

P156

RETALHO DE MARTIUS ASSOCIADO A RETALHO DE AVANÇO DE PELE TOTAL NO TRATAMENTO DE FÍSTULA RETOVAGINAL RECIDIVADA: UM RELATO DE CASO

Lívia Cardoso Reis, Renato Gomes Campanati, Gabriela Maciel Cordeiro, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Magda Maria Profeta da Luz, Beatriz Deoti e Silva Rodrigues, Rodrigo Gomes da Silva

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A principal etiologia de fístulas reto-vaginais são causas obstétricas, seja por trabalho de parto prolongado, com necrose do septo retovaginal, falha no reparo de laceração perineal, lesão não reconhecida no momento do parto ou complicações de episiotomias. Outras causas importantes são doença de Crohn, radioterapia e cirurgia pélvica oncológica. O presente trabalho relata o caso de paciente com fístula retovaginal recidivada, com múltiplas abordagens prévias, destruição da pele perineal do septo reto-vaginal, submetida a correção com retalho de Martius e retalho de avanço de pele total.

Descrição do caso: Sexo feminino, 39 anos, hipertensa, com história de fístula retovaginal após parto normal em 2009, já submetida a 4 cirurgias para reconstrução, sem sucesso. Evoluiu com manutenção do trajeto fistuloso a cerca de 1 cm da borda anal e afilamento do corpo perineal, com exposição do esfíncter externo do ânus, porém sem aparente lesão esfínctérica evidente. Submetida a retalho de Martius esquerdo com correção do trajeto fistuloso e retalho de avanço de pele total à direita para reconstrução do corpo perineal. Paciente evoluiu bem no pós operatório, sem áreas de deiscências. Em acompanhamento ambulatorial evidenciada resolução da fístula retovaginal.

Discussão: Há várias opções técnicas reconstrutoras utilizadas na correção de fístulas retovaginais. A escolha da técnica empregada varia de acordo com a etiologia da fístula, localização, tamanho, tentativas prévias de abordagem, qualidade do tecido circunjacente e comorbidades apresentadas pela paciente. A técnica de Martius é a confecção de um retalho músculo-adiposo do músculo bulbocavernoso obtido a partir da incisão e dissecação do grande lábio até o nível da fáscia com preservação de seu pedículo vascular inferior. É confeccionado um túnel subcutâneo lateralmente por onde então é transposto o retalho e posicionado no defeito do septo retovaginal. Posteriormente é procedida síntese do canal vaginal. O retalho de Martius proporciona a interposição de tecido sadio, vascularizado para a área reconstruída e tem se mostrado como excelente opção terapêutica nos casos recidivados.

Conclusão: Fístulas retovaginais recidivadas e complexas constituem ainda um desafio cirúrgico. O retalho de Martius mostra-se como uma opção consistente no manejo desses casos, com baixa morbidade e bom resultado estético e funcional.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.075>



P157

SEGUIMENTO PÓS SACROPROMONTOFIXAÇÃO PARA ÚLCERA SOLITÁRIA DE RETO

Amanda Machado Bernardo Ziegler, Natalia Barros Pinheiro

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil

Palavras-chave: Úlcera solitária, sacropromontofixação, retorragia



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, onde associa-se a transtornos defecatórios, prolapso retal interno e alterações psicológicas. Segundo trabalhos cerca de 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.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 28 anos, queixando-se de sangramento anal às evacuações há 10 anos. Realizou, inúmeras vezes, tratamento conservador, porém sem melhora. Procurou atendimento proctológico sendo submetido a colonoscopia, na qual evidenciou lesão ulcerada na parede anterior do reto distal. Nova investigação com videodefecograma evidenciou intussuscepção colorretal com prolapso mucoso associado, sendo considerado o fator causador da úlcera. Optado pela sacropromontofixação. Evoluiu com melhora do sangramento anal, da mucorreia e do desconforto anal. Realizado exame proctológico que foi normal, colonoscopia de controle realizada após 5 meses da cirurgia mostrou mucosa retal íntegra, com cicatriz residual e desaparecimento da nodulação submucosa presente no exame inicial. Reavaliado após 12 meses, paciente encontra-se assintomático.

Conclusão: Úlcera solitária de reto cujo fator causal mostrou trata-se de um prolapso colorretal (intussuscepção) com exteriorização da mucosa através do canal anal, que foi, de forma individualizada tratada com sacropromontofixação.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.076>