

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

PROCTOCOLECTOMIA 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,

Rafael Vaz Pandini, Aline Mendes Paiva,
Ivan Ceconello

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: A incidência de neoplasia de cólon em pacientes com doença inflamatória intestinal de longa data é aumentada em relação à população geral, embora ainda seja baixa.

Descrição: S.T.P., 55 anos, sexo feminino, retocolite ulcerativa desde 1987, em tratamento com sulfasalazina 3g/dia, com bom controle dos sintomas desde então. Em dezembro/2016 fez colonoscopia de rotina com achado de pancolite em atividade; em sigmoide, lesão elevada, de aspecto infiltrativo, ulceração central, média 20 mm, cujo anatomopatológico revelou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado invasivo. O estadiamento não mostrou lesões secundárias. A paciente então foi submetida a uma proctocolectomia total com bolsa ileal em J videolaparoscópica. Iniciou-se com identificação e ligadura da artéria e veia ileocólica, dissecação medial para lateral, descolamento parietocólico à direita e abertura do intercólon epiplóico. São identificadas artéria e veia cólica média, clipadas. Após, mobiliza-se o ângulo de Treitz, para identificação e ligadura da veia mesentérica inferior. O mesocólon esquerdo é dissecado, é liberado do retroperitônio, e termina-se o descolamento do intercólon epiplóico, libera-se também o ângulo espênico. Identifica-se e liga-se a artéria mesentérica inferior. Libera-se a goteira parietocólica esquerda, parte-se para a dissecação do reto até o plano dos músculos elevadores. Optou-se pelo grampeamento do reto através de uma incisão de Pfannenstiel. Pela mesma incisão, exterioriza-se o cólon e é feito o grampeamento do íleo terminal. É confeccionada uma bolsa ileal em J. Em seguida, fecha-se a incisão e a anastomose é feita sob visão laparoscópica; é exteriorizada ileostomia em alça de proteção. A paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no sétimo dia de pós-operatório.

Discussão: A proctocolectomia total com bolsa ileal é um tratamento adequado para pacientes com doença inflamatória intestinal que se apresentam com neoplasia maligna do cólon e doença em atividade.

Conclusão: A proctocolectomia total com bolsa ileal videolaparoscópica é segura em pacientes com doença inflamatória intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.270>

V3-29

FÍSTULA RETOVAGINAL: DA COLOSTOMIA AO AVANÇO DE RETALHO DE MARTIUS



Annata Teixeira Della Costa,
Jean Carlo Barbosa,
Gabriel Felipe de Lima Delfino,
André Pereira Westphalen,
Raphael Flavio Fachini Cipriani,
Geanine Baggio Fracaro,
Allan Cezar Faria Araujo

Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Huop),
Cascavel, PR, Brasil

Introdução: As fístulas retovaginais (FRV) constituem grande desafio para o cirurgião colorretal. Definidas como uma comunicação anormal entre o trato gastrointestinal baixo e a vagina, na maioria das vezes resultam de trauma obstétrico ou cirurgia ginecológica/perineal. Trauma, doença inflamatória intestinal, radioterapia e neoplasias estão entre causas menos comuns. O tratamento é eminentemente cirúrgico e diversas técnicas podem ser usadas. A cirurgia de Martius (CM), desenvolvida no século XX na Alemanha por Henrich Martius, originalmente era usada para tratamento de incontinência urinária feminina causada por estresse. Foi adaptada no decorrer dos anos e usada para o reparo de diversas desordens pélvicas, demonstrou bons resultados no tratamento das FRV recidivantes.

Descrição: V.M., 46 anos, admitida na Emergência no 30º dia de pós-operatório de perineoplastia posterior, queixava-se de saída de conteúdo fecaloide via vaginal. Ao exame especular, visualizou-se comunicação retovaginal, 5 cm proximal ao introito vaginal, associada a processo inflamatório, foi indicada a sigmoidostomia em alça. No sétimo mês de seguimento houve aparente cicatrização completa da FRV e fez-se a decolostomia. Na semana seguinte apresentou recidiva da fístula que exigiu nova sigmoidostomia. Nos quatro meses seguintes foram feitas duas correções com retalho mucoso do reto sem sucesso. Devido ao quadro de fístula retovaginal recidivante, optou-se pela CM para correção. Fixou-se o músculo bulbocavernoso com pedículo viável e bem vascularizado na parede posterior da vagina que cobria o orifício fistuloso prévio.

Discussão: As FRV são patologias de difícil manejo e a literatura atual é limitada em relação ao manejo. A CM é recomendada para correção de FRV recidivantes, estudos demonstram taxas de sucesso de 50-100% e com poucas complicações pós-operatórias, é uma boa opção para FRV localizadas em reto médio ou baixo.

Conclusão: No presente caso a CM foi feita segundo a técnica descrita na literatura. A paciente encontra-se no 60º dia de pós-operatório sem sinais de recidiva de fístula.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.271>

V3-30

TÉCNICA DE DESARTERIALIZAÇÃO HEMORROIDAL TRANSANAL (THD) ASSOCIADA À RETIRADA DE HEMORROIDA CONVENCIONAL: UMA TÉCNICA VERSÁTIL



Erico de Carvalho Holanda^a,
Alexandre Medeiros do Carmo^b,
Roberto Sérgio de Andrade Filho^b,
Lia Barroso Simonetti Gomes^b,
Juliana Bezerra Farias^b,
Rafaella Alcântara Alves Melo^b

^a Centro Universitário Christus (Unichristus),
Fortaleza, CE, Brasil

^b Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza,
Fortaleza, CE, Brasil