complicações graves (perfuração), sendo os doentes submetidos a intervenção cirúrgica de imediato, sem mortalidade associada. As complicações menores foram a hemorragia (10%), a dor intensa (12%) e a incontinência anal em 2 doentes. Ocorreu migração de 3 próteses (10%), expansão insuficiente de 4 (13%) e reobstrução de 3 (10%). 4 doentes foram submetidos a terapêutica adjuvante com argon plasma, 5 a radioterapia, 20 a quimioterapia e 5 a intervenção cirúrgica (1 insucesso técnico; 1 migração; 3 perfuração). A sobrevivência média foi de 20 semanas (1/54).

**Conclusão:** A colocação de próteses colorectais auto-expansíveis é uma terapêutica de palição segura, eficaz, podendo evitar a cirurgia em doentes com neoplasias colorectais em estadió avançado.

## 2. OSTOMIAS

Abel Castanheira Vale, Artur Flores, Jesus Ventura, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, José Barbosa, Ana Maria Branco, Francisco Monteiro e A. Carlos Saraiva

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** Análise de doentes ostomizados pelos médicos dos Serviços 1, 2 e A entre 1995 e 2003 e que frequentam ou frequentaram a consulta de Estomaterapia do Hospital de S. João.

**Material e Métodos:** Observação de doentes inscritos na base de dados da consulta de Estomaterapia, convocados e observados por médicos do Serviço.

**Resultados:** Desde 1995, 86 doentes foram observados nesta consulta sendo depois seguidos regularmente. Destes doentes compareceram 57 que foram observados por médicos do serviço, verificando-se que 49 doentes tinham colostomias, das quais 5 (10,2%) temporários e 44 definitivas. Dos oito ileostomizados, 5 (62,5%) eram definitivos e 3 temporários. A causa mais frequente da realização de colostomias foi a neoplasia (91,8%) enquanto que nas ileostomias esta causa ocorreu em 50% dos casos.

Em 13 doentes ocorreram hérnias periostomias, em 2 estenoses, uma fístula, 4 prolapso dos quais dois associados a hérnia, em 7 ocorreram granulomas e em dois dermatites.

**Conclusões:** A maioria das ostomias realizadas teve por causa doença maligna. No caso das ileostomias as causas benigna e maligna equivaleram-se.

A realização de ostomias, embora de execução técnica aparentemente fácil, acompanhou-se de significativa morbidade tardia (42,1%) o que está de acordo com alguns autores segundo os quais se os doentes forem acompanhados por tempo suficiente desenvolve um qualquer tipo de complicação.



### 3. BOLSA CÓLICA TIPO COLOPLASTIA E BOLSA CÓLICA EM J NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO RECTO

#### Resultados clínicos de um estudo comparativo

Pimentel J., Duarte A., Lindo T., Almeida, e Patrício J.

Serviço de Cirurgia I - Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** No tratamento cirúrgico do cancro do recto a introdução da bolsa cólica em J (CJ) melhorou de forma notória os resultados funcionais após uma ressecção anterior baixa. Contudo, não só a sua construção pode ser problemática como a longo-prazo pode apresentar dificuldades evacuatórias. Para ultrapassar estas limitações foi proposto um novo tipo de bolsa: a coloplastia transversa (CT).

**Objectivos:** Comparar os resultados funcionais e a morbilidade destes dois diferentes tipos de bolsas - CT vs CJ - nos 12 primeiros meses do pós-operatório.

**Materiale Métodos:** Procedeu-se a um estudo prospectivo e randomizado em que 30 doentes com cancro do recto médio e distal foram submetidos a coloplastia (n=15) ou a bolsa em J (n=15). A avaliação clínica da função defecatória e a avaliação fisiológica ano-rectal foi efectuada no pré-operatório e aos 3, 6, 12 meses do pós-operatório, por meio de um questionário clínico "standard" e por manometria ano-rectal. A análise estatística foi realizada pelo teste do qui-quadrado e pelo teste t de Student ( $P < 0,05$  foi considerado significativo).

**Resultados:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no tocante à função intestinal. A frequência pós-operatória do número de dejectões foi menor no grupo com coloplastia em todas as fases do estudo (3,9 vs 4,1 aos 3M; 3,1 vs 3,4 aos 6M; 2,1 vs 2,8 aos 12 Meses), o mesmo tendo ocorrido com a fragmentação fecal (33% vs 40% aos 3M; 26,6% vs 33,3% aos 6M; 7,1% vs 14,3% aos 12 Meses). Durante os primeiros 6 meses a imperiosidade fecal foi também menor no grupo CT (20% vs 26,7%), com valores idênticos aos 12 meses (14,3%). Não foram igualmente encontradas diferenças com significado estatístico no que concerne ao grau e "score" de incontinência fecal, embora os doentes com coloplastia tivessem menos perdas nocturnas. Aos 12 meses do pós-operatório dois doentes com bolsa em J (14,3%) necessitavam de recorrer a enemas para provocar a defecação e esvaziar a bolsa, um problema que nunca aconteceu no grupo da coloplastia ( $P=ns$ ). Os resultados dos exames manométricos foram similares nos dois grupos ( $P=ns$ ). A percentagem de complicações locais foi idêntica em ambos os grupos (20%), embora a taxa de deiscência anastomótica tivesse sido maior nos doentes com coloplastia (13,2% vs 6,6%;  $P=ns$ ).

**Conclusão:** A bolsa cólica tipo coloplastia acompanha-se de um resulta funcional similar ao da bolsa cólica em J embora com menos problemas evacuatórios, o que torna uma alternativa viável e segura à bolsa em J.

### 4. NOVA ABORDAGEM TERAPÉUTICA DA NEOPLASIA COLORECTAL EM OCLUSÃO

Licinia Martins, António Manso, J. Guilherme Tralhão, Beatriz P. Costa, António Milheiro, Júlio S. Leite e F. Castro Sousa

Serviço de Cirurgia III - Hospitais da Universidade de Coimbra

Paciente de 75 anos, sexo feminino, com mau estado geral, que deu entrada no Serviço de urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra por dor abdominal, tipo cólica, com oito dias de evolução associada a paragem da emissão de gases e fezes. A doente referia rectorragias desde à cerca de seis meses. O exame objectivo revelou um abdómen distendido, timpanizado, com ruídos hidroaéreos de timbre metálico. O toque rectal apenas revelou a presença de sangue na luva. A radiografia simples do abdómen mostrou distensão do cólon. Foi realizada uma sigmoidoscopia que diagnosticou e permitiu biopsar uma lesão neoplásica estenosante da transição recto-sigmoideia. A ecografia abdominal e a radiografia do torax excluíram a presença de metastases hepáticas ou pulmonares.

Perante o quadro clínico descrito e o diagnóstico de neoplasia estenosante a transição recto-sigmoide foi colocada num primeiro tempo uma endoprótese transtumoral. A colocação desta prótese permitiu resolver o quadro oclusivo descrito e melhorar o estado geral da doente. Quinze dias depois foi realizada, sem complicações, uma ressecção anterior do recto. O estudo anatomopatológico revelou tratar-se de um adenocarcinoma pouco diferenciado e invasivo do recto classificado como T3N1Mx.

Este caso clínico parece-nos ilustrativo do interesse do uso duma endoprótese no tratamento dos estados oclusivos por neoplasias do cólon, permitindo o seu tratamento num único tempo cirúrgico.

## 5. ANASTOMOSE COLO-RECTAL LATERO-TERMINAL versus TERMINO-TERMINAL

Rui Ferreira de Almeida, Pedro Rodrigues, Marta Guimarães, Rosa Sousa, Américo Dias Pereira e Gil Gonçalves

Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira

No Serviço de Cirurgia do HSS, nas ressecções anteriores do recto/sigmóide, uma equipe cirúrgica realiza anastomose colo-rectal latero-terminal com máquina de sutura mecânica circular. A maioria das restantes equipes efectua anastomose igualmente mecânica mas termino-terminal.

Os autores apresentam uma análise retrospectiva comparativa entre os dois grupos de doentes com o objectivo de averiguar se existem diferenças entre os mesmos, nomeadamente na morbilidade e mortalidade.

## 6. PAF ASSINTOMÁTICA DIAGNOSTICADA TARDIAMENTE

### Estudo de um caso

Luís Bernardo<sup>1</sup>, Armando S. Medeiros<sup>1</sup>, José Renato<sup>2</sup>, Luísa Mota Vieira<sup>3</sup>, Cristina Albuquerque<sup>6</sup>, Vítor Carneiro<sup>5</sup>, Maria Antónia Duarte<sup>2</sup> e Vítor Manuel S. M. Santos<sup>1</sup>

Serviços: 1) Cirurgia Geral; 2) Gastreenterologia; 3) Genética; 5) Anatomia Patológica - HDES; 6) Unidade de Gastreenterologia - IPO - Lisboa  
Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) - Ponta Delgada

A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma patologia de transmissão autossómica dominante, causada por uma mutação germinal no gene da poliposeadenomatosa do cólon (APC), localizado no braço longo do cromossoma 5. O gene APC é um oncogene supressor de tumor que parece ter importância na adesão celular, transdução de sinais e activação da transcrição. Uma mutação - entre as mais de 300 conhecidas - que inactive este gene resulta num fenótipo extraordinário, traduzido pela proliferação de centenas de adenomas no tracto gastrointestinal, especialmente no cólon, durante a adolescência. Cerca de 50% dos portadores desta mutação desenvolvem adenomas aos 15 anos e 95% aos 35 anos. O risco de desenvolver uma neoplasia é de 100% numa média de idades de 35 a 43 anos. Estes doentes têm também um elevado risco de desenvolver adenomas (e neoplasias) noutras porções do tracto gastrointestinal, nomeadamente estômago e duodeno, e em particular na região peri-ampular. O tratamento cirúrgico da PAF deve ser dirigido à remoção de toda a mucosa de alto risco. Aos doentes com neoplasia do cólon e que, associadamente, têm uma neoplasia rectal baixa, deve ser oferecida uma proctocolectomia com ileostomia terminal, considerada o "gold standart".

No presente trabalho, aborda-se um caso de PAF, num indivíduo de 42 anos, previamente assintomático, diagnosticada durante um episódio de aparente gastroenterite (diarreia aquosa e dor abdominal) numa fase em que já existiam 3 neoplasias síncronas do cólon - transverso e sigmoide-descendente - e uma neoplasia baixa no recto, T3N2M0 cirúrgico. O levantamento familiar revela que os irmãos do caso índice são, até à data, assintomáticos, bem como os descendentes, a saber: uma filha (12a), gêmeas (10a) e um filho (3a). A fim de se identificar a etiologia da PAF neste doente, está em curso o rastreio molecular de mutações no gene APC. Do ponto de vista terapêutico, o doente foi submetido - com sucesso - a proctocolectomia com ileostomia terminal definitiva.

## 7. ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DO CANCRO DO CÓLON POR MINI-SONDAS DE ECOENDOSCOPIA

Castro Pouças F., Salgado M., Saraiva M. M., Chaves C., Santos E. e Areias J.

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Geral de Santo António - Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

**Introdução:** existe controvérsia sobre qual a melhor abordagem cirúrgica do cancro do cólon: clássica, laparoscópica ou endoscópica. A existência de uma técnica que permitisse o correcto estadiamento pré-operatório poderia melhorar a selecção de doentes. Os dados disponíveis no estadiamento pré-operatório do cancro do cólon por mini-sondas de ecoendoscopia são muito limitados.

**Objectivos:** determinar a acuidade das mini-sondas de ecoendoscopia no estadiamento T (grau de invasão da parede) e N (envolvimento dos gânglios peri-cólicos) no cancro do cólon.

**Material e métodos:** avaliamos por mini-sonda de ecoendoscopia 40 doentes com cancro do cólon. Comparamos os resultados obtidos por ecoendoscopia (u) com os resultados anátomo-patológicos (p), no que diz respeito aos estadios T (uT e pT) e ao estadio N (uN e pN), e verificamos se a sua extensão longitudinal e/ou circunferencial influenciam a acuidade das mini-sondas no estadiamento T e N. Dos 40 doentes, 19 (47,5%) eram do sexo feminino. Idade média de 70 anos, variando entre 40 e 90 anos. Localização dos cancros: cego 2 (5%); cólon ascendente 9 (22,5%); transversos 5 (12,5%); descendente 5 (12,5%) e sigmóide 19 (47,5%). Foi usada uma mini-sonda mecânica de 12 MHz, fornecendo uma imagem de 360°. O colonoscópio era colocado na extremidade distal do tumor e o lúmen do cólon preenchido com água, de modo a que toda a lesão ficasse submersa; por vezes foi necessário alterar a posição do doente para que tal objectivo fosse conseguido. Subsequentemente a mini-sonda era introduzida através do canal de instrumentação do colonoscópio e avançada sobre o tumor para proceder à sua avaliação.

**Resultados:** 6 (15%) tumores eram estenosantes não permitindo a passagem do colonoscópio, mas em apenas 1 (2,5%) caso não foi possível a avaliação de toda a sua extensão pela mini-sonda. A extensão longitudinal média dos tumores foi de 3,8 cm (1,5 e 8 cm); a extensão circunferencial foi subdividida em 6 grupos: <1/3: 10 (25%); 1/3: 3 (7,5%); >1/3<2/3: 3 (7,5%); 2/3: 4 (10%); >2/3<1: 4 (10%); 1: 6 (40%).

Correlação entre o estadiamento T pela mini-sonda (uT) e anátomo-patológico (pT): pT1m-3/ uT1m-3/ acuidade (A) (%) = 100%; pT1sm-3/ uT1sm-3/ A = 100%; pT2-12/ uT2-8/ A = 66,6%; pT3-21/ uT3-21/ A = 100%; pT4-1/ uT3-1/ A = 0%; acuidade total = 87,5%.

A correlação entre o estadiamento N pela mini-sonda (uN) e o estadiamento anátomo-patológico (pN) foi realizado em 39 doentes, dado que em 1 caso foi realizada recessão endoscópica: pN0-18 (uN0-18); pN1-21 (uN1-14; uN0-7); sensibilidade 66,7%; especificidade 100%; acuidade 82,1%; valor predictivo positivo 100%; valor predictivo negativo 72%. A extensão longitudinal e circunferencial do tumor não influenciaram o estadiamento uT e uN.

**Conclusão:** as mini-sondas de ecoendoscopia (12 MHz) constituem um método eficaz no estadiamento T e N do cancro do cólon, podendo assim influenciar a técnica cirúrgica a tomar.

## 8. POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA RECTAL COMPLICADA

Fernandes V., Vieira A. e Cunha Leal F.

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Garcia de Horta

Doente do sexo feminino, de 78 anos de idade, referenciada para realização de colonoscopia por hematoquésias e tenesmo, com 3 meses de evolução.

No exame proctológico, ao toque rectal, palpava-se massa de consistência dura, irregular, aos 5 cm da margem anal; observou-se Doença hemorroidária grau II.

A colonoscopia mostrou lesão polipoide, sessil, com aproximadamente 5 cm de diâmetro, aos 5 cm da margem anal. Procedeu-se a ressecção com ansa diatérmica, "às fatias". Como complicação verificou-se hemorragia arterial grave, que não se conseguiu para com escleroterapia com adrenalina (1:10000) e polidocanol (2%), e que apenas se controlou após laqueação elástica circunferencial a montante do local de hemorragia.

O exame histológico revelou adenoma tubulo-viloso, com displasia de alto grau e invasão do córion; pedículo e submucosa não invadidos.

## 9. FALÊNCIA DA BOLSA ÍLEONAL: Resultados à distância

Júlio S. Leite, Alexandre Monteiro, Margarida Martins, J. Guilherme Tralhão, E. Xavier da Cunha e F. Castro e Sousa

Serviço de Cirurgia III - Hospital da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** As complicações pós-operatórias da proctocolectomia reconstrutiva têm sido avaliadas em múltiplos trabalhos, mas pouco se sabe sobre a evolução tardia dessa intervenção cirúrgica. O objectivo do presente estudo consistiu na avaliação da probabilidade de ocorrer falência da bolsa íleoanal a curto e a longo prazo.

**Material e métodos:** Foram analisados os processos de 52 doentes operados de proctocolectomia reconstrutiva com bolsa ileal, desde 1983 até 2002, sendo 36 devido a polipose adenomatosa familiar (PAF), 16 por colite ulcerosa (CU) e num caso por doença de Hirschsprung. Foram construídas quatro bolsas com formato em S, sete em W e 41 em J. A anastomose íleoanal foi efectuada com máquina em 36 casos (69,2%). Associou-se ileostomia lateral de derivação fecal em todos os casos. Considerou-se ter existido falência da bolsa sempre que esta necessitou de ser removida, se não foi possível encerrar a ileostomia ou se existiu mortalidade por complicações relacionadas com a bolsa. A probabilidade de falência da bolsa foi calculada pelo método de Kaplan-Meier e a análise de potenciais factores que influenciam a falência da bolsa (idade, sexo, diagnóstico, formato da bolsa, tipo de anastomose, complicações pós-operatórias e pouchitis) através de regressão multivariada stepwise.

**Resultados:** A falência global da bolsa ocorreu em 15,7% (8/52) dos casos com um follow-up médio de 6,1 anos ( $\pm 4,2$  a). Num caso a ileostomia não foi encerrada devido a isquémia da bolsa; três doentes ficaram com a bolsa permanentemente desfuncionalizada devido a, respectivamente, fistula após encerramento da ileostomia, fistula da bolsa e fistula perianal; após cinco e sete anos, duas bolsas foram excisadas por ter surgido tumor desmóide e noutro caso por oclusão intestinal; após 10 e 14 anos duas pacientes faleceram devido a complicações relacionadas com fistulas entre a bolsa e a vagina num caso e a bolsa e a bexiga noutro. A falência da bolsa foi significativamente superior na PAF (20%) do que na CU (6,3%); os resultados foram piores na bolsa em S, com falência em 75% (3/4) dos casos e melhores na bolsa em J, com falência em 12,2% (5/41) e estando bem todos os pacientes (7) com bolsas em W. A probabilidade cumulativa de falência da bolsa nas PAF foi de 8,13 and 31%, respectivamente aos 1,5 and 10 anos e na CU foi de 6% aos 1 e 5 anos. O formato da bolsa foi a variável que influenciou significativamente a falência da intervenção efectuada.

**Conclusões:** O presente estudo demonstra que a falência da bolsa dependeu das complicações que ocorreram precoce ou tardiamente, relacionando-se claramente com a confecção inicial das bolsas em S. Actualmente, pode prever-se que as bolsas íleoanais utilizadas no tratamento da CU ou da PAF tenham elevada probabilidade de se manterem com normal funcionamento a longo prazo.

## 10. LAQUEAÇÃO ELÁSTICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Brandão C., Mascarenhas Saraiva M., Castro Poças F. e Areias J.

Hospital Geral de Santo António

**Objectivos:** Avaliação dos doentes submetidos a laqueação elástica (LE) por doença hemorroidária (DH).

**Material e Métodos:** Revistos os processos de 94 doentes submetidos a LE por DH em 1997 na consulta de Proctologia do HGSA. Seleccionados aqueles com follow-up hospitalar de pelo menos 5 anos (n=49). Avaliados quanto ao grau de prolapso hemorroidário, número de pedículos, ligaduras aplicadas, tratamento médico associado, complicações e cirurgia pós-LE. Avaliada a recidiva hemorrágica (RH) aos 3 e 6 meses e 1 e 5 anos. Estudados quais os factores determinantes de RH, complicações e necessidade de intervenção cirúrgica após LE. Aplicado o programa estatístico SPSS®.

**Resultados:** A média etária (M:31;F:18) foi de 51,5 anos. A apresentação clínica em 96% dos doentes foi rectorragias. Todos os doentes tinham hemorroidas de grau II (77,6%) ou III (22,4%). Cerca de 60% dos doentes apresentavam 2 ou 3 pedículos. A mediana de ligaduras aplicadas foi de 2,0 (1;7) sendo a duração média do tratamento de 3,3 meses (0;14). Cerca de 82% dos doentes foram submetidos a tratamento médico associado. As complicações pós-LE surgiram em 28,6% dos doentes (n=14) sendo as mais frequentes as rectorragias (14,3%) e a dor anal (12,2%). Cerca de 16% dos doentes (n=8) foram submetidos a cirurgia sendo a principal indicação o insucesso das LE (n=6). Cerca de 37% (n=18) dos doentes apresentaram RH durante o follow-up. O tempo médio até à primeira RH foi de 42,43 meses (35,22; 49,76). O maior número de pedículos e de ligaduras aplicadas foram determinantes para a recidiva e sua precocidade ( $p < 0,01$  e  $0,05$  respectiva-

mente). O sexo, o grau de prolapso hemorroidário e a medicação associada não se revelaram com significado estatístico quanto à RH. Cinquenta e seis por cento das RH foram controladas com LE. O sexo, o grau de prolapso hemorroidário, o número de pedículos e de ligaduras aplicadas e a medicação associada não se mostraram factores com significado estatístico quanto ao aparecimento de complicações ou necessidade cirúrgica após a LE.

**Conclusão:** A laqueação elástica na doença hemorroidária mostrou-se um método seguro e eficaz. O número de pedículos e de ligaduras aplicadas foram factores determinantes para a recidiva hemorrágica pós-laqueação.

## 11. TOXINA BOTULÍNICA NA FISSURA ANAL CRÓNICA

### Que evolução a longo prazo?

*João Deus, Julieta Félix, Eduardo Pires e Luís Novais*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Fernando Pessoa

**Objectivos:** Estudar prospectivamente a evolução a longo prazo de doentes com fissura anal crónica (FAC), que obtiveram cicatrização completa após injeção de Toxina Botulínica.

**Métodos:** Dos 49 doentes com FAC, submetidos a injeção de toxina Botulínica, 20 U Botox®, de Dez/97 a Jun/2001, obtiveram cicatrização completa 42 doentes (86%) (14 M; 28 F), com idade média 52 anos (25-80). Estes 42 doentes foram seguidos em consulta durante pelo menos 2 anos, sendo confirmada a sua evolução à data actual, quer por observação directa quer por via telefónica. Foi analisada a sua evolução em termos de complicações, manutenção de cicatrização da fissura e de ausência de sintomatologia relacionada com esta patologia.

**Resultados:** Num período de seguimento médio de 41 meses (24-70), foi obtido o conhecimento completo da evolução em 41 doentes (41/42), tendo 1 doente sido considerado perdido.

Em 5 doentes (12%), houve recidiva da fissura, em todos tratada com sucesso, quer por reinjeção de Toxina Botulínica (2), quer por tratamento tópico (3). Não ocorreram complicações. Os restantes doentes (36/41) - 88%, permanecem assintomáticos e sem recidiva.

**Conclusões:** A Toxina Botulínica na FAC, a longo prazo, constitui uma atitude terapêutica segura, eficaz e duradoura, permitindo obter taxas de cicatrização persistentes, numa percentagem considerável de doentes (36/49) - 73%, num prazo médio superior a 3 anos.

Atendendo aos dados referidos, esta atitude terapêutica, deverá ser considerada, previamente a outros tratamentos potencialmente comprometedores da integridade do esfíncter anal.

## 12. DOENÇA DE CROHN - Estudo retrospectivo

*Víctor Mosquera, João Paula A. Teixeira, Luís Malheiro, Francisco Monteiro e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

A doença de Crohn é uma patologia inflamatória crónica de etiologia desconhecida que pode afectar a qualquer parte do tubo digestivo, íleon terminal, cólon ou ambos. É uma inflamação transmural com espessamento da parede intestinal podendo provocar ulceração linear e espessamento da submucosa de carácter descontínuo.

Os autores realizaram um estudo retrospectivo dos doentes internados no Serviço de Cirurgia-A do hospital S. João por doença de Crohn.

Desde Outubro de 2001 até Setembro de 2003 estudaram-se 50 doentes, com uma idade média de 39 anos, 60% homens, 40% mulheres, 68% deles internados pelo Serviço de Urgência.

Foram submetidos a cirurgia 57% destes doentes sendo a ileíte a causa mais frequente, não sendo registada mortalidade. Embora a doença de Crohn seja de tratamento médico a cirurgia tem indicações precisas na resolução das complicações ou nas situações de intractabilidade médica.

### 13. QUAL O VALOR DO TESTE DA TUBERCULINA EM POPULAÇÕES VACINADAS COM BCG NO RASTREIO ANTES DA TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB?

Portela F., Neves P., Silva F., Pina A., Ferreira M., Andrade P., Leitão M. e Freitas D.

Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução e Objectivos:** O Infliximab é uma mais valia no tratamento da Doença de Crohn (DC). Uma possível complicação deste tratamento é o desenvolvimento de tuberculose. Por esse motivo é recomendado o despiste de infecção latente ou activa em todos os doentes antes do tratamento com este fármaco. Para além da avaliação clínica e Rx tórax tem sido proposta a realização do teste da tuberculina. Este problema assume particular relevância em países com maior incidência de tuberculose. Por outro lado a utilidade do teste da tuberculina pode ser questionável em populações vacinadas com BCG.

Os autores avaliaram a reacção ao teste da tuberculina numa população com estas características e o estado de anergia com o uso de um antigénio de controlo (candidina).

**Métodos:** Estudaram-se 30 doentes com DC: 11 homens e 19 mulheres; idade média 33,4 anos (idades extremas 18 e 77 anos). O teste da tuberculina foi efectuado no antebraço esquerdo e o teste intradérmico de candidina no antebraço direito (segundo as indicações standard). A leitura das reacções aos testes foi efectuada 48-72 horas após os testes.

**Resultados:** Dezasseis doentes apresentavam DC activa ( $SI > 4$ ) e catorze DC inactiva. Nove doentes encontravam-se medicados com corticóides ( $35 \pm 23$  mg de prednisolona) e 14 com imunossuppressores. Apesar da vacinação (confirmada em 27 dos 30 doentes), o teste de tuberculina foi negativo ( $< 5$  mm) na sua maioria (24 doentes) e positivo em 6 (5-10 mm: 5 doentes; 17 mm: 1 doente). Este último correspondia a um doente com 53 anos de idade, do sexo masculino, com um possível contacto no passado, mas com Rx tórax normal; vacinação com BCG desconhecida. O teste da candidina foi positivo na maioria, apenas 4 doentes tiveram menos que 5 mm. A reacção à candidina foi significativamente influenciada pela actividade da doença e medicação com corticóides (activa  $18 \pm 13,1$ ; inactiva  $29,3 \pm 10,9$ ; corticóides  $15,2 \pm 14,2$ ; não corticóides  $26,9 \pm 11,2$ ). Quando se restringiu a análise aos doentes sem corticóides, a influência da actividade da doença desapareceu (activa  $22 \pm 10,5$ ; inactiva  $30 \pm 10,9$ , p NS). O uso de outros fármacos (5-ASA, azatioprina, metotrexato) não alterou a reacção ao teste da candidina.

**Conclusões:** Apesar da vacinação na infância, a maioria dos nossos doentes têm reacção à tuberculina negativa e assim este teste continua a ser útil. A medicação com corticóides, parece ser o factor que mais influencia a reactividade cutânea nestes doentes.

### 14. INFLIXIMAB NA DOENÇA DE CROHN - Experiência de 3 anos

Salgado M., Lago P., Caetano C. e Areias J.

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Geral de Santo António - Porto

**Objectivos:** Avaliar a eficácia e efeitos adversos do tratamento com Infliximab na doença de Crohn.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 29 doentes com doença de Crohn tratados entre Julho de 2000 e Julho de 2003, sendo a resposta clínica classificada como completa, parcial ou inexistente.

**Resultados:** 29 doentes (55% mulheres), idade média de 35,1 anos e 75,8% com história de cirurgia prévia. Tratamento concomitante com imunossuppressores em 96,5%, aminosalicilatos em 48,2%, antibióticos em 48,2% e corticóides em 37,9%. A indicação para tratamento foi doença fistulizante em 17 (58,6%) doentes, doença inflamatória refractária em 9 (31%), ambas em 2 (6,9%) e artropatia periférica em 1 (3,4%) doente. Administradas um total de 114 infusões de Infliximab 5 mg/Kg com uma média de 3,83 (1-14) por doente. A resposta foi completa em 65,5% dos doentes, parcial em 27,5% e inexistente em 6,9%. A duração média da resposta foi de 26 semanas. Suspensão dos corticóides em 83% dos corticodependentes. Efeitos adversos: abcesso perianal (3), candidíase oral (1), hipotensão durante a infusão (1) e agravamento de estenose anal (1). Follow-up médio de 16,7 (2-37) meses. Em tratamento de manutenção com infliximab 6 (20,6%) doentes e com necessidade de posterior cirurgia 8 (27,5%) doentes.

**Conclusões:** o Infliximab revelou-se uma terapêutica eficaz e segura na doença de Crohn.

### 15. MALACOPLAKIA EM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Salgado M., Lago P., Caetano C., Poças F. C., Silvestre F. \*, Rocha A. \*\*, Areias J.

