

por cirurgia endoscópica transanal, demonstrar os aspectos técnicos relacionados, bem como sua pequena morbidade. No vídeo, apresentamos a cirurgia de uma paciente feminina, de 50 anos, a qual queixava-se de dor, ardência e discreto sangramento anal que perdurava por um ano. A colonoscopia mostrou pólipos em reto inferior com espraiamento lateral (Yamada II) com anatomopatológico que mostrava adenoma tubuloviloso com displasia de alto grau. Ecografia endorretal: lesão do reto inferior com invasão da camada muscular da mucosa – estadiamento ultrassonográfico uT1uN0. Canal ecograficamente íntegro. Foi feita cirurgia endoscópica transanal (TEO), com exérese da lesão.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.244>

V1-03

EXCISÃO TOTAL DE MESOCÓLON POR VIA LAPAROTÔMICA: TÉCNICA CIRÚRGICA



Gabriel Braz Garcia,
Renato Gomes Campanati,
Gabriela Maciel Cordeiro, Bernardo Hanan,
Kelly Christine de Lacerda Rodrigues Buzatti,
Rodrigo Gomes da Silva

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil*

Introdução: A excisão total do mesocólon, na hemicolectomia direita, propõe um aumento da linfadenectomia, com o objetivo de melhorar desfechos oncológicos, como recidiva local e sobrevida livre de doença. A técnica cirúrgica difere da habitualmente feita e pode aumentar a morbidade do procedimento. Relatamos um vídeo de uma excisão total de mesocólon laparotômica, para uma neoplasia de cólon ascendente.

Descrição do caso: Paciente feminina, 70 anos, com dor abdominal progressiva em fossa ilíaca direita, havia seis meses. Negava comorbidades ou cirurgias abdominais prévias. Colonoscopia apontou lesão vegetante, com superfície irregular e friável em cólon ascendente estenosante. Tomografia apontou lesão cecal, com linfadenomegalia satélite, sem metástases a distância. Paciente foi submetida a hemicolectomia direita, com excisão total do mesocólon laparotômico. Procedimento e pós-operatório não apresentaram intercorrências e a peça cirúrgica apresentou 33 linfonodos dissecados, sem sinais de acometimento neoplásico.

Discussão: O presente vídeo demonstra a ressecção de um tumor em cólon ascendente, com a técnica de excisão total do mesocólon. Similar ao princípio da excisão total do mesorreto, o procedimento demonstrado baseia-se na dissecação completa do plano embriológico e ligadura central das artérias, expõe-se a cabeça pancreática e faz-se omentectomia ampla. Estima-se que, com isso, gera-se redução de 6,5% para 3,6% na taxa de recidiva local em cinco anos, sem elevar sobremaneira as complicações associadas.

Conclusão: A excisão total do mesocólon na colectomia direita representa nova abordagem na ressecção de tumores colônicos. A sua padronização e seu amplo uso, entretanto,

ainda carecem de estudos prospectivos para maior aceitação entre os cirurgiões como técnica padrão.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.245>

V1-04

RECONSTRUÇÃO VAGINAL COM RETALHO FASCIOCUTÂNEO GLÚTEO APÓS-A RESSECÇÃO DE RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA DE RETO



Renato Gomes Campanati,
Gabriela Maciel Cordeiro,
Kelly Christine de Lacerda R. Buzatti,
Ana Carolina Parussolo André,
Magda Maria Profeta da Luz,
Antônio Lacerda Filho,
Rodrigo Gomes Da Silva

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil*

Introdução: O manejo de neoplasias de reto localmente avançadas requer ressecção cirúrgica radical, de modo que ressecções de órgãos adjacentes frequentemente se fazem necessárias especialmente em casos de recidivas locais. Aproximadamente 50% dos pacientes com recorrência pélvica apresentam o tumor restrito a pelve e são potenciais candidatos a excisão cirúrgica, porém essas ressecções são associadas a alta morbidade, em função da necessidade de exérese em monobloco de estruturas adjacentes. Esse vídeo objetiva demonstrar a técnica de reconstrução vaginal com retalho fasciocutâneo de glúteo.

Descrição do caso: Paciente feminina, 45 anos, história de adenocarcinoma mucinoso de reto tratado inicialmente com excisão local. Após um ano, evoluiu com recidiva local, submetida a ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto. Quatro anos após a primeira cirurgia evoluiu com nova recidiva pélvica, foi então submetida a amputação abdominoperineal do reto. Cerca de um ano após o último procedimento apresentou nova recidiva, com acometimento da parede posterior da vagina, foi então submetida a ressecção em monobloco da lesão com a vagina associada a sacrectomia, além de quimioterapia local com oxaliplatina. No mesmo tempo cirúrgico foi feita confecção de neovagina através de retalho fasciocutâneo de glúteo.

Discussão: O principal objetivo do tratamento cirúrgico do câncer de reto é a ressecção em monobloco de toda neoplasia com margens livres. Quando necessária, a ressecção vaginal deve ser empregada e, quando possível, deve ser ofertada a reconstrução perineal concomitante. O caso em questão demonstra os aspectos técnicos da reconstrução vaginal, procedimento já empregado em seis pacientes com neoplasias avançadas em um centro oncológico brasileiro.

Conclusão: A reconstrução vaginal é factível no mesmo tempo operatório e, além de contribuir para a cicatrização perineal, associa-se a melhoria da autoimagem corporal, assim como possibilita a vida sexual.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.246>