

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)

muscular, atrasos no desenvolvimento motor, problemas cardíacos (tais como prolapso da válvula mitral, dilatação da veia aórtica, ruptura espontânea de artérias), prolapso (útero, reto), ruptura de órgãos internos, problemas nos olhos (descolamento de retina por exemplo, miopia, estrabismo etc), o desenvolvimento precoce de osteoartrite (doença articular degenerativa), osteopenia e osteoporose.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.277>

V4-36

#### CORREÇÃO DO PROLAPSO MUCOSO RETAL ASSIMÉTRICO COM GRAMPEADOR ANAL CIRCULAR



Ana Paula Della Justina Volpato,  
Fernanda Letícia Cavalcante Miacc,  
Maria Cristina Sartor,  
Antônio Sérgio Brenner, Antônio Baldin Jr

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (HCUFPR), Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** O prolapso mucoso retal pode apresentar-se de maneira simétrica, quando o prolabado tem o mesmo comprimento circunferencialmente, ou assimétrica. A principal sintomatologia associada é sangramento anal, incontinência fecal e dor. O tratamento cirúrgico do prolapso mucoso é feito por diversas técnicas operatórias, o procedimento de Delorme e a ressecção transanal do reto grampeada são os mais empregados. Outras técnicas são a mucosectomia manual e a mucosectomia grampeada circular (PPH). Dentre as vantagens da mucosectomia grampeada: menor dor pós-operatória, menor tempo de internamento, rápido retorno laboral e maior satisfação do paciente.

**Objetivo:** Descrever e demonstrar com vídeo a correção do prolapso mucoso assimétrico através da mucosectomia grampeada circular.

**Descrição da técnica cirúrgica:** Paciente em posição de litotomia sob anestesia raquidiana. Identificado prolapso mucoso retal circunferencial assimétrico de 2 cm nos quadrantes direitos e 1 cm à esquerda. Feita sutura circular da mucosa e submucosa com fio monofilamentar distando 2 cm da linha pectínea na hemicircunferência esquerda e 3 cm à direita. Acoplado grampeador anal circular (PPH) de 33 mm no canal anal. Amarrada sutura circular após adequado ajuste do tecido mucoso retal dentro da zona de grampeamento. Feita mucosectomia grampeada. À inspeção final, identificado excesso de mucosa no quadrante posterior esquerdo, que não prolabava, mas que poderia ser local de recidiva do prolapso, optou-se, então, por retopexia local.

**Resultado:** Paciente recebeu alta no primeiro dia de pós-operatório. Reavaliado após uma e três semanas da cirurgia, apresentou dor de baixa intensidade sem necessidade do uso de analgesia de horário. Sem queixa de incontinência ou dificuldade de evacuação.

**Conclusão:** Para uma adequada mucosectomia grampeada circular é necessário que algumas técnicas sejam respeitadas, como a simetria da sutura da mucosa. Entretanto, podemos adaptar algumas técnicas a fim de alcançar um melhor resultado cirúrgico naqueles pacientes com

prolapsos que fogem do padrão para o qual o material foi desenvolvido.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.278>

V4-37

#### LIGADURA INTERESFINCTERIANA DO TRAJETO FISTULOSO (LIFT) EM UMA PACIENTE COM FÍSTULA TRANSESFINCTÉRICA QUE COMPROMETE EXTENSO PERCENTUAL DE MUSCULATURA ESFINCTERIANA – ASPECTOS ANATÔMICOS E TÉCNICOS



Sthela Maria Murad Regadas<sup>a</sup>,  
Nathalia Franco Cavalcanti<sup>a</sup>,  
Lusmar Veras Rodrigues<sup>a</sup>,  
Lara Burlamaqui Rodrigues<sup>b</sup>,  
Benjamin Ramos de Andrade Neto<sup>a</sup>,  
Felipe Ramos Nogueira<sup>a</sup>,  
Ricardo Everton Dias Mont'alverne<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

<sup>b</sup> Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (SCMF), Fortaleza, CE, Brasil

**Introdução:** Em 2007, um cirurgião indiano, Rojanasakul, publicou uma nova técnica para o tratamento de fístula com baixas taxas de recidiva e sem secção da musculatura esfínteriana, denominada de Lift (ligadura interesfincteriana do trajeto fistuloso).

**Objetivo:** Demonstração da anatomia e detalhamento da técnica cirúrgica Lift feita para tratamento da fístula transesfinctérica.

**Método:** Operação de Lift feita em paciente do sexo feminino, 30 anos, com parto vaginal prévio, portadora de fístula anal transesfinctérica localizada no quadrante anterolateral direito. Submetida a ultrassom anorretal tridimensional (US-3D) e avaliada funcionalmente com manometria anorretal. A técnica consiste inicialmente da cateterização do orifício fistuloso externo (OE) com estilete para visualização do orifício fistuloso interno. Identificação do espaço interesfinctérico e feitura de uma incisão curva no pele. Abertura do espaço interesfinctérico até identificação e dissecação do trajeto fistuloso, isolamento e ligadura proximal e distal do trajeto por transfixação com fio de poliglactina, 2-0. Secção do trajeto fistuloso e nova ligadura dos cotos proximais e distais do trajeto. Injeção de H2O2 para confirmação da ligadura eficaz do trajeto, sem vazamento. Aproximação do espaço interesfinctérico e da pele no local da incisão prévia. Feitos curetagem do OE e trajeto fistuloso remanescente e deixado aberto para drenagem.

**Resultados:** O US 3D demonstrou fístula transesfinctérica de trajeto linear, localizada no quadrante anterolateral direito com comprometimento extenso (mais de 50% do esfínter anal externo anterior). As pressões anais estavam nos limites de normalidade. Feita a operação do Lift conforme técnica descrita, sem intercorrências. Paciente apresentou cicatrização completa após 42 dias. Não apresentou