Serviço de Gastrenterologia, Anatomia Patológica \* e Cirurgia \*\*, Hospital Geral de Santo António

**Caso Clínico:** Homem de 41 anos de idade com colite indeterminada, corticodependente, com 14 meses de evolução, internado por quadro de 7 dejetões/dia sem sangue, dor na fossa ilíaca esquerda (FIE) e astenia. Apirético e com dor à palpação na FIE mas sem sinais de irritação peritoneal. Medicado com azatioprina 150 mg/dia (desde há 6 meses), prednisolona 15 mg/dia e mesalazina 3 g/dia. Hb de 8,9 g/dL, plaquetas de 411,000/uL, VS de 33 mm, PCR 10 vezes o normal, albumina, cálcio e ferro sérico baixos. Na ileocolonosopia com milhares de pseudo-pólipos do ascendente ao sigmóide cujo exame histológico revelou inflamação crónica com áreas focais no córion de histiócitos epitelióides PAS positivos com inclusões de corpos de Michaelis Gutmann: malacoplakia do cólon. Na TAC espessamento de toda a parede cólica. Estudo da função fagocitária normal. Foi suspensa a azatioprina, feita redução progressiva dos corticóides e iniciada antibioterapia com cotrimoxazol. Sem melhoria ao fim de 8 semanas, pelo que iniciou metotrexato e ciprofloxacina. Pela ausência de resposta foi submetido, 3 semanas depois, a colectomia total cujo exame histológico da peça operatória foi revelador de colite ulcerosa com pseudo-polipose (já sem malacoplakia). Passados 2 meses o doente encontra-se clinicamente bem.

### 16. CARACTERIZAÇÃO ECOENDOSCÓPICA DO CÓLON HUMANO

Castro Poças F., Salgado M., Mascarenhas M., Santos E., Chaves C. e Areias J.

Serviço de Gastrenterologia - Hospital Geral de Santo António - Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

**Introdução:** A ecoendoscopia tem adquirido papel crescente na clínica. Começam a surgir indicações para a realização de ecoendoscopia no cólon. Contudo, não existem trabalhos que caracterizem as paredes do cólon e espaço peri-cólico imediato em indivíduos saudáveis.

**Objectivos:** 1) caracterização morfológica e quantitativa por ecoendoscopia das paredes do cólon e recto e espaços peri-cólico e peri-rectal; 2) comparação das avaliações efectuadas com mini-sondas (m-s) de 12 e 20 MHz; 3) criar uma base de dados ecoendoscópicos do cólon e recto em indivíduos saudáveis para comparações posteriores em doentes. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo de 60 indivíduos saudáveis, 30 do sexo feminino; 21 com idades entre 18 e 39 anos; 20 entre 40 e 59; 19 entre 60 e 80; em cada um destes grupos etários 50% são do sexo feminino. A ecoendoscopia foi realizada com m-s de 12 e 20 MHz; em cada grupo etário metade dos indivíduos foi avaliada a 12 e metade a 20 MHz. Avaliados o cólon direito (CD), transversal (CT), descendente (CE), sigmóide (CS) e recto (RE). Parâmetros avaliados: (1) nº de camadas identificadas; (2) espessura da mucosa, submucosa, muscular própria e parede total; (3) regularidade da superfície mucosa e dos bordos entre as diferentes camadas; (4) ecogenecidade das diferentes camadas; presença de (5) vasos na submucosa e (8) adenopatias peri-intestinais.

**Estatística:** testes: Mediana; Freedman; Kruskal-Wallis; Mann-Whitney

**Resultados:** (1) diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) em relação ao número de camadas nas medições efectuadas com m-s de 12 e de 20 MHz (maior nº), que ocorreram nas camadas submucosas e muscular própria; (2) o RE e o CE apresentaram o valor mais elevado de mediana, 7 e 6 respectivamente. (3) espessuras da parede e suas camadas com  $p < 0,05$ : parede total e muscularis própria > no RE e CS; submucosa < no CT; mucosa < no CE e CS. (4) a espessura da muscular própria no CE e RE é maior entre os 40 e 59 anos. (5) a regularidade da superfície mucosa e dos bordos entre as camadas foi elevada (>90%). (6) as diferentes camadas da parede têm um padrão ecoestrutural homogéneo em >90%. (7) presença de vasos na submucosa em 30% dos casos no CE e RE, e em muito menor nº no CD (11,7%). (8) presença de gânglios em menos de 10% dos casos. **Conclusões:** (1) a m-s de 20 MHz identifica de forma significativa > nº camadas que a 12 MHz. (2) o nº de camadas é > no CE e RE. (3) a parede rectal é mais espessa do que a do cólon. (3) existem diferenças na espessura de camadas entre segmentos cólicos. (4) existem diferenças na espessura da muscular própria e parede total do CE e RE em função da idade. (5) a regularidade e homogeneidade da parede e suas camadas são elevadas.

**17. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE GASTROENTEROLOGIA**

Neves P., Romãozinho J. M., Ferreira M., Amaro P. e Freitas D.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Por hemorragia Digestiva Baixa (HDB) entende-se a hemorragia para o lúmen do tubo digestivo, com local de origem a jusante do ligamento de Treitz.

**Objectivos:** Análise dos casos de HDB admitidos numa UCIGE no período de 11 anos (Fev.92 a Mar.03).

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo incidindo sobre 44 casos (36 homens; 8 mulheres) de HDB internados numa UCIGE. Idade média: 63,44±18,2 anos; idades extremas: 15 e 91 anos. Métodos de diagnóstico utilizados: clínica, endoscopia, cintigrafia, arteriografia e laparotomia. Critérios de HDB severa: tensão arterial sistólica < 90 mmHg e/ou hematócrito < 30%.

**Resultados:** Frequência: 1,73% dos internamentos. Ratio HDB/Hemorragia digestiva alta: 1/43. Forma de apresentação: rectorragias: 29,5%; hematoquésias: 63,6%; hematoquésias e melenas: 6,8%. Início intra-hospitalar: 13 casos (29,5%). HDB severa: 34 casos (77,2%). Topografia lesional: colo-rectal: 31 (70,4%); íleo-cólica: 5 (11,3%); íleo-jejunal: 4 (9%); jejuno-íleo-cólica: 1 (2,2%); desconhecida: 3 (6,8%). Etiologia: Dça Diverticular: 13 (29,5%); Colite Úlceroza: 6 (13,6%); Enfarte mesentérico: 3 (6,8%); Angiodisplasias: 3 (6,8%); Pós-polipectomia: 3 (6,8%); Dça Crohn: 2 (4,5%); Úlcera solitária do recto: 2 (4,5%); Dieulafoy do recto: 2 (4,5%); Vasculite sistémica: 1 (2,2%); Pólipo juvenil: 1 (2,2%); Tuberculose intestinal: 1 (2,2%); Fístula aorto-cólica: 1 (2,2%); Varizes ileo-cecais: 1 (2,2%); Divertículo de Meckel: 1 (2,2%); Colite isquémica: 1 (2,2%); Desconhecida: 3 (6,8%). Diagnóstico topográfico: endoscopia: 32 (72,7%); laparotomia: 4 (9%); arteriografia: 4 (9%); cintigrafia: 1 (2,2%). Diagnóstico etiológico: endoscopia: 34 (77,2%); laparotomia: 7 (15,9%). Terapêutica: médica: 23 (52,2%); cirúrgica: 15 (34%); endoscópica: 6 (13,6%). Mortalidade: Global: 6 (13,6%); Cirúrgica: 3 (6,8%).

**Conclusões:** A HDB é uma causa rara de admissão na UCIGE. Mais de 80% das lesões sangrantes interessavam o intestino grosso. A Dça Diverticular e a Colite Úlceroza foram as afecções mais vezes incriminadas. A endoscopia permitiu o diagnóstico de mais de 70% dos casos. A HDB associou-se a uma taxa de mortalidade significativa (13,6%).

**18. RECTOCELO SINTOMÁTICO: Tratamento cirúrgico**

Júlio S. Leite, Mónica Martins, António Neves, Licínia Martins e F. Castro e Sousa

Serviço de Cirurgia III - Hospitais da Universidade de Coimbra

A obstrução defecatória é devida à alteração dos mecanismos anatomo-fisiológicos da evacuação rectal, associando, frequentemente, períneo descido, prolapso mucoso rectal, enterocelo ou rectocelo. O objectivo do presente estudo consistiu na avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico do rectocelo sintomático.

**Material e métodos:** Foram incluídos 15 doentes operadas consecutivamente entre 1990 e 2003 por obstrução defecatória, necessitando de digitação vaginal, com rectocelo clínico e imagiológico. Em 10 casos a abordagem cirúrgica foi efectuada por via vaginal, em dois por via perineal, noutros dois por via endorrectal e num por via abdominal. Os resultados foram catalogados em bom, razoável e mau, com um follow-up médio de 3,4±2,8 anos. Na comparação entre os grupos utilizou-se o teste do qui-quadrado e o t de Student.

**Resultados:** Tiveram bom resultado clínico 11 pacientes, dois tal resultado foi classificado como razoável e em dois houve qualquer melhoria. O grupo de pacientes com resultado bom/razoável (n=13,87%) foi comparado com o que obteve mau resultado (n=2) e verificou-se existir relação estatisticamente significativa entre pior resultado e presença de rectocelo pequeno ou problemas psicológicos associados. Num caso, abordado por via perineal, surgiu fístula recto-vaginal que se resolveu através de um retalho de deslizamento rectal.

**Conclusões:** 1. Confirma-se a previsão de bons resultados cirúrgicos (87%) obtidos nas situações de rectocelo sintomático, excepto se este for de reduzida dimensão ou se associar problemas psicológicos. 2. A via de abordagem cirúrgica não influenciou os resultados e estes dependeram do tamanho do rectocelo e da necessidade de gestos cirúrgicos adicionais em situações de incontinência, prolapso mucoso ou enterocelo.



13º CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

PORTO

20-21 NOVEMBRO 2003

POSTERS



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

## Posters

### **1. ANGIODISPLASIA DO ÍLEON TERMINAL - A propósito de um caso clínico**

*Bela Pereira, Diego Murillo, Jorge Carrapita, Cassilda Cidade, Vítor Santos, Alves Moura, Nelson Pereira e Jorge Maciel*  
Serviço de Cirurgia Geral - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

### **2. DIVERTÍCULO GIGANTE DA SIGMÓIDE**

*Miguel Silva, Carlos Casimiro, Vítor Marques e João Leitão*  
Hospital S. Teotónio, S.A. - Viseu

### **3. POLIPOS SERREADOS DO CÓLON E RECTO**

*J. S. Ramos, J. Lemos Barreiras, M. J. Bettencourt e M. H. Pereira*  
Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santo António dos Capuchos

### **4. 25 ANOS A DIAGNOSTICAR O CARCINOMA COLORECTAL (CCR): IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO UNIVERSAL**

*J. Silva Ramos, J. Lemos Barreiras e M. J. Bettencourt*  
Serviço de Gastrenterologia do Hospital dos Capuchos

### **5. POLIPOS DO CÓLON E RECTO - Entidades Autónomas ou Evolutivas**

*J. Silva Ramos, J. Lemos Barreiras, M. J. Bettencourt e M. H. Pereira*  
Serviço de Gastrenterologia e Anatomia Patológica do Hospital dos Capuchos

### **6. FÍSTULA COLOCUTÂNEA DE ETIOLOGIA RARA**

*M. Coimbra, D. Travancinha, C. Castro, J. Goulão, C. Fonseca e N. Correia*  
Serviço de Cirurgia - Hospital Garcia de Orta

### **7. TOXINA BOTULÍNICA: Terapêutica de 1.ª linha na fissura anal crónica**

*Malaquias J., Matos H., Miranda C., Rocha A., Lopes A. e Bicha Castelo H.*  
Hospital de Santa Maria Faculdade de Medicina de Lisboa

### **8. MARCADORES SEROLÓGICOS NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL**

*João Deus, Margarida Franco\*, Paulo Ratilal, José Sousa \*, Germano Sousa \* e Luís Novais*  
Serviços de Gastrenterologia e Patologia Clínica \* - Hospital Fernando Fonseca

### **9. OBSTIPAÇÃO - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA**

*Nuno Rama, Sandra Ferraz, Virgínia Paulino, Ulisses Marques, Branco Lopes e Baeta da Veiga*  
Serviço de Cirurgia I - Hospital Santo André

### **10. MELENAS E HEMATOQUÉSIAS - FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DO LINFOMA JEJUNAL - Caso clínico**

*Gonçalo Santos, Júlia Gomez, M.ª José Moreira, Laura Santos, Nair Silva e Reis Serra*

### **11. POLIPOSE CÓLICA COMO PERCURSOR DE CARCINOMA DO CÓLON - Caso clínico**

*Gonçalo Santos, Júlia Gomez, M.ª José Moreira, Laura Santos e Reis Serra*

### **12. ADENOCARCINOMA DO RECTO - Caso clínico num idoso**

*Florinda Cardoso, Andreia S. Santos, José Pedro Oliveira, Joseph da Silva, António Soares e Serafim Garrido*  
Hospital Distrital de S. João da Madeira

**13. CONDILOMAS PERIANAIS - CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA E EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA**

*I. Seves<sup>1</sup>, A. P. Santos<sup>2</sup>, P. Peixe<sup>1</sup>, M. Sampaio<sup>1</sup>, R. Peixe<sup>1</sup> e I. Matos<sup>1</sup>*

Serviço de Gastreenterologia 1 e Dermatologia 2 - Hospital Egas Moniz, S.A. - Lisboa

**14. INÉRCIA CÓLICA**

*Américo Dias Pereira, Senhorães Senta, Rui Ferreira de Almeida, Rosa Sousa, Domingos Rodrigues, João Ramalho, Trovão Lima e Gil Gonçalves*

Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira

**15. HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO: - A propósito de um caso clínico de invasão do cólon ascendente**

*Abel Castanheira Vale, Artur Flores, Yolanda Fandiño, Pedro Correia da Silva, José Barbosa, Luís Malheiro e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

**16. OSSOS DEGLUTIDOS IMPACTADOS NO ÂNUS**

*Vieira A., Fernandes V., Ribeiro M. e Freitas J.*

Serviço de Gastreenterologia e Cirurgia Geral - Hospital Garcia de Orta

**17. THE ROLE OF A PROTECTING STOMA IN LOW ANTERIOR RESECTION WITH TME AND COLONIC J-POUCH FOR RECTAL CANCER - Results of a prospective randomised trial**

*Pimentel J., Duarte A. e Patrício J.*

Serviço de Cirurgia I - Hospitais da Universidade de Coimbra

**18. ESFINCTER ANAL ARTIFICIAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL SEVERA - Experiência pessoal**

*Pimentel J., Duarte A. e Patrício J.*

Serviço de Cirurgia I - Hospitais da Universidade de Coimbra

**19. ÚLCERA CÓLICA INESPECÍFICA**

*C. Gonçalves, F. Silva, C. Nunes, A. Dias e I. Cotrim*

Serviço de Gastreenterologia - Hospital de Santo André

**20. LINFOMA E DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO - Dois casos clínicos**

*C. Gonçalves, F. Silva, C. Nunes, A. Dias e I. Cotrim*

Serviço de Gastreenterologia - Hospital de Santo André

**21. HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ÚLCERAS DO RECTO - Casuística de três anos**

*C. Gonçalves, F. Silva, C. Nunes, A. Dias e I. Cotrim*

Serviço de Gastreenterologia - Hospital de Santo André

**22. DUPLICAÇÃO DO CEGO NO ADULTO - A propósito de um caso clínico**

*Santos N., Simão R. e Marques V.*

Serviço de Cirurgia I - Hospital de S. Teotónio - Viseu

**23. COLITE AMIBIANA**

*Pedro Pereira<sup>1</sup>, Mário Dinis-Ribeiro<sup>1</sup>, Armando Ribeiro<sup>1</sup>, João Magalhães<sup>2</sup>, Vasconcelos Teixeira A.<sup>1</sup> e Fernando Tavela Veloso<sup>1</sup>*

1 Serviço de Gastreenterologia e 2 Serviço de Anatomia-Patológica do Hospital de S. João - Porto

**24. FRONTEIRAS APAGADAS ENTRE O INFECCIOSO E O ONCOLÓGICO - A propósito de um caso clínico de neoplasia do cego**

*S. Hilário, C. Aniceto, M. Torgal, S. Palmela, R. Fanha, M. Coelho e M. Mendes*

Serviço de Cirurgia II - Hospital de Santo André - Leiria

### **25. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA DOENÇA DE CROHN PENETRANTE**

*Sousa H. T., Portela F., Andrade P., Ferreira M., Sofia C., Leitão M. C. e Freitas D.*

Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

### **26. COLITE PSEUDO-MEMBRANOSA - DIAGNÓSTICO ÓBVIO? TERAPÊUTICA INCONTROVERSA?**

*Miguel Areia, Daniel Brito, Paulo Souto, Ernestina Camacho, Maximino Leitão e Diniz Freitas*

Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

### **27. CIRURGIA DA OBSTRUÇÃO DEFECATÓRIA**

*Nelson Aguiar, Jesus Ventura, José Barbosa, Pedro Correia da Silva, Francisco Monteiro e Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **28. NEOPLASIAS DO CÓLON E RECTO OPERADAS NO SERVIÇO DE CIRURGIA A: Experiência de 171 casos**

*Nelson Aguiar, Jesus Ventura, A. Meireles Teixeira, Francisco Monteiro, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **29. TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE ABCESSO PRÉ-SAGRADO APÓS PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA**

*Jesus Ventura, Amria Chaves, Víctor Devesa, Pedro Correia da Silva, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **30. COMPLICAÇÕES TARDIAS DE OSTOMIAS**

*Artur Flores, Abel Castanheira Vale, Jesus Ventura, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, Ana Maria Branco, José Barbosa e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **31. DERMATITES E GRANULOMAS EM OSTOMIAS**

*Artur Flores, Jesus Ventura, Abel Castanheira Vale, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, José Barbosa, Francisco Monteiro e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **32. HÉRNIAS E PROLAPSOS EM OSTOMIZADOS**

*Abel Castanheira Vale, Artur Flores, Jesus Ventura, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, José Barbosa, Francisco Monteiro, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **33. NEOPLASIA CÓLICA RECIDIVANTE - A propósito de um caso clínico**

*Víctor Mosquera, Jesus Ventura, José Barbosa, Luís Malheiro, Ana Maria Branco, Pedro Correia da Silva e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **34. CIRURGIA DA INCONTINÊNCIA ANAL EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA A DO HOSPITAL DE S. JOÃO**

*Maria Chaves Jalal, Jesus Ventura, José Barbosa, Pedro Correia da Silva, Francisco Monteiro, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **35. FACTORES DE RISCO NA RECIDIVA CIRÚRGICA DA DOENÇA DE CROHN**

*Víctor Mosquera, João Paulo Araújo Teixeira, A. Meireles Araújo Teixeira, José Ramalhão, Araújo Teixeira, Henrique Barros e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

### **36. O PAPEL DO RASTREIO NO CANCRO DO CÓLON E RECTO**

*Carolina Guedes, Lúcia Marinho e Alexandre Hoffmann Castela*

Hospital Distrital de Lamego

### **1. ANGIODISPLASIA DO ÍLEON TERMINAL - A propósito de um caso clínico**

*Bela Pereira, Diego Murillo, Jorge Carrapita, Cassilda Cidade, Vítor Santos, Alves Moura, Nelson Pereira e Jorge Maciel*

Serviço de Cirurgia Geral - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

As causas mais frequentes de hemorragia digestiva baixa activa, em pacientes com idades superiores a 60 anos, são a diverticulose cólica e as angiodisplasias.

As angiodisplasias, mais frequentes no cólon direito, são por vezes de difícil diagnóstico, pois os exames complementares podem ser inconclusivos. Na fase inicial de tratamento é importante a reposição do volume intravascular e a identificação do local da hemorragia, para posterior intervenção. Cerca de 25% dos pacientes com hemorragia digestiva baixa por angiodisplasias apresentam divertículos únicos no cólon.

Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente de 71 anos que deu entrada no serviço de urgência por quadro de melenas e rectorragias, hemodinamicamente estável, com anemia normocrómica e normocítica. Efectuou endoscopia digestiva alta que não revelava alterações.

Ao 3º dia de internamento iniciou episódios de hematoquésias com descida do valor da hemoglobina, necessitando de várias transfusões sanguíneas. Efectuou colonoscopias inconclusivas, que revelavam apenas presença de sangue fresco e coágulos no lúmen, sem lesões aparentes. De referir a presença de um divertículo junto à válvula íleo-cecal, sem sinais evidentes de hemorragia.

Efectuou arteriografia selectiva da artéria mesentérica superior que revelou imagens sugestivas de angiodisplasia no íleo terminal, com sinais de hemorragia activa. Foi submetida a ileocelectomia direita, sem intercorrências.

### **2. DIVERTÍCULO GIGANTE DA SIGMÓIDE**

*Miguel Silva, Carlos Casimiro, Vítor Marques e João Leitão*

Hospital S. Teotónio, S.A. - Viseu

A doença diverticular é uma patologia frequente, chegando a atingir 35% da população aos 60 anos. O divertículo gigante da sigmóide é uma manifestação muito rara da doença, consistindo numa cavidade quística com conteúdo gasoso com 3 ou mais centímetros de diâmetro.

Os AA apresentam o caso clínico de um paciente de 66 anos de idade, do sexo feminino, com um divertículo gigante da sigmóide, que se apresentou com uma anemia crónica com dois anos de evolução, obstipação alternando com diarreia e ainda dois períodos recentes de febre com arrepios, que resolveram espontaneamente.

Os exames complementares confirmaram a presença de divertículos do cólon sigmóide e formação diverticular da sigmóide distal com 11x9cm.

Foi submetida a laparotomia, em Junho de 2003, tendo sido efectuada sigmoidectomia com anastomose colo-rectal, ressecção segmentar de delgado e colecistectomia, por litíase associada.

O pós-operatório decorreu sem complicações.

O exame histológico confirmou o diagnóstico de pseudodivertículo do cólon e doença diverticular da sigmóide.

Actualmente a doente está assintomática, com valores de hemoglobina normais.

### 3. POLIPOS SERREADOS DO CÓLON E RECTO

J. S. Ramos, J. Lemos Barreiras, M. J. Bettencourt e M. H. Pereira

Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santo António dos Capuchos

**Introdução e Objectivos:** Os polipos hiperplásicos, mistos e adenomatosos podem apresentar uma arquitectura serreada, potencialmente maligna, seguindo uma via de carcinogénese distinta mais rápida. É objectivo deste trabalho avaliar a incidência e características dos polipos serreados.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 3157 Colonoscopias consecutivas, realizadas no Serviço de Gastrenterologia do Hospital dos Capuchos entre 1 de Janeiro de 2002 e 30 de Julho de 2003, tendo-se avaliado a incidência, distribuição por sexo, idade média, localização no cólon e recto, dimensões, características macroscópicas e percentagem de malignização dos polipos serreados.

**Resultados:** Diagnosticaram-se polipos em 652 doentes, dos quais 17 (2,6%) tinham polipos serreados, com idade média de 58,4 anos, sendo 13 (76,4%) do sexo masculino; 88,2% com dimensão "5mm, 94,1% sésseis ou planos; 1 pediculado com "10mm com transformação maligna (5,9%); 70,6% localizavam-se no recto. Existiam polipos sincronos em 6 doentes, sendo 4 (23,5%) igualmente serreados.

**Comentários:** 1- A incidência dos polipos serreados na nossa série é de 2,6%; 2- São mais frequentes no sexo masculino, com idade média de 58,4 anos, inferior em 2,5 e 10 anos à dos polipos hiperplásicos (60,7 anos), adenomatosos (63,7 anos) e mistos (67,7 anos) obtidos na mesma série; 3- São na sua grande maioria com "5mm, planos ou sésseis e localizados no recto; em / dos casos são múltiplos; 4- Na nossa série a percentagem de malignização foi de 5,9%.

**Conclusão:** O polipo serreado é uma entidade distinta que a confirmar-se o referido na literatura da possibilidade de transformação maligna em 4 a 5 anos merece um programa de vigilância específico, com uma calendarização mais apertada, utilizando técnicas de amplificação e de cromoscopia em virtude das suas características macroscópicas.

### 4. 25 ANOS A DIAGNOSTICAR O CARCINOMA COLORECTAL (CCR): IMPLEMENTAÇÃO DO RASTREIO UNIVERSAL

J. Silva Ramos, J. Lemos Barreiras e M. J. Bettencourt

Serviço de Gastrenterologia do Hospital dos Capuchos

**Introdução e Objectivos:** Aproveitar a experiência acumulada de 25 anos de diagnóstico do CCR por Colonoscopia no sentido de otimizar em termos de custo/benefício e recursos humanos e técnicos a implantação do rastreio universal no Serviço.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 1613 adenocarcinomas colorectais diagnosticados em 26290 Colonoscopias realizadas entre 1978 e 2002 (25 anos). Constituíram-se 5 grupos consecutivos de 5 anos cada (78/82; 83/87; 88/92; 93/97; 98/02) analisando-se a incidência, distribuição por sexo, idade média, grupos etários, localização e percentagem de diagnóstico em estadios precoces.

**Resultados:** Incidência 6,1%, relação sexo masculino/sexo feminino: 1.25, grupo etário mais frequente 65/74: 33,7%, " 55 anos: 83,6%. A idade média do diagnóstico aumentou em 7 anos desde 83/87 a 98/02. A localização do adenocarcinoma no cólon direito tem vindo a aumentar sendo de 30,7% nos últimos 5 anos. No computo geral o CCR em estadios precoces foi diagnosticado em 20,3% e a polipectomia revelou ser eficaz nos últimos 5 anos em 98,7%.

**Comentários:** apoiados numa idade média de diagnóstico mais tardia, com idade superior a 55 anos de 83,6%, e numa percentagem crescente de localização no cólon direito e tendo em mente as relações custo/benefício e recursos humanos e técnicos concluímos:

**Conclusão:** Rastreio universal - Início 55 anos por Colonoscopia. Calendarização Colonoscopia de 10 em 10 anos.

## 5. POLIPOS DO CÓLON E RECTO - Entidades Autónomas ou Evolutivas

*J. Silva Ramos, J. Lemos Barreiras, M. J. Bettencourt e M. H. Pereira*

Serviço de Gastrenterologia e Anatomia Patológica do Hospital dos Capuchos

**Introdução e Objectivos:** Vários tipos de polipos podem ser diagnosticados no cólon e recto nomeadamente hiperplásicos, mistos, adenomatosos e serreados. Procurou-se analisar as características destes polipos e avaliar se serão entidades autónomas ou resultantes de um processo evolutivo.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 668 polipos (adenomas 504; adenomas com transformação maligna 55; hiperplásicos 125; mistos 22; serreados 17) e de 196 adenocarcinomas diagnosticados no Serviço entre 1/1/02 e 30/6/03. Analisou-se a idade média, distribuição por sexo, localização no cólon e recto e percentagem de malignização dos adenomas. Para o adenocarcinoma avaliou-se apenas a idade média. O critério utilizado na separação recto/sigmoideia foi o anatómico (recto 18cm).

**Resultados:** Distribuição pelo sexo. Relação sexo masculino/sexo feminino adenoma 1.9; misto 1.7; hiperplásicos 3.4; serreados 3.2. Idade média: adenoma 63,7<sup>a</sup>, adenoma com transformação maligna 68,5 a; adenocarcinoma 69,4 a; hiperplásicos 60,7 a; misto 67,7 a; serreado 58,4<sup>a</sup>. Localização mais frequente adenoma-sigmoideia 40,9%; serreado-recto 53,8%; hiperplásico-recto 45,6%, misto-recto 36,3%. Transformação maligna dos adenomas 10,9%, sendo mais frequente na Sigmoideia.

**Comentários finais:** 1º os 4 tipos de polipos são mais frequentes no sexo masculino. 2º A idade média apoia fortemente a sequência adenoma-adenoma com transformação maligna-adenocarcinoma e inviabiliza a sequência hiperplásico, misto e adenoma respectivamente, reforça a ideia que o polipo serreado ao anteceder em 2, 5 e 10 anos a idade dos polipos hiperplásicos, adenomatosos e mistos respectivamente, reforça a ideia que o polipo serreado é uma entidade nosológica distinta e autónoma desde o início da sua formação. 4º Ao contrário dos outros polipos o adenoma é mais prevalente na sigmoideia onde se observa a maior percentagem de malignização. 5º A percentagem de malignização dos adenomas da nossa série é de 10,9% e sobreponível ao aceite internacionalmente (10,0%).

## 6. FÍSTULA COLOCUTÂNEA DE ETIOLOGIA RARA

*M. Coimbra, D. Travancinha, C. Castro, J. Goulão, C. Fonseca e N. Correia*

Serviço de Cirurgia - Hospital Garcia de Orta

Fístulas e/ou migração de próteses usadas na reparação de hérnis da parede abdominal, são situações raras.

Documentamos o caso de uma doente de 78 anos, com queixas de desconforto abdominal desde há 3 semanas e tumefacção periumbilical com sinais inflamatórios desde há 1 semana e a drenar líquido purulento e posteriormente fecal, desde a véspera do internamento.

A TAC abdominal com fistulografia mostrou material com densidade cálcica na parede abdominal, com trajecto fistuloso para o cólon transverso, e a colonoscopia revelou orifício no cólon transverso, por onde entrava material com aspecto de rede, compatível com prótese de Marlex colocada 12 anos antes para reparação de hérnia incisional.

Efectuou antibioterapia e posteriormente ressecção em bloco do trajecto fistuloso e dos segmentos de cólon transverso e de intestino delgado aderentes.

Referimos outras complicações encontradas na literatura.

## 7. TOXINA BOTULÍNICA: Terapêutica de 1.ª linha na fissura anal crónica

Malaquias J., Matos H., Miranda C., Rocha A., Lopes A. e Bicha Castelo H.

