

plicoma anal na confecção do retalho, que dispensaria incisões na pele sã adjacente, naqueles portadores de fissura anal crônica refratários ao tratamento conservador.

Métodos: Quinze pacientes de baixo risco cirúrgico (American Society of Anesthesiologists - ASA I e II), portadores de fissura anal crônica refratária ao tratamento clínico (administração tópica de agentes bloqueados de canal de cálcio e otimização do hábito intestinal com medidas dietéticas e emolientes orais), com dados pressóricos esfínterianos manométricos normais, foram selecionados para o estudo. Após consentimento, esses pacientes foram submetidos à fissurectomia e anoplastia com avanço do plicoma sentinela.

Resultados: Dos quinze pacientes selecionados, dez eram do sexo feminino (66,7%) e os demais do sexo masculino (33,3%). Treze pacientes apresentavam fissuras posteriores (86,7%) e os demais na região anterior. Não houveram complicações no intra ou pós-operatório em nenhum dos quinze casos. Manometria anorretal foi realizada entre o 60^o e o 90^o pós-operatório em todos os pacientes com achado de pressão de repouso de $60,5 \pm 9,2$ mmHg e a cicatrização completa ocorreu entre 90 a 180 dias. O tempo médio de seguimento foi de 29 meses (12 a 56 meses) e neste período não foi observada incontinência anal ou recidiva.

Conclusão: Fissurectomia e anoplastia com avanço do plicoma parece ser um procedimento seguro e eficiente para o tratamento da fissura anal crônica, podendo ser utilizado em pacientes selecionados de forma ambulatorial a baixo custo. Os resultados preliminares mostram altos índices de cicatrização e baixa morbidade. Deve-se considerar como limitações da técnica a necessidade da presença de um plicoma para confecção do retalho e o pequeno número de pacientes avaliados até o momento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.345>

TL94

COMPLICACIÓN INFECCIOSA GRAVE LUEGO DE LA LIGADURA CON BANDA ELÁSTICA PARA HEMORROIDES: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carina Chwat, Guillermo Rosato, Robertino Basso, Diego Valli, Flavia Alexandre, Gustavo Lemme, Marcelo Terres

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La ligadura con banda elástica es un procedimiento para el manejo de hemorroides grado I-III, de bajo costo, efectivo, sin requerimiento de internación. Sus complicaciones, cuando presentes, son habitualmente leves. Aunque poco comunes, existen complicaciones graves asociadas a este procedimiento. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de las complicaciones infecciosas de la ligadura con banda elástica, características comunes de presentación y opciones de tratamiento en aquellos que sufren estas complicaciones.

Descripción del caso: Se expone el caso de un hombre de 71 años de edad que presentó una sepsis pelviana severa posterior a la realización de una ligadura con banda elástica. A las 48

horas del procedimiento consulta por dolor perianal, dificultad miccional y fiebre. Se realiza el drenaje quirúrgico de ambas fosas isquirrectales, luego de lo cual intercorre con shock séptico, realizándose unalaparotomía, drenaje de retroperitoneo, colostomía sigmoidea y abdomen abierto y contenido.

Discusión: Se han descripto complicaciones sépticas posteriores a escleroterapia y crioterapia hemorroidal, ligadura con banda elástica, hemorroidectomia convencional y con sutura mecánica. Se presentan los casos reportados en la literatura de sepsis pelviana severa, pyleflebitis, abscesos hepáticos, tétanos y endocarditis infecciosas post-procedimiento. La progresión o la persistencia del dolor anal, dificultad miccional, edema perineal y/o genital fueron signos y síntomas comunes que en todos los pacientes que presentaron sepsis perineal.

Conclusión: Es importante conocer las complicaciones infecciosas mayores y su presentación clínica, para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas, para disminuir su elevada morbilidad o mortalidad. La ligadura con banda elástica es un procedimiento para el manejo de hemorroides grado I-III, de bajo costo, efectivo, sin requerimiento de internación. Sus complicaciones, cuando presentes, son habitualmente leves. Aunque poco comunes, existen complicaciones graves asociadas a este procedimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.346>

TL95 CORREÇÃO DE RETOCELE COM MACROLIGADURA ELÁSTICA

Andressa Marmiroli Garisto, Antonio Jose Tiburcio Alves Junior, Luciane Hiane de Oliveira, Jose Alfredo Reis Junior, Sergio Oliva Banci, Joaquim Simões Neto, Jose Alfredo Reis Neto

Clínica Reis Neto, Campinas, SP, Brasil

Introdução: A síndrome da evacuação obstruída é definida como uma contração paradoxal ou relaxamento inapropriado da musculatura do assoalho pélvico durante o ato defecatório, podendo causar danos ao septo retovaginal que, associados à fraqueza das fâscias musculares que constituem o assoalho pélvico, propiciam ao prolapso de órgão pélvico, incluindo a retocele. Quando não há resposta ao tratamento clínico com mudança de hábitos alimentares e comportamentais, *biofeedback*, administração de toxina botulínica e terapias alternativas, indica-se o tratamento cirúrgico para retocele. A fibrose promovida pela macroligadura, amplamente conhecida pelo seu uso no tratamento da doença hemorroidária, leva a necrose da mucosa prolapsada e ao reforço da parede anterior do reto, sendo uma nova opção terapêutica para a retocele.

Objetivo: O objetivo desse estudo prospectivo é avaliar a resposta ao tratamento de retocele com macroligadura elástica.

Métodos: Quinze pacientes foram submetidas à macroligadura elástica para correção de retocele a nível ambulatorial, com sedação e anestesia local. Realiza-se macroligaduras consecutivas na parede anterior do reto através da aspiração da mucosa retal anterior redundante com aparelho de sucção e posterior aplicação de anéis de borracha. Em 10 a 14 dias a liga-

