

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

Objetivo: Demonstrar um procedimento de hemorroidectomia com uso de THD associado a uma retirada convencional de hemorroida e a versatilidade da técnica.

Método: Paciente de 73 anos, feminina, com doença hemorroidária mista de terceiro grau submetida a técnica de THD, que consiste na desarterialização distal seletiva das artérias hemorroidárias guiada por doppler.

Resultados: No prolapso hemorroidário ou muco hemorroidário, a mucopexia é feita, consiste na sutura contínua da artéria, inclui o tecido redundante, com o último nó laçando o ponto final e o ponto inicial da sutura para permitir o reposicionamento dos tecidos. Além disso, foi feita uma hemorroidectomia convencional em botão hemorroidário às 3 h que não foi satisfatoriamente tratado pela técnica, demonstrou que o THD permite procedimentos associados para um melhor resultado estético.

Conclusão: O uso do THD para tratar doença hemorroidária tem ganhado espaço na prática proctológica, pode ser combinado com técnicas complementares para um melhor resultado no tratamento das doenças orificiais.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.272>

V3-31

CIRURGIA DE REPARO DE FÍSTULA RETOVAGINAL PELA TÉCNICA DE RETALHO DE MARTIUS + ESFINCTEROPLASTIA ANAL



Eduardo de Paula Vieira, Eduardo Kanaan

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Vídeo para demonstração da técnica de retalho de Martius para correção de fistula reto vaginal associada a esfínteroplastia anal.

Descrição: Paciente 27 anos com incontinência fecal e fístula retovaginal, após parto vaginal com episiotomia. Foi avaliada por manometria anorretal e ultrassonografia endorretal 3D, foi identificada lesão do esfínter anal externo e fístula retovaginal. Paciente submetida a esfínteroplastia e correção da fístula pela técnica de retalho de Martius.

Discussão: Demonstração de técnica eficiente, porém pouco relatada na literatura para correção de fístula retovaginal, com baixa morbidade.

Conclusão: Demonstrar técnica de retalho de Martius para correção de fístula retovaginal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.273>

V3-32

RELATO DE CASO DE TRATAMENTO DE FÍSTULA ANAL COMPLEXA COM PLUG ANAL



Caio Cirillo Freitas da Silva,
Jorge Benjamin Fayad,
Luciana Paes Peixoto Netto,
Priscila Ribeiro Brisolaro,
Marcelo Neves Carvalho,

Vinicius Amaro Chagas Mesquita,
Alexandre Queiroz Franco Henriques

Hospital Federal de Ipanema, Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Introdução: Fístulas anais são caracterizadas por trajetos que comunicam duas superfícies epitelizadas, canal anal com pele perianal, ou perineal como consequência de um abscesso anorretal. A diversidade de apresentação dos abscessos perianais explica as múltiplas possibilidades dos trajetos fistulosos, mais comumente classificados em interesfínterianas, transesfínterianas, supraesfínterianas e extraesfínterianas. O plug anal é confeccionado a partir de matriz extracelular da submucosa intestinal de suínos composta por fibras colágenas, glicosaminoglicanos, proteoglicanos, glicoproteínas e fatores de crescimento que podem se tornar biocompatíveis com o tecido do hospedeiro entre quatro e 12 semanas.

Objetivo: Relatar o caso de uma fístula complexa tratada com plug anal.

Relato de caso: Paciente masculino, 46 anos, notou havia dois anos abaulamento com sinais flogísticos e posterior drenagem espontânea de secreção purulenta, em nádega direita. Desde então permanecia saída de secreção, com episódios intermitentes semelhantes ao da primeira crise. Ao exame proctológico: Inspeção - orifício externo posterior direito a 6 cm da borda anal, trajeto curvilíneo para borda anal mediana posterior, sem saída de secreção; Toque - normotônico, fibrose mediana posterior, pode corresponder a orifício interno; Retossigmoidoscopia - até 15 cm mucosa visualizada sem alteração. Cliente foi então submetido à correção da fístula com plug anal, em 06/10/16.

Resultados: No terceiro mês de pós-operatório apresentava orifício externo fechado, fissura residual mediana posterior, na borda anal, correspondente à área de sutura por sobre a extremidade interna do plug, tratada com aplicação de albocresil.

Conclusões: A taxa de sucesso com uso desse dispositivo varia entre 13,9 e 83%, prejudica a feitura de novos procedimentos para tratamento da fístula, surge como opção para doenças complexas e com comprometimento importante da musculatura esfínteriana anal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.274>

V3-33

ESFINCTEROPLASTIA ANAL EM ADOLESCENTE PÓS-TRAUMA PERINEAL EXTENSO A CAVALEIRO



Felipe Ramos Nogueira,
Lusmar Veras Rodrigues,
Sthela Murad Regadas,
Benjamin Ramos Andrade Neto,
Ricardo Everton Dias Mont'Alverne,
Nathalia Franco Cavalvanti,
Luis Bernardo Mendes Varela

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC),
Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,
CE, Brasil