

V5-50

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DAS COMPLICAÇÕES DA VIDEOCIRURGIA COLORRETAL



Rubens Valarini, Sérgio Brenner,
Antônio Carlos Trotta,
Antônio Sérgio Brenner,
Henrique Luckow Invitti,
Ana Helena Bessa Gonçalves Vieira,
Eduardo Endo

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
(HUEC), Curitiba, PR, Brasil

Objetivo: Apresentar em vídeo editado a viabilidade do tratamento laparoscópico das complicações precoces e tardias da videocirurgia colorretal.

Método: Foi feita gravação em vídeo da correção laparoscópica de complicações de colectomia esquerda por videocirurgia e posterior edição de filme. Os casos apresentados são de fístula estercoral, hérnia interna e obstrução de intestino delgado por bridas. Foram comparadas a prevalência dessas complicações no serviço com a apresentada na literatura.

Resultado: O número total de cirurgias do serviço foi n = 430, as complicações correspondem a 11,1% (n = 48). Dentre essas observamos 3,4% de fístulas estercoral (n = 15), 1,6% de obstrução de delgado por bridas (n = 7) e 0,69% de hérnias internas (n = 3).

Conclusão: Foi demonstrado no trabalho um número de complicações semelhante ao encontrado na literatura, a técnica laparoscópica demonstra-se possível e segura na reabordagem de colectomia esquerda.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.292>

V5-51

ÚLCERA SOLITÁRIA DE RETO EM PACIENTE JOVEM COM SACROPROMONTOFIXAÇÃO



Amanda Machado Bernardo Ziegler,
Natalia Barros Pinheiro,
Guilherme Cutait de Castro Cotti,
Rafael de Castro Santana Arouca,
Juliana Santos Valeciano

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A síndrome da úlcera solitária de reto (SUSR) caracteriza-se como uma doença rara, cuja fisiopatologia permanece incerta. Foi descrita pela primeira vez em 1829 por Cruveilhier e sua característica clinicopatológica foi relatada em 1969 por Mandigan e Morson, associa-se a transtornos defecatórios, prolapso retal interno e alterações psicológicas. Segundo trabalhos, 26% dos paciente são assintomáticos. Quando sintomáticos, o diagnóstico pode ser feito através de exame físico, história clínica e, muitas vezes, confirmado por endoscopia com biópsias. O tratamento depende da gravidade dos sintomas e da existência de prolapso retal associado. De acordo com a literatura, as opções cirúrgicas

convencionais incluem excisão local, mucosectomia retal, retopexia e ressecção cólica segmentar. Atualmente nenhum dos tratamentos cirúrgicos convencionais parece satisfatório, devido aos índices de recorrência.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 28 anos, queixava-se de sangramento anal às evacuações havia 10 anos. Fez, inúmeras vezes, tratamento tópico para fissura anal, porém sem melhoria. Procurou atendimento proctológico e foi submetido a colonoscopia, a qual evidenciou lesão ulcerada na parede anterior do reto distal. O exame anatomopatológico foi compatível com úlcera de reto solitária. Optou-se, no início, por tratamento conservador, com aumento da ingestão de fibras, supositórios de sucralfato e mesalazina, manteve-se melhoria parcial dos sintomas. Submetido a sessões de cauterização da úlcera com plasma de argônio, apresentou melhoria clínica e endoscópica por curto período. Por não aderir ao tratamento clínico contínuo, evoluiu com recidiva de sangramento e mucorreia. Prosseguiu nova investigação com videodefecograma, foi diagnosticada intussuscepção colorretal com prolapso mucoso associado. Com base nesse diagnóstico, optou-se pela sacropromontofixação.

Conclusão: Como a úlcera solitária de reto é uma patologia rara e de difícil manejo, faz-se importante a individualização do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.293>

V5-52

ABORDAGEM DE PROLAPSO RETAL POR TÉCNICA COMBINADA: SACROPROMONTOFIXAÇÃO LAPAROSCÓPICA E ANOPEXIA MECÂNICA



Luiz Carlos Benjamin do Carmo,
Sergio Gontscharow, Nathan Rostey,
Maria Luisa de Deus Batista,
Jacqueline Alcantara Marin Lemos,
Renato Barrett Ferreira da Silva

Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil

O prolapso retal caracteriza-se por um transtorno da estática do reto e se manifesta pela invaginação oculta ou visível, quando há saída de segmento variável do reto pelo ânus. O vídeo demonstra um caso de uma paciente de 68 anos com prolapso retal de início súbito, dor intensa e isquemia incipiente, com impossibilidade de redução manual. Os autores do vídeo demonstram a estratégia combinada de sacropromontofixação com abordagem videolaparoscópica e anopexia mecânica, em que não houve intercorrências cirúrgicas e em que a paciente apresentou excelente evolução clínica após o procedimento, recebeu alta dois dias após o tratamento cirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.294>

V5-53

CORREÇÃO DE FÍSTULA RETOURETRAL IATROGÊNICA COM INTERPOSIÇÃO DE RETALHO DE MÚSCULO GRÁCIL



Sérgio Carlos Nahas, Rodrigo Ambar Pinto,
Fabio Busnardo,
Cintia Mayumi Sakurai Kimura,
Leonardo Bustamante-Lopez,
Rafael Vaz Pandini, Ivan Ceconello

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

Introdução: A fístula retouretral iatrogênica é uma complicação temida na prostatectomia. Ainda é uma patologia rara e sem consenso quanto ao tratamento mais efetivo.

