

V1-08

HÉRNIA PERINEAL PÓS-AMPUTAÇÃO DE RETO: UMA NOVA TÉCNICA DE POSICIONAMENTO DE TELA POR LAPAROSCOPIA



Rodrigo Castanho Campos Leite,
Luis Gustavo Capochin Romagnolo,
Raphael Oliveira e Silva,
Vitor Horta Lima Filho,
Maximilano Cadamuro Neto,
Marcos Vinicius Araújo Denadai,
Carlos Augusto Rodrigues Véo

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: A hérnia perineal (HP) é definida como um defeito do assoalho pélvico através do qual as vísceras intra-abdominais podem protrar. O HP pode ser primário (congenito) ou secundário (pós-operatório). Apesar da baixa incidência de HP, várias técnicas cirúrgicas foram propostas para preveni-la ou tratá-la, mas nenhuma delas é considerado um tratamento padrão-ouro. A hérnia perineal pós-operatória geralmente é assintomática, mas pode causar desconforto enquanto está sentado, erosão da pele saco herniado, obstrução intestinal, micção difícil secundário à herniação da bexiga urinária ou evisceração. O reparo cirúrgico pode ser através da via abdominal (laparotomia ou videolaparoscopia), perineal ou combinada.

Metodologia: Correção de hérnia perineal videolaparoscópica (HPVLP) de um paciente de 73 anos, hipertenso e com hipotireoidismo, não tabagista, sem cirurgias prévias, com história de adenocarcinoma de reto baixo. Submetido previamente à quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, posteriormente feita amputação abdominoperineal do reto videolaparoscópica com quimioterapia adjuvante. Evoluiu, um ano e dois meses após, com hérnia perineal. Feita a correção da hérnia perineal pela via videolaparoscópica e posicionada uma tela absorvível em “forma de cone” e livre de tensão. A tela foi fixada com protack® anteriormente no peritônio posterior da bexiga, lateralmente nos peritônios laterais remanescentes e posteriormente no promontório. Feita sutura de reforços nas brechas da tela para evitar interposição de vísceras.

Resultados: As vantagens conhecidas da cirurgia minimamente invasiva, como menor tempo de internação hospitalar, taxa reduzida de infecção do ferimento, melhor conforto e recuperação do paciente e melhores resultados cosméticos, estão presentes na correção de HPVLP. O paciente apresentado recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório, evoluiu sem intercorrências e sem recidiva até o presente momento.

Conclusão: O tratamento VLP da HP é factível e o posicionamento da tela absorvível em forma de cone, livre de tensão, é uma tática cirúrgica promissora.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.250>

V1-09

COLECTOMIA ESQUERDA SEGMENTAR VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA TUMORES DO ÂNGULO ESPLÊNICO: ASPECTOS TÉCNICOS E ANATÔMICOS VIDEOLAPAROSCÓPICOS



Bernardo Hanan,
Magda Maria Profeta da Luz,
Renato Gomes Campanati,
Gabriel Braz Garcia, Gabriela Maciel Cordeiro,
Rodrigo Gomes da Silva

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

Introdução: O adenocarcinoma que acomete a flexura esplênica (FE) representa cerca de 5% a 8% das neoplasias colorretais. O manejo cirúrgico desses tumores é difícil e controverso em função da dupla drenagem linfonodal através de ambas as cadeias mesentéricas, assim como a dificuldade de acesso e proximidade com outros órgãos. O melhor tratamento cirúrgico para tumores da FE não está bem estabelecido. Não há consenso quanto à extensão da ressecção e ao acesso.

Objetivo: Demonstrar em vídeo os aspectos técnicos da colectomia esquerda segmentar (CES) videolaparoscópica para neoplasias localizadas na FE.

Descrição do caso: Paciente masculino, 73 anos, sem comorbidades ou cirurgias prévias, apresentou-se com hematoquezia e emagrecimento de cerca de 2 kg nos últimos três meses. Colonoscopia evidenciou lesão neoplásica estenosante no ângulo hepático do cólon, cujo anatomopatológico confirmou adenocarcinoma. Tomografias evidenciaram espessamento em parede do terço distal do cólon transverso e sem sinais de lesões secundárias. Paciente foi submetido a videolaparoscopia com identificação da tatuagem na FE, optou-se pela feita de CES com ligadura da artéria cólica esquerda e preservação da artéria mesentérica inferior.

Discussão: A abordagem laparoscópica do câncer da FE ainda é muito desafiadora em função da necessidade de dissecação de dois troncos vasculares, tanto da artéria cólica média quanto da artéria mesentérica inferior. A feita da CS visa à linfoadenectomia a partir da emergência da artéria cólica média, porém diversas séries de casos falharam em demonstrar benefício da primeira sobre a CES. De fato, em uma série com 167 pacientes com tumores da FE, apenas um apresentou metástase linfonodal na raiz de vasos cólicos à direita.

