

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 Baladin 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^a,
Nathalia Franco Cavalcanti^a,
Lusmar Veras Rodrigues^a,
Lara Burlamaqui Rodrigues^b,
Benjamin Ramos de Andrade Neto^a,
Felipe Ramos Nogueira^a,
Ricardo Everton Dias Mont'alverne^a

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

^b 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

complicações cirúrgicas. Feito novo US-3D após dois meses da cicatrização, evidenciou fibrose no espaço interesfínctérico e no local do trajeto remanescente.

Conclusão: A técnica cirúrgica foi eficaz, neste caso, com a vantagem da preservação esfíncteriana numa paciente do sexo feminino, jovem e fistula transesfínctérica anterior complexa.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.279>

V4-38

TÉCNICA DE CROMOSCOPIA



Diogo Bicalho Silva,
Rodrigo de Almeida Paiva,
Rommel Ribeiro Lourenço Costa,
Paola Stefania Costa Monção Lima,
Sillas Mourao Pinto, Antonio Lacerda Filho,
Paulo Rocha França Neto

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

A cromoscopia em colonoscopia consiste na aplicação de agentes corantes que realçam a superfície da mucosa, o que permite melhor avaliação durante a feitura da endoscopia e é uma maneira de melhorar a capacidade da colonoscopia na detecção de pólipos, principalmente lesões planas e LST ulceradas. Com o aprimoramento dos aparelhos de colonoscopia, é possível fazer a cromoscopia eletrônica, com filtros de luz (NBI), que permitem uma observação semelhante à cromoscopia convencional sem a necessidade de corantes, porém são de custo elevado, não são disponíveis a todos os serviços de colonoscopia. A cromoscopia com o uso de corantes é de fácil acesso, baixo custo e aumenta significativamente a qualidade do exame do ponto de vista diagnóstico. Dentre as técnicas usadas para a injeção dos corantes, destacamos o uso do cateter injetor e o cateter vaporizador, porém com aumento do tempo e dos custos a cada exame feito. Posiciona-se o cateter vaporizador a 2 cm da extremidade do aparelho, mantém-se a insuflação para que haja contato do corante em toda a circunferência do cólon. Apresentamos neste vídeo a técnica de instilação do corante pelo canal de trabalho do colonoscópio. Foi usado o corante índigo carmin, composto por um corante vegetal azul (índigo) e um agente vermelho (carmim). Corante de realce, não absorvível e usado a 0,4%, 20 mL por paciente. Na técnica usada, após definida a área onde será feita a cromoscopia, são instilados cerca de 20 mL de índigo carmin com apenas auxílio de uma seringa descartável (60 mL) pelo canal de trabalho. Após a instilação do corante, com a mesma seringa é instilado ar para que o corante atinja toda a parede do cólon. Os efeitos colaterais relatados são muito raros, dentre eles hipotensão leve e reações anafiláticas. A cromoscopia convencional feita com essa técnica é factível, segura e está acessível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.280>

V4-39

CONVERSÃO DE MUCOSECTOMIA CONVENCIONAL PARA UNDERWATER EM RESSECÇÃO COLÔNICA DIFÍCIL



Gustavo Kurachi^a,
Doryane Maria dos Reis Lima^a,
Dayanne Alba Chiumento^b,
Ivan Roberto Bonotto Orso^a,
Univaldo Etsuo Sagae^a

^a Gastroclínica Cascavel, Cascavel, PR, Brasil

^b Hospital São Lucas, Cascavel, PR, Brasil

Introdução: A mucosectomia é um método muito bem estabelecido para a ressecção de lesões colônicas. Em alguns casos, a injeção submucosa pode dificultar ou até inviabilizar a captura de lesões planas, faz com que a alça deslize sobre elas. Nessas situações, a técnica de ressecção *underwater* pode ser usada.

Descrição: Durante colonoscopia para *screening* em paciente do sexo feminino, 59 anos, foi evidenciada uma lesão grande em cólon ascendente, próxima à válvula ileocecal. Procedeu-se à retirada da lesão, começou-se com a técnica de mucosectomia convencional com injeção e ressecção em *piecemeal*. Porém, após a ressecção da maior parte da lesão, a base ficou plana, localizada atrás de uma prega e difícil de ser capturada devido ao deslizamento da alça sobre ela. Nesse momento o procedimento foi convertido para a técnica *underwater*, com aspiração de todo o ar e infusão de água no ceco. Com essa técnica, a lesão foi totalmente ressecada. Restante da colonoscopia sem alterações, paciente com boa evolução.

Discussão: A mucosectomia *underwater* é uma técnica descrita pelo Dr. Kenneth Binmoeller em 2012 para remoção de lesões colorretais planas. Essa técnica foi desenvolvida a partir da observação de que durante a imersão em água para fazer ecoendoscopia de lesões precoces no cólon a mucosa e a submucosa ficavam “boiando” enquanto a muscular própria se mantinha distendida. Devido a esse afastamento das camadas superficiais para longe da muscular própria, essas lesões poderiam ser ressecadas sem a necessidade de injeção. Além disso, como a lesão fica “boiando”, acaba facilitando a captura pela alça de polipectomia.

Conclusão: A mucosectomia *underwater* é uma técnica que pode facilitar a ressecção de algumas lesões difíceis durante a colonoscopia.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.281>

V4-40

EXPLOSÃO DE CÓLON APÓS USO DE MANITOL PARA PREPARO DE COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO



Gustavo Kurachi^a,
Doryane Maria dos Reis Lima^a,
Mauro Willemann Bonatto^a,
Dayanne Alba Chiumento^b,
Karina Correa Ebrahim^b,