Hospital de Santa Maria Faculdade de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A fissura anal crónica idiopática é uma entidade clínica frequente, causa de morbilidade significativa, sendo uma das lesões mais comuns no diagnóstico diferencial da dor anal.

A terapêutica de referência continua a ser a esfínterectomia lateral interna, que apesar do elevado índice de eficácia, apresenta uma taxa de complicações significativas. A utilização da toxina botulínica tem sido referenciada como uma alternativa não cirúrgica, eficaz no tratamento da fissura anal.

**Objectivo:** Analisar a nossa experiência com a utilização da toxina botulínica no tratamento da fissura anal.

**Material e Métodos:** Foram incluídos 17 doentes, com fissura anal crónica, tratados de forma consecutiva na Consulta de Coloproctologia. Em todos foram utilizadas 20 a 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 8 (1-24) meses. Os doentes apresentavam uma média de idades de 49 (20-83) anos, sendo 70,6% do sexo feminino. A dor+hemorragia foi a sintomatologia mais frequente, sendo a localização posterior (15) predominante. Um doente foi perdido para o follow-up e, 12 (75%) estão assintomáticos e com a fissura epitelizada. Um doente teve uma trombose hemorroidária após a terapêutica.

**Conclusão:** Na nossa experiência a toxina botulínica mostrou-se eficaz, sem morbilidade significativa, sugerindo-se a sua utilização como terapêutica de 1ª linha na fissura anal crónica.

## 8. MARCADORES SEROLÓGICOS NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

João Deus, Margarida Franco\*, Paulo Ratilal, José Sousa \*, Germano Sousa \* e Luís Novais

Serviços de Gastrenterologia e Patologia Clínica \* - Hospital Fernando Fonseca

**Introdução:** O correcto diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal (DII) e a distinção entre Doença de Crohn (DC) e Colite Ulcerosa (CU) é importante, particularmente no que se refere ao tratamento e ao prognóstico. Os marcadores serológicos são métodos não invasivos, cuja utilidade permanece em investigação.

**Objectivos:** Avaliar a acuidade diagnóstica, na DII, dos anticorpos citoplasmáticos anti-neutrófilos (pANCA), anticorpos anti-pancreas exócrino (PAB) e anticorpos anti-saccharomyces cerevisiae (ASCA).

**Material e Métodos:** Estudaram-se o ASCA, PAB e pANCA numa população de doentes com DII (n=104; 76 CD; 28 UC) e em 58 indivíduos saudáveis (grupo controlo). Utilizou-se sempre o método de imunofluorescência indirecta e a positividade para pANCA foi confirmada por ELISA.

**Resultados:** A prevalência do ASCA e PAB foi, em termos estatísticos, mais elevada na DC (57%) que na CU (33%). A prevalência do pANCA foi muito baixa (6%) na DII. A positividade para todos os marcadores foi baixa no grupo controlo (ASCA 12%; PAB 2%; pANCA 0%). Para o diagnóstico diferencial da DII vs grupo controlo, a acuidade (sensibilidade, especificidade, VPP e VPN) foi: ASCA+ (56%, 88%, 89%, 53%, p<0,001); PAB+ (39%, 91%, 89%, 46%, p<0,001); pANCA+ (5%, 100%, 100%, 37%, não significativo) A acuidade, no estudo da DC vs grupo controlo, foi superior para ASCA+ (71%, 88%, 89%, 70%, p<0,001) e para diferenciar a CU do grupo controlo foi superior para PAB+ (50%, 91%, 74%, 79%, p<0,001). No estudo da DC vs CU a acuidade, com significado estatístico (p<0,001), foi para ASCA+ na DC (71%, 86%, 93%, 52%); ASCA+ e PAB+ na DC (32%, 89%, 89%, 33%); ASCA- e PAB+ na CU (39%, 96%, 79%, 81%).

**Conclusão:** A utilização dos marcadores serológicos como método diagnóstico de DII está limitada pela sensibilidade e VPN baixas. ASCA+ foi o melhor marcador para positivamente discriminar a DC da CU e do grupo controlo. A combinação PAB+ com ASCA- foi a melhor para discriminar positivamente a CU da DC.



## 9. OBSTIPAÇÃO - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

*Nuno Rama, Sandra Ferraz, Virgínia Paulino, Ulisses Marques, Branco Lopes e Baeta da Veiga*

Serviço de Cirurgia I - Hospital Santo André

**Palavras-Chave:** Obstipação; Etiologia; Diagnóstico.

**Objectivos:** Apresentar uma abordagem prática que facilite o diagnóstico etiológico do paciente obstipado.

**Introdução:** Um número crescente de adultos (1 a 2% da população) com obstipação severa e refractária ao tratamento médico, procuram aconselhamento especializado. Não se trata de uma queixa trivial, na medida em que interfere no quotidiano destes doentes, requerendo, por conseguinte, uma avaliação clínica e fisiológica acurada.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica com recurso à base Medline/Pubmed de artigos de revisão, publicados desde 1998, utilizando as palavras-chave mencionadas, associada à revisão do tema em tratados de Cirurgia.

**Conclusão:** A obstipação, tratando-se de um sintoma, pode resultar de variados mecanismos fisiopatológicos, e ser uma das manifestações de múltiplas doenças.

Perante o doente obstipado, é essencial uma história clínica pormenorizada e um exame físico cuidado, por forma a identificar as situações que requerem uma abordagem diagnóstica mais acurada, e as causas passíveis de terapêutica específica.

## 10. MELENAS E HEMATOQUÉSIAS - FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DO LINFOMA JEJUNAL - Caso clínico

*Gonçalo Santos, Júlia Gomez, M.ª José Moreira, Laura Santos, Nair Silva e Reis Serra*

Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 48 anos a quem, no decurso da investigação da etiologia de melenas, hematoquésias e anemia, sinais que o levaram a recorrer ao S.U. e, de seguida, ao internamento no serviço de Cirurgia Geral da nossa instituição, foi diagnosticado Linfoma B do Jejuno.

No âmbito do estudo referido, foram realizadas Colonoscopias (mostrou apenas hemorróides), E.D.A. (mostrou bulbo hiperemiado e com algumas erosões), Videoendoscopia (mostrou 3 angiodisplasias diminutas do jejuno e impressão nodular extrínseca no ileo a esclarecer por TAC abdominal (mostrou pequena área de espessamento parietal concêntrica segmentar de 3,5 cm de diâmetro de ansa jejunal).

Foi submetido a Laparotomia exploradora onde são detectadas 2 neoplasias do jejuno a 160 e 220 cm do ângulo de Treitz respectivamente.

Procedeu-se a 2 enterectomias segmentares e anastomoses jejuno-jejunais.

O exame anatómico-patológico revelou tratar-se, em ambas as lesões de Linfoma B do centro folicular grau III.

O doente fez um pós-op sem intercorrências e foi referenciado para o Hospital de dia/ Oncologia Médica da instituição, encontrando-se assintomático ao fim do primeiro mês após a cirurgia.

**11. POLIPOSE CÓLICA COMO PERCURSOR DE CARCINOMA DO CÓLON - Caso clínico**

*Gonçalo Santos, Júlia Gomez, M.<sup>a</sup> José Moreira, Laura Santos e Reis Serra*

Os autores apresentam um poster referente ao caso clínico de um homem de 74 anos a quem, no decurso da investigação da etiologia de rectorragias, pelo médico assistente, foi diagnosticada polipose cólica e tumor síncrono do cego e do recto. Enviado à consulta externa de Cirurgia Geral do Hospital Distrital de V.N. de Famalicão, foi submetido a colectomia total. Verificou-se intra-operatóriamente a presença de inúmeros ascaris, que foram totalmente removidos previamente à realização da anastomoase ileo-rectal.

O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de adenocarcinoma do cego (T3, N0, Mx, GII) e adenocarcinoma do recto (T3, N0, Mx, GII), os quais se desenvolveram a partir de pólipos adenomatosos. Na peça restante foram identificados ainda mais 6 pólipos adenomatosos, o maior, de 1,3 cm já evidenciando lesões de displasia de alto grau.

O doente foi referenciado para o Hospital de dia/ Oncologia Médica da instituição, encontrando-se livre de doença ao fim do primeiro ano de "follow-up".

**12. ADENOCARCINOMA DO RECTO - Caso clínico num idoso**

*Florinda Cardoso, Andreia S. Santos, José Pedro Oliveira, Joseph da Silva, António Soares e Serafim Garrido*

Hospital Distrital de S. João da Madeira

Os autores apresentam em forma de poster, o caso clínico de doente do sexo feminino, com 89 anos, portadora de adenocarcinoma do recto (a 10cm da margem anal) conhecido há 19 meses, tendo então recusado cirurgia.

Sendo finalmente exequível ressecção anterior do recto (RAR), (rectorragias e anemia severa), a histologia da peça operatória revelou tumor de 8 cm de extensão, T3(G1)NoMx, com margem distal de 24 mm livre de neoplasia. A doente recusou (de novo) terapêutica adjuvante (RT), mantendo-se em vigilância, na consulta externa de Cirurgia. Onze meses após intervenção cirúrgica, foi diagnosticada recidiva tumoral ao nível da anastomose confirmada por biopsia rectoscópica. TAC pélvica e CEA normais. Aceita ser submetida de imediato a amputação abdomino-perineal (!), tendo a histologia da peça operatória demonstrado recidiva de adenocarcinoma. Na consulta de follow-up, aos 18 meses após a segunda intervenção cirúrgica, foi detectado pela TAC abdomino-pélvica, formação nodular, com 4 cm, na região pré-sagrada, acompanhada de elevação do CEA. Esta neoformação foi explorada cirurgicamente, tendo-se optado por abordagem pela via de Kraske. O exame anatomo-patológico dos fragmentos de tecidos excisados revelou "granuloma" pré-sagrado, sem lesões inflamatórias ou neoplásicas.

A doente, actualmente com 92 anos, mantém-se com razoável estado geral, sem sinais de recidiva loco-regional ou à distância, aos 29 meses após amputação abdomino-perineal.

**13. CONDILOMAS PERIANAIS - CASUÍSTICA DE UMA CONSULTA E EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA**I. Seves<sup>1</sup>, A. P. Santos<sup>2</sup>, P. Peixe<sup>1</sup>, M. Sampaio<sup>1</sup>, R. Peixe<sup>1</sup> e I. Matos<sup>1</sup>

Serviço de Gastrenterologia 1 e Dermatologia 2 - Hospital Egas Moniz, S.A. - Lisboa

**Introdução:** Os Condilomas Acuminados (CA) são lesões cauliformes dos órgãos genitais, margem do ânus e canal anal, que nos indivíduos imunodeprimidos (ex: VIH+) parecem ter maior resistência à terapêutica e potencial de malignização.

São passíveis de várias terapêuticas: crioterapia com azoto líquido (AZ), electrocoagulação (EC), destruição com Argon (AR), aplicação de Podofilino (PO) ou Imiquimod (imunomodulador) (IM).

**Objectivos:** Estudar a população com CA perianais observada na Consulta de Gastrenterologia e Dermatologia, quanto às características das lesões, métodos terapêuticos usados e sua eficácia, global e em função da seropositividade para VIH.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos dos doentes observados de 6/2000 a 6/2003. Avaliou-se: número de doentes; seropositividade para VIH; sexo; idade; número e localização das lesões; evolução em função da terapêutica: EC, AR, IM e PO em lesões de pequenas dimensões da pele perianal, AZ em lesões perianais, da margem do ânus e do canal anal (por implicar menor lesão da mucosa), cirurgia (CIR) em lesões > 1 cm de diâmetro.

**Resultados:** 36 doentes: 26 VIH+ (grupo A) e 10 VIH- (grupo B), um destes imunodeprimido, sob quimioterapia.

	Número	Sexo (M/F)	Idade média (anos)	Nº lesões (1/>1)	Lesões canal anal/total	Evolução (curados/sem melhoria) *
<b>Grupo A</b>	26	25/1	34,9	2/24	14/26	15/2 (n-17)
<b>Grupo B</b>	10	9/1	33,9	2/8	2/10	9/0 (n-10)

\* Em 9 doentes do grupo A e 1 do grupo B não foi possível avaliar a evolução por abandono da consulta ou início recente da terapêutica.

Dos doentes curados com terapêutica instrumental (20), a média de sessões foi de 3,2 no grupo A e 1,8 no grupo B (se excluído o doente sob QT). Foi usado AZ em 16 deles.

**Comentários:** Não parece haver diferença significativa na distribuição etária dos dois grupos; - No grupo A foram mais frequentes as lesões múltiplas e do canal anal; - No grupo B todos os doentes foram curados, ao contrário dos do grupo A, e com menor número de sessões; - A criocoagulação é um método fácil de usar, cómodo, passível de utilização no canal anal e com bons resultados (embora geralmente necessitando de várias sessões).

**14. INÉRCIA CÓLICA**

Américo Dias Pereira, Senhorães Senta, Rui Ferreira de Almeida, Rosa Sousa, Domingos Rodrigues, João Ramalho, Trovão Lima e Gil Gonçalves

Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira

Os autores apresentam em "poster" um caso clínico de inércia cólica.

Trata-se duma paciente que se apresenta no Serviço de Urgência em oclusão intestinal por impactação fecal a nível da transição rectossigmoideia. Foi submetida a colostomia lateral descompressiva do transversos.

Surge então a problemática do diagnóstico e do tratamento definitivo da paciente.

Os autores apresentam uma revisão do tema e a orientação diagnóstica e terapêutica da doente.

**15. HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO: - A propósito de um caso clínico de invasão do cólon ascendente**

*Abel Castanheira Vale, Artur Flores, Yolanda Fandiño, Pedro Correia da Silva, José Barbosa, Luís Malheiro e A. Carlos Saraiva*  
Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

O Histiocitoma Fibroso Maligno (HFM) representa o sarcoma de partes moles mais comum na idade adulta, predominando no sexo feminino (5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> década). Ocorre mais frequentemente nas extremidades, seguido do espaço retroperitoneal. Dada a sua agressividade e alta taxa de mortalidade (taxa de sobrevivência aos 5 anos de 15-20%), o tratamento consiste na excisão cirúrgica completa e precoce, com radioterapia e quimioterapia adjuvantes.

Apresenta-se um caso clínico de uma doente de 66 anos submetida a exérese cirúrgica de HFM retroperitoneal há 5 anos, tendo realizado o RT e QT adjuvantes e sendo seguida desde então em consulta de grupo de Oncologia.

Foi internada no Serviço por apresentar uma massa abdominal palpável no flanco direito, não dolorosa, acompanhada de febre (38-39°) e mal-estar generalizado.

A TAC abdominal revelou presença de neoformação sólida (10 cm de maior diâmetro) retroperitoneal, condicionando desvio anterior do cólon ascendente e cego.

A doente foi submetida a exérese da massa tumoral associada a ileocolectomia segmentar do cólon ascendente por apresentar invasão tumoral directa.

A histologia revelou tratar-se de uma recidiva de HFM anteriormente diagnosticado.

Os autores advertem para a necessidade de uma excisão precoce e alargada, bem como uma ressecção em bloco em caso de invasão de outras estruturas. Deve ser realçada a importância de uma abordagem multidisciplinar.

**16. OSSOS DEGLUTIDOS IMPACTADOS NO ÂNUS**

*Vieira A., Fernandes V., Ribeiro M. e Freitas J.*

Serviço de Gastrenterologia e Cirurgia Geral - Hospital Garcia de Orta

Doente do sexo feminino, 45 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente patologia psiquiátrica. Recorreu ao Serviço de Urgência por proctalgia intensa e sensação de corpo estranho impactado no ânus. Referia ingestão de refeição copiosa, com deglutição de pequenos ossos ("pescoço de aves"), 6 dias antes. Negava manipulação anal. Estava apirética e sem alterações abdominais.

No exame proctológico, observou-se exsudado muco-sanguíneo-purulento e removeu-se fragmento correspondente a pequeno osso. O toque rectal era extremamente doloroso, pelo que se recorreu a sedação com propofol, por anestesia. Retirou-se então, com toque bimanual, abundante quantidade de pequenos ossos, que formavam conglomerado compacto que preenchia a ampola rectal.

Após extracção dos ossos a doente teve alta medicada com metronidazol e terapêutica tópica, tendo-se verificado resolução completa das queixas.

### 17. THE ROLE OF A PROTECTING STOMA IN LOW ANTERIOR RESECTION WITH TME AND COLONIC J-POUCH FOR RECTAL CANCER - Results of a prospective randomised trial

*Pimentel J., Duarte A. e Patrício J.*

Serviço de Cirurgia I - Hospitais da Universidade de Coimbra

Controversy still exists for the need of a temporary defunctioning stoma to protect the anastomosis after a low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer (LAR/TME). It is also claimed that the colonic J-pouch can reduce the incidence of anastomotic dehiscence. The purpose of our study was to compare and evaluate the efficacy of a temporary stoma in order to decrease the leak anastomotic rate after LAR/TME with a colonic J-pouch.

**Patients and Methods:** A prospective randomized trial was conducted in which a total of 36 patients with distal rectal cancer undergoing LAR with TME and construction of a colonic J-pouch, were submitted either to a defunctioning stoma (DS/loop ileostomy; n=18) or not (NDS; n=18). A hydro-soluble enema was done on the 10th postoperative day.

**Results:** A total of four leaks were recorded (11.1%), three in the NDS group (16.6%) and one in the DS group (5.6%). The leaks in the NDS group were clinical in two patients and radiological in one patient. The DS leak was clinical, and was treated "conservatively". One of the patients with a NDS leak was managed "conservatively", while the others two were submitted to surgical exploration, with drainage and construction of a stoma. There was no mortality in both groups.

**Conclusion:** Even after reconstruction with a colonic J-pouch, it seems appropriate to use a temporary defunctioning stoma following a low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer.

### 18. ESFINCTER ANAL ARTIFICIAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL SEVERA - Experiência pessoal

*Pimentel J., Duarte A. e Patrício J.*

Serviço de Cirurgia I - Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O esfíncter anal artificial tem sido proposto para o tratamento da incontinência fecal severa não possível pela reparação convencional.

**OBJECTIVOS:** Analisámos a eficácia do esfíncter anal artificial quanto à taxa de complicações, função ano-rectal, gravidade e "score" da incontinência e qualidade de vida.

**Material e métodos:** Oito doentes (4H;4M) com uma idade-média de 47,5 anos (25-67 anos) tratados por esta técnica desde Maio de 2000 e estudados de forma prospectiva. A etiologia da incontinência foi traumática (quatro) e neurogénica (quatro). A duração-média da incontinência foi de 5,4 anos (2-12 anos). A função ano-rectal foi avaliada antes e depois da cirurgia por um questionário clínico "standard" e por manometria ano-rectal. A severidade da incontinência foi determinada pelo "score" de continência da Cleveland Clinic. A qualidade de vida foi avaliada por um questionário especificamente construído para doentes com incontinência fecal (AMS).

**Resultados:** Com um "follow-up" médio de 12,3 meses (2-32 meses), sete doentes têm o aparelho implantado e em funcionamento. Uma doente (12,5%) teve o "cuff" do esfíncter explantado no 1º mês do pós-operatório devido a erosão cutânea peri-anal; a re-implantação foi ineficaz. Os sete doentes com o esfíncter artificial em actividade tornaram-se totalmente continentares para fezes sólidas e líquidas, embora dois deles com incontinência para gases (28,6%). Um doente (14,3%) refere uma certa dificuldade evacuatória (moderada/ligeira) recorrendo ocasionalmente ao uso de pequenos enemas para defecar. O "score" médio de continência baixou de 18.2 no pré-operatório para 2.1 no pós-operatório, uma melhoria com significado estatístico ( $P < 0,05$ ). Os resultados dos exames manométricos realizados revelaram uma melhoria significativa nos valores das pressões anais em repouso (pré-op: 26 mmHg / pós-op: 66 mmHg;  $P < 0,05$ ). Verificou-se também uma melhoria marcada na qualidade de vida, com uma baixa significativa nos valores médios (82% de máxima redução da qualidade de vida no pré-op. Para 13% de máxima redução da qualidade de vida no pós-operatório;  $P < 0,05$ ).

**Conclusões:** A nossa experiência preliminar sugere que o esfíncter anal artificial pode ser colocado sem grandes dificuldades técnicas, acompanha-se de uma baixa morbidade, é de fácil uso, seguro, conseguindo uma boa continência fecal e melhorando de forma marcada a qualidade de vida destes doentes.

### **19. ÚLCERA CÓLICA INESPECÍFICA**

*C. Gonçalves, F. Silva, C. Nunes, A. Dias e I. Cotrim*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de Santo André

As úlceras inespecíficas do cólon são lesões raras, de etiologia desconhecida, com importante morbidade associada. Têm igual incidência em ambos os sexos, com pico na quinta década de vida, sendo mais frequentes no cego (cerca de 50% dos casos). O diagnóstico abtém-se após exclusão de factores potencialmente relacionados com ulceração cólica, conjugando com os achados endoscópicos e histológicos. Geralmente há resolução espontânea das lesões, embora o potencial de recorrência seja ainda desconhecido.

Apresentamos o caso de um doente de 71 anos, do sexo masculino, internado no nosso serviço por hematoquézias, com necessidade de aporte transfusional, cuja colonoscopia revelou extensa úlcera do cego com coágulos aderentes (sem outras alterações). A histologia foi inespecífica. Verificou-se boa evolução clínica apenas com medidas de suporte, sendo que a revisão endoscópica revelou total desaparecimento da lesão.

Os autores salientam o presente caso como exemplo desta patologia pouco frequente, resumindo os dados disponíveis na literatura.

### **20. LINFOMA E DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO - Dois casos clínicos**

*C. Gonçalves, F. Silva, C. Nunes, A. Dias e I. Cotrim*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de Santo André

Vários trabalhos têm relacionado a doença inflamatória do intestino com um diagnóstico posterior de linfoma, implicando o uso crescente da terapêutica imunossupressora como factor causal. Outros autores negam qualquer influência desses fármacos, havendo outros ainda que recusam existir relação entre as duas patologias.

Os autores apresentam dois doentes na quarta década de vida, do sexo masculino, com diagnóstico de colite ulcerosa em remissão com 5-ASA rectal. Em ambos os casos, foram feitos estudos complementares por aparecimento de adenopatias, que conduziram ao diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (esclerose nodular) num dos doentes e Linfoma não Hodgkin B (difuso, de alto grau), no outro doente. Estas "intercorrências" surgiram, respectivamente, 5 meses e 13 anos após diagnóstico da DII.

A propósito destes dois casos clínicos, os autores fazem uma breve síntese dos dados publicados na literatura, ressaltando que o diagnóstico precoce do linfoma não é fácil, com necessidade de alto índice de suspeição face ao surgimento de adenopatias, massas abdominais ou alteração inesperada do curso da doença.

## 21. HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ÚLCERAS DO RECTO - Casuística de três anos

*C. Gonçalves, F. Silva, C. Nunes, A. Dias e I. Cotrim*

Serviço de Gastrenterologia - Hospital de Santo André

A hemorragia digestiva baixa por úlceras do recto é uma situação mais frequente nos doentes idosos, com múltiplas patologias associadas. Os relatos existentes na literatura são escassos e referentes a populações japonesas, não havendo trabalhos relativos a dados ocidentais.

Apresentamos a nossa casuística de três anos, sendo incluídos os doentes observados por HDB, nos quais foram identificadas úlceras do recto "inespecíficas" como sede da hemorragia. Excluídos os doentes com patologias ulcerosas colorectais conhecidas ou cujos achados endoscópicos eram muito sugestivos de um diagnóstico (DII, isquémia, neoplasia...). Estudámos 20 doentes, sendo 15 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com média etária de 75,3 anos. Verificou-se comorbilidade importante, bem como associação a toma de AINE em 30% dos casos. A histologia foi inespecífica em 60% das lesões, sendo diagnosticada alterações isquémicas em 15%. Fez-se esclerose endoscópica em 3 doentes (que apresentavam hemorragia activa ou vaso visível). Nenhum dos doentes foi operado.

Os autores fazem um resumo dos dados publicados acerca desta patologia, salientando a sua raridade, a importância do diagnóstico e terapêutica endoscópica (dado ser uma população que, pela idade avançada e comorbilidade, apresenta elevado risco cirúrgico).

## 22. DUPLICAÇÃO DO CEGO NO ADULTO - A propósito de um caso clínico

*Santos N., Simão R. e Marques V.*

Serviço de Cirurgia I - Hospital de S. Teotónio - Viseu

As duplicações do tubo digestivo são malformações congénitas raras de expressão clínica variável, geralmente diagnosticadas nos primeiros anos de vida mas que ocasionalmente se manifestam apenas na idade adulta.

Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 44 anos que recorre ao S. de Urgência por dor abdominal com 8 dias de evolução e em agravamento nas últimas 12 horas, localizada aos quadrantes inferiores direitos e sem outros sintomas ou sinais associados. Ao exame físico a doente apresentava um abdómen globoso, mole e depressível, com dor e defesa no flanco e fossa ilíaca direita, não havendo massas palpáveis. Obesa. Entre os exames auxiliares de diagnóstico realizados encontrou-se uma LDH de 543 U/L, PCR de 1.1, sem leucocitose. A ecografia abdominopélvica revelou a existência na fossa ilíaca e flanco direito duma formação de 11 x 9 cm com conteúdo líquido. A TAC mostrou formação ovalada com 12 x 10.5 x 7.9 cm, de baixa densidade, em provável relação com área anexial direita.

Considerando-se como hipótese de diagnóstico provável uma torção de quisto ovárico direito, procedeu-se a laparotomia exploradora de urgência, a qual revelou uma área anexial direita sem alterações, existindo no entanto uma formação quística do Cego com cerca de 14 cm de diâmetro, com duplicação da ténia anterior, compatível com duplicação do Cego. Realizou-se hemicolectomia direita. Pós operatório sem complicações, com alta ao 8º dia. O diagnóstico de duplicação do Cego foi posteriormente confirmado pelo exame anatomopatológico da peça operatória.

Embora facilitado pelos meios imagiológicos actualmente disponíveis, o diagnóstico etiológico da dor abdominal no adulto continua por vezes a ser um desafio para o Cirurgião, sendo revelado apenas à laparotomia. Mais frequente na infância, as duplicações intestinais e os seus diversos quadros clínicos inespecíficos também ocorrem no adulto, pelo que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial quer de dor abdominal quer de lesões quísticas intrabdominais.

### 23. COLITE AMIBIANA

*Pedro Pereira<sup>1</sup>, Mário Dinis-Ribeiro<sup>1</sup>, Armando Ribeiro<sup>1</sup>, João Magalhães<sup>2</sup>, Vasconcelos Teixeira A.<sup>1</sup> e Fernando Tavarela Veloso<sup>1</sup>*

1 Serviço de Gastrenterologia e 2 Serviço de Anatomia-Patológica do Hospital de S. João - Porto

**Introdução:** A colite amibiana pode manifestar-se clinicamente com um quadro semelhante à colite ulcerosa ou disenteria bacilar. A identificação das amebas na mucosa cólica, por colonoscopia com biópsia, permite instituição de terapêutica específica e previne a ocorrência de complicações.

**Caso clínico:** Homem de 24 anos de idade, caucasiano natural de Moçambique onde residiu até 1999. Internado em Abril de 2003 por diarreia sangüinolenta, cólicas abdominais e febre com um mês de evolução. Ao exame objectivo apresentava-se febril, com palidez da pele e mucosas, e abdómen doloroso à palpação dos quadrantes inferiores. Exames laboratoriais na admissão: Hg-11,2 g/dl; leucócitos-15 x 10<sup>9</sup>; VS-70 mm/1<sup>a</sup>h; PCR-133 mg/L. Fibrosimioscopia mostrava úlceras de arredondadas com bordos dalientes e hiperémicos, intercaladas com áreas de mucosa normal, estendendo-se desde o recto até ao cólon sigmoide. O exame histopatológico mostrou mucosa cólica com infiltrado inflamatório polimórfico, associado à presença de trofozoítos de ameba. O doente iniciou tratamento com metronidazol 750 mg per os de 8/8 h, tendo tido alta assintomático ao 12<sup>o</sup> dia de internamento.

Apresenta-se iconografia endoscópica e histológica do caso.

### 24. FRONTEIRAS APAGADAS ENTRE O INFECCIOSO E O ONCOLÓGICO

#### A propósito de um caso clínico de neoplasia do cego

*S. Hilário, C. Aniceto, M. Torgal, S. Palmela, R. Fanha, M. Coelho e M. Mendes*

Serviço de Cirurgia II - Hospital de Santo André - Leiria

Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 80 anos com neoplasia do cego, que se manifestou inicialmente por abscesso do psoas direito.

Esteve internado no Serviço de Medicina durante 9 dias para estudo de massa lombar direita e febre com escassos dias de evolução. Referia história de anemia, anorexia e emagrecimento desde há vários meses, tendo feito, 4 meses antes, clister opaco com duplo contraste que revelou dolico cólon e espasticidade cólica. No internamento, realizou exames complementares orientados para o despiste de etiologia infecciosa, nomeadamente de tuberculose óssea.

Pedida a colaboração de Cirurgia, procedeu-se à punção aspirativa da tumefacção lombar com saída de pus que motivou drenagem de abscesso do psoas direito, por via lombar, sob anestesia geral. Realizou colonoscopia que identificou estenose a nível do cólon ascendente, em relação com provável neoplasia/processo inflamatório (biópsada). A TAC abdómino-pélvica efectuada detectou espessamento do psoas direito e do íliaco do mesmo lado, estendendo-se à parede do cólon ascendente, em provável relação com processo inflamatório muscular.

