

intestinal, permaneceu assintomático. Foi a óbito em março de 2017 por causas decorrentes da neoplasia de pâncreas.

**Discussão:** Uma vez implantados, os stents se expandem lentamente, conseguem assim a permeabilidade da anatomia obstruída. Esse método pode ser usado como uma medida paliativa definitiva ou pode ser usado como tratamento provisório até a estabilização do paciente para posteriormente fazer a cirurgia. É bem estabelecido o uso de stents metálicos em obstrução intestinal, contudo os dados da literatura sobre seu uso por compressões extrínsecas são escassos.

**Conclusão:** Este caso veio corroborar a literatura em relação à boa eficácia e segurança na uso de stents metálicos colorretais nos casos de obstrução intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.284>

V4-43

#### PAPEL DA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA NO DIAGNÓSTICO DE LINFOMA FOLICULAR DE ORIGEM GASTROINTESTINAL



Miguel José Mascarenhas Saraiva Jr.,  
Miguel Mascarenhas Saraiva

Laboratório de Endoscopia e Motilidade Digestiva  
(ManopH), Porto, Portugal

**Introdução:** O linfoma folicular de origem gastrointestinal é considerado uma doença rara, tipicamente afeta o intestino delgado, representa 1-3% dos linfomas não Hodgkin gastrointestinais. Apresenta um curso indolente e sobrevida prolongada na maioria dos casos. Não há consenso em relação à estratégia diagnóstica e terapêutica mais profícua.

**Objetivo:** Relatar dois casos de linfoma do intestino delgado, em dois doentes com diagnóstico prévio de SII.

**Relatos de caso:** 1) Paciente de 54 anos, sexo masculino, diagnóstico de SII com alternância obstipação/diarreia. Endoscopia alta e baixa sem alterações de relevo. Considerando a recorrência sintomática, fez-se uma enteroscopia por cápsula, que evidenciou duas aglomerações de nódulos linfoides, com respectiva localização no duodeno distal e na porção média do intestino delgado. Posteriormente, a endoscopia alta, com maior progressão distal, foi repetida e a biópsia obtida diagnosticou linfoma folicular. O paciente em questão tem um período de seguimento de quatro anos, em que a monitoração da lesão tem sido feita através de endoscopia alta, ecoendoscopia, enteroscopia por cápsula e endoscopia de duplo balão. A vigilância apertada, aprimorada pelas várias técnicas diagnósticas, viabilizou uma atitude terapêutica conservadora *watch and see* pelo centro hematológico de referência. 2) Paciente de 36 anos, sexo masculino, com SII com predomínio de diarreia (SII-D). A ileocoloscopia revelou hiperplasia folicular ileal, de provável origem reativa de acordo com o relatório anatomopatológico. Com o objetivo de visualizar o intestino delgado, em toda a sua extensão, fez-se uma enteroscopia por cápsula, que evidenciou múltiplas aglomerações nodulares nacaradas do jejuno proximal até ao íleon. A enteroscopia de duplo balão confirmou a suspeita de linfoma folicular de origem GI. O paciente foi referenciado para um centro especializado terciário, seguiu-se o protocolo terapêutico R-CHOP,

com remissão/evolução controlada por enteroscopia por cápsula e endoscopia de duplo balão.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.285>

V4-44

#### NEUROMODULAÇÃO SACRAL PARA TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS DO ASSOALHO PÉLVICO. ASPECTOS TÉCNICOS PARA IMPLANTE EFETIVO



Sthela Maria Murad-Regadas<sup>a,b,c</sup>,  
Lara Burlamaqui Veras<sup>a,b,c</sup>,  
Lusmar Veras Rodrigues<sup>a,b,c</sup>,  
Francisco Sérgio Pinheiro Regadas<sup>a,b,c</sup>,  
Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra<sup>a,b,c</sup>,  
Gonzalo Federico Hagerman Ruiz Galindo<sup>d</sup>,  
Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Unidade Assoalho Pélvico, Hospital São Carlos, Fortaleza, CE, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

<sup>c</sup> Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

<sup>d</sup> Universidad Panamericana, Cidade do México, México

**Objetivo:** Descrever os detalhes técnicos do implante do neuromodulador sacral em uma paciente com distúrbios associados do assoalho pélvico.

**Método:** Paciente feminina, 69 anos, nulípara, com sintomas de incontinência fecal, escore da Cleveland Clinic 12/20, escore de Constipação da Cleveland Clinic de 10/30 e incontinência urinária. A manometria anorretal demonstrou pressões reduzidas e o ultrassom anorretal sem lesões esfinterianas. Não apresentou melhora ao tratamento clínico e ao *biofeedback*.

**Resultados:** Foi submetida à Fase I - Implante de Eletrodos na raiz sacral-S3 acompanhada por radioscopia. Paciente em decúbito ventral, com elevação da região lombossacra, sob sedação e anestesia local. Procedeu-se à marcação dos pontos anatômicos, bilateralmente, localizados a 9 cm acima da ponta do cóccix, corresponde à junção sacrílica, e na linha média, a 2 cm lateralmente direito e esquerdo onde está posicionado o forame S3. Guiado por radioscopia, introduz-se a agulha a 1,5 cm proximal dessa marcação, com angulação de 60°. Verifica-se adequada resposta pelo menor estímulo, que produz melhor resposta motora em glúteos e hálux em cada lado. Segue a introdução do dilatador pelo qual será implantado o eletrodo quadripolar com a curvatura do fio guia orientada lateralmente, ao longo da raiz S3. Permanecem três eletrodos ao longo da raiz sacral e um no forame S3. Faz-se a tunelização da extensão do eletrodo para exteriorização na pele contralateral e conexão ao estimulador externo. Segue-se a programação do paciente com o estímulo que tolerar. Após duas semanas, foi indicado implante definitivo, pois houve melhora completa de todos os sintomas. O implante definitivo do marcapasso (Interstim II) é feito em decúbito ventral sob sedação e anestesia local. Após secção dos extensores externos, conectam-se diretamente os eletrodos com a bateria

(Interstim II), que será posicionada no tecido subcutâneo, abaixo da espinha ilíaca.

