

2 cm da borda anal, com acometimento da musculatura esfíncteriana ao exame físico. Estadiamento clínico com achado de neoplasia ao nível da transição anorretal, com acometimento dos músculos esfíncter externo e interno do ânus e 4 linfonodos mesorretais positivos, sem invasão vascular extramural ou linfonodos pélvicos laterais positivos. Após discussão multidisciplinar, foi submetida a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, com dose total de 5040cGy.

A paciente foi submetida a AAP-EE videolaparoscópica, com liberação do músculo reto abdominal direito e fixação do mesmo durante o tempo perineal da operação.

Discussão: A reconstrução perineal com uso de retalhos musculares ou miocutâneos apresenta menores taxas de cicatrização retardada e deiscência perineal. O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado não inclui a ressecção de ilha de pele, subcutâneo e fásia abdominal anterior, muitas vezes prescindindo de abordagem em conjunto com a cirurgia plástica, uma vez que a anatomia da parede abdominal é mais familiar ao cirurgião colorretal e sem necessidade de incisão ou manipulação de locais distantes do sítio cirúrgico, como ocorrem com outros retalhos como o glúteo, o grácil e o pudendo interno.

Conclusão: O retalho vertical do músculo reto abdominal modificado na reconstrução após AAP-EE é uma alternativa no fechamento perineal e sua liberação através da videolaparoscopia é factível e segura.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.357>

VL06

ASPECTOS TÉCNICOS E REFERÊNCIAS ANATÔMICAS NA EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO POR VIA ROBÓTICA

Renato Gomes Campanati^{a,b}, Lívia Cardoso Reis^{a,b}, Bernardo Hanan^{a,b}, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti^{a,b}, Sergio Eduardo Alonso Araújo^{a,b}, Rodrigo Gomes da Silva^{a,b}

^a Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Rede Mater Dei de Saúde - Mater Dei Contorno, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A cirurgia robótica vem ao encontro das proposições atuais da cirurgia, em que se busca realizar procedimentos com reduzido trauma operatório e a rápida recuperação do paciente. Tida como forma de evolução da cirurgia minimamente invasiva, tem como finalidade aumentar a capacidade operatória de realizar determinados movimentos cirúrgicos, permitindo maior precisão e destreza cirúrgica. As vantagens da cirurgia robótica são várias: realização de procedimentos de alta complexidade de modo mais simples, redução no trauma orgânico e tecidual, com diminuição da morbidade e do tempo de recuperação e maior facilidade na execução de determinados procedimentos cirúrgicos. A excisão total do mesorreto consiste na ressecção completa do tecido visceral mesorretal até o nível dos músculos elevadores do ânus. Desde a sua introdução, as taxas de sobrevida e de recidiva pélvica em pacientes submetidos à cirurgia de câncer de reto apresentaram melhora substancial,

tornando esse o tratamento *gold standard* de pacientes com tumores localizados nos terços inferior e médio do reto. O presente caso visa demonstrar os aspectos técnicos e referências anatômicas na excisão total do mesorreto por via robótica.

Descrição do caso: Paciente, sexo masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto médio, submetido a quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes seguido de ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto robótica com a utilização da plataforma XI.

Discussão: No contexto do manejo minimamente invasivo do câncer de reto, são considerados pontos críticos a preservação esfíncteriana, a morbidade cirúrgica, a radicalidade de ressecção e as taxas de recorrência local e de sobrevida acumulada. A literatura demonstra que resultados equivalentes e até mesmo superiores as técnicas aberta e laparoscópica quanto à morbimortalidade, radicalidade cirúrgica, preservação esfíncteriana e desfechos oncológicos a curto prazo. A eficácia da preservação autônoma durante a operação de proctectomia pode estar otimizada com o emprego do robô.

Conclusão: A excisão total do mesorreto por técnica robótica em pacientes com adenocarcinoma de reto extraperitoneal é uma cirurgia exequível e segura. A utilização da plataforma robótica minimiza as principais dificuldades técnicas da cirurgia videolaparoscópica para o câncer de reto. Ainda faltam estudos prospectivos e controlados para a análise de resultados a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.358>

VL07

CIRURGIA ENDOSCÓPICA TRANSANAL COMO TRATAMENTO DEFINITIVO EM LESÕES NEOPLÁSICAS DE RETO

Rafael Vaz Pandini, Guilherme Cutait de Castro Cotti, Carlos Frederico Sparapan Marques, Ulysses Ribeiro Junior, Caio Sergio Rizkallah Nahas, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A cirurgia endoscópica transanal (TEM/TEO) oferece acesso para ressecção de lesões benignas e malignas em estágio inicial localizadas no reto com as vantagens de baixa morbidade.

Descrição do caso: Paciente masculino de 49 anos, com diagnóstico de lesão volumosa e amolecida a 4 cm da borda anal. Submetido em outro serviço à tentativa de ressecção por colonoscopia sem sucesso e por via transanal clássica também sem sucesso. Estadiamento com tomografias, RNM pelve e USG endoanal e colonoscopia com magnificação de imagem sugeriu a presença de lesão precoce, cT1N0. Optado então por abordagem transanal com TEO. Paciente posicionado em decúbito lateral esquerdo, tendo em vista a localização da lesão em parede póstero-lateral esquerda e identificada lesão de 3 cm de extensão à 3,0 cm da borda anal, ocupando 30% da luz do órgão. Delimitado margem de ressecção 1,0 cm além da lesão seguido de ressecção complete com espessura total



da parede do reto com exposição do mesorreto e musculatura esfinteriana. Realizado fechamento primário com fio farpado número 2.0. Não houve intercorrências durante o procedimento nem no pós-operatório, tendo o mesmo recebido alta no 3º PO. O exame anatomopatológico demonstrou a presença de um adenoma viloso com displasia de alto grau, medindo 3,1 x 2,2 cm de diâmetro, Ausência de neoplasia invasiva, margem de ressecção cirúrgica livre (menor margem de 0,6 cm).