A hipótese de uma neoplasia perfurada do cólon ascendente ser o foco etiológico do abscesso do psoas foi confirmada como resultado anatomo-patológico das biópsias realizadas (adenocarcinoma), pelo que o doente foi operado. Intraoperatoriamente constatou-se a existência de cego em posição sub-hepática com volumosa neoplasia aderente à goteira parieto-cólica direita. Foi submetido a hemicolectomia direita com ileo-transversostomia com anel biodegradável. O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao 7<sup>o</sup> dia, tendo sido orientado para consulta externa. Este caso clínico reflecte a dificuldade da conjugação dos dados clínicos com os exames complementares para o diagnóstico diferencial de entidades clínicas com diferentes tratamentos - a doença infecciosa/inflamatória e a doença oncológica.



## 25. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA DOENÇA DE CROHN PENETRANTE

Sousa H. T., Portela F., Andrade P., Ferreira M., Sofia C., Leitão M. C. e Freitas D.

Serviço de Gastreenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O curso da doença de Crohn é complicado por fístulas em 30-50% dos doentes, as quais são responsáveis por uma percentagem significativa da morbilidade da doença.

**Objectivo:** Documentar as características clínicas, abordagens terapêuticas e seus resultados numa população com DC penetrante (DCp) desde o seu diagnóstico.

**Material e métodos:** De 227 doentes com DC, seleccionaram-se 92 com DCp, incluindo-se 90 com história actual ou passada de fístulas objectivamente demonstradas. Obtiveram-se dados demográficos, de caracterização da DC e da DCp, dos tipos e momentos de tratamentos dirigidos às fístulas e respectivos resultados.

**Resultados:** o follow-up médio foi de 8.1 anos (0.5-29). Nos 90 indivíduos estudados (46 mulheres), com idade média de 38.2 anos (21-80), a localização da doença era ileal em 30.1%, ileocólica 38.6% e cólica 28.9%. Existiam fístulas ao diagnóstico de DC em 48 doentes. As fístulas eram múltiplas em 63 casos. Verificaram-se 50.3% de fístulas externas (50 perianais e 22 enterocutâneas), sendo as restantes internas (8 rectovaginais, 11 enterovesicais, 39 enteroentéricas, 11 entéricas para peritoneu livre e 2 para o teroperitoneu). Em média cada doente efectuou 1.6 abordagens terapêuticas dirigidas às fístulas, sendo a primeira exclusivamente médica em 34 e cirúrgica em 9. Um conjunto de 47 doentes necessitou de pelo menos mais uma abordagem terapêutica, destacando-se um aumento do recurso a imunossuppressores e infliximab (de 38.5% e 11.5% para 70.2% e 29.8%, respectivamente) e da necessidade de ressecção e/ou derivação intestinais (de 55.5 e 0.0% para 61.9 e 28.6%, respectivamente). Houve necessidade de pelo menos uma intervenção cirúrgica em 77.3% dos doentes, incluindo 11 colectomias, 9 com proctectomia, e construção de 24 estomas, dos quais 13 temporários. As fístulas externas foram as mais recidivantes. A remissão verificou-se em 74.7% dos doentes, variando entre os 59.2% para as fístulas perianais e os 100.0% para as entéricas para peritoneu livre e para o retroperitoneu.

**Conclusões:** A entrada em remissão das fístulas é habitualmente conseguida, embora muitas vezes lenta, com necessidade de várias modalidades terapêuticas sucessivas, de agressividade crescente e à custa de uma morbilidade significativa.

## 26. COLITE PSEUDO-MEMBRANOSA - DIAGNÓSTICO ÓBVIO? TERAPÊUTICA INCONTROVERSA?

Miguel Areia, Daniel Brito, Paulo Souto, Ernestina Camacho, Maximino Leitão e Diniz Freitas

Serviço de Gastreenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

**Introdução:** Apresentam-se dois casos clínicos de colite pseudo-membranosa em que se abordam os problemas do seu diagnóstico e terapêutica.

**1º Caso:** Doente sexo feminino, 79 anos idade, internada por diarreia profusa e febre. Antecedentes de paraplegia desde os 20 anos e toma frequente de antibióticos por infecções urinárias de repetição. Sigmoidoscopia até aos 30 cm da margem anal revelou mucosa congestiva, friável e ulcerada. Histologia de colite inespecífica. Pesquisa toxina Clostridium difficile positiva. Faz Metronidazol 500 mg PO tid durante 13 dias mantendo toxina positiva e diarreia. Realiza Vancomicina 125 mg PO qid durante 14 dias mantendo toxina positiva e diarreia. Posteriormente faz lavagem intestinal com polietilenoglicol, seguindo-se terapêutica com Metronidazol 14 dias e posteriormente Colestiramina 4 g PO tid associada a Saccharomyces boulardii 1 g PO qid 4 semanas, com resolução do quadro. Sem recidiva nos primeiros 6 meses.

**2º Caso:** Doente sexo feminino, 91 anos idade, internada por diarreia profusa e febre. Internamento um mês antes por pancreatite aguda litiásica e diverticulite, com toma de antibióticos de largo espectro. Pesquisas de toxina C. difficile positiva realizando Metronidazol 14 dias com resolução do quadro. 4 dias após a alta, recidiva das queixas. Pesquisa de toxina e coproculturas ao 1º e 4º dias de internamento negativas. Sigmoidoscopia ao 8º dia revela lesões exuberantes de colite pseudo-membranosas até aos 40 cm da margem anal. Inicia Metronidazol 14 dias, seguidos de Colestiramina e S. boulardii 4 semanas, com resolução do quadro. Sem recidiva nos primeiros 2 meses.

**Conclusão:** no diagnóstico da colite pseudo-membranosa, a conjugação dos dados endoscópicos e serológicos é fundamental; nos casos de difícil resolução ou susceptíveis de recidiva, a terapêutica dupla com Colestiramina e S. boulardii após o tratamento convencional pode ser eficaz para o tratamento.

**27. CIRURGIA DA OBSTRUÇÃO DEFECATÓRIA**

*Nelson Aguiar, Jesus Ventura, José Barbosa, Pedro Correia da Silva, Francisco Monteiro e Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

Os autores realizam um estudo retrospectivo dos doentes com síndrome de obstrução defecatória operados pela técnica de STARR, no Serviço de Cirurgia A entre Novembro de 2001 e Setembro de 2003.

O número de doentes operados por esta técnica foi de 7, sendo 100% mulheres, com idades compreendidas entre os 59 e 77 anos de idade. As manifestações clínicas dos doentes foram: obstipação crónica (7/7), sensação de evacuação incompleta (6/7), digitação e remoção manual das fezes (6/7) e desconforto perineal (1/7). Uma das doentes apresentava uma úlcera solitária do recto.

Os meios auxiliares de diagnóstico consistiram em defecografia em 2 casos e rectosigmoidoscopia em 1 caso.

A cirurgia realizada nos 7 doentes foi a técnica de STARR.

Uma das doentes fez deiscência parcial da sutura posterior que cicatrizou completamente tendo, no entanto, necessidade de antibioterapia.

O tempo de internamento variou entre os 2 e os 7 dias.

**28. NEOPLASIAS DO CÓLON E RECTO OPERADAS NO SERVIÇO DE CIRURGIA A: Experiência de 171 casos**

*Nelson Aguiar, Jesus Ventura, A. Meireles Teixeira, Francisco Monteiro, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

As neoplasias de cólon e recto continuam a ocupar um lugar de destaque a nível das neoplasias do tubo digestivo. Desta forma, torna-se essencial, o relato da experiência particular dos grandes centros hospitalares, no que respeita ao tratamento desta patologia.

Os autores realizam uma análise retrospectiva de 171 casos de neoplasias de cólon e recto operadas no Serviço de Cirurgia A entre Dezembro de 2001 e Outubro de 2003.

Doas 171 casos revistos, verificou-se que 121 (70,8%) localizavam-se no cólon, dos quais 27 (15,8%) no ascendente, 12 (7,0%) no transversal, 18 (10,5%) no descendente, 41 (24,0%) no sigmóide e 23 (13,5%) na transição rectosigmoideia; 50 (29,2%) localizavam-se no recto dos quais 12 (7,0%) no recto superior, 11 (6,4%) no médio e 27 (15,8%) no inferior.

Os doentes estudados tinham idades compreendidas entre 27 e 92 anos, sendo que 81 (47,4%) eram do sexo masculino e 90 (52,6%) do sexo feminino.

Pretende-se com este estudo fazer uma análise da incidência destas patologias por sexo e grupo etário, topografias e morfologias mais frequentes, clínica mais frequentemente encontrada, estadiamentos e cirurgias efectuadas.

### 29. TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE ABCESSO PRÉ-SAGRADO APÓS PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA

*Jesus Ventura, Amria Chaves, Víctor Devesa, Pedro Correia da Silva, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de sexo feminino de 27 anos de idade com história familiar de neoplasia de cólon, que recorre ao Serviço de Cirurgia A por quadro de diarreia e emagrecimento com quatro meses de evolução.

Efectuou uma sigmoidoscopia que revelou polipose cólica com dois pólipos suspeitos.

Submetida a cirurgia em 08/07/03 (Proctocolectomia total com anastomose ileo-anal bolsa em J e ileostomia lateral). O exame anátomo-patológico revelou alterações compatíveis com polipose adenomatosa familiar, com adenocarcinoma num deles, sem invasão do eixo dos pólipos; teve alta no nono dia pós-operatório.

Foi novamente internada em 07/08/03 por vômitos e desidratação tendo sido diagnosticado abscesso pélvico, e procedido a sua drenagem com controlo ecográfico.

A drenagem foi eficaz, tendo o abscesso sido resolvido.

Os estudos manométricos da bolsa demonstraram não haver qualquer alteração, tendo a ileostomia de protecção sido encerrada, mantendo a doente perfeita continência.

### 30. COMPLICAÇÕES TARDIAS DE OSTOMIAS

*Artur Flores, Abel Castanheira Vale, Jesus Ventura, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, Ana Maria Branco, José Barbosa e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** Análise das complicações tardias de ostomias numa população de ostomizados acompanhados em consulta de estomaterapia.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de doentes operados pelos médicos dos Serviços de Cirurgia 1, 2 e A entre 1995 e 2003 e que frequentam a consulta de ostomizados do hospital de S. João.

**Resultados:** Em 24 (42,1%), dos 57 doentes observados ocorreram complicações das ostomias. A percentagem de complicações foi superior nos doentes com colostomias.

Em dois doentes ocorreram estenoses superficiais sendo que em apenas 1 caso foi necessária dilatação com velas e no outro dilatação digital. Não houve casos de estenoses profundas. Ocorreram 13 casos de hérnias priostomias que são assintomáticas ou apenas ligeiramente sintomáticas. Três foram submetidos a correcção cirúrgica. Os 4 prolapso foram todos submetidos a cirurgia. Em dois casos ocorreu recidiva o que motivou reoperação apenas em 1.

Sete doentes apresentaram granulomas e dois dermatites. Nestes casos o tratamento foi sempre médico excepto num com granulomas em que se procedeu a exérese cirúrgica e noutra a exérese com laser.

**Conclusões:** As complicações das ostomias são frequentes. Dos doentes que apresentaram complicações 25% foram submetidos a tratamento cirúrgico.

### 31. DERMATITES E GRANULOMAS EM OSTOMIAS

Artur Flores, Jesus Ventura, Abel Castanheira Vale, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, José Barbosa, Francisco Monteiro e A. Carlos Saraiva

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

Os autores apresentam um poster sobre lesões de dermatite e granulomas, em doentes submetidos a colostomias ou ileostomias durante o período de 1992 a 2003.

Dos doentes operados neste período pelos cirurgiões do Serviço de Cirurgia A e que frequentaram a consulta de ostomizados do Hospital de S. João, 57 dos convocados compareceram a uma consulta para a avaliação da sua ostomia.

Verificamos que 49 tinham colostomia e 8 ileostomia. Em 9 casos (15,7%) ocorreram granulomas ou dermatites.

Num dos doentes com ileostomia ocorreram granulomas mas nos restantes não ocorreu qualquer destas complicações (12,5%). Os doentes colostomizados constituíam a maioria dos casos com complicações deste tipo 8/48 o que corresponde a 16,6%.

As lesões de dermatite ocorreram em 3 doentes e em um deles associou-se a granulomas. Estes ocorreram em 7 doentes observados sendo um deles portador de ileostomia. Os tratamentos efectuados foram de ordem médica na maioria dos casos, mas em dois doentes foi necessária exérese de granulomas com laserterapia e com cirurgia.

As complicações cutâneas das colostomias foram frequentes em doentes ostomizados (15,7%). O seu tratamento foi maioritariamente médico mas em dois casos foi necessário tratamento ablativo ou cirúrgico.

### 32. HÉRNIAS E PROLAPSOS EM OSTOMIZADOS

Abel Castanheira Vale, Artur Flores, Jesus Ventura, Pedro Correia da Silva, Vieira Amândio, José Barbosa, Francisco Monteiro, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** Estudo de doentes que apresentaram hérnias ou prolapsos como complicações de ostomias.

**Material e Métodos:** Doentes operados por cirurgiões dos Serviços de Cirurgia 1, 2 e A do Hospital de S. João e que são acompanhadas na consulta de Estomatologia deste Hospital.

**Resultados:** De 57 doentes observados após convocação, verificamos que 15 apresentavam hérnias ou prolapsos da ostomia o que corresponde a 26,3%. Em dois casos ocorreu associação das duas complicações e num caso associou-se hérnia e fístula.

Os casos de hérnia, 13 (22,8%) ocorreram todos em colostomias enquanto que um dos prolapsos ocorreu em ileostomia. Em três casos de hérnia foi necessária cirurgia, dois em que havia associação com prolapso e um no caso da hérnia em ileostomia.

Prolapsos ocorreram em 4 doentes (7%) e foram todos submetidos a cirurgia. Em dois houve recidiva mas só em um destes foi necessário reoperar e reposicionar a ostomia.

**Conclusões:** As hérnias de ostomias são complicações frequentes. A sua ocorrência foi aproximadamente igual em colostomias e ileostomias (14,5% e 12,5%).

A maioria dos casos de hérnia simples não necessitou tratamento cirúrgico. Por outro lado os prolapsos foram todos operados mas apresentaram uma taxa de recidiva elevada o que motivou a reposição do estoma em um dos casos.

### **33. NEOPLASIA CÓLICA RECIDIVANTE - A propósito de um caso clínico**

*Víctor Mosquera, Jesus Ventura, José Barbosa, Luís Malheiro, Ana Maria Branco, Pedro Correia da Silva e A. Carlos Saraiva*  
Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

Relata-se um caso clínico de um doente com recidiva de adenocarcinoma do cólon, na linha de anastomose, por duas consecutivas, no período de dois anos; tendo sido realizadas duas colectomias segmentares, seguidas de totalização de colectomia.

Três anos de pois do primeiro carcinoma o doente mantém-se bem e sem sinais de recorrência. Analisando as características histológicas, verificou-se existir identidade das neoplasias.

Revêem-se as características anátomo-patológicas, que fazem prever maior probabilidade de recidiva local.

### **34. CIRURGIA DA INCONTINÊNCIA ANAL EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA A DO HOSPITAL DE S. JOÃO**

*Maria Chaves Jalal, Jesus Ventura, José Barbosa, Pedro Correia da Silva, Francisco Monteiro, Ana Maria Branco e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

Os autores realizam uma revisão casuística da experiência do Serviço de Cirurgia A do Hospital de S. João, no tratamento cirúrgico da incontinência anal, no período de tempo decorrente entre Novembro de 2001 e Setembro de 2003.

São analisados 6 doentes de sexo feminino com idades compreendidas entre os 37 e 67 anos de idade.

Das 6 doentes 5 têm proctologia prévia, e 1 delas tem nos vários trabalhos de parto o provável mecanismo etiológico.

A cirurgia realizada foi esfínterorrafia directa em 50% dos casos (3/6) e miorráfias no restante (2 reparações anais posteriores - Operação de Parks - 1 reparação anal anterior). 5 dos doentes foram submetidos a colostomia prévia.

A continência pode-se considerar normal ou aceitável em 4 dos 6 doentes (66,6%).

### **35. FACTORES DE RISCO NA RECIDIVA CIRÚRGICA DA DOENÇA DE CROHN**

*Victor Mosquera, João Paulo Araújo Teixeira, A. Meireles Araújo Teixeira, José Ramalhão, Araújo Teixeira, Henrique Barros e A. Carlos Saraiva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital de S. João - Faculdade de Medicina do Porto

Os autores procederam ao estudo de 48 (33,7%) recidivas numa série de 127 operados com um "follow-up" mínimo de 12 meses.

Estudaram os factores susceptíveis de influenciarem aquelas recidivas, tendo verificado na análise univariada, valores significativos, em relação à idade, sexo, duração da doença até à primeira cirurgia, presença de granulomas e formas perforantes. O mesmo não aconteceu em relação à evidência de lesões nas margens ressecadas, na localização inicial da doença e nas complicações pós-operatórias precoces.

O risco actuarial de recidiva global aos 5 e 12 anos foi de 20% e 50%, respectivamente.

Na análise multivariada foi particularmente significativa a presença de doença fistulizante.

### **36. O PAPEL DO RASTREIO NO CANCRO DO CÓLON E RECTO**

*Carolina Guedes, Lúcia Marinho e Alexandre Hoffmann Castela*

Hospital Distrital de Lamego

O cancro do cólon e recto é cada vez mais frequente no Ocidente.

O aumento da sua prevalência em Portugal e o aparecimento deste em idades cada vez mais jovens levou os autores a elaborar um algoritmo para o rastreio do cancro do cólon e recto. Este tem como exames de rastreio a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), sigmoidoscopia flexível (SF) e colonoscopia.

Os autores apresentam ainda, um caso clínico que alerta para a necessidade urgente de um programa de rastreio do cancro do cólon e recto.

Trata-se de um doente com 37 anos, saudável, em tratamento médico, com medidas higienodietéticas, desde há 3 anos por hemorróidas.

Devido à intercorrência dos sintomas o doente realizou uma colonoscopia. Esta, revelou neoplasia ulcerovegetante com diâmetro de 5 cm e ocupando 4/5 do lúmen dos 2 aos 7 cm no recto distal.

O doente foi submetido a Amputação Abdomino-Perineal + Quimioterapia + Radioterapia, e neste momento encontra-se clinicamente bem.

O custo da implementação de um programa de rastreio não deve ser visto só pela Engenharia Financeira, mas também pela necessidade de reduzir a taxa de mortalidade por cancro do cólon e recto.

# 13º CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

PORTO

20-21 NOVEMBRO 2003

## Vídeos

### **1. MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA DE ADENOMA DO RECTO**

*Pedro Amaro, Francisco Portela Hermano Gouveia e Diniz de Freitas*

Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

### **2. ANASTOMOSE COLO-ANAL COM AJUDA DE AFASTADOR DE LONESTAR®**

*Américo Dias Pereira, Rui Ferreira de Almeida, Donzília Brito, Trovão Lima e Gil Gonçalves*

Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira

### **3. GANGRENA DE FOURNIER: TERAPÊUTICA CIRÚRGICA**

*Malaquias J., Girão J., Matos H., Miranda C., Rocha A., Lopes A. e Bicha Castelo H.*

Hospital de Santa Maria - Faculdade de Medicina de Lisboa

### **4. CORRECÇÃO DE PROLAPSO RECTAL POR VIA LAPAROSCÓPICA ASSISTIDA**

*Anabela Rocha, Marisa Santos e Mário Marcos*

Serviço de Cirurgia 1 - Hospital Geral de Santo António, S.A.

### **5. PROTECTOMIA COM BOLSA ILEO-ANAL EM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL**

*Anabela Rocha, Marisa Santos e Rogério Ramalho*

Serviço de Cirurgia 1 - Hospital Geral de Santo António, S.A.

### **6. RESSECÇÃO ILEO-CÓLICA POR LAPAROSCOPIA**

*A. Carlos Saraiva, Luís Malheiro, Francisco Monteiro, Pompílio Belo e Pedro Correia da Silva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital Geral de S. João

### 1. MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA DE ADENOMA DO RECTO

*Pedro Amaro, Francisco Portela Hermano Gouveia e Diniz de Freitas*

Serviço de Gastreenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

A ressecção endoscópica da mucosa ou mucosectomia endoscópica mediante técnica aspirativa com recurso a um "cap" aplicado na extremidade distal do endoscópio (cap endoscopic mucosal resection - EMR-C) tem tido grande aplicação no tratamento das neoplasias iniciais planas ou discretamente elevadas do tracto digestivo superior, nomeadamente do esófago e estômago.

No entanto, no cólon e recto esta técnica é raramente usada. Por um lado, as lesões planas são minoritárias uma vez que a maioria das neoplasias a este nível é de morfologia polipóide. Para além disso, existe a percepção de um risco acrescido de perfuração. Por estes motivos, a mucosectomia endoscópica no tracto digestivo baixo têm sido efectuada mediante ressecção com ansa diatérmica assistida por injeção submucosa de soro fisiológico. Não obstante, algumas lesões, quer devido à sua natureza plana e extensa quer devido à sua localização de difícil acesso, poderão ser mais adequadamente abordadas mediante mucosectomia endoscópica assistida por "cap".

No caso que se apresenta, de uma mulher de 80 anos com rectorragias esporádicas, tratava-se de um adenoma tubuloviloso do recto superior, apenas discretamente elevado em relação à mucosa normal adjacente, medindo mais de 6 cm de diâmetro e envolvendo quase toda a circunferência rectal. Este aspecto era sugestivo de um "laterally spreading tumour", denominação proposta por autores japoneses para este tipo de lesões.

Procedeu-se a mucosectomia endoscópica assistida por "cap", numa abordagem que envolveu uma ressecção fragmentada da lesão, sendo necessárias 3 sessões complementadas no final com a coagulação com argon plasma. Verificou-se a ocorrência de uma suspeita de perfuração na primeira sessão resolvida após aplicação de endoclips.

No final, a lesão foi completamente excisada, confirmando-se apenas adenoma tubuloviloso com displasia de baixo grau. Esta técnica pode constituir uma abordagem alternativa para lesões de difícil abordagem endoscópica e que necessitam frequentemente de ressecção cirúrgica transanal.

Apresenta-se vídeo demonstrativo da técnica e do caso clínico.

### 2. ANASTOMOSE COLO-ANAL COM AJUDA DE AFASTADOR DE LONESTAR®

*Américo Dias Pereira, Rui Ferreira de Almeida, Donzília Brito, Trovão Lima e Gil Gonçalves*

Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira

Os autores apresentam em vídeo uma proctectomia total com anastomose colo-anal com ajuda de um afastador Lonestar® efectuada num paciente idoso que apresentava um extenso adenoma viloso do recto.

Neste vídeo, os autores, chamam a atenção para as vantagens e desvantagens do uso deste afastador neste tipo de cirurgia, e também para as diferenças relativamente à anastomose endo-anal.

### 3. GANGRENA DE FOURNIER: TERAPÉUTICA CIRÚRGICA

*Malaquias J., Girão J., Matos H., Miranda C., Rocha A., Lopes A. e Bicha Castelo H.*

Hospital de Santa Maria - Faculdade de Medicina de Lisboa

A gangrena de Fournier é uma entidade clínica rara, permanecendo desde a sua descrição em 1883, pelo dermatologista e venerologista Parisiense Jean Alfred Fournier, controversa a sua definição. Smith e col propuseram em 1998 uma definição de compromisso: "uma fasciite necrosante infecciosa das regiões perineal, genital e perianal". Foram incluídos homens de todas as idades, mulheres e crianças. A incidência é maior nos homens (10:1).

O diagnóstico é efectuado com base em elementos de ordem clínica. Embora na descrição original esta entidade tenha sido considerada idiopática, uma pesquisa cuidada identifica frequentemente o factor etiológico. Este está habitualmente localizado na pele local, no aparelho urinário ou na região colo-rectal. As doenças sistémicas mais frequentemente encontradas associadas são a diabetes mellitus e o alcoolismo.

A apresentação clínica é dramática e a evolução apresenta uma elevada mortalidade. Os elementos fundamentais do tratamento são o desbridamento cuidadoso dos tecidos gangrenados, eventual realização de colostomia e ou colocação de cateter urinário e antibioterapia de largo espectro.

O vídeo que apresentamos mostra o desbridamento e drenagem a região gangrenada e ainda a confecção de uma transversotomia de derivação, num homem de 73 anos de idade com diabetes mellitus.



#### **4. CORRECÇÃO DE PROLAPSO RECTAL POR VIA LAPAROSCÓPICA ASSISTIDA**

*Anabela Rocha, Marisa Santos e Mário Marcos*

Serviço de Cirurgia 1 - Hospital Geral de Santo António, S.A.

Mulher, de 60 anos, foi operada em 02/04/02 por prolapso rectal de grau III, com incontinência anal para fezes sólidas. Procedeu-se a dissecação do recto até ao pavimento pélvico, seguida da ressecção anterior, por via laparoscópica assistida.

O tempo operatório foi de 4 h. A doente retomou o trânsito de gases ao 3º dia, não teve complicações pós-operatórias, e teve alta ao 5º dia.

Aos 18 meses tem continência anal para fezes sólidas, mas não para líquidas e nem para gases e está a ser reavaliada com vista a reconstrução esfinteriana.

#### **5. PROCTECTOMIA COM BOLSA ILEO-ANAL EM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAL**

*Anabela Rocha, Marisa Santos e Rogério Ramalho*

Serviço de Cirurgia 1 - Hospital Geral de Santo António, S.A.

Os AA. apresentam a técnica cirúrgica de uma proctectomia reconstrutiva numa mulher de 39 anos com Polipose Adenomatosa Familiar.

A doente tinha sido operada, sete anos antes, de colectomia total com anastomose ileo-rectal latero-terminal. Manteve-se em seguimento e foi desenvolvendo múltiplos pólipos adenomatosos rectais, um dos quais de 1 cm e com displasia moderada, pelo que se decidiu completar a cirurgia profilática.

A doente foi reoperada em 25/11/97.

A ressecção do recto foi efectuada com o meso-recto. A sutura do coto anal foi feita com uma TA 30. A bolsa ileal foi confeccionada em J com três GIA 75. A anastomose ileo-anal foi também mecânica com CEEA 28. Foi montada uma ileostomia em ansa, de derivação.

O pós-operatório decorreu sem complicações e teve alta ao nono dia.

O trânsito intestinal foi reconstituído dois meses depois, sem complicações.

#### **6. RESSECÇÃO ILEO-CÓLICA POR LAPAROSCOPIA**

*A. Carlos Saraiva, Luís Malheiro, Francisco Monteiro, Pompílio Belo e Pedro Correia da Silva*

Serviço de Cirurgia A - Hospital Geral de S. João

Os autores apresentam, em vídeo, uma ressecção ileo-cólica por via laparoscópica efectuada em doente portador de Doença de Crohn de apresentação estenosante.

Artigo Original  
Original Article

GLÓRIA ISIDRO <sup>1</sup>  
JOSÉ SILVA RAMOS <sup>2</sup>  
FRANCISCO LARANJEIRA <sup>1</sup>  
FERNANDO REGATEIRO <sup>3</sup>  
JÚLIO LEITE <sup>3</sup>  
F. CASTRO E SOUSA <sup>3</sup>  
JOSÉ SOARES <sup>4</sup>  
CLARA CASTRO <sup>5</sup>  
JOÃO GIRIA <sup>5</sup>  
MARIA J BRITO <sup>5</sup>  
ANA MEDEIRA <sup>6</sup>  
RICARDO TEIXEIRA <sup>7</sup>  
HENRIQUE MORNA <sup>7</sup>  
MARIA GUIDA BOAVIDA <sup>1</sup>

1. Instituto Nacional de Saúde  
Dr Ricardo Jorge, Centro de  
Genética Humana, Lisboa.  
2. Hospital de Stº António dos  
Capuchos, Lisboa.  
3. Hospital Universitário de  
Coimbra, Coimbra.  
4. Hospital de Stº António do  
Porto, Porto.  
5. Hospital Garcia de Orta, Almada.  
6. Hospital de Stª Maria, Lisboa.  
7. Hospital Distrital do Funchal,  
Funchal.

## PESQUISA DE MUTAÇÕES NO GENE MYH EM DOENTES PORTUGUESES COM POLIPOSE ADENOMATOSA DO CÓLON

### NOVAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

#### Resumo

Recentemente, em 2002, identificou-se o envolvimento de um novo gene, o MYH, na polipose adenomatosa do cólon, de transmissão autossómica recessiva. O gene MYH participa no sistema BER (Base Excision Repair) de reparação do DNA, removendo resíduos de adenina erroneamente incorporados na dupla cadeia. Não obstante terem sido realizados ainda escassos estudos de pesquisa de mutações, os resultados, até à data, sugerem que uma proporção significativa (30%) dos casos de adenomas coloreticais múltiplos (entre 15 e 100 pólipos), possam ser devidos a mutações germinais bialélicas no gene MYH. Neste estudo foram pesquisadas mutações germinais em MYH em 28 indivíduos com polipose adenomatosa do cólon que não apresentaram mutação em APC. Os resultados revelaram a presença de mutações bialélicas em 9 doentes (32%) incluindo 2 novas mutações. A identificação de indivíduos afectados com polipose MYH, traz novas e importantes implicações para o diagnóstico, rastreio, aconselhamento genético, vigilância e terapêutica nestes doentes.

