

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<sup>a</sup>,  
Sidney Tomyo Nishida Arazawa<sup>b</sup>,  
Marcelli Tainah Marcante<sup>a</sup>,

Victor Edmond Seid<sup>a</sup>,  
Sergio Eduardo Alonso Araujo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP,  
Brasil

<sup>b</sup> 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<sup>a</sup>,  
Natália Maria Jacom Wood da Silva<sup>a</sup>,  
Larissa Jacom Abulmassih Wood<sup>b</sup>,  
Katyara Rodrigues Fagundes<sup>a</sup>,  
Luciano Ricardo Pelegrinelli<sup>a</sup>,  
Aurélio Fabiano Ribeiro Zago<sup>a</sup>,  
Paula Lutffala Pessoa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
(UFTM), Uberaba, MG, Brasil

<sup>b</sup> Centro Universitário São Camilo, Belo Horizonte, MG, Brasil

**Introdução:** A apendicite aguda constitui a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório e, provavelmente, a doença cirúrgica mais comum no abdome, daí a grande importância de saber tratá-la cirurgicamente de forma menos agressiva ao paciente e também mais eficaz em termos de resultados.

**Descrição dos vídeos:** Serão apresentados dois vídeos, no primeiro o paciente apresentava-se com uma peritonite purulenta difusa e através de táticas cirúrgicas toda a cavidade abdominal foi lavada, drenada e o apêndice cecal retirado. O segundo mostra um apêndice retrocecal perfurado e abscedado para o retroperitônio e com uma história clínica de 15 dias. Todos os dois pacientes evoluíram bem no pós-operatório.

**Discussão:** Em 1982, Kurt Semm, em Kiel, Alemanha, fez a primeira apendicectomia por via laparoscópica, embasado no sucesso do uso da videocirurgia para outros órgãos como a vesícula biliar, com bom campo operatório. Esse método proporciona alguns benefícios relevantes para os pacientes, tais como menor tempo de internação, melhor pós-operatório, menor índice de infecção da ferida operatória, retorno precoce às atividades habituais, além de proporcionar completa visualização da cavidade abdominal. A apendicectomia não complicada por videolaparoscopia é feita em praticamente todos os serviços de videolaparoscopia do Brasil, porém, quando a apendicite aguda se apresenta com peritonite difusa, grande parte dos cirurgiões tem receio de fazê-la pelo método videolaparoscópico. No entanto, existe um grande grupo de trabalhos recentes que demonstraram a segurança da apendicectomia laparoscópica em todos os tipos de apendicites agudas, mesmo nas complicadas.

**Conclusão:** Mesmo em situações de aparente dificuldade técnica, a apendicectomia videolaparoscópica é factível.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.297>

V5-56

**RETOSSIGMOIDECTOMIAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA E ROBÓTICA COM ANASTOMOSE TOTALMENTE INTRACORPÓREA E RETIRADA DE PEÇA PELA VAGINA**



Luiz Carlos Benjamin do Carmo,  
Renato Barretto Ferreira da Silva,  
Felipe Martin Bianco Rossi,  
Roger Camargo Mariano da Silva,  
Gilberto Saba, Sergio Gontscharow

Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil

A endometriose é uma doença que acomete pacientes jovens, reflete em prejuízo na vida familiar, reprodutiva e profissional devido a dor pélvica crônica e infertilidade. Ela também pode levar a distúrbios psíquicos. A cirurgia minimamente invasiva, seja pela via laparoscópica ou robótica, diminui esse trauma, com pequenas incisões dos trocanteres na parede abdominal. Os autores têm por objetivo apresentar, através de vídeos, uma abordagem de retossigmoidectomia, pela via laparoscópica ou robótica, no tratamento da endometriose intestinal em que o segmento acometido é retirado por via vaginal, sem incisão na parede abdominal, fazem-se o preparo, a ressecção e a anastomose totalmente intra-abdominal, com o objetivo de minimizar a dor no pós-operatório, evitar as complicações da incisão abdominal e obter melhor resultado estético.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.298>