**Conclusão:** Neste caso, a técnica é eficaz para tratamento dos distúrbios do assoalho pélvico com melhoria expressiva dos sintomas e sem complicação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.286>

V4-45

#### RETOPEXIA ANTERIOR COM TELA PARA TRATAMENTO DE RETOCELE RECIDIVADA ASSOCIADA A EVACUAÇÃO OBSTRUÍDA



Rodrigo Ambar Pinto, Thaís Villela Peterson, Leonardo Bustamante-Lopez, Rafael Pandini, Diego Fernandez Maia Soares, Sérgio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A retopexia anterior, proposta por Loygue nos anos 1980, foi adaptada para videolaparoscopia. Sua difusão para o tratamento da prolapso retal aumentou por apresentar menores índices de lesão nervosa do plexo hipogástrico, consequentemente menos constipação a partir do procedimento. Isso motivou seu uso para o manejo também da evacuação obstruída.

**Objetivo:** Demonstrar a técnica de retopexia anterior com tela laparoscópica para o manejo de caso complexo de retocele recidivada associada a obstrução evacuatória.

**Método:** Paciente de 37 anos com queixa de esforço evacuatório excessivo com evacuação incompleta e necessidade de manobras digitais vaginais e anais, além de duchas higiênicas para o esvaziamento da ampola retal. Antecedentes pessoais: quatro partos vaginais e três tentativas de correção de retocele, duas por via perineal com tela absorvível e uma transanal com grampeador mecânico. A videodefecografia mostrava retocele grau 3 com retenção de contraste, além de intussuscepção retoanal e descenso perineal. O tempo de trânsito colônico era normal. Paciente em posição de semilitotomia sob efeito de anestesia geral. Técnica feita com cinco trocartes. Dissecção do peritônio de lateral direita para anterior, adentra o septo retovaginal, com auxílio de pinça ultrassônica. Dissecção até o terço distal da vagina. Aplicação de tela de polipropileno de baixa gramatura na parede anterior do reto, é fixada com três linhas de sutura absorvíveis, desde o nível dos músculos elevadores do ânus até o reto superior. A seguir a tela é ancorada ao promontório com três pontos, a seguir recoberta por linha de sutura peritoneal contínua.

**Resultados:** Evolução satisfatória, com alta no terceiro PO após apresentar evacuações. Em seguimento de um ano apresenta-se sem recidiva ou complicações relacionadas à tela.

**Conclusão:** A retopexia anterior com tela laparoscópica mostrou-se factível, segura e eficaz para o manejo de caso complexo de retocele recidivada com obstrução evacuatória.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.287>

V5-46

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA ANAL – RECONSTRUÇÃO TOTAL DO PERÍNEO ATRAVÉS DE ESFINCTEROPLASTIA ASSOCIADA A PERINEOPLASTIA



Rodrigo Ambar Pinto, Thaís Villela Peterson, Cintia Mayumi Sakurai Kimura, Rafael Vaz Pandini, Aline Mendes Paiva, Sérgio Carlos Nahas, Ivan Ceconello

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Trauma obstétrico é uma importante e uma das mais frequentes causas de incontinência anal adquirida em mulheres, que interfere muito em sua qualidade de vida. A reconstrução perineal total apresenta bom resultado funcional e estético final.

**Objetivo:** Demonstrar uma reconstrução perineal total em um caso grave de incontinência anal adquirida após trauma obstétrico

**Métodos:** Paciente W.C.N.S., 36 anos, sexo feminino, com quadro de incontinência anal desde 2006, após lesão do esfíncter anal externo em parto vaginal com auxílio de fórceps e episiotomia (score de incontinência de Cleveland Clinic Florida pré-operatório de 17). Como antecedentes, apresentava DM tipo I, hipotireoidismo e vitiligo. Sem outras cirurgias prévias. USG endorretal pré-operatório mostrava: músculo puborretal com espessura de 6,5 mm, comprimento longitudinal de 9,3 mm posterior e configuração normal como alça em U. Esfíncter interno do ânus com falha anterior no canal anal médio e superior completa, formava ângulo de 205°, com espessamento contralateral (espessura posterior de 3,5 mm). Esfíncter externo do ânus com falha anterior completa 151° e corpo perineal ausente. A paciente foi submetida a esfíncteroplastia e reconstrução do corpo perineal através de incisão transversa no períneo, seguida dissecção do espaço retovaginal, com identificação dos cabos do esfíncter externo do ânus. Feitas então a plicatura do esfíncter interno do ânus e a sobreposição dos cabos do esfíncter externo. No fechamento, feita a reconstrução perineal completa com aproximação do bulbo cavernoso e transversal do períneo.

**Resultados:** O procedimento transcorreu sem intercorrências. A paciente apresentou evacuação com continência satisfatória no quinto dia de pós-operatório, quando recebeu alta hospitalar, sem infecção da ferida operatória.

**Conclusão:** A reconstrução perineal total na incontinência anal por trauma obstétrico apresentou bom resultado funcional e estético final para o caso em questão, com custo-benefício excelente quando comparada com outros tratamentos cirúrgicos disponíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.288>