

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 prociência retal aumentou por apresentar menores índices de lesão nervosa do plexo hipogástrico, conseqüentemente 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 (escore 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>