Discussão: O emprego da cirurgia endoscópica transanal com TEO possibilitou a realização de abordagem local com sucesso mesmo após tentativas por colonoscopia e via transanal clássica prévias falharem.

Conclusão: O tratamento transanal de lesões precoces deve ser realizado por coloproctologistas treinados e afeitos com as diversas técnicas disponíveis. Em especial na suspeita de lesões precoces volumosas deve-se priorizar a ressecção transanal com emprego TEM/TEO.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.359>

VL08

COLECTOMIA DIREITA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSE EXTRACORPÓREA



Aline Costa Mendes de Paiva, Rafael Vaz Pandini, Sergio Silveira Junior, Rodrigo Ambar Pinto, Sergio Carlos Nahas, Ivan Ceconello, Cintia Mayumi Sakurai Kimura

Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A ressecção laparoscópica de cólon é superior à cirurgia aberta em relação à dor pós-operatória, recuperação e menor tempo de internação hospitalar.

Objetivo: Demonstrar a técnica cirúrgica em colectomia direita videolaparoscópica com anastomose extracorpórea.

Método: F.D.B., 72 anos, antecedente de hernioplastia inguinal direita há 10 anos, queixa de dor em hipogástrio em cólica, pós prandial, há 1 ano, associado a fezes em fita e perda ponderal de 8 kg em 4 meses. Colonoscopia com lesão ulcerada em cólon ascendente, biópsia confirmando adenocarcinoma. Realizou TC de tórax, abdome e pelve demonstrando massa em região do cólon ascendente e linfonodomegalias em região mesentérica, ausência de lesões à distância. Submetido à Colectomia direita videolaparoscópica com ileotransverso anastomose extracorpórea. Passado trocater de 11m umbilical, além de 3 trocartes de 5 mm em QSD, QID, QIE e de 12m em QSE. Durante inventário da cavidade observada lesão em cólon ascendente de 8 cm, ausência de sinais de carcinomatose ou metástases hepáticas. Iniciado com a liberação do folheto medial do mesocólon direito até cólica média e duodeno. Descolamento medial até goteira parietocolica direita e cranialmente até retrocavidade. Clipagem e secção do tronco íleo-cólico junto à origem na mesentérica superior. Dissecção da fascia de Toldt e ligadura com clips dos ramos direitos da cólica media. Descolamento do intercoloeoplóico, liberando o ângulo hepático até o transverso distal, dissecção do mesocolon e preparo do íleo e do cólon transverso. Observado pequeno

sangramento em ramo da cólica média tratado com clipe. Ampliada incisão mediana com 5 cm, exteriorizado o cólon dissecado protegendo a parede. Confeccionada anastomose íleo-transverso à Barcelona anisoperistáltica com endogia, seguida de secção do íleo terminal e cólon transverso com grampeador endogia e retirada da peça. Anatomopatológico: adenocarcinoma invasivo de cólon, margens livres, metástases em 7 de 34 linfonodos ressecados, pT3 pN2b.

Resultado: Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório, boa aceitação da dieta e evacuações preservadas, alta hospitalar no 7º PO.

Conclusão: Em pacientes com comorbidades que justifiquem menor tempo operatório, indisponibilidade de material laparoscópico adequado, ou cirurgião com pouca experiência em endossuturas, a realização de anastomose extracorpórea oferece uma alternativa segura para reconstrução nas colectomias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.360>

VL09

DIFICULDADES TÉCNICAS NO USO DE PORTAL ÚNICO PARA RESSECÇÃO LOCAL ULTRA-BAIXA



Natasha Garcia Caldas, Nimer Ratib Medrei, Andre Araujo de Medeiros Silva

Hospital da Região Leste (HRL), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O câncer colorretal é o terceiro tumor maligno em incidência em ambos os sexos mundialmente. A despeito da alta incidência, o câncer de colorretal é altamente curável quando detectado em fases iniciais, por isso se recomenda a realização de colonoscopia como método de rastreamento, de forma a permitir o diagnóstico precoce e tratamento adequado. A excisão local é utilizada para os tumores retais precoces, sendo a técnica TAMIS considerada segura. É utilizada tanto em tumores malignos (T1-T2) quando em lesões benignas, evitando as morbidades relacionadas aos procedimentos cirúrgicos invasivos.

Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 64 anos, procurou o ambulatório de coloproctologia com queixa de fezes com sangue há 05 meses, em todas as evacuações, sem presença de dor ou esforço evacuatório, sem alterações do hábito intestinal. Ao toque retal, observada presença de aparente irregularidade mucosa das 2 as 5 horas, móvel e presença de sangue em dedo de luva. Colonoscopia evidenciou lesão plana de reto inferior, com biópsia demonstrando adenoma tubular com displasia de alto grau em mucosa de reto. USG evidenciando tumor a 04 cm da margem anal, envolvendo 30% da circunferência real. RNM evidenciou tumoração de reto sem comprometimento de camada muscular ou de planos gordurosos mesoretais. Linfonodos negativos. Submetida a cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS) para excisão local da lesão, com margens livres.

Discussão: A utilização de ressecção transanal por portal único requer expertise técnica, pois muitas vezes é difícil a distinção do plano correto de dissecção. Consequentemente, é possível entrar no plano errado de ressecção, o que pode resultar em sangramento, lesão de nervos autonômicos e até