

Objetivo: Apresentar em vídeo editado a viabilidade do tratamento laparoscópico de doença diverticular complicada e demonstrar a técnica cirúrgica.

Método: O caso apresentado corresponde a um paciente masculino de 52 anos com fístula colovesical por diverticulite complicada. Foi feita gravação em vídeo editado da cirurgia retossigmoidectomia videolaparoscópica, anastomose colorretal e fechamento de fístula vesical.

Conclusão: O tratamento cirúrgico videolaparoscópico da doença diverticular complicada é possível e traz benefícios ao paciente, como menor tempo de internamento e consequentemente menores taxas de complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.267>

V3-26

ABAIXAMENTO DE CÓLON POR VIDEOLAPAROSCOPIA COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA E ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: DESAFIO PARA O CIRURGIÃO COLORRETAL



Sthela Maria Murad-Regadas^{a,b},
Lusmar Veras Rodrigues^{a,b},
Lara Burlamaqui Veras^{a,b},
Lia Barroso Simonetti Gomes^{a,c},
Juliana Bezerra Farias^{a,c},
Rafaella Alcântara Alves Melo^{a,c},
Roberto Sérgio de Andrade Filho^{a,c}

^a Serviço de Coloproctologia, Hospital São Carlos (HSC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Serviço de Coloproctologia, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^c Serviço de Coloproctologia, Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

Objetivo: Este vídeo tem como objetivo apresentar uma cirurgia videolaparoscópica de um caso de abaixamento de cólon por doença diverticular em paciente com variação anatômica da artéria cólica esquerda que surge da aorta, associado a aneurisma de aorta abdominal.

Método: Paciente feminino, 64 anos, hipertensa em uso de anti-hipertensivo oral, com histórico de doença diverticular e crises recorrentes de diverticulite, com dor e astenia durante as crises, além de comprometimento da qualidade de vida. Submetida a investigação pré-operatória com colonoscopia, demonstrou doença diverticular sem sinais inflamatórios no momento, sigmoide espessado e espástico, enema opaco com imagens sugestivas de doença diverticular. Optou-se por tratamento cirúrgico de abaixamento de cólon com abordagem videolaparoscópica, foram evidenciados durante a cirurgia um importante aneurisma de aorta abdominal e variação anatômica com implante da artéria cólica esquerda na aorta. Feita dissecação e ligadura de vasos mesentéricos inferiores e da artéria cólica esquerda sem intercorrências.

Resultados: Paciente evoluiu sem intercorrências, aceitou bem a evolução da dieta. Sem complicações relacionadas à

cirurgia. Encaminhada ao serviço de cirurgia vascular para avaliação do aneurisma de aorta abdominal.

Conclusão: O cirurgião colorretal deve estar preparado para as alterações encontradas durante os procedimentos e ser capaz de contornar as dificuldades para ser efetivo no tratamento dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.268>

V3-27

RETALHO DE MARTIUS PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA RETOVAGINAL NA DOENÇA DE CROHN: UMA DEMONSTRAÇÃO TÉCNICA PASSO A PASSO



Diogo Araujo Ribeiro, Ramir Luan Perin,
Patricia Zacharias, Renato Vismara Ropelato,
Ivan Folchini de Barcelos,
Eron Fabio Miranda, Paulo Gustavo Kotze

Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Há múltiplas opções técnicas para a correção das fístulas retovaginais (FRV) na doença de Crohn (DC). A mais usada é a rotação de retalho de avanço retal, porém os resultados nas fístulas secundárias à DC são inferiores aos encontrados nas fístulas por outras etiologias. Entre as técnicas com interposição tecidual, o retalho de Martius se destaca como técnica perineal com resultados promissores, principalmente em pacientes com cirurgias de retalho de avanço prévias. O objetivo do presente vídeo é demonstrar a feitura da cirurgia do retalho de Martius para correção de FRV em portadora da DC e discutir os passos técnicos detalhadamente.

Descrição técnica: Os autores demonstram a feitura da técnica em seus diversos passos. Inicialmente, cateterização vesical e uso de afastador Lone-star. Posteriormente, procede-se à abertura da vagina na parte posterior, com dissecação do septo retovaginal até 2 cm cranialmente ao orifício da fístula. Faz-se uma sutura na parede muscular retal em X com fio absorvível. Prossegue-se com a abertura da pele 1 cm lateralmente ao grande lábio, com incisão vertical com cerca de 6 cm, com dissecação do músculo bulbocavernoso e mantém-se seu pedículo inferior. Através de um túnel subcutâneo roda-se o retalho por sobre o local prévio da fístula, é suturado com fios inabsorvíveis sobre o septo retovaginal. Encerra-se o procedimento com o fechamento da vagina com fio inabsorvível.

Conclusões: O retalho de Martius é uma opção consistente no manejo das FRV complexas, mesmo em casos com retalhos mucosos prévios, em portadoras de DC.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.269>

V3-28

PROCTOCLECTOMIA TOTAL COM BOLSA ILEAL PARA ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM RETOCOLITE ULCERATIVA



Sergio Carlos Nahas, Rodrigo Ambar Pinto,
Cintia Mayumi Sakurai Kimura,
Diego Fernandes Maia Soares,