

Objetivo: Demonstrar a viabilidade de fazer colectomia direita com anastomose intracorpórea em tumor de cólon T4.

Métodos: Paciente M.L.R.C., 65 anos, sem comorbidades, apresentava queixa de distensão abdominal e dor em hipocôndrio direito havia nove meses. Foi então investigada com colonoscopia, a qual diagnosticou uma lesão vegetante e este-nosante em cólon ascendente, cujo anatomopatológico foi de adenocarcinoma invasivo, de padrão tubular e cribiforme. Foi então estadiada com tomografia de tórax, abdome e pelve, que revelou um acentuado espessamento parietal concêntrico do ceco e cólon ascendente proximal, que se estendia por 8 cm; a lesão se encontrava aderida à superfície parietal da fossa ilíaca direita e anexo uterino direito. Não havia metástases a distância. A paciente então foi submetida a uma colectomia direita por via laparoscópica. Durante o inventário da cavidade, observamos que o tumor se encontrava intensamente aderido à parede abdominal da fossa ilíaca direita e ao anexo direito, conforme descrito na tomografia. Foi feita dissecação de medial para lateral, com identificação e ligadura da a. e v. ileocólica. No entanto, devido ao volume do tumor, não foi possível atingir a goteira direita através dessa dissecação, de forma que a abordagem prosseguiu de lateral para medial. O peritônio parietal da fossa ilíaca direita e os vasos epigástricos foram ressecados junto com o tumor, permitiram margem radial macroscopicamente livre de neoplasia. Houve a necessidade de fazer salpingooforectomia direita para retirada da peça em bloco. Liberamos o ângulo hepático e fizemos descolamento do intercolón-epiploico até a metade proximal do transverso. O cólon transverso foi grampeado laparoscopicamente. Em seguida, fizemos ileotransverso anastomose intracorpórea isoperistáltica, que se deu por uma incisão de Pfannenstiel de 12 cm.

Resultados: A paciente teve evolução favorável no pós-operatório, apresentou evacuação no terceiro dia de pós-operatório.

Conclusão: A colectomia direita com anastomose intracorpórea é viável e segura mesmo em tumores volumosos estágio T4.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.261>

V2-20

EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO ROBÓTICA: TEMPO PÉLVICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU AUXILIADO POR ROBÓTICA?

Carlos Frederico Sparapan Marques,
Caio Sergio Rizkallah Nahas,
Guilherme de Castro Cutait Cotti,
Ricardo Zugaib Abdalla,
Ulysses Ribeiro Junior, Ivan Cecconello,
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



Neste vídeo os autores discutem e comparam aspectos técnicos de dois métodos para a feitura da excisão total do mesorreto: a videolaparoscopia e a cirurgia robótica.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.262>

V2-21

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: RELATO DE CASO



Diego Ito, Arlem Pérez, Helena D'Elia,
Rogério Palma, Rogerio Cury,
Bernardo Frizzera, Palloma Mendonça

Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual (Iamspe), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A polipose adenomatosa familiar (PAF) é uma doença hereditária, autossômica dominante, causada por uma mutação no gene APC, localizado no cromossomo 5q 21. Sua incidência é de aproximadamente um em 7.000 a um em 16.000 nascidos vivos, sendo responsável por menos de 1% dos casos de câncer colorretal. A proctocolectomia é o tratamento recomendado para reduzir o risco de câncer corretal em pacientes com polipose adenomatosa familiar.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 26 anos, previamente assintomática, descobriu o diagnóstico de PAF quando sua genitora foi submetida a colectomia total pela presença de vários focos de adenocarcinoma em colon devido à mesma síndrome. Em colonoscopia diagnóstica, inúmeras formações sésseis, subpediculadas, em todos os segmentos colônicos cujo anatomopatológico por amostragem evidenciou adenomas tubulares com displasia leve. Em exame proctológico, evidenciadas cerca de 15 formações polipoides em reto. Foi submetida a proctocolectomia total videolaparoscópica com anastomose ileoanal e bolsa ileal em J por duplo grampeamento associado a ileostomia derivativa.

Discussão: Durante muitos anos, o tratamento cirúrgico de escolha para polipose adenomatosa familiar foi a proctocolectomia com ileostomia definitiva convencional. Porém, a partir da década de 1980, os procedimentos com preservação da continuidade intestinal, da capacidade de armazenamento dos reservatórios ileais e da função esfíncteriana têm sido considerados o tratamento mais indicado. A vantagem do uso do grampeador em relação à anastomose manual é a menor lesão esfíncteriana, bem como a possibilidade de anastomosar a bolsa praticamente no nível da linha denteada ou um pouco acima, com preservação da zona de transição anal, que apresenta função sensorial importante na manutenção da frequência das evacuações e da continência anal.

Conclusão: Diversos estudos tem indicado que o ideal para reduzir o risco do câncer colorretal é fazer cirurgia mais ampla, com ressecção total da mucosa colônica com bolsa ileal em J.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.263>