

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 isquiorrectales, 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 Marmioli 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-



dura se desprende por necrose, retificando a parede anterior do reto e proporcionando fibrose de tecido local, com consequente reforço do septo retovaginal.

Resultados: Dentre as 15 pacientes avaliadas, como principais complicações pós-operatórias observou-se dor em 4 pacientes (26,6%), tenesmo em 8 (53,3%) e sangramento anal autolimitado em 6(40%). Até o momento, após seguimento de 18 meses, pode-se observar melhora no ato evacuatório e ausência de recidiva ao exame físico.

Conclusão: O uso da macroligadura elástica não requer internação hospitalar, apresenta menor índice de complicações pós-operatórias, permite o retorno precoce às atividades diárias e tem índice de satisfação significativo entre as pacientes. No entanto, a amostra submetida a essa técnica cirúrgica ainda é pequeno e o tempo de seguimento curto.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.347>

TL96 EXPERIÊNCIA EM ULTRASSONOGRRAFIA ENDOANAL NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR-BA

Joana Carolina Saraiva de Paula Pessoa, Andre Luiz Santos, Meyline Andrade Lima, Eduardo Costa Cobas, Andre Araujo de Medeiros Silva, Carlos Ramon Silveira Mendes

Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil

Introdução: A ultrassonografia endoanal é um dos principais exames de imagem para avaliação do canal anal, sendo indicado para avaliação anatômica do canal anal e para diagnóstico de patologias. O aparelho de ultrassonografia 2D com imagem em 3600 vem mostrando bastante eficácia, mesmo sendo utilizado principalmente para avaliar o canal anal e com apenas corte axiais.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo mostrar o perfil dos pacientes submetidos a ultrassom endoanal 2D, suas principais indicações e resultados.

Materiais e métodos: No período de junho de 2017 a junho de 2018, foram submetidos ao exame 113 pacientes que tiveram como indicação para realização do exame dor anal, fístula anal, incontinência, abscesso e neoplasia, em Salvador, Bahia. Com o aparelho da marca Prometheus, com o probe endoanal Bi Dimensional de 3600, com frequência entre 12 a 15 MHz em cortes axiais.

Resultados: A casuística foi representada por 113 pacientes, sendo 65 (57%) do sexo masculino e 48 (43%) do sexo feminino, a média de idade foi de 47 anos (18 a 93 anos). As principais indicações para o exame foram: 74 pacientes com fístula anal (65%), 18 com suspeita de incontinência(17%), 12 com abscesso(11%), 05 com neoplasia(4%) e 04 com dor anal(3%). Dos exames solicitados apenas três exames vieram normais, sendo 110 exames (97%) apresentaram algum tipo de achado e 101 exames confirmaram seu diagnóstico.

Conclusão: A prevalência do exame foi maior no sexo masculino. A principal indicação do exame foi para fístula anal. O ultrassom endoanal 2D mostrou bons resultados, com bastante eficácia nos diagnósticos encontrados, contribuindo na decisão terapêutica, assemelhando-se a ressonância nuclear

magnética, tendo como vantagem ser mais fácil, rápido, de baixo custo e seguro.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.348>

TL97 FATORES CIRÚRGICOS E ANATÔMICOS RELACIONADOS A RECIDIVA DE FÍSTULAS ANORRETAIS: ESTUDO DE 60 CASOS

Izabella Cristina Cristo Cunha^{a,b}, Fernanda Mielotti da Silva^{a,b}

^a COLIC, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Fístulas anorretais apresentam-se como patologia comum. É preocupação primordial a técnica adotada e índices de recidiva, bem como presença de complicações graves.

Objetivo: Estudar retrospectivamente os casos cirúrgicos de fístulas do serviço, bem como analisar os fatores associados a maior recidiva.

Métodos: Analisados todos os casos cirúrgicos operados para correção de fístula perianal pela Coloproctologia, no total de 60 pacientes. Excluídos casos relacionados a outras patologias de base e os de dados insuficientes.

Resultados: Foram estudados o total de 60 casos, após aplicados os critérios de exclusão. Houve prevalência do sexo masculino, 73% dos casos, com predomínio da faixa etária de 26 a 35 anos. A média de idade foi de 42 anos. A técnica operatória preferida foi a fistulotomia, seguida de retalho e passagem de seton respectivamente. A recidiva global foi de 68%, compatível com a literatura geral. Quando estudados a descrição do trajeto, observa-se trajetos simples em 77% dos casos. A maioria dos orifícios foi de localização mediana posterior. Em 23% dos casos foi encontrado comprometimento de fossa isquiorretal associado. Quando feito cruzamento dos dados com a recidiva, observou-se maior índice de recidiva em maior número de trajetos e presença de comprometimento de fossa anal. Não houve diferença na recidiva quanto a localização do esfíncter interno. Observou-se ainda maior tendência a recidiva quanto maior a distância do orifício interno. A recidiva foi maior no grupo retalho, (45% grupo retalho x 8% do grupo fistulotomia), atribuídos a desenvolvimento inicial da técnica nos primeiros casos e uso de materiais inadequados inicialmente, que foram evoluídos com o decorrer da técnica. Mesmo a recidiva sendo alta neste grupo, foi passível o resgate cirúrgico na imensa em grande parte dos casos, inclusive com novo retalho. A mortalidade geral foi zero. Apenas 2 casos desenvolveram abscesso anorretal com necessidade de internação após a cirurgia corretiva, porém evoluiu sem gravidade. Não foram detectados caso de incontinência grave.

Conclusão: A fistulotomia apresenta-se como técnica preferencial nas fístulas simples, segura e com recidiva ínfima, se adequadamente indicada. O retalho mucoso apresentou-se como técnica segura e eficaz, com índice geral de recidiva de médio de 30%, o que diminui consideravelmente com a experiência do cirurgião, porém passível de resgate cirúrgico seguro, sem complicações maiores.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.08.349>

