

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

O tratamento cirúrgico do trauma perineal, quando do envolvimento do esfíncter anal, é necessário em lesões mais severas, principalmente as que comprometem a continência anal. O tipo de cirurgia a ser feita depende de quais músculos estão envolvidos e da extensão da lesão. No caso da paciente em questão, houve história de trauma extenso a cavaleiro do períneo em acidente após queda de motocicleta. A paciente foi operada inicialmente na urgência, foi feita sutura simples de tecidos subcutâneo e pele. Na avaliação pós-operatória, foi feito ultrassom endoanal 3D, que evidenciou lesão importante do assoalho pélvico, inclusive esfíncter anal externo. Dessa forma, associando as informações do ultrassom com os achados intraoperatórios, foi procedida a incisão no períneo, seguida de dissecação cuidadosa dos tecidos, em especial da musculatura do assoalho pélvico. Foram identificados os cotos do músculo transverso do períneo anteriormente ao canal anal e fibras do músculo esfíncter anal externo posteriormente. Feita adequada dissecação e liberação da musculatura, fez-se a sutura dos cotos musculares, firmemente, seguida de sutura dos demais planos. O resultado final foi um canal anal reconstruído, apresentava bom aspecto e tônus no pós-operatório. As imagens do vídeo mostram, passo a passo, as etapas para uma boa dissecação, identificação da musculatura a ser reparada, além da sutura dos planos musculares.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.275>

V4-34

TRATAMENTO DE FÍSTULA RETOVAGINAL COM RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL



Gabriela Maciel Cordeiro,
Renato Gomes Campanati,
Gabriel Braz Garcia, Beatriz Deoti,
Kelly Christine de Lacerda Rodrigues Buzatti,
Ana Carolina Parussolo André,
Rodrigo Gomes da Silva

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

Introdução: As fístulas retovaginais são comunicações anormais entre o reto e a vagina. Os fatores predisponentes consistem em trauma (principalmente resultantes de cirurgias obstétricas), doença inflamatória intestinal, infecção, tumor e história prévia de radiação pélvica. Múltiplos procedimentos cirúrgicos são descritos para o tratamento e a taxa de sucesso diminui a cada tentativa de reparo adicional.

Descrição do caso: Paciente, 47 anos, sexo feminino, história de carcinoma de células escamosas de colo uterino, havia sido submetida a quimioterapia, braquiterapia e radioterapia. Seis meses após o término de tratamento, evoluiu com fístula retovaginal. Confeccionado estoma, seguido de tratamento cirúrgico da fístula com retalho de músculo grácil. Apesar de a operação ter sido tecnicamente adequada, no 63º dia de pós-operatório apresentou recidiva de fístula. Em seguimento ambulatorial, com proposta de nova abordagem cirúrgica.

Discussão: A presença de inflamação, infecção e tecido cicatricial local torna inadequada a escolha do reparo primá-

rio no tratamento das fístulas retovaginais e está relacionado à falha de procedimentos cirúrgicos subsequentes. Os tratamentos locais com retalhos de avanço ou biomateriais são associados a taxas de recorrência relativamente altas, provavelmente devido ao volume inadequado de tecido bem vascularizado. A reconstrução através da interposição de tecidos autólogos (retalho de Martius e retalho de grácil, por exemplo) parece mais promissora por introduzir tecidos vascularizados e saudáveis, cria melhores condições para a cicatrização local e correção do defeito.

Conclusão: O manejo das fístulas retovaginais continua a ser um desafio. Independentemente da opção cirúrgica escolhida, a taxa de falha e a taxa de recorrência são elevadas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.276>

V4-35

CORREÇÃO DE PROLAPSO RETAL COM RETOPEXIA VENTRAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE EHLERS-DANLOS



Diego Santana Porcari Dias,
Renato de Oliveira Flores,
Leonardo Machado de Castro,
Ricardo Junio Garcia, Atila Haddad Crielier,
Silvano Cambuzzi, Vanessa Souza Carvalho

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Demonstrar a eficácia e segurança da técnica em paciente com distúrbio do colágeno.

Resumo de caso: Paciente M.J.A., 49 anos, portador de doença de Ehlers-Danlos, apresentava prolapso retal recidivado após tentativa de correção por via perineal através de procedimento de Delorme, foi submetido a retopexia ventral videolaparoscópica com tela biológica. Foi feito um acesso laparoscópico para permitir o procedimento. Durante a manipulação inicial das alças intestinais notou-se uma grande friabilidade tecidual, o que motivou a feitura de toda liberação do reto com tração delicada em suas paredes posterior, laterais com preservação das artérias retais médias e anterior até o nível da próstata. Feita sutura de tela biológica, colocada ventral ao reto, em região anterior de reto distal e no promontório com pontos separados de prolene 2-0. Paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório. Permanece em acompanhamento ambulatorial sem recidiva do quadro.

Conclusão: O prolapso retal é uma protrusão de todas as camadas do reto no sentido anal, caracteriza um aspecto clínico de um tumor anal, inicialmente ele resulta de um esforço intenso com uma redução espontânea e posteriormente ele resulta de um esforço menor com dificuldade na redução. A incidência é maior em mulheres e em pacientes com defeitos na síntese de colágeno. O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento é cirúrgico. A síndrome de Ehlers-Danlos (SED) é um grupo heterogêneo de doenças hereditárias do tecido conjuntivo, devido a alterações genéticas que causam defeitos no colágeno. O tecido conjuntivo pode causar ou predispor os afetados, entre muitos outros problemas, ao desenvolvimento de hérnias, hipotonia (baixo tônus)