#### Summary

Recently, in 2002, the MYH gene has been identified to be involved in familial adenomatous polyposis of the colon, in an autosomic recessive form of transmission. The MYH gene participates in the BER system (Base Excision Repair) repairing the DNA by removing adenine residues erroneously incorporated in the pair chain. Even though there have not been many studies of mutation screening in this gene, the results up to now indicate that a significant proportion (30%) of multiple colorectal adenomas (between 15 to 100 polyps) are due to biallelic germinal mutation in the MYH gene.

In this study, germinal mutation screening in the MYH gene was performed in 28 individuals with familial adenomatous polyposis of the colon that didn't present a germinal mutation in the APC gene. The results revealed the presence of biallelic mutations of the MYH gene in 9 patients (32%) including 2 novel mutations. The identification of individuals affected by MYH polyposis brings new and important implications for the diagnostic, screening, genetic counselling, follow up and therapeutic options in these patients.

## Introdução

O sistema de reparação do DNA por excisão de bases (BER, base excision repair) desempenha um papel fundamental na reparação de danos causados no DNA por espécies reactivas de oxigénio (ROS), geradas durante o metabolismo aeróbico. As ROS são genotóxicas e geram quebras de cadeias do DNA, que podem ser mutagénicas ou conduzir à morte celular. Estima-se que o organismo humano sofra mais de 10 000 acontecimentos de dano oxidativo por célula e por dia, e todos, à excepção das quebras cromossómicas, são reparados por via do sistema BER de reparação do DNA (Hazra T et al, 2003).

Os passos críticos na reparação do DNA por BER consistem na remoção de bases erróneas e sua substituição correctiva, levados a cabo por um conjunto de enzimas, as glicosilases do DNA. O produto mais estável do dano oxidativo é a oxidação da guanina para 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanine (8-oxoG), a qual emparelha inadequadamente com a adenina, originando mutações G:C->T:A observadas em bactérias e leveduras deficientes deste modo de reparação do DNA (Yamane A et al, 2003). Nestes organismos existem essencialmente 3 glicosilases que actuam sinergicamente para proteger as células contra os efeitos mutagénicos da oxidação das bases do DNA. A glicosilase MutM, que remove a base oxidada 8-oxoG no DNA em cadeia dupla, a MutY que remove os resíduos de adenina incorporados erroneamente em oposição à base 8-oxoG, e a MutT, que evita a incorporação de 8-oxo-dGMP no DNA nascente (Lu A and Fawcett W, 1998). No homem foram identificados genes homólogos destes, respectivamente OGG1, MYH e MTH1, com funções equivalentes (Ohtsubo T et al, 2000; Slupska M et al, 1996).

Apesar de se reconhecer, desde há algum tempo, a implicação dos danos oxidativos do DNA na etiologia de doenças degenerativas, nos processos de envelhecimento e cancro, mutações germinais em genes de BER não tinham sido relacionadas com nenhuma doença humana. Recentemente, um destes genes, o da glicosilase MYH, foi implicado na polipose adenomatosa do cólon.

Com efeito, o estudo de uma família caucasiana constituída por 3 irmãos afectados com adenomas colo-rectais múltiplos e carcinoma, revelou que estes indivíduos eram compostos heterozigóticos para 2 mutações em MYH, identificando o compromisso da actividade de reparação da glicosilase da adenina nesta patologia (Al-Tassan N et al, 2002). Posteriormente, vários grupos confirmaram a existência desta nova forma de polipose adenomatosa do cólon, devida a mutação germinal bialélica no gene MYH, ao identificarem outras mutações germinais bialélicas, incluindo mutações frameshift, noutros tantos doentes (Halford S et

al, 2003; Jones S et al, 2002; Sampson J et al, 2003; Sieber O et al, 2003).

Nos vários estudos publicados, apesar de a frequência de heterozigotia no locus MYH nos doentes ser semelhante à da população em geral - entre 1 e 2% - a de mutações bialélicas, entre os doentes, variou de 3 a 29% (Al-Tassan et al, 2003; Halford S et al, 2003; Jones S et al, 2002; Sampson J et al, 2003; Sieber O et al, 2003) o que é compatível com a implicação deste gene na doença e com um padrão de manifestação autossómico recessivo. Por sua vez, identificaram-se 2 hot spots mutacionais no gene MYH, correspondentes às seguintes substituições de aminoácidos: p.Y165C e p.G382D (Al-Tassan et al, 2003). Estas mutações correspondem a aproximadamente 86% das mutações em MYH em doentes caucasianos, sendo que 78% dos doentes com mutações apresentavam a configuração homozigótica (p.Y165C-p.Y165C ou p.G382D-p.G382D) ou eram compostos heterozigóticos (p.Y165C-p.G382D) (Marra Gand Jiricny J, 2003).

Verificou-se ainda que ao afectarem resíduos de aminoácidos conservados durante a evolução, estes atenuam a actividade enzimática da proteína equivalente na *E. coli*, e localizam-se em regiões correspondentes a domínios funcionais da proteína.

Além disso, e conforme previsto pelos estudos de inactivação em bactérias e leveduras com os genes ortólogos de MYH, os tumores colorectais de indivíduos com mutações germinais neste gene apresentam um excesso de mutações somáticas em APC do tipo G:C->T:A, comparativamente à dos tumores esporádicos ou à dos tumores associados com polipose adenomatosa familiar do cólon típica (Halford S et al, 2003; Sieber O et al, 2003). Reconheceu-se assim que a base molecular do processo de tumorigénese determinado pela disfunção constitucional de MYH é devida à indução de mutações em numerosos outros genes, e em particular em genes importantes para a homeostase das células epiteliais nas criptas do cólon, nomeadamente o gene APC.

No seu conjunto, os resultados sugerem que em cerca de 30% dos casos de adenomas colorectais múltiplos (entre 15 e 100 pólipos), possam estar associados com a presença de mutações germinais bialélicas no gene MYH, determinando novas implicações para o diagnóstico, rastreio, aconselhamento genético vigilância e terapêutica nestes doentes.

## Objectivos

- Identificar indivíduos com polipose MYH;
- Identificar novas mutações com interesse no

- diagnóstico da polipose MYH;
- Pesquisar a incidência de mutações no gene MYH na população portuguesa;
  - Divulgar as novas implicações clínicas no que concerne ao aconselhamento genético, diagnóstico, rastreio, vigilância e terapêutica da polipose MYH.

## Materiais e Métodos

Previamente pesquisaram-se mutações germinais em APC em 157 doentes com polipose adenomatosa familiar (FAP), polipose adenomatosa familiar atenuada (AFAP) e cancro colorectal (CCR) sem história familiar da doença. Noventa e três doentes não revelaram a presença de mutações no gene APC. A selecção para a pesquisa de mutações em MYH foi efectuada dentre estes, privilegiando-se, de uma maneira geral, os indivíduos com 15 a 100 adenomas colorectais e, nos doentes com FAP e AFAP cuja história familiar não apresentava transmissão vertical de doença.

Foram seleccionados 28 doentes para este estudo. As amostras de sangue foram colhidas em EDTA, após consentimento informado.

Extraiu-se DNA de elevado peso molecular a partir de 3 ml de sangue periférico utilizando o kit DNA Extraction Wizard (Promega). Analisaram-se os exões 1 a 16 do gene MYH por amplificação do DNA (PCR) com primers descritos ([http://www.uwcm.ac.uk/study/medicine/medical\\_genetics/research/tmg/projects/hMYH.html](http://www.uwcm.ac.uk/study/medicine/medical_genetics/research/tmg/projects/hMYH.html)), seguida de análise por single strand conformation polymorphism (SSCP) (Orita et al, 1989). Para tal, foram desnaturados a 95 °C durante 10' e separados em gel de 6% de acrilamida (acrilamida:bisacrilamida, 59:1), por electroforese a 40 W durante 4-5 horas a 4°C e corados por nitrato de prata. Todos os padrões anormais foram sequenciados (sense e antisense) no sequenciador automático ABI Prismâ, 3100 Genetic analyzer (Applied Biosystems).

Todas as mutações encontradas foram também pesquisadas em 100 cromossomas de indivíduos portugueses que não apresentavam a doença.

### Quadro I.

**Mutações identificadas no gene MYH em doentes portugueses com FAP, AFAP ou CCR.**

Nº Lab.	hMYH		Sexo	Idade diagnóstico	Nº pólipos	História Familiar
	1ª mutação*	2ª mutação*				
1556	p.Y165C	p.Y165C	M	36	500	Caso index
2602	p.G382D	p.G382D	F	50	<20	Irmão afectado
2535	c.347-1G>C	p.Y165C	M	67	50	Irmão afectado
1117	p.Y165C	p.R168H (nova)	F	51	~100	Caso index
0497	p.E396fsX437 (nova)	p.Y165C	M	54	~20	2 irmãs, 1 sobrinha afectada
2905	p.E396fsX437 (nova)	p.E396fsX437 (nova)	M	54	?	Caso index
2462	p.G382D	p.Y165C	M	68	10	Mãe faleceu aos 63 anos com ccr
3021	p.Y165C	p.Y165C	F	46	70	3 irmãos afectados
1674	p.E396fsX437 (nova)	p.E396fsX437 (nova)	M	?	?	Irmão afectado

\*Nomenclatura de acordo com Antonarakis et al (1998) e den Dunnen J and Antonarakis (2000).

## Resultados

Nove dos 28 doentes analisados apresentaram mutações germinais bialélicas em MYH (32%) (Quadro I). Entre estas, as duas mutações hotspots, p.Y165C e p.G382D, representaram 61% das mutações: três doentes apresentaram uma das mutações em homozigotia e quatro eram compostos heterozigóticos com uma das mutações. Foram encontradas 2 novas mutações, p.R168H e p.E396fsX437, estando esta última presente em homozigotia em 2 doentes não consanguíneos da Ilha da Madeira e em heterozigotia num outro doente.

A frequência observada na população normal para cada uma daquelas mutações encontradas nos doentes foi a seguinte: p.Y165C (1%), p.G382D (2%), c.347-1G>C (0%), p.R168H (0%) e p.E396fsX437 (0%). Neste grupo não foram encontradas mutações bialélicas.

## Discussão

No presente estudo envolvendo 28 doentes com polipose adenomatosa do cólon e cancro colo-rectal, identificaram-se 9 com mutação bialélica em MYH (32%). Este resultado enquadra-se nos encontrados noutros estudos, em que a incidência de doentes com mutação bialélica em MYH variou de 3% a 29% (Marra G and Jiricny J, 2003; Sampson J, et al, 2003). Esta variação é muito provavelmente devida aos diferentes critérios de selecção usados. A incidência de mutação bialélica é mais elevada nos estudos em que se incluem, tal como no presente, os doentes com polipose adenomatosa atenuada, ou, nos casos familiares, apenas os casos index de famílias com transmissão horizontal. De facto, uma vez que a polipose MYH apresenta transmissão autossómica recessiva, a sua ocorrência verifica-se dentro da mesma irmandade e não num contexto familiar mais alargado.

Por sua vez, a incidência dos hot spots mutacionais p.Y165C e p.G382D foi de 11 em 18 mutações (61%), comparável também à de outros estudos em caucasianos, onde ronda os 86% das mutações em MYH. No nosso estudo duas novas mutações são reportadas, p.E396fsX437 e p.R168H. A primeira, uma mutação inactivante do tipo frameshift, surge em homozigotia em 2 doentes da ilha da Madeira, não consanguíneos, e em heterozigotia num outro doente. A detecção de uma tão elevada incidência desta mutação entre os doentes com FAP daquela ilha, estudados até à data (2/6), faz sugerir um efeito de fundador para esta mutação naquele isolado populacional, o que se está presentemente a analisar. No que se refere à mutação missense, R168H, que foi detectada sob a forma de composto

heterozigótico com a mutação hot spot p.Y165C num doente, localiza-se muito próximo desta, correspondendo ao mesmo domínio funcional, afectando resíduos de aminoácidos conservados durante a evolução e provavelmente também atenuando a actividade enzimática da proteína correspondente. Por conseguinte, se bem que para a sua confirmação em absoluto seriam necessários estudos bioquímicos, tudo indica que esta mutação seja patogénica e que o doente é afectado por polipose MYH devido à presença destas 2 mutações.

A descoberta deste novo gene, MYH, implicado em tão elevada frequência na polipose adenomatosa do cólon e com um modo de transmissão autossómica recessiva, traz novas e importantes implicações para o diagnóstico, aconselhamento genético, rastreio e vigilância e terapêutica destes doentes. De facto, quando existe uma mutação constitucional em APC o aconselhamento genético para os familiares é baseado no risco de 50% para a descendência, mas muito baixo para os irmãos. Contrariamente, os riscos associados com a polipose MYH são de 25% para os irmãos dos indivíduos afectados, mas extremamente baixos para a sua descendência. Assim, o diagnóstico e rastreio deve incidir na irmandade. Pelo reduzido número de pólipos que estes doentes apresentam a polipectomia endoscópica ou a colectomia parcial poderá ser a terapêutica adequada.

## Conclusões

- Os resultados deste estudo, que se saiba o primeiro realizado em Portugal, confirmam que mutações germinais bialélicas do gene MYH estão fortemente envolvidas na polipose adenomatosa múltipla do cólon numa proporção significativa dos doentes portugueses sem mutação em APC.

- Foram identificadas duas novas mutações no gene MYH.

- Contrariamente à polipose adenomatosa do cólon determinada por mutações em APC, em que se verifica transmissão autossómica dominante, a polipose MYH é de transmissão autossómica recessiva. Isto determina que os familiares em risco não são os descendentes dos doentes mas sim os colaterais, e, dentre estes, serão afectados os que herdarem as 2 mutações.

- A pesquisa com vista ao diagnóstico e prevenção do cancro colorectal deverá visar os irmãos dos doentes, evitando o rastreio endoscópico mais alargado a outros familiares.

- No que se refere às implicações clínicas, salienta-se ainda

que em doentes com adenomas colorettais múltiplos ligados a mutações bialélicas em MYH o número de pólipos é geralmente reduzido pelo que, a polipectomia endoscópica, ou colectomia parcial seguida de rastreio endoscópico regular, poderá vir a revelar-se suficiente na vigilância e terapêutica destes doentes.

## Bibliografia

Al-Tassan N et al 2002. Inherited variants of MYH associated with somatic G:C>T:A mutations in colorectal tumors. *Nat Genet* 30:227.

Antonarakis SE and the Nomenclature Working Group 1998. Recommendations for a nomenclatures system for human gene mutations. *Hum Mutation* 11:1-3.

Den Dunnen J and Antonarakis SE 2000. Mutation nomenclature extensions and suggestions to describe complex mutations: a discussion. *Human Mutation* 15(1):7-12.

Halford S et al 2003. Germline mutations but not somatic changes at the MYH locus contribute to the pathogenesis of unselected colorectal cancers. *Am J Pathol* 162(5): 1545.

Hazra T et al 2003. The discovery of a new family of mammalian enzymes for repair of oxidatively damaged DNA, and its physiological implications. *Carcinogenesis* 24(2): 155.

Jones S, et al 2002. Biallelic germline mutations in MYH predispose to multiple colorectal adenoma and somatic G:C>T:A mutations. *Hum Mol Genet* 11(23):2961.

Lu A and Fawcett W 1998. Characterization of the recombinant MutY homolog, an adenine DNA glycosylase, from yeast *Schizosaccharomyces pombe*. *J Biol Chem* 273(39): 25098.

Marra G and Jiricny J 2003. Multiple colorectal adenomas - Is their number up? *Medical J* 348(9):845.

Ohtsubo T et al 2000. Identification of human MutY homolog (hMYH) as a repair enzyme for 2-hydroxyadenine in DNA and detection of multiple forms of hMYH located in nuclei and mitochondria. *Nucleic Acids Res* 28(6):1355.

Oliver M Sieber, et al 2003. Multiple colorectal adenomas, classic adenomatous polyposis, and germ-line mutations in MYH. *N Engl J Med* 348(9):791.

Orita et al 1989. Detection of polymorphisms of human DNA by gel electrophoresis as single strand conformation polymorphisms. *Proc Natl Acad Sci* 8:2766.

Sampson J, et al 2003. Autosomal recessive colorectal adenomatous polyposis due to inherited mutations of MYH. *Lancet* 362:39.

Slupska M et al 1996. Cloning and Sequencing of Human Homolog (hMYH) of the *Escherichia coli* mutY Gene whose function is required for the repair of oxidative DNA damage. *J Bacteriol* 178(13):3885.

Yamane A et al 2003. Suppressive activities of OGG1 and MYH proteins against G:C to T:A mutations caused by 8-hydroxyguanine but not by benzo[a]pyrene diol epoxide in human cell in vivo. *Carcinogenesis* 24(6): 1031.

**Trabalho Galardoado com o Prémio Altana 2003, atribuído pela Sociedade Portuguesa de Coloproctologia**

# SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL

Estado da Arte  
*State of Art*

## Resumo

Não existem marcadores específicos biológicos ou fisiológicos que caracterizem a síndrome do cólon irritável (SCI). Várias propostas de definição têm sido advogadas ao longo dos anos, sendo actualmente consagradas as que se baseiam nos critérios clássicos de Manning et al. e nos critérios recentemente propostos na reunião de consenso de Roma II.

A SCI tem sido detectada em todo o mundo, com uma prevalência estimada situada entre 9-23%, consoante os grupos analisados e os critérios seleccionados. Na maioria dos países, o sexo feminino é mais atingido do que o sexo masculino. Só uma fracção dos indivíduos com SCI procuram a consulta médica (20-50%). A dor abdominal é o sintoma que mais solicita os cuidados médicos. A SCI é o diagnóstico gastroenterológico mais comum, seja nos cuidados primários de saúde (cerca de 12%), seja a nível do gastroenterologista (cerca de 28%). No total, cerca de 40% da prática gastroenterológica engloba distúrbios funcionais gastrointestinais. A SCI tem um indiscutível impacto na qualidade de vida e importantes implicações na economia de saúde.

Os sintomas gastrointestinais crónicos da SIC resultam da integração das actividades motora, sensorial, autonómica e do sistema nervoso central. A SCI é, à luz deste conceito, um distúrbio biopsicosocial, pelo que só uma abordagem educacional, psicológica, dietética e farmacológica será bem sucedida no tratamento destes doentes.

Na abordagem diagnóstica inicial da SCI, a estratégia a seguir envolve as seguintes medidas: 1 - estabelecer a hipótese de SCI com base nos sintomas; 2 - identificar o sintoma dominante; 3 - considerar outros factores clínicos; 4 - realizar testes de diagnóstico; 5 - iniciar tratamento; 6 - reavaliar às 4-6 semanas. Os objectivos terapêuticos da SCI têm como alvo não só os sintomas abdominais referenciados pelo doente, que aliás flutuam com o tempo no mesmo indivíduo, mas também os sintomas não intestinais e os distúrbios afectivos associados. É por isso improvável que um único fármaco possa debelar satisfatoriamente todas as facetas desta síndrome. Por outro lado, o tratamento tem de ser personalizado e baseado numa cuidada história clínica.

A terapêutica tradicional da síndrome do cólon irritável compreende essencialmente quatro medidas: terapêutica de suporte, medidas dietéticas, tratamento farmacológico e intervenção psicológica.

As novas informações acumuladas pela pesquisa científica sobre a fisiologia da SCI, suscitaram o desenvolvimento de novos compostos orientados para os distúrbios da motilidade, a redução da hipersensibilidade visceral e a restauração da "desarmonia" do SNC, modulando os efeitos do stress, a angústia psicológica e os distúrbios afectivos. A avaliação desses novos agentes encontra-se ainda em fase de ensaios terapêuticos, prevenindo-se a introdução de alguns deles na prática clínica num curto prazo.

DINIZ DA SILVA FREITAS 1

1. Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.  
Director do Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Dado que não existem marcadores biológicos para definir a síndrome do cólon irritável, têm sido validados critérios baseados em sintomas para formular o diagnóstico. É necessária perícia clínica para individualizar a terapêutica nestes doentes. A natureza dos sintomas, factores predisponentes, alterações fisiológicas, influências psicossociais e o curso da doença, todos interagem e influenciam as decisões clínicas e o prognóstico.

A SCI é uma doença crónica, em que 75% dos doentes têm sintomas flutuantes. As recorrências devem ser tratadas com base nas características dos sintomas, concedendo especial atenção aos influxos psicológicos que contribuem para a exacerbação. É crucial uma atmosfera de empatia entre o médico e o doente. A resposta ao tratamento costuma ser melhor no homem do que na mulher, nos doentes onde predomina a obstipação, nos doentes cujos sintomas foram inicialmente despoletados por um episódio de diarreia aguda, e nos doentes com uma história da doença relativamente curta. Na maioria dos casos o prognóstico é bom.

## Summary

*Based on clinical studies, the Rome Criteria for the irritable bowel syndrome (IBS) were developed by consensus. The criteria emphasize the presence of abdominal pain and the link between pain and changes in bowel habit. The reliance on a clinical gold standard rather than a biological marker remains one of the major limitations in refining diagnostic criteria. Approximately 10-15% of the general population have IBS, and it affects females more often than males, for unexplained reasons. The annual incidence is probably 1-2%. The onset of symptoms is balanced by symptom loss, so the prevalence remains stable from year to year. Up to one half have symptom improvement over time. Only a minority present for medical care; pain severity as well as psychological distress in part explain health-care seeking. IBS significantly impacts on quality of life. The economic impact is enormous. The development of acceptable, symptom-based diagnostic criteria has advanced the field, stimulating interest in the pathophysiology and targeted pharmacological therapy, which are essential steps if the disease burden is to be reduced. The irritable bowel syndrome (IBS) is a consortium of symptoms including abdominal pain and alterations in the pattern of defaecation. There is no single pathophysiological marker of IBS although it is generally accepted that some patients do have abnormalities of intestinal motility and/or enhanced visceral sensitivity. There is also an increasing acceptance that the central nervous system, an important component of the brain-gut axis, also plays an important role in symptom produc-*

*tion both in the response to stress and when there is an underlying affective disorder.*

*During the past decade new therapeutic targets have been identified that have permitted the development of new drugs with therapeutic potential for IBS. Identification and characterization of 5-hydroxytryptamine (5-HT) receptors in the gastrointestinal tract particularly 5-HT<sub>3</sub> and 5-HT<sub>4</sub> receptors which are involved not only in modulating gut motility but in visceral sensory pathways, has led to a number of studies of 5-HT<sub>3</sub> and 5-HT<sub>4</sub> antagonists. Both classes of drug appear to reduce visceral sensitivity and have inhibitory effects on motor activity in the distal intestine. Early clinical studies suggest that these agents may have a role in painful, diarrhoea-predominant IBS. 5-HT<sub>4</sub> agonists may improve constipation-predominant IBS by normalizing bowel habit and thereby reducing abdominal pain. Alternative approaches to reducing visceral sensation include the use of the opioid kappa agonists, which have no central opioid effects although clinical trials have suggested that these agents are not highly effective in relieving IBS pain. There are in addition, new approaches to modify intestinal motility including the development of gut selective muscarinic M<sub>3</sub> receptor antagonists. Preliminary studies suggest that these agents may have therapeutic potential in IBS. Antidepressants are increasingly used to treat affective disorder in IBS but in addition appear to have added value because of their ability to reduce visceral hypersensitivity and alter gut transit. Therapeutic effects are often obtained at doses below those normally used to treat depression. IBS continues to be a therapeutic challenge because of its diverse symptomatology and lack of a single pathophysiological target for drug intervention.*



## 1. Introdução

A síndrome do cólon irritável é uma de entre mais de 20 perturbações funcionais gastrointestinais. Estas variam na sua apresentação clínica, mas são caracterizadas por sintomas crónicos e recorrentes, não explicáveis por anomalias estruturais ou bioquímicas. Podem ocorrer no tracto digestivo desde a faringe à zona ano-rectal (1,6,8,9).

As perturbações funcionais gastrointestinais classificam-se, de acordo com a localização anatómica, em esofágicas, gastroduodenais, biliares, intestinais e ano-rectais.

Os distúrbios esofágicos englobam a dor torácica funcional, a azia funcional, a disfagia funcional, o globus e a síndrome de ruminação.

As perturbações gastroduodenais compreendem a dispepsia funcional e a aerofagia.

As anomalias funcionais biliares incluem a disfunção da vesícula biliar e a disfunção do esfíncter de Oddi.

As perturbações ano-rectais traduzem-se em incontinência funcional, dor funcional ano-rectal (proctalgia fugax e síndrome do elevador anal) e disquésia.

Quanto às perturbações funcionais intestinais, compreendem a síndrome do cólon irritável, a obstipação funcional, a diarreia funcional e a distensão abdominal funcional.

## 2. Definição de Cólon Irritável

Não existem marcadores específicos biológicos ou fisiológicos que caracterizem a síndrome do cólon irritável (SCI). Várias propostas de definição têm sido advogadas ao longo dos anos, sendo actualmente consagradas as que se baseiam nos critérios clássicos de Manning et al., (3,5), e nos critérios recentemente propostos na reunião de consenso de Roma II (2,4,6,7,8,9).

Os critérios originais de Manning et al, definiam os seguintes sintomas como muito sugestivos de cólon irritável:

- Distensão abdominal visível
- Alívio da dor com a defecação
- Dejecções mais frequentes com o início da dor
- Fezes soltas no início da dor
- Passagem de muco per rectum
- Sensação de evacuação incompleta

Quanto aos critérios de Roma II, incluem os seguintes pontos:

- Nos últimos 12 meses, pelo menos 12 semanas de desconforto abdominal ou dor, com duas das três características seguintes:

- (1) Alívio pela defecação
- (2) Início associado a alterações na frequência das fezes
- (3) Início associado a alterações na consistência das fezes

Além destes sintomas principais, há outros que cumulativamente suportam o diagnóstico de SCI:

- Menos de três dejecções por semana
- Mais de três dejecções por dia
- Fezes duras ou grumosas
- Fezes soltas ou aquosas
- Esforço na defecação
- Urgência na defecação
- Sensação de evacuação incompleta
- Passagem de muco com as fezes
- Sensação de distensão ou abaulamento abdominal

## 3. Epidemiologia

A SCI tem sido detectada em todo o mundo, com uma prevalência estimada situada entre 9-23%, consoante os grupos analisados e os critérios seleccionados (10,18).

Os sintomas de SCI atingem todos os escalões etários, tendendo a declinar com o avanço na idade (11).

Na maioria dos países, o sexo feminino é mais atingido do que o sexo masculino (60-75% na mulher). Na Índia, pelo menos, há uma inversão nesta relação (12,15).

Só uma fracção dos indivíduos com SCI procuram a consulta médica (20-50%). A dor abdominal é o sintoma que mais solicita os cuidados médicos (13,19).

Na USA e nos países europeus, dentre os doentes que consultam, 75-80% são mulheres, ao contrário da Índia, onde essa percentagem é inferior a 20% (10,21).

A SCI é o diagnóstico gastroenterológico mais comum, seja nos cuidados primários de saúde (cerca de 12%), seja a nível do gastroenterologista (cerca de 28%). No total, cerca de 40% da prática gastroenterológica engloba distúrbios funcionais gastrointestinais (10,15,22).

A SCI constitui importante razão de absentismo no trabalho e na escola (23,24).

A SCI tem um indiscutível impacto na qualidade de vida (16,17) e importantes implicações na economia da saúde (14,23,24).

Os doentes com SCI ou outras perturbações funcionais procuram mais frequentemente medicinas alternativas ou não convencionais, do que os que padecem de afecções orgânicas (26,27).

Medicinas alternativas procuradas por doentes com SCI: acupunctura, quiroprática, ecologia clínica, ervanário, homeopatia, neuropatia, osteopatia, reflexologia, yoga e meditação (26,28).

## 4. Patofisiologia

O escopo da pesquisa científica sobre a patofisiologia da SCI evoluiu muito nos últimos 50 anos. Na década de 50, do século passado, postulava-se que a SCI resultava de uma exaltação da motilidade intestinal, e a investigação procurava estudar os efeitos do stress, da refeição, de peptídeos, da dor, e de outros estímulos na resposta motora do cólon. Em meados da década de 70, o interesse focalizou-se na hipótese da ocorrência de ritmos mioelétricos anormais na gênese da reactividade motora exagerada do cólon. Esta hipótese não teve ulterior confirmação. Com início na década de 70, e que rapidamente se prolongaram pela década de 90, surgiram as teorias da hiperalgisia visceral na base dos quadros dolorosos da SCI. Mais recentemente tem sido postulado um modelo patofisiológico mais integrado, segundo o qual a motilidade exacerbada, a sensação anómala e a reactividade autonómica são moduladas pelo eixo cérebro-intestinal. Analisemos, em sinopse, as várias hipóteses patogénicas avançadas:

### Distúrbios da Motilidade (29, 30, 31, 32, 33, 34)

Foram descritas as seguintes alterações da motilidade intestinal na SCI:

- Em estudos experimentais, o stress psicológico e físico aumenta as contracções do cólon;
- Nas formas de SCI com predomínio de diarreia registou-se aumento pós-prandial das contracções do cólon; aumento das contracções rápidas do cólon e da sua propagação; aceleração do trânsito intestinal;
- Nas formas de SCI com predomínio de obstipação, detectou-se diminuição das contracções rápidas e atraso no trânsito global intestinal. A compliance e o tónus do recto e do cólon são normais;
- Nas formas de SCI com predomínio da dor, detectaram-se contracções em "cacho" no jejuno e contracções gigantes propagadas ao íleo durante episódios de cólica abdominal. No entanto, estes achados não são patognomónicos de SCI.
- Os doentes com SCI evidenciam aumento da motilidade em resposta a factores do ambiente ou entéricos: stress psicológico, refeições, insuflação de balão, administração de colecistoquinina. Existe também evidência epidemiológica de que os sintomas de SCI podem iniciar-se após uma infecção intestinal aguda.