Conclusão: A abordagem cirúrgica das neoplasias localizadas na FE ainda é controversa. A feita da CES por via laparoscópica, embora desafiadora, é factível e segura do ponto de vista oncológico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.251>

V1-10

OPÇÕES DE TRATAMENTO DO ÂNGULO ESPLÊNICO NA EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO ROBÓTICA



Carlos Frederico Sparapan Marques,
Caio Sergio Rizkallah Nahas,

Guilherme de Castro Cutait Cotti,
Ricardo Zugaib Abdalla,
Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Ceconello,
Sergio Carlos Nahas

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp),
Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP,
Brasil

A retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto para o tratamento do adenocarcinoma de reto pós-neoadjuvância quimiorradioterápica tem como objetivo primário a radicalidade cirúrgica desde que possível. A reconstrução do trânsito intestinal, com a feitura de anastomose é objetivo secundário, mas, sempre que possível, deve ser feita. Os possíveis tratamentos do ângulo esplênico para o abaixamento do cólon e a feitura dessa anastomose em cirurgia assistida por braços robóticos são apresentados pelos autores.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.252>

V1-11

LINFADENECTOMIA LATERAL PÉLVICA COM EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO ROBÓTICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO PÓS-QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTES



Guilherme Cutait de Castro Cotti,
Rafael Ferreira Coelho,
Rodrigo Jose de Oliveira,
Fabricio Ferreira Coelho, Caio Sérgio Nahas,
Carlos Frederico Sparapan Marques,
Sergio Nahas

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp),
Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: Apesar de inúmeras vantagens associadas a vias de acesso minimamente invasivas, o emprego da via de acesso laparoscópica no tratamento do câncer de reto localmente avançado (CRLA) ainda apresenta dificuldades técnicas que dificultam seu amplo uso.

Objetivo: Demonstrar os passos cirúrgicos e potenciais vantagens do emprego da via de acesso robótica no manejo de paciente com CRLA e linfonodo lateral pélvico comprometido.

Método: Paciente do sexo feminino, 52 anos, diagnosticada com CR distal (6 cm da borda anal) localmente avançado cT3bN2 com margem circunferencial livre, invasão vascular extramural presente e linfonodo lateral pélvico direito comprometido, foi submetida à quimiorradioterapia neoadjuvante. Reestadiamento clínico-radiológico com oito semanas com resposta incompleta. Tratamento cirúrgico proposto de retossigmoidectomia com excisão total do mesorreto (ETM) e linfadenectomia lateral pélvica (LLP) minimamente invasiva com assistência robótica.

Resultados: Demonstram-se no vídeo as vantagens do emprego da assistência robótica na dissecação pélvica durante a execução da ETM, em especial pelas pinças articuladas que facilitam a execução da LLP. Não houve complicações intra ou pós-operatórias, a perda sanguínea estimada para todo o procedimento foi de 100 mL. O exame anatomopatológico demonstrou a presença de um adenocarcinoma ypT3N2a (4/39 linfonodos no produto da retossigmoidectomia e 1/12 linfonodos no produto da linfadenectomia lateral pélvica esquerda).

Conclusão: Embora a LLP pélvica por via minimamente invasiva seja muito pouco empregada, destaca-se o potencial da via robótica no tratamento cirúrgico do CRLA. É possível que o treinamento de cirurgiões para a combinação da LLP com ETM com assistência robótica permita aumentar o número de pacientes com CR que se beneficiem das vantagens associadas a uma abordagem minimamente invasiva, já que a via laparoscópica nesse cenário não parece ainda ser usada de forma rotineira.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.253>

V1-12

INDOCIANINA VERDE NA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO



Carlos Frederico Sparapan Marques,
Caio Sergio Rizkallah Nahas,
Guilherme de Castro Cutait Cotti,
Antonio Rocco Imperiale,
Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Ceconello,
Sergio Carlos Nahas

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp),
Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP,
Brasil

Os autores apresentam neste vídeo o auxílio da imagem adquirida pela fluorescência gerada pela indocianina verde e tecnologia especializada na aquisição dessas imagens na amputação de reto para o tratamento de adenocarcinoma de reto pós-quimio e radioterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.254>

V2-13

LINFADENECTOMIA LATERAL PÉLVICA LAPAROSCÓPICA DURANTE EXCIÇÃO TOTAL DO MESORRETO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO LOCALMENTE AVANÇADO PÓS-QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADJUVANTE



Guilherme Cutait de Castro Cotti^a,
Lucas Cata Preta Stolzemburg^b,
Ana Carolina Batista Dantas^b,
Caio Sergio Nahas^a,
Carlos Frederico Sparapan Marques^a,
Leonardo Bustamante-Lopez^a, Sergio Nahas^a

^a Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), Hospital das Clínicas, Faculdade de