Objetivo: Descrever a técnica de interposição de músculo grácil para tratamento de fístula retouretral.

Métodos: Paciente O.D.S., sexo masculino, 50 anos, hipertenso, veio para o nosso serviço em pós-operatório tardio de prostatectomia radical convencional em julho de 2016 por neoplasia de próstata, sem radioterapia associada. No terceiro dia de pós-operatório, havia evoluído com distensão abdominal e pneumatúria, foi submetido no mesmo dia a laparotomia exploradora, com identificação e rafia de uma lesão no reto e reconfeção da anastomose uretral. Ainda assim, evoluiu com pneumatúria e infecções urinárias de repetição. No nosso serviço, fez ressonância de pelve, que mostrava estreito trajeto fistuloso retovesical. O paciente foi submetido em dezembro/2016 a preparo mecânico do cólon e derivação intestinal com ileostomia em alça videolaparoscópica, recebeu alta hospitalar após três dias. No 45º dia de pós-operatório, já em melhor condição clínica e sem infecção urinária, foi submetido a tratamento cirúrgico da fístula retouretral. Com o paciente em posição de litotomia sob raquianestesia, foi feita incisão transversa no períneo com dissecação até o nível da fístula, que foi ultrapassada, separou-se a uretra do reto. O orifício fistuloso da uretra e do reto foi rafiado. Com auxílio da equipe da cirurgia plástica, foram feitas duas incisões longitudinais na coxa esquerda para identificação e mobilização do retalho de músculo grácil, para reforçar a área da fístula e garantir interposição de tecido bem vascularizado.

Resultados: O paciente evoluiu sem infecção de ferida e sem déficit locomotor importante, além de resolução da fístula, comprovada por ressonância e retoscopia. Foi submetida, com sucesso, a fechamento da ileostomia 60 dias após.

Conclusão: A interposição do músculo grácil mostrou-se custo-efetiva e com baixa morbidade para o tratamento da fístula retouretral.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.295>

V5-54

**RESSECÇÃO ILEOCECAL TOTALMENTE
LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA
ENDOMETRIOSE INTESTINAL INSUSPEITA -
DESCRIÇÃO DE TÉCNICA A FAVOR DE
MELHOR RESULTADO FUNCIONAL E
COSMÉTICO**



Alexandre Bruno Bertoncini^a,
Sidney Tomyo Nishida Arazawa^b,
Marcelli Tainah Marcante^a,

Victor Edmond Seid^a,
Sergio Eduardo Alonso Araujo^a

^a Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP,
Brasil

^b Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

A endometriose é uma doença estrógeno-dependente que acomete mulheres jovens em idade reprodutiva, com grande impacto em sua qualidade de vida e fertilidade. Sua prevalência é de cerca de 10% da população feminina, o que ressalta sua importância. A endometriose intestinal é definida pela invasão de ao menos a camada muscular e ocorre entre 8 e 12% dessas mulheres. Nesse contexto pode ser multicêntrica em até 40%, o que justifica em muitos casos ressecções de diversos segmentos intestinais em um mesmo procedimento. Por ser considerada uma patologia benigna, ressecções regradas econômicas são advogadas, minimamente invasivas e com o menor impacto possível na fisiologia evacuatória. Ressecções de lesões em apêndice são obrigatórias pelo risco elevado de tumor carcinoide de apêndice associado, enquanto lesões em íleo terminal tendem a ser operadas mesmo quando assintomáticas pelo risco de sintomas obstrutivos mais frequentes nessa localização, dado o menor calibre dessas alças. Aspectos relacionados ao diagnóstico da endometriose nessa topografia, mas sobretudo em relação à melhor opção de cirurgia minimamente invasiva, de reconstrução e de incisões auxiliares permanecem indefinidos. O presente vídeo demonstra importância do estadiamento completo da cavidade abdominal durante a cirurgia, já que o diagnóstico de lesões em íleo terminal e ceco dessa paciente foi intraoperatório. Demonstramos a técnica proposta para a abordagem por ressecção do íleo terminal e ceco na endometriose profunda dentro do contexto minimamente invasivo. Trata-se de lesões multicêntricas em região de íleo terminal próximo à válvula ileocecal, ressecadas por laparoscopia e anastomose totalmente intracorpórea a fim de minimizar a mobilização e ressecção das alças intestinais envolvidas e limitar o trauma à parede abdominal com uma menor incisão auxiliar para remoção da peça. Essa opção técnica favorece os desfechos de menor tempo de internação hospitalar, recuperação mais precoce, menos complicações pulmonares, efeito cosmético superior e mais breve retorno às atividades diárias.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.296>

V5-55

**APENDICITE COMPLICADA FEITA POR
VIDEOLAPAROSCOPIA**



Emerson Abdulmassih Wood da Silva^a,
Natália Maria Jacom Wood da Silva^a,
Larissa Jacom Abulmassih Wood^b,
Katyara Rodrigues Fagundes^a,
Luciano Ricardo Pelegrinelli^a,
Aurélio Fabiano Ribeiro Zago^a,
Paula Lutffala Pessoa^a

^a Universidade Federal do Triângulo Mineiro
(UFTM), Uberaba, MG, Brasil