### Aumento da Sensibilidade Visceral (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45)

A falta de correlação entre sintomas e distúrbios motores, suscitou o estudo da sensibilidade ou hiperalgisia visceral. A investigação desenvolvida nesta área forneceu as seguintes conclusões:

- (1) Nos doentes com SCI existe aumento da sensibilidade à distensão dolorosa do intestino delgado e do cólon;
- (2) Há aumento da sensibilidade à função intestinal normal;
- (3) Há aumento ou localização não usual da área de somatização da dor visceral.

Existem vários possíveis mecanismos explicativos desta hipersensibilidade visceral:

- (1) Alteração dos receptores de sensibilidade na própria víscera, podendo ocorrer recrutamento de nociceptores silenciosos ou sensibilização periférica em resposta à isquémia ou à inflamação;
- (2) Aumento da excitabilidade dos neurónios da espinal-medula;
- (3) Alteração na modulação central das sensações, que pode envolver influências psicológicas na interpretação dessas sensações, ou alteração na regulação central dos sinais neuronais ascendentes.

### Actividade Autonómica (46, 47, 48)

Estudos recentes sugerem que ocorrem anomalias da inervação autonómica extrínseca das vísceras, em doentes com distúrbios funcionais intestinais. Alguns autores evidenciaram a existência de disfunção vagal no subgrupo de doentes com SCI e com obstipação predominante; por outro lado, nos doentes com SCI e com predomínio de diarreia encontraram evidência de disfunção simpática adrenérgica.

### Modulação do SNC (34, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55)

Segundo esta concepção, os sintomas gastrointestinais crónicos resultam da integração das actividades motora, sensorial, autonómica e do sistema nervoso central. Todos estes domínios interagem através de circuitos localizados em todos os níveis do eixo cérebro-intestinal, os quais propiciam as conexões entre sensações aferentes viscerais e funções intestinais motoras, podendo ambas ser alteradas por centros corticais superiores. Desta maneira, informações extrínsecas (visão, cheiro, etc.) ou cognitivas (emoção, pensamento), mediante as conexões

neurais dos centros superiores, têm a capacidade de afectar a percepção, a motilidade e as secreções gastrointestinais. Os numerosos neurotransmissores detectados no cérebro e no intestino, são os mensageiros que regulam essas actividades. As encefalinas, a substância P, a calcitonina, o óxido nítrico, a 5-hidroxitriptamina, a colecistoquinina e outros agentes, têm efeitos variados e integrados no controlo da dor, da motilidade gastrointestinal, do comportamento emocional e da imunidade. Com base nestes dados, defende-se actualmente a necessidade de encontrar um modelo integrado que inclua factores biomédicos e psicosociais. A SCI é, à luz deste conceito, um distúrbio biopsicosocial, pelo que só uma abordagem educacional, psicológica, dietética e farmacológica será bem sucedida no tratamento destes doentes. Importa sublinhar, que os doentes com SCI apresentam frequentemente sintomas psicológicos, de que se destacam a somatização, a fobia, a ansiedade, a hostilidade e a paranóia, que podem alterar de forma significativa a função motora gastrointestinal e a percepção visceral.

## 5. Clínica

A constelação de sintomas da SCI foi já descrita quando se definiu esta entidade, à luz dos critérios de Manning et al., ou do consenso de Roma II. É importante, no entanto, analisar semiologicamente os principais sintomas que caracterizam a SCI:

### Desconforto e Dor Abdominal (56, 57, 58, 59, 60)

A dor pode traduzir-se de várias formas: tipo cólica, dor aguda afiada, ou frouxa. O desconforto pode manifestar-se por sensação de peso algures no abdómen. É curioso salientar que a primeira forma de apresentação do desconforto ou dor, tende a persistir no follow-up com as mesmas características. Qualquer alteração nesse padrão deve alertar para a hipótese de outra doença, possivelmente orgânica.

Também parece ser relativamente estável em cada indivíduo o ritmo de aparecimento destes sintomas. Alguns doentes têm queixas sintomáticas diárias, ao passo que outros descrevem episódios intermitentes de dor com intervalos de semanas ou de meses.

A dor e o desconforto podem ser contínuos ao longo do dia, ou ter um ritmo próprio, podendo iniciar-se imediatamente após o despertar, ou após as refeições, ou relacionar-se com eventos ou actividades específicas diárias.

Quanto à localização da dor, não se confirma, contrariamente à opinião tradicional, a sua preferência pelo flanco esquerdo.

### Diarreia (61, 62, 63, 64)

A SCI com predomínio de diarreia é menos frequente do que o padrão de obstipação. A definição de diarreia não é fácil. A consistência pastosa das fezes e as dejectões frequentes estão certamente interrelacionadas. Contudo, há doentes que se queixam frequentemente de uma defecação normal no início da manhã, seguida de fezes soltas, sem outros distúrbios durante o resto do dia. Outros doentes queixam-se de diarreia excessiva, que consiste em visitas frequentes à casa de banho, com dejectão de pequenas quantidades de muco, fezes normais, ou mesmo sem emissão de fezes. A história clínica é por isso importante para o diagnóstico diferencial entre diarreia orgânica e funcional.

### Obstipação (65, 66, 67, 68)

Aceita-se, presentemente, que existe obstipação quando a defecação ocorre menos de três vezes por semana. Apesar desta aparente definição matemática, a descrição de obstipação é mais diferenciada. Um doente pode ter obstipação quando a defecação mudou recentemente de um ritmo diário para um ritmo alternado (dia sim, dia não), ou se ocorreu alteração significativa na consistência das fezes. Por outro lado, o esforço na defecação ou a sensação de evacuação incompleta podem também fazer pensar em obstipação. O toque rectal pode esclarecer a situação, se a ampola rectal está cheia de resíduos fecais duros.

### Distensão Abdominal (69, 70, 71)

Não confundir distensão abdominal devida à acumulação de gases e/ou líquidos, com protuberância abdominal por acentuada lordose lombar ou diástase do músculo rectus abdominis. Muitos doentes com SCI queixam-se de distensão gasosa/líquida porque têm aceleração do trânsito no intestino delgado, de que resulta excessiva fermentação bacteriana no cólon com produção de gases e compostos osmoticamente activos, designadamente ácidos gordos de cadeia curta. As fezes tornam-se moles, líquidas e mesmo "explosivas".

### Excreção de Muco (3, 5, 7, 8)

É um sintoma não raro, sobretudo em doentes com predomínio de obstipação. A patofisiologia deste sintoma não é ainda clara, podendo relacionar-se com uso de laxantes ou com SCI pós-infecção.

**Evacuação Incompleta (1, 2, 3, 4)**

É um sintoma que pode combinar-se com qualquer dos anteriores. Quando se prolonga por muito tempo, deve ser explorado endoscopicamente e possivelmente também por defecografia para eliminar obstruções anatómicas ou funcionais ano-rectais: prolapso, rectocele e síndrome do pavimento pélvico.

**6. Manifestações Extra-cólicas da SCI**

Os sintomas da SCI têm aparentemente origem no tracto gastrointestinal baixo. No entanto, este complexo sintomático é caracteristicamente heterogéneo, apresentando os doentes, com frequência, sintomas extra-cólicos. São as seguintes as situações clínicas que podem associar-se, em maior ou menor frequência, ao cólon irritável (72, 73, 74, 75).

- Dor torácica não cardíaca
- Dispepsia funcional
- Disquinésia do esfíncter de Oddi
- Anismus
- Cefaleia/migraine
- Fibromialgia
- Dor lombar
- Síndrome de fadiga crónica
- Depressão e perturbação no sono
- Disúria
- Dispareunia

**7. Diagnóstico Diferencial**

Há essencialmente seis tipos de entidades a considerar no diagnóstico diferencial da SCI (76, 77, 78, 79, 80):

- (a) Síndromes de má absorção, designadamente quadros pós-gastrectomia, doença intestinal (por ex. doença celíaca) e doença pancreática;
- (b) Factores dietéticos, incluindo lactose (em doentes deficientes em lactase), cafeína, álcool, alimentos ricos em gordura ou que libertam gases;
- (c) Infecções ou parasitoses, designadamente bactérias (*Campylobacter jejuni*, *Salmonella*), amebíase ou giardíase;
- (d) Doença inflamatória intestinal. A doença de Crohn, mais que a colite ulcerosa, pode mimetizar o cólon irritável. As colites microscópicas também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial (o seu diagnóstico faz-se por biópsia, durante o exame endoscópico);
- (e) Distúrbios psicológicos, nomeadamente situações de

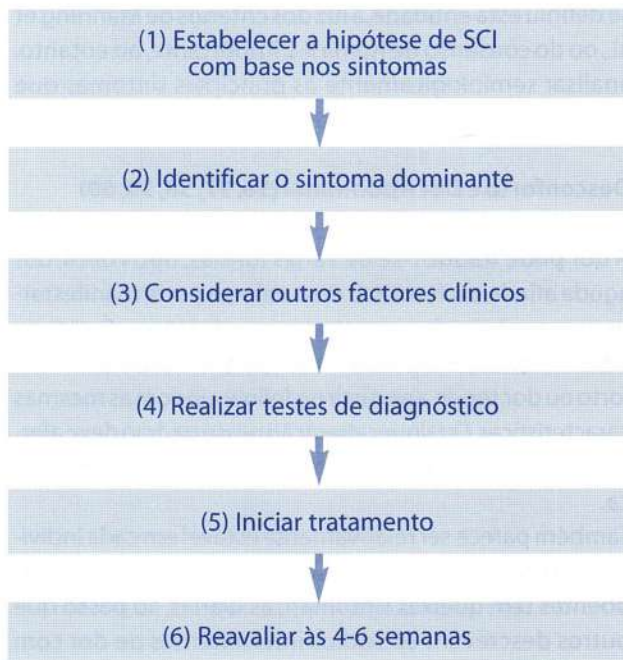
depressão, somatização e pânico;

(f) Outras hipóteses, designadamente a endometriose, tumores endócrinos e a doença por HIV.

**8. Diagnóstico (63, 64, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87)**

A capacidade de elaborar um diagnóstico conclusivo de SCI é condicionada por vários factores. Em primeiro lugar, não existem marcadores estruturais ou bioquímicos desta síndrome. Além disso, os sintomas da SCI são frequentemente não específicos, variando de natureza e grau entre os doentes. Por outro lado, a evolução da doença é inconsistente. São elevadas as taxas de eclosão e desaparecimento da síndrome, reportando os doentes diferentes locais e tipos de dor abdominal em momentos diferentes. Por estas razões, a investigação clínica procurou, nas duas últimas décadas, desenvolver critérios de diagnóstico que permitissem identificar os padrões sintomáticos predominantes da SCI, possibilitando ao clínico a individualização do diagnóstico e do tratamento. Assim nasceram os critérios de Manning e de Roma.

Na abordagem diagnóstica inicial da SCI, a estratégia a seguir envolve as seguintes medidas:



## Comentários

(1) A história clínica é uma peça fundamental na elaboração do diagnóstico de SCI. O clínico deve procurar verificar se a constelação de sintomas que o doente refere se enquadra na definição de cólon irritable, de acordo com os critérios de Manning e de Roma, explicitados neste texto.

Como referimos, além das queixas intestinais, é frequente a coexistência de sintomatologia extra-cólica, que deve ser objecto de análise e anotação.

Outro aspecto importante na colheita da história clínica, é procurar estabelecer o perfil psicológico do doente, identificando nomeadamente sinais de ansiedade, depressão, somatização e fobias, tentando por outro lado inquirir sobre abusos físicos e sexuais, um achado não infrequente na mulher com SCI.

Ainda no âmbito da história clínica, devem ser identificados factores que podem concorrer para a exacerbação dos sintomas de SCI: abuso de cafeína, frutose, sorbitol e lactose, que podem contribuir para o agravamento da dor, distensão e diarreia. Deve sublinhar-se, igualmente, que a diarreia da SCI pode dever-se, pelo menos em 10% dos casos, a má absorção de ácidos biliares no íleo, situação que origina uma enteropatia colerética, com diarreia.

Um exame físico minucioso deve completar a história clínica do doente. O maior valor deste exame reside na probabilidade de detecção de sinais óbvios de doença orgânica. Na SCI o exame físico não fornece indicações significativas. Não esquecer a realização de um toque rectal.

(2) É importante identificar o sintoma dominante, para facultar a terapêutica inicial mais adequada. Há doentes com SCI onde predomina a obstipação, noutros predomina a diarreia, e noutros a queixa essencial é a dor. Estas notas clínicas vão orientar na elaboração da terapêutica de prova.

(3) Há alguns factores clínicos que devem ser objecto de análise, no sentido de planificar a estratégia de diagnóstico:

(a) Duração e severidade das queixas. Início recente dos sintomas, particularmente em doentes idosos, ou sintomas muito severos, requerem exames complementares mais extensos;

(b) Alteração do padrão sintomático com o tempo. Se ocorre este evento, é prudente proceder a um estudo cuidadoso no sentido de eliminar a hipótese de uma causa orgânica;

(c) Características demográficas. É importante sublinhar, neste ponto, que a SCI é mais frequente na mulher e no jovem;

(d) Exames diagnósticos prévios. Importa examinar esses dados, para evitar sobreposições desnecessárias na petição de testes de diagnóstico;

(e) História familiar de cancro do cólon. É uma informação importante, que impõe uma estratégia de diagnóstico mais específica;

(f) Natureza e extensão de dificuldades psicossociais.

(4) A abordagem diagnóstica inicial da SCI baseia-se essencialmente na história clínica e na petição de alguns exames complementares. Numa primeira fase, os estudos a solicitar em todos os doentes com suspeita clínica de SCI são os seguintes:

- Hemograma (Anemia? Leucocitose?)
- PCR e VS
- Bioquímica de rotina
- Exame de fezes (sangue, ovos/parasitas, leucócitos e cultura)
- Testes da função tiroideia
- Pansigmoidoscopia/colonoscopia ou clister opaco \*

\* Deve preferir-se a colonoscopia ou o clister opaco em indivíduos com mais de 50 anos, ou com história familiar de cancro colorectal. A pansigmoidoscopia ou a colonoscopia devem incluir biópsia rectal, designadamente para identificar a colite microscópica.

Na avaliação inicial ou "screening" do doente com suspeita de SCI, há sinais de alerta que obrigam à realização de mais estudos. Esses sinais de alarme, de natureza clínica ou laboratorial, são os seguintes:

- Início das queixas em idade avançada
- Evolução clínica permanente e progressiva
- As queixas despertam o doente com frequência
- Febre
- Perda de peso
- Rectorragias
- Esteatorreia
- Desidratação
- Novos sintomas após um longo período assintomático
- História familiar de cancro colorectal ou DII
- Exame físico anormal
- Sangue oculto nas fezes
- Hemoglobina
- Leucocitose
- PCR e VS
- Bioquímica alterada

(5) Se as queixas clínicas se enquadram na síndrome do cólon irritável, e são normais os estudos complementares solicitados, deve passar-se à fase de terapêutica de prova, a qual será adaptada às características sintomáticas predominantes. No entanto, antes da prescrição de fármacos, é fundamental esclarecer o doente sobre as características da doença que o incomoda e sobre o significado dos achados laboratoriais normais. Restabelecer a confiança do doente, e tranquilizá-lo, é uma medida prioritária. A SCI exige uma relação médico-doente muito sólida.

Um ensaio terapêutico faz parte do processo de diagnóstico. Esse ensaio deve ser prosseguido pelo menos durante quatro semanas. Os fármacos a testar devem ter em conta as características clínicas dos sintomas e o perfil psicológico do doente. No quadro seguinte, indica-se uma proposta terapêutica inicial:

#### TRATAMENTO INICIAL TERAPÊUTICO

- Restabelecer a confiança do doente.  
Sólida relação médico-doente

#### Diarreia

- Agentes antidiarreicos, por ex., loperamida

#### Diarreia + dor

- Antidepressivos tricíclicos, por ex., amitriptilina,  
10-25 mgr 2 vezes/dia

#### Obstipação

- Suplemento dietético com fibra (20 gr/dia)  
- Laxantes osmóticos, nomeadamente lactulose, sais de magnésio ou polietilenoglicol

#### Dor

- Antiespasmódicos/anticolinérgicos

(6) Após um tratamento de prova, com uma duração não superior a 4-6 semanas, o doente deve ser reavaliado. Se o ensaio terapêutico inicial não surtiu efeito, há necessidade de ponderar a realização de estudos mais aprofundados no âmbito da SCI, de acordo com o esquema seguinte:

#### ESTUDOS ESPECIALIZADOS ADICIONAIS

##### Obstipação

- Trânsito do cólon com marcadores radio-opacos  
- Manometria anal e expulsão de balão  
- Defecografia

##### Diarreia

- Teste respiratório da lactose / H2  
- Osmolaridade e electólitos nas fezes  
- Trânsito baritado do intestino  
- Teste da colestiramina ou teste 75 Se H CAT (para avaliar diarreia colerética)

##### Dor/Distensão

Radiografia do intestino delgado  
Teste da lactose / H2  
Teste com anti-depressivo

#### Comentários

Infelizmente, no nosso País, a realização destes testes ainda não se encontra suficientemente divulgada e acessível. A sua efectivação pode contribuir de forma significativa para o esclarecimento dos mecanismos fisiopatológicos que estão na base dos sintomas, auxiliando na selecção da melhor atitude terapêutica.

Quando estes estudos não podem ser realizados, há frequentemente necessidade de alterar a estratégia terapêutica, ensaiando novos fármacos ou associando agentes medicamentosos. É importante, por isso, abordar com mais pormenor as medidas terapêuticas convencionais da SCI, e tecer alguns comentários sobre o advento, a curto prazo, de novos produtos medicamentosos para esta área.

## 9. Tratamento

### A. Objectivos (27, 61, 88, 89, 90)

A síndrome do cólon irritable integra uma constelação de sintomas, expressos nos critérios de Manning e de Roma. Contudo, como já referenciamos, os doentes com SCI podem apresentar queixas de outras áreas do organismo (sintomas urinários, dispareunia, fadiga crónica, etc.), sendo por outro lado crescentemente óbvio que a SCI integra um espectro mais amplo de sintomas, colectivamente designados de perturbações abdominais funcionais, podendo coexistir, por isso, sobreposição de sintomas com outras entidades funcionais, por exemplo dispepsia, ou situações aparentemente não relacionadas, como seja a síndrome da fadiga crónica e a fibromialgia.

O desafio terapêutico da SCI torna-se ainda mais complexo pelo facto de que 40-60% dos doentes com esta síndrome que buscam cuidados médicos, evidenciam sintomas psicológicos de depressão e ansiedade, ou ambos.

Sendo assim, os objectivos terapêuticos da SCI têm como alvo não só os sintomas abdominais referenciados pelo doente, que aliás flutuam com o tempo no mesmo indivíduo, mas também os sintomas não intestinais e os distúrbios afectivos associados.

É por isso improvável que um único fármaco possa debelar satisfatoriamente todas as facetas desta síndrome. Por outro lado, o tratamento tem de ser personalizado e baseado numa cuidada história clínica.

### B. Terapêutica Convencional

A terapêutica tradicional da síndrome do cólon irritable compreende essencialmente quatro medidas: terapêutica de suporte, medidas dietéticas, tratamento farmacológico e intervenção psicológica.

#### Terapêutica de Suporte (33, 91, 92, 93)

Obtido um diagnóstico seguro de SCI, compete ao médico explicar ao doente o significado dos sintomas, e assegurar-lhe que se trata de uma enfermidade benigna, que não envolve riscos no futuro, ainda que seja uma afecção usualmente crónica e recorrente. O estabelecimento de uma relação de confiança médico-doente, é fulcral na abordagem eficaz desta entidade.

#### Medidas Dietéticas (27, 28, 93, 94, 95, 96)

A principal medida de ordem dietética é a recomendação de fibra, especialmente nos doentes com quadros ligeiros

ou moderados de SCI onde predomina a obstipação ou a diarreia. Nos doentes com sintomas severos ou refractários, a fibra não está recomendada. A fibra é um produto barato e inócuo, que deve ser tomada em doses adequadas. Deve aconselhar-se o doente a iniciar este regime com uma colher de sopa ao pequeno-almoço, adicionando progressivamente fibra ao almoço e ao jantar até atingir o máximo efeito. As alterações na dose devem ser efectuadas semanalmente. Quando a fibra é mal tolerada, deve ser substituída por laxantes de volume, nomeadamente o psyllium, substância mucilóide hidrofílica derivada de sementes de uma planta nativa da Índia. Recomenda-se uma dose de 1-2 colheres de chá (2-6 gr), três vezes por dia, às refeições. Outras medidas dietéticas eventualmente úteis: abstenção de cafeína, álcool e adoçantes artificiais, por serem irritantes intestinais. Alguns doentes com SCI têm intolerância à lactose, pelo que deve ser ponderada a eventual necessidade da sua eliminação da dieta. A correcção de hábitos alimentares irregulares, é outra medida benéfica, bem como a eliminação de fármacos que afectam o funcionamento intestinal.

#### Terapêutica Farmacológica (93, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104)

A terapêutica tradicional da SCI apoia-se em vários agentes farmacológicos, previamente testados no âmbito de ensaios clínicos. Esses ensaios têm sido objecto de crítica, pelas razões seguintes:

- (1) Foram realizados em curto período de tempo. Desconhece-se, por isso, a eficácia das várias propostas terapêuticas a longo prazo.
- (2) Não tiveram em conta um aspecto crucial, que é o da relação entre o médico e o doente, um dos pilares do êxito terapêutico.
- (3) O recrutamento de doentes para os ensaios clínicos nem sempre obedecem aos critérios definidos por Manning et al., ou pelo consenso de Roma.
- (4) A maioria dos ensaios não considerou a graduação da severidade clínica da SCI.
- (5) Muitos ensaios não incluíram um braço com placebo, pelo que os resultados são de difícil interpretação. De facto, nos doentes com SCI, a resposta positiva ao placebo pode atingir os 70%.

A opinião de autores consagrados é a de que os ensaios terapêuticos realizados com os fármacos convencionais, não evidenciaram resultados superiores aos obtidos com placebo. Apesar destas reservas, é usual a prescrição de certos fármacos dirigidos ao sintoma dominante da SCI.

A dor abdominal e a distensão são frequentemente os sintomas mais difíceis de jugular. A abordagem tradicional é a prescrição de fármacos que reduzem o espasmo intestinal, nomeadamente anticolinérgicos ou relaxantes da musculatura lisa. Uma meta-análise recente sugere benefício clínico para a dor mediante a utilização de um dos seguintes fármacos: mebeverina, trimebutina, brometo de pinavério, brometo de octilinium e brometo de cimetropium. Os analgésicos não actuam nos quadros dolorosos da SCI e os narcóticos são inapropriados e perigosos. Em anos recentes, os antidepressores têm sido utilizados no tratamento da dor da SCI, como veremos adiante.

Quando o sintoma predominante é a diarreia, são úteis os derivados opióides (loperamida e difenoxilato). Em ensaios clínicos controlados, a loperamida revelou eficácia superior ao placebo na redução do número de dejectões. Um estudo recente sugere que a má absorção de ácidos biliares é responsável por 30% dos quadros diarreicos da SCI. Nos doentes em que existe suspeita desta situação, a utilização de colestiramina pode revelar-se benéfica, na dose de 2-4 gr/dia.

A obstipação severa que não responde ao suplemento dietético com fibra, exige uma terapêutica mais agressiva. Não é recomendada a utilização crónica de fenoltaleína, cascara, sena e bisacodil. A terapêutica mais eficaz para a obstipação severa inclui a utilização de laxantes osmóticos, a lavagem do cólon com PG (polietilenoglicol) e a reeducação intestinal.

A lactulose e o sorbitol são laxantes osmóticos que aumentam a peristalse e o bolo fecal. A utilização de uma solução isotónica oral contendo PEG é inócua e eficaz. Quanto à reeducação intestinal, envolve a necessidade de o doente se sentar na sanita diariamente, durante 15-20 minutos, sem obrigação de defecar, sendo esta medida acompanhada de dieta com muita fibra e um laxante osmótico. Se apesar destas medidas não ocorrer evacuação de fezes, aconselha-se um clister cada 2-3 dias.

A colectomia subtotal deve realizar-se exclusivamente em doentes rigorosamente seleccionados, com inércia severa do cólon, onde falharam todas as medidas terapêuticas médicas.

### **Intervenção Psicológica (105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112)**

Vários tipos de intervenção psicológica têm sido estudados no tratamento da SCI: terapia de relaxamento, hipnose, biofeedback, terapia cognitiva comportamental e terapêutica psicodinâmica. Estudos controlados e randomizados, utilizando a farmacoterapia convencional como controlo de intervenção, revelaram que qualquer destas técnicas

de intervenção psicológica não é inferior à terapêutica farmacológica.

É actualmente reconhecido que os fármacos antidepressores, independentemente do seu efeito psicotrópico, têm propriedades neuromoduladoras e analgésicas. Os antidepressores têm sido utilizados com sucesso noutras síndromes de dor crónica, designadamente dores neuropáticas e cefaleias crónicas. Os efeitos analgésicos são similares nos indivíduos deprimidos e não deprimidos. Actualmente são utilizados com frequência antidepressores, quer tricíclicos quer inibidores selectivos da recaptação da serotonina, no tratamento de doentes com SCI. Os antidepressores do primeiro grupo utilizam-se mais nos doentes com queixas de dor abdominal, diarreia e náusea, enquanto que os do segundo grupo são preferentemente utilizados nos quadros de SCI com obstipação, por terem efeito procinético.

### **C. Novos Fármacos Emergentes (61, 93, 100, 113, 114, 115, 116, 117)**

As novas informações acumuladas pela pesquisa científica sobre a patofisiologia da SCI, suscitaram o desenvolvimento de novos compostos orientados para os distúrbios da motilidade, a redução da hipersensibilidade visceral e a restauração da "desarmonia" do SNC, modulando os efeitos do stress, a angústia psicológica e os distúrbios afectivos. A avaliação desses novos agentes encontra-se ainda em fase de ensaios terapêuticos, prevendo-se a introdução de alguns deles na prática clínica num curto prazo.



## (1) Agentes que Modificam a Sensação Visceral

### Antagonistas dos Receptores 5-HT

Nesta área têm sido estudados os antagonistas dos receptores 5-HT<sub>3</sub> (granisetron, tropisetron, ondasetron e alosetron). Os estudos clínicos com estes produtos são ainda limitados. O Alosetron é um antagonista dos receptores 5-HT<sub>3</sub> que inibe as secreções e lentifica o trânsito intestinal (118). Demonstrou eficácia no tratamento de sintomas da SCI, melhorando sobretudo a consistência das fezes e diminuindo a sensação de urgência (119, 120, 121, 122). Como efeitos secundários apontam-se a obstipação, relativamente frequente, e a ocorrência de colite isquémica, em cerca de 0.1% dos casos (123). Esta complicação determinou a sua proibição pela FDA, em Outubro de 2001. Esse cancelamento foi entretanto suspenso, devendo o fármaco ser prescrito por médicos especificamente autorizados. Um novo antagonista dos 5-HT<sub>3</sub>, o Cilancetron, recentemente estudado, terá eficácia equiparável à do Alosetron, sem evidência, até agora, de indução de colite isquémica.

### Agonistas dos Receptores K

Uma abordagem alternativa no alívio da dor abdominal da SCI seria a utilização de agonistas opióides K, designadamente a trimebutina e a fedotozina. Esta última, na dose de 30 mgr três vezes por dia, revelou-se superior ao placebo no alívio da dor abdominal e da distensão em doentes com SCI (93).

### Análogos da Somatostatina

A somatostatina e seus análogos têm propriedades antinociceptivas, consubstanciadas em efeitos analgésicos na dor somática e visceral. Os estudos com estes produtos, no âmbito da SCI, encontram-se ainda em fase preliminar, mas revelam-se promissores (100).

## (2) Agentes que Modificam a Motilidade Intestinal

### Agentes Hipocinéticos

Foram desenvolvidos recentemente compostos que actuam por inibição dos receptores muscarínicos M<sub>3</sub>. Um membro desta classe de drogas, a zamifenacina, foi recentemente avaliado no tocante aos seus efeitos sobre a actividade motora do cólon. Numa dose de 40 mg, o produto diminui marcadamente a motilidade do cólon, registando-se uma redução na amplitude média das contracções,

no número de contracções, na percentagem de duração das contracções e no índice de motilidade (119, 124).

