

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,

Barbara Pereira de Lara^b,
Univaldo Etsuo Sagae^a

^a Gastroclínica Cascavel, Cascavel, PR, Brasil

^b Hospital São Lucas, Cascavel, PR, Brasil

Introdução: A preparação intestinal para colonoscopia é considerada um fator crucial, intimamente relacionado com a qualidade do procedimento. Para isso, são usados vários agentes e técnicas de limpeza colônica. A explosão colônica durante colonoscopia, embora rara, é uma complicação temida, relacionada ao acúmulo de gás colônico em concentrações explosivas durante o preparo intestinal.

Descrição: Paciente do sexo masculino, 67 anos, encaminhado para a feitura de colonoscopia com polipectomia por achado de pólipos em reto em colonoscopia prévia. Orientado a fazer o preparo para o exame com o protocolo de rotina do serviço – manitol 20%, 500 mL via oral no dia anterior ao exame e 500 mL na manhã do exame. Durante exame, cólon com preparo inadequado (presença de resíduos fecais), foi identificado pólipos em reto a 10 cm do bordo anal. Foi feita polipectomia em alça quando ocorreu explosão do cólon e o colonoscópio foi expulso do reto. Paciente manteve-se estável, foi levado ao centro cirúrgico imediatamente e feita videolaparoscopia com identificação das perfurações, seguida de retossigmoidectomia, com ressecção de pólipos com margens livres. Paciente com boa evolução após cirurgia, mantém seguimento no serviço.

Discussão: Vários fatores somados culminam na fatalidade da explosão colônica durante colonoscopia. Dentre eles, pode-se citar a má preparação do cólon antes do procedimento. Outro fator é a existência dos gases hidrogênio e metano em concentrações explosivas, 4% e 5% respectivamente. Esses gases são produzidos pelas bactérias encontradas no lúmen intestinal. Sugere-se que a degradação bacteriana (pela *E. coli*) do manitol oral permite a produção de hidrogênio e metano, potencialmente explosivos.

Conclusão: A explosão de cólon durante colonoscopia é uma complicação rara e com necessidade de cirurgia de imediato. Pode ocorrer devido ao acúmulo de gases combustíveis em concentrações explosivas.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.282>

V4-41

TÉCNICA HÍBRIDA COMO OPÇÃO À RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS COLÔNICOS



Rommel Costa, Rodrigo Paiva, Fábio Queiroz,
Breno Costa, Diogo Silva, Sillas Mourao,
Paola Lima

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

A literatura relata que em 25% a 41% das colonoscopias são identificados pólipos adenomatosos, desses, entre 2% e 5% apresentam focos de degeneração maligna. A polipectomia diminui as taxas de incidência e mortalidade por câncer colorretal, a colectomia durante muito tempo foi a única opção quando a técnica endoscópica não era capaz de remover essas

lesões. Diante disso, a colonoscopia assistida por laparoscopia emerge como opção para ressecção de pólipos não passíveis de ressecção endoscópica, particularmente quando são grandes, planos ou estão atrás de pregas colônicas.

Objetivo: Apresentar vídeo de um caso de ressecção de pólipos grande por técnica híbrida, a fim de difundir e levantar o debate para padronização dessa técnica.

Discussão: O vídeo representa, em amostragem, a experiência de três casos, com colonoscopias completas prévias, que evidenciavam lesões grandes em ceco; lesões que foram tratadas endoscopicamente por técnica híbrida, foi feita endossutura e corrigida solução de continuidade e liberação de aderências para completar o exame. A polipectomia endoscópica assistida por laparoscopia foi inicialmente relatada por Beck e Karulf (1993) e facilita mobilização do cólon, liberação de aderências, que possam levar a angulações, dificulta a progressão do aparelho, além da assistência a polipectomias de lesões grandes. A técnica usa a insuflação de CO₂, que é rapidamente absorvido pelos tecidos, não ocasiona distensão volumosa de alças, que dificultam a abordagem laparoscópica.

Conclusão: As técnicas híbridas são, de acordo com a literatura, opções viáveis à ressecção segmentar quando os métodos endoscópicos são insuficientes no tratamento de pólipos.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.283>

V4-42

PASSAGEM DE PRÓTESE COLÔNICA POR OBSTRUÇÃO INTESTINAL DE ORIGEM NEOPLÁSICA



Doryane Maria dos Reis Lima^a,
Gustavo Kurachi^a,
Dayanne Alba Chiumento^b,
Carlos Alberto de Carvalho^a,
Barbara Pereira de Lara^b,
Karina Correa Ebrahim^b,
Ivan Roberto Bonotto Orso^a

^a Hospital São Lucas, Cascavel, PR, Brasil

^b Gastroclínica Cascavel, Cascavel, PR, Brasil

Introdução: Como opção ao tratamento cirúrgico nos casos de obstrução intestinal, pode-se considerar o uso de stent metálico autoexpansível. Seu uso é bem estabelecido nos casos de obstrução neoplásica, é o tratamento de escolha nos casos de obstrução com indicação de tratamento paliativo. É também uma opção válida à cirurgia para palição da obstrução nos casos de doença maligna extracolônica.

Descrição: Paciente do sexo masculino, 71 anos, diagnosticado com adenocarcinoma de cauda de pâncreas em junho de 2016. Já no diagnóstico apresentava invasão esplênica e da flexura esplênica do cólon, metástase pulmonar e hepática, foi considerado como tratamento paliativo. Evoluiu com dispênia e constipação intestinal, apresentou em dezembro de 2016 quadro de suboclusão intestinal. Feita tomografia abdominal, evidenciou importante massa extrínseca que comprimia o cólon transversal e obstruía o lúmen intestinal nesse ponto. Optou-se por passagem de stent metálico autoexpansível no cólon. Paciente apresentou melhora do quadro de suboclusão