Uma abordagem alternativa no controlo da frequência de dejeções na SCI é a utilização de antidepressores tricíclicos, que têm invariavelmente actividade anticolinérgica, pelo que atrasam o trânsito intestinal. São necessárias doses inferiores às que usualmente se prescrevem no tratamento da depressão. (107)

### Agentes Procinéticos

São bastante promissores os resultados obtidos com agonistas 5-HT<sub>4</sub> no cólon irritável com predomínio de obstipação. Um desses fármacos, o Tegaserod, tem uma elevada afinidade para os receptores 5-HT<sub>4</sub> (125). Estudos recentes, em indivíduos voluntários, evidenciaram que o Tegaserod acelera o esvaziamento gástrico e o trânsito no intestino delgado, além de promover aceleração da peristalse do cólon (100). Nos ensaios clínicos prospectivos e randomizados até agora efectuados (126, 127, 128), apurou-se que o Tegaserod é um fármaco de indiscutível benefício no tratamento dos doentes com SCI em que o sintoma dominante é a obstipação.

Além do Tegaserod, outros agonistas 5-HT<sub>4</sub> têm sido objecto de ensaios preliminares: prucalopride, norcicapríde, mosapríde e rensapríde, aguardando-se os resultados (100).

Agonistas 5-HT<sub>3</sub>, antagonistas da colecistoquinina e antagonistas opióides, são outras terapêuticas potenciais no tratamento do cólon irritável com predomínio de obstipação.

## (3) Agentes que Modificam os Distúrbios Afectivos

O papel dos factores psicológicos na SCI continua a ser vigorosamente debatido. Numa revisão elaborada pela American Gastroenterological Association (60), reconhece-se que, no âmbito dos factores psicossociais, o stress psicológico exacerba os sintomas gastrointestinais, que os distúrbios psicológicos afectam a experiência da doença e o subsequente comportamento e que a SCI pode determinar uma quebra na qualidade de vida. Em consequência, esta conceituada Associação Americana de Gastrenterologia recomenda vivamente a utilização de terapêuticas psicológicas, designadamente as referidas em capítulo anterior, e também a prescrição de antidepressores tricíclicos para atrasar o trânsito intestinal, e de antidepressores inibidores selectivos da recaptação da serotonina quando se pretende acelerar o trânsito.

## 10. Prognóstico

Dado que não existem marcadores biológicos para definir a síndrome do cólon irritável, têm sido validados critérios baseados em sintomas para formular o diagnóstico. É necessário perícia clínica para individualizar a terapêutica nestes doentes. A natureza dos sintomas, factores predisponentes, alterações fisiológicas, influências psicossociais e o curso da doença, todos interagem e influenciam as decisões clínicas e o prognóstico.

A SCI é uma doença crónica, em que 75% dos doentes têm sintomas flutuantes. As recorrências devem ser tratadas com base nas características dos sintomas, concedendo especial atenção aos influxos psicológicos que contribuem para a exacerbação. É crucial uma atmosfera de empatia entre o médico e o doente. A resposta ao tratamento costuma ser melhor no homem do que na mulher, nos doentes onde predomina a obstipação, nos doentes cujos sintomas foram inicialmente despoletados por um episódio de diarreia aguda, e nos doentes com uma história da doença relativamente curta. Na maioria dos casos o prognóstico é bom. (129, 130).

## Bibliografia

1. Drossman DA. The functional GI disorders and the Rome II process. In: Drossman D, Corazziari E, Talley N, Thompson WG, Whitehead W, editors. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. 2nd edition. McLean, VA: Degnon Associates; 2000: 1-31.
2. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2912-7.
3. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ* 1978;2:653-4.
4. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45 (suppl II): 1-81.
5. Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, et al. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut* 1990; 31:77-81.
6. Drossman D. Rome II: the functional gastrointestinal disorders, Vol. 2. McLean, VA: Degnon Associates; 2000.
7. Hammer J, Talley NJ. Diagnostic criteria for the irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999;107:55-115.
8. Camilleri M, Heading RC, Thompson W.G. Consensus report: clinical perspectives, mechanisms, diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 16: 1407-1430.
9. Talley NJ. Irritable bowel syndrome: definition, diagnosis and epidemiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1999 Oct;13(3):371-84.
10. Thompson WG, Heaton KW, Smyth T, et al. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000;46:78-82.
11. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1992; 304:87-90.
12. Taub B, Cuevas JL, Cook III EW, et al. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis: gender and race comparisons. *Dig Dis Sci* 1995;40:2647-55.
13. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, et al. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002;47:225-35.
14. Levy RL, Von Korff M, Whitehead WE, et al. Costs of care for irritable bowel syndrome patients in a health maintenance organization. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3122-9.
15. Ford MJ, Miller PM, Eastwood J, et al. Life events, psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *Gut* 1987;28: 160-5.
16. Talley NJ, Weaver AI, Zinsmeister AR. Impact of functional dyspepsia on quality of life. *Dig Dis Sci* 1995;40:584-9.
17. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-60.
18. Mearin F, Badía X, Balboa A, et al. Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36:1055-61.
19. Hahn B, Watson M, Yan S, et al. Irritable bowel syndrome symptom patterns: frequency, duration, and severity. *Dig Dis Sci* 1998;43:2715-8.

20. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: A systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1171-85.
21. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927-34.
22. Saito YA, Locke Gr, Talley NJ, et al. A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2816-24.
23. Wells N.E.J., Hahn B.A. Whorwell P.J. et al. Clinical economics review: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 1019-1030.
24. Inadomi J.M. Fennerty M.B, Bjorkman D. Systematic review: the economic impact of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 671-682.
25. Toner BB, Akman D. Gender role and irritable bowel syndrome: literature review and hypothesis. *Am J Gastroenterol*. 2000 Jan; 95(1): 11-6.
26. Fireman Z, Segal A, Kopelman Y, et al. Acupuncture treatment for irritable bowel syndrome. *Digestion* 2001; 64: 100-3.
27. Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120: 652-68.
28. Thompson W.G. Review article: the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1395-1406.
29. Vassallo MJ, Camilleri M, Phillips SF, et al. Colonic tone and motility in patients with irritable bowel syndrome. *Mayo Clin Proc* 1992; 67: 725-31.
30. Fioramonti J, Bueno L, Delvaux M et al. Les anciens et nouveaux concepts physiopathologiques du syndrome de l'intestin irritable. *Gastroenterol Clin Biol* 2001, 25: C34-C41.
31. Spiller RC. Disturbances in large bowel motility. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1999 Oct; 13(3): 397-413.
32. Quigley EM. Disturbances in small bowel motility. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1999 Oct; 13(3): 385-95.
33. Hotz J, Enck P, Goebell H, et al. Consensus report: irritable bowel syndrome--definition, differential diagnosis, pathophysiology and therapeutic possibilities. Consensus of the German Society of Digestive and Metabolic Diseases. *Z Gastroenterol*. 1999 Aug; 37(8): 685-700.
34. Mertz HR. Overview of functional gastrointestinal disorders: dysfunction of the brain-gut axis. *Gastroenterol Clin N Am* 2003; 32: 463-476.
35. Trimble KC, Farouk R, Pryde A, et al. Heightened visceral sensation in functional gastrointestinal disease is not site-specific: evidence for a generalized disorder of gut sensitivity. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 1607-13.
36. Ritchie J. Pain from distension of pelvic colon by inflating a balloon in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1973; 6: 105-12.
37. Kellow JE, Eckersley GM, Jones M. Enhanced perception of physiological intestinal motility in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 1621-7.
38. Mertz H, Naliboff B, Munakata J, et al. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109: 40-52.
39. Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology* 1994; 107: 271-93.
40. Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, et al. Tolerance for rectosigmoid distension in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1990; 98: 1187-92.
41. Delvaux M., Frexinos J. Sensibilité viscérale et troubles fonctionnels intestinaux: Rôle physiopathologique et perspectives thérapeutiques. *Gastroenterol Clin Biol* 2001, 25: C42-C43.
42. Zar S, Kumar D, Benson MJ. Food hypersensitivity and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001 Apr; 15(4): 439-49.
43. Camilleri M, Coulie B, Tack JF. Visceral hypersensitivity: facts, speculations, and challenges. *Gut*. 2001 Jan; 48(1): 125-31.
44. Houghton LA. Sensory dysfunction and the irritable bowel syndrome. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1999 Oct; 13(3): 415-27.

45. Gwee K-A, Leong Y-1, Graham C. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut* 1999;44:400-6.
46. Tougas G. The autonomic nervous system in functional bowel disorders. *Gut*. 2000 Dec;47 Suppl 4:iv78-80.
47. Mayer EA. Spinal and supraspinal modulation of visceral sensation. *Gut*. 2000 Dec;47 Suppl 4:iv69-72.
48. Spiller RC. Neuropathology of IBS? *Gastroenterology* 123;6:2144-2147.
49. Mertz H, Morgan V, Tanner G, et al. Regional cerebral activation in irritable bowel syndrome and control subjects with painful and non-painful rectal distention. *Gastroenterology* 2000;118:842-8.
50. Naliboff BD, Derbyshire SWG, Munakata J, et al. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med* 2001;63:365-75.
51. Aziz Q, Thompson DG. Brain-gut axis in health and disease. *Gastroenterology* 1998;114:559-78.
52. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al., editors. *Rome II: The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment: a multinational consensus*. McLean, VA: Degnon and Associates; 2000. p. 157-245.
53. Gaynes BN, Drossman DA. The role of psychosocial factors in irritable bowel syndrome. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1999 Oct;13(3):437-52.
54. Budavari A, Olden KW. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Clin N. Am.* 2003;32:477-506.
55. Bennett EJ, Plesse C, Palmer K, et al. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social and somatic features. *Gut* 1998;42:414-20.
56. Drossman DA. Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13(suppl 2):3-14.
57. Boyce PM, Koloski NA, Talley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol* 2000;95:3176-83.
58. Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997;112:2120-37.
59. Thompson WG, Longstreth FG, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 (suppl II):II43-7.
60. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1997;112:2118-9.
61. Somers SC, Lembo A. Irritable bowel syndrome: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin N Am* 2003;32:507-529.
62. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999;116:1464-86.
63. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2912-7.
64. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2105-2107.
65. Locke III GR, Pemberton JH, Philips SF. AGA technical review on constipation. *American Gastroenterological Association Gastroenterology* 2000;119:1766-78.
66. Drossman DA. An integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13 (suppl 2):3-14.
67. Schmulson MW, Chang L. Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999;107:205-6S.
68. Schoenfeld P, Guyatt G, Hamilton F, et al. An evidence-based approach to gastroenterology diagnosis. *Gastroenterology* 1999;116:1230-7.
69. Turnbull GK. Lactose intolerance and irritable bowel syndrome. *Nutrition*. 2000 Jul-Aug;16(7-8):665-6.
70. Schmulson MW, Chang L. Diagnostic approach to the

- patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med.* 1999 Nov 8;107(5A):205-265.
71. Tolliver BA, Herrera JL, DiPalma JA. Evaluation of patients who meet clinical criteria for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1994;89: 176-8.
72. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986;27: 37-40.
73. Olden KW. Extragastrointestinal comorbidity in chronic functional gastrointestinal disorders. In: Corazziari E, editor. *Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders.* Milan, Italy: Messaggi; 2000:43-54.
74. Blewett A, Allison M, Calcraft B, et al. Psychiatric disorder and outcome in irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1996;37: 155-60.
75. Creed F. The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome. *Am J Med.* 1999 Nov 8;107(5A):745-805.
76. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, et al. Association of adult celiac disease with irritable bowel syndrome: A case control study in patients fulfilling the Rome II criteria referred to secondary care. *Lancet* 2001;358: 1504-8.
77. Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3503-6.
78. Whitehead W, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122: 1140-56.
79. Hart A.L., Stagg A.J., Frame M, Graffner H., et al. Review article: the role of the gut flora in health and disease, and its modification as therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16:1383-1393.
80. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1990,147 :565-72.
81. Olden KW. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;122:1701-14.
82. Fass R, Longstreth GF, Pimentel M, et al. Evidence and consensus-based practice guidelines for the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2001;161:2081-8.
83. Olden KW. Approach to the patient with severe, refractory irritable bowel syndrome. *Current Treatment Options in Gastroenterology* 2003;6: 311-317.
84. Drossman DA. Irritable bowel syndrome: How far do you go in the workup? *Gastroenterology* 121;6: 1512-1515.
85. Licht HM. Irritable bowel syndrome. Definitive diagnostic criteria help focus symptomatic treatment. *Postgrad Med.* 2000 Mar;107(3):203-7.
86. Hamm LR, Sorrels SC, Harding JP, et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol* 1999;94: 1279-82.
87. Hammer J, Talley NJ. Diagnostic criteria for the irritable bowel syndrome. *Am J Med.* 1999 Nov 8;107(5A):55-115.
88. Brandt L, Bjorkman D, Fennerty M, et al. Systematic review on the management of IBS in North America. *Am J Gastro* 2002;97 (11 Suppl):S7-26.
89. Camilleri M. Therapeutic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med.* 1999 Nov 8;107(5A):275-325.
90. Thompson WG. Irritable bowel syndrome: a management strategy. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 1999 Oct;13(3):453-60.
91. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995;122:107-12.
92. Camilleri M. Review article: clinical evidence to support current therapies of IBS. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13 (suppl 2):48-53.
93. Spiller RC., MD. Treatment of irritable bowel Syndrome. *Current Treatment Options in Gastroenterology* 2003;6: 329-337.
94. Snook J, Shepherd HA. Bran supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1994;8:511-4.
95. Niedzielin K, Kordecki H, Birkenfeld B. A controlled double-blind, randomised study on the efficacy of *Lactobacillus*

- plantarum 299V in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:1143-7.
96. Nobaek S, Johansson ML, Molin G, et al. Alteration of intestinal microflora is associated with reduction in abdominal bloating and pain in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1231-8.
97. Klein KB. Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome: a critique. *Gastroenterology* 1988;95:232-41.
98. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut* 2001;48:272-82.
99. Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomised, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136-47.
100. Spiller RC. Treatment of irritable bowel Syndrome. *Current Treatment Options in Gastroenterology* 2003;6:329-337.
101. Kamm M.A. Review article: the complexity of drug development for irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:343-351.
102. Corazziari E., Bytzer P, Delvaux M. et al. Consensus report : clinical trial guidelines for pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:569-580.
103. Hawkey CJ. Irritable bowel syndrome clinical trial design: future needs. *Am J Med.* 1999 Nov 8;107(5A):985-1025.
104. Malagelada JR. Review article: clinical pharmacology models of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999 May;13 Suppl 2:57-64.
105. Boyce P. Psychologic therapies for irritable bowel syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2001;4:323-31.
106. Gonsalkorale WM, Houghton LA, Whorwell PJ. Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *Am J Gastroenterol* 2002;97:954-61.
107. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000;108:65-72.
108. Clouse RE, Lustman PJ, Geisman RA, Alpes DH. Antidepressant therapy in 138 patients with irritable bowel syndrome: a five-year clinical experience. *Aliment Pharmacol Ther* 1994;8:409-16.
109. Guthrie E, Creed F, Dawson D, et al. A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Br J Psychiatry* 1993;163:315-321.
110. Heymann-Monnikes I, Arnold R, Florin I, et al. The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95:981-94.
111. Blanchard E, Schwarz SP, Neff D. Two-year follow-up of behavioural treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Ther* 1988;19:67-73.
112. Drossman DA, Talley NJ, Olden KW, et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995;123:782-94.
113. Delvaux M., Frexinos J. Nouveaux traitements des troubles fonctionnels intestinaux : entre espoirs e déceptions. *Hepato-Gastro*2001;n° 2, vol. 8: 119-130.
114. Kilkens T.O.C., Honig A. et al. Systematic review: serotonergic modulators in the treatment of irritable bowel syndrome - influence on psychiatric and gastrointestinal symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:43-51.
115. De Ponti F, Tonini M. Irritable bowel syndrome: new agents targeting serotonin receptor subtypes. *Drugs.* 2001;61(3):317-32.
116. De Schryver AM, Samsom M. New developments in the treatment of irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 2000;(232):38-42.
117. Farthing MJ. Irritable bowel syndrome: new pharmaceutical approaches to treatment. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 1999 Oct;13(3):461-71.
118. Balfour JA, Goa KL, Perry CM. Alosetron. *Drugs.* 2000 Mar;59(3):511-8.

119. Bardhan KD, Bodemar G, Geldof H, et al. A double-blind, randomised, placebo-controlled dose-ranging study to evaluate the efficacy of alosetron in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2000; 14: 23-34.
120. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, et al. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 1035-40.
121. Camilleri M, Chey WY, Mayer EA, et al. A randomized controlled clinical trial of the serotonin type 3 receptor antagonist alosetron in women with diarrhea predominant IBS. *Arch Int Med* 2001; 161 (14). 1733-40.
122. Lembo T, Wright RA, Bagby B, et al. Alosetron controls bowel urgency and provides global symptom improvement in women with diarrhea predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:2662-70.
123. Friedel D, Thomas R, Fisher RS. Ischemic colitis during treatment with alosetron. *Gastroenterology* 2001; 120:557-60.
124. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 355-61.
125. Camilleri M. Review article: Tegaserod. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:777-89.
126. Muller-Lissner SA, Fumagalli I, Bardhan KD, et al. Tegaserod, a 5-HT<sub>4</sub> receptor partial agonist, relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients with abdominal pain, bloating and constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15:1655-66.
127. Novick J, Miner P, Krause R, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of tegaserod in female patients suffering from irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 (11):1877-88.
128. Tougas G, Snape WJ Jr, Otten MH, et al. Long-term safety of tegaserod in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 (10):1701-8.
129. Harvey RF, Mavud EC, Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: A 5-year prospective study. *Lancet* 1987; i:963-5.
130. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: Long-term prognosis and the patient-physician interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-12.

Estado da Arte  
State of Art

FRANCISCO CASTRO E SOUSA <sup>1</sup>  
BEATRIZ PINTO COSTA <sup>2</sup>

## TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS METÁSTASES HEPÁTICAS DO CARCINOMA COLO-RECTAL

### Resumo

As metástases hepáticas constituem a principal causa de morte nos doentes com carcinoma colorectal, associando-se a uma sobrevida espontânea que raramente ultrapassa os nove meses. A ressecção cirúrgica constitui a melhor opção terapêutica, permitindo uma sobrevida aos cinco anos de 25-50%. Faz-se uma revisão acerca dos progressos recentes nesta entidade nosológica e, nomeadamente, sobre a selecção dos doentes, avaliação pré-operatória, indicações para o tratamento cirúrgico e critérios de ressecabilidade. Comenta-se, igualmente, a estratégia da terapêutica cirúrgica bem como os resultados imediatos e à distância. Dá-se ênfase aos métodos destinadas a aumentar a ressecabilidade: quimioterapia neo-adjuvante, embolização portal, hepatectomias iterativas e métodos de destruição local. Apresenta-se um estudo retrospectivo da experiência na Serviço de Cirurgia III na abordagem multidisciplinar de 68 doentes portadores de metástases de neoplasia colorectal. Verificou-se uma mortalidade operatória de 4,4%, uma morbilidade de 19% e uma sobrevida aos cinco anos de 28,3%. Como factores prognósticos favoráveis identificaram-se o carácter solitário (42,5 vs 0%; 0,019) e unilobar (44,7 vs 0%; p=0,001) das metástases, o diâmetro inferior a três centímetros (44,9 vs 10,8%; 0,042) e o estadiamento N0/N1 do tumor primário (25,9 vs 0%; p=0,024). Conclui-se que a ressecção cirúrgica constitui a única terapêutica com potencialidades curativas e pode ser realizada com reduzida mortalidade e morbilidade. Na nossa óptica, os resultados obtidos - que materializam uma das áreas de maior progresso em oncologia - justificam uma abordagem terapêutica mais agressiva, por equipas multidisciplinares especializadas, dos pacientes portadores de metástases hepáticas do carcinoma colorectal.

### Abstract

*Liver metastasis represent the major cause of death of patients with colorectal carcinoma with a median survival without treatment that rarely exceed nine months. Surgical resection is the best therapeutic option and ensures a five-year survival of 25-50%. A review of recent advances in the treatment of this entity is presented, including selection of patients for surgery, preoperative evaluation, indications for surgical intervention and resectability criteria. Modalities for increasing resectability are discussed: neoadjuvant chemotherapy, portal embolization, repeated liver resections and methods of local destruction. A retrospective study of 68 patients submitted to surgical treatment in the IIIth Surgical Department of Coimbra University Hospital is presented: operative mortality was 4,4%, morbidity 19% and five-year survival rate 28,3%. Solitary (42,5 vs 0%; 0,019) and unilobar (44,7 vs 0%; p=0,001) metastases, tumour diameter inferior to three centimetres (44,9 vs 10,8%; 0,042) and N0/N1 stage of the primary tumour (25,9 vs 0%; p=0,024) were identified as favourable prognostic survival factors. Surgical resection represents the only potential curative therapeutic option and can be archived with minimal mortality and morbidity; witch justifies an aggressive multidisciplinary therapeutic approach of colorectal liver metastases.*

1. Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Director do Departamento de Cirurgia e Transplantação dos HUC.

2. Assistente Convidada de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Assistente Hospitalar de Cirurgia dos HUC.



O carcinoma colo-rectal é, no início do século XXI, a neoplasia mais frequente do tubo digestivo; prevendo-se que, em 2004, condicionará a morte de quatro mil portugueses. Esta será determinada, na maioria dos casos, por metástases hepáticas que se desenvolvem em, aproximadamente, 20 a 70% dos casos (1) em 15-25% já existem aquando do diagnóstico do carcinoma cólico (metástases síncronas); nos restantes vêm a surgir ulteriormente, no decurso da catamenese (metástases metácrônicas). Até aos anos 90 a sua presença era considerada sinónima de disseminação da doença e de incurabilidade já que a sobrevida média, sem tratamento, destes doentes raramente ultrapassava os nove meses (1) e, mesmo ulteriormente, utilizando os melhores protocolos de quimioterapia, os sobreviventes aos cinco anos devem ser considerados anedóticos.

Os progressos do tratamento cirúrgico permitiram alterar, de forma radical, esta perspectiva. Actualmente, a ressecção cirúrgica é considerada a melhor opção terapêutica e a única com potencialidades curativas; permitindo oferecer aos pacientes operados uma sobrevida, aos cinco anos, de 25-50%. Numa série de 763 doentes, tratados entre 1992 e 1996, por Kato e col (2), a ressecção cirúrgica, realizada em 585 casos, permitiu uma sobrevida, aos cinco anos, de 32,9%; contra 3,4% para os pacientes não operados. Os enormes avanços realizados nesta área nos últimos anos resultaram, não somente, do aperfeiçoamento da técnica cirúrgica (incluindo os cuidados peri-operatórios e a anestesia-reanimação) mas, também, dos enormes progressos da imagiologia e da oncologia médica; e, ainda, de múltiplas inovações tecnológicas incluindo, nomeadamente, os métodos de destruição local das neoplasias (alcoólização, criocirurgia, termodestruição).

É, todavia, usual dizer-se que apenas 25 % dos doentes com metástases hepáticas numa neoplasia colo-rectal podem ser candidatos ao tratamento cirúrgico (3). As indicações clássicas para ressecção cirúrgica limitavam-se, quase exclusivamente, aos nódulos solitários de aparecimento tardio; sendo considerado que a presença de quatro ou mais formações tumorais representava uma contra-indicação absoluta à cirurgia. Contudo tais indicações têm sido progressivamente alargadas, incluindo, actualmente, casos seleccionados de lesões múltiplas, bilaterais, recidivantes e, inclusive, associadas a metástases extra-hepáticas; desde que a sua exérese completa, com margem livre adequada, seja tecnicamente exequível! Torna-se assim imperioso que uma equipe multidisciplinar incluindo um radiologista, um gastroenterologista, um oncologista e, obrigatoriamente, um cirurgião treinado em cirurgia hepato-biliar, avalie,

para cada caso concreto:

1. Se é possível tecnicamente proceder à exérese de todas as metástases e quando proceder a tal ressecção(ões);
2. O custo-benefício do tratamento proposto.

Neste trabalho procurará dar-se conta, de forma resumida, de alguns aspectos relacionados com o tratamento actual destes doentes: da avaliação pré-operatória, à ressecabilidade (anatômica e oncológica) e aos métodos disponíveis para a incrementar; da técnica cirúrgica aos gestos associados; terminando por breve referência aos resultados obtidos, recentemente, no Serviço de Cirurgia III dos HUC.

## Avaliação Pré-operatória

A avaliação pré-operatória, obrigatoriamente multidisciplinar como já se sinalizou, deve incluir, para além duma valorização atenta do risco cirúrgico e do estudo aprofundado da função hepatocelular, a realização sistemática duma ecografia de boa qualidade, duma TAC helicoidal hepática com cortes finos e duma RMN com utilização de contraste hepato-específico: para avaliação detalhada das lesões, sua localização e relações vasculo-biliares, detecção de lesões adicionais e avaliação do volume de parênquima funcional. O diagnóstico de metástases extra-hepáticas deve obrigar à realização dum exame físico cuidadoso, duma TAC toraco-abdomino-pélvica e, no caso dos carcinomas do recto, de uma RMN pélvica; em casos especiais, uma TAC craneo-encefálica e um cintigrama osteo-articular deverão completar esta investigação pré-operatória. Embora, num futuro próximo, a Tomografia de Emissão de Positrões possa vir a revelar-se particularmente útil na detecção da doença extra-hepática, o seu valor não está, ainda, determinado com rigor.

Esta avaliação será completada, no início do gesto cirúrgico, por minuciosa exploração da cavidade abdominal; com atenção particular às áreas ganglionares (pedículo hepático, gânglios celíacos), à palpação bimanual do fígado e aos dados fornecidos pela ecografia per-operatória; que se considera indispensável, já que susceptível, segundo Jarnagin e col (4), de modificar o plano terapêutico em 10-40% dos casos. A eventual confirmação, através de exame extemporâneo, da positividade duma biopsia ganglionar regional (1-12,5% dos casos) (5) poderá modificar o plano terapêutico, embora tal não seja man-

datório no quadro dum tratamento adjuvante com quimioterapia.

Sinalize-se, por fim, que a avaliação sistemática por laparoscopia associada à eco-laparoscopia, não tem ainda fornecido, a nós como a outros (6), provas sistemáticas da sua superioridade em termos de sensibilidade e especificidade. A não ser nos pacientes em que as probabilidades de não ressecabilidade das lesões forem particularmente evidentes; em que evitará uma laparotomia no mínimo desnecessária, quando não deletéria.

## Ressecabilidade

A selecção dos doentes a tratar deverá basear-se, entre outros, nos seguintes critérios:

1. Possibilidade de ressecar todo o tecido tumoral, sem doença macroscópica residual, por uma ou várias hepatectomias; deixando uma percentagem (25-40%) de parênquima restante bem vascularizado (e com drenagem venosa e biliar intactas), susceptível de assegurar uma função hepatocelular satisfatória;
2. Controlo efectivo do tumor primário;
3. Ausência de metastização extra-hepática não passível de ressecção;
4. Risco cirúrgico compatível com uma reduzida morbimorbilidade operatória.

A ressecabilidade anatómica estará dependente, fundamentalmente, da distribuição e carácter bilobar das metástases; não do número e dimensões das lesões, mas das suas relações vasculares, ou melhor, dos sacrifícios vasculares a realizar para garantir uma exérese R0. Neste contexto é obviamente mais fácil realizar a ressecção de oito metástases do fígado direito num doente do que, num outro caso, proceder à exérese de duas lesões situadas, uma junto ao pedículo portal direito e a outra ao contacto do confluente entre as veias supra-hepáticas esquerda e média. Técnicas de clampagem ou de exclusão vascular do fígado e, ainda, a cirurgia ex-vivo in-situ, eventualmente associadas a reconstruções vasculares, tornam, todavia, possível remover algumas destas lesões.

A percentagem de parênquima funcional remanescente susceptível de evitar uma falência hepática pós-operatória é função, não só da quantidade de massa hepática restante após a exérese mas, também, da sua qualidade

no pré-operatório e pós-operatório (em relação com isquémia per-operatória); mas, em boa verdade, não se conhece com precisão científica. São, com efeito, conhecidos casos de sucesso de hepatectomias de 80% mas é, também, sabido que a morbi-mortalidade das exéreses hepáticas é proporcional à extensão da exérese parenquimatosa. De qualquer forma é consensual afirmar-se que uma ressecção deixando 40% de fígado são é perfeitamente tolerada, sendo o risco bastante superior se essa percentagem estiver compreendida entre 25-40% e quase proibitivo se inferior a 25%; a eventual existência duma hepatopatia (com o inerente compromisso da regeneração hepática) obrigará, naturalmente, a exéreses muito mais económicas. O cálculo da percentagem de fígado funcional restante deverá assim ser efectuada de forma sistemática antes da intervenção socorrendo-se dos dados imagiológicos e de fórmulas, como a de Okhamoto e col (7), que têm em conta o volume total do fígado, o volume tumoral (não funcional) e o volume de massa hepática a ressecar. Outros utilizam, nomeadamente nos casos de hepatopatias, critérios não volumétricos como os de Child-Pugh ou Miyagawa.

## Métodos Destinados a Aumentar a Ressecabilidade

Nos últimos anos desenvolveram-se métodos tendentes a incrementar as possibilidades de oferecer uma ressecção com intenção curativa aos pacientes que, em função da avaliação precedentemente descrita, não podiam ser considerados candidatos à cirurgia:

1. Se o problema derivar do volume tumoral poderá tentar-se reduzi-lo através duma quimioterapia neo-adjuvante, ou diminuindo o número de metástases através de métodos de destruição local, como a crioterapia ou a termodestruição por radiofrequência. Os resultados destes últimos, se bem que animadores - embora aplicáveis apenas a lesões com características bem definidas - não podem ainda ser avaliados com critérios científicos (8). A quimioterapia neo-adjuvante permitiu a exérese curativa em 16% dos casos previamente considerados irressecáveis, num estudo retrospectivo de 151 doentes, publicado, em 1996, por Bismuth e col (9) com sobrevida actuarial semelhante aos seleccionados para ressecção primária! Otti R e col (10) verificaram, também, após protocolo utilizando as mesmas drogas (5-fluoracilo, ácido folínico e oxaliplatina), ser possível realizar ressecções R0 em 14-38% dos casos considerados, inicialmente, como irressecáveis. A eficácia a longo prazo das recentes téc-

nicas de quimioterapia loco-regional ainda não foi confirmada por estudos prospectivos, mas o interesse de novos agentes, como o irinotecan e a oxaliplatina, parece garantir em protocolos triplos ou quádruplos administrados por via sistémica, 50% de respostas objectivas à terapêutica. De qualquer forma, a utilização da quimioterapia neo-adjuvante obrigará ao recurso periódico aos métodos de imagem para que a decisão de realizar a exérese seja feita antes do desaparecimento completo de certas lesões; e evitando os riscos acrescidos dos efeitos secundários (inclusive no parênquima hepático) da quimioterapia. A intervenção deverá ter lugar cerca de três semanas após as lesões serem consideradas ressecáveis pelo cirurgião.

2. Se a irressecabilidade derivar de previsível insuficiente reserva funcional hepática após a exérese - quando a proporção de parênquima funcional restante for inferior a 25%, ou inferior a 1% relativamente ao peso corporal - deverá tentar-se hipertrofiá-lo através da embolização portal (fig. 1); esta vai induzir atrofia parenquimatosa ipsilateral (do lado da lesão); e hipertrofia compensadora contra-lateral do fígado restante, que pode atingir 40-60%. Segundo Azoulay e col (11), este método pode permitir aumentar a elegibilidade para ressecção, com intenção curativa, em 60% dos casos; sem incremento da morbi-mortalidade operatórias e com sobrevida aos cinco anos de 40% (vs 38%). Refira-se que a embolização (quase sempre realizada com recurso à radiologia de intervenção) parece fornecer melhores resultados que a laqueação cirúrgica e que um prazo de trinta

dias deverá mediar entre este gesto (passível de ser realizado, por mãos experimentadas em cerca de 100% dos casos) e o acto operatório; o que garantirá a máxima regeneração permitindo reduzir, simultaneamente, o risco de progressão tumoral.

3. Em certos casos particularmente difíceis temos utilizado, como outros, estratégias mais complexas envolvendo, num primeiro tempo, a exérese das metástases situadas num dos lobos do fígado, acompanhada da embolização do ramo portal contra-lateral, sede das lesões residuais; um ou dois ciclos de quimioterapia precederão uma segunda ressecção destinada a remover estas últimas. A hepatectomia em dois tempos permitiu a Adam e col.12 garantir uma sobrevida, aos três anos, de 35% a 16 doentes portadores de metástases bilaterais (3-12); realizando, com 81% de sucesso, uma estratégia terapêutica que envolveu 61% de exéreses major com reduzida morbilidade e uma mortalidade, na segunda hepatectomia, de 15%.

## Técnica Cirúrgica

O principal risco per-operatório da cirurgia do fígado é o risco hemorrágico; e, também, os acidentes embólicos condicionados por lesões das veias supra-hepáticas. Este risco - não diferente do das hepatectomias por outras indicações - poderá ser minimizado por uma técnica adaptada que deverá recorrer às clampagens electivas ou intermitentes (que contribuem, também, para preser-

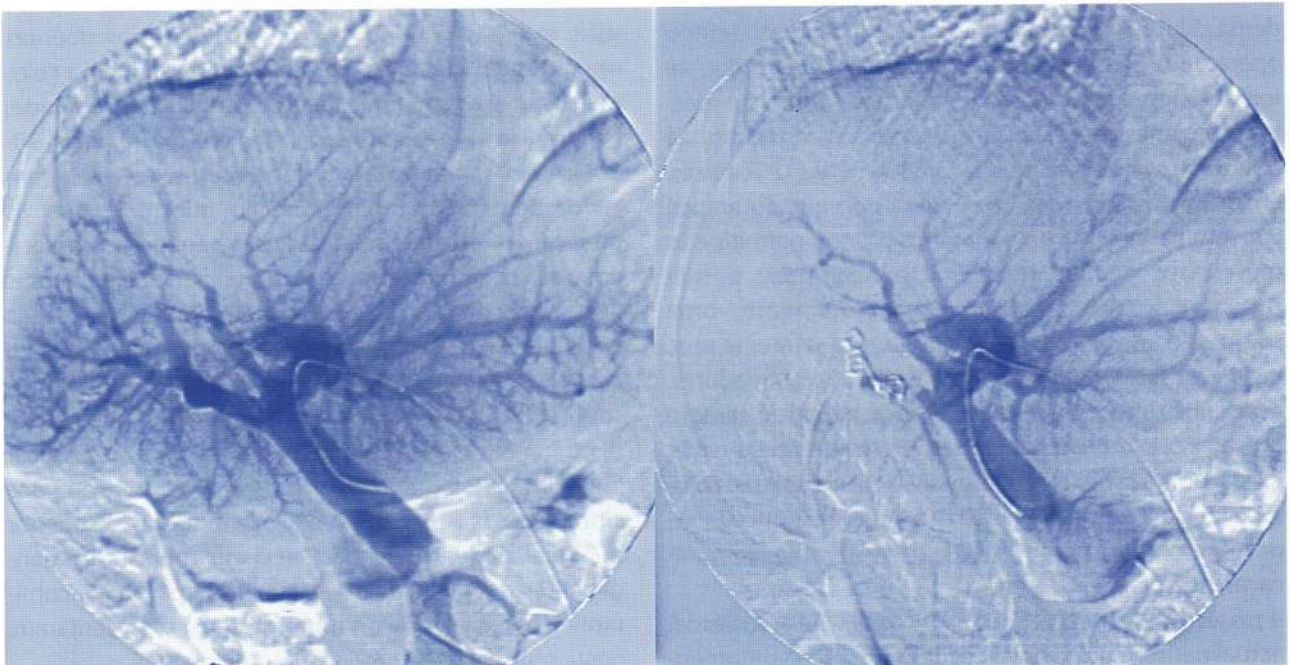


Fig. 1 - Embolização percutânea do ramo portal direito em doente com múltiplas metástases hepáticas no lobo homolateral

var o parênquima restante, muitas vezes fragilizado pela quimioterapia) e, excepcionalmente, à exclusão vascular; o uso criterioso de recursos tecnológicos como, entre outros, o dissector ultra-sónico, as tesouras e pinças bipolares, o bisturi de árgon, o "cell-saver", os sistemas de infusão rápida, as colas biológicas e as placas de colágeno, contribuirão para o mesmo objectivo (13). Até porque múltiplos estudos demonstraram que as transfusões - e a hipotensão - peroperatórias representam factores prognósticos pejorativos em termos de resultados imediatos e à distância (morbi-mortalidade operatória, recidiva).

Tem-se discutido se a(s) exérese(s) a efectuar deverá ser anatómica incluindo, no mínimo, um dos segmentos hepáticos definidos por Couinaud (14) ; o consenso actual aponta para exéreses económicas (até pelo risco de recidiva hepática), desde que R0 (15,16); classicamente a margem de segurança a respeitar era, no mínimo, de 1cm; embora trabalhos recentes (17) apontem para que margens de 2 mm poderiam oferecer as mesmas garantias em termos de resultados.

É também tema de controvérsia, no caso das metástases síncronas, o momento em que deve ser realizada a hepatectomia. Parece não existir deterioração dos resultados terapêuticos, nem majoração do risco operatório, quando se decide realizar simultaneamente as duas intervenções desde que a exérese hepática a efectuar seja menor, a via de abordagem adequada e a anastomose digestiva efectuada antes da hepatectomia. Nas restantes situações e, nomeadamente, sempre que o tratamento das metástases exige uma ressecção major ou várias exéreses, tem sido demonstrado ser mais prudente diferir a hepatectomia para um segundo tempo operatório. Certos Autores (18) pensam que adiar, de forma sistemática, o gesto terapêutico sobre as metástases hepáticas permitiria seleccionar "os bons casos", já que o intervalo entre as duas intervenções (3-6 meses, em que o paciente seria "protegido" pela quimioterapia) constituiria uma "fase de maturação" que permitiria às metástases ocultas tornarem-se aparentes; o que tornaria possível realizar, secundariamente, uma exérese "completa" das lesões. Mais recentemente tem, inclusive, sido proposto, com resultados animadores, tratar inicialmente apenas a doença hepática; sempre que esta seja dominante em termos volumétricos e não exista uma complicação previsível da neoplasia coloproctal (oclusão, por exemplo); deixando para um segundo tempo a ressecção intestinal (G. Mentha, comunicação pessoal).

A ressecção de metástases hepáticas deverá associar-se, actualmente, a uma mortalidade operatória compre-

endida entre 0-5% (1,19), dependendo, fundamentalmente, da extensão das lesões, da função hepática prévia e das perdas hemorrágicas peroperatórias; e a uma morbilidade não superior a 25-30% (1). As complicações mais relevantes incluem a hemorragia, a insuficiência hepática, as fístulas biliares e os abscessos sub-frénicos. A sobrevida aos cinco anos oscila entre os 20 e os 51%, consoante as séries (1,2,19). Um número de metástases inferior a quatro, diâmetro máximo da lesão inferior a cinco centímetros, ausência de metastização extra-hepática, carcinoma colo rectal primário nos Estádios I ou II, intervalo livre entre a exérese do tumor primário e da metástase inferior a dois anos e níveis séricos de antigénio carcino-embrionário inferiores a 5 ng/ml representam factores prognósticos favoráveis(1).

Tem também sido discutida amplamente a indicação terapêutica dos casos em que existem outras localizações secundárias da neoplasia. A ressecção iterativa de metástases hepáticas e pulmonares pode estar indicada em casos seleccionados (1,3). A sobrevida aos cinco anos, numa série recente de 47 doentes submetidos, sucessivamente, a exérese de metástases hepáticas e pulmonares foi de 31% (1). O mesmo se dirá da exérese simultânea de metástases ganglionares do pedículo hepático que é compatível com sobrevidas prolongadas (5).

## O Problema das Re-hepatectomias

O problema da ressecabilidade das lesões recidivantes num fígado já operado representa um desafio técnico mais exigente e difícil; contudo 50-75% dos doentes operados a metástases hepáticas dum carcinoma coloproctal vão apresentar recidiva, dos quais 40% no fígado; recidiva exclusivamente localizada a este órgão em 20-30%. A decisão terapêutica, nestes casos, deverá ser em tudo idêntica à da intervenção inicial; já que as ressecções iterativas de metástases hepáticas se associam a taxas de mortalidade e morbilidade semelhantes às da ressecção primária e permitem uma sobrevida aos cinco anos comparável (16 a 41%) (1,20). Yamamoto J e col (21) publicaram, em 1999, uma série de 90 doentes submetidos a ressecção hepática iterativa por metástases hepáticas recorrentes, com uma taxa de ressecabilidade de 35%, morbilidade de 15% e sobrevida aos cinco anos de 31%; um número de metástases superior ou igual a quatro, a existência de metástases ganglionares regionais, de doença extra-hepática concomitante e a persistência de tumor residual representaram, nesta série, factores prognósticos pejorativos.

## Contra-indicações à Cirurgia

À luz do que se expôs deverá considerar-se contra-indicada a cirurgia nos doentes portadores de metástases hepáticas:

1. Em que seja impossível realizar uma ressecção R0 (a transplantação hepática não está indicada nestes casos); sob o ponto de vista cirúrgico são, habitualmente, consideradas irressecáveis as lesões difusas (fig. 2), que invadem a confluência portal ou, de forma extensa, a veia cava inferior; e, ainda, as que invadem os três pedículos supra-hepáticos.
2. Em que exista doença extra-hepática não ressecável.

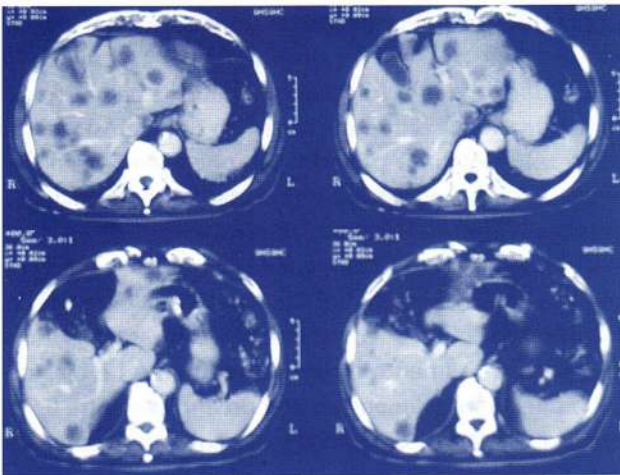


Fig. 2 - Doente F.M. - T.A.C. demonstrando metastização hepática difusa

## Tratamento Adjuvante

Na sequência da intervenção, preconiza-se uma adequada vigilância, clínica e imagiológica, para detecção precoce das recidivas. Não existem, no momento actual, argumentos científicos que permitam recomendar, de forma sistemática, uma quimioterapia adjuvante após ressecção de uma ou mais metástases hepáticas dum carcinoma colo-rectal. Contudo os óptimos resultados obtidos com os modernos protocolos de quimioterapia e a sua excelente tolerância, levam-nos a pensar que estes doentes deverão ser integrados num dos múltiplos estudos prospectivos actualmente em curso.

## Experiência do Serviço de Cirurgia III dos HUC

No Serviço de Cirurgia III dos Hospitais da Universidade de Coimbra, foram tratados, entre 1990 e 2002, 68 doentes consecutivos com metástases hepáticas de car-

cinoma colo rectal; de uma série de mais de cem operados, pessoalmente, pelo primeiro autor. Quarenta e sete (69%) pertenciam ao sexo masculino e a idade média era de  $61,6 \pm 9,4$  (39-83) anos. Trinta e sete (54%) metástases eram metácronas, 35 (51%) solitárias, 38 (55%) apresentavam diâmetro superior ou igual a três centímetros e 33 (48%) localizavam-se no lobo direito. Metade dos tumores primários localizava-se no recto. Uma embolização portal precedeu a cirurgia em três doentes. O tratamento das metástases hepáticas e do tumor primário foi simultâneo em 17 doentes (25%). A ressecção cirúrgica foi realizada em 50 (74%) dos casos e considerada curativa em 46 (92%). As intervenções efectuadas incluíram: hepatectomias direitas (18, das quais três alargadas ao segmento IV) (fig. 3), subsegmentectomias (16), bisegmentectomias (12), segmentectomias (10) (fig. 4), hepatectomias esquerdas (3) e mesohepatectomia (1). Em três doentes realizaram-se hepatectomias programadas em dois tempos; em dois destes casos realizou-se uma laqueação do ramo portal direito (associada num caso a alcoolização do território distal). Foi efectuada termodestruição por radiofrequência em seis casos, implantação dum cateter intra-arterial hepático para quimioterapia em 29 e alcoolização num. A ecografia per-operatória foi utilizada em 24 (35%) dos doentes e em 56 (82%) associaram-se outros gestos cirúrgicos. A mortalidade operatória (dois meses) foi de 4,4%, incluindo dois casos de insuficiência hepática e um de pancreatite aguda e a morbilidade de 19% (13); as complicações mais frequentes foram as fistulas biliares (4), os abscessos subfrénicos (3) e os derrames pleurais (3). Dois doentes necessitaram de re-intervenção: para transplantação hepática e colangiojejunostomia intrahepática por trombose pedicular e fístula biliar evoluindo para estenose da confluência, respectivamente. O tempo

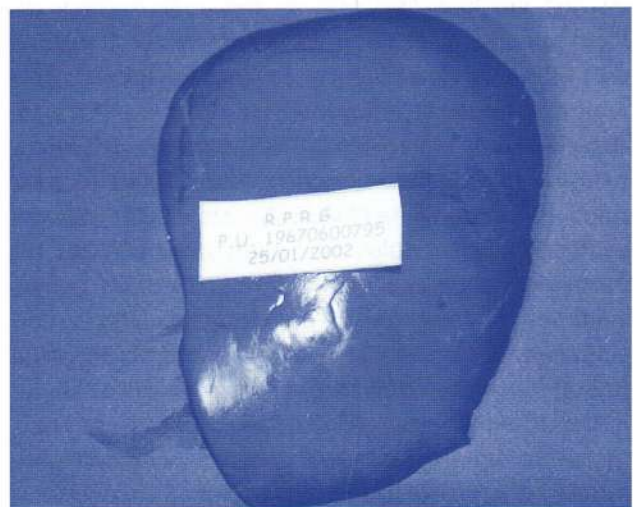


Fig. 3 - Doente R.P.R.G. - Peça de hepatectomia direita por metástase hepática

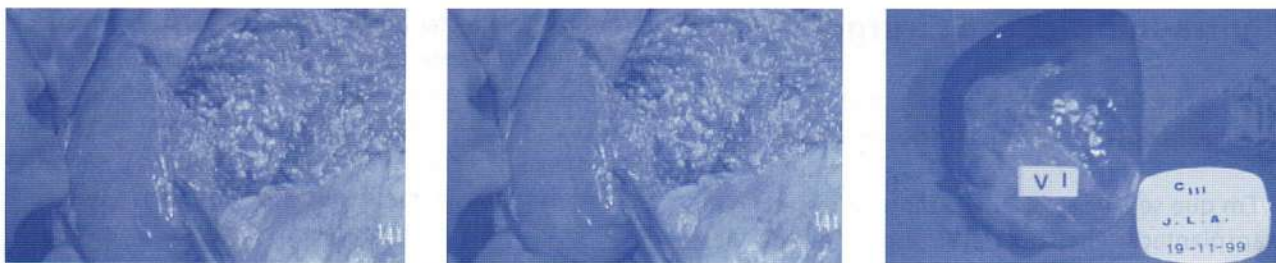


Fig. 4 - Doente J.L.A. - Metástase no segmento VI tratada por segmentectomia

médio de internamento pós-operatório foi de  $18 \pm 16$  (2-90) dias. Uma quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante foi usada em 15 casos. As sobrevidas actuariais aos três e cinco anos foram de 43,7% e 28,3%. As variáveis estudadas na análise dos factores prognósticos de sobrevida incluíram: sexo, idade, localização e estadiamento TNM do tumor primário, níveis séricos pré-operatórios do antigénio carcino-embrionário, número e diâmetro máximo das metástases, envolvimento uni ou bilobar, intervalo temporal entre o tratamento do tumor primário e da metástase, ressecabilidade da lesão e carácter curativo ou paliativo da intervenção. A análise univariável (log-rank) pôs em evidência uma sobrevida actuarial, aos cinco anos, significativamente superior nas metástases solitárias (42,5 vs 0%;  $p=0,019$ ), unilobares (44,7 vs 0%;  $p=0,001$ ) e com diâmetro inferior a três centímetros (44,9 vs 10,8 %;  $p=0,042$ ); assim como nos casos em que o tumor primário era N0/N1 (35,9 vs 0%;  $p=0,024$ ). A ressecção cirúrgica associou-se a uma sobrevida aos cinco anos de 36% (vs 0% nos restantes casos).

Descrever-se-à, seguidamente, um caso clínico recente particularmente ilustrativo e paradigmático das novas fronteiras da abordagem multidisciplinar no tratamento das metástases da neoplasia colo-rectal:

Caso Clínico: Um homem de 52 anos, sofrendo de diabetes mellitus tipo II (FJTR), foi operado, num hospital distrital, em Maio de 2002, de ressecção anterior do recto por adenocarcinoma moderadamente diferenciado (T3N1M0); na sequência da qual foi submetido a radioquimioterapia adjuvante. Em Maio de 2003 foi detectada uma elevação do CEA (21.8 ng/ml), não acompanhada de evidência tomodensitométrica de recidiva tumoral. Contudo uma RMN de Agosto de 2003 pôs em evidência oito nódulos no fígado direito e três no esquerdo, pelo que o doente foi confiado aos nossos cuidados; refira-se que a quimioterapia não condicionara uma resposta objectiva e que uma ecografia pré-operatória colocara suspeitas sobre a existência de lesões adicionais no fígado esquerdo. Decidiu-se nesse momento programar, neste paciente com excelente função hepato-celular, uma hepatectomia em dois tempos.

Em 17 de Outubro de 2003 foram realizadas quatro subsegmentectomias: IV anterior, IV posterior, II/III e IV/V para remoção de metástases de três, dois, dois e três centímetros, respectivamente. Foi também realizada uma colecistectomia e laqueação e embolização do ramo direito da veia porta; já que a ecografia per-operatória confirmara a existência de cinco lesões no fígado direito. E, ainda, a remoção duma adenopatia do pedículo hepático que a biopsia extemporânea confirmou tratar-se de metástase de adenocarcinoma. O período pós-operatório decorreu sem complicações (alta ao sétimo dia), tendo o paciente reiniciado quimioterapia em Novembro 2003.

Em fins de Janeiro de 2004 repetiu-se a RMN que pôs em evidência uma atrofia do lobo direito e marcada hipertrofia do lobo contralateral; eram visíveis dois nódulos no segmento IV, um no segmento I e oito no lobo direito com dimensões compreendidas entre 0,5-3 cm (fig. 5). Não se detectaram quaisquer outras lesões secundárias intra ou extra-abdominais.

Em Fevereiro de 2004 realizou-se uma hepatectomia direita alargada ao segmento IV e uma subsegmentectomia I (fig. 6); a ecografia per-operatória não detectou qualquer lesão no fígado restante. Não se registaram intercorrências no pós-operatório (alta ao sexto dia).

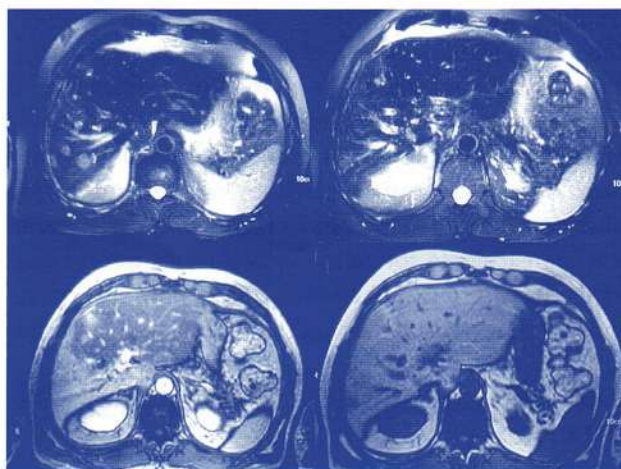


Fig. 5 - Doente F.J.T.R. - R.M.N. abdomino-pélvica: Imagem obtida três meses após exérese de quatro metástases do lobo esquerdo, embolização do ramo portal homolateral e quimioterapia adjuvante. Verifica-se atrofia do lobo direito e hipertrofia do contra-lateral; formações nodulares compatíveis com metástases, com dimensões entre alguns milímetros e 2 cm (uma no segmento I, duas no segmento IV e diversas no lobo direito).

Registe-se que em nenhuma das intervenções foi administrado sangue ou derivados e que o paciente realiza, presentemente, quimioterapia adjuvante; não sendo aparentes novas lesões no fígado restante (parte dos segmentos I, II e III).



Fig. 6 - Doente F.J.T.R. - Peça operatória de hepatectomia direita alargada ao segmento IV sendo visíveis múltiplos nódulos metastáticos.

## Conclusões

A ressecção cirúrgica das metástases hepáticas do carcinoma colo-rectal constitui, não só a melhor opção terapêutica, mas a única com potencialidades curativas; pode ser realizada com reduzida mortalidade e morbilidade, permitindo uma sobrevida aos cinco anos de 20 a 51% em centros hospitalares bem equipados e dispendo de equipas médico-cirúrgicas especializadas. Estes resultados têm conduzido a uma abordagem terapêutica mais agressiva tendo melhorado, de forma espectacular, nos últimos dez anos, a sua sobrevida à distância. É de realçar a importância da detecção precoce das metástases hepáticas, através de uma vigilância clínica e imagiológica regular dos doentes submetidos a ressecção de carcinomas colo-rectais, da adequada selecção dos doentes para tratamento cirúrgico e de uma rigorosa técnica operatória. O planeamento terapêutico deve ser realizado por equipa multidisciplinar sendo função do risco cirúrgico do doente, do número, dimensões e localização das lesões, da experiência da equipa cirúrgica e dos recursos do hospital. O desenvolvimento de estratégias de "downstaging" neoplásico e de terapêuticas adjuvantes e neo-adjuvantes mais eficazes poderão ainda melhorar, no futuro, os actuais resultados terapêuticos; permitindo muitas vezes curar o doente; ou, pelo menos, dar-lhe mais vida ou melhor qualidade de vida.

## Bibliografia

1. Penna C, Nordlinger B. Colorectal metastasis (liver and lung). Surg Clin N Am 2002; 82: 1075-1090
2. Kato T, Yasui K, Hisrai T, Katremitsu Y et al. Therapeutic results for hepatic metastasis of colorectal cancer with special reference to effectiveness of hepatectomy: analysis of prognostic factors for 763 cases recorded at 18 institutions. Dis Colon Rectum 2003; 46 (Suppl): S22-S31.
3. Minagawa M, Makunichi M, Torgilli G, Tokayama T et al. Extension of the frontiers of surgical indications in the treatment of liver metastases from colorectal cancer - Long-term results. Ann Surg 2000; 231 (4): 487-489.
4. Jarnagin WR, Bach AM, Winston CB et al. What is the yield of intraoperative ultrasonography during partial hepatectomy for malignant disease. J Am Coll Surg 2001; 192: 577-583.
5. Elias D, Saric J, Jaeck D et al. Prospective study of microscopic lymph node involvement of the hepatic pedicle during curative hepatectomy for colorectal metastases. Br J Surg 1996; 83: 942-945.
6. Jarnagin WR, Bodniewicz J, Dougherty et al. A prospective analysis of staging laparoscopy in patients with primary and secondary hepatobiliary malignancies. J Gastrointest Surg 2000; 4: 34-43.
7. Okmoto E, Kyoto A, Yamanaka N. Prediction of the safe limits of hepatectomy by combined volumetric and functional measurements in patients with impaired hepatic function. Surgery 1984; 95: 586-592.
8. Oshowo A, Gillams A, Harrison E et al. Comparison of resection and radiofrequency ablation for treatment of solitary colorectal liver metastases. Br J Surg 2003; 90:1240-1243.
9. Bismuth H, Adam R, Lévi F et al. Resection of non resectable liver metastases in colorectal cancer after neoajuvant chemotherapy. Ann Surg 1996; 224:509-520
10. Otti R, Wein A, Hohenberger W. Liver metastases - primary or multimodal therapy. Chirug 2001 Aug; 72:887-889.
11. Azoulay D, Centry O, Imouk A et al. Resection of non-resectable live metastases from colorectal cancer after

percutaneous portal vein embolization. *Ann Surg* 2000; 231:480-486.

12. Adam R, Laurent A, Azoulay D et al. Two-stage hepatectomy : a planned strategy to treat irresectable liver tumors . *Ann Surg* 2000; 232: 777-785.

13. Braswell C, Campos J, Spence RK. Reducing operative blood loss during hepatic surgery: from the middle ages to the space age. *Curr Surg* 2001; 58: 472-477.

14. Bismuth H, Houssin D, Castaing D. Major and minor segmentectomies "reglees" in liver surgery. *World J Surg* 1982; 6: 10-24.

15. Kokuda N, Tado K, Seki M, Ohta H et al. Anatomical major resection versus non anatomical limited resection for liver metastasis from colorectal carcinoma. *Am J Surg* 2001; 181:153-159.

16. De Matteo R, Palece C, Jarnagin W, Sun R et al. Anatomic segmental hepatic resection is superior to wedge resection as an oncologic operation for colorectal liver metastases. *J Gastrointest Surg* 2000; 4: 481-484.

17. Kokuda N, Miki Y, Sugai S, Yanagisawa A et al. Genetic and histological assesement of surgical margins in resected liver metastases from colorectal carcinoma: minimum surgical margins for successful resection. *Arch Surg* 2002; 137: :833-840.

18. Lambert LA, Colacchio TA, Barth RJ. Interval hepatic resection of colorectal metástases improves patient selection. *Arch Surg* 2000; 135: 473-479.

19. Nordlinger B, Jaeck D, Guiguet M et al. Surgical resection of hepatic metastases. Multicentric retrospective study by the French Association of Surgery. IN: Nordlinger B, Jaeck D, editors: Treatment of hepatic metastases of colorectal cancer. Paris, Springer-Verlag, 1992; 129-146.

20. Choti M, Sitzmann J, Tiburi M, Sumetchotimetha W et al. Trends on long-term survival following liver resection for hepatic colorectal metastases. *Ann Surg* 2002; 235: 759-766

21. Yamamoto J, Kosuge T, Shimodo K, Yamasaki S et al. Repeat liver resection for recurrent colorectal liver metastases. *Am J Surg* 1999; 178:275-281.



# 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 abreviações 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, 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. Todas as 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, dactilografadas 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.



Qualidade de vida  
num abrir